

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6.

INFORMES:

- Prevalencia de sobrepeso y obesidad y efectos en la mortalidad atribuible en la Comunidad de Madrid.

- Vigilancia de las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas en la Comunidad de Madrid, 2000 a 2009.









BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6

Índice

INFORMES:

	Prevalencia de sobrepeso y obesidad y efectos en la mortalidad atribuible en la Comunidad de Madrid.	3
	Vigilancia de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas en la Comunidad de Madrid, años 2000 a 2009.	23
	EDO. Semanas 22 a 25 (del 30 de mayo al 26 de junio de 2010)	43
	Brotos Epidémicos. Semanas 22 a 25, 2010.	44
	Red de Médicos Centinela, semanas 22 a 25, 2010.	45
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, junio 2010.	49



INFORME:

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD Y EFECTOS EN LA MORTALIDAD ATRIBUIBLE EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Autores:

Honorato Ortiz¹, Iñaki Galán¹, Rocío Martín López¹, Mar Garrido², Belén Zorrilla¹, Ana Gandarillas¹

¹Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

²Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

ÍNDICE:

	Pág.
1. Resumen.....	4
2. Introducción	5
3. Metodología	5
4. Resultados:	
4.1. Sobrepeso y obesidad en la población infanto-juvenil	7
4.1.1 Prevalencia y distribución por edad y sexo.....	7
4.1.2 Evolución de la prevalencia	9
4.2. Sobrepeso, obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta.....	9
4.2.1 Prevalencia y distribución por edad y sexo.....	9
4.2.2 Prevalencia y distribución por nivel de estudios y nivel socioeconómico....	13
4.2.3 Evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad	16
4.2.4 Evolución de la obesidad en la Comunidad de Madrid respecto a España...18	
4.3. Mortalidad prematura atribuible a la obesidad	19
5. Bibliografía	21

1. RESUMEN

Antecedentes y objetivos: El sobrepeso y la obesidad constituye en la actualidad la segunda causa prevenible y evitable de enfermedad y de muerte en los países desarrollados, después del tabaco. Si bien su impacto se centra principalmente sobre la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, nuevas evidencias relacionan el exceso de peso con otros problemas de salud^{1,2}. La alta prevalencia y el reconocido efecto negativo que el sobrepeso y la obesidad tienen en la salud de la población, aconsejan disponer de información epidemiológica actualizada. Datos recientes del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) evidencian un aumento de la frecuencia de este problema en la Comunidad de Madrid (CM). El objetivo de este informe es describir las características del sobrepeso y obesidad, y estimar su impacto en la mortalidad atribuible de la CM.

Metodología: El análisis se ha realizado integrando diferentes fuentes de información. Para la población infanto-juvenil los datos proceden del “Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de la Comunidad de Madrid” y del SIVFRENT-juvenil. Para población adulta se ha utilizado el estudio PREDIMERC, SIVFRENT-Adultos, Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid-1993 y la Encuesta Nacional de Salud. Las muertes debidas a este factor de riesgo se han calculado a través de las fracciones atribuibles en la población por grandes causas de muerte, sexo y grupos de edad.

Resultados: La prevalencia de obesidad en la población escolarizada entre 6 y 18 años fue de 7,4%; el 18% presenta exceso de peso (19,5% de los niños y 16,7% de las niñas); la evolución ha tenido una tendencia ascendente para ambos sexos y con mayor intensidad para las chicas. La prevalencia de sobrepeso, obesidad general y obesidad abdominal en las personas adultas de 30-74 años alcanzó el 41,5%, 21,7% y 23,9% respectivamente; el sobrepeso fue superior en hombres y la obesidad abdominal en mujeres; según edad, en las mujeres la frecuencia de sobrepeso y obesidad aumenta con la edad; en los hombres la prevalencia de obesidad es similar en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 50-59 años que es superior. Se observa una tendencia ascendente en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los últimos años, de mayor intensidad en hombres que en mujeres. La frecuencia de obesidad es superior en la población de menor nivel de estudios y menor nivel socioeconómico. Respecto con España, la CM se sitúa entre las comunidades autónomas con menor prevalencia de obesidad. En el año 2007 este problema de salud ocasionó 1.103 muertes prematuras, lo que representó el 8,7% de todas las muertes de la CM, de las cuales el 73,9% ocurrieron en varones. En las mujeres, el 11,1% de las muertes por enfermedades cardiovasculares (ECV) y el 2,2% de las muertes por cáncer fueron atribuibles a la obesidad; en los hombres estas cifras fueron del 18,1% para ECV y ninguna para tumores.

Conclusiones: Podemos considerar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la Comunidad de Madrid es alta en la población adulta y moderada en población escolar; sin embargo, con respecto a otras comunidades autónomas se sitúa en una posición intermedia-baja. En la CM hay un escenario poco favorable para este factor de riesgo ya que las tendencias muestran un aumento de la prevalencia tanto en la población adulta como en la población juvenil; además, la carga de enfermedad que genera es muy elevada ya que aproximadamente uno de cada 11 fallecimientos en nuestra región son atribuibles a la obesidad, constituyéndose después del tabaquismo en la segunda causa de mortalidad prematura.

2. INTRODUCCIÓN

LA OMS considera la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las dimensiones que ha adquirido a lo largo de las últimas décadas y por su impacto en la morbilidad, la calidad de vida y el gasto sanitario; se estima que en el año 2015 habrá aproximadamente 2.300 millones de personas adultas con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad¹. Progresivamente se van incorporando nuevas evidencias sobre el impacto que tiene la obesidad en las enfermedades crónicas, no sólo en las cardiovasculares sino también en otros problemas frecuentes como la diabetes tipo 2, la artrosis, e incluso con algunos tipos de cáncer, tales como el de colon, recto, próstata, ovarios, mama y endometrio². En la infancia y adolescencia el exceso de peso tiene repercusiones importantes en la salud, ya que se ha demostrado que el sobrepeso y la obesidad desarrollados en la infancia y adolescencia tienen una fuerte tendencia a persistir en la vida adulta³.

En España se ha descrito un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en población adulta como infanto-juvenil. Según la última encuesta nacional de salud (ENS-2006 España)⁴, con datos autoreferidos, el 37,8% y el 15,6% de los adultos españoles mayores de 18 años presentaron sobrepeso u obesidad respectivamente; en la población infantil estas cifras alcanzaron el 8,9% y el 18,7%. Utilizando los resultados del estudio enKid, con medidas objetivas, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población infanto-juvenil española (2-24 años) alcanzó el 13,9% y 12,4 % respectivamente⁵. Respecto a la carga de enfermedad de la obesidad, estudios recientes en España indican una mortalidad atribuible a la obesidad del 8,5%⁶. En cuanto a los factores asociados, la obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, fruto de la interacción entre factores genéticos y ambientales, en la que los estilos de vida y sus determinantes juegan un papel fundamental en su aparición y desarrollo². Los cambios producidos en los últimos años en el patrón de alimentación y el aumento del sedentarismo de la población, podrían explicar, al menos parcialmente, la tendencia creciente de sobrepeso y obesidad⁷. Así, numerosos estudios han concluido que la presencia de sobrepeso y obesidad están relacionada con el sexo masculino, mayor edad, menor nivel de estudios, baja posición socioeconómica, no consumo de tabaco, elevado consumo de grasas saturadas e inactividad física en el tiempo libre⁸.

Este primer informe, tiene el objetivo de describir, a través del análisis de la información disponible, la situación epidemiológica del sobrepeso y obesidad en la Comunidad de Madrid. Su presentación se ha estructurado en tres apartados: prevalencia y tendencias del sobrepeso y obesidad en la población infanto-juvenil; prevalencia y tendencias del sobrepeso y obesidad en la población adulta; y por último la estimación de los efectos, calculando la mortalidad atribuible a la obesidad en el año 2007.

3. METODOLOGÍA

Para el estudio en la población infantil se consideraron los puntos de corte de los valores correspondientes al percentil p85-96,9 (sobrepeso) y al percentil p97 (obesidad) por edad y sexo según los valores publicados por Hernández et al⁹ de la Fundación Orbegozo, que son los recomendados para los estudios de obesidad realizados en España. Para estimar el sobrepeso y obesidad en la población juvenil se han utilizado los puntos de corte internacionales del Índice de masa corporal (IMC), que expresa la relación entre el peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado, propuestos por Cole et al¹⁰. Para la definición ponderal de las

personas adultas se clasificó a los sujetos por su IMC, según criterios de la SEEDO¹¹, en persona con peso normal (IMC:18,5-24,9), sobrepeso (IMC:25-29,9), obesidad (IMC \geq 30) y exceso ponderal (IMC \geq 25). Se consideró obesidad abdominal o central cuando el perímetro de cintura era mayor de 88 cm en mujeres y de 102 cm en hombres.

Sobrepeso y obesidad en la población infanto-juvenil: la estimación de la prevalencia actual se basa en el información del “Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid¹², realizado en 2008, en una muestra representativa de 2.919 escolares de 6 a 18 años, con medidas directas de peso y talla. Para describir la evolución se analizó el SIVFRENT dirigido a población juvenil escolarizada de 15 y 16 años¹³ para el periodo 1996-2009, a partir de datos de peso y talla autodeclarados por cuestionario.

Sobrepeso y obesidad en la población adulta: la estimación de la prevalencia se ha obtenido del análisis del estudio poblacional PREDIMERC¹⁴, realizado en 2007, en la población de 30-74 y a partir de los datos del SIVFRENT en población adulta de 18-64 años¹⁵, disponible para el periodo 1995-2009. En el PREDIMERC los datos del IMC y del perímetro abdominal fueron obtenidos a través de mediciones directas del peso, talla y perímetro de cintura. Para estimar el IMC en el SIVFRENT se utilizan los datos de peso y talla declarados por encuesta telefónica.

La evolución de la prevalencia se analizó en primer lugar, a partir de los datos autodeclarados del SIVFRENT y seguidamente, con mediciones directas de peso y talla, comparando los datos del PREDIMERC-2007 con la Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid-1993¹⁶. En ambos análisis se realizó previamente un ajuste de las prevalencias según edad. Dado que los valores crudos y ajustados fueron muy similares (inferiores al 10%), se han mantenido los valores crudos originales. Para comparar la tendencia de la obesidad de la Comunidad de Madrid respecto a España se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud ajustados por edad descritos en el documento de Indicadores de Salud de 2009¹⁷.

Mortalidad atribuible a la obesidad: Las muertes atribuibles a la obesidad se han obtenido a partir del cálculo de las fracciones atribuibles poblacionales para las grandes causas de muerte, en función del sexo y grupos de edad. Las causas de muerte seleccionadas son las relacionadas con la obesidad: tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias. La información del número de muertes de la Comunidad de Madrid del año 2007, estratificada por edad, sexo y causa de muerte se ha obtenido del registro de mortalidad del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Los riesgos relativos que se consideraron fueron los reflejados en el estudio de cohortes multicéntrico EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition)¹⁸, en el que participan 359.387 personas de 10 países europeos con edades comprendidas entre 25 y 70 años y un seguimiento medio de 9,7 años. La prevalencia de obesidad proviene del estudio PREDIMERC. La mortalidad atribuible se refiere al grupo de edad de 30-74 años por lo que podemos considerarlo como mortalidad prematura. Las fracciones atribuibles poblacionales se calcularon mediante el método de la suma ponderada¹⁹ que es el método recomendado cuando existe confusión o interacción de alguna variable en la relación exceso de peso y mortalidad, aplicando a continuación la ecuación clásica de Levin.

4. RESULTADOS

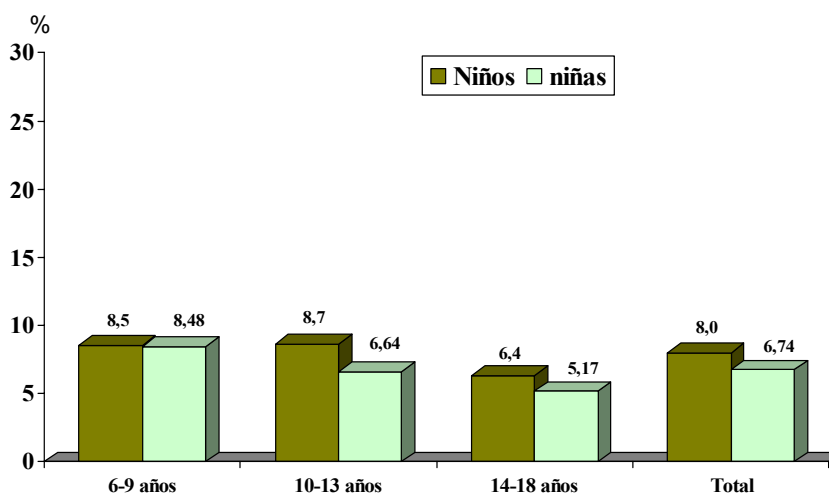
4.1. Sobrepeso y obesidad en población infanto-juvenil

4.1.1 Prevalencia y distribución por edad y sexo

Obesidad: la prevalencia de obesidad en la población escolarizada entre 6 y 18 años de la Comunidad de Madrid fue de 7,3% (IC95% 6,4%-8,3%), siendo ligeramente superior en varones (8,0%) que en mujeres (6,7%) sin alcanzar diferencias significativas. Entre los chicos los porcentajes más elevados se observan en el grupo de 6-13 años sin diferencias significativas y en las chicas entre 6 y 9 años ($p < 0,02$). Gráfico 1 y Tabla 1.

Gráfico 1.

Prevalencia de obesidad (percentil ≥ 97) en la población infanto-juvenil por sexo y grupos de edad. Población de 6-18 años. Comunidad de Madrid 2008



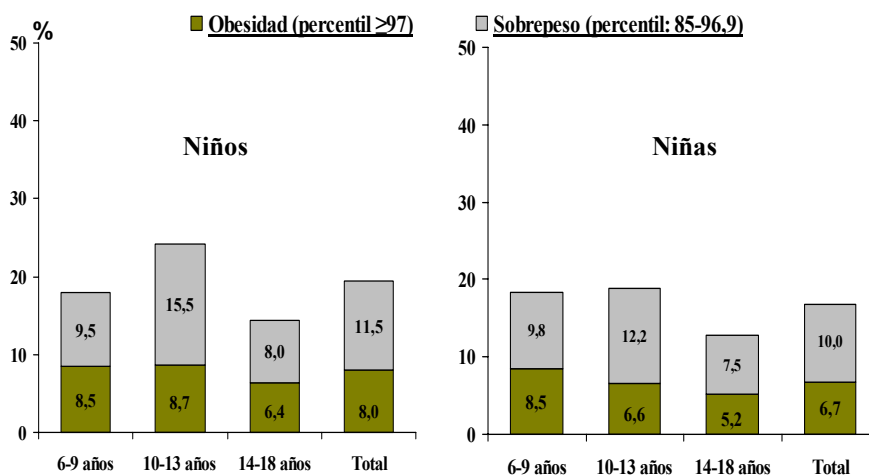
Fuente: Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Sobrepeso: La prevalencia de sobrepeso fue del 10,7% (IC95%: 9,6%-11,7%), sin diferencias significativas según sexo. Por grupos de edad los preadolescentes de edades comprendidas entre 10 y 13 años son los que presentaron una prevalencia mayor de sobrepeso (15,5% en niños y 12,2% en niñas). Gráfico 2.

Exceso de peso: considerando el sobrepeso y la obesidad conjuntamente ($IMC \geq 25$), el 18% de la población de 6-18 años tenían exceso de peso, siendo superior en niños (19,5%) que en niñas (16,7%, $p < 0,05$). Gráfico 2. En el grupo de edad de 10-13 años la frecuencia de exceso ponderal es significativamente superior en niños que en niñas ($p < 0,05$).

Gráfico 2.

Prevalencia de exceso ponderal (percentil ≥ 85) en la población infanto-juvenil por sexo y grupos de edad. Población de 6-18 años. Comunidad de Madrid 2008.



Fuente: Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Tabla 1.

Distribución de la población infanto-juvenil según normopeso, sobrepeso (percentil:85-96,9), obesidad (percentil ≥ 97) por sexo y grupos de edad. Población de 6-18 años. Comunidad de Madrid 2008.

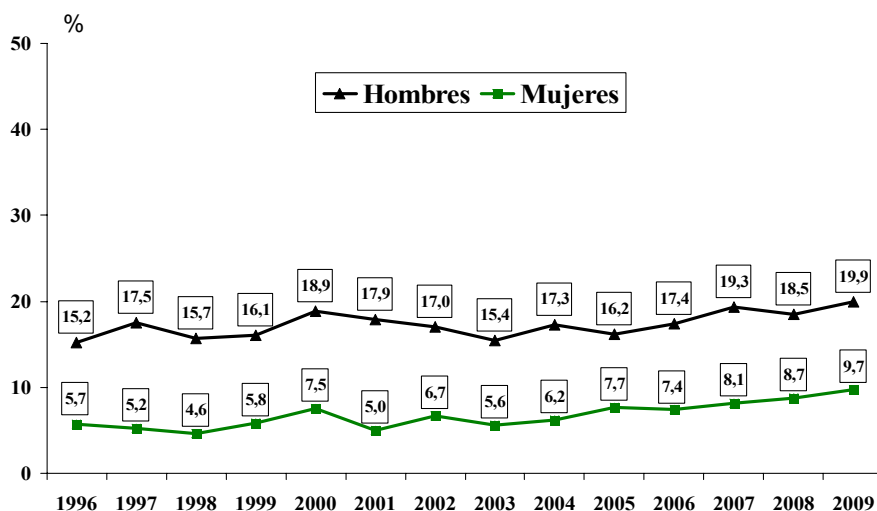
	PESO NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD	
	n	%	n	%	n	%
Niños						
6-9	422	81,9	49	9,5	44	8,5
10-13	421	75,9	86	15,5	48	8,6
14-18	310	85,6	29	8,0	23	6,3
Total	1153	80,5	164	11,4	115	8,0
Niñas						
6-9	366	8,7	44	9,8	38	8,4
10-13	464	81,1	70	12,2	38	6,6
14-18	405	87,3	35	7,5	24	5,1
Total	1235	83,2	149	10,0	100	6,7
Ambos sexos						
6-9	788	81,8	93	9,6	82	8,5
10-13	885	78,5	156	13,8	86	7,6
14-18	715	86,6	64	7,7	47	5,6
Total	2388	81,9	313	10,7	215	7,3

Fuente: Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar. Consejería de Sanidad.

4.1.2 Evolución de la prevalencia

Para estimar la frecuencia de sobrepeso y obesidad en la población juvenil se han utilizado los puntos de corte internacionales de IMC propuestos por Cole et al en el año 2000. Dado que los valores autodeclarado infraestiman las prevalencia en torno al 50% se han agrupado las prevalencias de obesidad y sobrepeso (exceso de peso). En el gráfico siguiente puede observarse que la evolución del exceso de peso (IMC ≥ 25) en los jóvenes de la Comunidad de Madrid tiene una tendencia ascendente desde el año 1996. Si comparamos la frecuencia observada en 2008-2009 respecto a la observada en 1996-1997 hay un incremento en la prevalencia del exceso de peso del 68,8% en mujeres y del 17,4% en varones. Gráfico 3.

Gráfico 3.
Evolución de la proporción de jóvenes con exceso de peso (IMC ≥ 25) . Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid. 1996-2009.



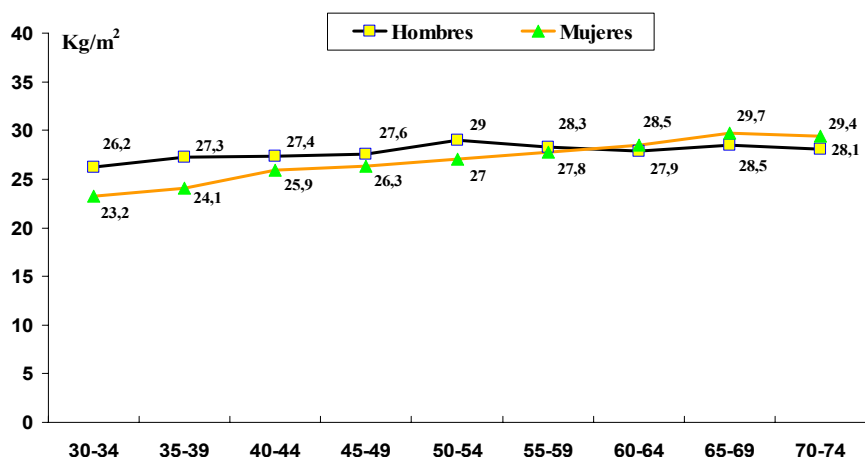
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

4.2. Sobrepeso, obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta

4.2.1 Prevalencia y distribución por edad y sexo

El IMC medio en la población de la Comunidad de Madrid entre 30 y 74 años de edad fue de 27 kg/m²; aumenta con la edad en ambos sexos (sobre todo en mujeres que aumenta del 23,2% al 29,4% de los 30 a los 74 años), y es superior en varones (27,6%) que en mujeres (26,3%). Hasta la edad de los 54 años los valores medios son superiores en hombres y a partir de los 65 años se invierten a favor de las mujeres (Gráfico 4).

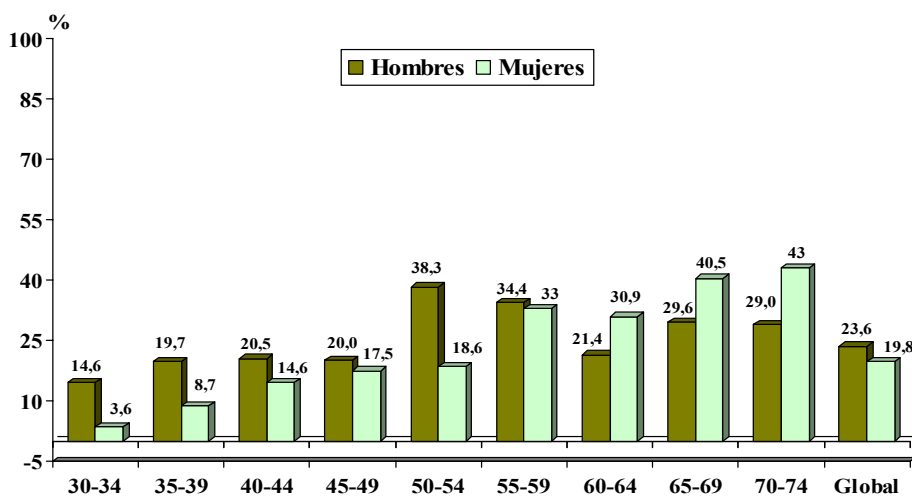
Gráfico 4.
Valores medios del índice de masa corporal (Kg/m²) por sexo y grupos de edad.
Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid 2007.



Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Obesidad general medida a través del IMC: La prevalencia global de obesidad en las personas adultas de la Comunidad de Madrid fue del 21,7%, siendo ligeramente más elevada en varones (23,6%) que en mujeres (19,8%), sin alcanzar diferencias significativas. En los varones el mayor porcentaje de obesos se sitúa en el tramo de edad de 50 a 59 años. En las mujeres la prevalencia aumenta progresivamente con la edad, hasta alcanzar cifras superiores al 40% en las edades de 65 y más años. Si comparamos por edad y sexo, la proporción de personas obesas es superior en los hombres hasta los 54 años y a partir de los 60 es superior en las mujeres (Gráfico 5).

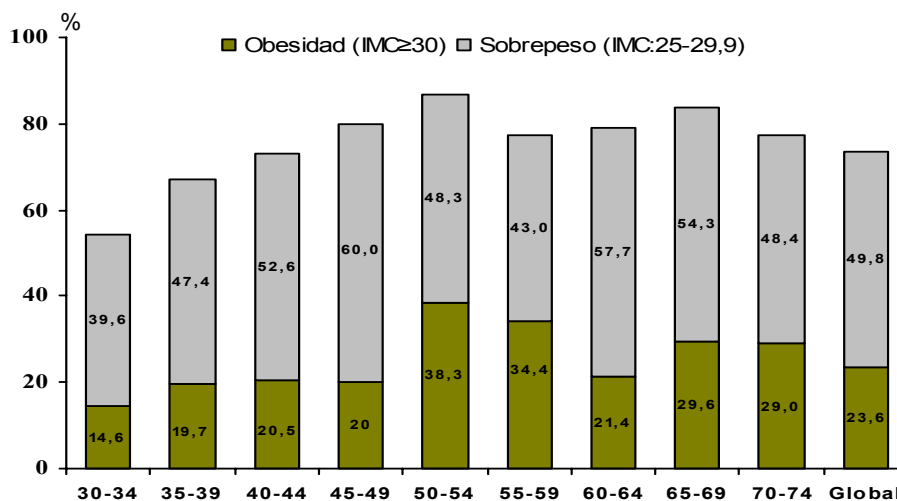
Gráfico 5.
Prevalencia de obesidad (IMC≥30) por sexo y grupos de edad. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid. 2007.



Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de epidemiología. Consejería de Sanidad.

Sobrepeso (IMC:25-29,9): la prevalencia global de sobrepeso en la población adulta fue del 41,5%, siendo superior en hombres (49,8%) que en mujeres (33,9%). La frecuencia es superior en los hombres hasta los 50 años; a partir de estas edades no hay diferencias significativas entre sexos. La prevalencia de sobrepeso aumenta con la edad, sobre todo en mujeres. Gráficos 6 y 7.

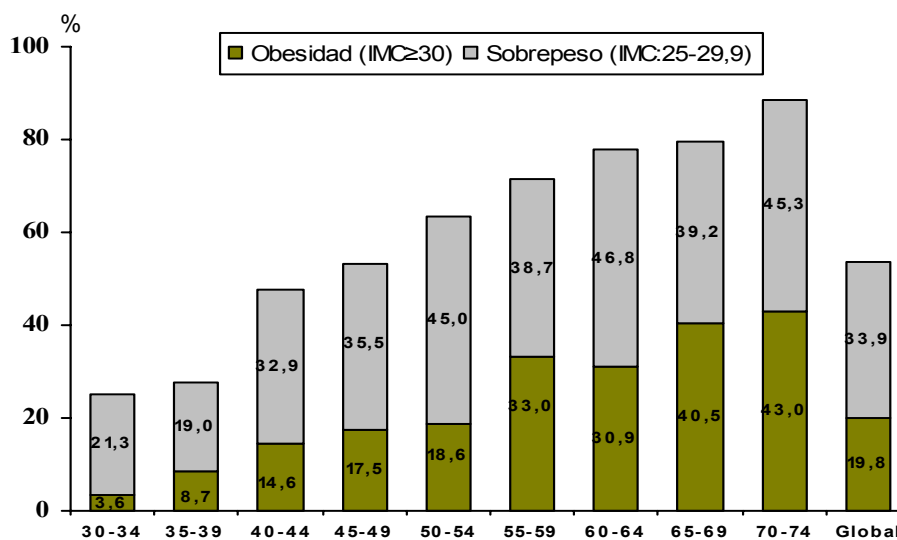
Gráfico 6.
Proporción de hombres con exceso ponderal (IMC \geq 25) por grupos de edad.
Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid 2007.



Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de epidemiología. Consejería de Sanidad.

Exceso de peso (IMC \geq 25): Si consideramos el exceso de peso como la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad, el 63,2% de la población adulta presenta un IMC igual o mayor a 25, siendo muy superior en varones (73,4%) respecto a las mujeres (53,6%). En éstas se observa un aumento importante con la edad, pasando de una prevalencia de 26,3% en el grupo de 30-39 años al 88,2% en el de 70-74 años. En los hombres las prevalencias son superiores que en las mujeres y similares en todos los grupos de edad (en torno al 80%), excepto en el de 30-39 años que es inferior (61,2%). Gráficos 6 y 7.

Gráfico 7.
Proporción de mujeres con exceso ponderal (IMC \geq 25) por grupos de edad.
Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid 2007.

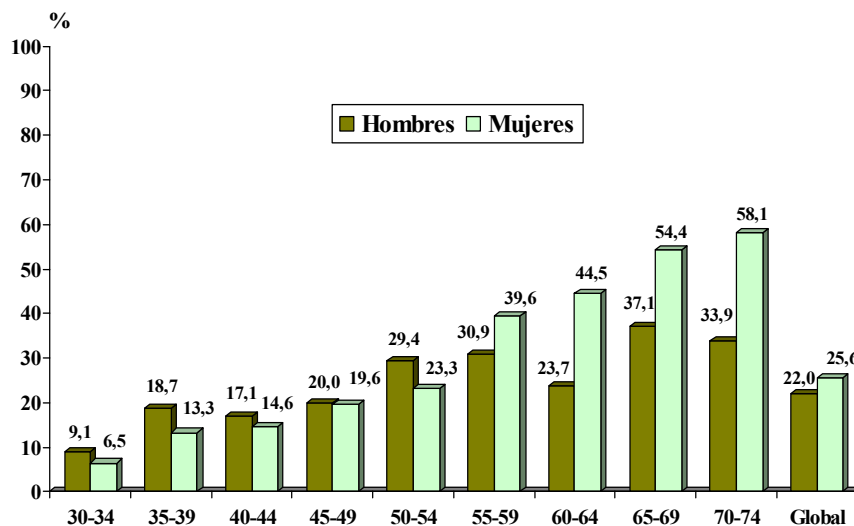


Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Obesidad abdominal medida a través del perímetro de cintura: El valor medio del perímetro de la cintura en la población adulta fue de 94,2 cm en los hombres y 81,6 cm en las mujeres. En los hombres, los valores permanecen estables a partir de los 50 años y en las mujeres aumentan con la edad pasando de un perímetro de 75 cm en el grupo de 30-39 años a 91,1 cm en el de 70-74 años. La prevalencia de obesidad abdominal, definida por la circunferencia de la cintura >88 cm en mujeres y >102 cm en hombres, fue del 23,9%, siendo inferior en hombres (22%) que en mujeres (25,6%). En los hombres aumenta con la edad alcanzando el valor superior en el grupo de edad de 65-69 años (37,1%); en las mujeres la obesidad abdominal se incrementa con la edad, sobre todo a partir de los 55 años, alcanzando prevalencias superiores al 50% en las edades de 65 a 74 años. Gráfico 8.

Gráfico 8.

Prevalencia de obesidad abdominal* por sexo y grupos de edad. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid 2007.



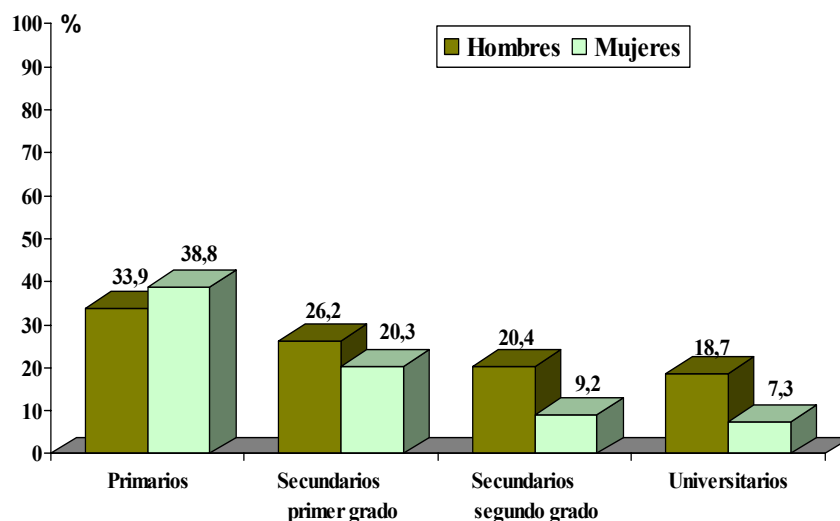
*Obesidad abdominal: perímetro de cintura >88 cm en mujeres y >102 en hombres.

Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

4.2.2 Prevalencia y distribución por nivel de estudios y nivel socioeconómico

En los gráficos siguientes se muestra la distribución de la prevalencia de obesidad general estratificada por sexo, según el máximo nivel de estudios alcanzados y el nivel socioeconómico basado en la ocupación (grupo V: mínimo nivel; grupo I: máximo nivel). Si consideramos el nivel de estudios, se observa que la prevalencia global de obesidad es superior en los varones y mujeres con niveles educativos más bajos. En los hombres la obesidad alcanza al 18,7% de los universitarios frente al 33,9 % en los que tenían estudios primarios o menos. En las mujeres el gradiente es mayor en el mismo sentido pasando del 7,3% de obesidad en las universitarias al 38,8% en las de menor nivel de estudios alcanzados. Gráfico 9.

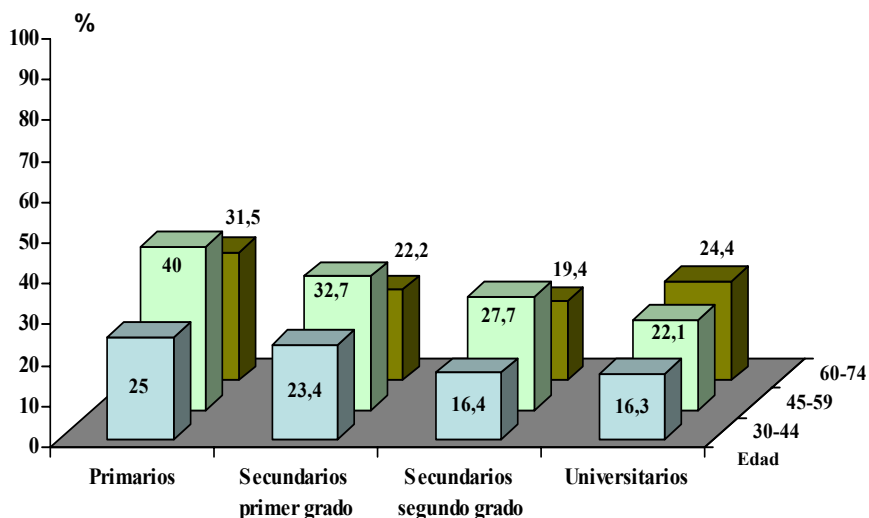
Gráfico 9.
Prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30) por sexo y nivel de estudios. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid 2007.



Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Si estratificamos por edad y nivel de estudios observamos un gradiente entre obesidad, nivel de estudios y edad, de modo que la prevalencia de obesidad es superior en la población de más edad y con menor nivel de estudios. Los hombres de 45 y más años con estudios primarios o menos son los que tienen mayor riesgo de obesidad (31,5%-40%), mientras que en las mujeres son las de 60 y más años con estudios primarios o menos las que presentan una prevalencia mayor de obesidad (44,3%). Gráficos 10 y 11.

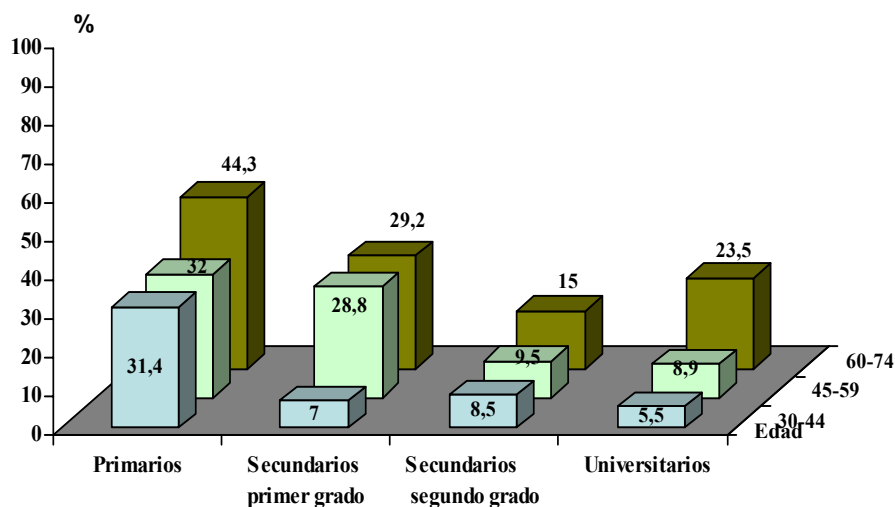
Gráfico 10.
Prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30) en varones según edad y nivel de estudios. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid 2007.



Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de epidemiología. Consejería de Sanidad.

Gráfico 11.

Prevalencia de obesidad (IMC \geq 30) en mujeres según edad y nivel de estudios. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid 2007.

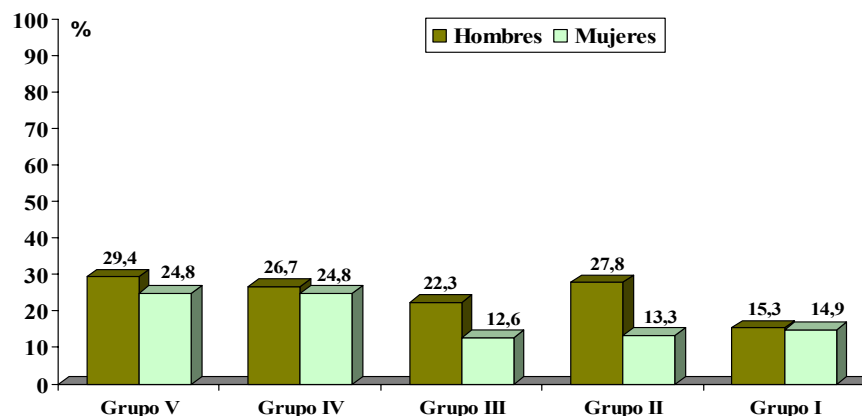


Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Respecto al nivel socioeconómico, los varones que tienen un mayor nivel socioeconómico (Grupo I) son los que presentan menor prevalencia de obesidad general y de obesidad abdominal; con prevalencias bastante homogéneas en el resto de niveles socioeconómicos. Las mujeres que presentan mayor obesidad general (gráfico 12) y abdominal (gráfico 13) son las de menor nivel socioeconómico (grupos IV y V) con prevalencia bastante homogéneas en los otros grupos socioeconómicos. Las mujeres de nivel socioeconómico bajo (Grupo V) tienen una prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal de 1,66 y 2,28 veces superior frente a las mujeres de nivel alto (grupo I).

Gráfico 12.

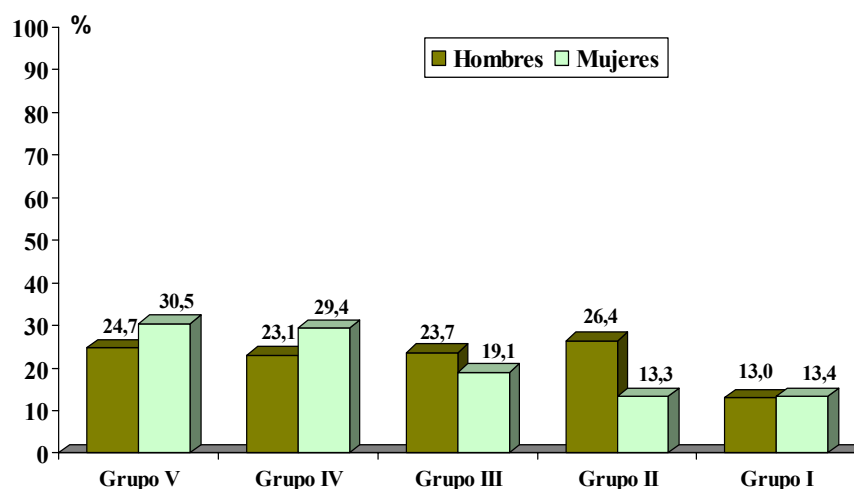
Prevalencia de obesidad (IMC \geq 30) por sexo y nivel socioeconómico. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid 2007.



Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de epidemiología. Consejería de Sanidad.

Gráfico 13.

Prevalencia de obesidad abdominal* por sexo y nivel socioeconómico. Población de 30-74 años Comunidad de Madrid 2007.



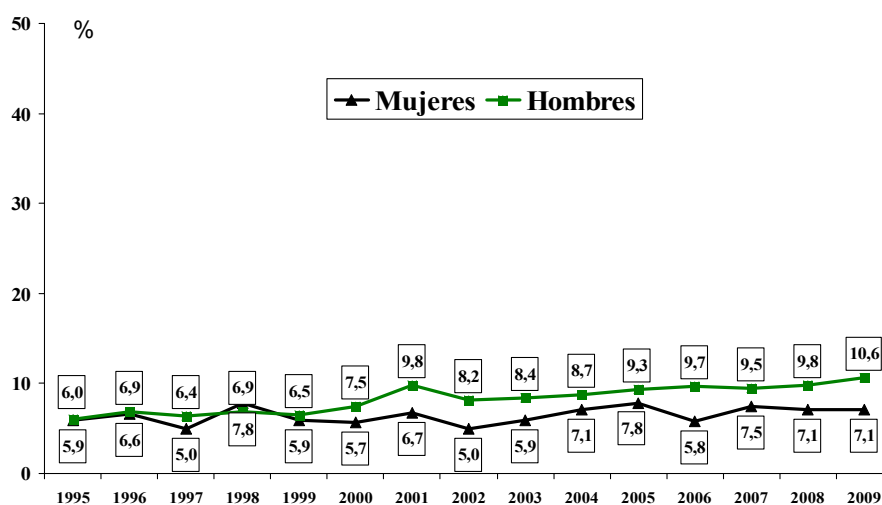
*Obesidad abdominal: perímetro de cintura > 88 cm en mujeres y >102 cm en hombres

Fuente: Estudio PREDIMERC-2007. Servicio de epidemiología. Consejería de Sanidad.

4.2.3 Evolución de la prevalencia del sobrepeso y obesidad

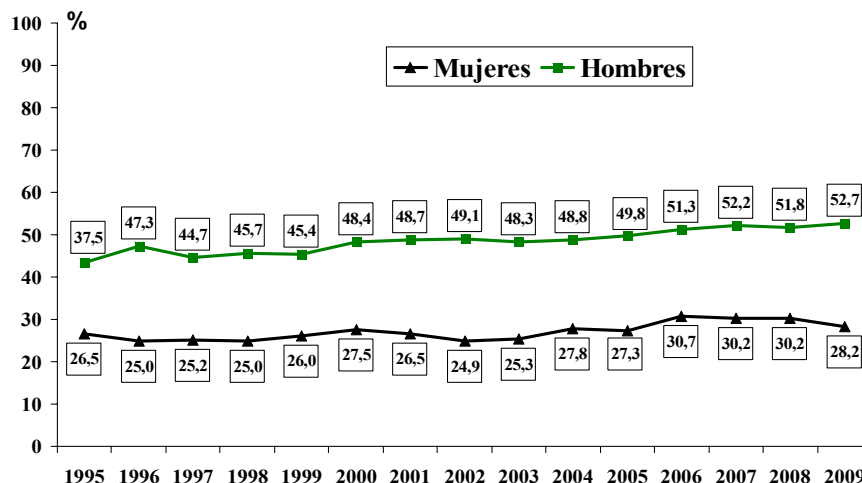
Con datos antropométricos autodeclarados: A partir de los datos autodeclarados de peso y talla de los adultos entrevistados del SIVFRENT, se observa que en todos los años de la serie (1995 a 2009) los porcentajes anuales de obesidad y exceso de peso son superiores en los hombres que en las mujeres (Gráfico 14). Al comparar los porcentajes promedios de 2008-2009 respecto a 1995-2009, en los hombres se observa un incremento mantenido de la prevalencia de obesidad y exceso de peso de 58% y 23,1% respectivamente. En las mujeres los incrementos son de 13,3% en obesidad y 30,7% en exceso de peso. No obstante, de cara a una mejor interpretación de estos datos conviene señalar que la información autodeclarada subestima la prevalencia de sobrepeso y especialmente de obesidad. Como referencia, comparando la información subjetiva y objetiva en los mismos sujetos realizada en un estudio de validación en el marco de PREDIMERC, se observó una subestimación del sobrepeso del 14% incrementándose a 28% en el caso de la obesidad. Sin embargo, teniendo en cuenta que es poco probable que el error de medida varíe con el tiempo, los cambios en la prevalencia a lo largo de la serie no se verán afectados por la forma de medición.

Gráfico 14.
Evolución de la proporción de personas con obesidad (IMC \geq 30). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2009.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Gráfico 15.
Evolución de la proporción de personas con exceso de peso (IMC \geq 25). Población de 18-64 años de la Comunidad de Madrid 1995-2009.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Con datos antropométricos objetivos: Para analizar la evolución se utilizó la información de la Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid-1993 y del PREDIMERC-2007. Si comparamos la prevalencia de sobrepeso y obesidad en 2007 respecto a la de 1993 comprobamos que el sobrepeso ha permanecido muy similar tanto en hombres como en mujeres; por el contrario la frecuencia de obesidad en hombres ha aumentado un 148% pasando de una prevalencia del 9,3% en 1993 al 23,1 % en 2007, permaneciendo similar en las mujeres entorno al 15% (tabla 2). El aumento de prevalencia de obesidad en los hombres ha afectado de manera similar a todos los grupos de edad.

Tabla 2.

Evolución de la proporción de personas con sobrepeso (IMC:25-29,9) y obesidad (IMC \geq 30) por sexo y grupos de edad. Población de 25-64 años. Comunidad de Madrid, 1993 y 2007.

		SOBREPESO				OBESIDAD			
		1993		2007		1993		2007	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Hombres	25-34*	156	36,2	65	39,6	28	6,4	24	14,6
	35-44	106	43,7	182	50,0	20	8,3	73	20,1
	45-54	105	50,0	133	54,3	28	13,2	71	29,0
	55-64	101	60,5	51	46,4	26	15,8	36	32,7
	Total	470	44,7	431	48,8	102	9,7	204	23,1
Mujeres	25-34*	76	18,7	37	21,9	16	4,0	6	3,6
	35-44	78	25,4	89	25,1	39	12,7	39	11,0
	45-54	144	45,4	107	40,1	77	24,2	49	18,4
	55-64	90	46,7	54	40,9	56	28,9	42	31,8
	Total	385	31,4	287	31,1	186	15,2	136	14,8

Fuente: Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid-1993 y estudio PREDIMERC-2007.

*En PREDIMERC las prevalencia de este grupo se refieren a 30-34 años.

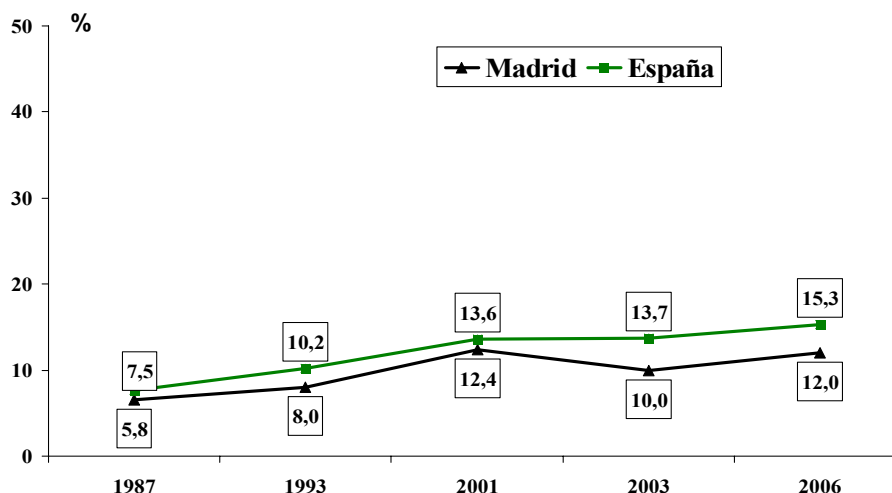
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

4.2.4 Evolución de la obesidad en la Comunidad de Madrid respecto a España

Según la Encuesta Nacional de Salud la frecuencia de obesidad en la población adulta madrileña y española viene aumentando desde finales de los años 80. Entre 1993 y 2006/7 el porcentaje de personas obesas ha sufrido un incremento alrededor del 50% tanto en la Comunidad de Madrid (de 8% a 12%) como en España (de 10,2% a 15,35%). La evolución y el patrón por sexo ha sido similar a ambos niveles, con un incremento mayor en hombres (del 66,8 y 60,8% para Madrid y España respectivamente) que en mujeres (41,0 y 36% para Madrid y España respectivamente). Gráfico 16.

Gráfico 16.

Evolución del porcentaje, ajustado por edad, de personas con obesidad (IMC \geq 30) en la Comunidad de Madrid y España. Población de 20 y más años. 1987-2006/7.



Fuente: Indicadores de Salud 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. España

Tabla 3.

Evolución de la prevalencia de obesidad (IMC \geq 30) ajustada por edad en la Comunidad de Madrid y España. Población de 20 y más años. 1987-2006/7.

	1987	1993	2001	2003	2006-7
	%	%	%	%	%
Ambos sexos					
Comunidad de Madrid	6,6	8,0	12,4	10,0	12,0
España	7,7	10,2	13,6	13,7	15,3
Hombres					
Comunidad de Madrid	5,8	7,7	11,2	11,4	12,8
España	7,5	9,7	12,8	13,6	15,6
Mujeres					
Comunidad de Madrid	7,4	8,2	13,4	8,5	11,2
España	9,4	10,8	14,4	13,6	15,0

Fuente: Indicadores de Salud 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. España

4.3 Mortalidad prematura atribuible a la obesidad

En el año 2007, de las 12.588 muertes que ocurrieron en la Comunidad de Madrid en la población de 30 a 74 años, 1.103 de ellas fueron atribuibles a la obesidad, lo que representan el 8,7% de todas las muertes ocurridas en este grupo de edad. Por sexo, la obesidad ocasionó 815 muertes en hombres, y 288 muertes en mujeres, suponiendo un 8,6% y 6% respectivamente de todos los fallecimientos en ese periodo. De todas las muertes atribuibles a la obesidad el 73,9% ocurrieron en varones y el 26,1% en mujeres.

Por grandes grupos de causas, de todas las muertes atribuidas a la obesidad las enfermedades cardiovasculares representan la mayor proporción (36,7%), tanto en hombres (38,8%) como en mujeres (30,9%). Los tumores malignos son la segunda causa en mujeres (16,7%) mientras que en varones no se detectan muertes por cáncer atribuibles a la obesidad (tabla 4).

En las mujeres, el 11,1% de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares y el 2,2% de las muertes por tumores malignos fueron atribuibles a la obesidad. En los hombres estas cifras fueron del 18,1% para enfermedades cardiovasculares y ninguna para tumores.

Tabla 4.
Muertes atribuibles a la obesidad según la causa de muerte y sexo. Población de 30-74 años. Comunidad de Madrid, 2007.

	HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS	
	N	%	N	%	N	%
CAUSAS DE MUERTE						
Tumores malignos	0	0	48	16,7	93	8,4
Enfermedades cardiovasculares	316	38,8	89	30,9	405	36,7
Resto de enfermedades	499	61,2	151	52,4	605	54,9
TOTAL	815	100	288	100	1103	100
Fallecidos por todas las causas en 2007	8350		4238		12588	

Los porcentajes expresan la proporción de muertes por grupos de causa respecto del total de muertes atribuibles en cada columna.

Colaboradores del PREDIMERC:

Mercedes Martínez Cortés (Servicio de Prevención. Madrid Salud), Encarnación Donoso Navarro (Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Puerta de Hierro), María Vázquez (Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Puerta de Hierro), Belén Bonstein (Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Puerta de Hierro), Pedro Nogales Aguado (Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria), Francisco Jesús Arrieta Blanco (Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria), Hermenegildo de la Calle Blasco (Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de Madrid), Mariano Casado López. Departamento de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud), Aurelio Pérez Sania (Servicio de Análisis de Gestión. Dirección General Atención Primaria). José Luis Sánchez Suárez (Subdirección General de Organización y Procesos de Atención Primaria. Dirección General de Atención Primaria), Elisa Gil Montalbán (Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención), Ignacio Cuadrado Gamarra (Servicio de Epidemiología, Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención).

5. BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Overweight and obesity. Geneva. Switzerland:World Health Organization. 2006 (citado 3 may 2010). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
2. Haslam DW, James WP. Obesity. Lancet 2005 Oct 1;366 (9492):1197-1209.
3. Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. BMJ 2005;331 (7522):929.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud 2006 [citado 12 Nov 2009]. disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>.
5. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B, Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalence of obesity in Spain. Med Clin(Barc) 2005;125 (12):460-466.
6. Banegas JR, Lopez-Garcia E, Gutierrez-Fisac JL, Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F. A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. Eur J Clin Nutr. 2003;57(2):201-208.
7. Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Lopez Garcia E, Banegas Banegas JR, Rodriguez Artalejo F. The obesity epidemic and related factors: the case of Spain. Cad.Saude Publica 2003;19 Suppl 1:S101-10.
8. Wang Y, Beydoun MA. The obesity epidemic in the United States - Gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: A systematic review and meta-regression analysis. Epidemiol Rev. 2007;29(1):6-28.
9. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Sánchez E. Curvas y tablas de crecimiento. Fundación F. Orbeagozo. Bilbao 1988.
10. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320:1240-5.
11. Salas-Salvado J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clín (Barc). 2007;128(5):184-196.
12. Garrido Perez, M. Moreno Esteban, B. Gargallo Fernández, M. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid. 2009.
13. Conserjería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, año 2009. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a enfermedades no Transmisibles. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2010 (En prensa).
14. Zorrilla Torras B., Martinez Cortés M., Gil Montalbán E., Ortiz Marrón H., Cuadrado Gamarra JI., Donoso Navarro E. Prevalencia de diabetes y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. Madrid: Consejería

de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 127, 2009.

15. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2009. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles (SIVFRENT). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2010. (En prensa).

16. Aranceta J, Perez C, Amela C, García Herrera R. Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 18, 1994.

17. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Alfaro M. Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea (accedido el 12 de Mayo de 2010). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

18. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, Bergmann M, Schulze MB, Overvad K, et al. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med.* 2008;359(20):2105-2120.

19. Benichou J. A review of adjusted estimators of attributable risk. *Stat.Methods Med Res.* 2001;10(3):195-216.

**INFORME****VIGILANCIA DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES
TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH) EN LA COMUNIDAD DE
MADRID, 2000 – 2009.****ÍNDICE:**

Resumen	24
Introducción	25
Objetivos	26
Metodología	26
Resultados	
Situación de los casos de EETH en la Comunidad de Madrid (2000-2009)	28
Situación de los casos de ECJ-e en la Comunidad de Madrid (2000-2009)	33
Primer caso de variante de la ECJ en la Comunidad de Madrid	35
Conclusiones	35
Anexo 1. Orden del Consejero de Sanidad por la que se regula la Vigilancia de las EETH en la Comunidad de Madrid	36
Anexo 2. Cuestionario de notificación de las EETH	38

RESUMEN:

Antecedentes:

Las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) constituyen un problema de patología emergente en nuestro medio, especialmente desde la aparición en 1996 de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ) y su relación con la encefalopatía espongiforme bovina (EEB). En España, para la vigilancia de estas enfermedades, se crea en 1995 un Registro Nacional coordinado desde el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III).

Objetivo:

El objetivo de este informe es presentar la incidencia de las EETH desde 2000 a 2009, tanto a nivel global como según tipos, en los diferentes grupos de edad y según pruebas diagnósticas realizadas.

Metodología:

El Registro se nutre de los casos notificados por los médicos que diagnostican estas enfermedades, también son fuentes importantes en la notificación los Centros de Referencia diagnóstica: La Unidad de Encefalopatías Espongiformes del Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III y el Laboratorio de Neuropatología de la Fundación Hospital Alcorcón. Se establecen criterios diagnósticos para la diferenciación y diagnóstico de las diversas EETH.

Resultados:

Durante el periodo 2000 hasta el 2009 se han notificado 100 casos de EETH que suponen una incidencia anual media de 0,17 casos por 100.000 habitantes, la mayor incidencia se registra en el año 2006 (0,23 casos por 100.000) y la menor en 2007 (0,12 casos por 100.000). El 84% son casos de ECJ esporádico, el 9% son ECJ familiar, el 4% son casos de Insomnio Familiar Letal (IFL), el 2% son ECJ iatrogénico y un 1% (un caso) pertenece a la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ). El 64% de los casos se confirmaron en Anatomía Patológica.

Conclusiones:

La incidencia de ECJ esporádico se encuentra estabilizada. Los casos detectados se han diagnosticado según los estándares recomendados, si bien se debería mejorar la utilización de los estudios neuropatológicos postmortem.

INTRODUCCIÓN

La variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (variante-ECJ) y la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) constituyen un problema de patología emergente en nuestro medio. La aparición en 1996 de vECJ, su relación con la EEB, y las deficiencias actuales sobre el conocimiento y repercusión de esta enfermedad, hacen que la vigilancia epidemiológica de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) sea una prioridad en Salud Pública, y que se deba asegurar la notificación e investigación de todas las sospechas de estos procesos y en todos los casos deba intentarse la confirmación diagnóstica mediante estudio anatomopatológico.

Las EETH son procesos poco frecuentes con desenlace fatal, que afectan básicamente a población por encima de los 65 años. Estas enfermedades se caracterizan por la vacuolización progresiva del tejido cerebral que adquiere al análisis microscópico aspecto de esponja. Según su etiología estas enfermedades se pueden clasificar en: esporádicas (ECJ típica y atípica), adquirida (ECJ-iatrógena, kuru, y variante ECJ) y hereditaria (ECJ-familiar, insomnio familiar letal y síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker).

En España, la vigilancia de las EETH se viene realizando desde 1995, cuando se crea el Registro Nacional, coordinado desde el Centro Nacional de Epidemiología, para recoger los casos comunicados por las distintas Comunidades Autónomas. El Registro incluye también casos identificados de forma retrospectiva desde el año 1993. Este Registro se regula en la Orden de 21 de Octubre de 1996 del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE nº 264 de 1 de Noviembre de 1996), modificada por la Orden de 18 de Julio de 2001 (BOE nº 190 de 9 de Agosto de 2001). La Orden Ministerial de 21 de Febrero de 2001 por la que se regula la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con las EETH, establece su declaración obligatoria.

En la Comunidad de Madrid, la Orden 150/2001 de 18 de Abril del Consejero de Sanidad (BOCM nº 104 de 3 de Mayo de 2001), establece las EETH como enfermedades de declaración obligatoria y crea el Registro Regional de Creutzfeldt-Jakob, vinculando a este Registro la vigilancia epidemiológica de las EETH en la Comunidad de Madrid (Anexo 1).

Los principales objetivos de la vigilancia epidemiológica de este grupo de enfermedades son:

- 1- Detectar la aparición de casos de variante de ECJ.
- 2- Conocer el perfil clínico-epidemiológico de estas enfermedades.
- 3- Monitorizar su incidencia y estudiar su distribución.
- 4- Identificar posibles factores de riesgo.
- 5- Detectar la aparición de casos iatrogénicos.
- 6- Establecer comparaciones epidemiológicas con otros países.

Los problemas de Salud Pública derivados de la aparición de esta enfermedad son muchos y variados, por un lado los vinculados a la seguridad alimentaria frente a los cuales las actuaciones fundamentales son: el mantenimiento de un control exhaustivo de la cabaña de ganado bovino, con objeto de detectar de manera precoz las reses enfermas por el denominado “mal de las vacas locas” y la exclusión de la cadena alimentaria de las mismas. Las pautas de intervención en este aspecto se contemplan en los programas de intervención frente a patologías prevalentes: Planes intersectoriales del Instituto de Salud Pública de la Comunidad

de Madrid, concretados básicamente en el Programa de Gestión Sanitaria de Mataderos. Por otro lado está la prevención en el medio asistencial de los riesgos relacionados con la transmisión de la infección a través de la sangre y derivados u otros tejidos o a través de instrumentos médicos o quirúrgicos.

OBJETIVOS

El objetivo de este informe es presentar la incidencia de las EETH desde 2000 a 2009, tanto a nivel global como según tipos, en los diferentes grupos de edad y según pruebas diagnósticas realizadas.

METODOLOGÍA

Las **EETH objeto de vigilancia** son: ECJ esporádica, ECJ iatrogénica, Enfermedad familiar por priones (ECJ familiar e Insomnio familiar letal) y la Variante de ECJ. Para el diagnóstico de estas enfermedades se utilizan los siguientes métodos diagnósticos:

- Clínica
- Electroencefalograma
- Proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo
- Estudio genético
- Estudio molecular
- Neuro-imagen (TAC)
- Biopsia cerebral o de amígdala
- Autopsia

Los **criterios diagnósticos** referidos particularmente a ECJ-esporádica son:

- **ECJ-e posible:** Paciente con demencia progresiva con dos de los siguientes síntomas: Mioclonias, déficit visual o cerebeloso, Síndrome piramidal o extrapiramidal, mutismo acinético y duración menor de dos años.
- **ECJ-e probable:** Con al menos una de las siguientes pruebas diagnósticas: Electroencefalograma característico, Proteína 14-3-3 positiva y duración menor de dos años.
- **ECJ-e confirmada:** Con confirmación neuropatológica y/o molecular

Ante una sospecha diagnóstica de enfermedad por priones deben de ser solicitadas al laboratorio de apoyo diagnóstico las siguientes pruebas complementarias:

- Determinación de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo
- Estudio genético (mutación PRNP, polimorfismo del codón 129)
- Estudio molecular (presencia y patrón de glicosilación de PrPsc)

Estas pruebas diagnósticas se pueden realizar en el siguiente centro diagnóstico de referencia:

- Unidad de Encefalopatías Espongiformes
Centro Nacional de Microbiología
Instituto de Salud Carlos III
Ctra. Majadahonda – Pozuelo Km. 2
28220 Majadahonda (Madrid)
Tfno. 915097072

Además, en la actualidad el estudio neuropatológico postmortem es el único método diagnóstico que permite establecer categóricamente el diagnóstico de la ECJ y de cualquier otra variedad de enfermedad por priones. Estos estudios se pueden realizar en:

- Laboratorio de Neuropatología
Fundación Hospital Alcorcón
C/ Budapest nº 1
28922 Alcorcón (Madrid)
Tfno. 916219859
Banco de tejidos (24 horas) Tfno: 608482664

En la Comunidad de Madrid la **gestión** a nivel regional del registro de Creutzfeldt-Jakob corresponde al Servicio de Epidemiología, como responsable de la vigilancia epidemiológica a nivel regional, en el ámbito territorial son los correspondientes Servicios de Salud Pública los responsables de la vigilancia epidemiológica a este nivel.

Las **fuentes de información** para la detección y la recogida de información sobre los casos son:

1. La notificación de los profesionales sanitarios, tanto del sector público como privado, que sospechen el diagnóstico, de acuerdo con los criterios de caso establecidos. La notificación debe de realizarse en el plazo de cuarenta y ocho horas del diagnóstico de sospecha, en el cuestionario establecido a tal efecto (Anexo 2).

2. Los Centros diagnósticos de referencia:

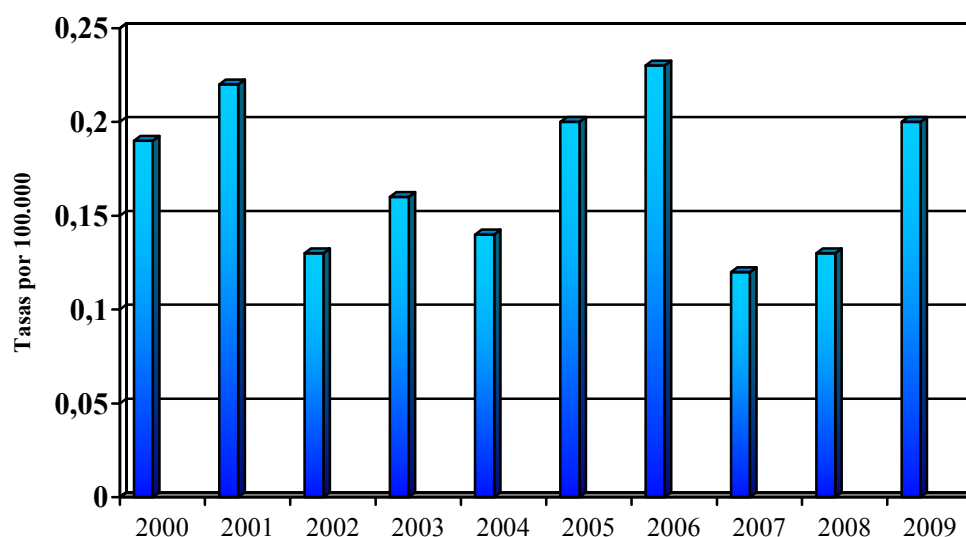
- Unidad de Encefalopatías Espongiformes del Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III
- Laboratorio de Neuropatología de la Fundación Hospital Alcorcón.

RESULTADOS

SITUACIÓN DE LOS CASOS DE EETH EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2000 – 2009.

Desde el año 2000 hasta el 2009 se han notificado 100 casos de EETH que suponen una incidencia anual media de 0,17 casos por 100.000 habitantes (DT 0,04), la mayor incidencia se registra en el año 2006 (0,23 casos por 100.000) y la menor en 2007 (0,12 casos por 100.000) (Gráfico 1). La media de casos por año ha sido de 10 (DT 2,5), el año 2006 fue el de mayor incidencia con 14 casos, seguido por el año 2009 con 13 y los años 2001 y 2005 con 12 casos cada uno (Tabla 1).

Gráfico 1.- Tasa de incidencia de EETH, Comunidad de Madrid 2000-2009

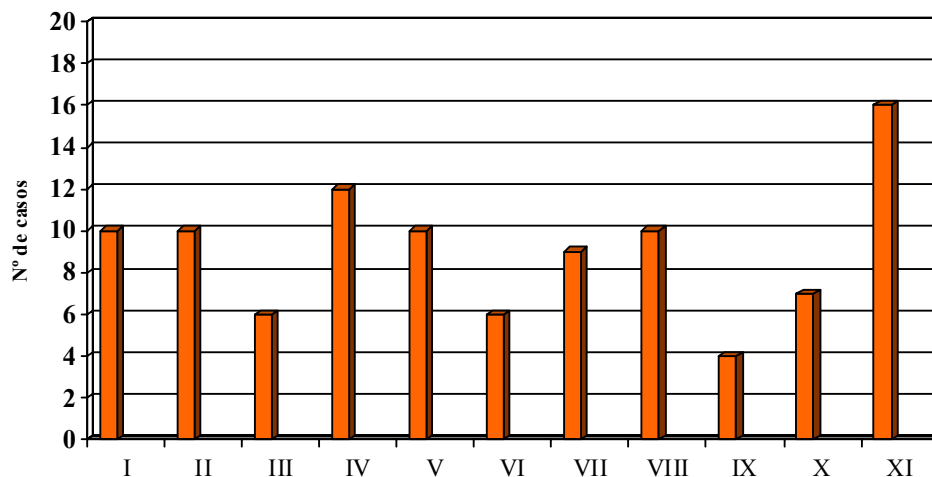


En cuanto a la distribución por Área sanitaria de residencia, destaca el área 11 con el 16% de los casos, el área 9 es la que menos casos registra con sólo el 4% (Tabla 1 y Gráfico 2).

Tabla 1. Casos notificados de EETH por año de diagnóstico y Área sanitaria

Área	Año de diagnóstico										Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
1	2	2	1	1	1	2	0	0	0	1	10 (10%)
2	0	2	1	2	0	1	2	1	0	1	10 (10%)
3	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	6 (6%)
4	3	0	0	2	0	1	3	0	1	2	12 (12%)
5	0	2	1	1	2	1	2	1	0	0	10 (10%)
6	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	6 (6%)
7	0	1	1	1	0	2	1	1	2	0	9 (9%)
8	1	2	0	0	1	3	1	0	1	1	10 (10%)
9	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	4 (4%)
10	0	2	0	0	2	0	0	0	0	3	7 (7%)
11	3	1	1	1	2	1	3	2	2	0	16 (16%)
Total	10	12	7	9	8	12	14	7	8	13	100 (100%)

Gráfico 2.- Número de casos acumulados de EETH por área sanitaria, Comunidad de Madrid 2000-2009

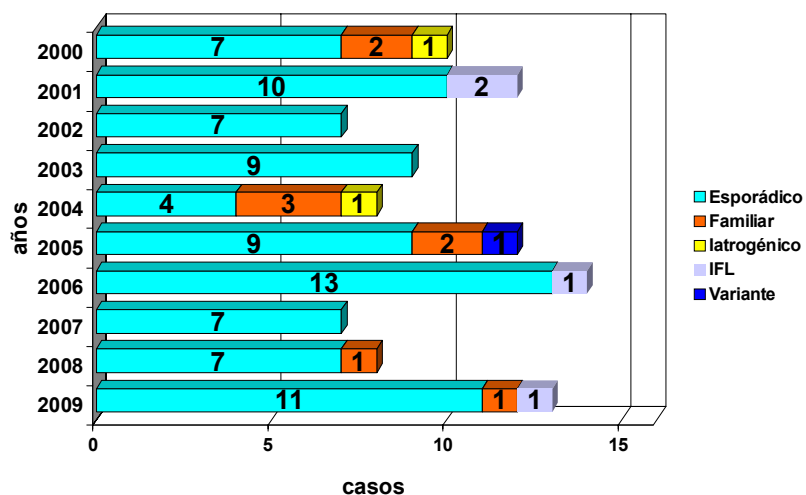


La clasificación de los casos según diagnóstico clínico y año de diagnóstico se presenta en la Tabla 2 y en el Gráfico3.

Tabla 2. Clasificación clínico-epidemiológica de EETH por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid (2000-2009)

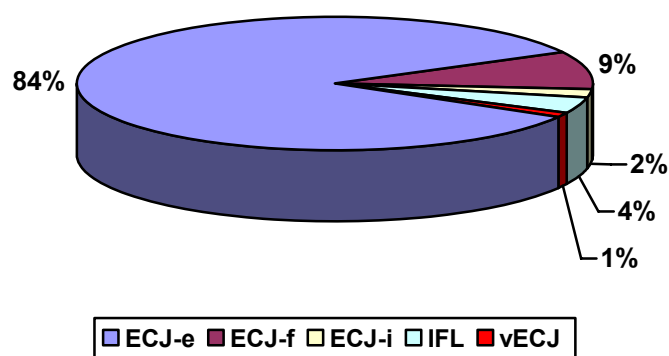
Año	ECJ-e	v-ECJ	ECJ-f	ECJ-y	IFL	Total EETH
2000	7		2	1		10
2001	10				2	12
2002	7					7
2003	9					9
2004	4		3	1		8
2005	9	1	2			12
2006	13				1	14
2007	7					7
2008	7		1			8
2009	11		1		1	13
Total	84	1	9	2	4	100

Gráfico 3.- Distribución de los casos de las EETH y Subtipos de ECJ por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2000-2009



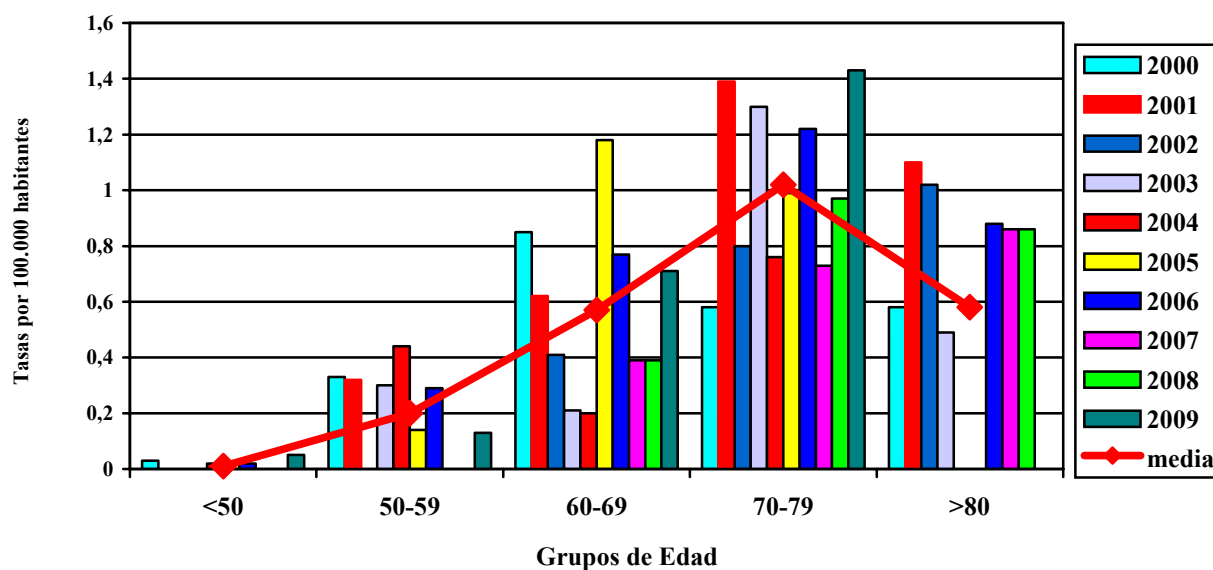
El 84% son casos de ECJ esporádico, el 9% son ECJ familiar, el 4% son casos de Insomnio Familiar Letal (IFL), el 2% son ECJ iatrogénicos y un 1% pertenece a la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ) (Gráfico4).

Gráfico 4.- Clasificación clínico epidemiológica de las EETH. Comunidad de Madrid 2000-2009



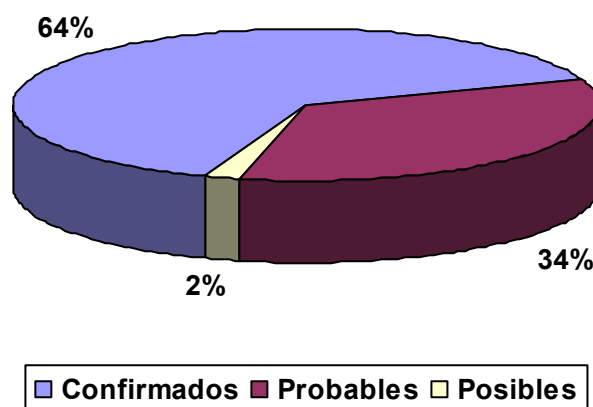
Se ha detectado un ligero predominio femenino con un 51,5% de los casos en mujeres. En cuanto a la edad, sólo se han detectado 6 casos menores de 50 años y la mayoría de los casos se agrupan entre los 60 y los 80 años (71%). Al analizar la incidencia por grupos de edad y año de diagnóstico, vemos que hay diferencias. La incidencia media por grupos de edad se ve superada en el grupo de 50 a 59 en los años 2000, 2001 y 2004. En el grupo de 60 a 69 en los años 2000, 2001 y 2005. En el grupo de 70 a 79 en los años 2001, 2002, 2003, 2006 y 2009. Y en los mayores de 80 años en 2001, 2002, 2006, 2007 y 2008 (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasas de incidencia anual y media anual por grupos de edad de las EETH en la Comunidad de Madrid 2000-2009



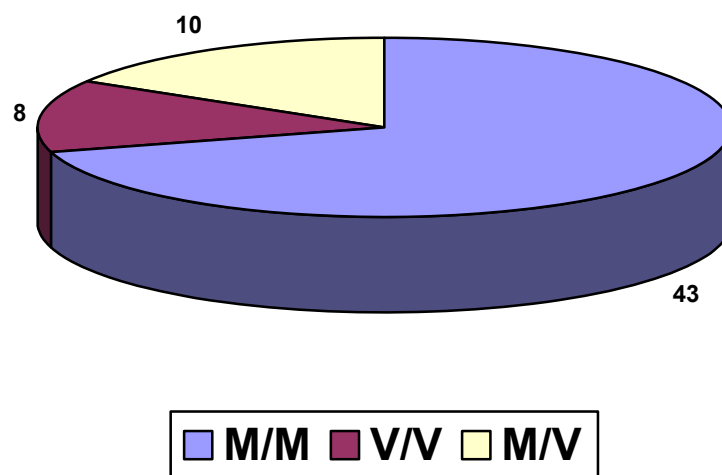
Referente a la clasificación diagnóstica de los casos, el 64% (64 casos) han sido confirmados, el 34% (34 casos) se han clasificado como probables y un 2% (2 casos) se han quedado como posibles (Gráfico 6).

Gráfico 6.- Clasificación diagnóstica de las EETH. Comunidad de Madrid 2000-2009



Respecto a las pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico diferencial de las EETH, el 64% de los casos se han confirmado por anatomía patológica, la determinación de la Proteína 14.3.3 se ha efectuado en el 94% de los casos y han sido positivas el 87% de las realizadas. En el 91% se ha practicado Resonancia Magnética y se ha realizado estudio genético en el 62% de los casos, al analizar los resultados de este estudio en el periodo indicado, el 82% son homocigóticos en el codón 129, de ellos un 84% son metionina/metionina, un 16% valina/valina. Un 18% son heterocigóticos metionina/valina (Gráfico 7).

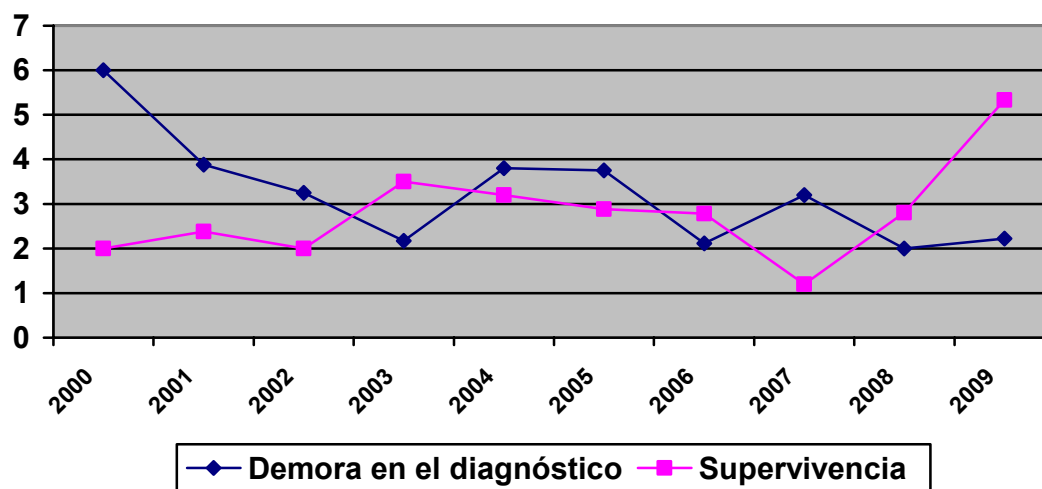
Gráfico 7.- Estudio genético. Polimorfismo del codón 129. Comunidad de Madrid 2000 a 2009



Se ha calculado la supervivencia media de los casos confirmados, mediante la estimación del número de meses transcurridos desde la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de fallecimiento sobre los casos confirmados, la supervivencia media ha sido de 2,94 meses, con una supervivencia mínima de 0 meses y máxima de 15 meses y una desviación típica de 3,72 (Gráfico 8).

Respecto a la demora en el diagnóstico de los casos confirmados, se ha estimado mediante el cálculo de número de meses transcurridos, desde la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de diagnóstico, sobre 64 casos confirmados, la demora media ha sido de 3,14 meses, con una demora mínima de 0 meses y máxima de 18 meses y una desviación típica de 3,40 (Gráfico 8).

Gráfico 8.- Supervivencia y demora en el diagnóstico medias, expresada en meses, desde el inicio de síntomas en los casos confirmados. Comunidad de Madrid 2000 a 2009.



SITUACIÓN DE LOS CASOS DE ECJ ESPORÁDICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2000 – 2009.

El grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH es el correspondiente a ECJ-esporádica que supone el 84% de todas las EETH declaradas en este periodo (2000 a 2009).

La tabla 3 muestra la incidencia de ECJ-esporádica por año de diagnóstico.

Tabla 3.
Casos y Tasas por 100.000 habitantes de ECJ-e,
por año de diagnóstico

Año	Casos ECJ-e	Tasa por 100.000
2000	7	0.13
2001	10	0.19
2002	7	0.13
2003	9	0.16
2004	4	0.07
2005	9	0.15
2006	13	0.22
2007	7	0.12
2008	7	0.11
2009	11	0.17
Total	84	

En cuanto a la distribución por grupos de edad de la ECJ esporádica, el 85,7% de los casos se dan en mayores de 60 años y un 72,6% de los casos tenían una edad entre los 60 y los 80 años (Tabla 4), por género, no hay diferencias, se reparten al 50%.

Tabla 4.
Casos de ECJ-e, por grupos de edad (2000-2009)

Grupo de Edad	Casos ECJ-e	%
< 50	2	2,4
50 a 59	10	11,9
60 a 69	24	28,6
70 a 79	37	44,0
> 80	11	13,1

El 66,6% de los casos (56) son confirmados atendiendo a los criterios diagnósticos de clasificación, el 31% (26 casos) están clasificados como probables y el 2,4% (2 casos) se quedan como posibles.

El número de pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico diferencial de la ECJ esporádica, por año de realización se expresa en la Tabla 5. En el periodo analizado, el 69% de los casos se han confirmado por anatomía patológica, la determinación de la Proteína 14.3.3 se ha realizado en el 94% de los casos, la Resonancia Magnética en el 90,5% y el Electro-encefalograma se ha practicado en el 98% de los casos.

Tabla 5. Número de casos de ECJ-e y porcentaje de realización de estudios específicos por año de diagnóstico (2000–2009)

Áño	14.3.3 n (%)	R.M. n (%)	Genética n (%)	E.E.G. n (%)	A.P. n (%)
2000	7 (100)	6 (86)	5 (71)	7 (100)	3 (43)
2001	9 (90)	9 (90)	7 (70)	10 (100)	4 (40)
2002	7 (100)	6 (86)	5 (71)	7 (100)	4 (57)
2003	7 (78)	8 (89)	4 (44)	8 (89)	6 (67)
2004	3 (75)	3 (75)	1 (25)	4 (100)	2 (50)
2005	9 (100)	8 (89)	8 (89)	9 (100)	8 (89)
2006	13 (100)	12 (92)	7 (54)	13 (100)	10 (77)
2007	7 (100)	7 (100)	4 (57)	7 (100)	5 (71)
2008	5 (71)	6 (86)	1 (14)	7 (100)	6 (86)
2009	11 (100)	11 (100)	4 (36)	11 (100)	10 (91)
Total	79 (94)	76 (90)	46 (56)	82 (98)	58 (69)

PRIMER CASO DE VARIANTE DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En 2005 se detectó en la Comunidad de Madrid el primer caso de variante-ECJ en España. El caso era una mujer de 26 años que inicio los síntomas clínicos del proceso en julio de 2004, para el diagnóstico se contó con los resultados de la detección de proteína 14-3-3 en LCR, del estudio genético, del electroencefalograma y de la resonancia magnética. La paciente falleció en julio de 2005.

Inicialmente y en base al cuestionario cumplimentado por el médico notificador el caso se había clasificado como ECJ Esporádica Probable, y los resultados completos del estudio neuropatológico postmortem permitieron confirmar que se trata de un caso de ECJ compatible con variante ECJ.

Considerando el período de incubación y la fecha de aparición de los síntomas, se considera como más probable, que la exposición tuviera lugar entre noviembre de 1994 y noviembre de 1999. Según los datos recogidos, no tenía antecedentes familiares de ECJ, ni factores de riesgo iatrogénicos (implante biológico de duramadre u otro tipo de implante), ni había recibido transfusiones de sangre y/o hemoderivados, ni realizado viajes al extranjero.

Respecto a su actividad laboral la paciente había trabajado en un restaurante y en varios laboratorios de análisis clínicos y de investigación como técnico de laboratorio. Según los datos recogidos no se ha podido determinar que existiera una exposición laboral de riesgo.

CONCLUSIONES

- La incidencia de ECJ-e se encuentra estabilizada en los últimos años.
- En general, en los últimos años los casos detectados se han diagnosticado según los estándares recomendados, si bien se debería mejorar la utilización de los estudios de anatomía patológica post-mortem.
- El patrón de presentación de los casos ha sido el habitual para estos procesos.
- El grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH es el correspondiente a ECJ-esporádica que supone el 84% de las EETH declaradas en este periodo, también en el año 2005 se declaró el primer y hasta ahora único caso de variante de ECJ en nuestra Comunidad.
- La vigilancia epidemiológica de este grupo de enfermedades ha funcionado de forma adecuada en el periodo analizado.

ANEXO 1

1525 *ORDEN 150/2001, de 18 de abril, del Consejero de Sanidad, por la que se regula la vigilancia epidemiológica de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid.*

Aunque la vigilancia epidemiológica de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH), fundamentalmente la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ), ya se viene realizando desde años en la Comunidad de Madrid, ahora se hace necesaria su regulación específica, tanto para elevar los niveles de eficacia en la vigilancia de estas enfermedades, como para reforzar la coordinación de las acciones entre los ámbitos regional y estatal, y en especial dar respuesta a lo dispuesto en la Orden de 21 de febrero de 2001 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el cual fue creada la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, contempla en su artículo 2 el desarrollo de aquellos sistemas de vigilancia epidemiológica que fuesen necesarios para la prevención y/o control de nuevas enfermedades y/o problemas emergentes de salud. Asimismo, la Orden 9/1997, de 15 de enero, desarrolla el citado decreto en materia de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Ahora procede, por una parte, modificando lo dispuesto en el artículo 1 de la Orden 9/1997, de 15 de enero, a efectos de introducirlas en el elenco establecido en el citado precepto, establecer las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) como Enfermedades de Declaración Obligatoria; y por otra, crear el Registro de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob de la Comunidad de Madrid, al amparo de lo dispuesto en el artículo 2, en relación con la Disposición Final Primera del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

En consecuencia y en uso de las facultades atribuidas en la Disposición Final Primera del citado Decreto 184/1996, y en el artículo 41.d) de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid,

DISPONGO**Artículo 1**

Se establecen como enfermedades de declaración obligatoria las siguientes encefalopatías espongiformes transmisibles en humanos (EETH): Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ), la Variante de la Enfermedad, el Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker y el Insomnio Familiar Fatal.

Artículo 2

Se crea el Registro Regional de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, en adelante Registro de Creutzfeldt-Jacob, que será el instrumento a través del cual se organice y coordine la vigilancia epidemiológica de los casos de encefalopatías espongiformes transmisibles en humanos, en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Artículo 3

Los médicos en ejercicio de la Comunidad de Madrid, tanto del sector público como privado, vienen obligados a notificar al Registro los casos con diagnóstico de sospecha de

encefalopatía espongiforme transmisible en humanos, en el cuestionario oficial de la Comunidad de Madrid y en un plazo de cuarenta y ocho horas.

Artículo 4

El Registro de Creutzfeldt-Jacob dependerá orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Artículo 5

El Registro de Creutzfeldt-Jacob será gestionado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, en el marco de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo 6

1. El tratamiento de los datos del "Registro de Creutzfeldt-Jacob", previa su notificación en los impresos oficiales de la Comunidad de Madrid, se realizará en el fichero SNEDO con el número de registro 1973170387 en la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid y el código 1991030023 en la Agencia de Protección de Datos Estatal.

2. La Dirección General de Salud Pública velará por el estricto cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad de los datos obrantes en el fichero "Registro de Creutzfeldt-Jacob", según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 13/1995, de 21 de abril, de Regulación del Uso de la Informática en el Tratamiento de Datos Personales por la Comunidad de Madrid, modificada mediante Ley 13/1997, de 16 de junio, el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal y la Ley 12/1995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Artículo 7

El incumplimiento de lo establecido en esta Orden constituirá infracción de carácter sanitario y dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 32 al 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta al Director General de Salud Pública para dictar cuantas resoluciones resulten necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la presente Orden.

Segunda

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Dada en Madrid, a 18 de abril de 2001.

D.- DATOS GENÉTICOS

(21) ¿Se ha identificado al menos 1 caso de ECJ definitivo o probable en familiar consanguíneo de **primer grado**? No Si No consta

E(22) Mutación PRNP específica de enfermedad

No Si Resultado pendiente Test no realizado

E(23) Descripción de la mutación PRNP _____

E(24) Polimorfismo del codón 129

MM MV VV
 Resultado pendiente Test no realizado

E.- ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) (ver guía, sección E)

E(25) ¿EEG Típico? Si No No realizado No consta

E(26) Datos disponibles para la clasificación del EEG:

Informe Hospital de origen EEG visto por el personal de vigilancia EEG no realizado

E(27) Criterios de interpretación de EEG:

Criterios OMS Otros criterios EEG no revisado EEG no realizado No consta

F.- LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

(28) LCR Normal (Células, proteínas, glucosa) Si No No realizado No consta

E(29) ¿Hay proteína 14-3-3 en LCR? Si No No realizado No consta

Resultado dudoso Técnicamente ininterpretable

Resultado pendiente

G.- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

E(30) Hallazgos en RM: RM normal RM patológica RM no realizada

E(31) Informe de RM a cargo de: Hospital de origen Personal de vigilancia No consta

E(32) Anomalías inespecíficas en RM: Si No No consta

E(33) Atrofia en RM: Si No No consta

E(34) Hiperseñal en caudado y putamen en RM: Si No No consta

E(35) Hiperseñal en tálamo posterior mayor que en otras áreas en RM:

Si No No consta

Si afirmativo, especifique si clara hiperseñal bilateral en pulvinares Si No

H.- TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

(36) TAC normal TAC patológica TAC no realizada No consta

Si la TAC es patológica, especifique: _____

I.- DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS

(37) Biopsia Amigdalas: Si Realizada: Inmunohistoquímica Positiva Negativa
 Western Blot para PrP Positivo Negativo
 No Realizada
 No consta

(38) Biopsia Cerebral Si Realizada: Técnicas convencionales Positiva Negativa
 Inmunohistoquímica Positiva Negativa
 Western Blot para PrP Positivo Negativo
 No realizada
 No consta

(39) Estudio Postmortem Si realizado Limitado a cavidad craneal Extendido
 No Realizado
 No consta

Principales zonas anatómicas de afectación (gliosis, pérdida neuronal, espongirosis) según informe:
 Especificar _____

Confirmación Inmunohistoquímica: Positiva Negativa No consta
 Confirmación Western blot para PrP: Positiva Negativa No consta

Si es positiva especifíquese patrón de glicofomas:

Tipo1 Tipo 2 Tipo 3 Tipo 4 Otro_____

J.- FALLECIMIENTO Y OTROS ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

E(40) ¿Ha fallecido? Si Fecha de muerte: ____/____/____ Fecha Desconocida:
 día mes año
 No
 No consta

E(41) ¿Ha sido visitado el enfermo en vida por el coordinador clínico de la CA o por personal de vigilancia?
 Si
 No
 No consta

(42) ¿Pendiente de algunos resultados para la clasificación diagnóstica definitiva? Si No

K.- CLASIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO (ver guía, sección K.)

E(43) Clasificación clínico-etiológica: ECJ Esporádica ECJ Familiar
 ECJ Yatrogénica Variante ECJ
 SGS IFL
 No consta

E(44) Durante el seguimiento, ¿se excluyen los anteriores diagnósticos?
 Si Especificar el nuevo: _____
 No

E(45) Clasificación de probabilidad según criterios diagnósticos para ECJ

Confirmada Probable Posible
 No ECJ No consta

L- FACTORES DE RIESGO Y / O DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA**L1.- FACTORES DE RIESGO YATROGÉNICO:**

(46) Implante biológico de duramadre No Si No Consta Año: _____

(47) Otros implantes biológicos No Si No Consta Año: _____

Si afirmativo, especificar tipo _____

(48) Intervenciones o tratamientos con agujas. (Punción lumbar, EMG, Acupuntura, tatuajes, etc.

No Si No Consta Año: _____

Si afirmativo, especificar _____

(49) ¿Cuántas veces ha sido operado en los últimos diez años? _____

(50) Receptor de hormonas biológicas. No Si No Consta

Si afirmativo, especificar _____

Año de la primera administración _____

(51) ¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o hemoderivados? No Si No Consta ¿Cuántas?: _____

(Si afirmativo ver guía, sección L1 para ampliar información)

L2.- FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL:

(52) ¿Ha ejercido ocupación que implique exposición a pacientes o tejidos humanos?

No Si No Consta

En caso afirmativo: -Especifique código: _____ -Número de años expuesto _____

(1=Medicina, 2=Cirugía, 3=Anatomía patológica, 4=Odontología, 5=DUE/ATS, 6=Auxiliar de clínica hospitalaria, 7=Auxiliar de Atención Primaria, 8=Auxiliar de odontología, 9=Trabajador de ambulancia, 10=Fisioterapeuta, 11=Trabajador de laboratorio clínico, farmacéutico o de investigación, 12=Personal auxiliar (celador..), 13=Otro, Especifique)

Si otro, especifique _____

(53) Exposición ocupacional a animales o tejidos de animales

No Si No Consta

En caso afirmativo: -Especifique código: _____ -Número de años expuesto _____

(1=Ganadero, 2=Cazador, 3=Veterinario, 4=Taxidermista, 5=Criador de perros, 6=Matarife, 7=Procesador de carne o comida, 8=Carnicero, 9=Trabajador del cuero o animales de piel utilizable, 10=Otro, especifique)

Si otro, especifique _____

L3.- FACTORES DE RIESGO FAMILIAR:

(54) Antecedentes familiares de ECJ No Si No Consta Parentesco _____

(55) Antecedentes familiares de demencia No Si No Consta Parentesco _____

(56) Antecedentes familiares de Parkinson No Si No Consta Parentesco _____

L4.- OTROS FACTORES DE INTERÉS:

(57) ¿Ha sido donante de sangre? No Si No Consta Año/s: _____

Lugar/es donde ha donado _____

(Si afirmativo ver guía, sección L4 para ampliar información)

(58) ¿Ha sufrido algún traumatismo craneal con pérdida de conciencia en los últimos 10 años?

No Si No Consta

(59) ¿Ha sufrido alguna mordedura de animal en los últimos 10 años? No Si No Consta

(60) Exposición NO ocupacional a animales o tejidos animales

No Si No Consta

En caso afirmativo especifique : _____

Número de años expuesto: _____

(61) Estancia en Reino Unido acumulada mayor de 6 meses entre 1985 –1996 No Si No Consta

(62) Otros factores de riesgo que considere de interés (consumo de vísceras, ojos, sesos, etc.)

No Si No Consta

En caso afirmativo especifique _____

M.- COMENTARIOS ADICIONALES



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid Año 2010, semanas 22 a 25 (del 30 de mayo al 26 de junio de 2010)

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	0	4	1	1	0	3	0	5	0	2	0	4	1	3	0	1	0	0	2	5	0	5	4	33		
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2		
Meningitis bacterianas, otras	1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	0	1	0	1	3	4	2	6	0	0	2	3	9	20		
Meningitis víricas	1	8	0	1	6	9	2	4	2	7	0	7	2	6	6	27	2	10	4	12	6	19	31	110		
Enf. neumocócica invasora	4	34	4	18	0	9	5	22	2	21	1	17	3	21	2	23	4	19	2	8	5	27	32	221		
Hepatitis víricas																										
Hepatitis A	1	8	7	18	0	1	0	4	0	9	3	7	2	13	0	3	0	3	1	9	3	16	17	91		
Hepatitis B	0	4	2	4	0	2	1	4	0	8	0	4	1	5	0	4	1	2	0	5	0	6	5	48		
Hepatitis víricas, otras	0	3	0	6	0	2	0	1	0	1	3	1	0	3	1	4	0	1	0	1	0	6	4	33		
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	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	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	4
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Triquinosis	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	2
Enf transmisión respiratoria																										
Gripe	15	632	7	277	6	319	17	388	18	632	22	680	33	518	12	396	2	280	2	265	17	562	151	4949		
Legionelosis	3	5	1	5	0	1	1	5	0	2	2	4	0	0	0	4	1	5	1	3	1	2	10	37		
Varicela	126	674	73	340	92	403	40	259	86	448	79	525	53	263	41	297	79	573	64	493	167	703	900	4978		
Enf transmisión sexual																										
Infección Gonocócica	4	14	4	19	0	3	3	13	3	15	1	12	6	39	10	12	3	14	3	9	4	19	41	169		
Sífilis	6	17	1	20	1	6	8	25	8	30	1	22	8	117	2	10	2	19	4	10	11	68	53	345		
Antropozoonosis																										
Brucelosis	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	6		
Leishmaniasis	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	2	2	0	3	0	1	0	0	3	11		
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	0	0
Parotiditis	10	56	3	18	5	30	3	28	7	54	12	45	5	33	9	35	0	13	6	27	3	34	63	373		
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	0	0
Rubéola	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	0	1	3	0	0	0	0	1	1	5	8		
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	7	4	4	6	12	5	12	3	5	10	44	1	2	3	6	1	3	4	14	16	70	54	179		
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	0	0
Paludismo	0	5	0	3	0	2	0	0	0	4	0	1	0	2	1	3	0	12	0	3	0	1	1	36		
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	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	0	0
Tuberculosis *																										
TB respiratoria*	5	71	1	16	2	23	7	25	6	50	8	34	14	54	6	24	6	32	4	38	8	74	68	460		
TB, otras*	0	0	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 notifiad sist especiales																										
E.E.T. H.	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	3	7		
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.F.A. (<15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Poblaciones**	752.687		444.557		350.313		575.937		752.006		650.956		532.912		472.572		397.579		328.701		823.469		6.081.689			
Cobertura0de0Médicos																										

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2008 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 22 a 25 (del 30 de mayo al 26 de junio de 2010)

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

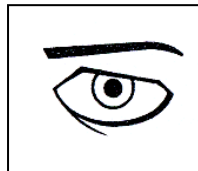
Brotes de origen alimentario. Año 2010. Semanas 22-25

Lugar de consumo	Año 2010						Año 2009		
	Semanas 22-25			Semanas 1-25			Semanas 1-25		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	1	4	2	8	657	19	7	636	26
Restaurantes, bares y similares	2	6	0	18	88	8	16	136	12
Residencias no geriátricas	0	0	0	1	60	4	4	119	0
Domicilios	5	25	0	10	52	6	11	44	7
Centros penitenciarios	1	30	0	1	30	0	0	0	0
Otros lugares	0	0	0	2	8	0	0	0	0
Centros sanitarios	0	0	0	0	0	0	1	5	0
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	2	89	1
Total	9	65	2	40	895	37	41	1029	46

Brotes de origen no alimentario. Año 2010. Semanas 22-25

Tipo de brote*	Año 2010						Año 2009		
	Semanas 22-25			Semanas 1-25			Semanas 1-25		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	0	0	0	23	760	4	14	454	2
Conjuntivitis vírica	0	0	0	2	55	0	3	208	0
Eritema infeccioso	0	0	0	2	25	0	1	5	0
Tos ferina	0	0	0	3	10	0	1	3	0
Hepatitis A	0	0	0	1	8	0	5	14	1
Enfermedad mano-pie-boca	0	0	0	1	6	0	0	0	0
Escarlatina	0	0	0	1	5	0	2	5	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Psitacosis	0	0	0	1	3	1	0	0	0
Sarampión	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Varicela	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Parotiditis	1	2	0	1	2	0	4	8	0
Total	1	2	0	38	885	5	30	697	3

*Aparecen sólo los procesos que se han presentado como brotes a lo largo del año en curso.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2010, semanas 22 a 25
(Del 30 de mayo al 26 de junio de 2010)

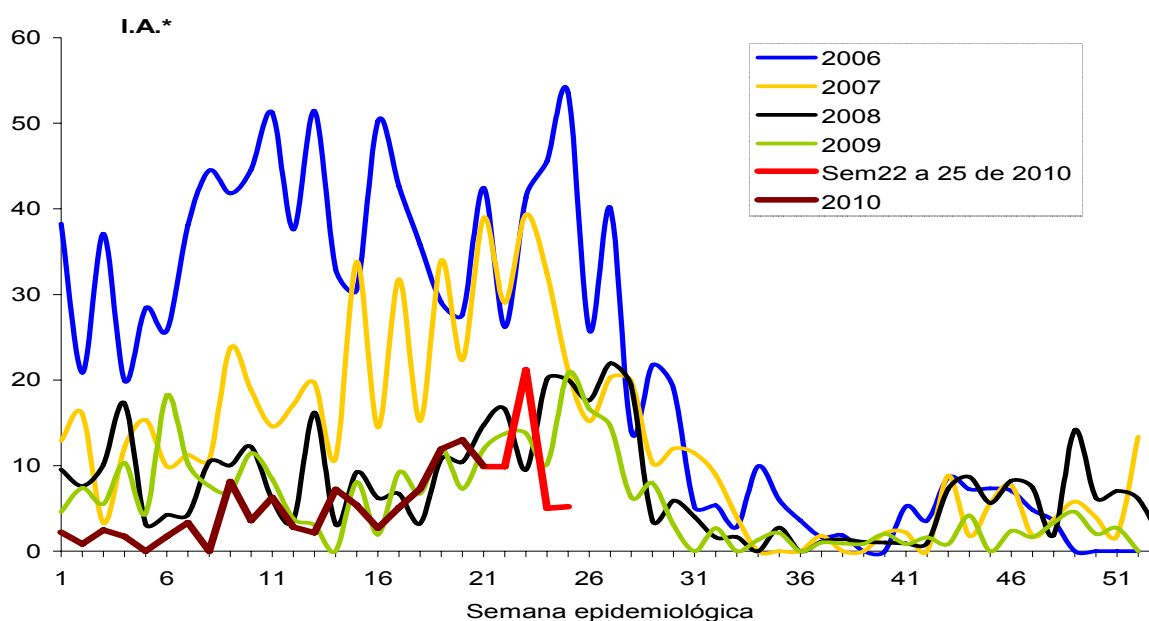
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 126 médicos de atención primaria que atienden a unas 180.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora informes mensuales con los principales resultados del sistema. Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en <http://www.madrid.org>

La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias acumuladas. La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 55,6% (n° de semanas en que se ha enviado notificación / n° de semanas teóricas x 100).

VARICELA

Durante las semanas 22 a 25 del año 2010 han sido declarados 39 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 43,1 casos por 100.000 personas (IC 95%: 29,6–56,6). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006-2009 y de la semana 1 a la 25 de 2010.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006-2009 y semana 1 a 25 de 2010.

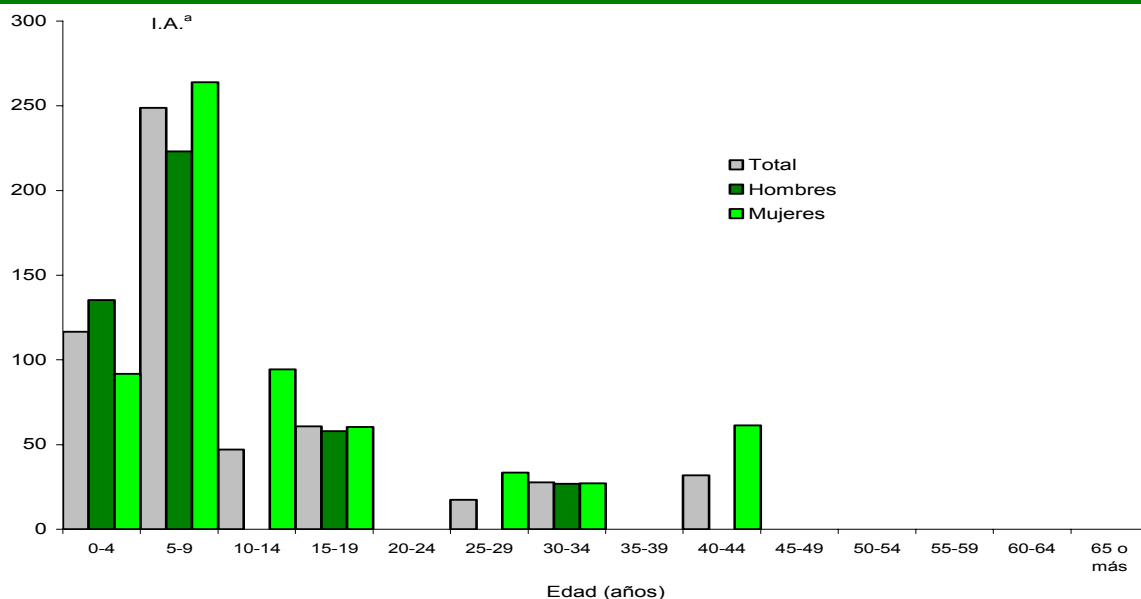


* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los 39 casos notificados, 17 casos se dieron en hombres (43,6%) y 22 en mujeres (56,4%). La edad se conoció en el 100% de los casos: 32 (82,1%) tenían menos de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En 1 caso (2,5%) se registró una sobreinfección bacteriana y otro caso una encefalitis. 2 casos requirieron derivación hospitalaria.

En 14 casos (35,0%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela y 11 casos (27,5%) se dieron en el contexto de un brote. En el resto se desconocía. El lugar de exposición declarado fue en 20 casos (50,0%) en el colegio o guardería y 4 (10,0%) en el hogar. Para el resto de casos, el lugar de exposición era otro o desconocido (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 25 de 2010



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

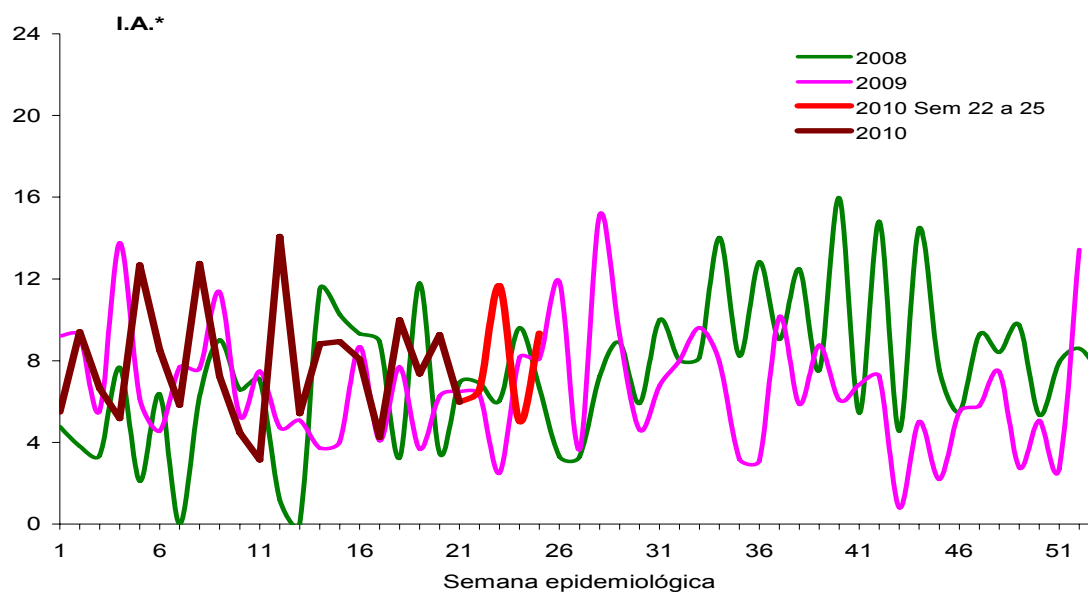
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 25 del año 2010.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	14	(35,9)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	11	(28,2)
Desconocido	14	(35,9)
Total	39	(100)
Lugar de exposición		
Colegio	20	(51,3)
Hogar	4	(10,2)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	15	(38,5)
Total	39	(100)

HERPES ZÓSTER

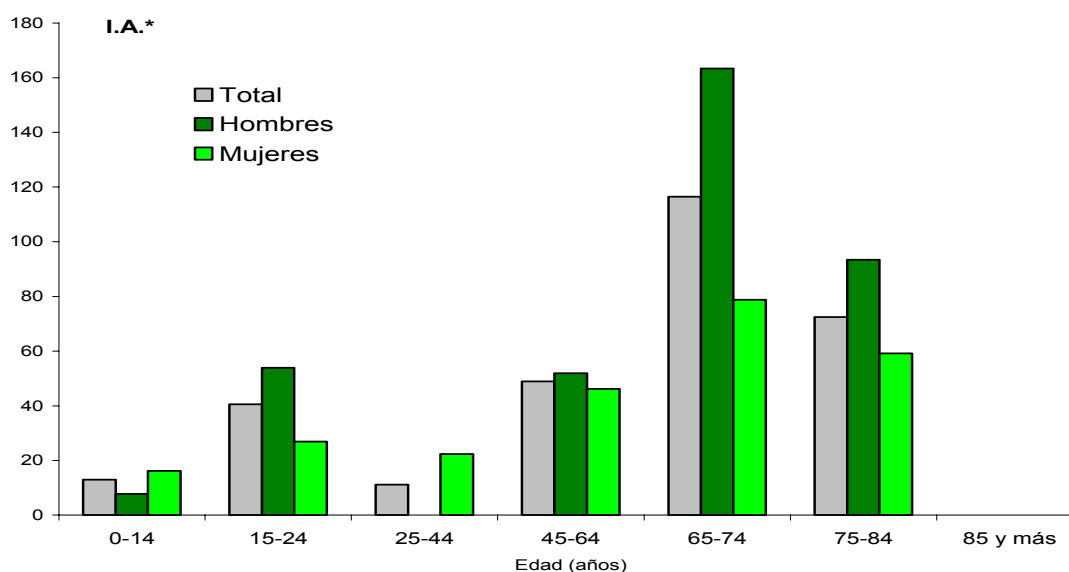
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 31 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2010, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 33,4 por 100.000 habitantes (IC 95%: 21,7–45,2). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008, 2009 y las semanas 1 a 25 de 2010. El 51,6% de los casos se dio en mujeres (16 casos) y el 48,4% en hombres (15 casos). La mediana de edad fue de 59 años con un mínimo de 2 y un máximo de 80 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2008, 2009 y semanas 22 a 25 de 2010.



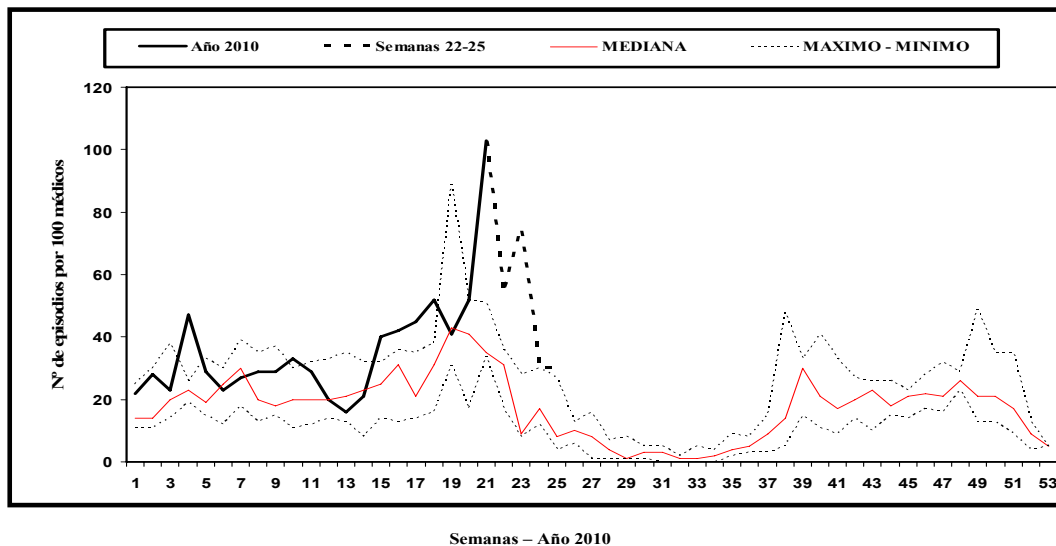
* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 25 de 2010



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2010
Red de Médicos Centinela

Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 25 de 2010.

	Semanas 22 a 25	Año 2010
Gripe*	-	2689
Varicela	39	146
Herpes zoster	31	214
Crisis asmáticas	189	887

^a Desde la semana 40 de 2009 hasta la 20 de 2010



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

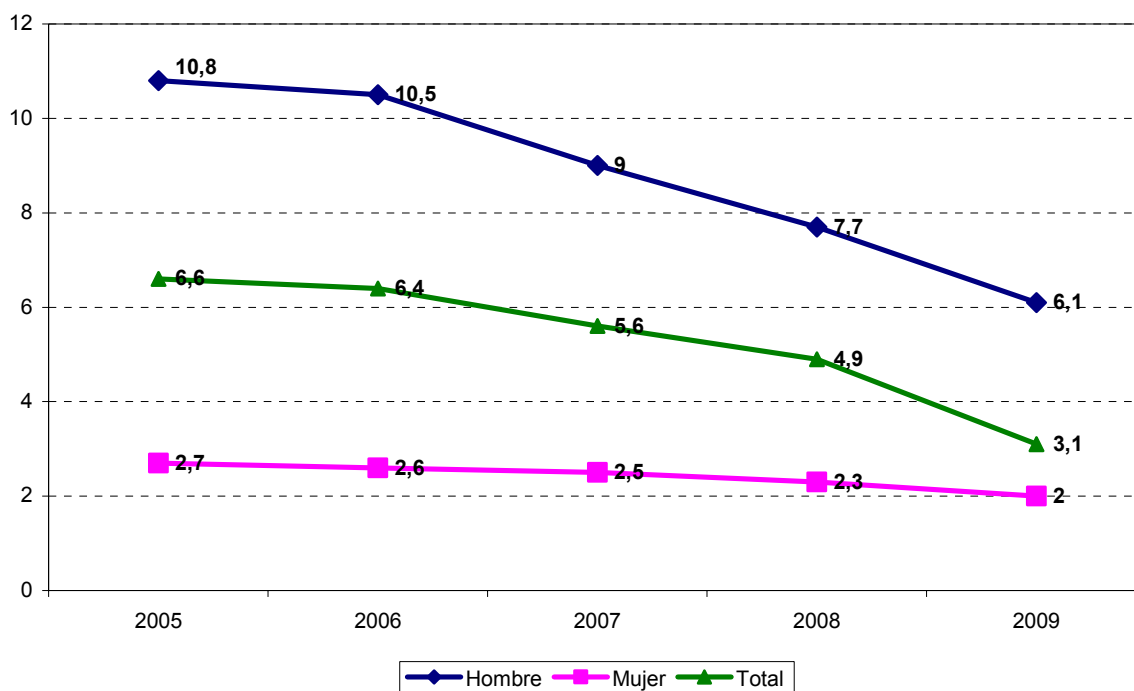
Situación del VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Casos de sida. Junio 2010.

Los datos presentados a continuación son los recogidos por el Servicio de Epidemiología de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid (CM) hasta el 31 de mayo de 2010. Los datos correspondientes al periodo 2009-2010 todavía no están consolidados.

Desde el año 2005 hasta el 31 de mayo de 2010 se han notificado 1709 casos de sida que tenían su residencia habitual en la CM, 78,1% son hombres y el 74,7% tenían entre 30 y 49 años de edad al diagnóstico. Las tasas de incidencia (gráfico 1) han disminuido de 6,6 casos por 100.000 habitantes en 2005 hasta 4,9 en 2008. Los datos correspondientes a 2009 no están consolidados al no haberse realizado aún el cruce con otras fuentes de información (CMBD, Mortalidad, Registro Regional de Tuberculosis).

Gráfico 1.

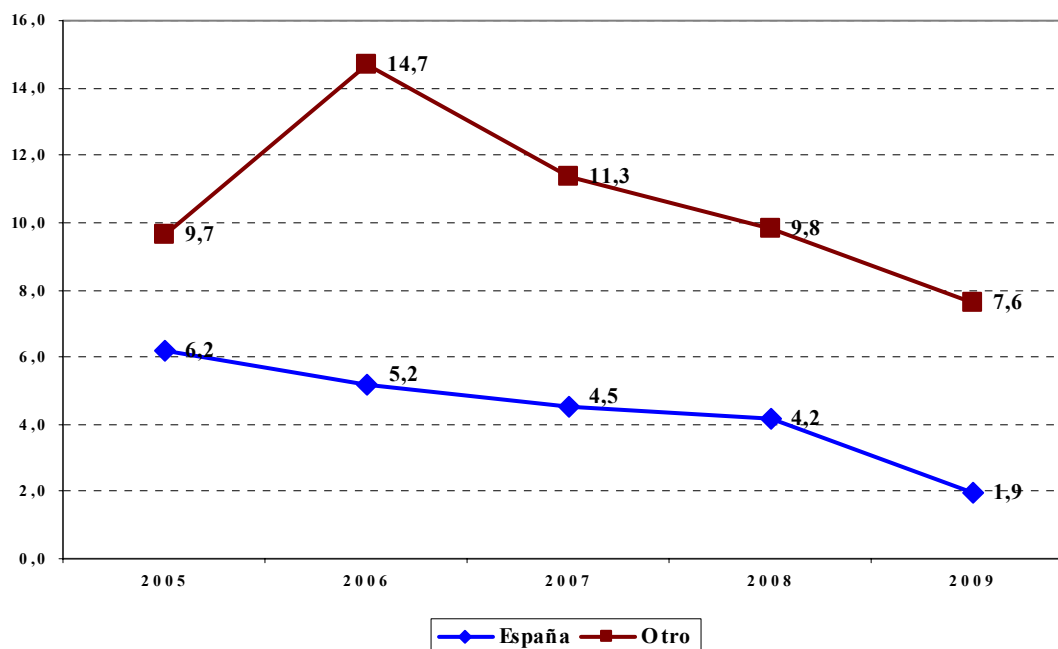
Incidencia de casos de sida según sexo y año de diagnóstico de sida. (Tasa x 100.000 hab.)



* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM

El 31,9% de los casos diagnosticados de sida no habían nacido en España. Este porcentaje ha ido en aumento de 25,3% en 2005 hasta 44% en 2009, en cambio el número de casos en inmigrantes se ha mantenido, por lo que el aumento de porcentaje se debe sobre todo al menor número de casos en autóctonos. Las tasas de incidencia (gráfico 2) en nacidos en España como fuera disminuyen progresivamente.

Gráfico 2.
Incidencia de casos de sida por país de nacimiento y año de diagnóstico.
(Tasa x 100.000 hab.)



* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

El mecanismo de transmisión principal en el total de casos de sida son las relaciones sexuales sin protección, pero se observan diferencias según sexo y país de origen (tabla 1). En hombres nacidos en España el principal mecanismo de transmisión es el uso de drogas inyectadas (UDI), un 53,2%, seguido por hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 26,7%, y relaciones heterosexuales sin protección (HTX), 10,9%. En cambio en hombres no originarios de España el mayor porcentaje de casos corresponde a HSH (40,8%) y HTX (31,1%). En mujeres autóctonas el 58,2% de los casos corresponden a UDI, sin embargo, el 89,6% de los casos en mujeres foráneas son por relaciones heterosexuales sin protección.

Tabla 1. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo.

	Hombres						Mujeres					
	España		Otro		Total		España		Otro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	493	53,2	42	10,4	535	40,4	138	58,2	4	2,8	142	37,2
HSH	247	26,7	164	40,8	411	31,0						
HTX	101	10,9	125	31,1	225	16,9	86	36,3	129	89,6	215	56,5
Sexual (s.e.)	5	0,5	2	0,5	7	0,5						
Otros	2	0,4	6	1,5	8	0,6	3	1,3	5	3,5	8	2,1
Desconocido/N.C.	78	8,3	63	15,7	141	10,6	10	4,2	6	4,1	16	4,2
Total	926	100,0	402	100,0	1328	100,0	237	100,0	144	100,0	381	100,0

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

La suscripción electrónica 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: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

Sanidad -> Portal de Salud -> Profesional -> Información técnica
-> Salud Pública -> Boletín Epidemiológico



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

