

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6.

INFORMES:

- Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, 2004.

- Temporada de gripe 2004 – 2005 en la Comunidad de Madrid, 2004.

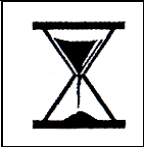



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6

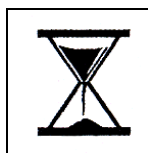
Índice

INFORMES:

	- Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, 2004.	3
	- Temporada de gripe 2004 – 2005 en la Comunidad de Madrid.	21
	- EDO. Semanas 22 a 26 (del 29 de mayo al 2 de julio de 2005)	34
	- Brotes Epidémicos. Semanas 22 a 26, 2005.	37
	- Red de Médicos Centinela, semanas 22 a 26, 2005.	39



Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

**INFORME:****VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y CONDUCTAS RELACIONADAS, 2004****INFORME ELABORADO POR:**

*Ana Gandarillas Grande, Técnico Superior de Salud Pública
Silvia Bru Amantegui, Médico Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública
Sección de vigilancia de las enfermedades no transmisibles
Madrid, julio 2005*

RESUMEN**Introducción:**

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado), constituyen un importante problema de Salud Pública en nuestra Comunidad (CM), con una prevalencia acumulada en población femenina adolescente del 3,7%. En su aparición es un factor clave el miedo a engordar que emerge en la adolescencia, condicionado por modelos estéticos de delgadez, y que conduce a la realización de conductas patológicas con el fin de controlar el peso. Es necesaria de cara a la puesta en marcha y evaluación de programas preventivos o asistenciales la vigilancia epidemiológica tanto de los casos como de las conductas relacionadas.

Objetivo:

Evaluar la carga hospitalaria que suponen los TCA en los hospitales de la CM en el año 2003 y estimar la prevalencia y evolución de las conductas de riesgo en el periodo 1999 a 2004 en adolescentes escolarizados de nuestra región.

Fuentes de información y metodología:

Los ingresos hospitalarios se estudian a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD-2003) que recoge datos de todos los pacientes que han tenido una hospitalización.

Las conductas de riesgo de TCA se estudian a partir del Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J): encuesta anual autoadministrada que incluye preguntas acerca de conductas sobre trastornos del comportamiento alimentario.

Se describe la frecuencia según sexo, edad, residencia, diagnóstico principal y secundario de los episodios de ingreso hospitalario con diagnóstico de TCA.

Se ha estimado la prevalencia anual de los años 1999-2004 de las conductas de riesgo de TCA en jóvenes y su intervalo de confianza (IC) al 95%. Se compara la prevalencia por sexo y se estudia su evolución mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial.

Resultados:

Durante 2003 se produjeron **576 ingresos** por TCA en nuestra Comunidad, de los que el 83,4% son de personas residentes en la CM y de ellos **276 son casos**. El 89% de los ingresos por TCA corresponde a mujeres siendo en ambos sexos la anorexia nerviosa el principal motivo de ingreso. La tasa media anual de reingresos para los pacientes residentes en la CM es de 1,8 y la edad media de los ingresos es de 22,6 años. La estancia media de los ingresos por TCA de residentes en la CM es de 20,9 días (más de dos veces la estancia media hospitalaria por todos los diagnósticos). La mayor estancia media se observa en pacientes con anorexia nerviosa. Los TCA presentan una alta comorbilidad con otros trastornos mentales.

En el 2004 un 36,9% de las chicas y un 16,7% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, y el 35,4% y el 7,3% respectivamente refieren la realización de dietas para adelgazar, siendo ésta la conducta más frecuente de las estudiadas. La menos frecuente es el uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes, con un 6,7% en chicas y un 0,6% en chicos. En todas las conductas predomina el componente femenino, lo que se acentúa a medida que la conducta es más patológica. Así, un 3,5% de las chicas refiere presentar simultáneamente restricción de 24h, atracones y vómitos autoprovocados, frente a un 0,2% de los chicos.

El estudio de la evolución de la prevalencia de conductas en los últimos 6 años, muestra pocos cambios significativos, salvo descenso en la percepción de sobrepeso-obesidad en chicas e incremento en restricción alimentaria de 24 horas en chicos.

Conclusiones:

Los TCA son una causa importante de ingreso por trastorno mental en mujeres entre 15-24 años, no sólo por su frecuencia, sino también por la elevada estancia media, la gran morbilidad asociada y la tasa de reingresos que conllevan.

Las conductas de riesgo o relacionadas con los TCA siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina, observándose sólo un descenso significativo en la percepción de sobrepeso u obesidad. Insistir en la necesidad de seguir promocionando hábitos alimentarios saludables así como tener en cuenta estos trastornos en los programas preventivos en el medio escolar o sanitario.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psicosomáticas, en las que los factores socioculturales juegan un papel muy relevante, al potenciar un modelo estético de delgadez que está presente de algún modo en el inicio y mantenimiento del trastorno. El análisis de la naturaleza multifactorial de los TCA indica su compleja etiopatogenia determinada por la interacción de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la enfermedad¹. Un factor clave es el miedo a engordar, provocado en la adolescencia por el cambio físico que experimenta el cuerpo y la nueva valoración estética que debe hacerse del mismo²⁻⁵.

Estos trastornos se clasifican en tres subtipos en el DSM-IV⁶: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno alimentario no especificado (TCA-NE). De forma similar vienen definidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10⁷. Estas Clasificaciones han mejorado respecto a la CIE 9^a (utilizada todavía en el conjunto mínimo básico de datos en el medio hospitalario).

Los TCA afectan principalmente a mujeres adolescentes o jóvenes, pero las actitudes y hábitos alimentarios no saludables están más extendidos y afectan a una población mayor y más heterogénea.

En España los estudios llevados a cabo en doble fase durante los años noventa, coinciden en mostrar una tasa de prevalencia de casos de TCA en la población adolescente alrededor del

4,5%⁸⁻¹⁰. En concreto, en el estudio de prevalencia de casos de TCA realizado en jóvenes adolescentes de 15 a 18 años en la Comunidad de Madrid durante el año 2000-01, se obtuvo una prevalencia acumulada de casos actuales de 3,7% y de población de riesgo del 7,6%¹¹. En cuanto a la incidencia, en Navarra se ha llevado a cabo un estudio en mujeres entre 13 y 22 años, y tras 18 meses de seguimiento obtienen unas cifras de 3200 casos nuevos de TCA por 100000/año¹².

Por otro lado, los estudios epidemiológicos coinciden en observar un aumento inequívoco de la incidencia de los TCA en las últimas décadas, sobretodo en el ámbito clínico de las consultas psiquiátricas y de Atención Primaria¹³⁻¹⁷. Aunque a su vez, el incremento de su prevalencia está puesto en duda por otros autores¹⁸⁻²⁰ cuestionando si se trata de un incremento real de casos o son otros factores (mejoras institucionales, diagnósticas, entre otros) los que posibilitan un mayor conocimiento de la frecuencia de estas patologías entre la población general.

En cualquier caso, las prevalencias actuales son preocupantes e indican la conveniencia de mantener una vigilancia epidemiológica anual de estos trastornos y de las conductas predisponentes, con el fin de evaluar la evolución de estas enfermedades en el ámbito comunitario.

FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA

Disponemos de dos fuentes de datos que nos permiten vigilar en la población los dos extremos evolutivos de estos trastornos: por un lado los casos que han requerido ingreso hospitalario, es decir los casos más graves, a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios, (CMBD-2003), y por otro, las conductas de riesgo en jóvenes, a través del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Trasmisibles de jóvenes, (SIVFRENT-J, 1999-2004). Desafortunadamente no disponemos de información de los casos menos graves, aquellos atendidos en los servicios de Atención Primaria o Centros de Salud Mental.

A.-Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD- 2003)

El CMBD recoge datos con carácter obligatorio de todos los centros y establecimientos sanitarios, públicos o privados, respecto de todos los pacientes que han tenido un episodio de hospitalización, iniciado con una orden de ingreso y que generan alta hospitalaria, y de los sometidos a un procedimiento quirúrgico ambulatorio. Su creación data de 1987, año en que fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como un instrumento que garantice la uniformidad y suficiencia de la información recogida para cada episodio asistencial²¹.

La información que ofrece el CMBD, es útil para evaluar la carga asistencial hospitalaria de un determinado problema o enfermedad aunque dado que los datos hospitalarios no son solo un reflejo de la prevalencia y severidad de una enfermedad sino de toda una serie de factores dependientes de la gestión hospitalaria, de la accesibilidad del hospital y políticas de admisión, entre otros, se requiere cierta cautela en la interpretación epidemiológica de los datos.

Criterio de selección de los ingresos:

Se estudian, a partir del CMBD del año 2003 los ingresos con diagnóstico (principal o en alguno de los 12 diagnósticos secundarios) de Anorexia Nerviosa (307.1 CIE-9), Bulimia (307.51 CIE-9) ó Trastorno de la Alimentación No Especificado (307.50 CIE-9).

El **diagnóstico principal** se define en el CMBD como ‘la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del servicio clínico que atendió al enfermo’.

El **diagnóstico secundario** se considera en el CMBD a aquel que ‘coexiste con el principal en el momento del ingreso, o que se desarrolla a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influye en la duración de la misma o en el tratamiento administrado’.

Tanto el diagnóstico principal como el secundario se codifican según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica (CIE 9ª -MC).

Se describe la frecuencia y características de los episodios de alta hospitalaria producidos en el año 2003 en los hospitales de la CM con diagnóstico (principal o secundario) de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Se ha determinado la tasa de reingresos y se estima el número de casos a partir del número de ingresos, teniendo en cuenta el número de historia clínica, la fecha de nacimiento, el sexo, provincia de residencia, y diagnóstico principal, para controlar duplicados.

B.-Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles de jóvenes

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J), mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento en escolares de 15 y 16 años. Se basa en la realización de encuestas seriadas autoadministradas en el aula y con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2000 alumnos²². Desde 1999 incluye conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario. La conducta de crisis de atracones se introdujo en el cuestionario en el año 2002. Para más información acerca de la metodología de este sistema de información en el año 2004 ver Boletín Epidemiológico²³.

En este boletín se describe la prevalencia de las conductas de riesgo de TCA en jóvenes según género para el año 2004 y su evolución desde 1999. La prevalencia se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño. La evolución se estudia por el cambio medio anual de la prevalencia estimado mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial ajustando por edad y tipo de centro, y trabajando el año como variable continua. Se presentan como incrementos o decrementos medios anuales, en %, y su intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

1.-INGRESOS HOSPITALARIOS ‘POR’ O ‘CON’ TCA (CMBD, 2003)

En la Comunidad de Madrid durante 2003 se produjeron un total de 529.764 ingresos hospitalarios en centros públicos o privados y por todas las causas, de pacientes residentes en la misma (se excluyen los ingresos por cirugía ambulatoria). De ellos, 576 ingresaron con diagnóstico principal de anorexia nerviosa (CIE 9ª 307.1), bulimia (CIE 9ª 307.51) ó trastorno de la alimentación no especificado (CIE 9ª 307.50). Esto supone el 0,1% de los ingresos totales, (el 0,02% en hombres y el 0,1% en mujeres), y el 3,5% de los ingresos por trastornos mentales (el 0,7% en hombres y el 6,4% en mujeres).

Si nos limitamos al grupo de edad donde estos trastornos son más frecuentes, entre los 15 y 24 años, (edades que soportan el 56 % de los ingresos por esta causa), los ingresos por TCA suponen el 0,9 % de los ingresos totales (0,2% en hombres y 1,3 en mujeres) y el 15,5% de los ingresos por trastorno mental (2,6% en hombres y 28,8% en mujeres). La tasa bruta de ingresos

por TCA de residentes en la CM en ese grupo de edad es de 0,06 por mil hombres y de 0,7 por mil mujeres.

Del total de ingresos por TCA (TCA en diagnóstico principal) realizados en la CM (576), el 16,6% (96) procede de otras CCAA (Tabla 1).

Tabla 1.-
Ingresos con TCA en el diagnóstico principal o secundario, según lugar de residencia, 2003

TCA	Residencia en la CM	Residencia en otras comunidades autónomas	Total (%)
En diagnóstico principal	480	96	576(67,8)
En diagnóstico secundario	261	13	274(32,2)
Total	741 (87,2)	109(12,8)	850(100)

En la Tabla 2 se muestra la frecuencia de ingresos por tipo de diagnóstico de TCA según género y según resida o no el paciente en la CM. Independientemente del lugar de residencia, y tanto en mujeres como en varones, los ingresos por AN son siempre los más frecuentes, con gran diferencia.

La proporción de mujeres en los ingresos por TCA de cualquier procedencia es del 89% y del 89,6% en residentes en la CM. En cuanto al tipo de diagnóstico según sexo, en ambos es la AN la principal causa de ingreso.

Tabla 2.-
Distribución por tipo de diagnóstico, género y procedencia de los ingresos por TCA

	Diagnóstico Principal	Total		Mujeres		Varones		p
		N	%	N	%	N	%	
Ingresos de cualquier procedencia	AN	440	76,4	382	74,5	58	92	S
	BN	83	14,4	81	15,8	2	3,2	S
	TCA-NE	53	9,2	50	9,7	3	4,8	NS
	Total	576	100	513	100	63	100	
Residentes en la CM	AN	363	75,6	316	73,5	47	94	S
	BN	65	13,6	64	14,9	1	2	S
	TCA-NE	52	10,8	50	11,6	2	4	NS
	Total	480	100	430	100	50	100	

S = diferencia de proporciones entre hombres y mujeres significativa $p < 0,05$

Dado que cada paciente puede ingresar en varias ocasiones, a partir del 'ingreso' estimamos el número de 'casos' filtrando duplicados por número de historia clínica, sexo, fecha de nacimiento, diagnóstico principal y provincia de residencia.

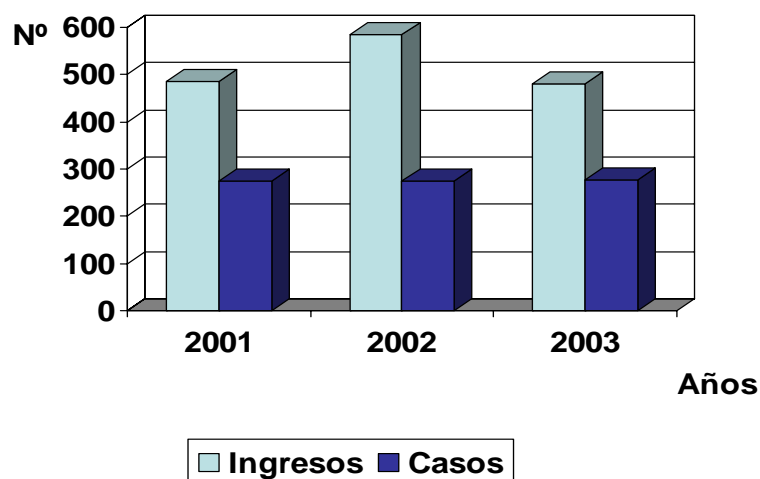
En la Tabla 3 se muestra el número de casos de TCA que corresponden al total de ingresos. La tasa media anual de reingresos en el mismo hospital para los pacientes residentes en la CM es de 1,8 y para los residentes en otras CCAA se obtiene una tasa de reingresos de 1,7, no observándose diferencias en este indicador según la procedencia del enfermo.

Tabla 3.- Nº de ingresos por TCA, y Nº de casos según residencia en la CM

	Ingresos por TCA*	Casos**	Tasa anual de reingresos (*/**)
Cualquier procedencia	576	323	1,8
Residentes en la CM	480	276	1,7

Como muestra el gráfico 1 el nº de casos de TCA de residentes en la CM ingresados en los tres años estudiados ha permanecido estable.

Gráfico 1.-Evolución del Nº casos y Nº ingresos por TCA de pacientes residentes en la CM



En la Tabla 4 se recogen las frecuencias y porcentajes del número de ingresos ocasionados por caso de TCA para el total y según género. El 70,3% de las personas que ingresaron por TCA lo hicieron una vez en el año, y un 29,7% han ingresado 2 o más veces, no observándose diferencias por género en este indicador.

Tabla 4.- Nº de ingresos por caso de TCA según género, en residentes en la CM

Nº de Ingresos	Total		Mujeres		Varones	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	194	70,3	180	70,3	14	70
2	28	10,1	26	10,2	2	10
3	29	10,5	27	10,5	2	10
4	9	3,3	9	3,5		
5	7	2,5	7	2,7		
6	3	1,1	3	1,2		
7	4	1,4	4	1,6		
13	2	0,8			2	10
Total	276	100	256	100	20	100

En la Tabla 5 se muestran los estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes ingresados por TCA procedentes de cualquier CCAA o residentes en la CM. Los resultados muestran que la edad media de los ingresos es de 22,6 años, y disminuye levemente si el paciente vive fuera de la CM a 19,89 años.

Tabla 5.- Estadísticos descriptivos de la edad de los casos ingresados por TCA

EDAD	TOTAL (N=323)	CM (N=276)	RESTO (N = 47)
MEDIA	22,3	22,6	19,9
DESV.TIP	9,5	9,2	11,2
Mínimo	8	8	11
Máximo	35	69	69
P25	16	16	14
P50	20	21	17
P75	26	27	22

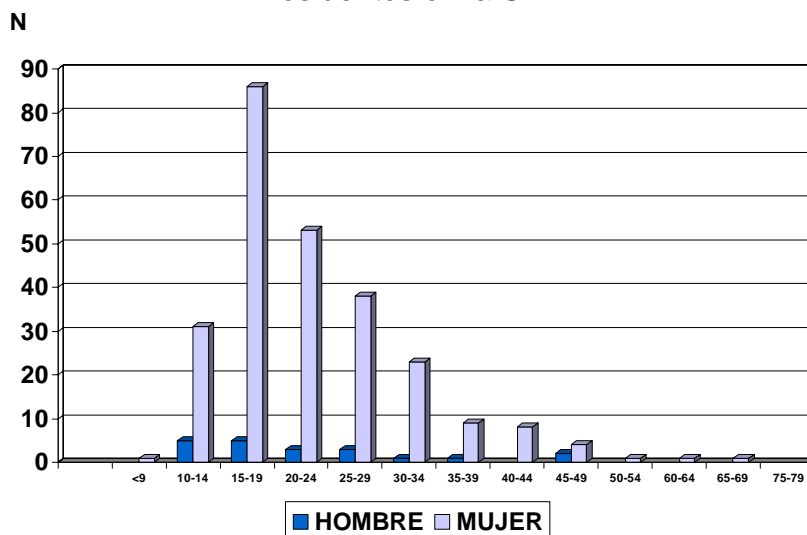
En la Tabla 6 y Gráfico 2 se muestra la distribución por grupos de edad y género de los casos ingresados por TCA. En ambos sexos los casos se dan en mayor proporción entre los 15 y los 24 años.

Tabla 6.

Distribución por sexo y edad de CASOS ingresados con diagnóstico de TCA, CM-2003

EDAD	SEXO					
	Mujer		Varón		Total	
	N	%	N	%	N	%
<9	1	0,4			1	0,4
10-14	31	12,1	5	25	36	13
15-19	86	33,6	5	25	91	33
20-24	53	20,7	3	15	56	20,3
25-29	38	14,8	3	15	41	14,9
30-34	23	9	1	5	24	8,7
35-39	9	3,5	1	5	10	3,6
40-44	8	3,1			8	2,8
45-49	4	1,6	2	10	6	2,1
50-54	1	0,4			1	0,4
60-64	1	0,4			1	0,4
65-69	1	0,4			1	0,4
	256	100	20	100	276	100

Gráfico 2.-Distribución por edad y sexo de los casos ingresados con diagnóstico de TCA en el año 2003 residentes en la CM



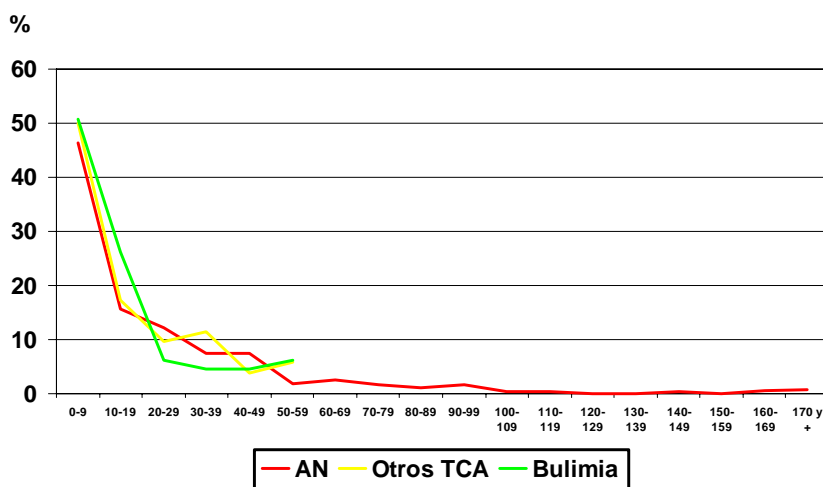
La estancia media de los ingresos por TCA de residentes en la CM es de 20,9 días. Este indicador es más de dos veces la estancia media hospitalaria por todos los diagnósticos en el conjunto de hospitales, que es de 9,1 días, o por todos los diagnósticos de los hospitales donde se han ingresado estos pacientes (estancia media de 9,2 días). La estancia mínima es de un día y el número de días máximo que ha estado una persona ingresada por TCA ha sido de 203 días (Tabla 7). A su vez se muestra la estancia media por ingreso según tipo de diagnóstico. La mayor

estancia media corresponde a los pacientes con diagnóstico de AN (22,4 días) y la menor se observa en los pacientes con BN (15,4 días) (Gráfico 2).

Tabla 7.-Estancia media, en días, de los ingresos hospitalarios para todos los TCA y según el tipo de diagnóstico (residentes en la CM)

	TOTAL TCA (N= 480)	AN	BN	TCA-NE
Media	20,9	22,4	15,4	17,8
Desv. típica	28	29,8	17,7	24,1
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	203	203	94	151
Percentiles				
25	3	3	3	3,3
50	11	12	9	10
75	27	31	18	26

Gráfico 3.-Distribución de la estancia media en ingresos por TCA según tipo de diagnóstico, 2003



La Tabla 8 recoge la relación de diagnósticos secundarios referidos en los episodios de ingreso hospitalario con TCA en cualquiera de los diagnósticos, en residentes de la CM. Los resultados muestran que los TCA tienen una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (49%) y en menor medida con enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición o metabolismo. Es de destacar el porcentaje de diagnósticos secundarios que suponen las causas externas: envenenamientos (accidental o medicamentoso) y fracturas y lesiones, que juntos suman 105 episodios, el 14,2% de los diagnósticos secundarios.

Tabla 8.-Relación de diagnósticos más frecuentes en los episodios de ingreso hospitalario ‘por’ (diagnóstico principal) o ‘con’ (diagnóstico secundario) TCA

Diagnóstico asociado	N	%
Otro Trastorno Mental	363	49
Enfermedades del Aparato Digestivo	40	5,4
Enfermedades de la Nutrición o Metabolismo	73	9,9
Otras circunstancias de ingreso (cód. V CIE 9ª)	133	17,9
Enfermedades Aparato Genital	44	5,9
Envenenamiento Accidental	51	6,9
Síndromes Mal Definidos	42	5,7
Envenenamiento Medicamentoso	40	5,4
Enfermedades Aparato Circulatorio	20	2,7
Enfermedades Aparato Respiratorio	24	3,2
Fracturas y lesiones	14	1,9
Embarazo/Parto	22	3
Enfermedades del Sistema Nervioso	15	2

En la Tabla 9 se recoge la distribución del número de casos de TCA según el Área y Distrito Sanitario de residencia. Los resultados muestran la dispersión de esta enfermedad que afecta a todos los distritos de la región.

Tabla 9.- Casos ingresados por TCA según Área y Distrito sanitario de residencia

Área y Distrito	N	%
Area 1		
Arganda	4	1,4
Moratalaz	6	2,3
Retiro	10	3,6
Vallecas	13	4,7
I. Total	33	12
Area 2		
Coslada	1	0,4
Salamanca	9	3,3
Chamartín	7	2,5
II. Total	17	6,2
Area 3		
Alcala de Henares	14	5,1
Torrejón de Ardoz	4	1,4
III. Total	18	6,5
Area 4		
Ciudad Lineal	12	4,3
San Blas	6	2,2
Hortaleza	5	1,8
IV. Total	23	8,3
Area 5		
Alcobendas	16	5,8
Colmenar Viejo	1	0,4
Tetuán	9	3,3
Fuencarral	8	2,9
V. Total	34	12,4
Area 6		
Majadaonda	7	2,5
Collado Villalba	12	4,3
Moncloa	8	2,9
VI. Total	27	9,7
Area 7		
Centro	7	2,5
Chamberí	7	2,5
Latina	10	3,6
VII. Total	24	8,6
Area 8		
Móstoles	26	9,4
Alcorcón	10	3,6
Navalcarnero	11	4
VIII. Total	47	17,0
Area 9		
Leganés	3	1,1
Fuenlabrada	4	1,4
IX. Total	7	2,5
X. Area 10		
Parla	7	2,5
Getafe	2	0,7
Total	9	3,2
XI. Area 11		
Aranjuez	7	2,5
Arganzuela	4	1,4
Villaverde	6	2,2
Carabanchel	4	1,4
Usera	3	1,1
Total	24	8,6
Desconocido	13	4,7
Total	276	100

2.-CONDUCTAS RELACIONADAS CON LOS TCA EN POBLACIÓN JUVENIL (SIVFRENT-J, 1999-2004)

El número total de estudiantes que participaron en los seis años fue de 12.252, 5.940(48,4%) chicos y 6.312(51,5%) chicas, con una media anual de 2.042. Durante el año 2004 se realizaron 2.039 cuestionarios.

En la Tabla 10 se exponen las prevalencias de conductas relacionadas con el comportamiento alimentario para el año 2004 por género y la razón de prevalencias mujer/varón. Los resultados indican que un 37% de las chicas y un 16,7% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, percepción que lleva a hacer dieta adelgazante al 35,4% de las chicas y al 7,3% de los chicos. Esta es la conducta más frecuente entre todas las estudiadas y la menos frecuente es la utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos doce meses, con un 6,8% en chicas y un 0,6% en chicos.

La conducta de crisis de atracones de comida con la sensación de no poder parar de comer es también muy frecuente, ya que es referida por el 31,1% de las chicas y el 12% de los chicos. Es de interés señalar que esta conducta solo va asociada a vómitos en el 7,5% de las chicas y en el 0,4% de los chicos, lo cual indica que en la mayor parte de los casos se trataría de un síndrome por atracón o una sobreingesta compulsiva.

La presencia simultánea de crisis de atracones, vómito autoprovocado y restricción alimentaria de 24 horas, es referida por el 3,4% de las chicas y el 0,2% de los chicos, conjunción de conductas que presenta el mayor predominio femenino (razón de prevalencias de 16,8).

En cuanto a la realización de conductas compensatorias con el fin de perder peso, (restricción alimentaria de 24 horas, vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes (estas tres van en una sola pregunta)), refieren una cualquiera de ellas el 19,6%(17,3-21,9) de las chicas y el 4,4%(3-5,9) de los chicos, dos o más el 7,9%(6,3-9,5) de las chicas y el 0,4%(0-0,8) de los chicos y las tres de forma simultánea el 1,3% (0,6-2) de las chicas y un 0,1% (-0,1-0,3) de los chicos.

Tabla 10.- Prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, según género, 2004

	MUJERES (N=1067)		HOMBRES (N=972)		RAZÓN M/H	
	PREV.	IC(95%)	PREV.	IC(95%)		IC(95%)
PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL CON SOBREPESO U OBESIDAD	37,0	33,9-40	16,7	14,3-19,1	2,2	(1,8-2,5)*
DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	35,5	32,3-38,6	7,3	5,4-9,2	4,8	(3,8-6,1)*
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA DE 24 H EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	11,2	9,4-13	3,6	2,3-4,9	3,0	(2,1-4,4)*
VÓMITO AUTOPROVOCADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	11,0	9,4-12,6	0,7	0,1-1,3	15,3	(7,1-32,5)*
PARA PERDER PESO, LAXANTES, DIURÉTICOS, PÍLDORAS ADELGAZANTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	6,8	4,9-8,6	0,6	0,1-1,1	10,8	(4,7-24,8)*
CRISIS DE ATRACONES* EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	31,1	28,3-34	12	9,4-14,5	2,6	(2,1-3,1)*
CRISIS DE ATRACONES+ VÓMITO AUTOPROVOCADO	7,5	6-9,2	0,4	0,0-0,8	18,3	(6,7-49,8)*
CRISIS DE ATRACONES+ VÓMITO AUTOPROVOCADO+ RESTRICCIÓN ALIMENTARIA DE 24 H	3,4	2,6-4,4	0,2	-0,1-0,5	16,8	(4-69,7)*

*¿HAS SUFRIDO CRISIS DE ATRACONES DE COMIDA EN LAS QUE TUVISTE LA SENSACIÓN DE NO PODER PARAR DE COMER?

*=p<0,000

Tabla 11.- Prevalencias anuales crudas de conductas relacionadas con los TCA y razón de tasas mujer/hombre, en adolescentes

	AÑO	MUJERES			HOMBRES			RAZÓN M/H*
		PREV.	(IC95%)		PREV.	(IC95%)		
PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL CON SOBREPESO U OBESIDAD	1999	44,5	41,4	47,6	17,3	15,5	19,1	2,6
	2000	39,1	35,5	42,7	20,5	18,4	22,6	1,9
	2001	36	33	39	20,7	18,3	22,9	1,7
	2002	36	33,2	38,8	18,3	16,1	20,5	2,0
	2003	34,3	31,1	37,5	15,7	13,5	17,9	2,2
	2004	36,9	33,9	40	16,7	14,3	19,1	2,2
DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1999	34,6	30,7	38,5	6,2	4,8	7,6	5,6
	2000	32,9	28,8	37	6,4	4,6	8,2	5,1
	2001	29,8	26,1	33,5	6,5	4,9	8,1	4,6
	2002	30,8	28,1	33,5	7,2	5,6	8,8	4,3
	2003	30,2	27,1	33,4	6,1	4,6	7,7	4,9
	2004	35,4	32,3	38,6	7,3	5,4	9,2	4,8
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA DE 24 H EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA ADELGAZAR	1999	10,3	8,6	12	2	1,3	2,7	5,2
	2000	13,7	12	15,4	1,9	0,9	2,9	7,2
	2001	8,9	6,9	10,9	2,2	1,4	3	4,0
	2002	12,4	10,4	14,3	2,9	1,8	4	4,3
	2003	12	10	14,1	3,1	2,1	4,1	3,9
	2004	11,2	9,4	13	3,6	2,3	4,9	3
VÓMITO AUTOPROVOCADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA PERDER PESO,	1999	12	9,4	14,6	1,3	0,6	2	9,2
	2000	10,4	8,1	12,7	1	0,4	1,6	10,4
	2001	7,8	6	9,6	0,6	0,1	1,1	13,0
	2002	9,8	8,1	11,5	1,6	0,8	2,4	6,1
	2003	9,3	6,9	11,7	0,9	0,2	1,7	10,1
	2004	11	9,4	12,6	0,7	0,1	1,3	15,3
LAXANTES, DIURÉTICOS, PÍLDORAS ADELGAZANTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	1999	6	4,4	7,6	0,8	0,2	1,4	7,5
	2000	4,7	3,2	6,2	0,8	0,2	1,4	5,9
	2001	5,6	4,1	7,1	0,3	0	0,6	18,7
	2002	6,2	4,8	7,5	0,6	0,2	1	10,3
	2003	4,05	2,7	5,4	0,8	0,3	1,4	4,9
	2004	6,7	4,9	8,6	0,7	0,1	1,3	10,8
CRISIS DE ATRACONES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	2002	27	24,3	29,7	9,3	7,2	11,4	2,9
	2003	27,5	24,2	30,8	10,1	8	12,3	2,7
	2004	31,2	28,3	34,0	12	9,4	14,5	2,6

*RAZÓN M/H: RAZÓN DE PREVALENCIAS MUJER/HOMBRE

*=p<0,000

En todas las conductas estudiadas es evidente el predominio femenino, que es menor en la mera percepción de sobrepeso u obesidad, (razón de prevalencia de 2,2), y cada vez mayor a medida que la conducta es más ‘patológica’ o ‘comprometida’ con la pérdida de peso: 10 veces mayor en mujeres el vómito autoprovocado y casi 17 veces mayor si el vómito se asocia con atracones y restricción alimentaria.

En cuanto a la evolución, en las tablas y gráficos siguientes figuran las prevalencias anuales (tabla 11 y gráficos 4 y 5), el cambio medio anual (tabla 12).

Gráfico 3.-EVOLUCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO DE TCA EN MUJERES DE 15 Y 16 AÑOS

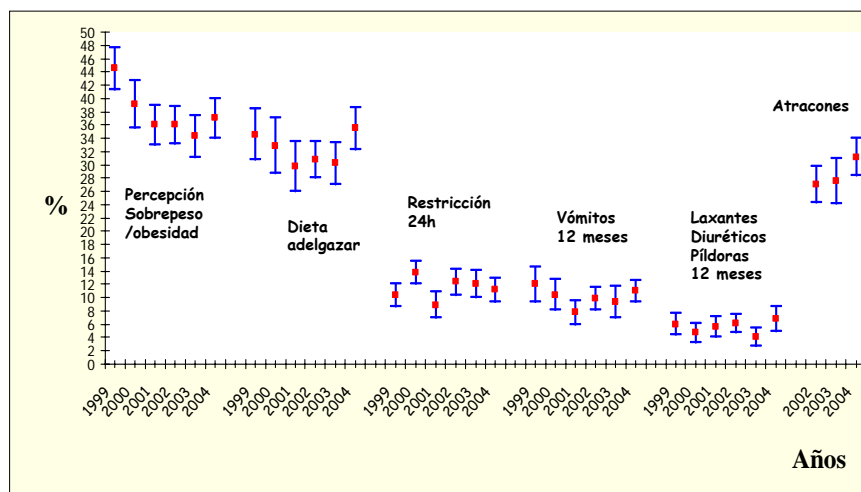


Fig.: SIVFRENT-J

Gráfico 4.-EVOLUCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO DE TCA EN HOMBRES DE 15 Y 16 AÑOS

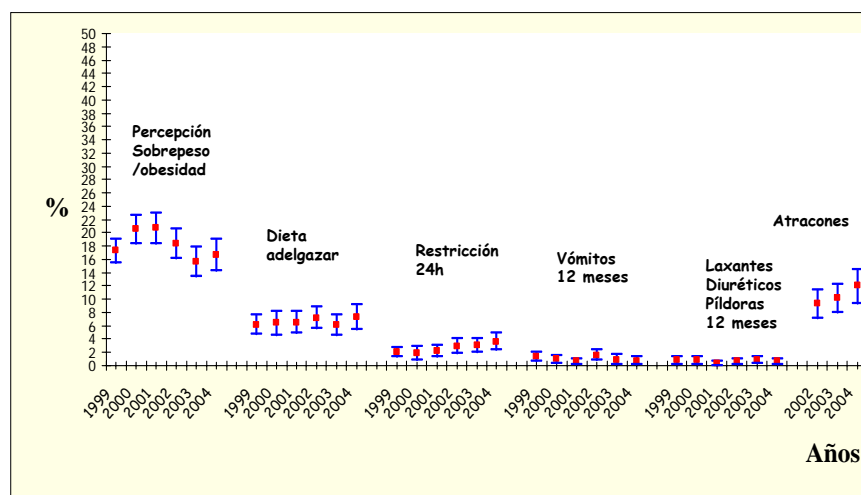


Fig.: SIVFRENT-J

Tanto en chicas como en chicos se observa descenso en la autopercepción del sobrepeso/obesidad, aunque en ellos está en el límite de la significación estadística, (un 3,8% medio anual ($p=0,000$) y un 3% ($p=0,064$) respectivamente). Por el contrario, la restricción alimentaria de 24 horas en los chicos, muestra un incremento del 16% medio anual y una $p=0,001$. La evolución en la conducta de atracones en los tres últimos años (solo se dispone del dato desde 2002), indica un incremento del 8% en chicas ($p=0,023$) y del 14% en chicos ($p=0,055$). El resto de conductas muestran cambios anuales que no permiten concluir incrementos o decrementos significativos en los 6 años de estudio.

Tabla 12.- Cambios medios anuales en la prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, en % e IC al 95%, según género, 1999 a 2004

	MUJERES			HOMBRES		
	%	(IC 95%)	P	%	(IC 95%)	P
PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL CON SOBREPESO U OBESIDAD	-3,8	(-5,6 a -2)	0,000	-3	(-6 a -0,2)	0,064
DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	-0,2	(-2,3 a +2)	0,851	+8	(-11a +31)	0,275
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA DE 24 H EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA ADELGAZAR	+1,6	(-3 a +6)	0,46	+16	(+6 a +28)	0,001
VÓMITO AUTOPROVOCADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA PERDER PESO,	-1,3	(-6 a +3)	0,551	-0,6	(-14 a +15)	0,94
LAXANTES, DIURÉTICOS, PÍLDORAS ADELGAZANTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	+2,1	(-4 a +8)	0,506	-2,2	(-19 a +17)	0,816
CRISIS DE ATRACONES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (2002 a 2004)	+8	(1 a 15)	0,023	+13,6	(-0,3 a +29,4)	0,055

*se ha trabajado con el año como variable continua

*se ha ajustado por edad y tipo de centro

RESUMEN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1.-Los TCA suponen la primera causa de ingreso hospitalario por trastorno mental en mujeres entre los 15-24 años.
- 2.-Dentro de los TCA, la AN es la causa más importante de ingreso por trastorno mental en el grupo de edad entre los 15-24 años.
- 3.-En los ingresos por TCA la proporción de mujeres es de un 90%.
- 4.-La edad media de los pacientes ingresados es de 22,6 años.
- 5.-El 33% de los casos ingresados se da entre los 15 y 19 años.
- 6.-Un 30% de las personas han ingresado dos o más veces en el año 2003.
- 7.-La estancia media de los ingresos por TCA en residentes en la CM es de 20,9 días, más de dos veces la estancia media por todos los diagnósticos en hospitales de la CM (9,2 días). La mayor estancia media corresponde a pacientes con AN.
- 8.-Existe una alta comorbilidad con otros trastornos mentales.
- 9.-Entre los años 2001-2003 el número de casos ingresados de pacientes residentes en la CM ha permanecido estable.
- 10.-Un tercio de las adolescentes refiere la realización de dietas para adelgazar y una de cada diez se ha provocado el vómito para perder peso, lo cual indica que la preocupación por el peso o figura corporal es muy frecuente en esta población, y que conduce a la inducción de conductas perjudiciales para su salud.
- 11.-En los últimos seis años se observan pocos cambios significativos en la evolución de la prevalencia de las conductas relacionadas con los TCA, salvo un descenso de un 3,8% en la percepción de sobrepeso u obesidad en las mujeres y un ascenso de un 16% en la restricción alimentaria de 24 h en hombres.

Todo lo expuesto nos lleva a concluir que los trastornos del comportamiento alimentario son una causa importante de ingreso hospitalario entre los trastornos mentales, particularmente en mujeres entre los 15 y 24 años, no solo por su frecuencia, sino también por la elevada estancia media, la gran comorbilidad asociada y tasa de reingresos que conllevan.

Por otro lado las conductas de riesgo o relacionadas con los TCA siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina. Insistir en la necesidad de seguir promocionando hábitos alimentarios saludables así como de tener en cuenta estos trastornos en los programas preventivos en el medio escolar o sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garner D.M. Patogenia de la Anorexia Nerviosa. The Lancet (Ed. Esp.) 1993;23:280-284
2. Toro J. Diagnóstico y psicopatología de la anorexia nerviosa en Trastornos del Comportamiento Alimentario. Jano 1999;56:1890-1895.

3. Slade, P. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British J. of Clinical Psychology* 1982; 21:167-179.
4. Crisp, A. H.. (1980). *Anorexia nervosa: let me be*. London: Academic Press
5. Garfinkel. P. E. y Garner, D. M. (1982) *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. NY: Brunner-Mazel.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición)*. Washington, D.C., 1994.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud-10ª revisión*. Washington, D.C., 1995.
8. Ruíz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C. et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev de Psiquiatr Infanto-Juvenil* 1998;3:148-162.
9. Morandé G, Celada J, Casas J. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health* 1999;24:212-219.
10. Pérez M, Gual P, De Irala J, Martínez M, Lahortiga F. Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes Navarras. *Med Clín* 2000;114:481-486.
11. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz PE. Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la CM. Documento técnico de salud pública nº 85. Instituto de Salud Pública. Madrid, 2003.
12. Lahortiga F, De Irala J, Cano A, Gual P, Martínez MA, Cervera S. Incidente of eating disorders in Navarra (Spain). *European Psychiatry* 2005; 20:179-185.
13. Lucas A, Beard C, O'Fallon W, Kurland L. 50-Years Trend in the Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study. *Am J Psychiatry* 1991;148:917-922.
14. Guerro-Prado D, Barjau JM, Chinchilla A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatría* 2001; 29: 403-410.
15. Soundy TJ, Lucas AR, Suman VJ y Melton I. Bulimia Nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychol Med* 1995; 25:1025-1071.
16. Eagles JM, Johnston MI, Hunter D, Lobban M, Millar HR. Increasing Incidence of Anorexia Nervosa in the Female Population of Northeast Scotland. *Am J Psychiatr*, 1995; 152:1266-1271.
17. Morandé G, Casas J, Calvo R, Marcos A, Hidalgo I, Lareo J, et al. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
18. Frankenburg F, Garfinkel P, Garner D.. *Anorexia nervosa: Issues in prevention*. *J of Preventive Psychiatry* 1982; 1: 469-483.
19. Fombonne E. *Anorexia Nervosa. No Evidence of an Increase*. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 462-471.
20. Gøtesman KG, Agras WS. General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995; 18:119-126.
21. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 89/1999, de 10 de junio, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria, en la Comunidad de Madrid.
22. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996;4(12):3-15.
23. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2004;10(12):4-41.



INFORME:

TEMPORADA DE GRIPE 2004/2005 EN LA COMUNIDAD DE MADRID

RESUMEN

Introducción.- La gripe es una enfermedad respiratoria aguda, en general de curso limitado, que termina con la recuperación del enfermo en el término de 3-7 días. La importancia de la gripe deriva de su elevada capacidad de propagación, la extensa morbilidad que produce y la gravedad de las complicaciones, en particular las neumonías.

El objetivo de este informe es describir la temporada de gripe 2004/05 en la Comunidad de Madrid.

Material y métodos.- Estudio descriptivo de la temporada de gripe 2004/05, a partir de los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica de gripe disponibles en la Comunidad de Madrid: morbilidad declarada a las Enfermedades de Declaración Obligatoria y a la Red de Médicos Centinela.

Resultados.- En la temporada 2004/05 se ha detectado actividad epidémica durante 10 semanas. Los máximos epidémicos correspondieron a las semanas 1 y 2 de 2005. La frecuencia de presentación ha sido mayor en hombres, 55,9% de los casos. El grupo de edad con mayor número de casos es el comprendido entre 25 y 44 años, 41,8% de los casos. Las manifestaciones clínicas han sido: aparición súbita en el 81,5% de los casos, tos en el 89,0%, escalofríos en el 88,2%, fiebre en el 93,7%, debilidad y postración en el 86,3%, mialgias y dolores generalizados en el 86,9%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 68,1%, y contacto con enfermo de gripe en el 30,8%. El 16,0% de los casos tenía patologías previas. El 9,8% de los casos estaban vacunados. La actividad epidémica ha estado asociada predominantemente a la circulación de virus de la gripe AH3N2, similares a la cepa A/California/7/2007, también se han identificado virus B, similares a B/Shanghai/361/2002 y B/Jiangsu/10/2003.

Conclusiones: En la temporada analizada el nivel de actividad epidémica ha sido medio. El cuadro clínico presentado por los casos ha sido el habitual para este proceso. Los virus circulantes identificados han sido ligeramente diferentes a la cepa vacunal recomendada para el subtipo antigénico.

1.- INTRODUCCIÓN

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda, en general de curso limitado, que termina con la recuperación del enfermo en el término de 3-7 días. La gripe se tramite rápidamente durante las epidemias estacionales y puede producir complicaciones graves, en particular neumonías.

Está producida por los virus de la familia Orthomyxoviridae que incluye los géneros Influenzavirus A, B y C. El virus de la gripe es capaz de sufrir lo que se denominan cambios antigénicos mayores (shift antigénico), que originan la aparición de un nuevo virus gripal distinto a los virus que han estado circulando los años anteriores. Además de estos cambios mayores, el virus de la gripe sufre mutaciones o cambios menores (drift antigénico), motivo por el que la vacuna antigripal debe ser revisada anualmente para adaptarla a las cepas que se espera que circulen cada temporada.

Las vacunas son trivalentes y están constituidas por dos cepas del virus gripal A (subtipos H1N1 y H3N2) y una cepa del virus gripal B. La composición recomendada para la vacuna por la OMS (1) para la temporada 2004-2005 fue la siguiente:

- Antígeno análogo a A/New Caledonia/20/99 (H1N1)
- Antígeno análogo a A/Fujian/411/2002 (H3N2)
- Antígeno análogo a B/Shanghai/361/2002

Desde un punto de vista epidemiológico, es necesario tener en cuenta que un nuevo subtipo de virus de gripe A podría producir una pandemia de gripe. Para que se diera esta situación, deben darse tres condiciones: que el nuevo virus sea capaz de transmitirse a humanos, que sea capaz de replicarse en humanos y causar enfermedad y por último que este nuevo virus tenga capacidad de transmitirse de forma eficaz de una persona a otra, y pueda causar brotes en la población.

En los últimos años, los dos primeros requisitos se han dado en varias ocasiones, en Hong-Kong, en 1997, 18 personas resultaron afectadas por un nuevo virus aviar subtipo H5N1. En febrero de 2003 se identificaron 2 pacientes afectados en Hong-Kong, también por virus aviar subtipo H5N1. En Europa, se produjo en febrero de 2003 un brote de gripe aviar por el subtipo H7N7 en los Países Bajos con 83 casos leves y 1 fallecido, que era veterinario de profesión. Y desde finales del año 2003 está teniendo lugar, en el Sureste asiático, un brote por el subtipo H5N1 en el cual también se están dando las dos primeras condiciones. En septiembre de 2004, se detectó un caso en Tailandia con probable transmisión interhumana, ya que al parecer este caso no había tenido contacto con aves y enfermó después de cuidar a su hija, también caso, en el hospital. Sin embargo, la vigilancia reforzada establecida ante estos hechos no ha demostrado que en Tailandia, se diera transmisión de persona a persona eficaz y sostenida (2).

Fuera de la zona afectada, desde un punto de vista de la salud humana, la OMS solamente recomendó la temporada pasada intensificar la vigilancia epidemiológica para detectar la posible aparición de casos infectados por la cepa A(H5N1), prestando atención especial a los posibles casos provenientes de los países afectados. En España, como en el resto de países europeos, la gripe aviaria no supuso la temporada pasada un riesgo para la Salud Pública.

Considerando la situación epidemiológica existente en el sudeste asiático y teniendo en cuenta los avances en el conocimiento de la evolución del virus de la gripe, la OMS en abril de 2005, ha presentado un nuevo plan para apoyar a las autoridades sanitarias de los Países Miembros en la preparación y respuesta ante la amenaza de una próxima pandemia de gripe. Siguiendo estas recomendaciones, en España, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo ha elaborado un Plan de actuación frente a una posible pandemia de gripe. El Plan tiene por objeto armonizar la preparación de las medidas de respuesta y servir de guía para la elaboración de los Planes de respuesta en todos los niveles operativos desarrollados desde las Comunidades Autónomas (3). Según la OMS, en este momento estamos en Periodo de Alerta Pandémica, Fase 3.

En este marco, la Comunidad de Madrid está desarrollando un Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe que tendrá en cuenta, dado el carácter multisectorial de las medidas a adoptar para hacer frente a una posible pandemia, la importancia de una actuación coordinada de las administraciones implicadas. Respecto a la Vigilancia Epidemiológica, en situación de pandemia deberá garantizar que las medidas a adoptar cuenten con información suficiente y oportuna para la toma escalonada de decisiones.

Aunque es necesario estar alerta, la gripe aviaria no supone un riesgo inmediato para la salud pública, y está previsto que durante la próxima temporada los sistemas de vigilancia epidemiológica tengan un funcionamiento similar al de años anteriores. En este informe se presenta un análisis descriptivo de la temporada de gripe 2004/05 en la Comunidad de Madrid.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la temporada de gripe 2004/05, a partir de los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica de gripe disponibles en la Comunidad de Madrid: morbilidad declarada a las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y a la Red de Médicos Centinela (RMC).

Por la presentación invernal que tiene esta enfermedad en nuestro hemisferio, existe el convenio de considerar como período para su estudio la temporada epidemiológica, que comienza en la semana 33 y termina en la semana 32 del año siguiente. También por acuerdo los sistemas centinelas están en funcionamiento desde la semana 40 hasta la semana 20 del año siguiente.

En la RMC se utiliza para valorar la situación epidémica el umbral epidémico que se estima en base a la media de la incidencia semanal en las 5 temporadas precedentes. Para el cálculo de las incidencias presentadas se han utilizado los datos poblacionales correspondientes al padrón continuo de población de 2004.

3.- RESULTADOS

3.1.- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

La morbilidad declarada a las EDO permite fundamentalmente la cuantificación y el análisis geográfico de la distribución de la enfermedad. En la Comunidad de Madrid, en este sistema, la gripe es una enfermedad de declaración numérica semanal.

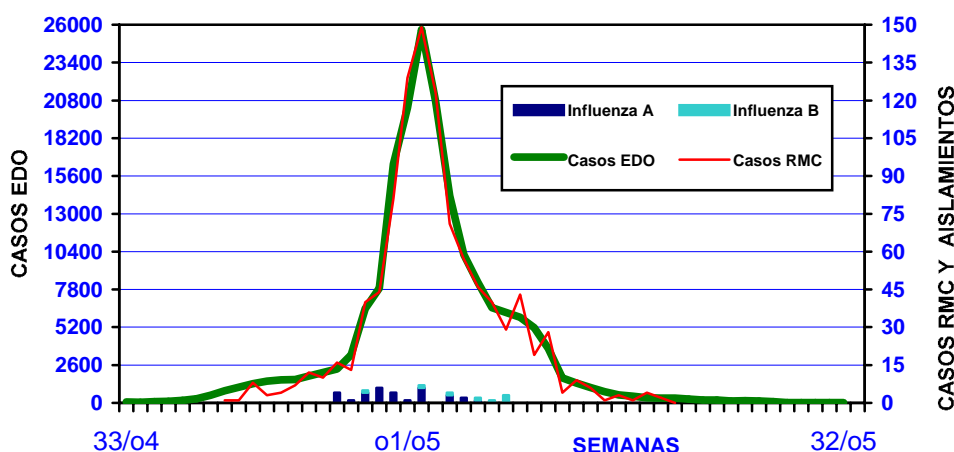
Durante la temporada 2004/05 las EDO han registrado 184.701 casos de gripe, que representan una incidencia acumulada para la temporada de 3.181,8 casos por 100.000 habitantes, la semana de máxima incidencia se registró en la semana 2 de 2005 (del 9 al 15 de enero) en la que se registraron 25.669 casos, que suponen una incidencia acumulada semanal de 442,2 casos por 100.000 habitantes (figura 1, tabla 1).

Tabla 1.- Casos notificados a las EDO en las temporadas 2001/02 a 2004/05, en la Comunidad de Madrid.

Temporada Epidemiológica	Nº casos notificados	Incidencia en la temporada x 10 ⁵	Pico máximo (Incidencia semanal / semana-año)
2000-01	171.360	3.411,9	183,3 / 10-01
2001-02	283.067	5.636,2	753,0 / 2-02
2002-03	162.592	2.998,0	223,7 / 9-03
2003-04	162.574	2.842,7	367,7 / 47-03
2004-05	184.701	3.181,8	442,2 / 2-05

- Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

Figura 1.- Distribución semanal de los casos de gripe notificados a las EDO, a la RMC y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid. Temporada 2004/05.

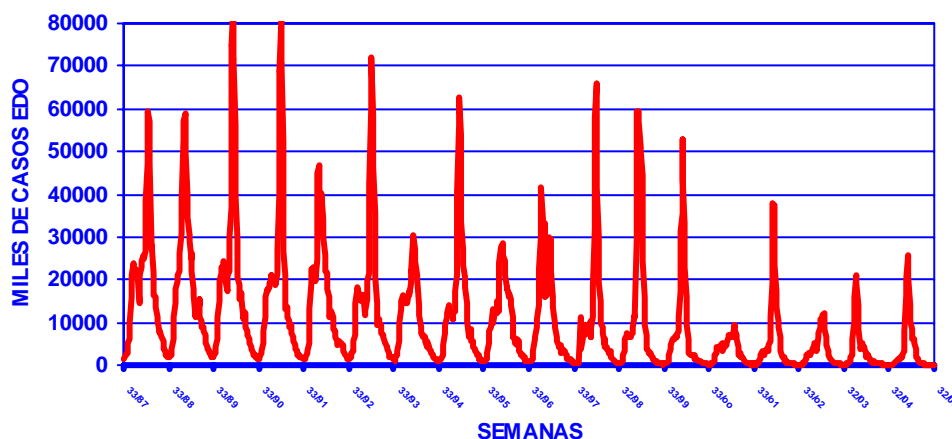


- Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria y Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

Respecto a la temporada anterior, tanto la temporada en conjunto como los niveles alcanzados durante la semana de máxima incidencia han sido mayores, sin embargo si se analiza la serie EDO desde la temporada 1987/88, en la temporada 2004/05 los niveles de incidencia alcanzados han sido de medios (Figura 2).

En España, con datos provisionales, se han notificado a las EDO 1.459.037 casos de gripe en la temporada 2004/05, que representan una incidencia acumulada en la temporada de 3.679,7 casos por 100.000 habitantes. La semana de máxima incidencia fue la semana 3 de 2005 (entre el 16 y 22 de enero) en la que se notificaron 203.813 casos, que suponen una incidencia acumulada semanal de 514,0 casos por 100.000. Así pues, los niveles alcanzados tanto para el conjunto de la temporada, como la semana de máxima incidencia fueron mayores que los registrados en la Comunidad de Madrid. Respecto a la secuencia temporal, en la Comunidad de Madrid, el máximo epidémico se adelantó en una semana respecto al conjunto del estado.

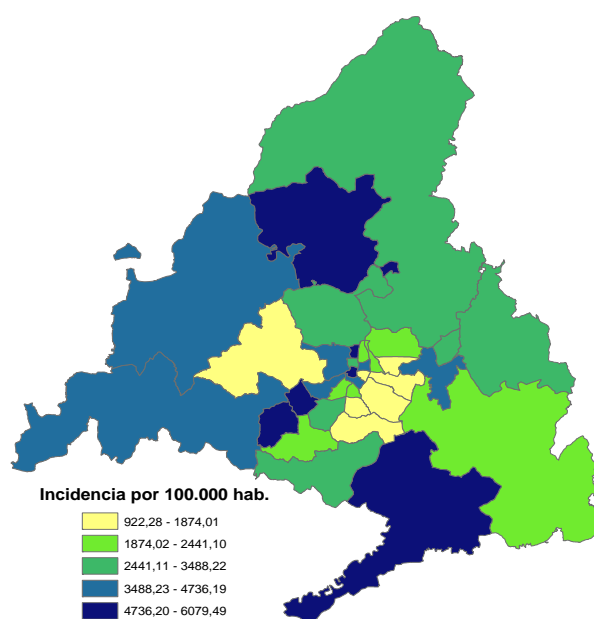
Figura 2.- Distribución semanal de los casos notificados a las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Temporadas 1987/88 a 2004/05.



- Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología.

La incidencia registrada durante la temporada ha sido variable según Distrito Sanitario, la mayor incidencia se ha registrado en el Distrito de Alcorcón y la menor en el de Retiro (mapa 1).

Mapa 1.- Distribución de la incidencia de gripe notificada al Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria, por distrito sanitario. Comunidad de Madrid, temporada 2004/05.



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

3.2.- RED DE MEDICOS CENTINELA

La RMC de la Comunidad de Madrid vigila de gripe desde 1991, año en que se puso en marcha el sistema. Del conjunto de médicos de Atención Primaria que forman la Red, 30 participan en la Vigilancia Epidemiológica de la Gripe, 24 de medicina general y 6 pediatras. En total prestan atención a 44.920 personas y se distribuyen territorialmente por toda la Comunidad de Madrid.

La vigilancia de la gripe a través de la RMC pretende alcanzar cada temporada los siguientes objetivos:

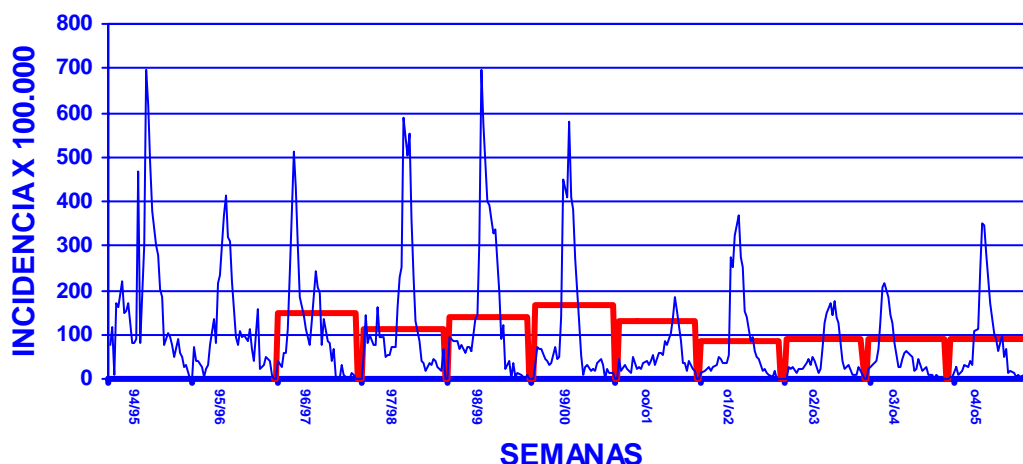
- Estimar la incidencia semanal de gripe, detectar precozmente la epidemia y describir las características de los casos: edad, sexo, estado vacunal y otras variables de interés.
- Caracterizar los virus circulantes. El laboratorio de virología responsable de los aislamientos es el del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III.
- Participar en el intercambio de esta información a nivel nacional y europeo. Los datos se remiten semanalmente al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y junto con los procedentes del resto de redes centinela del Estado se integran en el Grupo Europeo de Vigilancia de la Gripe (EISS).

Para lograr estos objetivos la participación de los médicos se concreta en la comunicación semanal de los casos nuevos de gripe que atienden en la consulta informando sobre un conjunto de variables básicas y en el envío de frotis faríngeos para el aislamiento del virus. Una forma de valorar esta participación es a través de la cobertura de notificación, que ha alcanzado esta temporada una media semanal del 87%.

3.2.1.- MAGNITUD DE LA EPIDEMIA

Con los datos procedentes de la RMC se detectó actividad epidémica en la temporada durante 10 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima del umbral epidémico, semanas de la 50 de 2004 a la 6 de 2005 y la 9 de 2005. Los máximos epidémicos en la temporada correspondieron a la semana 1, con 351,1 casos por 100.000 habitantes y a la semana 2, con 348,2 casos por 100.000 habitantes. Al comparar esta temporada con temporadas anteriores los niveles han sido medios, superiores a los detectados en las 2 últimas temporadas (figura 3).

Figura 3.- Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la Red de Médicos Centinela y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 1994/95 a 2004/05.



- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

3.2.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

Los casos notificados durante la temporada han sido 1004, con una frecuencia de presentación mayor en el sexo masculino, 554 casos (55,9%) se declararon en hombres frente a 436 (44,1%) en mujeres. El grupo de edad con mayor número de casos es el comprendido entre 25 y 44 años con 415 casos (41,9%), a continuación el comprendido entre 45 y 64 años (23,0%), el sexo y/o la edad se desconoce en 14 casos. En términos relativos, comparando la proporción de casos registrados con la proporción de población madrileña en los mismos grupos de edad, entre 25 y 44 años y entre 45 y 64 años, son también los grupos donde se registró mayor proporción en comparación a su distribución sobre el total de la población (tabla 2).

Las manifestaciones clínicas presentadas por los casos declarados han sido: aparición súbita en el 81,5%, tos en el 89,0%, escalofríos en el 88,2%, fiebre en el 93,7%, debilidad y postración en el 86,3%, mialgias y dolores generalizados en el 86,9%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 68,1%, y contacto conocido con enfermo de gripe en el 30,8%.

Tabla 2.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2004/05.

	Grupos de edad					Total
	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	
Sexo						
Hombres	85	67	232	113	57	554
Mujeres	48	45	183	115	45	436
% Casos	13,4%	11,3%	41,8%	23,0%	10,3%	100%
% Población*	14,4%	12,5%	35,6%	22,8%	14,6%	100%

- En 14 casos se desconoce la edad y/o el sexo
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Y padrón continuo 2004.

En 161 casos (16,0%) se conoce la existencia de patologías previas, de ellos 17 (10,5%) presentaban más de un proceso. Respecto al tipo de patología que presentaban, de forma aislada o asociada a otra, los procesos registrados con más frecuencia han sido: enfermedad del aparato circulatorio presentaron 69 casos (42,8%), del aparato respiratorio 46 casos (28,6%), metabólica 31 casos (19,2%), enfermedad renal 11 casos (6,8%), y otros procesos 21 casos (13,0%).

En 98 casos (9,8%) se ha registrado que se habían vacunado para esta temporada. El mes de vacunación ha sido en la mayoría octubre (80 casos) y el resto se reparten entre septiembre y noviembre.

Al analizar la distribución de los casos según estado vacunal y presencia de patologías previas, el porcentaje de casos con patologías previas que no habían sido vacunados ha sido alto, ha alcanzado al 65,8% de los casos, correspondiendo en su mayoría a los grupos de edad más jóvenes (tabla 3).

Tabla 3.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad, patología previa y estado vacunal. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2004/05.

	Grupos de edad					TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	
Con patología previa						
Vacunación SI	9 (47,4%)	0 (0,0%)	3 (8,8%)	12 (22,2%)	31 (62,0%)	55 (32,2%)
Vacunación NO	10 (52,6%)	4 (100%)	31 (91,2%)	42 (77,8%)	19 (38,0%)	106 (65,8%)
Total	19 (100%)	4 (100%)	34 (100%)	54 (100%)	50 (100%)	161 (100%)
Sin patología previa						
Vacunación SI	6 (5,3%)	1 (1,0%)	9 (2,4%)	3 (1,7%)	24 (47,1%)	43 (5,2%)
Vacunación NO	108 (94,7%)	110 (99,0%)	375 (97,6%)	173 (98,3%)	27 (52,9%)	793 (94,8%)
Total	114 (100%)	111 (100%)	384 (100%)	176 (100%)	51 (100%)	836 (100%)
Vacunación SI	15 (5,3%)	1 (1,0%)	12 (2,9%)	15 (6,5%)	55 (45,5%)	98 (10,8%)
Vacunación NO	118 (94,7%)	114 (99,0%)	406 (97,1%)	215 (93,5%)	46 (54,4%)	899 (89,2%)
Total	133 (100%)	115 (100%)	418 (100%)	230 (100%)	101 (100%)	997 (100%)

- En 7 casos se desconoce la edad, el estado vacunal y/o la presencia de patologías previas
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Y padrón continuo 2004.

Del conjunto, el 5,5%, 55 casos tuvieron una presentación con mayor trascendencia clínica, es decir, se presentaron con alguna complicación y/o requirieron la derivación a la Atención Especializada o al Hospital. Respecto a las complicaciones, durante la temporada, se han detectado 10 casos complicados con neumonía, 2 de ellos aparecieron en edad pediátrica, y en otros 41 se ha detectado otras complicaciones, la mayoría han sido cuadros de gastroenteritis (29 casos), cefaleas (5 casos), bronquitis (3 casos) y otros cuadros (4 casos). En 6 casos se ha registrado la derivación a la Atención Especializada o al Hospital, fueron 4 hombres y 2 mujeres, con edades entre 40 y 72 años, uno de ellos presentó neumonía (tabla 4).

Tabla 4.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y complicaciones y/o derivación al Hospital o a Atención Especializada. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2004/05.

	Grupos de edad					
	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	TOTAL
Neumonía	2 (9,0%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	4 (50,0%)	3 (33,3%)	10 (18,2%)
Otras complicaciones	20(91,0%)	1 (100%)	12 (80,0%)	3 (37,5%)	4 (44,4%)	40 (72,7%)
Derivación especializada/ hospital	0 (0%)	0 (0%)	2 (13,3%)	1(12,5%)	2 (22,3%)	5 (9,1%)
Total	22 (100%)	1 (100%)	15 (100%)	8 (100%)	9 (100%)	55 (100%)

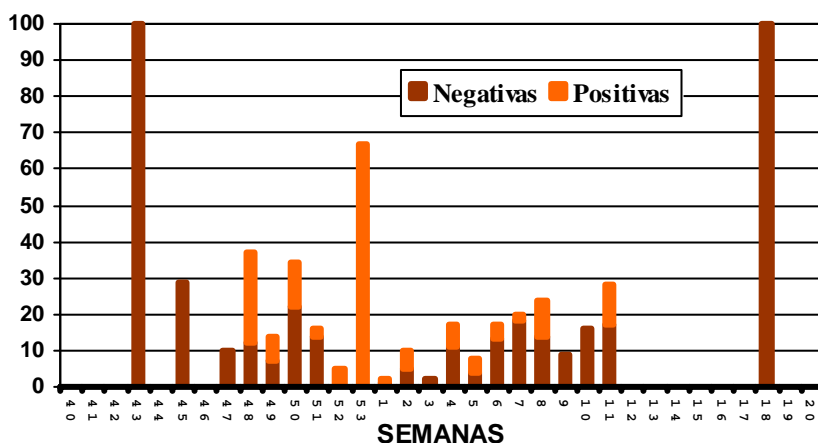
- Un caso >64 que requirió derivación a Atención Especializada/Hospital presentó neumonía, en la tabla se ha clasificado únicamente en esta categoría.
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Y padrón continuo 2004.

3.2.3.- VIRUS IDENTIFICADOS

En 103 de los casos notificados (10,2%) se ha recogido muestra de exudado nasofaríngeo, para el aislamiento de virus influenza. El porcentaje semanal de casos en los que se ha remitido muestra al laboratorio ha sido variable a lo largo de la temporada, con valores del 100% en las semanas 43 y 18. En 20 semanas, de las 33 en las que se mantiene la vigilancia de la gripe, se ha remitido al menos una muestra al laboratorio (figura 4).

De las muestras enviadas, 43 han sido positivas (39,8%). La distribución del porcentaje semanal de muestras positivas presenta los valores máximos en las semanas en las que se ha registrado actividad epidémica (figura 4).

Figura 4.-Distribución semanal del porcentaje de casos de gripe notificados a la Red de Médicos Centinela en los que se ha remitido muestra de exudado nasofaríngeo al laboratorio, según resultado obtenido. Comunidad de Madrid. Temporada 2004/05.



- Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

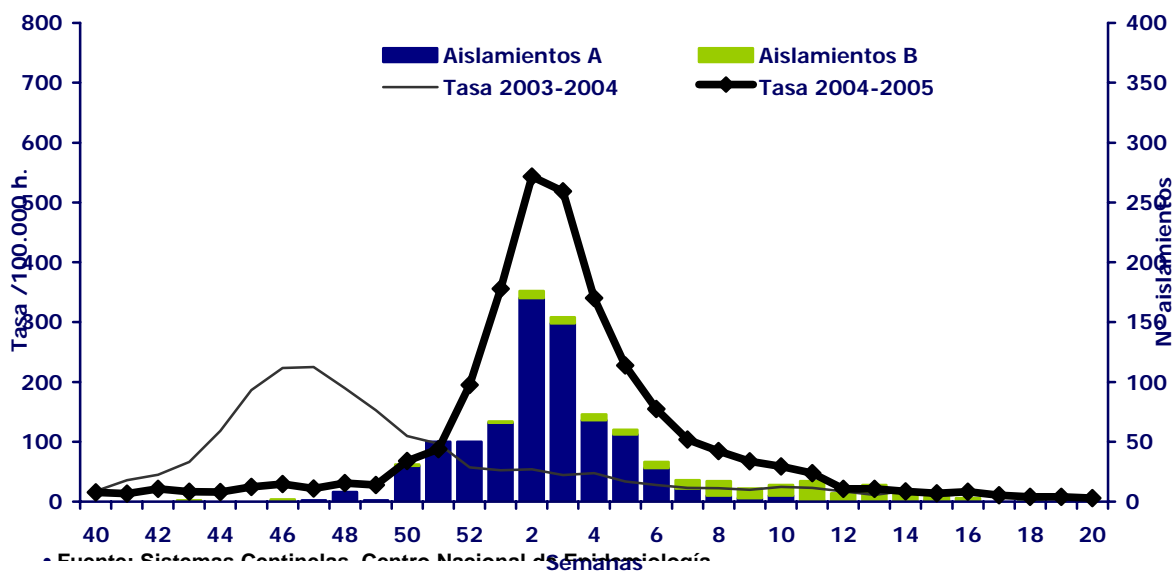
Los aislamientos positivos se han realizado entre las semanas 48 de 2004 y 11 de 2005, 32 han correspondido a virus gripal AH3N2 y 11 a virus gripal B (figura 1). Los resultados de la caracterización genética de los virus AH3N2 ha mostrado su similitud a A/California/7/2004, variante distinguible antigénicamente de la cepa A/Fujian/411/2002, cepa incluida en la vacuna para esa temporada. Los virus influenza B aislados han sido análogos a B/Shanghai/361/2002 y B/Jiangsu/10/2003.

3.2.4.- SITUACIÓN EN ESPAÑA

En la temporada 2004/05, a nivel nacional la actividad gripal detectada por los sistemas centinelas ha sido alta y ha tenido un patrón de presentación temporal similar al identificado en la Comunidad de Madrid. También los virus identificados en la Comunidad de Madrid han sido similares a los identificados en el resto del estado. A nivel nacional, el aumento de la incidencia comenzó a partir de la semana 50 y la incidencia máxima se alcanzó en la semana 2, en la que se registraron 542,86 casos por 100.000 habitantes (figura 5), desde finales del mes de febrero la actividad gripal registrada en España fue esporádica (4).

El aumento de actividad en España coincidió con la detección de la misma situación en Portugal, mientras en los países de Europa Central comenzaron a registrar actividad epidémica más tarde que en España.

Figura 5.-
Incidencia semanal y aislamientos virales. Sistemas Centinelas. España. Temporada 2004/05.



4.- VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL PARA LA TEMPORADA 2005-2006

En la actualidad la vacunación es el único medio de que disponemos para prevenir la gripe. Desde que se comenzaron a realizar campañas de vacunación antigripal, los grupos de edad y de riesgo en los que se recomienda la vacunación se revisan de forma continua en base a los datos epidemiológicos y de los estudios publicados al respecto. Para la temporada 2005-2006 la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid recomienda la vacunación frente a la gripe a (5):

- Personas iguales o mayores de 60 años con o sin patología previa, institucionalizados (residencias) o no.
- Menores de 60 años que por presentar una condición clínica especial tienen un alto riesgo de presentar complicaciones derivadas de la gripe.
- Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones.
- Personas que prestan servicios comunitarios esenciales.

Grupos con mayor riesgo de padecer complicaciones derivadas de la gripe:

- Adultos y niños de 6 meses o más de edad con enfermedades crónicas pulmonares o cardiovasculares, incluido el asma.
- Residentes en instituciones cerradas, de cualquier edad a partir de 6 meses, que padezcan procesos crónicos.
- Adultos y niños de 6 meses o más de edad que precisaron tratamiento médico regular u hospitalización durante el año anterior a causa de enfermedades metabólicas crónicas (incluida diabetes mellitus), insuficiencia renal, hemoglobinopatías o inmunosupresión (incluida inmunosupresión debida a medicación o por VIH).

- Niños y adolescentes (6 meses a 18 años) con tratamientos prolongados de ácido acetil salicílico, ya que tienen mayor riesgo de desarrollar el síndrome de Reye tras una gripe.
- Embarazadas en el segundo o tercer trimestre.

Grupos potencialmente capaces de transmitir la gripe a otras personas de alto riesgo

- Médicos, personal de enfermería y cualquier otro personal hospitalario o de centros médicos, incluidos trabajadores de urgencias.
- Empleados de instituciones cerradas y otras instituciones para enfermos crónicos, que tengan contacto con pacientes o residentes.
- Asistentes domiciliarios de personas incluidas en grupo de riesgo (enfermeras, trabajadores voluntarios).
- Convivientes en el hogar, incluidos niños/niñas, de personas de alto riesgo

Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:

- Personas que, por su ocupación, prestan servicios públicos esenciales
- Estudiantes y otras personas en centros institucionales que comparten dormitorios comunes
- Personas de alto riesgo, antes de un viaje al extranjero: en cualquier época del año a los que viajen al trópico y a los que viajen de abril a septiembre al hemisferio sur.

La composición de la vacuna se adecua cada año en base a las recomendaciones de la OMS. La vacuna recomendada para ser usada en el hemisferio norte, en la próxima temporada 2005-2006, deberá contener las siguientes cepas (6):

- Antígeno análogo a A/New Caledonia/20/99 (H1N1)
- Antígeno análogo a A/California/7/2004 (H3N2)
- Antígeno análogo a B/Shanghai/361/2002

5.- CONCLUSIONES

- Los sistemas de vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid han funcionado de forma adecuada durante la temporada 2004-2005 lo que ha permitido detectar actividad epidémica e identificar el virus de la gripe circulante.
- La actividad epidémica se detectó en la primera mitad de la temporada
- El nivel de actividad epidémica ha sido medio.
- Los virus AH3N2 circulantes identificados han sido ligeramente diferentes a la cepa vacunal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2004-2005 season. Wkly Epidemiol Rec 2004; 78-92.
- 2.- <http://www.who.int>
- 3.- <http://www.msc.es>

4 - <http://cne.isciii.es>

5.- Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid. Campaña de Vacunación Antigripal y Antineumocócica 2005. Madrid 2005.

6.- WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2005-2006 season. Wkly Epidemiol Rec 2005;80:71-75.

Agradecimientos: Queremos agradecer la colaboración a todos los médicos y notificadores en general, de forma especial a los que componen la RMC y colaboran vigilando la gripe.



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2005, semanas 22 a 26
(del 29 de mayo al 2 de julio de 2005)**

Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.

VARICELA

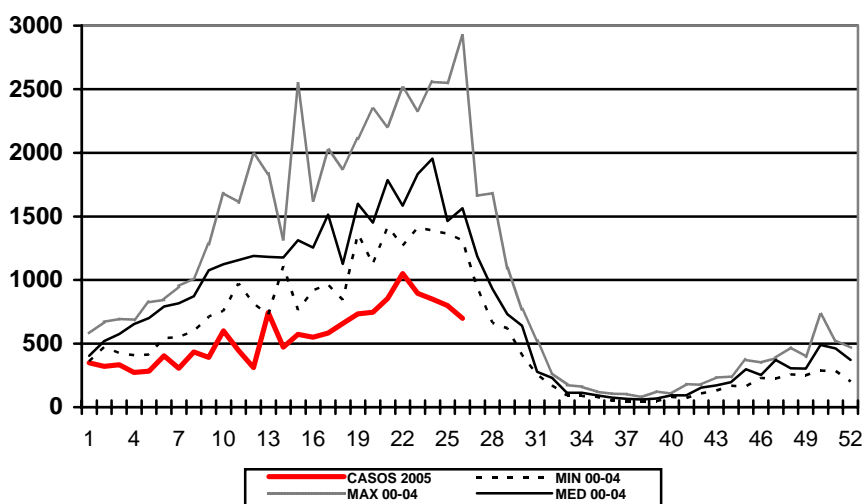
Hasta la semana 26 del año 2004 se han notificado 14.679 casos de varicela, lo que supone una incidencia acumulada (IA) del 252,88 por 100.000 habitantes. Durante el mismo periodo del año 2003 se produjeron 41.219 casos de varicela (IA = 710,08 casos por 100.000 habitantes).

En el gráfico 1 se muestra la evolución de los casos de varicela hasta la semana 26 en relación al mínimo, el máximo y la mediana del quinquenio anterior.

El número de casos en el año 2005 es inferior al mínimo de los 5 años anteriores en todo el periodo analizado.

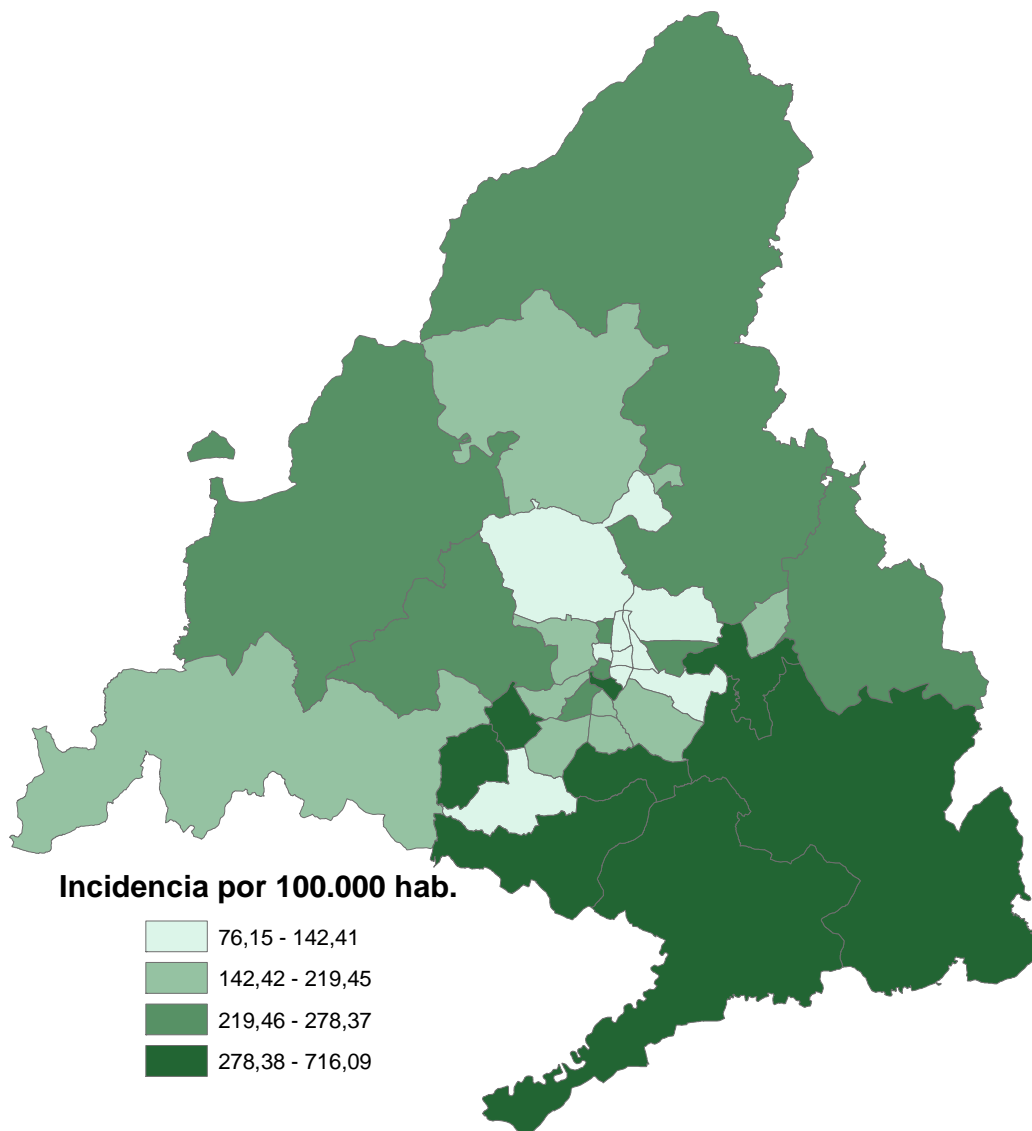
Como en los años precedentes, el número de casos de varicela va aumentando desde la semana 1 a lo largo del invierno y la primavera y alcanza el máximo en la semana 22 (primera semana de junio). Luego desciende de forma similar a lo observado en años anteriores.

Gráfico 1.-Nº de casos de varicela semana 1 a la 26 del año 2005, Comunidad de Madrid. Canal endemo-epidémico.



En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por distritos sanitarios en el periodo estudiado. La mayor incidencia se observa en el distrito de Aranjuez (716,09 por 100.000 habitantes), seguida del distrito de Coslada (663,41). La incidencia menor se registra en el distrito de Salamanca (76,15 por 100.000 habitantes).

Mapa 1.- VARICELA. Incidencia acumulada de la semana 1 a la 26 del año 2005 por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2005, semanas 22 a 26 (29/5 a 2/7 de 2005)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	1	11	0	3	2	4	2	6	2	4	2	5	0	9	1	13	1	4	0	2	0	7	11	68
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	6
Meningitis bacterianas, otras	0	1	0	2	2	3	0	2	1	7	3	7	2	5	3	9	2	5	0	0	4	15	17	57
Meningitis víricas	2	3	1	2	5	15	1	1	0	12	2	9	2	3	5	13	6	18	3	5	4	26	32	107
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	1	2	3	10	1	1	1	16	0	7	0	2	4	21	2	14	1	4	0	1	1	8	15	88
Hepatitis B	0	7	1	5	2	5	0	0	4	6	0	7	0	9	1	6	0	2	0	3	1	18	9	68
Hepatitis víricas, otras	2	4	0	1	0	8	0	4	0	2	4	9	1	9	1	3	2	6	0	2	2	19	12	68
Enf transmisión alimentos																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	1	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	8
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4
Triquinosis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Enf transmisión respiratoria																								
Gripe	4	8460	48	11882	13	6553	28	8430	302	20947	34	12786	215	17796	87	18178	7	7557	0	5107	75	17204	813	134918
Legionelosis	0	2	0	1	0	1	1	4	0	2	2	10	0	1	0	5	0	1	0	2	0	4	3	33
Varicela	480	1283	362	1455	228	696	215	879	574	1519	407	1474	287	959	432	1638	202	692	417	1579	689	2505	4293	14679
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	0	1	1	2	1	2	0	4	0	1	0	5	1	7	1	1	0	4	2	5	0	4	6	36
Sífilis	0	5	3	8	2	3	0	5	2	9	3	7	2	14	0	3	1	9	0	1	4	23	17	87
Antropozoonosis																								
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	5
Leishmaniasis	0	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	2	2	10
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf prevenibles inmunización																								
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	1	13	3	10	19	46	4	15	2	24	0	18	2	11	0	3	1	8	2	9	6	23	40	181
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	14	3	11	2	32	2	83	4	27	11	124	3	56	1	17	2	10	0	9	2	75	30	458
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	1	6	11	0	10	0	1	0	0	6	6	0	1	0	5	0	3	0	0	3	13	15	51
Enf importadas																								
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	1	1	0	7	0	1	1	2	1	2	0	4	3	13	1	11	0	0	2	7	9	48
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis *																								
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf notificad sist especiales																								
E.E.T.H.	1	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	2	8
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poblaciones **	717.326		438.035		329.782		563.398		709.642		592.297		547.894		446.743		387.885		301.514		770.313		5.804.829	
Cobertura de Médicos	69,40 %		88,91 %		94,04 %		94,74 %		80,80 %		64,67 %		67,61 %		76,89 %		58,95 %		76,66 %		59,06 %		74,26 %	

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2004 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 22 a 26 (del 29 de mayo al 2 de julio de 2005)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos ocurridos en el periodo correspondiente que han sido notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

Brotes de origen alimentario. Año 2005. Semanas 22-26

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
4	Madrid (Hortaleza)	Centro ocupacional	79	39	Ensalada de judías blancas	<i>C. perfringens</i> *
5	Colmenar Viejo	Restaurante	20	15	Tortilla	Desconocido
6	Torrelodones	Fiesta popular	600	40	Cocido madrileño	Toxina bacteriana*
6	Majadahonda	Restaurante	176	46	Varios alimentos	Desconocido
6	Majadahonda	Colegio	68	13	Desconocido	Virus*
8	Alcorcón	Restaurante	2	2	Desconocido	Desconocido
8	Pelayos de la Presa	Restaurante	2	2	Tortilla	<i>Salmonella sp</i> *
8	Aldea del Fresno	Familiar	8	7	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>
9	Leganés	Restaurante	8	8	Bonito con tomate	Histamina*
9	Fuenlabrada	Familiar	3	3	Judías verdes con huevo	<i>Salmonella sp</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	2	2	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	3	3	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	3	3	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>

* Agente causal no confirmado por laboratorio
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Brotes de origen no alimentario. Año 2005. Semanas 22-26

Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
2	Hepatitis A	Madrid (Salamanca)	E. infantil	73	2	VHA*
11	Escarlatina	Madrid (Usera)	Colegio	150	15	<i>Streptococcus sp</i>
11	Gastroenteritis aguda	Madrid (Villaverde)	Centro sanitario	¿?	5	<i>Rotavirus</i>

* Agente causal no confirmado por laboratorio
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Se han notificado **13 brotes de origen alimentario** ocurridos entre las semanas epidemiológicas 22 y 26, con un total de 183 enfermos y 9 ingresos hospitalarios. Cuatro de estos ingresos correspondieron a un brote de salmonelosis tras el consumo en una excursión familiar de ensaladilla rusa con mayonesa casera que había sido elaborada varias horas antes y transportada sin ningún tipo de refrigeración. Otros 6 brotes también estuvieron relacionados con el consumo de alimentos elaborados con huevo. Los brotes con mayor número de casos ocurrieron tras la celebración de una boda en un restaurante de Majadahonda, en la celebración de un certamen gastronómico popular durante el cual se sirvió cocido madrileño elaborado por

Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.

Año 2005. Semanas 22-26 y datos acumulados hasta la semana 26

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 22-26	Acum.	Sem 22-26	Acum.
<i>Lugar de consumo</i>				
Bares, restaurantes y similares	5	26	73	253
Domicilio	4	17	11	104
Centros escolares	1	6	13	237
Comedores de empresa	0	1	0	58
Residencias PPMM	0	3	0	157
Otras residencias	1	2	39	52
Otros	2	5	47	135
Desconocido	0	1	0	5
Total	13	61	183	1001
Brotes de origen no alimentario	Sem 22-26	Acum.	Sem 22-26	Acum.
Gastroenteritis aguda	1	14	5	926
Tos ferina	0	2	0	7
Escabiosis	0	4	0	15
Escarlatina	1	3	15	27
Molusco contagioso	0	1	0	7
Eritema infeccioso	0	3	0	29
Hepatitis A	1	3	2	10
Fiebre Pontiac	0	1	0	9
Psitacosis	0	1	0	3
Meningitis vírica	0	1	0	2
Total	3	33	22	1035
TOTAL BROTES NOTIFICADOS	16	94	205	2036

una empresa de catering, y en un centro ocupacional para disminuidos psíquicos adultos. Los factores contribuyentes identificados en estos brotes fueron la preparación de los alimentos con gran antelación, las prácticas incorrectas en la manipulación que favorecen la contaminación cruzada, y el enfriamiento inadecuado de los alimentos tras su elaboración.

En el período analizado fueron detectados 3 **brotes de origen no alimentario**, dos de ellos en centros escolares (escarlatina y hepatitis A) y uno de gastroenteritis aguda por rotavirus en un centro sanitario.

Desde el inicio del año 2005 hasta la semana 26 han ocurrido 94 brotes. Los *brotes de origen alimentario* supusieron el 64,9% de todos los brotes notificados, con 1001 casos asociados (49,2% de todos los casos) y 48 ingresos hospitalarios. Los lugares de consumo más frecuentes han sido los bares y restaurantes (26 brotes), domicilios particulares (17 brotes) y centros escolares (6 brotes). De los 29 brotes de origen alimentario con agente causal confirmado por laboratorio, se identificó *Salmonella* en 25 de ellos, *Clostridium perfringens* en 2 brotes y toxina estafilocócica en otros 2 brotes. Los *brotes de origen no alimentario* más frecuentes son las gastroenteritis aguda (14 brotes y 926 casos asociados), la mayoría de ellos de origen probablemente vírico. Sólo 4 enfermos de estos brotes requirieron ingreso hospitalario, todos ellos pertenecientes a un mismo brote de gastroenteritis por *Salmonella typhimurium*, con transmisión directa persona-persona, ocurrido en un colegio público.

En las primeras semanas del año se detectó un **incremento de casos de rubéola en la Comunidad de Madrid**, por lo que se llevó a cabo un reforzamiento de la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad. De entre los casos notificados hasta la semana 26 se han detectado 116 casos asociados a otros casos y 40 agrupaciones de dos ó más casos, de las que 26 (65,0%) están constituidas por dos casos, 13 por 3 casos y 1 por 4.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2005, semanas 22 a 26
(Del 29 de mayo al 2 de julio de 2005)**

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 40 médicos generales y 33 pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2003" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2004, Vol. 10, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/Agosto2004.pdf>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/noticias/pdf/gripe04.pdf>

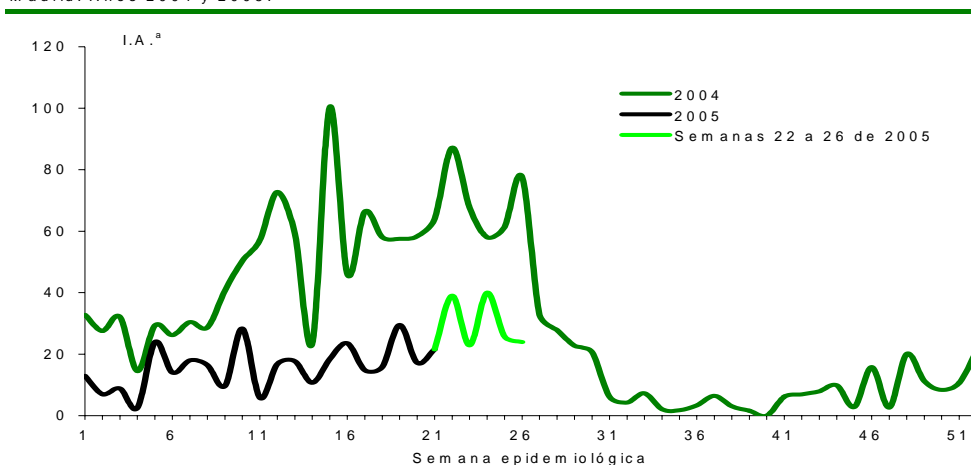
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias acumuladas.

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 73,1 %, siendo la cobertura a lo largo del año 2005 del 77,9 %.

VARICELA

Durante las semanas 22 a 26 del año 2005 han sido declarados 112 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 152,8 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 124,5 – 181,1). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2004 y 2005.

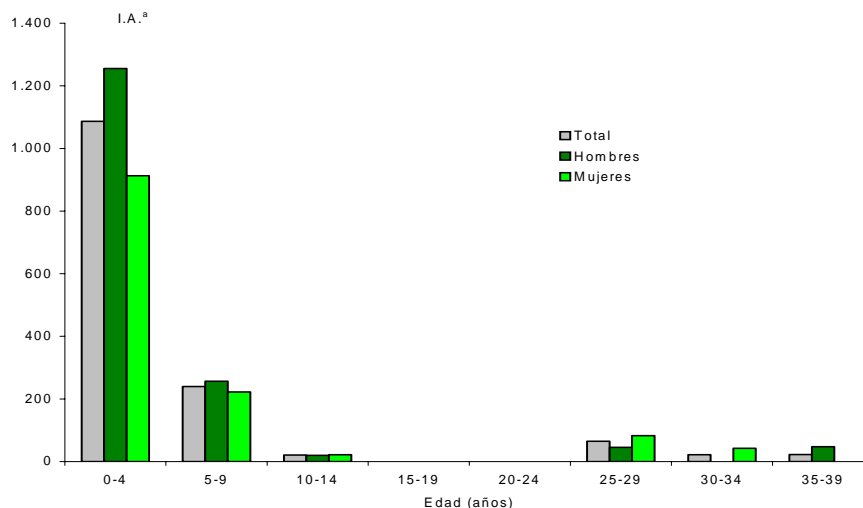
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.



ª Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El 56,3 % de los casos (63) se dio en hombres, y el 43,7 % (49 casos), en mujeres. Entre los hombres, la incidencia acumulada fue de 177,9 por 100.000 (IC 95 %: 134,0 – 221,8), y entre las mujeres fue de 129,3 por 100.000 (IC 95 %: 93,1 – 165,5). El 94,6 % de los casos se dio en menores de 15 años, donde la incidencia acumulada es de 403,1 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 326,5 – 479,7). Fueron notificados sólo 2 casos en mayores de 30 años, una mujer de 33 y un hombre de 39. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2005.



^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En el 60,7 % de los casos (68) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, en 6 casos (5,4 %) fue el contacto con un caso de herpes zóster, y 18 casos (16,1 %) adquirieron la enfermedad en el seno de un brote; en el 17,9 % (20 casos) se desconocía la fuente; en el 60,7 % de los casos el lugar de exposición fueron la guardería o el colegio, en el 17,9 % fue el hogar, y en el 21,4 % el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 del año 2005.

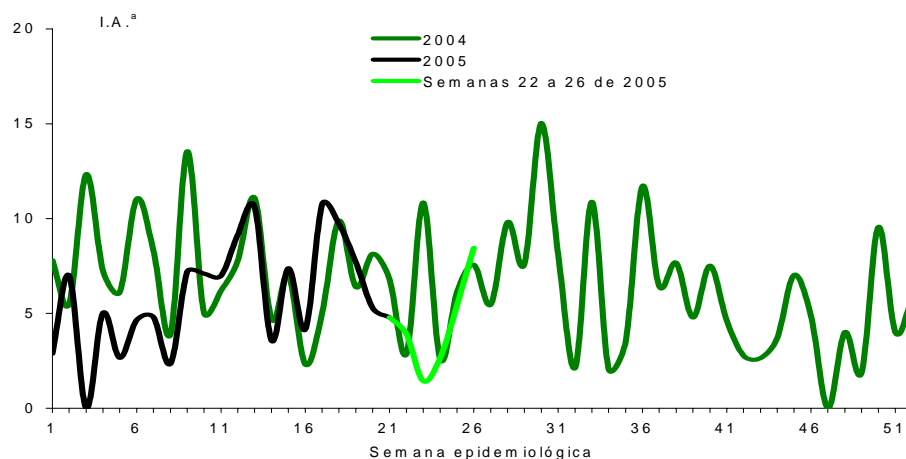
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	68	(60,7)
Caso de herpes zóster	6	(5,4)
Brote de varicela	18	(16,1)
Desconocido	20	(17,9)
Total	112	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	25	(22,3)
Colegio	43	(38,4)
Hogar	20	(17,9)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	24	(21,4)
Total	112	(100)

Como complicaciones, se notificaron tres infecciones bacterianas, una de ellas en una niña de 3 años que además sufrió una neumonía y requirió de atención especializada. También fue notificada una conjuntivitis en un niño de 8 años.

HERPES ZÓSTER

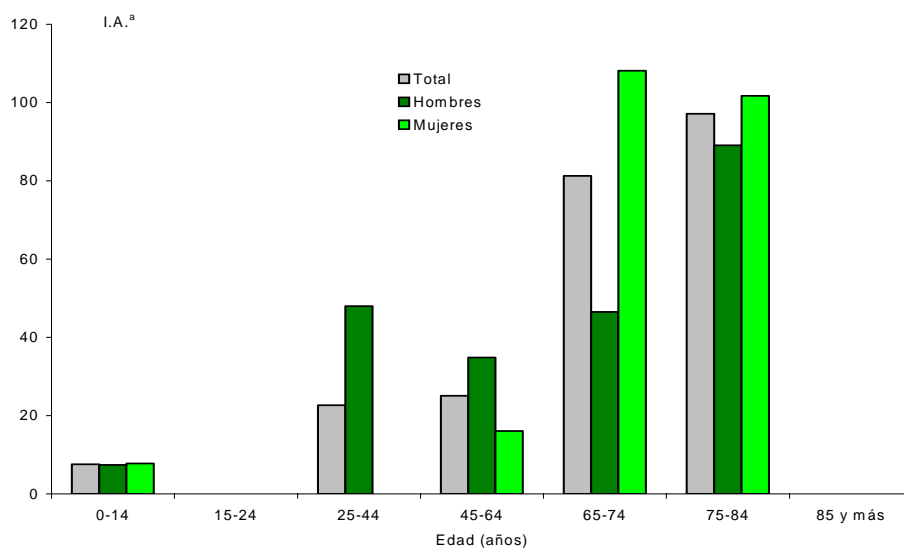
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 16 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 22 a 26, lo que representa una incidencia acumulada de 21,8 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 11,1 – 32,5). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2004 y 2005. 7 de los casos se dieron en mujeres, y 9 en hombres. La edad mediana fue de 53,5 años, y se notificaron 6 casos en personas menores de 45 años, entre ellos un niño de 10 y una niña de 13 años. La incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad, aunque en el grupo de 85 y más años no se notificó ningún caso durante este período. (Gráfico 4).

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2005.



^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

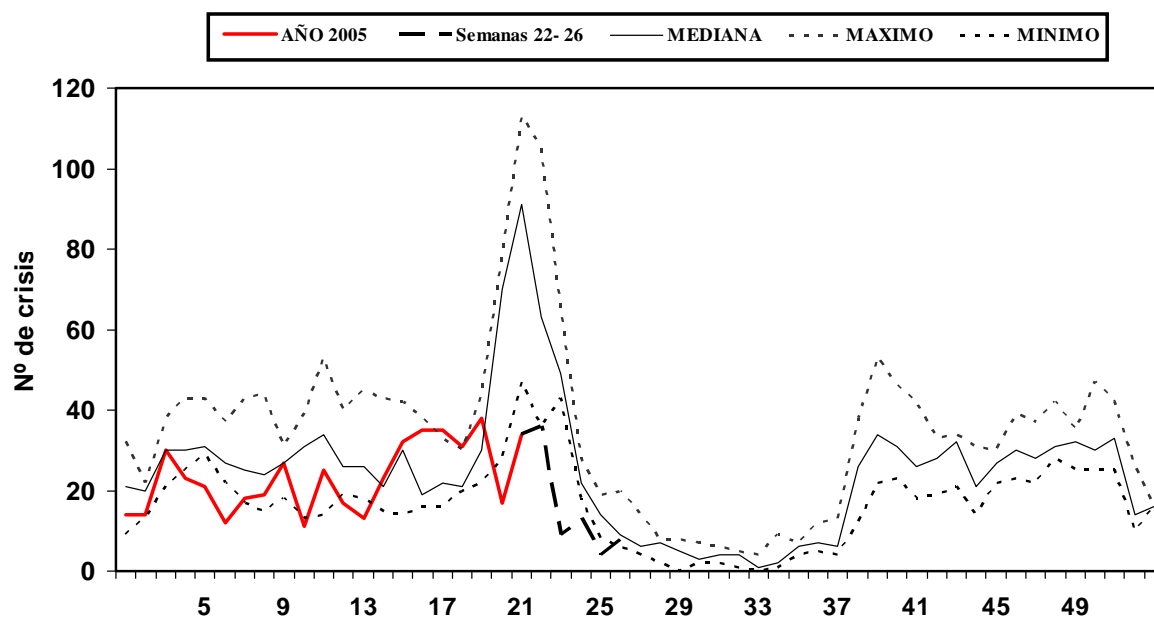


TABLA 2.
Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2005.

	Semanas 22 a 26	Año 2005
Gripe*	-	990
Varicela	112	373
Herpes zoster	16	116
Crisis asmáticas	70	556

* Desde la semana 40 de 2004 hasta la 20 de 2005.

La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: boletin.epidemiologico@madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>

(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín epidemiológico
->números disponibles en la red.)

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."