

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8.

INFORMES:

- Hábitos de Salud en Adultos, 2000
- Estrategia de Vigilancia del Sarampión.



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8

Índice

INFORMES:



- Hábitos de Salud en Población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000 3



- Estrategia de Vigilancia para la Eliminación del Sarampión en la Comunidad de Madrid 35



- Casos de Sarampión Notificados en la Comunidad de Madrid, Año 2001, Situación hasta el 31 de Agosto. 49



- EDO. Semanas 31 a 35 (del 29 de julio al 1 de septiembre 2001) 53



- Brotes Epidémicos. Semanas 31 a 35, 2001 56



- Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. (*Datos Actualizados a 30 de junio de 2001*) 57



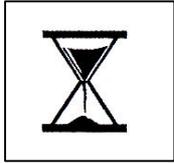
- Red de Médicos Centinela. 60

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.

Tirada: 4.000 ejemplares
Coste unitario: 266 pesetas
Edición: 09/01

Depósito Legal: M-26.256 - 1989
Imprime: **B.O.C.M.**

ISSN: 1135-3155



INFORME:
HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN
ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2000

Resultados del Sistema de Vigilancia de
Factores de Riesgo asociados a
Enfermedades No Transmisibles en
población adulta (SIVFRENT-A), 2000

1.- INTRODUCCIÓN

Se utiliza el término de estilos de vida o hábitos de salud para referir una combinación de costumbres y condiciones ambientales que reflejan patrones de vida influenciados por la historia familiar, cultural y circunstancias socioeconómicas. Estos hábitos, entre los que se incluyen principalmente el consumo de tabaco, de alcohol, la inactividad física, y la dieta desequilibrada, se consideran factores de riesgo asociados a enfermedades que causan la mayor parte de la morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. Estos pocos factores provocan una extraordinaria proporción de muertes atribuibles, estimándose que en la actualidad, alrededor del 19% de la mortalidad puede atribuirse al consumo de tabaco, el 14% a la falta de ejercicio junto con una dieta desequilibrada, y un 5% al consumo elevado de alcohol¹.

Estos factores están a menudo interrelacionados y tienden a presentarse de forma simultánea, incrementando de esta forma los riesgos para la salud. Dado que estos factores son modificables, el conocimiento de sus relaciones y su evolución, son importantes para determinar políticas de promoción de salud. Una gran parte de la tendencia descendente de las enfermedades cardiovasculares^{2,3} y determinados tipos de cáncer en países occidentales⁴ pueden ser atribuidos al control de estos factores de riesgo en décadas anteriores.

La Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el sistema, denominado Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁵, cuyo objetivo es el de medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento en la Comunidad de Madrid. Este sistema se ha desarrollado para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y ser de utilidad para evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta de 2000, con un formato similar al de ediciones anteriores⁶⁻⁹, en el que se incluye un análisis de la tendencia a corto plazo desde 1995.

2.- METODOLOGÍA

Población

Dirigido a la población entre 18 y 64 años residente en la Comunidad de Madrid. Basado en el método de encuesta telefónica, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con línea telefónica en sus hogares.

Diseño muestral

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

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

La asignación muestral es proporcional en cada estrato.

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

Se ha calculado el tamaño muestral, en total 2.000 entrevistas, admitiendo errores de muestreo absolutos anuales del 2,2% bajo el supuesto de muestreo aleatorio simple, una prevalencia del 50% y un nivel de confianza del 95%.

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

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

Técnica de entrevista

Como técnica de entrevista se utiliza el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)¹⁰.

Selección muestral

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

Cuestionario

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

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

Definición de variables

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

3.- RESULTADOS

La tasa de respuesta (entrevistas realizadas/(entrevistas realizadas + negativas de hogares + negativas de individuos + entrevistas incompletas)) ha sido del 63,6%. Del total de negativas un 71,5% han sido negativas de hogares, un 26,2% de individuos una vez seleccionados y antes de comenzar la entrevista, y un 2,3% han sido entrevistas incompletas.

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

A continuación se presentan los resultados por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por género y edad, y se completa con una comparación gráfica de las estimaciones de 1995 a 2000.

TABLA 1.- Características de la muestra

Número entrevistas	2.003
Género (%)	
Hombres	48,6
Mujeres	51,4
Edad (%)	
18-29	32,4
30-44	33,6
45-64	34,0
Ambito geográfico (%)	
Madrid capital	61,8
Corona metropolitana	31,1
Resto de municipios	7,2
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	5,3
Primarios	6,4
Secundarios 1º grado	25,2
Secundarios 2º grado	31,2
Universitarios	31,9

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA (Tablas 2-3, Gráfico 1)

El 42,9% de los entrevistados afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria. Los hombres son 1,4 veces más sedentarios que las mujeres, y la inactividad física es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 56,5% es inactivo.

La actividad física en tiempo libre, es estimada a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METS¹¹, que es el gasto metabólico teniendo como referencia el basal. Por ejemplo, una actividad que gaste 3 METS supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, hemos definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 min. o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 80,3% de los entrevistados son considerados como no activos en el tiempo libre. En este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 88,5% son inactivos.

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

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2000. Si comparamos los promedios de 1999 y 2000 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa en un 5,3% en hombres y un 8% en mujeres. La actividad física en tiempo libre se mantiene sin embargo muy estable.

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral ⁽¹⁾	42,9 (±2,2)*	50,0 (±3,1)	36,2 (±2,9)	56,5 (±3,8)	39,3 (±3,7)	33,5 (±3,5)
No activos en tiempo libre ⁽²⁾	80,3 (±1,7)	76,7 (±2,7)	83,7 (±2,3)	70,4 (±3,5)	81,5 (±2,9)	88,5 (±2,4)

- (1) Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral
- (2) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min. cada vez
- * Intervalo de confianza al 95%

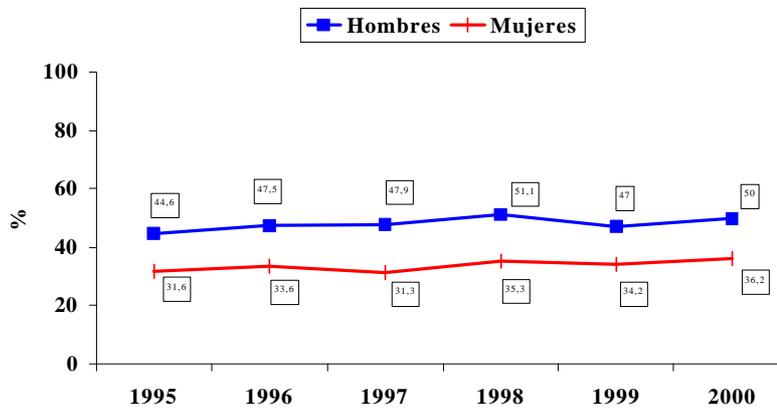
Tabla 3.- Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género

HOMBRE		MUJER	
1. Fútbol	15,5%	1. Natación	10,9%
2. Footing	13,1%	2. Gimnasia de mantenimiento	9,2%
3. Bicicleta	12,5%	3. Aerobic/Gim Jazz/Danza	7,8%
4. Natación	9,7%	4. Bicicleta	5,4%
5. Pesas/Gimnasia con aparatos	9,2%	5. Pesas/Gimnasia con aparatos	4,0%

GRÁFICO 1

Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2000

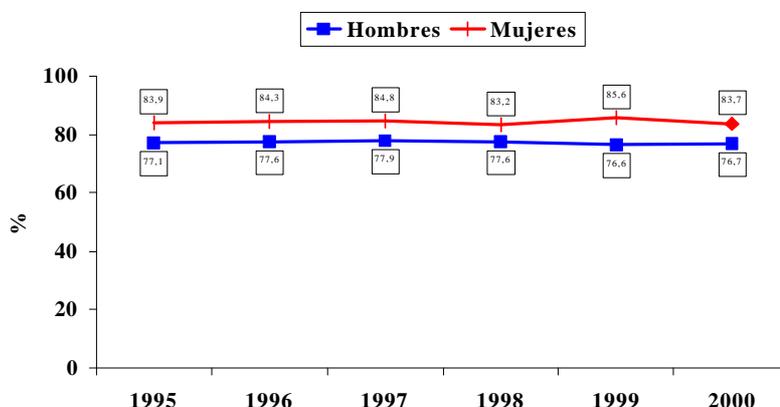
PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL



Fuente: SIVFRENT-A.

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

PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN TIEMPO LIBRE



Fuente: SIVFRENT-A.

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

3.2.- ALIMENTACIÓN (Tablas 4-5, Gráficos 2-3)

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

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche es de 1,5 raciones/día en hombres y mujeres. El 12,9% no consume ninguna ración de este producto .

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,2 raciones diarias y solo el 6,5% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24h. no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 37,1% en hombres y de un 28,5% en mujeres (gráfico 2).

El 45,1% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 52,3 % frente al 37,4% en los hombres.

Como podemos observar en el gráfico 2, en estos cinco años de estudio, la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 17,3% en hombres y un 13,9% en mujeres comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros. Esta disminución se ha debido fundamentalmente al incremento del consumo de derivados lácteos.

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media es de 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 50,1% de las personas entrevistadas. El 7,8% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

Fruta y verduras

La media de consumo de fruta fresca es de 1,1 raciones/día, que se incrementa a 1,4 al incluir los zumos de fruta. La media de consumo de verduras es de 1 ración/día. Por tanto, durante las últimas 24h. el consumo medio per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,4 raciones/día. El 8,6% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta, y el 53,8 (58% de hombres y el 49,9% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones /día (gráfico 2). Además de la mayor frecuencia en mujeres, su ingesta se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 65,9% no llega a consumir tres raciones al día.

La fruta fresca es de todos los grupos de alimentos el que más está descendiendo en los últimos años. La proporción de personas que no ha consumido ninguna ración de fruta en las últimas 24 horas se ha incrementado un 19,6% en hombres y un 31,7% en mujeres a expensas en ambos géneros del grupo de 18 a 44 años, ya que a partir de esta edad la evolución es estable. Esta disminución es compensada parcialmente con el incremento del consumo de zumos. A su vez, el consumo de verdura se ha incrementado ligeramente durante estos años de estudio, lo que repercute en que globalmente la proporción de personas con consumos inferiores a tres raciones de fruta (incluyendo zumos) y verduras se mantenga prácticamente estable (gráfico 2).

Carne y derivados

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,5 raciones/día, donde la carne aporta 1 ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 84,3%, han consumido algún alimento de este grupo. Es de destacar la gran proporción de personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 47,2% de hombres frente al 39,6% de mujeres (gráfico 3). No se observan grandes variaciones en los cinco años de estudio.

Pescado

El 49,3% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo es similar en hombres y mujeres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad

Tabla 4- Consumo de alimentos según género. Raciones medias diarias per cápita

	HOMBRES		MUJERES	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Leche	1,42	0,94	1,52	0,95
Leche y Derivados	2,07	1,23	2,28	1,24
Dulces/Bollería	0,59	0,66	0,59	0,66
Verdura	0,98	0,75	1,05	0,76
Legumbre	0,17	0,38	0,16	0,37
Arroz	0,16	0,38	0,14	0,36
Pasta	0,18	0,40	0,14	0,36
Carne	1,05	0,79	0,89	0,75
Carne y derivados	1,57	1,03	1,36	0,98
Huevos	0,36	0,54	0,29	0,49
Pescado	0,62	0,73	0,62	0,70
Fruta fresca	1,01	0,87	1,23	0,98

Tabla 5- Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas

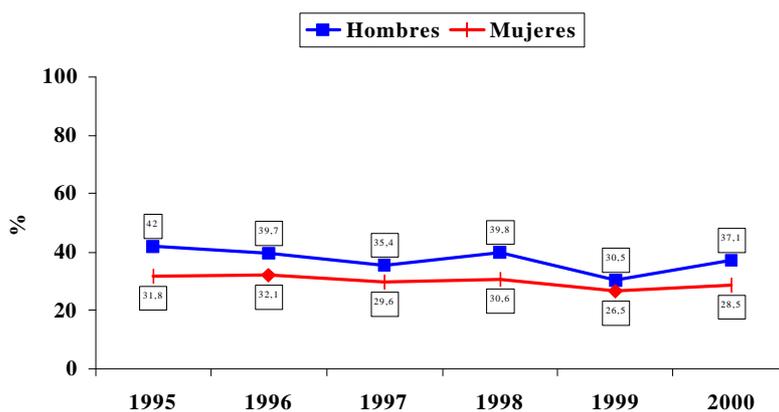
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	87,1 (±1,5)*	86,4 (±2,2)	87,8 (±2,0)	84,0 (±2,8)	86,8 (±2,6)	90,5 (±2,2)
Leche y derivados	93,5 (±1,1)	92,8 (±1,6)	94,1 (±1,4)	92,1 (±2,1)	93,3 (±1,9)	94,9 (±1,7)
Dulces/ Bollería	50,1 (±2,2)	50,5 (±3,1)	49,7 (±3,1)	48,6 (±3,8)	55,0 (±3,8)	46,5 (±3,7)
Verdura	73,0 (±1,9)	72,1 (±2,8)	73,9 (±2,7)	66,4 (±3,6)	72,8 (±3,4)	79,6 (±3,0)
Legumbres	16,6 (±1,6)	17,3 (±2,4)	15,9 (±2,2)	14,2 (±2,7)	18,0 (±2,9)	17,5 (±2,9)
Arroz	14,3 (±1,5)	15,7 (±2,3)	13,0 (±2,1)	16,8 (±2,9)	13,6 (±2,6)	12,6 (±2,5)
Pasta	15,7 (±1,6)	17,3 (±2,4)	14,2 (±2,1)	22,5 (±3,2)	13,9 (±2,6)	10,9 (±2,3)
Carne	71,7 (±2,0)	75,4 (±2,7)	68,2 (±2,8)	74,1 (±3,4)	74,5 (±3,3)	66,7 (±3,5)
Carne y derivados	84,3 (±1,6)	87,3 (±2,1)	81,5 (±2,4)	88,6 (±2,4)	84,4 (±2,7)	80,0 (±3,0)
Huevos	30,0 (±2,0)	33,1 (±3,0)	27,1 (±2,7)	33,5 (±3,6)	27,6 (±3,4)	29,1 (±3,4)
Pescado	49,3 (±2,2)	48,3 (±3,1)	50,2 (±3,1)	44,8 (±3,8)	50,7 (±3,8)	52,1 (±3,8)
Fruta fresca	69,6 (±2,0)	66,7 (±3,0)	72,3 (±2,7)	56,9 (±3,8)	66,9 (±3,6)	84,3 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 2

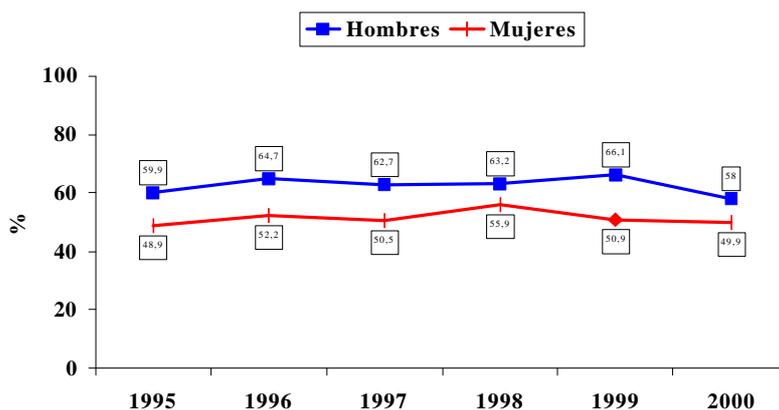
Evolución del consumo de lácteos, y fruta/verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2000

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



Fuente: SIVFRENT-A.

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

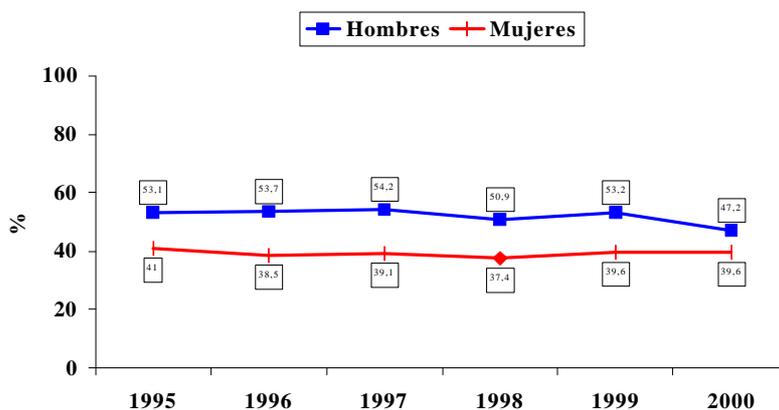


Fuente: SIVFRENT-A.

GRÁFICO 3

Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2000

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



Fuente: SIVFRENT-A.

3.3. REALIZACIÓN DE DIETAS (Tabla 6, Gráfico 4)

Un 16,3% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,9% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 2,1 veces más frecuente que en hombres.

Aunque al comparar los promedios de 1999 y 2000 respecto a 1995 y 1996 se produce un descenso de este indicador, durante este último año se ha roto la tendencia descendente observada desde el inicio de la serie (gráfico 4).

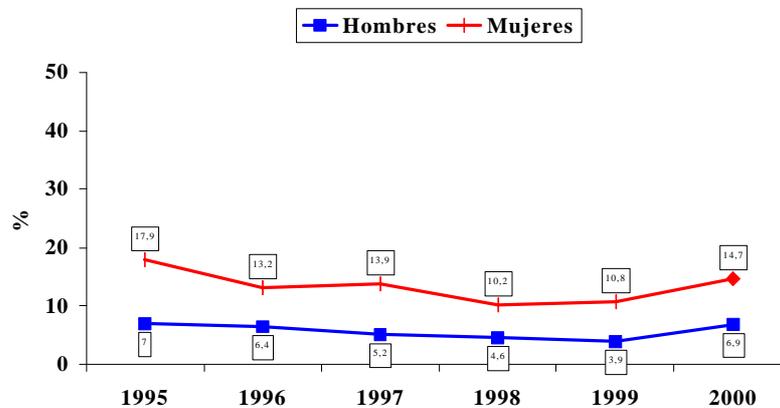
Tabla 6.- Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	16,3 (±1,6)*	11,2 (±2,0)	21,1 (±2,5)	15,9 (±2,8)	15,9 (±2,8)	17,0 (±2,8)
Dieta para adelgazar	10,9 (±1,4)	6,9 (±1,6)	14,7 (±2,2)	11,9 (±2,5)	10,7 (±2,3)	10,1 (±2,3)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 4

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2000



Fuente: SIVFRENT-A.

3.4. CONSUMO DE TABACO (Tabla 7, Gráficos 5-7)

El 57,2% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, siendo el resto, 42,8%, no fumadores. En función de la situación actual de consumo, un 39,3% son fumadores actuales (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 35,3% son fumadores diarios. La proporción de exfumadores es del 17,9% (gráfico 5).

El consumo excesivo, definido como el consumo de ≥ 20 cigarrillos/día, es de un 14,8% respecto al total de entrevistados.

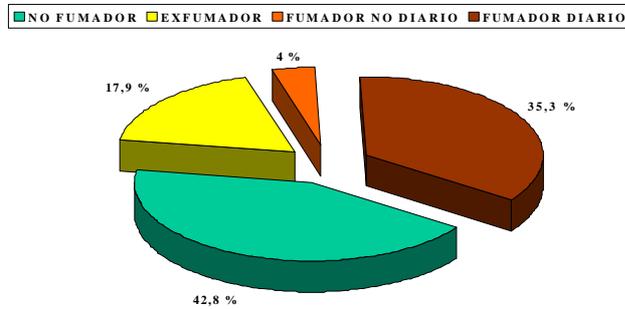
La proporción de abandono, definida como el número de exfumadores entre el número de fumadores y exfumadores, es del 31,3%.

La proporción de fumadores actuales es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres. Sin embargo, esta diferencia se produce a expensas del mayor consumo masculino (prácticamente se duplica) en el grupo de 45 a 64 años. En las mujeres de 18 a 29 años el consumo es superior al de los hombres, siendo similar entre los 30 y 44 años. La prevalencia del consumo excesivo es superior en los hombres en todos los grupos de edad.

Respecto a la evolución, se observa un ligero descenso del 5,5% (comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros) de la proporción de fumadores actuales en hombres, manteniéndose estable en mujeres. Este descenso en hombres es mayor en la frecuencia de consumidores excesivos (gráfico 6). Asimismo, en hombres, continúa aumentando la proporción de abandono con un incremento del 10,5%. En las mujeres, sin embargo, parece que se ha cortado el incremento observado durante 1998 y 1999. Finalmente se aprecia en el 2000 un ligero incremento en hombres de la proporción de fumadores que no han realizado algún intento serio para dejar de fumar en el último año (haber estado al menos 24 horas sin fumar), continuando con la tendencia ascendente de la serie. En mujeres, la estimación es similar a la de 1999, habiéndose roto el incremento de los cuatro primeros años (gráfico 7).

Gráfico 5

CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2000



Fuente: SIVFRENT-A

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	57,2 (±2,2)*	63,6 (±3,0)	51,1 (±3,1)	48,8 (±3,8)	66,5 (±3,6)	55,9 (±3,7)
Fumadores actuales ⁽¹⁾	39,3 (±2,1)	40,3 (±3,1)	38,3 (±3,0)	39,2 (±3,8)	45,8 (±3,8)	32,9 (±3,5)
Fumadores diarios	35,3 (±2,1)	36,1 (±3,0)	34,6 (±2,9)	35,5 (±3,7)	42,0 (±3,7)	28,5 (±3,4)
Consumo excesivo ⁽²⁾	14,8 (±1,6)	18,2 (±2,4)	11,7 (±2,0)	9,0 (±2,2)	20,0 (±3,0)	15,3 (±2,7)
Proporción de abandono ⁽³⁾	31,3 (±2,7)	36,7 (±3,8)	24,9 (±3,7)	19,6 (±4,4)	31,0 (±4,3)	41,2 (±4,9)

* Intervalo de confianza al 95%

⁽¹⁾ Fumador ocasional o diario

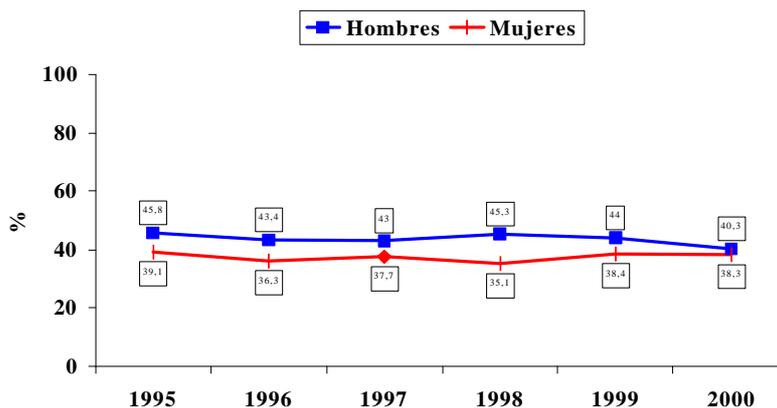
⁽²⁾ Consumo de ≥20 cigarrillos diarios

⁽³⁾ Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

GRÁFICO 6

Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2000

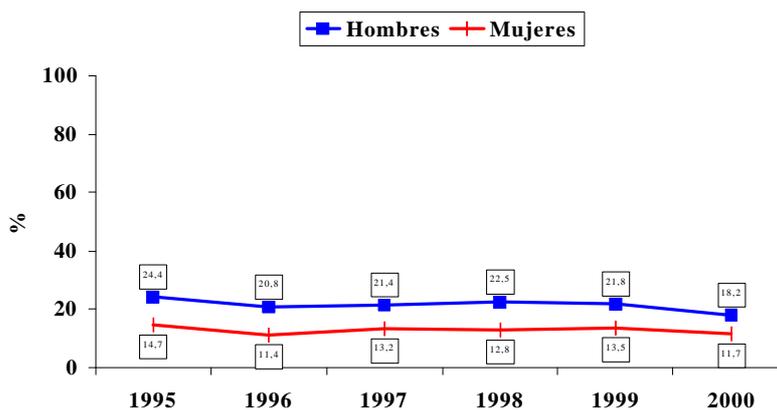
PROPORCIÓN DE FUMADORES ACTUALES*



Fuente: SIVFRENT-A.

* Fumador ocasional o diario

PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO*



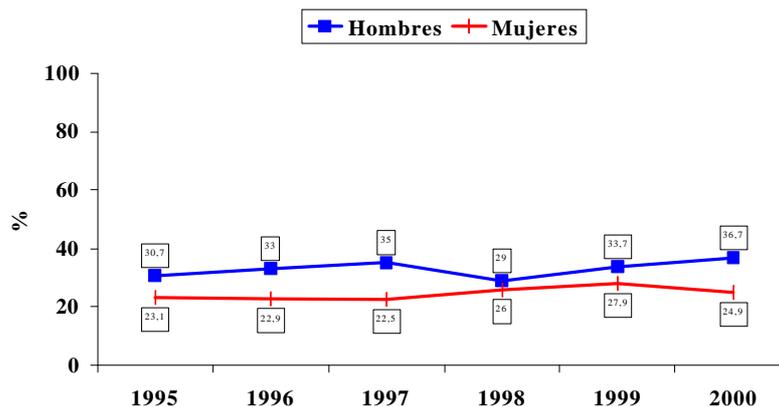
Fuente: SIVFRENT-A.

* Consumo de ≥ 20 cigarrillos diarios

GRÁFICO 7

Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2000

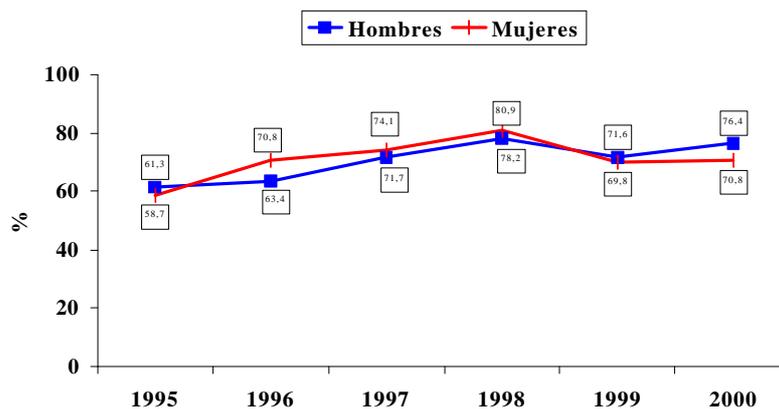
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



Fuente: SIVFRENT-A.

* Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

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



Fuente: SIVFRENT-A.

3.5. CONSUMO DE ALCOHOL (Tabla 8, Gráficos 8-10)

El consumo medio per cápita semanal de alcohol es de 74 centímetros cúbicos (cc.), 116 cc. en hombres y 35 cc. en mujeres.

El 58,2% son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,8 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

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

Globalmente un 4,6% son clasificados como bebedores a riesgo, un 54,5% como bebedores moderados y un 40,9% como no bebedores (gráfico 8). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 3 veces mayor que en mujeres

Un 9,6% ha realizado al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 cc. y ≥ 60 cc. en hombres y mujeres respectivamente). Este consumo es 2,5 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (21%).

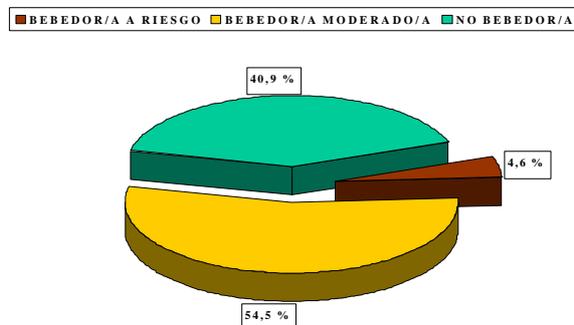
Del total de bebedores habituales, un 9,8% tienen el test de CAGE¹²⁻¹³ positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test). Este indicador también es más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 3,1% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 5,3%, frente al 0,5% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

En hombres y mujeres se incrementa ligeramente la proporción de bebedores habituales. Por el contrario, se observa un descenso en hombres de la proporción de bebedores a riesgo, así como del consumo excesivo en una misma ocasión. Este descenso se produce de forma homogénea en todos los grupos de edad. En las mujeres, sin embargo, estos dos indicadores se mantienen estables. Aun con la limitación del escaso poder estadístico, se observa en hombres y mujeres un descenso de la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días.

Gráfico 8

CLASIFICACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2000



Fuente: SIVFRENT-A

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales ⁽¹⁾	58,2 (±2,2)*	75,0 (±2,7)	42,3 (±3,0)	60,2 (±3,8)	59,3 (±3,7)	55,2 (±3,7)
Bebedores a riesgo ⁽²⁾	4,6 (±0,9)	7,0 (±1,6)	2,3 (±0,9)	4,2 (±1,5)	5,0 (±1,7)	4,6 (±1,6)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ⁽³⁾	9,6 (±1,3)	13,9 (±2,2)	5,5 (±1,4)	21,0 (±3,1)	6,1 (±1,8)	2,2 (±1,1)
Test CAGE + en bebedores habituales	9,8 (±1,7)	11,4 (±2,3)	7,1 (±2,4)	10,0 (±3,0)	10,4 (±3,0)	9,0 (±2,9)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	3,1 (±0,9)	5,3 (±1,5)	0,5 (±0,5)	6,4 (±2,1)	2,4 (±1,2)	0,8 (±0,8)

* Intervalo de confianza al 95%

⁽¹⁾ Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

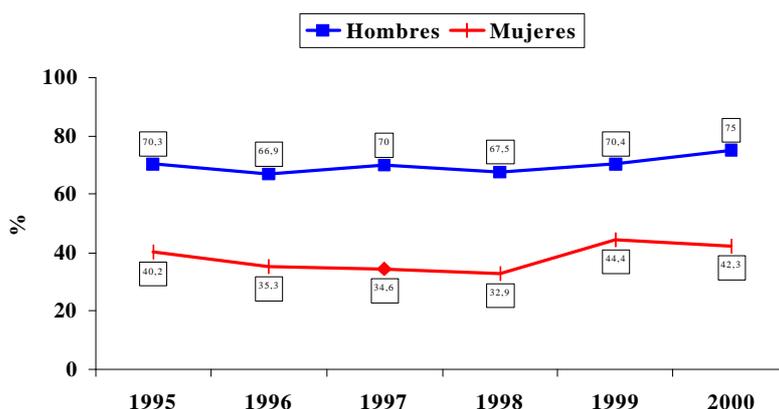
⁽²⁾ Consumo de alcohol de ≥50 cc./día en hombres y ≥30 cc./día en mujeres

⁽³⁾ Consumo en un corto período de tiempo de ≥80 cc. en hombres y ≥60 cc. en mujeres

GRÁFICO 9

Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2000

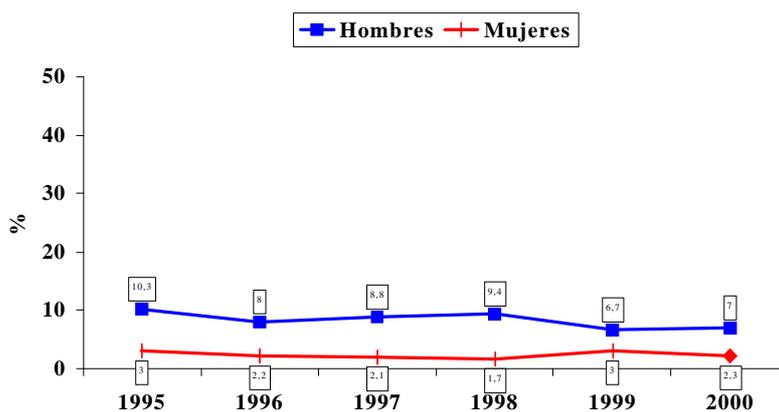
PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES*



Fuente: SIVFRENT-A.

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

PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*



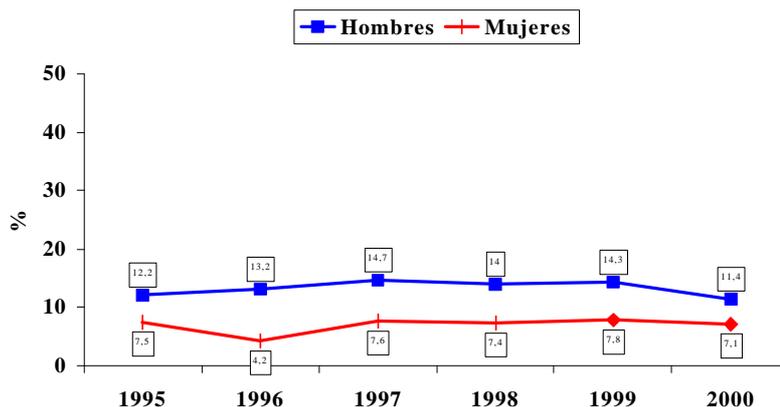
Fuente: SIVFRENT-A.

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

GRÁFICO 10

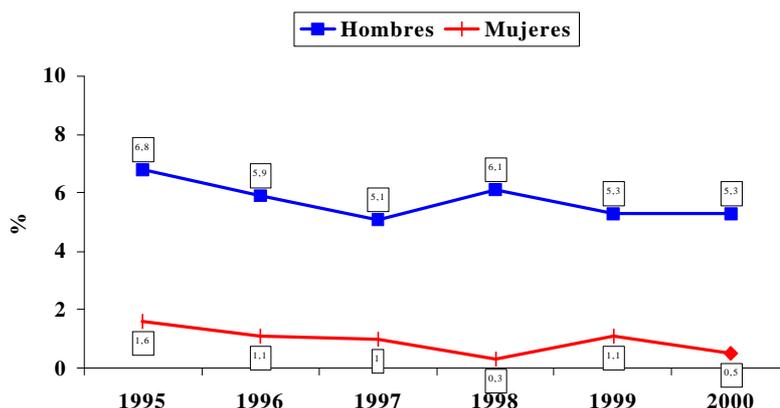
Evolución del test de CAGE y conducir bajo los efectos del alcohol . Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2000

TEST DE CAGE POSITIVO EN BEBEDORES HABITUALES



Fuente: SIVFRENT-A.

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



Fuente: SIVFRENT-A.

3.6. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (Tablas 9-11, Gráficos 11-13)

En las tablas 9-11 podemos observar la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁴.

Un 14,4% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada, y un 17,1% que tiene elevado el nivel de colesterol.

Una gran mayoría de entrevistados afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque alrededor del 10% no cumple las recomendaciones.

Por otro lado, un 13,2% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 19,6% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

De todos los indicadores de prácticas preventivas, la realización de mamografías es el que ha sufrido los cambios más importantes, especialmente a partir la puesta en marcha en 1999 del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid. En estos años de la serie se ha pasado de un 51,1% en 1995 a un 80,4% en el 2000.

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

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años ⁽¹⁾	18 - 40 años	89,5 (±1,8)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	90,7 (±1,9)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	84,6 (±3,4)
	Mujeres < 46 años	89,1 (±2,3)
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥35 años	89,0 (±2,6)
	Mujeres ≥46 años	91,5 (±3,0)

* Intervalo de confianza al 95%

⁽¹⁾ Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	14,4 (±1,5)*	15,0 (±2,2)	13,8 (±2,1)	5,4 (±1,7)	11,0 (±2,4)	26,3 (±3,3)
Colesterol elevado	17,1 (±1,6)	19,2 (±2,5)	15,0 (±2,2)	8,3 (±2,1)	12,8 (±2,5)	29,7 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

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

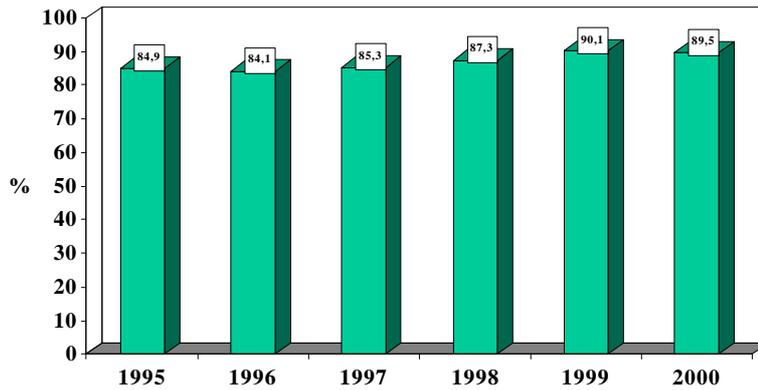
	Edad	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	≥35 años	86,8 (±2,7)*
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	80,4 (±4,7)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 11

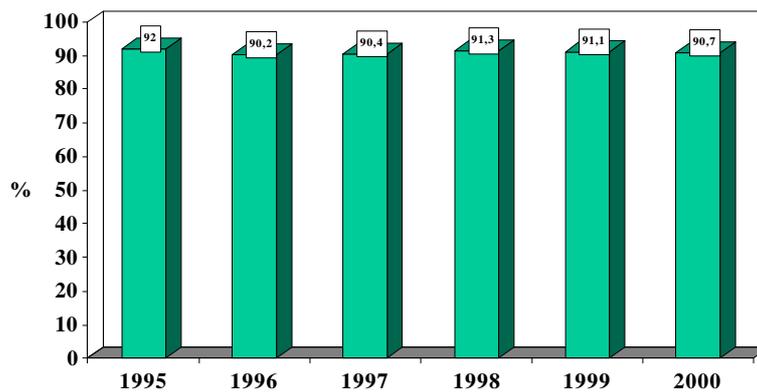
Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2000

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



Fuente: SIVFRENT-A

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

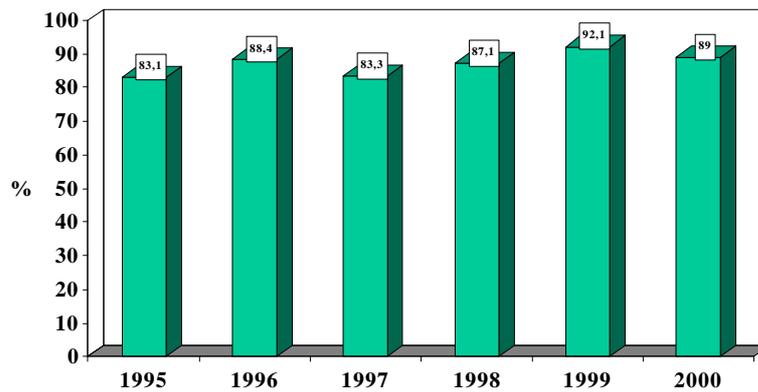


Fuente: SIVFRENT-A

GRÁFICO 12

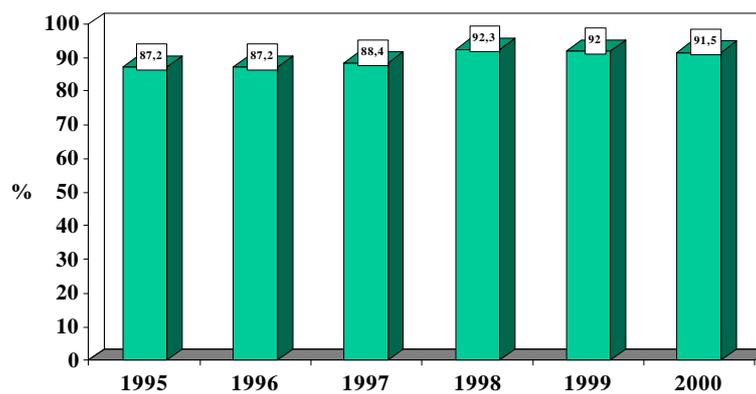
Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2000

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



Fuente: SIVFRENT-A

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

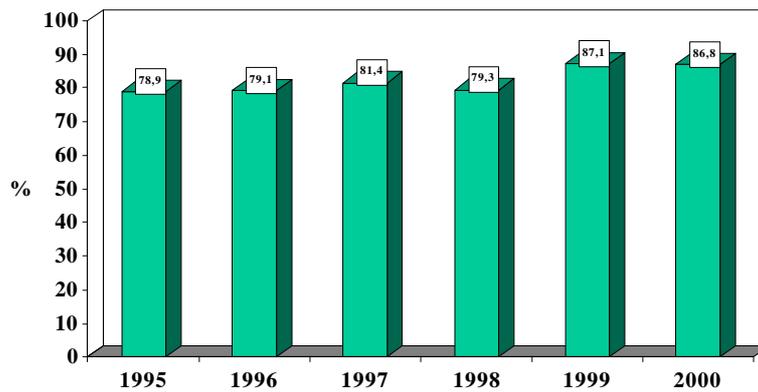


Fuente: SIVFRENT-A

GRÁFICO 13

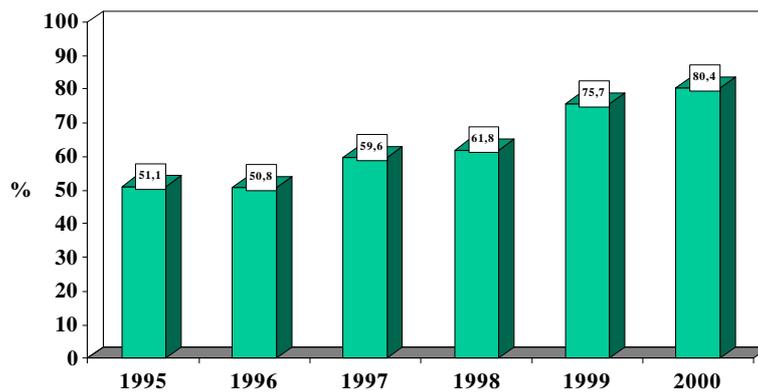
Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2000

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



Fuente: SIVFRENT-A

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



Fuente: SIVFRENT-A

3.7. ACCIDENTES (Tabla 12, Gráfico 14)

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

Un 2,0% del total de entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico (2,7% en hombres y 1,5% en mujeres).

Durante los últimos 12 meses un 0,4% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,7% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

Durante el 2000, se ha vuelto a las estimaciones observadas en el período 1995-1998 (gráfico 14).

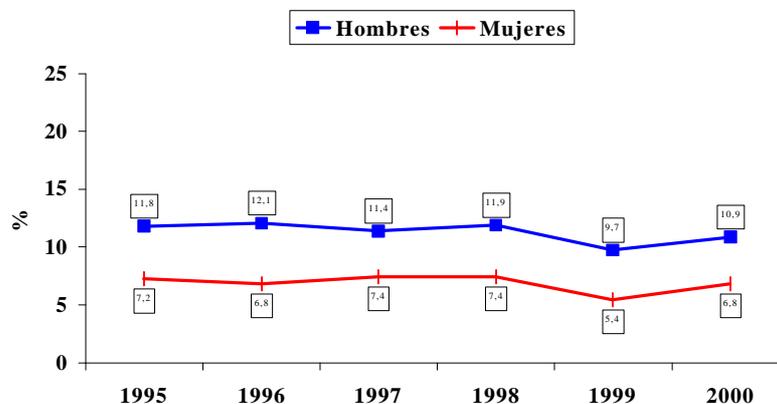
Tabla 12.- Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	8,8 (±1,2)*	10,9 (±2,0)	6,8 (±1,5)	13,0 (±2,6)	7,4 (±2,0)	6,2 (±1,8)
Accidente de tráfico	2,0 (±0,6)	2,7 (±1,0)	1,5 (±0,7)	3,7 (±1,5)	1,6 (±1,0)	0,9 (±0,7)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 14

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2000



Fuente: SIVFRENT-A.

3.8. SEGURIDAD VIAL (Tabla 13)

Un 17,3% del total de personas que viajan en coche, no utiliza nunca o lo hace infrecuentemente el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 1,5% en la conducción por carretera.

Un 6,1% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 13% no utiliza nunca el casco o lo hace infrecuentemente. El 3,4% ha viajado en moto por ciudad en el último mes, no utilizando casco el 2,9% de ellos. Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral por lo que sus estimaciones son muy inestables.

Tabla 13.- Escasa o nula utilización del cinturón de seguridad y casco en moto

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por CIUDAD	17,3 (±1,7)*	20,5 (±2,6)	14,1 (±2,2)	13,4 (±2,7)	18,3 (±3,0)	20,4 (±3,2)
No utilización del cinturón de seguridad por CARRETERA	1,5 (±0,6)	2,0 (±0,9)	1,1 (±0,7)	2,0 (±1,1)	1,1 (±0,8)	1,5 (±1,0)
No utilización del casco en moto por CIUDAD	13,0 (±5,9)	10,8 (±7,1)	16,3 (±10,3)	15,7 (±7,6)	4,3 (±8,3)	9,1 (±17,0)
No utilización del casco en moto por CARRETERA	2,9 (±4,0)	2,2 (±4,2)	4,3 (±8,3)	2,0 (±4,0)	6,7 (±12,6)	0 -

* Intervalo de confianza al 95%

3.9. AGREGACION DE FACTORES (Gráficos 15-17)

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

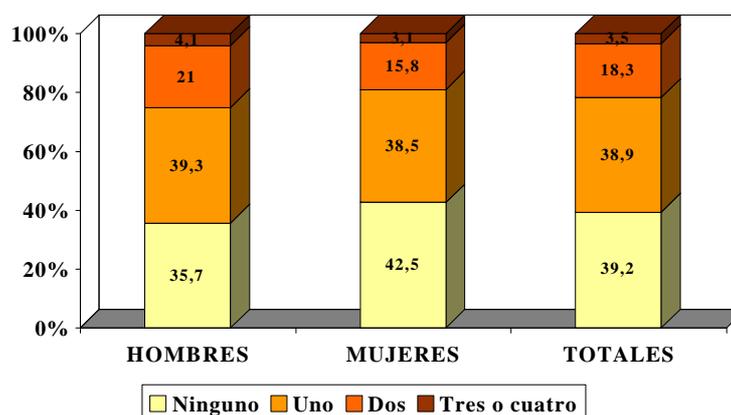
El 39,2% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 38,9% tiene uno, el 18,3% dos, el 3,3% tres, y el 0,2% cuatro (gráfico 15). Globalmente la agrupación es más

frecuente en los hombres que en las mujeres, pero especialmente debido a la gran diferencia a favor de los hombres en el grupo de 45 a 64 años. Por el contrario, en el grupo de edad más joven, la agregación es un poco más frecuente en las mujeres (gráfico 16).

Por último, en el gráfico 17 se puede observar la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo. En hombres, la tendencia es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 1999-2000 comparado con 1995-1996 del 8,7%. En mujeres, por el contrario, esta prevalencia tiende a incrementarse un 12,9%.

Gráfico 15

**AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS.
COMUNIDAD DE MADRID 2000**

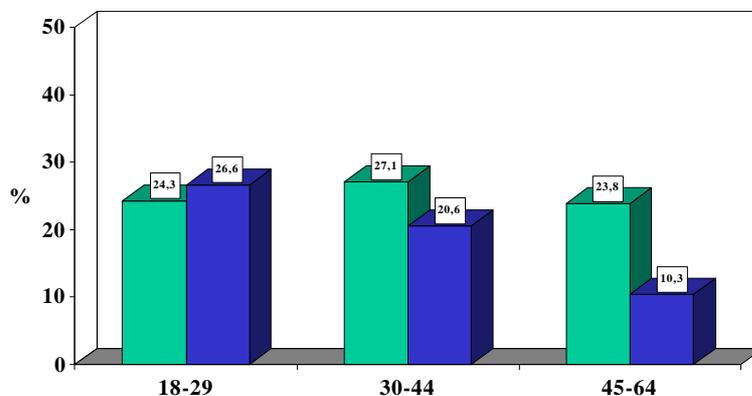


Fuente: SIVFRENT-A

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

Gráfico 16

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2000

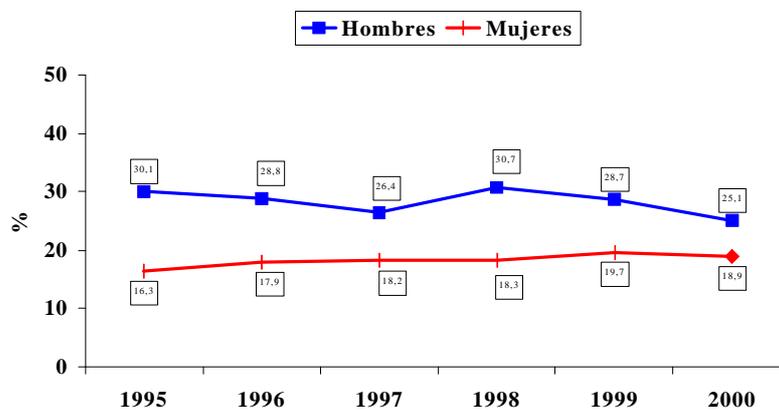


Fuente: SIVFRENT-A

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

GRAFICO 17

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2000



Fuente: SIVFRENT-A.

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

4.- BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Ginnis JM; Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270: 2207-2212.
2. Hunink MG; Goldman L; Tosteson AN; et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. The effect of secular trends in risk factors and treatment. JAMA 1997; 277: 535-542.
3. Kuulasmaa K; Tunstall-Pedoe H; Dobson A; et al. Estimation of contributing of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. Lancet 2000; 355: 675-687.
4. McKean-Cowdin R; Feigelson HS; Ross RK; et al. Declining cancer rates in the 1990s. J Clin Oncol 2000; 18: 2258-2268.
5. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996, 4(12):3-15.
6. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1996. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997, 5(3):3-14.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1997. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998, 15(5):3-21.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en adultos, 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999, 6(2):3-33.
9. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 6(9 Supl):3-28.
10. The Bellview Features Guide. Pulse Train Technology Limited. Guildford 1995.
11. Ainsworth BE; Haskell VI; Leon AS et al. Compendium of physical activities: classification of energy cost of human physical activities. Med. Sci. Sports Exerc. 1993; 25:71-80.
12. Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J. Estud. Alcohol. 1994; 55:471-474.
13. Smart RD; Adlaf EM; Knoke D. Use of the CAGE scale in a population survey of drinking. J. Stud. Alcohol. 1991; 52:593-596.
14. SEMFYC. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. SEMFYC [Barcelona] 1994.



INFORME: ESTRATEGIA DE VIGILANCIA PARA LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

INTRODUCCIÓN

En 1989 la **Asamblea Mundial de la Salud** acordó reducir la morbilidad de sarampión en un 90% y la mortalidad en un 95% para el año 1995.

Más tarde en 1998, la **Oficina Regional para Europa de la OMS** aprobó un "Plan Estratégico de Eliminación del Sarampión", cuyos objetivos generales son:

- Ⓒ Reducir la morbi-mortalidad del sarampión en la Región.
- Ⓒ Eliminar el sarampión autóctono de la Región para el año 2007.

Para cumplir estos objetivos, la **OMS** ha estimado cuál debería ser la proporción de susceptibles recomendada para alcanzar y mantener la interrupción de la transmisión del virus del sarampión. Dicha proporción no debe superar, en cada grupo de edad, el 15% en niños de 1 a 4 años, el 10% en niños de 5 a 9 años, el 5% en niños de 10 a 14 años y el 5% en cada cohorte de adultos por encima de esta edad.

Basándose en las estimaciones de susceptibles, los **objetivos específicos** marcados en dicho plan estratégico son:

- Ⓒ Reducir en la población la proporción de susceptibles al sarampión por debajo de los niveles establecidos por la OMS en la Región, para el año 2005.
- Ⓒ Mantener estos niveles de susceptibles hasta alcanzar la eliminación global del sarampión.

En concordancia con estas recomendaciones, en **España** se ha establecido un plan de acción nacional cuya característica fundamental es recoger y analizar las peculiaridades epidemiológicas de presentación de la enfermedad para adaptar, de forma continuada, las estrategias y actividades encaminadas a eliminarla. Por todo esto, en nuestra Comunidad se ha diseñado el **Plan de Eliminación del Sarampión con el objetivo general de eliminar el sarampión autóctono en la Comunidad de Madrid para el año 2005**, adaptando las estrategias definidas a nivel nacional a las características de presentación de la enfermedad en nuestra población, así como a las peculiaridades del sistema sanitario vigente.

SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

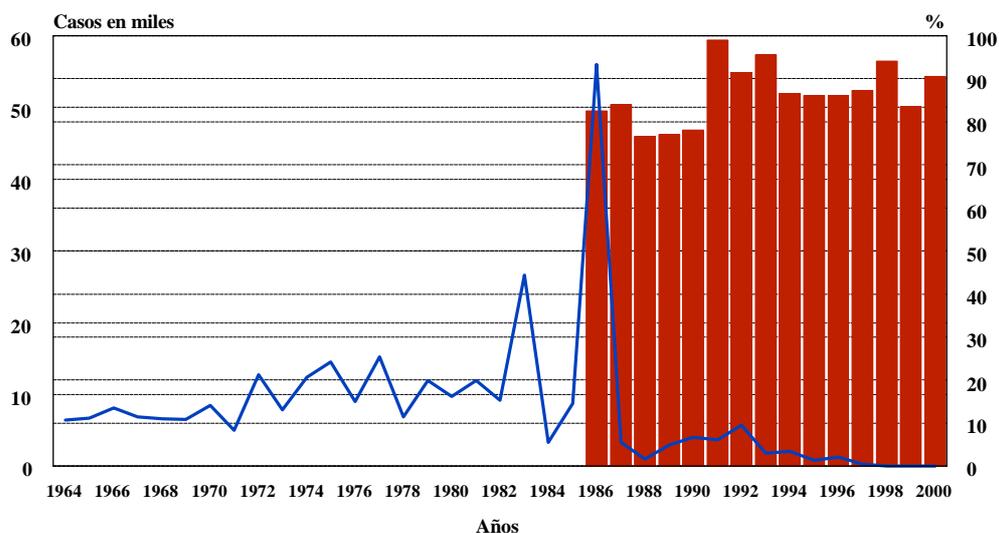
Se ha realizado una revisión de todas las fuentes disponibles para conocer la situación del sarampión en nuestra Comunidad.

1.- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Los casos de sarampión que se presentan son los notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica desde 1964 hasta el 2000 (Gráfico 1).

Se ha optado por dividir la serie en dos, de 1964 a 1996 y de 1997 hasta el 2000, ya que en 1997 la forma de notificación del sarampión cambia; la metodología de recogida de información pasó a ser individualizada y por lo tanto la serie ya no es homogénea.

Gráfico 1: Evolución de los Casos de Sarampión. Comunidad de Madrid. Años 1964-2000



Fuente: EDOS NACIONAL Y C.M.

Periodo 1969-1996

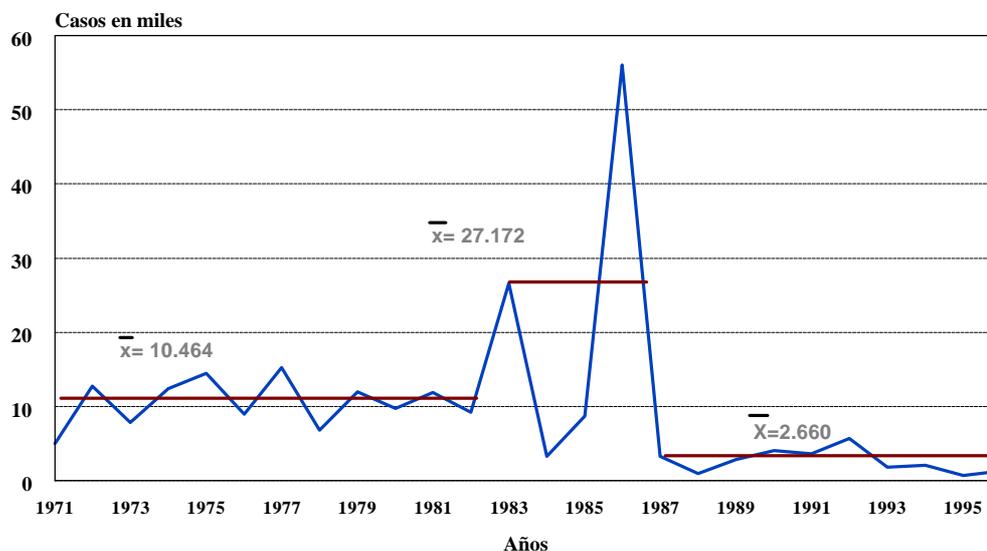
En este periodo se distinguen claramente dos patrones, separados por dos picos epidémicos. La media de casos notificados oscila entre 10.464 en el período prevacunal a 2.660 en el postvacunal (Gráfico 2)

*.- Primer Patrón: corresponde al período de 1971 a 1982, refleja la situación de la enfermedad en el período prevacunal, describiendo el patrón típico de la enfermedad con picos epidémicos cada dos años. Los Picos epidémicos se detectaban en el período de 1983 a 1986. En 1983 se observa un aumento del número de casos, debido en parte a la incorporación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) como notificador al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, hecho que se ve reforzado al observar en la serie estandarizada cómo este pico se suaviza, alcanzando niveles semejantes a los picos anteriores.(Gráfico 3)

El gran aumento de la incidencia en 1986 se observa en otras enfermedades, sin que tengamos una explicación clara. En esta enfermedad se podría deber en parte al efecto que ejerce un programa de vacunación: disminuye la entrada de susceptibles por efecto de la vacuna y se alarga el período ínter epidémico, hasta alcanzar un umbral de susceptibles suficiente para volver a presentar un pico epidémico.

Gráfico 2: Evolución de los Casos de Sarampión. Comunidad de Madrid.

Años 1971-1996



*.- El segundo patrón a partir de 1987, se corresponde con el periodo vacunal, en el que se observa una gran disminución del nº de casos y un alargamiento del periodo ínter epidémico.

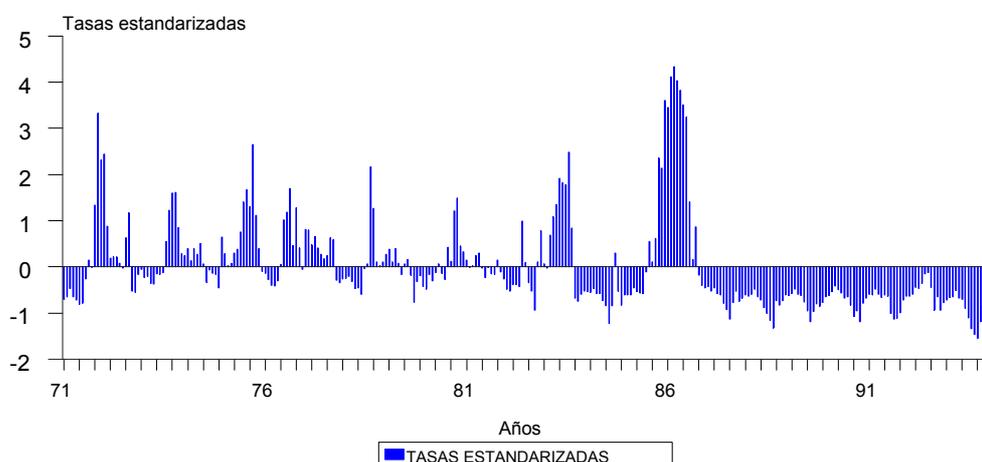
En nuestra Comunidad en los años 1990 a 1992 se produce un aumento del número de casos notificados, alcanzándose el máximo en 1992 debido a que se producen brotes que no afectaron de manera homogénea a todo el ámbito regional. En 1990 las Áreas más

afectadas fueron la 3, 9, 11 y en menor medida la 5 y 6 ; en el año 1991 fueron la 1, 4, 8 y 11 y en 1992 se vieron afectadas todas las Áreas excepto la 3 y 11 .

A nivel regional, en este periodo, no se ha interrumpido la circulación del virus - objetivo que pretende todo programa de vacunación- aunque sí ha ocurrido en seis de las Áreas sanitarias.

A la vista de estos resultados, el comportamiento epidemiológico del sarampión en la Comunidad de Madrid no difiere, en este momento, de lo sucedido en otros países antes y después de la introducción de un programa masivo de vacunación de ámbito poblacional.

Gráfico 3.- Tasas Estandarizadas de Sarampión. Comunidad de Madrid. Años 1971-1996



Periodo 1997- 2000

En este periodo los casos han sufrido un descenso drástico, en parte motivado por el cambio de notificación, de numérica a individualizada.

El número de casos y tasas figura en la tabla 1.

Tabla 1: Casos y tasas de sarampión en el periodo 1997-2000 en la Comunidad de Madrid.

AÑO	CASOS	TASAS
1997	321	6,4
1998	21	0,42
1999	14	0,27
2000	7	0,13

No se tiene en consideración en el análisis el año 1997 al coexistir la notificación numérica y la individualizada.

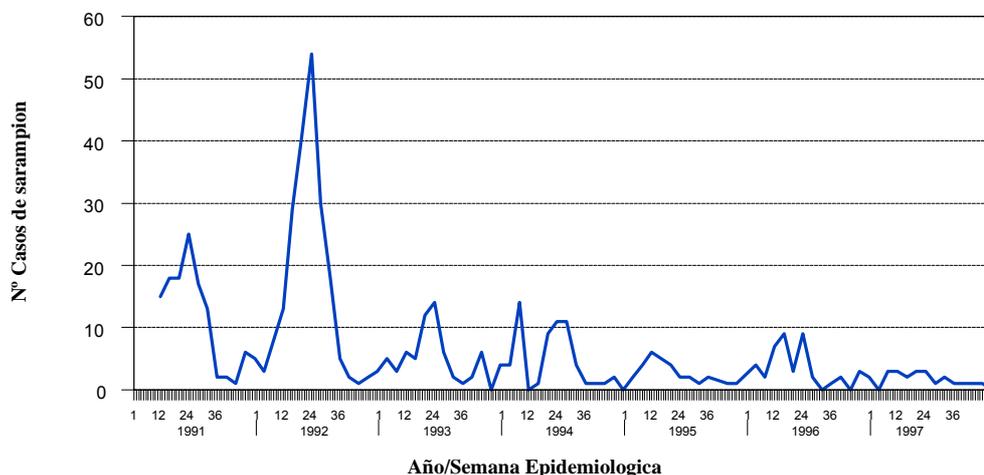
El número total de casos sospechosos de sarampión notificados en estos años ha sido de 42 y la mayoría son menores de 2 años. En estos tres últimos años se detecta cada año un descenso en relación al anterior.

2.- RED DE MÉDICOS CENTINELA

El sarampión se vigiló por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid (CM) durante el periodo 1991 - 1997, el nº total de casos notificados para dichos años fue de 551.

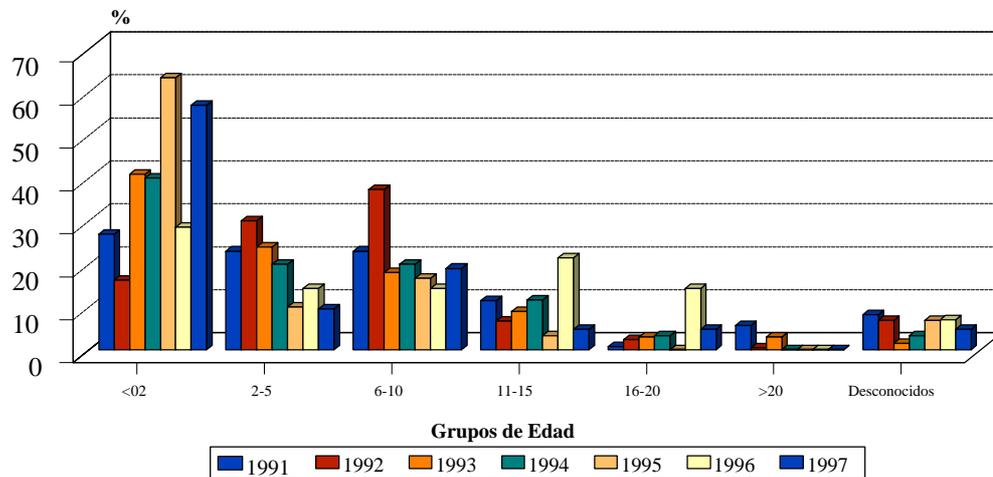
La distribución cuatrisesmanal de los casos a lo largo del periodo, se presenta en el gráfico 4 ; como podemos observar, el mayor nº de casos (38%) se notificaron en el año 1992 (concordante con lo observado en la serie de casos notificados al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria). A partir de este momento el nº de casos notificados fue descendiendo hasta llegar a 21 casos en el año 97. La estacionalidad característica de la enfermedad se mantiene durante todo el período (gráfico 4).

Gráfico 4: Distribución Cuatrisesmanal de los Casos de Sarampión Notificados por la Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid. Período 1991-1997.



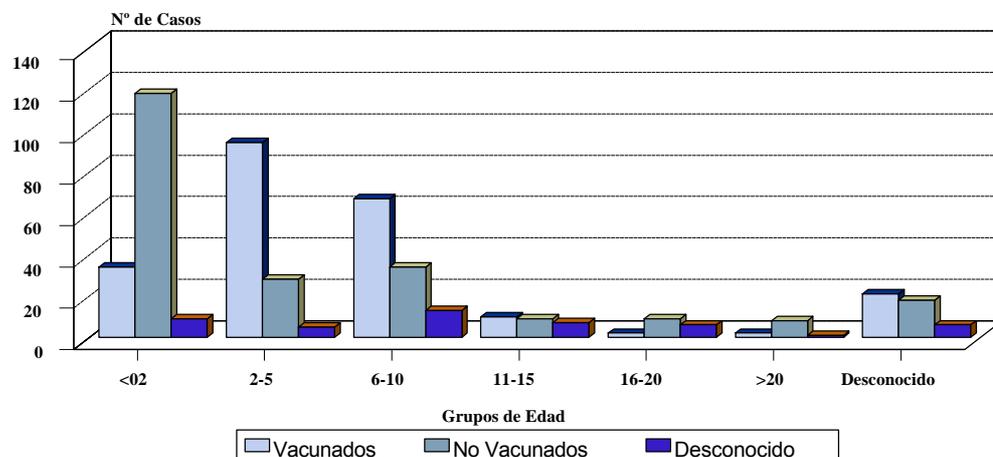
El descenso anual se produce a expensas de todos los grupos de edad (gráfico 5). El grupo de edad correspondiente a los menores de 2 años, es el que presentó mayor nº de casos durante todo el período, excepto en el 92 (año epidémico en la Comunidad de Madrid) que fueron los grupos de 2 a 5 y de 6 a 10 los que mostraron la mayor incidencia. A partir del 93 no se notificó ningún caso en mayores de 20. La media de edad para el total de los casos osciló entre 3,3 y 8,2.

Gráfico 5: Casos de Sarampión Declarados a la Red de Médicos Centinela, según Grupos de Edad. Comunidad de Madrid. Período 1991-1997



Al valorar los casos según estado vacunal, la proporción de casos en vacunados y no vacunados es similar. Por grupos de edad, como era lógico esperar, los casos en no vacunados son mayores en los grupos de < 2 años y en los mayores de 15 años (gráfico 6). El estado vacunal se desconoce en un 9,8% de los casos y esta proporción va incrementándose con la edad.

Gráfico 6: Distribución de los Casos de Sarampión Notificados por la Red de Médicos Centinela, Según Grupos de Edad y Estado Vacunal. Comunidad de Madrid. Período 1991-1997



3.- III ENCUESTA DE SEROVIGILANCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2000

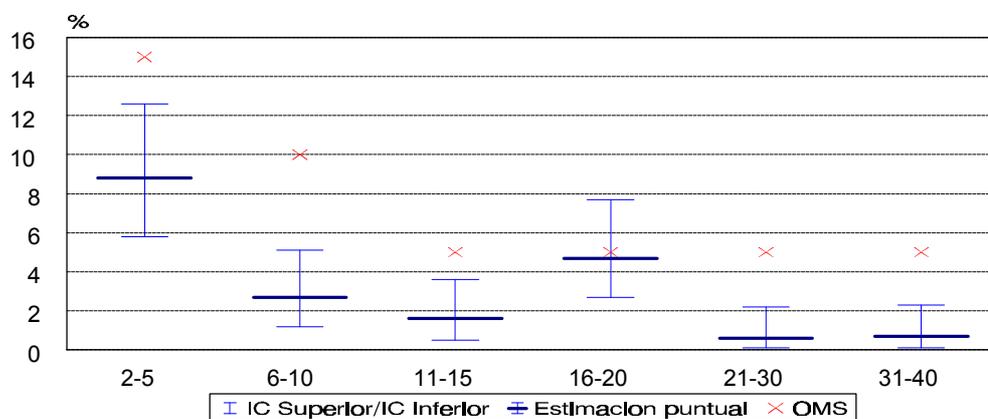
En la Comunidad de Madrid, se realizan periódicamente (cada 5 años) Encuestas de Serovigilancia a una muestra representativa de la población entre 2 y 60 años de edad, con el fin de conocer el estado inmunitario de la población. A continuación se presentan los datos obtenidos para el Sarampión de la III Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid que se ha realizado en el año 2000 a 2181 personas.

Tabla 2: Seroprevalencia frente al Sarampión por Grupos de Edad en la Comunidad de Madrid. Año 2000.

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	SEROPREVALENCIA %	INTERVALO DE CONFIANZA (95%)	
			Superior	Inferior
2-5 años	305	91.1	94.1	87.4
6-10 años	331	97.3	98.7	94.9
11-15 años	318	98.4	99.5	96.4
16-20 años	315	95.2	97.3	92.3
21-30 años	318	99.4	99.9	97.7
31-40 años	303	99.3	99.8	97.3

La prevalencia global de anticuerpos protectores para el sarampión es alta (tabla 2). Cuando analizamos la prevalencia en relación con el número de dosis, esta es próxima al 100% en los niños que han recibido dos dosis de vacuna.

Gráfico 7: Población Susceptible por Grupos de Edad. III Encuesta de Serovigilancia. Comunidad de Madrid. Año 2000.

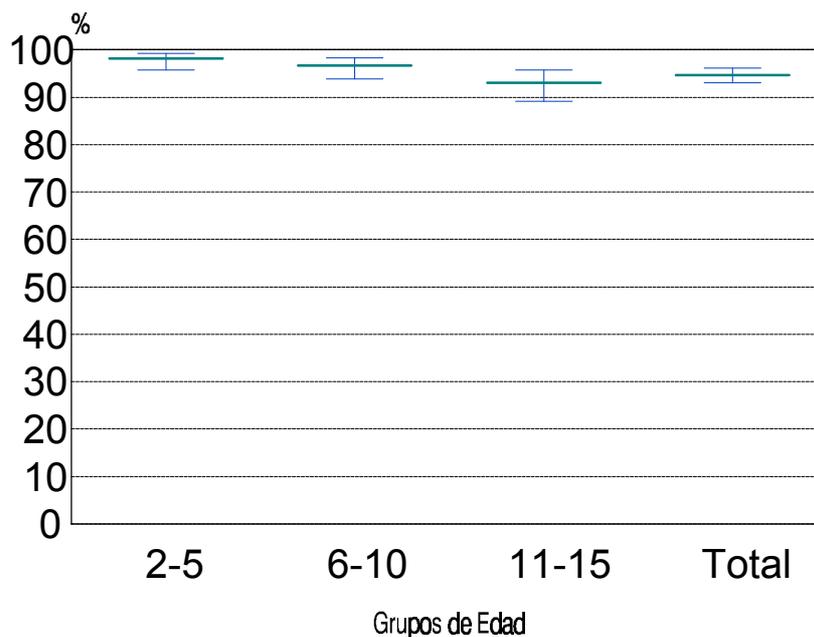


La proporción de población susceptible es inferior a la recomendada por la OMS en el Plan de Eliminación del Sarampión (gráfico 7) que establece un 15% de susceptibles en el primer grupo de edad, de un 10% en el segundo grupo y de un 5% para el resto de la población.

Se ha obtenido información de las cartillas de vacunación de los niños menores de 16 años habiéndose recuperado información en un 92,2% de los niños de 2 a 5 años, de 90,9% en los de 6 a 10 años y de 86,8% en los de 11 a 15 años.

Los datos de cobertura vacunal, se presentan en el gráfico 8, donde se puede apreciar que la cobertura vacunal es buena globalmente y por grupos de edad, aun así es necesario hacer un esfuerzo para mejorar la implantación de la segunda dosis a los cuatro años de edad, incluida recientemente en calendario (Noviembre del 1999)

Gráfico 8.-Estado vacunal por grupos de edad III Encuesta de Serovigilancia. Comunidad de Madrid.

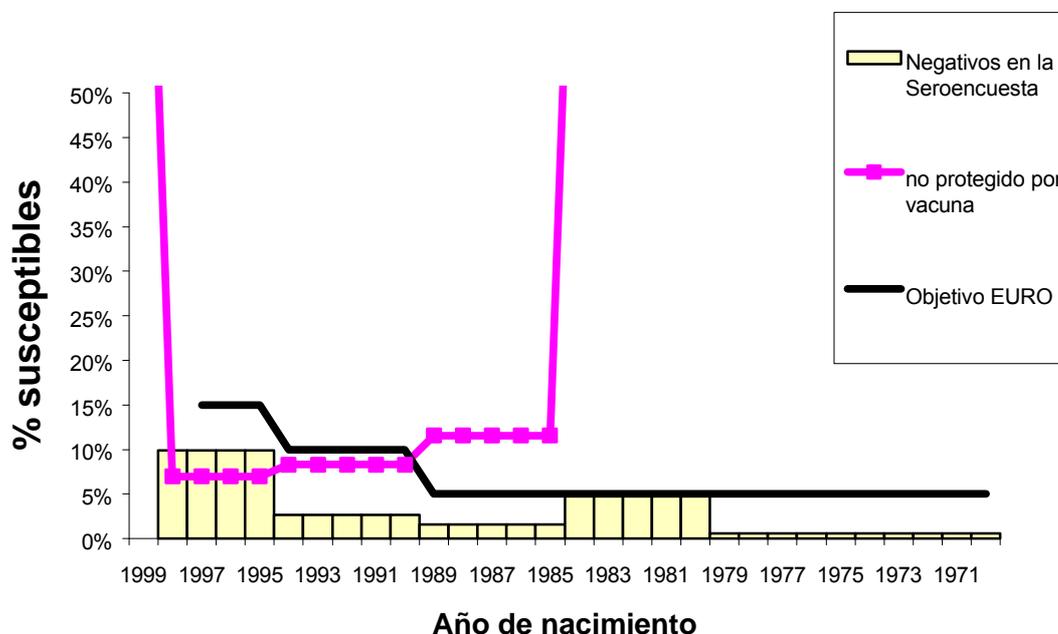


4.-ANÁLISIS CONJUNTO DE LA INFORMACIÓN DE LA QUE DISPONEMOS.

Siguiendo las directrices de la OMS se ha realizado el modelo preestablecido para analizar la susceptibilidad en nuestra Comunidad, por grupos de edad, basándonos en las coberturas vacunación y en los datos serológicos en la tercera encuesta de serovigilancia. El objetivo es comparar este nivel de susceptibilidad con los niveles de susceptibilidad marcados por la OMS como óptimos para poder alcanzar la eliminación del sarampión. El análisis

conjunto de esta información indicará cuales deben ser las estrategias adecuadas en cada país para poder alcanzar la eliminación.

Gráfico 9: Estimación de la población susceptible a sarampión en la Comunidad de Madrid



El nivel de protección de nuestra población esta por encima de lo establecido por la OMS, como se ha comentado anteriormente.

De acuerdo con estos datos se tiene dos grupos de edad en los que se acumula el mayor número de susceptibles (grupos de 2 a 5 años y de 15 a 20). Ambos grupos podrían estar relacionados con una menor cobertura vacunal.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica constituye el pilar fundamental dentro de las estrategias a desarrollar en un programa de eliminación del sarampión. Básicamente, las estrategias van dirigidas a intensificar el sistema de vigilancia epidemiológica actual, reforzar el papel del laboratorio, y definir las estrategias de vacunación que aceleren el control de la infección y, posteriormente, mantengan su eliminación.

Los objetivos del programa son la interrupción de la cadena de transmisión y la prevención de brotes. Este sistema debe cumplir dos funciones fundamentales:

- 1.- La investigación de los casos sospechosos de manera que posibilite la rápida confirmación para detectar la circulación del virus del sarampión de forma oportuna;

determinar los factores de riesgo para la transmisión y llevar a cabo las medidas necesarias para el control de la enfermedad.

- 2.- Análisis detallado de los datos de vigilancia incluyendo antecedentes de morbilidad, cobertura de vacunación y monitorización de los efectos adversos de la misma, y población susceptible; todo ello como base para la evaluación del programa y la toma de decisiones acerca de las medidas de control, o modificación de las estrategias si se consideran necesarias.

¿Qué se debe notificar?

- C Todo exantema maculopapular que curse con fiebre de más de 38°C y algunos de los siguientes síntomas: tos, coriza y/o conjuntivitis.

¿Cómo notificarlo?

- C De acuerdo con la Orden (n° 117) 186/2001, del 9 de Mayo Del Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid la sospecha de sarampión se notificará de forma urgente vía fax o telefónica, en las 24 horas siguientes de la sospecha.

¿Qué datos mínimos se deben proporcionar al notificar?

- C Datos de Identificación del Enfermo: nombre y apellidos, edad, dirección y teléfono.
C Datos de Identificación del Notificador: nombre, centro de trabajo y teléfono.

¿Dónde dirigir la notificación?

- C Al Servicio de Salud Pública del Área Sanitaria, Sección de Epidemiología:

	Teléfono	Fax
ÁREA 1	91.871.58.55	91.871.60.16
ÁREA 2	91.672.26.89	91.669.28.97
ÁREA 3	91.880.66.53	91.882.84.06
ÁREA 4	91.586.72.54	91.586.76.93
ÁREA 5	91.662.03.77	91.662.05.34
ÁREA 6	91.634.91.16	91.634.94.73
ÁREA 7	91.586.72.25	91.586.76.93
ÁREA 8	91.642.58.77	91.642.59.44
ÁREA 9	91.685.00.50	91.686.38.11
ÁREA 10	91.683.94.80	91.683.58.31
ÁREA 11	91.892.90.10	91.892.39.95
SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA	91.586.70.86 91.586.72.55 91.589.76.41	91.586.79.89

Los días laborables a partir de las 15 horas y los días festivos, sábados incluidos, los casos de sarampión que se diagnostiquen deberán ser notificados de forma urgente al “Sistema de Alertas en Salud Pública” (tfnos.: 91-580.20.90 y 91-580.20.82).

¿Qué se investiga desde las secciones de epidemiología?

C Todos los casos sospechosos notificados.

¿Qué actividades se realizan en la investigación?

C **Cumplimiento del cuestionario de caso** preferentemente durante las 24 horas que siguen a la notificación, haciendo especial hincapié en:

C

- Estado vacunal.
- Antecedentes de exposición a otro caso: se tratará de determinar la posible exposición del caso en investigación, a un caso confirmado de sarampión durante los 7-18 días que preceden al inicio del exantema. Para ello se investigarán posibles lugares de exposición: familia, guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión lúdicos o deportivos, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.
- Datos del colectivo: identificación de contactos
Se considerarán contactos: a las personas que hayan estado expuestas a un caso sospechoso, confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, por cualquier espacio de tiempo, durante su período de infectividad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema); la exposición debe ser persona a persona o en lugares confinados como por ejemplo un aula escolar. Se considerarán expuestas aquellas que hayan tenido proximidad física con el paciente (menos de 1 metro) y las que hayan compartido lugares cerrados (ejemplo aulas escolares, autobús escolar...), durante el periodo de infectividad.

C **Toma de muestras biológicas:**

Es necesario confirmar todos los casos sospechosos, para ello se tomarán:

- Una muestra de sangre en tubo seco o gelosa para la determinación de IgG e IgM.
- Una muestra de sangre en tubo heparinizado para el aislamiento del virus.
- Dos muestras de exudado faríngeo para el aislamiento del virus.
- Dos muestras de orina para el aislamiento del virus.
- Los días óptimos para la recogida de muestras serán entre el tercer y cuarto día tras el comienzo del exantema. Los periodos máximos admisibles de recogida son de un mes para la sangre utilizada en la determinación serológica de anticuerpos y de 10 días en el caso de las muestras para

aislamiento del virus (sangre heparinizada, orina y frotis faríngeo) después del inicio del exantema.

C Medidas de control:

Se procederá a la vacunación de la Población Susceptible en caso de no estar Correctamente Vacunada.

- Considerando *Población Susceptible*, en nuestra Comunidad: “Toda la población menor de 20 años expuesta al caso y que no estén correctamente vacunada, o bien no tenga evidencia serológica de protección.”
- Y *Población Correctamente Vacunada*: “Las personas que acrediten estar vacunados con las dosis correspondientes a su edad.”

C Actuaciones específicas a realizar en el colectivo:

- Revisión de las cartillas de los contactos.
- Vacunación de los contactos susceptibles:
Antes de las 72 horas y con el fin de prevenir la aparición de nuevos casos, se vacunará a todos los niños según protocolo.

Si han pasado más de 72 horas una vez revisadas las cartillas de vacunación, y si presentasen una vacunación incorrecta para su edad, se les recomendará acudir a su centro de salud para ponerle la/las dosis correspondientes de Triple Vírica

C Seguimiento de la población expuesta.

El periodo de seguimiento se hará durante los 18 días siguientes a la aparición del exantema con el objetivo de detectar la aparición de posibles casos con posterioridad al caso índice.

· Fin de la investigación y clasificación final del caso:

Una vez finalizada la investigación se clasificarán los casos de acuerdo con los criterios consensuados en el ámbito nacional:

1.- Según grado de certeza diagnóstica:

- Caso confirmado:

Microbiológicamente: caso que en las determinaciones de laboratorio indiquen la presencia de anticuerpos IgM frente a sarampión, seroconversión de IgG o cultivo positivo, con independencia de que la definición clínica de caso se cumpla o no.

Con vínculo epidemiológico: todo caso que cumple los criterios de la definición clínica sin que se disponga de pruebas de laboratorio, y que ha estado en contacto témporo-espacial con otro caso de sarampión confirmado microbiológicamente, y en el cual el exantema se inició entre el 7-18 día antes del caso actual.

- **Caso compatible o que cumpla la definición clínica de caso:** todo caso que cumple los criterios de definición clínica de sospecha de caso, en el que no ha sido posible recoger muestras para su confirmación por el laboratorio, y que no está vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado por laboratorio. Estos casos representan un fracaso del sistema de vigilancia al no poderse ni confirmar ni descartar la infección por sarampión.
- **Caso descartado (no-sarampión):** todo caso sospechoso en el que las determinaciones de laboratorio aportan resultados negativos.

Se nos puede plantear el dilema de cómo clasificar un caso sospechoso de sarampión que haya sido vacunado en las seis semanas precedentes al inicio del exantema, y que tenga una IgM positiva; debido a que la vacuna, al igual que la infección natural por el virus del sarampión, pueden estimular esta respuesta en el huésped. En esta situación, se considerará caso vacunal, sólo a los que NO tengan vínculo epidemiológico con un caso confirmado de sarampión.

2.- Según su origen:

Desde el momento en que se plantea la eliminación del sarampión, y especialmente cuando se interrumpe la transmisión del virus, tiene gran importancia conocer el origen del caso; es decir si la transmisión se produce en nuestra Comunidad o fuera de ella. El origen se puede conocer estudiando los contactos que tuvo el caso, entre los 7 y 18 días previos al inicio del exantema, o de no conocerse el contacto con otro caso, estudiando las oportunidades de exposición. En función a este criterio, los casos se clasificarán en:

- **Caso Importado:** Todo caso confirmado de sarampión cuyo exantema se inicia en un período ≤ 18 días de su llegada de otro país, asegurándose que no está vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono anterior.
- **Caso perteneciente a otra CCAA:** Todo caso que cumpla una de las siguientes condiciones:
 - * Que haya permanecido en otra Comunidad Autónoma entre los 7 a 18 días que precedieron al exantema.
 - * O bien que en ella mantuviera un contacto con un caso confirmado durante el mismo periodo de tiempo.
- **Caso autóctono:** Todo caso que no pueda ser clasificado como importado o de otra CCAA. Los casos vinculados epidemiológicamente a un caso confirmado, serán considerados autóctonos si su exposición ocurre en la Comunidad de Madrid.

FLUJO DE CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

CRITERIOS CLÍNICOS	MUESTRAS LABORATORIO	RESULTADO LABORATORIO	INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	CLASIFICACIÓN
Sí	Sí	<i>Positivo (IgM, seroconversión IgG o cultivo)</i>	<i>Si/No vínculo epidemiológico</i>	<i>Confirmado Microbiológicamente</i>
Sí	No	<i>Sin resultados</i>	<i>Si vínculo epidemiológico</i>	<i>Confirmado con vínculo epidemiológico</i>
Sí	No	<i>Sin resultados</i>	<i>No vínculo epidemiológico</i>	<i>Compatible*</i>
Sí	Sí	<i>Negativo (IgM, seroconversión y cultivo)</i>	<i>Si/No vínculo epidemiológico</i>	<i>Descartado</i>

*Este caso representa un fallo del sistema

¿Qué información se va a remitir al médico notificador?

- C En las 48 horas siguientes a la toma de muestras: confirmación serológica de sarampión.
- C En los 10 días siguientes a la toma de muestras: en caso de no ser sarampión, resultados de diagnóstico diferencial con rubéola, parvovirus B19 y herpes 6.
- C Al finalizar la investigación, se remitirán los resultados derivados de ella.



CASOS DE SARAMPIÓN NOTIFICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Año 2001, Situación hasta el 31 de agosto.

INTRODUCCIÓN

El Plan de Eliminación del Sarampión se puso en marcha a nivel Nacional a principios del año 2001; en la Comunidad de Madrid, a pesar de no haberse hecho la presentación del programa, se ha realizado la investigación de todos los casos sospechosos de Sarampión que se han declarado al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

A continuación se presenta el informe sobre los casos notificados desde el 1 de Enero al 31 de Agosto de 2001.

Se han notificado, en este período, 26 sospechas de casos de sarampión, que después de realizar la investigación se han clasificado como:

- C Confirmados: 10 casos
- C Compatibles: 5 casos
- C Casos Postvacunales: 2 casos
- C Descartados o no sarampión: 9

1-CASOS CONFIRMADOS

La descripción de los casos confirmados de sarampión figuran en la tabla 1.

Los dos primeros casos, fueron importados, no están relacionados entre sí y en ninguno de los dos se produjeron casos secundarios.

Los casos autóctonos están agrupados en dos brotes, sin que de momento podamos afirmar ni descartar que ambos estén relacionados. Uno de los casos podría estar relacionado con uno u otro brote.

Los casos 3 y 4 (primer brote) están relacionados por acudir a un mismo gimnasio. El niño(caso 3) además acudía a una escuela infantil y tenía dos hermanos que también tuvieron exantema, pero fueron descartados por serología. La chica (caso 4), de 22 años, acudió en el período de infectividad a dos empresas. Se realizó la investigación y seguimiento en los colectivos implicados y no se produjo ningún caso ni antes ni después de la aparición estos .

El caso 5, un chico de 19 años, en principio se asocio a los anteriores, por coincidir en un viaje en tren, con el caso 4 del primer brote, cuando acudía a un centro universitario.

Los casos 6,7,8, 9 y 10 (segundo brote) pertenecían a dos familias, tres a una y dos a la otra, existiendo una relación laboral entre dos miembros de estas(casos 8 y 9). El primer caso(6) de este brote también asistía al centro universitario del chico de 19 años(caso 5) y la

fecha de inicio de los síntomas en ambos casos coincide y es compatible con la existencia de una fuente de infección común. Esto nos puede hacer pensar que en este centro existió otro caso que no detectamos y que pudo ser el caso índice de ambos (5 y 6) y anularía nuestra hipótesis anterior.

Como se ve en la tabla 1 todos los casos confirmados de sarampión, a excepción de un niño de dos años, tienen entre 19 y 28 años.

En relación al estado vacunal, solamente dos casos dicen estar vacunados, aunque no han presentado la cartilla de vacunación u otro documento que asegure su correcta vacunación; el niño de dos años no estaba vacunado por problemas de salud.

Tabla 1: CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2001 HASTA 31 AGOSTO

Nº	FECHA INICIO SÍNTOMAS	EDAD (años)	SEXO	ÁREA DE SALUD	VACUNA	SEROLOGÍA SARAMPIÓN	AISLADO VIRUS	CLASIFICACIÓN DE CASO
1	2/1/01	20	Mujer	11	NO	Positiva		Importado
2	10/4/01	28	Hombre	2	NO	Positiva	SI	Importado
3	30/4/01	2	Hombre	2	NO	Positiva		Por laboratorio
4	9/5/01	22	Mujer	4	NO	Positiva	SI	Por laboratorio
5	22/5/01	19	Hombre	4	NO	Positiva	SI	Por laboratorio
6	19/5/01	21	Hombre	2	NO	No muestra		Con vinculo epid
7	2/6/01	23	Mujer	2	NO	Positiva		Por laboratorio
8	14/6/01	25	Hombre	2	NO	No muestra		Con vinculo epid
9	2/7/01	26	Hombre	7	SI	No muestra		Con vinculo epid
10	10/7/01	28	Hombre	7	SI	Positiva	SI	Por laboratorio

En este periodo del año 2001, el servicio de virología del Hospital Ramón y Cajal, se consiguió aislar el virus en tres muestras de nuestra Comunidad y en una muestra de Cataluña, esta última perteneciente a un caso del año 2000. Los aislamientos virales realizados en estos pacientes pertenecen al genotipo D7 (redefinido recientemente). Este genotipo, fue aislado también en el año 2000 en Alemania.

El virus circulante en la Comunidad de Madrid desde el año 1994 era del genotipo D3, redenominado como D6.

El virus aislado en el paciente que había viajado a Guinea Ecuatorial es del genotipo B3, virus que se ha aislado también en África Central y Occidental.

2- CASOS COMPATIBLES DE SARAMPIÓN

Los casos sospechoso que no se pueden confirmar ni descartar por laboratorio y no tienen vínculo epidemiológico con un caso confirmado se clasifican como compatibles. Los motivos de no haber podido recoger las muestras necesarias para ello se deben a un retraso de la notificación, la negativa de los padres para realizar la extracción de las muestras o por no poder localizar a los pacientes, quedando como fallos de la vigilancia que en algunos de los casos se podrían evitar (tabla 2). Los retrasos en la notificación han supuesto, en estos casos, que se hayan excedido los plazos para realizar la extracción de muestras.

Tabla 2: CASOS COMPATIBLES DE SARAMPIÓN. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2001 HASTA 31 AGOSTO

EDAD	SEXO	ÁREA DE SALUD	MOTIVO DE LO NO EXTRACCIÓN
17 meses	Hombre	8	Se notificó tarde
9 meses	Mujer	1	Negativa de los padres
13 meses	Hombre	1	Se notificó tarde (médico de vacaciones)
21 meses	Hombre	6	Negativa de los padres
24 años	Mujer	Militar	No se pudo localizar a la paciente

CASO DESCARTADOS DE SARAMPIÓN

En todos los casos notificados como sospechas de sarampión, cuando éste se descarta, se realizan determinaciones serológicas de otros virus productores de exantemas (*Enterovirus*, *Herpes 6*, *Parvovirus B19*, *Adenovirus* y *Rubéola*.) Los diagnósticos alternativos figuran en la tabla 3. En 2 de los casos que figuran como no concluyentes, no existía muestra para serología. Todos los casos son niños menores de 5 años y estaban correctamente vacunados, excepto los que no correspondían por la edad.

Tabla 3: CASO DESCARTADOS DE SARAMPIÓN. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2001 HASTA 31 AGOSTO

EDAD	SEXO	ÁREA DE SALUD	NOTIFICACIÓN	INICIO DE SÍNTOMAS	VACUNA	DIAGNOSTICO ALTERNATIVO
3 años	Hombre	10	14/02/2001	03/02/2001	SI	<i>Herpes-6</i>
10 meses	Mujer	1	21/04/2001	11/04/2001	NO	<i>Enterovirus</i>
2 años	Hombre	6	23/04/2001	23/04/2001	SI	<i>Enterovirus</i>
5 años	Hombre	2	20/05/2001	16/05/2001	SI	No concluyente
12 años	Hombre	2	22/05/2001	20/05/2001	SI	No concluyente
22 meses	Mujer	5	11/06/2001	6/06/2001	SI	No concluyente
22 meses	Hombre	5	13/06/2001	10/06/2001	SI	No concluyente
11 meses	Mujer	11	27/06/2001	09/06/2001	NO	<i>Herpes-6</i>
14 meses	Hombre	8	28/06/2001	02/06/2001	NO	<i>Enterovirus</i>

DEFICIENCIAS DETECTADAS

Este periodo de tiempo de vigilancia, antes de implantar Plan de Eliminación del Sarampión, nos ha servido para detectar algunas deficiencias como:

- C Necesidad de realizar aclaraciones en el protocolo de vigilancia
- C Ausencia de variables de interés y espacio insuficiente en otras en el cuestionario
- C Retraso en la notificación.
- C Negativas a las extracciones de muestras y en algún caso a proporcionar información demandada en el cuestionario epidemiológico.

PROPUESTAS DE MEJORA

Algunas deficiencias detectadas, ya se han subsanado y creemos que la presentación y divulgación del Plan de Eliminación del Sarampión contribuirá a solucionar el resto, aun así creemos necesario insistir en:

- C Recordar a los notificadores que el sarampión es de declaración urgente.
- C Insistir en la necesidad de obtener muestras biológicas para realizar el diagnóstico de confirmación y de que mentalicen a las familias de la importancia que tiene el que nos faciliten los datos sobre personas y colectivos con los que hayan podido estar en contacto los días anteriores y posteriores a la aparición del exantema.



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Período analizado: Año 2001, semanas 31 a 35
(del 29 de julio al 1 de septiembre del 2001)

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.

SIFILIS

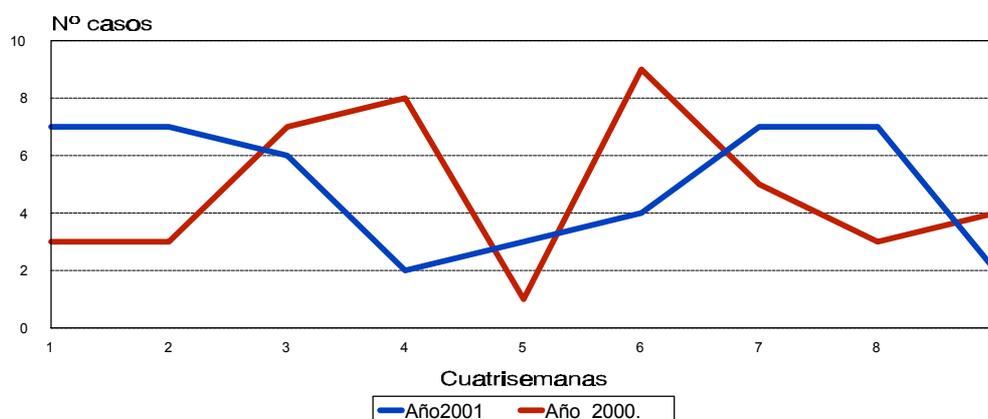
En el gráfico nº 1 aparece la evolución del nº de casos de sífilis en el periodo comprendido entre la semana 1 y 35 de los años 2000 y 2001. En total fueron notificados, 45 casos en el año 2001, 2 casos mas que el año anterior durante el mismo periodo. El mayor número se observó durante la semana 13 (4 casos)

En el mapa nº1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes por distritos sanitarios. Las mayores tasas de incidencia se han observado en los distritos de Leganés y Fuenlabrada (6,9 y 6,3 casos por 100.000 habitantes) seguidos de Usera (2,6 casos) correspondientes a las areas 9 y 11.

En la distribución por género, el 64,3 % corresponde a varones. El rango de edad varió entre 18 y 76 años. El 42,2 % de los casos se presentó en personas entre 30-45 años y 35,5 % en mayores de 45 años.

Considerando el tipo de diagnóstico, en el 93,33 % de los casos se realizó diagnóstico serológico y en el 4,4 % microbiológico. Del total de casos, 22,2 % fueron derivados a atención especializada, 33% no se derivaron y en el resto no se dispone de información.

GRÁFICO 1
Sifilis. Casos notificados por cuatrisesmana. Semana 1 –35. Años 2000-2001



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid

Tasas por 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2001
Semanas 31 a 35 (29/7/01 hasta 1/9/01)

	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.																				
Brucelosis	0.0	0.5	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.3	0.3	0.0	0.9	0.0	0.4	0.0	0.6	0.0	0.3
Disentería	0.0	0.3	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1
E. I. H. Influenzae	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.1
Enf. Meningocócica**	0.0	1.7	0.2	2.9	0.0	2.2	0.20	1.5	0.0	0.6	0.0	1.2	0.0	0.7	0.0	1.2	0.0	2.6	0.4	2.4	0.6	2.4	0.1	1.7
Fiebre tifoidea	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	0.8	0.1	0.2	
Gripe	11.1	1341.3	19.4	1871.9	4.8	2022.3	3.5	2479.1	14.5	2155.9	0.0	1962.1	48.7	2895.7	22.3	3441.5	5.5	2084.0	12.8	2355.4	21.6	2706.4	16.1	2296.5
Hepatitis A	0.0	0.2	0.0	1.0	0.0	1.1	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.4	0.0	0.3	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.6
Hepatitis B	0.0	0.5	0.0	0.7	0.4	1.1	0.2	2.0	0.2	0.7	0.0	1.7	0.2	1.7	0.0	1.5	0.0	0.3	0.4	0.8	0.5	1.5	0.2	1.2
Hepatitis víricas (otras)	0.0	0.9	0.2	1.7	0.0	0.0	0.2	0.4	0.0	1.2	0.0	3.6	0.0	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	1.6	0.2	3.6	0.1	1.3
Infección Gonocócica	0.2	0.5	0.0	1.2	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.6	0.4	0.8	0.0	0.3	0.0	0.4
Legionelosis	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.6	0.9	0.0	0.0	0.3	0.5	0.1	0.4
Leishmaniasis	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.8	0.2	0.6	0.0	0.3
Meningitis vírica**	0.3	5.2	0.2	5.2	1.1	20.4	0.20	6.7	0.0	4.5	0.0	5.3	0.2	2.7	0.5	6.5	0.3	9.5	0.0	1.6	0.4	3.3	0.3	5.8
Meningitis bacter.**	0.0	0.3	0.0	0.0	1.1	1.8	0.0	0.6	0.0	0.8	0.0	0.9	0.2	0.9	0.0	0.7	0.6	1.4	0.0	0.8	0.4	2.1	0.2	0.9
Paludismo	0.0	0.2	0.0	1.0	0.4	1.9	0.0	0.2	0.0	0.5	0.0	0.2	0.0	1.0	0.3	1.5	0.0	2.0	0.8	3.2	0.2	2.6	0.1	1.2
P.F.A.	0.0	2.0	0.0	1.6	0.0	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.7
Parotiditis	1.1	33.1	0.2	12.7	0.0	13.7	0.0	34.9	0.8	17.0	0.0	17.3	0.0	18.3	0.0	2.3	0.3	7.2	0.0	9.6	0.8	18.9	0.4	18.5
Rubéola	0.0	0.2	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.2
Sarampión	0.0	0.5	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	0.5	0.0	0.4	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4
Sífilis	0.3	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.3	0.3	0.9	6.6	0.0	0.4	0.0	1.7	0.1	0.9
Tos ferina	0.0	0.2	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.6	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.5
TBC respiratoria***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	18.8	567.3	14.4	620.2	20.0	955.0	17.9	613.1	21.1	503.8	0.0	640.7	16.6	585.4	27.8	801.9	16.7	894.9	13.3	929.1	18.8	521.7	17.2	650.5
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%		84.9%		76.6%		74.16%		47.12%		66.3%		81.7%		85.17%		78.4%		90.54%		66.32%		73.85%	

* Aquellas enfermedades de las que no se ha declarado ningún caso no aparecen en la tabla

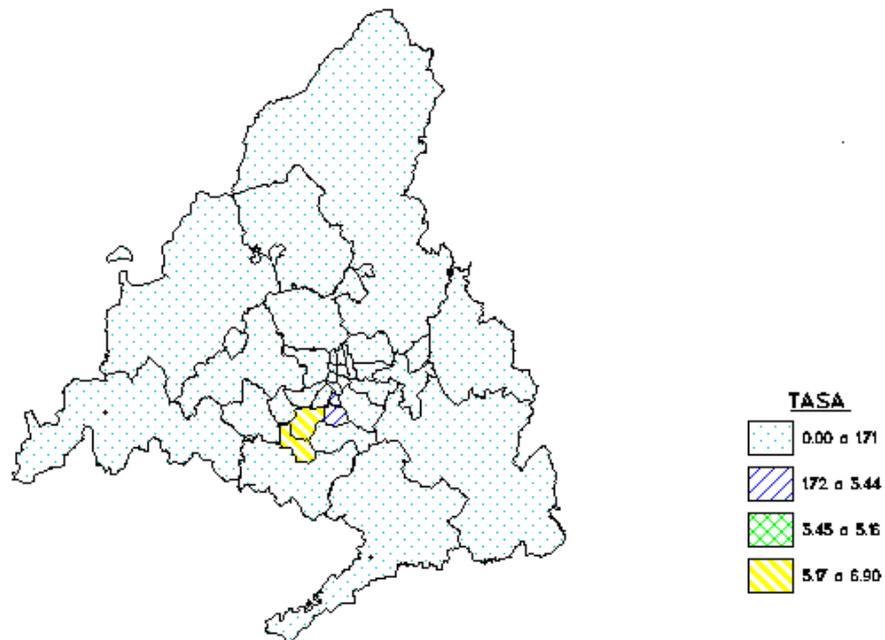
** Casos procedentes del registro de Infecciones que causan Meningitis en la Comunidad de Madrid

*** Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un registro específico.

El último informe publicado aparece en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Volumen 7, número 2.

MAPA 1. SÍFILIS. TASAS DE INCIDENCIA POR DISTRITOS SANITARIOS. SEMANAS 31 A 35. AÑO 2001 COMUNIDAD DE MADRID

1



Fte: Enfermedades de Declaración Obligatoria



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

Semanas 31 a 35 de 2001.

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
1	Alimentario	Madrid (Retiro)	Restaurante	5	4	0	Mayonesa	<i>S enteritidis</i>
1	Alimentario	Madrid (Moratalaz)	Bar	5	4	1	Patatas con huevo	<i>Salmonella sp</i>
1	Alimentario	Madrid (Vallecas)	Familiar	14	9	0	Ensaladilla	<i>Salmonella sp</i>
1	Alimentario	Madrid (Vallecas)	Familiar	7	7	5	Mayonesa	<i>S enteritidis</i>
2	Alimentario	Madrid (Chamartín)	Restaurante	5	5	0	Desconocido	Desconocido
2	Alimentario	Madrid (Salamanca)	Restaurante	2	2	2	Desconocido	Desconocido
4	Neumonía	Madrid (Ciudad Lineal)	Com. vecinos	260	9	1	--	<i>M pneumoniae</i>
5	Alimentario	Lozoyuela	Campo de trabajo	27	24	0	Embutido	Desconocido
5	Alimentario	Madrid (Tetuán)	Restaurante	4	4	0	Desconocido	Desconocido
5	Alimentario	Madrid (Tetuán)	Restaurante	2	2	0	Pulpo	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Restaurante	1	1	0	Vino	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	4	4	0	Enchilada con salsa	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	5	5	0	Mayonesa	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	2	2	0	Desconocido	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	5	5	0	Desconocido	<i>S enteritidis</i>
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	2	2	0	Mayonesa	Desconocido
11	Alimentario	Madrid (Usera)	Comedor de empresa	550	6	0	Desconocido	Desconocido



REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS

Datos Actualizados a 30 de junio de 2001

En esta Sección se presentan los datos provisionales, recogidos en el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid hasta el 30 de junio de 2001, respecto a los pacientes con domicilio en la Comunidad de Madrid (se excluyen los residentes en prisión).

Se incorpora en el Registro como caso de tuberculosis: al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y/o cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis*; o al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses, o menos si se le retira el mismo por efectos secundarios o fallece.

Las fuentes de información del Registro son: los profesionales de atención primaria y especialistas, mediante la notificación con datos epidemiológicos básicos a las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), los laboratorios de microbiología que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado de micobacterias, los servicios de Anatomía Patológica, el Registro de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid, el sistema de información correspondiente al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización y otras fuentes (servicios de admisión hospitalaria, servicios de farmacia hospitalaria y de atención primaria, Instituciones Penitenciarias, funeraria... etc).

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa/recogida pasiva de los datos en las fuentes mencionadas. El cierre de la información para cada año, se realiza a 30 de junio del año siguiente, con objeto de incluir información sobre el seguimiento del tratamiento.

El último informe publicado a nivel Regional con información consolidada corresponde al año 1999 (Comunidad de Madrid. Informe del Registro de Casos de Tuberculosis 1999. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001;7 (2):3-45.

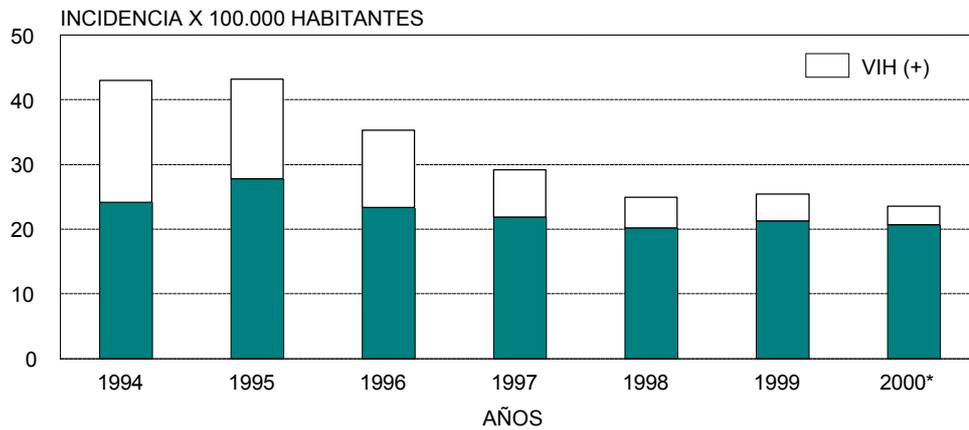
TABLA 1

Número de casos detectados según sexo, grupo de edad, localización pulmonar y Área Sanitaria de residencia, hasta el 30 de junio de 2000. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

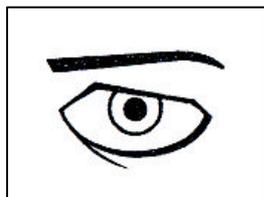
	Año 2000*
Nº Casos detectados	1178
Sexo	
- Masculino	751
- Femenino	425
- Desconocido	3
Grupo de Edad	
- 0-14 años	54
- 15-24 años	120
- 25-44 años	455
- 45-64 años	209
- Mayores de 64 años	213
- Desconocido	128
Nº casos detectados con localización pulmonar	797
Área Sanitaria de residencia	
- Área 1	125
- Área 2	65
- Área 3	57
- Área 4	110
- Área 5	92
- Área 6	102
- Área 7	167
- Área 8	37
- Área 9	85
- Área 10	38
- Área 11	185
- Domicilio desconocido	115

* Datos provisionales acumulados hasta el 30 de junio de 2001

* Casos de tuberculosis con domicilio en la Comunidad de Madrid, salvo residentes en prisiones.

GRÁFICO 1**INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2001, semanas 31 a 35.
(Del 29 de Julio al 1 de Septiembre de 2001)

La “Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid” (RMC) se constituye en 1991 como un sistema de vigilancia basado en la notificación voluntaria de enfermedades. Su función básica consiste en la vigilancia de problemas de salud, que para un periodo de tiempo determinado se han considerado de especial interés para la Salud Pública.

Actualmente la RMC cuenta con la colaboración de 48 médicos generales y 41 pediatras de Atención Primaria, y los procesos que han sido objeto de vigilancia durante este periodo han sido: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática, Diabetes y Gripe.

1. Periodo analizado: Año 2001, semanas 31-35

VARICELA:

Durante las semanas 31 a 35 del año 2001, la Red de Médicos Centinela ha notificado 30 casos de varicela, el doble de los ocurridos en el mismo periodo del año 2000 en el que se notificaron 14 casos. (Graf.1)

La distribución por sexo es de 63.3% en mujeres y 36.7% en varones, existiendo diferencia significativa ($p < 0.05$).

Por grupos de edad, el 80% se dan en edades a los 15 años, mientras que en adultos se han registrado 6 casos. (Graf.2)

Respecto a la adquisición de la enfermedad, el 43% de los casos se atribuye a un contacto con otro caso de varicela, y en el 57% se desconoce.

Los lugares de exposición más habituales han sido colegios y guarderías (16.7%), junto con el ámbito familiar que ha representado el 23.3% de los casos. (Graf.3)

Ningún caso ha presentado complicaciones ni ha requerido derivación a atención especializada (urgencias).

HERPES ZOSTER:

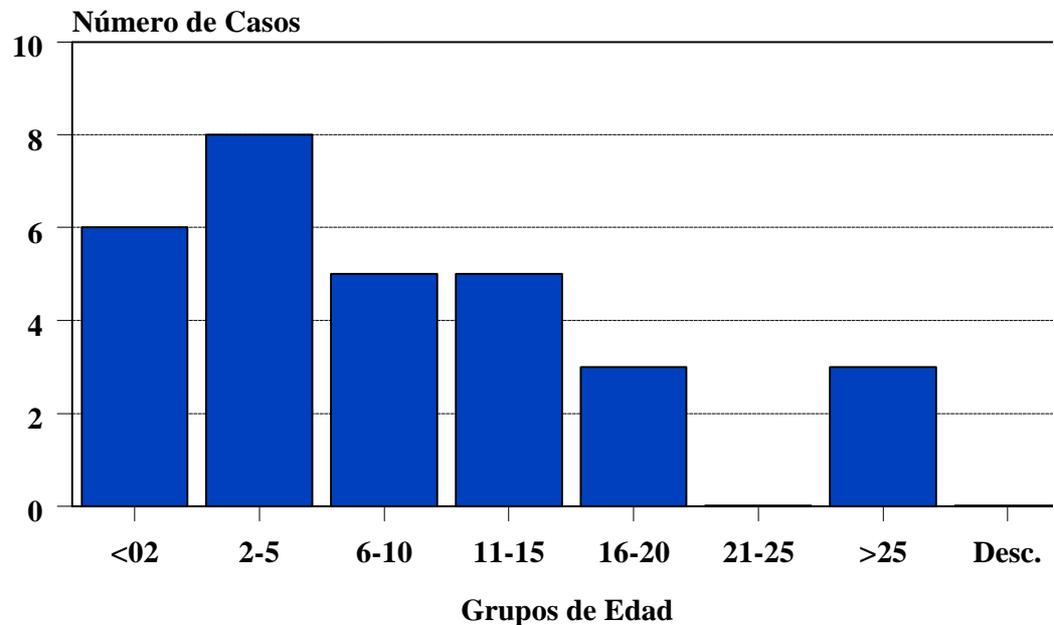
Durante este mismo periodo (semanas 31-35 del año 2001), a través de la Red de Médicos Centinela se han registrado 23 casos de Herpes Zoster. La distribución por sexo no muestra diferencias significativas: 10 casos (43.5%) en hombres y 13 casos (56.5%) en mujeres.

La media de edad ha sido de 41 años (DE = 25.7 años), en un rango de edad que va de los 6 a los 84 años. (Graf.4)

Graf.1

VARICELA.RMC. Casos notificados en las semanas 31-35

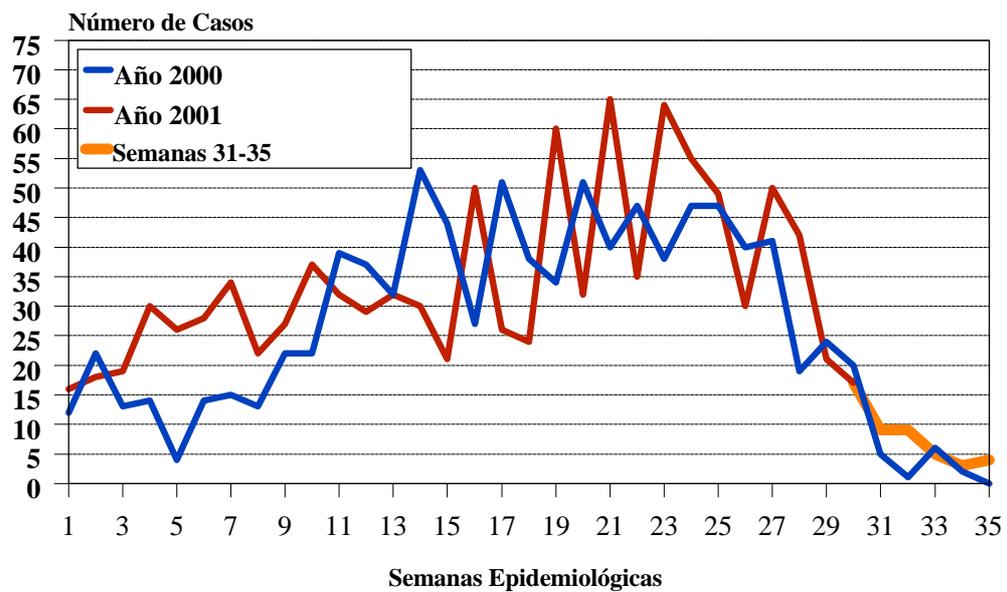
Distribución por grupos de edad



VARICELA.RMC. Casos notificados de las semanas 31-35.

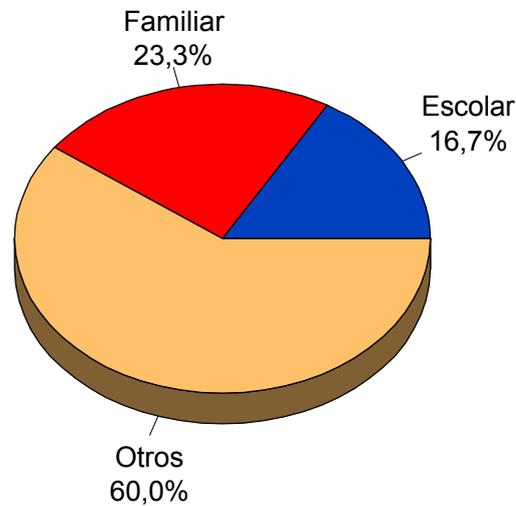
Años 2000 y 2001

Año 2000: N=14 Año 2001: N=30



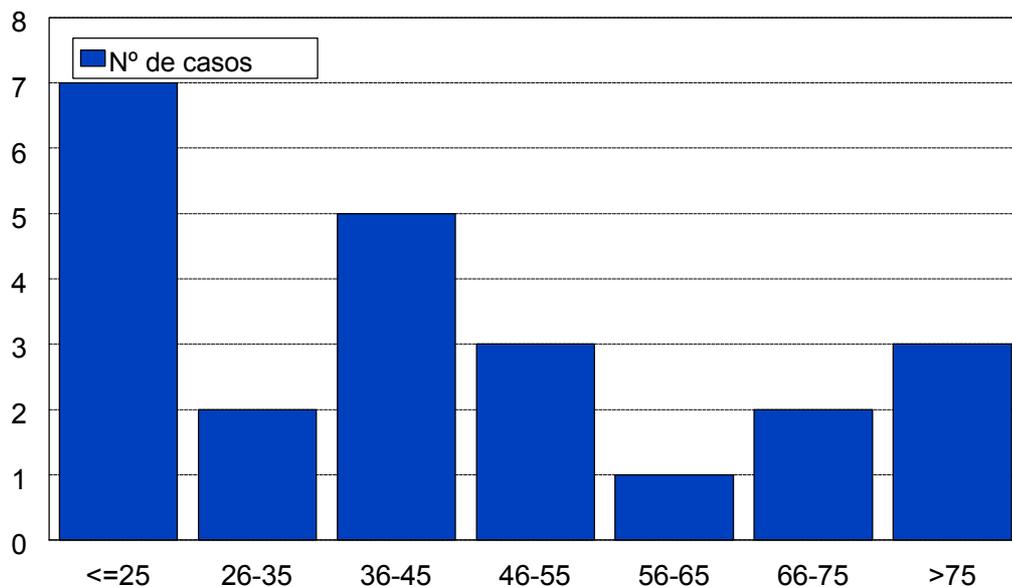
Red de Médicos Centinela

Graf.3

TIPO DE EXPOSICIÓN

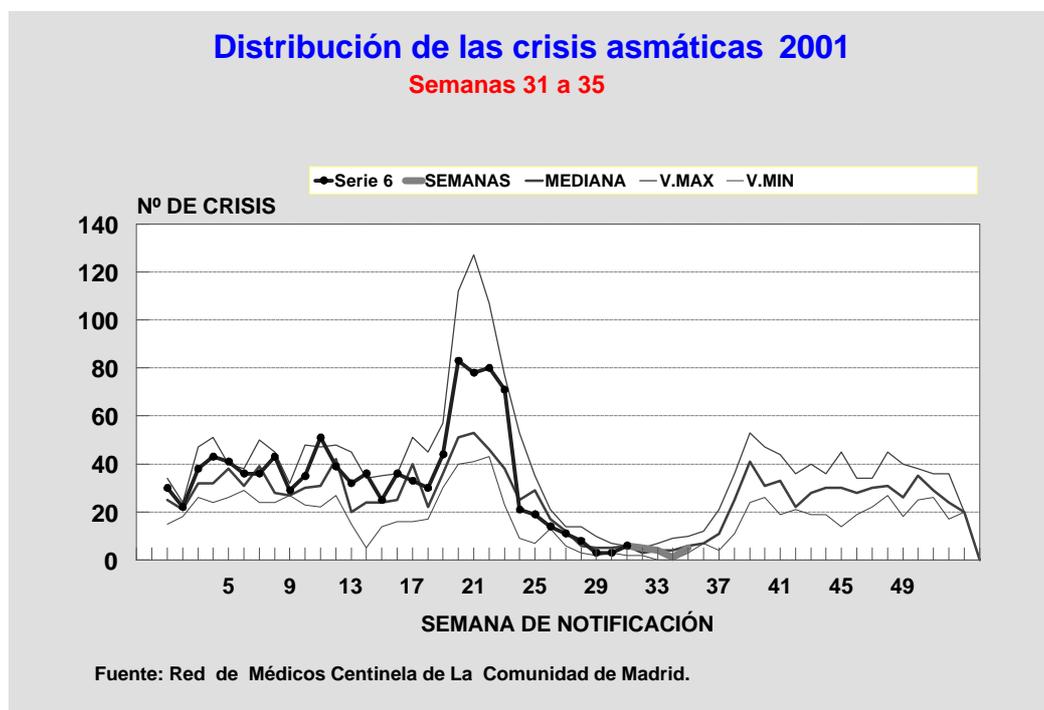
Red de Médicos Centinela

Graf.4

HERPES ZOSTER. Casos notificados en las semanas 31-35**DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD**

Red de Médicos Centinela

CRISIS ASMÁTICAS



Los comentarios sobre los procesos que no aparecen en este boletín mensual, se difunden en informes independientes. Así, la Gripe, cuenta con un informe semanal durante la temporada, y el resto de procesos con un informe anual.

Casos notificados a la Red y cobertura de notificación

	Nº casos semanas 31-35	Casos acumulados	Cobertura %
Gripe*	*	293	74.2
Otros procesos:			83.1
Varicela	30	1118	
Herpes zoster	23	159	
Crisis asmáticas		1036	

*Sólo se vigila entre la semana 40 y 20 de cada temporada.

AVISO

La III JORNADA ANUAL DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELA tendrá lugar el próximo día:

14 de Noviembre de 2001, (en horario de tarde)
Laboratorio Regional de Salud Pública
Salón de Actos
(c/ General Oraá 15, 28006 Madrid).

Como viene siendo habitual, los objetivos de dicha jornada serán revisar los principales resultados de los procesos objeto de vigilancia durante el año 2000 con los médicos participantes en la Red; además de ampliar conocimientos sobre un tema de interés para la Salud Pública y de trascendencia epidemiológica, dirigida a todos los médicos de Atención Primaria, que en este caso tratará sobre los aspectos fundamentales de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (enfermedad de Creutzfeldt-Jakob).

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

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología
C/ O´Donnell 52, 2ª planta.28009 Madrid