

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8.

INFORMES:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2004.
-
- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2004.



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8

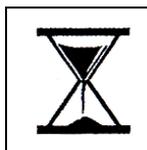
Índice

INFORMES:

	- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2004.	3
	- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, año 2004.	38
	- EDO. Semanas 31 a 34 (del 31 de julio al 27 de agosto de 2005)	58
	- Brotes Epidémicos. Semanas 31 a 34, 2005.	61
	- Red de Médicos Centinela, semanas 31 a 34, 2005.	64



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:

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2004

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2004

ÍNDICE:

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	5
4. Resultados.....	7
4.1. Actividad física.....	7
4.2. Alimentación.....	10
4.3. Realización de dietas.....	13
4.4. Antropometría.....	15
4.5. Consumo de tabaco.....	16
4.6. Consumo de alcohol.....	20
4.7. Prácticas preventivas.....	24
4.8. Accidentes.....	29
4.9. Seguridad vial.....	30
4.10. Agregación de factores.....	34
5. Bibliografía.....	36

1.- RESUMEN

Antecedentes y objetivos: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma continua desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Metodología: el SIVFRENT se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco y alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad.

Resultados: Casi la mitad de la población es sedentaria en la actividad laboral y cerca del 80% no cumple las recomendaciones de actividad física en tiempo libre. La evolución de estos indicadores no es positiva ya que se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación, manteniéndose estable la del tiempo libre.

El consumo de alimentos describe un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos. Aunque se observa una recuperación desde el año 2001 del consumo de fruta fresca todavía el 28,9% no la prueba diariamente.

Relacionado con los desajustes en los indicadores de actividad física y alimentación, el 38,4% tienen sobrepeso y obesidad (a partir del peso y talla autodeclarados), siendo más frecuente en los hombres. Además la tendencia es desfavorable, aumentando el sobrepeso de tipo II y la obesidad un 21,6% en los hombres y un 13,0% en las mujeres.

Aunque todavía el 36,3% fuman habitualmente, esta prevalencia continúa descendiendo lentamente tanto en la población masculina como en la femenina, a causa de la disminución de la frecuencia de consumo en las cohortes jóvenes y al incremento del abandono.

También el consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva al comparar los datos actuales con los de la mitad de la década pasada. Sin embargo, este descenso parece estabilizarse en los años recientes. A diferencia del consumo de tabaco donde los indicadores son muy similares en frecuencia en ambos géneros, el consumo de alcohol es más frecuente en hombres.

La realización de prácticas preventivas es en general muy elevada, destacando el gran incremento, un 74,7%, en la realización de mamografías. Por otro lado, la no utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, ha descendido notablemente.

Por último, la agrupación de importantes factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo de alcohol de riesgo) es elevada, ya que una de cada cinco personas tiene presentes dos o más de estos cuatro importantes factores de riesgo.

Conclusiones: Los datos del 2004 reflejan una consolidación de las tendencias de los principales comportamientos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Los indicadores relacionados con el balance energético presentan una evolución poco favorable para los objetivos de salud pública, mientras que el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, las prácticas preventivas, y las medidas de protección de seguridad vial, describen un cambio positivo.

2.- INTRODUCCIÓN

A pesar de que las enfermedades no transmisibles como las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad en los países desarrollados, los sistemas de vigilancia no están todavía plenamente orientados a medir de forma integral la carga de enfermedad que generan y especialmente a vigilar los factores de riesgo modificables relacionados: el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, la obesidad, o la hipertensión¹⁻⁵.

En este sentido, la Consejería de Sanidad y Consumo puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁶, cuyo objetivo es el de medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se ha desarrollado para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta de 2004, con un formato similar al de ediciones anteriores⁶⁻¹⁴, en el que se incluye un análisis de la tendencia a corto plazo desde 1995.

3.- METODOLOGÍA

Población

Dirigido a la población entre 18 y 64 años residente en la Comunidad de Madrid. Basado en el método de encuesta telefónica, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con línea telefónica en sus hogares, que en la actualidad alcanza una cobertura del 94,8%¹⁵.

Diseño muestral

Se utiliza un diseño muestral de conglomerados bietápico, con estratificación de las unidades de primera y segunda etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los hogares que disponen de teléfono, y las de segunda etapa por los individuos.

Los criterios de estratificación son los siguientes: género; tres grupos de edad: 18 a 29, 30 a 44 y 45 a 64 años; tres áreas geográficas: Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios; día de la semana: de martes a viernes y, sábado y lunes.

La asignación muestral es proporcional en cada estrato.

Como fuente de datos para la selección de la muestra se utiliza la base de datos de abonados a telefónica.

La recogida de información tiene carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), lo que permite eliminar posibles variaciones estacionales al acumular información de todo el año natural.

Cada mes las entrevistas se concentran en una semana, de lunes a sábado a excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar tanto un nivel de ausencias importante como sesgos de selección.

Técnica de entrevista

Como técnica de entrevista se utiliza el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)¹⁶.

Selección muestral

La selección de las unidades de primera y segunda etapa se realiza automáticamente por el soporte informático. Los hogares se seleccionan mediante un muestreo aleatorio simple. Una vez contactado el hogar y confirmado que existe en el mismo alguna persona entre 18 y 64 años, se selecciona aleatoriamente uno de los seis grupos de género y edad. En el caso de no existir ninguna persona del grupo de género y edad seleccionado se vuelve a elegir aleatoriamente otro grupo, repitiendo este proceso hasta encontrar respuesta afirmativa. A continuación se pregunta por el número de personas del grupo seleccionado que viven en el hogar, eligiendo aleatoriamente entre el número de ellas si existiera más de una. Si la persona no estuviera en casa o no pudiese realizar la entrevista, se concierta entrevista diferida. Si se produce negativa de la persona seleccionada a realizar la entrevista, no se continúa con la selección de otras unidades en el hogar.

Cuestionario

Los apartados que componen el núcleo central de preguntas son los siguientes:

- . Actividad física
- . Alimentación
- . Antropometría
- . Consumo de tabaco
- . Consumo de alcohol
- . Prácticas preventivas
- . Accidentes
- . Seguridad vial

Además de este núcleo central, durante el 2004 se incluyó un apartado para la estimación de la prevalencia de asma y diabetes, que no se presentan en este informe.

Definición de variables

Los aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

4.- RESULTADOS

La tasa de respuesta (entrevistas realizadas/(entrevistas realizadas + negativas de hogares + negativas de individuos + entrevistas incompletas)) fue del 64,2%. Del total de negativas un 67,1% han sido negativas de hogares, un 27,3% de individuos una vez seleccionados y un 5,6% han sido entrevistas incompletas.

Las características de la muestra pueden ser consultadas en la tabla 1.

A continuación se presentan los resultados por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por género y edad, y se completa con una comparación gráfica de las estimaciones de 1995 a 2004.

TABLA 1.- Características de la muestra

Número entrevistas	2.005
Género (%)	
Hombres	48,6
Mujeres	51,4
Edad (%)	
18-29	29,0
30-44	36,9
45-64	34,1
Ambito geográfico (%)	
Madrid capital	52,7
Corona metropolitana	37,1
Resto de municipios	10,2
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	2,4
Primarios	6,0
Secundarios 1º grado	27,2
Secundarios 2º grado	32,4
Universitarios	32,0

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 46,1% de los entrevistados afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria. Los hombres son 1,3 veces más sedentarios que las mujeres, y la inactividad física es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 55,6% es inactivo.

La actividad física en tiempo libre, es estimada a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METS¹⁷, que es el gasto metabólico equivalente teniendo como referencia el basal. Por ejemplo, una actividad que consume 3 METS supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, hemos definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 min. o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 78,1% de los entrevistados son considerados como no activos en el tiempo libre. En este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 87,3% son inactivos.

Respecto al tipo de deporte practicado, existen considerables diferencias según el género, que podemos apreciar en la tabla 3. En hombres, la actividad física más frecuentemente practicada es las pesas/gimnasia con aparatos seguidas del footing y el fútbol. En mujeres la más frecuente es la natación seguido de la gimnasia de mantenimiento y el aerobio/gim jazz/danza.

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2004. Si comparamos los promedios de 2003-2004 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa en un 12,9% en hombres y un 28,2% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene con escasas variaciones en mujeres, apreciándose una ligera disminución (4,5%) en los hombres.

Tabla 2 Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral ^(a)	46,1 (±2,2)*	51,7 (±3,2)	40,7 (±3,0)	55,6 (±4,0)	45,5 (±3,6)	38,4 (±3,7)
No activos en tiempo libre ^(b)	78,1 (±1,8)	73,7 (±2,8)	82,2 (±2,3)	64,3 (±3,9)	80,5 (±2,9)	87,3 (±2,5)

^(a) Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

^(b) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min. cada vez

* Intervalo de confianza al 95%

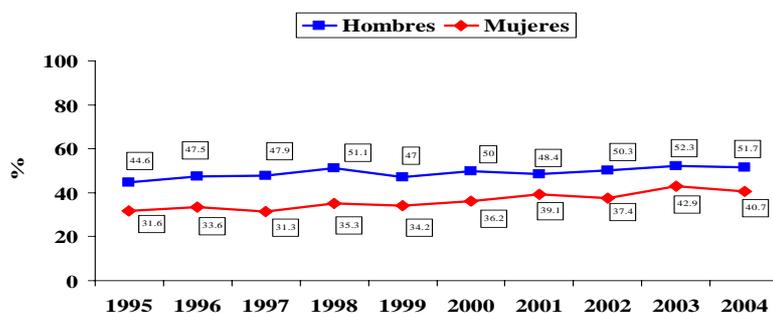
Tabla 3.- Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género

HOMBRE		MUJER	
1. Pesas/Gimnasia con aparatos	13,5%	1. Natación	10,1%
2. Footing	12,9%	2. Gimnasia de mantenimiento	8,8%
3. Fútbol	12,5%	3. Aerobic/gim Jazz/Danza	6,1%
4. Natación	11,8%	4. Pesas/Gimnasia con aparatos	5,9%
5. Bicicleta	9,6%	5. Caminar a ritmo intenso	3,9%

GRÁFICO 1

Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2004

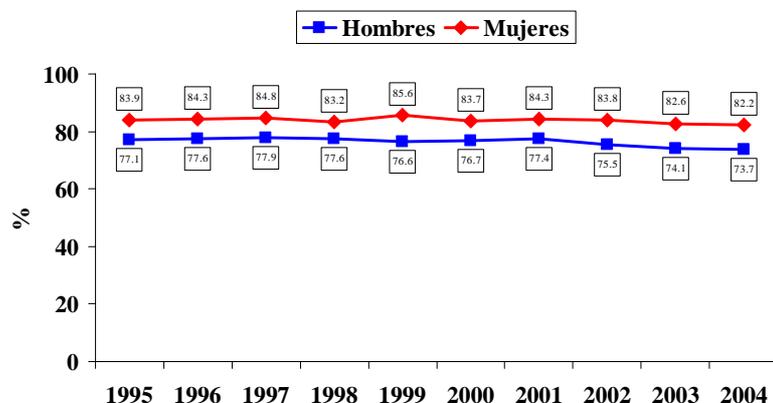
PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN TIEMPO LIBRE



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min. cada vez

4.2.- ALIMENTACIÓN

La información de este apartado se basa en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registra únicamente el/los alimentos principales que componen un plato, se estima el patrón de consumo de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que se consume el alimento a lo largo del día.

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente 1,5 raciones/día, aunque el 11% no ingiere ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,2 raciones diarias y solo el 4% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24h. no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 35,7% en hombres y de un 24,1% en mujeres (gráfico 2).

El 50,9% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 61,1% frente al 40,1% en los hombres.

Como podemos observar en el gráfico 2, en los años de estudio la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 15,5% en hombres y un 26,1% en mujeres, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros. Esta disminución se ha debido fundamentalmente al incremento del consumo de derivados lácteos.

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media es de 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 51,9% de las personas entrevistadas. El 11,1% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

Fruta y verduras

La media de consumo de fruta fresca es de 1,2 raciones/día, que se incrementa a 1,4 al incluir los zumos de fruta. La media de consumo de verduras es de 1 ración/día. Por tanto, durante las últimas 24h. el consumo medio per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,4 raciones/día. El 7,2% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta, y el 54,1 (60,7% de hombres y el 47,8% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones/día (gráfico 2). Además de la mayor frecuencia en mujeres, su ingesta se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 63,1% no llega a consumir tres raciones al día.

El consumo de fruta fresca es de todos los grupos de alimentos el que más está descendiendo en los últimos años. La proporción de personas que no ha consumido ninguna ración de fruta en las últimas 24 horas se ha incrementado un 29,3% en hombres y un 24,1% en mujeres a expensas fundamentalmente del grupo de 18 a 44 años. Esta disminución es compensada parcialmente con el incremento del consumo de zumos. A su vez, el consumo de verdura se ha incrementado ligeramente durante estos años de estudio, lo que repercute en que globalmente la proporción de personas con consumos inferiores a tres raciones de fruta (incluyendo zumos) y verduras se mantenga bastante estable (gráfico 2).

Carne y derivados

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,5 raciones/día, donde la carne aporta 1 ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 85,6%, han consumido algún alimento de este grupo. Es de destacar la gran proporción de personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 54,3% de hombres frente al 39,1% de mujeres (gráfico 3). No se observan grandes variaciones en los diez años de estudio.

Pescado

El 47,6% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo es ligeramente superior en hombres que en mujeres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad.

Tabla 4- Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas

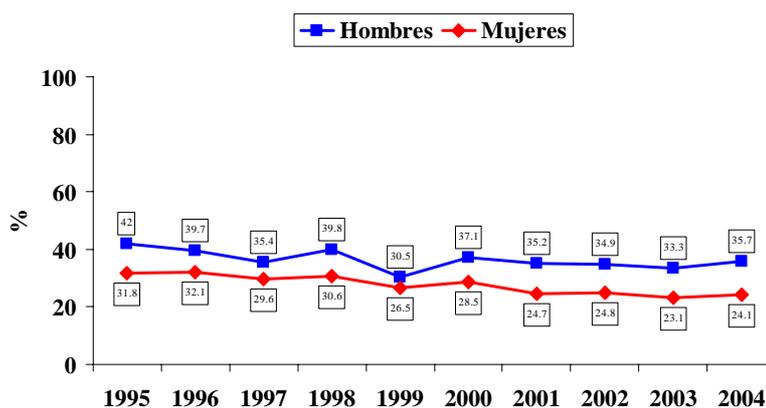
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	89,0 (±1,4)*	86,4 (±2,2)	91,6 (±1,7)	86,6 (±2,8)	89,3 (±2,2)	90,8 (±2,2)
Leche y derivados	96,0 (±0,9)	94,3 (±1,5)	97,7 (±0,9)	95,2 (±1,7)	96,4 (±1,4)	96,3 (±1,4)
Dulces/ Bollería	51,9 (±2,2)	53,9 (±3,1)	49,9 (±3,1)	53,1 (±4,1)	54,1 (±3,6)	48,5 (±3,8)
Verdura	75,2 (±1,9)	72,5 (±2,8)	77,8 (±2,5)	69,9 (±3,7)	76,4 (±3,1)	78,5 (±3,1)
Legumbres	16,9 (±1,6)	17,9 (±2,4)	15,8 (±2,2)	14,4 (±2,9)	15,8 (±2,6)	20,1 (±3,0)
Arroz	12,5 (±1,4)	13,9 (±2,2)	11,1 (±1,9)	14,6 (±2,9)	14,2 (±2,5)	8,8 (±2,1)
Pasta	14,8 (±1,6)	16,6 (±2,3)	13,1 (±2,1)	21,1 (±3,3)	13,8 (±2,5)	10,5 (±2,3)
Carne	73,4 (±1,9)	75,7 (±2,7)	71,3 (±2,8)	75,6 (±3,5)	74,2 (±3,2)	70,7 (±3,4)
Carne y derivados	85,6 (±1,5)	87,7 (±2,1)	83,6 (±2,3)	86,1 (±2,8)	87,8 (±2,4)	82,7 (±2,8)
Huevos	28,6 (±2,0)	29,8 (±2,9)	27,5 (±2,7)	31,1 (±3,8)	27,2 (±3,2)	28,1 (±3,4)
Pescado	47,6 (±2,2)	49,1 (±3,1)	46,2 (±3,0)	41,4 (±4,0)	49,5 (±3,6)	51,0 (±3,8)
Fruta fresca	71,1 (±2,0)	65,4 (±3,0)	76,4 (±2,6)	60,5 (±4,0)	67,6 (±3,4)	83,9 (±2,8)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 2

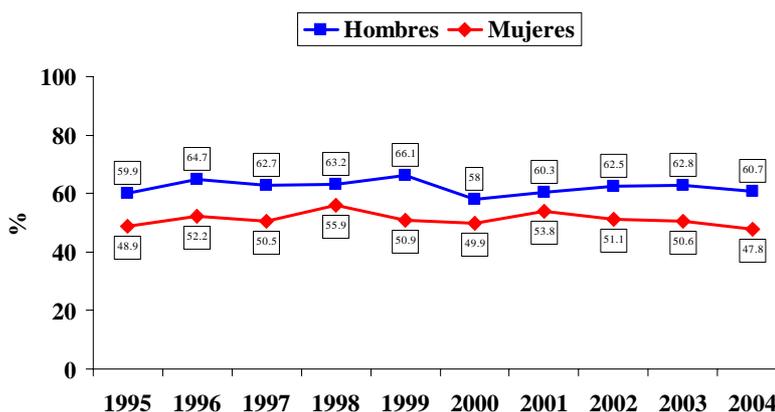
Evolución del consumo de lácteos, y fruta/verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2004

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO DE < 2 RACIONES DE LÁCTEOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO DE < 3 RACIONES DE FRUTA Y VERDURA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS

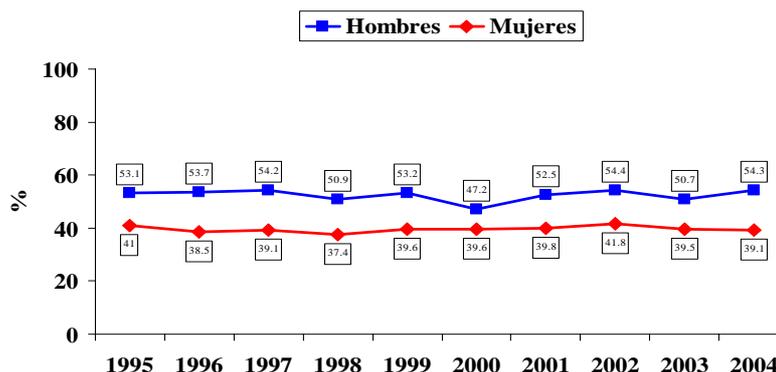


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

GRÁFICO 3

Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2003

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO DE 2 O MÁS RACIONES DE CÁRNICOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 16,2% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,4% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 1,6 veces más frecuente que en hombres.

Al comparar los promedios de 2003 y 2004 respecto a 1995 y 1996, se produce un moderado descenso de este indicador en las mujeres (15,8%) mientras que en los hombres aumenta un 9% (gráfico 4).

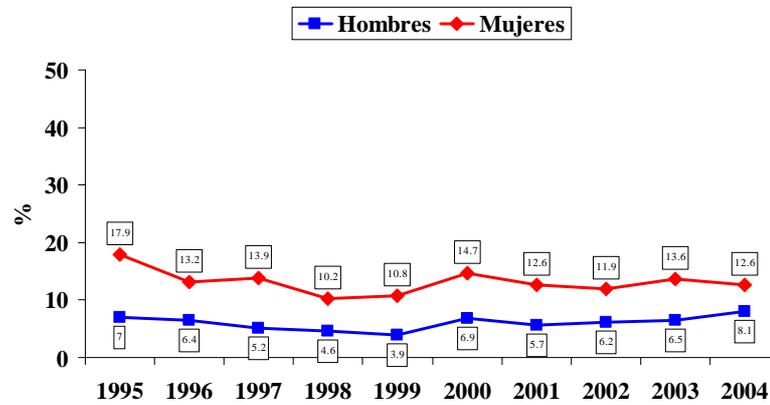
Tabla 5.-
Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	16,2 (±1,6)*	13,5 (±2,1)	18,6 (±2,4)	16,5 (±3,0)	17,3 (±2,7)	14,6 (±2,7)
Dieta para adelgazar	10,4 (±1,3)	8,1 (±1,7)	12,6 (±2,0)	12,0 (±2,6)	10,9 (±2,2)	8,5 (±2,1)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 4

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2004



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.4. ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal, definido como el cociente del peso en Kg/talla en m², ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad ¹⁸. En el caso del SIVFRENT, se estima a partir del peso y talla autoinformados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el estudio de la obesidad que figura en la tabla 6 ¹⁹.

El 3,4% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres alcanzando una prevalencia del 5,8%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. El 38,4% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 15,9% al sobrepeso de grado I, del 14,5% al sobrepeso de grado II, y del 8,0% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementa rápidamente a medida que aumenta la edad.

La tendencia (gráfico 5) describe en los hombres un incremento consistente del sobrepeso y obesidad del 21,6%, comparando los promedios de 2003 y 2004 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento se reduce al 13,0%.

Tabla 6.- Distribución del Índice de Masa corporal

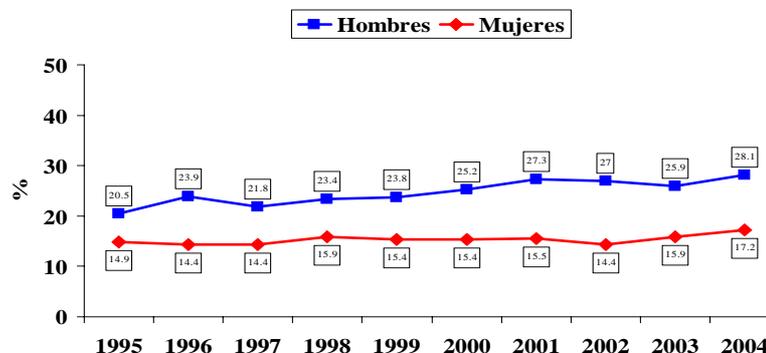
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente ^(a)	3,4 (±0,8)*	0,9 (±0,6)	5,8 (±1,4)	7,6 (±2,2)	2,2 (±1,0)	1,2 (±0,8)
Sobrepeso grado I ^(b)	15,9 (±1,6)	21,0 (±2,6)	11,0 (±1,9)	10,0 (±1,2)	17,3 (±2,7)	19,3 (±3,0)
Sobrepeso grado II ^(c)	14,5 (±1,5)	19,2 (±2,5)	10,0 (±1,8)	6,2 (±2,0)	13,3 (±2,5)	22,2 (±3,1)
Obesidad ^(d)	8,0 (±1,2)	8,8 (±1,8)	7,1 (±1,6)	2,2 (±1,2)	7,4 (±1,9)	13,4 (±2,6)

* Intervalo de confianza al 95%

- (1) Índice de Masa Corporal <18,5
- (2) Índice de Masa Corporal 25-26,9
- (3) Índice de Masa Corporal 27-29,9
- (4) Índice de Masa Corporal >=30

Gráfico 5

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON SOBREPESO DE GRADO II Y OBESIDAD*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2004



*Índice de Masa Corporal ≥ 27

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.5. CONSUMO DE TABACO

El 56,5% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, mientras que el 43,5% son no fumadores. En función de la situación actual de consumo, un 36,3% fuman actualmente (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 33,6% son fumadores diarios. La proporción de exfumadores es del 20,2% (gráfico 6).

El consumo excesivo (consumo de ≥ 20 cigarrillos al día), es de un 13,8% respecto al total de entrevistados, y del 41,0% en los fumadores diarios.

La proporción de abandono, definida como el número de exfumadores entre el número de fumadores y exfumadores, es del 35,7%, y del total de fumadores actuales un 15,7% está pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 18,0% en los próximos 6 meses. Por otra parte, el 30,0% de los fumadores diarios ha realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

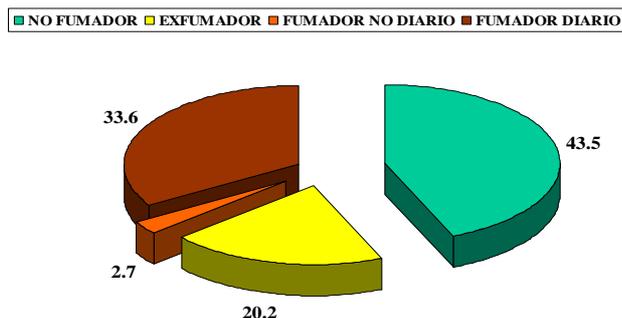
La proporción de fumadores actuales es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres. Sin embargo, esta diferencia se produce a expensas exclusivamente del mayor consumo masculino en el grupo de 50 a 64 años ya que en el resto de edades el consumo es similar o ligeramente más frecuente en mujeres.

Respecto a la evolución, en los hombres continúa el descenso experimentado en la década de los ochenta y noventa aunque más desacelerado en la actualidad: comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso es del 15,6% (gráfico 7). Esta disminución está motivada tanto por el incremento del número de exfumadores (gráfico 8), como por la menor prevalencia de consumo de las cohortes jóvenes. Por este motivo se espera que a corto plazo continuará produciéndose un descenso del consumo. En las mujeres, después de alcanzar una prevalencia máxima durante la primera parte de la década pasada y unos años posteriores de estabilización, se observa a partir del año 2000 un descenso moderado del consumo de tabaco. Al igual que en los hombres, este descenso está motivado por un incremento

del número de exfumadoras (gráfico 8) y un importante descenso del consumo en la población más joven, por lo que se espera también que en los próximos años continúe disminuyendo la prevalencia. Comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso del tabaquismo en mujeres es del 7,4%.

Gráfico 6

CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2004



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

Tabla 7.- Proporción de fumadores y de abandono del consumo de tabaco

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	56,5 (±2,2)*	61,1 (±3,1)	52,1 (±3,1)	46,9 (±4,1)	63,2 (±3,5)	57,4 (±3,7)
Fumadores actuales ^(a)	36,3 (±2,1)	37,3 (±3,0)	35,3 (±2,9)	35,7 (±3,9)	42,3 (±3,6)	30,3 (±3,4)
Fumadores diarios	33,6 (±2,1)	34,8 (±3,0)	32,4 (±2,9)	31,6 (±3,8)	38,9 (±3,5)	29,4 (±3,4)
Consumo excesivo ^(b)	13,8 (±1,5)	16,7 (±2,3)	11,0 (±1,9)	7,4 (±2,1)	17,3 (±2,7)	15,4 (±2,7)
Proporción de abandono ^(c)	35,7 (±2,8)	38,9 (±3,9)	32,2 (±4,0)	23,8 (±5,1)	33,1 (±4,3)	47,2 (±4,9)

* Intervalo de confianza al 95%

^(a) Fumador ocasional o diario

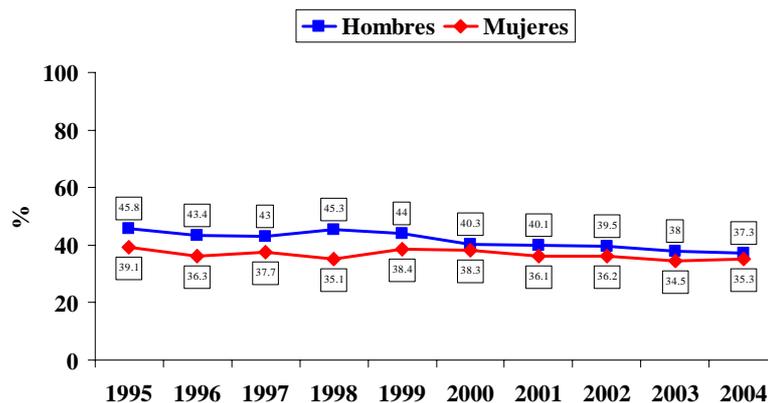
^(b) Consumo de ≥20 cigarrillos diarios

^(c) Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

GRÁFICO 7

Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2004

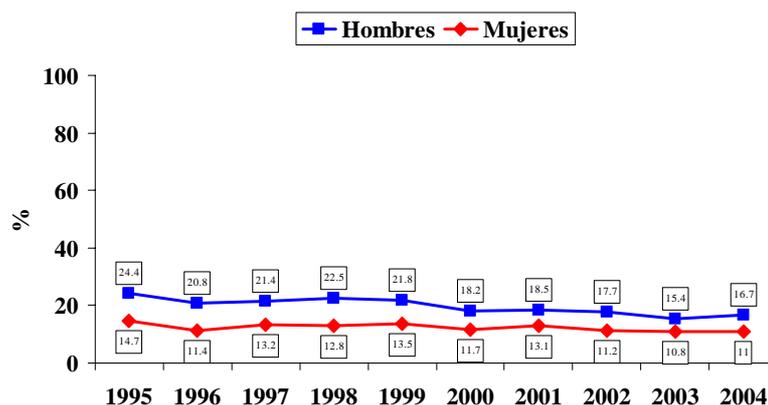
PROPORCIÓN DE FUMADORES ACTUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Fumador ocasional o diario

PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO*



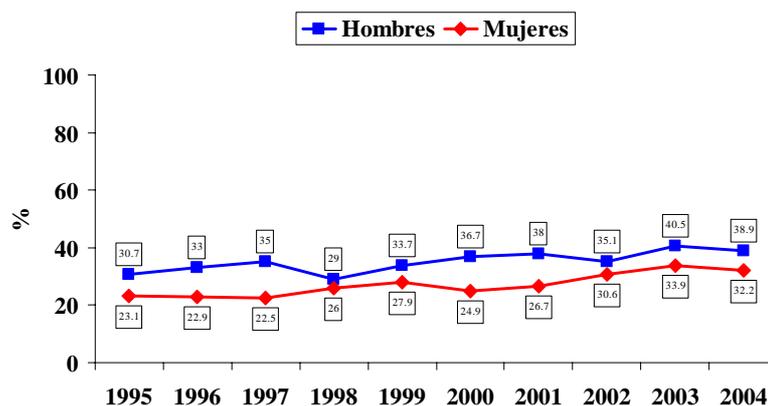
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Consumo de ≥ 20 cigarrillos diarios

GRÁFICO 8

Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2004

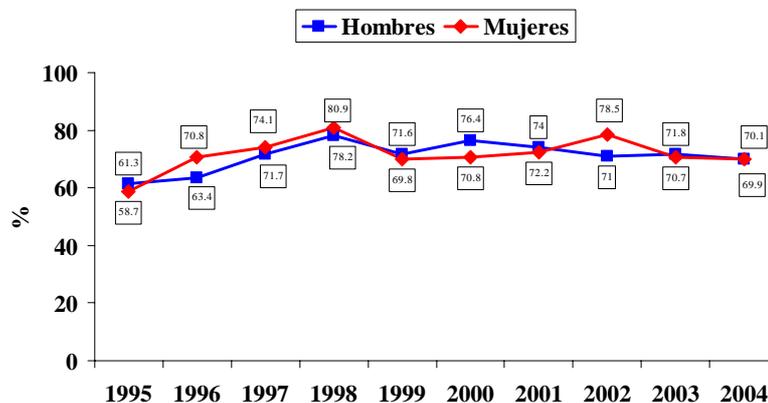
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

PROPORCIÓN DE FUMADORES DIARIOS QUE NO HAN REALIZADO ALGÚN INTENTO SERIO PARA DEJAR DE FUMAR EN EL ÚLTIMO AÑO



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio per cápita semanal de alcohol fue de 70 centímetros cúbicos (cc.), 106 cc. en hombres y 36 cc. en mujeres.

El 53,8% son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,8 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol se estima el total de alcohol ingerido durante la última semana mediante la frecuencia de consumo de diversas bebidas alcohólicas, considerando como bebedor/a moderado/a aquellas personas cuyo consumo diario es de 1-49 cc./día en hombres y de 1-29 cc./día en mujeres. Bebedores a riesgo son aquellos hombres y mujeres con consumos de ≥ 50 cc./día y ≥ 30 cc./día respectivamente.

Globalmente un 4,3% son clasificados como bebedores a riesgo, un 52,9% como bebedores moderados y un 42,8% como no bebedores (gráfico 9). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2,5 veces mayor que en mujeres

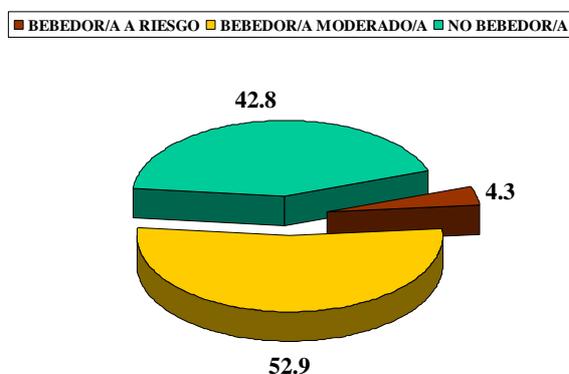
Un 10,8% ha realizado al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 cc. y ≥ 60 cc. en hombres y mujeres respectivamente). Este consumo es 2,4 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (24,4%).

Del total de bebedores habituales, un 14,7% tienen el test de CAGE²⁰⁻²² positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test). Este indicador también es más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 2,9% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 4,9%, frente al 0,6% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución favorable, especialmente en los hombres. Por un lado, la proporción de bebedores habituales se mantiene estable en la población masculina y en las mujeres se ha reducido ligeramente respecto a la frecuencia observada desde 1999. La proporción de bebedores de riesgo baja en los hombres y mujeres un 37,7% y 11,5% respectivamente comparando los promedios 2003-2004 respecto a 1996-1996. El consumo excesivo en una misma ocasión (gráfico 11) sólo disminuye en hombres (un 13,2%), aumentando en mujeres ligeramente (11,5%). Por último, la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (gráfico 11) se reduce en hombres y mujeres aunque la variabilidad en la población femenina es considerable dado que la prevalencia promedio de toda la serie es alrededor del 1%.

Gráfico 9

CLASIFICACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2004

Fuente: SIVFRENT-A Consejería de Sanidad y Consumo

Tabla 8.- Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales ^(a)	53,8 (±2,2)*	69,6 (±2,9)	38,7 (±3,0)	56,2 (±4,0)	53,9 (±3,6)	51,5 (±3,8)
Bebedores a riesgo ^(b)	4,3 (±0,9)	6,3 (±1,5)	2,5 (±1,0)	7,4 (±2,1)	3,0 (±1,2)	3,2 (±1,3)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ^(c)	10,8 (±1,4)	15,4 (±2,3)	6,5 (±1,5)	24,4 (±3,5)	7,7 (±1,9)	2,6 (±1,2)
Test CAGE + en bebedores habituales	14,7 (±2,1)	17,5 (±2,9)	9,8 (±2,9)	17,4 (±4,1)	14,8 (±3,5)	11,9 (±3,4)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	2,9 (±0,8)	4,9 (±1,4)	0,6 (±0,6)	5,8 (±2,1)	2,5 (±1,2)	0,9 (±0,8)

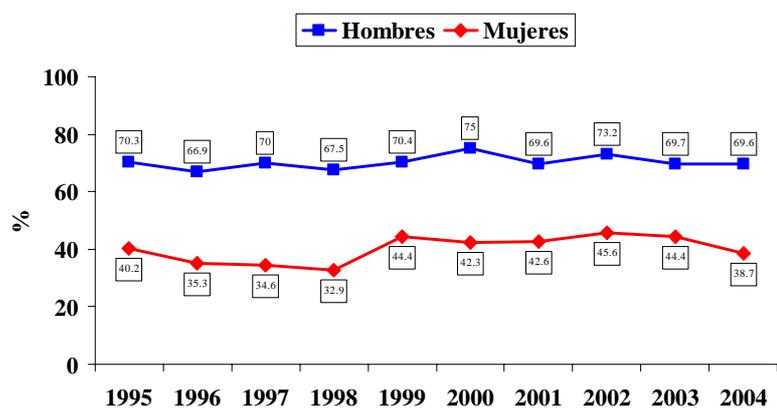
* Intervalo de confianza al 95%

^(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días^(b) Consumo de alcohol de ≥ 50 cc./día en hombres y ≥ 30 cc./día en mujeres^(c) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 cc. en hombres y ≥ 60 cc. en mujeres

GRÁFICO 10

Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2004

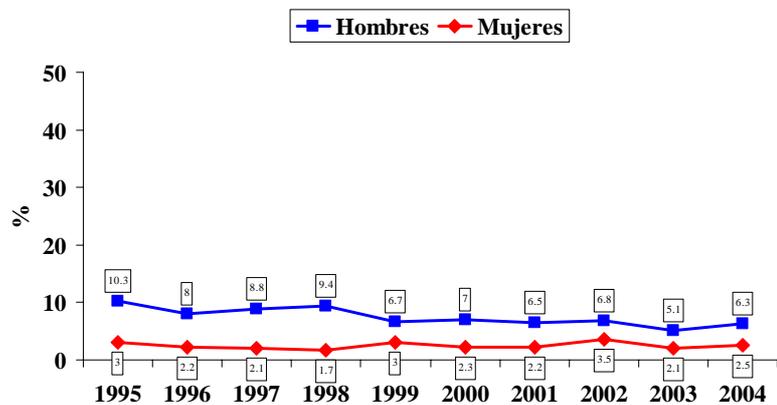
PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*



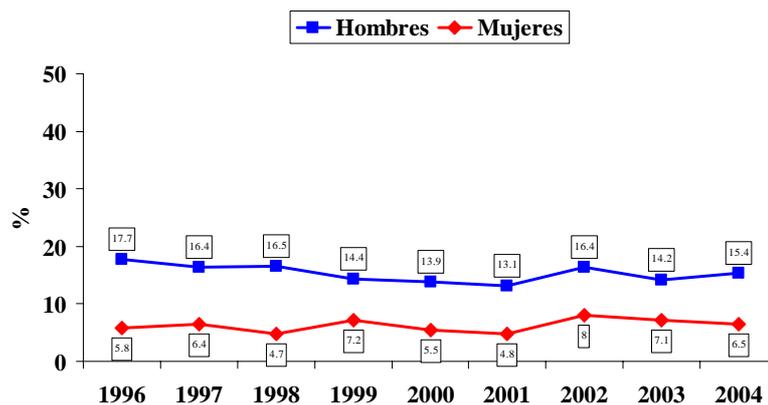
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Consumo de alcohol de ≥ 50 cc./día en hombres y ≥ 30 cc./día en mujeres

GRÁFICO 11

Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión y conducir bajo los efectos del alcohol . Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2004

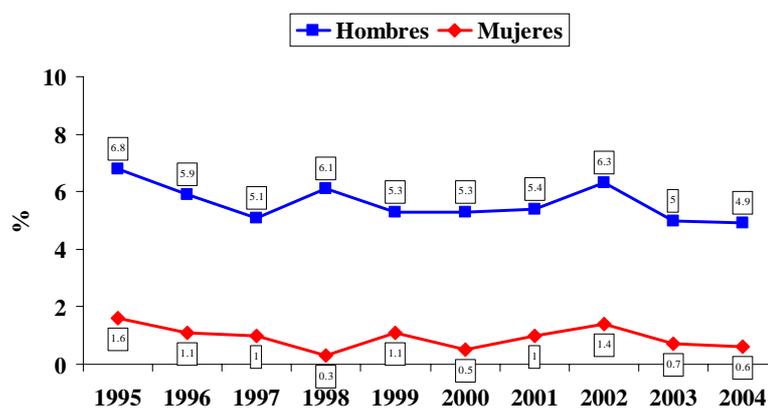
PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO EN UNA MISMA OCASIÓN*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Consumo de alcohol de ≥ 80 cc./día en hombres y ≥ 60 cc./día en mujeres a lo largo de una tarde o una noche

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN CONDUCIDO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En las tablas 9-11 podemos observar la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria²³.

Una gran mayoría de entrevistados afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque alrededor del 13,2% no cumple ambas recomendaciones.

Un 14,6% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 50,5% está tomando medicación, el 41,6% se controla el peso, un 51,9% ha reducido la ingesta de sal, y un 35,8% hace ejercicio físico. El 68,9% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 31,1% no realiza ninguna.

A un 16,7% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 23,5% toma medicamentos, el 60,3% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 35,8% practica ejercicio físico. El 67,5% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 32,5% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 10,3% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 11,6% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

Todos los indicadores relacionados con la realización de prácticas preventivas han mejorado en estos diez años de estudio. Destaca especialmente la realización de mamografías – en 1999 se puso en marcha el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid- con un incremento del 74,7% comparando el promedio del año 2003 y 2004 con el de 1995 y 1996 (gráfico 14).

Tabla 9.- Proporción de personas con medición de tensión arterial y colesterol

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años ^(a)	18 - 40 años	91,7 (±1,6)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	92,9 (±1,7)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	87,3 (±3,3)
	Mujeres < 46 años	93,7 (±1,8)
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥35 años	90,9 (±2,3)
	Mujeres ≥46 años	93,0 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

^(a) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años

Tabla 10.- Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	14,6 (±1,5)*	15,3 (±2,3)	14,0 (±2,1)	4,3 (±1,6)	11,2 (±2,3)	27,1 (±3,3)
Colesterol elevado	16,7 (±1,6)	16,8 (±2,3)	16,6 (±2,3)	5,7 (±1,9)	14,7 (±2,6)	28,3 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 11.- Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías

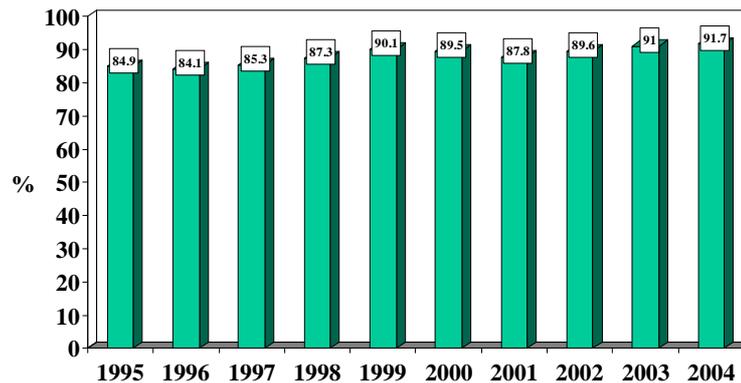
	Edad	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	≥35 años	89,7 (±2,4)*
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	88,4 (±3,8)

• Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 12

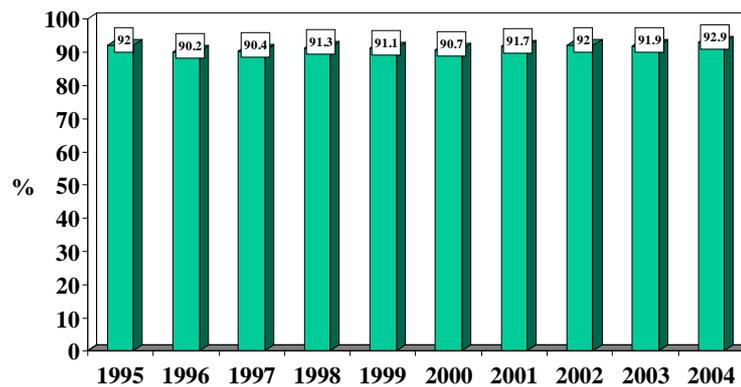
Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2004

PROPORCIÓN DE PERSONAS DE 18-40 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

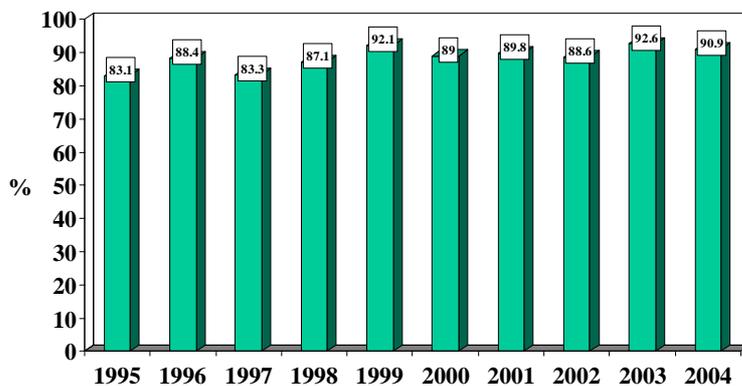
PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS



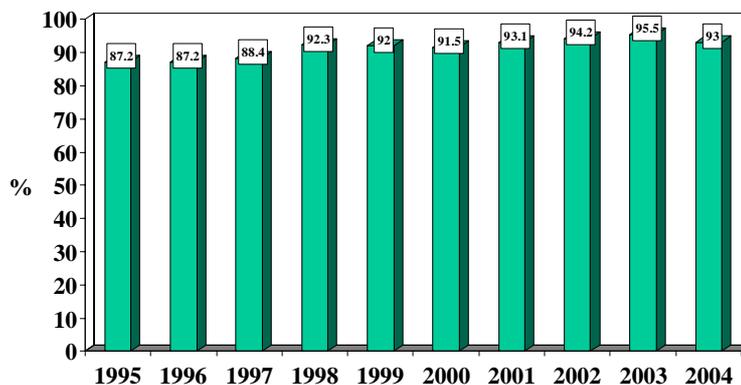
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

GRÁFICO 13

Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2004

PROPORCIÓN DE HOMBRES MAYORES DE 34 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

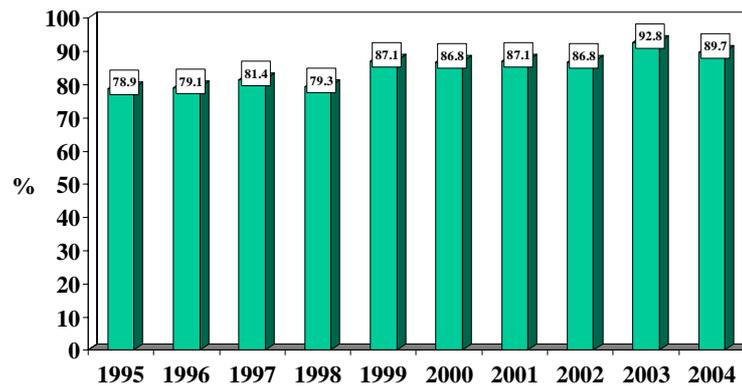
PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

GRÁFICO 14

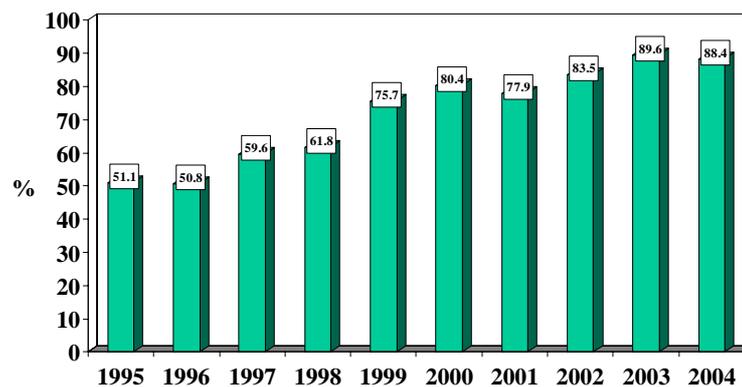
Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2004

PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 34 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE CITOLOGÍAS EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 49 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE MAMOGRAFÍAS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.8. ACCIDENTES

Un 8,0% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y en el grupo de edad más joven.

Un 1,5% del total de entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico .

Durante los últimos 12 meses un 0,7% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,3% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

No se aprecian grandes cambios, aunque en los hombres la frecuencia de este último año fue la más baja de toda la serie (gráfico 15).

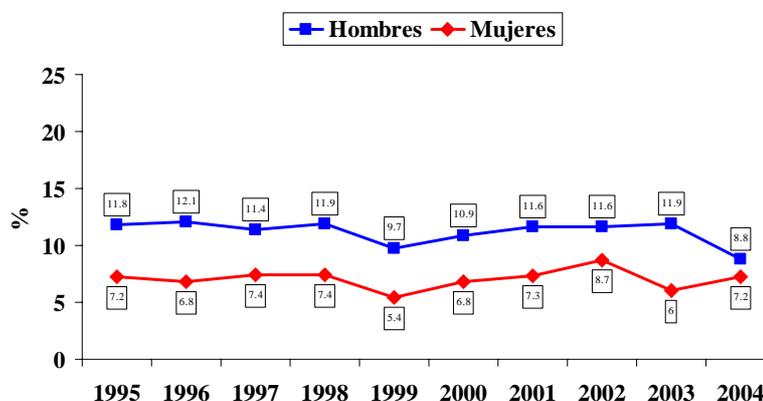
Tabla 12.- Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	8,0 (±1,2)*	8,8 (±1,8)	7,2 (±1,6)	11,5 (±2,6)	8,6 (±2,0)	4,2 (±1,5)
Accidente de tráfico	1,5 (±0,5)	1,0 (±0,6)	2,0 (±0,9)	2,4 (±1,2)	1,6 (±0,9)	0,7 (±0,6)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2004



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.9. SEGURIDAD VIAL

Un 7,0% del total de personas que viajan en coche no utiliza nunca o lo hace infrecuentemente el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 0,6% en la conducción por carretera.

Un 5,4% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 9,2% no utiliza nunca el casco o lo hace infrecuentemente. El 3,5% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 2,8% de ellos.

Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en los gráficos 16 y 17 podemos apreciar el cambio favorable tan grande que se ha producido en estos diez años en los cuatro indicadores analizados. Comparando la frecuencia de no utilización en los años 2003-2004 respecto a los dos primeros de la serie, la disminución del no uso habitual del cinturón por ciudad y carretera es respectivamente del 56,3% y 68,9%. Asimismo, la disminución del uso del casco en moto es del 42,3% y 69,9%.

Tabla 13.- No utilización del cinturón de seguridad y casco en moto de forma habitual^a

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por CIUDAD	7,0 (±1,1)*	9,6 (±1,9)	4,4 (±1,3)	6,3 (±2,0)	6,8 (±1,9)	7,9 (±2,1)
No utilización del cinturón de seguridad por CARRETERA	0,6 (±0,4)	1,0 (±0,6)	0,2 **	1,1 (±0,9)	0,4 (±0,3)	0,3 **
No utilización del casco en moto por CIUDAD	9,2 (±5,4)	9,6 (±6,8)	8,3 **	13,8 (±9,0)	0 -	18,2 **
No utilización del casco en moto por CARRETERA	2,8 **	1,9 **	5,6 **	6,5 **	0 -	0 -

^a No utilización: Nunca o algunas veces

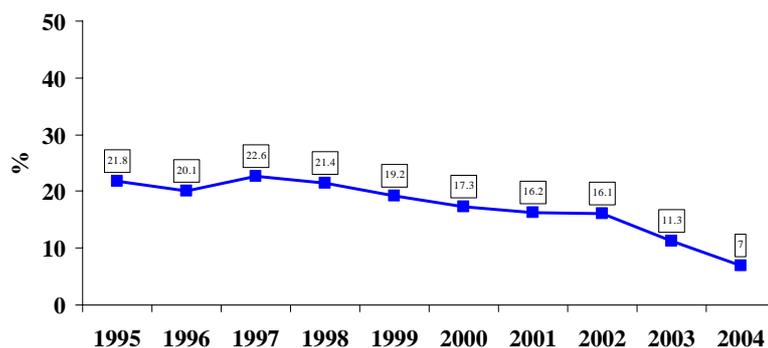
* Intervalo de confianza al 95%

** Variación superior al 100%

GRÁFICO 16

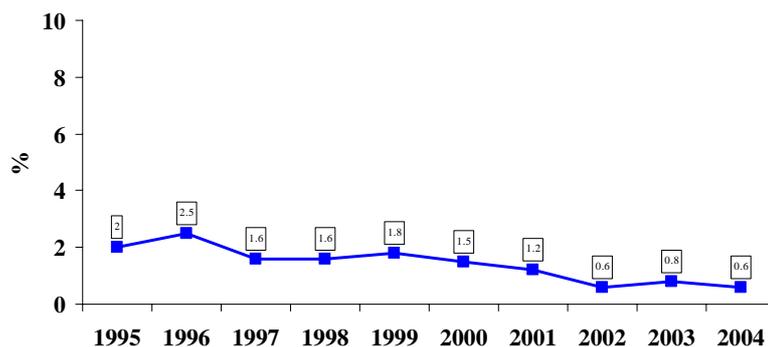
Evolución de la proporción de personas que no utilizan el cinturón de seguridad por ciudad y carretera de forma habitual*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2004.

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CIUDAD DE FORMA HABITUAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CARRETERA DE FORMA HABITUAL



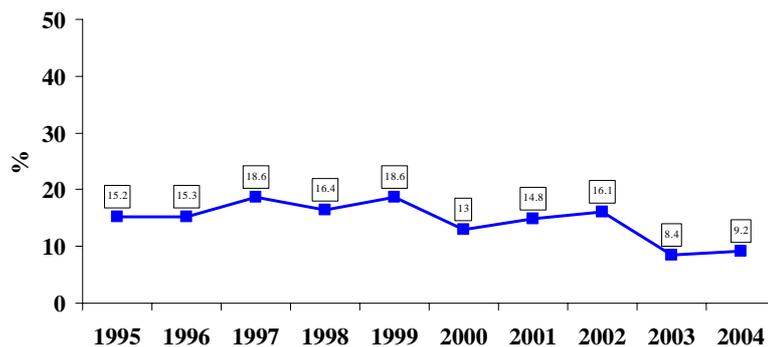
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* No utilización: Nunca o algunas veces

GRÁFICO 17

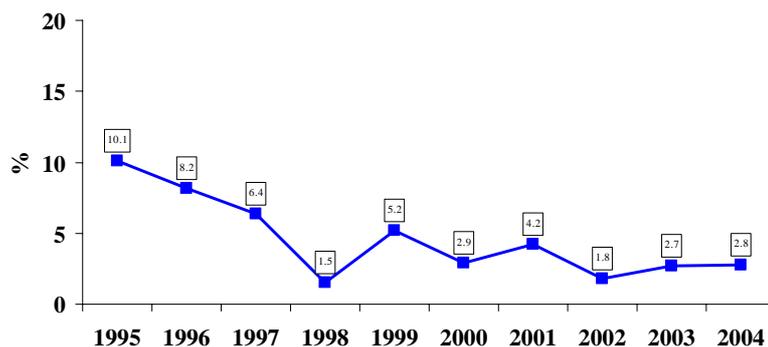
Evolución de la proporción de personas que no utilizan el casco en moto por ciudad y carretera de forma habitual*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2004.

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN EL CASCO EN MOTO POR CIUDAD DE FORMA HABITUAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN EL CASCO EN MOTO POR CARRETERA DE FORMA HABITUAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* No utilización: Nunca o algunas veces

4.10. AGREGACION DE FACTORES

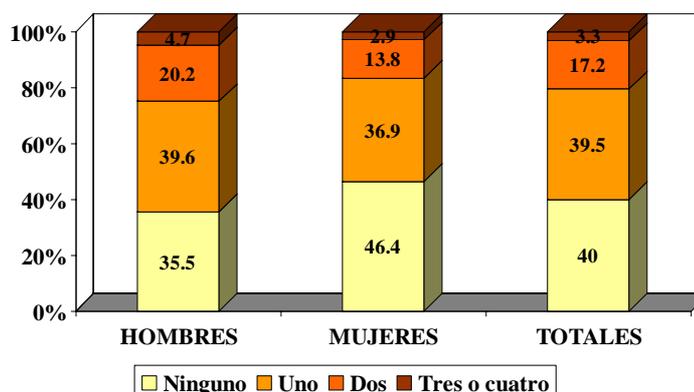
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, hemos considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol hemos seleccionado como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y bebedor a riesgo. Para la actividad física hemos decidido incluir un indicador que aglutine simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METS en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24h. del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada hemos considerado el consumir menos de tres raciones diarias de fruta (incluye zumos) y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

El 40,0% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 39,5% tiene uno, el 17,2% dos, el 2,9% tres, y el 0,3% cuatro (gráfico 18). Globalmente aunque la agrupación es más frecuente en los hombres que en las mujeres, se observan importantes diferencias según la edad ya que en el grupo más joven la frecuencia de agregación es muy parecida, en el de 30 a 44 años se aprecia ya un incremento en los hombres, pero es en el grupo de 30 a 44 años donde se extreman las diferencias siendo casi 2 veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres (gráfico 19).

Por último, en el gráfico 20 se puede observar la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo. En hombres, la tendencia es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2003 y 2004 comparado con 1995-1996, del 17,4%. En las mujeres, la prevalencia está muy estabilizada.

GRÁFICO 18

AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS.
COMUNIDAD DE MADRID 2004

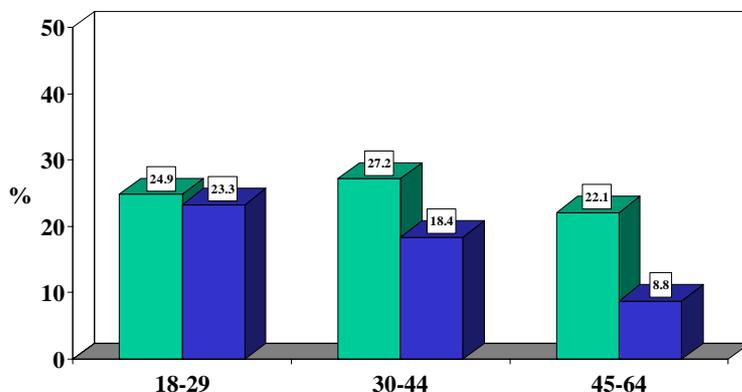


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

GRÁFICO 19

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2004

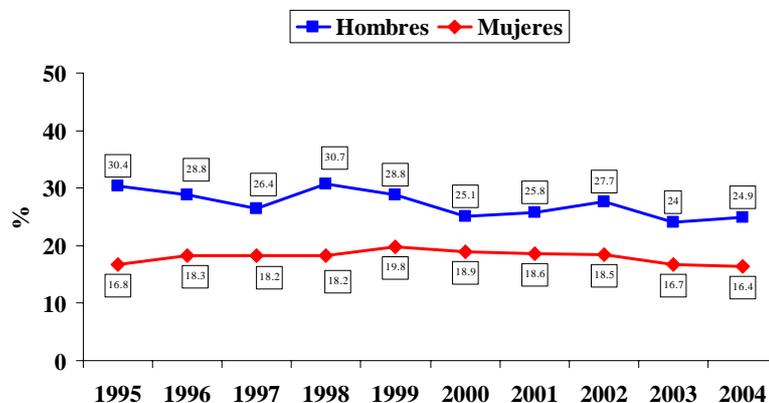


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

*De los cuatro siguientes: Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

GRAFICO 20

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2004



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

*De los cuatro siguientes: Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Ginnis JM; Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270: 2207-2212.
2. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1436-1442.
3. Berkelman RL, Buehler JW. Public health surveillance of non-infectious chronic diseases: The potential to detect rapid changes in disease burden. Int J Epidemiol 1990; 19:628-635.
4. Morabia A. Annotación: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86:625-7.
5. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19:145-51.
6. 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.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1996. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997, 5(3):3-14.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1997. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998, 15(5):3-21.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en adultos, 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999, 6(2):3-33.
10. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 6(9 Supl):3-28.
11. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001, 7:3-30.
12. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2001. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002, 8:3-32.
13. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2002. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003, 9:3-34.
14. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2004, 10:3-37.
15. Encuesta a hogares españoles sobre equipamiento, uso y valoración de servicios de telecomunicaciones, audiovisual e internet. Informe preliminar (Diciembre de 2002).

Comisión del mercado de las telecomunicaciones e Instituto Nacional de Estadística [con acceso el 11 de agosto de 2004]. Disponible en: <http://www.aece.org/docs/EstudioINE+CMT.2002.pdf>.

16. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc;1988:377-85.
17. Ainsworth BE; Haskell VI; Leon AS et al. Compendium of physical activities: classification of energy cost of human physical activities. Med. Sci. Sports Exerc. 1993; 25:71-80.
18. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
19. Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115:587-597.
20. Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J. Estud. Alcohol. 1994; 55:471-474.
21. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc 1997; 157: 1529-1535.
22. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav 2004; 29: 867-878.
23. Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. Manual de prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003.



INFORME:

RED DE MÉDICOS CENTINELA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2004.

Informe elaborado por: Napoleón Pérez-Farinós, José Luis Cantero Real, Iñaki Galán Labaca, María Ordobás Gavín, Belén Zorrilla Torras. Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

RESUMEN

Introducción: La Red de Médicos Centinela (RMC) de la Comunidad de Madrid (CM) forma parte de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, como un sistema de información cuyo objetivo principal es contribuir a la prevención y control de enfermedades mediante la notificación de los casos de las mismas.

Metodología: La Red consta de unos Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria que de forma voluntaria notifican semanalmente los casos de varicela, herpes zoster, crisis asmáticas y gripe (durante el período epidémico). Con estas declaraciones se obtiene información sobre dichas enfermedades, número de casos e incidencia, características clínicas, complicaciones o demanda sanitaria.

Resultados: En el año 2004 participaron en la RMC de la CM 46 Médicos de Familia y 34 Pediatras, de los que 24 Médicos de Familia y 6 Pediatras notificaron casos de gripe.

Se notificaron 1.168 casos de varicela, con una tasa cruda de incidencia de 1.655,6 casos por 100.000 personas, algo mayor que en el año 2003. Los casos se dieron en su mayor parte en niños. Fueron declarados 237 casos de herpes zoster, 7 más que en 2003 (tasa de 335,9 casos por 100.000 personas), principalmente en personas de edad avanzada.

Se registraron 1.021 crisis asmáticas. La incidencia en menores de 15 años fue de 3,2 por 100 habitantes, y del 0,5 % en mayores de 14 años. El 12,5 % de las crisis fueron repetidas. El patrón temporal sigue la tendencia descendente iniciada en 2001.

Se detectó actividad epidémica de gripe durante 10 semanas (de la 50 de 2004 a la 2 de 2005), correspondiendo los máximos epidémicos a las semanas 1 y 2 de 2005. Se notificaron 1.004 casos de gripe, el 55,9 % en hombres. En 103 de ellos se recogió muestra de exudado nasofaríngeo, de las que 43 fueron positivas. 32 correspondieron al virus AH3N2, y 11 a virus gripal B.

Conclusiones: la RMC de la CM sigue siendo una herramienta eficaz para la descripción del comportamiento de diversos procesos, y para la detección precoz de brotes y situaciones epidémicas.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de médicos centinela forman parte de los sistemas de vigilancia epidemiológica y se basan en la participación con carácter voluntario de un grupo de médicos. Estos sistemas proporcionan información complementaria de otros sistemas de vigilancia (EDO, Información microbiológica), con datos sobre enfermedades o procesos que por sus características son considerados de especial interés para la Salud Pública.

La obtención de información a través de las redes centinela presenta varias ventajas. La primera es que los datos proceden directamente de los profesionales de Atención Primaria, que son los que mantienen el contacto más cercano con el paciente. Otro hecho muy favorable es el bajo coste de esta información en relación con otros sistemas, tales como estudios epidemiológicos *ad hoc* o encuestas, sobre todo cuando se requieren datos de forma continua; esto es debido a que la recogida de datos está integrada en el quehacer diario del profesional, sin que éste tenga que desviarse sustancialmente de sus actividades. Esta circunstancia también permite que sin tener que modificar la infraestructura, puesto que se trata del sistema de Atención Primaria, sí pueden modificarse los objetivos de la vigilancia y las enfermedades y procesos que se quieren vigilar, dotando a las redes centinela de gran flexibilidad. Además, la información obtenida es de gran calidad, por su procedencia y por el alto grado de compromiso de los notificadores.

Las redes centinela tienen una cada vez más amplia distribución en Europa, así como en otros muchos países, como Estados Unidos, Australia o Nueva Zelanda. En España existe un gran número de Comunidades Autónomas con alguna red de este tipo, que llevan a cabo sus propios proyectos, pero también, y esto es importante, abordan investigaciones conjuntas entre ellas, lo que redundará en una mayor calidad de los estudios y de la información obtenida.

La Red de Médicos Centinela (RMC) de la Comunidad de Madrid (CM) se puso en funcionamiento en 1991, y en 1996, con la creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, se introdujo en el marco normativo autonómico (Decreto 184/1996). Los médicos de la Red notifican los casos detectados de las enfermedades vigiladas y la población atendida por esta muestra de médicos es representativa de la población total de la Comunidad de Madrid según diversas variables demográficas, sociales y culturales. En el año 2004 han colaborado como notificadores 46 Médicos Generalistas y 34 Pediatras de Atención Primaria (Anexo I).

Desde su puesta en marcha, han sido vigilados diferentes procesos, que han ido variando en función de las necesidades o del interés sobre los mismos. Durante el año 2004 los problemas de salud que han sido objeto de vigilancia han sido la Gripe (notificada por 30 médicos de la Red), la Varicela, el Herpes Zoster y las Crisis Asmáticas. Las definiciones de caso y los impresos de notificación se detallan en el Anexo II.

En este informe se presentan los principales resultados obtenidos a través de la notificación durante el año 2004.

FUNCIONAMIENTO DE LA RED

Cobertura:

- a) Porcentaje de notificación: porcentaje de notificaciones recibidas del total de notificaciones que se deberían haber recibido en todo el año. Hay que tener en cuenta que las notificaciones deben realizarse semanalmente aunque no haya ningún caso. El porcentaje de notificación en el año 2004 ha sido del 60,3 %.
- b) Cobertura de población: población vigilada realmente del total de la población atendida por los médicos de la Red, teniendo en cuenta las semanas que cada médico ha notificado. La cobertura en el año 2004 fue del 61,4 %.

- c) Continuidad en la notificación: en el año 2004 el 38,8 % de los médicos notificadores de la Red dejó de notificar más de 3 semanas seguidas. Asimismo, dejaron de notificar entre 0 y 4 semanas (no seguidas) el 11,3 %, entre 5 y 12 semanas el 37,5 %, y más de 12 semanas el 51,3 %.

Cumplimentación de las variables: para la varicela, el sexo, y el lugar y el tipo de exposición se recogieron en más del 99 % de las notificaciones; la necesidad de atención especializada y la situación de inmuno-compromiso, en más del 98 %; la fecha de nacimiento faltaba en el 3,8 % de los casos; las variables que recogen las complicaciones fueron las que tuvieron mayor porcentaje de no cumplimentación, entre el 14,6 y el 18,5 %. En el herpes zoster todas las variables fueron recogidas en más del 97 % de los casos. En la gripe, alcanzó el 100 %. En las crisis asmáticas, de los 1.021 casos faltaba la fecha de inicio en el 1,6 %; de los casos en los que no era la primera crisis, faltaba el año de la primera crisis en el 5,7 %, y el número de crisis previas en el 7,6 %; en el 15 % no se cumplimentó si se había producido hospitalización.

RESULTADOS

VARICELA

Durante el año 2004 fueron notificados a la RMC de la CM 1.168 casos de varicela (Tabla 1), lo que supone una tasa cruda de incidencia de 1.655,6 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 1.560,6 – 1.750,5), y una tasa estandarizada por la población estándar europea de 1.214,3 casos por 100.000 (IC 95 %: 1.133,0 – 1.295,6) (Tabla 2). La incidencia ha aumentado con respecto a la registrada en el año 2003, pero sin llegar a la de 2002 (Gráfico 1).

TABLA 1. Número de casos de varicela notificados por la RMC de la CM. Años 2002 a 2004.

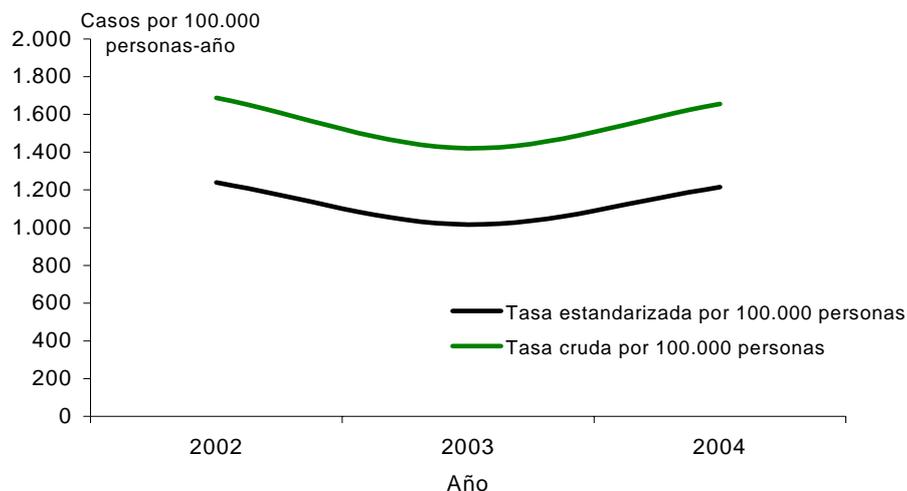
	Casos		
	Total	Hombres	Mujeres
2002	1.449	769	680
2003	1.059	548	511
2004	1.168	590	578

TABLA 2. Incidencia de varicela notificada por la RMC de la CM. Año 2004.

Tasa cruda de incidencia (IC 95 %) ^a		
Total	1655,6	(1561,4 - 1749,7)
Hombres	1725,4	(1585,7 - 1865,1)
Mujeres	1566,1	(1437,9 - 1694,4)
Tasa de incidencia estandarizada (IC 95 %) ^b		
Total	1214,3	(1133,0 - 1295,6)
Hombres	1212,0	(1094,9 - 1329,1)
Mujeres	1203,4	(1090,9 - 1315,8)

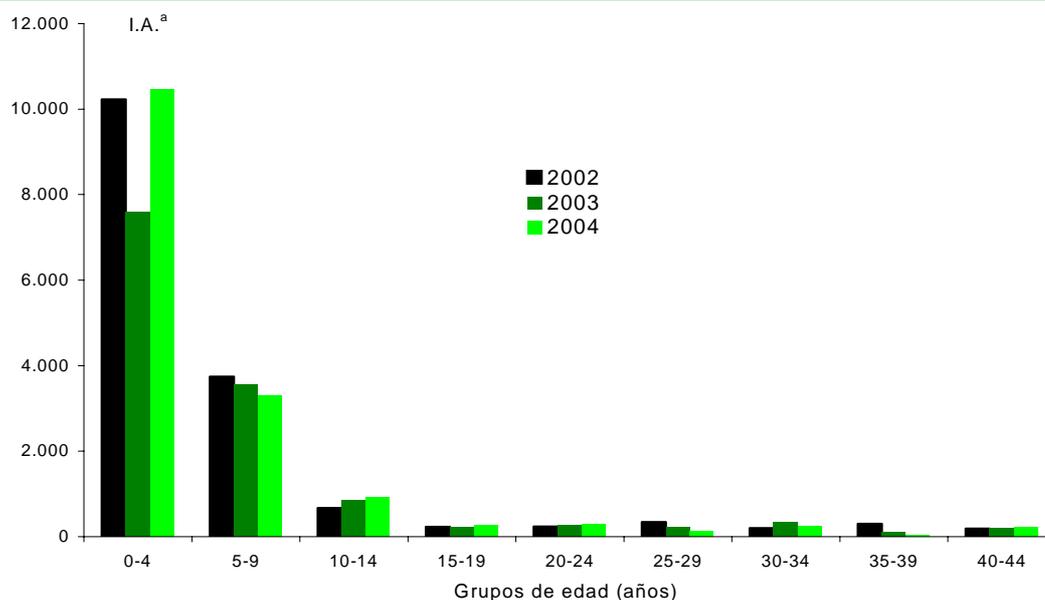
^a Tasa cruda de incidencia por 100.000 personas

^b Tasa de incidencia estandarizada por la población estándar europea por 100.000 personas

Gráfico 1. Incidencia de varicela notificada por la RMC de la CM. Tasas cruda y estandarizada. Años 2002 a 2004

Entre los hombres se produjeron 590 casos (50,5 %), con una tasa cruda de 1.725,4 casos por 100.000 (IC 95 %: 1.585,7 – 1.865,1) y una tasa estandarizada de 1.212,0 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 1.094,9 – 1.329,1). En las mujeres se dieron 578 casos (49,5 %), lo que equivale a una tasa cruda de 1.566,1 casos por 100.000 (IC 95 %: 1.437,9 – 1.694,4) y a una tasa estandarizada de 1.203,4 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 1.090,9 – 1.315,8) (Tabla 2).

Las tasas específicas por grupo de edad más elevadas se observan en los grupos de menor edad, y van decreciendo al aumentar ésta (Gráfico 2). Sólo se registró un caso en personas mayores de 50 años, concretamente una mujer de 86. La tasa cruda de incidencia en menores de 15 años fue de 4.434,7 casos por 100.000 (IC 95 %: 4.169,4 – 4.699,9), y la tasa estandarizada fue de 5.138,3 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 4.838,7 – 5.437,8). En los mayores de 14 años las tasas cruda y estandarizada fueron de 107,9 (IC 95 %: 78,0 – 137,8) y 107,5 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 84,5 – 130,5), respectivamente.

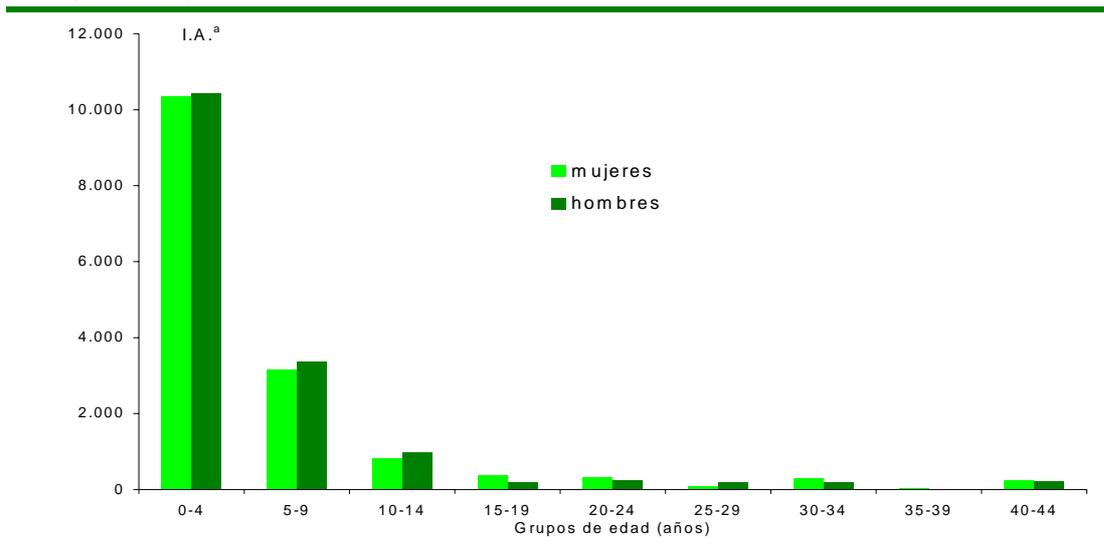
GRÁFICO 2. Incidencia anual de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2002 a 2004.

La incidencia en los grupos de menor edad es parecida, aunque algo más alta en los hombres, pero esta diferencia va desapareciendo en los grupos de mayor edad (Gráfico 3).

En el Gráfico 4 puede observarse la distribución semanal de la incidencia de varicela en el año 2004, comparada con la de 2003, donde se pone de manifiesto el patrón estacional que sigue la enfermedad.

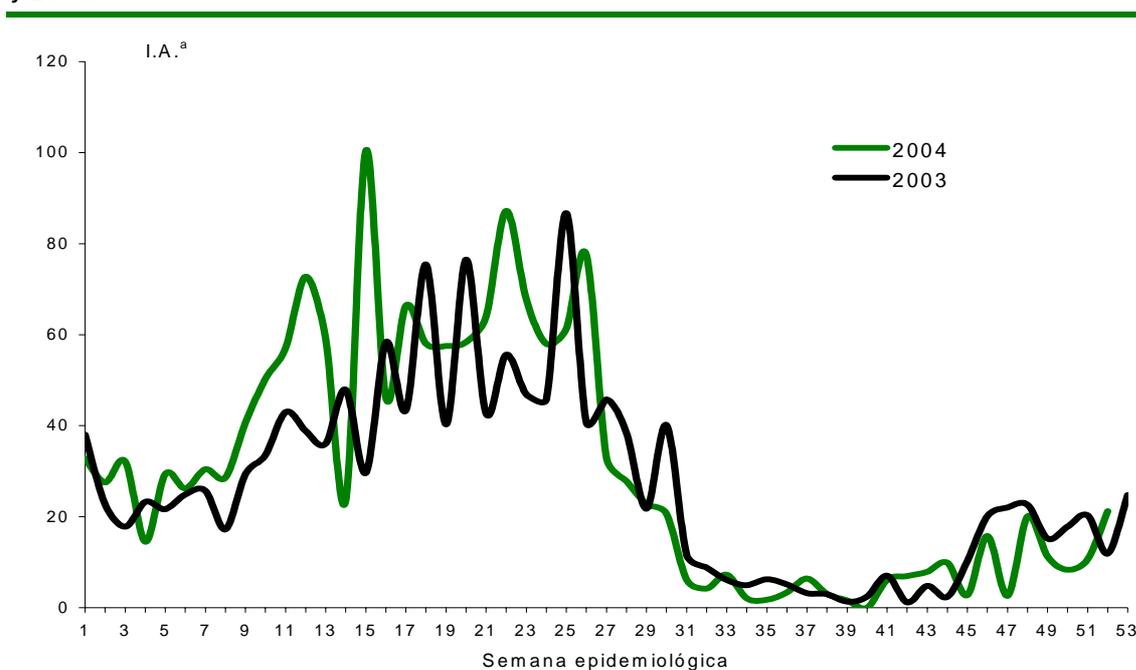
La principal fuente de infección fue la exposición a otro caso de varicela (69,9 %). El 13,4 % de los casos notificados aparecieron en el transcurso de un brote y el 0,5 % tuvieron relación con la exposición a un caso de herpes zoster. En el 16,1 % de los casos se desconocía la fuente de infección (Gráfico 5).

GRÁFICO 3. Incidencia anual de varicela por género y grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2004.

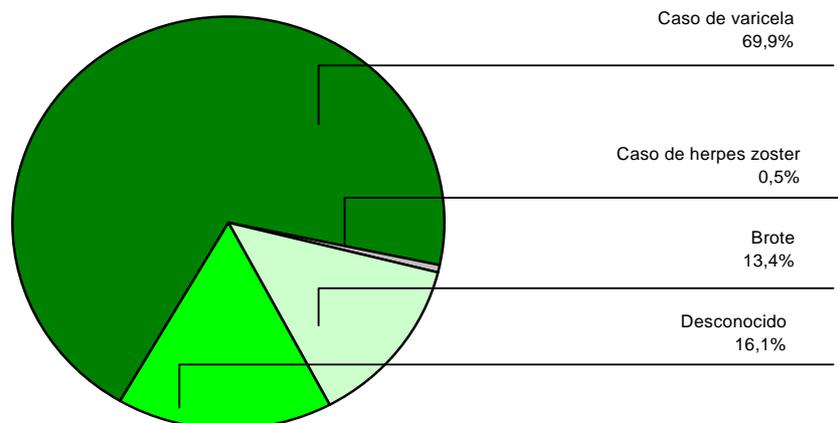
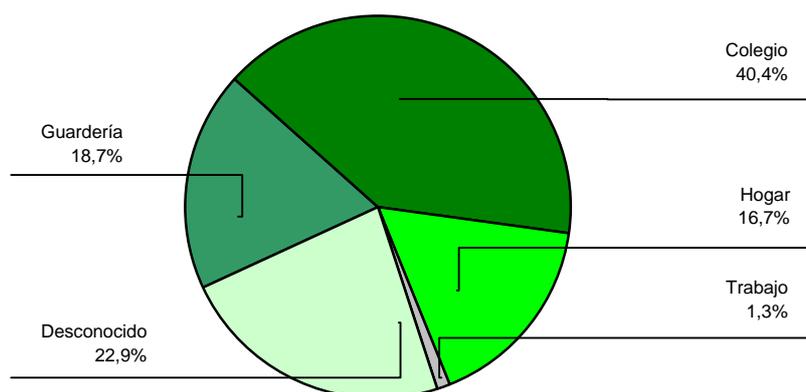


^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2003 y 2004.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 5. Tipo de exposición de los casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2004.**GRÁFICO 6. Lugar de exposición de los casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2004.**

Casi el 60 % de los casos notificados tuvieron como lugar de exposición el colegio (40,4 %) o la guardería (18,7 %). Un 16,7 % se contagió en el hogar, y el 1,3 %, en ambiente laboral. Se desconocía el lugar de infección en el 22,9 % (Gráfico 6).

En 45 de los casos de varicela notificados (3,8 %) se registró algún tipo de complicación. De ellas, la más frecuente fue la infección bacteriana cutánea, que se produjo en 44 pacientes. Además fue notificada una complicación neurológica etiquetada como "Cerebelitis" en un niño de 4 años. 5 personas precisaron de asistencia especializada 2 pacientes presentaban inmunodepresión.

HERPES ZOSTER

En el año 2004 fueron notificados 237 casos de herpes zoster por la Red de Médicos Centinela (Tabla 3). Esto se corresponde con una tasa de incidencia cruda de 335,9 (IC 95 %: 293,2 – 378,7) y una tasa estandarizada por la población estándar europea de 359,4 (IC 95 %: 322,3 – 396,6) casos por 100.000 personas (Tabla 4). La incidencia registra un incremento con respecto al año 2002 y 2003 (Gráfico 7).

TABLA 3. Número de casos de herpes zoster notificados por la RMC de la CM. Años 2002 a 2004.

	Casos		
	Total	Hombres	Mujeres
2002	231	94	137
2003	230	91	139
2004	237	95	142

TABLA 4. Incidencia de herpes zoster notificada por la RMC de la CM. Año 2004.

	Tasa cruda de incidencia (IC 95 %) ^a	
Total	335,9	(293,2 - 335,9)
Hombres	276,8	(215,5 - 326,2)
Mujeres	385,4	(316,8 - 443,1)
	Tasa de incidencia estandarizada (IC 95 %) ^b	
Total	359,4	(322,3 - 396,6)
Hombres	313,9	(279,2 - 348,6)
Mujeres	398,4	(359,3 - 437,5)

^a Tasa cruda de incidencia por 100.000 personas

^b Tasa de incidencia estandarizada por la población estándar europea por 100.000 personas

Gráfico 7. Incidencia de herpes zoster notificada por la RMC de la CM. Tasas cruda y estandarizada. Años 2002 a 2004

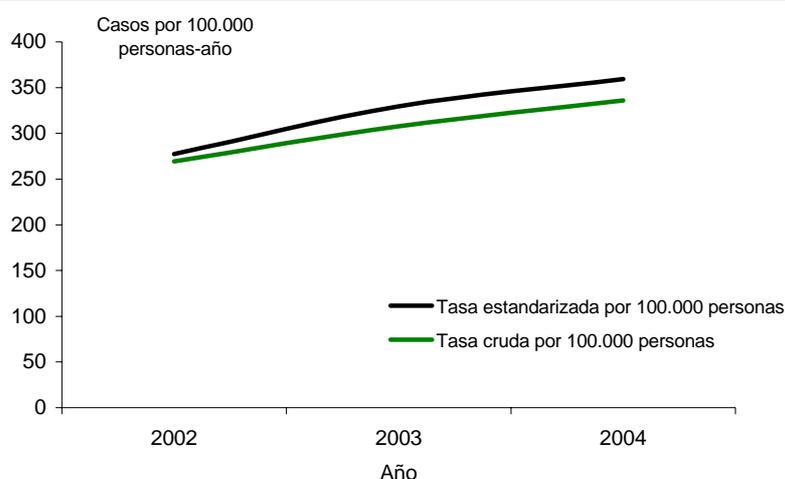
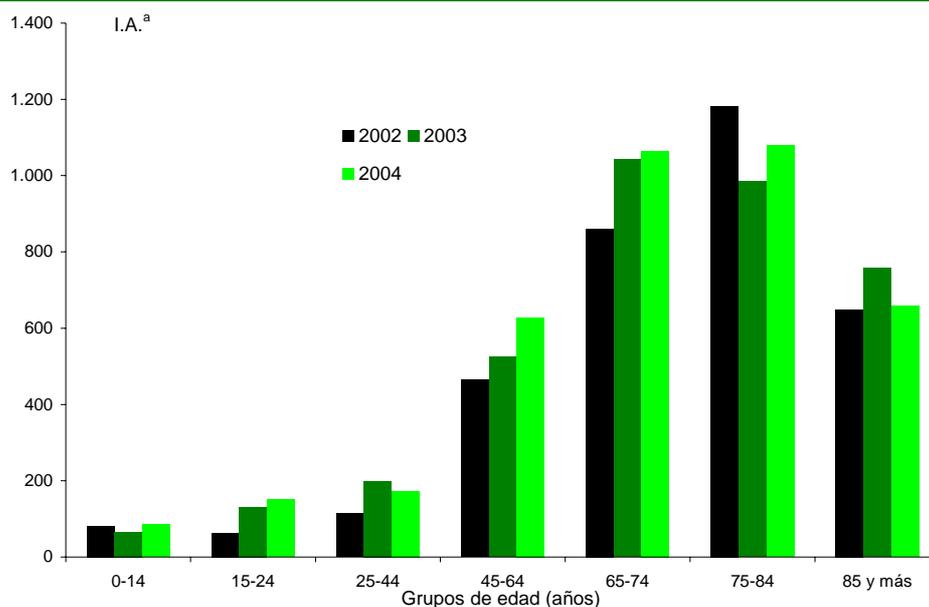
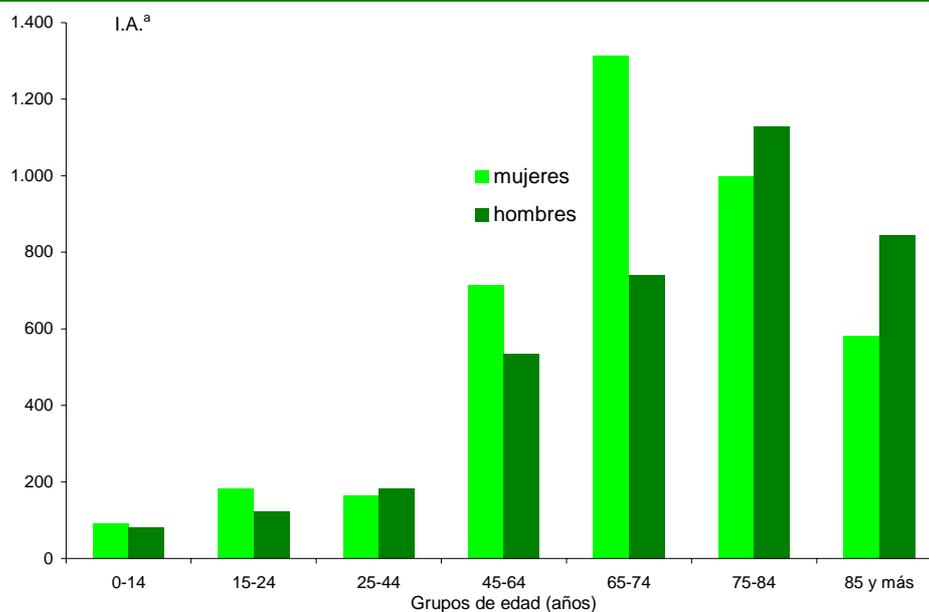
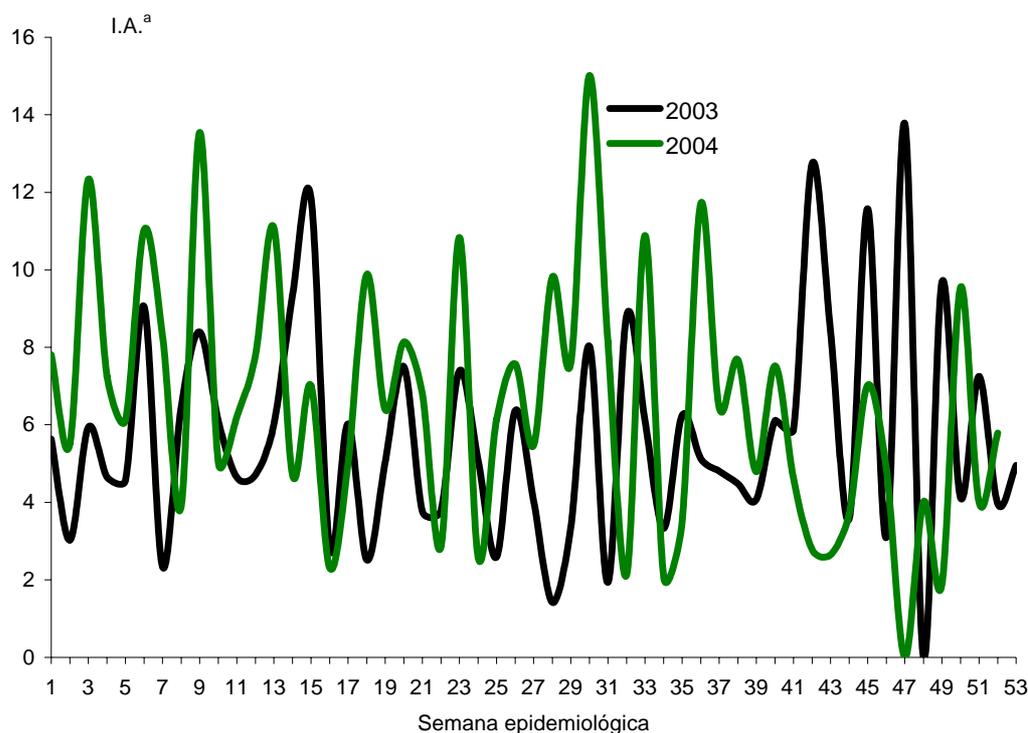


GRÁFICO 8. Incidencia anual de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2002 a 2004.

De estos casos, 95 (40,1 %) se dieron en hombres, con unas tasas de incidencia cruda y estandarizada de 276,8 (IC 95 %: 215,5 – 326,2) y 313,9 (IC 95 %: 279,2 – 348,6) casos por 100.000 personas, respectivamente. Los otros 142 casos fueron en mujeres (59,9 %), con una tasa de incidencia cruda de 385,4 (IC 95 %: 316,8 – 443,1) y una tasa estandarizada de 398,4 (IC 95 %: 359,3 – 437,5) casos por 100.000 habitantes (Tabla 4).

GRÁFICO 9. Incidencia anual de herpes zoster por género y grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2004.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 10. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2003 y 2004.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

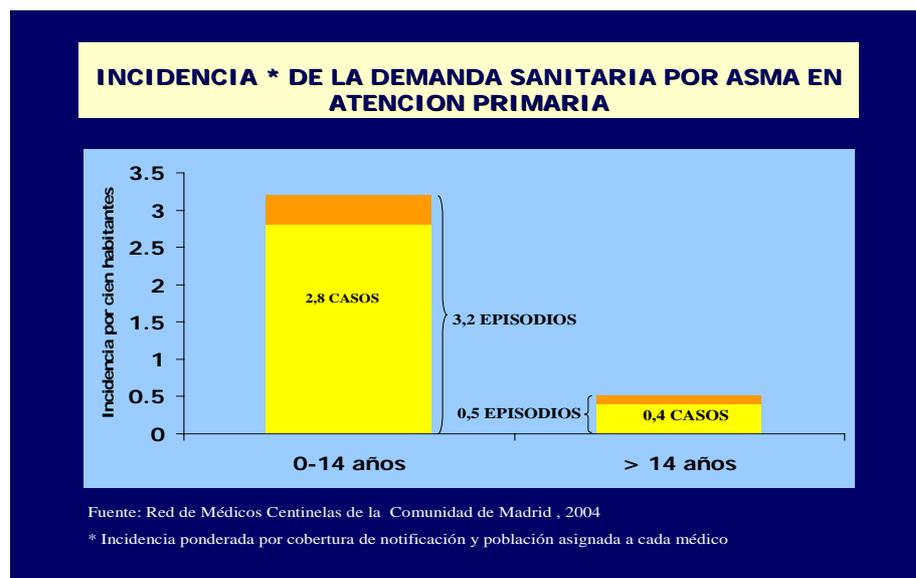
Como en años anteriores, la incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad (Gráfico 8). En las mujeres se hallaron incidencias más elevadas que en los hombres en los grupos de edad de 45 a 64 y de 65 a 74 años, mientras que en los hombres fueron más altas en los grupos de edades (Gráfico 9).

En el Gráfico 10 se representa la incidencia acumulada semanal de casos de herpes zoster en los años 2003 y 2004, con un patrón oscilante entre 2 y 12 casos por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Durante el año 2004 se registraron un total 1021 crisis de asma. La tasa de incidencia de episodios o crisis de asma, ponderada por cobertura de notificación y población asignada a cada médico, fue de 3,2 por cada 100 habitantes en los menores de 15 años, y de 0,5% en los mayores de 14 años (gráfico 11). La tasa de incidencia de casos o personas con alguna crisis de asma (una o más), fue del 2,8% en menores de 15 años y del 0,4% en población adulta. Del total de crisis un 87,5% fueron el único episodio ocurrido, mientras que el 12,5% fueron crisis repetidas.

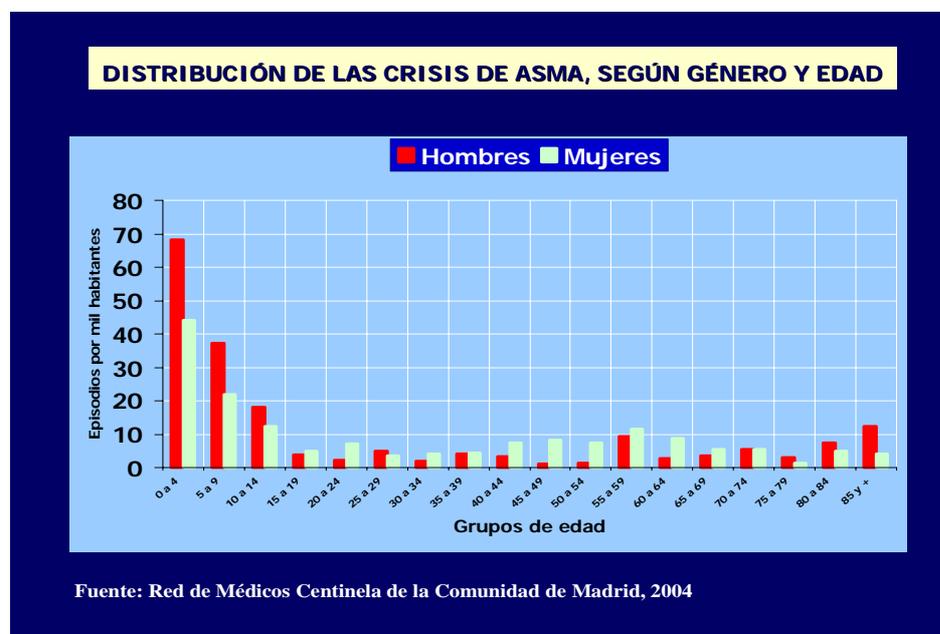
Gráfico 11



DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO Y EDAD

En el gráfico 12 podemos observar la distribución según género y edad. La mayor frecuencia se concentra en hombres y mujeres en la edad infantil, especialmente en los menores de 5 años. En la infancia y adolescencia la incidencia es más frecuente en los chicos que en las chicas, mientras que en la edad adulta esta relación se invierte a favor de las mujeres.

Gráfico 12



TENDENCIA

El análisis del patrón temporal de la incidencia de episodios por médico declarante en estos 12 años de estudio, describe una forma cuadrática, con un cambio de tendencia consistente (gráficos 13 y 14). En una primera fase se aprecia un incremento desde 1993 hasta el año 2000 y 2001 donde se alcanza una estabilización, para descender posteriormente hasta la actualidad.

Gráfico 13

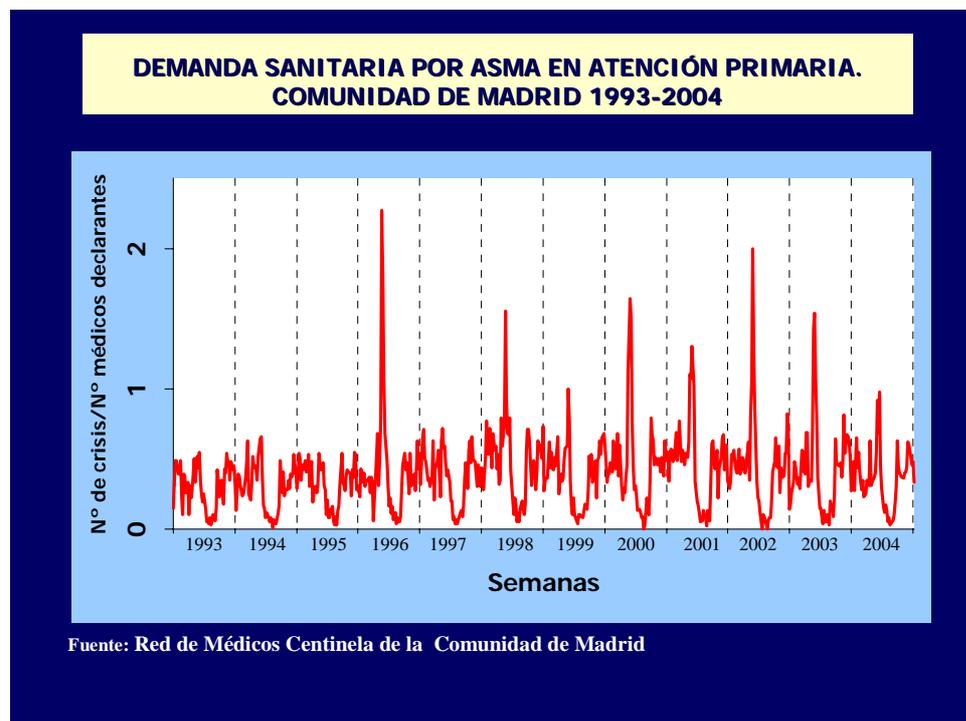
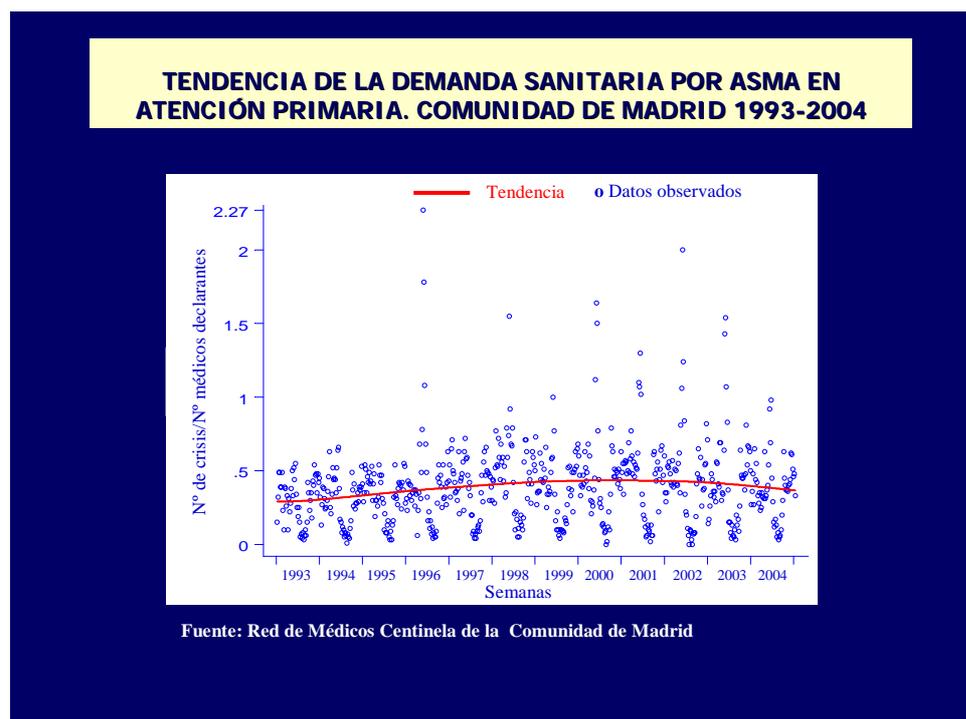


Gráfico 14



ESTACIONALIDAD

En el gráfico 15, con la acumulación de casos por semana epidemiológica, se puede apreciar claramente la distribución estacional. Nuevamente, el pico de mayor magnitud se produce durante el mes de mayo, continuando con un gran valle durante los meses de verano, y un nuevo incremento en septiembre y en los meses de invierno. Este patrón se repite de forma similar todos los años (gráfico 13).

El pico de mayo está directamente relacionado con la eclosión ambiental de polen de gramíneas (y probablemente también con el polen de plantago, especialmente en las fases iniciales del incremento). En el 2004, tal y como podemos observar en el gráfico 16, se volvió a producir en esta época del año una eclosión de polen de gramíneas aunque de menor magnitud que en años previos. Esta eclosión coincide temporalmente con el momento de mayor demanda de asistencia sanitaria por esta enfermedad, aunque de acuerdo a la menor exposición ocurrida este año, el efecto observado también fue más limitado. El incremento que se observa en septiembre, se asocia a precipitantes relacionados sobre todo con infecciones respiratorias, actuando también los cambios bruscos de temperatura y el comienzo de la actividad escolar. Finalmente, los picos de invierno son asociados principalmente con las infecciones respiratorias agudas.

Gráfico 15

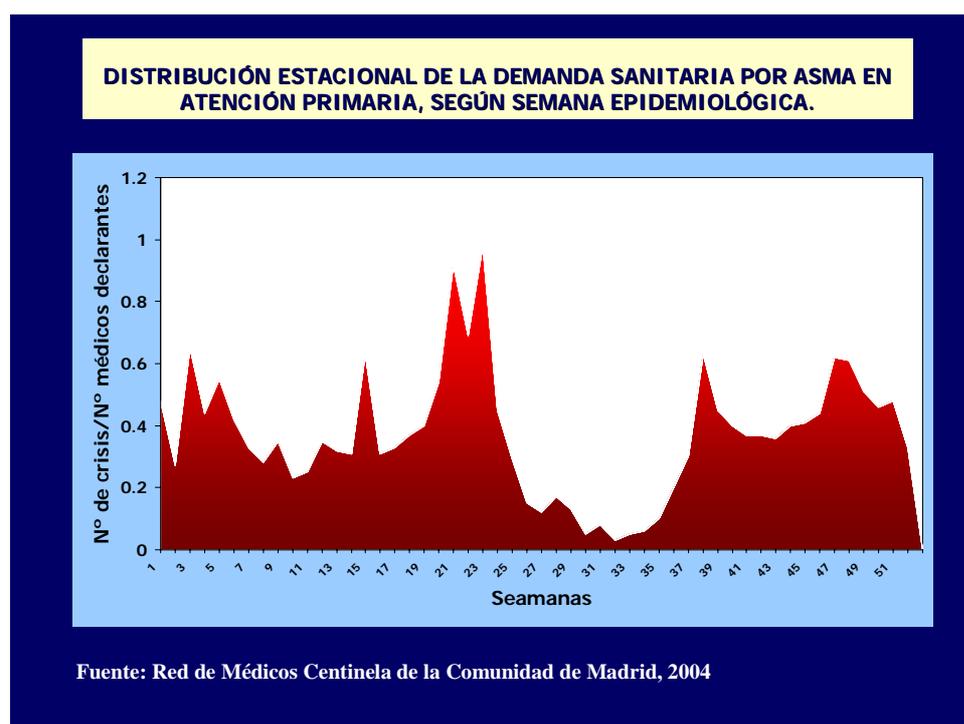
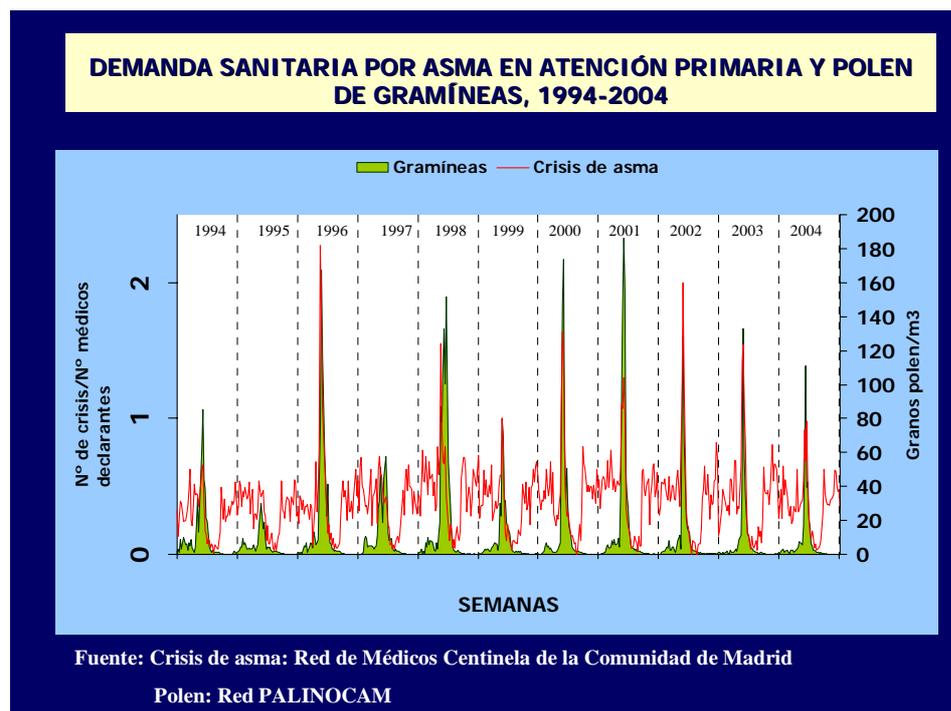


Gráfico 16

**SOLICITUD DE DEMANDA URGENTE**

Globalmente, en el 36,8% de las crisis de asma se solicitó algún tipo de demanda de atención urgente, y en un 9,9% de los episodios se acudió a urgencias hospitalarias.

HISTORIA ANTERIOR DE ASMA

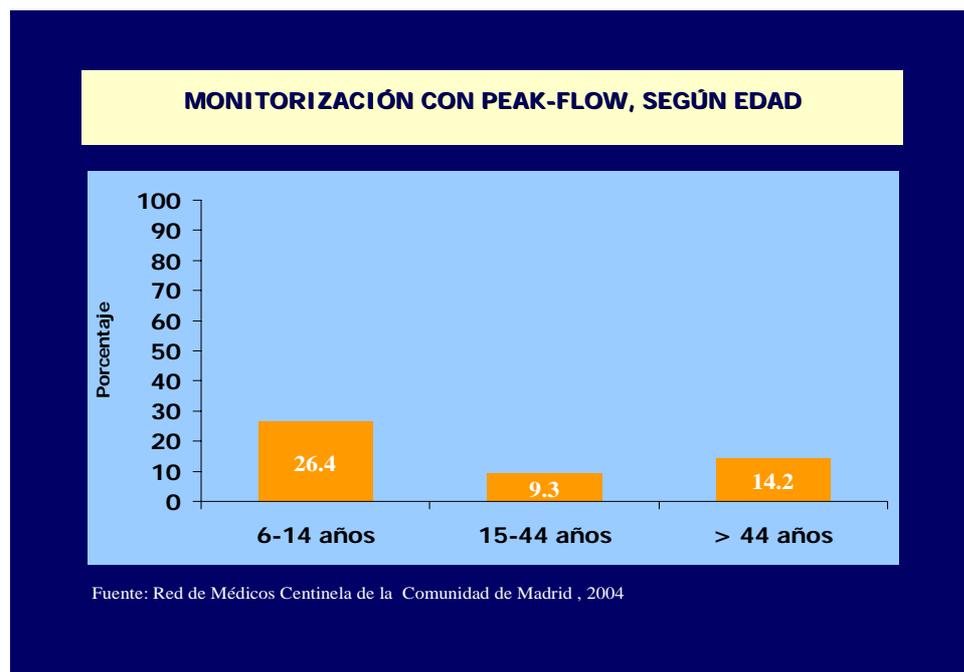
En el 78,7% y 80,9% de los casos en los menores de 15 años y en los mayores de 14 años, existe historia previa de asma. En el resto, es la primera crisis.

La mediana del número de crisis asmáticas ocurridas durante el último año fue de 2. Un 8,7% no tuvieron ninguna crisis, y un 28% desarrolló una, mientras que el 7,4% tuvieron 5 o más crisis a lo largo del año. El 11,9% de los individuos con historia anterior de asma fueron hospitalizados durante el último año.

MONITORIZACIÓN CON PEAK-FLOW

El 26,4% de los niños de 6 a 14 años con patología previa de asma están monitorizados con peak-flow. Este porcentaje fue del 9,3% en el grupo de 15 a 44 años y del 14,2% en los mayores de 44 (gráfico 17).

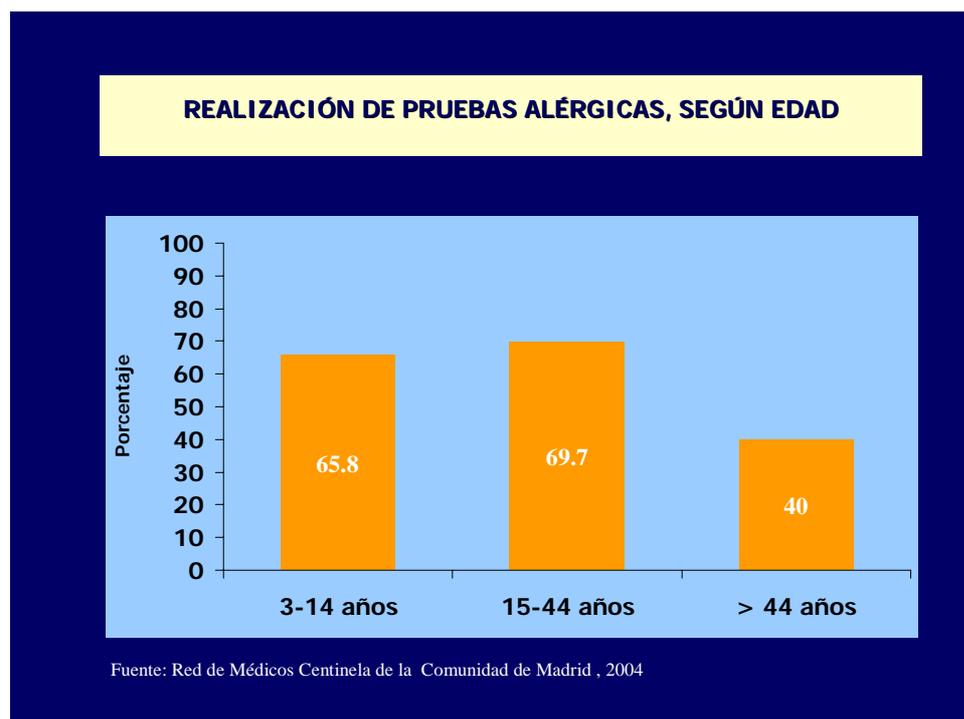
Gráfico 17



REALIZACIÓN DE PRUEBAS ALÉRGICAS

Finalmente, el 62,4% del total de personas mayores de 2 años con historia previa de asma, tienen realizadas pruebas alérgicas, principalmente las personas entre 15 y 44 años (gráfico 18).

Gráfico 18



TEMPORADA DE GRIPE 2004/2005

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:

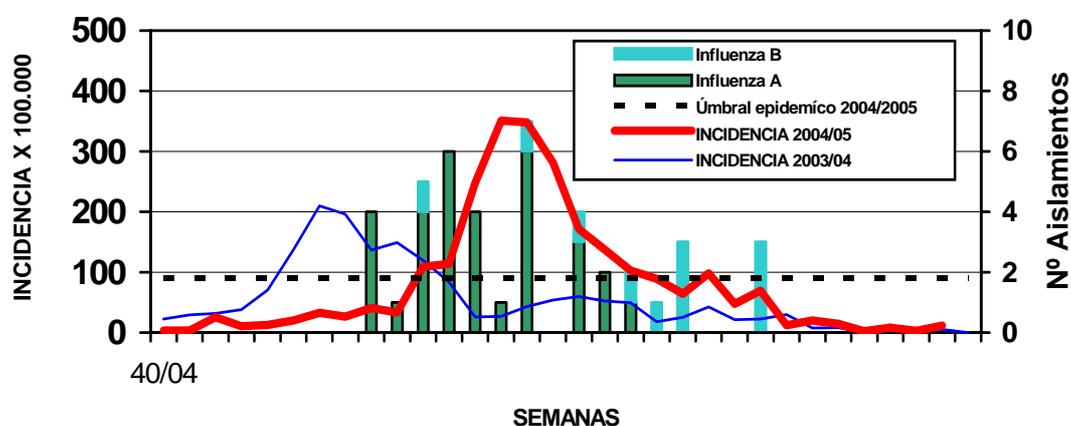
- Estimar la incidencia semanal de gripe, detectar precozmente la epidemia y describir las características de los casos: edad, sexo, estado vacunal y otras variables de interés.
- Caracterizar los virus circulantes. El laboratorio de virología responsable de los aislamientos es el del Centro Nacional 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.

1.- MAGNITUD DE LA EPIDEMIA

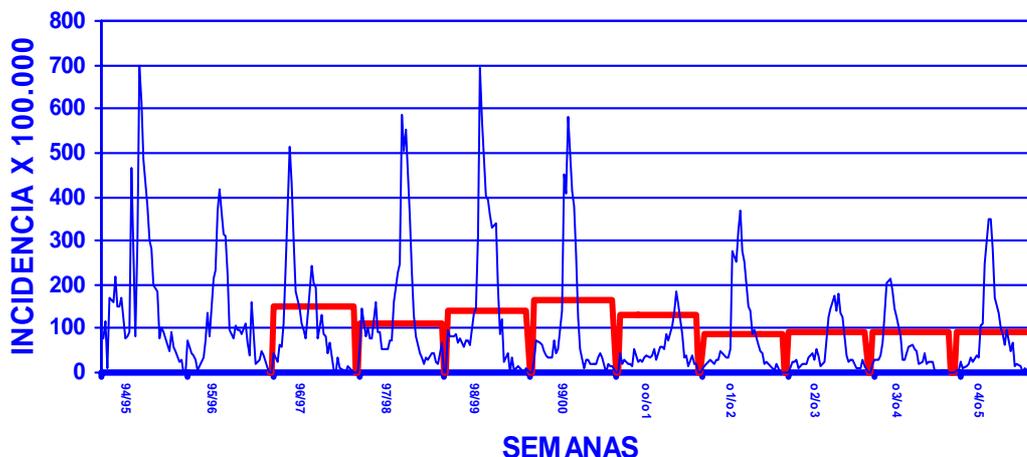
Con los datos procedentes de la RMC se detectó actividad epidémica en la temporada durante 10 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima del umbral epidémico, semanas de la 50 de 2004 a la 6 de 2005 y la 9 de 2005. Los máximos epidémico en la temporada correspondieron a la semana 1, con 351,1 casos por 100.000 habitantes y a la semana 2, con 348,2 casos por 100.000 habitantes (gráfico 19). Al comparar esta temporada con temporadas anteriores los niveles han sido medios, superiores a los detectados en las 2 últimas temporadas (gráfico 20).

Gráfico 19.- Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la Red de Médicos Centinela y aislamientos virales. Comunidad de Madrid. Temporada 2004/05.



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

Gráfico 20.- 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

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 5).

Las manifestaciones clínicas presentadas por los casos declarados han sido: aparición súbita en el 81,5%, tos en 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 5.- 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 6).

Tabla 6.- 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 (47,0%)	43 (5,2%)
Vacunación NO	108 (94,7%)	110 (99,0%)	375 (97,6%)	173 (98,3%)	27 (52,9%)	783 (94,8%)
Total	114 (100%)	111 (100%)	384 (100%)	176 (100%)	51 (100%)	826 (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%)	110 (99,0%)	406 (97,1%)	215 (93,5%)	46 (54,4%)	889 (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 un presentación con mayor trascendencia clínica, es decir, 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 7).

Tabla 7.- 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					TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	
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%)

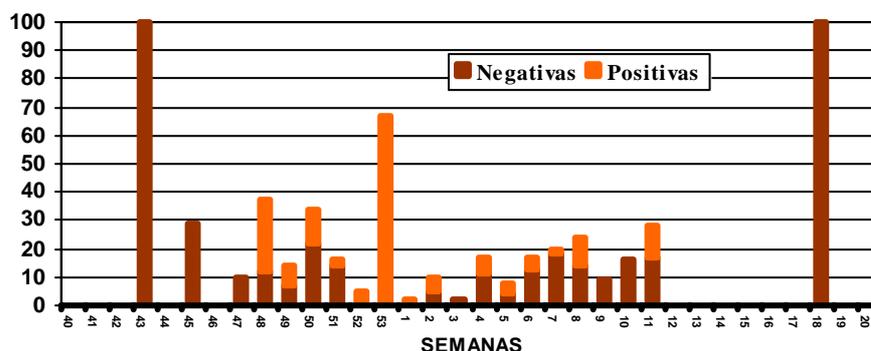
- Un caso >64 que requirió derivación a Atención Especializada/Hospital presentó neumonía, en la tabla se ha clasificado únicamente en esta categoría.
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Y padrón continuo 2004.

3.- 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 (gráfico 21).

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 (gráfico 21).

Gráfico 21.-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 (gráfico 19). 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.

ANEXO I: NOTIFICADORES DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELA. AÑO 2004

M^a Candela Agis Brusco, Tomás Alonso del Olmo, Luis Alfonso Alonso García, M^a Concepción Amieva Martín, Gerardo Antón Martín, Carlos Ignacio Aparicio Hernando, Celina Arana Cañedo-Argüelles, Ramón Ayuso Castillo, Mercedes Barredo del Olmo, Nora Bejarano Estébanez, Rosa Bernal Gómez, Dionisio Cabezón Sáez, Miguel Ángel Calderín Marrero, Rafael Casquero Ruiz, M^a Ángeles Cava Rosado, Gabriel del Pozo Sosa, Ángel Luis Díaz Sanz, M^a Jesús Esparza Olcina, Teresa Fernández Zoco, M^a Pilar Fiol Bayona, Mercedes Francisco Estaire, Juan García Pérez, M^a Luisa García Ruiz, Jesús Gil de Gracia, África Gómez Lucena, M^a Luisa Gómez Rábago, M^a Consuelo Gómez Tabera, Amelia González Gamarra, Pedro Antonio González Onandía, Mercedes Gutiérrez Peñalver, Ángel Hernández Merino, Benjamín Ibarrola Muñoz, Guillermo Imedio Duperier, Piedad Lantada Ruiz de Castañeda, Silvia López Chamón, Yolanda Felisa López Rubio, Ángela Lorenzo Lobato, Ramón Martín Saldaña, Jesús Martínez de Dios, M^a José Martínez Hernández, M^a Teresa Martínez Ruiz, Francisco Medina Viedma, Francisca Menchero Pinos, José Luis Mora Durán, Sonia Morales Vázquez, Antonio Moya Bernal, Armando Nevado Loro, M^a Luisa Olmeda Moreno, Inmaculada Olmedo Díaz, Carmen Ortiz Lozano, Carlos Antonio Ortuondo Peña, Rafael Peiro Aranda, Andrea Pozo Rodríguez, Carlos Quiroga Fernández, Pilar Rabasa Canto, Ana Ramírez Crespo, Carlos Ribot Catala, M^a Concepción Rodríguez Martín, Begoña Rodríguez-Moldes Vázquez, M^a Luz Ruiz Arbaizar, Alicia Sánchez Fernández, Carmen Concepción Sánchez Hernández, Manuel Sánchez López, Julio Sánchez Salvador, M^a Jesús Santero Díaz, Edmundo Vidal Santiváñez Ricse, M^a Isabel Santos Marote, Lourdes Seijas Martínez-Echevarría, Rosa Serrano Molina, Miguel Soler González, Trinidad Soriano Llorca, M^a Dolores Tolmo Santos, Isabel Torres Sánchez, M^a José Tuset Castellano, Manuela Uña Gutiérrez, Isabel Vaquero Turiño, Isabel Vázquez Burgos, Luis Alberto Vázquez López, Miguel Ángel Villanueva Cristóbal, Antonio Viñas Cebrián, Soledad Zabra Gamallo.

ANEXO II: DEFINICIONES DE CASO**VARICELA**

Enfermedad aguda generalizada de comienzo repentino con fiebre moderada y con exantema vesiculoso que evoluciona en brotes y cuyas lesiones evolucionan rápidamente de pápulas superficiales a vesículas y eventualmente a costras.

HERPES ZOSTER

Erupción vesicular generalmente unilateral con distribución dermatomérica.

GRIPE

Se considera caso de gripe a la persona que reúna una de las siguientes características clínico-epidemiológicas:

- a) Epidemia de gripe más cuatro de los criterios de b)
- b) Seis de los siguientes criterios:
 - 1.- Aparición súbita (menos de 12 horas)
 - 2.- Tos
 - 3.- Escalofríos
 - 4.- Fiebre
 - 5.- Debilidad y postración
 - 6.- Mialgias y dolores generalizados
 - 7.- Mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes
 - 8.- Contacto con enfermo de gripe

CRISIS ASMÁTICA

Episodios recurrentes de obstrucción bronquial con uno de los siguientes criterios:

- a) Pruebas de función pulmonar que muestran obstrucción variable aliviada con broncodilatadores.
- b) Dos de los tres síntomas siguientes: sibilancias, tos seca o espiración prolongada.

Se excluyen Bronquiolitis y Enfisemas.



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2005, semanas 31 a 34
(del 31 de julio al 27 de agosto 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.

HEPATITIS B

Durante las semanas 1 a 34 de 2005 se han notificado 91 casos de hepatitis B, lo que supone una incidencia acumulada de 1,57 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, y 8 casos menos que en el año anterior durante ese mismo período.

El área sanitaria con mayor incidencia ha sido la 11, con 3,12 casos por 100.000 habitantes, seguida de la 7 con 2,56 casos por 100.000 habitantes, y la 3 con 1,82 casos por 100.000 habitantes. En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. Las mayores incidencias se han observado en los distritos de Navalcarnero (área 8), Villaverde (área 11) y Centro (área 7) con 6,21, 5,10 y 4,93 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

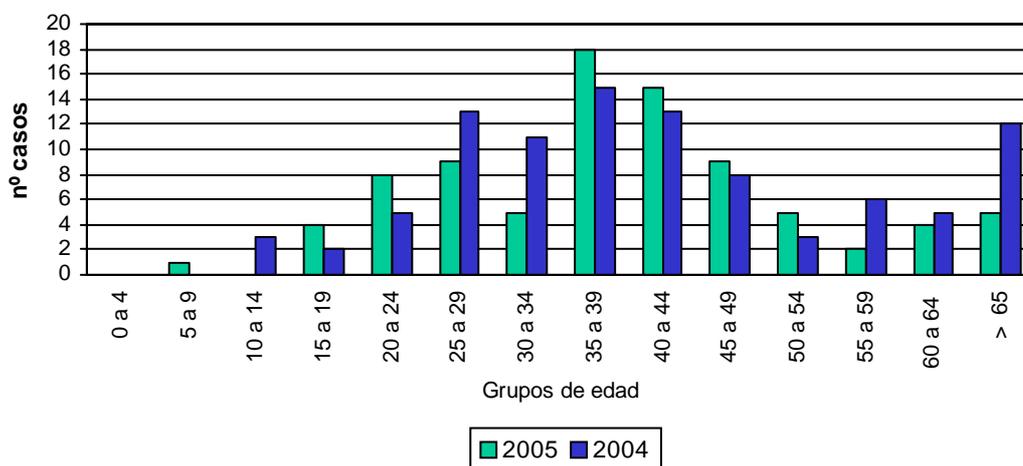
El 71,4% de los casos corresponde a hombres. La edad era desconocida en el 6,6% de casos, y el 78,8% eran mayores de 25 años. En gráfico nº 1 aparece la distribución de casos de hepatitis B por grupos quinquenales de edad, para el periodo analizado en los años 2005 y 2004.

El 82,4% de los casos se clasificó como casos confirmados. La prueba de detección de anticuerpos IgM anti-HBc fue positiva en el 50,6% de los casos, y el 72,5% tenía una prueba positiva de Ag HBs.

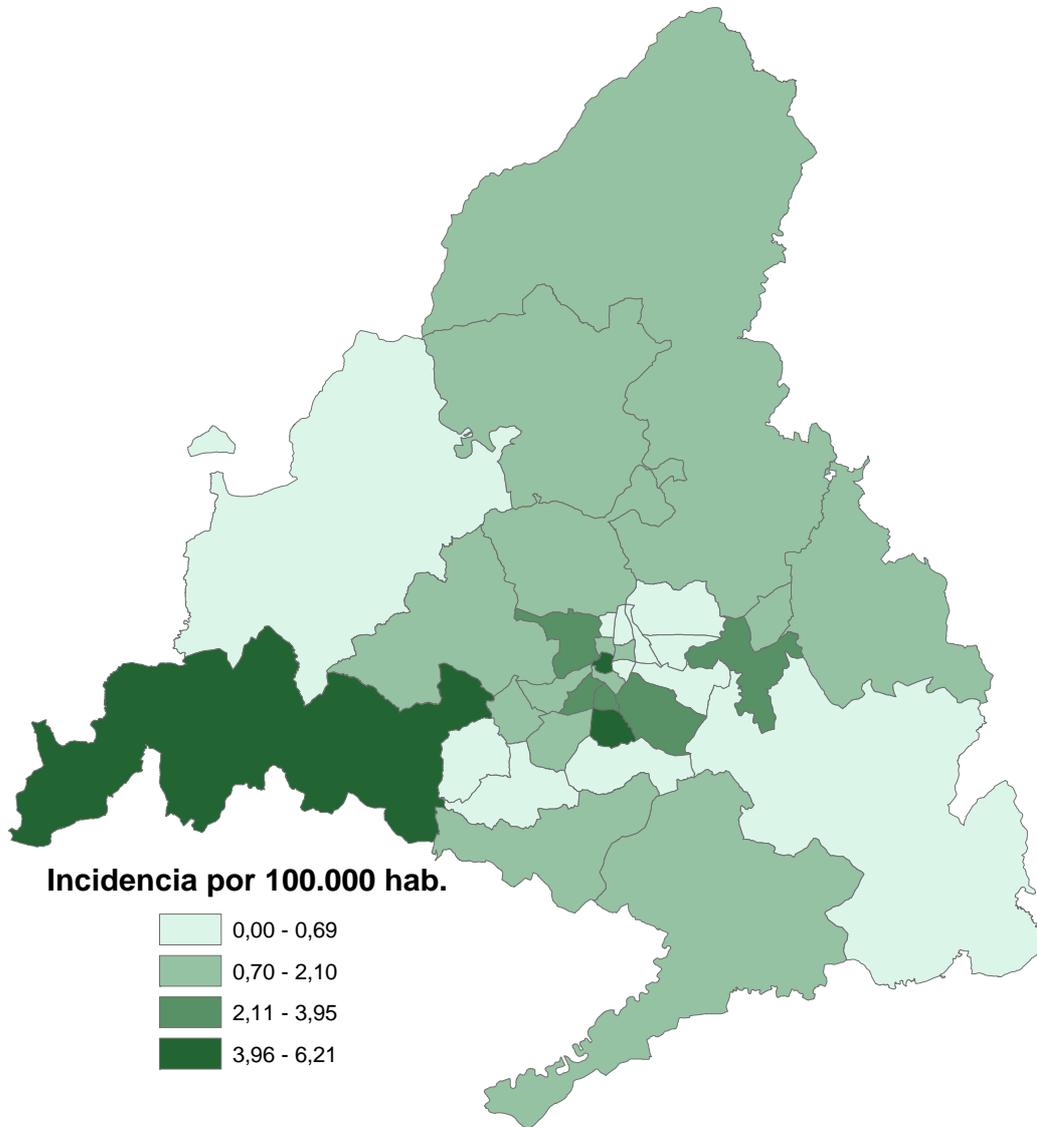
En 6 casos (6,6%) existía el antecedente de contacto sexual de riesgo. Tres casos residentes en la Comunidad de Madrid se relacionaron con un brote que ha afectado a 10 deportistas de orientación de diferentes comunidades autónomas.

El 3,2% de los casos estaba vacunado, el 47,3% no lo estaba y en el 49,5% restante se desconocían los antecedentes vacunales.

Gráfico 1.- HEPATITIS B. Casos notificados en las semanas 1 a 34. Distribución por grupos de edad. Años 2005 y 2004. Comunidad de Madrid.



**Mapa 1.- HEPATITIS B. Incidencia acumulada por distritos sanitarios.
Semana 1- 34. Año 2005. Comunidad de Madrid.**



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2005, semanas 31 a 34 (del 31 julio al 27 Agosto 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.																				
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	0	12	1	4	0	4	0	6	0	5	1	7	0	10	1	14	0	4	0	2	0	7	3	75
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	2	0	5	0	3	0	3	0	8	2	9	2	9	0	9	0	9	0	0	3	21	7	79
Meningitis víricas	1	5	1	3	0	16	1	3	0	12	0	9	1	5	1	17	4	32	0	5	1	31	10	138
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	0	2	2	20	1	3	0	17	1	10	0	2	1	25	0	15	3	7	1	2	1	9	10	114
Hepatitis B	0	9	1	6	1	6	0	0	4	10	1	8	4	14	0	7	0	2	0	3	3	23	14	88
Hepatitis víricas, otras	0	5	1	2	2	10	0	6	1	5	0	13	0	10	0	3	1	7	0	3	5	25	10	90
Enf transmisión alimentos																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
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	2	6	0	0	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	13
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	4	0	6
Triquinosis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Enf transmisión respiratoria																								
Gripe	2	8464	19	11924	2	6568	5	8440	48	21047	14	12816	71	17992	20	18213	3	7560		5107	9	17241	193	135390
Legionelosis	1	3		1		1		4		2		10		2		5	2	4	1	4	1	5	6	41
Varicela	62	1526	40	1675	29	799	38	993	51	1746	70	1680	23	1086	21	1808	27	732	17	1661	47	2735	425	16441
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	0	1	0	3	0	3	1	7	3	4	0	6	0	7	0	1	1	5	2	7	2	7	9	51
Sífilis	0	5	1	9	0	4	0	7	1	12	1	9	0	19	0	4	0	11	1	2	5	31	10	113
Antropozoonosis																								
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	1	7
Leishmaniasis	0	2	0	0	0	2	0	2	0	2	1	1	0	0	1	3	0	1	0	1	0	2	2	16
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	16	0	13	3	56	0	20	2	33	2	20	0	11	0	3	0	7	1	10	1	27	10	217
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	0	13	0	32	0	84	0	29	0	126	0	57	0	17	0	10	0	9	0	78	0	469
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
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	2	2	14	0	10	0	1	2	2	0	6	0	2	0	5	0	3	0	0	2	15	6	60
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	0	1	1	10	0	1	0	1	0	3	1	5	1	14	3	16	2	6	1	9	9	66
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 notifiad sist especiales																								
E.E.T.H.	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	9
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
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	80,81 %		80,60%		82,14 %		87,14 %		75,58 %		64,36%		43,23 %		63,54 %		55,61%		78,32 %		48,96 %		68,06 %	

* 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 31 a 34 (del 31 de julio al 27 de agosto 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 31-34

Area	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
5	San Agustín de Guadalix	Asador	5	2	Pollo asado	<i>S. enteritidis</i>
8	Móstoles	Familiar	3	3	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	3	3	Albóndigas	<i>S. enteritidis</i>
11	Madrid (Arganzuela)	Mixto	3	2	Pollo asado	<i>Desconocido</i>

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

Brotes de origen no alimentario. Año 2005. Semanas 31-34

Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
--	--	--	--	--	--	--

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

En las semanas epidemiológicas 31-34 han ocurrido **4 brotes de origen alimentario**. Dos de ellos ocurrieron tras la elaboración y consumo de alimentos (tortilla y albóndigas) en domicilios particulares, y estuvieron relacionados con la elaboración del alimento varias horas antes de su consumo y la conservación o transporte sin refrigeración. Los otros dos brotes estuvieron relacionados con el consumo de pollo asado, uno en un establecimiento de restauración colectiva especializado y otro en un centro de trabajo. En este último brote, el alimento había sido adquirido ya cocinado en una tienda que elabora alimentos precocinados.

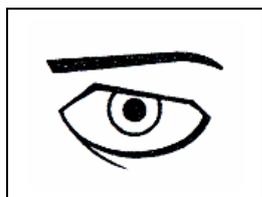
**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2005. Semanas 31-34 y datos acumulados hasta la semana 34**

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 31-34	Acum.	Sem 31-34	Acum.
<i>Lugar de consumo</i>				
Bares, restaurantes y similares	1	32	2	265
Domicilio	2	26	6	131
Centros escolares	0	6	0	237
Comedores de empresa	0	1	0	58
Residencias PPM	0	3	0	157
Otras residencias	0	2	0	52
Otros	1	7	2	140
Desconocido	0	1	0	5
Total	4	78	10	1045
Brotes de origen no alimentario	Sem 31-34	Acum.	Sem 31-34	Acum.
Gastroenteritis aguda	0	16	0	943
Tos ferina	0	3	0	11
Escabiosis	0	4	0	15
Escarlatina	0	3	0	27
Molusco contagioso	0	1	0	7
Eritema infeccioso	0	3	0	29
Hepatitis A	0	4	0	13
Fiebre de Pontiac	0	1	0	9
Psitacosis	0	1	0	3
Meningitis vírica	0	1	0	2
Total	0	37	0	1059
TOTAL BROTES NOTIFICADOS	4	115	10	2104

A finales de julio de 2005, el Centro Nacional de Epidemiología informó a todas las Comunidades Autónomas y al resto de la Unión Europea de la detección de varios brotes familiares de toxiiñfección alimentaria, con clínica sugerente de salmonelosis, posiblemente relacionados con el consumo de pollo asado precocinado envasado al vacío por el grupo SADA, S.A. En fechas posteriores fueron detectados nuevos casos o agregaciones familiares de casos, hasta alcanzar una cifra oficial (a 19 de agosto) de 2759 casos, distribuidos por todo el territorio español excepto Canarias y Melilla. También otros países de la Unión Europea notificaron la detección de casos de salmonelosis potencialmente asociados a la epidemia en España. Los casos iniciaron los síntomas entre el 13 de julio y el 6 de agosto, y la mayoría de ellos habían consumido los pollos entre el 15 y el 29 de julio. El agente causal identificado, tanto en muestras de heces de enfermos como en muestras de pollos requisados en los puntos de venta, ha sido *Salmonella enterica*, subespecie *enterica*, serotipo Hadar fagotipo 2. Las autoridades sanitarias competentes realizaron inspección de la empresa productora, procedieron a la retirada del mercado del alimento implicado y realizaron una campaña de sensibilización a nivel nacional para evitar el consumo de los pollos implicados que hubieran sido ya comprados por la población. En la Comunidad de Madrid, se han recibido 265 notificaciones de casos (20 casos aislados y el resto en agregaciones de 2 o más casos), aunque 10 de ellos residen en otras Comunidades Autónomas. Los casos que habían consumido pollos adquiridos en centros comerciales de la Comunidad de Madrid fueron 125, de los cuales 11 necesitaron ingreso hospitalario.

Ninguno de los **brotos de origen no alimentario** notificados hasta ahora ha ocurrido entre las semanas 31 y 34.

Desde el inicio del año 2005 hasta la semana 34 se han notificado 115 brotes en la Comunidad de Madrid. Los casos conocidos han sido 2104, y 75 los enfermos hospitalizados. Los *brotos de origen alimentario* suponen el 67,8% de todos los brotes. Los restaurantes y establecimientos similares y los domicilios particulares han sido los lugares de consumo más frecuentes con diferencia (41% y 33,3%, respectivamente), y los establecimientos de restauración y los centros escolares los que han tenido mayor número de casos (25,4% y 22,7%, respectivamente). El mayor porcentaje de enfermos hospitalizados entre los brotes notificados ha correspondido a los brotes familiares (46,8%), probablemente relacionado en gran parte con una infradeclaración de los brotes más leves. Se han notificado *37 brotes de origen no alimentario*. Los más frecuentes han sido los de gastroenteritis aguda. La etiología vírica es la más frecuente en estos brotes, cuatro de ellos con confirmación microbiológica y otros 9 con sospecha clínica y/o epidemiológica. En este periodo se han notificado tres brotes por rotavirus en centros sanitarios de la Comunidad de Madrid, con un total de 58 casos conocidos. El rotavirus es una causa importante de diarrea nosocomial en recién nacidos y lactantes; el modo de transmisión es probablemente por vía fecal-oral, y las medidas de control en caso de brotes incluyen el reforzamiento de las precauciones de tipo entérico, la eliminación sanitaria de los pañales, la búsqueda de la fuente de infección, y la prevención del contacto de lactantes y niños de corta edad con los casos ya existentes.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2005, semanas 31 a 34
(Del 31 de julio al 27 de agosto 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>

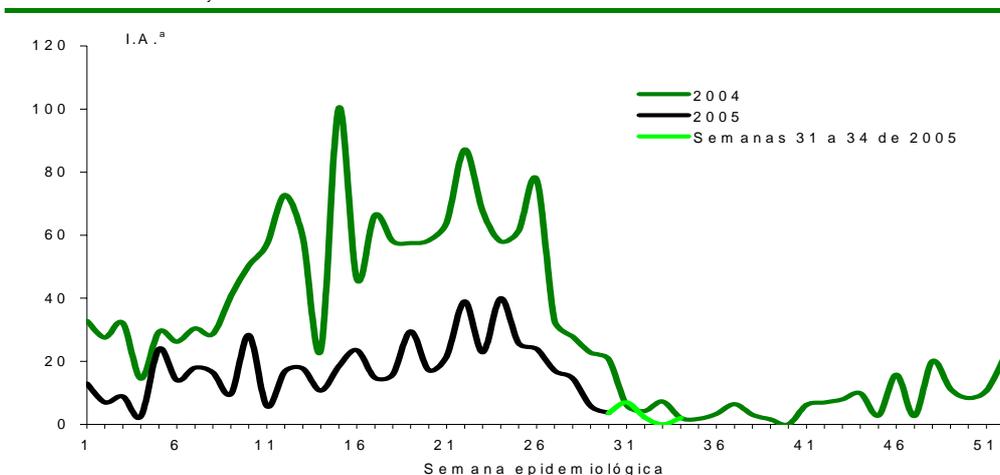
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 46,3 %, aunque debe tenerse en cuenta de que se trata del mes de agosto, en el que muchos notificadores están de vacaciones. La cobertura a lo largo del año 2005 es del 72,2 %.

VARICELA

Durante las semanas 31 a 34 del año 2005 han sido declarados 6 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 12,9 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 2,6 – 23,2). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2004 y 2005.

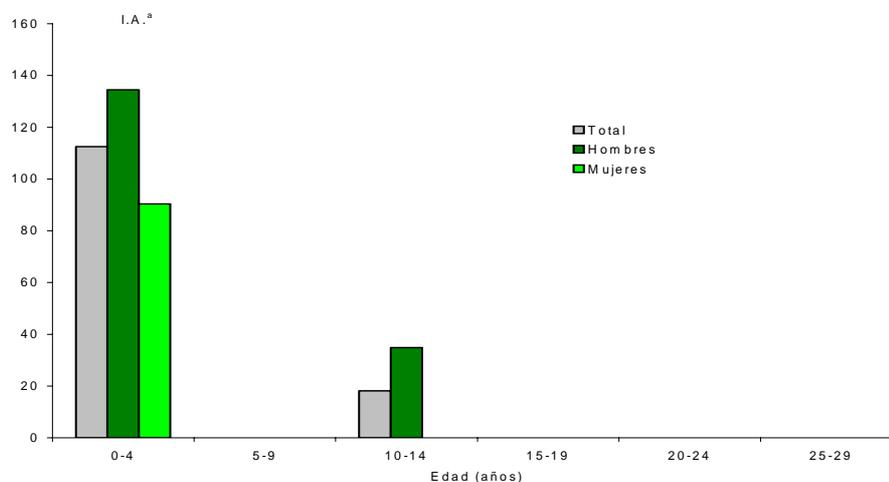
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

De los 6 casos, 4 fueron en niños, y 2 en niñas. Los edades de los niños eran 3 meses, 10 meses, 1 año y 13 años, y las de las niñas, 3 meses y 2 años. 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 31 a 34 de 2005.



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En 3 casos se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, 1 caso adquirió la enfermedad en el seno de un brote, y en 2 casos se desconocía la fuente; en 1 caso el lugar de exposición declarado fue el colegio, en 2 casos fue el hogar, y en 3 casos 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 31 a 34 del año 2005.

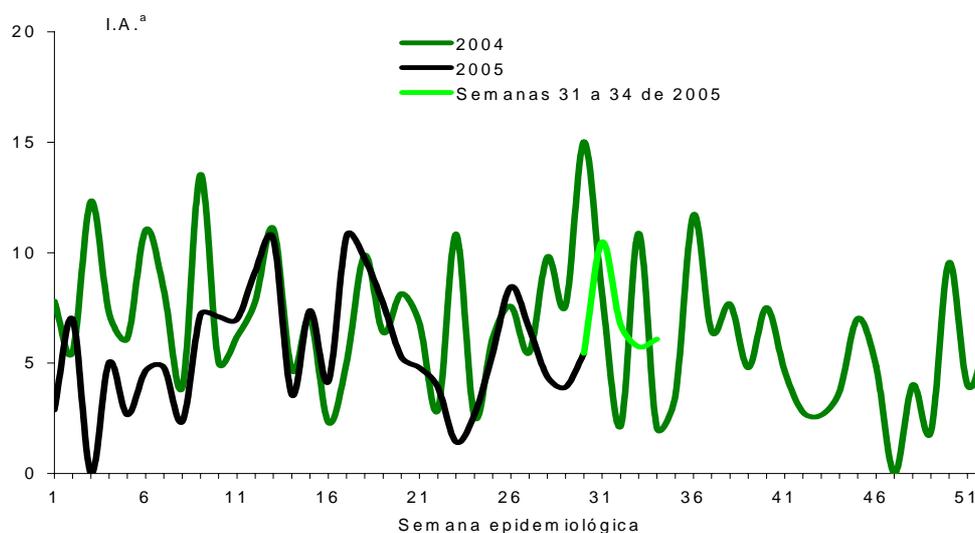
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	3	(50,0)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	1	(16,7)
Desconocido	2	(33,3)
Total	6	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	0	(0,0)
Colegio	1	(16,7)
Hogar	2	(33,3)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	3	(50,0)
Total	6	(100)

En el período estudiado no se recogieron complicaciones.

HERPES ZÓSTER

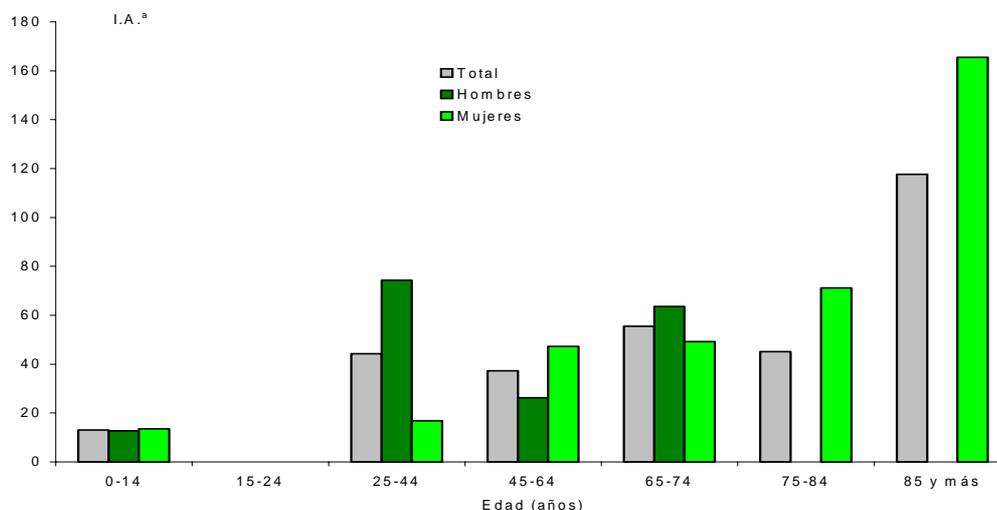
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 14 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 31 a 34, lo que representa una incidencia acumulada de 30,1 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 14,3 – 45,9). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2004 y 2005. Los 14 se repartieron a partes iguales entre hombres y mujeres. La edad mediana fue de 43 años, y la mitad de los casos se notificaron en personas menores de 40 años, entre ellas una niña de 3 años y un niño de 9. La incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad. (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 31 a 34 de 2005.

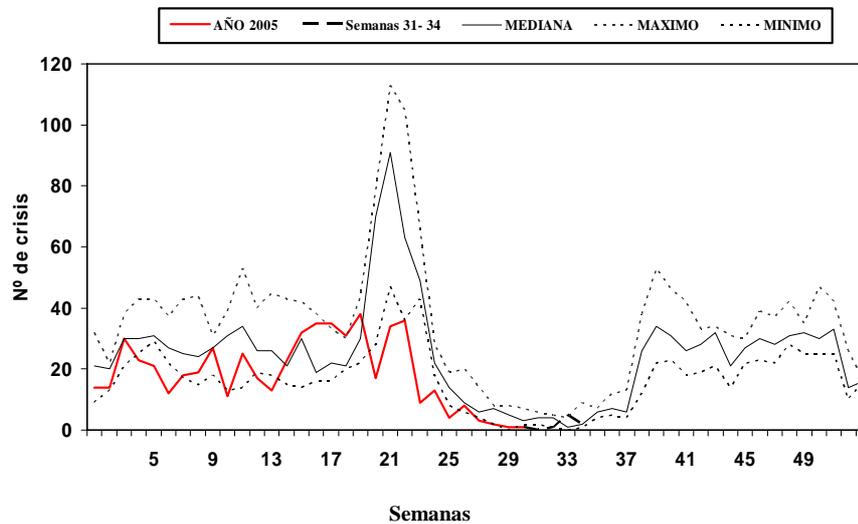


^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Crisis asmáticas. Año 2005

Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2004.

	Semanas 31 a 34	Año 2005
Gripe ^a	-	990
Varicela	6	407
Herpes zoster	14	143
Crisis asmáticas	8	571

^a 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."