

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6.

INFORMES:

- **Consumo de alcohol y efectos sobre la población adulta y joven de la Comunidad de Madrid.**
- **Temporada de Gripe 2002 a 2003 en la Comunidad de Madrid.**



Instituto de Salud Pública



Madrid

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6

Índice

INFORMES:



- Consumo de alcohol y efectos sobre la salud en la población adulta y joven de la Comunidad de Madrid 3



- Temporada de Gripe 2002 a 2003 en la Comunidad de Madrid. 54



- EDO. Semanas 23 a 26
(del 1 al 28 de Junio de 2003) 62



- Brotes Epidémicos. Semanas 23 a 26, de 2003 65



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.



CONSUMO DE ALCOHOL Y EFECTOS SOBRE LA SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA Y JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

RESUMEN

Antecedentes: Aunque el consumo de alcohol en España ha descendido desde mediados de la década de los setenta, nuestro país continúa siendo uno de los principales consumidores del mundo. El consumo excesivo de alcohol está asociado a una gran variedad de problemas sanitarios, sociales y económicos, y es después del consumo de tabaco, el sedentarismo y la realización de una dieta desequilibrada, el factor de riesgo que mayor mortalidad atribuible ocasiona.

Metodología: La fuente de datos utilizada para estimar el patrón de consumo ha sido el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) dirigido a población adulta (SIVFRENT-A) y juvenil (SIVFRENT-J).

Para estimar los efectos, se ha realizado por un lado una asociación de diversos indicadores de alcohol en población adulta con la percepción del estado de salud a través de modelos de regresión logística multivariante, controlando los principales factores de confusión. Por otro, se ha estimado la mortalidad atribuible a partir de la aplicación de las fracciones atribuibles sobre 26 causas de muerte relacionadas con el alcohol.

Resultados: Durante el 2001, algo más de la mitad de la **población adulta** de la Comunidad de Madrid declararon consumir alguna bebida alcohólica a la semana. Cuantificando el consumo, el 42,7% no tomaron ninguna bebida alcohólica durante la última semana, el 53% bebieron moderadamente, y el 4,3% realizaron un consumo de riesgo (≥ 50 cc de alcohol diario en hombres y ≥ 30 en mujeres). Aunque el consumo se reparte de forma bastante proporcional en días laborables y fin de semana, un 8,9% del total de entrevistados ha realizado consumos excesivos en una misma ocasión. Estos indicadores son entre 2 y 3 veces más frecuentes en hombres que en mujeres. La distribución según la edad depende del tipo de consumo: el consumo habitual o el de riesgo, es más frecuente en edades medias mientras que el excesivo en una misma ocasión se concentra en la población más joven. Por otro lado, los hombres con nivel de estudios más bajos, presentan mayor riesgo de ser bebedores de riesgo y consumir excesivamente en una misma ocasión, mientras que en las mujeres la relación es inversa. La evolución de los indicadores de consumo que suponen un riesgo para la salud describen una tendencia ligeramente descendente en los hombres estando más estabilizados en las mujeres.

En la **población juvenil**, durante el 2002, algo más de la mitad consumieron algún tipo de bebida alcohólica en los últimos 30 días. Cuantificando la cantidad de alcohol, un 10,2% son bebedores de riesgo, y la proporción de jóvenes con consumos agudos es muy elevada: casi uno de cada dos ha realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días y un 24,8% se ha emborrachado en este período de tiempo. A diferencia del patrón observado en la población adulta, los indicadores son muy parecidos en hombres y mujeres y el consumo se concentra mayoritariamente durante el fin de semana. Las tendencias describen

también una evolución positiva en los últimos años, donde la mayor parte de los indicadores descienden moderadamente.

Los hombres que consumen alcohol de forma excesiva en una misma ocasión, los que han bebido alcohol con regularidad y ahora no beben, así como los que tienen el test de CAGE positivo, refieren peor estado de salud. En las mujeres no se observa relación. Respecto a la mortalidad, durante el año 2000, 1128 fallecimientos fueron atribuidos al consumo de alcohol, lo que representa un 3% de toda la mortalidad de nuestra región, el 4,3% de la mortalidad masculina y el 1,6% de la femenina. El grupo de causas que mayor porcentaje de muertes origina son las neoplasias, seguidas de la cirrosis hepática y los accidentes por vehículos a motor.

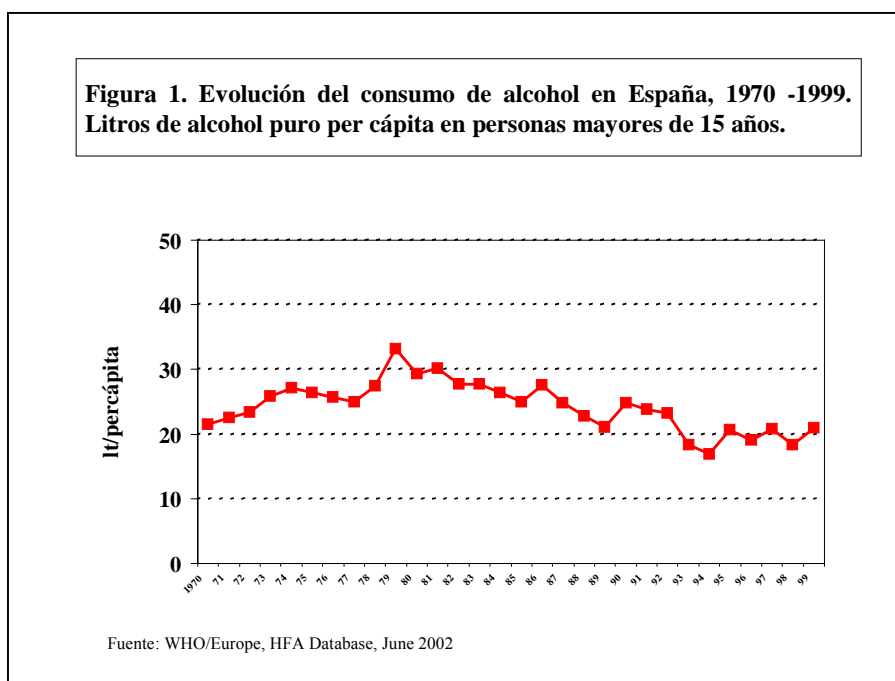
Conclusiones: La frecuencia de los indicadores de consumo de alcohol en nuestra región es elevada, tanto en población adulta como juvenil. Se observa un patrón diferenciado en ambas poblaciones: en los adultos se consume alcohol de forma más regular, y es mucho más elevado en hombres que en mujeres. En los más jóvenes no se observan diferencias de género y priman los consumos agudos centrados en fin de semana. La tendencia es globalmente positiva, con un descenso del consumo, más señalado en hombres que en mujeres.

El consumo abusivo, provoca un importante impacto en la morbilidad y mortalidad en nuestra región, siendo actualmente uno de los principales factores de riesgo sobre el que es necesario emprender una estrategia de salud pública que permita intensificar las acciones para su prevención y control.

INTRODUCCIÓN

El abuso del alcohol es responsable del 1,5% de la mortalidad mundial cada año y del 2,1% de los años potenciales de vida perdidos, siendo más elevadas las cifras en los países desarrollados. El coste económico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol representa el 5-6% del Producto Nacional Bruto, mientras que el valor medio de la producción de alcohol se aproxima al 2% ¹.

Aunque en España el consumo de alcohol ha descendido en las últimas décadas, al igual que en otros países mediterráneos, se mantiene como uno de los principales consumidores en el mundo ². Según los últimos datos proporcionados por la región europea de la OMS, España en 1999, con un consumo de 21 lt per cápita de alcohol puro año en la población mayor de 15 años, se situaba como el país con mayor consumo de Europa, casi doblando el promedio de los 15 estados miembros de la Unión Europea (13,9 lt) o de los 51 estados miembros de la región europea de la OMS (11,6 lt). Sin embargo, el consumo en la actualidad, como podemos apreciar en la figura 1, es menor que en las décadas precedentes. El mayor consumo se alcanzó en la última parte de los setenta para descender a continuación, hasta el ecuador de los noventa, período a partir del cual se ha estabilizado hasta la actualidad ³. Este descenso es común a muchos países de la cuenca mediterránea.



En términos de impacto, el alcohol está implicado en muchos problemas de orden público, incluidos la criminalidad, los homicidios y la violencia ¹. En el ámbito laboral, el consumo abusivo de alcohol se relaciona con una mayor probabilidad de accidentes, absentismo, menor rendimiento, problemática en el grupo de trabajo, cargas sociales, inadaptación, mortalidad y suicidio. Asimismo, el consumo crónico de alcohol en cantidades relativamente elevadas está

relacionado con el desarrollo de múltiples enfermedades, existiendo bastantes evidencias de una relación dosis respuesta positiva. Es responsable de lesiones hepáticas, como la cirrosis hepática, alteraciones del tracto intestinal, como la gastritis y la úlcera péptica, pancreatitis, en el sistema nervioso la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakov, el delirium tremens y a nivel periférico la polineuritis alcohólica, miocardiopatía y cardiopatía isquémica, complicaciones hematológicas, trastornos endocrinos y musculares, hiperuricemia, osteopenia, cáncer de cavidad oral, lengua, faringe, laringe, esófago, carcinoma hepatocelular e hipertensión arterial; siendo la relación lineal para todas las patologías, excepto para la cirrosis hepática que es exponencial ⁴.

El alcohol también puede aportar beneficios para la salud. Existen bastantes evidencias acumuladas sobre el efecto protector que tiene un consumo moderado y regular sobre las enfermedades cardiovasculares ⁵⁻⁷. Sin embargo, en un reciente estudio ⁸ donde se modelan los riesgos para diferentes grupos de género y edad, teniendo en cuenta los efectos negativos y positivos, se concluye que existe una relación directa dosis respuesta sobre el riesgo de morir en mujeres de 16 a 54 años y en hombres de 16 a 34, limitándose el efecto protector a las personas mayores, en general por encima de los 50 años con consumos moderados (relación en forma de U o J) y en los sujetos con numerosos factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular previa ⁹.

Por otro lado, se ha puesto en evidencia especialmente en los países del Este de Europa un incremento del riesgo asociado a consumos moderados. Esto es debido a que grandes ingestas de alcohol en cortos períodos de tiempo (denominado por los anglosajones patrón "binge drinking") provocan un incremento de la mortalidad cardiovascular ¹⁰. De ahí la importancia de medir el patrón de consumo y no solo la cantidad.

Los resultados de la última Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas a población de 15 a 65 años, de ámbito nacional, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas ¹¹, ponen de relieve el estacionamiento de la expansión de los consumos de alcohol que se venían registrando en los últimos años, como consecuencia de la masiva incorporación de adolescentes y mujeres al consumo de alcohol. Se ha estabilizado las edades de inicio al consumo, ha disminuido los niveles de experimentación y se ha moderado el consumo entre los hombres y, sobre todo, se ha reducido los porcentajes de bebedores abusivos y de gran riesgo ¹². Asimismo, según las conclusiones de la última encuesta nacional sobre drogas a población escolar de 14 a 18 años ¹³, también se ha detenido la expansión de los consumos de alcohol entre los escolares españoles, que venía produciéndose desde la década de los ochenta

En 1999 fue aprobado el segundo Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005 ¹⁴, que dio lugar a la Segunda Conferencia Europea Ministerial sobre Alcohol, en Estocolmo en el 2001 ¹⁵, en la que se aprobó por todos los estados miembros de la Región Europea, una nueva carta, "Alcohol y Jóvenes" ¹⁶, que ofrece directrices comunes a todos los países europeos. Las estrategias, cuyos objetivos son reducir los efectos adversos del alcohol, incluyen intervenciones dirigidas a disminuir la accesibilidad y disponibilidad de bebidas alcohólicas, las informativas y las de concienciación social a través de la actuación sobre la publicidad de bebidas alcohólicas, además de reducir los daños asociados por su consumo como son la violencia, los accidentes de tráfico y laborales así como asegurar una asistencia sanitaria basada en la evidencia científica.

METODOLOGÍA

Consumo de alcohol en población adulta

La fuente de datos es el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), dirigido a población de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. Su metodología se ha expuesto en trabajos previos¹⁷. La técnica de recogida de información es a través de entrevista personal telefónica asistida por ordenador.

El apartado de consumo de alcohol del cuestionario recoge información sobre el consumo habitual de alcohol en los últimos 30 días, abandono del consumo, edad de inicio del consumo regular, cuantificación de la cantidad de alcohol puro a partir del recuerdo de la frecuencia del consumo de 8 tipos de bebidas alcohólicas durante la última semana diferenciada para días laborales y fin de semana, consumo excesivo en una misma ocasión (patrón de consumo "binge drinking"), el Test de CAGE para estimar el Síndrome de Dependencia Alcohólica¹⁸ y finalmente aporta información sobre el hecho de haber conducido bajo los efectos del alcohol. Para el cálculo de la ingesta de alcohol se ha utilizado el recuerdo de las cantidades consumidas durante el último día laborable y durante cada día del último fin de semana, de diversas bebidas alcohólicas a las que, en función de su graduación y unidad de medida, se les asigna los centímetros cúbicos de alcohol puro correspondientes.

Las personas que declararon haber consumido bebidas alcohólicas el día anterior y/o el último fin de semana se clasificaron según la cantidad de alcohol ingerida como: **Bebedores moderados**, cuando el consumo de alcohol fue inferior a 50 cc/día en los hombres y 30 cc/día en las mujeres; **Bebedores de riesgo**, personas con consumo de alcohol mayor o igual a 50 cc/día en los hombres y mayor o igual a 30 cc/día en las mujeres.

Consumo excesivo en una misma ocasión: consumo en un corto periodo de tiempo (por ejemplo durante una tarde o una noche) de 80 cc de alcohol o más en los hombres y de 60 cc de alcohol o más en las mujeres.

Consumo de alcohol en población juvenil

Los datos se han obtenido del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid¹⁷. La población a la que va dirigido es la población escolarizada de 4º de

ESO y cursos equivalentes de la Comunidad de Madrid. La técnica de recogida de información es la de cuestionario autoadministrado en aula escolar.

El apartado de consumo de alcohol del cuestionario mide los siguientes indicadores: frecuencia de consumo en los últimos 30 días; día de la semana; edad de inicio de forma regular; estimación de la cantidad de alcohol puro a partir de la frecuencia de consumo de 8 bebidas alcohólicas diferenciados para días laborales y fin de semana (se utilizó la misma graduación que en la población adulta); consumo excesivo en una misma ocasión (patrón “binge drinking”); frecuencia de borracheras durante el últimos mes y durante el último año; haber viajado en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol.

Las variables que midieron el consumo de alcohol tuvieron la misma definición que las de la población adulta, excepto el consumo excesivo en una misma ocasión. En la población juvenil se consideró consumo excesivo la ingesta en chicos y chicas de ≥ 60 cc en un corto período de tiempo.

La asociación entre los diversos indicadores y el nivel de estudios, clase social y ocupación, fue ajustada por edad a través de modelos de regresión logística, expresando el estimador como Odds Ratio (OR).

EFFECTOS SOBRE LA SALUD DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Percepción del estado de salud

Para estimar este indicador se han elaborado modelos de regresión logística múltiple dicotómica, en la que la variable resultado es la percepción del estado de su salud en los últimos 12 meses. Así, en una categoría se incluyeron aquellos que declararon que tenían una salud muy buena o buena y en la otra, aquellos que consideraban su salud regular, mala o muy mala. Esta variable se ha relacionado con diversos indicadores de consumo de alcohol para buscar la posible asociación entre la percepción de un estado de salud malo o regular con el consumo de alcohol: tipo de bebedor según cantidad de alcohol consumida (no bebedor, bebedor moderado, bebedor a riesgo, bebedor anterior), consumo excesivo en una misma ocasión y Test de CAGE positivo (dos o más respuestas positivas). Se ha estratificado el análisis por sexo y se ha ajustado por otras variables potencialmente confusoras: la edad, el nivel de estudios, la clase social y el consumo de tabaco.

Mortalidad

A partir de los datos del Registro de Mortalidad de las defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid del año 2000, se ha calculado el número de fallecidos y la proporción de toda la mortalidad que puede atribuirse al consumo de alcohol. Para ello se ha identificado un grupo de enfermedades relacionadas con el alcohol y la correspondiente proporción de casos debidos al mismo (fracción atribuible o proporción atribuible poblacional).

La mortalidad atribuible es un indicador de impacto potencial, que depende del riesgo relativo y de la prevalencia de exposición al factor de riesgo, y expresa la cantidad de enfermedad que

podría evitarse en la población general en la situación hipotética de ausencia de exposición. Para su cálculo, nos basamos en las estimaciones que de este indicador hacen para Estados Unidos Shultz et al.¹⁹, partiendo de series clínicas de casos y estudios de epidemiología analítica. Para la selección de causas se ha seguido el criterio de Cipriani et al.²⁰, que partiendo del listado de Shultz et al. excluye aquellas causas en las que existe desacuerdo entre diferentes autores en el grado de asociación con el consumo de alcohol: cáncer de estómago, neumonía e influenza, enfermedades del esófago, estómago y duodeno, hipertensión esencial, diabetes mellitus y enfermedad cerebrovascular. Sí se ha incluido la pancreatitis aguda y crónica.

RESULTADOS

Consumo en población adulta

Características de la muestra

La distribución de la muestra según las variables sociodemográficas se describe en la tabla 1. Puede observarse la proporción de entrevistados según el género, la edad, el nivel de estudios alcanzado, la clase social y el año de realización de la encuesta.

Tabla 1. Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
* EDAD						
18 - 24	531	18,2	531	17,2	1062	17,7
25 - 29	445	15,2	438	14,2	883	14,7
30 - 34	296	10,1	323	10,4	619	10,3
35 - 39	337	11,5	373	12,1	710	11,8
40 - 44	340	11,7	354	11,4	697	11,6
45 - 49	282	9,7	266	8,6	548	9,1
50 - 54	252	8,6	272	8,8	524	8,7
55 - 59	209	7,2	270	8,7	479	8,0
60 - 64	226	7,7	268	8,7	494	8,2
Total	2921	100,0	3095	100,0	6016	100,0
* NIVEL DE ESTUDIOS						
Unicentésimos	883	30,2	848	27,4	1731	28,8
Secundarios segundo grado	1027	35,2	983	31,8	2010	33,4
Secundarios primer grado	745	25,5	833	27,6	1598	26,6
Primarios	182	6,2	224	7,2	406	6,7
Menos de primarios	84	2,9	187	6,0	271	4,5
Total	2921	100,0	3095	100,0	6016	100,0
* CLASE SOCIAL						
Clase I	499	18,4	336	13,2	835	15,8
Clase II	387	14,2	285	10,6	672	12,4
Clase III	695	25,6	769	28,6	1464	27,1
Clase IVa	602	22,1	349	13,0	951	17,6
Clase IVb	321	11,8	534	19,9	855	15,8
Clase V	214	7,9	394	14,7	608	11,2
Total	2718	100,0	2887	100,0	5405	100,0
AÑO DE LA ENCUESTA						
1995	979	14,3	1027	14,2	2006	14,3
1996	976	14,3	1028	14,3	2004	14,3
1997	974	14,3	1032	14,3	2006	14,3
1998	973	14,3	1030	14,3	2003	14,3
1999	974	14,3	1033	14,3	2007	14,3
2000	973	14,3	1030	14,3	2003	14,3
2001	974	14,3	1032	14,3	2006	14,3
Total	6823	100,0	7212	100,0	14035	100,0

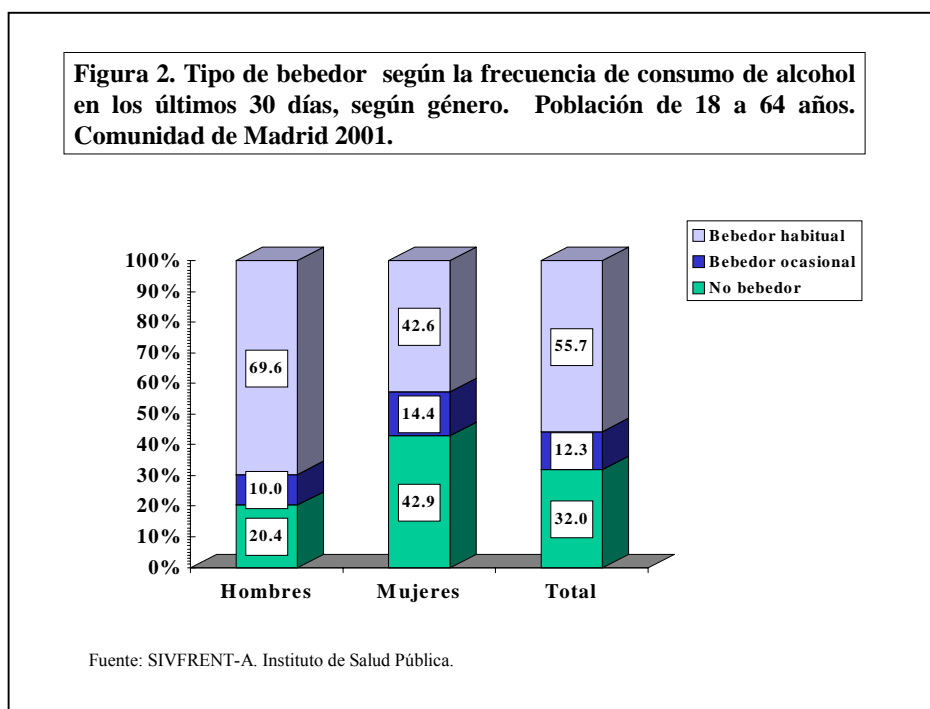
* Datos de la muestra agregada, años 1999 - 2001.

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

Frecuencia de consumo

A partir de la frecuencia declarada de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, los datos recogidos en el año 2001 mostraron un porcentaje total de no bebedores de 32,0%; los bebedores ocasionales, personas con consumo de alcohol inferior al semanal durante los últimos 30 días representaron el 12,3%, y los bebedores habituales el mayor porcentaje, 55,7%, como puede verse en la figura 2.

El porcentaje de no bebedores fue mayor en las mujeres que en los hombres, 42,9% frente a 20,4%. Por el contrario, la proporción de bebedores habituales fue mayor en los hombres que en las mujeres, con porcentajes de 69,6% y 42,6% respectivamente, obteniendo similares porcentajes de bebedores ocasionales.



Bebedores habituales

La distribución del consumo habitual en los distintos grupos de edad es mayor en los hombres de 45 a 49 años, con un porcentaje de 78,4%, y en las mujeres más jóvenes de 18 a 24 años (49,9%), como puede apreciarse en la figura 3 y en la tabla 2. La menor frecuencia se observa en hombres y mujeres de 60 a 64 años, con proporciones del 60,6% y 31,0% respectivamente.

En los hombres la proporción de bebedores habituales se incrementa ligeramente hasta el grupo de 45 a 49 años, para descender a partir de aquí hasta el último grupo de edad. En las mujeres la distribución es muy parecida, a excepción del mayor porcentaje en el grupo más joven.

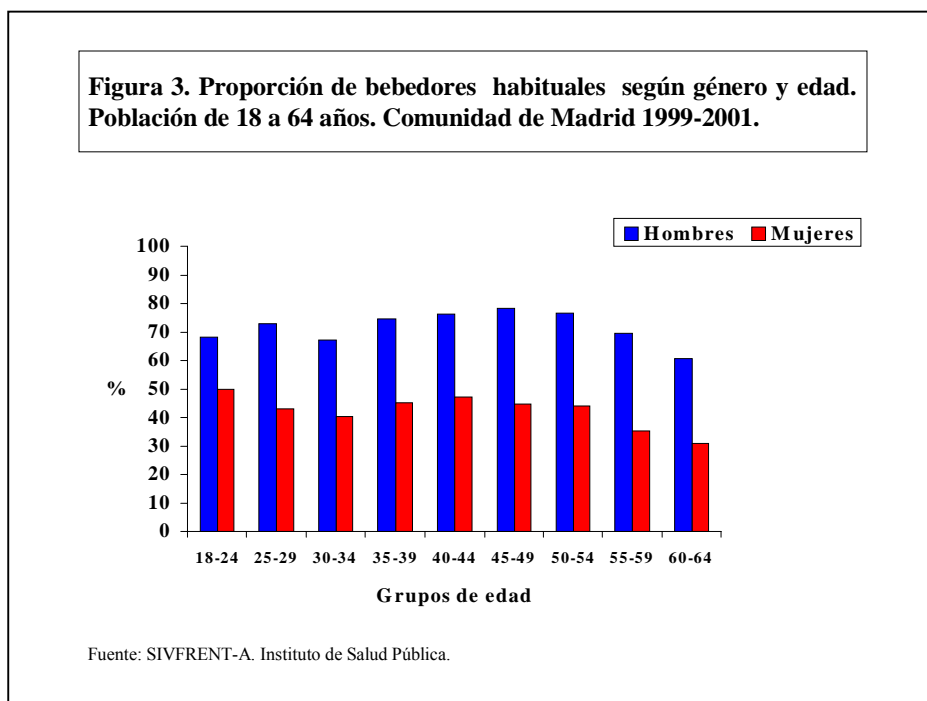
Tabla 2. Proporción de bebedores habituales^a según las variables sociodemográficas de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
* EDAD						
18-24	68,2	(64,2 - 72,1)	49,9	(45,6 - 54,2)	59,0	(56,1 - 62,0)
25-29	72,8	(68,7 - 76,9)	42,9	(38,3 - 47,6)	58,0	(54,7 - 61,2)
30-34	67,2	(61,9 - 72,6)	40,2	(34,9 - 45,6)	53,2	(49,2 - 57,1)
35-39	74,5	(69,8 - 79,1)	45,0	(40,0 - 50,1)	59,0	(55,4 - 62,6)
40-44	76,4	(71,9 - 80,9)	47,2	(42,0 - 52,4)	61,5	(57,9 - 65,2)
45-49	78,4	(73,6 - 83,2)	44,7	(38,8 - 50,7)	62,0	(58,0 - 66,1)
50-54	76,6	(71,3 - 81,8)	44,1	(38,2 - 50,0)	59,7	(55,5 - 63,9)
55-59	69,4	(63,1 - 75,6)	35,2	(29,5 - 40,9)	50,1	(45,6 - 54,6)
60-64	60,6	(54,2 - 67,0)	31,0	(25,4 - 36,5)	44,5	(40,1 - 48,9)
Total	71,7	(70,1 - 73,3)	43,1	(41,4 - 44,9)	57,0	(55,7 - 58,2)
+ NIVEL DE ESTUDIOS						
Universitario	78,9	(76,2 - 81,6)	53,7	(50,3 - 57,0)	66,6	(64,3 - 68,8)
Secundarios secundario grado	69,2	(66,4 - 72,1)	44,9	(41,8 - 48,0)	57,3	(55,2 - 59,5)
Secundarios o curso equivalente	70,3	(67,1 - 73,6)	38,3	(35,1 - 41,6)	53,3	(50,8 - 55,7)
Primarios	39,9	(32,7 - 47,0)	29,0	(23,1 - 35,0)	42,9	(38,0 - 47,7)
Menos de primarios	63,1	(52,7 - 73,5)	25,1	(18,9 - 31,4)	36,9	(31,1 - 42,7)
+ CLASE SOCIAL						
Clase I	77,6	(73,9 - 81,2)	54,5	(49,3 - 59,7)	68,0	(64,8 - 71,1)
Clase II	75,5	(71,2 - 79,7)	45,6	(39,8 - 51,4)	62,8	(59,1 - 66,5)
Clase III	72,9	(69,6 - 76,3)	49,3	(45,7 - 52,8)	60,5	(58,0 - 63,0)
Clase IVa	68,9	(65,2 - 72,6)	36,7	(31,6 - 41,7)	57,1	(54,0 - 60,2)
Clase IVb	69,5	(64,4 - 74,5)	42,3	(38,1 - 46,5)	52,5	(49,2 - 55,9)
Clase V	65,4	(59,0 - 71,8)	27,4	(23,0 - 31,8)	40,8	(36,9 - 44,7)
AÑO DE LA ENCUESTA						
1995	70,3	(67,4 - 73,1)	40,2	(37,2 - 43,2)	54,9	(53 - 57,1)
1996	66,9	(64,0 - 69,9)	35,3	(32,4 - 38,2)	50,7	(49 - 52,9)
1997	70,0	(67,1 - 72,9)	34,6	(31,7 - 37,5)	51,8	(50 - 54,0)
1998	67,5	(64,6 - 70,5)	32,9	(30,0 - 35,8)	49,7	(48 - 51,9)
1999	70,4	(67,6 - 73,3)	44,4	(41,4 - 47,5)	57,1	(55 - 59,2)
2000	75,0	(72,3 - 77,7)	42,3	(39,3 - 45,3)	58,2	(56 - 60,4)
2001	69,6	(66,7 - 72,5)	42,6	(39,6 - 45,7)	55,7	(54 - 57,9)

^aConsumo del alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días

* Datos de la muestra representativa, años 1999 - 2001.

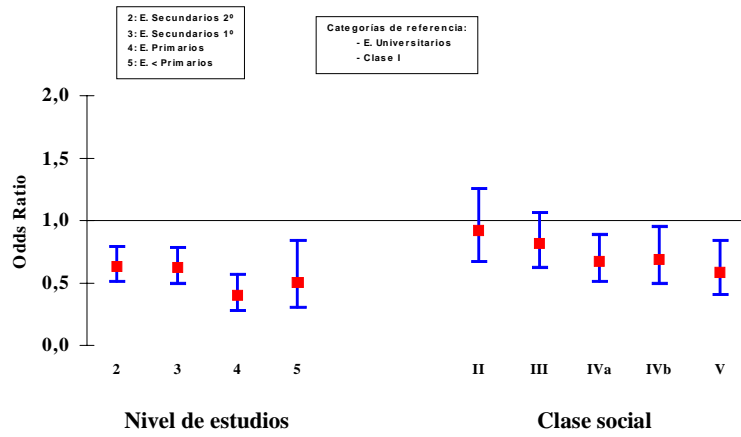
Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.



El patrón de consumo habitual según el nivel socioeconómico está bien definido, y es bastante homogéneo en hombres y mujeres (tabla 2). Según el nivel de estudios, las mayores frecuencias se observan en las personas con nivel educativo superior y en general estas proporciones descienden hasta alcanzar las prevalencias más bajas en las categorías inferiores. Estas diferencias entre categorías de nivel educativo es más alta en las mujeres, oscilando desde el 53,7% en las universitarias al 25,1% en las que no tienen estudios. Respecto a la clase social, en los hombre se observa un descenso casi lineal de la proporción de bebedores habituales, con una caída de la prevalencia del 77,6% en la categoría más alta hasta el 65,4% en la más baja. En las mujeres aunque la relación no es tan lineal, las diferencias de proporciones entre categorías son más altas, al igual que ocurría con el nivel educativo, pasando del 54,5% en la clase I hasta el 25,1% en la clase V.

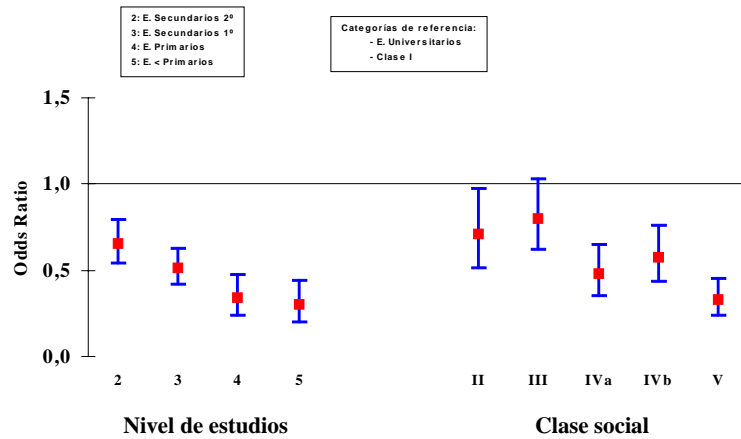
Este patrón no se modifica al ajustar la edad, como podemos apreciar en los modelos de regresión logística de la figura 4 y 5.

Figura 4. Consumo habitual de alcohol según el nivel de estudios y la clase social en los hombres. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



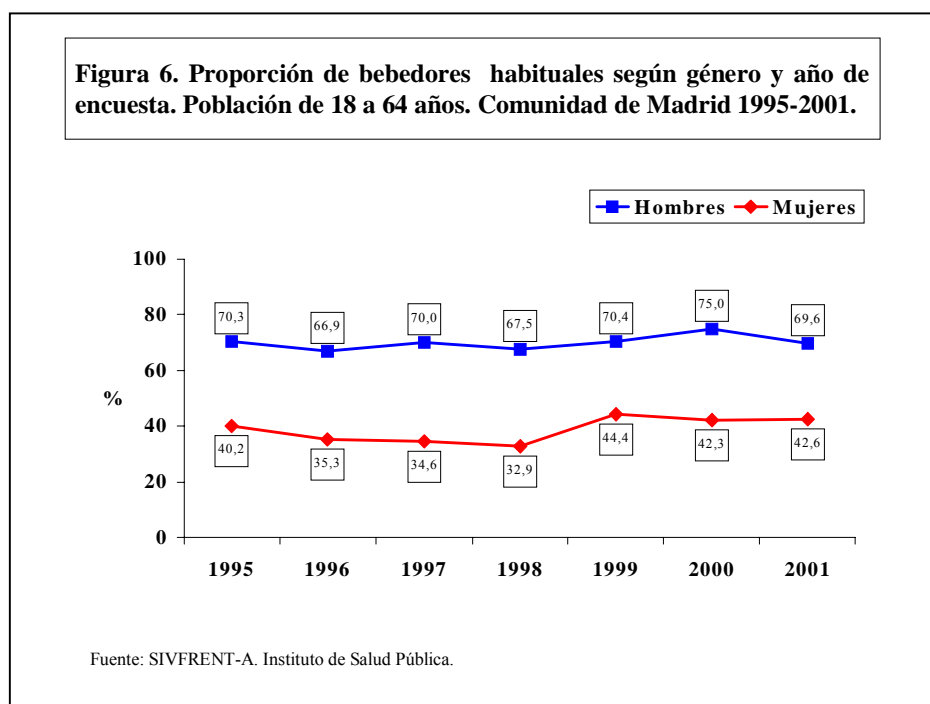
Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

Figura 5. Consumo habitual de alcohol según el nivel de estudios y la clase social en las mujeres. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

La evolución desde 1995 hasta 2001, muestra una tendencia bastante parecida en hombres y mujeres (figura 6). Aunque los cambios no fueron muy grandes, se observan dos fases en la serie. La primera entre los años 1995 a 1998, con una tendencia ligeramente descendente, algo mayor en las mujeres que en los hombres. La segunda desde 1999, donde se produce un incremento de este indicador, terminando con una estabilización en el 2001.



Bebedores de riesgo

La proporción de bebedores de riesgo es casi tres veces más frecuente en los hombres que en las mujeres: 6,5% frente a 2,2% (tabla 3).

La distribución según la edad presenta en los hombres la mayor prevalencia en las edades medias, alcanzando la máxima proporción en el grupo de 50 a 54 años con un porcentaje de 11,2%. En las mujeres, el consumo de riesgo es inferior a los hombres en todos los grupos de edad, y se distribuye más homogéneamente, siendo las de 30 a 44 años junto a las de 18 a 24 las que consumen alcohol de forma abusiva en mayor medida, figura 7.

Tabla 3 Proporción de bebedores a riesgo* según las variables sociodemográficas de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

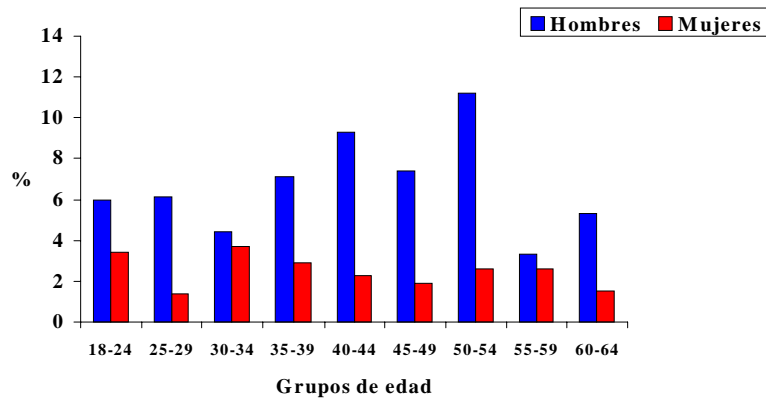
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	%	IC 95%	N	IC 95%	%	IC 95%
* EDAD						
18-24	6,0	(4,0 - 8,1)	34	(1,8 - 4,9)	4,7	(3,4 - 6,0)
25-29	6,1	(3,8 - 8,3)	14	(0,3 - 2,5)	3,7	(2,5 - 5,0)
30-34	4,4	(2,1 - 6,7)	3,7	(1,7 - 5,8)	4,0	(2,5 - 5,6)
35-39	7,1	(4,4 - 9,9)	2,9	(1,2 - 4,7)	4,9	(3,3 - 6,5)
40-44	9,3	(6,2 - 12,4)	2,3	(0,7 - 3,8)	5,7	(4,0 - 7,5)
45-49	7,4	(4,4 - 10,5)	1,9	(0,2 - 3,5)	4,7	(3,0 - 6,5)
50-54	11,2	(7,3 - 15,1)	2,6	(0,7 - 4,5)	6,7	(4,5 - 8,8)
55-59	3,3	(0,9 - 5,8)	2,6	(0,7 - 4,5)	2,9	(1,4 - 4,4)
60-64	5,3	(2,4 - 8,2)	1,5	(0,0 - 2,9)	3,2	(1,7 - 4,8)
Total	6,7	(5,8 - 7,6)	2,5	(2,0 - 3,1)	4,6	(4,0 - 5,1)
* NIVEL DE ESTUDIOS						
Universitarios	7,6	(5,8 - 9,3)	3,8	(2,5 - 5,1)	5,7	(4,6 - 6,8)
Secundarios segundo grado	5,0	(3,6 - 6,3)	2,5	(1,6 - 3,5)	3,8	(2,9 - 4,6)
Secundarios primer grado	7,1	(5,3 - 9,0)	1,5	(0,7 - 2,3)	4,1	(3,2 - 5,1)
Primarios	8,8	(4,7 - 12,9)	2,7	(0,6 - 4,8)	5,4	(3,2 - 7,6)
Menos de primarios	10,7	(4,1 - 17,4)	1,1	(0,0 - 2,5)	4,1	(1,7 - 6,4)
* CLASE SOCIAL						
Clase I	7,0	(4,8 - 9,3)	3,4	(1,5 - 5,2)	5,5	(4,0 - 7,0)
Clase II	5,7	(3,4 - 8,0)	3,9	(1,6 - 6,1)	4,9	(3,3 - 6,5)
Clase III	5,9	(4,1 - 7,7)	3,1	(1,9 - 4,4)	4,4	(3,4 - 5,5)
Clase IVa	8,7	(6,4 - 10,9)	2,3	(0,7 - 3,9)	6,3	(4,8 - 7,9)
Clase IVb	6,9	(4,1 - 9,6)	1,5	(0,5 - 2,5)	3,5	(2,3 - 4,7)
Clase V	7,0	(3,6 - 10,4)	0,8	(0,0 - 1,6)	3,0	(1,6 - 4,3)
AÑO DE LA ENCUESTA						
1995	10,3	(8,4 - 12,2)	3,0	(2,0 - 4,1)	6,6	(5,5 - 7,7)
1996	8,0	(6,3 - 9,7)	2,2	(1,3 - 3,1)	5,0	(4,1 - 6,0)
1997	8,2	(6,5 - 9,9)	2,1	(1,3 - 3,0)	5,1	(4,1 - 6,0)
1998	9,4	(7,5 - 11,2)	1,7	(0,9 - 2,5)	5,4	(4,5 - 6,4)
1999	6,7	(5,1 - 8,2)	3,0	(2,0 - 4,0)	4,8	(3,8 - 5,7)
2000	7,0	(5,4 - 8,6)	2,3	(1,4 - 3,3)	4,6	(3,7 - 5,5)
2001	6,5	(4,9 - 8,0)	2,2	(1,3 - 3,1)	4,3	(3,4 - 5,2)

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

* Datos de la encuesta agregada, años 1999 - 2001.

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

Figura 7. Proporción de bebedores de riesgo* según género y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.

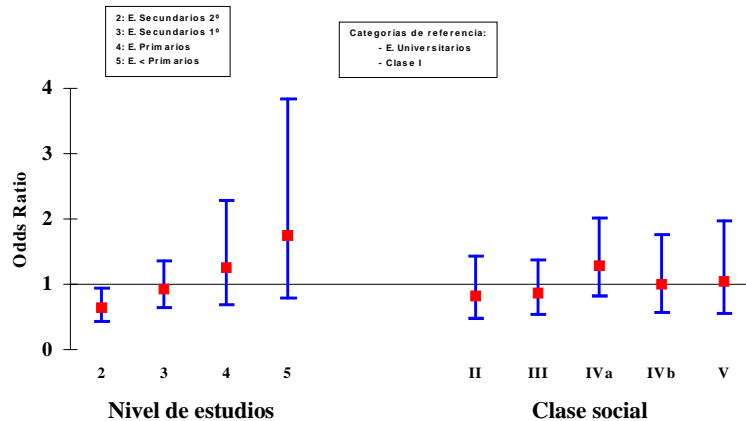


* Consumo de alcohol de ≥ 50 cc./día en hombres y ≥ 30 cc./día en mujeres

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

En cuanto al nivel de estudios, en los hombres se observa un patrón contrario al obtenido en los indicadores de consumo habitual o de bebedores moderados, ya que a medida que disminuye el nivel educativo se incrementa la probabilidad de ser bebedores de riesgo (figura 8). Sin embargo, en la clase social no se observa gran variación entre categorías. En las mujeres el patrón es bastante similar al registrado en el anterior indicador, con una menor probabilidad de consumo de riesgo en las categorías de menor nivel de estudios así como de clase social (figura 9).

Figura 8. Consumo de riesgo* según el nivel de estudios y la clase social en los hombres. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



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

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

Tabla 3 Proporción de bebedores a riesgo* según las variables sociodemográficas de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	%	IC 95%	N	IC 95%	%	IC 95%
* EDAD						
18-24	6,0	(4,0 - 8,1)	34	(1,8 - 4,9)	4,7	(3,4 - 6,0)
25-29	6,1	(3,8 - 8,3)	14	(0,3 - 2,5)	3,7	(2,5 - 5,0)
30-34	4,4	(2,1 - 6,7)	3,7	(1,7 - 5,8)	4,0	(2,5 - 5,6)
35-39	7,1	(4,4 - 9,9)	2,9	(1,2 - 4,7)	4,9	(3,3 - 6,5)
40-44	9,3	(6,2 - 12,4)	2,3	(0,7 - 3,8)	5,7	(4,0 - 7,5)
45-49	7,4	(4,4 - 10,5)	1,9	(0,2 - 3,5)	4,7	(3,0 - 6,5)
50-54	11,2	(7,3 - 15,1)	2,6	(0,7 - 4,5)	6,7	(4,5 - 8,8)
55-59	3,3	(0,9 - 5,8)	2,6	(0,7 - 4,5)	2,9	(1,4 - 4,4)
60-64	5,3	(2,4 - 8,2)	1,5	(0,0 - 2,9)	3,2	(1,7 - 4,8)
Total	6,7	(5,8 - 7,6)	2,5	(2,0 - 3,1)	4,6	(4,0 - 5,1)
* NIVEL DE ESTUDIOS						
Universitarios	7,6	(5,8 - 9,3)	3,8	(2,5 - 5,1)	5,7	(4,6 - 6,8)
Secundarios segundo grado	5,0	(3,6 - 6,3)	2,5	(1,6 - 3,5)	3,8	(2,9 - 4,6)
Secundarios primer grado	7,1	(5,3 - 9,0)	1,5	(0,7 - 2,3)	4,1	(3,2 - 5,1)
Primarios	8,8	(4,7 - 12,9)	2,7	(0,6 - 4,8)	5,4	(3,2 - 7,6)
Menos de primarios	10,7	(4,1 - 17,4)	1,1	(0,0 - 2,5)	4,1	(1,7 - 6,4)
* CLASE SOCIAL						
Clase I	7,0	(4,8 - 9,3)	3,4	(1,5 - 5,2)	5,5	(4,0 - 7,0)
Clase II	5,7	(3,4 - 8,0)	3,9	(1,6 - 6,1)	4,9	(3,3 - 6,5)
Clase III	5,9	(4,1 - 7,7)	3,1	(1,9 - 4,4)	4,4	(3,4 - 5,5)
Clase IVa	8,7	(6,4 - 10,9)	2,3	(0,7 - 3,9)	6,3	(4,8 - 7,9)
Clase IVb	6,9	(4,1 - 9,6)	1,5	(0,5 - 2,5)	3,5	(2,3 - 4,7)
Clase V	7,0	(3,6 - 10,4)	0,8	(0,0 - 1,6)	3,0	(1,6 - 4,3)
AÑO DE LA ENCUESTA						
1995	10,3	(8,4 - 12,2)	3,0	(2,0 - 4,1)	6,6	(5,5 - 7,7)
1996	8,0	(6,3 - 9,7)	2,2	(1,3 - 3,1)	5,0	(4,1 - 6,0)
1997	8,2	(6,5 - 9,9)	2,1	(1,3 - 3,0)	5,1	(4,1 - 6,0)
1998	9,4	(7,5 - 11,2)	1,7	(0,9 - 2,5)	5,4	(4,5 - 6,4)
1999	6,7	(5,1 - 8,2)	3,0	(2,0 - 4,0)	4,8	(3,8 - 5,7)
2000	7,0	(5,4 - 8,6)	2,3	(1,4 - 3,3)	4,6	(3,7 - 5,5)
2001	6,5	(4,9 - 8,0)	2,2	(1,3 - 3,1)	4,3	(3,4 - 5,2)

* Consumo de alcohol de ≥ 30 cc.8/a en hombres y ≥ 30 cc.8/a en mujeres

* Datos de la encuesta agregada, años 1999 - 2001.

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

Consumo excesivo en una misma ocasión

Durante el 2001 un 8,9% realizó un consumo de estas características en los últimos 30 días. La distribución de los porcentajes según la edad, nivel de estudios y clase social, puede observarse en la tabla 4.

El consumo excesivo en una misma ocasión es casi tres veces más frecuente en hombres que en mujeres, siendo superior en todas las franjas de edad. Este indicador se distribuye mucho más frecuentemente tanto en hombres como en mujeres entre los grupos más jóvenes, siendo los de 18 a 24 años los que alcanzan la mayor proporción: 30,3% en hombres y 16% en mujeres, figura 11.

Tabla 4 . Proporción de personas con consumo excesivo¹ en una misma ocasión en el último mes, según las variables sociodemográficas de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

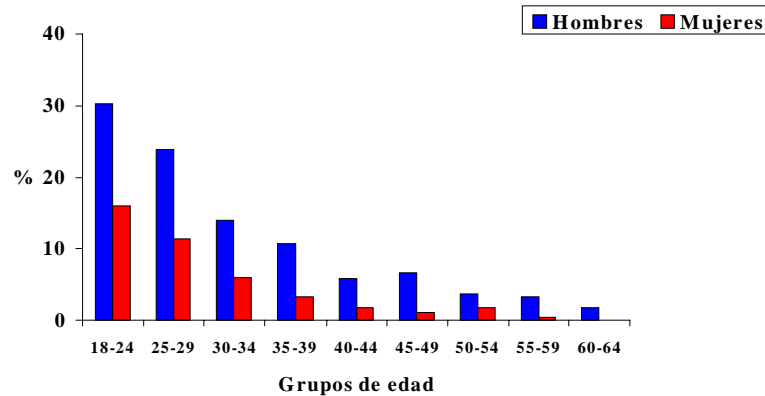
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
* EDAD						
18-24	30,3	(26,4 - 34,2)	16,0	(12,9 - 19,1)	23,2	(20,6 - 25,7)
25-29	23,8	(19,9 - 27,8)	11,4	(8,4 - 14,4)	17,7	(15,2 - 20,2)
30-34	13,9	(9,9 - 17,8)	5,9	(3,3 - 8,5)	9,7	(7,4 - 12,0)
35-39	10,7	(7,4 - 14,0)	3,2	(1,4 - 5,0)	6,8	(4,9 - 8,6)
40-44	5,8	(3,3 - 8,3)	1,7	(0,3 - 3,0)	3,7	(2,3 - 5,1)
45-49	6,7	(3,8 - 9,7)	1,1	(0,0 - 2,4)	4,0	(2,4 - 5,7)
50-54	3,6	(1,3 - 5,9)	1,8	(0,2 - 3,4)	2,7	(1,3 - 4,1)
55-59	3,3	(0,9 - 5,8)	0,4	(0,0 - 1,1)	1,7	(0,5 - 2,8)
60-64	1,8	(0,0 - 3,5)	0,0	(- -)	0,8	(0,0 - 1,6)
Total	13,8	(12,5 - 15,0)	5,8	(5,0 - 6,7)	9,7	(9,0 - 10,5)
* NIVEL DE ESTUDIOS						
Universitarios	15,2	(12,8 - 17,5)	9,1	(7,1 - 11,0)	12,2	(10,6 - 13,7)
Secundarias segundo grado	17,1	(14,8 - 19,4)	8,4	(6,7 - 10,2)	12,9	(11,4 - 14,4)
Secundarias primer grado	10,2	(8,0 - 12,4)	2,0	(1,1 - 2,9)	5,8	(4,7 - 7,0)
Primarias	6,0	(2,6 - 9,5)	1,8	(0,0 - 3,5)	3,7	(1,9 - 5,5)
Menos de primarias	7,1	(1,6 - 12,7)	0,0	(- -)	2,2	(0,5 - 4,0)
* CLASE SOCIAL						
Clase I	10,4	(7,7 - 13,1)	5,9	(3,4 - 8,3)	8,5	(6,7 - 10,4)
Clase II	14,5	(11,0 - 18,0)	6,3	(3,5 - 9,1)	11,0	(8,6 - 13,4)
Clase III	11,4	(9,0 - 13,7)	6,2	(4,5 - 8,0)	8,7	(7,2 - 10,1)
Clase IVa	12,0	(9,4 - 14,6)	4,3	(2,2 - 6,4)	9,1	(7,3 - 11,0)
Clase IVb	17,8	(13,6 - 21,9)	7,3	(5,1 - 9,5)	11,2	(9,1 - 13,3)
Clase V	17,3	(12,2 - 22,4)	1,3	(0,2 - 2,4)	6,9	(4,9 - 8,9)
AÑO DE LA ENCUESTA						
1995	-	-	-	-	-	-
1996	17,7	(15,3 - 20,1)	5,8	(4,4 - 7,3)	11,6	(10,2 - 13,0)
1997	16,4	(14,1 - 18,8)	6,4	(4,9 - 7,9)	11,3	(9,9 - 12,7)
1998	16,5	(14,2 - 18,9)	4,7	(3,4 - 5,9)	10,4	(9,1 - 11,8)
1999	14,4	(12,2 - 16,6)	7,2	(5,6 - 8,7)	10,7	(9,3 - 12,0)
2000	13,9	(11,7 - 16,0)	5,5	(4,1 - 6,9)	9,6	(8,3 - 10,9)
2001	13,1	(11,0 - 15,3)	4,8	(3,5 - 6,2)	8,9	(7,6 - 10,1)

¹Consumo de alcohol de ≥ 80 cc. en hombres y ≥ 60 cc. en mujeres

* Datos de la muestra representativa, años 1999-2000.

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

Figura 11. Proporción de personas con consumo excesivo* en una misma ocasión (patrón "binge drinking") según género y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.

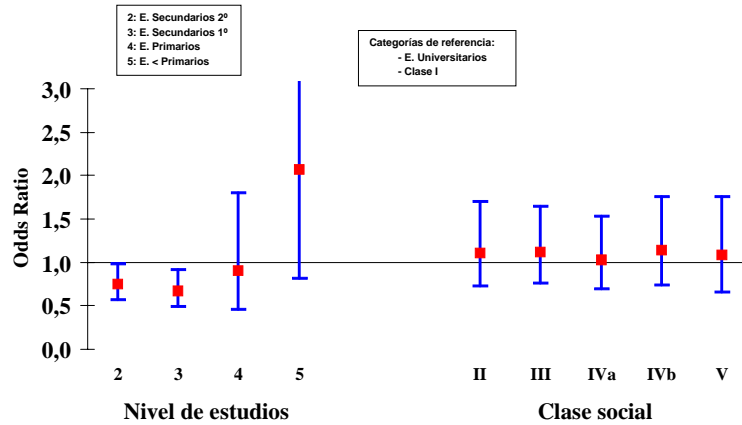


* Consumo de alcohol de ≥ 80 cc. en hombres y ≥ 60 cc. en mujeres

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

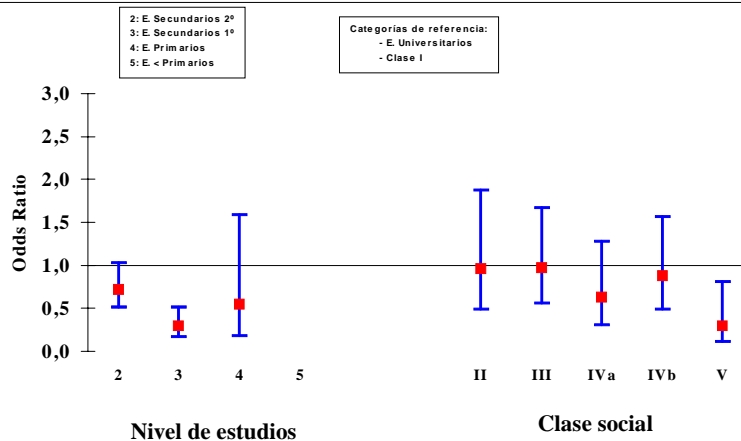
En líneas generales la distribución en hombres y mujeres de consumo excesivo de alcohol según el nivel socioeconómico es bastante parecido al de bebedores de riesgo, aunque las diferencias en los hombres se observan básicamente en la categoría de menor nivel de estudios, donde la probabilidad de haber realizado algún consumo excesivo en el último mes fue casi el doble respecto a los que tenían estudios universitarios. La distribución respecto a la clase social es muy homogénea (figura 12). En las mujeres la probabilidad de tener un patrón "binge drinking" es inferior en las categorías de menor nivel educativo, así como en la de clase social más baja (figuras 13).

Figura 12. Consumo excesivo* en una misma ocasión (patrón “binge drinking”) según el nivel de estudios y la clase social en los hombres. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



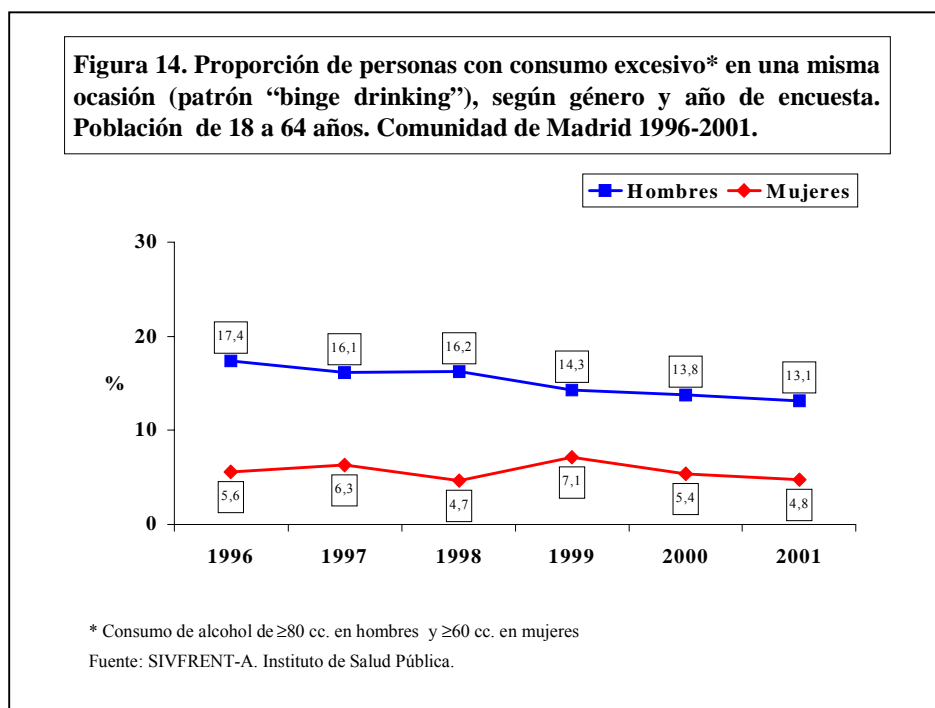
* Consumo de alcohol de ≥ 80 cc. en hombres y ≥ 60 cc. en mujeres
 Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

Figura 13. Consumo excesivo* en una misma ocasión (patrón “binge drinking”) según el nivel de estudios y la clase social en las mujeres. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



* Consumo de alcohol de ≥ 80 cc. en hombres y ≥ 60 cc. en mujeres
 Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

En la población masculina, la tendencia de este indicador describe un claro descenso, con una disminución en el 2001 del 24,7% respecto a 1996. En las mujeres se observan oscilaciones a lo largo de la serie y aunque el descenso no es tan evidente como en los hombres, en el último año la prevalencia fue la más baja de los seis años de seguimiento (figura 14).



Bebedores anteriores

La distribución de los entrevistados que manifestaron no haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, pero sí lo habían hecho en periodos anteriores con una frecuencia de al menos una vez a la semana, puede consultarse en la tabla 5.

En los hombres la frecuencia más alta de bebedores anteriores se concentra en los grupos de más edad, especialmente en el de 60 a 64 años que presenta una prevalencia del 16,8%. Sin embargo, en las mujeres el desplazamiento es hacia el grupo de 30 a 34 años que alcanza una prevalencia del 11,5%, seguido del de 25 a 29 años. Esta distribución podría orientar a una mayor relación del abandono en los hombres debido a los efectos sobre la salud, mientras que en las mujeres coincide con grupos de edad donde la gestación adquiere la máxima frecuencia (figura 15).

Tabla 5 Proporción de bebedores anteriores[†] según las variables sociodemográficas de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

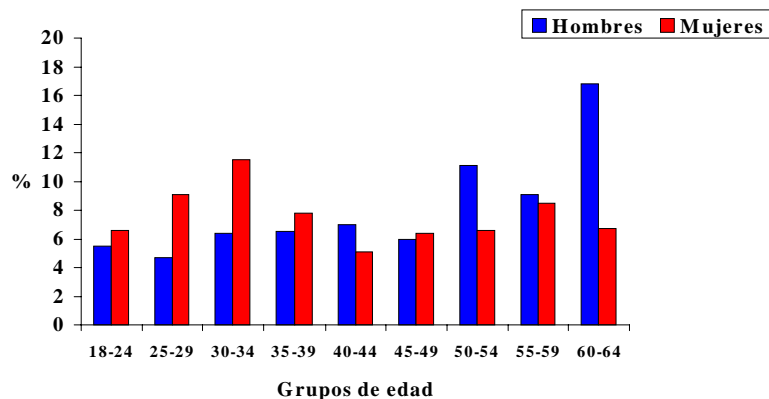
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
* EDAD						
18-24	5,5	(3,5 - 7,4)	6,6	(4,5 - 8,7)	6,0	(4,6 - 7,5)
25-29	4,7	(2,7 - 6,7)	9,1	(6,4 - 11,8)	6,9	(5,2 - 8,6)
30-34	6,4	(3,6 - 9,2)	11,5	(8,0 - 14,9)	9,0	(6,8 - 11,3)
35-39	6,5	(3,9 - 9,2)	7,8	(5,1 - 10,5)	7,2	(5,3 - 9,1)
40-44	7,0	(4,3 - 9,7)	5,1	(2,8 - 7,4)	6,0	(4,3 - 7,8)
45-49	6,0	(3,2 - 8,8)	6,4	(3,4 - 9,3)	6,2	(4,2 - 8,2)
50-54	11,1	(7,2 - 15,0)	6,6	(3,7 - 9,6)	8,8	(6,4 - 11,2)
55-59	9,1	(5,2 - 13,0)	8,5	(5,2 - 11,9)	8,8	(6,2 - 11,3)
60-64	16,8	(11,9 - 21,7)	6,7	(3,7 - 9,7)	11,3	(8,5 - 14,1)
Total	7,4	(6,5 - 8,4)	7,6	(6,7 - 8,5)	7,5	(6,8 - 8,2)
* NIVEL DE ESTUDIOS						
Universitarios	4,2	(2,9 - 5,5)	5,0	(3,5 - 6,4)	4,6	(3,6 - 5,5)
Secundarios segundo grado	5,8	(4,4 - 7,3)	7,8	(6,2 - 9,5)	6,8	(5,7 - 7,9)
Secundarios primer grado	9,9	(7,8 - 12,1)	9,8	(7,8 - 11,8)	9,9	(8,4 - 11,4)
Primarios	19,2	(13,5 - 25,0)	6,7	(3,4 - 10,0)	12,3	(9,1 - 15,5)
Menos de primarios	13,1	(5,8 - 20,4)	9,1	(5,0 - 13,2)	10,3	(6,7 - 14,0)
* CLASE SOCIAL						
Clase I	4,4	(2,6 - 6,2)	5,6	(3,2 - 8,0)	4,9	(3,5 - 6,4)
Clase II	5,4	(3,2 - 7,7)	5,3	(2,7 - 7,9)	5,4	(3,7 - 7,1)
Clase III	7,3	(5,4 - 9,3)	6,8	(5,0 - 8,5)	7,0	(5,7 - 8,3)
Clase IVa	10,0	(7,6 - 12,4)	8,6	(5,7 - 11,5)	9,5	(7,6 - 11,3)
Clase IVb	9,0	(5,9 - 12,2)	9,4	(6,9 - 11,8)	9,2	(7,3 - 11,2)
Clase V	9,3	(5,4 - 13,3)	11,9	(8,7 - 15,1)	11,0	(8,5 - 13,5)
AÑO DE LA ENCUESTA						
1995	6,3	(4,8 - 7,9)	6,1	(4,7 - 7,6)	6,2	(5,2 - 7,3)
1996	8,3	(6,6 - 10,0)	4,1	(2,9 - 5,3)	6,1	(5,1 - 7,2)
1997	9,7	(7,8 - 11,5)	6,0	(4,6 - 7,5)	7,8	(6,6 - 8,9)
1998	7,0	(5,4 - 8,6)	4,7	(3,4 - 5,9)	5,8	(4,8 - 6,8)
1999	8,0	(6,3 - 9,7)	6,8	(5,2 - 8,3)	7,4	(6,2 - 8,5)
2000	7,7	(6,0 - 9,4)	9,2	(7,5 - 11,0)	8,5	(7,3 - 9,7)
2001	6,6	(5,0 - 8,1)	6,8	(5,2 - 8,3)	6,7	(5,6 - 7,8)

[†] Sin consumo de alcohol los últimos 30 días, pero con consumo regular de al menos una vez a la semana en periodos anteriores.

* Datos de la muestra representativa, años 1999-2001.

Fuente: SIVRENT-A. Instituto de Salud Pública.

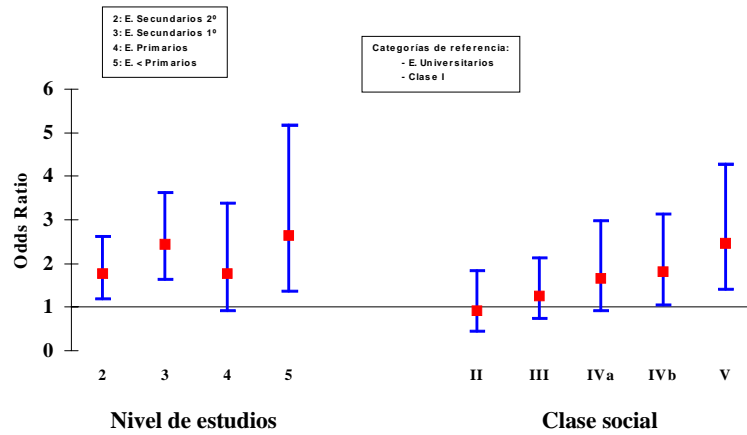
Figura 15. Proporción de bebedores anteriores según género y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

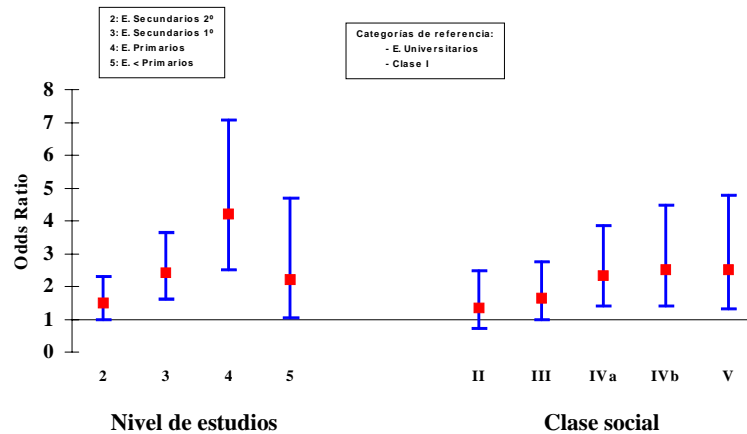
En cuanto al nivel de estudios, al ajustar por la edad en el análisis de regresión logística, todas las categorías de la variable nivel de estudios presentan mayor probabilidad de ser bebedor anterior respecto a los que tienen estudios universitarios (figura 16). La clase social también mostró esta misma dirección ya que se observa Odds Ratios (OR) en las clases más bajas cercanos a 2 respecto a los de mayor clase social. En el mismo sentido, las mujeres con menor nivel de estudios, así como las de clase social más baja presentaron OR de 2,6 y 2,4, respecto a las mujeres clasificadas en las categorías más altas (figura 17).

Figura 17. Consumo anterior según el nivel de estudios y la clase social en las mujeres. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

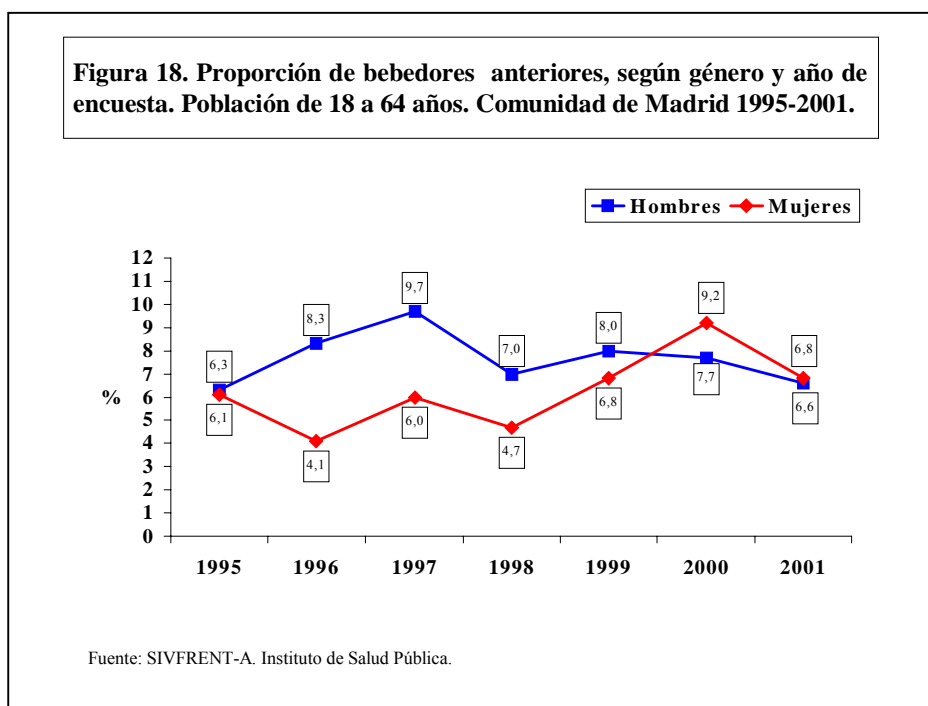
Figura 16. Consumo anterior según el nivel de estudios y la clase social en los hombres. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

La evolución de la proporción de bebedores anteriores se describe en la figura 18. Se observa un patrón más irregular que en anteriores indicadores dado que la población base está formada por aquellas personas que no han consumido alcohol durante el último mes,

lo que conlleva un menor poder estadístico y por tanto mayor variabilidad de las estimaciones. La proporción observada en el 2001 es muy parecida en hombres y mujeres a la del comienzo de la serie.



El motivo principal de reducción o abandono del consumo de bebidas alcohólicas de los bebedores anteriores corresponde a "el consejo médico", especialmente en los hombres, 32,8%, frente al 15,7% en las mujeres, seguido por "la preocupación por sus efectos" con un 17,2% en los hombres y 14,3% en las mujeres.

Test de CAGE

El test de CAGE debido a la sencillez de aplicación junto con los aceptables niveles de sensibilidad y especificidad ha sido ampliamente utilizado para detectar la dependencia alcohólica. Se utiliza como punto de corte para considerar el test positivo, la existencia de dos respuestas afirmativas de las cuatro preguntas en que consiste.

En este estudio sólo se utilizó el test en los encuestados que refirieron haber consumido alcohol en el último mes o anteriormente. La figura 19 muestra el porcentaje de bebedores según número de respuestas afirmativas y la tabla 6 los porcentajes de bebedores con respuesta afirmativa a cada una de las preguntas.

Un 69,3% de bebedores, tanto habituales como anteriores, respondieron negativamente a todas las preguntas, 81,0% de las mujeres y 60,1% de los hombres, mientras que un 12,3% respondieron afirmativamente a 2 o más preguntas. Un 12,9% de bebedores habituales presentaron dos o más respuestas afirmativas, 16,2% los hombres y 7,7% las mujeres. Mientras que en los bebedores anteriores fue de 15,7%, 31,3% los hombres y 1,4% las mujeres según los datos de la encuesta del año 2001.

En los hombres no se observa un patrón claro en la distribución por edad. Sin embargo, las población femenina bebedora habitual presenta una tendencia claramente descendente con el incremento de la edad.

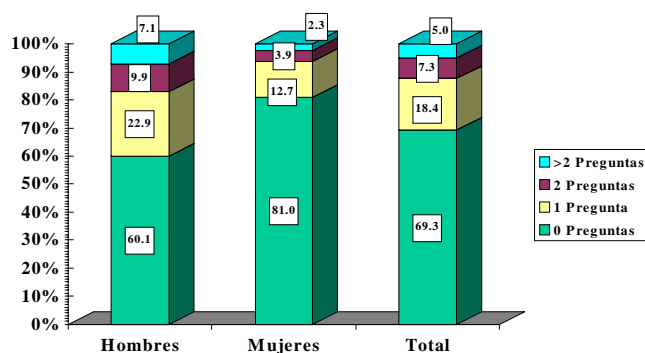
Respecto al nivel socioeconómico, en los hombres no se aprecia un patrón definido. En las mujeres, son las de menor nivel educativo las que tienen frecuencias más bajas de test de CAGE positivo. Sin embargo, estas diferencias no son apreciables por clase social.

Tabla 6. Porcentaje de bebedores con respuesta afirmativa a cada una de las preguntas del Test de CAGE, según género. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 2001.

	<u>HOMBRE</u>	<u>MUJER</u>	<u>TOTAL</u>
	<u>%</u>	<u>%</u>	<u>%</u>
1- ¿Ha tenido Ud la impresión de que debería beber menos bebidas alcohólicas?	36,8	17,8	28,4
2- ¿Se ha sentido alguna vez criticado a causa del consumo de bebidas alcohólicas?	12,5	3,5	8,6
3- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?	14,4	6,1	10,7
4- En los últimos 12 meses ¿alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de una resaca?	0,5	0,5	0,5

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

Figura 19. Porcentaje de bebedores, según número de respuestas afirmativas a las preguntas del Test de CAGE, según género. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 2001

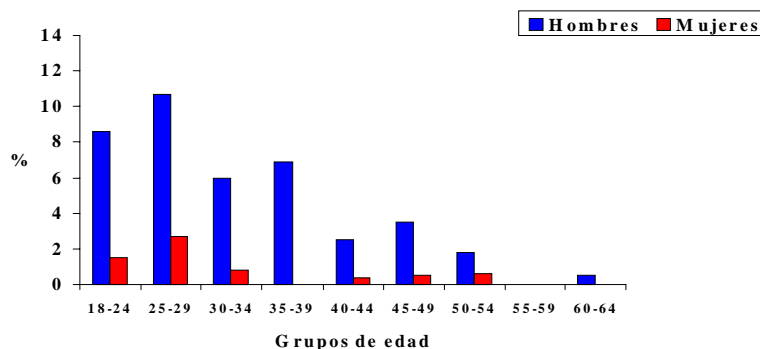


Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública

Conducir bajo los efectos del alcohol

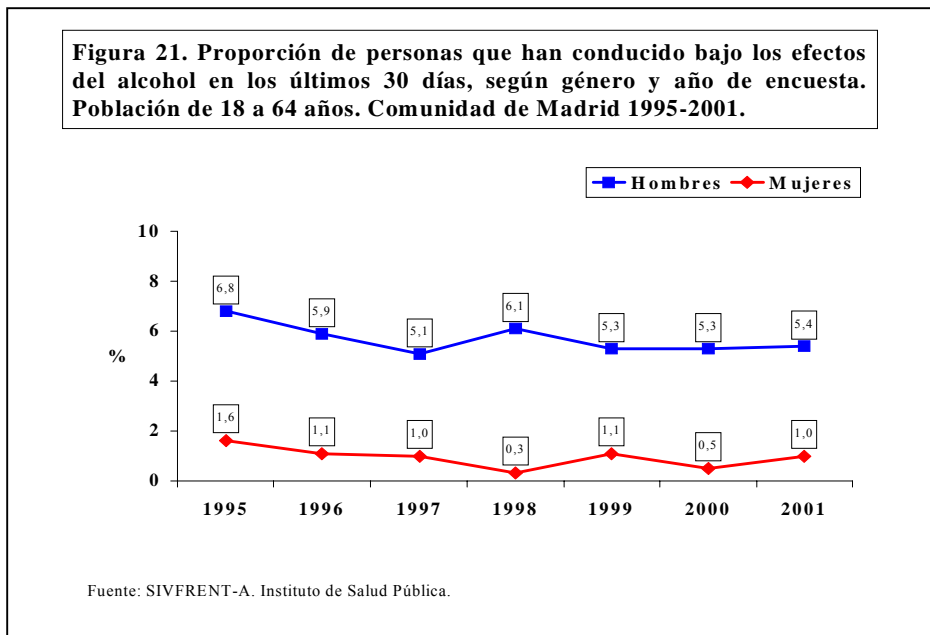
La proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol, teniendo en cuenta a los entrevistados que han conducido en los últimos 30 días, fue en el 2001 del 3,4%, siendo de un 5,4% en los hombres y del 1,0% en las mujeres. Su distribución según la edad muestra una mayor frecuencia en los grupos de edad más jóvenes tanto en hombres como en mujeres (figura 20).

Figura 20. Proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días según género y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1999-2001.



Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.

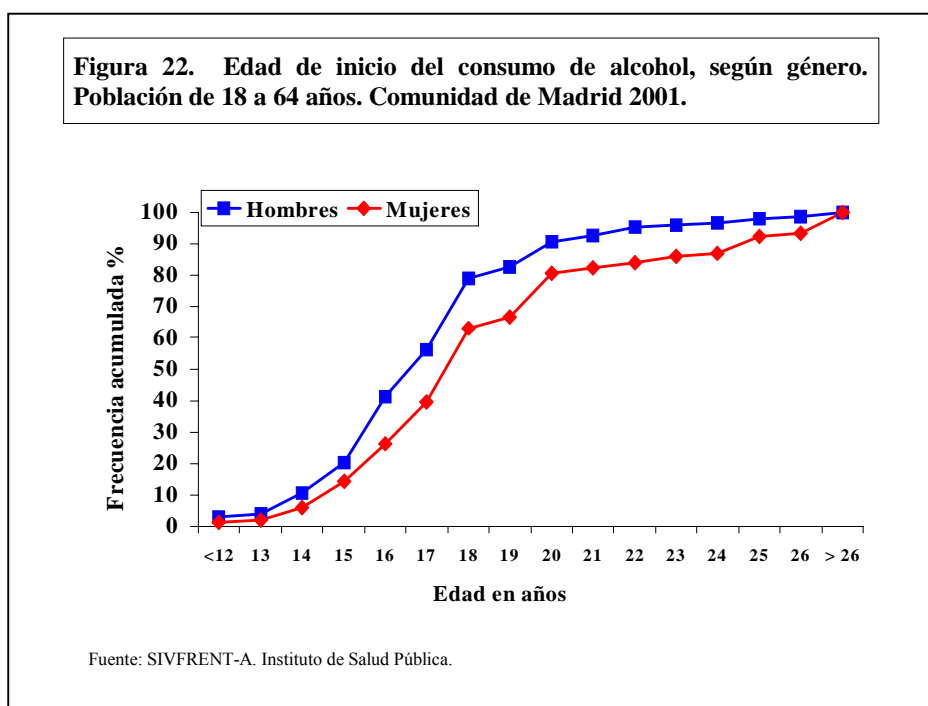
En los tres últimos años la prevalencia de conductores que han conducido bajo los efectos del alcohol se ha estabilizado respecto a la tendencia descendente observada en los hombres hasta 1997 y hasta 1998 en las mujeres (figura 21).



Edad de inicio

En la figura 22 puede observarse la frecuencia acumulada de la edad de comienzo del consumo habitual de bebidas alcohólicas, al menos una vez al mes, según los datos de 2001. Se incluyeron en el análisis aquellas personas que consumieron alguna cantidad de alcohol durante el último mes.

La edad media de inicio en los hombres fue de 17,4 años y una mediana de 17 años. En las mujeres fue de 19,1 años y mediana de 18 años.



Día de la semana

Alrededor del 40% del consumo de alcohol se produce en días laborables y el 60% durante el fin de semana, siendo el sábado el día de mayor consumo. Esta distribución es muy similar en hombres y mujeres.

Consumo en población juvenil

Las características de la muestra según las variables sociodemográficas se describen en la tabla 7.

Tabla 7 Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas de la población juvenil de la Comunidad de Madrid.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
^ EDAD EN AÑOS						
15	1125	38,8	1350	43,4	2484	41,1
16	1131	38,9	1175	37,5	2306	38,2
17 y más	655	22,5	598	19,1	1253	20,7
Total	2911	100,0	3132	100,0	6043	100,0
^ ESTUDIOS DE LOS PADRES						
Superiores	695	27,7	893	28,1	1588	26,9
Medios	669	26,6	688	25,9	1357	26,2
Básicos	913	36,3	1003	37,8	1916	37,0
Sin estudios	239	9,5	271	10,2	510	9,9
Total	2517	100,0	2655	100,0	5172	100,0
^ OCUPACIÓN DE LOS PADRES						
Trabaja	2732	94,4	2890	94,3	5622	94,3
No trabaja	163	5,6	178	5,7	339	5,7
Total	2895	100,0	3068	100,0	5963	100,0
AÑO DE LA ENCUESTA						
1996	873	11,8	915	11,9	1788	11,9
1997	1225	16,5	1370	17,9	2595	17,2
1998	1319	17,8	1170	15,2	2489	16,5
1999	1038	14,0	1076	14,0	2114	14,0
2000	966	13,0	900	11,7	1866	12,3
2001	1001	13,5	1110	14,4	2111	14,0
2002	984	13,3	1148	14,9	2132	14,1
Total	7406	100,0	7694	100,0	15100	100,0

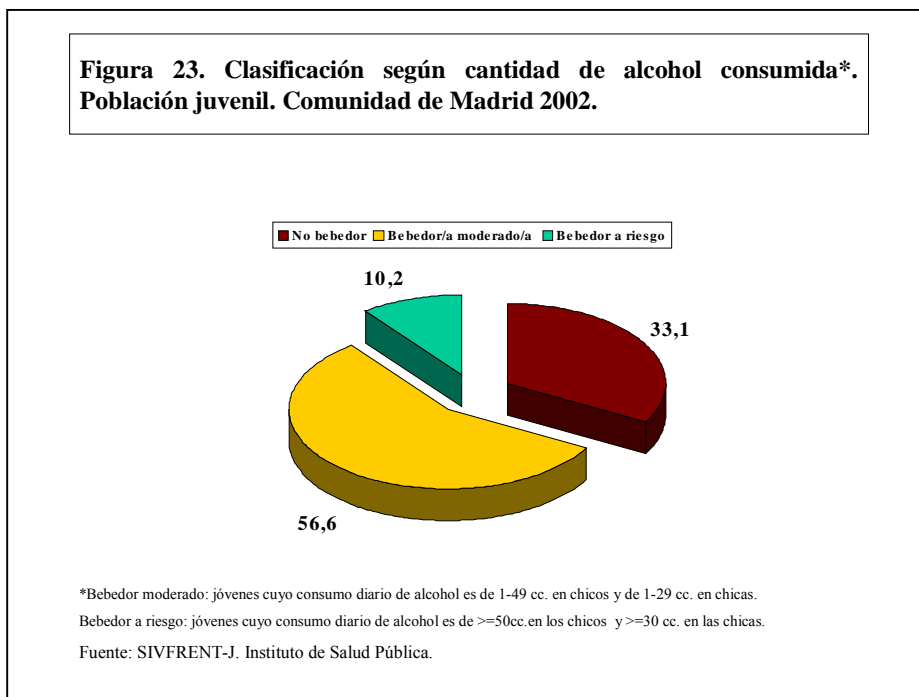
* Datos de la muestra agregada, años 2000 - 2002.

Plaza: SIVFRENT-J. Instituto de Salud Pública.

Según los datos de la encuesta de 2002, el 63,7% de los jóvenes consumió algún tipo de bebida alcohólica en los 30 días previos a la realización de la entrevista, mientras que el 36,8% no tomó ninguna. Un porcentaje importante consume alcohol esporádicamente: el 28% consumió solamente 1 o 2 días, y por el contrario, el 4,8% lo hizo durante 20 días o más.

Aunque las diferencias no son muy grandes por género, se aprecia un consumo más elevado en hombres en frecuencias altas de consumo.

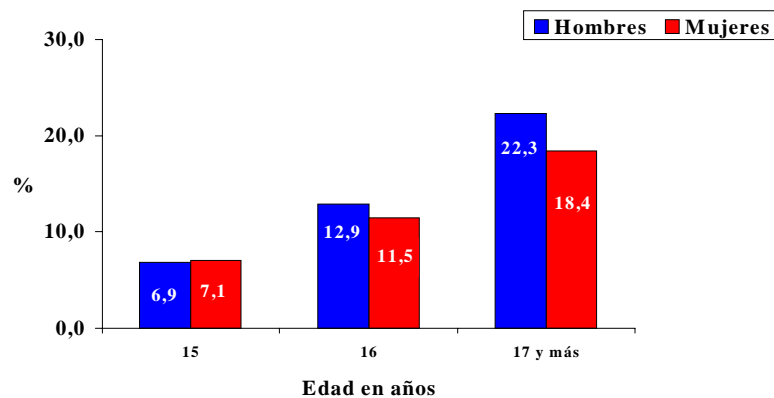
En el 2002 a partir de la frecuencia habitual de consumo, el 33,1% de los jóvenes se clasifican como no bebedores, el 56,6% beben moderadamente y el 10,2% son bebedores de riesgo (figura 23).



Bebedores de riesgo

Se observa una tendencia creciente en la prevalencia de bebedores de riesgo según aumenta la edad, tanto en hombres como en mujeres (tabla 8 y figura 24). Los porcentajes fueron ligeramente mayores en los hombres que en las mujeres, excepto a los 15 años, edad en la que se observa estimaciones similares.

Figura 24. Proporción de bebedores de riesgo* según género y edad. Población juvenil. Comunidad de Madrid 2000-2002.



*Jóvenes con consumo diario de alcohol ≥ 50 cc. en los chicos y ≥ 30 cc. en las chicas.

Fuente: SIVFRENT-J. Instituto de Salud Pública.

Tabla 8. Prevalencia de bebedores a riesgo^a según las variables sociodemográficas de la población juvenil de la Comunidad de Madrid.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
* EDAD EN AÑOS						
15	6,9	(5,8 - 8,4)	7,1	(5,8 - 8,5)	7,0	(6,0 - 8,1)
16	12,9	(11,0 - 14,9)	11,5	(9,7 - 13,3)	12,2	(10,9 - 13,5)
17 y más	22,3	(19,1 - 25,5)	18,4	(15,3 - 21,5)	20,4	(18,2 - 22,7)
Total	12,0	(11,0 - 14,0)	11,0	(9,9 - 12,1)	11,9	(11,0 - 12,7)
* ESTUDIOS DE LOS PADRES						
Superiores	12,9	(10,4 - 15,4)	8,1	(6,1 - 10,1)	10,5	(8,9 - 12,1)
Medios	12,6	(10,0 - 15,1)	10,6	(8,3 - 12,9)	11,6	(9,9 - 13,3)
Básicos	12,5	(10,3 - 14,6)	13,3	(11,2 - 15,4)	12,9	(11,4 - 14,4)
Sin estudios	18,4	(13,5 - 23,3)	11,4	(7,6 - 15,2)	14,7	(11,6 - 17,8)
* OCUPACIÓN DE LOS PADRES						
Trabaja	12,5	(11,3 - 13,8)	10,8	(9,7 - 12,0)	11,7	(10,8 - 12,5)
No trabaja	17,0	(11,9 - 23,7)	10,2	(5,7 - 14,7)	13,9	(10,2 - 17,5)
AÑO DE LA ENCUESTA						
1996	16,0	(14,4 - 19,3)	15,7	(13,8 - 18,1)	16,2	(14,5 - 17,9)
1997	15,4	(13,4 - 17,5)	12,1	(10,4 - 13,8)	13,6	(12,3 - 15,0)
1998	15,1	(13,2 - 17,0)	12,1	(10,3 - 14,0)	13,7	(12,3 - 15,0)
1999	14,4	(12,2 - 16,5)	16,4	(14,2 - 18,7)	15,4	(13,9 - 16,9)
2000	14,5	(12,3 - 16,7)	12,1	(10,0 - 14,2)	13,3	(11,8 - 14,9)
2001	13,6	(11,5 - 15,7)	10,9	(9,1 - 12,7)	12,2	(10,8 - 13,6)
2002	10,3	(8,4 - 12,2)	10,2	(8,5 - 12,0)	10,2	(9,0 - 11,5)

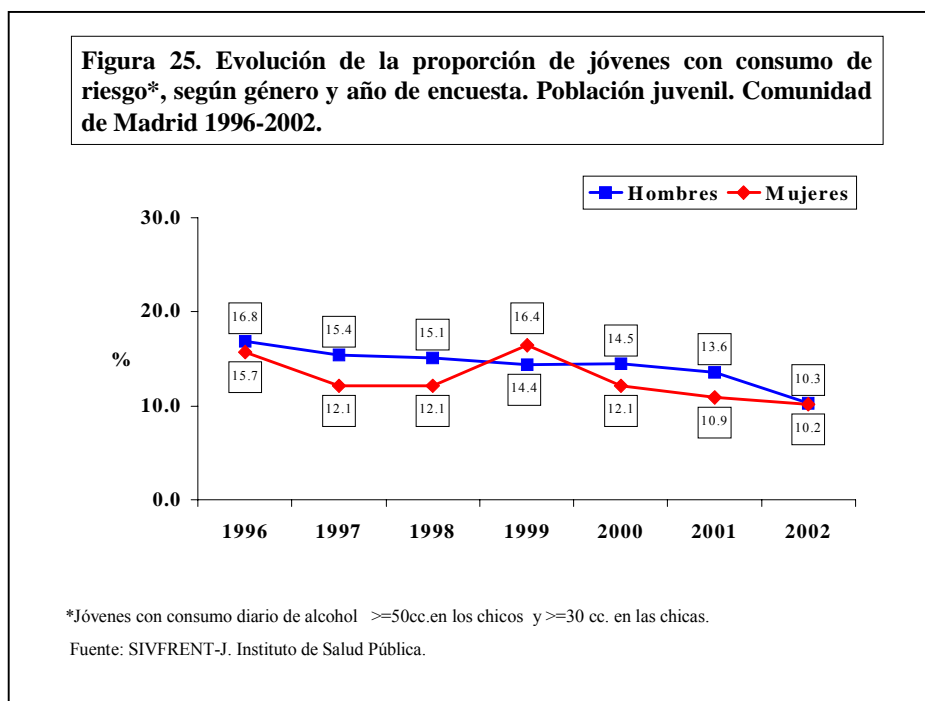
^aBebedores con consumo diario de alcohol ≥ 50 cc en los chicos y ≥ 30 cc en las chicas.

^bDatos de la muestra estratificada, años 2000 - 2002.

Fuente: SIVSEB27-J. Instituto de Salud Pública.

Según las variables socioeconómicas, no se observa un patrón definido respecto al nivel de estudios, destacando una mayor probabilidad de ser bebedor de riesgo en las mujeres cuyos padres tienen estudios básicos respecto a los que tienen estudios universitarios. En cuanto a la ocupación de los padres, tampoco se observan grandes diferencias.

La evolución en la prevalencia de bebedores a riesgo, como puede verse en la figura 25, presenta en los hombres un descenso progresivo a lo largo de toda la serie. En las mujeres también se observa una tendencia decreciente, exceptuando el año 1999 en el que experimentó un incremento. El descenso relativo en el 2002 respecto a 1996 en los hombres es del 38,6% y en las mujeres del 35%.



Consumo excesivo en una misma ocasión

El consumo excesivo en una misma ocasión (consumo en un corto periodo de tiempo de 60 cc o más de alcohol), se puede ver desagregado por las variables sociodemográficas en la tabla 9.

La proporción de jóvenes con un consumo excesivo en una misma ocasión en el 2002 fue de 39,9%. La prevalencia fue mayor en los hombres que en las mujeres, 45,9% y 34,9% respectivamente.

Según la edad, la proporción de consumidores excesivos se incrementa a medida que aumenta la edad, tanto en los hombres como en las mujeres. Así la proporción de jóvenes de 17 y más años con consumos excesivos en una misma ocasión duplica a la estimada en los que tienen 15 años.

Al analizar la relación de este indicador según el nivel socioeconómico de los padres, no se aprecia en los hombres asociación con el nivel de estudios ni con la ocupación. En las mujeres tampoco se observa relación con la ocupación pero sí con los estudios, incrementándose el riesgo de ser consumidoras excesivas en una misma ocasión aquellas mujeres cuyos padres tienen menor nivel de estudios (tabla 9).

Tabla 9 Proporción de jóvenes con consumo excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días, según las variables sociodemográficas de la población juvenil de la Comunidad de Madrid.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
* EDAD EN AÑOS						
15	37,3	(34,3 - 40,3)	28,6	(26,1 - 31,1)	32,5	(30,5 - 34,5)
16	49,1	(46,8 - 52,1)	39,6	(36,7 - 42,5)	44,1	(42,0 - 46,2)
17 años	66,8	(62,6 - 70,2)	54,8	(50,2 - 59,7)	60,8	(58,0 - 63,7)
Total	49,7	(46,8 - 50,6)	37,8	(36,0 - 39,5)	43,0	(41,7 - 44,3)
* ESTUDIOS DE LOS PADRES						
Supervisores	44,5	(40,6 - 48,4)	28,9	(25,4 - 32,5)	36,7	(34,1 - 39,4)
Medios	50,0	(46,8 - 54,0)	37,0	(33,3 - 40,8)	43,4	(40,6 - 46,1)
Másicos	50,5	(47,1 - 53,9)	43,3	(40,1 - 46,6)	46,7	(44,4 - 49,1)
Sin estudios	50,7	(46,8 - 57,6)	44,0	(37,6 - 50,4)	47,2	(42,6 - 51,8)
* OCUPACIÓN DE LOS PADRES						
Trabaja	48,5	(46,5 - 50,5)	37,3	(35,5 - 39,2)	42,7	(41,4 - 44,1)
No trabaja	52,1	(43,8 - 60,4)	40,8	(33,1 - 48,5)	46,1	(40,4 - 51,8)
AÑO DE LA ENCUESTA						
1996	41,8	(38,5 - 45,2)	35,0	(31,8 - 38,1)	38,4	(36,1 - 40,7)
1997	53,2	(50,2 - 56,1)	41,1	(38,4 - 43,8)	46,7	(44,7 - 48,7)
1998	47,4	(44,6 - 50,1)	38,9	(36,1 - 41,8)	43,4	(41,4 - 45,4)
1999	48,7	(45,6 - 51,9)	42,1	(39,1 - 45,2)	45,3	(43,1 - 47,5)
2000	50,0	(46,7 - 53,3)	39,9	(36,6 - 43,2)	45,1	(42,7 - 47,4)
2001	50,1	(46,8 - 53,5)	38,9	(35,9 - 41,9)	44,2	(41,9 - 46,4)
2002	45,9	(42,5 - 49,3)	34,9	(31,9 - 37,8)	39,9	(37,6 - 42,1)

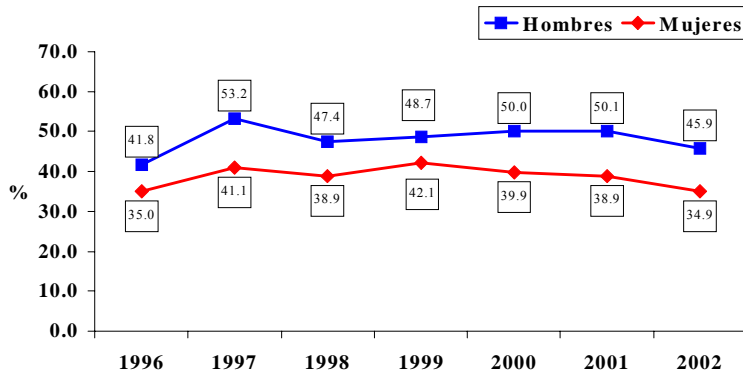
* Consumo de alcohol en una misma ocasión ≥ 60 cc.

** Datos de la muestra en su totalidad, años 2000 - 2002.

Fuente: SIVISSIHT-J. Instituto de Salud Pública.

La evolución de la prevalencia de consumidores excesivos en una misma ocasión presenta un patrón diferente al de bebedores de riesgo. A diferencia de aquellos, en los que se observa de forma consistente un descenso, el consumo excesivo en una misma ocasión se incrementa en una primera fase de la serie, estabilizándose en el 2000 - 2001 en los hombres y en 1998 - 2000 en las mujeres, para descender posteriormente (figura 26).

Figura 26. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo excesivo en una misma ocasión*, según género y año de encuesta. Población juvenil. Comunidad de Madrid 1996-2002.



*Consumo de alcohol en una misma ocasión ≥ 60 cc.

Fuente: SIVFRENT-J. Instituto de Salud Pública.

Borracheras

Uno de cada dos jóvenes se ha emborrachado en los últimos 12 meses y uno de cada cuatro en los últimos 30 días, no existiendo diferencias entre hombres y mujeres. Según la edad, se observa un importante incremento a medida que ésta aumenta, siendo la proporción 1,6 veces más frecuente en los que tienen 17 años y más respecto a los de 15. Destaca la mayor frecuencia de borracheras en las chicas que en los chicos a los 15 años (tabla 10).

Tabla 10 Proporción de jóvenes que se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses, según las variables sociodemográficas de la población juvenil de la Comunidad de Madrid.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
EDAD EN AÑOS						
15	36,9	(34,8 - 39,7)	41,8	(39,1 - 44,4)	39,5	(37,6 - 41,5)
16	52,9	(50,8 - 55,8)	50,8	(47,9 - 53,7)	51,8	(49,8 - 53,9)
17 y más	66,3	(62,7 - 69,9)	63,0	(59,1 - 66,9)	64,7	(62,1 - 67,4)
Total	49,8	(48,8 - 51,7)	49,3	(47,5 - 51,0)	49,6	(48,3 - 50,8)
ESTUDIOS DE LOS PADRES						
Superiores	48,0	(44,2 - 51,7)	43,5	(39,8 - 47,2)	45,7	(43,1 - 48,4)
Medios	52,7	(48,9 - 56,5)	48,6	(44,8 - 52,4)	50,6	(48,0 - 53,2)
Básicos	49,8	(43,8 - 55,8)	52,6	(49,3 - 55,7)	50,8	(48,6 - 53,1)
Sin estudios	53,6	(47,2 - 59,9)	49,4	(43,4 - 55,4)	51,4	(47,0 - 55,7)
OCCUPACIÓN DE LOS PADRES						
Trabaja	49,8	(48,8 - 51,7)	48,8	(47,0 - 50,7)	49,3	(48,0 - 50,6)
No trabaja	46,3	(38,6 - 54,0)	51,7	(44,3 - 59,2)	49,1	(43,7 - 54,5)
AÑO DE LA ENCUESTA						
1996	51,0	(47,6 - 54,3)	52,1	(48,8 - 55,3)	51,6	(49,3 - 53,9)
1997	54,6	(51,8 - 57,4)	51,8	(48,8 - 54,1)	52,9	(50,9 - 54,8)
1998	49,3	(46,6 - 52,0)	51,3	(48,4 - 54,2)	50,2	(48,3 - 52,2)
1999	49,3	(46,2 - 52,3)	55,6	(52,7 - 58,6)	52,4	(50,3 - 54,6)
2000	51,9	(48,8 - 55,1)	51,2	(48,0 - 54,5)	51,6	(49,3 - 53,9)
2001	50,6	(47,4 - 53,7)	51,0	(48,1 - 54,0)	50,8	(48,7 - 53,0)
2002	47,1	(44,8 - 50,2)	46,1	(43,2 - 49,0)	46,5	(44,4 - 48,7)

* Datos de la encuesta agregada, años 2000 - 2002.

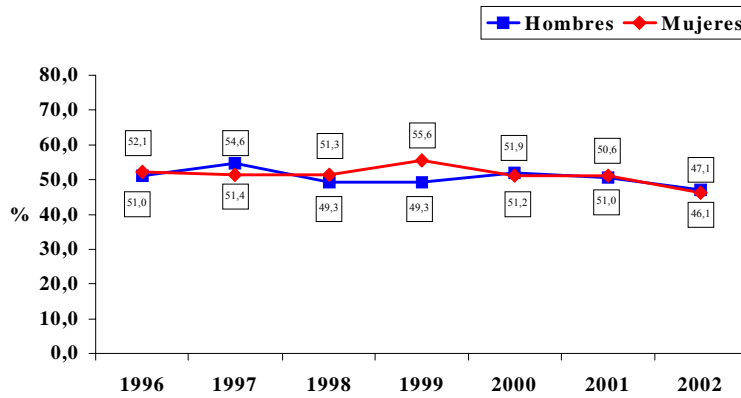
Fuente: SEVRESST-J. Instituto de Salud Pública.

La proporción de jóvenes que se emborracharon en los últimos 12 meses no muestra en los hombres una tendencia con el nivel de estudios de los padres. En las mujeres, la probabilidad es superior en aquellas cuyos padres tienen estudios básicos.

Respecto a la ocupación de los padres, en los hombres se observa una menor probabilidad en los jóvenes cuyos padres están desempleados, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, mientras que en las mujeres no se observa relación.

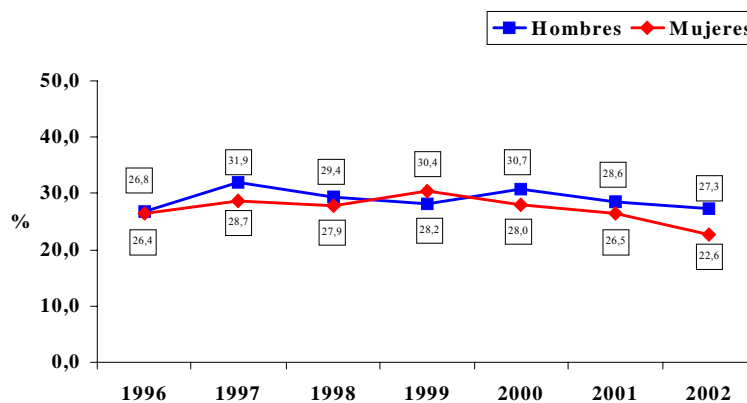
La evolución de la proporción de jóvenes que se han emborrachado en los últimos 12 meses es similar en hombres y mujeres. Se mantiene bastante estable hasta el año 2000, observándose en los tres últimos años una tendencia descendente. La prevalencia del año 2002 fue un 10% inferior respecto a la de 1996 (figura 27). Una evolución similar se aprecia en las borracheras en los últimos 30 días (figura 28).

Figura 27. Evolución de la proporción de jóvenes que se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses, según género y año de encuesta. Población juvenil. Comunidad de Madrid 1996-2002.



Fuente: SIVFRENT-J. Instituto de Salud Pública.

Figura 28. Evolución de la proporción de jóvenes que se han emborrachado alguna vez en los últimos 30 días, según género y año de encuesta. Población juvenil. Comunidad de Madrid 1996-2002.



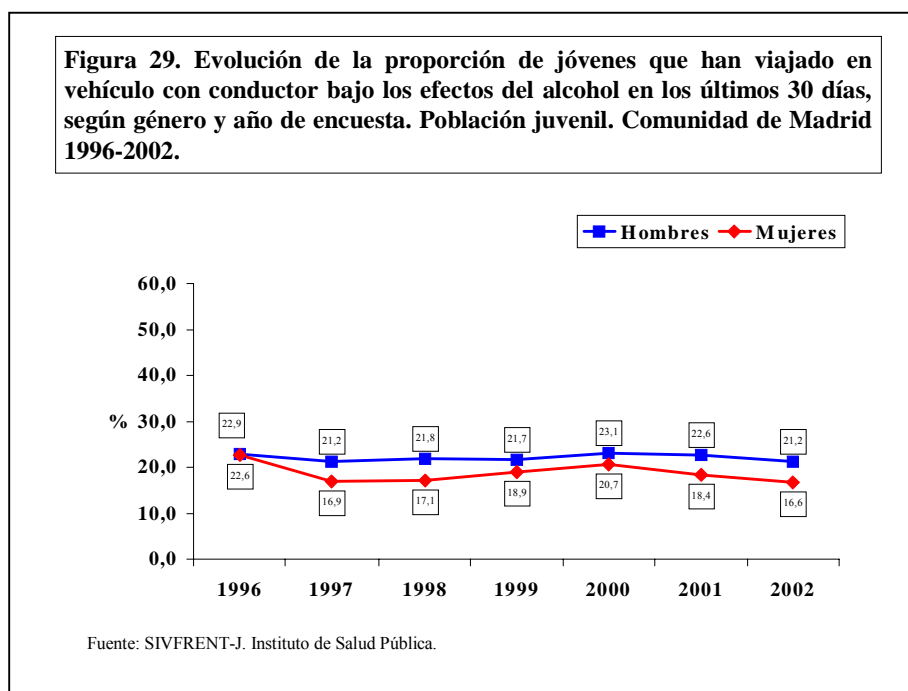
Fuente: SIVFRENT-J. Instituto de Salud Pública.

Haber viajado con el conductor bajo los efectos del alcohol

En el 2002 el 18,7% de los jóvenes ha viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor había consumido alcohol, siendo mayor el porcentaje en los hombres que en las mujeres, 21,2% y 16,6% respectivamente. El porcentaje es casi tres veces más frecuente en los jóvenes de 17 y más años que en los de 15.

Los chicos cuyos padres no trabajan presentan una mayor probabilidad de haber viajado en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol. En las mujeres no se observa esta relación, pero se encuentra asociación con el nivel de estudios de los padres, incrementándose el riesgo al descender el nivel de estudios.

La evolución de este indicador sigue un patrón parecido al de las borracheras, con un descenso en hombres y mujeres en los dos últimos años (figura 29).

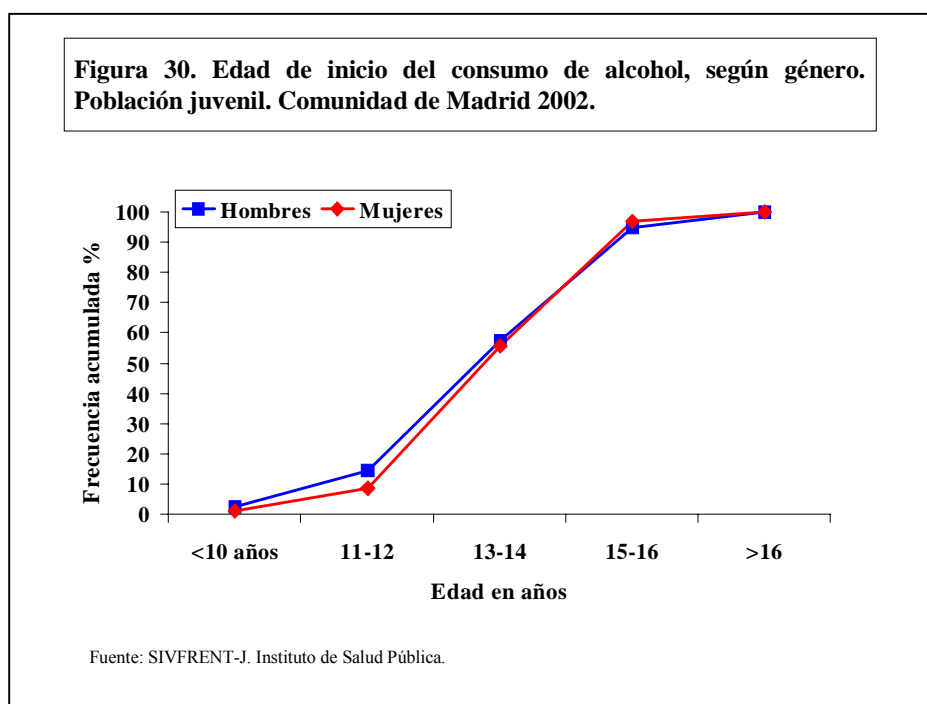


Edad de inicio

El consumo de bebidas alcohólicas realizado con regularidad, al menos una vez por semana, se inicia en los jóvenes de la Comunidad de Madrid con mayor frecuencia entre los 13 y 14 años de

edad. Según datos de la encuesta del año 2002, un 56,4% de jóvenes, 57,3% de hombres y 55,6% de mujeres se habían iniciado a esta edad en el consumo habitual.

Como se puede apreciar en la figura 30, la edad es similar en hombres y mujeres, aunque a los 11 y 12 años el porcentaje de hombres que han iniciado el consumo regular es un poco superior que el de mujeres.



Día de la semana

La ingesta de alcohol se realiza principalmente durante el fin de semana: del total de alcohol puro consumido, el 81,4% en los hombres y el 89,9% en las mujeres se produce en este período.

El sábado fue el día en que más jóvenes consumen habitualmente algún tipo de bebida alcohólica, presentando un porcentaje de 59,3%, seguido del viernes con un 42,7%. Durante los días laborables, de lunes a jueves, los jóvenes apenas consumen alcohol, siendo un 1,1% de jóvenes los que realizan algún consumo de forma habitual.

EFFECTOS SOBRE LA SALUD DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Percepción del estado de salud

La probabilidad de autodeclarar un estado de salud regular, malo o muy malo, es menor en los hombres y mujeres bebedores moderados que en los no bebedores, con significación estadística en ambos casos. Los bebedores de riesgo, tanto los hombres como las mujeres presentan también una menor probabilidad que los no bebedores, aunque la asociación no es estadísticamente significativa. Por el contrario, los hombres bebedores anteriores presentan un OR de 1,5 (0,9-2,4) mientras que en las mujeres no se observa asociación (figuras 31 y 32).

Los hombres que realizaron un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días, presentan mayor probabilidad de tener un peor estado de salud que los hombres que no realizaron este consumo, aunque no se alcanza la significación estadística. En el caso de las mujeres se observa, por el contrario, una menor probabilidad, aunque tampoco la asociación fue estadísticamente significativa.

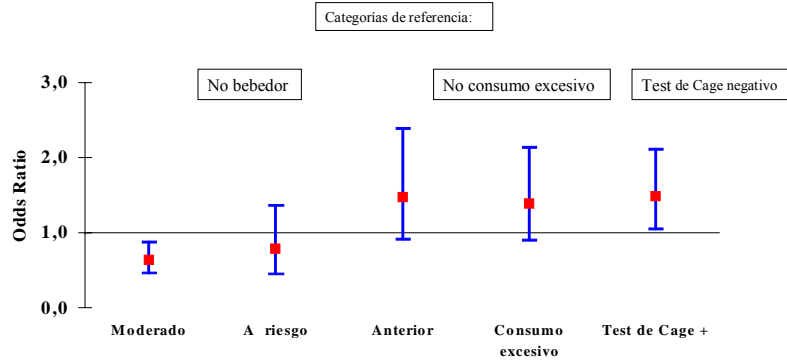
Los hombres con test de CAGE positivo presentan peor estado de salud que los que tienen el test negativo, estimándose un OR de 1,5 (1,1-2,1). En las mujeres no se observa asociación (figuras 31 y 32).

Tabla 4.36. Mortalidad atribuible al alcohol. Comunidad de Madrid, 2000

Causas (CIE-10*)	Edad	Proporción atribuible	HOMBRES		MULIERES		TOTAL
			Nº muertes totales	Muertes atribuibles	Nº muertes totales	Muertes atribuibles	Muertes atribuibles
Neoplasias							
Labio, boca, faringe (C000-C148)*	≥=35	0,5	180	90	43	17	107
Esófago (C150-C159)	≥=35	0,75	163	122	27	20	142
Hígado y conductos biliares intrahepáticos (C220-C229, C457)	≥=35	0,15	410	62	187	28	90
Laringe (C320-C329)*	≥=35	0,5	171	86	7	3	89
Trastornos mentales							
Fricción alcohólica, Síndrome de dependencia del alcohol, Abuso del alcohol (F100-F109, G312)	≥=15	1	14	14	1	1	15
Enfermedades cardiovasculares							
Cardiomiopatía alcohólica (I426)	≥=15	1	1	1	0	0	1
Enfermedades respiratorias							
Tuberculosis respiratoria (A150-A169, B909)	≥=35	0,25	24	6	14	4	10
Enfermedades aparato digestiva							
Gastritis alcohólica (K292)	≥=15	1	0	0	0	0	0
Hígado graso alcohólico, Hepatitis alcohólica aguda, Cirrosis hepática alcohólica, Daño hepático alcohólico no especificado (K700-K709)	≥=15	1	46	46	13	13	59
Otras cirrosis hepáticas (K743-K746, K746)	≥=35	0,5	244	122	145	73	195
Pancreatitis aguda (K83)	≥=35	0,42	63	26	62	26	32
Pancreatitis crónica inducida por el alcohol (K860)	≥=35	1	1	1	0	0	1
Pancreatitis crónica (K861)	≥=35	0,6	3	2	0	0	2
Lesiones no intencionadas							
Accidentes por vehículo a motor (V020-V059, V080-V099, V120-V159, V180-V199, V200-V299, V803-V805, V810-V819, V820-V869, V870-V878, V880-V888, V890, V892)	≥=0	0,42	352	148	115	48	196
Otros accidentes por vehículo terrestre (V010-V019, V100-V119, V160-V189, V800-V809, V889, V891, V893, V899)	≥=0	0,2	3	1	2	0	1
Accidentes por transporte acuático (V900-V949)	≥=0	0,2	2	0	0	0	0
Accidentes por transporte aéreo (V950-V978)	≥=0	0,16	11	2	1	0	2
Envenenamiento por alcohol (Y150-Y159)	≥=15	1	0	0	0	0	0
Caidas accidentales (W01, W100-W199)	≥=15	0,25	72	25	72	25	50
Accidentes causados por fuego (X000-X099)	≥=0	0,45	12	5	3	1	6
Aboganzamiento y sumersión accidental (W65-W74)	≥=0	0,38	24	9	5	2	11
Otras lesiones (W855, W789, W790-W799, W210-W319, W320-W349, X310-X319, Y100-Y169, Y179-Y189, Y199)	≥=15	0,25	32	8	21	5	13
Lesiones intencionadas							
Suicidio (X600-X849)	≥=15	0,28	173	48	47	13	61
Homicidio (X850-Y099)	≥=15	0,46	42	19	14	6	25
Otras causas relacionadas con el alcohol							
Poli neuropatía alcohólica (G621)	≥=15	1	0	0	0	0	0
Éxtasis de alcohol en sangre (K780)	≥=15	1	0	0	0	0	0
Total				843		285	1128
Fallecidos por todas las causas				19614		18323	37937
% mortalidad atribuible al alcohol				4,3		1,6	3,0

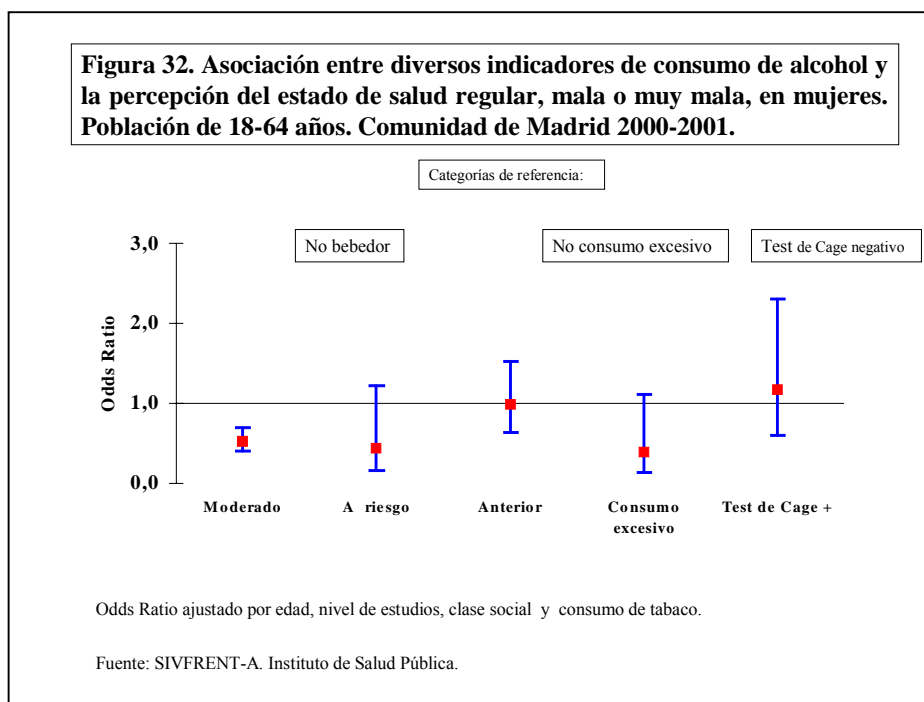
* Proporción atribuible en mujeres=0,4

Figura 31. Asociación entre diversos indicadores de consumo de alcohol y la percepción del estado de salud regular, mala o muy mala, en hombres. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 2000-2001.



Odds Ratio ajustado por edad, nivel de estudios, clase social y consumo de tabaco.

Fuente: SIVFRENT-A. Instituto de Salud Pública.



Mortalidad

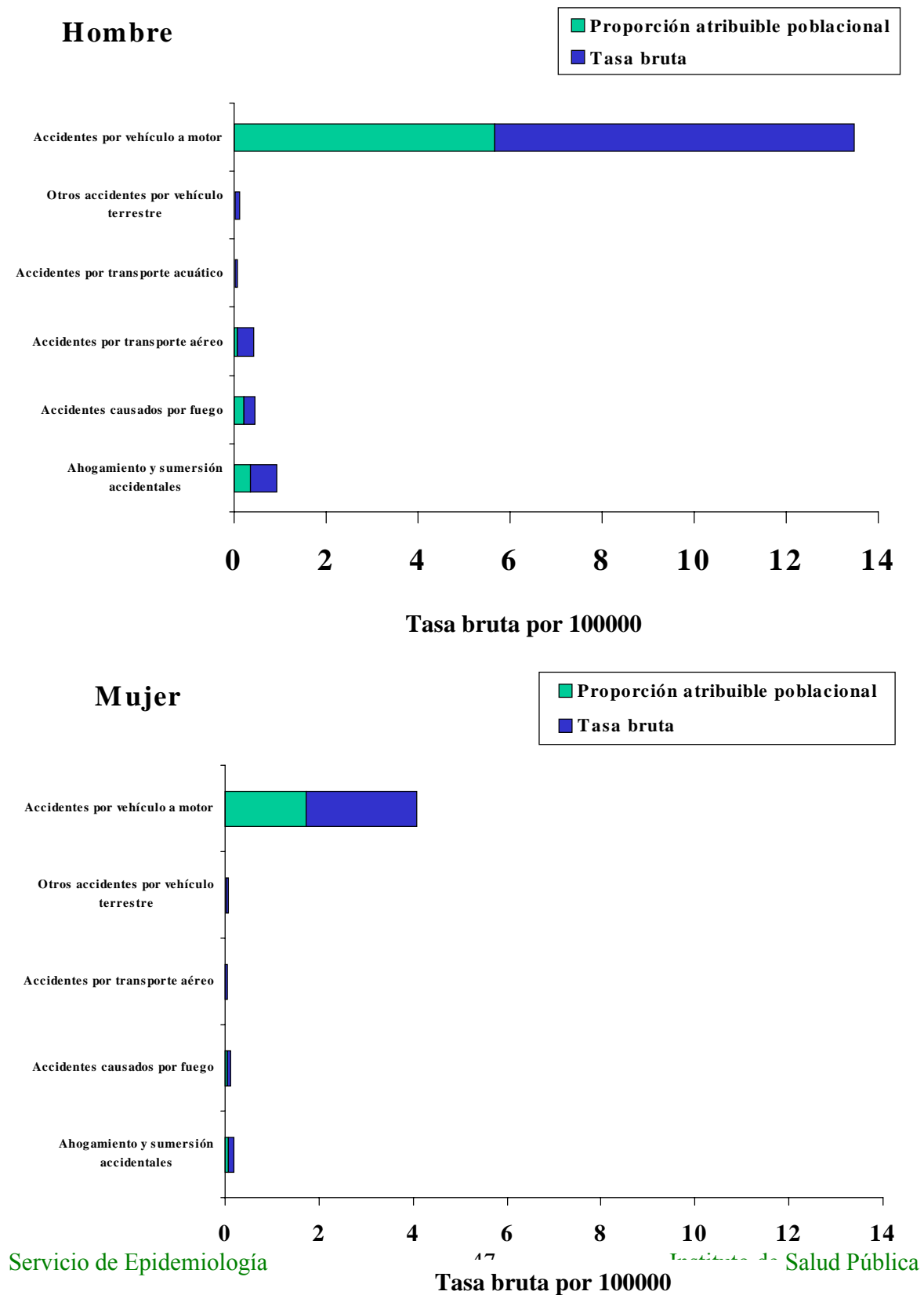
Teniendo como referencia la mortalidad de la Comunidad de Madrid del año 2000, se estima que un total de 1128 fallecimientos fueron atribuibles al consumo de alcohol, lo que representa un 3% de la mortalidad por todas las causas. Por cada cien mil hombres, 32 fallecen debido al consumo de alcohol, mientras que en las mujeres esta cifra se reduce a 10 (tabla 11).

El grupo de causas que contribuye con un mayor porcentaje a la mortalidad relacionada con el alcohol, fue el grupo de las neoplasias con un 37,9%, seguido por las enfermedades del aparato digestivo con un 27,3% y las lesiones no intencionales con un 24,8%.

Teniendo en cuenta el género, en los hombres es el grupo de las neoplasias el que origina la mayor mortalidad, un 42,6% del total. En las mujeres son las enfermedades del aparato digestivo la principal causa, un 39,1% del total de fallecimientos. El siguiente grupo con mayor porcentaje de mortalidad atribuible al alcohol, tanto en hombres como en mujeres son las lesiones no intencionales, 23,5% en hombres y 29,0% en mujeres.

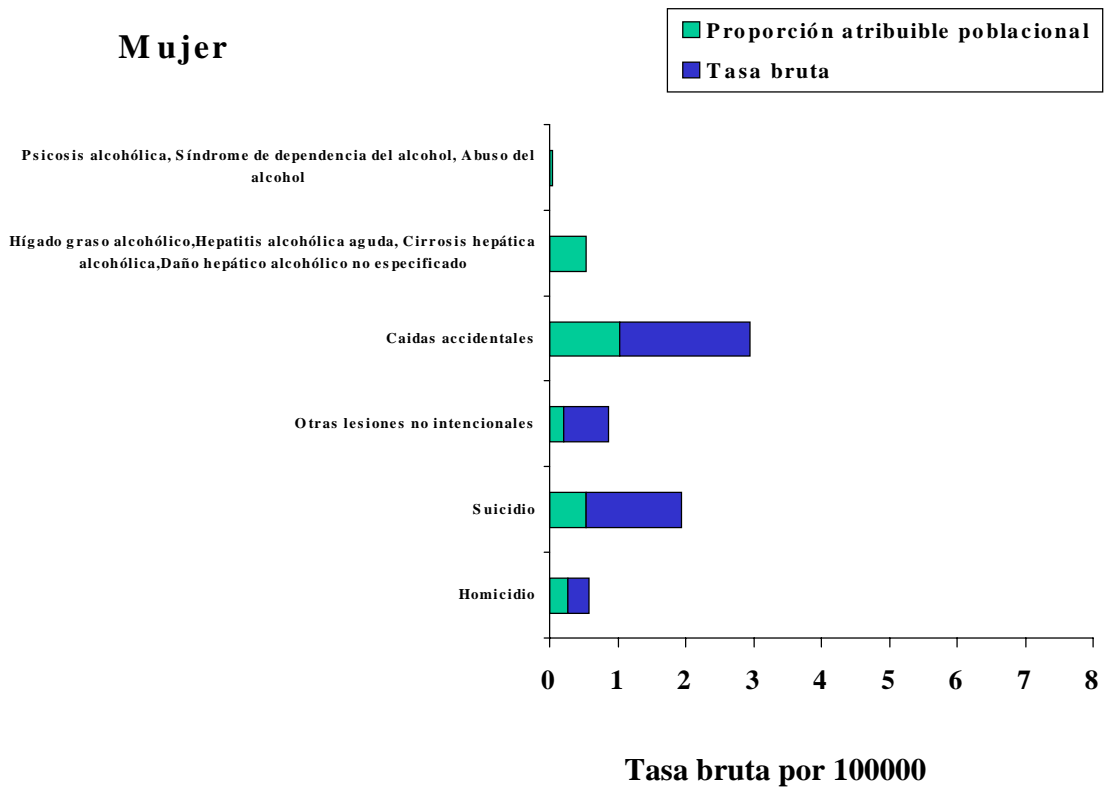
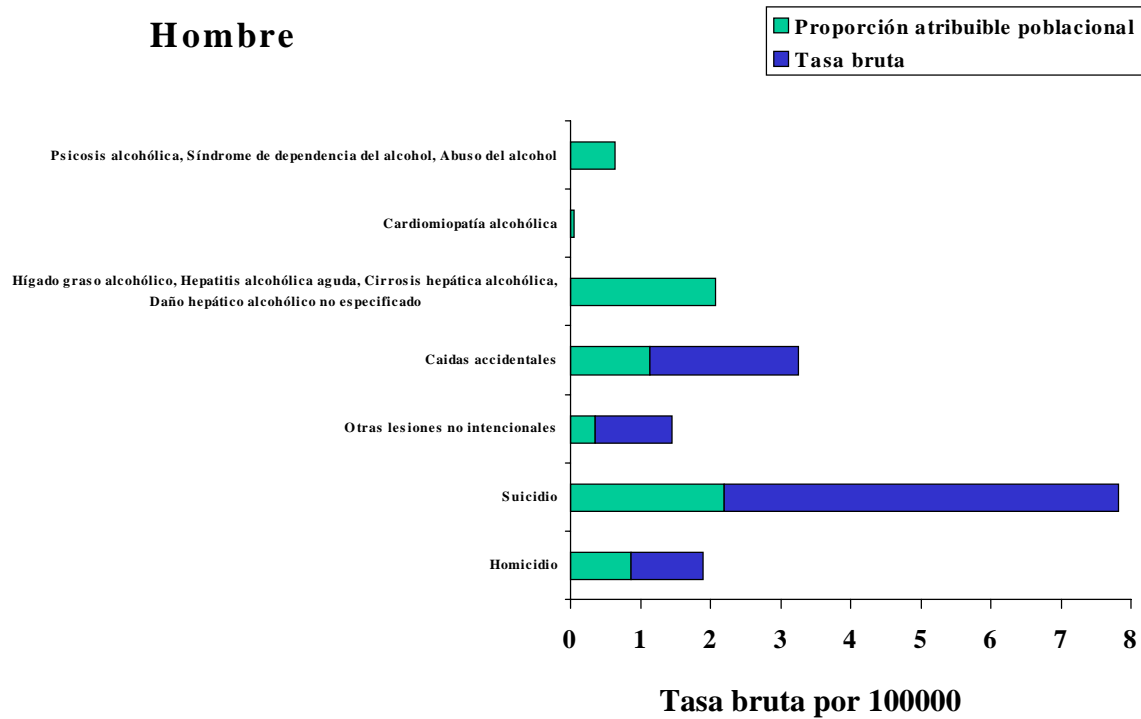
A continuación, considerando los grupos de población estratificados por edad y las causas específicas de mortalidad, se presentan las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes y la proporción atribuible poblacional al consumo de alcohol, según género (figuras 33-35).

Figura 33. Tasas brutas de mortalidad y proporción atribuible al alcohol, según género, en la población de todas las edades de la Comunidad de Madrid, 2000.



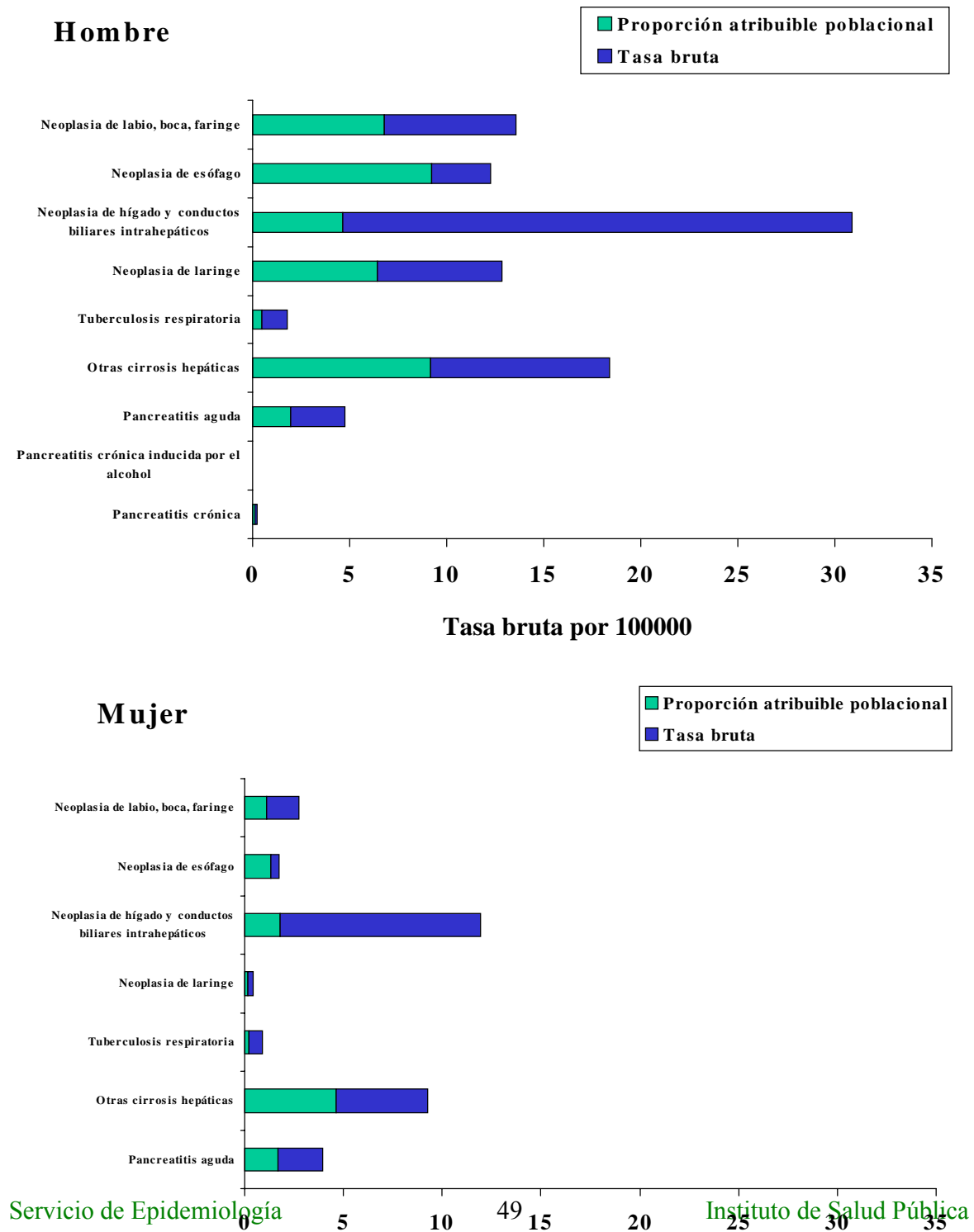
Fuente: Instituto de Salud Pública.

Figura 34. Tasas brutas de mortalidad y proporción atribuible al alcohol, según género, en la población de 15 y más años de la Comunidad de Madrid, 2000.



Fuente: Instituto de Salud Pública.

Figura 35. Tasas brutas de mortalidad y proporción atribuible al alcohol, según género, en la población de 35 y más años de la Comunidad de Madrid, 2000.



Del conjunto de causas analizadas en la población de todas las edades (figura 33), los accidentes por vehículo a motor son, tanto en hombres como en mujeres, los que originan la mayor tasa de mortalidad atribuible al alcohol, 5,7 y 1,7 por 100.000 habitantes respectivamente.

En la población masculina de 15 y más años, las causas con mayores tasas atribuibles corresponden al suicidio con 2,2 por 100.000 habitantes y el conjunto de: hígado graso alcohólico, la hepatitis alcohólica aguda, la cirrosis hepática alcohólica y el daño hepático alcohólico no especificado, con una tasa de 2,1. En las mujeres, las caídas accidentales son la causa que presenta la tasa más alta, 1 por 100.000 habitantes (figura 34).

En los hombres de 35 y más años las causas específicas con mayor tasa de mortalidad atribuible al alcohol son las neoplasias de esófago y las cirrosis hepáticas con una tasa de 9,2 por 100.000 habitantes. En las mujeres esta última causa es también la de mayor tasa, 4,6 (figura 35).

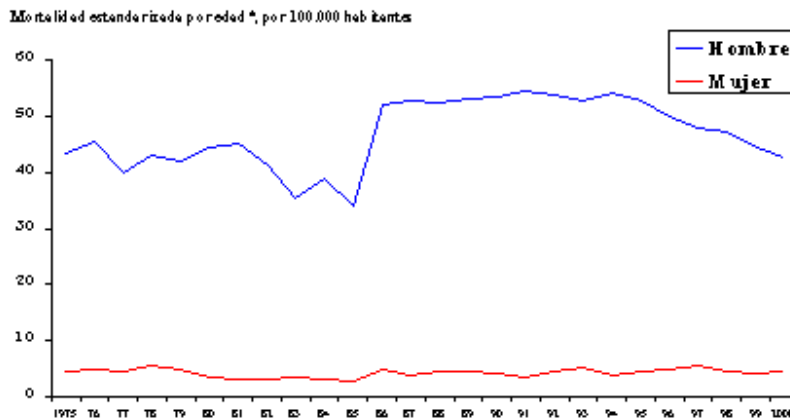
Con objeto de analizar más específicamente las tendencias, se presentan a continuación tres grupos de causas de mortalidad relacionadas con el consumo de alcohol, cuya proporción atribuible poblacional es al menos del 50%, es decir, que el consumo de alcohol determina un 50% de la enfermedad o más. Un primer grupo lo constituyen las neoplasias de labio, boca, faringe (CIE 10^a: C000-C148), esófago (C150-C159) y laringe (C320-C329); a continuación, un segundo grupo en el que se incluyen las causas atribuibles exclusivamente al alcohol, donde el 100% de la enfermedad es originada por el alcohol: psicosis alcohólica, síndrome de dependencia del alcohol y abuso del alcohol (F100-F109, G312), cardiomiopatía alcohólica (I426), gastritis alcohólica (K292), hígado graso alcohólico, hepatitis alcohólica aguda, cirrosis hepática alcohólica, daño hepático alcohólico no especificado (K700-K709) y pancreatitis crónica inducida por el alcohol (K860); también se incluyeron las lesiones no intencionales como el envenenamiento por alcohol (Y150-Y159) y otras causas relacionadas con el alcohol como la polineuropatía alcohólica (G621) y el exceso de alcohol en la sangre (R780). Un tercer grupo lo formaron las cirrosis hepáticas (K743-K746, K766).

La tendencia del grupo de neoplasias orofaríngeas, podemos observarla en la figura 36. En los hombres se observa un patrón diferenciado desde 1975 a 1985 con una tendencia descendente, para incrementarse bruscamente en 1986. Desde 1987 al 2000 volvió a recuperarse la tendencia descendente, que es especialmente marcada desde 1994. En las mujeres descendió también desde 1975 a 1985, reproduciéndose el salto en 1986 observado en los hombres, pero a diferencia de éstos, la mortalidad debida a este grupo se incrementa hasta el final del periodo. El incremento observado en 1986 pudo ser un efecto artificial debido al cambio de gestión del registro de mortalidad, que pasó del Instituto Nacional de Estadística a la Consejería de Sanidad. Este efecto ha podido observarse en el análisis de otros tipos de cáncer, probablemente como resultado de una mejora de la codificación.

En cuanto a la mortalidad producida por patologías relacionadas exclusivamente con el alcohol (figura 37), tanto en hombres como en mujeres se observa una tendencia decreciente desde 1975 hasta 1982, año en el que se alcanza la menor mortalidad. A partir de 1983 y a pesar de la variabilidad de las tasas, se produce un incremento de la mortalidad.

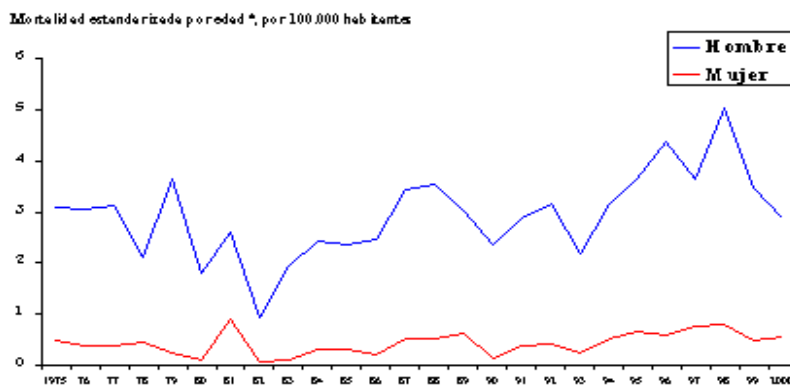
La mortalidad específica por edad causada por cirrosis hepática describe un descenso pronunciado de la mortalidad desde 1980 al 2000 en hombres y mujeres, con una reducción en estos veinte años del 50% (figura 38).

Figura 36 Tendencia de la mortalidad por neoplasias de labio, boca, faringe, esófago y laringe. Población de 35 y más años de la Comunidad de Madrid (1975-2000).



*Población estándar europea, 1990.

Figura 37 Tendencia de la mortalidad por patologías asociadas exclusivamente al consumo de alcohol*. Población de 15 y más años de la Comunidad de Madrid (1975-2000).



*Población estándar europea, 1990.

*Trastornos mentales: psicosis alcohólica, síndrome de dependencia del alcohol y abuso del alcohol.

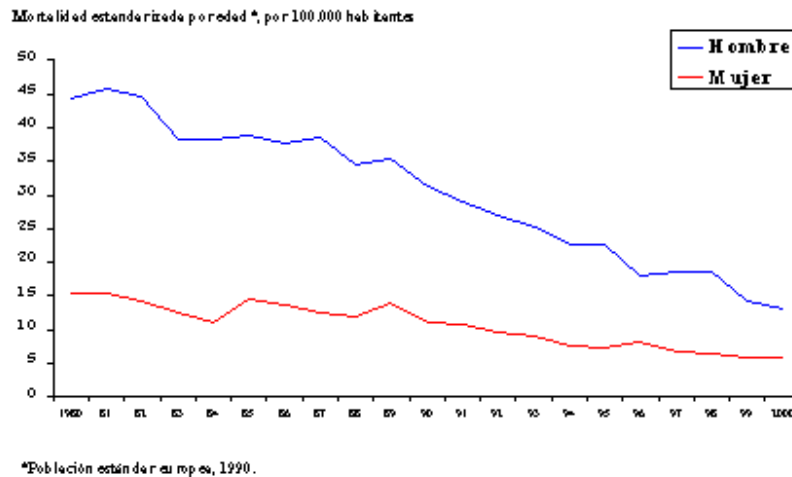
Cardiomiopatía alcohólica.

Enfermedades del aparato digestivo: gastritis alcohólica, hígado graso alcohólico, hepatitis alcohólica aguda, cirrosis hepática alcohólica, daño hepático alcohólico no especificado y pancreatitis crónica inducida por el alcohol.

Lesiones no intencionales: envenenamiento por alcohol.

Otras causas: polineuropatía alcohólica y exceso de alcohol en la sangre.

Figura 38 Tendencia de la mortalidad por cirrosis hepática. Población de 15 y más años de la Comunidad de Madrid (1980-2000).



BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez B. El alcohol como problema de salud pública. La responsabilidad de los poderes públicos. *Adicciones* 2002; 14: 291 – 301.
2. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. World Health Organization / Europe, HFA Database, June 2002.
4. Ladero JM. Complicaciones orgánicas del abuso del alcohol. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza C, Lizasoain I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S A, 1999; 259 - 282.
5. Marmot M, Bunner E. Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve. *BMJ* 1991; 303: 565 – 568.
6. Farchi G, Fidanza F, Giampaoli S et al. Alcohol and survival in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 667 - 671.
7. Maclure M. Demonstration of deductive meta-analysis: ethanol intake and risk of myocardial infarction. *Epidemiol Rev* 1993; 15: 328 – 351.
8. White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Alcohol consumption and mortality: modelling risk for men and women at different ages. *BMJ* 2002; 325: 191 – 197.
9. Thun M, Peto R, Lopez A et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *N Engl J Med* 1997; 337: 1705-14.
10. Britton A, Mckee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 328 – 332.

11. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 4. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior, 2001.
12. Rodríguez-Artalejo F, de Andrés B, Banegas JR et al. La disminución del consumo moderado de alcohol se ha asociado a un descenso de los bebedores excesivos en España en el período 1987 - 1993. *Med Clin* 1999; 113: 371 - 373.
13. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 5. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior, 2002.
14. Flores D, González J, Robledo T et al. Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005. Organización Mundial de la Salud Europa. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Consumo, Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
15. Österberg E, Karlsson T. Trends in alcohol control policies in the EU Member States and Norway, 1950-2000. WHO. Conferencia de Estocolmo sobre Alcohol y jóvenes, 2001.
16. World Health Organization. Declaration on Young People and Alcohol. WHO. Stockholm, 2001.
17. 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: 3 - 15.
18. Alvarez FJ, Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. *J Stud Alcohol* 1994; 55: 471 - 474.
19. Shultz JM, Rice DP, Parker DL. Alcohol-related mortality and years of potential life lost. United States, 1987. *MMWR* 1990; 39: 173 - 178.
20. Cipriani F, Balzi D, Sorno B, Buiatti E. Alcohol-related mortality in Italy. *Public Health* 1998; 112: 183 - 188.



TEMPORADA DE GRIPE 2002/2003 EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda, en general de curso limitado, que termina con la recuperación del enfermo en el término de 3-7 días. Su importancia deriva de su elevada capacidad de propagación, produciendo epidemias de importante repercusión comunitaria. Se han identificado tres tipos de virus influenza: A, B y C. El tipo A incluye varios subtipos según las propiedades antigénicas de las glucoproteínas de superficie: la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N).

Los cambios antigénicos que se producen periódicamente en los virus de la gripe hacen necesario adecuar cada temporada la composición de la vacuna a dispensar a la población. Las vacunas son trivalentes y están constituidas por dos cepas del virus gripal A (subtipos H1N1 y H3N2) y una cepa del virus gripal B. La mutación frecuente de los genes que codifican las glucoproteínas de superficie de los virus influenza A e influenza B, provoca la aparición de variantes que se describen según el sitio geográfico de aislamiento, el número de cultivo y el año de la identificación.

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

En la actualidad la vacunación es el único medio de que disponemos para prevenir esta enfermedad, si bien esta medida no se considera dirigida a la población general sino a determinados grupos, que pueden desarrollar cuadros graves como complicaciones de patología y/o condiciones previas. Los grupos de riesgo para esta enfermedad a los que se les recomienda la vacunación son:

- mayores de 65 años
- menores de esta edad que padecen procesos cardiovasculares y pulmonares crónicos que han requerido tratamiento médico.
- Inmunosupresión
- Personal sanitario y no sanitario que esté al cuidado de personas de alto riesgo
- Personal de servicios esenciales para la comunidad como bomberos, policías ...etc.

Como cada año la OMS ha recomendado la composición de la vacuna antigripal para la temporada 2003-2004 (WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2002-2003 season. Wkly Epidemiol Rec nº 9 2003; 78, 58-62), la vacuna debe contener:

- Antígeno análogo a A/New Caledonia/20/99 (H1N1)

- Antígeno análogo a A/Moscow/10/99 (H3N2)
- Antígeno análogo a B/Hong Kong/330/2001

En el marco de la emergencia global que surgió durante la primavera pasada a propósito del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), para esta temporada la OMS ha recomendado reforzar la campaña de inmunización de gripe en los grupos de riesgo y sobre todo en personal sanitario. Esto se debe a que la sintomatología de ambos procesos se puede confundir y no está excluida la posibilidad de que en otoño reaparezca el SRAS.

A continuación se presenta la descripción de la temporada 2002/03, a partir de los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica de gripe disponibles en la Comunidad de Madrid: morbilidad declarada al Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO) y a la Red de Médicos Centinela (RMC).

El umbral epidémico para la incidencia utilizado con los datos de la RMC, se estima en base a la media de la incidencia semanal en las 5 temporadas precedentes. Para el cálculo de las incidencias presentadas se han utilizado los datos poblacionales correspondientes al censo de 2001.

1.- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

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

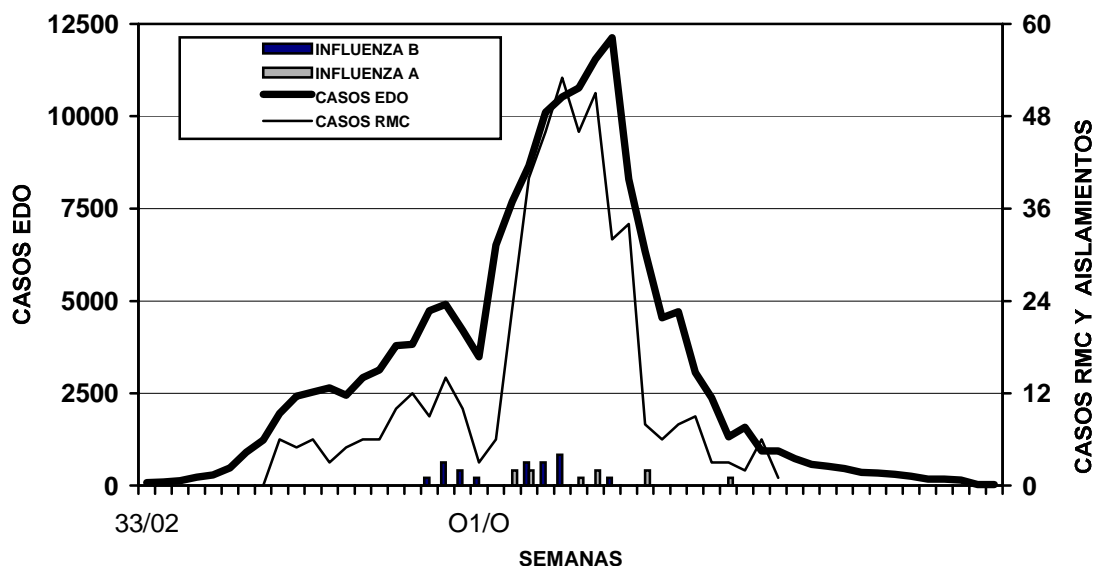
Durante la temporada 2002/03 el SNEDO ha registrado 162.592 casos de gripe, que representan una incidencia acumulada para la temporada de 2.998,0 casos por 100.000 habitantes, la semana de máxima incidencia se registró en el mes de marzo de 2003 (semana 9 entre el 2 y 8 de marzo) en la que se registraron 12.818 casos, que suponen una incidencia acumulada semanal de 223,7 casos por 100.000 habitantes (figura 1, tabla 1).

Tabla 1.- Casos notificados al SNEDO en las temporadas 1998/99 a 2002/03, en la Comunidad de Madrid.

Temporada Epidemiológica	Nº casos notificados	Incidencia en la temporada x 10 ⁵	Pico máximo (Incidencia semanal / semana-año)
1998-99	624.081	12.426,2	1.184,2 / 3-99
1999-00	379.817	7.562,	1.052,5 / 2-00
2000-01	171.360	3.411,9	183,3 / 10-01
2001-02	283.067	5.636,2	753,0 / 2-02
2002-03	162.592	2.998,0	223,7 / 9-03

- Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Figura 1.- Distribución semanal de los casos de gripe notificados al SNEDO, a la RMC y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid. Temporada 2002/03

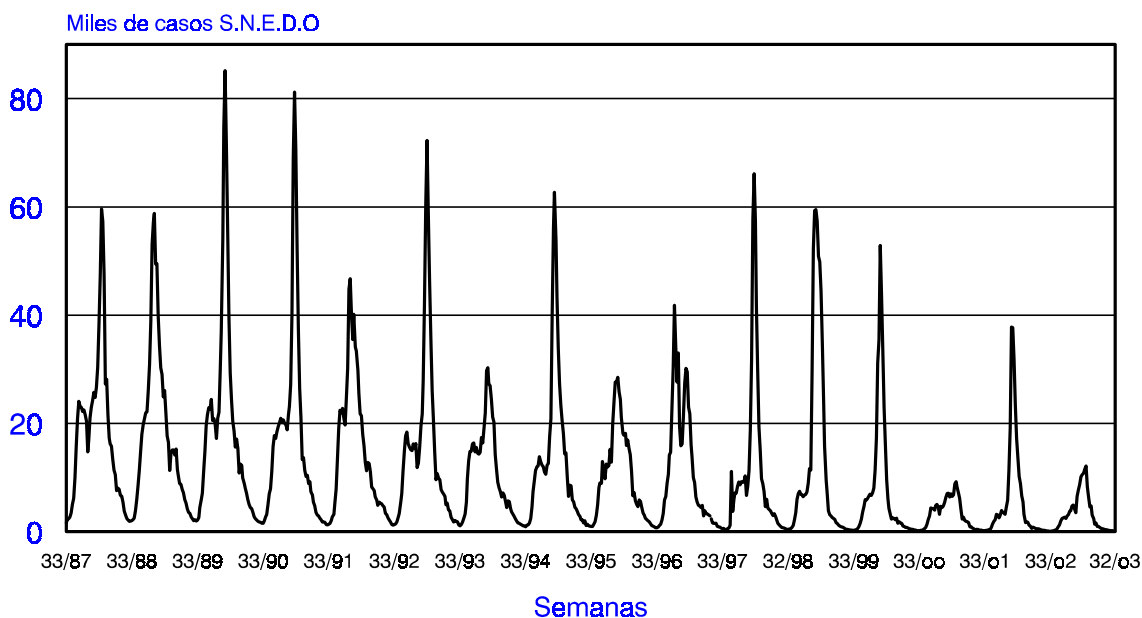


- Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid

Respecto a la temporada anterior, tanto los niveles alcanzados durante la semana de máxima incidencia como considerando la temporada en conjunto, la incidencia registrada ha sido menor. En el análisis de la serie de casos notificados a las EDO desde la temporada 1987/88, la temporada 2002/03 ha sido la de menor incidencia anual, similar a la registrada en la temporada 2000/01 (Figura 2).

En España se han notificado a las Enfermedades de Declaración Obligatoria 992.620 casos de gripe en la temporada 2002-2003, que representan una incidencia acumulada en la temporada de 2.519,73 casos por 100.000 habitantes. La semana de máxima incidencia se registró en el mes de febrero de 2003 (semana 5 entre el 2 y el 8 de febrero) en la que se registraron 66.300 casos, que suponen una incidencia acumulada semanal de 168,3 casos por 100.000 habitantes (datos provisionales).

Figura 2.- Distribución semanal de los casos notificados a las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Temporadas 1987/88 a 2002/03.



- Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria

2.- RED DE MEDICOS CENTINELA

La RMC de la Comunidad de Madrid vigila de gripe desde 1991, año en que se puso en marcha el sistema. Del conjunto de médicos de Atención Primaria que forman la Red, 25 participan en la Vigilancia Epidemiológica de la Gripe, 19 de medicina general y 6 pediatras. En total prestan atención a 35.196 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 la realización de los aislamientos virales es el del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III.

- Participar en el intercambio de esta información a nivel nacional y europeo. Los datos se remiten semanalmente al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y junto con los procedentes del resto de redes centinela del Estado se integran en el Grupo Europeo de Vigilancia de la Gripe (EISS).

Para lograr estos objetivos la participación de los médicos se concreta en la comunicación semanal de los casos nuevos de gripe que atienden en la consulta informando sobre un conjunto de variables básicas y en el envío de frotis faríngeos para el aislamiento del virus. Una forma de valorar esta participación es a través de la cobertura de notificación, que ha alcanzado esta temporada una media semanal del 76%.

Con los datos procedentes de la RMC se detectó actividad epidémica en la temporada durante 7 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima del umbral epidémico, semanas 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 de 2003. El máximo epidémico en la temporada corresponde a la semana 8, con 177,2 casos por 100.000 habitantes. Al comparar esta temporada con temporadas anteriores los niveles han sido bajos, similares a los detectados en la temporada 2000-2001 (figura 3).

Los casos notificados durante la temporada han sido 472, con una frecuencia de presentación similar en ambos sexos, 248 casos (52,5%) se declararon en hombres frente a 224 (47,4%) en mujeres. El grupo de edad con mayor número de casos es el comprendido entre 25 y 44 años con 151 casos (32,0 %), en segundo lugar y con una frecuencia muy similar, se sitúa el grupo de menores de 14 años con 146 casos (30,9%), expresando la importante afectación de la población infantil en esta temporada. La edad es desconocida en 5 casos (tabla 2).

Las manifestaciones clínicas presentadas por los casos declarados han sido: aparición súbita en el 91,9%, tos en el 91,9%, escalofríos en el 88,6%, fiebre en el 95,3%, debilidad y postración en el 87,3%, mialgias y dolores generalizados en el 84,7%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 83,3%, y contacto con enfermo de gripe en el 31,3%.

En 61 casos (12,9%) se conoce la existencia de patologías previas, el 27,9% de la cuales era respiratoria, el 41,0% circulatoria, el 8,2% metabólica y el 22,9% otra patología.

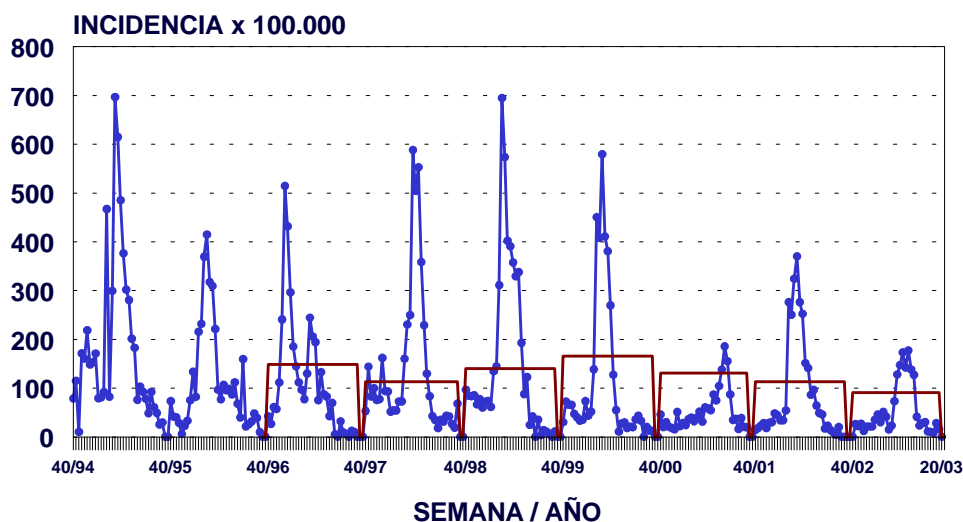
Tabla 2.- Distribución de los casos notificados a la RMC por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2002/03

	GRUPOS DE EDAD					TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	
SEXO						
Hombres	77	50	76	33	9	222
Mujeres	69	31	75	37	10	245
% Casos	31,3%	17,3%	32,3%	15,0%	4,1%	100%
%Población (censo 2001)	14,3%	13,8%	34,5%	22,8%	14,6%	100%

En 5 casos se desconoce la edad y/o el sexo

Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid.

Figura 3.- Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la RMC y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 1994/95 a 2002/03.



- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid

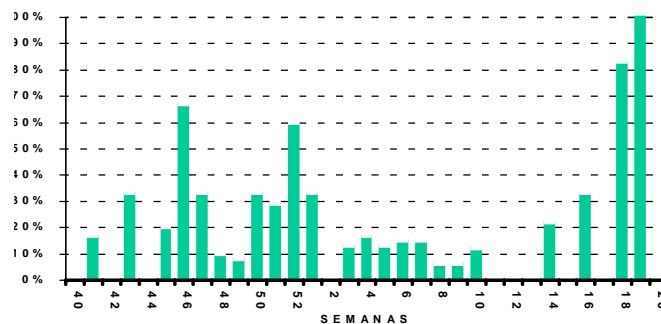
En 27 casos (5,7%) se ha registrado que se habían vacunado para esta temporada, este antecedente es desconocido en 1 caso. El mes de vacunación ha sido en la mayoría en octubre (21 casos) y el resto se reparten entre septiembre, noviembre y marzo.

Durante la temporada no se ha detectado ningún caso complicado con neumonía y tampoco se ha detectado ningún caso en el que se haya producido la derivación a la Atención Especializada o al Hospital.

Se ha recogido muestra de exudado nasofaríngeo para el aislamiento de virus influenza en 76 de los casos notificados, de ellas 28 han sido positivas. Los aislamientos positivos se han realizado entre las semanas 50 de 2002 y 14 de 2003. De los 28 virus influenza aislados, la mayoría son del tipo B, de los que se han identificado 18 virus, y el resto A, 9 H1N1 y 1 H3N2 (figura 1). Las cepas identificadas son similares, para los correspondientes tipos antigénicos, a las cepas vacunales de esta temporada (parecida a A/Moscow/10/99 (H3N2), a A/New Caledonia/20/99(H1N1) y a B/Hong Kong/330/2001).

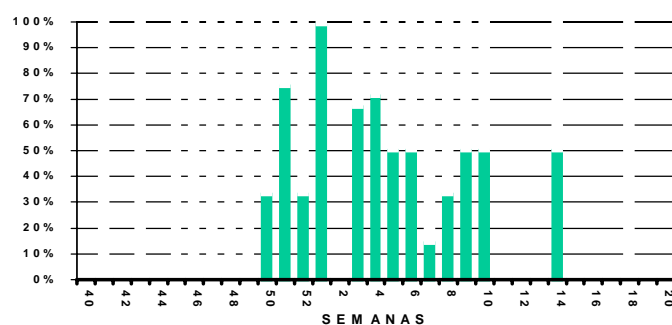
La proporción semanal de casos en los que se ha remitido muestra al laboratorio ha sido variable a lo largo de la temporada, con valores más elevados en su comienzo (figura 4); la media del porcentaje semanal de muestras recogidas sobre los casos semanales notificados ha sido de 20,5%.

Figura 4.-Distribución semanal de la proporción de casos de gripe notificados a la RMC en los que se ha remitido muestra de exudado nasofaríngeo al laboratorio. Comunidad de Madrid. Temporada 2002/03.



- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid

Figura 5.-Distribución semanal de la proporción de muestras de exudado nasofaríngeo en las que se ha realizado aislamiento de virus influenza. Comunidad de Madrid. Temporada 2002/03.



Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid

La distribución de la proporción semanal de muestras positivas sobre las enviadas presenta los valores máximos en las semanas en las que se ha registrado actividad epidémica (figura 5). Si se

consideran sólo las 23 semanas en las que se ha remitido al menos una muestra de exudado al laboratorio, la media del porcentaje semanal de muestras positivas ha sido de 29,4%.

En España, además de en la Comunidad de Madrid se vigila la gripe mediante sistemas centinelas en: Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, País Vasco y Valencia. A nivel nacional la actividad gripal detectada por los sistemas centinelas ha sido en esta temporada baja-moderada con un predominio casi absoluto de aislamiento de virus de la gripe B.

3.- CONCLUSIONES

- Los sistemas de vigilancia de la gripe han funcionado de forma adecuada durante la temporada 2002-2003 lo que ha permitido detectar actividad epidémica e identificar el virus de la gripe circulante durante la misma.
- La temporada 2002-2003, en la Comunidad de Madrid, ha registrado un nivel de actividad epidémica medio-bajo.
- Los virus circulantes identificados han sido similares, para los correspondientes tipos antigénicos a las cepas vacunales de esta temporada.

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

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2003, semanas 23 a 26
(del 1 al 28 de junio de 2003)**

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.

LEGIONELOSIS

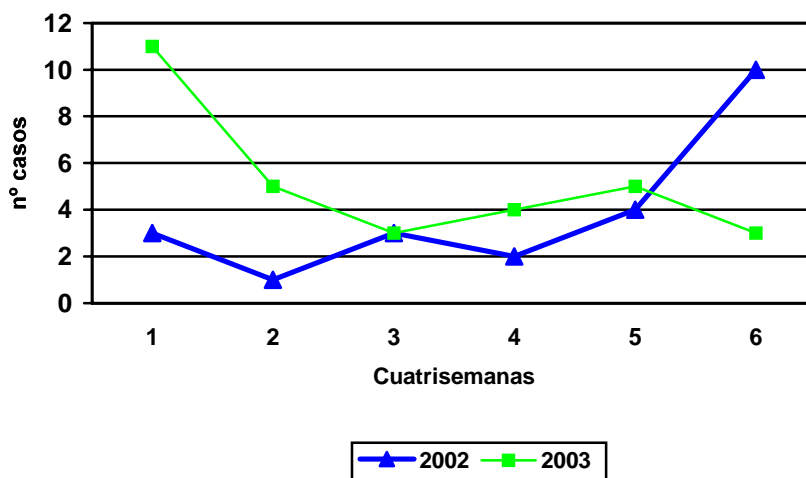
En el gráfico nº 1 aparece la evolución por cuatrisesemanas epidemiológicas del número de casos de Legionelosis en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 26 de los años 2002 y 2003. Durante el año 2003 se han notificado 31 casos, que supone una tasa de 0,62 casos por 100.000 habitantes, a diferencia de los 29 casos notificados durante ese mismo período del año 2002 (tasa de 0,58 casos por 100.000 habitantes). El mayor número de casos se observó durante la semanas 1 y 3 (4 casos). Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia han sido la 2 y la 11, con 1,24 y 0,90 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor tasa de incidencia se ha observado en el distrito de Moncloa (área 6) con una tasa de 2,94 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Salamanca (área 2) con una tasa de 2,82 casos por 100.000 habitantes y San Blas (área 4) con 2,51 casos por 100.000 habitantes.

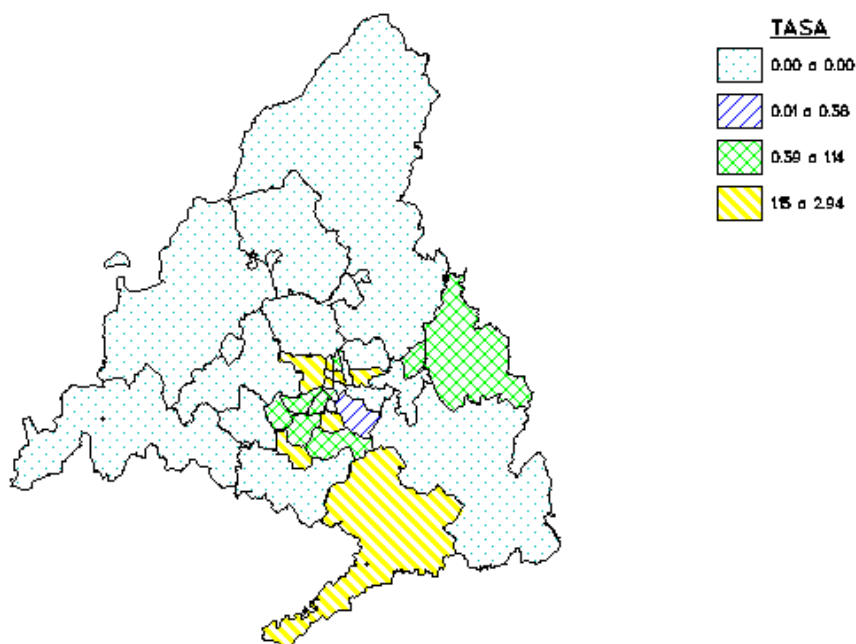
Teniendo en cuenta el género, el 90,3% de los casos se observó en varones. La mediana de edad fue de 62 años con un rango de 30 a 84 años. El 38,7% (12 casos) se presentó en el grupo de edad de 40 a 64 años y el 45,2% de los casos en los mayores de 65 años.

Considerando el tipo de diagnóstico, se confirmaron 29 casos (93,5%), en todos ellos la confirmación se realizó a través de la detección de antígeno en orina. El modo de presentación de todos los casos fue esporádico, existiendo el antecedente de viaje en los últimos 10 días en el 25,8% de los casos. En relación con los factores predisponentes se observa que el 54,8% eran fumadores y el 22,6% tenían antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Gráfico 1.- LEGIONELOSIS. Casos notificados por cuatrisesmanas. Semanas 1-26. Años 2003 y 2002. Comunidad de Madrid.



Mapa 1.- LEGIONELOSIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios. Semana 1- 26. Año 2003. Comunidad de Madrid.



**Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria
Semanas 23 a 26 (desde el 1 al 28 de Junio de 2003)***

	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 11		TOTAL	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Botulismo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Brucelosis	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3	0	1	0	0	0	0	1	1	5	7
Disentería	0	1	0	0	0	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	9	
E. I. H. <i>Influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	5	
Enf. Meningocócica	0	7	2	8	0	9	0	6	1	6	1	6	0	5	0	4	0	3	0	3	2	12	6	69
Fiebre tifoidea y Parat.	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	
Gripe	50	8412	74	7596	48	5993	87	9507	349	18670	77	7044	279	16179	185	15720	40	8819	25	4630	252	16270	1466	118840
Hepatitis A	0	7	0	6	1	6	1	5	2	8	1	11	2	17	0	2	0	5	1	4	3	22	11	93
Hepatitis B	0	5	0	1	2	4	0	7	3	6	0	3	2	8	1	3	0	2	0	4	2	12	10	55
Hepatitis víricas (otras)	0	2	0	1	0	3	1	5	2	4	0	7	1	3	1	1	1	4	0	11	1	17	7	59
Infección Gonocócica	0	0	0	4	0	0	0	2	0	1	0	3	0	7	0	1	0	1	0	2	0	3	0	24
Legionelosis	0	1	0	5	0	2	0	3	0	2	0	3	0	3	0	1	1	3	0	1	2	6	3	31
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	3	1	8
Meningitis bacteriana	0	6	1	5	0	9	0	3	1	7	1	2	0	3	1	6	1	7	0	0	1	14	6	63
Meningitis vírica	1	7	1	10	5	30	3	11	3	8	0	7	1	12	8	18	9	27	0	1	4	17	35	148
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Paludismo	0	2	0	1	2	8	0	0	1	2	0	4	0	3	0	2	2	14	2	6	0	6	7	49
Parotiditis	10	23	2	15	5	25	4	16	2	23	8	23	1	17	0	3	0	10	1	8	3	17	36	180
Rubéola	0	0	0	3	0	0	0	3	0	5	0	1	0	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0	22
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	5
Sífilis	1	3	1	5	0	2	1	5	0	0	0	3	1	16	1	4	0	5	0	2	2	8	7	53
Sífilis congénita	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tos ferina	11	16	10	99	2	23	8	14	2	6	3	14	5	9	0	3	2	3	0	0	8	23	51	210
TBC respiratoria**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	797	3357	447	2668	515	1778	548	2718	828	4495	653	2886	430	2932	582	2780	538	2275	177	846	623	3466	6138	30201
Poblaciones	637.028		402.265		269.734		507.409		605.928		415.967		523.245		399.787		346.739		249.045		665.142		5.022.289	
Cobertura de Médicos	64.53%		82.60%		84.82%		86.43%		72.94%		88.12%		76.95%		88.80%		79.40%		71.83%		76.23%		78.33	

* Aquellas enfermedades de las que no se ha declarado ningún caso no aparecen en la tabla
 ** Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un registro específico.

**BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. Semanas 23 a 26 de 2003.**

	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
	Alimentario	Madrid (Moratalaz)	Centro ocio	6	6	0	Agua	<i>Desconocido</i>
1	Alimentario	Madrid (Moratalaz)	Bar	5	5	0	Mayonesa	S enteritidis
1	Tos ferina	Madrid (Vallecas)	Familiar	4	2	0	--	B pertussis*
1	Tos ferina	Madrid (Vallecas)	Colegio	30	5	0	--	B pertussis*
2	GEA	Madrid (Chamartín)	E. Infantil	126	31	0	--	<i>Desconocido</i>
2	Alimentario	Madrid (Chamartín)	Familiar	5	4	0	Mayonesa	S enteritidis
2	Alimentario	Madrid (Chamartín)	Bar	6	6	1	Croquetas	Salmonella sp
3	Tos ferina	Torrejón de Ardoz	Familiar	5	4	0	--	B pertussis*
4	GEA	Madrid (San Blas)	E. Infantil	94	19	2	--	Salmonella sp
4	Alimentario	Madrid (Hortaleza)	Restaurante	6	6	0	Tortilla	S enteritidis
4	Alimentario	Madrid (C. Lineal)	Restaurante	11	9	1	Tortilla	S enteritidis
4	Tos ferina	Madrid (Hortaleza)	Familiar	2	2	0	--	<i>B pertussis*</i>
5	Alimentario	Colmenar Viejo	Familiar	7	6	0	Carne de cerdo	<i>Desconocido</i>
5	Alimentario	Madrid (Fuencarral)	Bar	5	3	0	Tortilla	<i>Desconocido</i>
5	Alimentario	Rascafría	Restaurante	99	10	0	Desconocido	S enteritidis
6	Alimentario	Madrid (Moncloa)	Restaurante	10	9	0	Macarrones con carne	Campylob. sp*
6	Alimentario	Pozuelo de Alarcón	Residencia	160	32	2	Tortilla	<i>Desconocido</i>
6	Alimentario	Colmenarejo	Familiar	3	3	1	Tortilla	Salmonella sp
6	Alimentario	Pozuelo de Alarcón	Restaurante	8	8	0	Tortilla	Salmonella sp*
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Familiar	5	5	0	Desconocido	<i>Desconocido</i>
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Colegio	232	55	0	Desconocido	<i>Calicivirus</i>
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	4	3	0	Atún	<i>Histamina*</i>
8	Hepatitis A	Alcorcón	Gr. amigos	7	3	0	--	VHA
8	GEA	Navalcarnero	Com.Terap.	47	6	0	--	<i>Desconocido</i>
8	Alimentario	Móstoles	Restaurante	11	5	0	Tortilla	<i>Desconocido</i>
8	Alimentario	Móstoles	Restaurante	28	10	1	Mayonesa	Salmonella sp
11	Alimentario	Madrid (Arganzuela)	Restaurante	47	20	0	Desconocido	<i>Virus*</i>
11	Alimentario	Madrid (Carabanchel)	Familiar	5	5	0	Tortilla	<i>Desconocido</i>
11	Alimentario	Madrid (Carabanchel)	Restaurante	8	6	1	Desconocido	Salmonella sp
11	Alimentario	Aranjuez	C. Trabajo	17	12	2	Tiramisú	Salmonella sp
11	Alimentario	Madrid (Usera)	Bar	4	4	4	Tortilla	Salmonella sp
11	Alimentario	Madrid (Usera)	Familiar	25	19	4	Mayonesa	Salmonella sp

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."