



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

6.

INFORMES:

- **Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003.**



Dirección General de Salud Pública,
Alimentación y Consumo
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Comunidad de Madrid





BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6

Índice

INFORMES:

	- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003.	3
	- EDO. Semanas 22 a 26 (del 30 de mayo al 3 de julio de 2004)	38
	- Brotes Epidémicos. Semanas 22 a 26, de 2004.	41
	- Red de Médicos Centinela, semanas 22 a 26, de 2004.	43

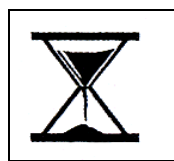


Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

Tirada: 2.900 ejemplares
Edición: 010/04

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, 2003

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2003

Indice:

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	5
4. Resultados.....	7
4.1. Actividad física.....	8
4.2. Alimentación.....	10
4.3. Realización de dietas.....	13
4.4. Antropometría.....	14
4.4. Consumo de tabaco.....	16
4.5. Consumo de alcohol.....	20
4.6. Prácticas preventivas.....	24
4.7. Accidentes.....	29
4.8. Seguridad vial.....	30
4.9. Agregación de factores.....	34
5. Bibliografía.....	36

1.- RESUMEN

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

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

Resultados: Alrededor de la mitad de la población estudiada es sedentaria en la actividad laboral, y se evidencia un incremento sostenido desde 1995. La proporción de sedentarismo en tiempo libre es todavía más elevada, cerca del 80%, aunque la tendencia muestra gran estabilidad. El consumo de alimentos describe un patrón con escaso consumo de fruta y verduras, especialmente de fruta fresca (un 30,6% no consumió ninguna ración el día anterior). Sin embargo, mejora el consumo de productos lácteos, debido al incremento de los productos derivados. A partir de la información autodeclarada de peso y talla, el 36,8% tienen sobrepeso y obesidad, sobre todo en hombres, que presentan un importante incremento porcentual (19,1%). Desciende el consumo de tabaco en hombres y mujeres a expensas de la disminución de la prevalencia de consumo en las cohortes jóvenes y al incremento del abandono del consumo. El consumo de alcohol desciende en hombres mientras que en las mujeres aumenta moderadamente. La realización de prácticas preventivas es en general muy elevada, incrementándose especialmente la realización de mamografías. Por otro lado, la no utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, ha descendido notablemente. Finalmente, la agrupación de importantes factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo de alcohol de riesgo) es elevada, ya que alrededor de una de cada cinco personas tienen presentes dos o más de estos cuatro factores de riesgo.

Conclusiones: Las tendencias de los principales comportamientos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, reflejan en algunos indicadores aspectos poco favorables para los objetivos de salud pública. Se aprecia un aumento del sedentarismo (a partir de la actividad laboral) en la población masculina y femenina, junto a un incremento del sobrepeso y obesidad en los hombres. Por el contrario, otros indicadores como el consumo de tabaco en ambos géneros o el de alcohol en hombres, muestran una evolución favorable. Asimismo, las prácticas preventivas, especialmente la realización de mamografías han experimentado un importante crecimiento, al igual que las medidas de protección de seguridad vial.

2.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de origen no transmisible como las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad en la Comunidad de Madrid. Estas enfermedades están relacionadas con diversos factores de riesgo modificables, como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, la obesidad, o la hipertensión. Como consecuencia, estos factores son responsables de una gran carga de enfermedad, expresada en términos de mortalidad general¹, y mortalidad prematura o discapacidad².

Los sistemas clásicos de vigilancia han monitorizado principalmente la mortalidad o morbilidad. Sin embargo, desde principios de los años setenta se han desarrollado progresivamente sistemas de vigilancia de los factores de riesgo^{3,4} y su incorporación a los sistemas generales de vigilancia en salud pública se está promoviendo intensamente⁵. En este sentido, 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)⁶, 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, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se ha desarrollado para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta de 2003, con un formato similar al de ediciones anteriores⁶⁻¹³, en el que se incluye un análisis de la tendencia a corto plazo desde 1995.

3.- METODOLOGÍA

Población

Dirigido a la población entre 18 y 64 años residente en la Comunidad de Madrid. Basado en el método de encuesta telefónica, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con línea telefónica en sus hogares, que en la actualidad alcanza una cobertura del 94,8%¹⁴.

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 próximo a 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)¹⁵.

Selección muestral

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

Cuestionario

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

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

Además de este núcleo central, durante el 2003 se incluyó un apartado de percepción de riesgos ambientales y de trastornos del comportamiento alimentario, que no se presentan en este informe.

Definición de variables

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

4.- RESULTADOS

La tasa de respuesta (entrevistas realizadas/(entrevistas realizadas + negativas de hogares + negativas de individuos + entrevistas incompletas)) ha sido del 68,4%. Del total de negativas un 69,1% han sido negativas de hogares, un 26,6% de individuos una vez seleccionados y un 4,3% 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 2003.

TABLA 1.- Características de la muestra

Número entrevistas	2.004
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	31,0
Resto de municipios	7,2
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	1,6
Primarios	4,3
Secundarios 1º grado	23,7
Secundarios 2º grado	35,3
Universitarios	35,1

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 47,5% 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 1,2 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 57% 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 METS¹⁶, que es el gasto metabólico teniendo como referencia el basal. Por ejemplo, una actividad que consuma 3 METS supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, hemos definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 min. o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 78,5% 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 86,0% 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 de las pesas/gimnasia con aparatos y el footing. 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 2003. Si comparamos los promedios de 2002-2003 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa un 11,7% en hombres y un 23,1% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene 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⁾	47,5 (±2,2)*	52,3 (±3,1)	42,9 (±3,0)	57,0 (±3,8)	43,5 (±3,7)	42,3 (±3,7)
No activos en tiempo libre ⁽²⁾	78,5 (±1,8)	74,1 (±2,8)	82,6 (±2,3)	70,1 (±3,5)	78,9 (±3,1)	86,0 (±2,6)

⁽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 minutos cada vez

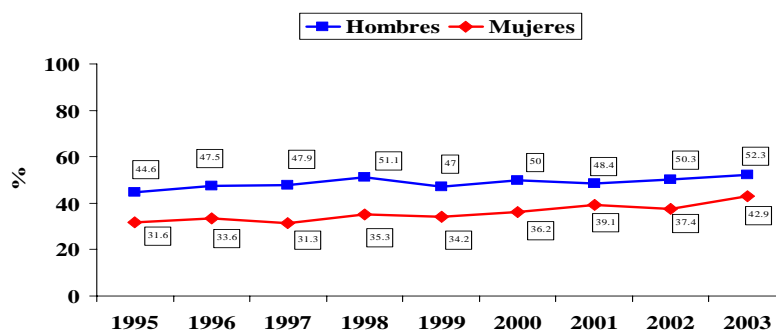
* Intervalo de confianza al 95%

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

HOMBRE		MUJER	
1. Fútbol	13,6%	1. Natación	11,5%
2. Pesas/Gimnasia con aparatos	13,2%	2. Gimnasia de mantenimiento	9,5%
3. Footing	11,7%	3. Aerobic / gimJazz / Danza	7,5%
4. Natación	10,0%	4. Pesas/Gimnasia con aparatos	6,7%
5. Bicicleta	7,6%	5. Caminar a ritmo intenso	5,5%

GRÁFICO 1. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2003

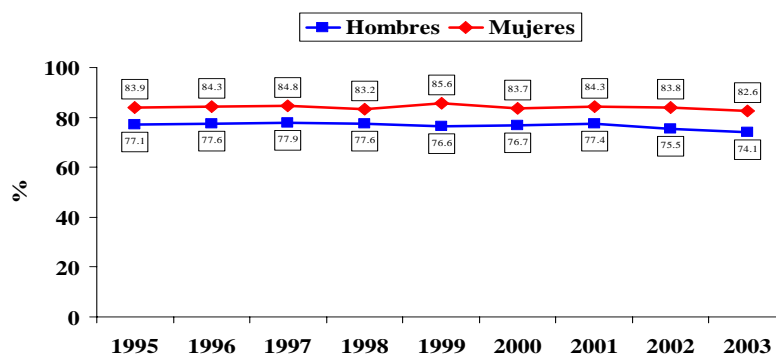
PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN TIEMPO LIBRE



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

4.2.- ALIMENTACIÓN

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

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente 1,5 raciones/día en hombres y mujeres, aunque el 10,3% no ingiere ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,3 raciones diarias y solo el 4,4% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24h. no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 33,3% en hombres y de un 23,1% en mujeres (gráfico 2).

El 51,5% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 58,9 % frente al 43,6% en los hombres.

Como podemos observar en el gráfico 2, en los años de estudio, la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 16,5% en hombres y un 25,0% 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 50,2% de las personas entrevistadas. El 8,8% 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 1,3 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 2,3 raciones/día. El 9,4% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta, y el 56,5 (62,8% de hombres y el 50,6% 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 65,6% no llega a consumir tres raciones al día.

El consumo de fruta fresca es de todos los grupos de alimentos el que más está descendiendo en los últimos años. La proporción de personas que no ha consumido ninguna ración de fruta en las últimas 24 horas se ha incrementado un 31,2% en hombres y un 34,1% en mujeres a expensas fundamentalmente del grupo de 18 a 44 años. Esta disminución es compensada parcialmente con el incremento del consumo de zumos. A su vez, el consumo de verdura se ha incrementado ligeramente durante estos años de estudio, lo que repercute en que globalmente la proporción de personas con consumos inferiores a tres raciones de fruta (incluyendo zumos) y verduras se mantenga bastante estable (gráfico 2).

Carne y derivados

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,5 raciones/día, donde la carne aporta 1 ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 83,7%, 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 50,7% de hombres frente al 39,5% de mujeres (gráfico 3). No se observan grandes variaciones en los nueve años de estudio.

Pescado

El 48,6% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo es ligeramente superior en hombres que en mujeres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad.

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

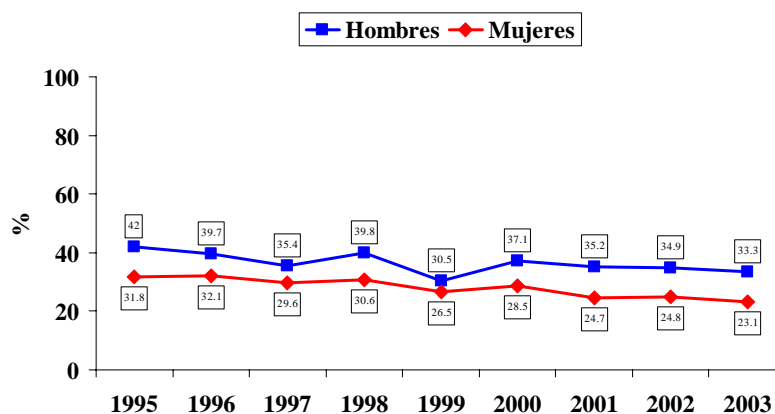
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	89,7 (±1,3)*	89,6 (±1,9)	89,7 (±1,9)	83,2 (±2,9)	92,9 (±1,9)	92,7 (±2,0)
Leche y derivados	95,6 (±0,9)	94,7 (±1,4)	96,5 (±1,1)	93,7 (±1,9)	96,7 (±1,3)	96,3 (±1,4)
Dulces/ Bollería	50,2 (±2,2)	52,5 (±3,1)	48,1 (±3,1)	50,1 (±3,8)	53,0 (±3,8)	47,6 (±3,8)
Verdura	72,5 (±2,0)	67,6 (±2,9)	77,2 (±2,6)	64,3 (±3,7)	74,8 (±3,3)	78,1 (±3,1)
Legumbres	16,7 (±1,6)	17,8 (±2,4)	15,6 (±2,2)	14,3 (±2,7)	17,5 (±2,9)	18,1 (±2,9)
Arroz	13,2 (±1,5)	16,8 (±2,4)	9,7 (±1,8)	14,5 (±2,7)	13,2 (±2,6)	11,9 (±2,4)
Pasta	15,6 (±1,6)	17,8 (±2,4)	13,6 (±2,1)	22,2 (±3,2)	14,7 (±2,7)	10,3 (±2,3)
Carne	71,9 (±2,0)	74,3 (±2,7)	69,5 (±2,8)	76,6 (±3,3)	73,0 (±3,4)	66,2 (±3,6)
Carne y derivados	83,7 (±1,6)	85,1 (±2,2)	82,3 (±2,3)	89,2 (±2,4)	83,8 (±2,8)	78,3 (±3,1)
Huevos	28,7 (±2,0)	29,4 (±2,9)	28,2 (±2,7)	31,4 (±3,6)	29,5 (±3,4)	25,4 (±3,3)
Pescado	48,6 (±2,2)	51,4 (±3,1)	45,8 (±3,0)	38,7 (±3,7)	51,0 (±3,8)	55,5 (±3,7)
Fruta fresca	69,4 (±2,0)	65,5 (±3,0)	73,1 (±2,7)	57,8 (±3,8)	69,4 (±3,5)	80,5 (±3,0)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 2

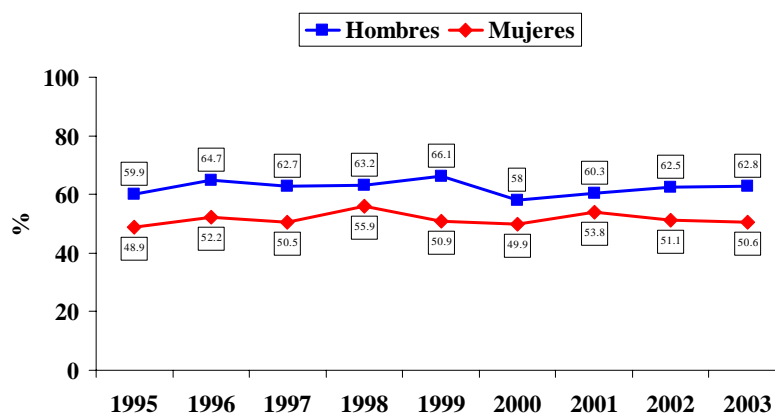
Evolución del consumo de lácteos, y fruta/verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2003

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

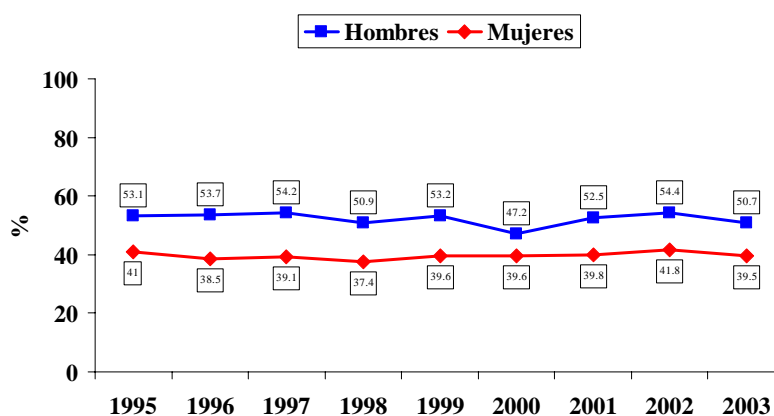


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 3

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

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 15,6% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,1% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 2 veces más frecuente que en hombres.

Al comparar los promedios de 2002 y 2003 respecto a 1995 y 1996 se produce un notable descenso de este indicador, disminuyendo un 18% en mujeres y un 5,2% en hombres (gráfico 4).

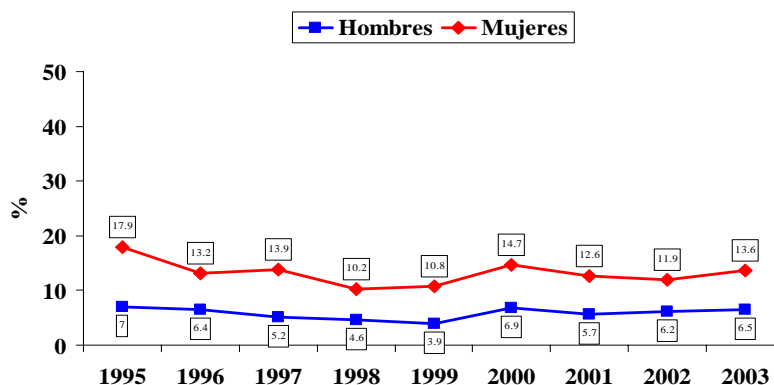
Tabla 5. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	15,6 (±1,6)*	11,7 (±2,0)	19,3 (±2,4)	16,0 (±2,8)	18,5 (±2,9)	12,3 (±2,5)
Dieta para adelgazar	10,1 (±1,3)	6,5 (±1,5)	13,6 (±2,1)	11,1 (±2,4)	11,6 (±2,4)	7,8 (±2,0)

* 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 1995-2003



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.4. ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal, definido como el cociente del peso en Kg/talla en m², ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad¹⁷. En el caso del SIVFRENT, se estima a partir del peso y talla autoinformados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad que figura en la tabla 6¹⁸.

El 3,4% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres alcanzando una prevalencia del 5,9%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. El 36,8% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 16,1% al sobrepeso en grado I, del 13,6% al sobrepeso de grado II, y del 7,1% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementa rápidamente a medida que aumenta la edad.

La tendencia (gráfico 5) describe en los hombres un incremento consistente del sobrepeso y obesidad del 19,1%, comparando los promedios de 2002 y 2003 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres sin embargo, el incremento es pequeño, del 3,4%.

Tabla 6. Distribución del Índice de Masa corporal

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente ⁽¹⁾	3,4 (±0,8)*	0,7 (±0,5)	5,9 (±1,4)	7,4 (±2,0)	2,1 (±1,1)	0,9 (±0,7)
Sobrepeso grado I ⁽²⁾	16,1 (±1,6)	22,4 (±2,6)	10,1 (±1,8)	9,9 (±2,3)	17,4 (±2,9)	20,8 (±3,1)
Sobrepeso grado II ⁽³⁾	13,6 (±1,5)	17,5 (±2,4)	9,9 (±1,8)	7,4 (±2,0)	12,0 (±2,5)	21,1 (±3,1)
Obesidad ⁽⁴⁾	7,1 (±1,1)	8,4 (±1,7)	5,9 (±1,4)	2,8 (±1,3)	5,9 (±1,8)	12,5 (±2,5)

* Intervalo de confianza al 95%

(1) Índice de Masa Corporal <18,5

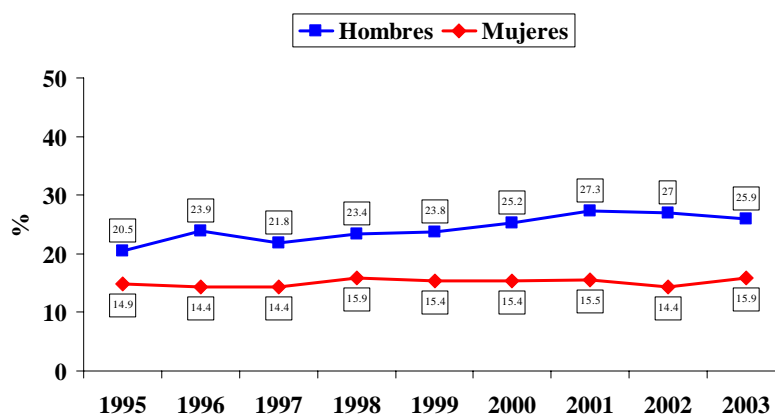
(2) Índice de Masa Corporal 25-26,9

(3) Índice de Masa Corporal 27-29,9

(4) Índice de Masa Corporal ≥30

GRÁFICO 5

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON SOBREPESO DE GRADO II U OBESIDAD*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2003



*Índice de Masa Corporal ≥27

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.5. CONSUMO DE TABACO

El 57,8% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, mientras que el 42,2% son no fumadores. En función de la situación actual de consumo, un 36,2% fuman actualmente (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 33,0% son fumadores diarios. La proporción de exfumadores es del 21,7% (gráfico 6).

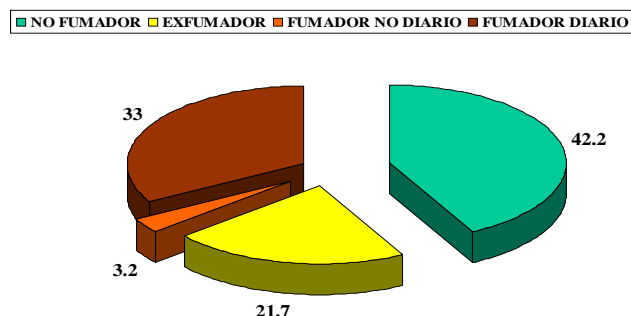
El consumo excesivo (consumo de 20 o más cigarrillos/día), es de un 13% respecto al total de entrevistados, y del 39,5% en los fumadores diarios.

La proporción de abandono, definida como el número de exfumadores entre el número de fumadores y exfumadores, es del 37,4%, y del total de fumadores actuales un 21,8% está pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 14,9% en los próximos 6 meses. Por otra parte, el 28,7% de los fumadores diarios ha realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

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

Respecto a la evolución, el fuerte descenso del consumo en los hombres y el incremento de este hábito en las mujeres experimentado al final de la década de los ochenta y principio de los noventa, se ha modificado en la actualidad (gráfico 7). Desde 1995, en los hombres continua el descenso aunque de forma menos acelerada. Comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso es del 13,1%. Esta disminución está motivada por dos dimensiones: el incremento del número de exfumadores (gráfico 8), y la menor prevalencia de consumo de las cohortes jóvenes. Por este motivo todo apunta a que a corto plazo continuará produciéndose un descenso del consumo. En las mujeres, se observa también un incremento del número de exfumadoras (gráfico 8) y un importante descenso del consumo en la población más joven, por lo que se espera también que en los próximos años disminuya la prevalencia, después de un periodo, 1995-2000, en el que el consumo se había estabilizado. Comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso es del 6,2%.

GRÁFICO 6

CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2003

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	57,8 (±2,2)*	63,9 (±3,0)	52,1 (±3,1)	49,9 (±3,8)	64,1 (±3,6)	59,2 (±3,7)
Fumadores actuales ⁽¹⁾	36,2 (±2,1)	38,0 (±3,0)	34,5 (±2,9)	37,6 (±3,7)	41,1 (±3,7)	30,0 (±3,4)
Fumadores diarios	33,0 (±2,1)	34,6 (±3,0)	31,5 (±2,8)	33,7 (±3,6)	37,7 (±3,7)	27,6 (±3,4)
Consumo excesivo ⁽²⁾	13,0 (±1,5)	15,4 (±2,3)	10,8 (±1,9)	7,6 (±2,0)	16,8 (±2,8)	14,5 (±2,6)
Proporción de abandono ⁽³⁾	37,4 (±2,8)	40,5 (±3,9)	33,9 (±4,0)	24,7 (±4,7)	35,9 (±4,5)	49,4 (±4,9)

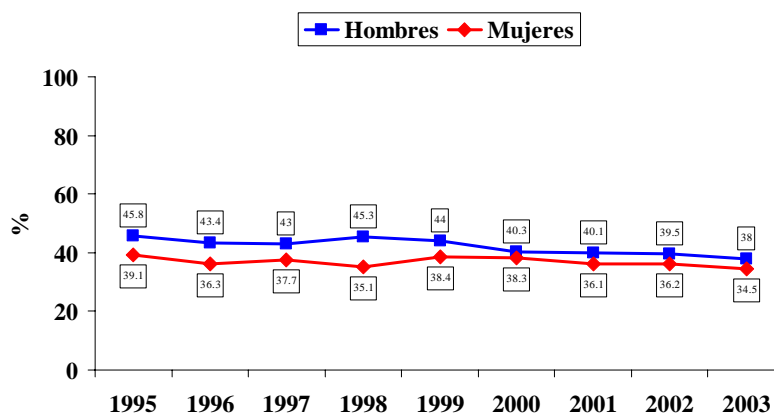
* Intervalo de confianza al 95%

⁽¹⁾ Fumador ocasional o diario⁽²⁾ Consumo de ≥ 20 cigarrillos diarios⁽³⁾ Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

GRÁFICO 7

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

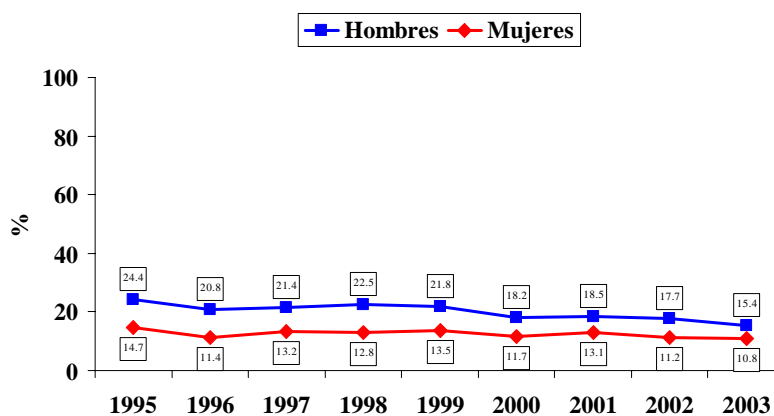
PROPORCIÓN DE FUMADORES ACTUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Fumador ocasional o diario

PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO*



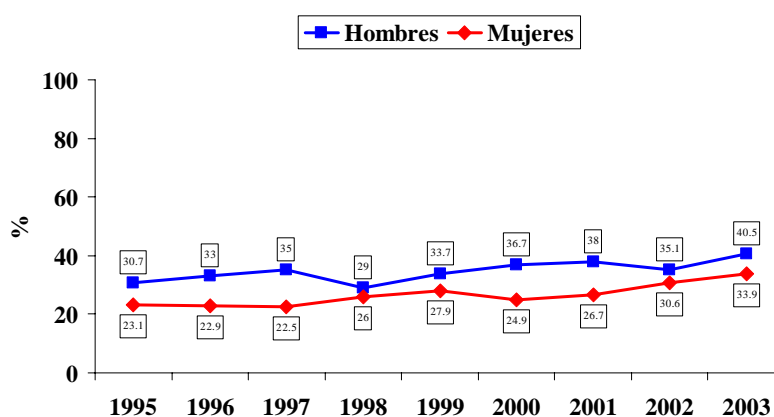
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Consumo de ≥ 20 cigarrillos diarios

GRÁFICO 8

Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2003

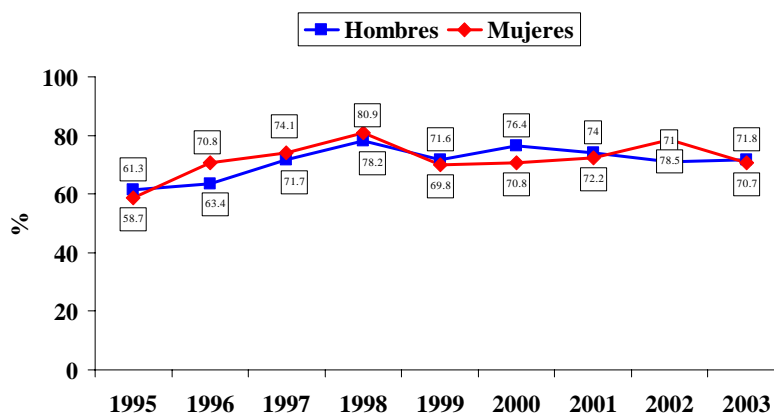
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* 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. Consejería de Sanidad

4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio per cápita semanal de alcohol fue de 66 centímetros cúbicos (cc.), 102 cc. en hombres y 33 cc. en mujeres.

El 56,7% 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 1,6 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 3,6% son clasificados como bebedores a riesgo, un 54,4% como bebedores moderados y un 42% como no bebedores (gráfico 9). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2,4 veces mayor que en mujeres.

Un 10,5% 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 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (20,5%).

Del total de bebedores habituales, un 13,4% tienen el test de CAGE¹⁹⁻²⁰ 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.

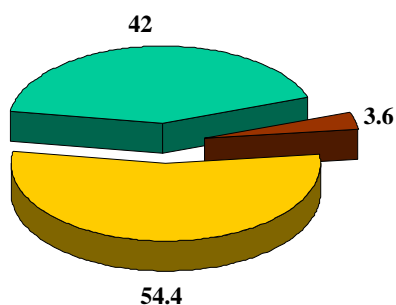
Por último, un 3% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 5%, frente al 0,7% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

La evolución de los indicadores de consumo de alcohol describen un patrón diferenciado para hombres y mujeres. Por un lado, el consumo habitual de alcohol (gráfico 10) se incrementa en las mujeres manteniéndose relativamente estable en los hombres, aunque hay que tener en cuenta que este incremento se produce a expensas del consumo moderado. Sin embargo, el consumo de riesgo sufre un descenso en los hombres del 35% comparando los promedios 2002-2003 respecto a 1995-1996, mientras que en las mujeres aumenta un 7,7%. Esto hace que las diferencias por género en la prevalencia de bebedores de riesgo disminuyan con el tiempo: de una razón hombre/mujer de 3,4 en 1995 se ha reducido a 2,5 en la actualidad. Lo mismo ocurre con el consumo excesivo en una misma ocasión (gráfico 11), que sólo disminuye en hombres (un 10,3%). Por último, la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (gráfico 11) se reduce en hombres y mujeres aunque la variabilidad en la población femenina es considerable dado que la prevalencia promedio de toda la serie es alrededor del 1%. Como resumen, se aprecia en hombres una evolución favorable de los indicadores de consumo de alcohol perjudiciales para la salud, mientras que en las mujeres se produce un moderado incremento de los mismos.

GRÁFICO 9

CLASIFICACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2003

■ BEBEDOR/A A RIESGO ■ BEBEDOR/A MODERADO/A ■ NO BEBEDOR/A



Fuente: SIVFRENT-A Consejería de Sanidad

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⁾	56,7 (±2,2)*	69,7 (±2,9)	44,4 (±3,0)	57,8 (±3,8)	55,3 (±3,8)	57,0 (±3,7)
Bebedores a riesgo ⁽²⁾	3,6 (±0,8)	5,1 (±1,4)	2,1 (±0,9)	3,4 (±1,4)	3,3 (±1,3)	4,1 (±1,5)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ⁽³⁾	10,5 (±1,3)	14,2 (±2,2)	7,1 (±1,6)	20,5 (±3,1)	8,5 (±2,1)	3,1 (±1,3)
Test CAGE + en bebedores habituales	13,4 (±2,0)	16,2 (±2,8)	9,2 (±2,7)	14,9 (±3,6)	15,3 (±3,7)	10,1 (±3,0)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	3,0 (±0,8)	5,0 (±1,5)	0,7 (±0,6)	5,5 (±2,0)	2,6 (±1,3)	1,4 (±1,0)

* Intervalo de confianza al 95%

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

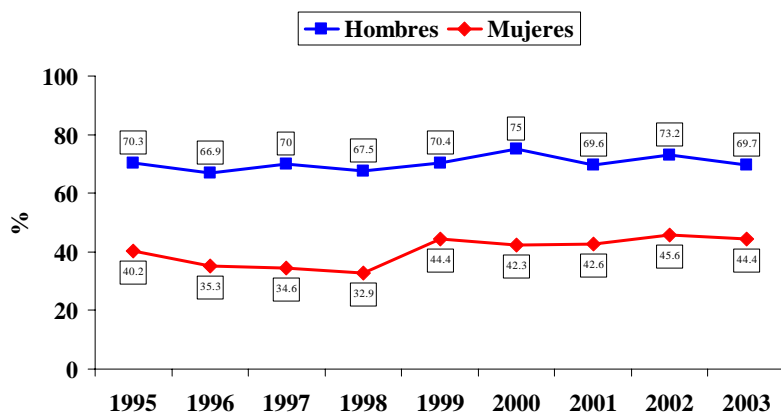
⁽²⁾ Consumo de alcohol de ≥ 50 cc./día en hombres y ≥ 30 cc./día en mujeres

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

GRÁFICO 10

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

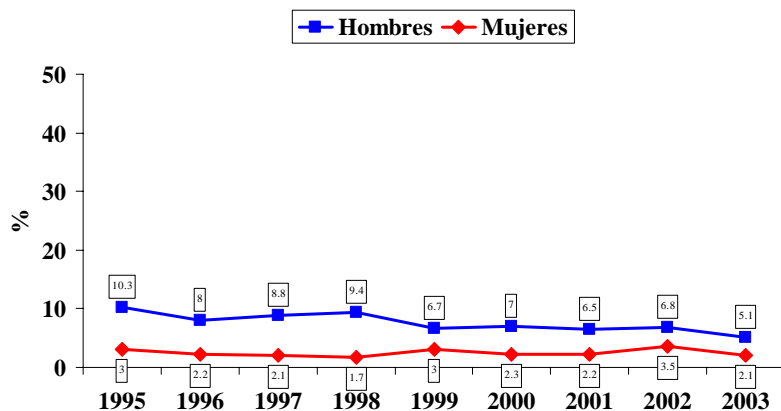
PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*



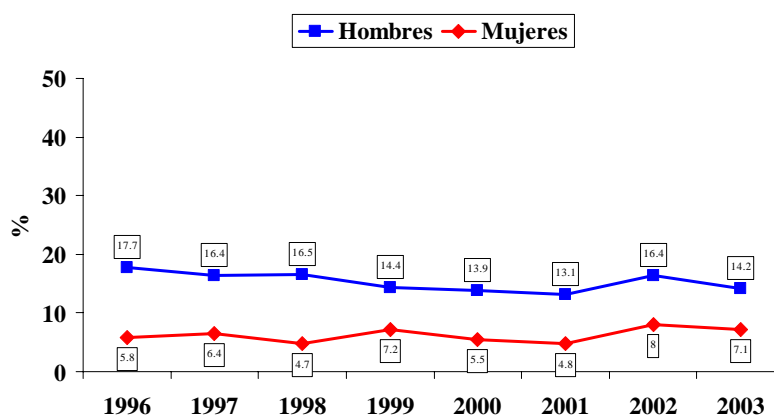
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

GRÁFICO 11

Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión y conducir bajo los efectos del alcohol . Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2003

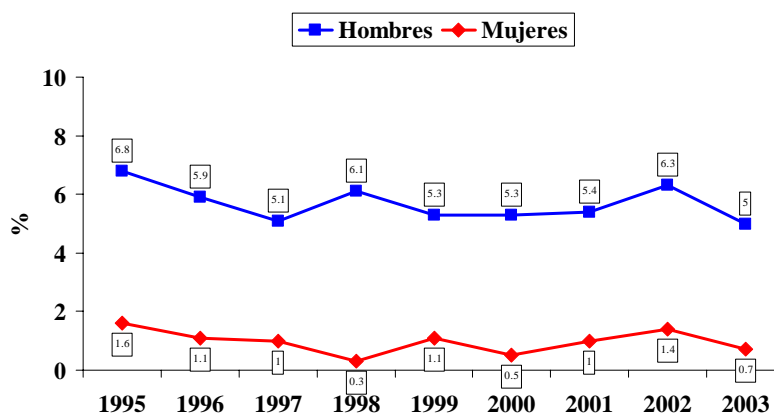
PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO EN UNA MISMA OCASIÓN*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En las tablas 9-11 podemos observar la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria²¹.

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

Un 14,6% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 42,8% está tomando medicación, el 33,2% se controla el peso, un 52,7% ha reducido la ingesta de sal, y un 33,6% hace ejercicio físico. El 63,4% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 36,6% no realiza ninguna.

A un 19,1% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 19,3% toma medicamentos, el 47% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 27,7% practica ejercicio físico. El 54,6% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 45,4% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 7,2% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 10,4% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

De todos los indicadores relacionados con las prácticas preventivas (gráficos 12-14), 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. Comparando el promedio del año 2002 y 2003 con el de 1995 y 1996 el incremento es del 69,9% (gráfico 14).

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

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años ⁽¹⁾	18 - 40 años	91,0 (±1,7)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	91,9 (±1,8)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	90,3 (±2,8)
	Mujeres < 46 años	95,1 (±1,6)
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥35 años	92,6 (±2,2)
	Mujeres ≥46 años	95,5 (±2,2)

* 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		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	14,6 (±1,5)*	16,4 (±2,3)	12,8 (±2,0)	4,6 (±1,6)	11,4 (±2,4)	27,2 (±3,3)
Colesterol elevado	19,1 (±1,7)	20,4 (±2,5)	17,9 (±2,3)	9,6 (±2,3)	17,8 (±2,9)	29,5 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

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

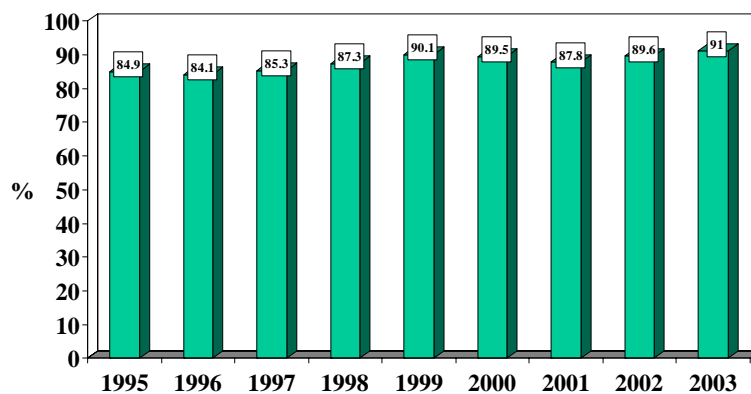
	Edad	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	≥35 años	92,8 (±2,1)*
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	89,6 (±3,7)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 12

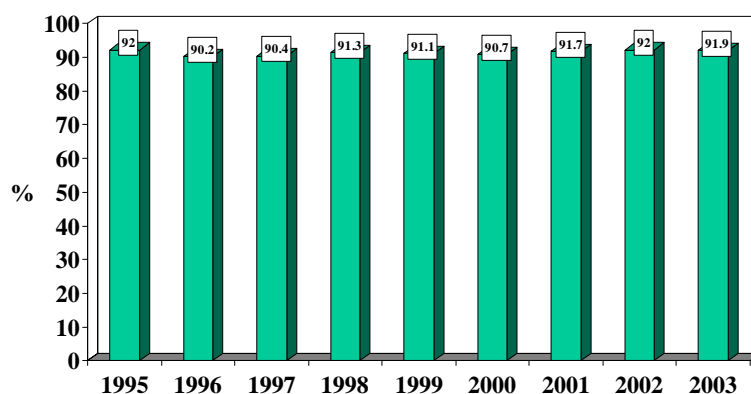
Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2003

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

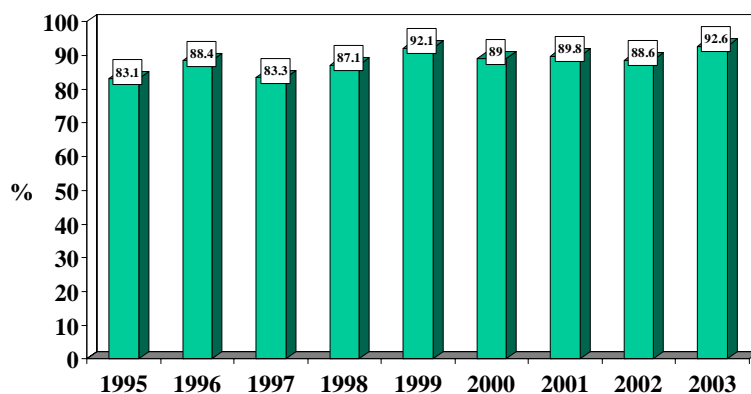


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 13

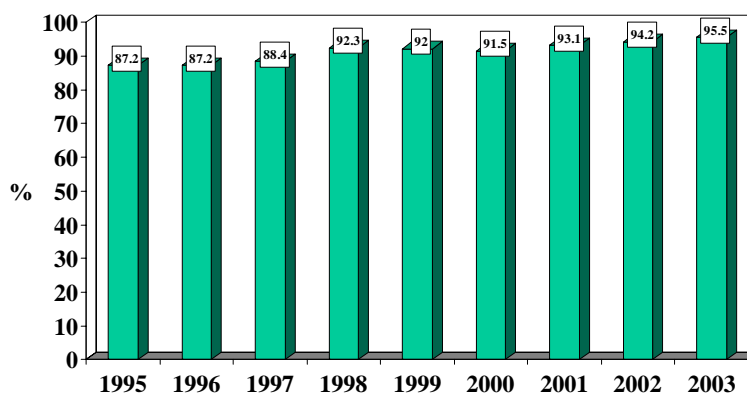
Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2003

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

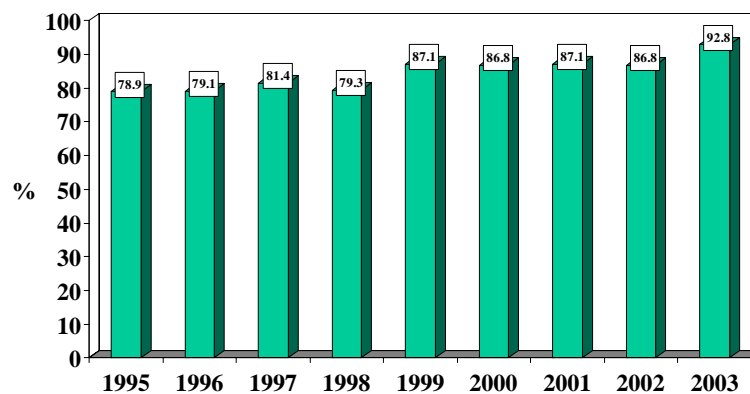


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 14

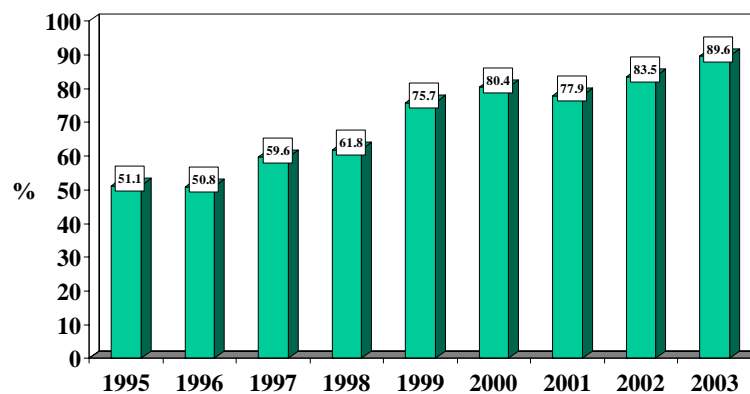
Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2003

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.8. ACCIDENTES

Un 8,9% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y en el grupo de edad más joven.

Un 1,8% del total de entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico .

Durante los últimos 12 meses un 0,6% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,8% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

No se aprecian grandes cambios en la serie (gráfico 15).

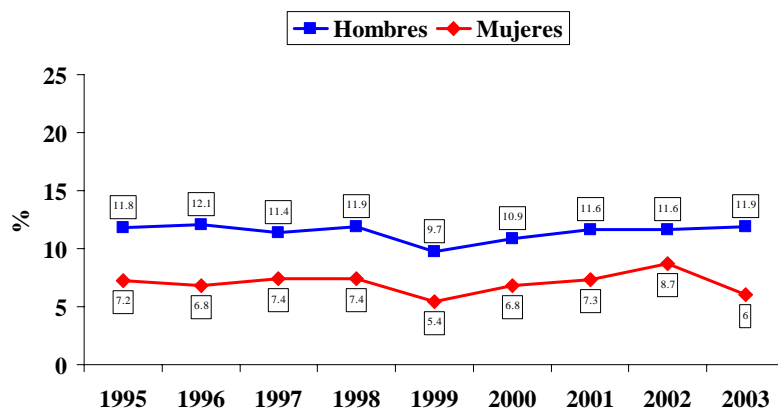
Tabla 12.- Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	8,9 (±1,2)*	11,9 (±2,0)	6,0 (±1,5)	10,8 (±2,4)	8,8 (±2,1)	7,2 (±1,9)
Accidente de tráfico	1,8 (±0,6)	2,5 (±1,0)	1,2 (±0,7)	2,3 (±1,2)	1,6 (±1,0)	1,5 (±0,9)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2003



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.9. SEGURIDAD VIAL

Un 11,3% 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 0,8% en la conducción por carretera.

Un 5,3% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 8,4% no utiliza nunca el casco o lo hace infrecuentemente. El 3,6% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 2,7% de ellos.

Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en los gráficos 16 y 17 podemos apreciar el cambio favorable tan grande que se ha producido en estos nueve años en los cuatro indicadores analizados. Comparando la frecuencia de no utilización en los años 2002-2003 respecto a los dos primeros de la serie, la disminución del no uso habitual del cinturón por ciudad y carretera es respectivamente del 34,6% y 68,9%. Asimismo, la disminución del uso del casco en moto es del 41,9% y 75,4%.

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por CIUDAD	11,3 (±1,4)*	12,7 (±2,1)	9,9 (±1,9)	7,7 (±2,1)	11,5 (±2,5)	14,7 (±2,8)
No utilización del cinturón de seguridad por CARRETERA	0,8 (±0,4)	0,9 (±0,6)	0,7 (±0,5)	0,8 (±0,7)	0,8 (±0,7)	0,7 (±0,6)
No utilización del casco en moto por CIUDAD	8,4 (±5,3)	7,4 (±6,2)	10,3 (±9,6)	8,2 (±6,9)	6,9 **	11,8 **
No utilización del casco en moto por CARRETERA	2,7 **	4,0 **	0 -	0 -	8,0 **	0 -

No utilización: Nunca o algunas veces

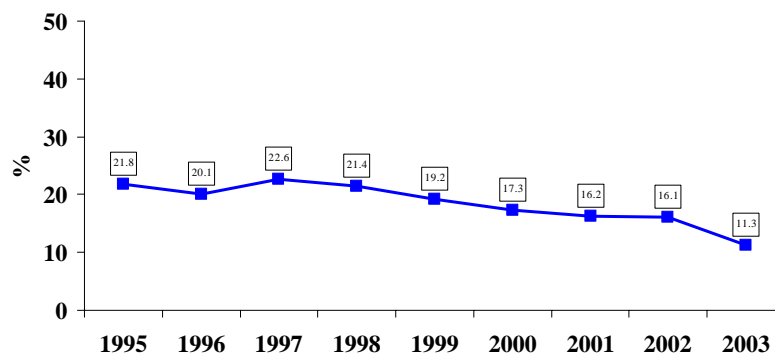
* Intervalo de confianza al 95%

** Variación superior al 100%

GRÁFICO 16

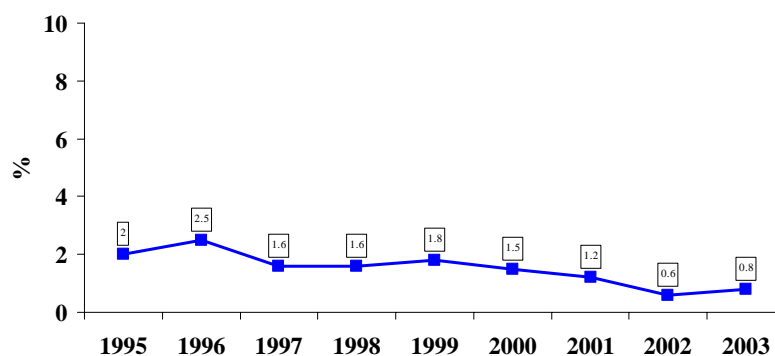
Evolución de la proporción de personas que no utilizan el cinturón de seguridad por ciudad y carretera de forma habitual*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2003.

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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



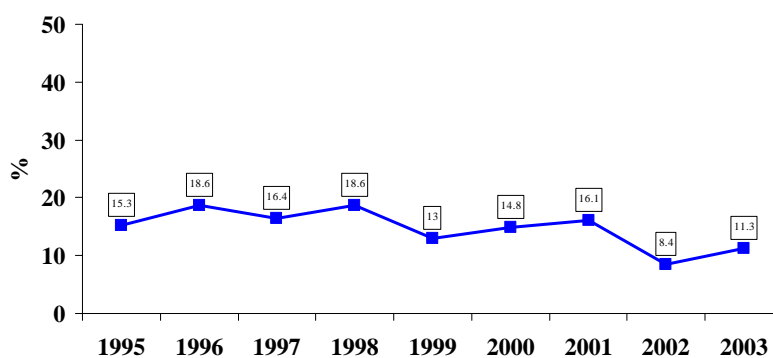
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* No utilización: Nunca o algunas veces

GRÁFICO 17

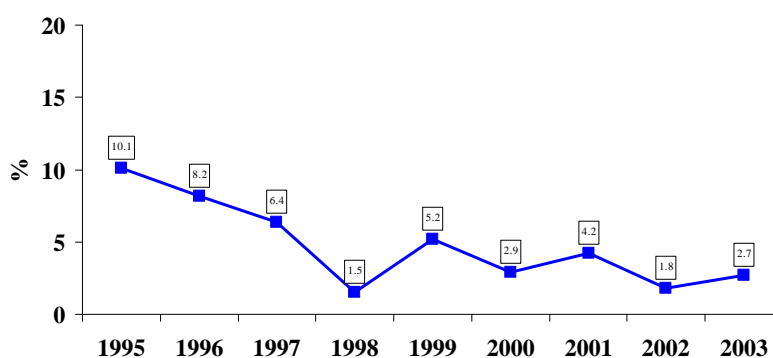
Evolución de la proporción de personas que no utilizan el casco en moto por ciudad y carretera de forma habitual*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2003.

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* No utilización: Nunca o algunas veces

4.10. AGREGACION DE FACTORES

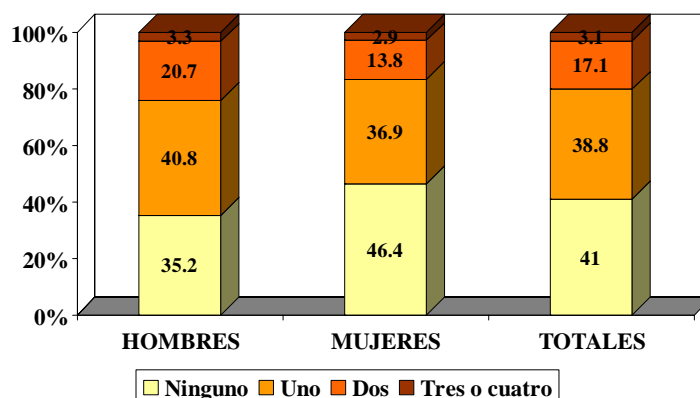
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, hemos considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol hemos seleccionado como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y bebedor a riesgo. Para la actividad física hemos decidido incluir un indicador que aglutine simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METS en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen 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 41% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 38,8% tiene uno, el 17,1% dos, el 2,9% tres, y el 0,2% cuatro (gráfico 18). Globalmente aunque la agrupación es más frecuente en los hombres que en las mujeres, se observan importantes diferencias según la edad ya que en el grupo más joven la frecuencia de agregación es muy parecida, en el de 30 a 44 años se aprecia ya un incremento en los hombres, pero es en el grupo de 30 a 44 años donde se extreman las diferencias siendo casi 2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (gráfico 19).

Por último, en el gráfico 20 se puede observar la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo. En hombres, la tendencia es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2002 y 2003 comparado con 1995-1996, del 12,7%. En las mujeres, la prevalencia está muy estabilizada.

GRÁFICO 18

AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS.
COMUNIDAD DE MADRID 2003

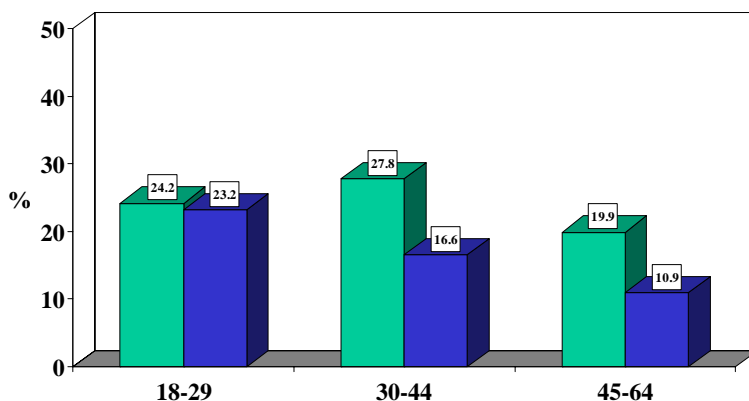


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

GRÁFICO 19

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2003

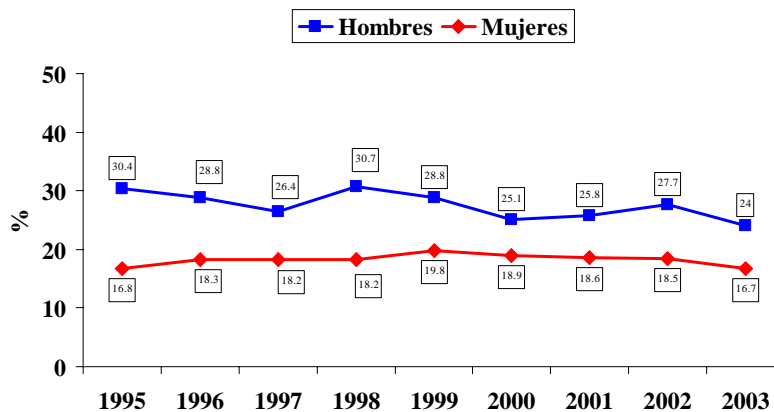


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

GRAFICO 20

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2003



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291:1238-1245.
2. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1436-1442.
3. Berkelman RL, Buehler JW. Public health surveillance of non-infectious chronic diseases: The potential to detect rapid changes in disease burden. Int J Epidemiol 1990; 19:628-635.
4. Morabia A. Annotación: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86:625-7.
5. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19:145-51.
6. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996, 4(12):3-15.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1996. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997, 5(3):3-14.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1997. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998, 15(5):3-21.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en adultos, 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999, 6(2):3-33.
10. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 6(9 Supl):3-28.
11. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001, 7:3-30.
12. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2001. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002, 8:3-32.
13. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2002. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003, 9:3-34.
14. Encuesta a hogares españoles sobre equipamiento, uso y valoración de servicios de telecomunicaciones, audiovisual e internet. Informe preliminar (Diciembre de 2002).

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

15. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc;1988:377-85.
16. Ainsworth BE; Haskell WL; Whitt MC et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Med. Sci. Sports Exerc. 2000; 32(9 suppl): 498-504.
17. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
18. Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115:587-597.
19. 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.
20. Smart RD; Adlaf EM; Knoke D. Use of the CAGE scale in a population survey of drinking. J. Stud. Alcohol. 1991; 52:593-596.
21. Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. Manual de prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003.



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2004, semanas 22 a 26
(del 30 de Mayo al 3 de Julio de 2004)**

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.

SÍFILIS

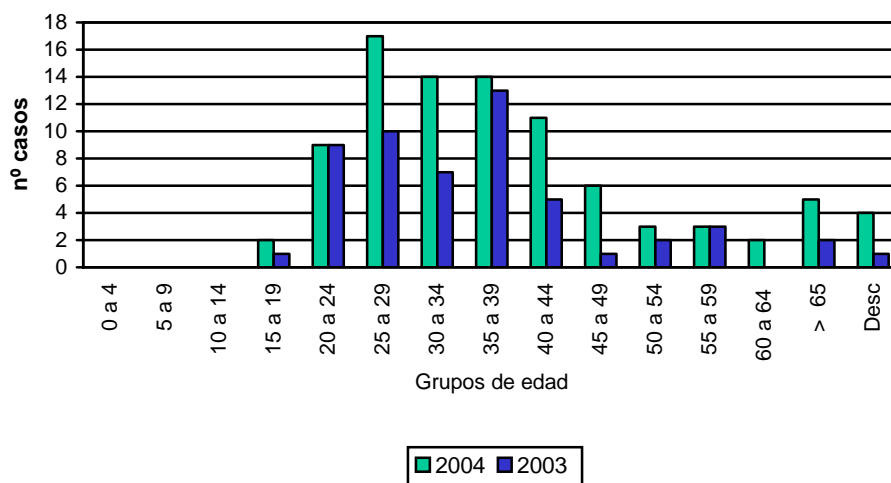
Durante el año 2004 se han notificado 90 casos de sífilis, que supone una incidencia acumulada de 1,57 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, 36 casos más que el año anterior durante el mismo período. El mayor número de casos se observó durante las semanas 7, 9 y 13 (7 casos). El área sanitaria con mayor incidencia ha sido la 11, con 3,97 casos por 100.000 habitantes, seguida del área 7 (incidencia de 2,54 casos por 100.000 habitantes).

En el mapa nº 1 se presentan la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. Las mayor incidencia se ha observado en los distritos Centro (área 7), Villaverde (área 11) y Usera (área 11) con 7,04, 6,76 y 4,87 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

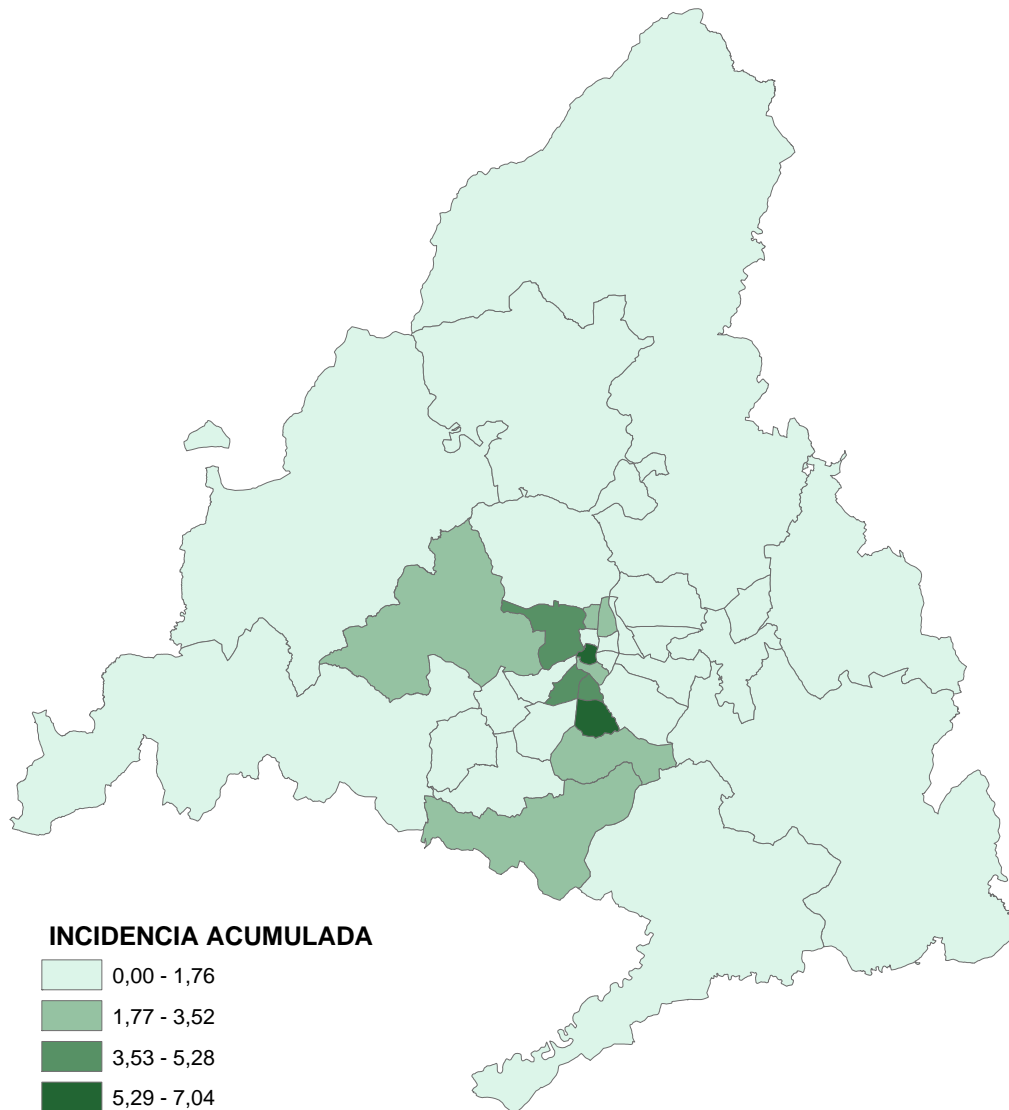
En la distribución por género, el 80,9% corresponde a hombres. El rango de edad osciló entre 18 y 80 años. En el gráfico nº 1 aparece la distribución de casos de sífilis por grupos de edad, en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 26 de los años 2004 y 2003.

Considerando el tipo de diagnóstico, en el 93,3% se realizó diagnóstico serológico y en el 2,2% microbiológico. Del total de casos, 20,0% fueron derivados a atención especializada y el 58,9% de los casos se clasificaron como confirmados.

**Gráfico 1.- SÍFILIS. Casos notificados en las semanas 1 a 26.
Distribución por grupos de edad. Años 2004 y 2003. Comunidad de Madrid.**



SÍFILIS. Incidencia acumulada por distritos sanitarios.
Semanas 1- 26. Año 2004. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2004, semanas 22 a 26 (de 30 mayo a 3 Julio)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	1	9	1	6	0	4	0	6	1	4	2	10	0	7	1	11	0	4	1	3	2	8	9	72
Enf. inv. <i>H. influenzae</i>	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	2	0	1	0	0	1	6	3	15
Meningitis bacterianas, otras	0	1	0	1	0	3	1	6	1	3	0	5	0	6	1	7	2	9	1	1	4	11	11	55
Meningitis víricas	1	2	3	7	2	18	2	6	0	6	0	1	3	4	2	9	8	22	0	4	3	17	24	96
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	1	12	2	9	1	3	4	11	1	12	0	5	6	34	3	12	8	10	0	4	9	46	35	159
Hepatitis B	1	4	0	4	2	6	0	4	1	6	4	14	0	3	0	3	2	4	2	14	2	15	14	77
Hepatitis víricas, otras	0	7	2	4	2	5	0	0	2	6	3	11	0	5	1	11	0	1	2	9	7	35	19	94
Enf transmisión alimentos																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	1	1	2	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	8
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	1	4
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Enf transmisión respiratoria																								
Gripe	5	2009	84	2407	28	994	77	2703	334	6368	73	3201	271	7419	158	4364	21	2052	4	771	233	6889	1288	39272
Legionelosis	2	3	0	0	1	2	1	2	1	1	0	0	1	3	1	1	0	1	0	1	1	3	9	18
Varicela	711	3570	849	3438	780	2946	719	3830	1048	5135	965	3662	880	3075	1184	4848	1023	3770	553	2041	1241	4765	9953	41080
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	0	3	0	4	0	0	2	5	1	2	1	2	0	3	0	4	2	3	0	1	3	6	9	33
Sífilis	0	4	2	4	0	3	2	6	2	9	0	11	2	14	1	1	1	2	1	6	1	30	12	90
Antropozoonosis																								
Brucelosis	1	2	0	1	1	1	0	0	0	2	0	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	2	3	14
Leishmaniasis	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	4	0	1	0	3	0	0	0	0	0	5	1	15
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf prevenibles inmunización																								
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	2	7	5	14	3	16	0	7	2	24	3	27	0	4	1	10	0	3	2	12	3	26	21	151
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	3	7
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	1	3	6	7	3	11	17	21	1	13	1	5	2	7	1	4	4	5	3	4	10	25	49	105
Enf importadas																								
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	1	0	1	0	7	0	1	0	1	0	1	0	4	0	5	2	14	0	5	0	4	2	44
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis																								
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf notificad sist especiales																								
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	3
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poblaciones **	704.030	436.986	321.576	561.912	701.564	573.249	551.242	438.715	380.230	294.236	755.202	5.718.942												
Cobertura de Médicos	54.74%	90.20%	93.78%	85.69%	76.21%	89.12%	67.12%	90.97%	73.22%	76.63%	64.49%	76.36%												

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

** Según Padrón continuo del año 2003



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 22 a 26 (del 30 de mayo al 3 de julio de 2004)

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

Brotes de origen alimentario. Año 2004. Semanas 22-26

Area	Localización	Ambito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Arganda del Rey	Restaurante	4	2	Desconocido	Desconocido
1	Madrid (Retiro)	Hotel	70	25	Mayonesa	<i>S. enteritidis</i>
4	Madrid (Hortaleza)	Restaurante	3	2	Boquerones	Histamina ¹
5	Madrid (Tetuán)	Familiar	20	4	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
5	Madrid (Tetuán)	Familiar	3	3	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
6	Pozuelo de Alarcón	Colegio	296	86	Carne de ave	<i>C. jejuni</i>
6	Pozuelo de Alarcón	Familiar	13	4	Tiramisú	<i>Salmonella sp</i>
6	Boadilla del Monte	Familiar	4	4	Huevo	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Centro)	Restaurante	2	2	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
7	Madrid (Chamberí)	E. Infantil	173	50	Pollo	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Latina)	Familiar	4	4	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
8	Móstoles	Familiar	10	10	Mayonesa	<i>Salmonella sp</i>
9	Fuenlabrada	Colegio	4	4	Salchichas	<i>S. aureus</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	4	4	Huevo	<i>Salmonella sp</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	5	5	Puré de calabacín	<i>Salmonella sp</i>
11	Aranjuez	Restaurante	7	7	Carpaccio de carne	Desconocido
11	Madrid (Villaverde)	Restaurante	20	13	Mayonesa	<i>Salmonella sp</i> ¹

¹Agente causal no confirmado por laboratorio
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Brotes de origen no alimentario. Año 2004. Semanas 22-26

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	Escabiosis	Arganda del Rey	Familiar	4	2	<i>S. scabiei</i> ¹
3	Hepatitis A	Torrejón de Ardoz	Familiar	3	2	VHA ¹
4	Gastroenteritis ag.	Madrid (Ciudad Lineal)	Centro de día	67	10	Virus ¹
4	Gastroenteritis ag.	Madrid (Ciudad Lineal)	E. Infantil	69	12	<i>S. enteritidis</i>
4	Tos ferina	Madrid (Hortaleza)	Colegio	30	13	<i>B. pertussis</i>
5	Hepatitis A	Madrid (Tetuán)	Colegio	13	2	VHA
6	Gastroenteritis ag.	Madrid (Moncloa)	Centro de día	105	25	Desconocido
6	Gastroenteritis ag.	Collado Villalba	E. Infantil	123	12	<i>S. enteritidis</i>
7	Gastroenteritis ag.	Madrid (Centro)	Colegio	520	60	<i>S. sonnei</i>
11	Tos ferina	Madrid (Arganzuela)	Colegio	3	3	<i>B. pertussis</i> ¹

¹Agente causal no confirmado por laboratorio
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Entre las semanas 22 y 26 de 2004 se han notificado 17 **brotos de origen alimentario**, que originaron 229 casos. El mayor número de brotes se ha producido en el entorno familiar y el mayor número de casos se ha asociado a brotes ocurridos en colegios y guarderías (140 casos). Se ha confirmado el agente en 13 brotes: *Salmonella* en 11, *Campylobacter* en 1 y *S. aureus* en 1.

**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2004. Semanas 22-26 y datos acumulados hasta la semana 26.**

Brotos de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 22-26	Acum.	Sem 22-26	Acum.
Colegios y guarderías	3	18	140	761
Bares, restaurantes y similares	4	22	13	123
Domicilio	8	29	47	148
Instituciones sanitarias	0	1	0	10
Residencias de ancianos	0	1	0	15
Otros	2	6	29	47
Total	17	77	229	1104
Brotos de origen no alimentario	Sem 22-26	Acum.	Sem 22-26	Acum.
Gastroenteritis aguda	5	19	119	861
Hepatitis A	2	8	4	36
Tos ferina	2	3	16	26
Fiebre Q	0	1	0	25
Escarlatina	0	5	0	24
Escabiosis	1	4	2	16
Infección respiratoria por adenovirus	0	1	0	12
Eritema infeccioso	0	1	0	11
Parotiditis	0	4	0	11
Hepatitis C	0	1	0	8
Molusco contagioso	0	2	0	7
Dermatofitosis	0	1	0	5
Meningitis vírica	0	1	0	2
Brucelosis	0	1	0	2
Total	10	52	141	1046
TOTAL BROTES NOTIFICADOS	27	129	370	2150

Los **brotos de origen no alimentario** más frecuentes entre las semanas 22 y 26 fueron los de gastroenteritis aguda (5 brotes), que originaron 119 casos. Afectaron a 3 centros escolares y 2 centros de día. Se notificaron 2 brotes escolares de tos ferina que originaron 16 casos.

Desde el comienzo del año 2004 se han notificado 129 brotes epidémicos y 2150 casos asociados, lo que supone una incidencia acumulada de 37,59 casos por 100.000 habitantes. El 59,7% de los brotes fueron de origen alimentario, que originaron el 51,3% de los casos. El colectivo más frecuentemente implicado en los brotes de origen alimentario fue el escolar, donde se produjo el 68,9% de los casos asociados a este tipo de brotes. En relación con los brotes de origen no alimentario, los más frecuentes fueron los de gastroenteritis aguda, seguidos de los de hepatitis A. Los brotes de gastroenteritis aguda originaron el 82,3% de los casos asociados a brotes de origen no alimentario.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2004, semanas 22 a 26
(Del 30 de mayo al 3 de julio de 2004)

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 46 médicos generales y 36 pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2002" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2003, Volumen 9, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/Agosto2003.pdf>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/noticias/pdf/gripe03.pdf>

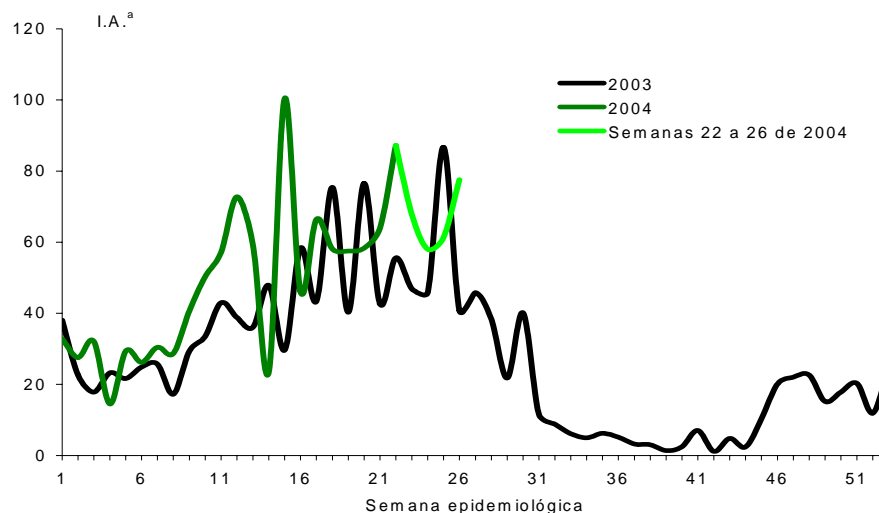
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 61,4 %, mientras que la cobertura durante todo el año 2004 hasta la semana 26 alcanza el 67,2 %.

VARICELA

Durante las semanas 22 a 26 del año 2004 se han registrado 237 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; esto corresponde a una incidencia acumulada de 340,0 por 100.000 habitantes. En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado, el año 2003 y el año 2004.

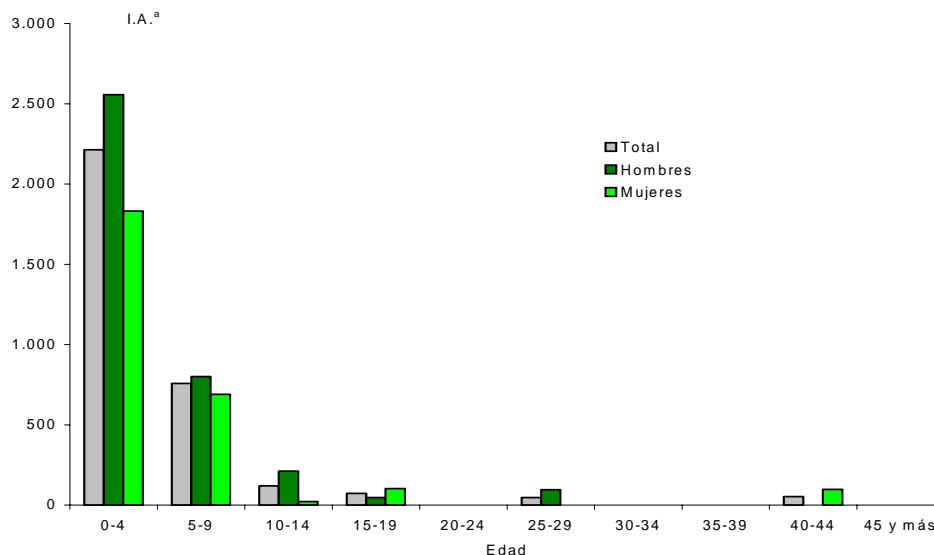
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2003 y 2004.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El 58,5 % de los casos se produjo en hombres y el 41,5 %, en mujeres. Las incidencias acumuladas para hombres y mujeres son de 409,9 y 269,0 por 100.000, respectivamente. La mayor incidencia se registró entre los 0 y los 4 años (Gráfico 2); entre las mujeres, la edad mediana fue de 3 años, y se produjeron dos casos en adultas (40 y 43 años); entre los hombres la edad mediana fue de 4 años y los casos con edad más elevada tenían 26 y 27 años.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2004.



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

La fuente de exposición más frecuente fue la exposición a un caso de varicela (61,2 %), y el 59 % se expuso en guarderías y los colegios (Tabla 1).

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 del año 2004.

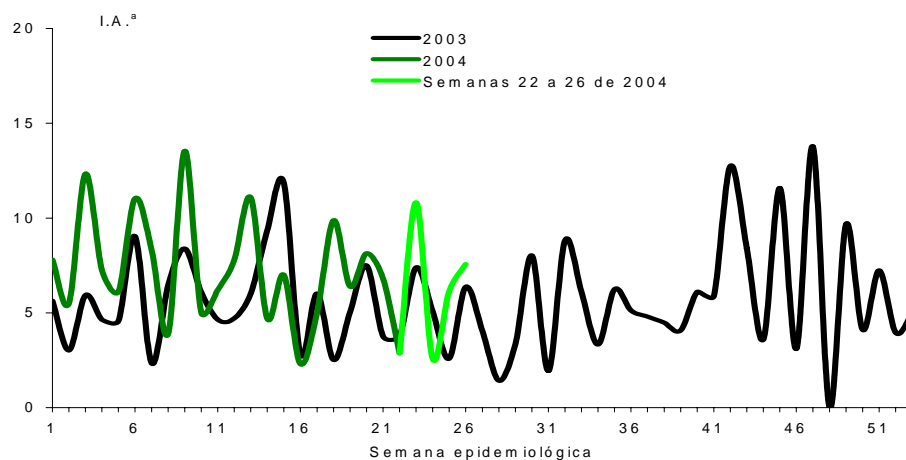
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	145	(61,2)
Caso de herpes zóster	3	(1,3)
Brote de varicela	52	(21,9)
Desconocido	37	(15,6)
Total	237	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	43	(18,1)
Colegio	97	(40,9)
Hogar	39	(16,5)
Trabajo	2	(0,8)
Desconocido	56	(23,6)
Total	237	(100)

Las únicas complicaciones observadas fueron 10 infecciones bacterianas (4,2 %), y una paciente de 6 años tuvo que ser atendida en el Servicio de Urgencias.

HERPES ZÓSTER

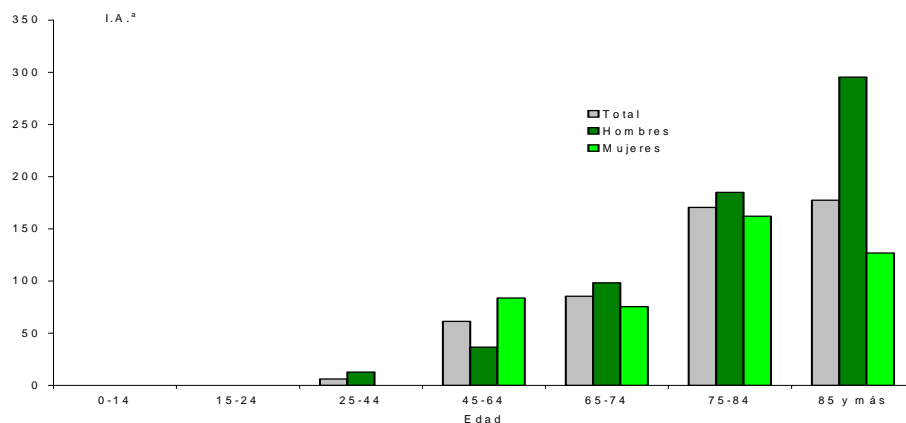
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 20 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 22 a 26, lo que representa una incidencia acumulada de 27,5 por 100.000. El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2003 y 2004. El 42,1 % de los casos se dio en hombres, y el 57,9 %, en mujeres. La edad mediana fue de 68 años, y sólo se produjeron 3 casos en personas menores de 60 años (35, 45 y 47 años). La incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad (Gráfico 4).

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2003 y 2004.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2004.



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

CRISIS ASMÁTICAS

GRÁFICO 5. Distribución semanal de las crisis asmáticas. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid.

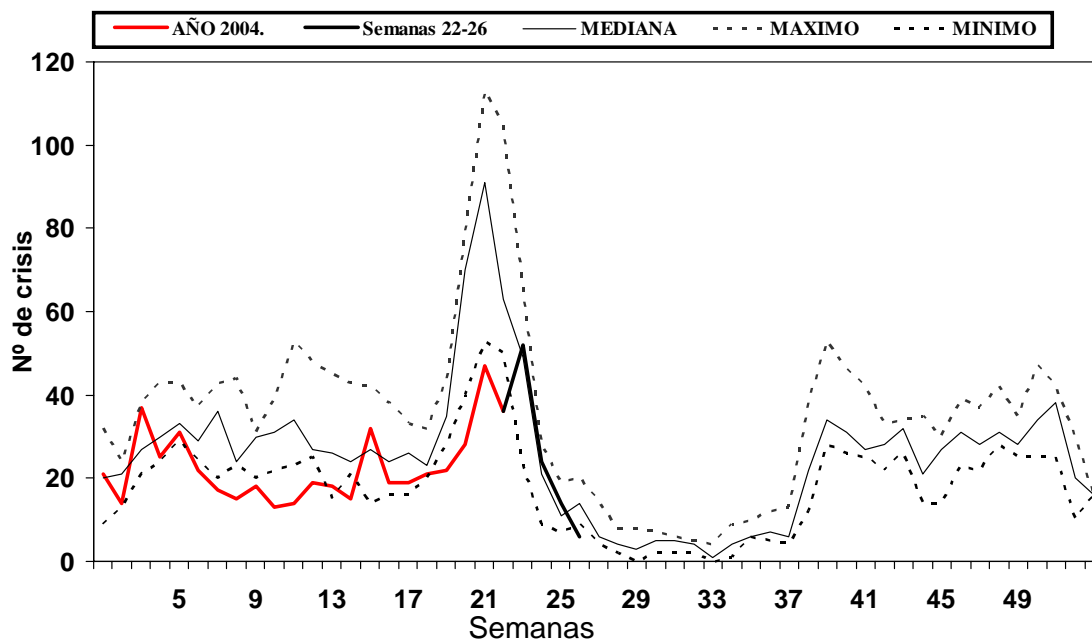


TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2004.

	Semanas 22 a 26	Año 2004
Gripe ^a	-	121
Varicela	237	1,037
Herpes zoster	20	147
Crisis asmáticas	132	599

^a Se vigila hasta la semana 20 de cada temporada.

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."