

Madrid

2003

Informe

**del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid**



Instituto de Salud Pública



Madrid

Informe **2003** Madrid
del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid

**Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
Consejería de Sanidad**

Director General

Enrique Gil López

Secretario Técnico

José María Vicent García

Coordinador de la Oficina de Desarrollo Organizativo

Angel Guirao García

Coordinador de Servicios Centrales

José Jover Ibarra

Coordinador Territorial I

José Javier Martínez Corral

Coordinador Territorial II

Jenaro Astray Mochales

Departamento de Epidemiología

Manuel Oñorbe de Torre

Servicio de Informes de Salud y Estudios

José Miguel Mata de la Torre

Coordinación General del Informe

José Miguel Mata de la Torre

Edición de textos y desarrollo gráfico

José García Rey

Pilar Antón López

Ernesto Guerra de Hoyos

Redacción de los Capítulos

1 Situación Demográfica y Socio-económica

Concepción Alventosa Navarro, Ana Brezmes Delgado, Rosa Plá Mestre, José Carlos Redondo García.

2 Mortalidad y Morbilidad en la Comunidad de Madrid

Dionisio Herrera Guibert, Consuelo Ibáñez Martí, Ana Robustillo Rodela.

3 Factores Determinantes

Emiliano Aranguéz Ruiz, Pedro Arias Bohigas, Antonio Avello de Miguel, Patricia Cervigon Morales, José Frutos García García, Iñaki Galán Labaca, Andrés Iriso Calle, Laura López Carrasco, Belén Zorrilla Torras.

4 Enfermedades Transmisibles

Rosa Ramírez Fernández, Isabel Abad Sanz, Juan Carlos Alberdi Odriozola, Consuelo Febrel Bordejé, Luis García Comas, Sonia García Gómez, Juan García Gutiérrez, Almudena García Nieto, Ángeles Gutiérrez Rodríguez, Concepción Izarra Pérez, Dulce López-Gay Lucio-Villegas, María Ordobás Gavin, Cristina Ruiz Sopeña.

5 Enfermedades No Transmisibles

Rosa Ramírez Fernández, José Luis Cantero Cuadrado, José Ignacio Cuadrado Gamana, Ana Gandarillas Grande, Iñaki Galán Labaca, Manuel Martínez Vidal, Marta Zimmermann Verdejo, Belén Zorrilla Torras.

Nota

La documentación que figura en este informe puede ser reproducida o copiada. El Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid ruega se mencione la cita sugerida.

Cita sugerida

Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2003. Consejería de Sanidad, Madrid 2003.

Madrid

2003

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid



Instituto de Salud Pública



Índice

Presentación	9
Introducción	13
Notas metodológicas	17
Conclusiones	21
1. Situación demográfica y socioeconómica	37
2. Mortalidad y morbilidad en la Comunidad de Madrid	53
2.1. Esperanza de vida al nacer	54
2.2. Mortalidad general y específica por causas.	54
2.2.1. Mortalidad general	54
2.2.2. Mortalidad por causas	56
2.3. Mortalidad infantil y sus componentes	57
2.4. Morbilidad hospitalaria	59
3. Factores determinantes	63
3.1. Actividad física	64
3.1.1. Frecuencia y grupos de riesgo	64
3.1.2. Distribución geográfica	66
3.1.3. Tendencias	67
3.2. Hábitos dietéticos y nutrición	68
3.2.1. Frecuencia y grupos de riesgo	69
3.2.2. Distribución geográfica	70
3.2.3. Tendencias	71
3.2.4. Sobrepeso y obesidad	72
3.3. Consumo de tabaco	77
3.3.1. Frecuencia y grupos de riesgo	78
3.3.2. Distribución geográfica	79
3.3.3. Tendencias	79
3.4. Consumo de alcohol	82
3.4.1. Frecuencia y grupos de riesgo	83
3.4.2. Distribución geográfica	86
3.4.3. Tendencias	87
3.5. Factores ambientales	89
3.5.1. Contaminación atmosférica de tipo químico	89
3.5.2. Contaminación atmosférica de tipo biológico: polen atmosférico.	96
3.5.3. Calidad de las aguas	99
3.5.4. Percepción de riesgos ambientales por la población	101
4. Enfermedades transmisibles	103
4.1. Introducción	104
4.2. Enfermedades incluidas en el calendario de vacunaciones	105
4.2.1. Difteria	105
4.2.2. Tétanos	106

4.2.3.	Tos ferina	108
4.2.4.	Poliomielitis	109
4.2.5.	Sarampión	112
4.2.6.	Rubéola	115
4.2.7.	Parotiditis	117
4.2.8.	Hepatitis B	120
4.2.9.	Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae	124
4.3.	Tuberculosis	126
4.4.	Sida e infección por VIH	130
4.4.1.	Comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH en usuarios de drogas (2001)	136
4.4.2.	Comportamientos sexuales en hombres que tienen relaciones con hombres (1999)	137
4.5.	Infecciones que causan meningitis	137
4.5.1.	Enfermedad meningocócica	137
4.5.2.	Otras meningitis bacterianas	141
4.5.3.	Meningitis vírica	144
4.6.	Enfermedad invasora por neumococo	145
4.7.	Enfermedades de transmisión respiratoria	150
4.7.1.	Gripe	150
4.7.2.	Legionelosis	151
4.7.3.	Varicela y Herpes- zoster	154
4.8.	Enfermedades de transmisión sexual	159
4.8.1.	Infección gonocócica	159
4.8.2.	Sífilis	160
4.9.	Zoonosis	162
4.9.1.	Brucelosis	162
4.9.2.	Leishmaniasis	163
4.10.	Paludismo	165
4.11.	Infecciones relacionadas con enfermedades crónicas	167
4.11.1.	Hepatitis C	167
4.11.2.	Helicobacter pylori	168
4.12.	Enfermedades exantemáticas de la infancia	169
4.13.	Enfermedades de transmisión clásica a través de agua y alimentos	170
4.13.1.	Hepatitis A	170
4.13.2.	Disentería	172
4.13.3.	Fiebre tifoidea y paratifoidea	173
4.14.	Otras enfermedades transmisibles	175
4.14.1.	Encefalopatías espongiiformes transmisibles en humanos	175
4.14.2.	Lepra	177
4.14.3.	Citomegalovirus	178
4.15.	Brotos epidémicos	178
4.15.1.	Introducción y metodología	178
4.15.2.	Brotos de origen alimentario	179
4.15.3.	Brotos de origen no alimentario	183
4.15.4.	Botulismo	185

5. Enfermedades no transmisibles	187
5.1. Enfermedades del aparato circulatorio	188
5.1.1. Mortalidad	188
5.1.2. Morbilidad	192
5.1.3. Factores de riesgo	196
5.2. Tumores malignos	199
5.2.1. Mortalidad	199
5.2.2. Morbilidad	203
5.2.3. Factores de riesgo	207
5.3. Accidentes y causas externas	208
5.3.1. Causas externas	208
5.3.2. Accidentes de tráfico	212
5.4. Enfermedades respiratorias	216
5.4.1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	216
5.4.2. Asma	219
5.5. Patologías relacionadas con la actividad laboral	223
5.5.1. Accidentes de trabajo	223
5.5.2. Enfermedades profesionales	227
5.6. Cirrosis hepática	230
5.6.1. Mortalidad	230
5.6.2. Morbilidad	232
5.7. Diabetes mellitus	233
5.7.1. Mortalidad	233
5.7.2. Morbilidad	234
5.8. Trastornos del comportamiento alimentario	236
5.8.1. Prevalencia de conductas de riesgo	236
5.8.2. Prevalencia de población con riesgo	237
5.8.3. Factores asociados	238
5.8.4. Prevalencia de casos clínicos	238

Constituye para mí una enorme satisfacción presentar el primero de una serie de informes que, con periodicidad anual, nos van a permitir conocer de forma pormenorizada el estado de salud de los ciudadanos de nuestra Comunidad.

*Este documento, que tiene un carácter pionero en nuestra región y que por tanto, con toda seguridad, está destinado a perfeccionarse en las sucesivas ediciones, es resultado de las previsiones contenidas en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), que en su artículo 55.2 establece como una de las funciones en materia de Salud Pública la realización del **Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid.***

En este sentido, hay que señalar que una de las características más destacables de la LOSCAM es la importancia que se otorga al área de Salud Pública, a la que se reconoce un enorme potencial para contribuir a garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, y por este motivo, la Ley integra por primera vez esa función dentro del sistema sanitario.

No se debe olvidar, además, que desde el 1 de enero de 2002 la Consejería de Sanidad es la única institución con competencias para la prestación de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad de Madrid, y que tiene la responsabilidad de dar una respuesta rápida y eficaz a las necesidades de salud de la población.

*Esta es la principal finalidad del **Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid**, que se inscribe dentro de las estrategias marcadas por la Organización Mundial de la Salud y que, con toda seguridad, está llamado a ser un instrumento imprescindible para mejorar la capacidad de respuesta de nuestro sistema sanitario, ya que permitirá una planificación más ajustada de nuestras actuaciones, tanto en la asignación de nuevos recursos asistenciales como en lo referente a las materias de Salud Pública, al poner de manifiesto las necesidades de nuestra región en materia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.*

Por estos motivos creo que el documento que tiene en sus manos reviste una importancia excepcional, auténticamente estratégica, de cuya continuidad y mejora progresiva dependerá, en buena medida, nuestro éxito para conseguir un mejor estado de salud para todos los madrileños.

Alfredo Macho Fernández

Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid

La publicación de Informes sobre el Estado de Salud de las Poblaciones constituye una práctica consolidada en el ámbito internacional para exponer, en términos comprensivos, los principales problemas de salud y sus determinantes, de manera que permita a las administraciones públicas el establecimiento de objetivos susceptibles de incidir sobre la salud de sus poblaciones.

El Programa “Salud para Todos en el Siglo XXI” de la Organización Mundial de la Salud, aconseja también la puesta al día de los informes sobre la situación de salud y sus determinantes, proponiendo indicadores que midan posteriormente el grado de ejecución de los 21 objetivos establecidos en el Programa.

Por otra parte, la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) establece que “El informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid” deberá realizarse anualmente.

En este contexto, el Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha elaborado este primer informe, en el que se pretende hacer una descripción detallada, aunque no exhaustiva, de nuestra realidad de salud que permita detectar las necesidades y áreas susceptibles de mejora, identificando algunas de las desigualdades que existen en materia de salud entre los habitantes de nuestra Comunidad.

Este primer Informe, constituye un punto de partida en la gestión de la salud pública ya que, en cumplimiento del mandato legislativo, debe servir a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para definir los objetivos de salud pública que orienten las actividades, presupuestos y acciones a desarrollar por parte del sistema sanitario asistencial, incluidos en los “Contratos Programa” que establezca el Servicio Madrileño de Salud con el Instituto Madrileño de Salud, así como con aquellos otros sectores, Instituciones y Administraciones cuyas actividades se relacionen con la salud, incluido el propio Instituto de Salud Pública a través del próximo Contrato de Prestación de Servicios.

Esperamos también que, al presentar públicamente la situación de salud de la Comunidad de Madrid y sus principales determinantes, este Informe sea un instrumento de trabajo para que la Dirección General de Salud Pública pueda establecer los objetivos de salud y acciones que permitan mejorar el estado de salud de la población, a la vez que proporcione las pautas para organizar el debate sanitario, en los ámbitos social, político y profesional.

Por otro lado, pensamos que para una organización pública, como es el Instituto de Salud Pública, la realización de este documento es una obligación porque junto con la Memoria de las Actividades realizadas por el Instituto el pasado año, el “Contrato de Prestación de Servicios” firmado con la Dirección General de Salud Pública - por el que se financia- y los Planes y Programas planificados para el presente año, constituye una forma de entender la organización y administración de la salud pública, aportando la necesaria transparencia a sus actividades para que la sociedad pueda evaluarlas.

Este documento, que tenemos el honor de presentar es además fruto de la labor realizada por los profesionales del Instituto, a los que públicamente queremos expresar nuestro sincero agradecimiento y reconocimiento de su trabajo y profesionalidad, ya que ha sido realizado como un añadido más a la carga de su trabajo habitual y en un contexto no exento, muchas veces, de dificultades. No hay que olvidar que el actual documento esta elaborado en el primer año de (LOSCAM) durante el cual se ha tenido que desarrollar también el diseño y proyecto organizativo de la misma. Esta es, por otro lado, la razón que nos ha obligado a realizar un documento eminentemente descriptivo y que, sin duda, tiene limitaciones que, con toda seguridad, serán solventadas en ediciones futuras. Igualmente queremos señalar, que este documento debe completarse con otros, por lo que no debe considerarse que se haya negado importancia a aquellos aspectos que no figuren en este primer informe.

Finalmente, deseáramos que este informe logre su objetivo de orientar a las Organizaciones Políticas y Sociales, a las Administraciones Sanitarias, Consejerías y Ayuntamientos para que puedan dar respuesta a las necesidades de salud de la población así como que les sea de ayuda para planificar sus actividades para disminuir las desigualdades. El análisis posterior de los indicadores de salud nos dirá si hemos acertado con nuestro propósito.

Enrique Gil López

Director General del Instituto de Salud Pública

Francisco de Asis Babín Vich

Director General de Salud Pública

Introducción

El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (en adelante IESPCM) es una competencia de la Consejería de Sanidad establecida por la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid de 21 de Diciembre de 2001, (en adelante LOSCAM)

En su artículo 9 la LOSCAM dice *“Corresponderá a la Consejería de Sanidad en relación con la ordenación sanitaria establecida en la presente Ley, las siguientes competencias: 1.e) La aprobación del Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid”*

Asimismo en su artículo 55.2 del Título VI dedicado a la Salud Pública se incluye entre las funciones de la misma *“La elaboración del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid”*.

El artículo 68, sección primera del capítulo V en el que se contempla al Servicio Madrileño de Salud como el responsable de ejercer la función de compra de servicios dice en el punto tercero: *“Para la previsión, seguimiento y evaluación de los servicios sanitarios y su impacto en la salud de la población, el Servicio Madrileño de Salud contará con un Plan de Servicios a cuatro años, anualmente actualizado antes del 31 de diciembre, y elaborado de acuerdo con los indicadores emanados de su gestión y de los resultados de la misma y de acuerdo con el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid que anualmente elabora la Consejería de Sanidad según lo establecido en esta Ley”*.

Hay que señalar también que la Ley incluye entre las finalidades del IESPCM a la Administración Local; así, en el artículo 18.2 se dice *“En el desarrollo de sus competencias se observará la coordinación necesaria con la Administración de la Comunidad de Madrid, que redunde en la mejora de los principios de equidad y eficiencia, tendiendo además, en el desarrollo de su capacidad institucional de actuación complementaria o de competencias delegadas, al cumplimiento de los objetivos enunciados en el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid bajo la supervisión de la Consejería de Sanidad”*. En el artículo 137 del Título XII sobre competencias de las Corporaciones Locales en su apartado g se vuelve a enunciar lo mismo *“Desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos, coherentes con los objetivos del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid”*.

Como vemos, las referencias al IESPCM son abundantes en la LOSCAM lo que da medida de la importancia que los legisladores concedieron al mismo.

Fuera del articulado, en el importante y amplio Preámbulo de la Ley se expone claramente la finalidad del informe y la importancia del IESP para los redactores de la misma. Al comentar el Título VI se dice:

“El Título VI lleva por título “La Salud Pública”. Cabe destacar que la salud pública aparece ampliamente reflejada, en esta Ley, dejando patente, la importancia que se le da a

dicha función dentro del modelo sanitario madrileño, y en el contexto global del sistema, no sólo por la extensión y minuciosidad de su exposición, sino por la novedosa incorporación del Informe del Estado de Salud de la Población.

La Ley hace un planteamiento novedoso de la función de salud pública, integrándola dentro del sistema sanitario, y relacionándola estrechamente con otras funciones del sistema, como es la función de compra, a través del citado Informe del Estado de Salud de la Población, que se deberá elaborar con carácter anual y deberá ser incorporado al documento de planificación del reparto del presupuesto que no es otra cosa que la función de compra de los servicios asistenciales del sistema, que tiene encomendada el Servicio Madrileño de Salud”.

En la referencia al Título VII, el Preámbulo también menciona al IESPCM.

Interpretando el espíritu de la Ley, podríamos resumir que la LOSCAM da una especial importancia al IESPCM, señalando:

- Que es una competencia de la Consejería de Sanidad
- Que es función de la Salud Pública la elaboración del mismo.
- Que el IESPCM debe contener las necesidades de salud.
- Que debe tener una periodicidad anual.
- Que la finalidad del IESPCM es la función de compra de servicios sanitarios, el establecimiento de objetivos sanitarios generales y específicos, la determinación de las actividades a desarrollar, la definición de los contratos sanitarios con los proveedores de la Red Sanitaria única de utilización pública y que debe incorporarse al documento de planificación del reparto del presupuesto.

Aprobada la LOSCAM, el IESPCM sigue estando presente, como es lo lógico, en la ordenación posterior de la Consejería de Sanidad.

Así, en el Decreto 1/2002 de 17 de enero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, en su sección séptima, artículo 16 en la que se marcan las atribuciones de la Dirección General de Salud Pública, se plantea como una de ellas *“el fomento de las funciones técnicas de salud pública, incluyendo **expresamente** la elaboración del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid”*.

Bajando ya al ámbito normativo del propio Instituto de Salud Pública, responsable de la elaboración del IESPCM, el Decreto de la Consejería de Sanidad 138/2002, de 25 de julio, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid crea en su estructura la Coordinación de Servicios Centrales (Art.11) y le asigna dentro de las funciones específicas que le corresponden *“La elaboración de la propuesta de Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid de carácter anual”* (Art.12.2).

En el Decreto 169/2002, de 17 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid se crea una unidad orgá-

nica con rango de Servicio y dependiente de la Coordinación de Servicios Centrales denominada “Servicio de informes de salud y estudios” lo que es significativo de la importancia que se le quiere dar al IESPCM.

Hasta aquí la ordenación orgánica y funcional de la estructura administrativa en que se sustenta la elaboración del IESPCM. Se ha pretendido ser exhaustivo en su explicación para exponer con claridad que la elaboración del IESPCM y las consecuencias que del mismo han de salir son fundamentales en el proyecto configurado por la LOSCAM.

Notas metodológicas

El principal objetivo de este primer Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid es aportar elementos, principalmente cuantitativos, para que los órganos competentes de la Consejería de Sanidad establezcan los objetivos prioritarios en materia de salud de la población y las acciones necesarias para su consecución.

Siguiendo este criterio, entendemos que no es misión de este informe proporcionar valoraciones de la información aportada sino algunos elementos, esperamos que suficientes, para el establecimiento de objetivos la determinación de prioridades.

Por tanto se ha tratado de aportar únicamente la información relevante para cuantificar los principales problemas de salud que afectan a la población de la Comunidad, seleccionados sobre la base de dos criterios mayores: por un lado la cuantificación de la población afectada y por otro la factibilidad de las intervenciones a la luz de las evidencias científicas existentes.

No resulta fácil la armonización de ambos criterios, ya que en algunos casos la población afectada es reducida pero sin embargo se dispone de medidas de intervención extraordinariamente eficaces que, previsiblemente, permitirán reducir, e incluso eliminar en algunos casos, la enfermedad a corto plazo. El paradigma de esta aparente contradicción viene representado por la Poliomielitis o la Difteria, enfermedades prácticamente ausentes de nuestra Comunidad desde hace algunos años, pero sobre las que es necesario seguir interviniendo para evitar su reintroducción, en un caso, y lograr su erradicación en el otro.

En términos generales la afectación de la población por la mayoría de las enfermedades transmisibles es reducida pero como contrapartida se dispone de medidas de intervención de eficiencia contrastada en términos de reducción de muerte, discapacidad y sufrimiento. Por ello se ha dedicado todo un capítulo del informe a la descripción de este grupo de padecimientos

Los principales factores determinantes que se describen en el capítulo tres afectan a varios procesos patológicos, por lo que las intervenciones sobre ellos permitirían reducir la afectación de la población debida a varias de esas enfermedades. El caso más sobresaliente es el consumo de tabaco, cuya reducción permitiría reducir la carga de enfermedad y muerte debida, entre otros, a varios tumores malignos, una parte muy importante de las enfermedades del aparato circulatorio y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Si bien la Comunidad de Madrid cuenta con fuentes de información sanitaria abundantes y de calidad contrastada, aún es necesario hacer un gran esfuerzo para conseguir datos adecuados no solo para la determinación de prioridades sino para poner de manifiesto aquellos grupos de población de menor nivel de salud.

La insuficiencia mas destacable en lo que se refiere a los sistemas de información sanitaria, es la que se refiere a la morbilidad. En relación con enfermedades transmisibles contamos con la información suministrada por el Sistema de Notificación de

Enfermedades de Declaración Obligatoria, y por la Red de Médicos Centinela, fuentes extraordinariamente útiles para la Vigilancia Epidemiológica que se han utilizado ampliamente en este Informe.

Por otro lado se cuenta con dos sistemas de información sobre la morbilidad atendida en hospitales, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria, ambos proporcionan información sobre la morbilidad atendida en hospitales, quedando por tanto fuera de su ámbito todas aquellas patologías que no precisan ingreso hospitalario. La información suministrada por ambos sistemas debe ser analizada con cierta precaución ya que ambos informan del número de ingresos hospitalarios anuales no permitiendo distinguir los ingresos de los reingresos a causa del proceso patológico. Cada uno de estos sistemas cuenta además con las limitaciones propias de su estructura y organización interna, no siendo este el lugar mas apropiado para su estudio.

Por tanto, se puede afirmar que las principales insuficiencias de los sistemas de información se refieren a la práctica ausencia de información sobre la ocurrencia en la población de las enfermedades que no requiriendo ingreso hospitalario, tampoco son de declaración obligatoria.

Otro apartado en que la información resulta insuficiente es el que se refiere a las patologías relacionadas con la actividad laboral, ya que las fuentes fundamentales de información de morbilidad laboral están representadas por los sistemas de notificación de Accidentes de Trabajo y de Enfermedades Profesionales, que constituyen registros de los daños de origen laboral que han sido objeto de notificación y prestación económica; cuyo objetivo, por tanto, no es la cuantificación de la frecuencia y características de estas patologías en la población, tarea para la que resultan manifiestamente insuficientes. La entrada en vigor de la Ley de Prevención de riesgos laborales y su correspondiente desarrollo normativo hace prever una mejora sustancial de esta situación en un futuro cercano.

No obstante es necesario desarrollar nuevos sistemas de información sanitaria que integren otras fuentes de información como las encuestas de opinión o las de condiciones de trabajo que permitirían conocer la evolución de los factores más relevantes que integran las condiciones de trabajo. Por otro lado, es preciso acometer la reforma de algunos de los ya existentes (estadísticas de mortalidad, morbilidad atendida en hospitales, etc.) de forma que sea posible aproximarse al conocimiento de la magnitud de la morbilidad laboral al incorporar variables como la actividad económica.

Se ha incluido un capítulo preliminar en el que se pretende ofrecer un resumen de los hechos más significativos de los que aparecen reflejados en el informe. Con el fin de facilitar la lectura y eventual enlace con el documento extenso se ha conservado la numeración, de esta manera se puede acudir fácilmente a la explicación algo mas extensa que se presenta en cada uno de los apartados del Informe sin necesidad de entorpecer la lectura con continuas referencias a gráficos y tablas.

El principal criterio para la redacción de este apartado ha sido resumir de la forma más concisa posible aquellos resultados que han parecido más sobresalientes en relación con el establecimiento de objetivos para mejorar el estado de salud de la población de la Comunidad.

Conclusiones

1. Situación demográfica y socioeconómica

Los efectivos de población de la Comunidad de Madrid han experimentado un ligero incremento desde 1991 que se ha acentuado extraordinariamente a partir de 2000, debido al aumento de la inmigración, que ha originado que el incremento de la población de nuestra Comunidad sea tres puntos superior al del Estado Español entre 1996 y 2001. La población extranjera registrada en Madrid se ha multiplicado por diez desde 1986.

El Municipio de Madrid será la zona de la Región que menos incrementará su población, continuando el proceso de redistribución de la población hacia la periferia, que afectará no solo a la Corona Metropolitana sino también a municipios próximos a la capital.

Tanto la tasa bruta de natalidad como el índice sintético de fecundidad se han incrementado en los últimos años. Destaca, en este sentido, que la edad media al nacimiento de sus hijos no solo es superior en las madres españolas que en las extranjeras residentes en la Comunidad, sino que se incrementa paulatinamente, mientras que la de las extranjeras continúa descendiendo.

La población de la Comunidad continúa envejeciendo paulatinamente, de manera que en 2001, el porcentaje de población mayor de 65 años supera al de menores de 15.

Sin embargo, las previsiones a medio plazo (2011) auguran una atenuación de este proceso de envejecimiento gracias al incremento de la población infantil y juvenil (menor de 19 años), que superará al de mayores de 65 años.

Como consecuencia del envejecimiento de la población las tasas brutas de mortalidad se incrementan de año en año, mientras que las estandarizadas por edad continúan descendiendo.

El nivel de renta de la Comunidad de Madrid evoluciona por encima de la media española. Los mayores niveles de renta disponible se encuentran en los municipios centrales y del noroeste que concentran, desde hace años, los mayores niveles de bienestar económico. En el municipio de Madrid los menores niveles de renta se sitúan en los distritos del sur.

De acuerdo con los datos del Instituto de Realojamiento e Integración Social en 2001 existen en la Comunidad 1.207 familias que habitan en chabolas, de las que más del 80% se encuentran en la capital.

2. Mortalidad y morbilidad en la Comunidad de Madrid

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado notablemente durante el último cuarto de siglo, evolución que ha sido algo más marcada en las mujeres (0,4% anual en promedio) que en los varones (0,3% anual), alcanzando los 76 años para los varones y 84 en las mujeres.

Las enfermedades del aparato circulatorio continúan constituyendo el principal grupo de causas de muerte de la población de la Comunidad, sin embargo, en la población masculina, ya aparece el conjunto de los tumores malignos como principal causa de muerte, manteniéndose como segunda causa para el conjunto de la población.

Las enfermedades de los aparatos respiratorio y digestivo, representan, por este orden, la tercera y cuarta causas de muerte, tanto en varones como en mujeres, ocupando el conjunto de las llamadas causas externas de traumatismos y envenenamientos el quinto lugar, si bien este grupo está constituido por un conjunto muy heterogéneo de causas de muerte caracterizados y agrupados bajo este epígrafe (de acuerdo con un criterio basado en las circunstancias en que ocurrió el accidente y no con la naturaleza de la propia lesión), en el que se incluyen todo tipo de accidentes, homicidios, lesiones autoinflingidas, envenenamientos accidentales o no, etc.

La mortalidad infantil, así como sus componentes (neonatal, postneonatal, perinatal, etc.), ha descendido de forma muy acusada. La principal causa de muerte en los menores de un año son las malformaciones congénitas del sistema circulatorio.

En 1999 se produjeron más de medio millón de altas hospitalarias en la Región. La frecuentación hospitalaria de los varones es superior a la de las mujeres excepto para el grupo de mayor edad y en lo que hace referencia a los ingresos hospitalarios originados por motivos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, que produce el máximo de ingresos hospitalarios entre 30 y 34 años, sin embargo este grupo da origen a las menores estancias medias.

El grupo de diagnósticos que origina la mayor frecuentación hospitalaria en los varones son las enfermedades del aparato digestivo seguido de las del circulatorio y respiratorio. El principal motivo de ingreso de la población femenina esta constituido por los relacionados con el embarazo, parto y puerperio que originan más del 11% de todos los ingresos hospitalarios. Sin embargo las enfermedades que ocasionan la mayor frecuentación hospitalaria en las mujeres son las de los sistemas circulatorio y digestivo.

En los varones jóvenes destacan las causas externas como motivo de ingreso hospitalario.

Los trastornos mentales, si bien no dan origen a un gran número de ingresos hospitalarios, constituyen el grupo de patologías que da lugar a las mayores estancias medias.

3. Factores determinantes

3.1. Actividad Física

Más del 80% de la población de la Comunidad de Madrid mayor de treinta años no realiza actividad física moderada o de mayor intensidad durante su tiempo libre, proporción que se incrementa a medida que avanza la edad. Los hombres son ligeramente más activos que las mujeres.

El 43,6% de la población adulta (18 a 64 años) son sedentarios durante la actividad laboral o habitual. La proporción de varones ocupada habitualmente en tareas sedentarias (permanecer sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral) supera en diez o más puntos a la de las mujeres, diferencia que se mantiene de manera consistente desde 1995.

La proporción de población joven que realiza ejercicio físico es mucho más elevada que la de los adultos, si bien se detecta un porcentaje importante de escolares que no realizan con suficiente regularidad actividades vigorosas o intensas, siendo más inactivas las jóvenes.

Se observan tasas de inactividad física más elevadas en las áreas sanitarias del sur de la región. Estas diferencias, parecen estar relacionadas con la influencia del nivel socioeconómico sobre este indicador.

Este hábito sedentario de la población parece incrementarse desde 1995 a expensas, principalmente, del incremento de inactividad en la actividad laboral o habitual.

3.2. Hábitos dietéticos y nutrición

Los hábitos alimentarios de la población de la Comunidad se han ido alejando paulatinamente, en los últimos 20 años, del patrón tradicional de la dieta mediterránea con un exceso en el consumo de grasas y proteínas y un déficit en el consumo de hidratos de carbono.

Más de la mitad de la población consume fruta y verdura en cantidades escasas, proporción que se ha incrementado durante los últimos años, hasta alcanzar cifras en torno a 65-70%. Estos hábitos alimentarios inadecuados afectan principalmente a jóvenes, varones y a las personas con menor nivel educativo.

3.2.4. Sobrepeso y obesidad

En la Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid realizada en 1993 por la Consejería de Sanidad, el 20,0% de los hombres y el 17,0% de las mujeres tenían un sobrepeso de grado II, y el 10% y 15% respectivamente eran obesos. Estas cifras nos sitúan en una posición intermedia, respecto a otros ámbitos geográficos españoles con información comparable.

A medida que aumenta la edad se incrementa la proporción de personas con sobrepeso alcanzándose el máximo a partir de los 45 años. También aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios, especialmente en las mujeres.

En general, en la distribución por áreas sanitarias existe un gradiente norte sur, con tasas más altas en el sur y más en concreto en el sureste, especialmente en las mujeres. Estas diferencias, reflejan la diferente distribución de este indicador por nivel socioeconómico.

El porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad está aumentando en los hombres entre 30 y 64 años, permaneciendo estable en mujeres. En los jóvenes se mantiene sin cambios.

3.3. Consumo de tabaco

El 38,1% de la población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid son fumadores habituales, un 34,9% diarios y un 3,2% ocasionales, mientras que el 18,7% son exfumadores.

El consumo de tabaco es ligeramente más frecuente en los hombres, (40,1%) que en las mujeres, (36,1%). Esta diferencia es debida al mayor consumo en los hombres por encima de los 35 años.

En la población juvenil (15 y 16 años), el 25,6% fuman diariamente siendo esta proporción considerablemente superior en las mujeres (29,7%) que en los hombres (20,7%).

Mientras que en los hombres el hábito es más frecuente en las personas que pertenecen a niveles educativos más bajos, en las mujeres es más frecuente en los niveles más altos.

En cuanto a la tendencia, en los hombres continúa descendiendo como consecuencia de la menor frecuencia de inicio en la población más joven y el incremento de la proporción de abandono en los de mayor edad. En mujeres se incrementa a partir de los 35 años debido al desplazamiento de la cohorte de jóvenes fumadoras de los ochenta, y desciende en las mujeres entre 18 y 34 años. La proporción de fumadoras se ha incrementado a un ritmo del 1% anual desde 1987 a 1999, momento a partir del cual se estabiliza hasta la actualidad. La frecuencia de abandono se incrementa en todos los grupos de edad.

Por lo tanto, la información respecto a la evolución del consumo es positiva. A corto y medio plazo es previsible que continúe descendiendo en los hombres y en las mujeres se mantenga la estabilización del consumo e incluso se inicie un descenso.

3.4. Consumo de alcohol

Algo más de la mitad de la población adulta de 18 a 64 años consume alguna bebida alcohólica a la semana. Si bien la mayoría realiza un consumo moderado, un 4,3% son “bebedores de riesgo”. La proporción de población adulta que consume alcohol de forma excesiva en una misma ocasión (patrón “binge drinking”) en los últimos 30 días, se ha reducido en los últimos años, alcanzando el 9% en 2001.

El consumo de riesgo, así como el consumo excesivo en una misma ocasión es 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres. En los hombres las edades intermedias son en las que hay más bebedores de riesgo, mientras que en las mujeres esta proporción se desplaza hacia las edades más jóvenes.

Únicamente el 33% de los jóvenes (15-16 años) se declara “no bebedor”. El 10,2% son “bebedores de riesgo”, y cerca del 40% ha realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días. Por otro lado uno de cada dos jóvenes se ha emborrachado en los últimos 12 meses y uno de cada cuatro en los últimos 30 días.

La proporción de “bebedores de riesgo” disminuye desde 1995 tanto en la población adulta como en los jóvenes. Sin embargo, entre los jóvenes la proporción de los que efectúan un consumo excesivo en una misma ocasión permanece prácticamente estable desde 1996.

El dato más positivo lo constituye la cantidad de alcohol puro consumido durante la última semana que disminuye desde mediados de la pasada década, especialmente en la población juvenil. En todos los grupos de edad el consumo por parte de los varones es muy superior al de las mujeres.

3.5. Factores Ambientales

3.5.1. Contaminación atmosférica de tipo químico

Los niveles de la mayoría de los contaminantes presentan una tendencia decreciente, sobre todo el SO₂. Mientras que los niveles de NO₂ y O₃ se mantienen constantes o crecen ligeramente.

Se han producido algunas superaciones del Umbral de Información a la población por niveles de Ozono, y en una ocasión se ha superado el Umbral de Alerta a la población, en los últimos años.

Los valores de las concentraciones de PM₁₀ tienden a mantenerse dentro de unos valores medios.

3.5.2. Contaminación atmosférica de tipo biológico: Polen atmosférico

Los periodos de polinización asociados a mayor número de reacciones alérgicas son: mediados de mayo a mediados de junio (gramíneas y olivo); mediados de enero a finales de febrero (cupresáceas); y los últimos días de marzo (plátano).

Se detectan niveles muy altos de polen de gramíneas en la Comunidad de Madrid debido a las condiciones biogeográficas.

Experimentan un aumento notable las consultas ciudadanas a la web de la Red PALINOCAM, sobre los niveles polínicos en la Comunidad de Madrid en la temporada de riesgo.

3.5.3. Calidad de las aguas

El 95,1 % de la población madrileña es abastecida por el Canal de Isabel II, y desde el punto de vista de la calidad sanitaria del agua los tratamientos son adecuados garantizando generalmente una buena calidad.

El resto de la población de la Comunidad de Madrid se abastece de aguas de titularidad municipal o privada (urbanizaciones, industrias, etc.), habitualmente de buena calidad fisicoquímica y que presenta puntualmente alguna deficiencia relacionada con la desinfección.

Algunas de las fuentes públicas no conectadas a red de distribución pueden presentar problemas estacionales por contaminación microbiológica, achacables a la ausencia de desinfección química.

3.5.4. Percepción de riesgos ambientales por la población

La importancia que la población otorga a la influencia de los factores ambientales sobre la salud es alta.

De los riesgos evaluados, tráfico e industria son los factores ambientales que los ciudadanos perciben como más peligrosos para su salud

4. Enfermedades transmisibles

4.2. Enfermedades incluidas en el calendario de vacunaciones

La cobertura para la primovacunación ha sido superior al 95% en todos los grupos de edad y para todas las enfermedades incluidas en el calendario sistemático de vacunaciones infantiles. La excepción ha sido la tos ferina, en el grupo de edad de 11 a 15 años que presenta una cobertura del 90%, y la hepatitis B que muestra coberturas bajas especialmente en los niños mayores de 5 años de edad.

En la encuesta de serovigilancia de 1999 se observa un descenso en la proporción de niños que han cumplido de manera completa el calendario vacunal, al comparar con la encuesta de 1993.

Se observan tanto para tétanos como para difteria, cifras elevadas de protección por vacunación en la población menor de 15 años de edad, a partir de esta edad se observa un descenso paulatino de la prevalencia de anticuerpos.

Se cuenta con cifras elevadas de inmunidad frente a la poliomielitis. La prevalencia de susceptibles frente a los tres tipos de poliovirus está por debajo del umbral que establece la OMS, para que se produzca la trasmisión del poliovirus salvaje.

La proporción de susceptibles al sarampión es inferior a la recomendada por la OMS para la eliminación del sarampión autóctono. La mayor proporción de susceptibles se observa en los grupos de 2-5 y 16-20 años. La proporción de mujeres en edad fértil susceptibles a la rubéola es de 1,4%. En los últimos 10 años sólo se ha notificado un caso de rubéola congénita.

La seroprevalencia de anticuerpos frente a parotiditis en la encuesta de serovigilancia de 1999 es mucho menor que la observada en la encuesta de 1993 en el grupo de 2-5 años. Este descenso ha coincidido con la administración de una vacuna con una cepa menos inmunógena (cepa Rubini) y con un aumento en el número de brotes por esta enfermedad.

La incidencia de hepatitis B ha permanecido estable en los últimos 3 años. En la encuesta de serovigilancia de 1999 no se detectaron infectados menores de 11 años. La prevalencia de infectados en los grupos de 21-30 y 31-40 años ha disminuido con respecto a la encuesta de 1993.

Desde su introducción en el calendario vacunal, la incidencia de enfermedad invasora por H influenzae es muy baja. En el año 2001 en nuestra Comunidad sólo se ha presentado un caso pediátrico de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* en un niño de un mes de edad que por lo tanto no estaba vacunado.

4.3. Tuberculosis

Desde 1995 se viene observando en la Comunidad de Madrid una progresiva disminución en la incidencia de casos de tuberculosis, con un descenso anual medio del 11%.

La incidencia en 2001 se ha situado en 21,8 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de tuberculosis pulmonar y la de formas bacilíferas también descienden entre 1995 y 1997, para después estabilizarse.

La tuberculosis es más frecuente en hombres que en mujeres, en 2001 el 63% de los casos se han presentado entre los primeros. Por edad el patrón de presentación ha cambiado en los últimos años, en 1994 el efecto de la coinfección VIH/SIDA-tuberculosis provocaba incidencias importantes en los grupos más jóvenes, a partir de 1998 la mayor afectación corresponde a los más mayores.

Las situaciones de riesgo más frecuentes entre los casos de tuberculosis detectados han sido el alcoholismo y la concurrencia con otras patologías, entre las que destaca el VIH/SIDA.

Actualmente la mortalidad por tuberculosis es baja, sin embargo si se considera no sólo la causa básica de la muerte, si no con un enfoque de causas múltiples, se analizan los diagnósticos mencionados en el boletín estadístico de defunción, la mortalidad en la que está presente la tuberculosis se duplica, apareciendo asociada a otras enfermedades.

En la Comunidad de Madrid la prevalencia de infección por tuberculosis en población infantil es baja y estable, por ello no se ha recomendado incluir el cribaje tuberculínico en los programas de prevención dirigidos a niños sanos.

4.4. Sida e Infección por VIH

Desde la inclusión de los TARGA (tratamientos antirretrovirales de gran actividad) en el segundo semestre de 1996, se observa un importante descenso en la incidencia de nuevos diagnósticos de Sida, así como en la mortalidad. Sin embargo, desde el año 1999 se detecta una estabilización del número de fallecidos anuales en torno a 450.

El grupo de UDVP continúa siendo el más numeroso entre los casos de Sida, aunque es el grupo que más ha disminuido desde 1997. En este grupo se sigue manteniendo una alta prevalencia de VIH. Ha habido un cambio en la droga utilizada, se pasa de heroína pura a mezcla y una disminución en el número de consumidores por vía intravenosa, con respecto a la esnifada o fumada. Entre los que la consumen inyectada, se siguen manteniendo prácticas de riesgo, como compartir jeringuillas o reutilizarlas.

Los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, siguen manteniendo relaciones no protegidas con condón en número suficiente para mantener la transmisión. En este grupo hay un mayor retraso diagnóstico con respecto a las otras subepidemias lo que provoca un debut de la enfermedad en peor situación inmunológica. La mortalidad en este grupo parece haberse incrementado ligeramente de manera que en el año 2002 prácticamente iguala la de 1997.

Se detecta una tendencia creciente en los casos de SIDA entre inmigrantes, alcanzando el 13% del total de casos en el año 2002.

4.5. Infecciones que causan meningitis

4.5.1. Enfermedad meningocócica

Esta es una enfermedad de baja incidencia, que en la temporada 2001-02 ha presentado una tasa de 3,13 casos por 100.000 habitantes y una letalidad del 14%; ha afectado preferentemente a los menores de 5 años. Su evolución en los últimos años ha dependido del patrón de presentación de la enfermedad por serogrupo C, que tras producir un brote epidémico requirió intervención poblacional con campañas de vacunación y la inclusión, a finales de 2000, de la vacuna conjugada frente a meningococo C, en el calendario de vacunaciones.

En la temporada epidemiológica 2001-02 el 80% de los casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C que se presentaron en el grupo de edad en el que se había recomendado la vacunación, no estaban vacunados; y de ellos el 70% pertenecían a grupos sociales desfavorecidos (inmigrantes, etnia gitana).

A partir de las intervenciones poblacionales que tuvieron lugar a finales de 1997, el número de casos producidos por el serogrupo C ha descendido drásticamente.

4.5.2. Otras meningitis bacterianas

La meningitis por neumococo es la meningitis bacteriana de mayor incidencia en nuestro medio, tras la producida por meningococo. En el año 2001 la incidencia de esta enfermedad ha sido de 0,70 casos por 100.000 habitantes. El grupo de edad más afectado ha sido el de los menores de 1 año (23,25 casos por 100.000 habitantes).

4.5.3. Meningitis vírica

La meningitis vírica es la meningitis infecciosa más frecuente, con una incidencia de 10,01 casos por 100.000 habitantes en el año 2001 en nuestra Comunidad. Esta patología afecta preferentemente a los varones menores de 10 años, mostrando las mayores tasas el grupo de los menores de 1 año (88,36 casos por 100.000 habitantes).

4.6. Enfermedad invasora por neumococo

La incidencia de la enfermedad invasora por neumococo en el año 2001 ha sido de 43,71 casos por 100.000 habitantes. Esta enfermedad afecta sobre todo a varones mayores de 64 años (tasa 205,73). La letalidad ha sido de un 9%, siendo también mayor en las edades avanzadas. La neumonía es la forma clínica más frecuente.

La incidencia en los menores de dos años fue de 95,94 casos por 100.000 habitantes, con una letalidad de un 2,4%. Según datos del Laboratorio de Referencia de Neumococos, y asumiendo que existe reactividad cruzada entre los diferentes serotipos del mismo serogrupo, la vacuna conjugada heptavalente protegería el 70% de estos casos aproximadamente, siendo algo superior para las muestras procedentes de sangre y LCR.

4.7. Enfermedades de transmisión respiratoria

4.7.1. Gripe

En la temporada 2001-2002 la actividad epidémica de la gripe ha sido media baja y los virus circulantes identificados han sido similares a los correspondientes tipos antigéni-

cos de las cepas vacunales de la temporada. El grupo de edad con mayor número de casos es el comprendido entre los 25 y 44 años.

4.7.2. Legionelosis

En los últimos años la declaración de casos de legionelosis se ha incrementado, probablemente debido a las mejoras en las técnicas diagnósticas. La incidencia registrada en 2001 ha sido de 1,1 casos por 100.000 habitantes con una letalidad del 11%.

La legionelosis es más frecuente en hombres, en 2001 el 78% de los casos lo eran. Respecto a la edad, en 2001, el 76% de los casos eran mayores de 40 años y de ellos el 30% tenía más de 70 años.

El 56,25% de las 1.376 torres de refrigeración inspeccionadas durante 2002 cumplían todos los requisitos exigidos por la reglamentación. El resto (602 instalaciones), si bien no cumplían la totalidad de los requisitos, presentaba altos porcentajes de cumplimiento de la mayoría de los mismos.

4.7.3. Varicela y Herpes-Zoster

Durante 2001 la incidencia de varicela registrada en la Comunidad de Madrid ha sido de 984,7 casos por 100.000 habitantes, esta enfermedad tiene un patrón de presentación estacional, en 2001 el 61,9% de los casos se registraron durante los meses de marzo, abril, mayo y junio.

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran una prevalencia de anticuerpos frente a varicela que alcanza el 80% en el grupo de 6-10 años y supera el 90% a partir de los 11 años. La proporción de adultos susceptibles se ha mantenido constante en los últimos años.

La incidencia de Herpes-Zoster detectada durante 2001 en la Comunidad de Madrid ha sido de 178,5 casos por 100.000 habitantes. Su presencia según edad es mayor a partir de los 45 años.

4.8. Enfermedades de transmisión sexual

4.8.1. Infección gonocócica

La infección gonocócica mantiene una tendencia histórica descendente, aunque en los años 1998 y 1999 se produce ligero cambio con aumentos en el número de casos, este cambio se ve apoyado por los datos del Sistema de Información Microbiológica.

Entre los casos notificados en 2001 se detecta un predominio masculino ya que el 89% son varones. Respecto a la edad, 95% de los casos aparece entre los 15 y 44 años.

4.8.2. Sífilis

Al igual que la gonococia, la sífilis presenta tendencia descendente, aunque también en los años 1998 y 1999 se produce ligero cambio con aumento de casos, este cambio se ve apoyado por los datos del Sistema de Información Microbiológica. Entre los casos notificados en 2001, el 55% eran varones.

4.9. Zoonosis

4.9.1. Brucelosis

La incidencia de brucelosis en la Comunidad de Madrid ha descendido, al igual que lo hecho en España. Este descenso también se observa en los aislamientos de los laboratorios. La incidencia registrada en 2001 es baja (0,42 casos por 100.000 habitantes). Ha sido más frecuente en varones 81% y más de la mitad de los casos se produce en menores de 35 años. El origen es el consumo de productos lácteos sin higienizar y el contacto directo con animales.

4.9.2. Leishmaniasis

La incidencia de leishmaniasis en la Comunidad de Madrid permanece establecida desde 1992. En 2001, cerca del 80% de los casos se producen en varones y el 29% tenían la prueba de detección del VIH positiva.

La prevalencia de serología positiva a leishmaniasis en perros vagabundos ha sufrido una ligera disminución desde 1996.

4.10. Paludismo

En los últimos 10 años se observa una tendencia creciente en la incidencia de paludismo. En 2001 la incidencia registrada en la Comunidad de Madrid ha sido de 3,94 casos por 100.000 habitantes, cifra 3,15 veces superior a la del nivel nacional. La mayoría de los casos se han detectado en inmigrantes procedentes de zonas de paludismo endémico, si bien un 29% se diagnosticó en viajeros españoles a zonas endémicas. El área geográfica habitual de procedencia ha sido África y el parásito más frecuentemente visualizado fue *P. falciparum* (69,2%).

4.11. Infecciones relacionadas con enfermedades crónicas

4.11.1. Hepatitis C

La tasa de incidencia de hepatitis C en el año 2001 fue de 1,80 casos por 100.000 habitantes. El grupo de edad más afectado fue el de 35-44 años.

En 1999, la proporción de población infectada entre 2 y 60 años en nuestra comunidad era de 1,6%, no habiéndose observado ningún infectado entre los menores de 16 años.

Entre 1993 y 1999, la prevalencia de infectados ha descendido en casi todos los grupos de edad, si bien no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

4.11.2. Helicobacter pylori

La prevalencia de *Helicobacter pylori* aumenta con la edad, según los datos de la encuesta de serovigilancia de 1999, oscilando entre el 15,1% en el grupo de 2-5 años y el 73,3% en el de 41-60 años. La Comunidad de Madrid presenta un patrón epidemiológico intermedio entre los dos patrones de alta y baja endemicidad descritos en países en vías de desarrollo y desarrollados respectivamente.

4.12. Enfermedades exantemáticas de la infancia

La incidencia de las enfermedades exantemáticas de la infancia no incluidas en el calendario vacunal, detectada en 2001, ha sido de 198,5 casos por 100.000 habitantes. En la distribución por género se observa un ligero predominio femenino (razón hombre/mujer de 0,86) y los agentes etiológicos más frecuentemente encontrados han sido: Herpes virus, enterovirus, adenovirus y Epstein-barr virus.

4.13. Enfermedades de transmisión clásica a través de agua y alimentos

4.13.1. Hepatitis A

La hepatitis A ha sufrido un descenso considerable desde 1992, debido a la mejoría constante de las condiciones higiénico-sanitarias, acompañado de un incremento en la edad media de aparición de los casos. En el año 2001, la tasa de incidencia de hepatitis A en la Comunidad de Madrid fue de 1,22 casos por 100.000 habitantes.

Según la encuesta de serovigilancia de 1999, la población menor de 16 años presenta una prevalencia de anticuerpos menor del 5%. A partir de esa edad se observa un aumento, que alcanza el 95,4% en el grupo de 41-60 años. La susceptibilidad a la infección en la población menor de 40 años es elevada y tiene especial trascendencia con el aumento de la frecuencia de desplazamientos a áreas geográficas de alta endemia por motivos turísticos o laborales.

4.13.2. Disentería

Esta enfermedad presenta una baja incidencia en nuestra Comunidad (0,12 casos por 100.000 habitantes en el año 2001). Su evolución muestra una tendencia decreciente, con algún incremento aislado de casos asociados a deficientes condiciones higiénico-sanitarias.

4.13.3. Fiebre tifoidea y paratifoidea

Este grupo de enfermedades presenta una tendencia decreciente, con una incidencia de 0,36 casos por 100.000 habitantes en el año 2001 en nuestra Comunidad.

4.13. Otras enfermedades transmisibles

4.14.1. Encefalopatías Espongiformes Transmisibles en humanos

La incidencia de este grupo de enfermedades es muy baja. Sin embargo, se observa un incremento paulatino desde el año 1993, año en el que se inició la vigilancia. Este incremento está motivado básicamente por una mejora en la notificación.

Este grupo de enfermedades aparece por encima de los 50 años de edad.

Especial interés tiene en nuestro medio no haber detectado casos de la Variante de la Enfermedad (ligada al consumo de carne de vacuno infectada por priones) y el contar con un porcentaje bajo de ECJ debida a causas iatrogénicas.

4.14.2. Lepra

Las tasas de incidencia y de prevalencia actuales son muy bajas en España y también en la Comunidad de Madrid. Se están observando casos en población inmigrante, dos

de los 5 últimos casos nuevos residentes en la Comunidad de Madrid, no eran de nacionalidad española.

4.14.3. Citomegalovirus

La proporción de población infectada por citomegalovirus es muy elevada, siendo del 45% en los niños de 2 a 5 años de edad. La prevalencia de infección aumenta con la edad.

La proporción de mujeres susceptibles en la edad fértil está alrededor del 25 %, siendo este grupo poblacional el que mayor interés tiene para esta enfermedad, debido a que la infección primaria durante el embarazo puede ocasionar infección congénita.

4.15. Brotes epidémicos

4.15.1. De origen alimentario

En el año 2001 se notificaron 143 brotes de origen alimentario y 3 de origen hídrico, con una tasa de 63,2 casos por 100.000 habitantes y un 4,3% de ingresos hospitalarios.

La incidencia media de casos asociados a brotes en los últimos 10 años es de 34,2 casos por 100.000 habitantes. En los últimos años se observa una tendencia creciente. Los brotes en colectivos escolares se han incrementado desde 1999.

Los lugares de consumo asociados con los brotes más frecuentes fueron bares, restaurantes y similares (39,7%), seguido de domicilio particular (31,5%). Sin embargo, el mayor número de casos se produjo en colectivos escolares (60,4%).

El microorganismo más frecuentemente aislado fue la Salmonella y el alimento más frecuentemente implicado fueron los elaborados con huevo.

Los factores contribuyentes más habituales fueron las prácticas incorrectas de manipulación en los colectivos y mixtos y la utilización de ingredientes contaminados en los familiares.

En los últimos 10 años se han notificado 8 brotes de botulismo de origen alimentario, que afectaron a 14 residentes de nuestra Comunidad. En 5 brotes se pudo confirmar el agente causal. En 2001 ocurrieron 3 brotes, todos ellos relacionados con conservas caseras.

4.15.1. De origen no alimentario

En el año 2001 se notificaron 124 brotes de origen no alimentario, con 1.496 casos asociados y 17 ingresos hospitalarios. Los centros escolares son los colectivos más frecuentemente implicados (78,2%). Los brotes más frecuentes fueron los de parotiditis (78 brotes) y los de gastroenteritis aguda (13 brotes). Se observa una tendencia creciente en el número de brotes de origen no alimentario notificados en los últimos 5 años, a expensas fundamentalmente de los brotes de parotiditis y de gastroenteritis aguda. La tasa de incidencia anual media en los últimos 3 años es de 25,0 casos por 100.000 habitantes.

5. Enfermedades no transmisibles

5.1. Enfermedades del Aparato Circulatorio

Las enfermedades del aparato circulatorio se mantienen como primera causa de muerte en la población de la Comunidad de Madrid, suponiendo el 30,9% del total de muertes. En 1999 originaron más de 60.000 ingresos hospitalarios (11,4% del total)

Las principales causas de muerte en este grupo de enfermedades son las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica.

En los 10 últimos años ha descendido de forma importante la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares tanto en varones como en mujeres, (36 y 40% respectivamente). Este descenso probablemente sea debido tanto a un mejor control de los factores de riesgo, que ha supuesto un descenso en la incidencia, como han reflejado registros europeos, como a un aumento en la supervivencia. Este aumento en la supervivencia se refleja también en el incremento de la frecuentación hospitalaria.

No se dispone de datos sobre la tendencia de la incidencia en la Comunidad de Madrid, aunque parece que esta ha disminuido de forma importante en los países europeos que disponen de registros.

La mortalidad durante los últimos diez años por cardiopatía isquémica se mantiene estable e inferior a la de la mayoría de los países europeos. La frecuentación hospitalaria se ha incrementado, sobre todo en la población masculina, en los últimos años.

En los últimos años se ha incrementado la frecuencia de algunos de los principales factores de riesgo (tensión arterial elevada, sedentarismo y obesidad) para estas enfermedades en la población de la Comunidad de Madrid. Sin embargo el consumo de tabaco parece haber descendido ligeramente y la hipercolesterolemia no ha sufrido cambios sustanciales.

Los datos sobre el seguimiento de las recomendaciones sanitarias de medida de la tensión arterial y la colesterolemia reflejan que su cumplimiento es elevado.

5.2. Tumores Malignos

Los tumores malignos ocupan uno de los primeros lugares como causa de muerte y su importancia relativa ha ido incrementándose en los últimos años. Representan la primera causa de muerte en los varones desde el año 94 y la segunda causa en las mujeres.

La incidencia estimada de los tumores malignos en conjunto se ha estabilizado en los noventa después de un importante incremento en las décadas previas. A pesar de ello la tendencia es muy variable según localización y sexo.

En los varones los 4 tumores con mayor incidencia son los de pulmón, colon-recto, vejiga y próstata. La tendencia está estabilizada en el cáncer de pulmón y aumenta en el de colon y recto y próstata. Estas tres localizaciones son también las que producen mayor mortalidad.

En las mujeres los de mayor incidencia son mama, colon y recto, útero y ovario. Están aumentando el de mama, colon y recto y pulmón y descendiendo el de estomago. Los que producen mayor mortalidad son el de mama, colon y recto y el gástrico. El cáncer de mama es además la principal causa de años potenciales de vida perdidos en las mujeres.

El principal factor de riesgo es el consumo de tabaco, con una mortalidad atribuible en nuestra Comunidad del 24,4% de todos los tumores malignos.

5.3. Accidentes y causas externas

Los accidentes y traumatismos (intencionados o no) constituyen uno de los principales problemas de salud pública tanto por su impacto en la mortalidad, en la que ocupan el quinto lugar como causa de muerte y el primero como causa de años potenciales de vida perdidos, como por la morbilidad e incapacidad que generan, fundamentalmente los accidentes de tráfico, incluidos en este grupo. Entre 1990 y 1999 se ha producido un importante descenso en la mortalidad por causas externas (37% y 27% para varones y mujeres respectivamente).

En la población de 16 a 64 años de la Comunidad de Madrid, alrededor de 350.000 personas, tuvieron algún accidente cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria en los últimos 12 meses.

Los accidentes de tráfico suponen el 32 por ciento de las muertes por causas externas. Aunque en los últimos 10 años la mortalidad ha descendido, en 1999 fallecieron 424 personas por esta causa. Sin embargo, el número de accidentes y de víctimas ha seguido aumentando en los últimos 9 años en cuantía similar al crecimiento del parque de vehículos. En el año 2001 se produjeron 2.874 ingresos hospitalarios por esta causa, el 48,5% de personas entre 15 y 35 años y el 68,7% varones.

El principal factor de riesgo en los accidentes de tráfico sigue siendo el consumo de alcohol. De acuerdo con los datos del SIVFRENT, alrededor del 3% de las personas que han conducido un vehículo de motor durante últimos los 30 días, lo ha hecho, al menos en alguna ocasión, bajo los efectos del alcohol, proporción que se eleva al 5% en el caso de los varones y que también es muy superior entre los jóvenes (5,1%) en relación a la población entre 45 y 64 años (1,4%).

5.4. Enfermedades Respiratorias

Las enfermedades del aparato respiratorio constituyen la tercera causa de muerte en la Comunidad de Madrid.

5.4.1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La EPOC, además de tener una prevalencia elevada, origina una gran demanda de asistencia sanitaria, especialmente a partir de los 40 años de edad. Su frecuencia es entre cinco y seis veces más alta en los hombres que en las mujeres, motivado por la diferente exposición al tabaco. Las reagudizaciones tienen un patrón estacional muy definido, con un incremento durante los meses de invierno como consecuencia del aumento de las infecciones respiratorias agudas.

Desde finales de la década de los setenta y desde mediados de los ochenta se observa un incremento tanto de la mortalidad como de la frecuentación hospitalaria, incremento que afecta principalmente a los varones pero que se produce también en la población femenina.

5.4.2. Asma

El asma es una enfermedad muy frecuente, especialmente en la población infantil y adolescente. Sin embargo y a consecuencia de que la mayor parte del asma poblacional corresponde a formas leves de la enfermedad, tanto la mortalidad como la frecuencia de ingresos hospitalarios se mantiene en cifras relativamente bajas. A pesar de lo cual, su prevalencia es elevada y da origen a una gran demanda de atención sanitaria tanto en atención primaria como en urgencias hospitalarias .

El análisis del incremento de la prevalencia sugiere que esta relacionada con la mejora diagnóstica.

Existe una fuerte asociación con determinados alérgenos, especialmente con el polen de gramíneas y plantago, que provocan asma de tipo epidémico en la época de máxima polinización.

5.5. Patologías relacionadas con la actividad laboral

5.5.1. Accidentes de Trabajo

La incidencia de accidentes de trabajo en la Comunidad de Madrid es una de las más bajas de España, únicamente Extremadura, Aragón y Melilla presentan índices inferiores a los de nuestra Comunidad.

Entre 1996 y 2001 se ha producido un notable incremento de los accidentes de trabajo, a expensas, principalmente, de los leves; los graves y mortales también se han incrementado aunque en menor medida. A partir de 1999 estos incrementos parecen ser debidos principalmente al aumento de la población a riesgo, ya que tanto el índice de incidencia como el de frecuencia permanecen prácticamente estables, incluso en el caso de los mortales el riesgo parece haberse reducido ligeramente.

5.5.2. Enfermedades Profesionales

El incremento observado, en los últimos años, en los índices de incidencia de enfermedad profesional puede ser atribuido al aumento en la notificación de las enfermedades osteomusculares lo que puede indicar un aumento de la sensibilidad del sistema para la detección de estas patologías o a cambios en los patrones de exposición que modifiquen la forma de enfermar de la población trabajadora.

Existe un importante subregistro. Esta falta de sensibilidad del sistema puede residir, por una parte en la complejidad de la nueva enfermedad profesional y por otra en una insuficiente formación de los profesionales sanitarios para un adecuado diagnóstico de las enfermedades profesionales. Es necesario señalar, por otra parte, que en muchas ocasiones es el médico de atención primaria y los servicios especializados de salud los primeros que detectan la patología laboral.

5.6. Cirrosis hepática

Se observa predominio masculino estadísticamente significativo en la mortalidad por esta causa, siendo máximo en el grupo de 30 a 64 años (razón de masculinidad de 3,9).

Distintos indicadores (tasas de mortalidad brutas y estandarizadas por edad, años potenciales de vida perdidos, mortalidad proporcional), muestran que la mortalidad por cirrosis hepática ha ido perdiendo importancia en los últimos 10 años en nuestra Comunidad (decremento del 50% en hombres y del 44% en mujeres).

De forma paralela a la mortalidad, la morbilidad atendida en hospitales, ha ido descendiendo de forma significativa en los últimos años (decremento del 43% en hombres y el 23% en mujeres).

5.7. Diabetes mellitus

La prevalencia de Diabetes Mellitus en la Comunidad de Madrid está aumentando de forma importante. Se desconoce qué parte se debe a un aumento real de enfermedad y qué parte a un mejor diagnóstico. Los factores de riesgo (obesidad, sedentarismo y alimentación inadecuada) están aumentando, por lo que es previsible que la tendencia creciente de la prevalencia se mantenga.

La frecuencia de DM tipo 1 o insulino dependiente esta a un nivel medio –alto respecto a los registros europeos, según los datos del Registro de incidencia en menores de 15 años de la Comunidad de Madrid, y muestra una tendencia estable en los últimos 5 años.

5.8. Trastornos del comportamiento alimentario

Se observa un predominio femenino en las conductas que definen los TCA, siendo la diferencia por sexo máxima en la obsesión por la delgadez y en la realización de conductas purgativas.

En la población adolescente, alrededor de un 15,3% de las mujeres y de un 2,2% de los varones serían tributarios de estudio para cribar un posible TCA por presentar riesgo, cifras similares a las observadas en otros estudios realizados en países desarrollados de nuestro entorno.

La población de riesgo se caracteriza por presentar síntomas comunes a otros trastornos mentales, a mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y clara conflictividad familiar.

La prevalencia de casos de TCA en la Comunidad es similar a la de otros estudios de nuestro entorno: 3,4%(1,9-4,9) prevalencia actual y 3,7%(2,1-5,3) la prevalencia acumulada.

La prevalencia de casos completos es relativamente escasa, no así la de casos incompletos (T.C.A.N.E.) que supone el 65% del conjunto de los casos.

Situación
demográfica
y socioeconómica

1

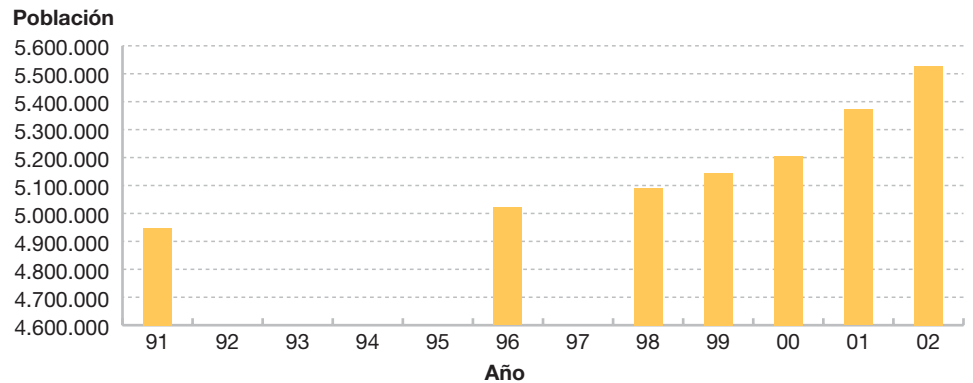
La Comunidad de Madrid se encuentra sometida a un proceso de cambios estructurales que afectan a su perfil demográfico, a su composición social y a la distribución geográfica de la población en un contexto de expansión demográfica y socioeconómica.

La población de la Comunidad de Madrid según el Padrón Continuo a uno de enero de 2002 es 5.527.152 habitantes.

Entre los años 1991 y 1996 la población se incrementó, en promedio, un 0,29% anual, mientras que el crecimiento entre los años 2000 y 2002 fue de 4,49%. Esta evolución (Gráfico 1.1.) se debe tanto a la recuperación de la fecundidad como, sobre todo, al aumento del saldo migratorio.

Gráfico 1.1. Evolución de la población de la Comunidad de Madrid 1991-2002.

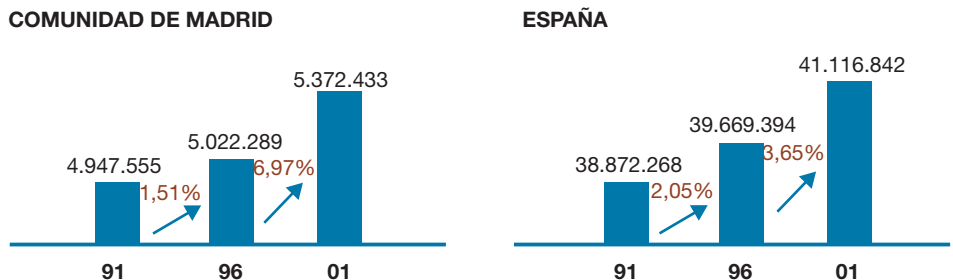
Fuente: Censo de Población y Viviendas 1991. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid 1996 y Resultados detallados del Padrón Continuo 1998 a 2002. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado un crecimiento 3 puntos superior, en términos relativos, al del conjunto de la población española entre 1996 y 2001 (Gráfico 1.2.).

Gráfico 1.2. Variación de la población entre los años 1991, 1996 y 2001 en España y Comunidad de Madrid...

Fuente: Censo de Población y Viviendas 1991. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid 1996 y Resultados detallados del Padrón Continuo 1998 a 2002. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



Los últimos datos de Movimiento Natural de Población indican una desaceleración en el crecimiento de nacimientos de madres residentes para 2001, pasando de incrementos del 6,4% y 8,9% en 1999 y 2000, respectivamente, al 5,6% en 2001. No obstante, continúa la evolución positiva con incrementos netos respecto a años precedentes. El total de nacimientos provisional para el último año disponible se sitúa en algo más de 59.000. (Tabla 1.1.).

El crecimiento natural de la población para 2001 supera las 20.000 personas de saldo positivo en la región, siguiendo la tendencia iniciada en 1996 que ha conseguido duplicar en cinco años las 10.680 personas de incremento vegetativo de aquel año.

La evolución de los indicadores de natalidad muestra la continuidad de la tendencia alcista iniciada en 1996, tanto en la tasa bruta de natalidad como en el índice sintético de fecundidad que se sitúa para 2001 en 1,41 hijos por mujer en edad fértil. Resulta muy significativa la diferencia entre la edad media de las madres españolas y extranjeras, que no deja de aumentar. Mientras la edad media de las españolas al nacimiento de sus hijos cada vez es más elevada, la de las extranjeras continúa disminuyendo (Tabla 1.2)

	Nacimientos			Defunciones			Crecimiento Natural
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
1991	49.293	25.374	23.919	35.849	19.048	16.801	13.444
1992	50.669	26.104	24.565	34.905	18.705	16.200	15.764
1993	49.499	25.528	23.971	35.666	19.121	16.545	13.833
1994	47.687	24.781	22.906	35.682	18.963	16.719	12.005
1995	47.006	24.321	22.685	36.477	19.524	16.953	10.529
1996	47.491	24.265	23.226	36.811	19.371	17.440	10.680
1997	48.726	25.120	23.606	35.691	18.695	16.996	13.035
1998	48.858	25.238	23.620	37.710	19.623	18.087	11.148
1999	51.976	26.922	25.054	38.076	19.601	18.475	13.900
2000	56.622	29.325	27.297	37.837	19.614	18.223	18.785
2001*	59.776	-	-	38.787	-	-	20.989

* Datos estimados.

Respecto a la mortalidad, se mantienen las tendencias alcistas de los últimos años en el número de defunciones y en la edad media de defunción, que en 2001 se sitúa en los 71,70 años para los hombres y en 79,66 años para las mujeres. Es preciso destacar que la población extranjera tiene una edad media a la defunción notablemente inferior a los españoles que residen en nuestra Comunidad (Tabla 1.3)

	Tasa bruta Natalidad	Tasa general Fecundidad	Índice sintético Fecundidad	Edad Media Madre			
				Total	Española	Extranjera	Primer Hijo
1991	9,93	36,72	1,2364	29,43	-	-	27,54
1992	10,17	37,22	1,2566	29,69	-	-	27,97
1993	9,90	35,99	1,2162	29,93	-	-	28,72
1994	9,51	34,45	1,1618	30,26	-	-	28,72
1995	9,35	33,82	1,1349	30,58	30,65	29,46	29,12
1996	9,42	34,10	1,1365	30,84	30,92	29,68	29,47
1997	9,65	35,00	1,1583	31,05	31,18	29,34	29,66
1998	9,66	35,22	1,1575	31,32	31,47	29,52	29,91
1999	10,26	37,66	1,2284	31,43	31,65	29,17	30,07
2000	11,15	41,20	1,3359	31,48	31,83	28,80	30,07
2001*	11,75	43,67	1,4099	31,52	32,04	28,60	30,11

* Datos de 2001 estimados.

Tabla 1.1. Evolución demográfica de residentes Comunidad de Madrid, 1991-2001.

Fuente: Demografía y Salud Nº 59, diciembre 2002.

Tabla 1.2. Evolución de indicadores de natalidad de residentes Comunidad de Madrid, 1991-2001*.

Fuente: Demografía y Salud Nº 59, diciembre 2002.

El saldo vegetativo en la Comunidad de Madrid ha experimentado un incremento en los últimos años, muy por encima de la tasa nacional. El punto de inflexión observado en el crecimiento natural de la población madrileña y su reflejo en el ensanchamiento previsto de la base de la pirámide demográfica, sugiere cambios relevantes en la estructura de edades de la población en el futuro.

Tabla 1.3. Evolución de indicadores de mortalidad de residentes Comunidad de Madrid, 1991-2001.

Fuente: Demografía y Salud Nº 59, diciembre 2002.

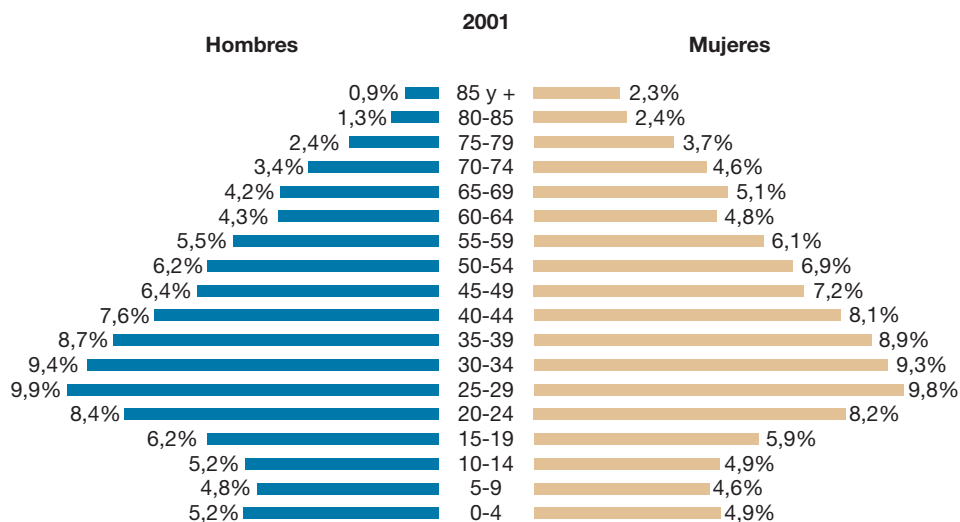
	Tasa bruta Mortalidad	Tasa Mortalidad Infantil	Edad Media defunción			
			Hombres	Mujeres	Espanoles	Extranjeros
1991	7,22	6,37	66,67	76,34	-	-
1992	7,01	6,75	66,57	76,2	-	-
1993	7,13	6,51	67,25	76,66	-	-
1994	7,11	6,21	67,77	78,89	-	-
1995	7,25	4,98	68,13	77,1	-	-
1996	7,3	4,19	68,69	77,68	-	-
1997	7,07	4,78	69,79	78,68	78,54	58,4
1998	7,46	4,18	70,74	79,15	79,33	58,23
1999	7,52	3,66	71,34	79,35	79,48	65,66
2000	7,45	1,06	71,27	79,34	79,58	58,18
2001	7,62	4,05	71,7	79,66	79,84	63,89

* Datos 2001 estimados

Pese a ello, la Comunidad de Madrid no es ajena al efecto del envejecimiento demográfico (Gráfico 1.3.). Según los datos provisionales del Censo 2001, el grupo de menores de 15 años constituye el 14,3% de la población total, mientras en 1991 era casi el 19% y en 1996 el 15,5%. Por el contrario el grupo de mayores de 65 años ha pasado de representar el 11,9% en 1991, al 14,6% en 2001, superando así, aunque por estrecho margen, por primera vez la proporción de población infantil.

Gráfico 1.3. Pirámide de población 2001

Fuente: Censo de Población y Viviendas 2001. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística



El incremento del flujo de inmigración es uno de los principales agentes impulsores del cambio en el patrón demográfico de la CM en los últimos años. La población extranjera registrada en Madrid, según datos provisionales del padrón continuo a 01/01/2002, se ha multiplicado por diez desde 1986 alcanzando los 454.558 residentes extranjeros en 2002. (Gráfico 1.4.).

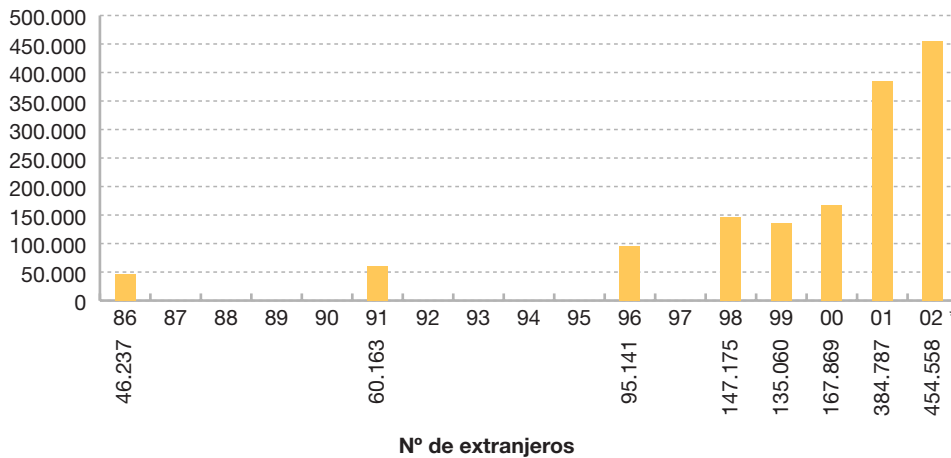


Gráfico 1.4. Evolución del número de extranjeros en la Comunidad de Madrid 1986-2002.

Fuente: Estadística de Población de la Comunidad de Madrid 1996 y Resultados detallados del Padrón Continuo 1998 a 2002. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censos de Población y Padrones Municipales. Instituto Nacional de Estadística.

* Datos 2002 provisionales.

La inmigración según origen, es notablemente selectiva en la Comunidad de Madrid, destacando como colectivo más numeroso el procedente de Sudamérica que representa casi el 50% del total de extranjeros residentes en 2002 (Gráfico 1.5. y Tabla 1.4.).

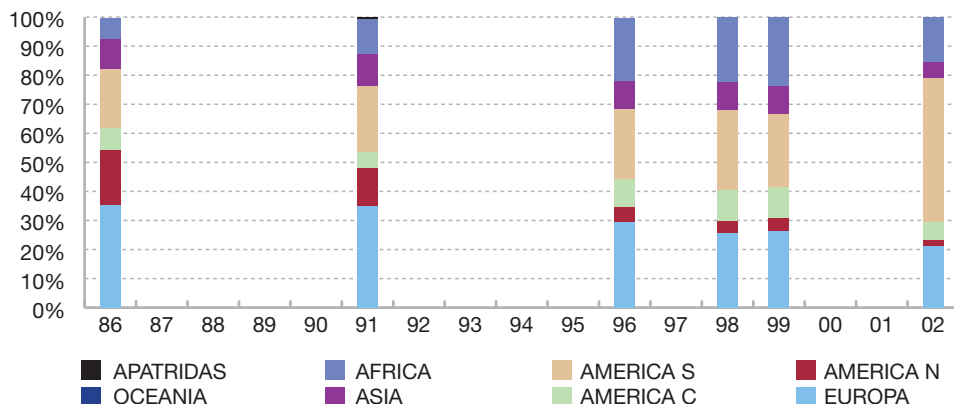


Gráfico 1.5. Extranjeros residentes en la Comunidad de Madrid por continente.

Fuente: Estadística de Población de la Comunidad de Madrid 1996 y Resultados detallados del Padrón Continuo 1998 a 2002. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censos de Población y Padrones Municipales. Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 1.4. Extranjeros residentes en la Comunidad de Madrid por continente.

	1986	%	1991	%	1996	%	1998	%	1999	%	2002	%
EUROPA	16.385	35,4%	21.040	35,0%	28.058	29,5%	37.683	25,6%	35.591	26,4%	96.602	21,3%
AMÉRICA N	8.710	18,8%	7.675	12,8%	4.847	5,1%	5.903	4,0%	5.686	4,2%	9.287	2,0%
AMÉRICA C	3.522	7,6%	3.389	5,6%	9.153	9,6%	15.773	10,7%	14.555	10,8%	27.611	6,1%
AMÉRICA S	9.375	20,3%	13.771	22,9%	22.985	24,2%	40.706	27,7%	33.891	25,1%	225.896	49,7%
ASIA	4.674	10,1%	6.417	10,7%	8.957	9,4%	13.782	9,4%	13.207	9,8%	24.985	5,5%
ÁFRICA	3.452	7,5%	7.392	12,3%	20.941	22,0%	33.031	22,4%	31.857	23,6%	69.742	15,3%
OCEANÍA	139	0,3%	163	0,3%	183	0,2%	195	0,1%	181	0,1%	258	0,1%
APÁTRIDAS	0	0,0%	316	0,5%	17	0,0%	102	0,1%	92	0,1%	177	0,0%
TOTAL	46.237	100%	60.163	100%	95.141	100%	147.175	100%	135.060	100%	454.558	100%

Fuente: Estadística de Población de la Comunidad de Madrid 1996 y Resultados detallados del Padrón Continuo 1998 a 2002. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censos de Población y Padrones Municipales. Instituto Nacional de Estadística.

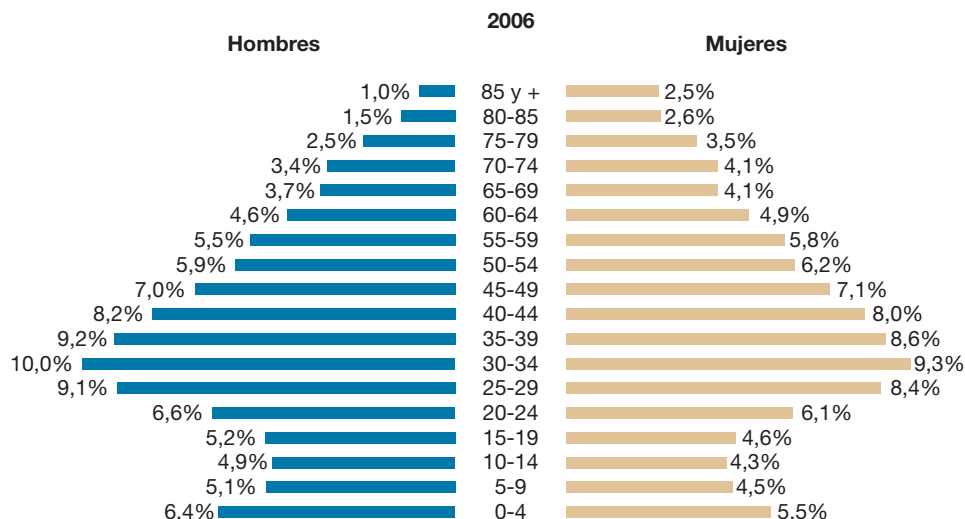
Según los datos de la revisión de las proyecciones de población 1996-2011 realizada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, se estima que en 2011 el número de habitantes de la Comunidad ascenderá a 6.160.730. Esto supone un incremento superior al 13% entre el año 2001 y el horizonte de la proyección (Gráficos 1.6 y 1.7).

La tabla 1.5. muestra la evolución esperada de la población y el peso relativo de los grandes grupos de edad, así como las diferencias absolutas y relativas entre 2001 y 2011. Cabe destacar los siguientes aspectos:

- La población infantil y juvenil, de 0 a 19 años, alcanzará en 2011 un volumen de 1,3 millones de personas, lo que supone un aumento de más de 200.000 personas respecto a 2001, es decir, de un 19,4%.
- La población adulta joven, de 20 a 34 años, presenta en el conjunto del período una pérdida neta de población, al reducirse en un 10,9%. Este grupo de edad presenta una pérdida de peso relativo sobre el total de población al pasar de un 26,5% en 2001 a un 20,8% en el año 2011.

Gráfico 1.6. Pirámide de población 2006.

Fuente: Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



- La población adulta, de 35 a 49 años, es la que presenta un mayor crecimiento relativo 29,3% que en términos absolutos equivale a 358.889 personas más entre 2001 y 2011.
- La población adulta madura, de 50 a 64 años, aumenta en términos relativos un 21,8%, siendo el segundo grupo de edad en cuanto a crecimiento esperado en el periodo 2001–2011. El peso relativo de este grupo de edad apenas se modificará previsiblemente.
- La población mayor de 65 años presentará un crecimiento de 131.689 personas. En términos relativos este aumento del 16,7% será superior al del conjunto de la población (13,6%) aunque inferior al de los adultos, lo que atenuará el grado de envejecimiento de la población madrileña.

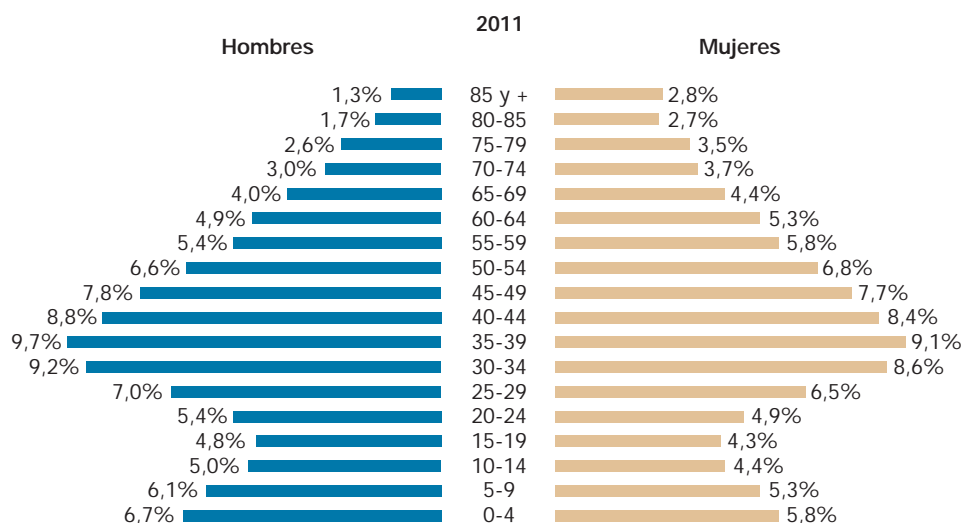


Gráfico 1.7. Pirámide de población 2011.

Fuente: Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

	2001	2006	2011	Diferencia Absoluta	Relativa
Absolutos					
0-19	1.090.827	1.179.906	1.302.716	211.889	19,4%
20-34	1.436.993	1.447.246	1.280.347	-156.646	-10,9%
35-49	1.224.953	1.411.781	1.583.842	356.889	29,3%
50-64	880.208	965.082	1.071.733	191.525	21,8%
65+	790.403	849.108	922.092	131.689	16,7%
Total	5.423.403	5.853.123	6.160.730	737.346	13,6%
Relativos					
0-19	20,1%	20,2%	21,1%	1,0%	
20-34	26,5%	24,7%	20,8%	5,7%	
35-49	22,6%	24,1%	25,7%	3,1%	
50-64	16,2%	16,5%	17,4%	1,2%	
65+	14,6%	14,5%	15,0%	0,4%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%		

Tabla 1.5. Estructura de población por grandes grupos de edad 2001-2006-2011.

Fuente: Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censo de Población y Viviendas 2001. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística.

- Un aspecto a destacar es que se acentúa el proceso de envejecimiento de la población mayor de 65 años, ya que las variaciones más importantes se centrarán en los ancianos de más edad, aumentando un 43,2% el grupo de entre 80 y 84 años y el 56,6% los que superen los 85 años. En el año 2001 el 22,3% de los mayores de 65 años superaba los 80 años, mientras que en 2011 se prevé sean el 28,9% (tabla 1.6.).
- Si se cumplen las hipótesis de la proyección, la población infantil también experimentará un importante crecimiento, ya que se incrementará un 44,7% entre 2001 y 2011.

Tabla 1.6. Estructura de la población anciana 2001-2006-2011.

	2001	2006	2011	Diferencia Absoluta	Variación 2001-2011 Relativa	2001 Relativa	2006 Relativa	2011 Relativa
65-69	244.238	228.679	259.613	15.375	6,3%	30,9%	26,9%	28,2%
70-74	209.320	219.772	207.255	-2.085	-1,0%	26,5%	25,9%	22,5%
75-79	158.153	176.877	188.366	30.213	19,1%	20,0%	20,8%	20,4%
80-84	96.834	120.985	138.642	41.808	43,2%	16,2%	14,2%	15,0%
85+	81.858	102.793	128.215	46.357	26,6%	12,3%	12,1%	13,9%
Total 65+	790.403	849.108	922.092	131.689	16,7%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censo de Población y Viviendas 2001. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística.

Desde el punto de vista de su localización geográfica, continuará el fenómeno de redistribución de la población hacia la periferia, acompañando a las nuevas vías de comunicación y a la expansión urbanística, afectando no sólo a la Corona Metropolitana, sino también a otros municipios próximos a la capital.

El Municipio de Madrid, será la zona de la Región que menos incrementará su población proporcionalmente con un 6,2%, frente al 28,4% de la Corona Norte y el 32,3% de la Corona Oeste y los municipios no metropolitanos con un 35,8%. En 2011, esto se traducirá en una pérdida de peso relativo de la población del municipio de Madrid del 3,5% (Gráfico 1.8. y Tablas 1.7. y 1.8.).

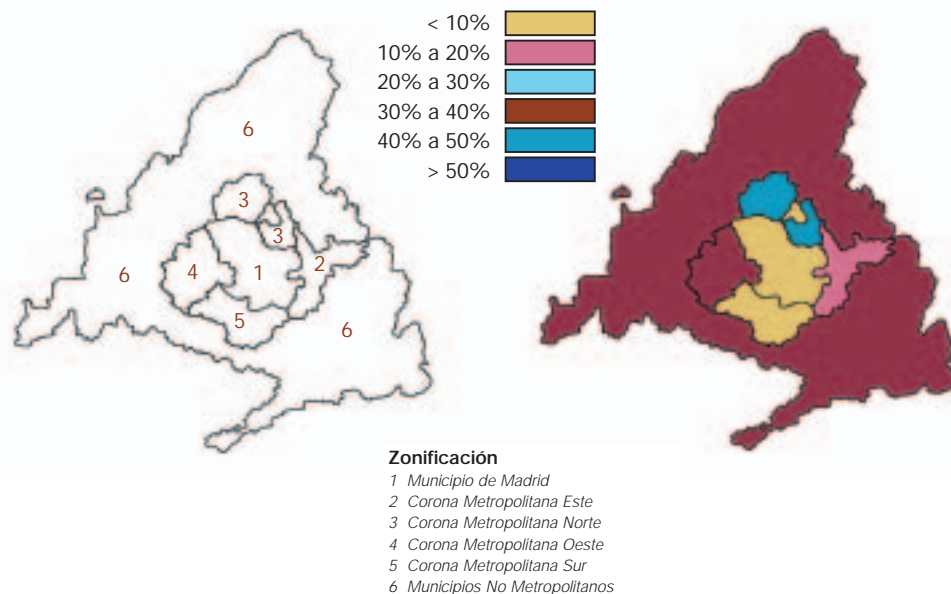


Gráfico 1.8. Variación de la población de la Comunidad de Madrid entre los años 2001 y 2011 por grandes zonas.

Fuente: Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censo de Población y Viviendas 2001. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística.

ZONAS	Crecimiento Valor	
	Absoluto	Crecimiento %
MM - Madrid Municipio	181.408	6,2%
Corona Metropolitana Este	67.404	14,8%
Corona Metropolitana Norte	64.298	28,4%
Corona Metropolitana Oeste	82.757	32,3%
Corona Metropolitana Sur	134.326	13,9%
MNM - Municipios No Metropolitanos	207.157	35,8%
COMUNIDAD DE MADRID	737.346	13,6%

Tabla 1.7. Variación absoluta y porcentual de la población referido a ámbitos geográficos de la Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censo de Población y Viviendas 2001. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística.

	2001	2011	Dif.
MM - Madrid Municipio	54,19%	50,65%	-3,54%
Corona Metropolitana Este	8,41%	8,49%	0,09%
Corona Metropolitana Norte	4,17%	4,71%	0,54%
Corona Metropolitana Oeste	4,73%	5,51%	0,78%
Corona Metropolitana Sur	17,85%	17,89%	0,04%
MNM - Municipios No Metropolitanos	10,66%	12,75%	2,09%
TOTAL	100%	100%	100%

Tabla 1.8. Distribución proporcional de la población según zonas en la Comunidad de Madrid, 2001-2011.

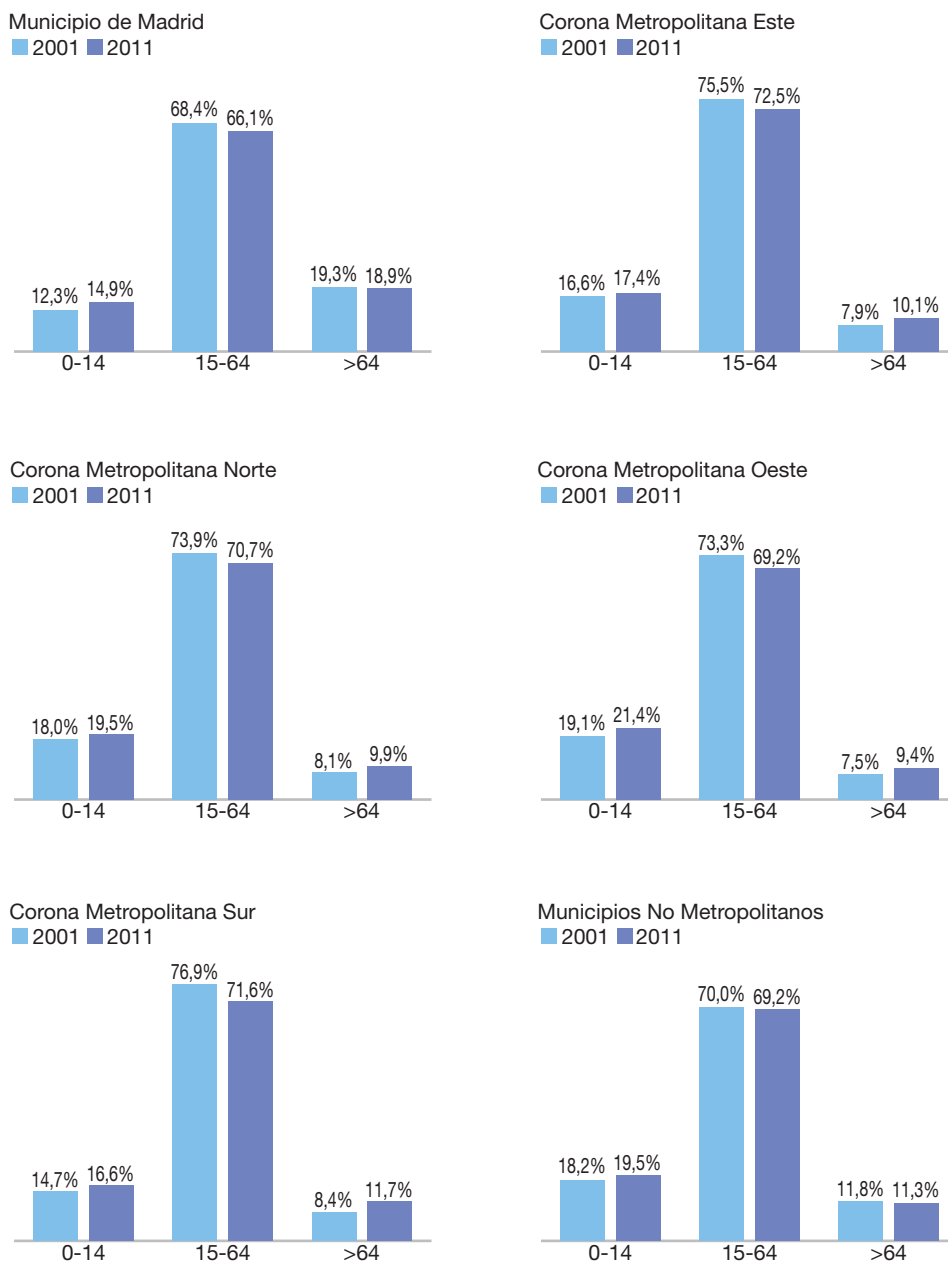
Fuente: Censo de Población. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística. Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

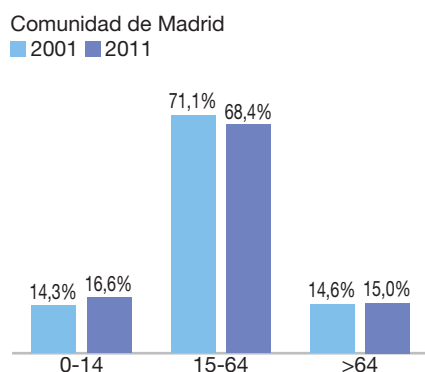
El análisis prospectivo de la estructura de la población por ámbitos geográficos y por grupos de edad, pone de manifiesto el crecimiento del grupo de población menor de 14 años en todas las zonas en términos absolutos.

Madrid municipio seguirá siendo la zona más envejecida. Si bien el grupo de mayores de 65 años no crecerá en términos relativos, si lo hará en número absoluto. Por el contrario en la Corona Metropolitana se incrementará la proporción de mayores de 65 años, pero sin llegar a alcanzar la media de la Comunidad (Gráfico 1.9.).

Gráfico 1.9. Distribución porcentual por grupos de edad y ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid, años 2001 y 2011.

Fuente: Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censo de Población y Viviendas 2001. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística.





Entre los años 2001 y 2011 el índice de dependencia general¹ de la Comunidad de Madrid se incrementará 5,5 puntos de los que la mayor parte (4,1 puntos) corresponderá al grupo de población de 0 a 14 años.

La mayor variación se producirá en la Corona Metropolitana Sur, donde se registrarán 4,1 niños y 5,5 ancianos más por cada 100 adultos, produciéndose así un envejecimiento notable de la población de dicha zona.

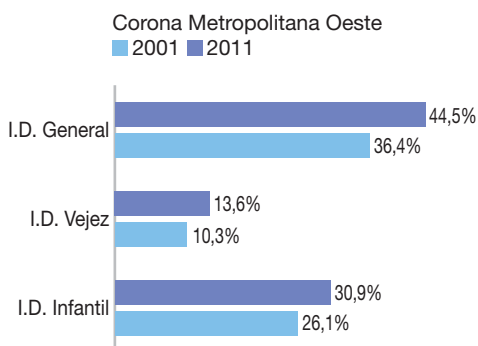
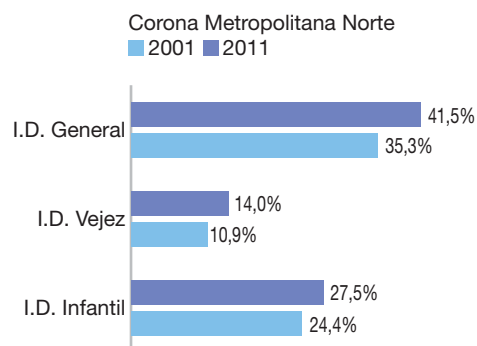
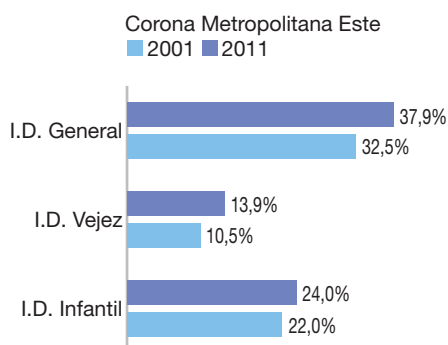
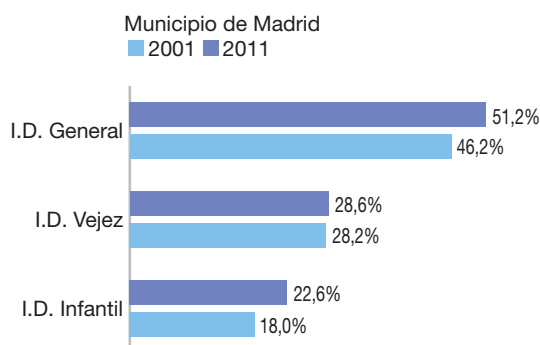
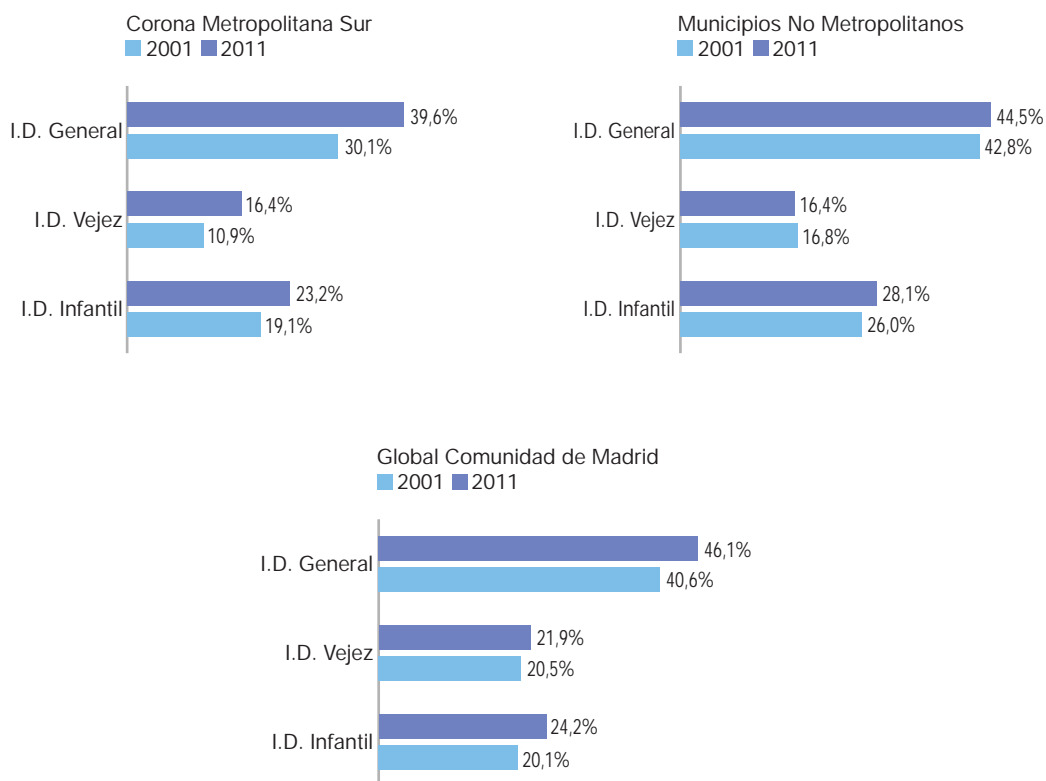


Gráfico 1.10. Variación de los Índices de Dependencia referido a zonas en la Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Revisión de las proyecciones de población de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Censo de Población y Viviendas 2001. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística.

1- Índice de dependencia general: proporción de la población menor de 15 años y mayor de 64 respecto de la comprendida entre dichas edades



En el extremo opuesto se encuentra la zona integrada por los Municipios no Metropolitanos, que verá reducido el número proporcional de mayores de 64 años en el 2011 (0,4 menos) y sufrirá una variación mínima en su estructura infantil (Gráfico 1.10.).

El nivel de renta de la Comunidad de Madrid evoluciona por encima de la media española. La renta disponible bruta municipal per cápita de la Región de Madrid que ya era superior a la nacional en 1995, ha crecido por encima de ella (excepto entre 1995 y 1996), por lo que en este quinquenio se han acentuado levemente las diferencias (Gráfico 1.11.).

Desde la perspectiva de la distribución territorial de la renta disponible, los municipios centrales y del noroeste concentran, desde hace años, los mayores niveles de bienestar económico, (Gráfico 1.12. y 1.13.).

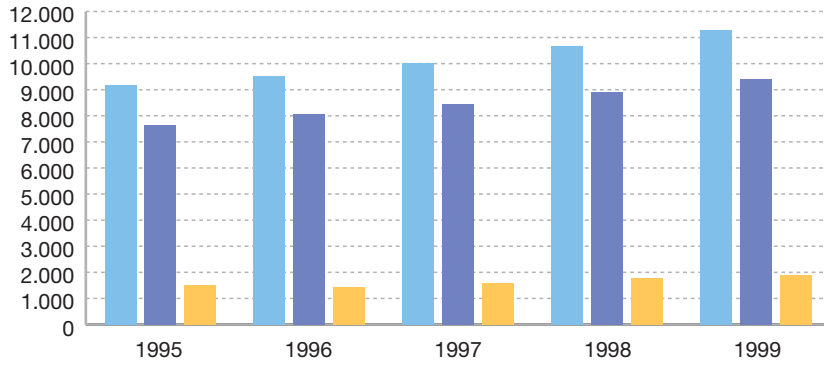


Gráfico 1.11. Indicador de Renta Disponible Bruta Municipal per cápita (€). Evolución 1995-1999. Comunidad de Madrid vs. España.

Fuente: Indicador de Renta Disponible Bruta Municipal, 1994-1997, 1998 (provisional) y 1999 (avance). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Contabilidad Regional de España 1995-1999. Instituto Nacional de Estadística.

	1995	1996	1997	1998	1999
Com. de Madrid	9.170,84	9.515,22	10.041,11	10.670,37	11.305,64
España	7.661,70	8.069,19	8.443,02	8.896,18	9.395,02
Diferencia	1.509,14	1.446,03	1.598,09	1.774,19	1.910,62

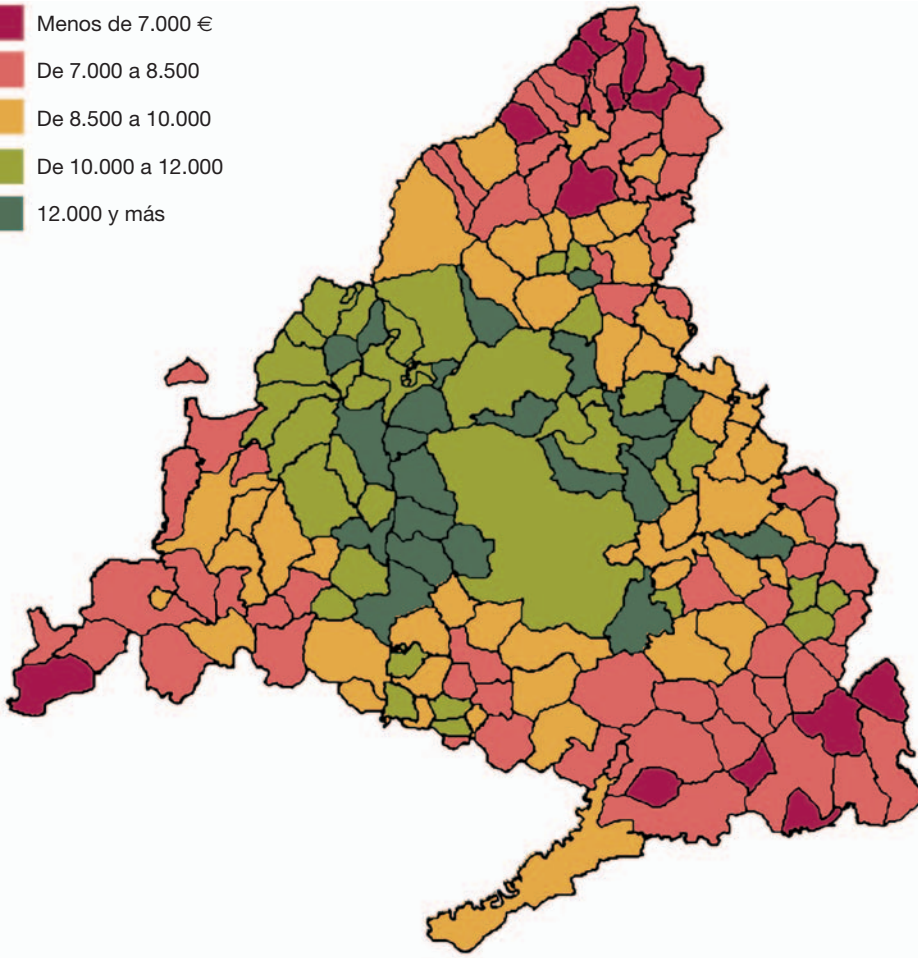


Gráfico 1.12. Indicador de Renta Bruta per cápita Disponible Municipal 1999.

Fuente: Indicador de Renta Disponible Bruta Municipal, 1994-1997, 1998 (provisional) y 1999 (avance). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

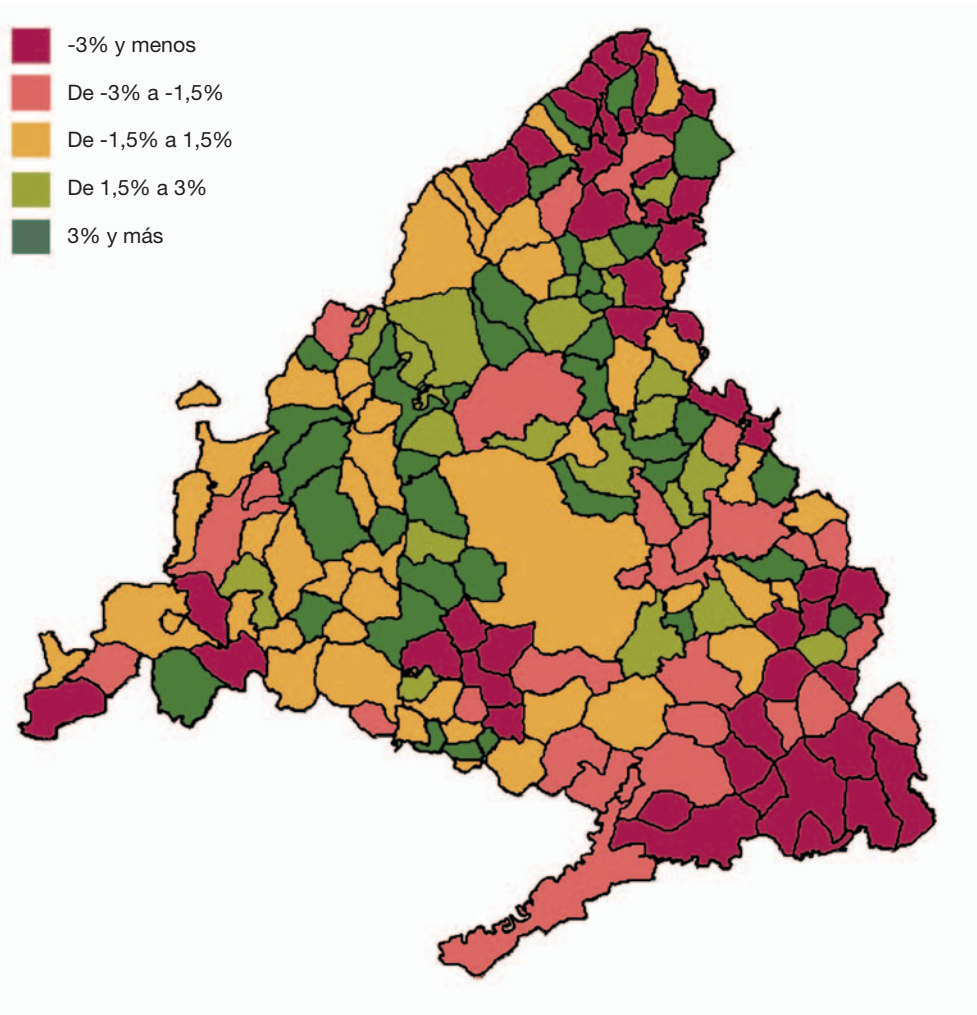


Gráfico 1.13. Evolución del indicador de Renta Disponible Bruta Municipal per cápita frente a la media regional 1994-1999.

Fuente: Indicador de Renta Disponible Bruta Municipal, 1994-1997, 1998 (provisional) y 1999 (avance). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Contabilidad Regional de España 1995-1999. Instituto Nacional de Estadística.

En el municipio de Madrid, existen también desigualdades entre distritos situándose en el Sur los que disponen de un menor nivel de renta (Gráfico 1.14.).

A pesar de los indicadores de renta favorables para el conjunto, la Región cuenta con núcleos de población que padecen importantes dificultades de integración, instaladas en asentamientos chabolistas.

Según datos del “Instituto de Realojamiento e Integración Social” (informe Anual 2001), en la Comunidad de Madrid existen 1.207 familias que habitan en chabolas, de ellas el 84% se encuentran en la capital (Tablas 1.9. y 1.10.)

Renta per cápita 1999 (euros por habitante)

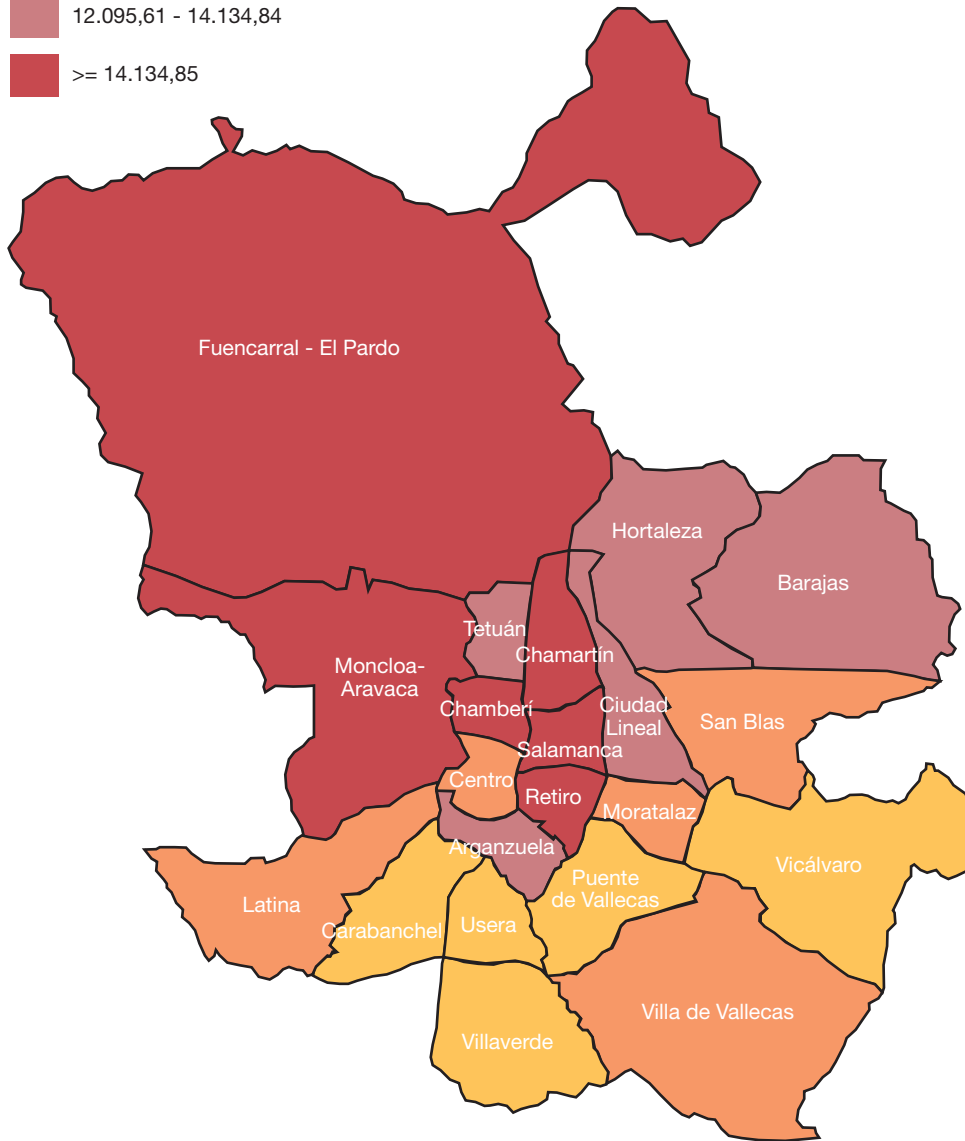
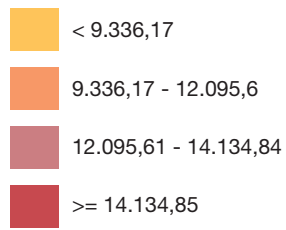


Gráfico 1.14. Renta Familiar Disponible en los distritos del municipio de Madrid

Fuente: Indicador de Renta Disponible Bruta Municipal, 1994-1997, 1998 (provisional) y 1999 (avance). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

Tabla 1.9. Familias Chabolistas en Madrid Capital.

Fuente: Informe Anual 2001. Instituto de Realojamiento e Integración Social. Consejería de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes. Comunidad de Madrid.

Nombre núcleo	Distrito municipal	Número de familias.
Estación de Atocha	Arganzuela	3
Rodríguez Jaén	Chamartín	0
Las Liebres	Fuencarral-El Pardo	22
Quinta		19
Pitis		113
Puerta de Hierro	Moncloa-Aravaca	21
Las Mimbreras	La Latina	75
C/ Pilar, s,n		2
Antonio Leyva	Carabanchel	1
Tanatorio		2
Carolinas	Usera	112
Huertos de San Fermín		8
Santa Catalina	Puente Vallecas	112
C/ Particular, Sta. Catalina		2
Estación Santa Catalina		4
Trigales		7
Los Olivos	Hortaleza	16
Cárcavas		17
Ctra. S. Martín de la Vega	Villaverde	1
Plata y Castañar		7
El Salobral		224
Ventorro		55
El Cristo	Villa Vallecas	11
Pozo del Huevo		65
Barranquilla y Camino		135
Cañaveral	Vicálvaro	63
Cocheras Metro	San Blas	1
Avda. Logroño	Barajas	8
Iberia Río		1
Ezequiel Peñalver		21
Total núcleos 32	14 distritos	1.019

Tabla 1.10. Familias Chabolistas en Madrid Región.

Fuente: Informe Anual 2001. Instituto de Realojamiento e Integración Social. Consejería de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes. Comunidad de Madrid.

Nombre núcleo	Municipio	Número de familias.
Río Torote	Alcalá de Henares	22
Fuente de la Salud		5
Vaquería de Cisneros	Alcorcón	7
El Montecillo	Aranjuez	17
Vía Ferrocarril disperso	El Escorial	1
Finca del Marqués	Majadahonda	9
Casas de Diego		12
Finca de Tío Pistolas	Moraleja de Enmedio	1
Vereda de Plan y Agua	Móstoles	55
Las Castellanas	S. Fdo de Henares	48
Ctra. de Inta		2
Caño Gordo	S. Sebastián de los Reyes	4
Cementerio	Torrejón de Ardoz	1
Parque de la Cañada,6	Velilla de San Antonio	4
Total núcleos 14	11 municipios	188

**Mortalidad y
Morbilidad en
la Comunidad
de Madrid**

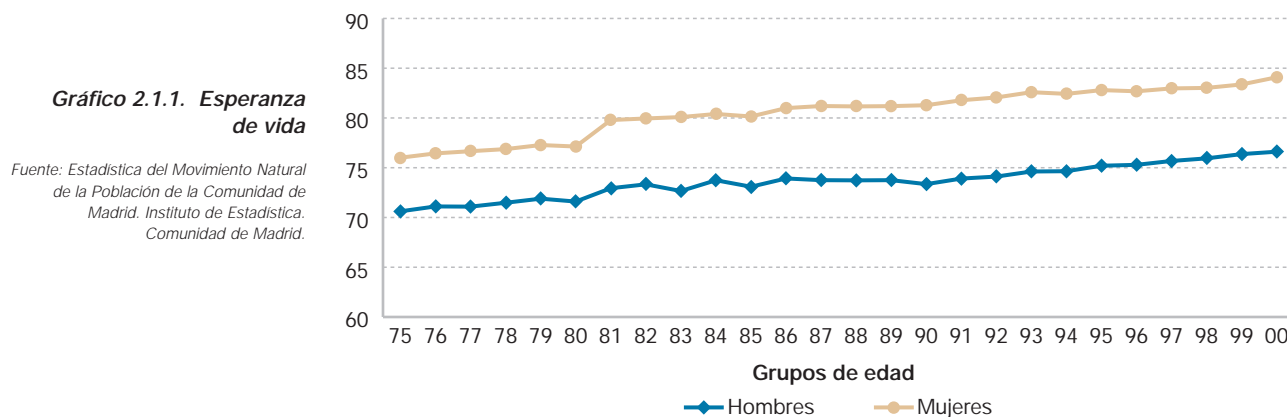
2

2.1. Esperanza de vida al nacer

En el gráfico 2.1.1. se presenta la evolución de la esperanza de vida al nacer de los residentes en la Comunidad de Madrid desde el año 1975 hasta el año 2000 según sexo.

Independientemente del sexo, la esperanza de vida aumenta de forma constante durante este periodo. Este incremento es de aproximadamente un 0,39% anual (en promedio) en las mujeres, mientras que en el caso de los varones, el incremento anual medio en estos veinticinco años es de 0,31%. Alcanzando en el año 2000 algo más de 76 años para los varones y de 84 la de las mujeres.

Como es bien conocido, la esperanza de vida femenina es superior a la masculina que alcanza en 2000 valores que ya habían obtenido las mujeres a mediados de los setenta.



2.2. Mortalidad general y específica por causas.

2.2.1. Mortalidad general

En el año 2000 fallecieron 37.837 personas residentes en la Comunidad de Madrid, de las cuales 19.614 fueron varones y 18.223 mujeres. Esto supone unas tasas brutas de 7,93 por 100.000 varones y 6,91 para las mujeres.

La tasa bruta de mortalidad en los residentes de la Comunidad de Madrid ha experimentado un ligero incremento (incremento medio anual de 1,15%), entre 1980 y 2000, alcanzando en este último año la cifra de 7,50 fallecidos por 100.000 habitantes.

Como muestra la evolución de las tasas ajustadas por edad, este incremento de la mortalidad se debe más al efecto del envejecimiento de la población que a cambios en los riesgos de enfermedad y muerte de la población de la Comunidad (gráfico 2.2.1.1.), ya que las tasas ajustadas experimentan un descenso del 1,22% medio anual durante este

periodo, es decir, cada año la tasa disminuye, en promedio, 1,22% del valor que alcanzaba el año anterior.

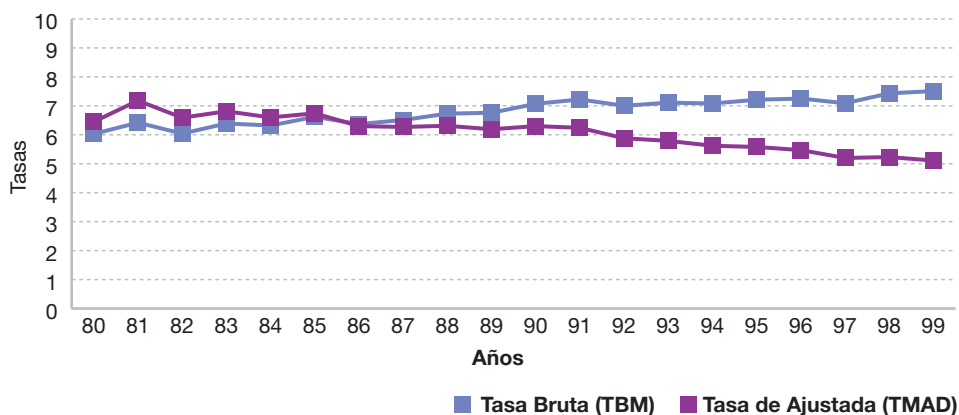


Gráfico 2.2.1.1. Tasas de Mortalidad Brutas y Ajustadas de Residentes en la Comunidad de Madrid

Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid
http://informadri.icm.es/estadis/s_reside.htm#DEFUNCIONES

La distribución de la mortalidad por grupos de edad y sexo en 2000 queda reflejada en el gráfico 2.2.1.2. donde se aprecia que la mortalidad masculina es superior a la femenina en todos los grupos de edad, si bien las diferencias se acentúan según avanza la edad.

En la mortalidad para ambos sexos es de destacar una tasa de 3,91 en los menores de un año seguida de una disminución en los siguientes grupos de edad. Como es habitual en los países industrializados, se inicia un ascenso paulatino de los 15 a los 44 años y una pendiente claramente progresiva a partir de los 45 años de edad. La fuerte disminución de la mortalidad infantil queda reflejada en el gráfico, de manera que la clásica forma en V de la mortalidad específica por edad (propia de países en vías de desarrollo) se ha transformado en la que se refleja en el gráfico.

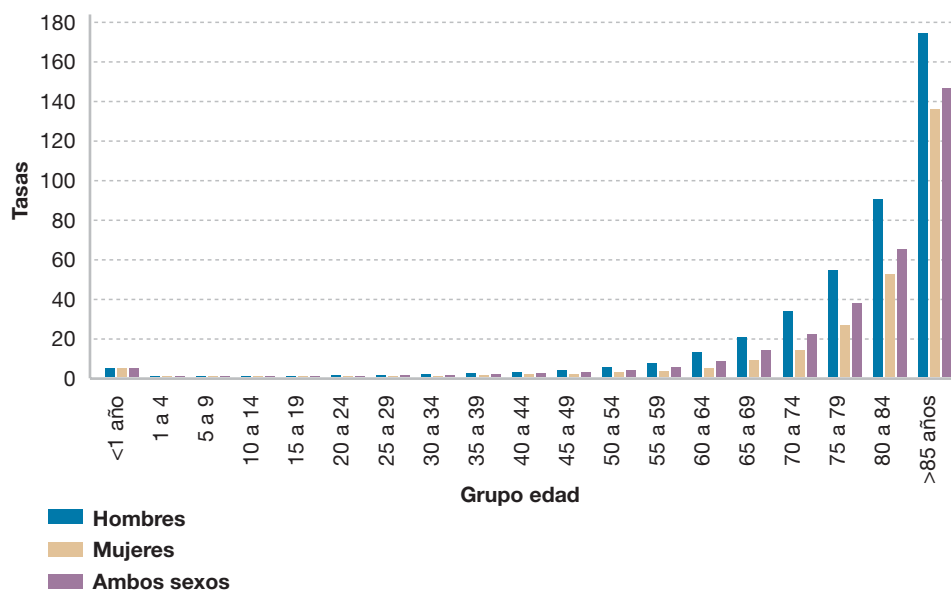


Gráfico 2.2.1.2. Mortalidad por Grupos de Edad y Sexo. Año 2000.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

2.2.2. Mortalidad por causas

Dentro de la mortalidad por Grandes Grupos, en el año 2000, se mantienen las enfermedades del sistema circulatorio en el primer lugar de frecuencia con un 30,67% de las muertes y una tasa bruta para ambos sexos de 228,6 por 100.000 habitantes, correspondiendo por sexo una tasa de 209,6 por 100.000 varones y de 266,2 a las mujeres.

El patrón de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio presenta importantes diferencias entre ambos sexos. Entre los hombres son más frecuentes el infarto agudo de miocardio y las enfermedades isquémicas del corazón, mientras que en las mujeres prevalecen las enfermedades cardíacas reumáticas, la insuficiencia cardíaca y sobre todo las enfermedades cerebrovasculares con unas tasas respectivas de 65,36 y 48,18 para mujeres y varones.

En segundo lugar continúa la mortalidad por tumores, la cual supone un 29,62% del conjunto de los fallecimientos, con unas tasas de 220,80 para ambos sexos, invirtiéndose el orden en los géneros: la tasa de los varones es de 279,10 (primera causa de muerte para los hombres), mientras que en las mujeres este grupo de causas (180,50 por 100.000) representa la segunda causa de muerte.

La gran diferencia entre sexos que se observa en la mortalidad debida a tumores se debe fundamentalmente al cáncer de pulmón que, aunque se ha incrementado en las mujeres, continúa afectando principalmente a los varones (73,11 por 100.000 en varones frente a 9,97 en las mujeres). También el tumor maligno de vejiga presenta importante sobremortalidad masculina (14,39 frente a 3,30 por 100.000 mujeres). El tumor maligno de mama es la principal causa de mortalidad en las mujeres.

Si comparamos la mortalidad proporcional de estos dos grupos de causas de muerte con la del año 1997, año en que todavía está vigente la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la mortalidad por tumores se mantiene estable mientras que la mortalidad por enfermedades circulatorias desciende de un 32,8 a un 30,67; efecto puede ser debido a que en la 10ª Revisión la parada cardíaca ya no se incluye en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, pasando a formar parte del grupo de las enfermedades mal definidas, cuya mortalidad proporcional se ha incrementado desde el 1,9% en 1997 hasta 2,97% en 2000.

En tercer lugar, con tasas sensiblemente menores, se sitúan las enfermedades del sistema respiratorio cuya mortalidad proporcional también aumenta desde un 10,7% de todos los fallecimientos en 1997 hasta un 13,26% en 2000, incremento que puede ser debido a la inclusión, en este grupo, de la insuficiencia respiratoria que anteriormente se incluía en el capítulo dedicado a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. La mortalidad por enfermedades crónicas del aparato respiratorio (principalmente EPOC) es sensiblemente superior en hombres (ver apartado 5.4.), mientras que la originada por asma afecta principalmente a las mujeres.

Por lo que se refiere a las enfermedades del aparato digestivo, cabe destacar la sobremortalidad masculina de la cirrosis hepática.

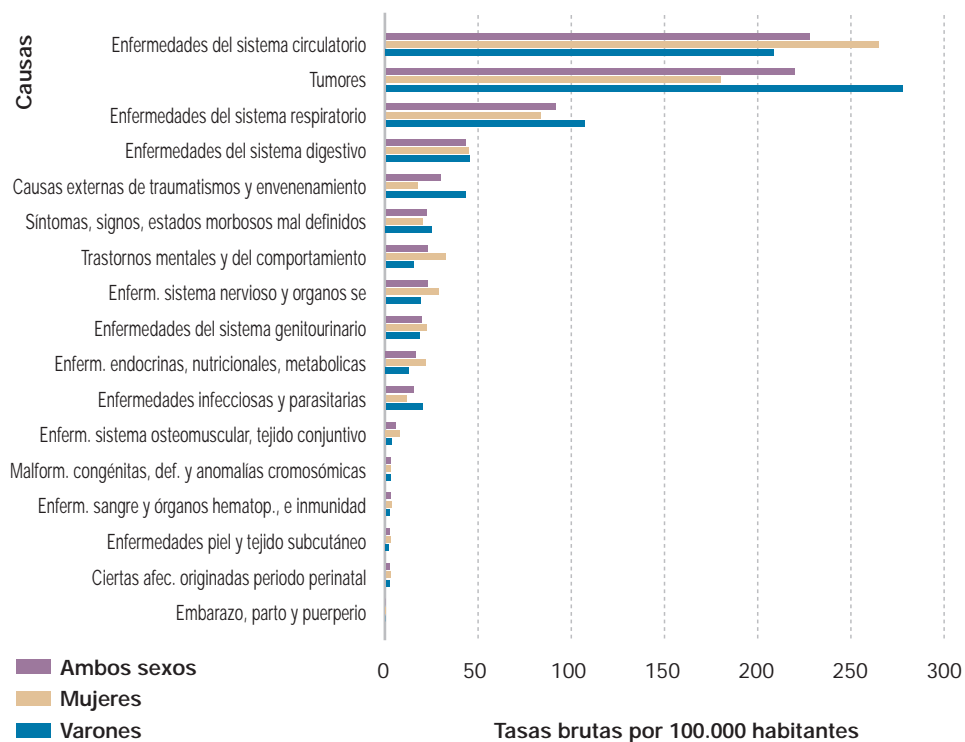


Gráfico 2.2.2.1. Mortalidad según Grandes Grupos de Causas y sexo. Año 2000.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

También experimentan ligeras disminuciones de la mortalidad proporcional tanto las afecciones del periodo perinatal como las causas externas.

2.3. Mortalidad infantil y sus componentes

Durante el año 2000 las tasas de mortalidad infantil y las de sus componentes son ligeramente más altas para los varones (4,13) que para las niñas (3,99). La excepción son la mortalidad perinatal, que es ligeramente superior en el sexo femenino (4,82 por mil niñas, frente a 4,39 por cada mil varones) y la neonatal (2,78 por mil en niñas y 2,32 por mil en varones).

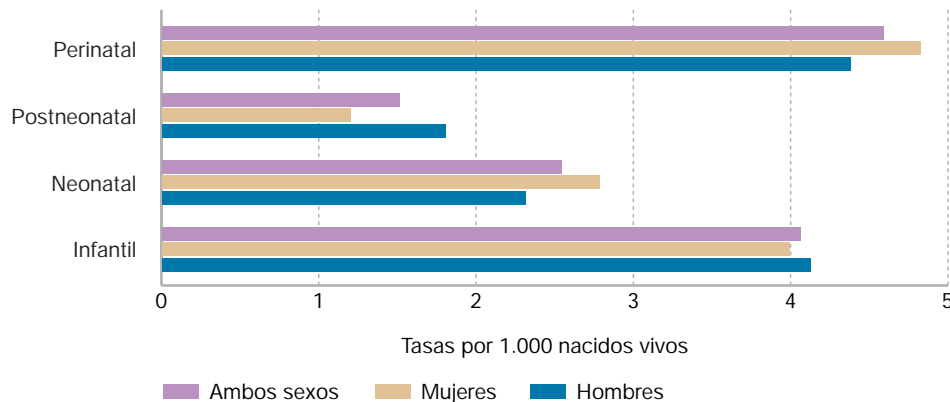


Gráfico 2.3.1. Mortalidad infantil y sus componentes. Año 2000

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid 2000 (Defunciones). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid 2000 (Nacimientos). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

Tabla 2.3.1. Comparación de las Tasas de Mortalidad Infantil y sus componentes en la Comunidad de Madrid. Años 1990 y 2000.

	INFANTIL	NEONATAL	POSTNEONATAL	PERINATAL
1990	6,93	4,57	2,36	6,61
2000	4,06	2,54	1,52	4,60

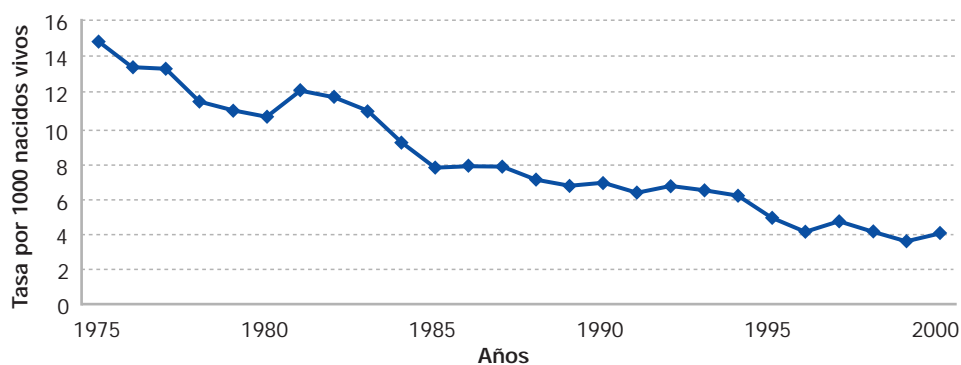
Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid 2000 (Defunciones). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid 2000 (Nacimientos). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

Durante la década de los noventa, todos los componentes de la mortalidad infantil han continuado el importante descenso que habían experimentado durante todo el siglo XX (Tabla 2.3.1.).

Entre 1975 y 2000 la mortalidad infantil ha descendido un 4,73% cada año (en promedio) (Gráfico 2.3.2.).

Gráfico 2.3.2. Mortalidad Infantil. 1975-2000

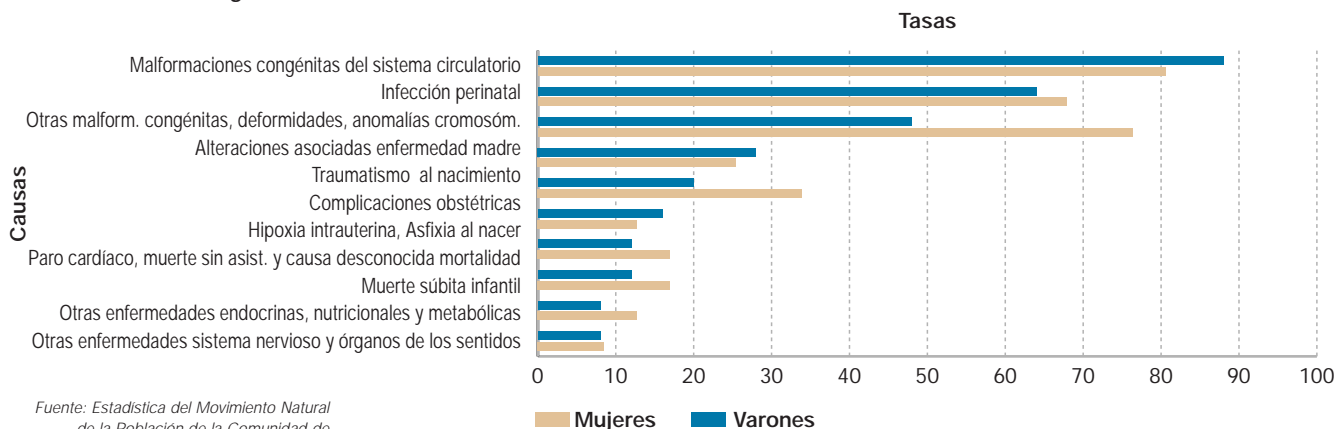
Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid 2000 (Defunciones). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid 2000 (Nacimientos). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.



En los menores de un año la principal causa de muerte, tanto en varones como en mujeres son las malformaciones congénitas del sistema circulatorio, tasa de 88,01 y 80,55 por 100.000 respectivamente.

El segundo lugar en frecuencia lo ocupan la infección perinatal en varones (tasa de 64,01) y, en las mujeres, otras malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas tasa (76,31).

Gráfico 2.3.3. Principales Causas de Muerte. Menores de 1 año. Según sexo.



Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid 2000 (Defunciones). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid 2000 (Nacimientos). Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

2.4. Morbilidad hospitalaria

En el año 1999 se produjeron 538.244 altas hospitalarias en la Comunidad de Madrid, de estas el 54.9% fueron en mujeres y el 45.1% en hombres. Por grupos de edad, destaca la presión ejercida por las mujeres en toda la edad fértil, alcanzando el máximo entre los 30 y 34 años, grupo que ocasiona el 12,6% de toda la frecuentación hospitalaria femenina, mientras que los varones del mismo grupo etario únicamente producen el 4,7% de las altas hospitalarias de la población masculina; el otro grupo de edad en que las altas hospitalarias son mayores entre las mujeres es el de 75 y más años. En el resto de los grupos de edad los hombres acuden más al hospital que las mujeres (gráfico 2.4.1.).

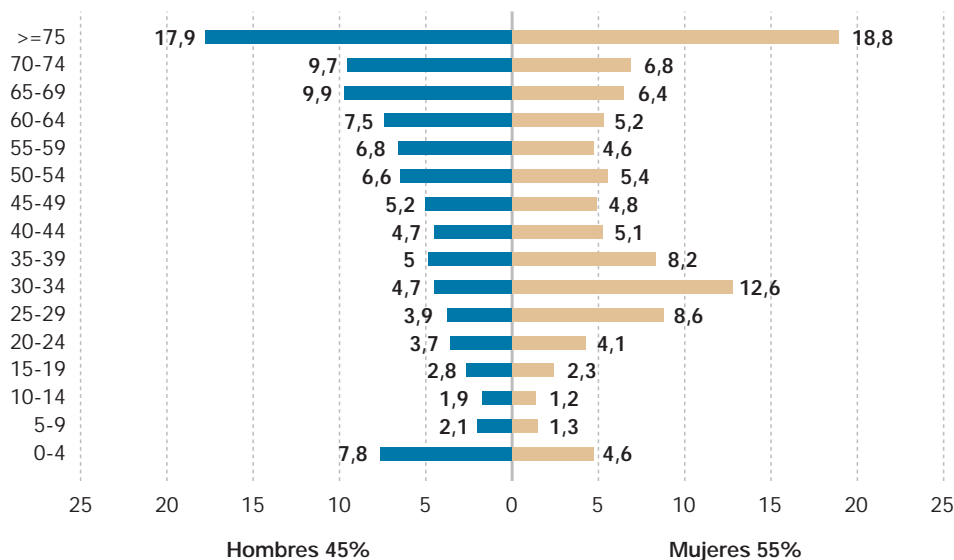


Gráfico 2.4.1. Distribución porcentual de las altas hospitalarias por edad y sexo. Comunidad de Madrid 1999.

Fuente: Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

Los cinco capítulos diagnósticos más frecuentes constituyen la mitad de todas las altas hospitalarias producidas en el año.

El grupo de diagnósticos que da origen a la mayor frecuentación hospitalaria (número de hospitalizaciones por 1.000 habitantes del grupo de población de que se trate) es el denominado "Complicaciones del embarazo, parto y puerperio" que ocasionó la hospitalización de 61.000 mujeres en ese año. Sin embargo este grupo poblacional mantiene las menores estancias medias (3,6 días).

Los capítulos diagnósticos que ocasionan mayores estancias hospitalarias son: los trastornos mentales; seguidos de las neoplasias; las enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas, y trastornos de la Inmunidad y las enfermedades del sistema circulatorio.

Los pacientes ingresados por trastornos mentales constituyen el grupo que ocasiona las mayores estancias medias (28,9 días), a pesar de que únicamente constituyen el 2,5% de las altas hospitalarias.

Tabla 2.4.1. Altas Hospitalarias por capítulos diagnósticos de la CÍE-9, Estancia media y tasa bruta. 1999

Fuente: Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

CAPÍTULOS DIAGNÓSTICOS	%	%AC*	EM**	TB***
VII ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	11.4	11.4	10.2	12.1
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	11.4	22.8	7.1	12.1
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	11.3	34.1	3.6	23.2
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	8.9	43.0	8.5	9.4
II NEOPLASIAS	7.4	50.4	11.2	7.9
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	6.7	57.1	5.5	7.1
XVII LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	6.3	63.4	9.8	6.7
XIII ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO	6.1	69.5	8.0	6.5
XVI SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	6.1	75.6	7.7	6.5
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	4.6	80.2	4.7	4.9
V TRASTORNOS MENTALES	2.5	82.7	28.9	2.7
III ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRITIVAS Y METABÓLICAS, Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	1.8	84.5	10.7	1.9
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.7	85.1	8.7	1.8
XV CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL	1.2	86.2	9.1	1.3
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	1.2	87.4	6.8	1.2
XIV ANOMALÍAS CONGÉNITAS	0.8	88.2	7.7	0.9
IV ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	0.7	88.9	9.8	0.7

* Porcentaje acumulado ** Estancia media *** Tasa bruta por 1.000 habitantes.

El grupo de los tumores combina una frecuentación hospitalaria relativamente alta (7,9 por 1.000 hab.) con unas estancias medias solo superadas por los trastornos mentales.

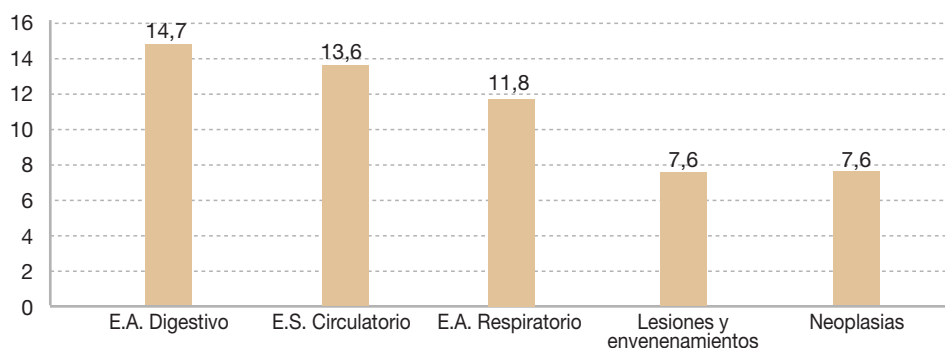
Los enfermos diagnosticados de alguno de los procesos incluidos entre las “enfermedades endocrinas, de la nutrición, el metabolismo y los trastornos de la inmunidad” también ocasionan largas estancias medias (10,7 días), si bien su frecuencia es relativamente escasa (1,9 por 1.000 hab.).

Los principales procesos que originan internamiento hospitalario en los varones son las enfermedades del aparato digestivo, entre las que destacan las hernias de la cavidad abdominal; las enfermedades del aparato circulatorio, principalmente la cardiopatía isquémica y las del respiratorio, entre las que sobresale la EPOC. Con menor frecuentación hospitalaria se encuentran el grupo de causas externas (traumatismos, envenenamientos, etc.) y las neoplasias (gráfico 2.4.2.).

Gráfico 2.4.2. Principales causas de Morbilidad Hospitalaria por capítulos diagnósticos. Varones 1999

Fuente: Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

Frecuentación por 1000



Como se ha comentado, la principal causa de ingreso hospitalario entre las mujeres son los procesos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, en segundo lugar se encuentran las enfermedades del aparato circulatorio, entre las que ocupa un lugar destacado la insuficiencia cardiaca y la enfermedad cerebrovascular; las enfermedades del aparato digestivo ocasionan el ingreso hospitalario de poco más de 25.000 mujeres en la Comunidad de Madrid, en cerca de 4.000 de ellas el diagnóstico que dio origen al ingreso hospitalario fue coleditiasis. Las enfermedades del aparato genitourinario ocupan el cuarto lugar en la frecuentación hospitalaria femenina y el grupo de las neoplasias, entre las que cabe destacar al tumor maligno de mama, con una frecuentación de 8,2 altas hospitalarias por 1.000 mujeres constituye la quinta causa de ingreso hospitalario de la población femenina de la Comunidad.

Frecuentación por 1000

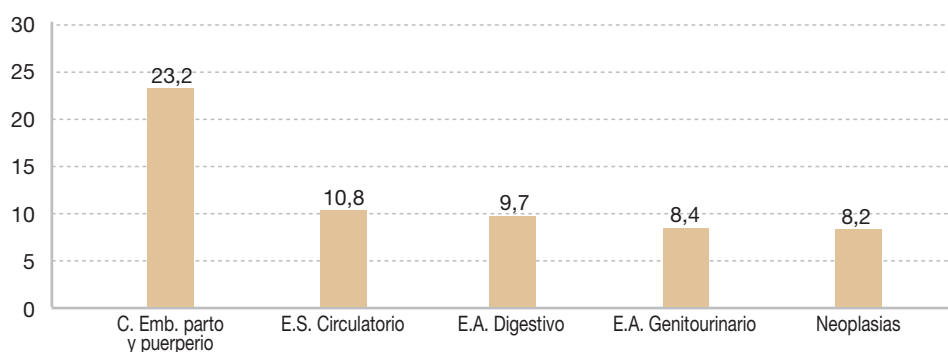


Gráfico 2.4.3. Principales causas de Morbilidad Hospitalaria por capítulos diagnósticos. Mujeres 1999

Fuente: Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

En las edades tempranas (0-4 años) predominan, además de las patologías originadas en el periodo perinatal, las patologías infecciosas y quirúrgicas tanto del aparato respiratorio como del digestivo; dentro del aparato respiratorio aparece también el asma como causa importante de alta hospitalaria.

En la infancia y juventud (5-24 años) destacan las lesiones y envenenamientos y dentro de ellas las fracturas, que ocupan el primer lugar entre las causas de alta hospitalaria en los hombres, en las mujeres son las causas obstétricas y dentro de estas el parto normal la primera causa. El asma sigue manteniéndose como causa importante para ambos sexos .

En el grupo masculino de adultos jóvenes (25-44 años) continua siendo una causa importante las lesiones y envenenamientos que ocupan el segundo lugar, mientras que en las mujeres empiezan a aparecer las neoplasias como grupo importante y dentro de ellas la de mama; en los hombres empieza a aparecer la enfermedad hepática y cirrosis crónica dentro del grupo de enfermedades del aparato digestivo como causa importante de alta hospitalaria.

Por lo que se refiere a los adultos-maduros (45-64 años) ya se consolidan las neoplasias que constituyen la segunda causa de alta hospitalaria en las mujeres y la tercera en los hombres; dentro del grupo del sistema circulatorio la cardiopatía isquémica es respon-

sable del 40.2% de las altas hospitalarias en los hombres y del 17.5% en las mujeres, la enfermedad hepática y cirrosis crónica se sigue manteniendo en los hombres y empiezan a aparecer los procesos crónicos relacionados con el pulmón como causa importante dentro de las enfermedades del aparato respiratorio, así el 29.5% de las altas producidas por enfermedades del aparato respiratorio se deben a enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades asociadas.

En los mayores de 64 años, continúan siendo causa importante las neoplasias, dentro del sistema circulatorio se mantiene la cardiopatía isquémica y aparece la enfermedad cerebrovascular, se consolidan los procesos crónicos originados en el pulmón en los hombres y empiezan a aparecer como causa importante en las mujeres.

**Factores
determinantes**

3

3.1. Actividad física

Está suficientemente documentado que la práctica de ejercicio físico se asocia a una disminución de la mortalidad por todas las causas, especialmente por muerte prematura y enfermedades cardiovasculares, en todos los grupos de edad. El ejercicio físico practicado regularmente reduce el riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria, hipertensión arterial, diferentes tipos de cáncer (especialmente el de colon), Diabetes Mellitus tipo II, osteoartritis, osteoporosis y obesidad. Pero también mejora la función fisiológica fortaleciendo los músculos, tendones y articulaciones al aumentar su fuerza muscular. Sobre la salud mental actúan aliviando los síntomas de depresión y ansiedad, incrementando el bienestar psicológico.

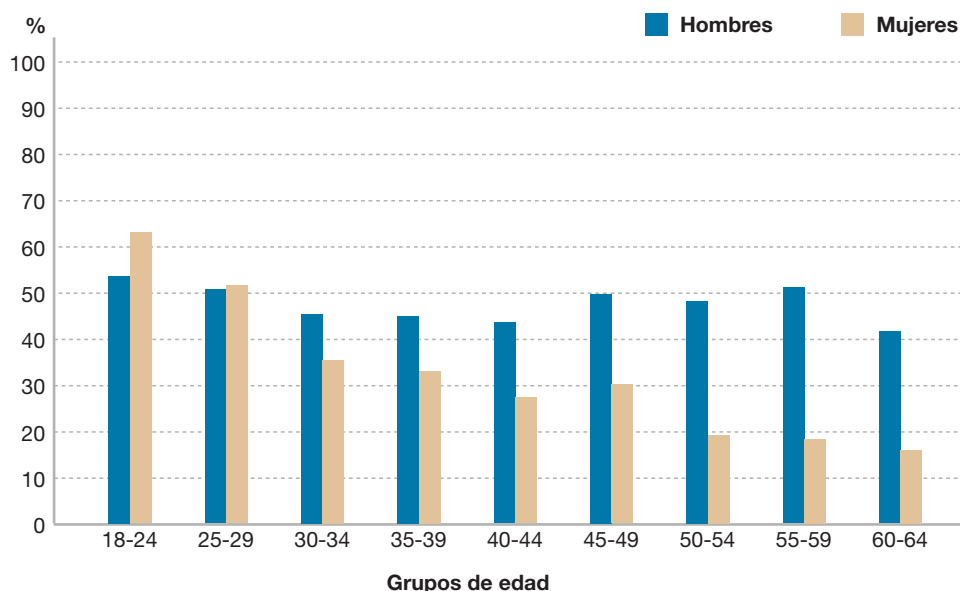
3.1.1. Frecuencia y grupos de riesgo

En el año 2001, el 43,6% (Intervalo de Confianza al 95%: 41,4-45,8) de la población de 18 a 64 años eran sedentarios (permanecer sentados la mayor parte del tiempo) durante la actividad laboral o habitual. Los hombres eran más sedentarios que las mujeres, con unas prevalencias del 48,4% (45,3-51,5) y 39,1% (36,1-42,1) respectivamente. En los hombres la distribución por edad es bastante homogénea mientras que en las mujeres se aprecia una menor frecuencia de sedentarismo a medida que aumenta la edad (Gráfico 3.1.1.1.).

Gráfico 3.1.1.1. Distribución de la proporción de sedentarios en la actividad laboral o habitual* según género y edad. Población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Consejería de Sanidad.

* Permanecer sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad laboral habitual



Respecto al ejercicio físico en tiempo libre, se observa que el 81% (79,3-82,7) de los habitantes de la Comunidad no realizaban ejercicio físico moderado o de mayor intensidad con regularidad (3 veces a la semana 30 minutos cada vez). En este indicador se invierte la relación de género, siendo los hombres ligeramente menos sedentarios que las mujeres, 77,4% (74,8-80) frente a 84,3 (82,1-86,5). A medida que se incrementa la edad aumenta la proporción de población sedentaria, de forma más acusada en los

varones que en las mujeres; sin embargo, por encima de los 50 años de edad la proporción de población sedentaria es prácticamente igual en ambos sexos, incrementándose la inactividad a medida que aumenta la edad. (Gráfico 3.1.1.2.)

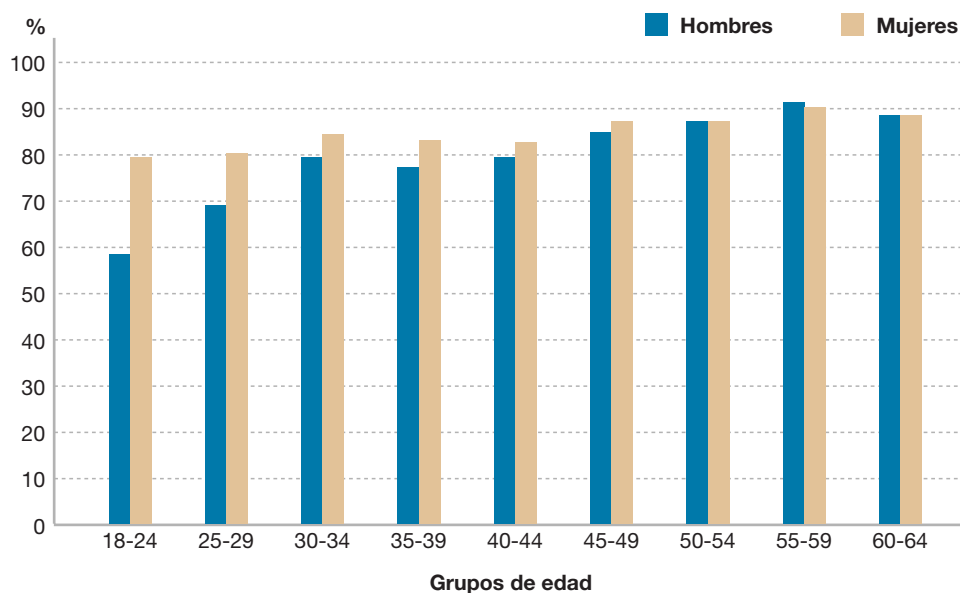


Gráfico 3.1.1.2. Distribución de la proporción de sedentarios en tiempo libre* según género y edad. Población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

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

La práctica de actividad física en tiempo libre está estrechamente asociada al nivel educativo, aumentando la inactividad tanto en hombres como en mujeres a medida que disminuye el nivel de estudios (Gráfico 3.1.1.3.)

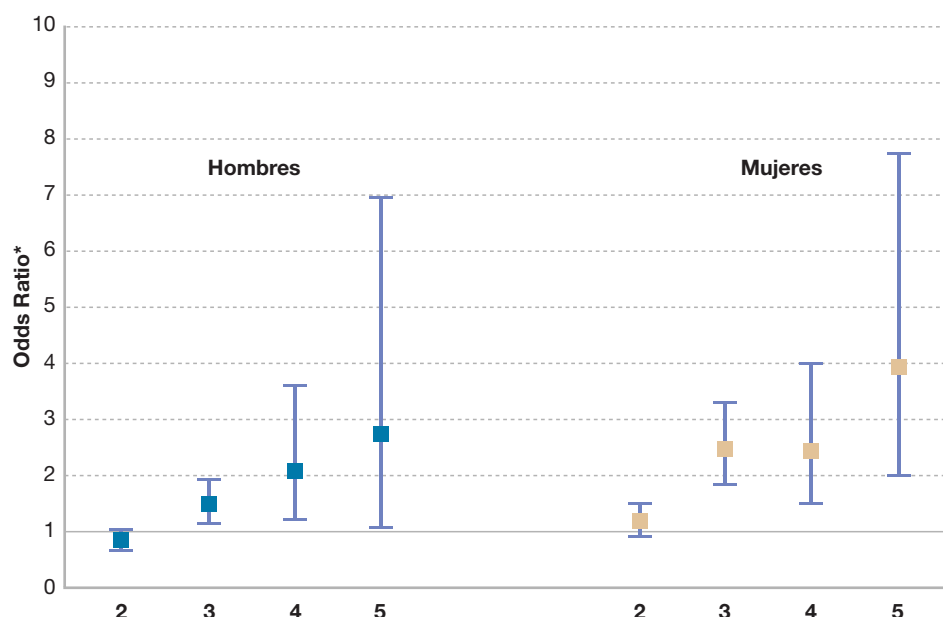


Gráfico 3.1.1.3. Distribución de la proporción de sedentarios en tiempo libre según nivel de estudios. Población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

* Odds Ratios (estimación puntual e intervalo de confianza al 95%), estimados mediante regresión logística, ajustados por edad y estratificados por género. Odds Ratios superiores a 1 se interpretan como mayor probabilidad de ser sedentarios en cada categoría de estudios respecto a la de referencia (estudios universitarios); por debajo de 1, menor probabilidad.

- Categoría de referencia:** Estudios universitarios
- 2: Secundarios de 2º grado
 - 3: Secundarios de 1º grado
 - 4: Estudios primarios
 - 5: Menos de primarios

La proporción de población joven que realiza ejercicio físico es mucho más elevada que a edades mayores, si bien se detecta un porcentaje importante de escolares que no realizan con suficiente regularidad actividades vigorosas o intensas. Durante 2002, el 28% (24,6-31,4) no realizan actividades vigorosas o intensas al menos 3 días a la semana, siendo más inactivas las jóvenes (39,9%) que los varones.

TABLA 3.1.2.1. Proporción de personas que no realizan alguna actividad física moderada o de mayor intensidad en tiempo libre¹, las dos últimas semanas, según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años.

ÁREA	TOTAL % (IC95%)*	HOMBRES % (IC 95%)	MUJERES % (IC 95%)
1	80,2 (± 2,2)	76,7 (± 3,4)	83,3 (± 2,9)
2	78,0 (± 2,9)	74,5 (± 4,3)	81,6 (± 3,9)
3	82,1 (± 3,4)	81,1 (± 5,0)	83,0 (± 4,7)
4	80,1 (± 2,4)	77,8 (± 3,6)	82,1 (± 3,1)
5	79,7 (± 2,2)	76,6 (± 3,3)	82,9 (± 3,0)
6	77,0 (± 3,1)	70,9 (± 4,7)	83,1 (± 3,9)
7	79,4 (± 2,3)	75,4 (± 3,6)	82,9 (± 3,0)
8	83,0 (± 2,7)	80,0 (± 4,1)	85,9 (± 3,5)
9	85,9 (± 2,7)	82,8 (± 4,2)	88,7 (± 3,4)
10	84,8 (± 3,3)	79,9 (± 5,2)	89,7 (± 4,0)
11	82,8 (± 2,0)	78,1 (± 3,2)	87,1 (± 2,5)
TOTAL CM#	80,9 (± 0,8)	77,3 (± 1,3)	84,3 (± 1,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

1- Criterio: al menos 3 veces a la semana durante 30 minutos o más cada vez

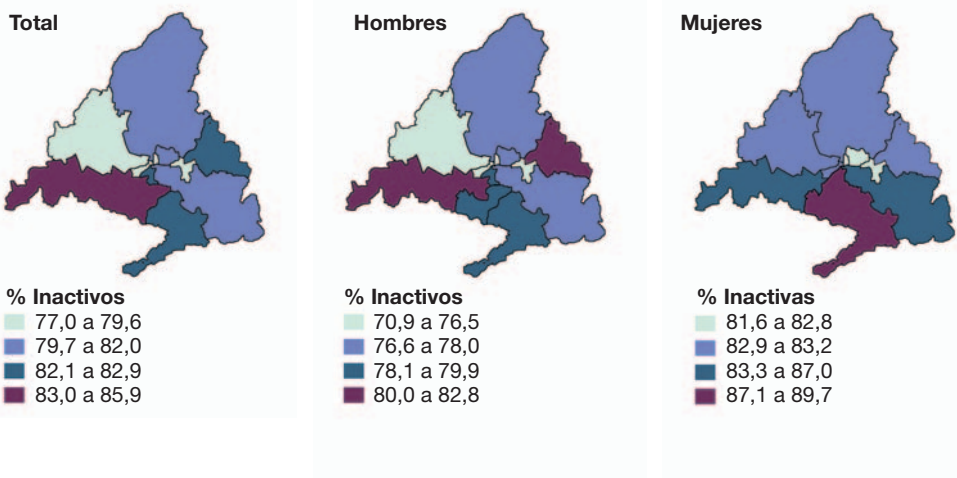
* IC: Intervalo de confianza
CM: Comunidad de Madrid

3.1.2. Distribución geográfica

La distribución de la actividad física en tiempo libre en la población adulta de 18 a 64 años varía según el ámbito geográfico. Se puede observar un gradiente norte-sur, con tasas de inactividad más elevadas en las áreas sanitarias localizadas en el sur de la región. En concreto, los hombres residentes en las áreas 3, 8, 9 y 10 tienen tasas más elevadas que el promedio, y en las mujeres destaca el exceso de población sedentaria en las áreas 9, 10 y 11. Estas diferencias, parecen estar relacionadas con la influencia del nivel socioeconómico sobre este indicador (Tabla 3.1.2.1. y Mapa 3.1.2.1.).

MAPA 3.1.2.1. Proporción de personas que no realizan alguna actividad física moderada o de mayor intensidad² en tiempo libre las dos últimas semanas, según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.



2- Criterio: al menos 3 veces a la semana durante 30 minutos o más cada vez

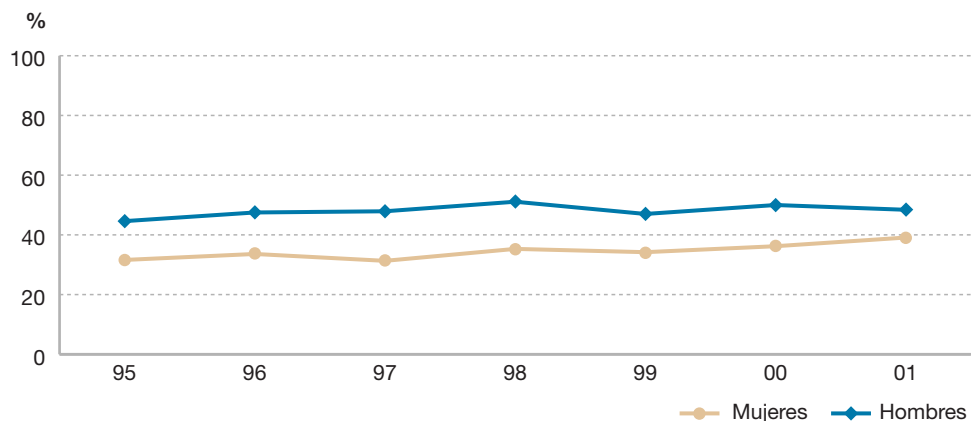


Gráfico 3.1.3.1. Proporción de personas no activas en la actividad habitual/laboral. Población de 18 - 64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 2000-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

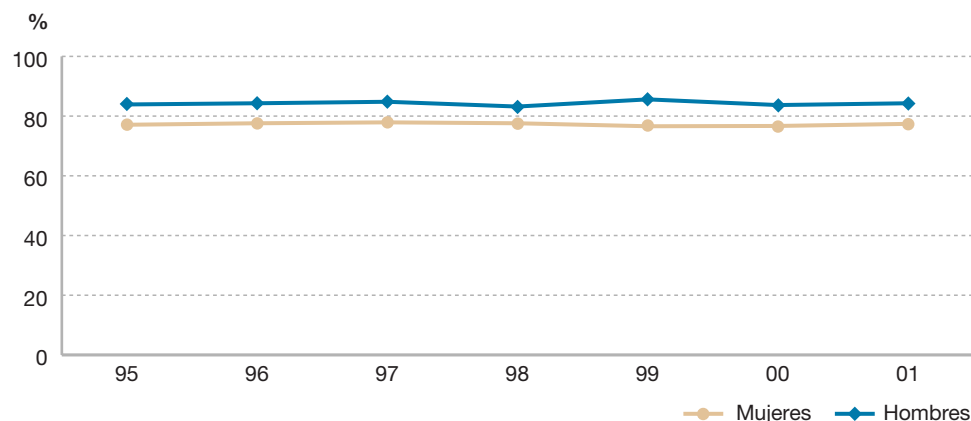


Gráfico 3.1.3.2. Proporción de personas no activas en tiempo libre Población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 2000-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

3.1.3. Tendencias

En la población adulta se observa un ligero incremento del sedentarismo en la actividad laboral o habitual desde 1995 a 2001, y una evolución muy estable de la actividad física en tiempo libre (Gráficos 3.1.3.1. y 3.1.3.2.).

Sin embargo, si analizamos la cantidad promedio de gasto metabólico equivalente (medido en METs) gastados en las dos últimas semanas, observamos una clara tendencia decreciente. (Gráfico 3.1.3.3.)

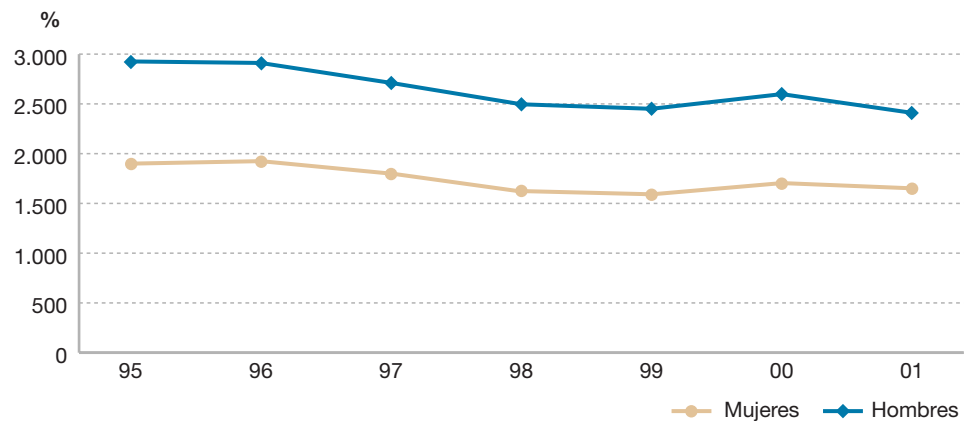


Gráfico 3.1.3.3. Gasto de energía* en tiempo libre. Población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 2000-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

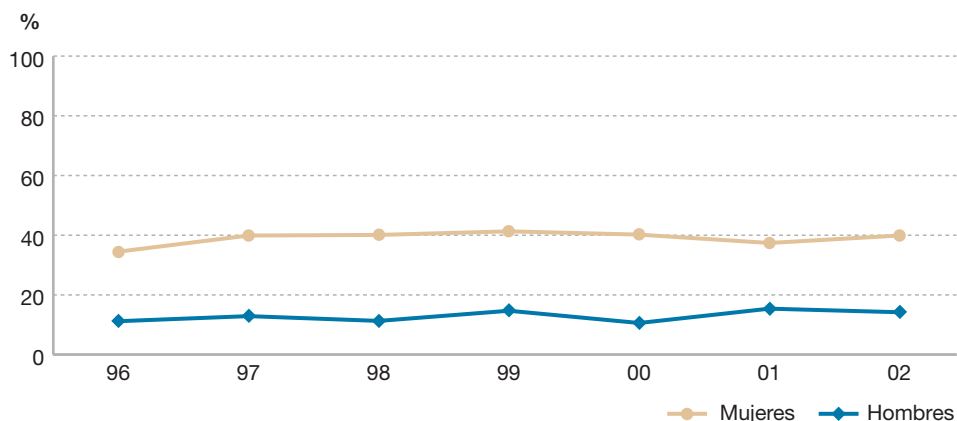
* Promedio de METs gastados en las 2 últimas semanas.

En la población juvenil se aprecia, en el mismo sentido, un ligero incremento de la inactividad, que es de mayor magnitud en los hombres (Gráfico 3.1.3.4.)

Gráfico 3.1.3.4. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana. Población de 15-16 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 1996-01. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.



3.2. Hábitos dietéticos y nutrición

En los últimos 40 años se han producido en la Comunidad de Madrid, al igual que en otras regiones de España, importantes cambios en el patrón de consumo alimentario que, traducido a términos nutricionales, es decir, al porcentaje que aporta cada macronutriente a la energía total, nos aleja cada vez más de la llamada tripleta ideal: aquella que aporta el 12% de las calorías totales en forma de proteínas, el 30% en forma de grasa y el 58% restante en forma de hidratos de carbono.

De acuerdo con la información facilitada por la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1964, en ése año el perfil nutricional calórico de la población española era de un 12% en forma de proteínas, un 32% en forma de grasas y un 53% en forma de hidratos de carbono. Sin embargo, 17 años más tarde (1981) el porcentaje de calorías que aportaban a la dieta las proteínas, grasas e hidratos de carbono, eran del 13%, 40% y 43% respectivamente.

Esta tendencia se sigue manteniendo a principios de los noventa y en la actualidad la desviación es mayor, aumentando el consumo de grasa (44,9%) y el de proteínas (14,4%) y disminuyendo el de hidratos de carbono (40,7%).

A partir de los años cincuenta comenzó a llamar la atención de los investigadores la existencia de una relación entre el tipo de dieta y la aparición de una serie de enfermedades crónicas. En los años sesenta comenzaron a aparecer evidencias que sugerían que determinadas enfermedades tenían su origen en la nutrición, resultando particularmente evidente para la cardiopatía isquémica.

En la actualidad sabemos que las principales causas de mortalidad en los países desarrollados están estrechamente relacionadas con la dieta. A pesar de que resulta difícil cuantificar exactamente en qué porcentaje es responsable de estos problemas de salud y de la existencia de cierta controversia científica respecto a alguna de estas relaciones, existe un consenso internacional sobre la necesidad de formular políticas alimentarias y nutricionales que contribuyan a disminuir estos factores de riesgo a través de la modificación y adopción de hábitos alimentarios saludables.

3.2.1. Frecuencia y grupos de riesgo

Distintos estudios que permiten objetivar los hábitos nutricionales de la población de la Comunidad de Madrid evidencian, independientemente del grupo de población investigado, que la dieta es hiperproteica, hipergrasa y deficitaria en hidratos de carbono y fibra (Tabla 3.2.1.1.).

Tabla 3.2.1.1. Comparación entre los objetivos nutricionales propuestos para España y los aportes reales estimados en la Comunidad de Madrid.*

Nutrientes	Objetivos Nutricionales para España (SENC)*	Estudio del Perfil Nutricional de los Mayores de Madrid (> 64 años)	Estudio Nacional de Nutrición y Alimentación 1991 I.N.E (todas las edades)	Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid 1993 (25-60 años)	Estudio CAENPE 1991 (6-14 años)
Proteínas **	13	15	15	16	17
Hidratos de carbono**	55-60	46	42	42	40
Complejos	>50	nd	nd	33	nd
Simples	>10	nd	nd	nd	nd
Grasa total**	< 35# ; < 30#	40	41	40	43
Grasa saturada**	<10	9	12	12	17
Grasa mono y poliinsaturada/ saturada	>2	3,1	2	2,1	1,5
Colesterol (mg/día)	< 300	370	414	380	516
Fibra (g/día)	>25	23	19	21	20

* Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

** % de energía.

<35% en caso de utilizar habitualmente aceite de oliva y <30% en caso de no utilizarlo.

nd: no disponible

Si tomamos el consumo de fruta y verdura como indicador de calidad alimentaria, observamos como a medida que la población es más joven se incumple con mucha mayor frecuencia el objetivo nutricional de consumir al menos 3 raciones de fruta y verdura diarias. Asimismo el consumo de fruta y verdura es mucho menos frecuente en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad. (Gráfico 3.2.1.1.)

Por otro lado, las personas con nivel educativo inferior (tanto varones como mujeres) consumen menos fruta y verduras, (Gráfico 3.2.1.2.).

Gráfico 3.2.1.1. Distribución de la proporción de personas con consumo < 3 raciones de fruta y verdura durante las últimas 24 horas según género y edad.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

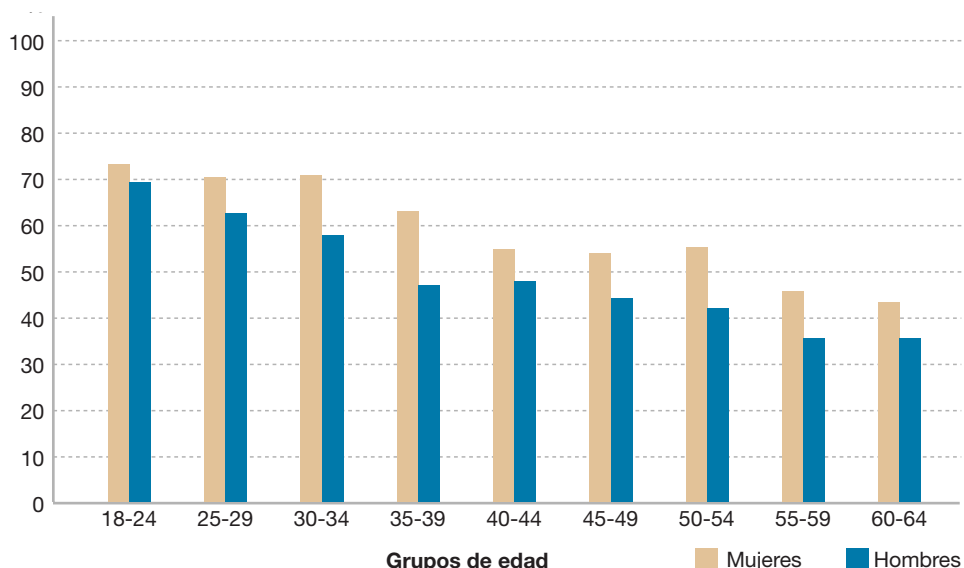
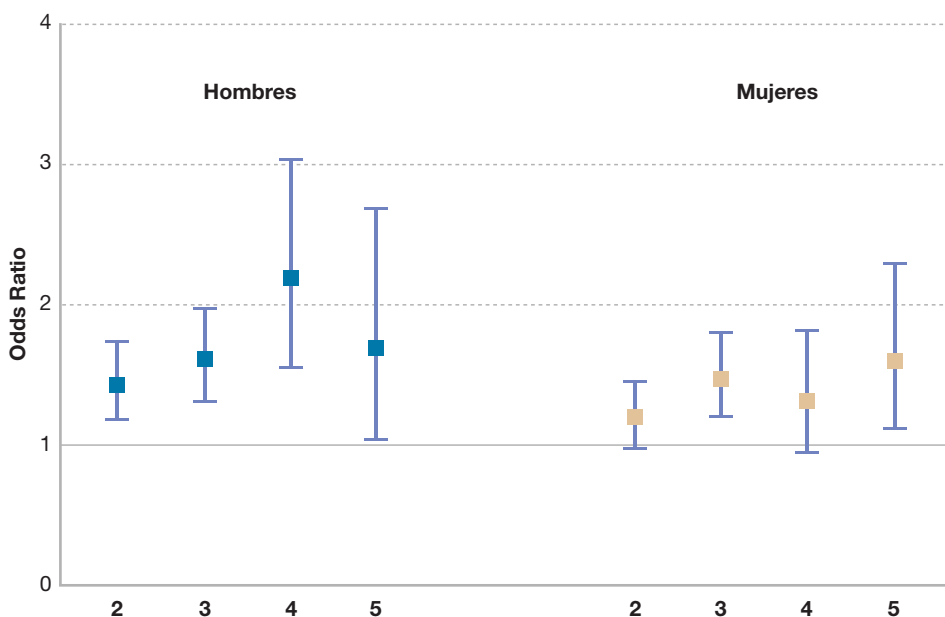


Gráfico 3.2.1.2. Distribución del consumo de < 3 raciones de fruta o verduras durante las últimas 24 horas según nivel de estudios.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



- Categoría de referencia:** Estudios universitarios
- 2: Secundarios de 2º grado
 - 3: Secundarios de 1º grado
 - 4: Estudios primarios
 - 5: Menos de primarios

3.2.2. Distribución geográfica

En las 11 Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid, la distribución del consumo de fruta y verdura en los varones es bastante similar, superando el 60% la proporción de los mismos que consume dichos nutrientes con una frecuencia inferior a la recomen-

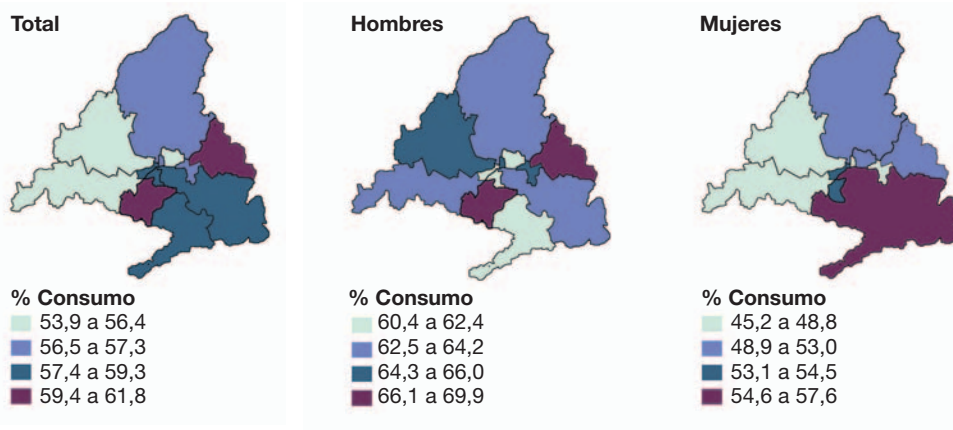
da, destacando los varones del Área 9 cuya proporción se acerca al 70%. Sin embargo, en las mujeres la variabilidad es algo mayor, ya que la proporción de mujeres con un consumo diario de fruta y verdura inferior al recomendado no llega a la mitad en las Áreas 2, 5, 6 y 8. (Tabla 3.2.2.1. y Mapa 3.2.2.1.)

ÁREA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	%	(IC95%)*	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
1	58,5	(± 2,7)	62,5	(± 3,9)	54,8	(± 3,8)
2	57,2	(± 3,5)	65,3	(± 4,7)	48,6	(± 5,1)
3	59,4	(± 4,4)	66,5	(± 6,1)	52,6	(± 6,2)
4	56,4	(± 2,9)	62,2	(± 4,2)	51,2	(± 4,1)
5	56,5	(± 2,8)	64,0	(± 3,8)	48,9	(± 4,0)
6	55,3	(± 3,6)	64,3	(± 4,9)	46,4	(± 5,2)
7	57,4	(± 2,8)	61,1	(± 4,1)	54,1	(± 3,9)
8	53,9	(± 3,6)	63,0	(± 4,9)	45,2	(± 5,0)
9	61,1	(± 3,8)	69,9	(± 5,1)	53,1	(± 5,3)
10	61,8	(± 4,5)	66,1	(± 6,2)	57,6	(± 6,5)
11	57,4	(± 2,6)	60,4	(± 3,8)	54,6	(± 3,7)
TOTAL CM#	57,4	(± 1,0)	63,5	(± 1,4)	51,7	(± 1,4)

* IC: Intervalo de confianza.
CM: Comunidad Madrid.

TABLA 3.2.2.1. Proporción de personas con un consumo menor de 3 raciones de fruta y verduras al día, según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años (Comunidad de Madrid).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.



MAPA 3.2.2.1. Proporción de personas con un consumo menor de 3 raciones de fruta y verduras al día según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años (Comunidad de Madrid).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

3.2.3. Tendencias

Como hemos expuesto anteriormente, con el paso del tiempo nos alejamos paulatinamente del patrón tradicional de la dieta mediterránea, desviándonos de las recomendaciones nutricionales.

De las tendencias a corto plazo disponibles por el SIVFRENT, destaca la evidente disminución del consumo de fruta tanto en la población adulta como juvenil, que afecta a los hombres y a las mujeres.

Gráfico 3.2.3.1. Proporción de personas con consumo de < 2 raciones de fruta en las últimas 24 horas.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

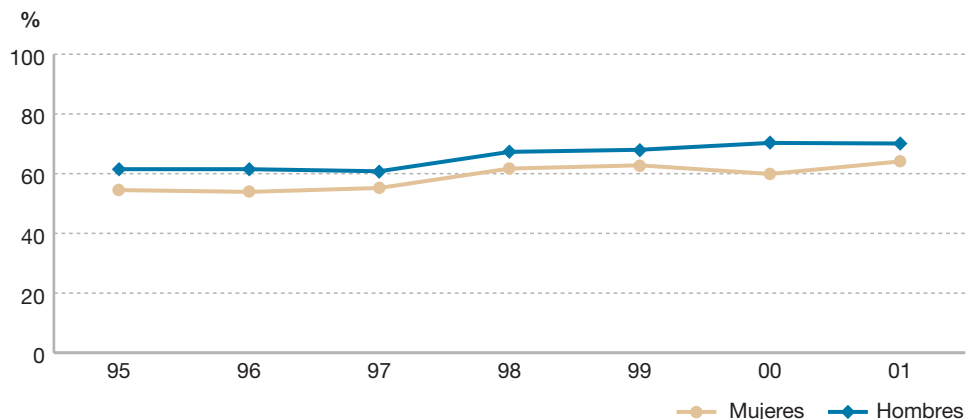
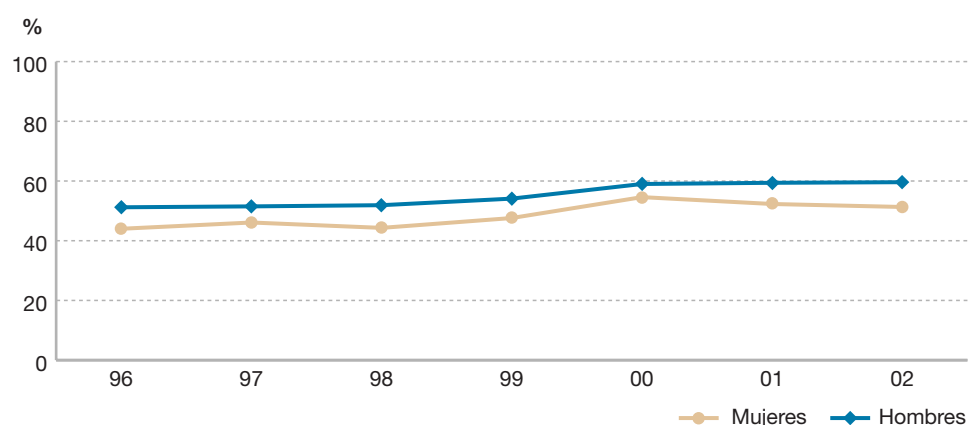


Gráfico 3.2.3.2. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de < 2 raciones de fruta al día. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2002.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 1996-01. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.



3.2.4. Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente en las sociedades modernas, constituyendo actualmente uno de los problemas de salud pública emergentes más importantes. Esto es debido a que son numerosos los países en los que se está detectando un fuerte incremento de su frecuencia en la población adulta e infantil.

El sobrepeso y la obesidad es una causa prematura de muerte y está asociado con numerosas enfermedades, destacando las enfermedades del corazón, tensión arterial, diabetes de tipo 2, determinados tipos de cáncer³ (como el de colon, próstata, endometrio, mama), problemas respiratorios (apnea de sueño, asma), la artritis o las complicaciones durante el embarazo.

En Europa, aunque las estimaciones varían mucho entre países e incluso entre zonas geográficas de un mismo país, podemos hablar globalmente de un 15-20% de obesos en la población adulta media. España se sitúa en un punto intermedio entre los países del norte de Europa que tienen la frecuencia más baja y los del este a los que corresponden las proporciones superiores.

3- Stunkard AJ, Wandden TA. (Editors) Obesity: theory and therapy, Second Edition. New York: Raven Press, 1993.
National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda, Maryland: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998

Las causas de la obesidad están relacionadas con la genética, la nutrición y la actividad física. Como definía el profesor Grande Covián, la obesidad es un acumulo de energía sobrante; es decir, un desequilibrio entre la energía que proviene de la ingesta de alimentos y el gasto (metabolismo y actividad física).

Actualmente, según la propuesta de la Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad (SEEDO), se considera que existe sobrepeso cuando el Índice de Masa Corporal [IMC: $\text{Peso en Kg.} / (\text{talla en m})^2$] sea igual o superior a 25, diferenciando a partir de este valor las siguientes categorías:

- sobrepeso de grado I (IMC: 25-26,9);
- sobrepeso de grado II (IMC: 27-29,9);
- obesidad tipo I (IMC: 30-34,9);
- obesidad tipo II (IMC: 35-39,9);
- obesidad tipo III o mórbida (IMC: 40-49,9) y
- obesidad tipo IV o extrema (IMC: ≥ 50).

3.2.4.1. Frecuencia y grupos de riesgo

En la Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid realizada en 1993 por la Consejería de Sanidad, el 30% de los hombres y el 32% de las mujeres de 25 a 60 años tenían un sobrepeso de grado II o mayor, estimado mediante mediciones antropométricas.

Más concretamente, el 20,0% de los hombres y el 17,0% de las mujeres tenían un sobrepeso de grado II, y el 10% y 15% respectivamente tenían distintos tipos de obesidad. Estas cifras nos sitúan en unas tasas intermedias, respecto a otros ámbitos geográficos españoles con información comparable, (Gráfico 3.2.4.1.1.).

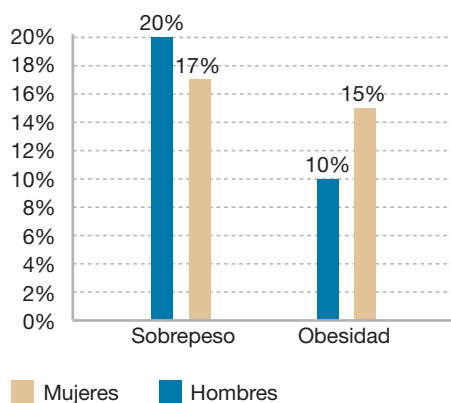


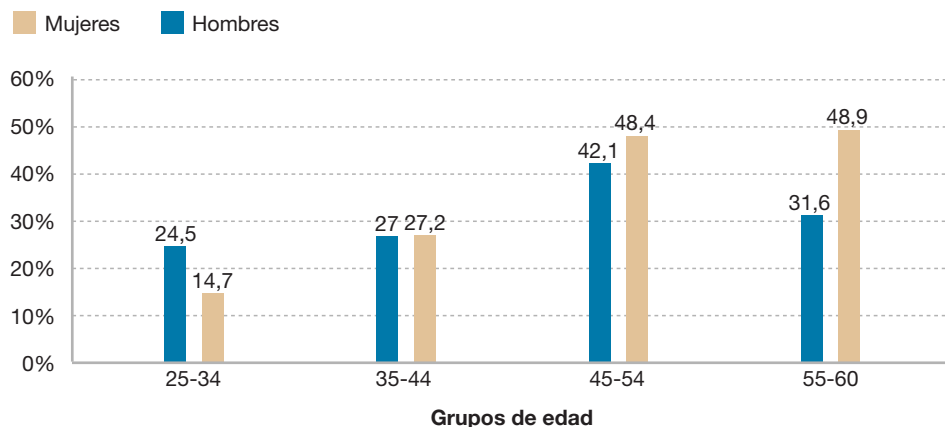
Gráfico 3.2.4.1.1. Personas de 25-60 años con sobrepeso (IMC 27-30) y obesidad (IMC > 30).

Fuente: Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

El sobrepeso se produce con más frecuencia en los hombres que en las mujeres, pero la obesidad es más prevalente en las mujeres. A medida que aumenta la edad se incrementa la frecuencia del sobrepeso y la obesidad, alcanzándose un máximo a partir de los cuarenta y cinco años (Gráfico 3.2.4.1.2.).

Gráfico 3.2.4.1.2. Personas de 25-60 años con sobrepeso u obesidad (IMC \geq 27) según género y edad.

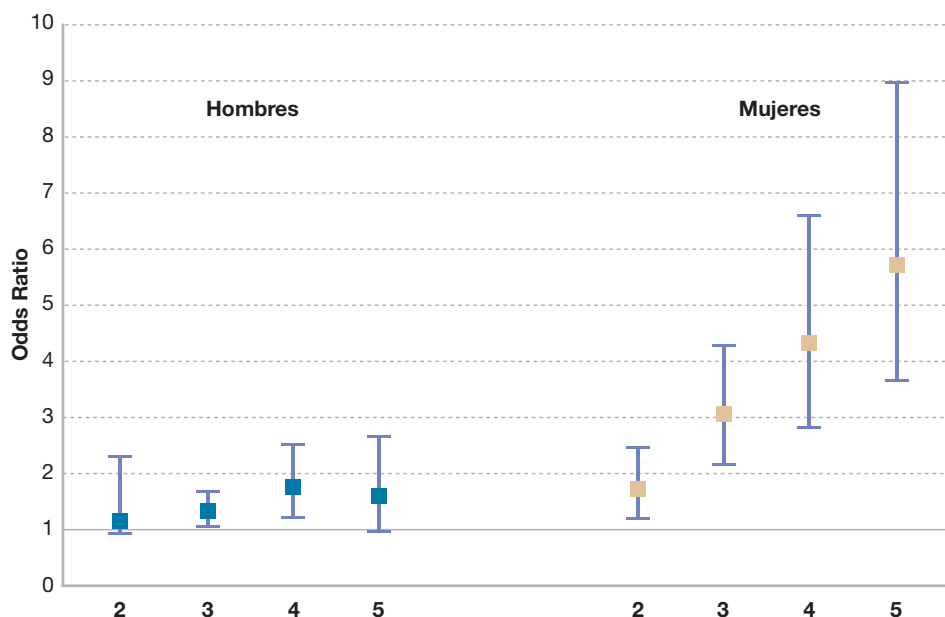
Fuente: Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.



A través del SIVFRENT de adultos, que estima el IMC a partir del peso y talla autoinformados, podemos valorar la distribución del sobrepeso según nivel educativo, observando como a medida que disminuye el nivel de estudios aumenta considerablemente el sobrepeso y la obesidad, especialmente en las mujeres. (Gráfico 3.2.4.3.)

Gráfico 3.2.4.1.3. Distribución del sobrepeso y obesidad (IMC \geq 27) según el nivel de estudios. Población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Categoría de referencia: Estudios universitarios

2: Secundarios de 2º grado

3: Secundarios de 1º grado

4: Estudios primarios

5: Menos de primarios

3.2.4.2. Distribución geográfica

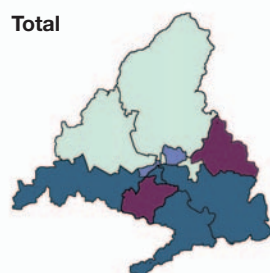
La distribución del sobrepeso y la obesidad por áreas sanitarias no es homogénea. En general, existe un gradiente norte-sur, con tasas más altas en el sur y más en concreto en el sureste, especialmente en las mujeres. El área 3 y 9 tienen un exceso significativo en los hombres, y la 1 y la 10 en las mujeres. Estas diferencias, como veíamos en el apartado anterior, parecen ser debidas a la diferente distribución de este indicador por nivel socioeconómico.

ÁREA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	%	(IC 95%)**	%	(IC 95%)**	%	(IC 95%)**
1	19,5	(± 2,2)	20,9	(± 3,2)	18,2	(± 3,0)
2	14,2	(± 2,5)	19,1	(± 3,9)	8,9	(± 2,9)
3	22,9	(± 3,8)	27,9	(± 5,8)	18,2	(± 4,8)
4	18,7	(± 2,3)	21,6	(± 3,5)	16,1	(± 3,0)
5	17,0	(± 2,1)	21,9	(± 3,3)	12,1	(± 2,6)
6	15,8	(± 2,7)	22,7	(± 4,3)	8,9	(± 2,9)
7	18,1	(± 2,2)	22,1	(± 3,5)	14,6	(± 2,8)
8	19,5	(± 2,8)	23,8	(± 4,3)	15,4	(± 3,6)
9	22,9	(± 3,2)	27,5	(± 5,0)	18,7	(± 4,2)
10	24,3	(± 4,0)	25,4	(± 5,7)	23,2	(± 5,5)
11	20,1	(± 2,1)	24,1	(± 3,3)	16,5	(± 2,7)
CM#	19,0	(± 0,8)	22,9	(± 1,2)	15,3	(± 1,0)

TABLA 3.2.4.2.1. Proporción de personas con un IMC* \geq 27 según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

* IMC: Índice de Masa Corporal.
 ** IC: Intervalo de confianza.
 # CM: Comunidad Madrid



% con IMC \geq 27

- 14,2 a 18,0
- 18,1 a 19,4
- 19,5 a 22,8
- 22,9 a 24,3



% con IMC \geq 27

- 19,1 a 21,8
- 21,9 a 23,7
- 23,8 a 25,3
- 25,4 a 27,9



% con IMC \geq 27

- 8,9 a 14,5
- 14,6 a 16,4
- 16,5 a 18,1
- 18,2 a 23,2

MAPA 3.2.4.2.2. Proporción de personas con un IMC* \geq 27 según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

3.2.4.3 Tendencias

De acuerdo con la información suministrada por el SIVFRENT, desde 1995 al 2001, el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad está aumentando en los varones entre 30 y 64 años, permaneciendo estable en las mujeres. La población más joven no sólo presenta las menores proporciones de personas con sobrepeso, sino que estas proporciones permanecen estables durante el periodo considerado (Gráficos 3.2.4.3.1. y 3.2.4.3.2.).

Gráfico 3.2.4.3.1. Evolución del porcentaje de hombres con sobrepeso y obesidad $IMC \geq 27$.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

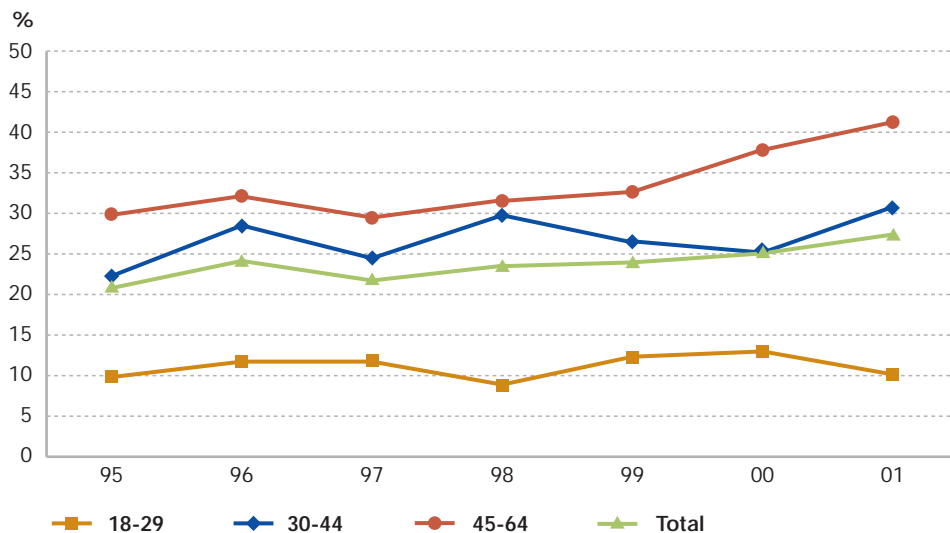
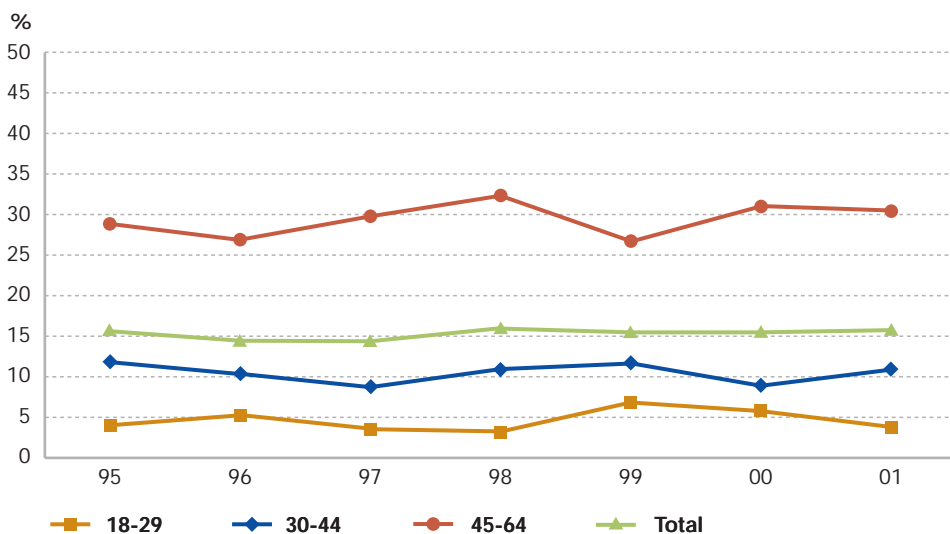


Gráfico 3.2.4.3.2. Evolución del porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad $IMC \geq 27$.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



3.3. Consumo de tabaco

Alrededor del 30% de la población adulta de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud son consumidores regulares de tabaco. La prevalencia es considerablemente más alta en hombres, en los países del este y sur de Europa; en la zona noroccidental, las frecuencias son similares en hombres y mujeres. En dos tercios de la región, el consumo de tabaco se incrementa en la población más joven.

En España, tanto la proporción de fumadores habituales como el número de cigarrillos consumidos por persona año en la población mayor de 15 años, está por encima de la media europea, y considerablemente más elevada que en los países próximos a nuestro entorno geográfico como Francia, Italia o Portugal.

El consumo de tabaco por parte de la población adulta española se incrementó rápidamente durante la década de los sesenta y setenta, estabilizándose en los ochenta, para continuar con una gradual disminución a principios de los noventa, y volviendo a estabilizarse desde mediados de dicha década.

El incremento del consumo en las mujeres se aprecia con mucha fuerza en nuestro país en la década de los noventa. Aunque todavía tenemos escasa información de la evolución a largo plazo del consumo de tabaco en la población juvenil, según estimaciones del Plan Nacional de Drogas, se produce un ligero descenso en la segunda parte de la década pasada.

En la Comunidad de Madrid, en líneas generales, se produce un patrón bastante similar al del conjunto nacional, con una prevalencia de consumo de tabaco en torno a la media.

Según las estimaciones actuales, la mitad de la población fumadora morirá a causa de este hábito, la mitad de ellos en edades medias de la vida. Si las tendencias actuales de la prevalencia de consumo continúan, las muertes atribuibles al tabaco se incrementarán extraordinariamente en las mujeres durante la primera parte del siglo XXI, estimándose que, a pesar de las medidas que puedan establecerse para su control, ocasionen 2 millones de muertes (20% del total) en el 2020.

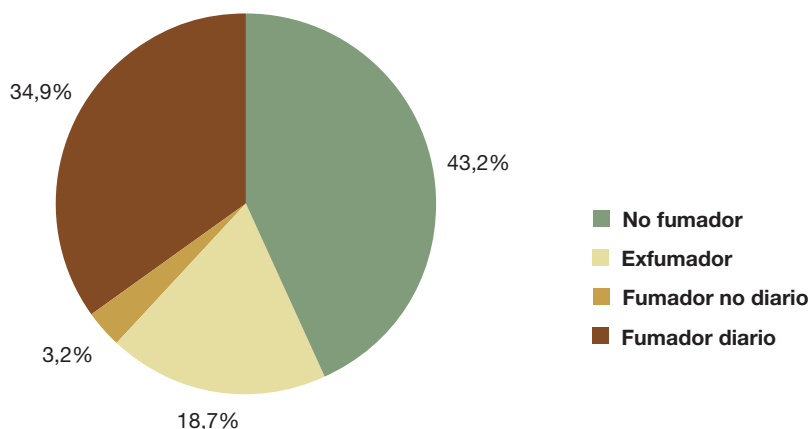


Gráfico 3.3.1.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

3.3.1. Frecuencia y grupos de riesgo

El 38,1% de la población de 18 a 64 años son fumadores habituales (un 34,9% diarios y un 3,2% ocasionales), el 43,2% no fuman y el 18,7% son ex-fumadores (Gráfico 3.3.1.1.).

Este consumo de tabaco es ligeramente más frecuente en los hombres (40,1%) que en las mujeres (36,1%). Sin embargo, esta diferencia es debida al mayor consumo en los hombres por encima de los 45, ya que por debajo de esta edad la frecuencia en las mujeres es similar a la de los hombres, incluso superior, como ocurre en el grupo más joven. (Gráfico 3.3.1.2.).

Gráfico 3.3.1.2. Distribución de la proporción de fumadores habituales según género y edad.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

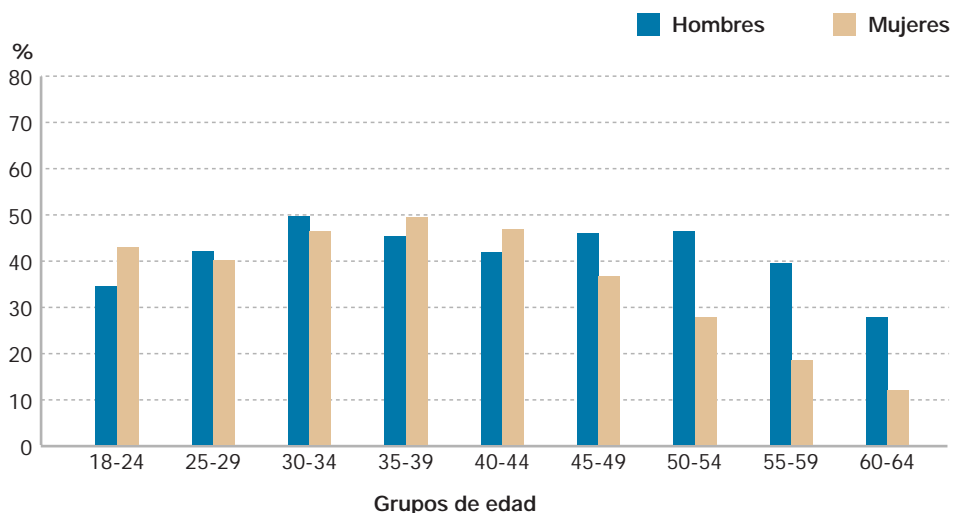
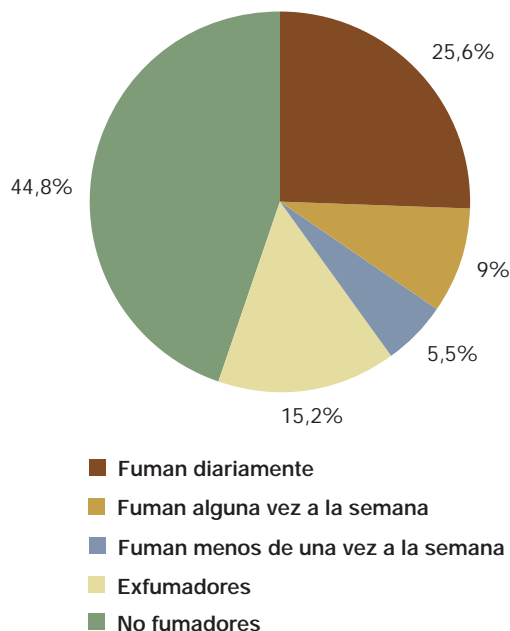


Gráfico 3.3.1.3. Consumo de tabaco. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



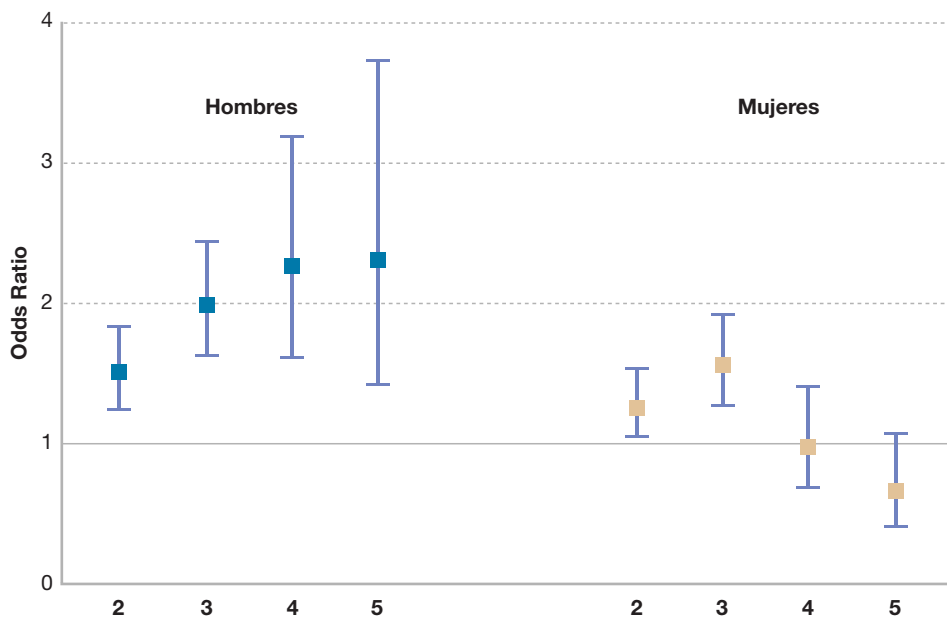


Gráfico 3.3.1.4. Distribución de fumadores habituales según nivel de estudios.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Categoría de referencia: Estudios universitarios
2: Secundarios de 2º grado
3: Secundarios de 1º grado
4: Estudios primarios
5: Menos de primarios

En 2002 menos de la mitad (44,8%) de la población entre 15 y 16 años se consideraba no fumadora, mientras que más de la cuarta parte manifestaba fumar diariamente. El conjunto de los jóvenes que fuman, con mayor o menor frecuencia, supone el 40% del conjunto de esta población y ya a estas edades el porcentaje de ex-fumadores supera el 15% (Gráfico 3.3.1.3.).

Si nos detenemos en el grupo de los que fuman diariamente destaca que el porcentaje de mujeres (29,7%) es muy superior al de varones (20,7%).

En los hombres, el consumo de tabaco es más frecuente en las personas que pertenecen a niveles educativos más bajos. Por el contrario, en las mujeres, es más frecuente en los niveles más altos (Gráfico 3.3.1.4.).

3.3.2. Distribución geográfica

En la Tabla 3.3.2.1. se observa la escasa variabilidad de la proporción de fumadores habituales entre las distintas Áreas Sanitarias de la Comunidad. Tanto en varones (rango 6,6) como en mujeres (rango 5,4), la proporción se sitúa en torno al promedio.

3.3.3. Tendencias

La epidemia de tabaquismo hay que entenderla de forma dinámica ya que la evolución ha sido muy diferente en hombres y mujeres y en los distintos grupos de edad.

TABLA 3.3.2.1. Proporción de personas que fuman actualmente según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años (Comunidad de Madrid).

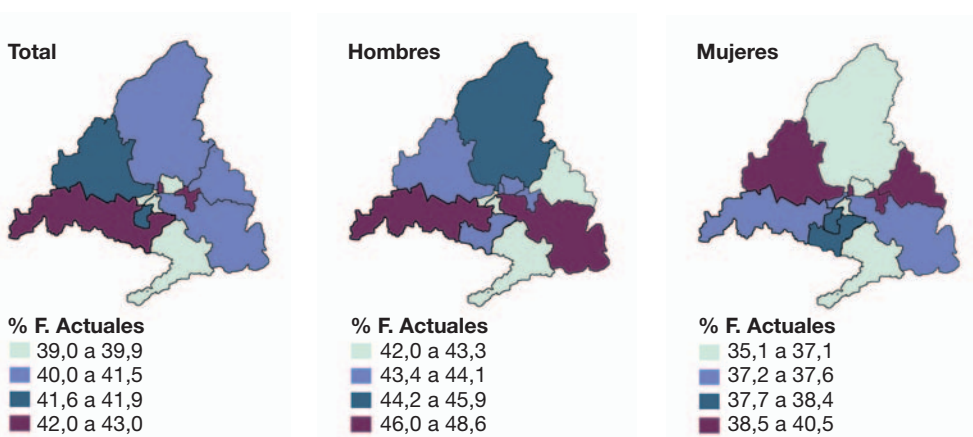
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

ÁREA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	%	(IC95%)*	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
1	41,4	(± 2,7)	46,0	(± 4,0)	37,2	(± 3,7)
2	42,0	(± 3,5)	43,4	(± 4,9)	40,5	(± 5,0)
3	40,8	(± 4,4)	43,3	(± 6,4)	38,5	(± 6,1)
4	39,0	(± 2,9)	43,4	(± 4,3)	35,1	(± 3,9)
5	40,0	(± 2,7)	44,2	(± 3,9)	35,7	(± 3,8)
6	41,6	(± 3,6)	43,8	(± 5,1)	39,4	(± 5,0)
7	39,6	(± 2,8)	42,0	(± 4,1)	37,6	(± 3,8)
8	43,0	(± 3,5)	48,6	(± 5,1)	37,6	(± 4,9)
9	41,8	(± 3,8)	46,3	(± 5,6)	37,7	(± 5,2)
10	42,0	(± 4,6)	45,5	(± 6,5)	38,4	(± 6,4)
11	39,5	(± 2,6)	43,3	(± 3,8)	36,1	(± 3,5)
TOTAL CM#	40,7	(± 1,0)	44,4	(± 1,4)	37,2	(± 1,3)

* IC: Intervalo de confianza.
CM: Comunidad Madrid.

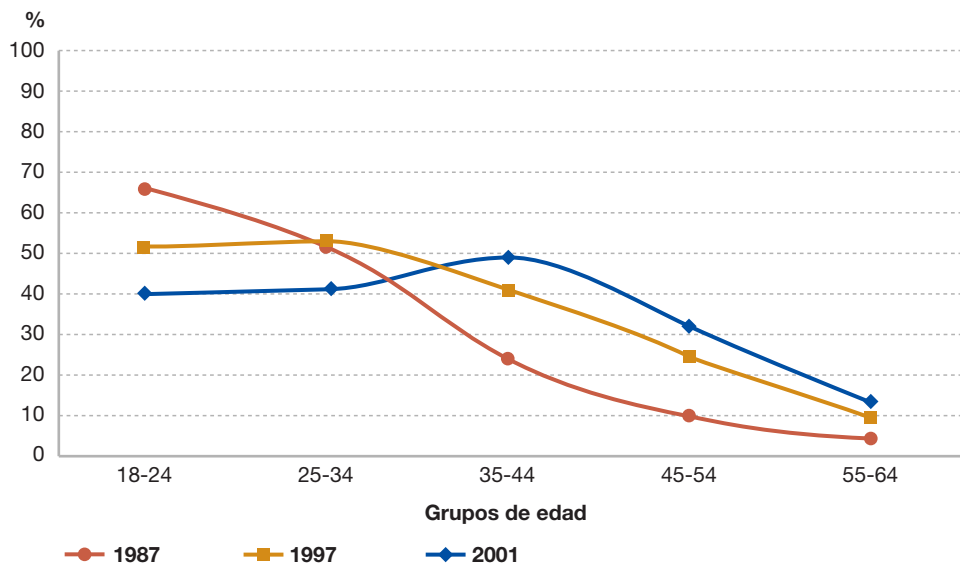
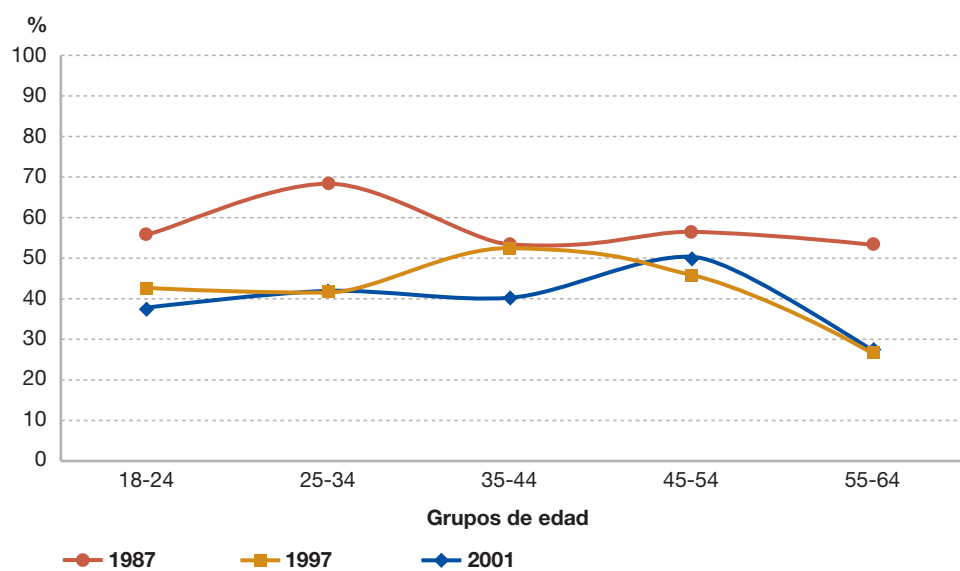
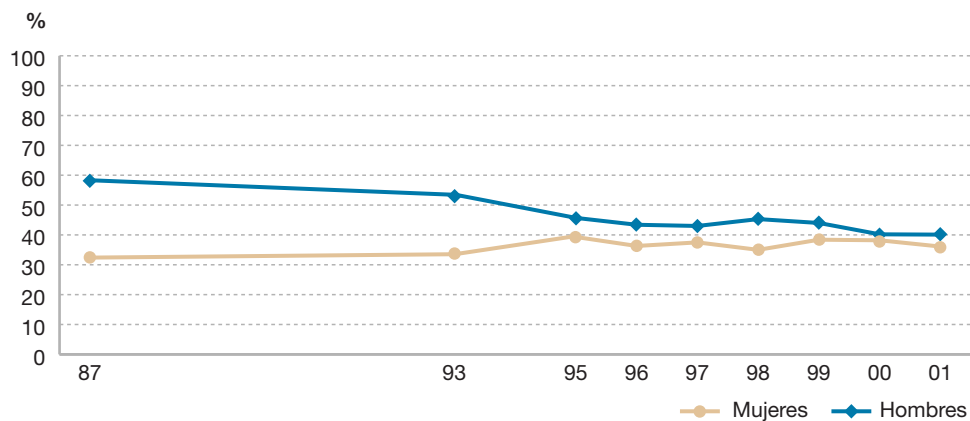
MAPA 3.3.2.1. Proporción de personas que fuman actualmente según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años (Comunidad de Madrid).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.



En los hombres, asumiendo que el comportamiento en la Comunidad de Madrid en lo que se refiere a la tendencia, ha sido como la del conjunto nacional, podemos deducir que se alcanzó un máximo de la frecuencia de consumo en la segunda mitad de la década de los setenta, estableciéndose una inflexión descendente a partir de ese momento con una reducción de un 2% anual. Actualmente continúa descendiendo a partir de sus dos componentes: la menor frecuencia de inicio en la población más joven y el incremento de la proporción de abandono en los de mayor edad.

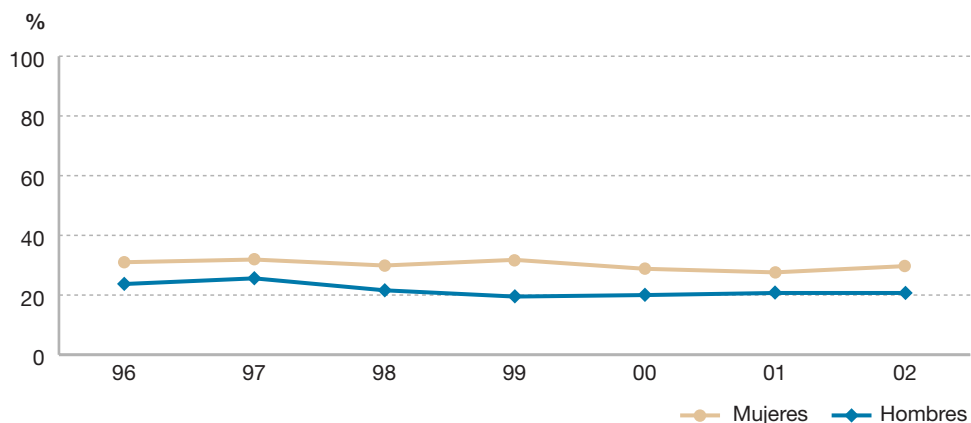
En las mujeres se ha incrementado a un ritmo del 1% anual desde 1987 a 1999, momento a partir del cual se estabiliza hasta la actualidad. La tendencia en mujeres está diferenciada a su vez en dos grupos de edad: se incrementa a partir de los 35 años debido al desplazamiento de la cohorte de jóvenes fumadoras de los ochenta, y desciende en las mujeres entre 18 y 34 años. Es importante señalar que la frecuencia de abandono se incrementa en los últimos años en todos los grupos de edad, aunque todavía no con la misma intensidad que en los hombres.



Por lo tanto, la información respecto a la evolución del consumo es positiva, en la medida que la menor frecuencia de inicio de este hábito y el mayor abandono hacen prever que a corto y medio plazo continúe descendiendo en los hombres. En las mujeres se espera que el equilibrio derivado de la tendencia diferenciada para los dos grupos de edad, provoque durante los próximos años una estabilización del consumo (fase de meseta) e incluso se inicie un descenso que será ligero y gradual.

Gráfico 3.3.3.4. Evolución de la proporción de fumadores diarios Población de 15a 16 años. Comunidad de Madrid 1996-2002.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 1996-01. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



3.4. Consumo de alcohol

Europa tiene la mayor producción de alcohol, el mayor comercio de exportación y el mayor consumo del mundo. En todos los países los niveles de consumo per cápita guardan una marcada relación con los problemas sanitarios sociales y económicos.

Según datos proporcionados por la región europea de la OMS, en 1999, España se situaba (con un consumo de 21 litros per cápita de alcohol puro al año, en la población mayor de 15 años), como el país con mayor consumo de Europa, casi doblando el consumo promedio de los 15 estados miembros de la Unión Europea (13,9 l.) o de los 51 miembros de la región europea de la OMS (11,6 l.).

Sin embargo, en la actualidad el consumo ha descendido; el máximo de consumo se alcanzó durante la última parte de los setenta, para descender a continuación hasta mediados de los noventa, período a partir del cual se ha estabilizado hasta la actualidad.

En términos de impacto, el alcohol está implicado en múltiples problemas sociales: homicidios, violencia en el entorno familiar, etc. Ha sido relacionado con más de uno de cada tres accidentes de tráfico y es un importante factor de riesgo en los accidentes domésticos, de ocio y laborales; asimismo está implicado en la producción de múltiples enfermedades, existiendo múltiples evidencias de una relación dosis-respuesta entre consumo de alcohol y cirrosis hepática, cánceres de orofaringe, laringe, esófago, hígado, hipertensión arterial; un incremento del riesgo en bebedores excesivos, de arritmias cardíacas, cardiomiopatía, y fallo cardíaco repentino.

Como consecuencia, el consumo de alcohol esta relacionado con un incremento de la mortalidad general (aproximadamente un 5% de las muertes). También se observa un aumento de la mortalidad prematura debido principalmente al incremento de los años potenciales de vida perdidos derivados de los accidentes no intencionales, destacando los accidentes de vehículos a motor (2/3 de los años potenciales de vida perdidos son por esta causa).

Por otro lado, existen algunas evidencias sobre el efecto protector que tiene el pequeño consumo, sobre las enfermedades cardiovasculares en algunos grupos poblacionales caracterizados de acuerdo a la edad, al sexo, a la masa corporal y al estado previo de salud; manteniéndose, sin embargo, una relación directa dosis-respuesta sobre el riesgo de morir en mujeres de 16 a 54 años y en hombres de 16 a 34, limitándose el efecto protector a las personas mayores.

3.4.1. Frecuencia y grupos de riesgo

Durante el año 2001, el 32% de la población adulta de 18 a 64 años no había consumido ninguna bebida alcohólica durante los últimos 30 días, un 12,3% había realizado algún consumo pero con una frecuencia inferior a la semanal (bebedores ocasionales), y un 55,7% había ingerido bebidas con alcohol con una frecuencia semanal (bebedores habituales).

En función de la cantidad de alcohol ingerida durante la última semana, se observa que el 42,7% no consumieron ninguna bebida alcohólica, el 53,0% consume alcohol de forma moderada (1-49 cc. de alcohol puro al día en hombres y 1-29 en mujeres) y el 4,3% eran bebedores de riesgo (superior a las cantidades mencionadas para bebedores moderados) (Gráfico 3.4.1.1.).

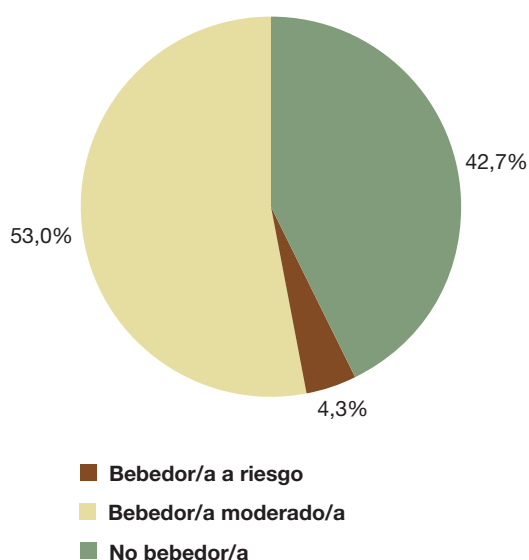


Gráfico 3.4.1.1. Clasificación según cantidad de alcohol consumido. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 2001.

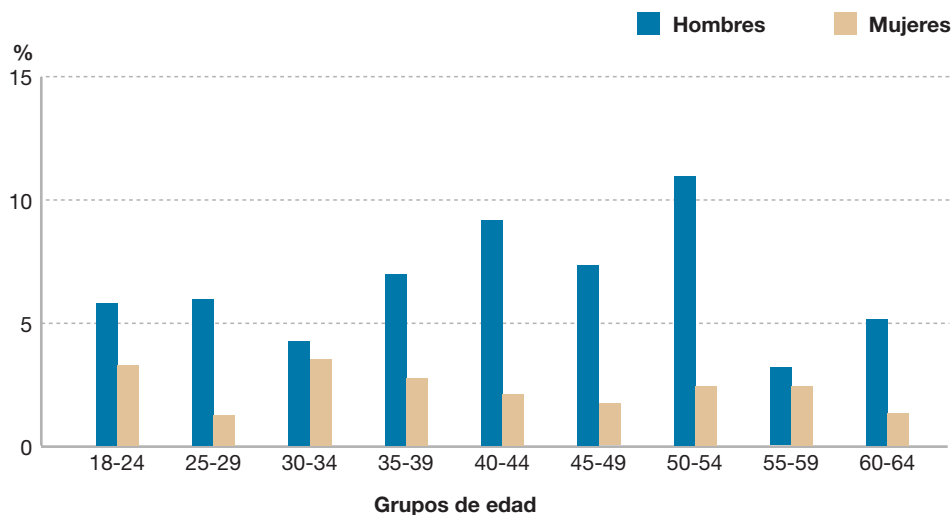
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La proporción de bebedores, tanto moderados como de riesgo, es superior en los hombres que en las mujeres. En ellos el consumo moderado aumenta ligeramente a medida que aumenta la edad, disminuyendo por el contrario en las mujeres.

La frecuencia de bebedores de riesgo es 3 veces superior en los hombres que en las mujeres, en los que aumenta con la edad hasta los 55 años, en que sufre un brusco descenso.

Gráfico 3.4.1.2. Distribución de la proporción de bebedores de riesgo según género y edad.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La proporción de mujeres que pueden ser consideradas bebedoras de riesgo (consumo diario superior a 29 cc de alcohol puro) disminuye progresivamente según aumenta la edad, si bien en edades avanzadas (por encima de los cincuenta años) parece sufrir un cierto estancamiento. (Gráfico 3.4.1.2.).

El consumo moderado es más frecuente en las personas pertenecientes a niveles educativos más altos, disminuyendo a medida que descendemos de categoría. Esta distribución la podemos observar tanto en hombres como en mujeres.

Sin embargo, el consumo de riesgo es superior en hombres con niveles educativos más bajos, mientras que en las mujeres continúa siendo más alto en los niveles educativos superiores (Gráfico 3.4.1.3.).

En la población juvenil, en el año 2002, el 63,2% había consumido algún tipo de bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la entrevista, y el 19,0% (22,5% de los chicos y 16,0% de las chicas) tomó alcohol 6 ó más días. Globalmente, el 10,2% de los jóvenes son clasificados como bebedores de riesgo, el 55,6% como bebedores moderados, y el 33,2% como no bebedores (Gráfico 3.4.1.4.).

La proporción de bebedores de riesgo es similar en hombres y mujeres, y la frecuencia aumenta mucho con la edad, estimándose que un 11,1% de los jóvenes de 16 años son bebedores de riesgo, frente al 6% en los que tienen 15 años.

La ingesta de grandes cantidades en una misma ocasión (patrón “binge drinking”) parece estar relacionada en la población adulta con hábitos sociales y formas de beber característica de países anglosajones y del este de Europa, a diferencia de los medite-

rráneos. Estos nuevos hábitos, se han introducido en España en las últimas décadas. El 8,9% de los adultos declararon consumir de forma excesiva en una misma ocasión en los últimos 30 días, el 13,1% de los hombres y un 4,8% de las mujeres. Un 3,3 % realizaron más de 3 consumos excesivos.

Por edades, en los hombres la frecuencia es mayor entre los 18 y los 29 años, grupo en que una de cada cuatro personas ha realizado algún consumo excesivo, proporción que disminuye a medida que aumenta la edad. En las mujeres, el grupo de 18 a 24 años era,

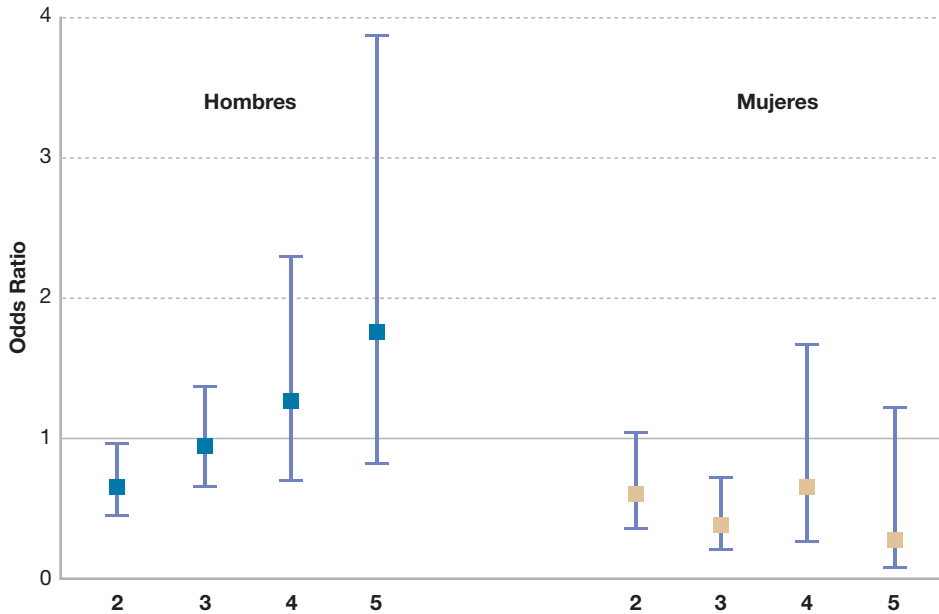


Gráfico 3.4.1.3. Distribución de bebedores de riesgo según nivel de estudios.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFREN-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

- Categoría de referencia:** Estudios universitarios
- 2: Secundarios de 2º grado
 - 3: Secundarios de 1º grado
 - 4: Estudios primarios
 - 5: Menos de primarios

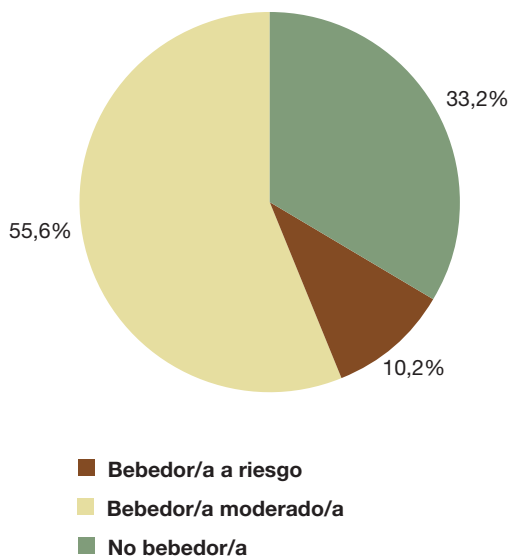


Gráfico 3.4.1.4. Clasificación según cantidad de alcohol consumido*.

Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFREN-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

* Bebedor moderado: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de 1-49 cc. en chicos y de 1-29 cc. en chicas. Bebedor a riesgo: joven cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc. en chicos y ≥ 30 cc. en chicas.

con un 14,8%, el que tenía la mayor prevalencia, disminuyendo su frecuencia hasta los 35 años, a partir de la cual este indicador es casi testimonial.

Respecto al consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, definido, en el caso de los más jóvenes, como el consumo de 6 ó más bebidas alcohólicas en un corto período de tiempo, el 39,9% afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo más frecuente en los varones que en las mujeres (45,9% frente al 34,9%), y en los jóvenes de 16 años (40,8%) respecto a los de 15 (29,2%).

El 46,5% de los jóvenes afirma haberse emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses, y el 24,8% en los últimos 30 días, no existiendo apenas diferencias entre chicos y chicas.

3.4.2. Distribución geográfica

Las Áreas 3, 5, 6 y 7 son las que registran las mayores proporciones de bebedores excesivos, tanto en mujeres como en hombres, destacando la gran diferencia entre ambos géneros que se observa en el área 3, ya que es en este territorio en donde se encuentra la mayor proporción de hombres bebedores excesivos (18%), mientras que el porcentaje de mujeres que consume alcohol de forma excesiva es relativamente bajo (en comparación con el resto de las áreas sanitarias) (Tabla 3.4.2.1.).

Tabla 3.4.2.1. Proporción de personas con un consumo elevado* de bebidas alcohólicas, según área sanitaria: porcentajes totales y por género, en población de 18-64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

ÁREA	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	%	(IC95%)**	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
1	10,5	(± 1,7)	14,5	(± 2,8)	6,9	(± 1,9)
2	9,6	(± 2,1)	11,2	(± 3,1)	7,8	(± 2,7)
3	11,0	(± 2,8)	18,0	(± 4,9)	4,5	(± 2,6)
4	10,5	(± 1,8)	13,9	(± 3,0)	7,5	(± 2,1)
5	11,2	(± 1,8)	13,7	(± 2,7)	8,6	(± 2,2)
6	12,2	(± 2,4)	12,7	(± 3,4)	11,7	(± 3,3)
7	11,3	(± 1,8)	14,6	(± 3,0)	8,3	(± 2,2)
8	8,5	(± 2,0)	13,0	(± 3,4)	4,2	(± 2,0)
9	6,8	(± 1,9)	12,0	(± 3,6)	2,1	(± 1,5)
10	9,6	(± 2,7)	13,4	(± 4,5)	5,8	(± 3,1)
11	9,5	(± 1,6)	12,9	(± 2,6)	6,4	(± 1,8)
TOTAL CM#	10,2	(± 0,6)	13,6	(± 1,0)	7,0	(± 0,7)

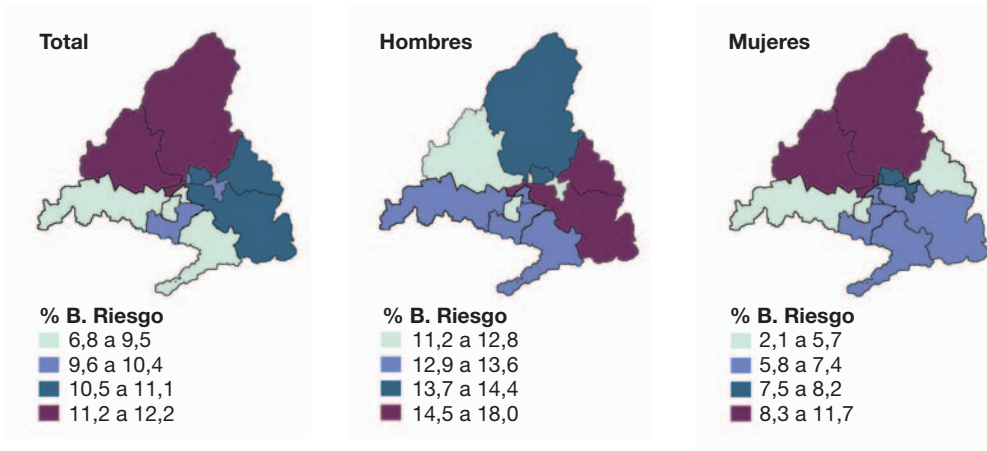
* Consumo elevado: hombres y mujeres con consumos de $\geq 40\text{cc./día}$ y $\geq 20\text{cc./día}$ respectivamente. Dado que la frecuencia del indicador de bebedores de riesgo es muy baja para poder realizar la graficación por áreas sanitarias con suficiente estabilidad en las tasas, se ha seleccionado este nuevo punto de corte teniendo en cuenta la buena correlación que tiene con el de bebedores de riesgo, y así incrementar el poder estadístico.

** IC: Intervalo de confianza.

CM: Comunidad Madrid.

3.4.3. Tendencias

Los indicadores relacionados con el consumo de alcohol que pueden repercutir a corto o medio plazo en la salud de los individuos siguen la misma pauta: tanto la proporción de bebedores de riesgo como los que realizan un consumo excesivo en una misma ocasión disminuyen de forma clara en hombres y muy ligeramente (casi están estabilizados) en las mujeres.



MAPA 3.4.2.1. Proporción de personas con un consumo elevado⁴ de bebidas alcohólicas según área sanitaria: porcentajes totales y por género. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

⁴ Consumo elevado: hombres y mujeres con consumos de $\geq 40\text{cc./día}$ y $\geq 20\text{cc./día}$, respectivamente.

En la población juvenil, durante el 2002 también han continuado descendiendo los indicadores de consumo de alcohol. La reducción es especialmente importante en la proporción de bebedores de riesgo, donde se ha producido una disminución porcentual en el período 2001-2002 respecto a 1996-1997 del 25,8% y 24,1% en chicos y chicas respectivamente. (Gráfico 3.4.3.2.).

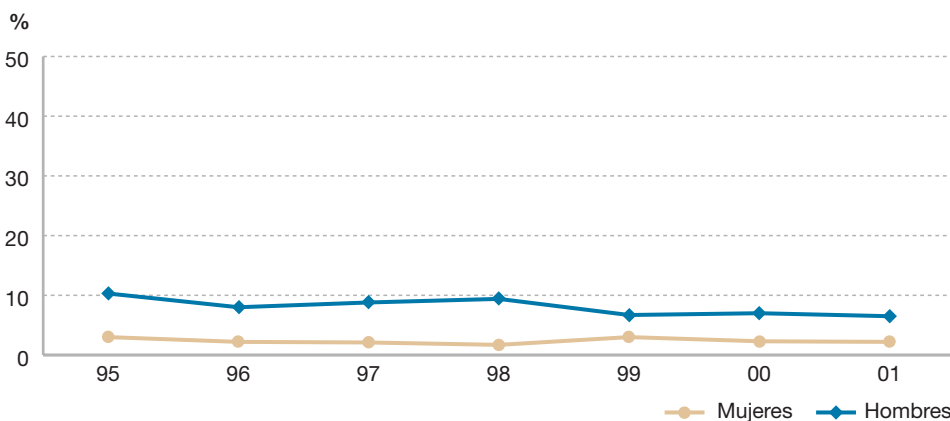


Gráfico 3.4.3.1. Evolución de la proporción de bebedores a riesgo*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2001.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

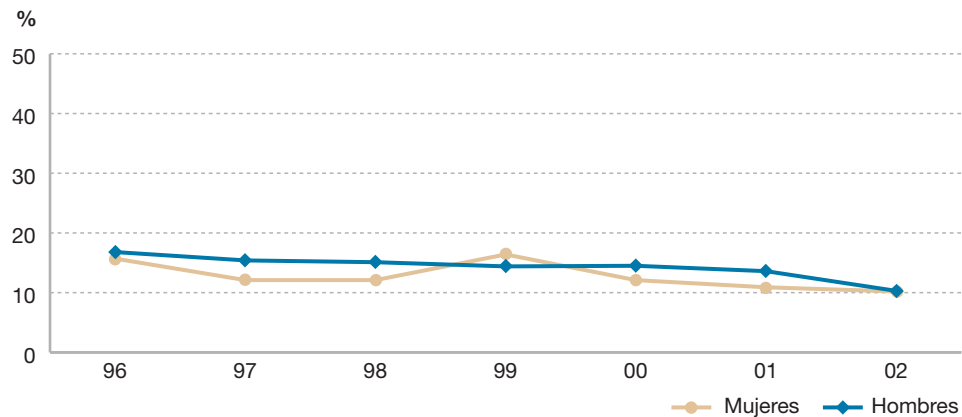
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

* Bebedor a riesgo: consumo de alcohol $\geq 50\text{cc./día}$ en hombres y $\geq 30\text{cc./día}$ en mujeres.

Gráfico 3.4.3.2. Evolución de la proporción de bebedores a riesgo*. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2002.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 1996-01. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

* Bebedor a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc. en chicos y ≥ 30 cc. en chicas



El promedio de la cantidad de alcohol consumida durante la última semana disminuye de forma clara durante los últimos años, tanto en la población juvenil (Gráfico 3.4.3.3.) como en la adulta (Gráfico 3.4.3.4.).

Gráfico 3.4.3.3. Evolución de la cantidad de alcohol puro consumido durante la semana. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2002.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 1996-01. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

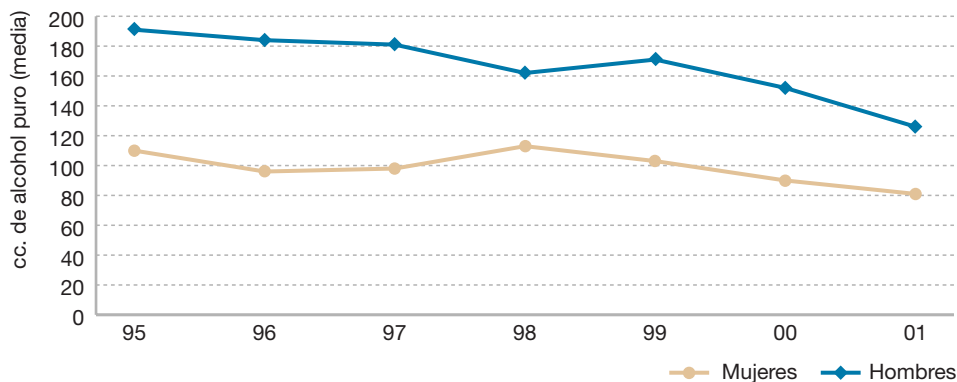
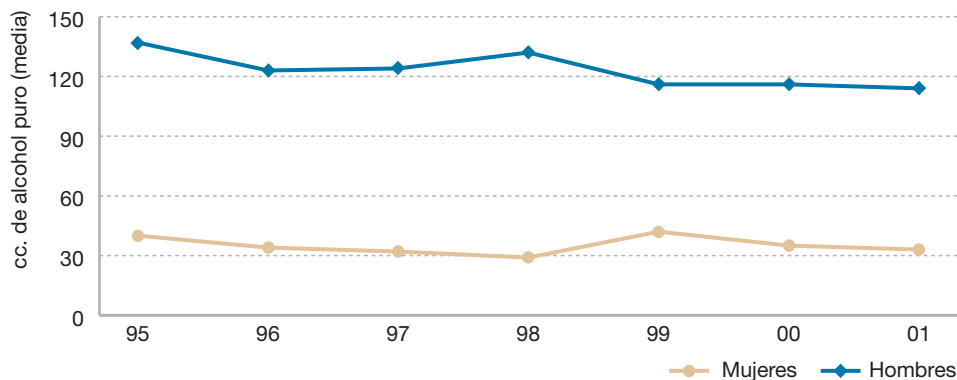


Gráfico 3.4.3.4. Evolución de la cantidad de alcohol puro consumido durante la última semana. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2001.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La proporción de bebedores que realizan un consumo excesivo en una misma ocasión disminuyen de forma clara en hombres y muy ligeramente (casi están estabilizados) en las mujeres. (Gráfico 3.4.3.5).

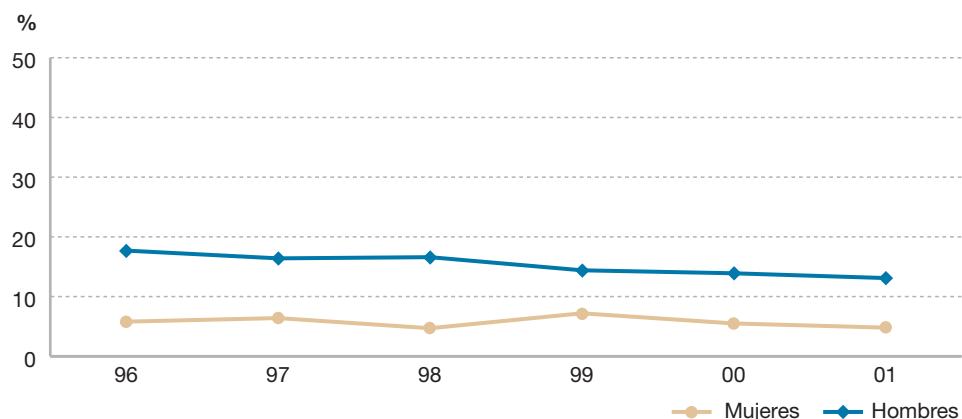


Gráfico 3.4.3.5. Evolución del consumo excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1996-2002.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

* Consumo > 80 cc. de alcohol puro en hombres o > 60 cc. en mujeres

** No hay estimaciones de este indicador para 1995

Sin embargo, entre la población juvenil, la proporción de los que efectúan un consumo excesivo en una misma ocasión apenas se reduce entre 1996 y 2002. (Gráfico 3.4.3.6).

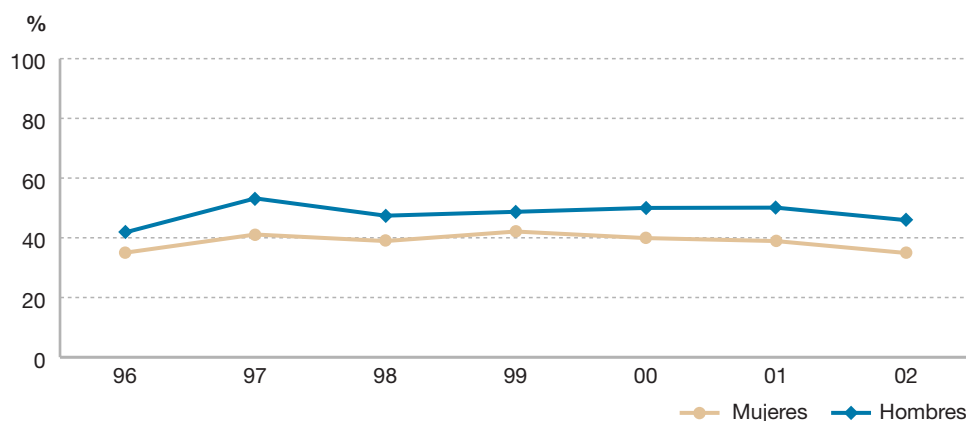


Gráfico 3.4.3.6. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2002.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 1996-01. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

* Consumo > 60cc. de alcohol puro en un corto periodo de tiempo.

3.5. Factores ambientales

3.5.1. Contaminación atmosférica de tipo químico

Hay numerosas evidencias científicas acerca del daño a la salud ocasionado por la contaminación química de la atmósfera, incluso a niveles de exposición relativamente bajos, pero su cuantificación en términos de repercusión sobre la salud de la población no resulta sencilla. Entre otras razones, esto se debe a que, a menudo, la población está sometida simultáneamente a distintos contaminantes, y esta exposición puede ocurrir en diferentes lugares, provenir de varias fuentes y a través de múltiples rutas.

En los países desarrollados, los niveles de algunos contaminantes⁵ en el aire ambiente están disminuyendo, mientras que los niveles de óxidos de nitrógeno y ozono (contaminante secundario derivado de dichos óxidos) se mantienen constantes o crecen.

En los mapas siguientes se ha representado la ubicación de las estaciones de medición de la contaminación atmosférica que forman parte de las redes de vigilancia, tanto en el municipio de Madrid como en el resto de la Comunidad.

Mapa 3.5.1.1. Red de control de contaminación atmosférica en el Municipio de Madrid.

Fuente: Mapa de la red del Municipio de Madrid. Departamento de Calidad Ambiental. Sección de Información Ambiental. Ayuntamiento de Madrid.

RED AUTOMÁTICA

CC. Centro de Control

1. P. Recoletos
2. Gta. Carlos V
3. Pza. Carmen
4. Pza. España
5. Bº Pilar
6. Marañón
7. M. Salamanca
8. E. Aguirre
9. P. Luca de Tena
10. C. Caminos
11. Ramón y Cajal
12. Pza. M. Becerra
13. Vallecas
14. Fdez. Ladreda
15. Pza. Castilla
16. Arturo Soria
17. Villaverde
18. Gta. M. Vadillo
19. A. Extremadura
20. Moratalaz
21. Isaac Peral
22. P. Pontones
23. Alcalá (Final)
24. Casa Campo
25. Sta. Eugenia



Mapa 3.5.1.2. Red de control de la calidad del aire de la Comunidad de Madrid.

Fuente: Mapa de la red de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Calidad y Evaluación Ambiental. Consejería de Medio Ambiente de la Comunidad de Madrid.



5- Sobre todo, SO₂ y partículas en suspensión

3.5.1.1. Dióxido de azufre (SO₂)

En ambas redes se observa una disminución a lo largo de los períodos estudiados. Los gráficos 3.5.1.1.1. y 3.5.1.1.2. muestran los indicadores anuales del nivel de contaminación por dióxido de azufre obtenidos de cada una de ellas, de forma independiente para cada una de las estaciones:

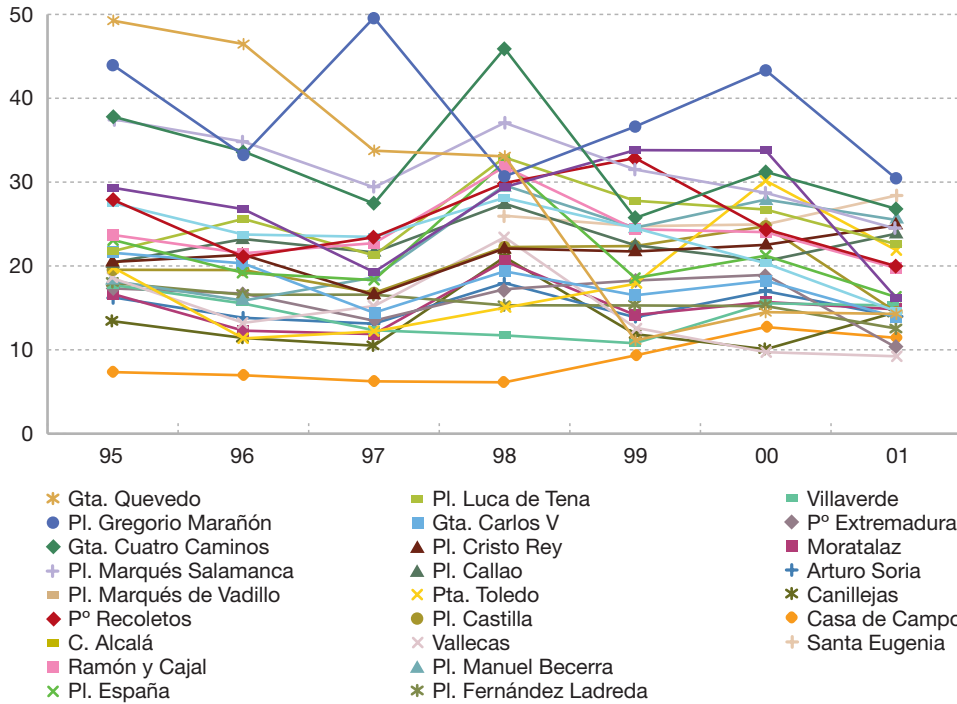


Gráfico 3.5.1.1.1. Valor medio anual de SO₂ (µg/m³), Municipio de Madrid.

Fuente: Red de Control de la Contaminación Atmosférica en el Municipio de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.

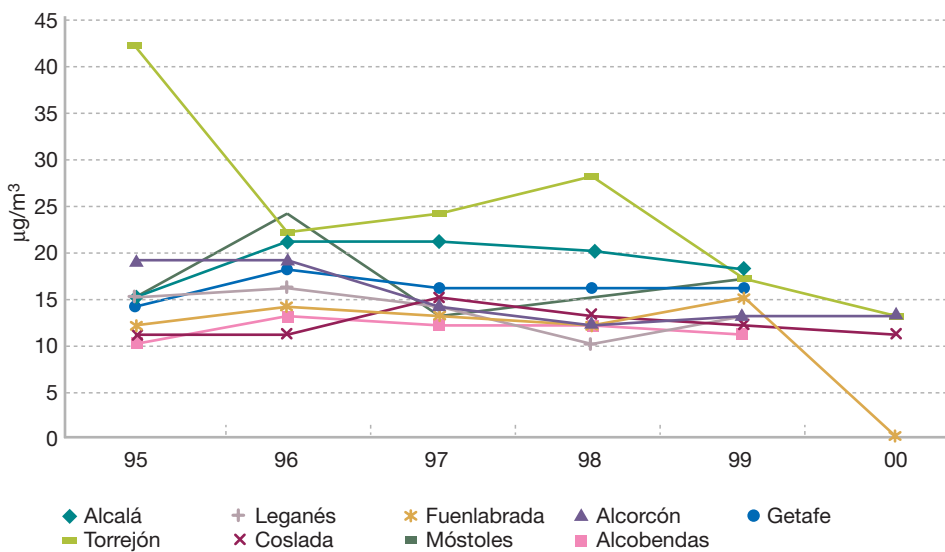


Gráfico 3.5.1.1.2. Valor medio anual de SO₂ (µg/m³), Red de la Comunidad de Madrid.

Fuente: La Calidad del Aire en la Comunidad de Madrid: Período 1995 a 2000. Consejería de Medio Ambiente. Comunidad de Madrid.

3.5.1.2. Partículas en suspensión (PST, PM₁₀)

Las mediciones de estos contaminantes efectuadas en la red de Vigilancia del Municipio de Madrid fueron extraordinariamente dispersas durante el periodo comprendido entre 1995 y 1997. A partir de este año los valores medidos en las distintas estaciones tienden a agruparse en la zona media de la distribución; es decir los valores más altos disminuyen y los más bajos aumentan de manera que la mayoría de las estaciones obtienen determinaciones comprendidas entre 30 y 50 µg/m³,

Gráfico 3.5.1.2.1. Valor medio anual de PM₁₀ (µg/m³), Municipio de Madrid.

Fuente: Red de Control de la Contaminación Atmosférica en el Municipio de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.

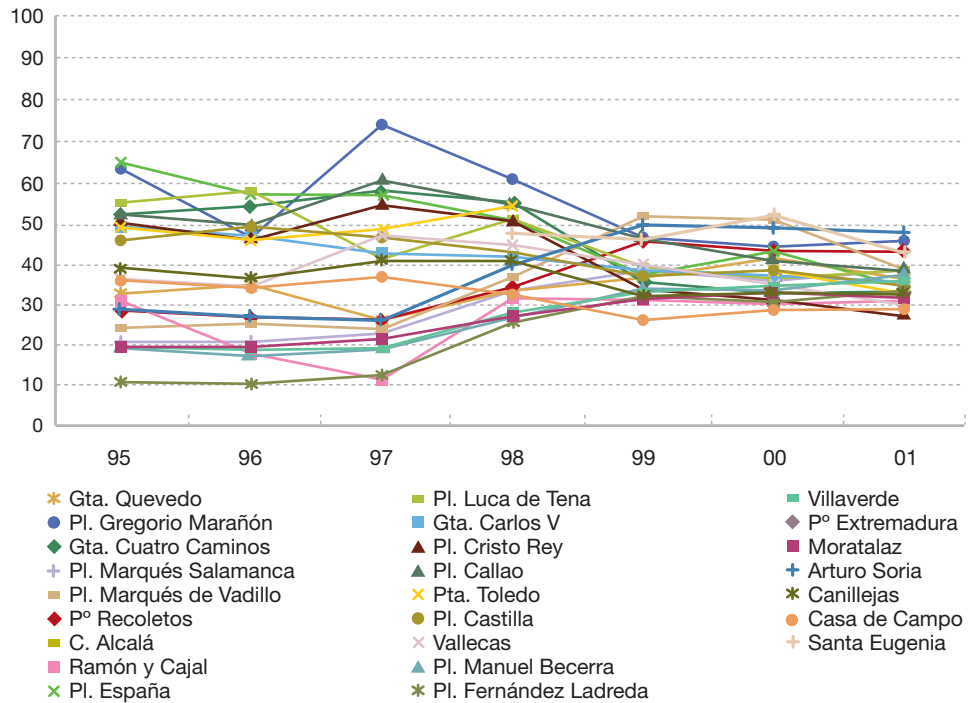
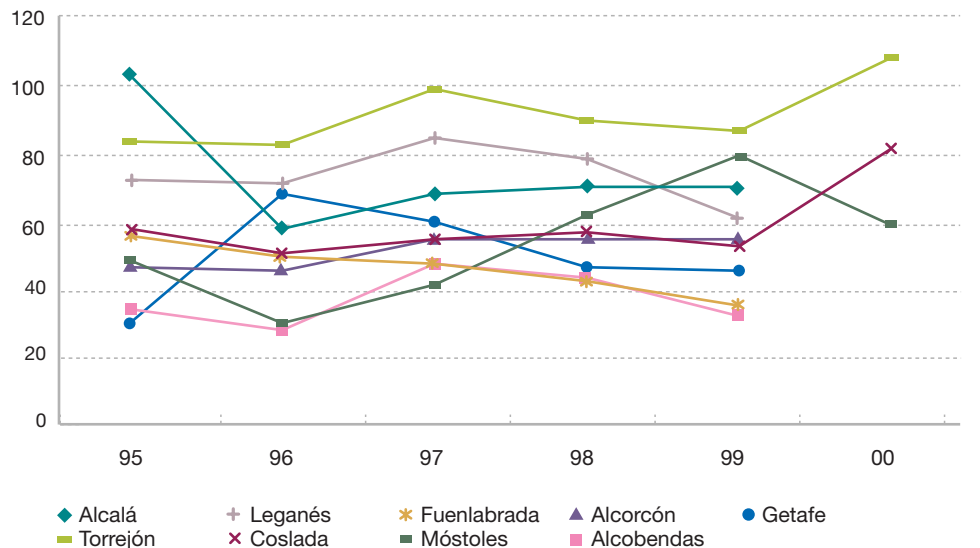


Gráfico 3.5.1.2.2. Valor medio anual de PST (µg/m³), Red de la Comunidad de Madrid.

Fuente: La Calidad del Aire en la Comunidad de Madrid: Periodo 1995 a 2000. Consejería de Medio Ambiente. Comunidad de Madrid.



Los valores de P.S.T. son superiores a los de PM₁₀ debido a que las primeras miden las concentraciones de todas las partículas en suspensión, mientras que las PM₁₀ sólo miden las concentraciones de las partículas de diámetro menor de 10 µg.

El proyecto europeo Apehis (Contaminación del Aire y Salud Pública en Europa) incluye el estudio de la posible repercusión de estos contaminantes para la salud pública.

3.5.1.3. Óxidos de nitrógeno (NO₂ y NO)

La estación de Casa de Campo presenta valores muy inferiores al resto. Crecen las concentraciones en Gta. de Carlos V, Callao y Santa Eugenia. Decrecen en Quevedo, c/ Alcalá, Cuatro. Caminos, Ramón y Cajal, Vallecas, Villaverde, Marqués de Vadillo, Moratalaz, Cristo Rey y Pta. de Toledo.

En la Red de la Comunidad de Madrid, durante el período 1995-1999, los valores medios anuales de NO y NO₂ disminuyen en la mayoría de las estaciones, aumentando sólo en las de Leganés, Móstoles y Torrejón.

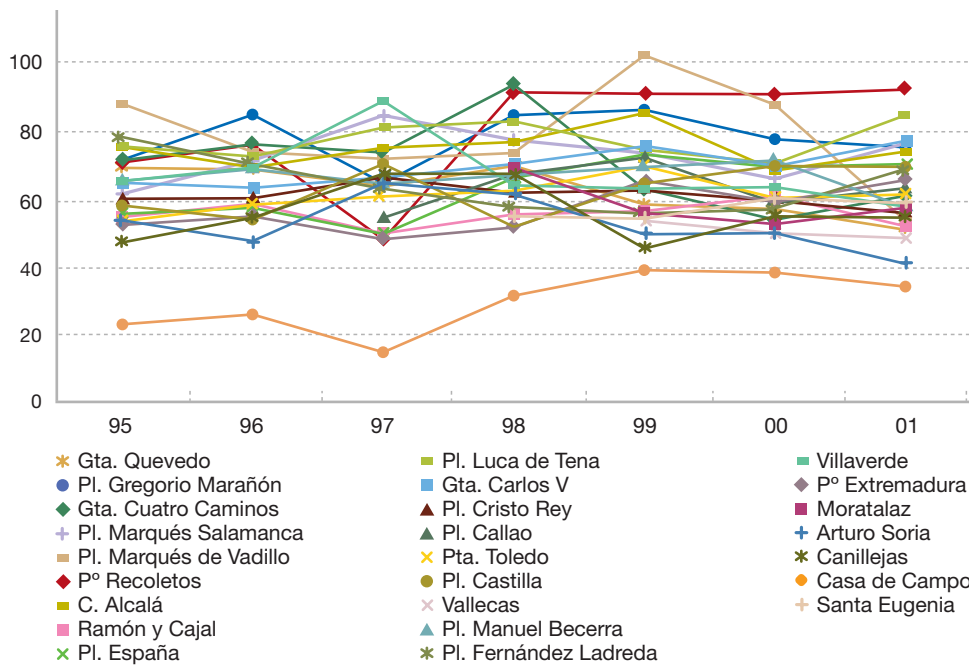


Gráfico 3.5.1.3.1. Valor medio anual de NO₂ (µg/m³), Municipio de Madrid.

Fuente: Red de Control de la Contaminación Atmosférica en el Municipio de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.

En la Red de la Comunidad de Madrid, durante el período 1995-1999, los valores medios anuales de NO y NO₂ disminuyen en la mayoría de las estaciones, aumentando sólo en las de Leganés, Móstoles y Torrejón.

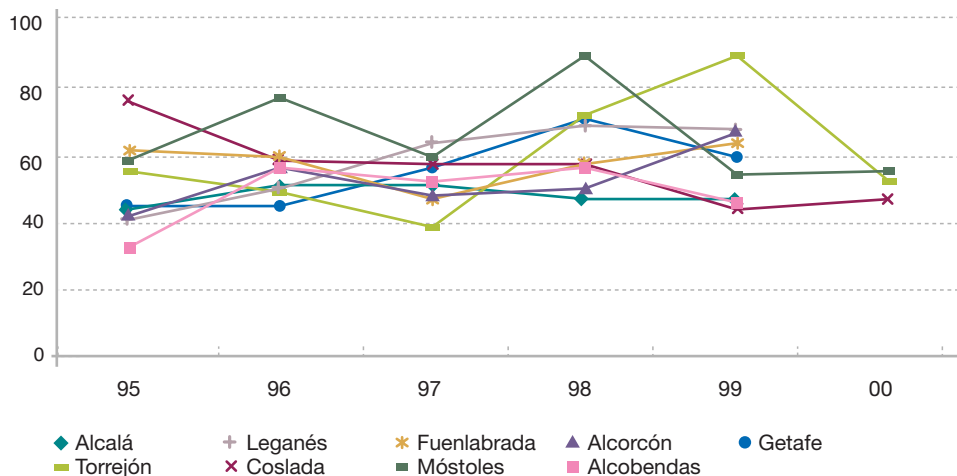


Gráfico 3.5.1.3.2. Valor medio anual de NO₂ (µg/m³), Red de la Comunidad de Madrid.

Fuente: La Calidad del Aire en la Comunidad de Madrid: Período 1995 a 2000. Consejería de Medio Ambiente. Comunidad de Madrid.

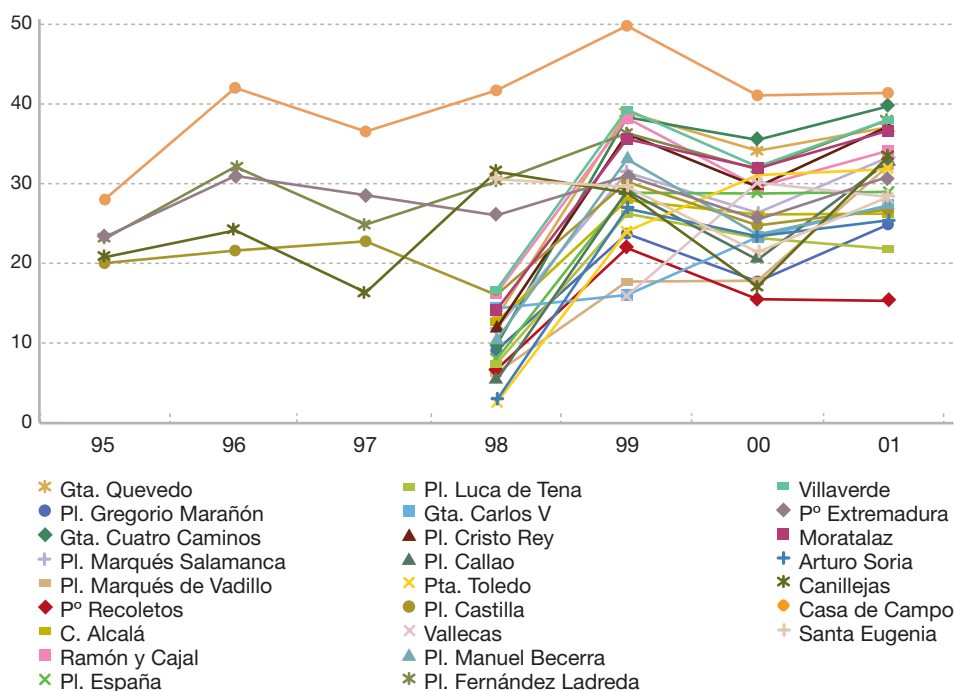
3.5.1.4. Ozono (O₃)

En la red del Ayuntamiento de Madrid y en el período 1995-1997 sólo se medían las concentraciones de Ozono en 5 estaciones (Plaza de Fernández Ladreda, Plaza de Castilla, Pº de Extremadura, Canillejas y Casa de Campo) y además, estas mediciones presentan gran número de valores ausentes. En el año 1998 se incorporaron el resto de estaciones, excepto Vallecas que se inició en 1999.

Durante el periodo 1997-2001, las concentraciones anuales de O₃ crecen en todas las estaciones excepto en la de Casa de Campo, que se mantienen y en la de Santa Eugenia, que decrecen.

Gráfico 3.5.1.4.1. Valor medio anual de O₃ (µg/m³), Municipio de Madrid.

Fuente: Red de Control de la Contaminación Atmosférica en el Municipio de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.



En la Red del Ayuntamiento de Madrid, el umbral de alerta a la población (valor medio en una hora = 360 µg/m³), definido en el R.D.1494/1995 de 8 de septiembre, se ha superado en una sola ocasión (Tabla 3.5.1.4.1.).

Tabla 3.5.1.4.1 Superaciones de los valores umbrales para O₃ Red del Municipio de Madrid.

SITUACIÓN	VALOR LÍMITE	N ° SUPERACIONES (1992-2001)
Nº de días con superación del umbral de información a la población	Media horaria = 180 µg/m ³	13
Nº de días con superación del umbral de alerta a la población	Media horaria = 360 µg/m ³	1

En esta Red, el número de superaciones del umbral de información a la población fue escaso en el periodo estudiado.

Los valores medios de Ozono muestran, en términos generales, una ligera tendencia a la disminución para el conjunto de las estaciones de la Red de la Comunidad de Madrid.

En esta Red, el umbral de alerta a la población, (valor medio en una hora = 360 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) no se ha superado en ninguna ocasión. El número de superaciones del umbral de información a la población fue muy alto en 1995, disminuyendo en el resto de los años del periodo estudiado.

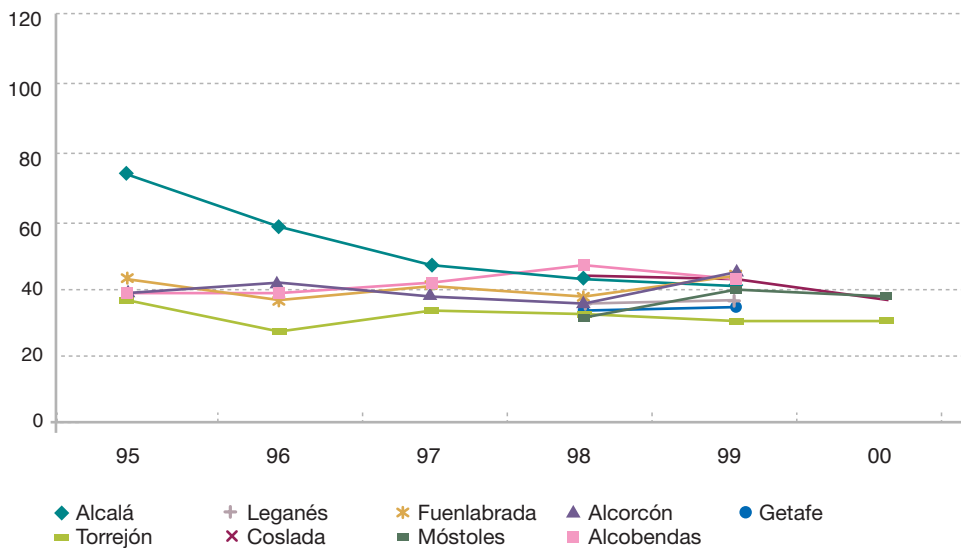


Gráfico 3.5.1.4.2. Valor medio anual de O₃ (µg/m³), Red de la Comunidad de Madrid.

Fuente: La Calidad del Aire en la Comunidad de Madrid: Periodo 1995 a 2000. Consejería de Medio Ambiente. Comunidad de Madrid.

3.5.1.5. Monóxido de carbono (CO)

En todas las estaciones de la red del ayuntamiento de Madrid ha habido un importante descenso de las concentraciones medias anuales de monóxido de carbono.

Durante el período 1995-1999, los valores medios anuales de CO han disminuido en la mayoría de las estaciones de la Comunidad. En el año 2000 este descenso se mantiene y es mayor en las tres estaciones que no han sido reubicadas.

Gráfico 3.5.1.5.1. Valor medio anual de CO (mg/m³), Municipio de Madrid.

Fuente: Red de Control de la Contaminación Atmosférica en el Municipio de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.

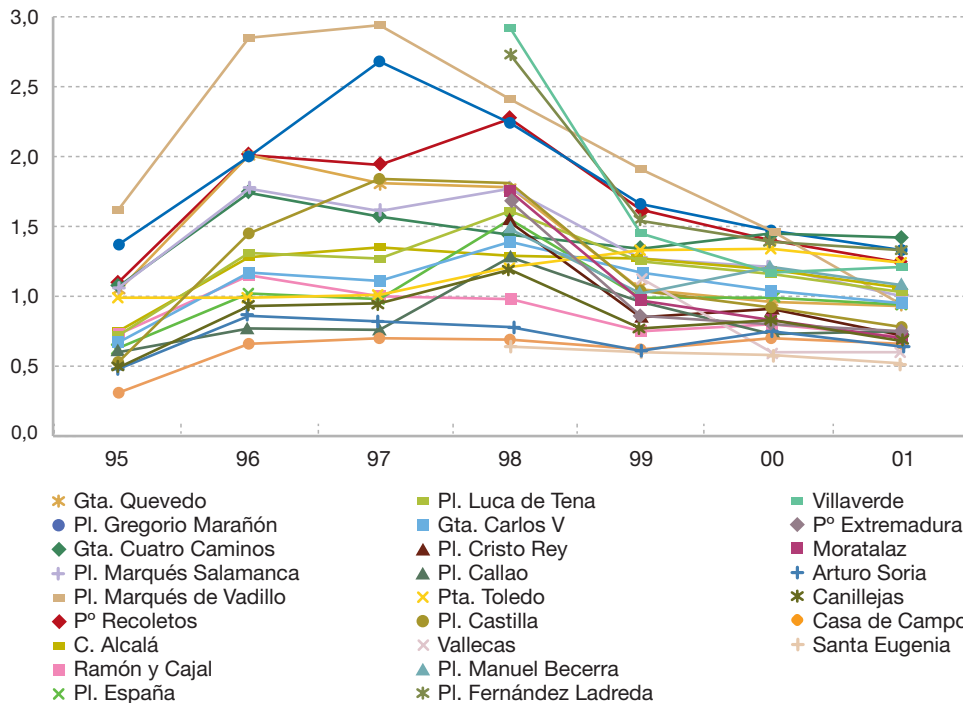
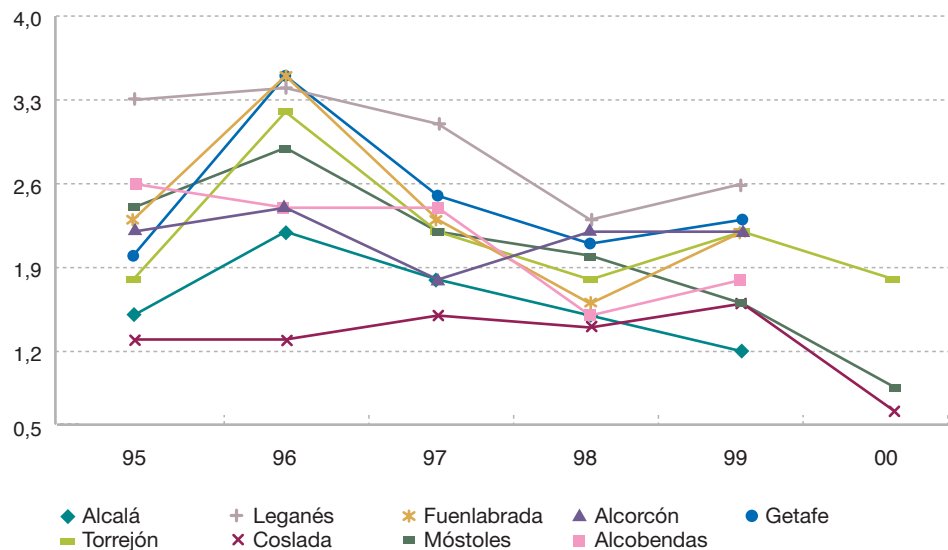


Gráfico 3.5.1.5.2. Valor medio anual de CO (mg/m³), Red de la Comunidad de Madrid.

Fuente: La Calidad del Aire en la Comunidad de Madrid: Período 1995 a 2000. Consejería de Medio Ambiente. Comunidad de Madrid.



3.5.2. Contaminación atmosférica de tipo biológico: Polen atmosférico.

El polen es una de las principales causas de las enfermedades alérgicas respiratorias en Europa, con una prevalencia en ascenso. En el apartado de morbilidad pueden encontrarse datos relativos a estas patologías en la Comunidad de Madrid. La red palinológica de la Comunidad de Madrid es la fuente de información que permite caracterizar los niveles de polen atmosférico, así como su distribución temporal y espacial.

Los periodos de polinización asociados a mayor número de reacciones alérgicas son: mediados de mayo a mediados de junio (gramíneas y olivo); mediados de enero a fines de febrero (cupresáceas).

La tabla 3.5.2.1. presenta los niveles medio de los principales tipos polínicos para el conjunto de la Comunidad de Madrid en el año 2002.

RECUENTOS TOTALES	CUPRESÁCEAS	OLEA	GRAMÍNEAS	POLEN TOTAL
ALCALÁ DE HENARES	9.200	1.162	2.359	66.188
ALCOBENDAS	15.854	725	2.006	39.012
ARANJUEZ	6.362	2.273	3.515	35.516
COSLADA	23.531	348	1.207	46.377
GETAFE	6.837	1.675	4.091	37.444
LEGANÉS	9.769	2.748	4.811	48.213
C. UNIVERSITARIA	16.912	219	1.105	30.812
MADRID CENTRO	8.480	2.069	4.859	46.628
B° SALAMANCA	9.421	2.475	4.869	47.457
COLLADO VILLALBA	34.728	1.075	3.803	84.958
MEDIA DE LA RED	14.109	1.477	3.263	48.261

Tabla 3.5.2.1. Recuentos totales (granos de polen/m³ y día) para los principales tipos polínicos y Polen Total, según captador. Comunidad de Madrid. 2002.

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En 2002 la concentración de polen de cupresáceas ha superado ampliamente los máximos niveles alcanzados durante el periodo 1995-2001, en la práctica totalidad del periodo de máxima incidencia, debido a la incorporación de la estación de Collado Villalba a la Red (Gráfico 3.5.2.1.).

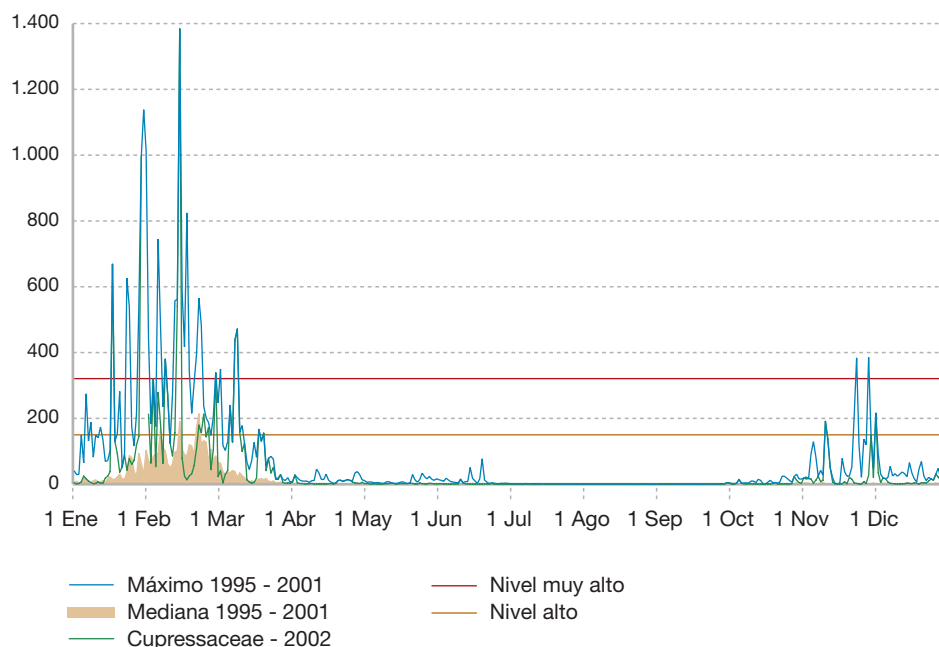


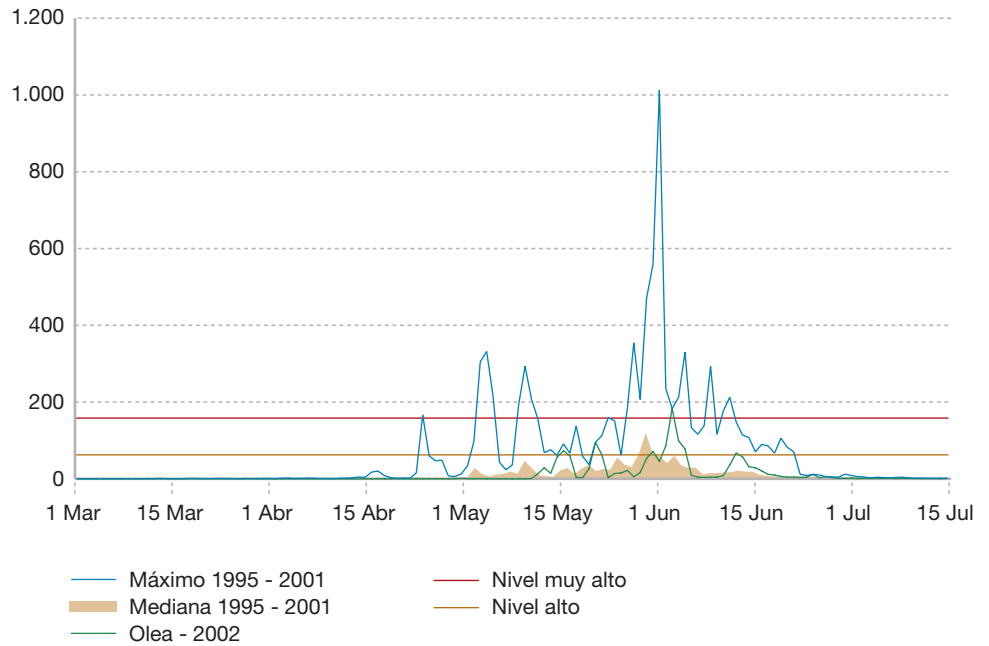
Gráfico 3.5.2.1. Cupresáceas. Evolución de la concentración de polen (granos/m³ de aire y día) 2002.

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La distribución estacional del polen de olivo (Gráfico 3.5.2.2.), presenta las máximas concentraciones durante la primavera, en este caso los niveles de polen han superado la mediana del periodo de referencia en varias ocasiones llegando a los niveles considerados muy altos a primeros de junio.

Gráfico 3.5.2.2. Olivo.
Evolución de la concentración de polen (granos/m³ de aire y día). Período de polinización 2002.

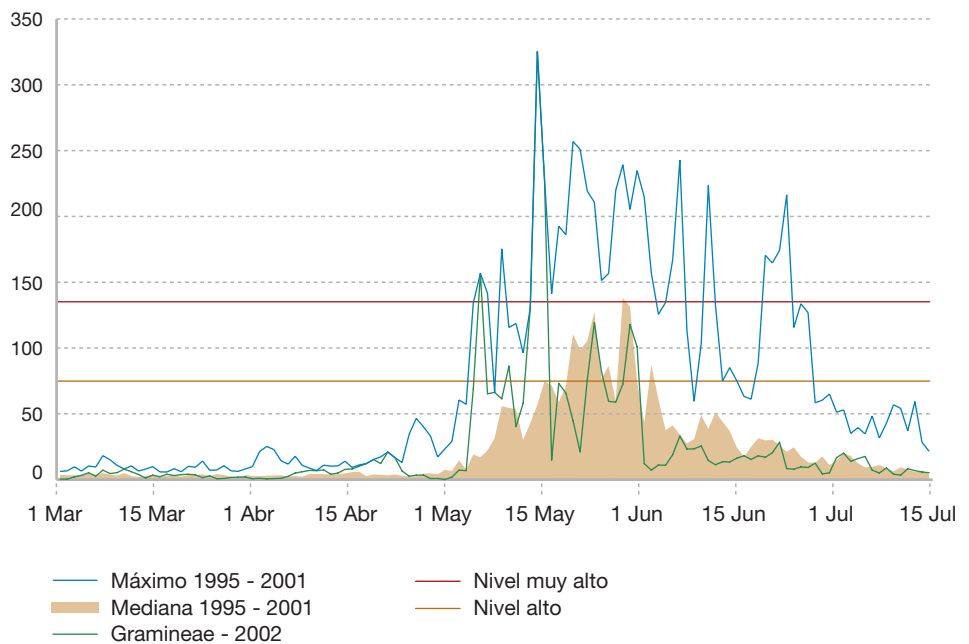
Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Por lo que se refiere a las gramíneas (tipo polínico de alto interés por su asociación con crisis asmáticas en la población susceptible), únicamente han superado los niveles máximos del periodo 1995-2001 durante la segunda quincena de mayo de 2002, manteniéndose durante la mayor parte del año por debajo de los niveles considerados muy altos con concentraciones incluso inferiores a la mediana de dicho periodo (Gráfico 3.5.2.3.).

Gráfico 3.5.2.3. Gramíneas.
Evolución de la concentración de polen (granos/m³ de aire y día). Período de Polinización 2002.

Fuente: Red Palinológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



3.5.3. Calidad de las aguas

3.5.3.1. Aguas de consumo humano

La prevención de las enfermedades de transmisión hídrica exige una acción de vigilancia y control del agua de consumo humano. El Instituto de Salud Pública, a través de sus servicios territoriales, desarrolla la vigilancia de la calidad de las aguas mediante el SINAC (Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo).

A raíz de la publicación del R.D. 140/2003, y de la consecuente actualización del Sistema de Información, se diseña el sistema de control de aguas ajustándose a la definición de Zona de Abastecimiento (ZA). Se considera como tal el área geográfica definida en la que el agua de consumo proviene de una o varias captaciones y cuya calidad de las aguas distribuidas puede considerarse homogénea.

En la Comunidad de Madrid existen las siguientes Zonas de Abastecimiento:

- 1.- Diecisiete Zonas del Canal de Isabel II. Definidas por cada Estación de Tratamiento. La mayor parte de las Zonas incluyen varios municipios. En su conjunto abastecen a una población de 4.776.999 habitantes (95,1 %).
- 2.- Treinta y ocho son de titularidad municipal. Corresponden a los abastecimientos municipales con suministro autónomo. De ellas depende el suministro de agua de consumo para una población de unos 208.527 habitantes (4,2 %)
- 3.- Doscientas cuarenta y cinco zonas de titularidad no municipal (privados). Son sistemas de abastecimiento con captación, tratamiento y distribución propia (no dependiente de la red del municipio), cualquiera que sea el destino del abastecimiento: urbanización, industria, hospital, colegio, etc. Se estima una población de 36.763 (0,7%).

En base a los controles efectuados por las empresas gestoras y los llevados a cabo por la Dirección General de Salud Pública, cabe afirmar que únicamente el 0,43% de las muestras analizadas incumplen los niveles máximos.

No se conoce la existencia de zonas habitadas sin aducción de agua potable; en el caso de existir se limitarían a pequeños grupos de población marginal.

El agua distribuida a través de la Zonas dependientes del Canal de Isabel II dispone de tratamientos adecuados y ofrece generalmente una buena calidad, siendo las alteraciones más frecuentes las generadas por los propios tratamientos (exceso de aluminio empleado como coagulante, presencia de amonio y nitritos como subproductos de la cloraminación).

Los niveles de otros subproductos derivados de la desinfección y considerados de mayor trascendencia sanitaria, como es el caso de los trihalometanos, no superan en ningún caso las concentraciones recomendadas.

El agua de consumo en el territorio dependiente de las Zonas de Abastecimiento de responsabilidad municipal procede, en su mayor parte, de pozos y los tratamientos empleados se limitan generalmente a la cloración. En algunos casos los sistemas de desinfección

ción presentan deficiencias, las mas frecuentemente detectadas corresponden a los indicadores de contaminación microbiológica.

Existe un importante número de suministros privados de aguas procedentes de pozos, que son utilizados para consumo y riego de zonas verdes, si bien, como ya se ha comentado afectan a un colectivo de población relativamente reducido. Los riesgos sanitarios derivados del consumo de estos suministros son de tipo microbiológico por deficiencias de desinfección y, en algunos casos, por presencia de arsénico por encima de los 10µg/l (nivel establecido por la Directiva 98/83/CE, que será de aplicación en los próximos años).

En el 55 % de las fuentes publicas no conectadas a la red de distribución se han encontrado indicadores de contaminación microbiológica, al menos una vez durante los últimos años.

Solamente el 26 % de estas fuentes con indicadores de contaminación permanecen señalizadas como no potables.

3.5.3.2. Aguas de baño

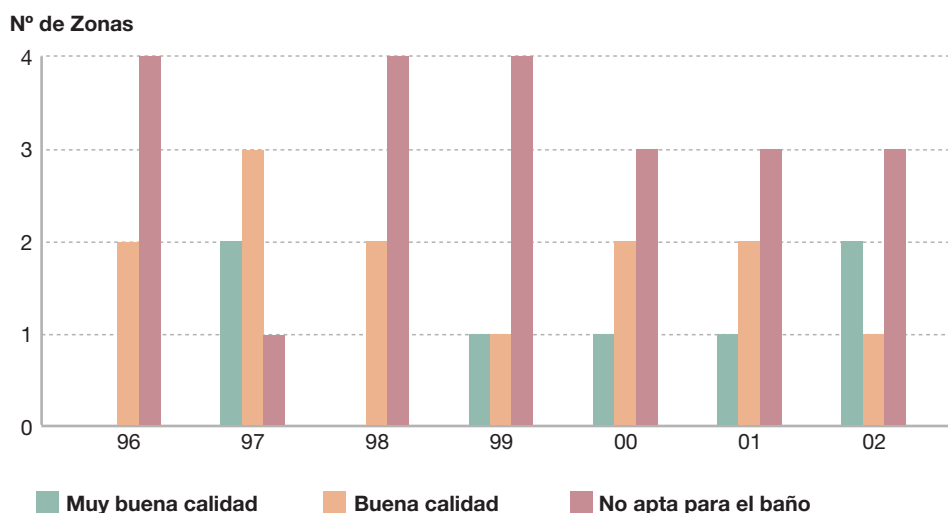
No hay duda de que el uso de aguas como actividad recreativa revierte de forma positiva sobre la salud y el bienestar. No obstante, a estos beneficios, hay que contraponer los riesgos sanitarios asociados a los accidentes, la exposición a contaminantes físicos como el calor, el frío y las radiaciones solares excesivas, y a la exposición a contaminantes del agua de baño.

En la Comunidad de Madrid hay censadas seis zonas de baño naturales. Tanto las dotaciones de la zona como la calidad del agua son analizadas a lo largo de la temporada estival. En todos los casos, la calificación como no aptas se debe a la detección de indicadores de contaminación microbiológica.

En el gráfico se muestra la evolución durante los últimos años, según los datos publicados en el documento sobre “Calidad de las Aguas de Baño” de la Comisión Europea.

Gráfico 3.5.3.2.1. Evolución de la calificación de las aguas de las zonas de baño naturales de la Comunidad de Madrid.

Fuente: Calidad de las aguas de baño. Comisión Europea



A pesar de que la situación ha mejorado desde 1996, durante los tres últimos años la mitad de las zonas tiene la calificación de “no aptas para el baño”

3.5.4. Percepción de riesgos ambientales por la población

La percepción que las personas tienen sobre los riesgos ambientales, sus preocupaciones, conocimientos o fuentes de información son de gran importancia para establecer actuaciones coherentes en relación con la gestión de estos riesgos y la mejora de la salud.

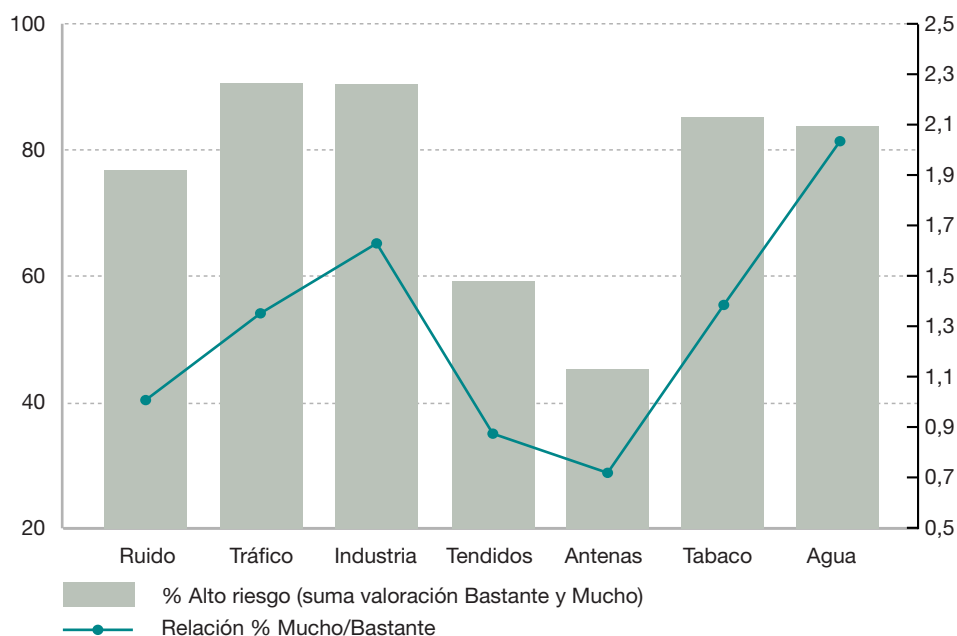


Gráfico 3.5.4.1. Percepción por la población de la importancia de la influencia de los riesgos ambientales sobre la salud.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En cuatro de los factores el porcentaje de entrevistados que los considera como de alto riesgo (suma de los porcentajes obtenidos por bastante y mucho) es superior al 80%: tráfico e industria con más del 90%, y tabaco y agua, con más del 80%. El ruido, casi con el 77%, se acerca a la valoración de los riesgos anteriormente citados (Gráfico 3.5.4.1.).

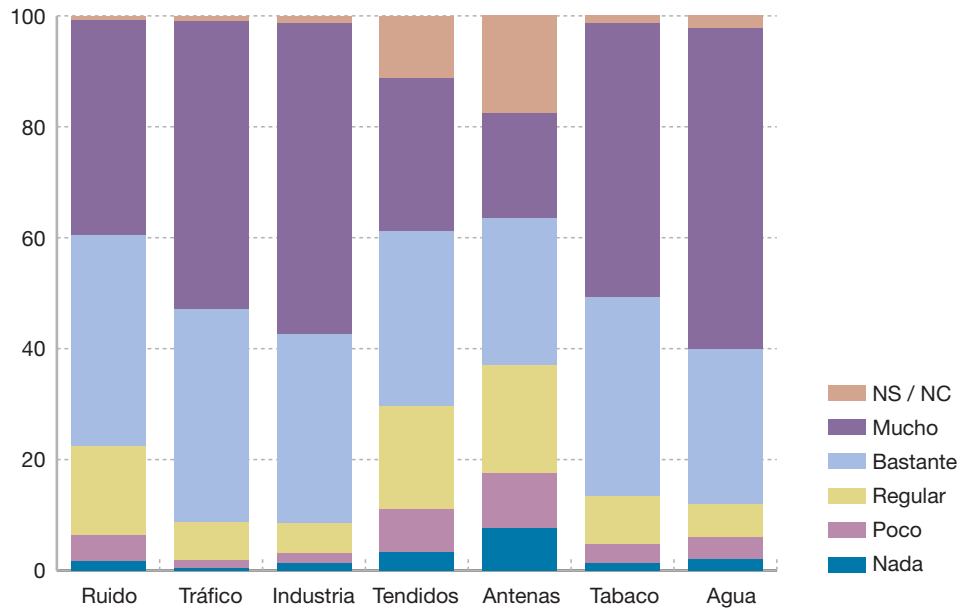
En general, las mujeres muestran una mayor percepción del riesgo, que aumenta con la edad y disminuye con el nivel educativo.

Se detecta desconocimiento en relación con algunos riesgos como muestra el importante porcentaje relativo de respuestas obtenido en la categoría NS/NC, en particular para los riesgos derivados de la presencia de tendidos de alta tensión y antenas de telefonía móvil (Gráfico 3.5.4.2.).

Además, resulta significativo observar que este porcentaje de personas que NS/NC se incrementa en el caso de las mujeres frente a los hombres y conforme aumenta la edad del entrevistado.

Gráfico 3.5.4.2. Percepción de los riesgos ambientales en la salud.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

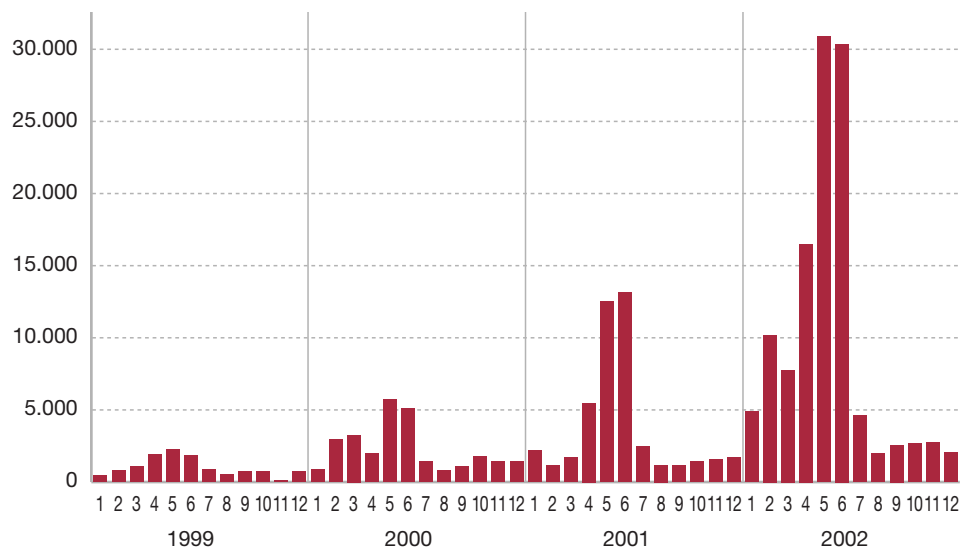


A pesar de la relativamente escasa valoración del riesgo para la salud asociado a las antenas de telefonía móvil que se ha encontrado, la evidente alarma social que este tema ha generado en la Comunidad de Madrid se expresa, entre otras formas, a través de las demandas solicitando información y/o retirada de antenas. En el periodo 2000-2002, se han producido un total de 148 consultas por escrito, relativas a 90 emplazamientos.

Finalmente otra vía de expresión de la preocupación de los ciudadanos por los posibles efectos en salud del medio ambiente es la consulta de información publicada de manera oficial por diversos organismos. Como un ejemplo se muestra la evolución de consultas a la página de Internet de la Comunidad de Madrid (www.madridorg/polen) que incluye información sobre niveles de contaminación polínica. Como puede verse en el Gráfico 3.5.4.3. el número de consultas ha sufrido un espectacular aumento en los últimos años.

Gráfico 3.5.4.3. Visitas mensuales a la página web de información de la RED PALINOCAM.

Fuente: Estadísticas de utilización Página web de la Comunidad de Madrid. ICM.



**Enfermedades
transmisibles**

4

4.1. Introducción

El siglo XX ha conocido grandes progresos en la lucha contra las enfermedades transmisibles. Sin embargo, a pesar de los avances realizados en la elaboración de antibióticos y vacunas, en los últimos decenios se ha verificado un resurgimiento de las enfermedades infecciosas, hecho que se explica por el crecimiento de la población mundial, la rapidez y la densidad de los viajes internacionales y la mayor exposición de los seres humanos a los agentes infecciosos.

La carga de las enfermedades transmisibles está siendo en los países en desarrollo uno de los elementos que impide el progreso económico y social, ya que los efectos que producen se suman a las condiciones de vida adversas de la población. Si bien las patologías transmisibles constituyen sin duda una importante fuente de enfermedad en los países en desarrollo, los países industrializados comienzan a tomar cada vez mayor conciencia del hecho de que también ellos se encuentran afectados por agentes infecciosos emergentes y reemergentes.

En nuestra Comunidad, las enfermedades transmisibles juegan un papel cuantitativamente pequeño en el conjunto de la morbimortalidad de la población. Sin embargo, en contraste con este papel reducido en la salud de la población, este grupo de enfermedades combinan una serie de características que las hacen ser un desafío constante, no sólo para la salud pública sino para el conjunto de los servicios sanitarios. Esto es debido, entre otros factores, a la aparición de nuevas enfermedades (enfermedades emergentes, como las debidas a la *Legionella pneumophila*, *Escherichia coli* 0157, hepatitis C,...), al resurgimiento de enfermedades que se creían controladas, tras un período en que su incidencia había alcanzado niveles tan bajos que ya no se las consideraba un problema de salud pública (como la tuberculosis y la enfermedad meningocócica), al uso indiscriminado de antibióticos en la población y en ganadería para evitar infecciones y estimular el crecimiento que ha ocasionado la aparición de resistencias y multiresistencias a antimicrobianos, a la mundialización acelerada con el aumento en la movilidad de las poblaciones y los gérmenes, a las variaciones en los hábitos de las personas y a los cambios ecológicos.

Otro factor de especial relevancia en las enfermedades transmisibles es la percepción que la población tiene sobre el riesgo que suponen las mismas. De hecho, existen pocos procesos que desencadenen la alarma social que es capaz de provocar la aparición de brotes o el incremento de casos de una enfermedad infecciosa.

Por otra parte las enfermedades transmisibles, son procesos vulnerables cuando se aplican de manera rigurosa y constante medidas de intervención en salud pública, en combinación con tratamientos oportunos y efectivos sobre el enfermo y sus contactos. En cierta medida, la reemergencia de algunas enfermedades (como la tuberculosis) y la importante extensión de otras (como el Sida) están expresando la necesidad de intensificar las medidas de control, tanto desde la salud pública como desde los servicios asistenciales.

4.2. Enfermedades incluidas en el calendario de vacunaciones

La vacunación es la intervención de salud pública más eficaz y coste-efectiva. Los programas de inmunización han conseguido un notable descenso en la incidencia y mortalidad de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación. En algunas enfermedades, la vacunación sistemática ha permitido abordar estrategias de eliminación, tales como el Plan de Erradicación de la Poliomielitis, iniciado en 1998 en la Comunidad de Madrid o el Plan de Eliminación del Sarampión, puesto en marcha en el año 2001.

En la Comunidad de Madrid han sido publicados 5 calendarios de vacunación desde que en 1984 fueron asumidas las competencias de salud pública. En la actualidad, las enfermedades inmunoprevenibles que están incluidas en el calendario son: la difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, hepatitis B, enfermedad por *H. influenzae* tipo b, enfermedad meningocócica por serogrupo C, sarampión, rubéola y parotiditis.

La consecución y mantenimiento de altas coberturas vacunales son imprescindibles para el control y eliminación de estas enfermedades. En este sentido, cabe destacar la importancia de las Encuestas de Serovigilancia realizadas en nuestra Comunidad en los años 1988, 1993 y 1999, que han proporcionado información de gran utilidad sobre la cobertura vacunal de nuestra población infantil y el grado de inmunidad de la población.

En este apartado se describe la situación epidemiológica de las enfermedades incluidas en calendario vacunal de la Comunidad de Madrid, con la excepción de la enfermedad meningocócica por serogrupo C y la enfermedad invasora por neumococo que se ha incluido en un apartado específico.

4.2.1. Difteria

El último caso de difteria declarado en la Comunidad de Madrid ocurrió en 1978, mientras que en España fue notificado uno (el último) en 1986.

Los resultados de la encuesta de serovigilancia realizada en 1999 en la Comunidad de Madrid muestran que más del 95% de los niños de 2-15 años han recibido al menos 3

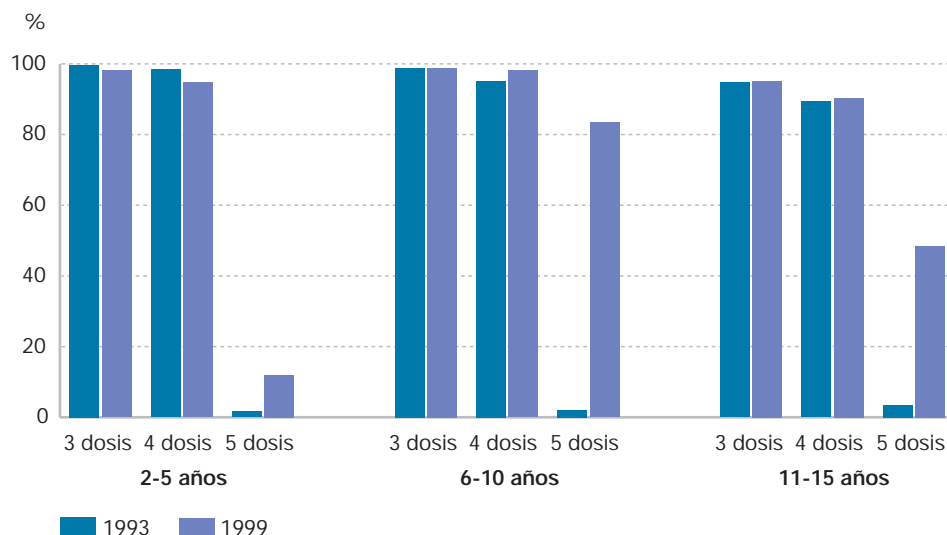


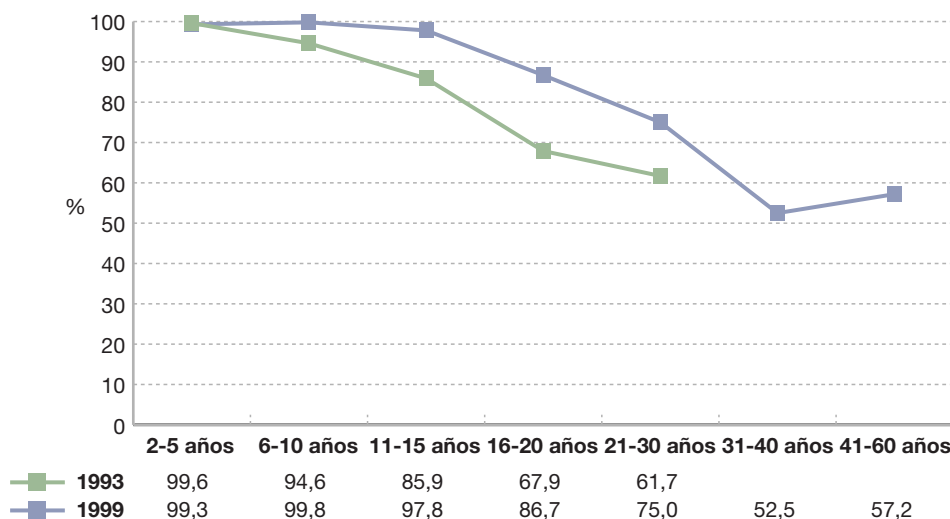
Gráfico 4.2.1.1. N° de dosis de vacuna frente a difteria recibidas por la población de 2-15 años.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

dosis de vacuna frente a difteria. Se aprecia un aumento del número de niños que han recibido 4 dosis de vacuna en relación a la encuesta anterior (1993). La excepción han sido los niños de 2 a 5 años en los que se observa un descenso del 4%. La proporción de niños que han recibido 4 dosis únicamente supera el 95% en el grupo de 6-10 años. (Gráfico 4.2.1.1.)

Gráfico 4.2.1.2. Prevalencia de anticuerpos frente a difteria.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.



La seroprevalencia frente a difteria considerando como punto de corte 0,01UI/ml (protección básica) supera el 95% en la población infantil. Se detecta un descenso progresivo a partir del grupo de 16-20 años, hasta llegar a cifras inferiores al 60% a partir de los 30 años. La prevalencia de anticuerpos frente a difteria ha aumentado en relación con la estimada en el año 1993 en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 2 a 5 años que se mantiene estable. (Gráfico 4.2.1.2.).

El descenso observado en el grupo de 2-5 años en relación con el número de dosis de vacuna frente a difteria y la tendencia decreciente de la seroprevalencia con la edad apuntan a la necesidad de vigilar el cumplimiento del calendario vacunal, especialmente en los grupos de 2-5 años y a partir de los 14 años de edad, con el fin de asegurar una correcta inmunización a lo largo de la vida.

4.2.2. Tétanos

Durante el año 2001 no se ha notificado ningún caso de tétanos en adultos. En los últimos 10 años se han notificado 8 casos en adultos, residentes en la Comunidad de Madrid, 5 de ellos en los 5 primeros años. No se ha notificado ningún caso de tétanos neonatal en la Comunidad de Madrid en el período 1992-2001.

Los resultados de la encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran que más del 95% de los niños de 2-15 años han recibido al menos 3 dosis de vacuna frente a tétanos. Se aprecia un descenso en la proporción de niños de 2-5 años que han recibido 4 dosis en relación con la encuesta de 1993. La proporción de niños de 6 a 15 años que han recibido 5 dosis ha mejorado en relación con la encuesta anterior. (Gráfico 4.2.2.1.).

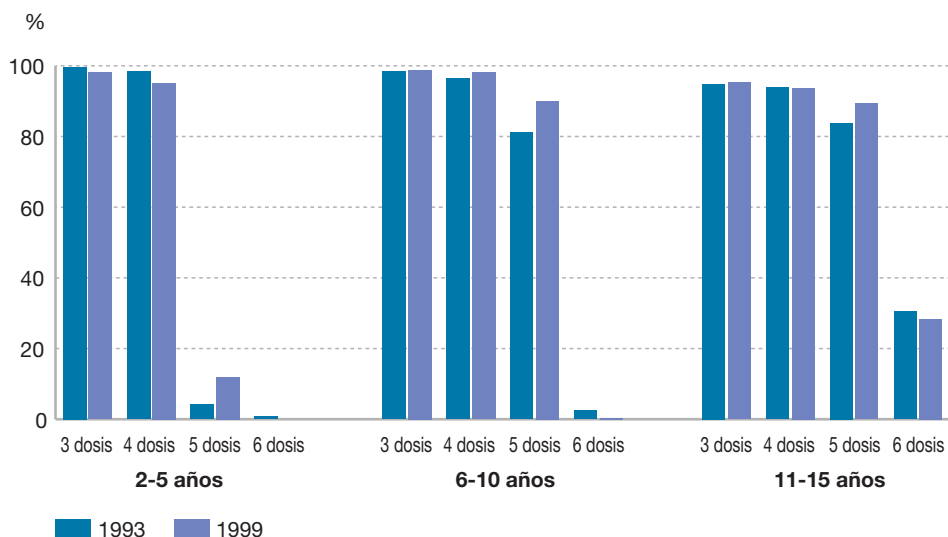


Gráfico 4.2.2.1. N° de dosis de vacuna frente a tétanos recibidas por la población de 2-15 años.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

La seroprevalencia frente a tétanos, considerando como punto de corte 0,1 UI/ml (protección completa) supera el 95% en los niños de 2 a 15 años. Se observa un descenso progresivo a partir del grupo de 21-30 años, hasta llegar a cifras inferiores al 40% en el grupo de 41-60 años. En relación con la Encuesta de 1993, la prevalencia de anticuerpos se mantiene por encima del 90% en el grupo de edad de 21-30 años, a diferencia de la observada en 1993 para este grupo, que fue del 74,5%. En los demás grupos de edad no se detectan diferencias, si bien se aprecia un ligero descenso en el grupo de 2-5 años. (Gráfico 4.2.2.2.).

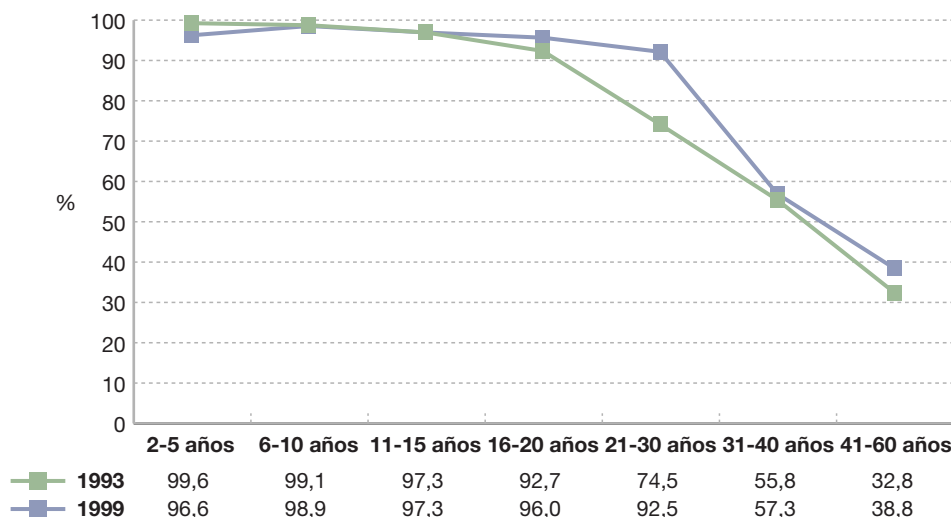


Gráfico 4.2.2.2. Prevalencia de anticuerpos frente a tétanos.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

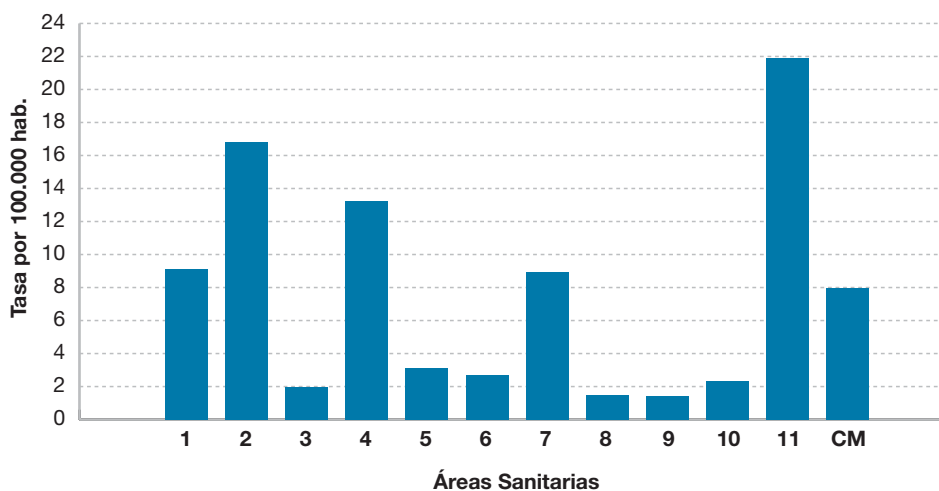
El descenso observado en el grupo de 2-5 años en relación con el número de dosis de vacuna frente a tétanos y la tendencia decreciente de la seroprevalencia con la edad apuntan a la necesidad de vigilar el cumplimiento del calendario de vacunaciones, especialmente en los grupos de 2-5 años y a partir de los 14 años de edad, con el fin de asegurar una correcta inmunización a lo largo de la vida.

4.2.3. Tos Ferina

En el año 2001 se notificaron 63 casos de tos ferina. La tasa de incidencia acumulada en la población general fue de 1,25 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,3 (referencia: nivel nacional). En menores de 15 años, la tasa de incidencia fue de 8 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 4.2.3.1. Tasa de incidencia de Tos ferina por Área sanitaria en menores de 15 años. Año 2001.

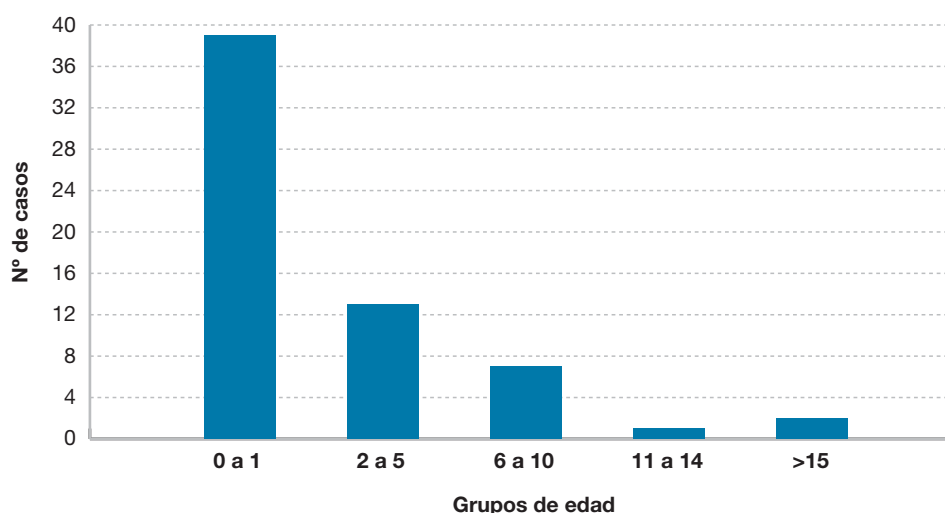
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Considerando sólo los casos en menores de 15 años, las áreas que mostraron las tasas de incidencia más elevadas fueron la 11 y la 2, con una tasa de 21,9 y 16,8 casos por 100.000 habitantes respectivamente. (Gráfico 4.2.3.1.).

Gráfico 4.2.3.2. Distribución de los casos de Tos ferina por grupos de edad. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



El 50,8% del total de casos se observó en mujeres, 84% en menores de 5 años y un 63% en menores de 1 año. (Gráfico 4.2.3.2.).

Se ha revisado el estado vacunal en todos los casos menores de 15 años, encontrando que el 42% estaban correctamente vacunados según el calendario de vacunaciones vigente en la Comunidad de Madrid, el 13% no estaban vacunados y en un 45% se desconocía su estado.

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran que la proporción de niños que han recibido al menos 3 dosis de vacuna supera el 95% en los grupos de 2-5 y 6-10 años pero no en el de 11-15 años. La proporción de niños de 2-5 años que han recibido 4 dosis desciende al 85,3%. (Gráfico 4.2.3.3.).

La proporción de niños que han recibido 3 y 4 dosis de esta vacuna es menor que la observada en relación con los componentes diftérico y tetánico de la DTP. Es preciso insistir en que los beneficios derivados de la vacunación frente a tos ferina supera los riesgos, especialmente si se considera la disponibilidad de vacunas acelulares en la actualidad, de eficacia comparable a las de células enteras y con una menor reactogenicidad.

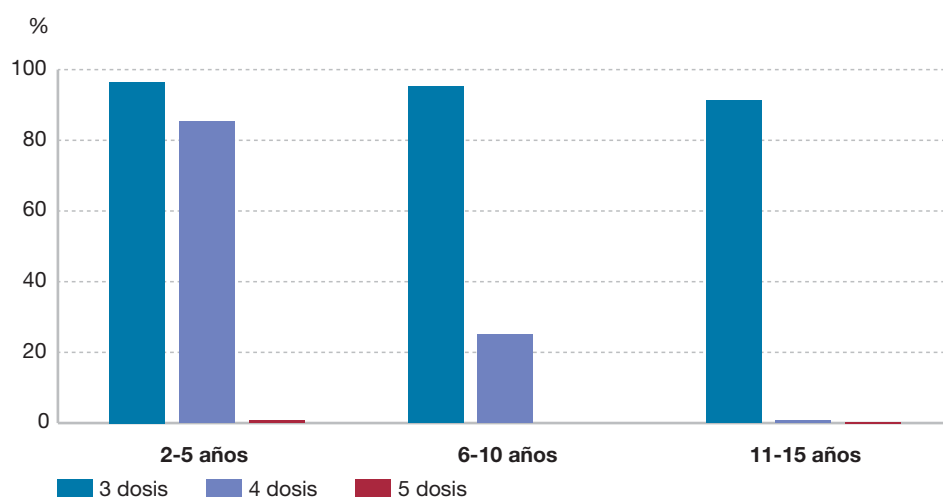


Gráfico 4.2.3.3. N° de dosis de vacuna frente a tos ferina recibidas por la población de 2-15 años.

Fuente: Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1999.

4.2.4. Poliomiélitis

En la Comunidad de Madrid el último caso autóctono de poliomiélitis fue notificado en el año 1983 y el último caso postvacunal en 1987.

La poliomiélitis era una enfermedad frecuente en todo el mundo antes de que comenzaran las campañas de inmunización de finales de los años 50. No obstante, la polio puede erradicarse si se consigue detener la transmisión humana, tal como se ha demostrado con la mejora en programas de inmunización infantil que se han producido en muchos países. En España tuvieron lugar las primeras campañas de vacunación en 1963.

En Mayo de 1988 la 41ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomiélitis en el año 2000. Al no lograrse

dicho objetivo, la OMS propuso el plan estratégico 2001-2005 mediante el cual planteaba alcanzar la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo al final del año 2002 y la certificación mundial de la erradicación de la poliomielitis al final de 2005.

Una de las estrategias propuestas por la OMS para alcanzar la erradicación de la poliomielitis ha sido la implantación de un Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años y cuya finalidad, es detectar y descartar de forma rápida, y con criterios de calidad adecuados, la posible existencia de casos de polio.

En España se inició este sistema de vigilancia a finales de 1997 y en 1998 quedó implantado en todas las Comunidades Autónomas. En la Comunidad de Madrid se inició en 1998 adaptando el Plan diseñado a nivel nacional a las características de nuestra Comunidad.

Gráfico 4.2.4.1. Tasas de Incidencia de PFA en menores de 15 años. Comunidad de Madrid y España, 1998-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

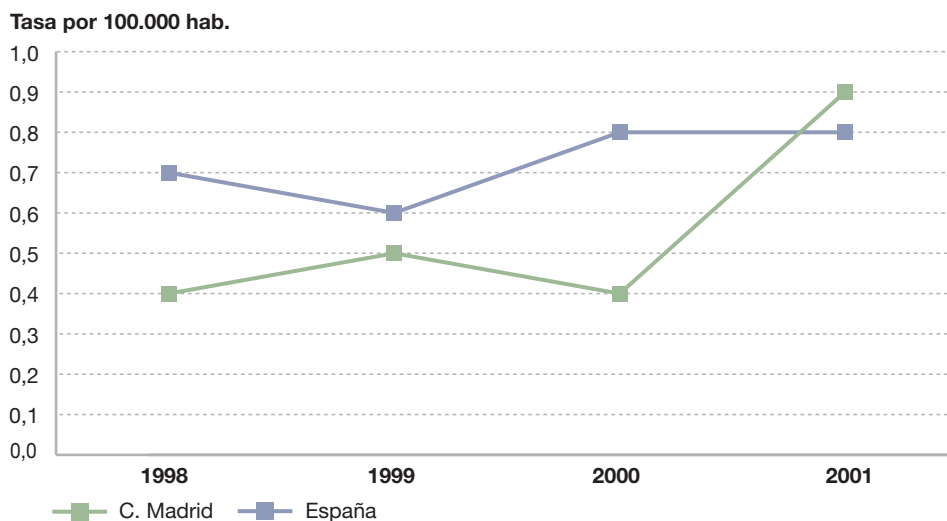
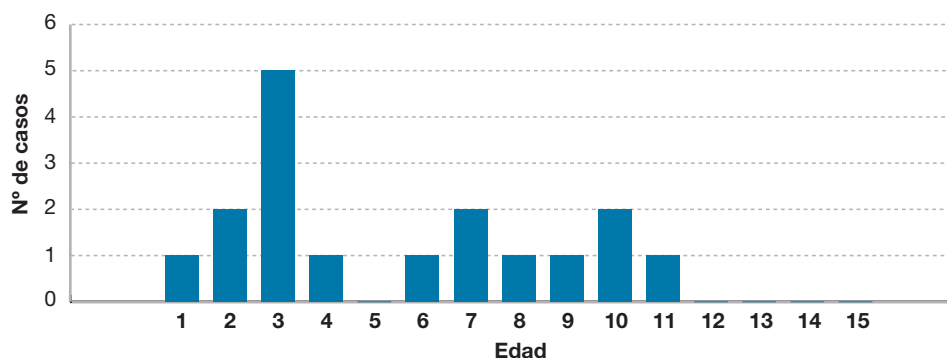


Gráfico 4.2.4.2. Distribución de casos de PFA por edad (1998-2001), en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



En la Comunidad de Madrid y a lo largo de estos cuatro años de vigilancia se han notificado 17 casos de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años. La tasa en el año 2001 ha sido más elevada en nuestra Comunidad que en España. (Gráfico 4.2.4.1.).

La media de edad de los casos ha sido de 5,4; el 53% ocurre en niños menores de 5 años y el 94% en menores de 11 años. (Gráfico 4.2.4.2.). En cuanto al sexo hay un ligero predominio de los varones (59 %).

Todos los casos de PFA notificados se han clasificado como "Descartados" de Poliomiélitis y el diagnóstico final de la mayoría es "Polirradiculitis Infecciosa" o "Síndrome de Guillain-Barré"

Los resultados de la encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran que más del 95% de los niños de 2 a 10 años han recibido al menos 4 dosis de vacuna frente a poliomiélitis. En el grupo de 11 a 15 años, la proporción de niños que han recibido 3 y 4 dosis está próxima al 95%, no llegando al 90% la proporción de niños que han recibido 5 dosis. En relación con la encuesta de 1993 se aprecia un ligero descenso en la proporción de niños de 2-5 años que han recibido al menos 4 dosis. (Gráfico 4.2.4.3.).

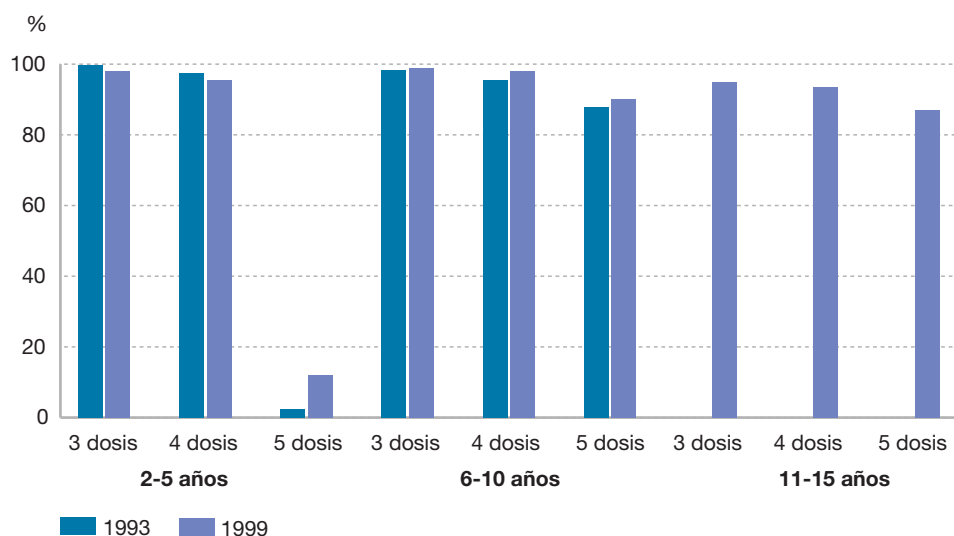


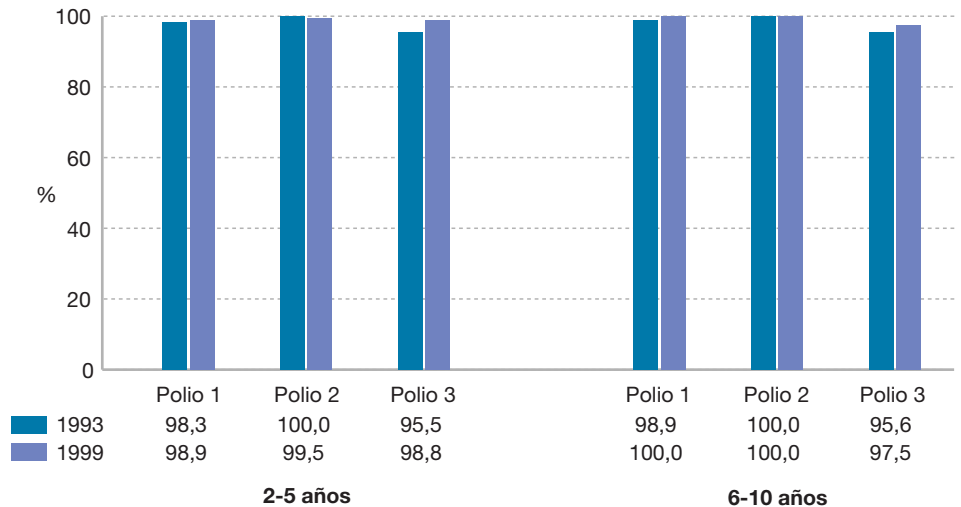
Gráfico 4.2.4.3. N° de dosis de vacuna frente a poliomiélitis recibidas por la población de 2-15 años.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

La prevalencia de anticuerpos frente a poliomiélitis es superior a 98% en los dos grupos de edad analizados y para los 3 tipos de poliovirus, excepto para poliovirus 3 en el grupo de 6-10 años, que muestra una prevalencia de 97,5%. No se observan diferencias en los resultados obtenidos en ambas encuestas. (Gráfico 4.2.4.4.).

Gráfico 4.2.4.4. Prevalencia de anticuerpos frente a poliomielitis.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.



La prevalencia de susceptibles está por debajo del umbral necesario para que se produzca la transmisión del poliovirus salvaje en nuestra comunidad. Sin embargo, es importante potenciar la vacunación en el grupo de 2 a 5 años debido a que se ha observado un ligero descenso en la proporción de niños que han recibido 4 dosis de vacuna.

La Región Europea ha estado libre de poliomielitis autóctona más de tres años. El último caso de poliomielitis autóctona ocurrió en el este de Turquía en 1998, en un niño de dos años no vacunado. Por ello, la Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, concedió el Certificado de la interrupción de la transmisión de virus salvaje a la Región Europea de la OMS, en Copenhague el 21 de junio de 2002. La Región engloba a 51 Estados Miembros en los que viven unos 870 millones de personas, por lo que esta decisión es el mayor acontecimiento de salud del nuevo milenio.

Mientras que la Poliomielitis no se haya erradicado en todo el mundo, todos los países de la región tienen riesgo de importación de poliovirus. Recientemente se han detectado casos importados en Bulgaria y en Georgia que ponen de manifiesto dicho riesgo. Las principales actuaciones que deben ser implantadas o mantenidas hasta que se formulen las estrategias de la postcertificación mundial, son el mantenimiento de coberturas elevadas de vacunación, la vigilancia exhaustiva y asegurar que existe una contención adecuada de poliovirus salvaje en los laboratorios.

4.2.5. Sarampión

El sarampión constituye, hoy día, la séptima causa de mortalidad infantil a nivel mundial, infectando a más de 40 millones de niños y causando entre 1 y 2 millones de muertes cada año. Aunque existe una vacuna eficaz, la extrema infectividad del virus, la interferencia de la eficacia vacunal en los niños pequeños debido a los anticuerpos pasivos de procedencia materna y el descenso de la inmunidad con el transcurso del tiempo, contribuyen a que el virus de sarampión continúe circulando en la población.

La Organización Mundial de la Salud, en los “Objetivos de Salud para el Siglo XXI” se ha planteado, entre otros, la eliminación y/o erradicación del sarampión. En concordancia

cia con este objetivo la Región Europea ha establecido como una tarea a desarrollar la reducción de la morbimortalidad por sarampión y la eliminación del sarampión autóctono en el año 2007.

En España y concretamente en la Comunidad de Madrid, la situación del sarampión permite abordar la eliminación del mismo, habiéndose establecido un Plan, cuyos objetivo es la eliminación del sarampión autóctono en el año 2005.

En el año 2001 se notificaron 27 casos sospechosos de sarampión al Sistema EDO, de los que se descartaron 10. De los 17 casos restantes, 15 fueron considerados sarampión autóctono y 2 importados (Gráfico 4.2.5.1.). La tasa de incidencia para el sarampión autóctono fue de 0,29 casos por 100.000 habitantes.

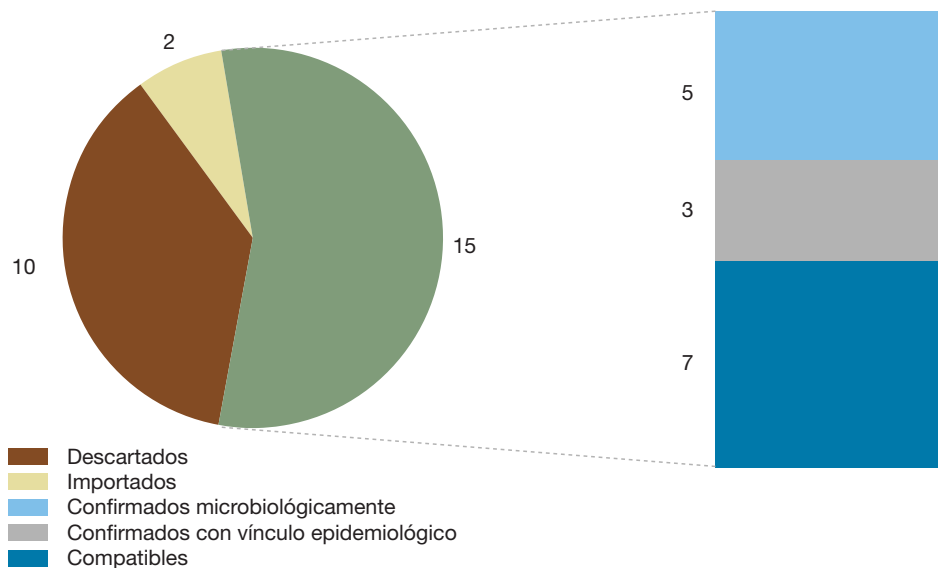


Gráfico 4.2.5.1. Clasificación de los casos sospechosos de sarampión. Comunidad de Madrid. Año 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

De los 15 casos autóctonos, 2 (13,3%) tenían menos de 15 meses de edad, 5 (33,3%) entre 15 meses y 4 años y 8 (53,3%) entre 19 y 28 años. Las tasas de incidencia por grupos de edad se presentan en el siguiente gráfico.

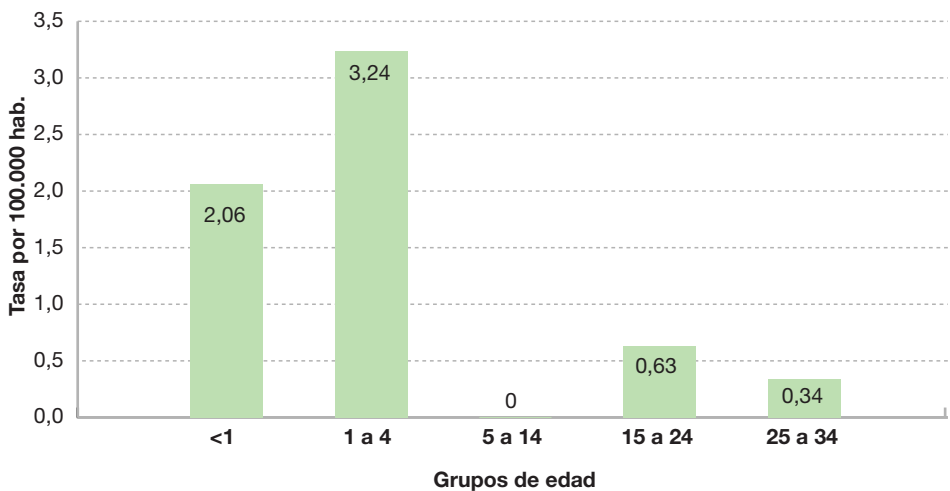


Gráfico 4.2.5.2. Tasas de incidencia de casos autóctonos de sarampión por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2001.

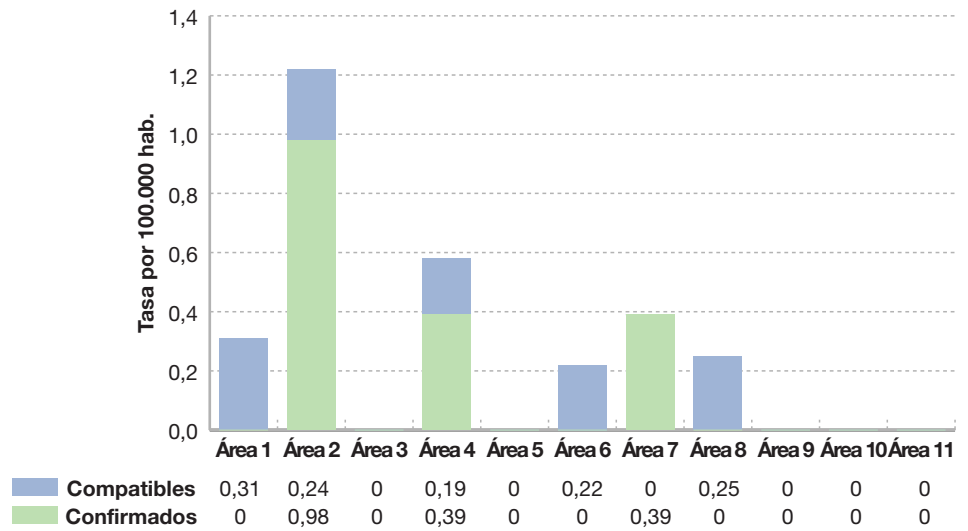
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Del total de casos autóctonos 8 se presentaron en forma de brote (2 brotes), estos casos han sido básicamente adultos (entre 19 y 28 años), con la excepción de un niño de 2 años.

En relación al género se observa que el 73,3% (11 casos) eran varones. El área de salud que ha presentado las tasas de incidencia más elevadas ha sido el área 2, no habiéndose notificado casos en las áreas 3, 5, 9, 10 y 11. (Gráfico 4.2.5.3.).

Gráfico 4.2.5.3. Tasas de incidencia de casos autóctonos de sarampión por Área de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2001.

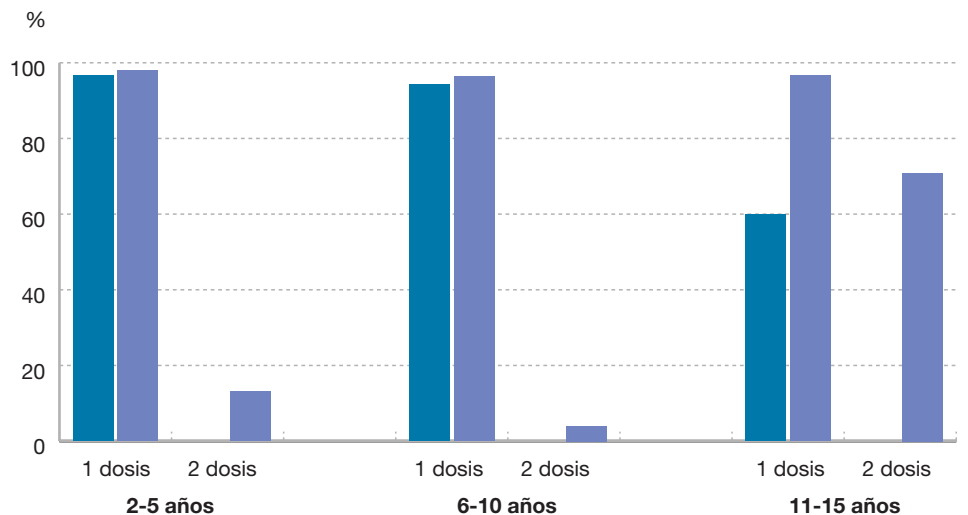
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Los resultados de la encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran que más del 95% de los niños de 2 a 15 años han recibido al menos 1 dosis de triple vírica. En relación con la encuesta de 1993, la proporción de niños que han recibido al menos una dosis ha aumentado en los 3 grupos de edad. De los niños que debían haber recibido una segunda dosis según el calendario que les correspondía, el 58,2% de los niños de 2-5 años y el 84,4% de los de 11-15 años la habían recibido. (Gráfico 4.2.5.4.).

Gráfico 4.2.5.4. Nº de dosis de vacuna triple vírica recibidas por la población de 2-15 años.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.



La prevalencia de anticuerpos frente a sarampión supera el 90% en todos los grupos de edad. La mayor proporción de susceptibles se observa en el grupo de 2-5 años, donde la prevalencia de anticuerpos es del 90,5%, seguido del grupo de 16-20 años, con una prevalencia del 95,4%. A partir de los 21 años la prevalencia supera el 99%. En relación con la Encuesta de 1993, se aprecia un descenso en la seroprevalencia en el grupo de 2-5 años y un incremento en el de 6-10 años. (Gráfico 4.2.5.5.).

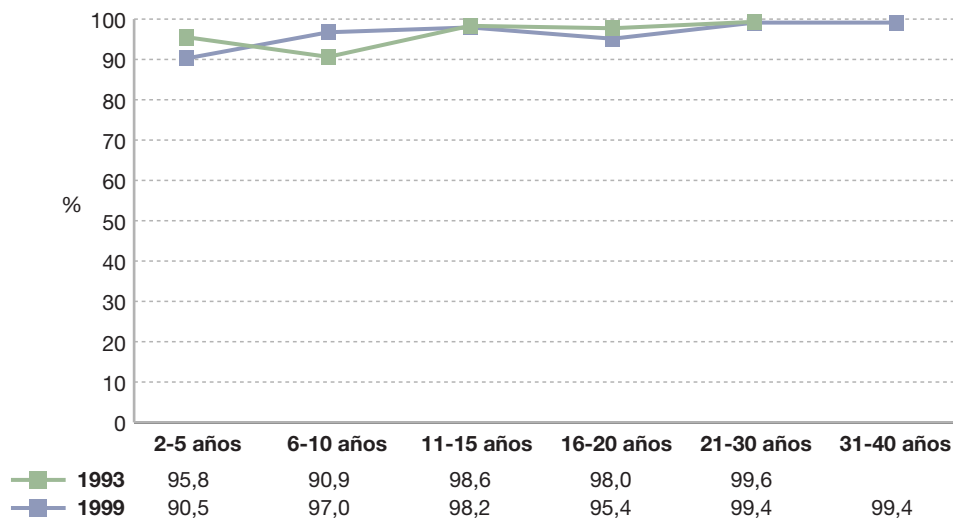


Gráfico 4.2.5.5. Prevalencia de anticuerpos frente a sarampión.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

La proporción de población susceptible es inferior a la recomendada por la OMS para conseguir la eliminación del sarampión autóctono. Sin embargo, es necesario vigilar el cumplimiento del calendario vacunal, especialmente en el grupo de 2-5 años, debido a la reciente inclusión de la segunda dosis de triple vírica a los 4 años, así como la segunda dosis administrada a los 11 años.

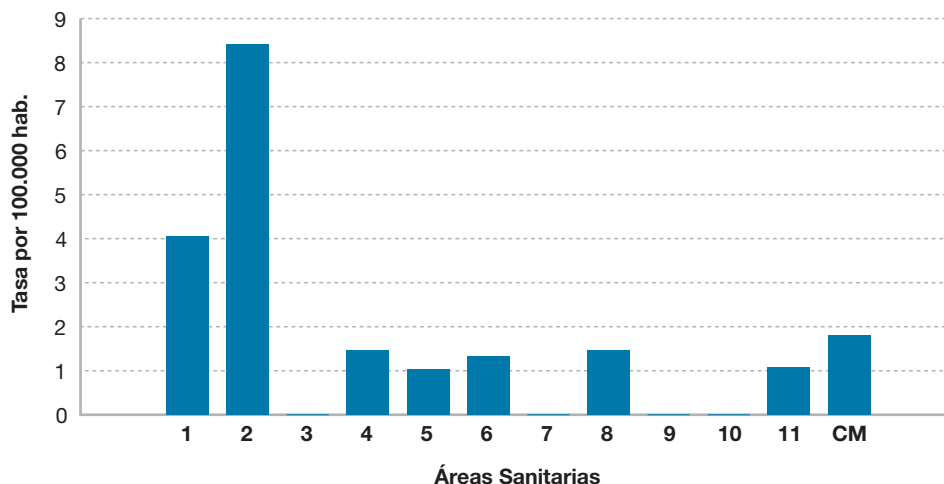
4.2.6. Rubéola

Durante el año 2001 fueron notificados al Sistema EDO 15 casos de rubéola. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,30 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,66 (referencia: nivel nacional). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 1,80 casos por 100.000 habitantes. En los últimos 10 años únicamente se ha notificado un caso de rubéola congénita en (el año 2000). Se trataba de un recién nacido de madre inmigrante de 16 años residente en el área 2 de la Comunidad de Madrid.

Considerando sólo los casos observados en menores de 15 años, las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 2 y la 1, con una tasa de 8,41 y 4,05 casos por 100.000 habitantes en menores de 15 años (Gráfico 4.2.6.1.).

Gráfico 4.2.6.1. Tasa de incidencia de Rubéola por Área sanitaria en menores de 15 años. Año 2001. Comunidad de Madrid.

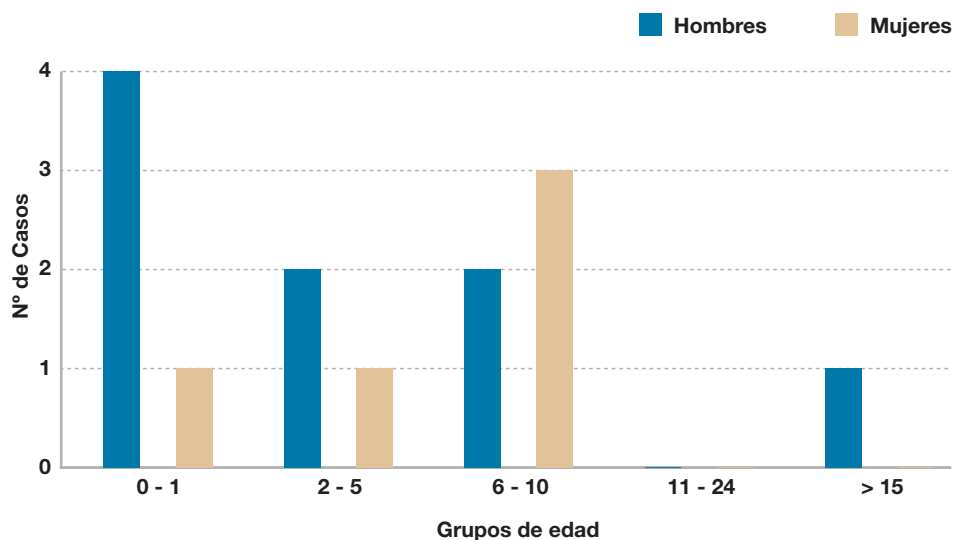
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



El 57% de los casos se observó en varones. Con respecto a la edad, el 66,6% de los enfermos fueron menores de 1 año (Gráfico 4.2.6.2).

Gráfico 4.2.6.2. Distribución de los casos de Rubéola por grupos de edad y sexo. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



En todos los casos el diagnóstico se estableció en base a la sospecha clínica. Con respecto a estado vacunal, de los 13 casos en menores de 15 años, 4 habían recibido al menos una dosis de vacuna y 7 no estaban vacunados.

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran una prevalencia de anticuerpos frente a rubéola superior al 95% en todos los grupos de edad. Los grupos que presentan menor prevalencia son los de 2-5 años y 6-10 años. La prevalencia en mujeres en edad fértil (16-45 años) es de 98,6% (96,8%-99,4%). En relación con la Encuesta de 1993 se aprecia un aumento en la prevalencia de anticuerpos en los grupos de edad de 6-10 y de 11-15 años y un ligero descenso en el grupo de 2-5 años. (Gráfico 4.2.6.3.).

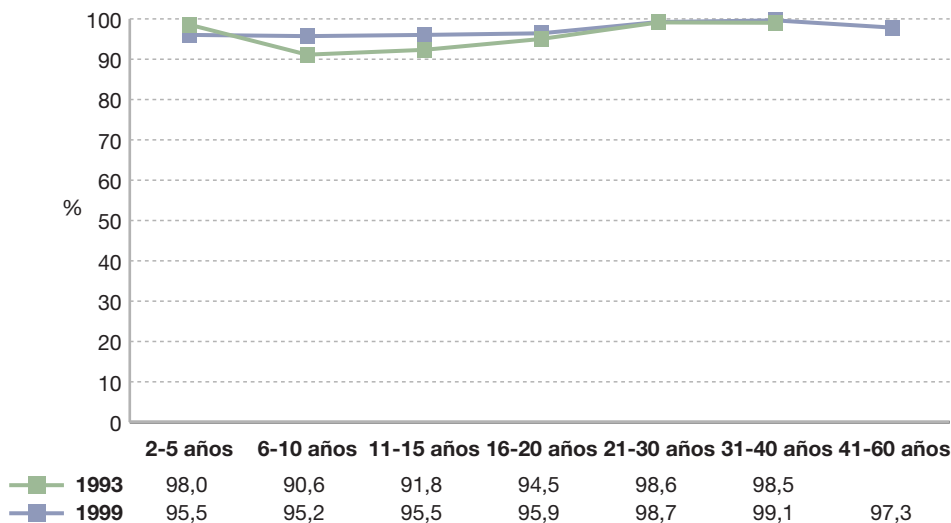


Gráfico 4.2.6.3. Prevalencia de anticuerpos frente a rubéola. Encuestas de Serovigilancia de 1993 y 1999. Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

Por lo que se refiere al estado vacunal, son válidas las consideraciones que se han efectuado respecto del sarampión. (Ver gráfico 4.2.5.3.).

La eliminación del síndrome de rubéola congénita requiere la protección de las mujeres en edad fértil y el mantenimiento de altas coberturas vacunales en la población infantil, con el fin de interrumpir la transmisión del virus. La OMS establece como objetivo a alcanzar en el año 2010 para la región Europea la consecución de una incidencia de rubéola congénita inferior a 0,01 por 1000 recién nacidos vivos, para lo que es necesario alcanzar una cobertura vacunal de la población infantil de al menos el 90%, cifra superada en nuestra Comunidad.

4.2.7. Parotiditis

En el año 2001 fueron notificados 1.187 casos de parotiditis. La tasa de incidencia acumulada fue de 23,63 casos por 100.000 habitantes, cifra superior que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,20 (referencia: nivel nacional). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 127,45 casos por 100.000 habitantes menores de dicha edad.

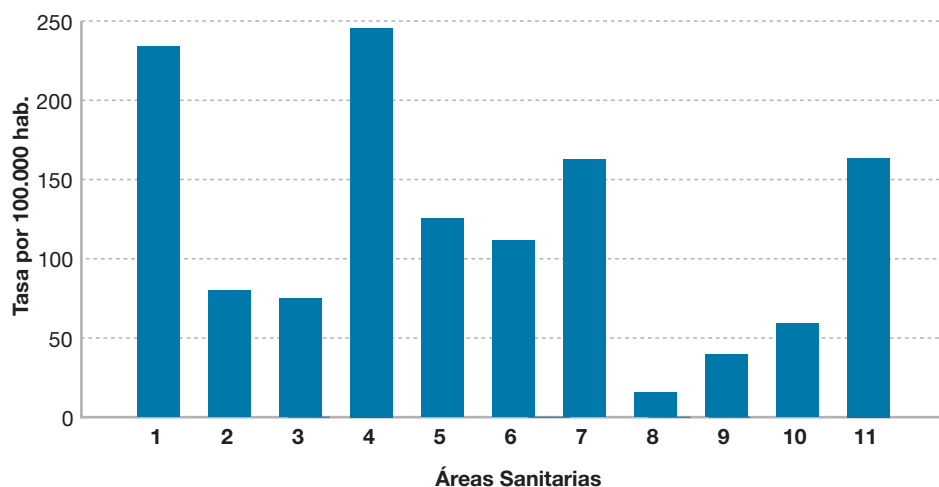


Gráfico 4.2.7.1. Tasa de incidencia de Parotiditis por Área sanitaria en menores de 5 años. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

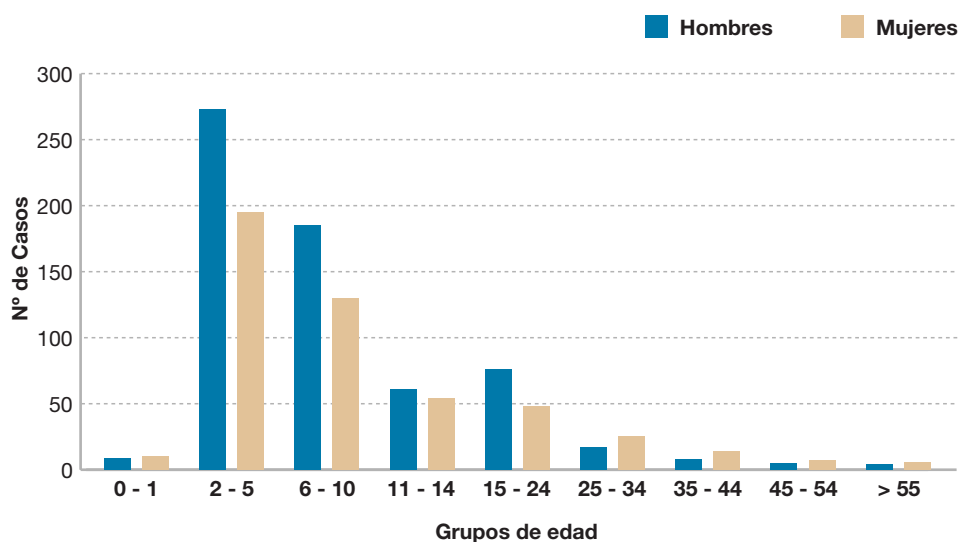
Considerando los casos observados en menores de 15 años, las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM fueron la 4 (tasa de 246,57 casos por 100.000 habitantes) y la 1 (tasa de 232,90 por 100.000 habitantes) (Gráfico 4.2.7.1.).

El 56% de los casos se observó en varones. El 81,7% se registró en menores de 15 años, de los cuales un 53,8% fueron menores o igual de 5 años (9 eran niños menores de 1 año). (Gráfico 4.2.7.3.).

En relación al tipo de diagnóstico, en 146 casos (12,2%) se realizó diagnóstico serológico y en el 85,5% fue de sospecha clínica.

Gráfico 4.2.7.3. Distribución de los casos de Parotiditis por grupos de edad y sexo. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



En relación al estado vacunal, en los menores de 15 años, un 74,4% habían recibido al menos una dosis de vacuna, 30 (3,2%) no estaban vacunados y se desconocía el estado vacunal en un 22,4%.

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran una prevalencia de anticuerpos frente a parotiditis inferior al 90% en todos los grupos de edad. La cifra más baja se observa en el grupo de 2-5 años (57,2%). En relación con la Encuesta de 1993 se aprecia un descenso importante de la prevalencia en los grupos de 2-5 y 16-20 años de edad. (Gráfico 4.2.7.4.). La información sobre el estado vacunal frente a triple vírica de la información infantil se puede consultar en el apartado referente a sarampión.

Desde el 1 de noviembre de 1996 hasta el 30 de abril de 1999 se administró en nuestra Comunidad la vacuna triple vírica que contenía el componente frente a parotiditis elaborado con la cepa Rubini, de menor eficacia, lo que se tradujo en un aumento del número de brotes epidémicos, que han afectado sobre todo a colectivos escolares.

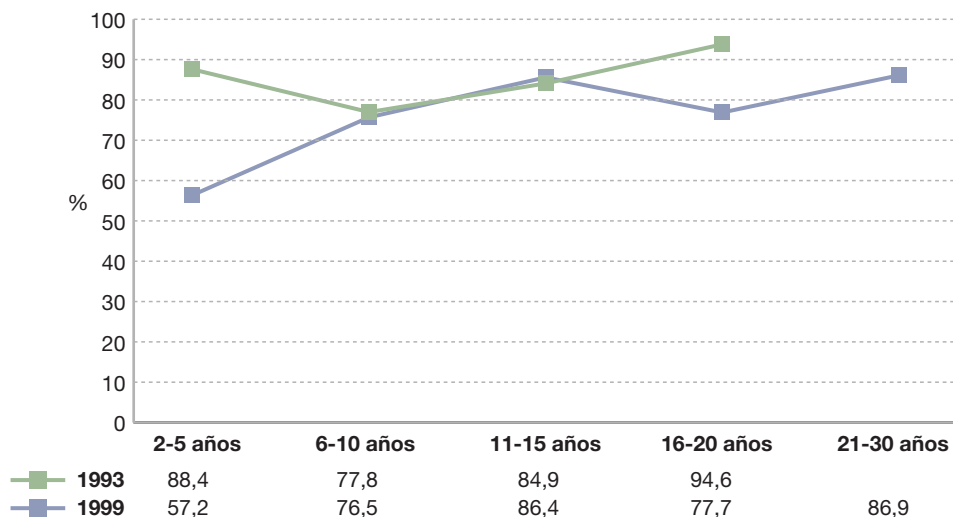


Gráfico 4.2.7.4. Prevalencia de anticuerpos frente a parotiditis.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

Según los datos de la Encuesta de Serovigilancia de 1999, el 80,3% de la población vacunada con una dosis de la vacuna triple vírica que contiene el componente frente a parotiditis elaborado con la cepa Jeryl Lynn presenta niveles de anticuerpos frente a parotiditis, este porcentaje es 1,75 veces mayor que el observado en la población vacunada con una dosis de la vacuna que contiene la cepa Rubini (46,0%).

En 1998 se notificó al Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos 1 brote y 6 casos asociados, en 1999, 14 brotes y 191 casos, en 2000, 56 brotes y 587 casos y en 2001, 78 brotes y 645 casos. (Gráfico 4.2.7.5.)

Nº de brotes

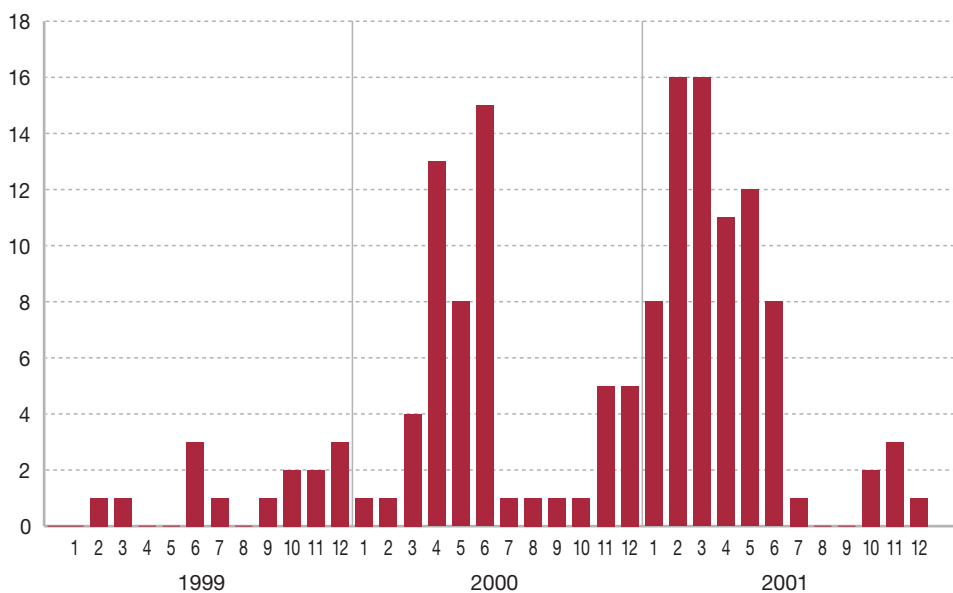


Gráfico 4.2.7.5. Brotes de parotiditis. Distribución por mes de notificación.

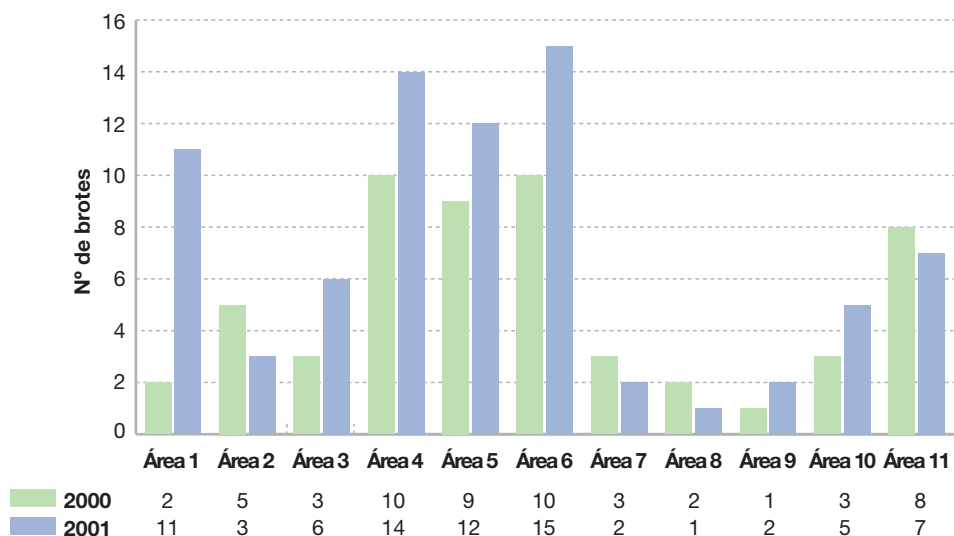
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Las áreas más afectadas en los años 2000 y 2001 fueron la 4, la 5 y la 6; los distritos más afectados fueron Majadahonda (8 brotes) y Hortaleza (7 brotes) en 2000 y Ciudad Lineal (10 brotes), Majadahonda (8 brotes) y Vallecas (7 brotes) en 2001. (Gráfico 4.2.7.6.).

Si se analiza la incidencia de casos asociados a brotes en función del tipo de vacuna recibida, los niños vacunados sólo con una dosis de la vacuna que contiene la cepa Rubini presentan una incidencia 5,61 (IC95%: 3,92-8,03) veces mayor que la observada en los niños vacunados con una dosis de la vacuna que contiene la cepa Jeryl Lynn. Se ha estimado una efectividad vacunal⁶ de 47,7% (IC95%: -42,3%; 80,8%) para la vacuna que contiene la cepa Jeryl Lynn y un valor negativo para la vacuna que contiene la cepa Rubini.

Gráfico 4.2.7.6. Brotes de parotiditis. Distribución por área de salud. Comunidad de Madrid. Años 2000 y 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



4.2.8. Hepatitis B

En el año 2001 fueron notificados al sistema EDO 105 casos de hepatitis B. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,1 casos por 100.000 habitantes, cifra ligeramente superior a la observada a nivel nacional, con una razón de tasas de 1,06 (referencia: nivel nacional). Desde 1992 se observa un marcado descenso en la tasa de incidencia de hepatitis B, permaneciendo estable en los últimos 3 años. (Gráfico 4.2.8.1.).

Las áreas sanitarias que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 4 y 8, con 3,35 y 3 casos por 100.000 habitantes respectivamente (Gráfico 4.2.8.2.).

6- $EV = (1 - (T_v / T_{nv})) * 100$, donde T_v = Tasa en vacunados y T_{nv} = Tasa en no vacunados.

El 68,3% se observó en varones y el 51% tenían edades comprendidas entre 25 y 44 años. En menores de 15 años se presentaron 2 casos de 1 y 2 años. (Gráfico 4.2.8.3.).

La prueba de detección de anticuerpos antiHBc (IgM) fue positiva en el 61% (64 casos), este anticuerpo es el primero que aparece en la infección del virus y habitualmente se interpreta como indicador de infección reciente. 70 casos (66,6%) tenían una prueba Ag antiHBs positiva, este antígeno puede detectarse en sangre durante el periodo de incubación, fase aguda de la enfermedad y en el estado crónico.

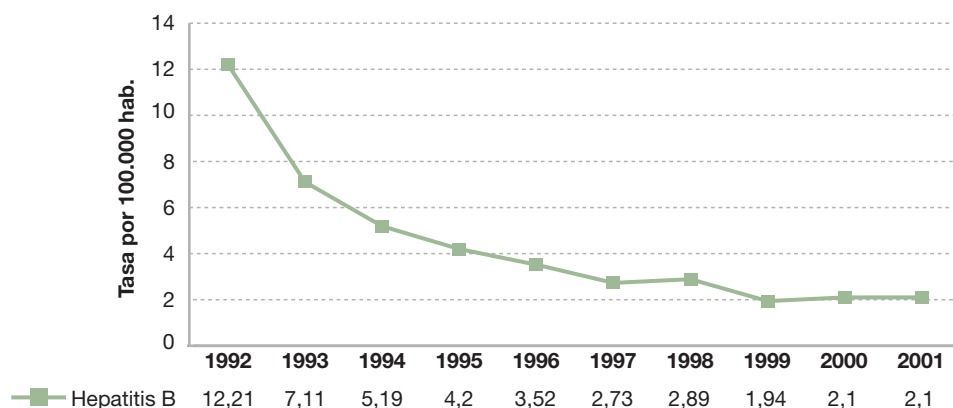


Gráfico 4.2.8.1. Evolución de la Hepatitis B. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

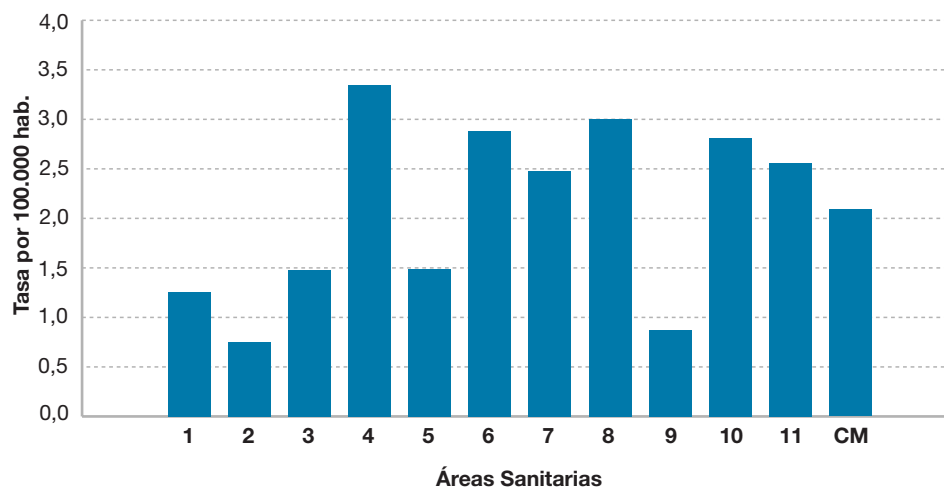


Gráfico 4.2.8.2. Tasa de incidencia de Hepatitis B por Área sanitaria. Año 2001. Comunidad de Madrid.

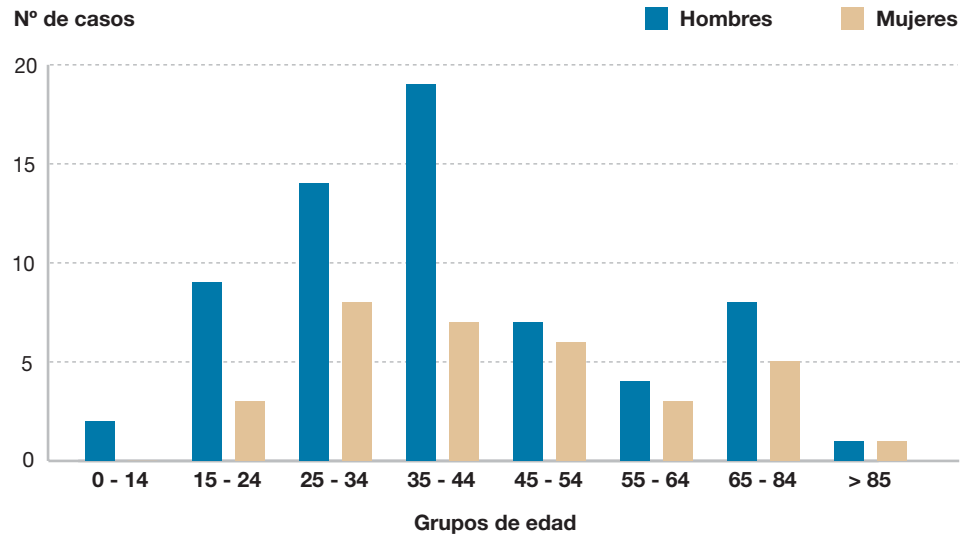
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En 17 casos existían antecedentes de contacto sexual de riesgo y 4 eran consumidores de drogas por vía parenteral. El estado vacunal se desconocía en el 58,1% de todos los casos de hepatitis B y sólo dos casos estaban vacunados.

La vacuna de hepatitis B se introdujo en el calendario vacunal en julio de 1994 en recién nacidos y en noviembre de 1996 a los 11 años de edad. Los resultados de la Encuesta

Gráfico 4.2.8.3. Distribución de los casos de Hepatitis B por grupos de edad y sexo. Año 2001. Comunidad de Madrid.

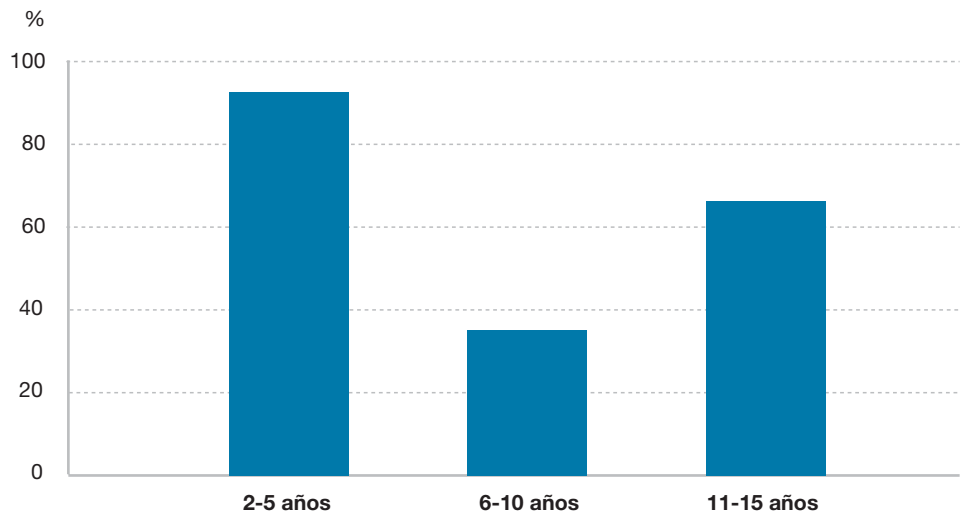
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



de Serovigilancia de 1999 muestran que el 92,7% de los niños de 2-5 años, el 35,1% de los de 6-10 años y el 66,4% de los de 11-15 años han recibido 3 dosis de vacuna de hepatitis B (gráfico 4.2.8.4.).

Gráfico 4.2.8.4. Proporción de personas menores de 16 años que han recibido 3 dosis de vacuna de hepatitis B.

Fuente: Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1999.



La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis B (antiHBc positivos) es muy baja en menores de 21 años. En menores de 11 años no se detectó ningún suero positivo. A partir del grupo de edad de 21-30 años se observa un tendencia creciente con la edad, pasando de 5,2% en este grupo a 19,2% en el grupo de 41-60 años. En relación con la Encuesta de 1993 se aprecia un descenso en la prevalencia en los grupos de edad de 21-30 años y de 31-40 años. La prevalencia de portadores de HBs Ag es de 0,8% en la población de 2-60 años, siendo el grupo de edad de mayor prevalencia el de 21-30 años (1,3%).

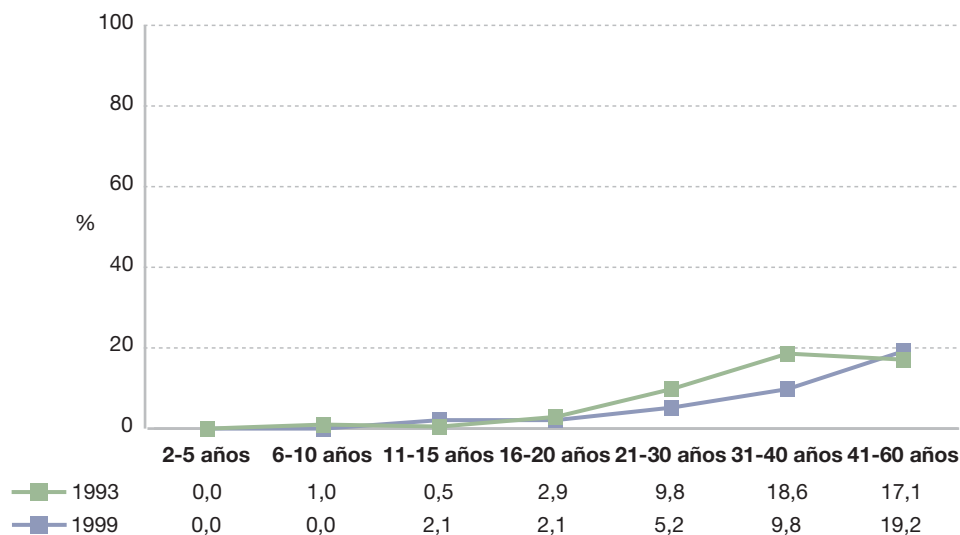


Gráfico 4.2.8.5. Prevalencia de anticuerpos antiHbc.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

Es preciso mejorar la cobertura de la vacuna de hepatitis B, especialmente a los 11 años de edad. La ausencia de niños infectados menores de 11 años sugiere un buen control de la mujer embarazada en relación con esta enfermedad. El descenso observado en los grupos de edad de 21-30 y 31-40 años puede estar relacionado con una mejora en la cobertura de vacunación de los grupos de población con mayor riesgo de exposición al virus, así como con el éxito de los programas de prevención (atención a drogodependientes, prevención de VIH).

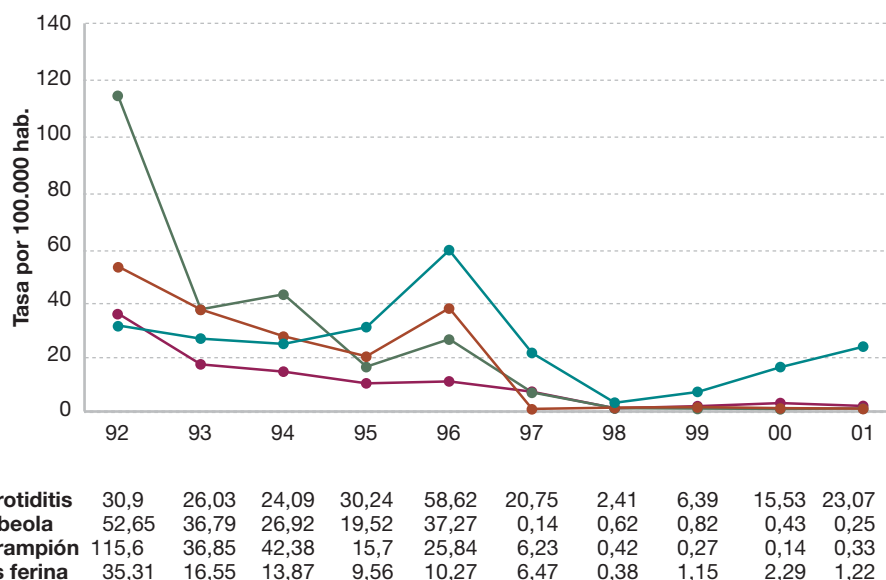


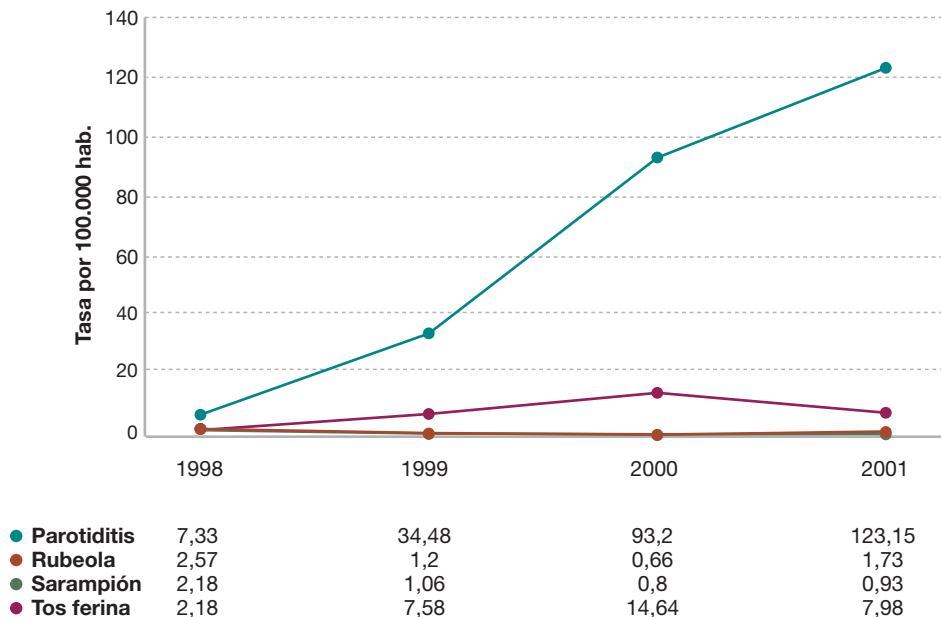
Gráfico 4.2.8.6. Evolución de las enfermedades inmunoprevenibles. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En el gráfico 4.2.8.6. se presenta la evolución de la tasa de incidencia de parotiditis, sarampión, rubéola y tos ferina en los últimos 10 años para el conjunto de la población, en el gráfico 4.2.8.7 se muestra la evolución de la tasa de incidencia en menores de 15 años.

Gráfico 4.2.8.7. Evolución de las enfermedades inmunoprevenibles en menores de 15 años. Comunidad de Madrid. 1998-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



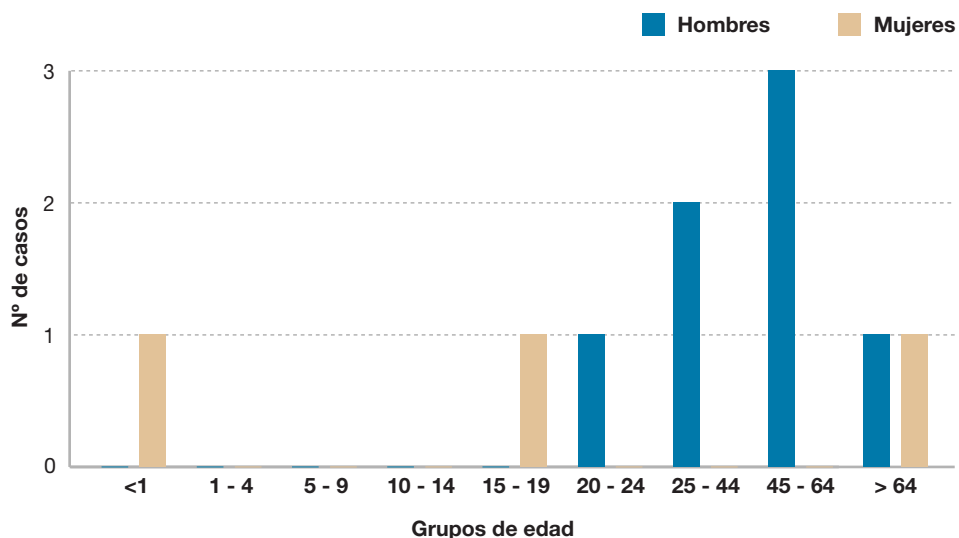
4.2.9. Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae

La Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae se vigila en la Comunidad de Madrid, desde el año 1997 en el que fue incluida en las enfermedades de declaración obligatoria. La vacuna frente a Haemophilus influenzae tipo b se incluyó en el calendario vacunal en el año 1998, aunque un cierto porcentaje de niños fueron vacunados con anterioridad, por recomendación de sus pediatras.

En el año 2001 en la Comunidad de Madrid se han registrado 9 casos de enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae, lo que supone una tasa de 0,18 casos por 100.000 habitantes. El 66,7% de los casos eran varones y sólo se presentó un caso de edad pediátrica. Tenía un mes de edad y por lo tanto aún no había sido vacunado frente a este patógeno. (Gráfico 4.2.9.1.). Varios casos en adultos han tenido un origen nosocomial .

Gráfico 4.2.9.1. Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae. Distribución por grupos de edad y sexo.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La letalidad para esta enfermedad ha sido de un 22,2%. La distribución por áreas de salud se muestra en el gráfico 4.5.2.2. El área 11 es la que ha notificado un mayor número de casos, debido a que su hospital de referencia realiza una notificación muy exhaustiva de las meningitis nosocomiales.

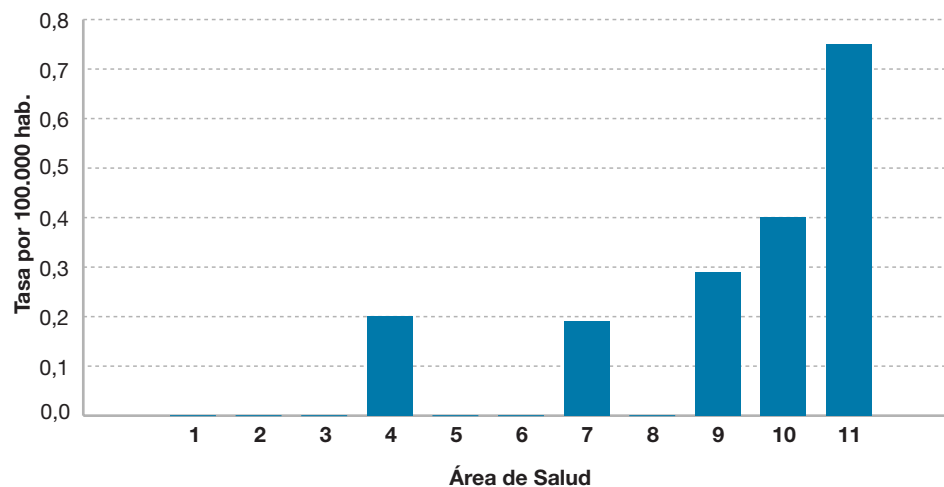


Gráfico 4.2.9.2. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. Distribución por área de salud.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La evolución de la enfermedad en los últimos años muestra una disminución de la incidencia tras su inclusión en el calendario vacunal en el año 1998, sobre todo en los menores de 5 años (Gráfico 4.2.9.3.).

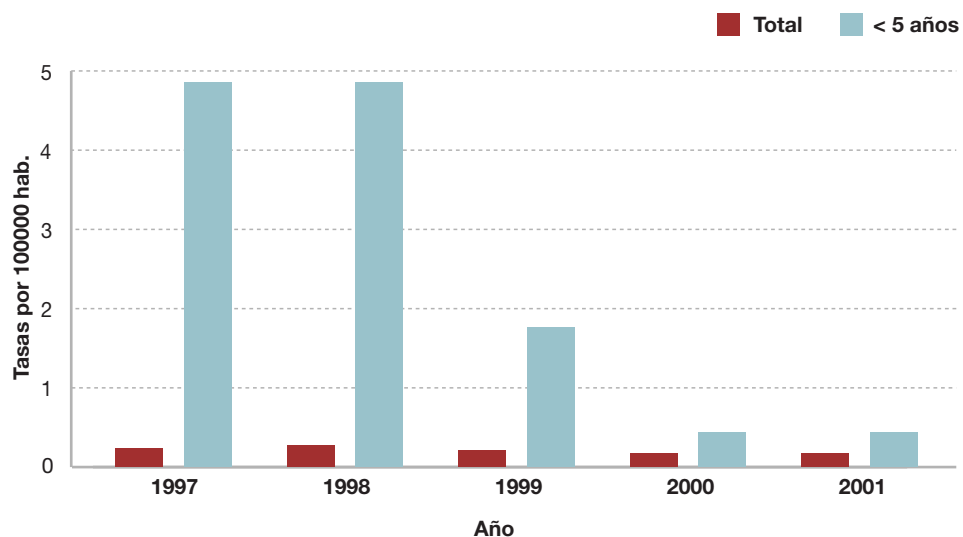


Gráfico 4.2.9.3. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. Evolución de la incidencia.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.3. Tuberculosis

A lo largo de la historia la tuberculosis (TBC) ha sido una de las grandes causas de morbilidad y de mortalidad. En la actualidad continúa siendo un importante problema de salud pública que se pone de manifiesto con mayor crudeza entre los colectivos más desfavorecidos desde el punto de vista social y sanitario.

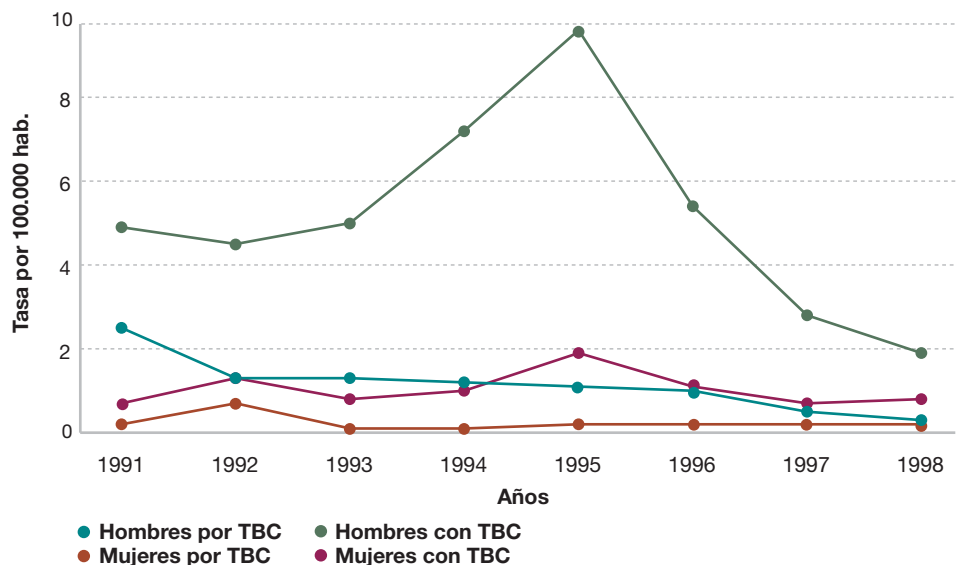
Los indicadores basados en la mortalidad han perdido una parte de su importancia debido a la disminución de la letalidad que ha sufrido esta enfermedad desde que se dispone de tratamientos eficaces para la misma.

Se analizan las defunciones en la Comunidad de Madrid entre 1991-1998 en las que aparece TBC como causa básica (mortalidad “por TBC”) o como diagnóstico mencionado en el Boletín Estadístico de Defunción (mortalidad “con TBC”).

Durante el periodo de estudio, las tasas anuales de mortalidad “por TBC” en varones, han mostrado un descenso continuado pasando de 3,3 fallecidos por 100.000 habitantes en 1991, a 1,8 en 1998. En las mujeres se aprecian pequeñas variaciones interanuales, que no indican una clara tendencia. En la evolución de las tasas anuales de mortalidad “con TBC” desde 1993 se observa un incremento que sitúa su máximo en 1995 con 8,4 fallecidos por 100.000 en varones, y 2,0 en mujeres, y un posterior descenso (Gráfico 4.3.1.).

Gráfico 4.3.1. Evolución de las tasas de mortalidad según sexo de los fallecidos “por tuberculosis” y “con tuberculosis”. Comunidad de Madrid, 1991-1998.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.



La incidencia de TBC que aparece en un año depende, entre otros factores, del riesgo de infección tuberculosa que existía años atrás; por ello, son importantes los indicadores epidemiológicos basados en la infección, que generalmente se llevan a cabo a través de estudios de prevalencia. En la Comunidad de Madrid, el procedimiento seguido para el estudio y análisis continuado de la evolución de los indicadores de infección, se basa en la realización periódica de encuestas tuberculínicas en población infantil.

Las encuestas realizadas en los cursos escolares 1993/94 y 1999/00 se han realizado siguiendo idéntica metodología, muestreo por conglomerado polietápico, con estratificación de las unidades de primera etapa (colegio). El objetivo de las encuestas es estimar la prevalencia de infección entre los niños de 6 años de edad, residentes en la Comunidad de Madrid y no vacunados con BCG. Se ha realizado la prueba de tuberculina a los niños seleccionados, utilizando la técnica de Mantoux con lectura de la inducción a las 72 h. En ambas, el umbral de positividad se estableció en 5 mm. De los resultados que se presentan en el gráfico 4.3.2. cabe resaltar que la prevalencia de infección por TBC en población infantil es baja y estable, por ello no se ha incluido el cribaje tuberculínico en los programas de prevención dirigidos a niños sanos.

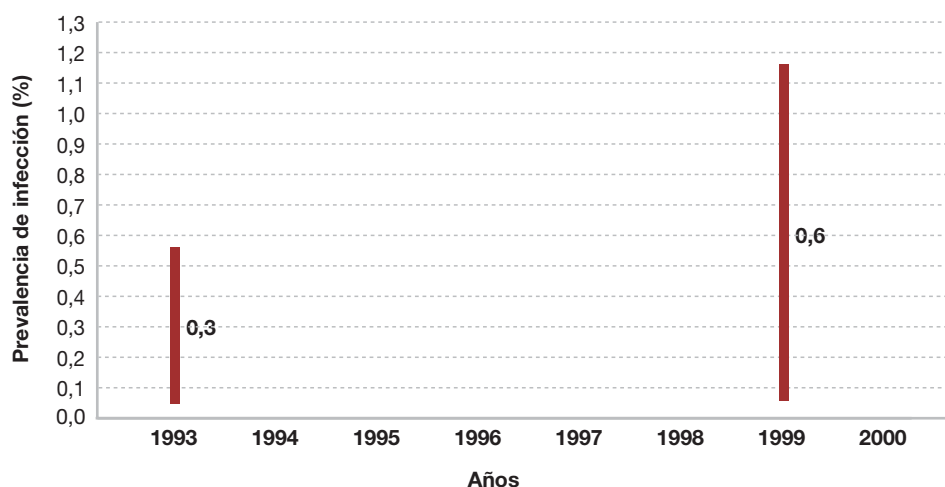


Gráfico 4.3.2. Prevalencia estimada de infección por tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Encuestas de tuberculina 1993/94 y 1999/00.

Fuente: Encuesta de tuberculina en la población infantil.

Durante 2001 se registraron 1.116 casos de TBC diagnosticados en la Comunidad de Madrid, de ellos 23 eran residentes en otras CCAA; por lo que, después de excluirlos, la incidencia anual para la CM ha sido de 21,8 casos por 100.000 habitantes

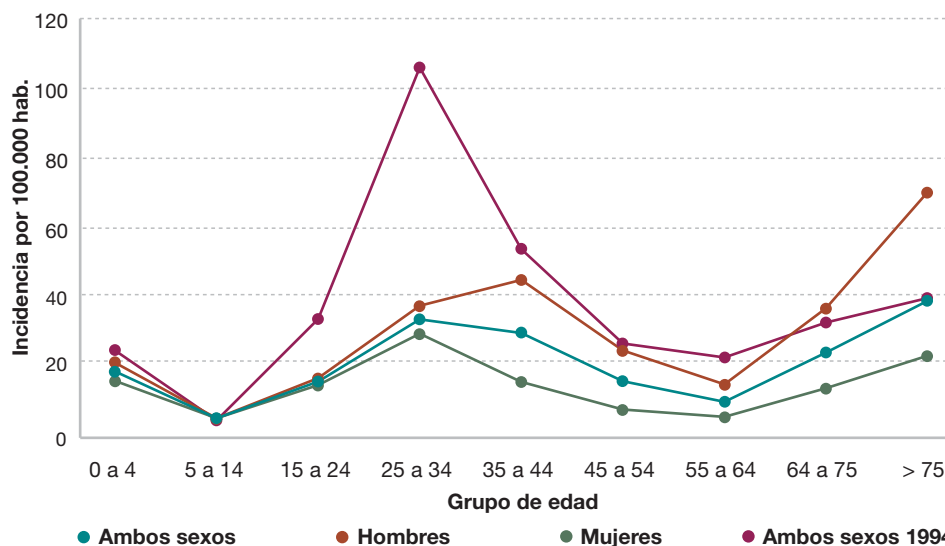


Gráfico 4.3.3. Incidencia anual de tuberculosis específica por grupos de edad y sexo. 2001.

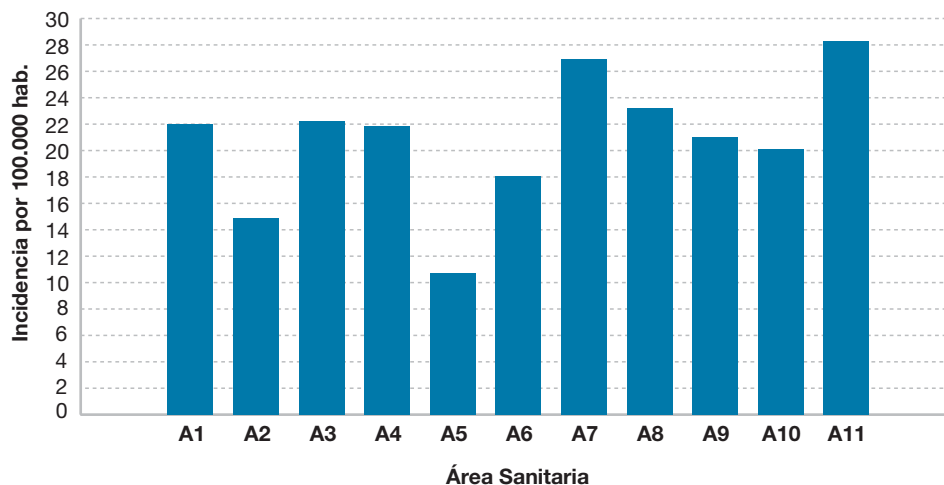
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La distribución de la incidencia específica por edad presenta un pico máximo en los mayores de 74 años (39,2 casos por 100.000). Según sexo hay un claro predominio de los hombres sobre las mujeres, la proporción de hombres ha sido en 2001 del 63,1% (Gráfico 4.3.3.).

De todos los casos registrados, el 72% son confirmados, es decir, tienen un cultivo positivo al complejo M. Tuberculosis en alguna muestra biológica de cualquier localización.

Gráfico 4.3.4. Incidencia anual por Área Sanitaria. 2001.

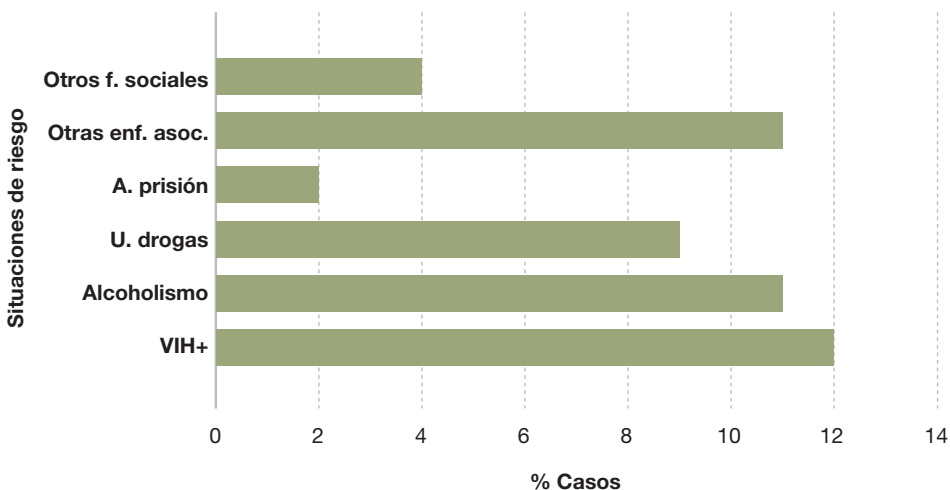
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Por Área Sanitaria la incidencia varía entre los 28,3 casos por 100.000 habitantes del Área 11 y los 10,7 casos por 100.000 del Área 5 (Gráfico 4.3.4.).

Gráfico 4.3.5. Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según grupos de riesgo. Comunidad de Madrid, 2001.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Es de señalar que cerca del 25% de los casos han venido de fuera de España, destacando los procedentes de Latinoamérica que representan el colectivo de inmigrantes más numeroso.

Las situaciones de riesgo más frecuentemente detectadas en los casos registrados han sido: el alcoholismo y la concurrencia con otras patologías entre las que destaca el VIH/SIDA (Gráfico 4.3.5.).

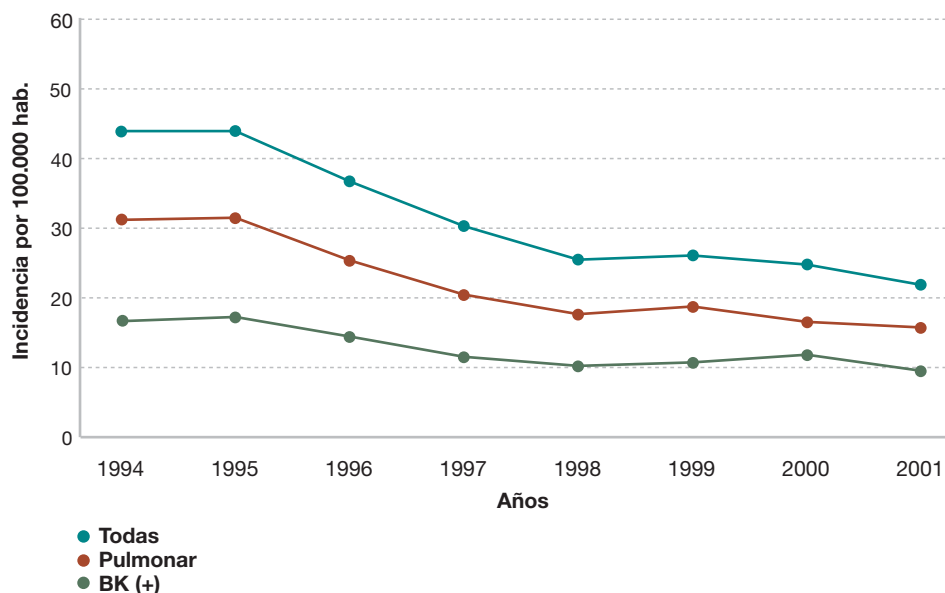


Gráfico 4.3.6. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis en el periodo 1994-2001.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Al analizar la evolución en el tiempo, desde 1995 se viene observando una disminución progresiva en la incidencia de casos. El descenso medio anual entre 1995 y 2001 es del 11%. La incidencia de TBC pulmonar y la de formas bacilíferas también descienden entre 1995 y 1997, para después estabilizarse (Gráfico 4.3.6.).

La Infección por VIH/SIDA continúa siendo el factor de riesgo más importante asociado a la concurrencia de tuberculosis, si bien ha descendido sensiblemente a partir de 1997 (Gráfico 4.3.7.) gracias a la introducción universal de la triple terapia antirretroviral.

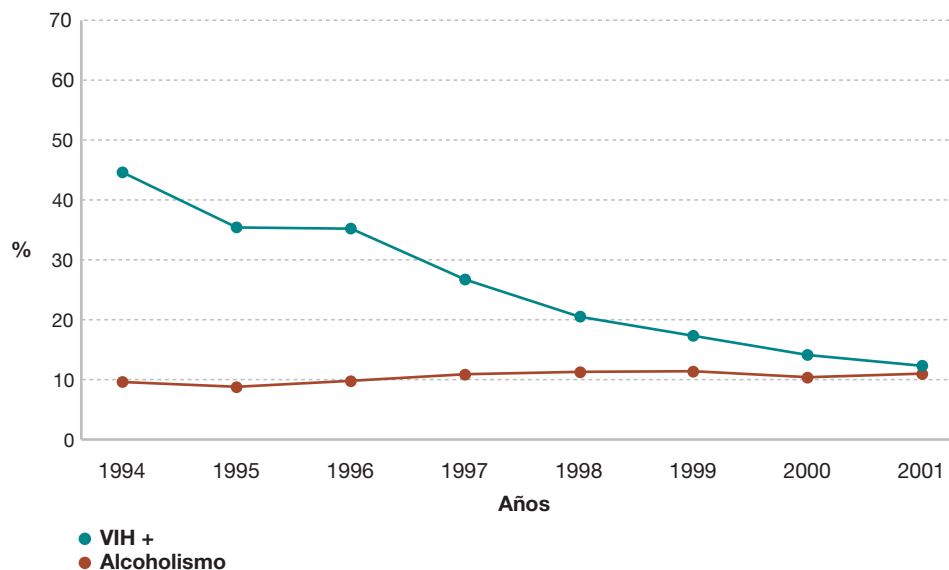


Gráfico 4.3.7. Evolución de la proporción de casos de tuberculosis según algunos factores de riesgo en el periodo 1994-2001.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

El patrón de presentación por edad ha cambiado de forma manifiesta desde 1994; en ese año el efecto de los casos infectados por el VIH provocaba niveles elevados en los grupos más jóvenes, a partir de 1998 las mayores incidencias se dan entre los más mayores (Tabla 4.3.1.).

Tabla 4.3.1. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis por grupos de edad.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Grupo de edad	Incidencia por 100.000							
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
0-4	25,7	25,7	16,3	11,9	15,0	14,1	15,0	19,0
5-14	5,2	7,5	7,1	5,4	5,3	5,3	4,4	5,6
15-24	34,4	26,5	23,6	18,9	16,8	15,0	14,7	16,1
25-34	106,1	88,4	65,6	53,1	38,5	38,8	32,4	33,9
35-44	54,9	58,8	46,1	38,9	34,7	35,4	34,1	30,0
45-54	27,0	32,5	26,1	20,7	20,9	22,0	20,1	16,2
55-64	23,5	29,4	23,0	24,8	23,0	19,5	19,9	10,3
65-74	33,9	39,3	35,8	32,9	33,6	29,0	26,3	24,4
75 y más	40,3	65,5	44,7	49,4	41,4	48,7	43,9	39,2
Todas	44,1	44,3	36,5	30,2	26,4	26,3	24,7	21,8

4.4. SIDA e infección por VIH

Hasta diciembre de 2002, se han notificado al Registro de Sida 17.310 casos, de los que 15.845 (91.5%) son residentes en la Comunidad de Madrid.

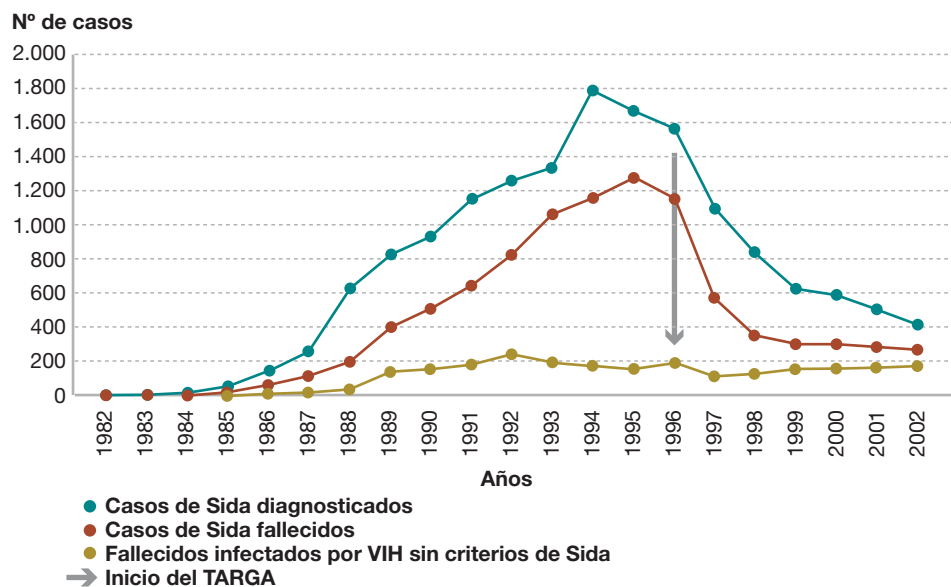
La letalidad global de los casos de Sida es del 61.4% (62.9% entre los varones y 55.3% entre las mujeres).

La incidencia de nuevos diagnósticos de Sida alcanza un máximo en 1994 coincidiendo con la ampliación de las enfermedades definitorias de Sida (tuberculosis pulmonar, neumonías de repetición y cáncer invasivo de cuello de útero).

Desde la inclusión de los TARGA (tratamientos antirretrovirales de gran actividad) durante el segundo semestre de 1996, se observa un importante descenso en la incidencia de nuevos diagnósticos de Sida así como en la mortalidad (Gráfico 4.4.1.).

Gráfico 4.4.1. Diagnósticos de Sida y fallecidos con infección VIH con o sin Sida.

Fuente: Registro de casos de SIDA. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



El grupo de udvp (usuarios de drogas por vía parenteral) continúa siendo el más numeroso entre los casos de Sida aunque es el grupo que más ha disminuido desde 1997 (68,2% de los casos de 1997 y 52,8% de los de 2002), esto hace que el grupo de transmisión heterosexual que también disminuye en número absoluto, aunque menos, no disminuya en porcentaje respecto al total de casos anuales (en 1997 con 144 casos le correspondían el 13,1%, en 2002 con 72 casos le corresponde el 20,3%). En el grupo de hsh (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) el descenso no es tan claro, disminuyó hasta 2000, pero en 2001 se detectó un aumento del 20% respecto del año previo y habrá que esperar a cerrar el año 2002 para ver si se confirma esta tendencia (Gráfico 4.4.2.).

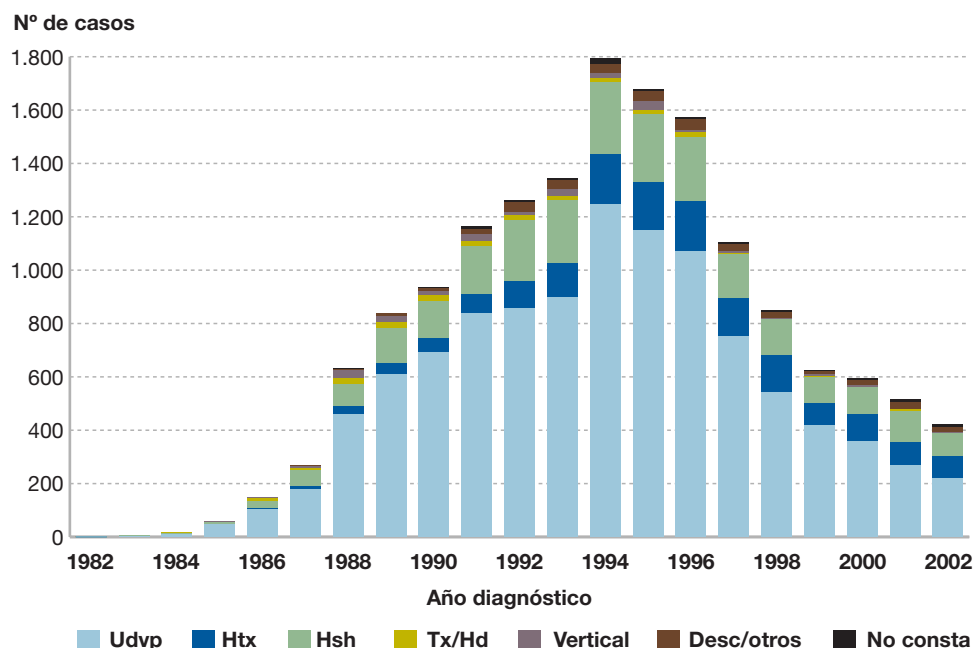


Gráfico 4.4.2. Casos de Sida por año de diagnóstico y grupo de transmisión.

Fuente: Registro de casos de SIDA. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Udvp: usuarios de drogas por vía parenteral; Htx: heterosexuales; Hsh: Homosexuales; Tx/Hd: Transfusión/Hemodonación/Accidente

Del total de casos de Sida, el 36% de los infectados por transmisión sexual (homo y heterosexual) y el 15% de los udvp, se les diagnosticó la infección VIH cuando desarrollaron una patología indicativa de Sida. En los dos últimos años, este porcentaje disminuyó al 6% entre udvp pero aumentó al 45% entre heterosexuales y al 38% entre hsh, reflejando el retraso en el diagnóstico de la infección.

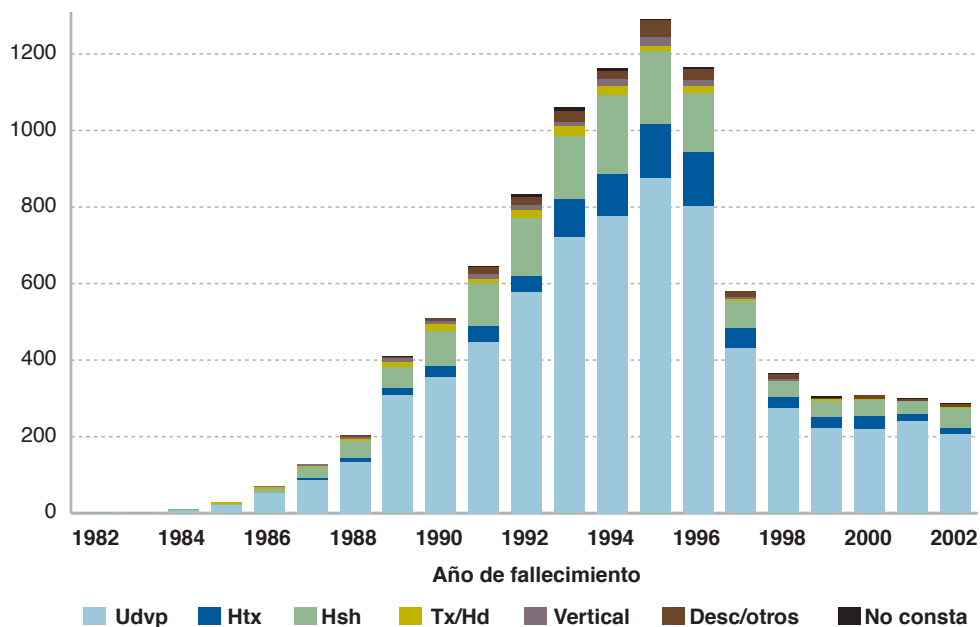
La mortalidad por VIH/Sida alcanza un máximo en el año 1995, a partir de entonces inicia un descenso que se acentúa en el año 1997 debido a la introducción de los TARGA. Desde el año 1999, se estabiliza en torno a 450 fallecidos anuales por infección VIH/Sida (gráfico 4.4.3.). En el año 2002 se observa un incremento de un 33% respecto al año anterior en la mortalidad de casos de sida de los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Una vez diagnosticados de Sida, el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (hsh) tienen una mediana del tiempo de supervivencia significativamente

Gráfico 4.4.3. Casos de Sida fallecidos por año de fallecimiento y grupo de transmisión.

Fuente: Registro de casos de SIDA. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Udvp: usuarios de drogas por vía parenteral; Htx: heterosexuales; Hsh: Homosexuales; Tx/Hd: Transfusión/Hemodonación/ Accidente

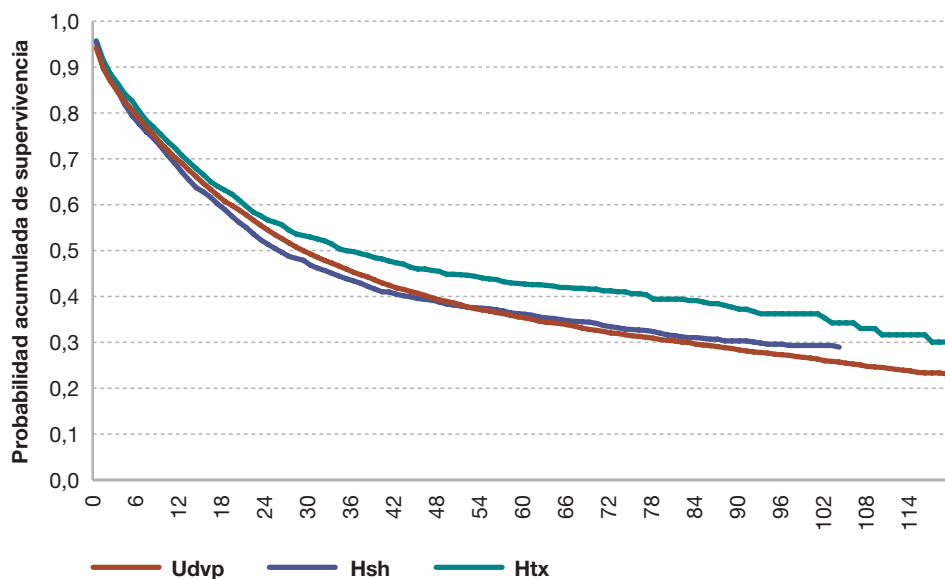


menor que la de los heterosexuales (htx) (25 meses vs 34 meses), estos últimos evolucionan mejor, superando incluso la mediana de supervivencia de los udvp (29 meses) (Gráfico 4.4.4.).

Gráfico 4.4.4. Supervivencia en meses desde el diagnóstico de Sida según grupo de transmisión.

Udvp: usuarios de drogas por vía parenteral; Htx: heterosexuales; Hsh: homosexuales

Fuente: Registro de casos de SIDA. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Del total de casos de Sida el 80,2% son hombres. El número de casos diagnosticados ha disminuido en ambos sexos desde 1994. La razón de masculinidad (hombres /mujeres) pasó de 5,2 en el año 1990 a 3,1 en el año 2002 (Gráfico 4.4.5.).

El 72,2% del total de casos se diagnosticaron entre los 25 y 39 años. La mediana de edad al diagnóstico de Sida entre los mayores de 12 años ha aumentado de 19 años en 1988 a 37 en 2002. La mediana de edad de los hombres es mayor que la de las mujeres (33 vs 31 años).

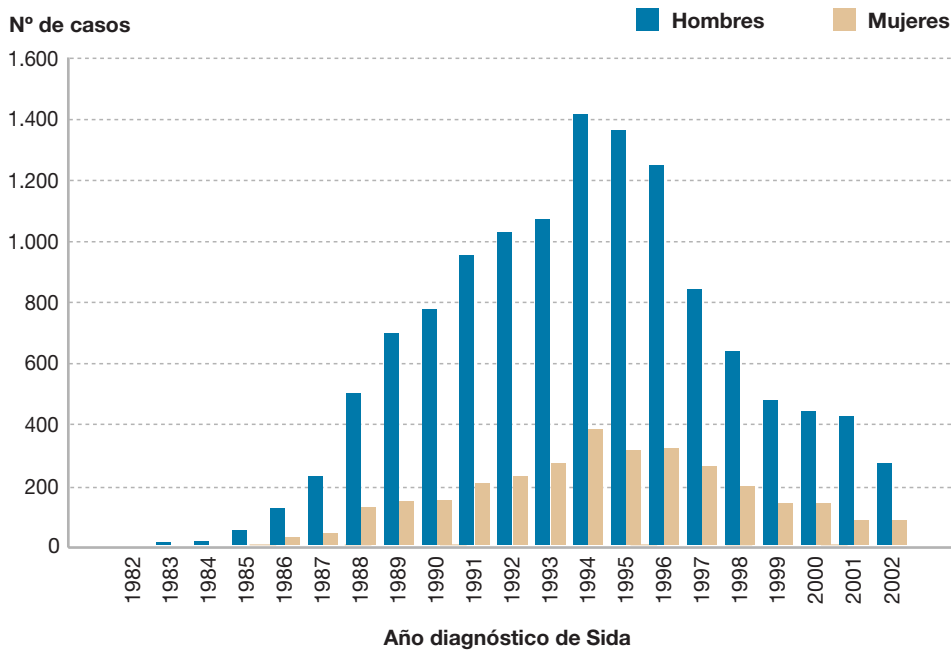


Gráfico 4.4.5. Casos de Sida por año de diagnóstico según sexo.

Fuente: Registro de casos de SIDA. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En el grupo de Udpv y de mujeres infectadas por transmisión heterosexual, la mediana de edad al diagnóstico aumenta desde el inicio de la epidemia, mientras que entre los hombres homosexuales y los infectados por transmisión heterosexual permanece estable (39 y 40 años), esto podría indicar que entre éstos últimos continúan produciéndose nuevas infecciones y no diagnósticos de Sida en antiguos infectados (Gráfico 4.4.6.).

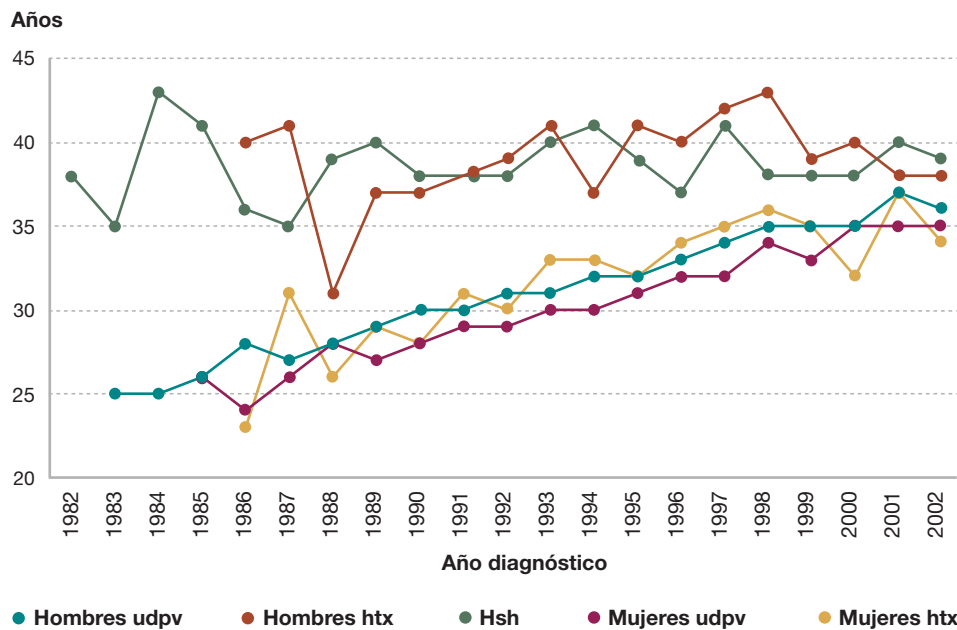


Gráfico 4.4.6. Evolución de la mediana de edad al diagnóstico de Sida por año, sexo y grupo de transmisión.

Fuente: Registro de casos de SIDA. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Después de la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad, la tuberculosis y la neumonía por P. Carinii continúan siendo las patologías indicativas de Sida mas frecuentes entre los casos diagnosticados con más de 12 años de edad.

De los 424 casos de Sida notificados y diagnosticados, hasta la fecha, en el 2002, el 13.7% son inmigrantes, entre ellos, la vía de transmisión más frecuente es la sexual, sobre todo la heterosexual.

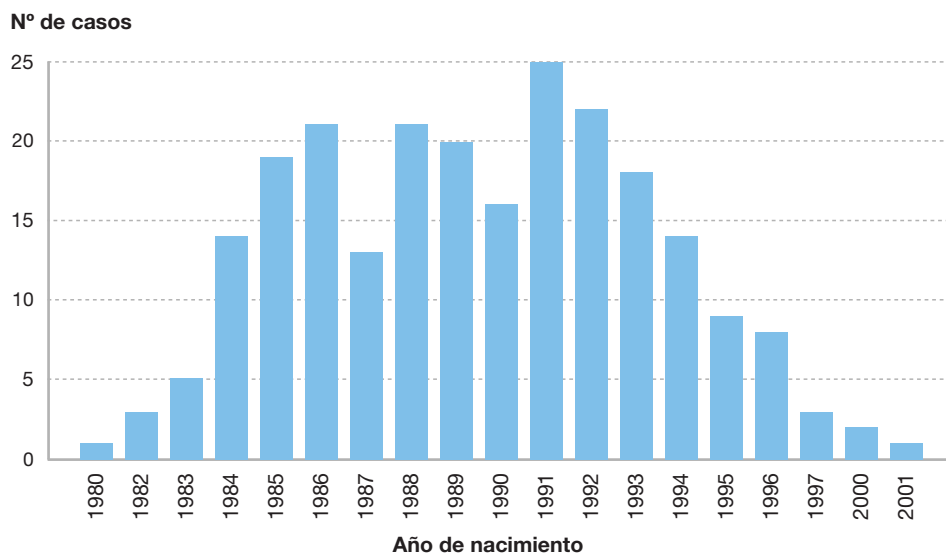
La distribución geográfica del Sida según los principales grupos de transmisión, no es homogénea, los distintos grupos de transmisión se agrupan en determinadas localizaciones geográficas, hecho que viene a confirmarse mediante análisis de autocorrelación espacial (una medida de distribución no homogénea de casos).

La incidencia de esta enfermedad se concentra en el municipio de Madrid, si bien en el caso de los UDVP y entre heterosexuales, se aprecia una incidencia muy alta también en algunos municipios del corredor del Henares y en algunos de la zona sur.

De los 246 casos de Sida pediátrico (en niños de 12 años o menos) notificados, el 60.6% han fallecido. El 49.6% son varones y el 92.7% se habían infectado por transmisión vertical. Desde 1994, la patología diagnóstica de Sida más frecuente entre los casos de Sida pediátrico es la encefalopatía por VIH (Gráfico 4.4.7.).

Gráfico 4.4.7. Casos de Sida en niños menores de 12 años según año de nacimiento.

Fuente: Registro de casos de SIDA.
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La introducción del TARGA en la profilaxis de la transmisión vertical, conlleva una disminución de la tasa de transmisión de la infección VIH por esta vía a partir de 1998 (Tabla 4.4.1.).

El 62,5% de las madres eran o habían sido usuarias de drogas por vía parenteral y el 23,1% se había infectado por relaciones heterosexuales.

año	Nº	Infectado	%	Total
1985	25		69,4	36
1986	24		30,4	79
1987	24		16,8	143
1988	28		19,0	147
1989	29		19,6	148
1990	24		19,7	122
1991	40		20,5	195
1992	40		20,3	197
1993	24		15,7	153
1994	27		20,0	135
1995	25		21,2	118
1996	18		15,3	118
1997	13		14,8	88
1998	4		3,9	103
1999	2		1,7	120
2000	7		5,1	137
2001	3		2,1	144
2002	1		1,3	76
Total	391		17,0	2.296

Tabla 4.4.1. Tasas de transmisión vertical de la infección por VIH según año de nacimiento.

Fuente: Registro de recién nacidos con serología positiva a VIH. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Las madres de los niños nacidos infectados durante 2001-2002 no habían recibido terapia antirretroviral durante el embarazo. Las tasas de transmisión vertical estos dos últimos años se sitúan en menos del 2%.

Mediante estudio anónimo no relacionado, se ha detectado una prevalencia global de la infección por VIH en mujeres que dan a luz un hijo vivo del 2.3 por mil en el periodo de 1996- 2001.

El análisis de la tendencia de la prevalencia introduciendo como factor de corrección la profilaxis de la transmisión vertical del VIH con TARGA, muestra máximo que corresponde a noviembre de 1999, y a partir de entonces, una ligera tendencia decreciente ($\beta = - 0,0000122$) no significativa ($\rho = 0,131$) (Gráfico 4.4.8.)

Tasas por 100.000 hab.

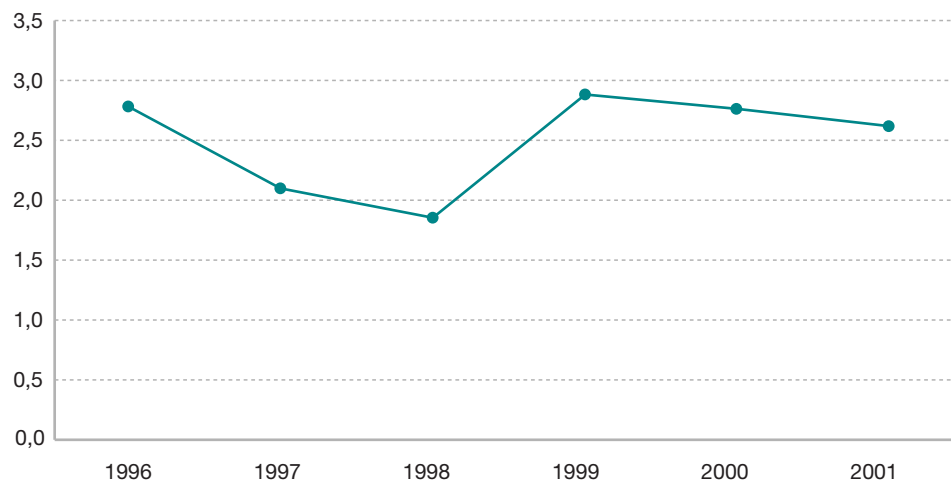


Gráfico 4.4.8. Prevalencia anual (por mil) en mujeres que dan a luz un hijo vivo (junio 1996 - diciembre 2001).

Fuente: Vigilancia de la Prevalencia de la Infección por VIH en mujeres que dan a luz un hijo vivo. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Entre las madres de recién nacidos infectados, la prevalencia es significativamente más alta en el grupo de 15 a 34 años que en las de mayor edad (2,1 vs 1,5 por mil, $p = 0,04$)

Por grandes municipios de la Comunidad de Madrid, es en Móstoles es donde se detecta una mayor prevalencia de infección por VIH entre mujeres que dan a luz, seguida del municipio de Madrid. Menor prevalencia se detecta en Leganés, Getafe y Alcorcón donde la tasa de prevalencia acumulada de estos años no llega al 1 por mil (Tabla 4.4.2.).

Tabla 4.4.2. Prevalencia de infección por VIH positivo por 1.000 mujeres que dan a luz un hijo vivo según año y municipio de residencia.

Fuente: Vigilancia de la Prevalencia de la Infección por VIH en mujeres que dan a luz un hijo vivo. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

	1996*	1997	1998	1999	2000	Total
Alcalá de Henares	6,09	--	--	1,19	2,09	1,63
Alcorcón	1,77	0,82	--	1,26	1,16	0,97
Fuenlabrada	2,11	2,03	2,65	1,69	0,80	1,85
Getafe	--	--	--	--	3,52	0,79
Leganés	--	1,49	1,66	--	--	0,74
Madrid	2,80	2,85	2,19	3,82	3,50	3,03
Móstoles	--	3,37	1,05	6,25	5,08	3,23
Resto de la C.M.	0,88	1,24	1,77	1,98	2,03	1,57
Total	2,03	2,10	1,85	2,88	2,76	2,32

* junio a diciembre

-- no detectado ningún caso VIH +

4.4.1. Comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH en usuarios de drogas (2001)

Los resultados obtenidos en la encuesta realizada en el año 2001 continúan presentando un escenario de alto riesgo para la transmisión del VIH en los consumidores de drogas ilegales en la Comunidad de Madrid. El 45.8% de los consumidores contactados en la muestra continuaban consumiendo droga por vía parenteral.

La prevalencia por VIH entre los consumidores de drogas en la CM continúa siendo alta. La infección por VIH esta relacionada de forma positiva con los modos de consumo en el momento de la entrevista (esnifado-fumado vs inyectado), con el tiempo de consumo por vía intravenosa y con la estancia en prisión.

Siguen persistiendo las prácticas no higiénicas en la utilización de drogas ilegales. El 54,3% sigue compartiendo el depósito en que se prepara la dosis y el 9,3% compartían jeringuillas.

El grupo de consumidores por vía intravenosa con más prácticas de riesgo se encuentra sobre todo en los poblados y en mayor situación de desarraigo.

La infección por VIH está también relacionada con la utilización de medidas de protección en las relaciones sexuales. La poca utilización del preservativo dentro de la pareja estable, podría estar relacionado con la alta tasa de incidencia de VIH entre los usuarios que nunca han consumido por vía parenteral (19.7%).

Los índices de consumo de alto riesgo junto con la alta tasa de prevalencia autorreferida de VIH (39,2%) permiten una alta transmisión del virus en este grupo.

4.4.2. Comportamientos sexuales en hombres que tienen relaciones con hombres (1999)

Con objeto de profundizar en el conocimiento de las prácticas sexuales del colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, en el cuarto trimestre de 1999 se realizó una encuesta a 1.639 personas pertenecientes a este grupo.

De la encuesta mencionada se deduce que parece existir un adecuado conocimiento en cuanto a la transmisión y las medidas de control de la infección por el VIH dentro del colectivo. Éste se refleja en la utilización mayoritaria de prácticas seguras en las relaciones sexuales con parejas ocasionales. Sin embargo con la pareja estable, a pesar de que se realiza con mayor frecuencia la penetración anal, el uso del preservativo es mucho menos frecuente, ya que factores sociales y emocionales (percepción de la incomodidad en su uso, las dificultades en la negociación con la pareja) parecen condicionar el uso del sexo seguro.

El 66% de los entrevistados se habían realizado la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH alguna vez, de ellos el 9% eran seropositivos.

El número de prácticas sexuales de riesgo entre los entrevistados y los problemas que surgen en la utilización del condón permiten predecir un mantenimiento de la epidemia por VIH dentro de este colectivo.

4.5. Infecciones que causan meningitis

Bajo este epígrafe se agrupan una serie de enfermedades producidas por microorganismos que causan principalmente meningitis, como son la enfermedad meningocócica, el grupo de otras meningitis bacterianas y las meningitis víricas. Las dos últimas enfermedades se incorporaron a la vigilancia por estar incluidas en el diagnóstico diferencial de las primeras. Todas estas enfermedades son de notificación obligatoria semanal bajo sospecha, a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

La enfermedad invasiva por *haemophilus influenzae*, si bien es uno de los procesos que cursa con meningitis, se ha incluido en el apartado 7.1.2, ya que en 1998 la vacuna frente a *haemophilus influenzae* tipo b, pasó a formar parte del calendario vacunal.

4.5.1. Enfermedad Meningocócica

La evolución de la enfermedad meningocócica en nuestro medio en los últimos años viene marcada por la presentación de un brote epidémico asociado al serogrupo C, en el año 1997, que precisó la realización de una campaña de vacunación masiva en el grupo de edad de 18 meses a 19 años, con vacuna de polisacárido capsular A+C (la que estaba disponible en ese momento). Posteriormente en noviembre del año 2000, se efectuó una nueva campaña de vacunación con vacuna conjugada en los menores de 6 años, y se incluyó esta vacuna en el calendario vacunal.

En la temporada epidemiológica 2001-02 (casos acumulados desde la semana 41 del año 2001 hasta la semana 40 del año 2002) se han notificado a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid 157 casos de enfermedad meningocócica, lo que ha supuesto una tasa de 3,13 por 100.000 habitantes. Esta incidencia está ligeramente por encima de la media nacional (2,85).

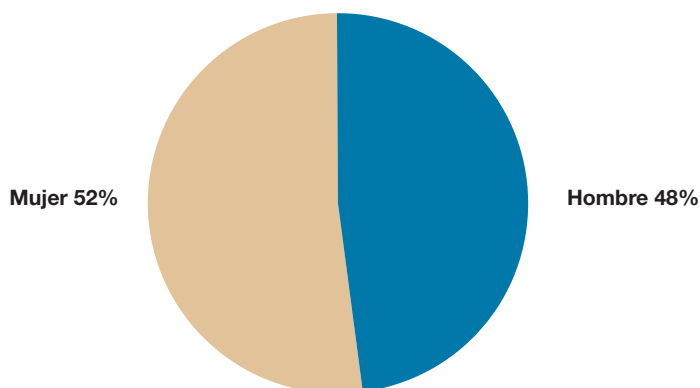
Del total de casos, 126 (85,7 %) fueron confirmados microbiológicamente y el resto quedaron como sospechas clínicas. El serogrupo B fue algo superior (43,7 %), seguido del serogrupo C (41,3 %), con unas tasas de 1,10 y 1,04 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. La incidencia del serogrupo B fue inferior a la nacional (1,30) y la del serogrupo C superior (0,57).

Respecto a la letalidad en la temporada 2001-02, ésta ha sido de un 14%, siendo la del serogrupo B del 7,35% y la del serogrupo C del 25%. Dicha letalidad ha sido superior a la nacional tanto para la enfermedad meningocócica total como para el serogrupo C, siendo inferior que la nacional la del serogrupo B.

La distribución por sexo muestra un ligero predominio en mujeres (Gráfico 4.5.1.1.).

Gráfico 4.5.1.1. Enfermedad meningocócica. Temporada 2001-02. Distribución por sexo.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La enfermedad meningocócica total, muestra una mayor afectación de los menores de 5 años y sobre todo de los menores de 1 año; pero con ciertas diferencias por serogrupo. Así, la afectación de los grupos de edad menores de 5 años, se debe sobre todo al serogrupo B, mostrando mayor afectación por serogrupo C los mayores de 4 años. (Gráfico 4.5.1.2.).

De los 26 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C que se han producido en el grupo de edad que debería haber sido vacunado, 5 habían recibido vacuna de polisacárido capsular A+C en la campaña de 1997; y el resto no habían recibido vacunación. De los no vacunados un 70% pertenecían a grupos sociales desfavorecidos (inmigrantes, etnia gitana).

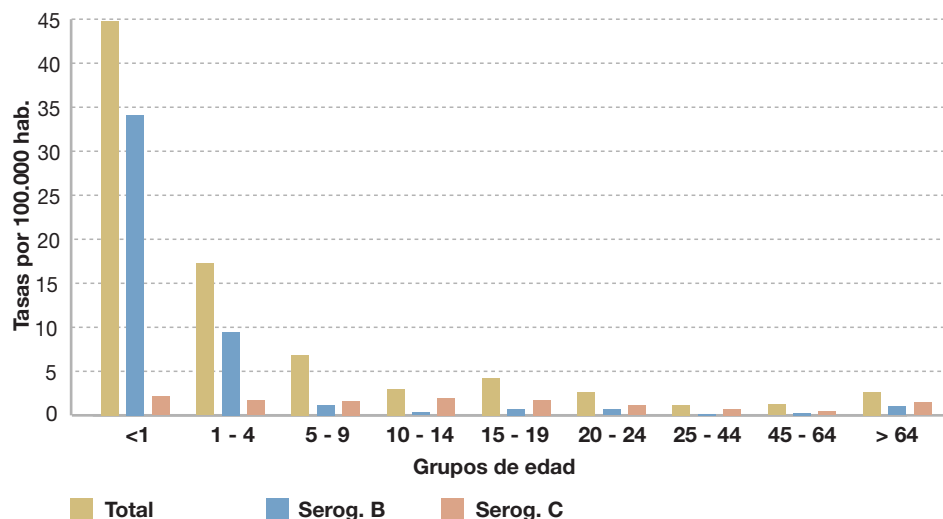


Gráfico 4.5.1.2. Enfermedad meningocócica. Temporada 2001-02. Distribución por grupos de edad y serogrupos.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La distribución por áreas de salud se muestra en el Gráfico (4.5.1.3.). Las áreas que han mostrado las mayores tasas para esta enfermedad han sido la 9 (4,90), la 1 (3,77) y la 4 (3,74). La mayor incidencia de enfermedad por serogrupo B se ha presentado en las áreas 1 (2,20) y 4 (2,17); y por serogrupo C en las áreas 7 (2,48) y 10 (2,01). Las áreas 2 y 3 no han presentado casos de enfermedad por serogrupo C en esta temporada.

La evolución de la enfermedad meningocócica en los últimos años se muestra en el Gráfico 4.5.1.4. Se observa que tras el pico epidémico de la temporada 1996-97, la incidencia debida al serogrupo C disminuyó marcadamente en la siguiente temporada. Pero fue incrementándose en las temporadas 1998-99 y 1999-2000, por lo que se volvió a efectuar una campaña de vacunación, esta vez con vacuna conjugada. Tras la campaña de vacunación a finales del año 2000, en la temporada 2000-01 la incidencia disminuyó de nuevo; sufriendo un ligero incremento durante la temporada siguiente.

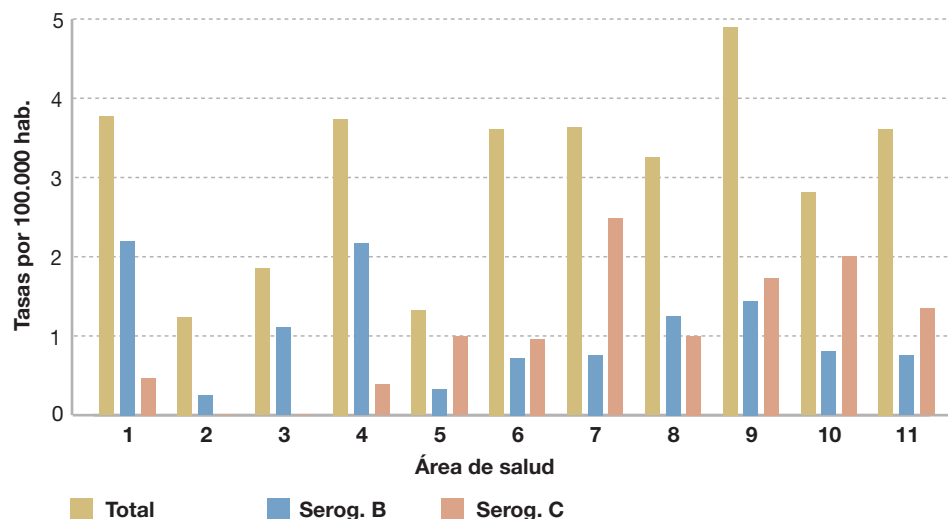
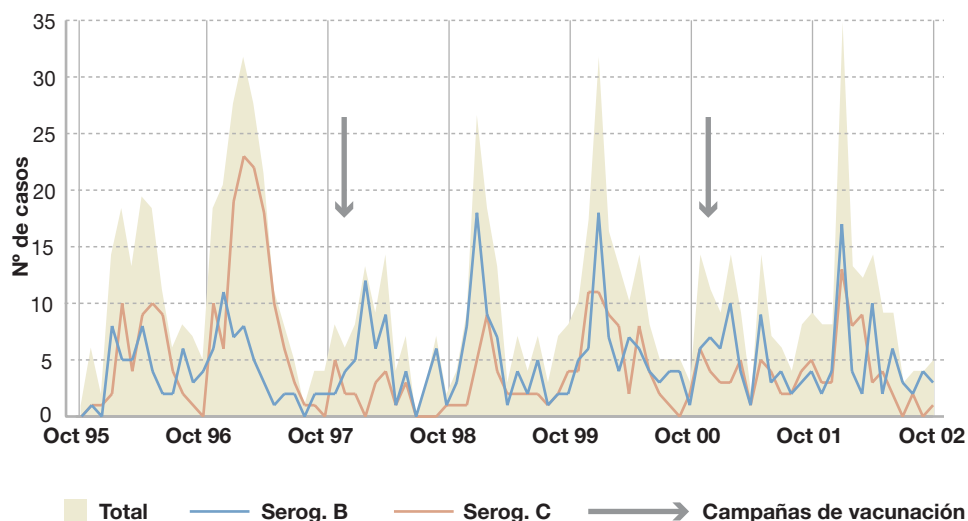


Gráfico 4.5.1.3. Enfermedad meningocócica. Temporada 2001-02. Distribución por áreas de salud y serogrupos.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Gráfico 4.5.1.4. Evolución de la enfermedad meningocócica. Temporadas 1995/96-2001/02.

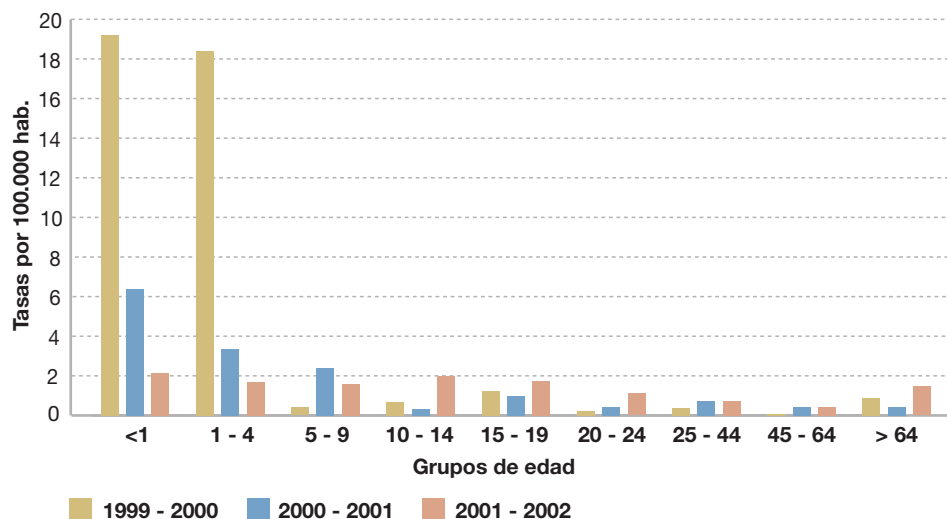
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La evolución de la incidencia de la enfermedad meningocócica por serogrupo C, en las últimas temporadas, por grupos de edad, se muestra en el (Gráfico4.5.1.5.). Se observa que tras la vacunación con vacuna conjugada a finales del año 2000 se produce una disminución marcada de la incidencia en los menores de 5 años, en la temporada siguiente a la campaña de vacunación (temporada 2000-01), sin embargo se presenta un aumento en el grupo de 5 a 9 años. En la última temporada (2001-02) ha seguido disminuyendo la incidencia en los menores de 5 años, pero a partir de los 10 años la incidencia ha aumentado.

Gráfico 4.5.1.5. Evolución de la enfermedad meningocócica por serogrupo C. Temporadas 1999-2000, 2000-01 y 2001-02.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Tras el brote epidémico de enfermedad meningocócica por serogrupo C en la temporada 1996-97, se efectuó una campaña de vacunación masiva con vacuna de polisacárido capsular A+C a finales del año 1997. La población diana de la campaña fue la de 18 meses a 19 años, y la cobertura vacunal alcanzada fue de un 89,04%.

En este estudio se ha analizado el grupo de edad de 3 a 19 años, porque los menores de 3 años posteriormente recibieron vacuna conjugada C en el año 2000.

Se ha seguido la cohorte de vacunados desde la temporada 1997-98 hasta 2001-02 y en estos cinco años de seguimiento se han presentado 46 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C, en el grupo de edad de 3 a 19 años. De ellos 19 presentaban el antecedente de haber sido vacunados con vacuna de polisacárido capsular A+C, 23 no habían sido vacunados y en otros 4 se desconocía el estado vacunal. La efectividad vacunal⁷ global para el grupo de edad de 3 a 19 años ha sido del 89,8% (IC 95% 81,3-94,5). Esto significa que la vacuna ha evitado el 89,8% de los casos en vacunados. La menor efectividad vacunal se presenta en los casos vacunados a los 3 años de edad, en los que tras cinco años se han evitado el 69,9% (IC95% -144,4-96,3) de los casos en vacunados. La mayor efectividad se muestra en los grupos de edad de 5 a 9 (99,9%) y de 10 a 14 años (98,9%) (Gráfico 4.5.1.7.).

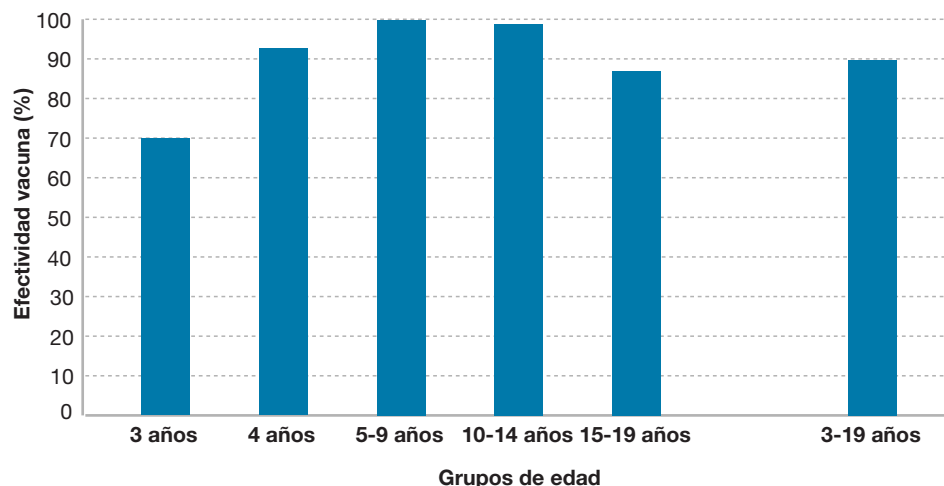


Gráfico 4.5.1.7. Efectividad de la vacuna de polisacárido capsular, tras cinco años de seguimiento. Grupo de edad de 3 a 19 años.

Fuente: Registro de infecciones que causan meningitis. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.5.2. Otras meningitis bacterianas

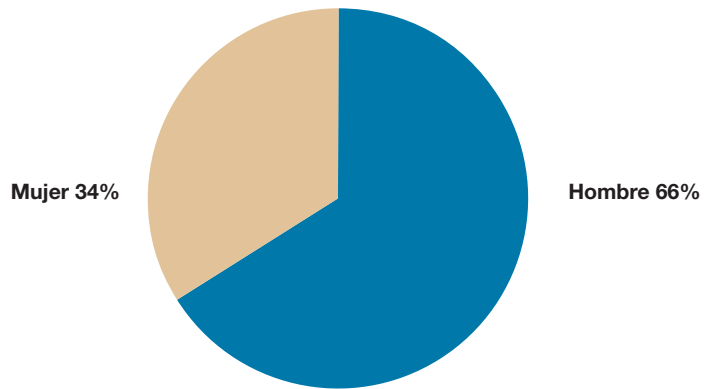
El grupo de Otras meningitis bacterianas se vigila en la Comunidad de Madrid desde el año 1997 en que se incluyó como enfermedad de declaración obligatoria. La principal enfermedad de este grupo, por su frecuencia y gravedad es la meningitis neumocócica.

En la Comunidad de Madrid en el año 2001 se han notificado 94 casos del grupo de otras meningitis bacterias, lo que supone una tasa de 1,87 casos por 100.000 habitantes. Del total de casos, 34 presentaron meningitis neumocócica, con una tasa de 0,70 casos por 100.000 habitantes. La distribución por sexo muestra un predominio masculino para el total de casos (66% varones) y para los debidos a neumococo (62,9% varones) (Gráfico 4.5.2.1.).

⁷ $(1 - (Tv/Tnv)) * 100$ donde Tv = Tasa en vacunados y Tnv = Tasa en no vacunados

Gráfico 4.5.2.1. Otras meningitis bacterianas. Distribución por sexo.

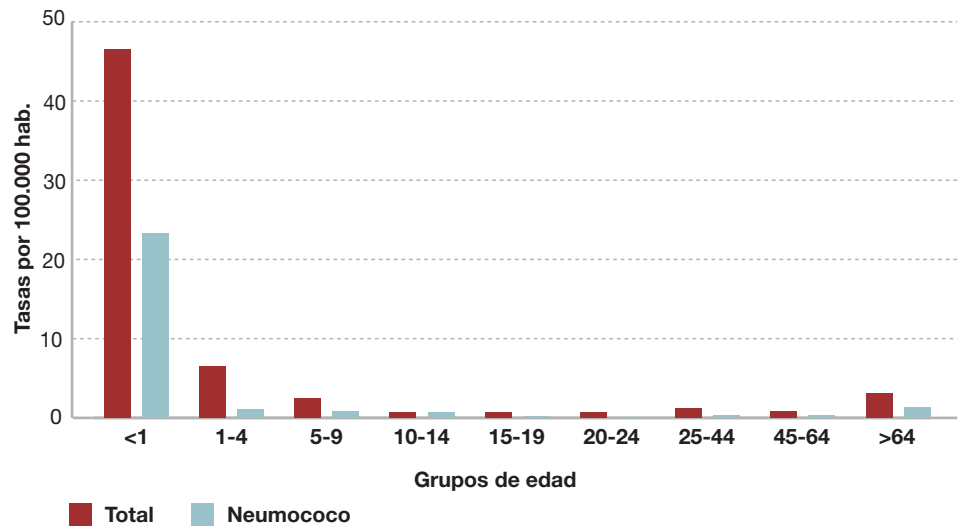
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La distribución por grupos de edad muestra las mayores tasas en los menores de 1 año, lo que es habitual para el grupo de infecciones que causan meningitis. La mitad de los casos menores de un año son debidos a neumococo, con una tasa específica de 23,25 casos por 100.000 habitantes. Tras los menores de un año, los grupos más afectados son el de 1 a 4 años y los mayores de 64 años, (Gráfico 4.5.2.2.).

Gráfico 4.5.2.2. Otras meningitis bacterianas. Distribución por grupos de edad.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Las áreas de salud que presentan una mayor incidencia de este grupo de enfermedades son la 11 (tasa 4,21) y la 3 (tasa 4,08) para el global de enfermedades y las áreas 11 (tasa 1,50), 3 (tasa 1,48) y 8 (tasa 1,00) para las meningitis neumocócicas (Gráfico 4.5.2.3.).

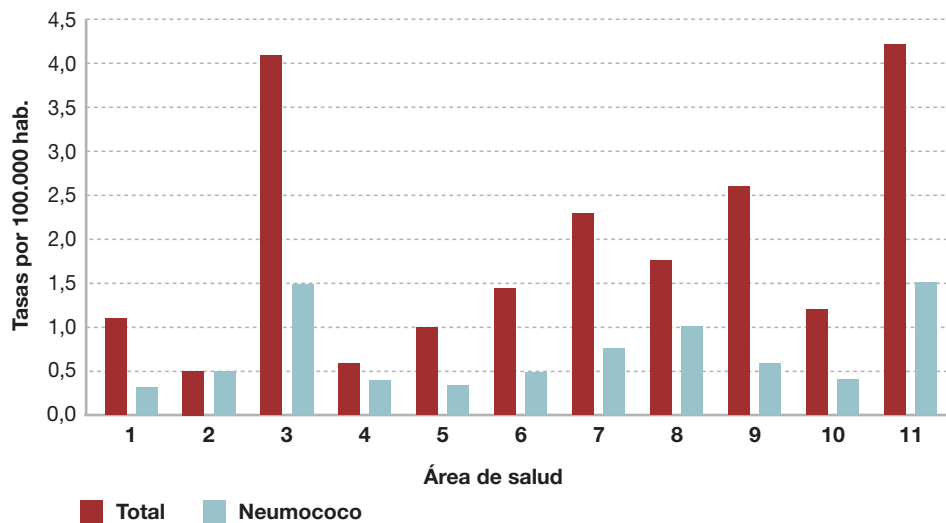


Gráfico 4.5.2.3. OTRAS meningitis bacterianas. Distribución por área de salud.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La evolución de este grupo de patologías en los últimos años muestra un incremento hasta el año 2000 los primeros años, que puede ser debido a una mejora en la notificación, y un ligero descenso en el año 2001 en relación con los dos años previos (Gráfico 4.5.2.4.).

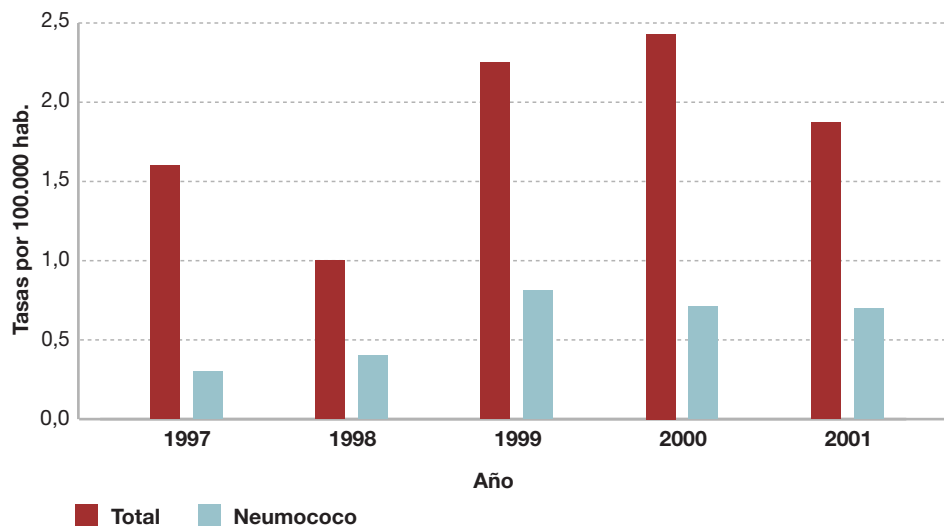


Gráfico 4.5.2.4. OTRAS meningitis bacterianas. Evolución de la incidencia.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

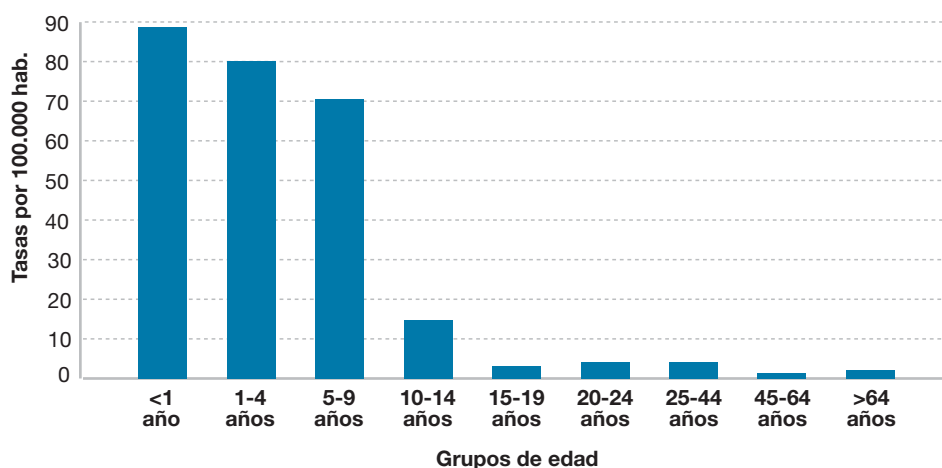
4.5.3. Meningitis vírica

La meningitis vírica se vigila en la Comunidad de Madrid desde el año 1997, en que se incluyó como enfermedad de declaración obligatoria. En el año 2001 se han notificado 503 casos de meningitis vírica, lo que supone un incidencia de 10,01 casos por 100.000 habitantes. La distribución por sexo muestra un predominio en varones, como es habitual para el grupo de infecciones que causan meningitis.

Por lo que se refiere a la distribución etaria se observa una mayor afectación de los menores de 10 años, con las mayores tasas en el grupo de los menores de 1 año (88,36). (Gráfico 4.5.3.1.).

Gráfico 4.5.3.1. Meningitis vírica. Distribución por grupos de edad.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



En la distribución de la enfermedad por áreas de salud se observa una mayor incidencia en las áreas 3 (tasa 36,70) y 9 (tasa 19,90). La elevada incidencia de esta enfermedad en estas áreas se observa de forma invariable en los diferentes años. Esta elevada incidencia puede ser debida en parte a diferencias en la notificación (Gráfico 4.5.3.2.).

La evolución de la incidencia de la enfermedad en los últimos años muestra un pico muy marcado en el año 2000, en el que se presentó un brote epidémico de meningitis vírica probablemente por enterovirus; que afectó no sólo a nuestra Comunidad, sino también a otras regiones españolas (Gráfico 4.5.3.3.).

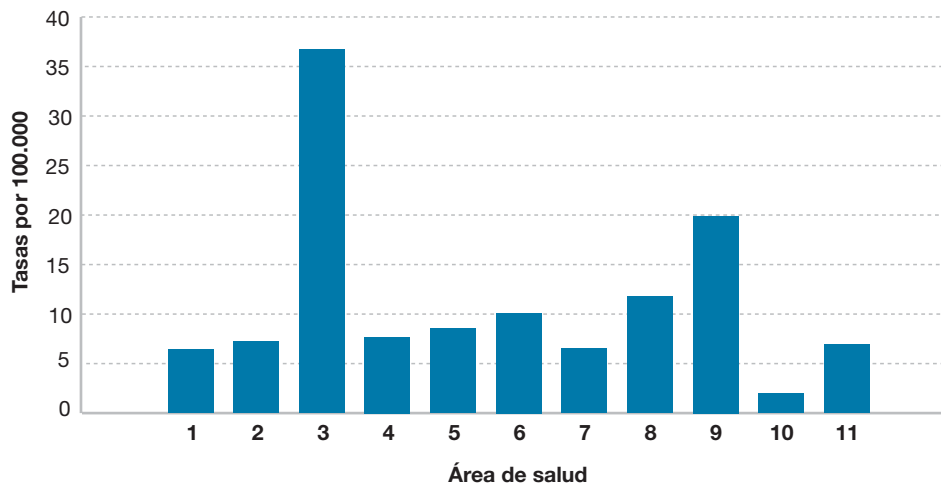


Gráfico 4.5.3.2. Meningitis vírica. Distribución por áreas de salud.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

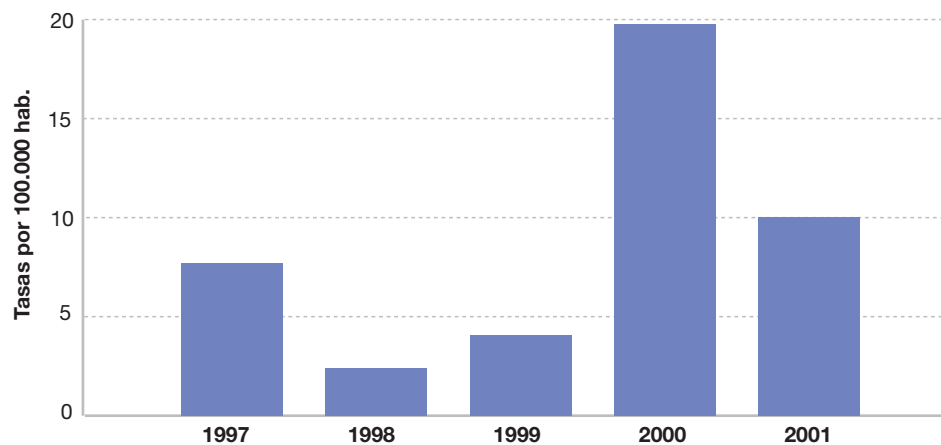


Gráfico 4.5.3.3. Meningitis vírica. Evolución de la incidencia.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.6. Enfermedad invasora por neumococo

Bajo esta denominación se incluyen un grupo de infecciones en las que se aísla el neumococo (*S.pneumoniae*) de la sangre u otra zona estéril, entre ellas, destacan: neumonía neumocócica, meningitis neumocócica y la peritonitis neumocócica.

La resistencia de neumococo a penicilina es, en la actualidad, un problema a nivel mundial. España, que fue uno de los primeros países en los que se constató este problema, muestra una incidencia de cepas resistentes a penicilina, de aproximadamente un 36%, similar a otros países de su entorno.

En la actualidad se dispone de una vacuna neumocócica que contiene polisacárido capsular derivado de los 23 serotipos que causan infección neumocócica con mayor frecuencia.

Recientemente se ha introducido en nuestro medio una nueva vacuna neumocócica conjugada, que a diferencia de la vacuna de polisacárido es eficaz en menores de 18 meses, presenta memoria inmunológica (lo que presumiblemente supone una larga duración de la inmunidad) y reduce la tasa de portadores.

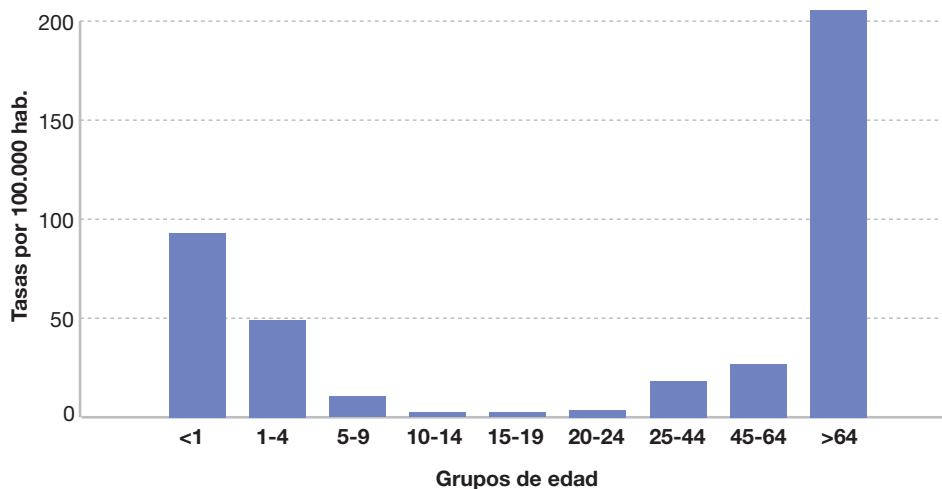
En el año 2001 se han registrado 2195 altas hospitalarias por esta enfermedad en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 43,71 casos por 100.000 habitantes.

La distribución por sexo muestra un predominio masculino; el 62% de los casos se dan en varones.

Las mayores tasas se observan en el grupo de los mayores de 64 años (205,73), siendo la tasas de los menores de 2 años de 95,94 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 4.6.1.).

Gráfico 4.6.1. Enfermedad invasora por neumococo. Distribución por grupos de edad.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos. Base de Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid (1998 a 2000). Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid.



Del total de casos han fallecido 198, lo que supone una letalidad del 9%. La distribución de la letalidad por grupos de edad se muestra en el gráfico 4.6.2., donde se observa que la mayor letalidad se produce en las edades avanzadas. La letalidad del grupo de 20 a 24 años no es muy valorable debido a la escasa incidencia de la enfermedad en este grupo de edad. La letalidad en los menores de 2 años ha sido de 2,4%.

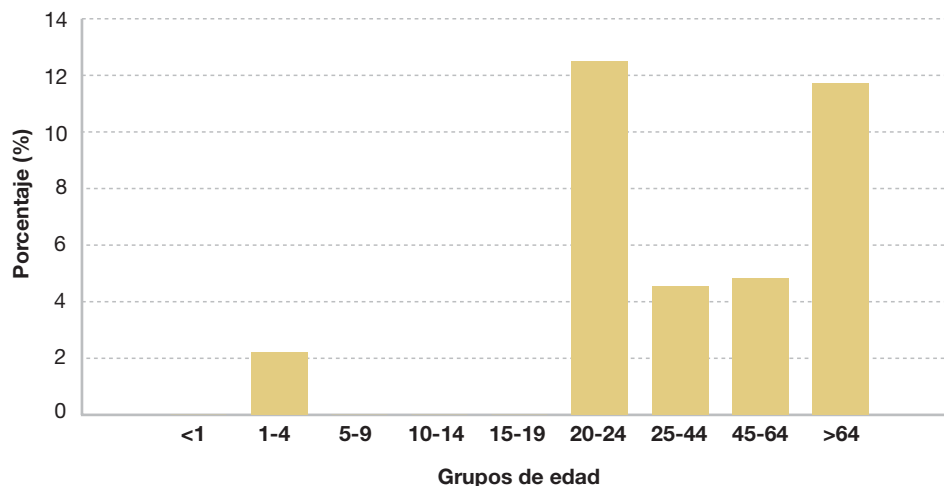


Gráfico 4.6.2. Enfermedad invasora por neumococo. Letalidad por grupos de edad.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos. Base de Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid (1998 a 2000). Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid.

La evolución de la incidencia de la enfermedad invasora por neumococo en el período 1998-2001 muestra unas cifras muy similares en los últimos años, con una mayor incidencia en el año 1998. La incidencia media anual de este período ha sido de 45,99 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 4.6.3.).

Según la información disponible, la incidencia en la Comunidad de Madrid se encuentra ligeramente por encima de la media nacional (tasas 50,38 vs 47,85) basándose ambas cifras en el CMBD del año 1998.

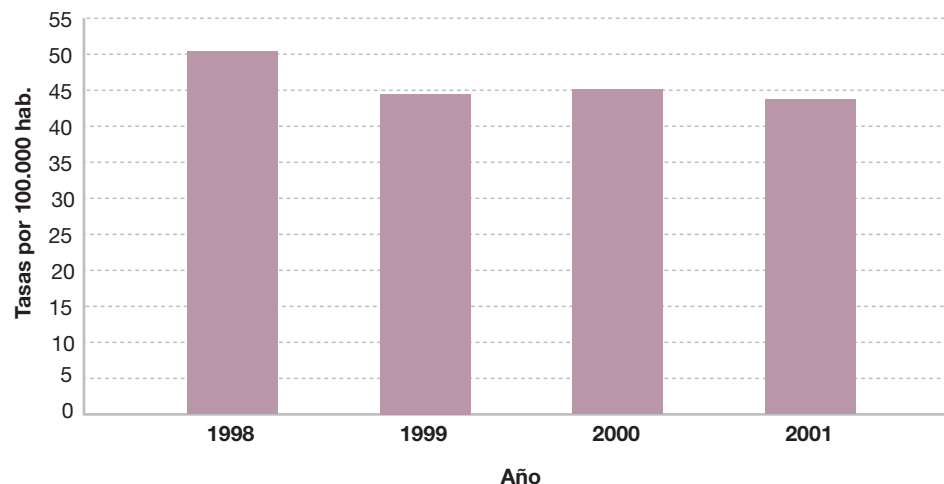


Gráfico 4.6.3. Enfermedad invasora por neumococo. Evolución de la incidencia en el período 1998-2001.

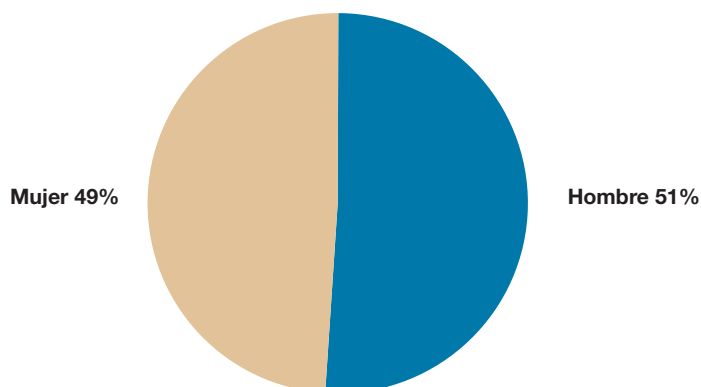
Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos. Base de Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid (1998 a 2000). Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid.

La distribución por sexo, en menores de 2 años, muestra un ligero predominio masculino (Gráfico 4.6.4.) y los menores de 1 año suponen el 40,8%.

La enfermedad se presenta fundamentalmente en forma de neumonía, seguida por septicemia, presentándose únicamente dos casos en forma de meningitis (Gráfico 4.6.5.). El 1% de los casos en menores de 2 años presento secuelas motoras, siendo la letalidad del 1%.

Gráfico 4.6.4. Enfermedad invasora por neumococo en menores de 2 años. Distribución por sexo.

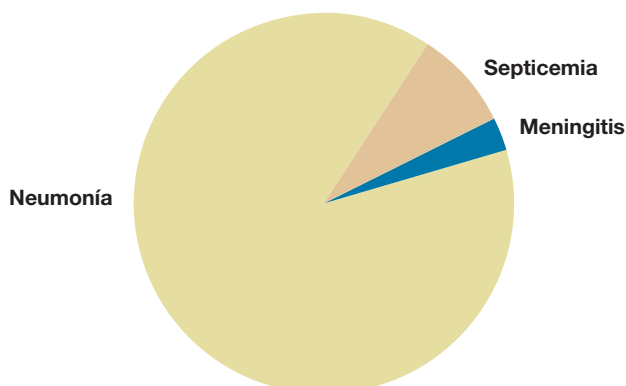
Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos. Base de Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid (1998 a 2000). Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid.



El 46% de los casos tenían un diagnóstico de confirmación, siendo el resto sospechas clínicas. El 51% de los casos mostraban antecedentes patológicos previos, con diferente grado de severidad, como infecciones de repetición (22%), otitis de repetición (19%), enfermedades cardíacas (14%), alergia (8%), inmunodeficiencia (3%) y otras (34%) (Gráfico 4.6.6.). Ningún niño había recibido vacuna antineumocócica previa y un 25% acudían a guardería.

Gráfico 4.6.5. Enfermedad invasora por neumococo en menores de 2 años. Forma de clínica de presentación.

Fuente: Estudio de la Incidencia acumulada de Enfermedad Invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



A partir de la información recogida por el Laboratorio de Referencia de Neumococos del Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III) se obtiene información sobre los serotipos más prevalentes causantes de esta enfermedad en menores de dos años.

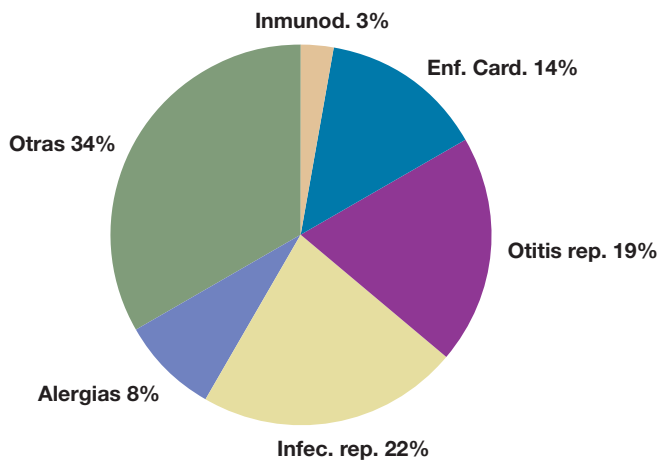


Gráfico 4.6.6. Enfermedad invasora por neumococo en menores de 2 años. Antecedentes patológicos.

Fuente: Estudio de la Incidencia acumulada de Enfermedad Invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Los resultados de las muestras procedentes de los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid, durante el período 1997-2001, en este grupo de edad se muestra en el Gráfico 4.6.7., para el total de muestras y diferenciadas para las muestras de sangre y de LCR, que dan una mejor aproximación a los neumococos causantes de enfermedad invasora.

El serotipo más prevalente, en los menores de 2 años, fue el 19 seguido del 14 y el 6.

La nueva vacuna antineumocócica conjugada heptavalente contiene los polisacáridos de los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F. Si asumimos que existe reactividad cruzada para los diferentes serotipos del mismo serogrupo, para el total de muestras de la Comunidad de Madrid recibidas en el Laboratorio de Referencia de Neumococos, la cobertura de la vacuna conjugada en los menores de 2 años sería de un 70,7%; siendo dicha cobertura para las muestras de sangre de un 72,0% y para las de LCR de un 73,3%.

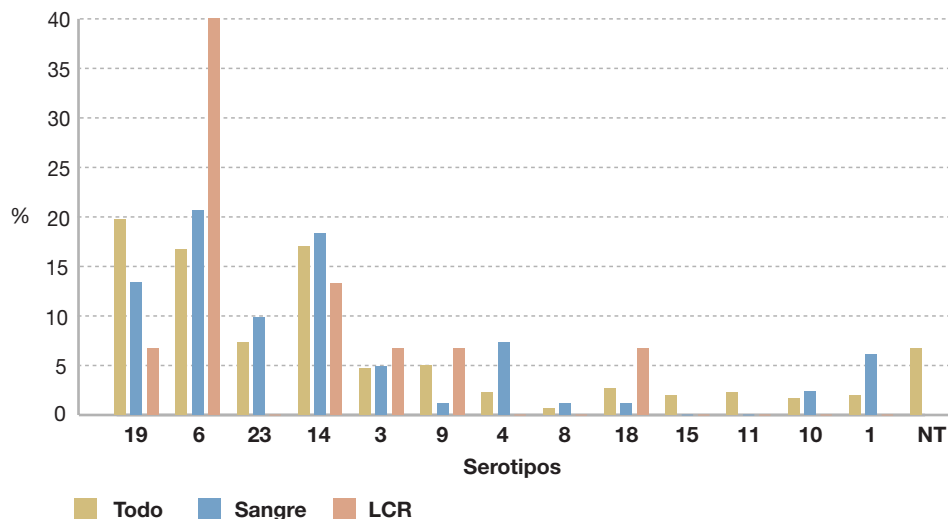


Gráfico 4.6.7. Neumococos en menores de 2 años. Distribución por serotipos, según tipo de muestra.

Fuente: Laboratorio de Neumococos del Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

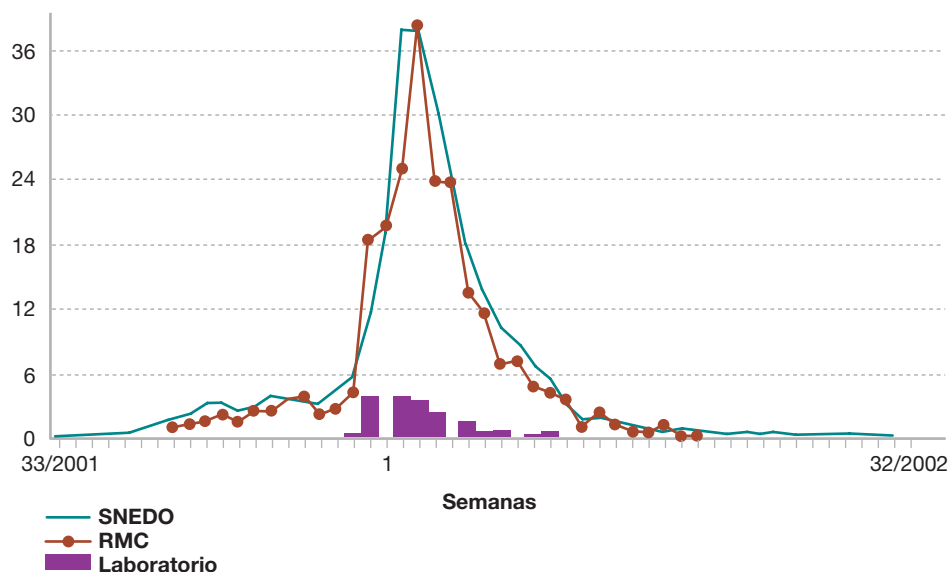
4.7. Enfermedades de transmisión respiratoria

4.7.1. Gripe

Durante la temporada 2001/02 el Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO) ha registrado 283.067 casos de gripe, que representan una incidencia acumulada para la temporada de 5.636,2 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 4.7.1.1.).

Gráfico 4.7.1.1. Distribución semanal de los casos de gripe notificados al SNEDO, a la RMC y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid. Temporada 2001/02.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Laboratorio de Virología del Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.



A nivel nacional, la incidencia registrada fue menor, se notificaron a las EDO en esta misma temporada 1.625.160 casos de gripe, que representan una incidencia acumulada en la temporada de 4.125,42 casos por 100.000 habitantes.

En la temporada 2001-2002 se registró un nivel de actividad epidémica medio-bajo, y los virus circulantes que se identificaron eran similares, a los correspondientes tipos antigénicos de las cepas vacunales de esa temporada (similares a A/Moscow/10/99 (H3N2), a A/New Caledonia/20/99 (H1N1) y a B/Sichuan/379/99). Al comparar esta temporada con temporadas anteriores, los niveles han sido intermedios, superiores a los detectados en la temporada 2000-2001, pero menores que los de temporadas anteriores (Gráfico 4.7.1.2.).

Los casos notificados (RMC) durante la temporada 2001-2002 han tenido una frecuencia de presentación similar en ambos sexos: 56,0% se declararon en hombres frente 44,0% en mujeres. El grupo de edad con mayor número de casos es el comprendido entre 25 y 44 años (38,6 % de los casos).

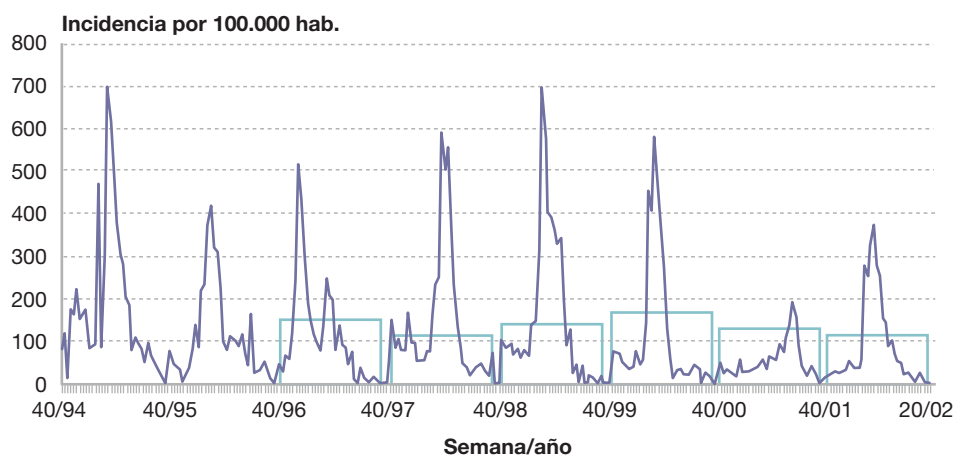


Gráfico 4.7.1.2. Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la RMC y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 1994/95 a 2001/02.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

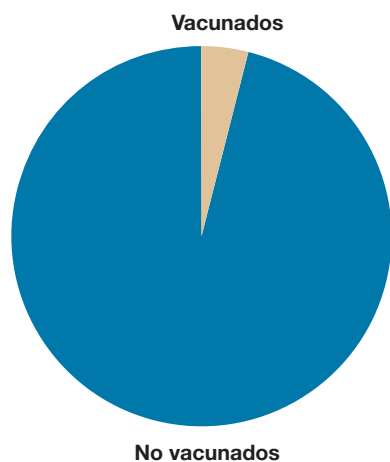


Gráfico 4.7.1.3. Distribución porcentual de los casos según vacunación en la temporada. Comunidad de Madrid. Temporada 2001/02.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

El 4,3% de los casos estaban vacunados para esta temporada. El mes de vacunación ha sido octubre en la mayoría de ellos.

4.7.2. Legionelosis

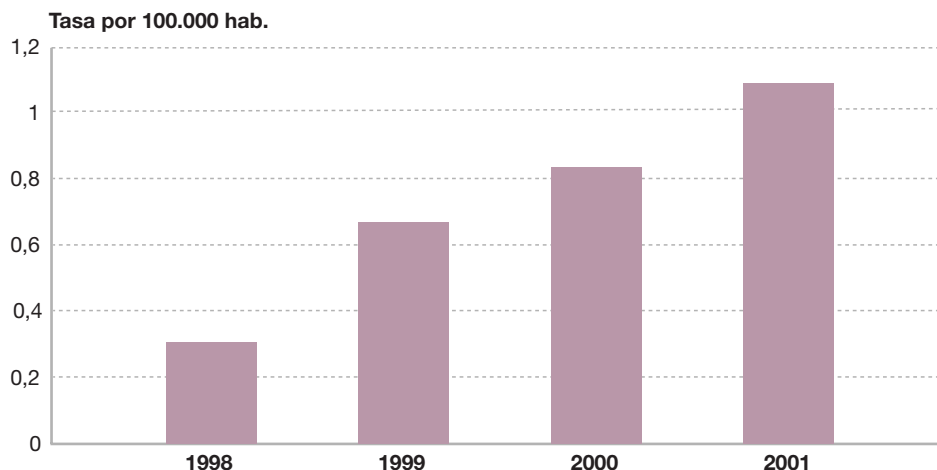
La legionelosis engloba distintas manifestaciones patológicas producidas por bacterias de la familia Legionella. La enfermedad se produce por inhalación de aerosoles contaminados con una única vía de transmisión aérea y puede adquirirse de forma comunitaria o nosocomial, constituyendo los sistemas de abastecimiento de agua caliente y las torres de refrigeración de los sistemas de climatización de los grandes edificios las fuentes de infección más frecuentes, ya que en ellas la bacteria se encuentra en las condiciones más idóneas.

Desde 1998 se observa un paulatino incremento de la incidencia de casos notificados (Gráfico 4.7.2.1.).

La incidencia acumulada en 2001 fue notablemente inferior a la española (razón de tasas 0'31).

Gráfico 4.7.2.1. Tasa de incidencia de legionella, Años 1998-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

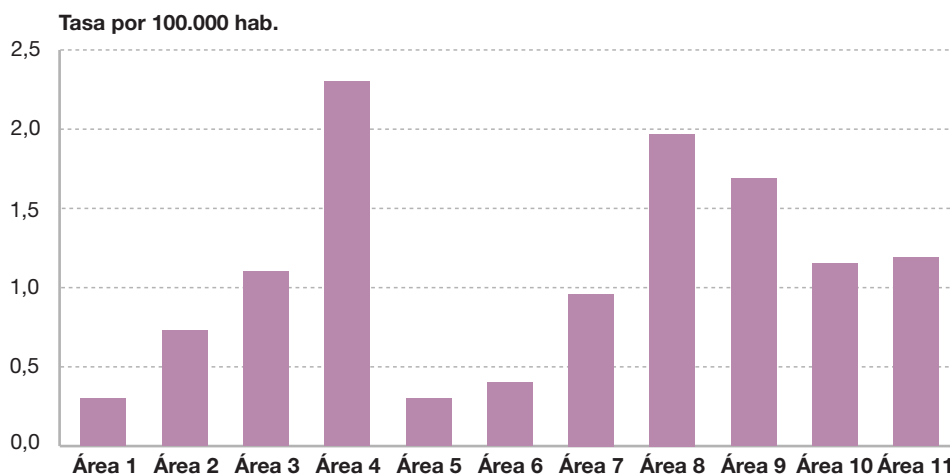


En 2002 las áreas que registraron mayor incidencia de esta enfermedad fueron las 4, la 8 y la 9, como se observa en el Gráfico 4.7.2.2.

El 78% de los casos ocurridos en 2001 fueron varones.

Gráfico 4.7.2.2. Tasa de incidencia de legionelosis por Área sanitaria Año-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



El 76% de los casos notificados en 2001, tuvo lugar en mayores de 40 años y cerca del 30% de los mismos tenía más de 70 años, por lo que la media de edad de estos pacientes se sitúa en 54,6 años. (Gráfico 4.7.2.3.).

No parece que exista relación con la ocupación.

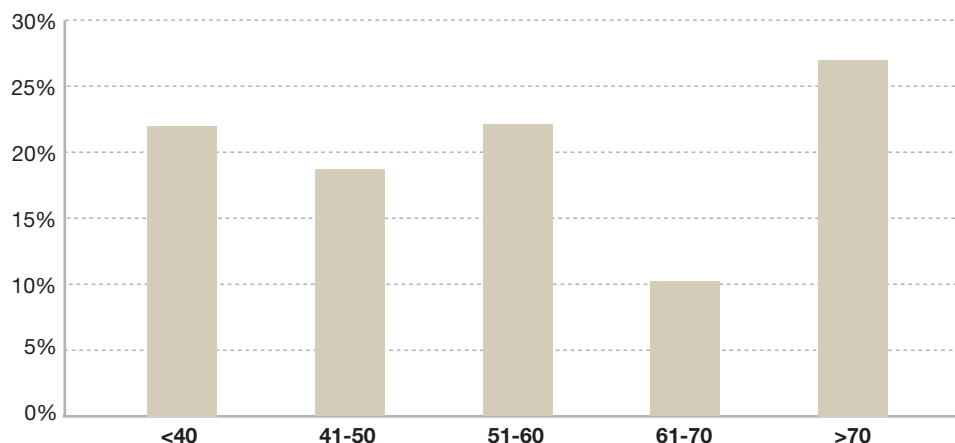


Gráfico 4.7.2.3. Distribución de casos de Legionelosis por grupos de edad. Año 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Considerando antecedentes clínicos y evolución de los casos se observa que: 3,6% de casos se consideraron nosocomiales, al existir antecedente de hospitalización en los 10 días previos al inicio de los síntomas y en el 72,9 % de los casos se observó algún factor predisponente (Tabla 4.7.2.1.), entre los cuales 42,4% eran fumadores, 15,3% padecían enfermedad pulmonar y 11,9% eran diabéticos.

Factores predisponentes*	Nº casos*	%
No existencia de factores	11	18,6
Fumador	25	42,4
Diabetes	7	11,9
Nefropatía	2	3,4
Enfermedad Pulmonar	9	15,3
Cáncer	1	1,7
Inmunodepresión	3	5,1
Trto. con corticoide	4	6,8
Receptores de transplantes	2	3,4

Tabla 4.7.2.1. Distribución de los casos de legionelosis según Factores Predisponentes.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

* Cada paciente podía tener más de un factor predisponente, por lo que la suma de casos excede el nº total.

En relación con el cuadro clínico, 79,7% de los casos debutaron con fiebre, en el 76,3% se evidenciaron síntomas respiratorios (tos, disnea, dolor torácico, neumonía etc.), en 18,6% existieron manifestaciones digestivas (náuseas, vómitos, diarrea, etc.) y en el 32,2% de los casos síntomas neurológicos (cefalea, postración. etc).

Las pruebas diagnósticas de confirmación de Legionelosis fueron positivas en 48 pacientes (81,4%), de los cuales en el 76,3% se demostró el antígeno L. pneumophila SG1 en orina, en 1,7% se aisló L.pneumophila en secreciones respiratorias, tejido pulmonar o sangre, y en 8,5 % hubo seroconversión frente a L.pneumophila SG1.

Otros 11 (18,6%) casos, se catalogaron como sospechosos ya que se demostraron títulos de anticuerpo frente a L. pneumophila SG1 > 256 en fase convaleciente.

Con respecto a la gravedad del proceso, se observó que, requirieron ingreso en U.C.I, 11 casos (19%) y fallecieron por esta causa 6 pacientes, lo que supone una tasa de letalidad de 10,9.

En 1999 se ha producido una agrupación de casos de legionelosis, que afectó a siete casos (ingresados en el Hospital de la Princesa, Área 2 de la Comunidad). Los casos se produjeron entre primeros de abril y finales de junio, de ellos 3 tenían en común la zona básica de residencia (Goya) y el resto visitaban dicha zona.

Aunque se procedió a la revisión de las torres de la zona, y se confirmó una torre positiva a *Legionella pneumophila* SG1, subtipo Oida, no se pudo determinar una fuente de infección común.

En 2002 había en la Comunidad de Madrid 4.190 instalaciones de transferencia de masa de agua en corriente de aire y aparatos de humectación (tradicionalmente consideradas de riesgo de transmisión de legionelosis), de las que 2866 eran torres de refrigeración, 514 condensadores evaporativos y 810 instalaciones de ambientes interiores (humectadores y aparatos de enfriamiento adiabático).

El 56,25% de las 1.376 torres de refrigeración inspeccionadas durante 2002 cumplían todos los requisitos exigidos por la reglamentación. El resto (602 instalaciones), si bien no cumplían la totalidad de los requisitos, presentaba altos porcentajes de cumplimiento de la mayoría de los mismos (tabla 4.7.2.2.)

Tabla 4.7.2.2. Distribución de los incumplimientos de la normativa de las Torres de refrigeración inspeccionadas. Comunidad de Madrid 2002.

Fuente: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

ITEMS	% DE CUMPLIMIENTO
Periodicidad de limpieza adecuada	88
Agua en buen estado sin algas ni lodos	80
Salida de aerosoles no tipificada de riesgo	77
Estado de conservación de la instalación correcto	80
Utilización de desinfectantes apropiados y registrados	86
Interior accesible	95

4.7.3. Varicela y Herpes- Zoster

4.7.3.1. Varicela

La tasa de ataque secundario entre los contactos domésticos susceptibles es del 90% y se presenta con mayor gravedad que los casos índice. Se estima que el número de casos anual es aproximadamente igual a la cohorte de nacidos vivos y según estudios de seroprevalencia realizados, el 95 % de los adolescentes presentan anticuerpos frente al virus.

Las complicaciones son mas frecuentes en niños menores de 1 año o mayores de 15 así como personas con enfermedad pulmonar crónica e inmunodeprimidos.

El Gráfico 4.7.3.1.1. muestra la evolución de tasas de incidencia estimadas de varicela durante los años 1997–2001 observándose una cierta elevación en 1997 y 1999 dentro de la estabilidad propia de la enfermedad.

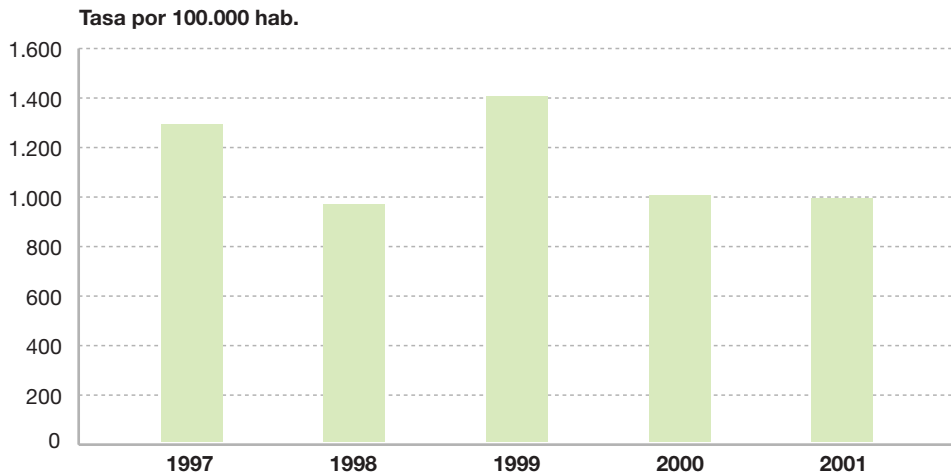


Gráfico 4.7.3.1.1. Tasas de Incidencia de Varicela. Años 1997-2001.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Durante el año 2001, se notificaron a la Red de Médicos Centinela (RMC) 1.274 casos de varicela, equivalente a una tasa de incidencia estimada de 984,7 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la encontrada a través del Sistema Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO).

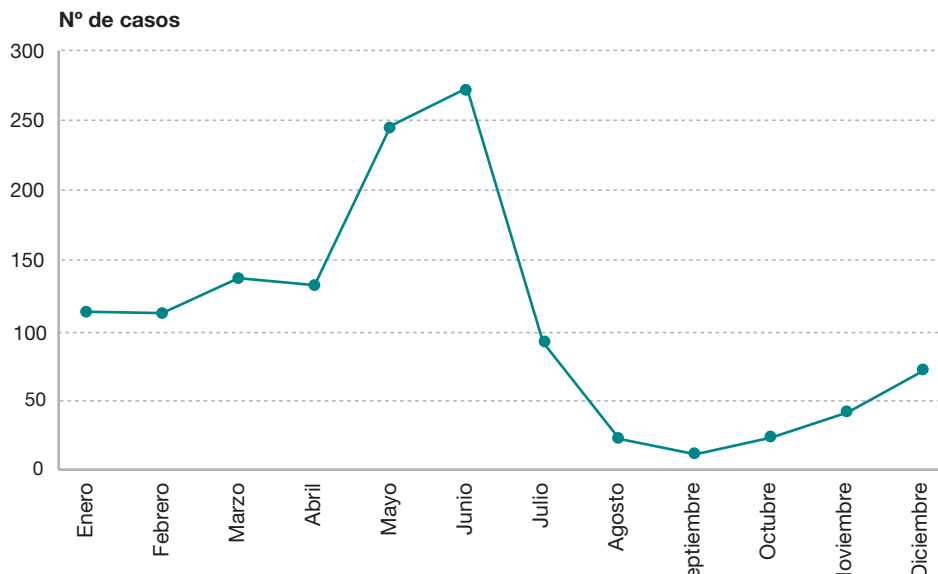


Gráfico 4.7.3.1.2. Distribución estacional de casos de Varicela . Año 2001.

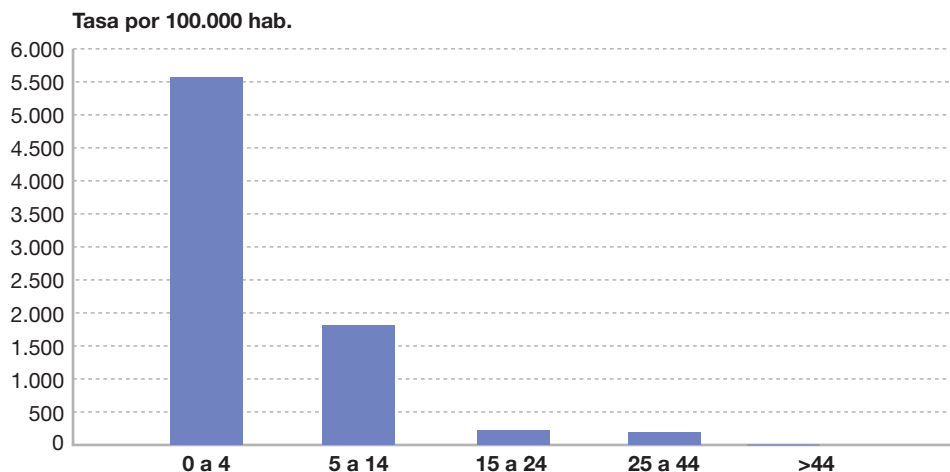
Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La distribución estacional de casos se muestra en el Gráfico 4.7.3.1.2. observándose el patrón estacional de esta enfermedad propio de los meses de marzo abril, mayo junio, en los que se registró el 61,9% de casos.

La incidencia de esta enfermedad, en la Comunidad de Madrid, no ha presentado predominio significativo en un sexo sobre el otro (los casos se han distribuido prácticamente al 50%)

Gráfico 4.7.3.1.3.
Distribución de tasas de
Varicela por grupo de edad.
Año 2001.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



El Gráfico 4.7.3.1.3. muestra las tasas de incidencia por grupos de edad. Se manifiestan las mayores tasas en niños menores de 4 años seguidos de 5 a 14 para ir disminuyendo entre 25 a 44 años.

Por lo que se refiere a la exposición a posibles fuentes de infección de varicela (Gráfico 4.7.3.1.4.) se estimó que, 64,2% adquirieron la enfermedad por exposición a caso de varicela, 14,6 % lo hizo en el transcurso de un brote y 1,6 % por exposición a caso de herpes Zoster; en el 19,34% de los casos se desconoce.

Gráfico 4.7.3.1.4.
Distribución de los casos de
varicela por factor de
exposición.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

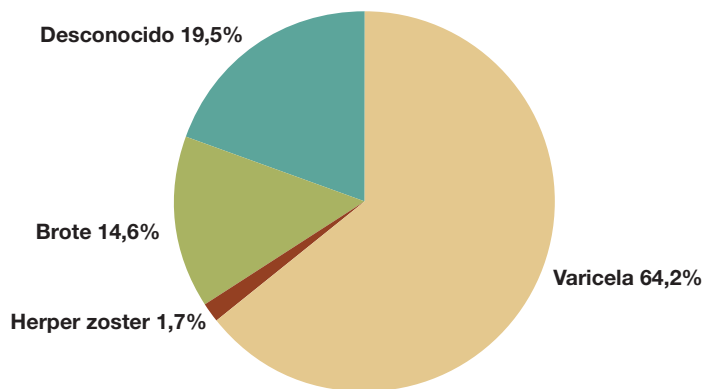
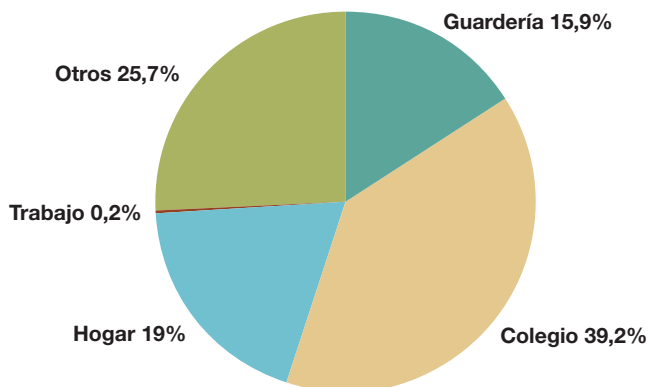


Gráfico 4.7.3.1.5.
Distribución de los casos de
varicela por lugar de
exposición.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Los lugares de exposición más habituales fueron: colegios 39,2% guarderías 15,9%, y en el 19% de los casos, el ámbito familiar (Gráfico 4.7.3.1.5.).

El 3,9% del total de enfermos atendidos por los médicos de la red, presentaron algún tipo de complicación, siendo la más frecuente infección bacteriana cutánea sobreañadida (2,6%) seguido de neumonía (0,3 %) y 0,7% otras complicaciones, entre las cuales se hallan otitis media aguda y conjuntivitis. Del total de enfermos, 0,5% requirió atención en un servicio de urgencia y 0,2% eran inmunodeprimidos.

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran un incremento paulatino de la prevalencia de anticuerpos frente a varicela en los dos primeros grupos de edad. La prevalencia alcanza el 80% en el grupo de 6-10 años y supera el 90% a partir de los 11 años. A partir de los 11 años no se observan diferencias entre cada grupo de edad y el anterior. La distribución es similar a la observada en la Encuesta de 1993. No se observa ningún desplazamiento de la enfermedad con la edad y, a diferencia de lo descrito en algunos estudios, la proporción de adultos susceptibles se ha mantenido constante en los últimos años. (Gráfico 4.7.3.1.6.).

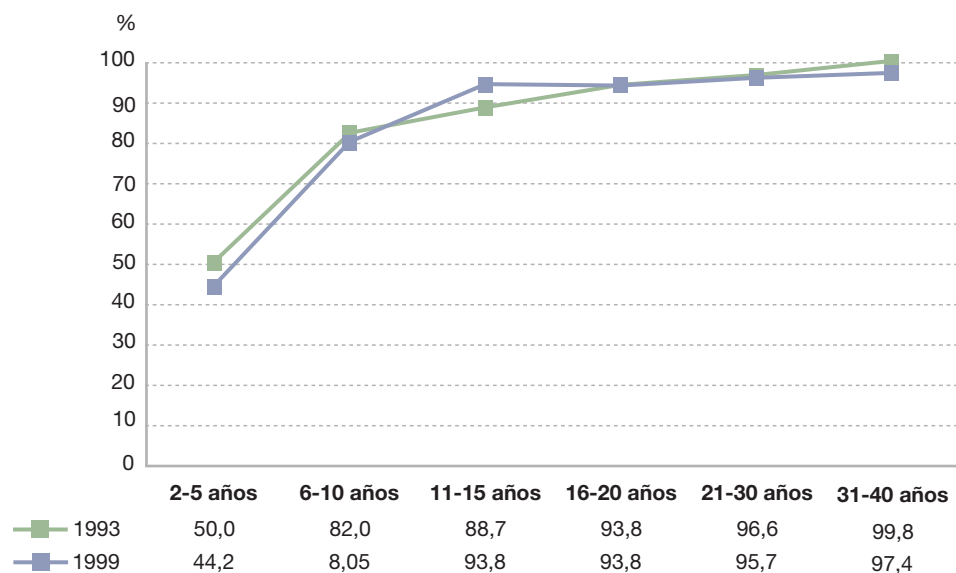


Gráfico 4.7.3.1.6
Prevalencia de anticuerpos frente a varicela. Encuestas de Serovigilancia de 1993 y 1999. Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

4.7.3.2. Herpes Zoster

El Herpes Zoster constituye la manifestación local de la infección por el virus varicela reactivado, que se encuentra latente en ganglios de raíces dorsales.

La incidencia de casos de herpes zoster aumenta con la edad, en enfermos VIH (+) y en el aproximadamente el 10% de niños que sufren neoplasia maligna .

El Gráfico 4.7.3.2.1. muestra la evolución de la tasa de incidencia de herpes zoster en la Comunidad de Madrid, durante 1997-2001 observándose estabilidad de tasas salvo el año 1999 en que existió una pequeña elevación

Gráfico 4.7.3.2.1. Tasas de Incidencia de Herpes Zoster. Años 1997-2001.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

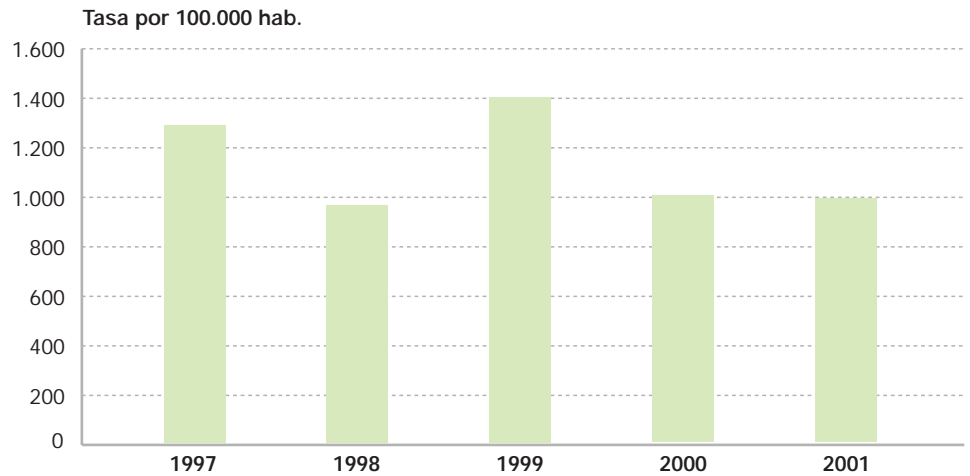
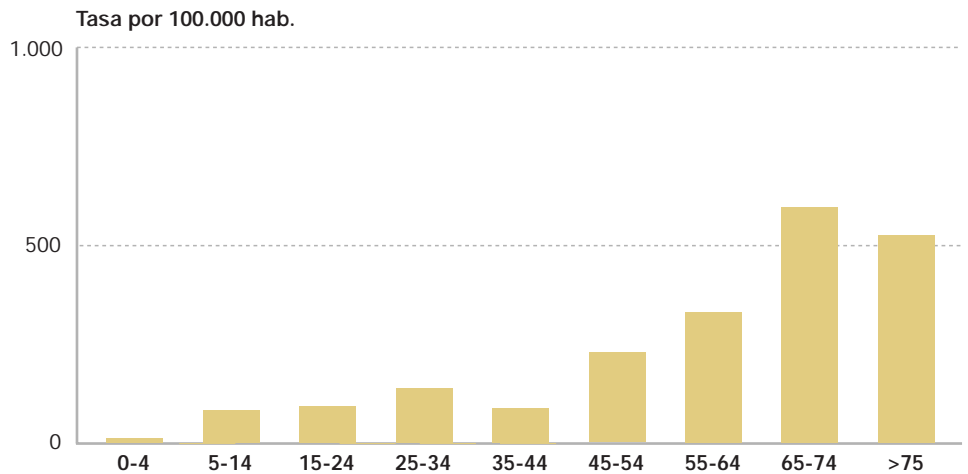


Gráfico 4.7.3.2.2. Distribución de tasas de herpes zoster por grupo de edad. Año 2001.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Durante el año 2001 se notificaron, a la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 231 casos de herpes zoster con una tasa de incidencia de 178,5 casos por 100.000habitantes. Las tasas mas elevadas ocurren en adultos a partir de los 45 años (Gráfico 4.7.3.2.2.).

La distribución, según género; de los casos de esta enfermedad muestra un ligero predominio de la ocurrencia en las mujeres (Gráfico 4.7.3.2.3.).

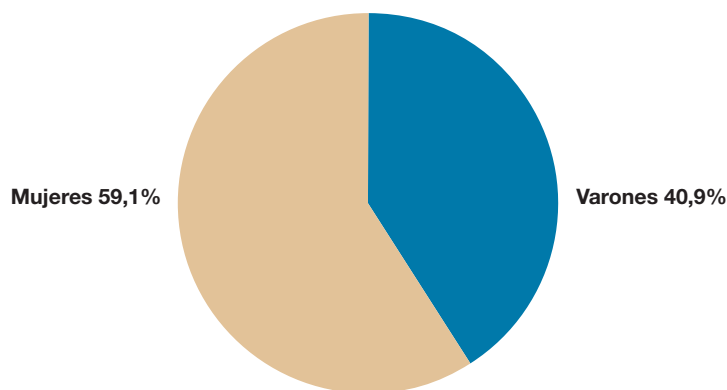


Gráfico 4.7.3.2.3.
Distribución por Género de casos de herpes zoster. Año 2001.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.8. Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) de declaración obligatoria, infección gonocócica y sífilis mantienen su tendencia descendente, menos acentuada en la sífilis, igual que sucede en el resto de España. Sin embargo, los datos del Sistema de Información Microbiológica indican un aumento en el número de aislamientos. (Gráfico 4.8.1.)

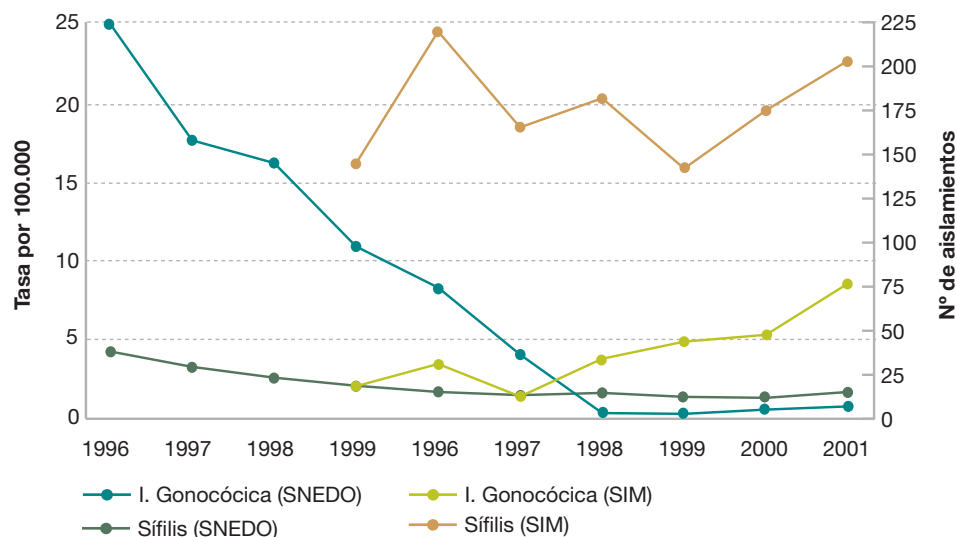


Gráfico 4.8.1. Evolución de las enfermedades de transmisión sexual. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

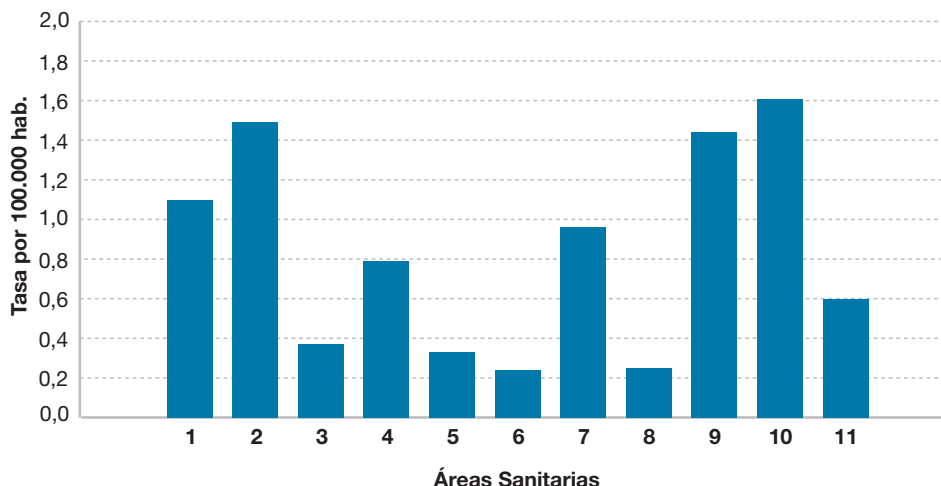
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Sistema de Información Microbiológica (SIM). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.8.1. Infección gonocócica

En el año 2001 fueron notificados 40 casos de infección gonocócica. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,80 por 100.000 habitantes, cifra mucho menor que la observada a nivel nacional (tasa de 2,04), siendo la razón de tasas de 0,40 (referencia: nivel nacional).

Gráfico 4.8.1.1. Tasa de incidencia de Infección gonocócica notificada por Área sanitaria. Año 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

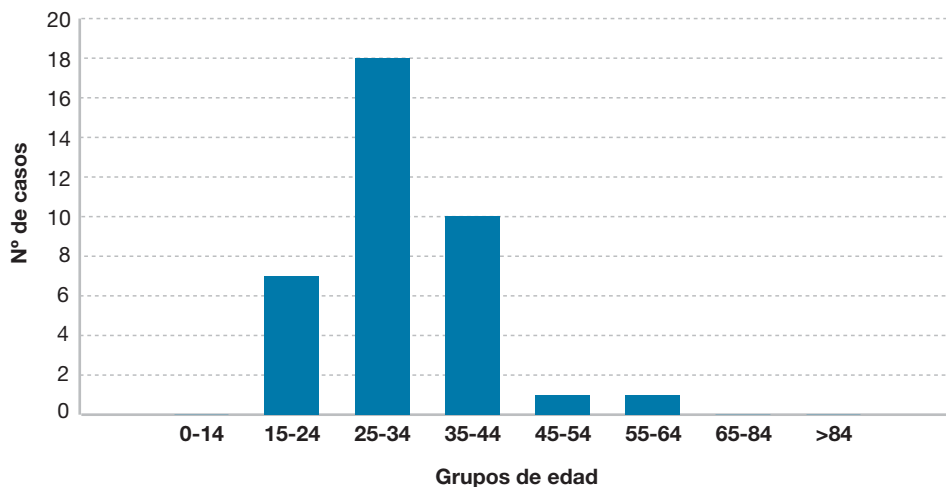


El área que presentó una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fue la 10 seguida de la 2 y la 9 (Gráfico 4.8.1.1.).

El 89,5% de los casos se observó en varones y el 48,6% tenían edades comprendidas entre los 25 y 34 años. El rango de edad varió entre 19 y 58 años.

Gráfico 4.8.1.2. Distribución de los casos de Infección gonocócica por grupos de edad. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



4.8.2. Sífilis

En el año 2001 fueron notificados al sistema EDO 87 casos de sífilis. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,73 casos por 100.000 habitantes, cifra algo menor que la observada en el ámbito nacional, siendo la razón de tasas de 0,97 (referencia: nivel nacional).

La incidencia de sífilis parece concentrarse en las Areas 7 y 9 , si bien se han notificado casos en todas las áreas de la Comunidad (Gráfico 4.8.2.1.).

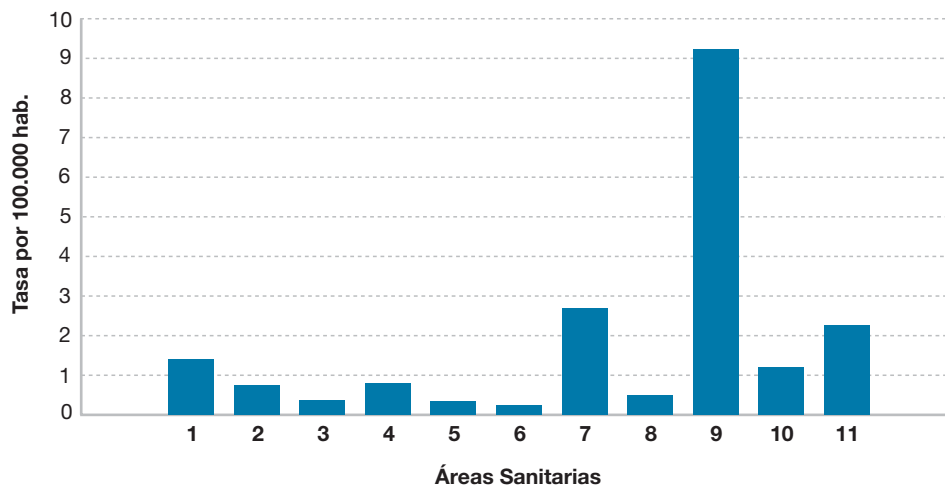


Gráfico 4.8.2.1. Tasa de incidencia de Sífilis notificados por Área sanitaria. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

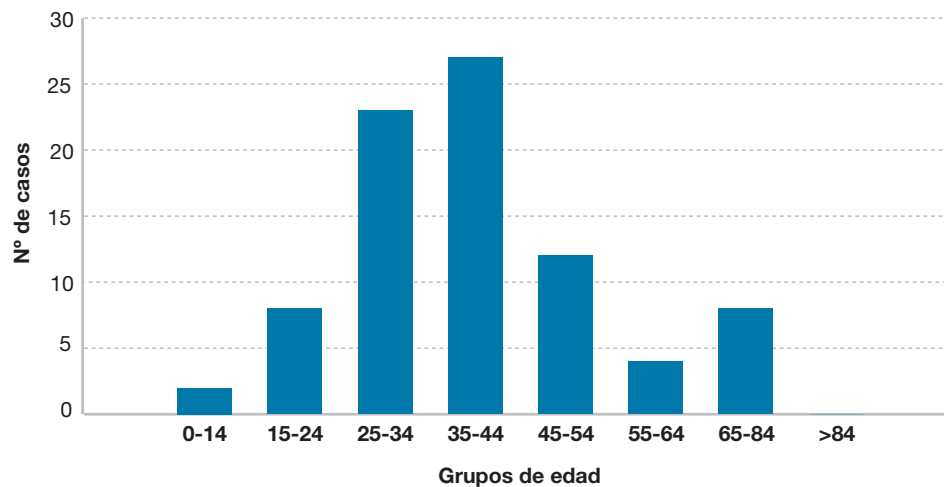


Gráfico 4.8.2.2. Distribución de los casos de Sífilis por grupos de edad. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

El 54,7% se observó en varones. El rango de edad varía entre 5 y 79 años. El 32,1% se presentó en personas de 35 a 44 años y 39,3% en menores de 34 años (Gráfico 4.8.2.2.).

En los últimos 10 años se han notificado 5 casos de sífilis congénita en niños de madres residentes en la Comunidad de Madrid; 1 caso en 1999, 3 casos en 2000 y un caso en 2001. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,02 por 100.000 habitantes, igual a la tasa observada a nivel nacional.

4.9. Zoonosis

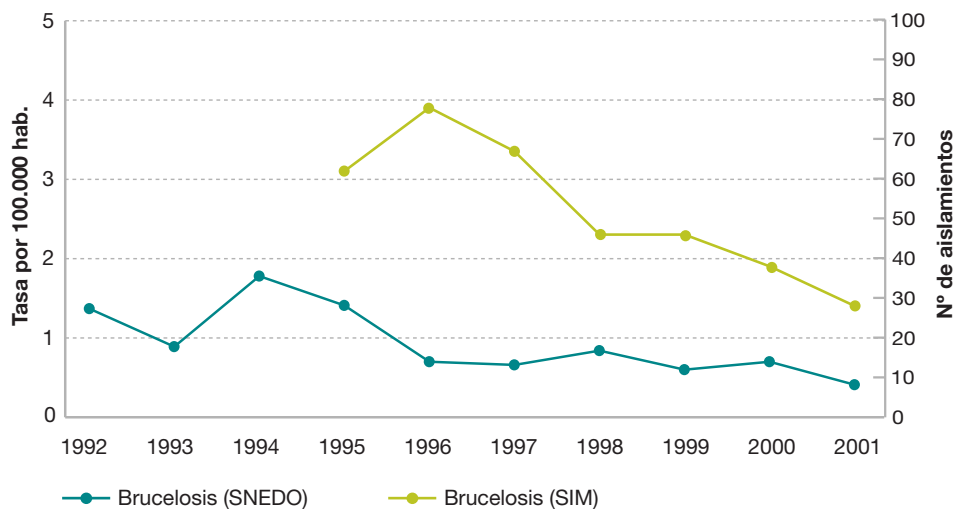
4.9.1. Brucelosis

En el año 2001 fueron notificados 21 casos de brucelosis. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,42 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,71 (referencia: nivel nacional).

La incidencia de brucelosis presenta una ligera tendencia descendente, que también se viene observando en España, junto con una disminución en el número de aislamientos del microorganismo (Gráfico 4.9.1.1.).

Gráfico 4.9.1.1. Evolución de la brucelosis. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

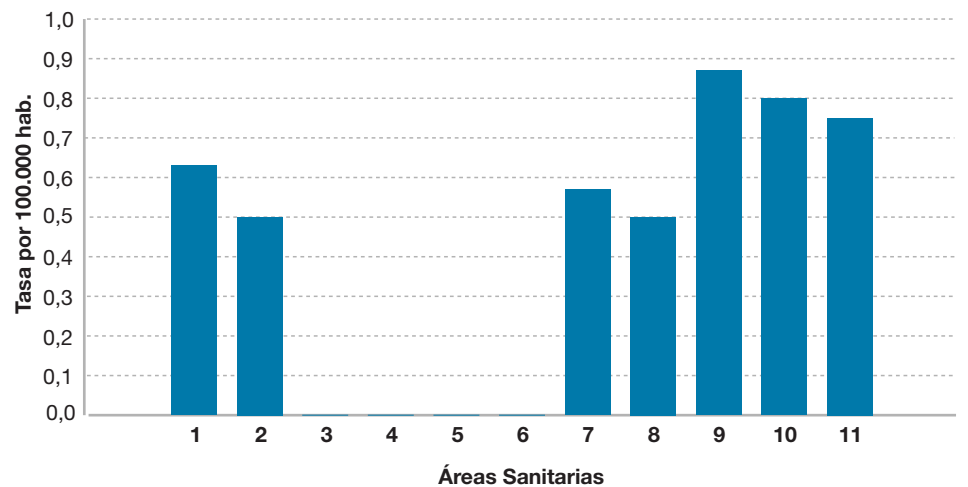
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Sistema de Información Microbiológica (SIM). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Durante 2001, las áreas 9 y 10 han presentado incidencias que duplican la del conjunto de la Comunidad Autónoma, si bien, en ningún caso han llegado a 1 caso por 100.000 habitantes. En las áreas 3, 4, 5 y 6 no se ha registrado ningún caso (Gráfico 4.9.1.2.).

Gráfico 4.9.1.2. Tasas de Brucelosis notificados por Área sanitaria. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



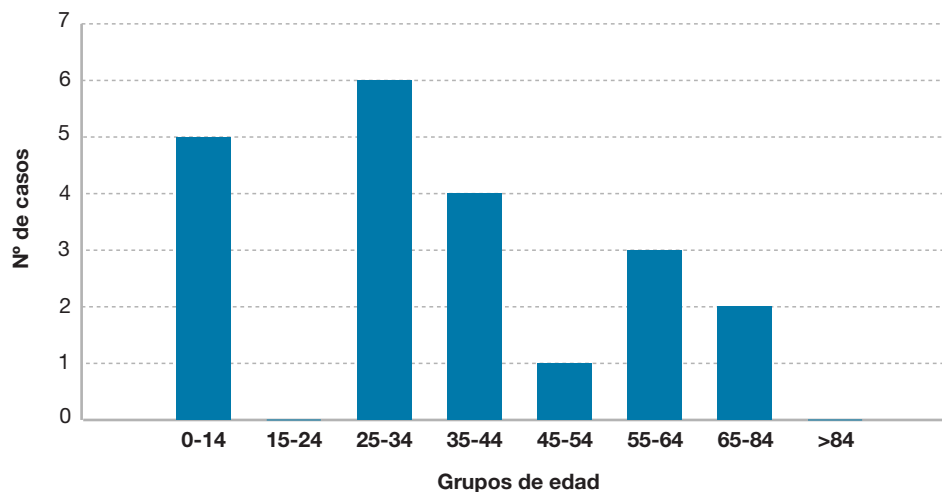


Gráfico 4.9.1.3. Distribución de los casos de Brucelosis por grupos de edad. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en varones (81%), y más de la mitad de los casos se han producido en menores de 35 años (Gráfico 4.9.1.3.).

En 15 casos se conoce la fuente de infección (71,4%). El origen de los casos fue el consumo de productos lácteos sin higienizar, en 5 casos; el contacto directo con animales, en 9 (3 en la Comunidad de Madrid) y la exposición laboral en un laboratorio de microbiología.

4.9.2. Leishmaniasis

La leishmaniasis es una enfermedad de declaración obligatoria sólo en aquellas Comunidades Autónomas en las que es endémica.

Durante el año 2001 fueron notificados 28 casos de Leishmaniasis. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,56 por 100.000 habitantes.

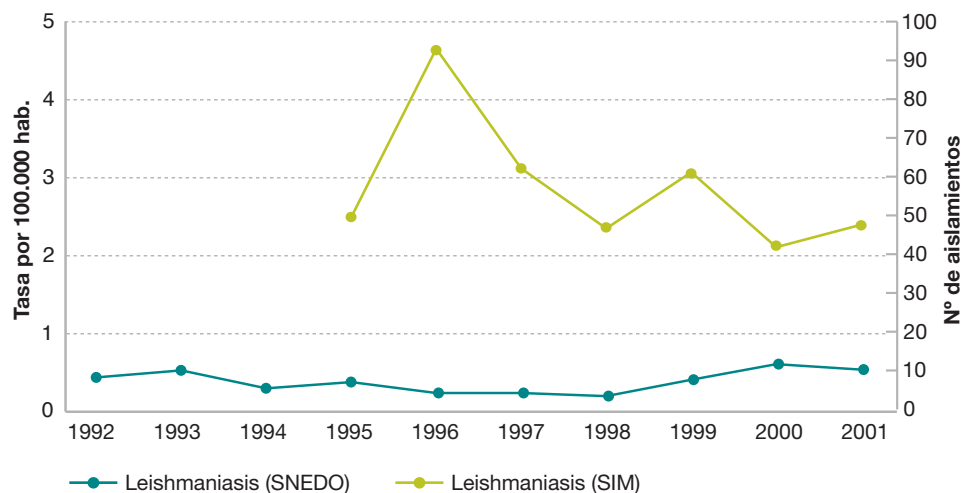


Gráfico 4.9.2.1. Evolución de Leishmaniasis. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Sistema de Información Microbiológica (SIM). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la Comunidad de Madrid en el año 2001 fueron la 3, la 7 y la 10, que duplican la incidencia en el conjunto de la Comunidad. La áreas 2 y 4 no han registrado casos en dicho año (Gráfico 4.9.2.2.).

Gráfico 4.9.2.2. Tasas de incidencia de Leishmaniasis notificados por áreas sanitaria. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

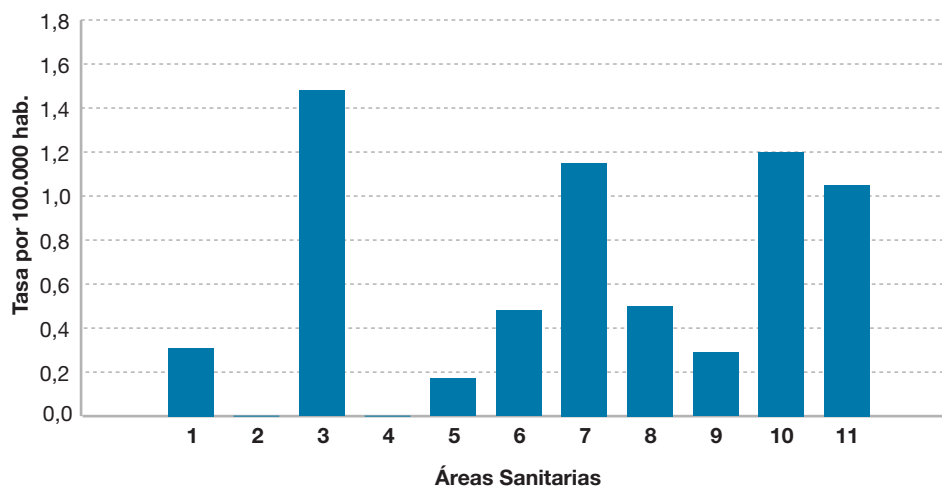
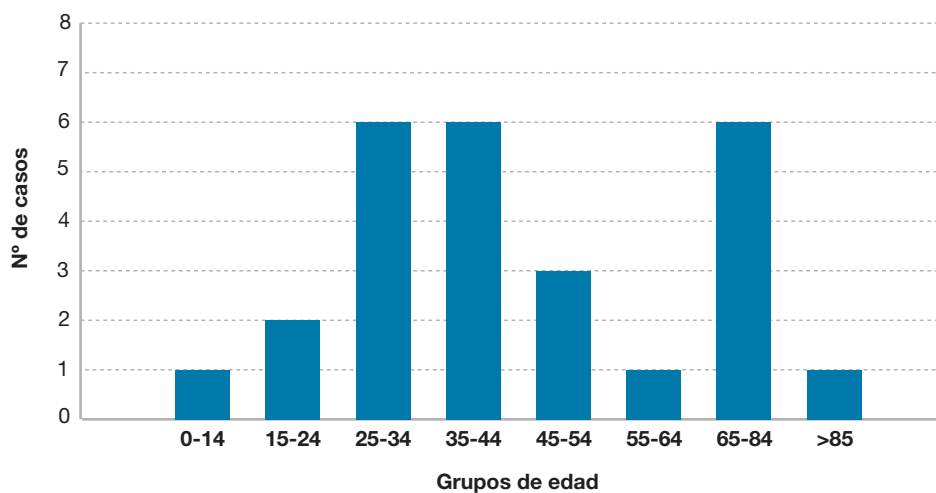


Gráfico 4.9.2.3. Distribución de los casos de Leishmaniasis por grupos de edad. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



El 78% de los casos se produjo en varones. El rango de edad varió entre 2 y 88 años y un 46,1% tenían edades comprendidas entre 25 y 44 años. En 8 casos la prueba VIH fue positiva (28,5%). (Gráfico 4.9.2.3.).

En 2 casos el diagnóstico fue sólo de sospecha clínica. En el 35,7% se realizó diagnóstico serológico y en el 71,4% microbiológico.

La prevalencia de leishmaniasis en perros vagabundos se vigila, en la Comunidad de Madrid, mediante dos muestreos serológicos anuales (abril y noviembre), efectuados en trece Centros de Protección Animal. Así y, según se muestra en el Gráfico 4.9.2.4, esta prevalencia ha sufrido una ligera disminución desde 1996.

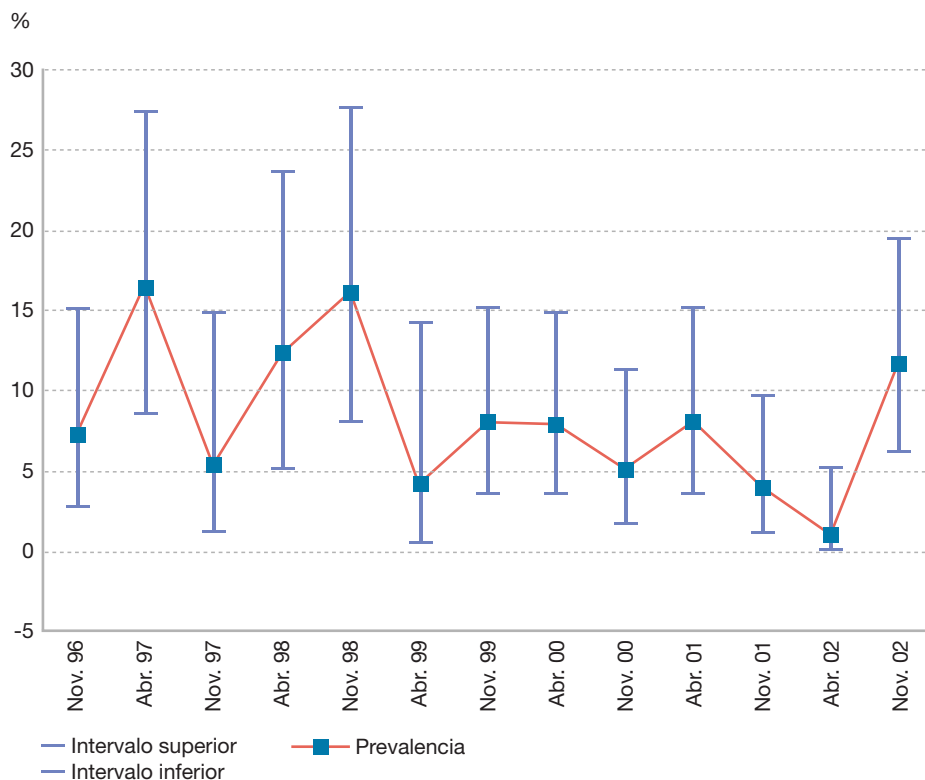


Gráfico 4.9.2.4. Prevalencia de Leishmaniasis en perros vagabundos, en el periodo 1996-2002.

Fuente: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.10. Paludismo

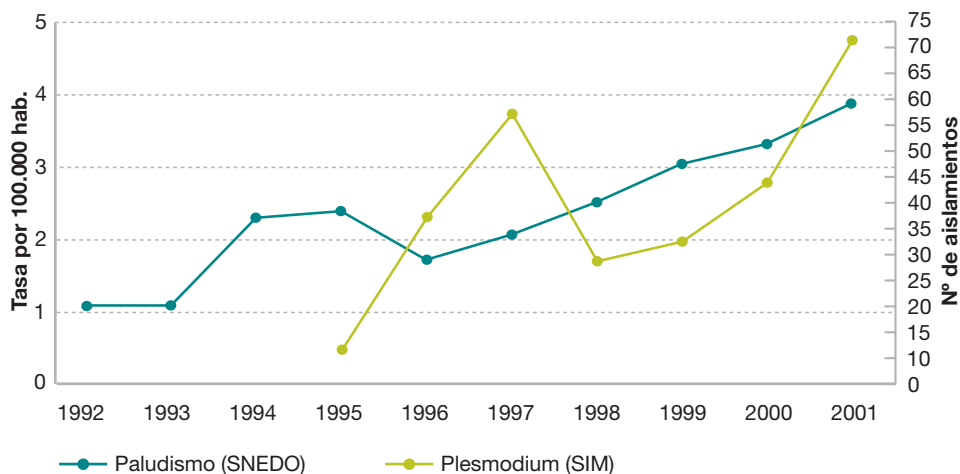
En el año 2001 fueron notificados 198 casos de paludismo. La tasa de incidencia acumulada fue de 3,94 casos por 100.000 habitantes, cifra considerablemente superior que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 3,15 (referencia: nivel nacional).

Se observa una tendencia creciente en la tasa de incidencia de paludismo, hecho que también se refleja en el número de aislamientos de Plasmodium notificados al SIM. (Gráfico 4.10.1.).

En el año 2001, las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 3 y la 11, con 5,93 y 5,71 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

Gráfico 4.10.1. Evolución del paludismo. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Sistema de Información Microbiológica (SIM). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

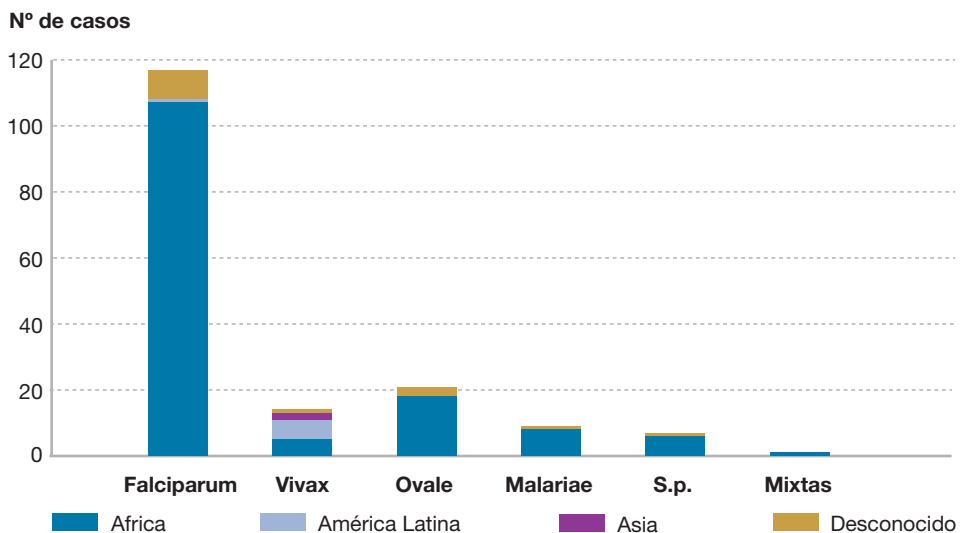


El 55,3% de los casos se presentó en varones y el 26% de los casos tenían edades comprendidas entre 35 y 44 años. Teniendo en cuenta la posible relación de estancia en un país endémico, observamos que el 61% de los casos diagnosticados en 2001 era inmigrantes procedentes de zonas en que el paludismo es endémico. El 29% se diagnosticó en población española que había viajado a zonas endémicas, ya sea de larga estancia (misioneros, profesionales de empresas, embajadas) o corta (turistas).

El lugar de contagio se conoce en 176 casos (79%), de los que el 93,8% se produjo en África. El parásito visualizado más frecuentemente fue *P. falciparum* (69,2%), procedentes todos ellos, menos uno, de África. (Gráfico 4.10.2.).

Gráfico 4.10.2. Distribución del número de casos de Paludismo por tipo de Plasmodium visualizado y lugar de contagio. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



4.11. Infecciones relacionadas con enfermedades crónicas

4.11.1. Hepatitis C

Durante el año 2001 fueron notificados al SNEDO 101 casos de “otras hepatitis víricas”. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,96 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a la observada a nivel nacional, con una razón de tasas de 0,64 (referencia: nivel nacional). El número de casos de “otras hepatitis víricas” que fueron notificadas como hepatitis C fueron 90, lo que supone una tasa de 1,80 casos por 100.000 habitantes; en el resto (11 casos) se desconoce el serogrupo.

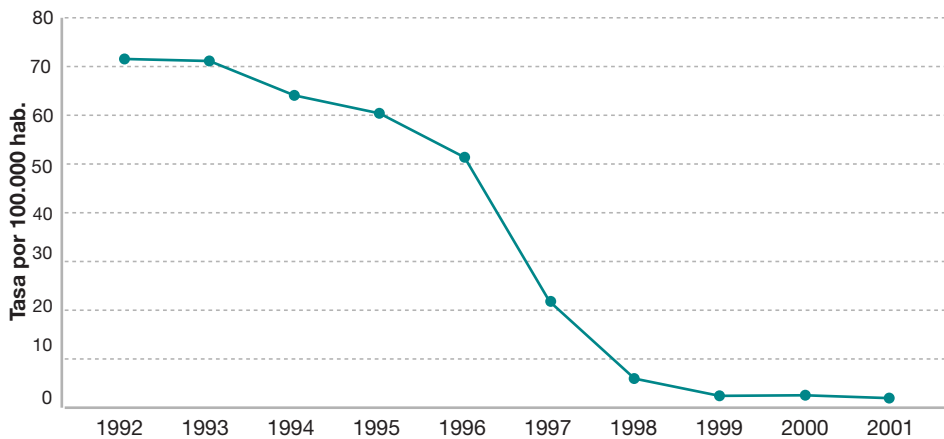


Gráfico 4.11.1.1. Evolución de las hepatitis C. Comunidad de Madrid. 1998-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia acumulada de hepatitis C, en 2001 fueron la 6 y la 11 con 5,77 y 3,61 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

Algo más de la mitad de los casos (54%) se observó en varones. El grupo de edad de 35 a 44 años, junto con los mayores de 65 acumularon más del 55% de los notificados (Gráfico 4.11.1.2.).

Nº de casos

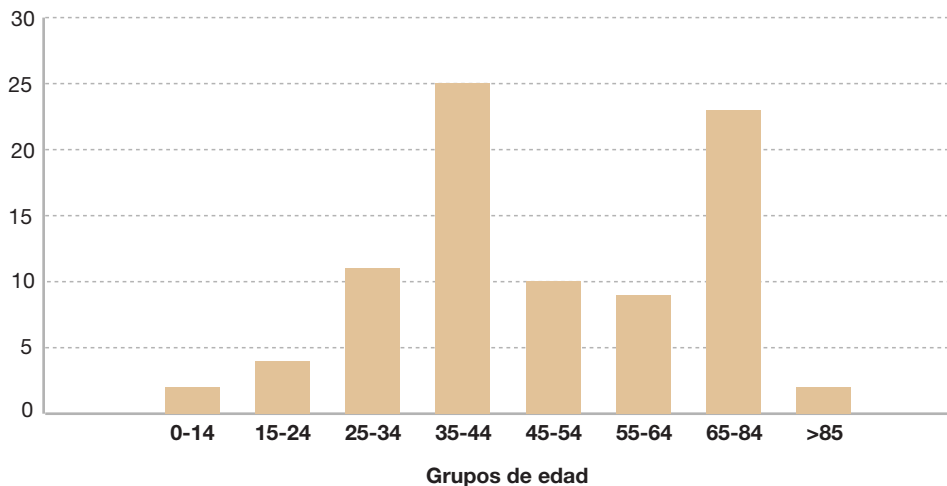


Gráfico 4.11.1.2. Distribución de los casos de Hepatitis C por grupos de edad. Año 2001. Comunidad de Madrid.

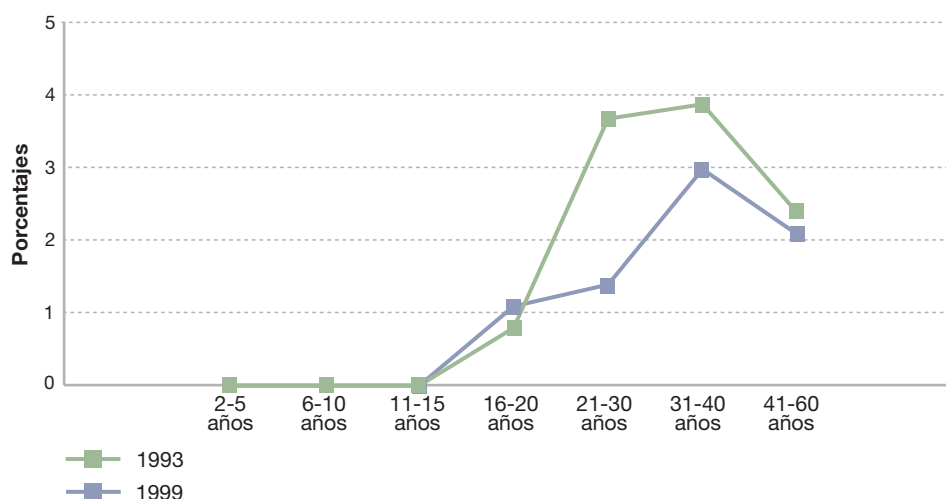
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En un 34,5% de los casos se dispone de información sobre la existencia o no de factores de riesgo para la transmisión de la hepatitis C. Del total de casos con información sobre los factores de riesgo para hepatitis C (31 casos), 8 (25,8%) eran consumidores de drogas por vía parenteral, 4 (13%) presentaban antecedentes de contacto sexual de riesgo y en 10 (32,2%) tenían el antecedente de transfusión en alguna ocasión. Se produjo un brote nosocomial de hepatitis C en una institución sanitaria que afectó a 4 pacientes oncológicos.

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran una prevalencia de 1,6% (1,1%-2,5%) en la población de 2-60 años. El grupo de mayor prevalencia es el de 31-40 años (1,4%). No se han detectado sueros positivos en los menores de 16 años. En relación con la Encuesta de Serovigilancia de 1993 no se aprecian diferencias significativas, si bien se observa un descenso en casi todos los grupos de edad.

Gráfico 4.11.1.3. Prevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.



4.11.2. Helicobacter pylori

La infección por *Helicobacter pylori* causa gastritis crónica y es el factor de riesgo más importante relacionado con la aparición de úlcera péptica y cáncer gástrico. Se han descrito dos patrones epidemiológicos diferentes: uno de alta endemicidad, que afecta a países en vías de desarrollo, y otro de baja prevalencia, en el que se incluyen los países desarrollados.

De acuerdo con estos resultados, la Comunidad de Madrid se sitúa en una posición intermedia entre los patrones epidemiológicos descritos

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran una seroprevalencia frente a *Helicobacter pylori* en la población de 2-60 años de 48,5% (45,5%-51,4%). Se observa un incremento con la edad, oscilando entre un 15,1% en el grupo de 2-5 años y un 73,3% en el de 41-60 años. Gráfico 4.11.2.1.).

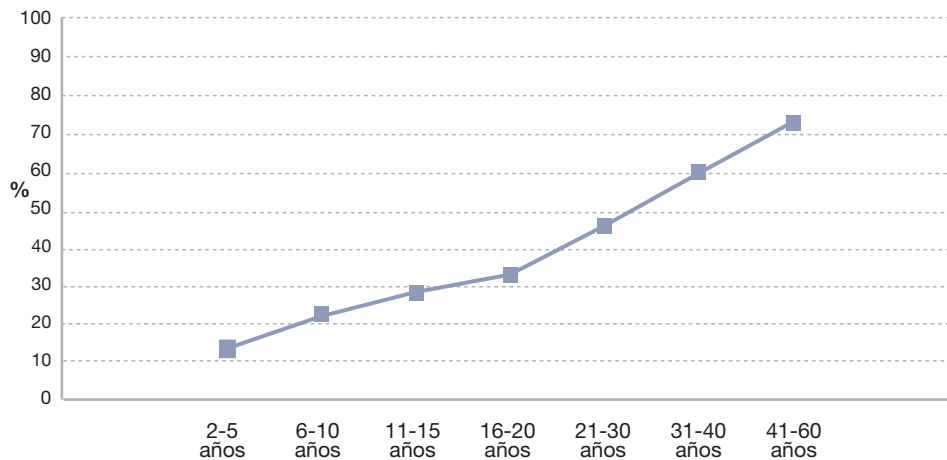


Gráfico 4.11.2.1. Prevalencia de anticuerpos frente a *Helicobacter pylori*. Año 1999.

Fuente: Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1999. Enfermedades exantemáticas de la infancia

4.12. Enfermedades exantemáticas de la infancia

Se incluyen en este apartado un grupo de enfermedades infantiles infecciosas y no infecciosas que cursan con exantemas maculo-populosos y que son diagnosticados por su morfología, distribución de lesiones, y la clínica asociada como entidades clínicas típicas.

Durante Junio de 2001 a Diciembre de 2002, se han notificado a través de la RMC un total de 124 casos de enfermedades exantemáticas en la infancia (E.E.I.) lo que supone una tasa estimada de 198,5 casos por 100.000 habitantes.

La distribución por género muestra un ligero predominio femenino (razón hombre / mujer de 0,86). Con respecto a la edad, se observa una media de 2 años (desviación típica = 1,6) mediana de 1,5 años, y rango que va de 3 meses a 11 años. El mayor número de casos se observa en el grupo de edad de menos de 5 años (59,1%). (Gráfico 4.12.1.).

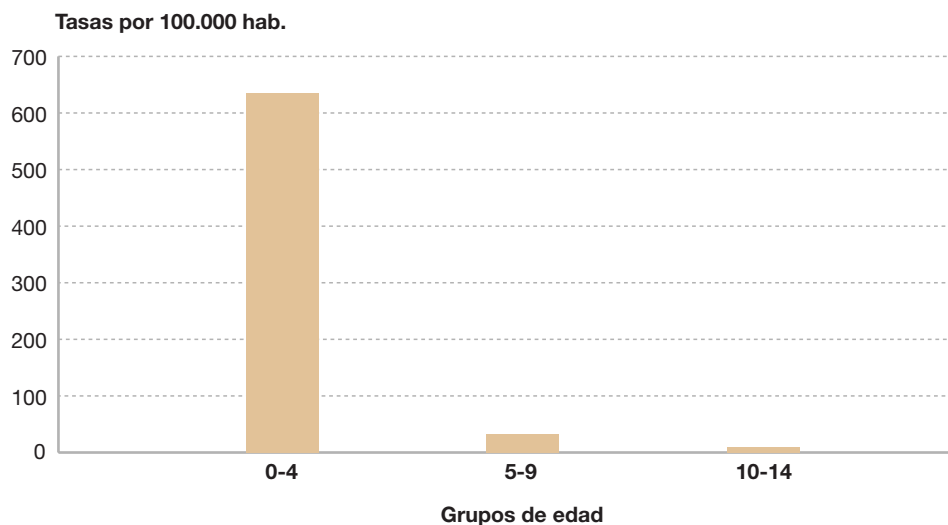


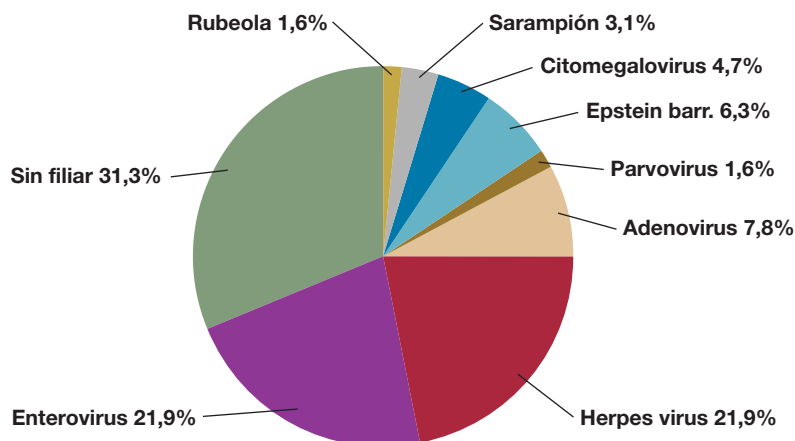
Gráfico 4.12.1. Distribución de Tasas de incidencia de Enfermedades Exantemáticas en la infancia según grupo de edad, Año 2001-2002.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Los agentes etiológicos más frecuentes encontrados en los casos notificados fueron: Herpes Virus 6, Enterovirus, Adenovirus y Epstein barr (los demás agentes citomegalovirus, sarampión y rubéola – no alcanzan el 5% de los casos), observándose además, que los casos atribuibles a enterovirus se dan en edades superiores al resto de los estudiados. (Gráfico 4.12.2.).

Gráfico 4.12.2. Distribución de Enfermedades Exantemáticas en la infancia en la Comunidad de Madrid. Año 2001-2002.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



4.13. Enfermedades de transmisión clásica a través de agua y alimentos

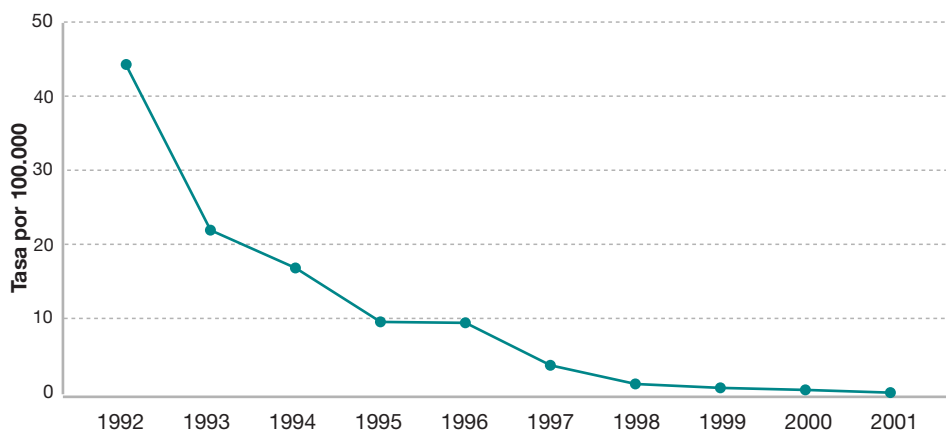
4.13.1. Hepatitis A

Durante el año 2001 fueron notificados al SNEDO 63 casos de hepatitis A. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,22 casos por 100.000 habitantes, cifra menor a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,54 (referencia: nivel nacional).

La hepatitis A ha sufrido un descenso considerable desde 1992, (Gráfico 4.13.1.1.) sobre todo en los 4 primeros años, observándose un incremento en la edad media de los casos.

Gráfico 4.13.1.1. Evolución de la incidencia de hepatitis A. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la Comunidad de Madrid, durante el año 2001, fueron la 11 (tasa de 2,56 casos por 100.000 habitantes) y la 2 (Gráfico 4.13.1.2.).

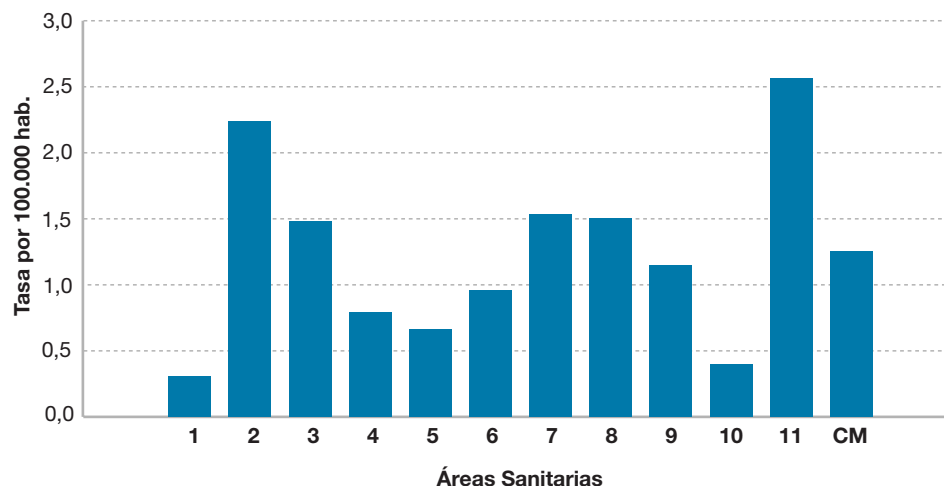


Gráfico 4.13.1.2. Tasa de incidencia de Hepatitis A por Área sanitaria. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

El 64% se observó en varones y considerando la edad (Gráfico 4.13.1.3.) el 31,6% de los casos se presentó en el grupo de edad entre 25 y 34 años, y el 26,3% en menores de 15 años.

En el 93,7% de los casos la enfermedad fue confirmada mediante serología, detectándose anticuerpos IgM anti VHA.

Considerando el modo de presentación, del total de casos observados, 5 estuvieron asociados a 2 brotes familiares y 6 casos presentaron antecedente de viaje a zonas endémicas.

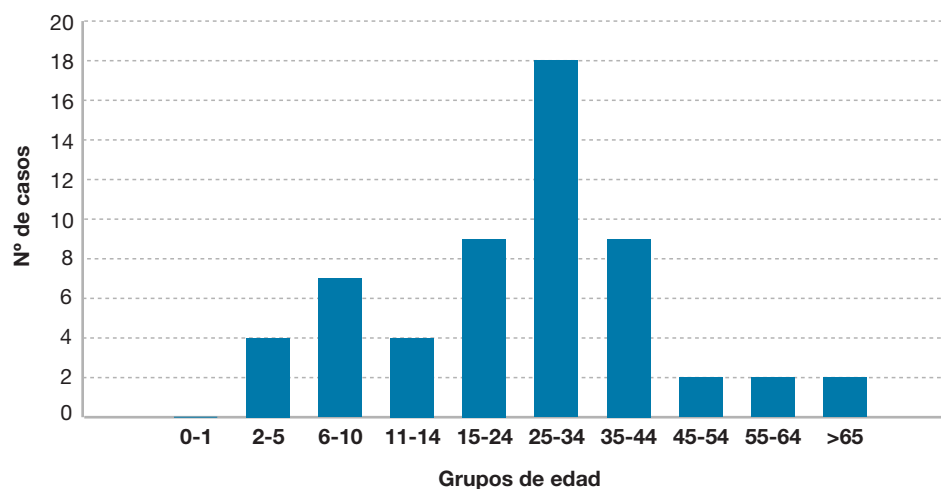


Gráfico 4.13.1.3. Distribución de los casos de Hepatitis A por grupos de edad. Año 2001. Comunidad de Madrid.

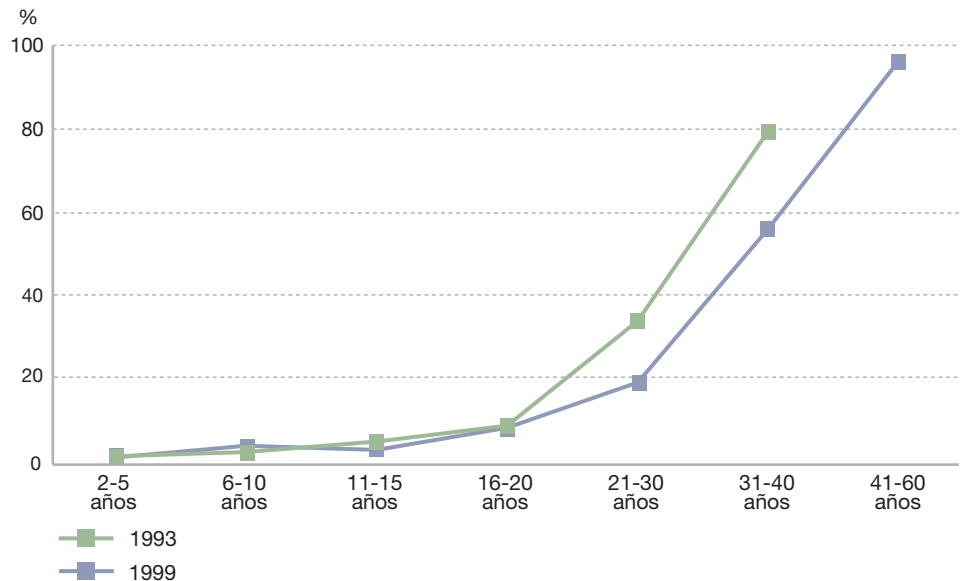
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En relación con el estado vacunal, se dispone de información en 28 casos (44,4%) y ninguno de ellos estaba vacunado.

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran una prevalencia menor del 5% en menores de 16 años. A partir de esa edad se observa un aumento de la prevalencia con la edad, que alcanza un 56,3% en el grupo de 31-40 años y un 96,4% en el de 41-60 años. En relación con la Encuesta de Serovigilancia de 1993, la seroprevalencia en los 4 primeros grupos de edad se mantiene estable y muy baja. Se aprecia un descenso en el resto de los grupos de edad. (Gráfico 4.13.1.4.).

Gráfico 4.13.1.4. Prevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis A.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.



El incremento de la prevalencia con la edad se debe a un efecto cohorte que refleja una caída en la tasa de adquisición de la infección de las sucesivas generaciones de niños a medida que las condiciones socioeconómicas han ido mejorando. El patrón observado corresponde al de una región de baja endemia, similar al de los países de Europa Occidental. El descenso de la prevalencia tiene como consecuencia un aumento de la población susceptible a la infección, hecho que tiene mayor interés en relación con el aumento de la frecuencia de desplazamientos a áreas geográficas de alta endemia por motivos turísticos y laborales, situaciones en las que se debe considerar la administración de la vacuna frente a esta enfermedad.

4.13.2. Disentería

Durante el año 2001 fueron notificados al sistema SNEDO 6 casos de disentería. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,12 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la alcanzada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,48 (referencia: nivel nacional).

La disentería presentaba una tendencia decreciente hasta 1998, año en que se produce un incremento, que se ve reflejado también en el número de aislamientos de *Shigella* notificados al SIM fundamentalmente debido a la existencia de un aumento en el número de casos y aislamientos notificados en una zona marginal de la Comunidad de Madrid

asociados a deficientes condiciones higiénico sanitarias. Durante los años posteriores (1999 a 2001) continua la tendencia decreciente (Gráfico 4.13.2.1.).

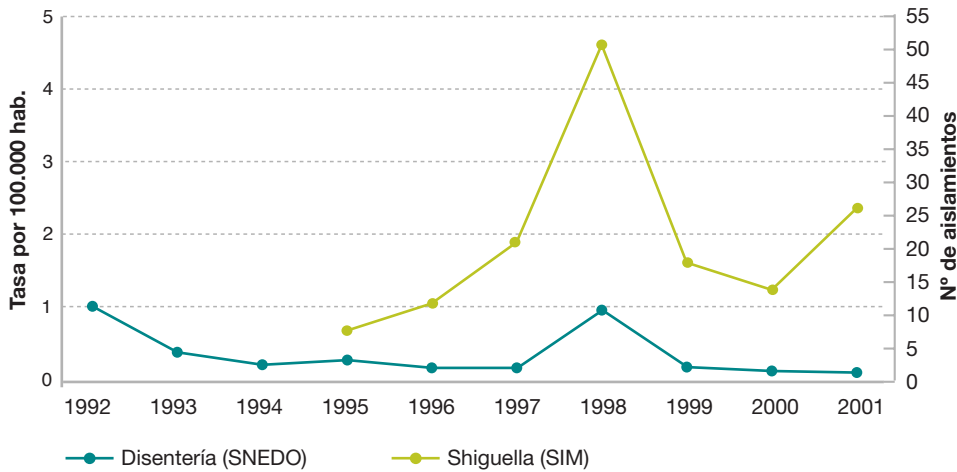


Gráfico 4.13.2.1. Evolución de la disentería. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Sistema de Información Microbiológica (SIM). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Durante el año 2001 las áreas sanitarias 3 y la 10 fueron las que presentaron una mayor tasa de incidencia (Gráfico 4.13.2.2.). El 66,7% de los casos se observó en mujeres. Solamente un caso se presentó en menores de 15 años.

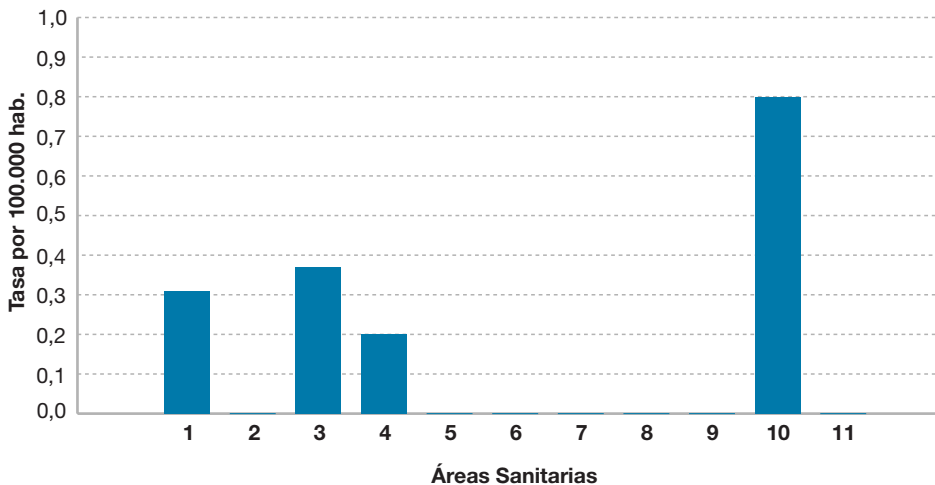


Gráfico 4.13.2.2. Tasas de Disentería notificados por Área sanitaria. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.

4.13.3. Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el año 2001 fueron notificados al SNEDO 18 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,36 por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional (tasa de 0,44), siendo la razón de tasas de 0,80 (referencia: nivel nacional).

Este grupo de enfermedades presentan una tendencia decreciente, también reflejada en el número de aislamientos notificados en el SIM.

Gráfico 4.13.3.1. Evolución de la fiebre tifoidea y paratifoidea. Comunidad de Madrid. 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
 Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

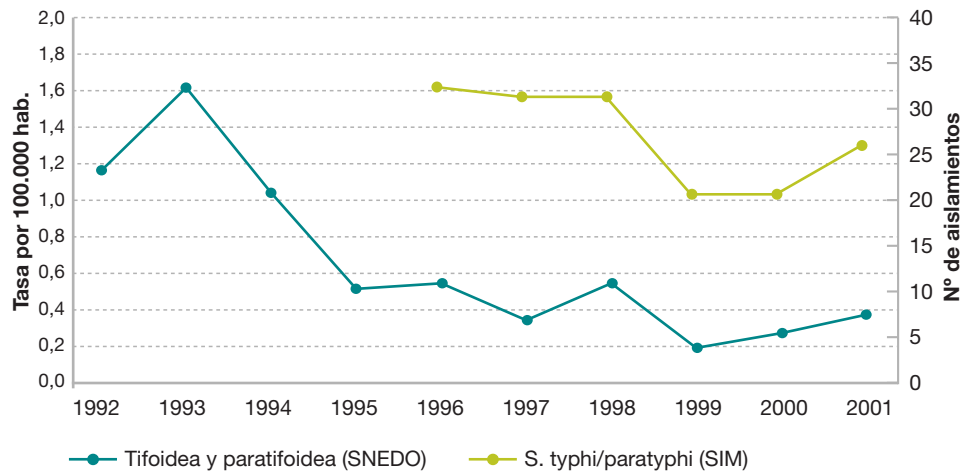
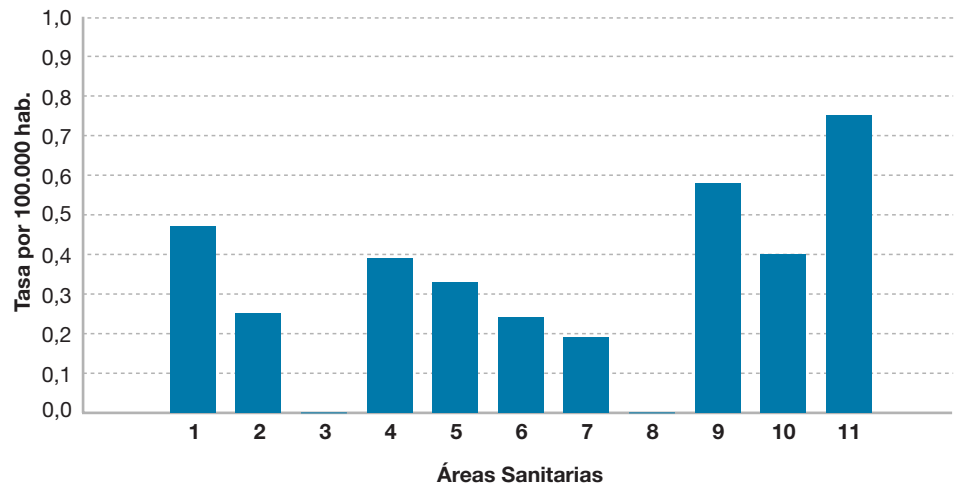


Gráfico 4.13.3.2. Tasas de Fiebre tifoidea y paratifoidea notificados por Área Sanitaria. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Las áreas 1, 9, y 11 presentaron las mayores tasas de la Comunidad durante el año 2001(Gráfico 4.13.3.2.). En las áreas 3 y 8 no se han notificado ningún caso.

El 44,4% de los casos se observó en menores de 14 años, siendo el rango de edad de 1 a 63 años. La distribución por género fue algo superior en varones (53%) (Gráfico 4.13.3.3.).

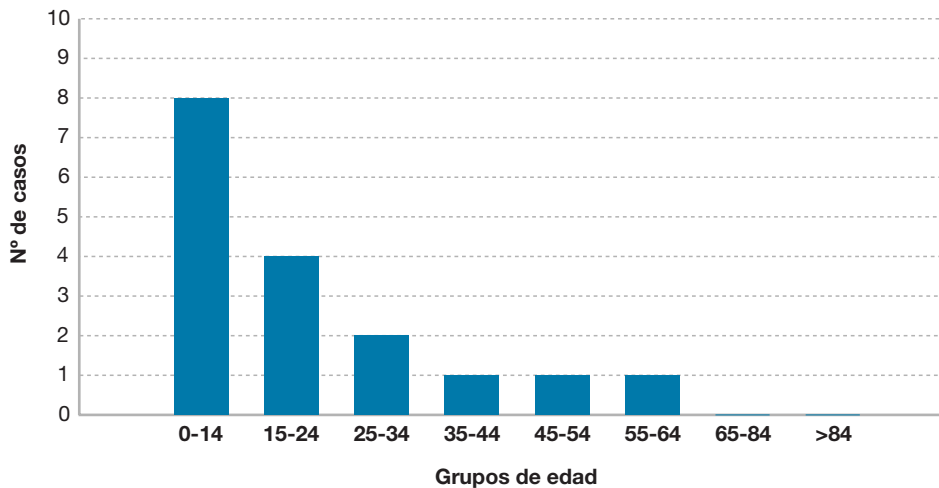


Gráfico 4.13.3.3.
Distribución de los casos de Fiebre tifoidea y paratifoidea por grupos de edad. Año 2001. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.14. Otras enfermedades transmisibles

4.14.1. Encefalopatías Espongiformes transmisibles en humanos

Las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (ETH) son enfermedades neurodegenerativas letales que afectan a los seres humanos y a otros mamíferos. La frecuencia de aparición de esta patología es muy baja.

En el año 1995 se inicia en España la vigilancia de las ETH, al amparo de una Acción Concertada que se venía desarrollando en otros países europeos desde 1993, creándose el Registro Nacional.

La Comunidad de Madrid, al igual que el resto de comunidades, comienza la recogida de casos en enero de 1995, incluyendo la búsqueda retrospectiva los casos a partir de 1993.

Desde el año 1993 hasta el 2001 se han notificado 60 casos de ETH, de los cuales 58 han sido diagnosticados como Enfermedad de Creutzfeld-Jakob (ECJ) y dos como Insomnio Familiar Fatal (IFF), no se ha detectado ningún caso de Variante de la

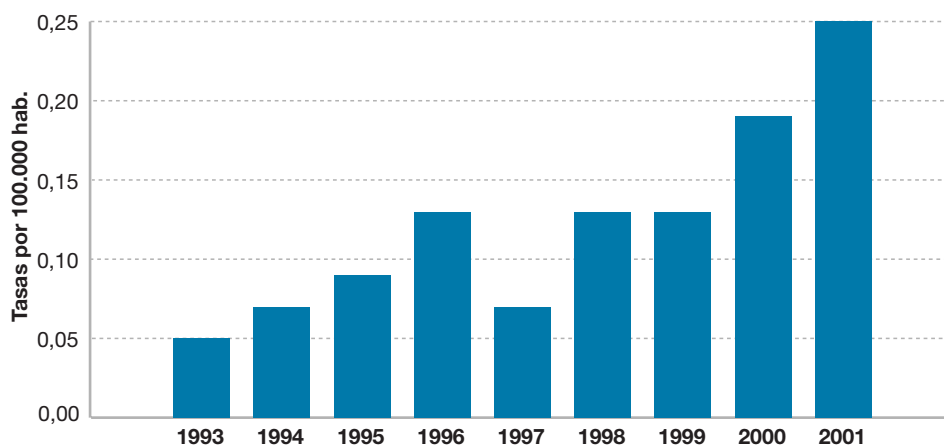


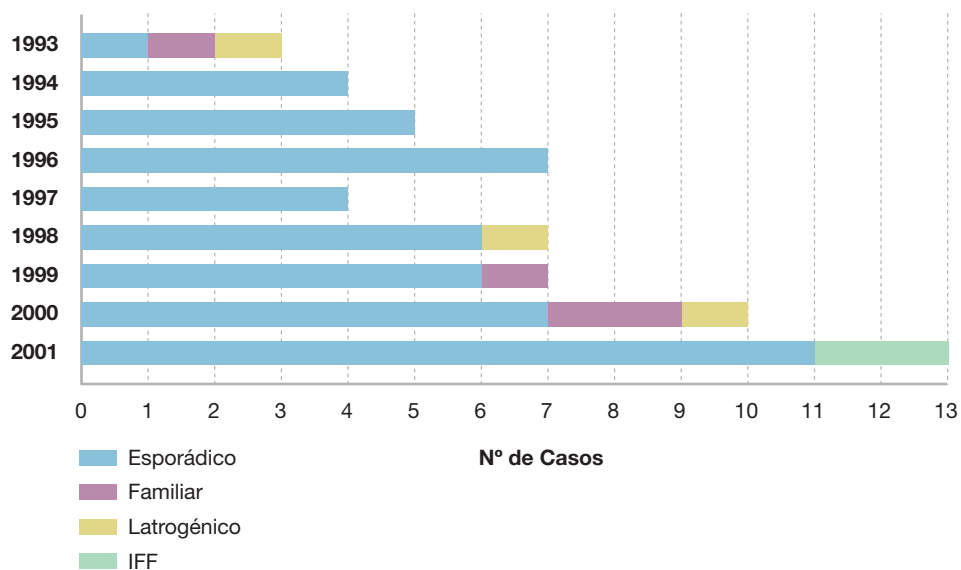
Gráfico 4.14.1.1. Tasa de incidencia de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Comunidad de Madrid 1993-2001.

Fuente: Registro de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Enfermedad. La incidencia de las ETH ha ido aumentando de manera paulatina desde el inicio de la vigilancia, en el año 1993. Este incremento está motivado, en nuestro medio, por la mejora en la notificación y no por un aumento real de la incidencia. (Gráfico 4.14.1.1.).

Gráfico 4.14.1.2.
Distribución de los casos de las ETH y Subtipos de ECJ por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 1993-2001.

Fuente: Registro de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

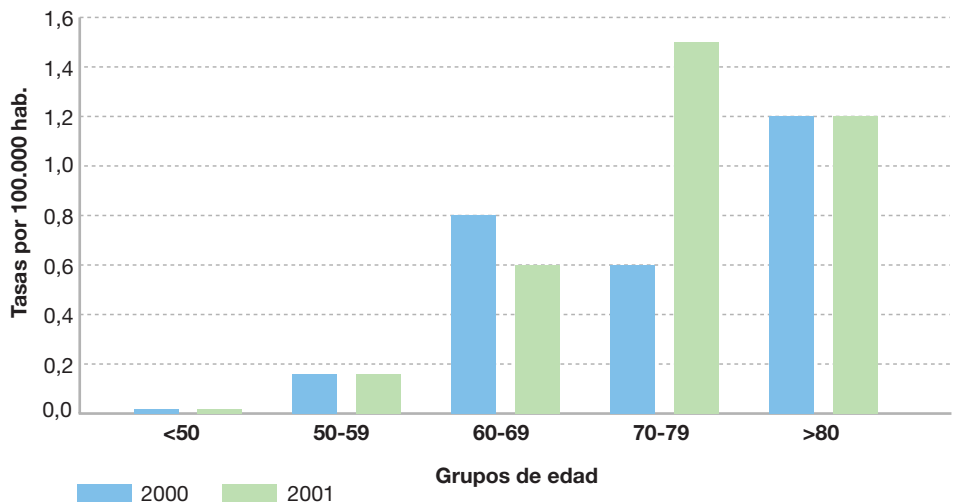


El 86,7% de todos los diagnósticos de ECJ se han clasificado como casos esporádicos, siendo el 6,7% de origen familiar y el 5% iatrogénico (Gráfico 4.14.1.2.).

En relación a la distribución por género se observa un predominio ligero del femenino, siendo el 55% de los enfermos mujeres. En cuanto a la distribución por edad se detectan las tasas más elevadas a partir de los 70 años (Gráfico 4.14.1.3.). No se han producido casos en menores de 50 años.

Gráfico 4.14.1.3. Tasas de incidencia específicas por edad de la Enfermedad de Creutzfeld-Jakob (ECJ) en la Comunidad de Madrid, año 2000 y 2001.

Fuente: Registro de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Las ETH, son procesos poco frecuentes con desenlace fatal que afectan, básicamente, a población por encima de los 65 años. El incremento de la población anciana en nuestra comunidad se acompañará de un aumento en el número de casos de este grupo de enfermedades.

Especial interés tiene en nuestra medio el no haber detectado casos de la Variante de la Enfermedad (ligada al consumo de carne de vaca infectada por priones) y el contar con un porcentaje bajo de ECJ debida a causas iatrogénicas. El mantenimiento de un control exhaustivo de la cabaña de ganado bovino, con objeto de detectar de manera precoz la reses enfermas por el denominado “mal de las vacas locas” y la exclusión de la cadena alimentaria de las mismas, junto con unas prácticas correctas de manipulación y eliminación de los materiales de riesgo o infectados por enfermos de ETH, son las piezas básicas en el control de este grupo de enfermedades.

4.14.2. Lepra

Durante el año 2001 se ha notificado 1 caso de lepra correspondiente a una mujer de 69 años residente en el área 8. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,02, cifra inferior a la del nivel nacional con una razón de tasas de 0,66 (referencia: nivel nacional).

Las tasas de incidencia y de prevalencia actuales son muy bajas en España y también en la Comunidad de Madrid, pero sigue siendo un importante problema de salud pública en países como India o Brasil. Dos de los cinco casos nuevos residentes en la Comunidad de Madrid (notificados desde 1998) eran de nacionalidad extranjera (Brasil, Ecuador).

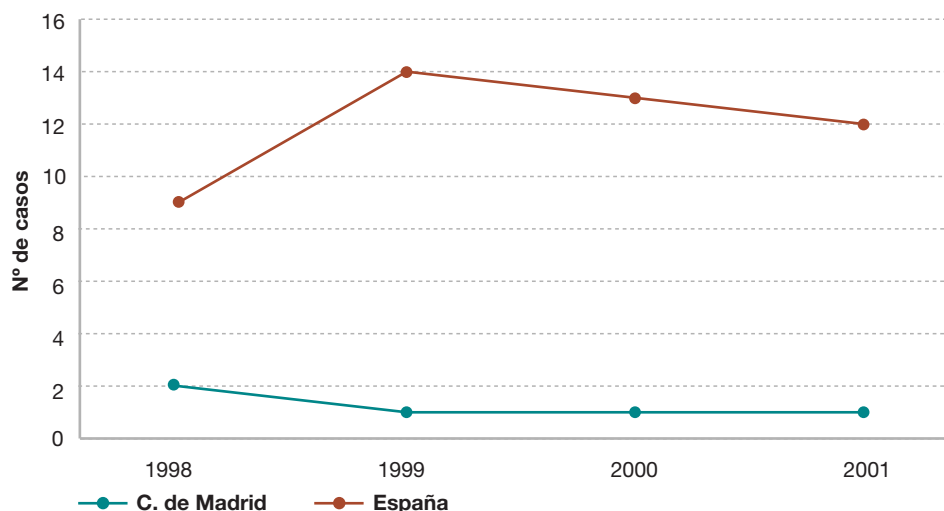


Gráfico 4.14.2.1. Número de casos incidentes de lepra. Comunidad de Madrid y España. Años 1998-2002.

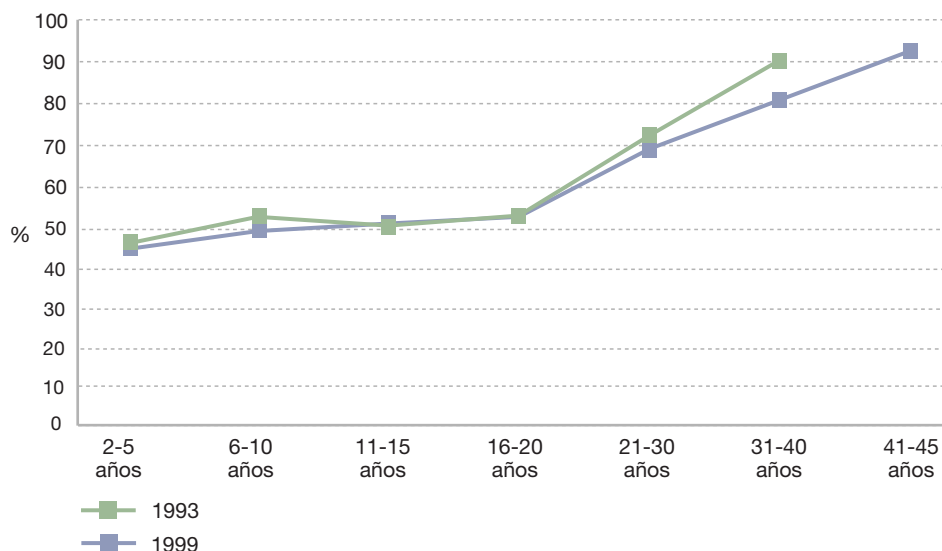
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.14.3. Citomegalovirus

Los resultados de la Encuesta de Serovigilancia de 1999 muestran una prevalencia de anticuerpos frente a citomegalovirus del 45,3% en el grupo de 2-5 años, que se mantiene estable en los dos siguientes grupos de edad. A partir de los 21 años⁸ se observa un ascenso en la prevalencia con la edad, alcanzando el 92,6% en el grupo de 41-45 años. El mayor incremento se observa en el grupo de mujeres de 21-30 años con respecto al de 16-20 años. La prevalencia en las mujeres en edad fértil (16-45 años) es de 74,3%. En relación con la Encuesta de 1993 no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambas encuestas, si bien la prevalencia es inferior en casi todos los grupos de edad.

Gráfico 4.14.3.1. Prevalencia de anticuerpos frente a citomegalovirus.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1993 y 1999.



La infección congénita está más relacionada con la infección primaria que con la reinfección o la recurrencia. El 25,7% de las mujeres en edad fértil podrían adquirir la infección primaria durante el embarazo y producir infección congénita sintomática en sus hijos si se exponen al virus. El ligero descenso observado en la prevalencia en relación con la encuesta anterior puede estar reflejando una menor exposición al virus en las generaciones más jóvenes por la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias.

4.15. Brotes epidémicos

4.15.1. Introducción y metodología

Existen algunas enfermedades o situaciones que por sus características suponen un riesgo para la salud de la población, y en las que es necesario intervenir con rapidez para evitar la difusión del problema al resto de la población. Estas enfermedades o situaciones son sometidas a una vigilancia especial: los brotes o las situaciones epidémicas son de notificación obligatoria y urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Este tipo de vigilancia se basa en la importancia de la detección precoz del problema, que permita una investigación exhaustiva de las características de

⁸ A partir de esta edad los datos únicamente se refieren a mujeres por ser el grupo de mayor interés.

la población afectada y de los factores implicados en su aparición, todo ello está encaminado a determinar cuáles son las medidas más adecuadas para evitar su propagación y organizar y coordinar la aplicación de las mismas. Además, el estudio de estas situaciones aporta información para la elaboración, ejecución y evaluación de otros programas de salud, como son los programas de enfermedades prevenibles mediante vacunación, de prevención y control de riesgos en establecimientos alimentarios, de prevención y control de antropozoonosis y de prevención y control de riesgos ambientales.

Los resultados que a continuación se presentan proceden del análisis de los datos del Registro de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid. Se han clasificado en dos apartados: brotes de origen alimentario y brotes de origen no alimentario. En relación con la evolución temporal y, en función de la disponibilidad de los datos, se presenta la evolución de los brotes de origen alimentario en los últimos 10 años y de los de origen no alimentario en los últimos 5 años.

4.15.2. Brotes de origen alimentario

En el año 2001 se notificaron 143 brotes de origen alimentario y 3 de origen hídrico, que afectaron a 3.250 personas (63,2 casos por 100.000 habitantes) y ocasionaron 141 ingresos hospitalarios (4,3% de los casos).

El consumo del alimento se produjo más frecuentemente en bares, restaurantes y similares (39,7%), seguido del domicilio particular (31,5%) (Gráfico 4.15.2.1.). Aunque el consumo del alimento tuvo lugar en colegios y guarderías en el 17,1% de los brotes, el mayor número de casos se observó en estos colectivos (60,4%). Los casos que requirieron ingreso hospitalario con mayor frecuencia fueron los asociados al consumo en el domicilio (23,2%), seguido de los asociados a consumo en bares, restaurantes y similares (6,3%).

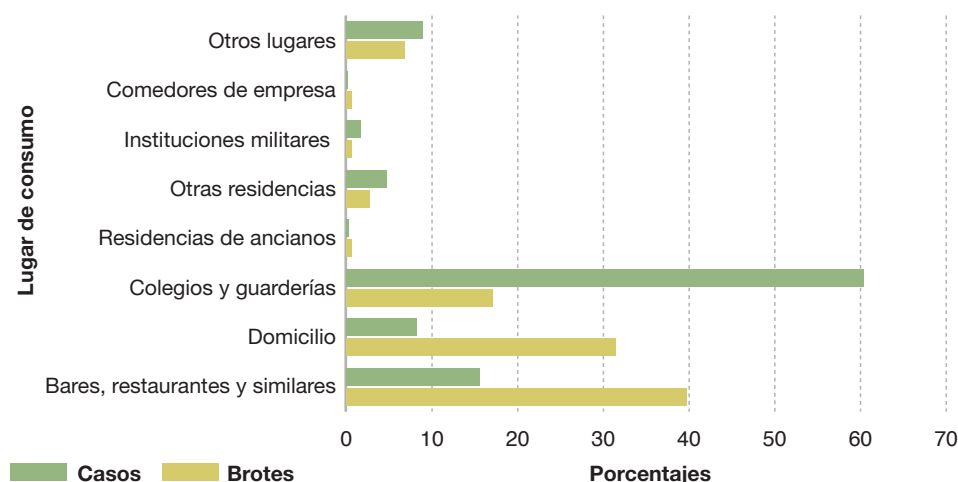


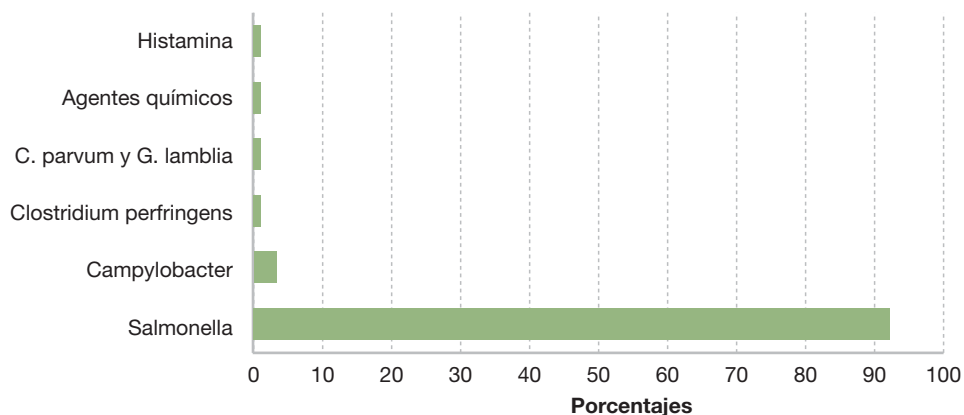
Gráfico 4.15.2.1.
Distribución de brotes de origen alimentario y casos asociados a los mismos, según el lugar de consumo. Comunidad de Madrid. 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En el 61,5% de los brotes se llegó a conocer el agente causal que en el 92,2% fue Salmonella (Gráfico 7.15.2.2.). El 7,6% de los casos asociados a brotes producidos por esta bacteria requirió ingreso hospitalario.

Gráfico 4.15.2.2. Brotes de origen alimentario. Distribución porcentual de los agentes causales confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2001.

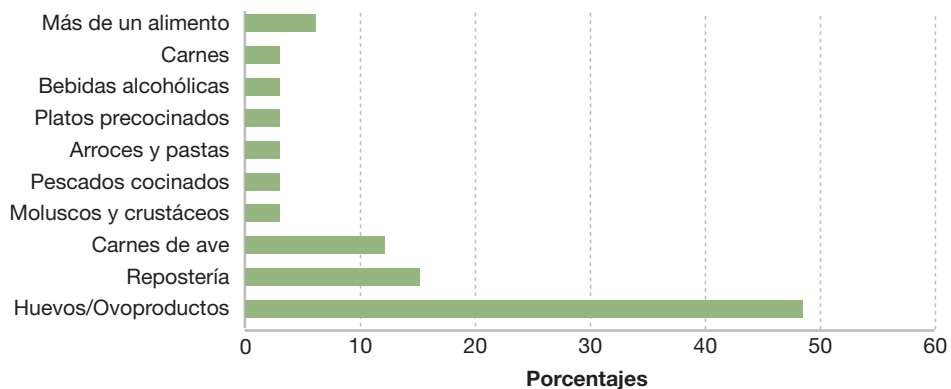
Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



El alimento implicado se confirmó por aislamiento y/o epidemiológicamente en el 22,6% de los brotes. Los alimentos más frecuentemente implicados fueron los elaborados con huevo u ovoproductos (Gráfico 4.15.2.3.).

Gráfico 4.15.2.3. Brotes de origen alimentario. Distribución porcentual de los alimentos implicados. Comunidad de Madrid. Año 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Se conocen los factores contribuyentes en el 58,2% de los brotes. Los factores más habituales son las prácticas incorrectas de manipulación y la conservación a temperatura ambiente en los brotes colectivos o mixtos y la utilización de ingredientes contaminados y la conservación a temperatura ambiente en los brotes familiares (Gráfico 4.15.2.4.).

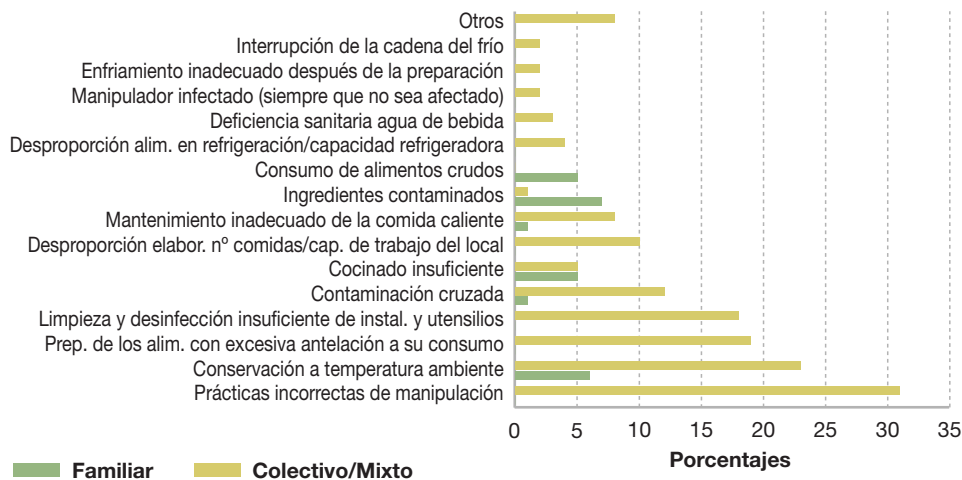


Gráfico 4.15.2.4. Brotes de origen alimentario. Factores contribuyentes. Comunidad de Madrid. Año 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Los meses en los que se notificaron un mayor número de brotes fueron junio y septiembre (Gráfico 4.15.2.5.).

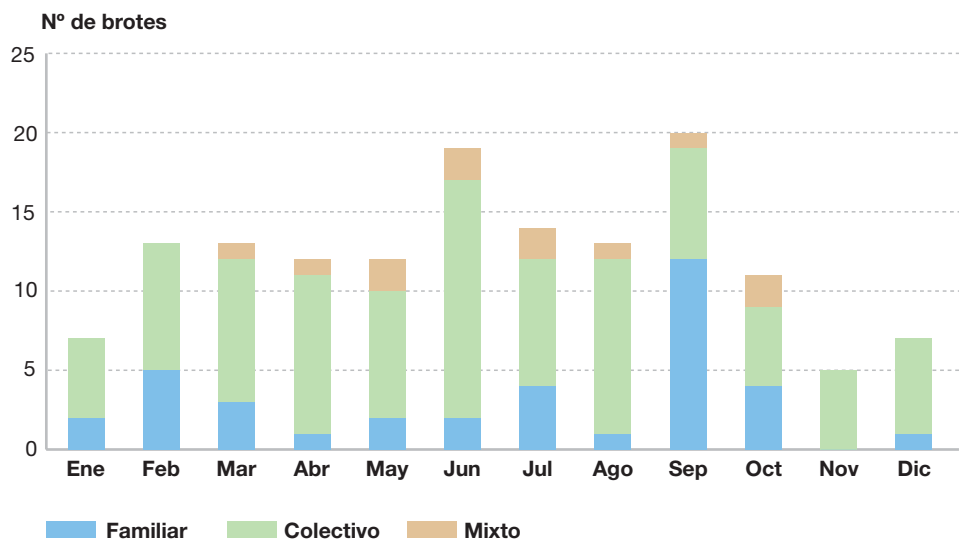


Gráfico 4.15.2.5. Brotes de origen alimentario. Distribución temporal. Comunidad de Madrid. Año 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Las áreas de salud más afectadas fueron la 6, la 7 y la 2. El mayor número de brotes familiares se presentó en el área 2 (10 brotes) y el mayor número de brotes colectivos o mixtos en las áreas 6 (19 brotes), 7 (18 brotes) y 5 (15 brotes). La mayor incidencia de casos asociados a brotes de origen alimentario se observa en el área 6. Esta alta tasa se debe al elevado número de brotes en centros escolares que se produjeron ese año en el área 6 (13 brotes y 1309 casos asociados).

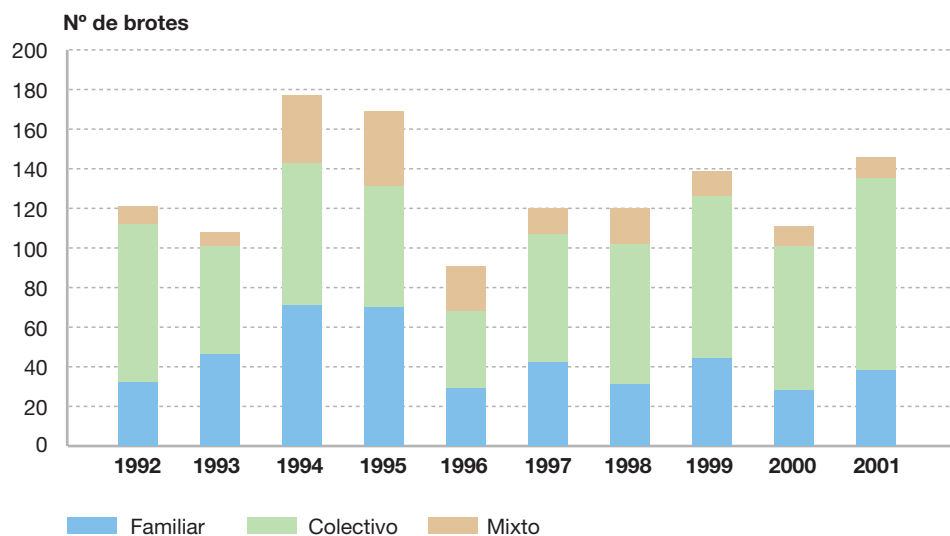
En el año 2001 se observa un incremento en el número de brotes de origen alimentario notificados, tanto familiares como colectivos y mixtos, con respecto al año anterior.

El número de casos se ha duplicado. El número de brotes relacionados con centros escolares ha aumentado, tendencia que ya se observó el año 2000 en relación con 1999. La proporción de casos asociados a brotes en centros escolares ha sido del 60,4% (39,4% en 2000), si bien los factores que contribuyen más frecuentemente a la aparición de brotes en este ámbito son fácilmente evitables con medidas informativas y de educación sanitaria. Es recomendable priorizar las inspecciones de los centros escolares debido a la magnitud de los casos asociados a estos colectivos.

En el Gráfico 4.15.2.6. se muestra el número de brotes de origen alimentario notificados en los últimos 10 años. El mayor número de brotes se notificó en los años 1994 y 1995. Desde el año 1997, el número de brotes ha oscilado entre 120 y 146. Los brotes en los que está implicado algún colectivo son más frecuentes que los brotes familiares en todos los años.

Gráfico 4.15.2.6. Brotes de origen alimentario. Comunidad de Madrid. Años 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La incidencia anual media de casos asociados a brotes de origen alimentario es de 34,2 casos por 100.000 habitantes. La mayor parte de esta incidencia se debe a los casos asociados a brotes colectivos y mixtos, con una incidencia anual media de 30,6 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 4.15.2.7.). En los últimos años se observa una tendencia creciente, que también aparece si se analizan los datos de aislamiento de Salmonella en heces proporcionados por el Sistema de Información Microbiológica de nuestra Comunidad. Destaca el incremento producido en el año 2001 en relación con la incidencia de casos asociados a brotes colectivos.

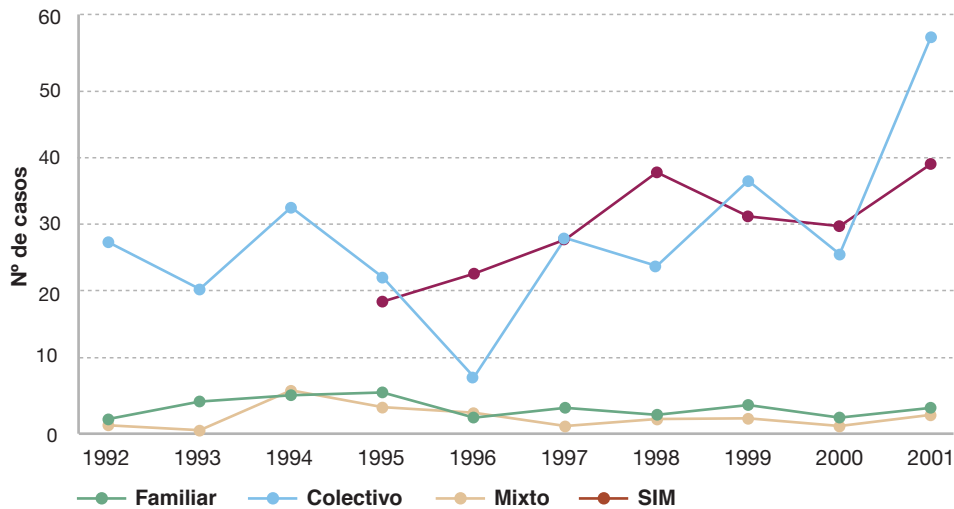


Gráfico 4.15.2.7. Incidencia de casos asociados a brotes de origen alimentario. Comunidad de Madrid. Años 1992-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Sistema de Información Microbiológica (SIM). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.15.3. Brotes de origen no alimentario

Los brotes de origen no alimentario incluyen una gran variedad de procesos. En el año 2001 se notificaron 124 brotes, que ocasionaron 1.496 casos y 17 ingresos hospitalarios. Los colectivos más frecuentemente implicados son los centros escolares (78,2% de los brotes), seguido del entorno familiar (10,5%). Los brotes más frecuentes fueron los de parotiditis (78 brotes), que originaron el 43,1% de los casos, seguidos de los de gastroenteritis aguda (13 brotes), responsables del 41,0% de los casos. Se notificaron 6 brotes de neumonía, que afectaron a 35 personas y motivaron 3 ingresos hospitalarios. (Gráfico 4.15.3.1.), uno de ellos fue de ámbito familiar, otro afectó a una comunidad de vecinos y los 4 restantes se produjeron en centros escolares. En 4 brotes se confirmó *Mycoplasma pneumoniae* mediante técnicas serológicas.

Tipo de brote y casos asociados

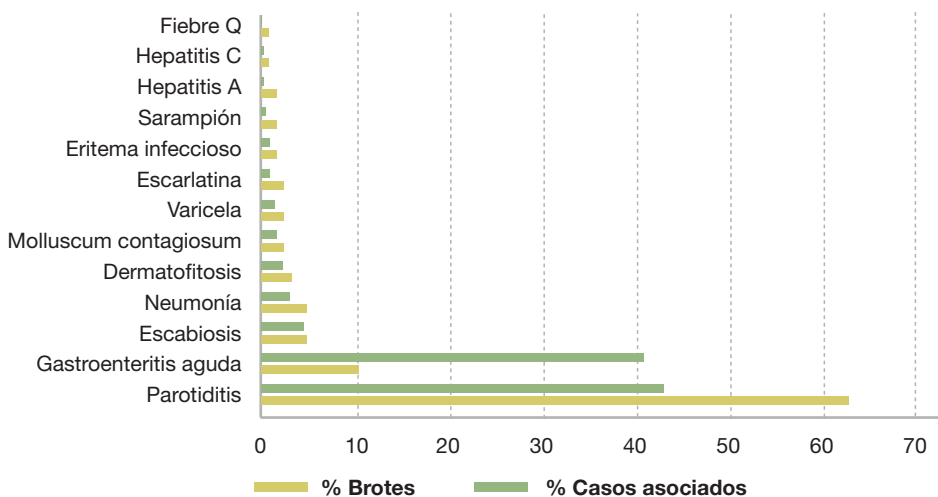


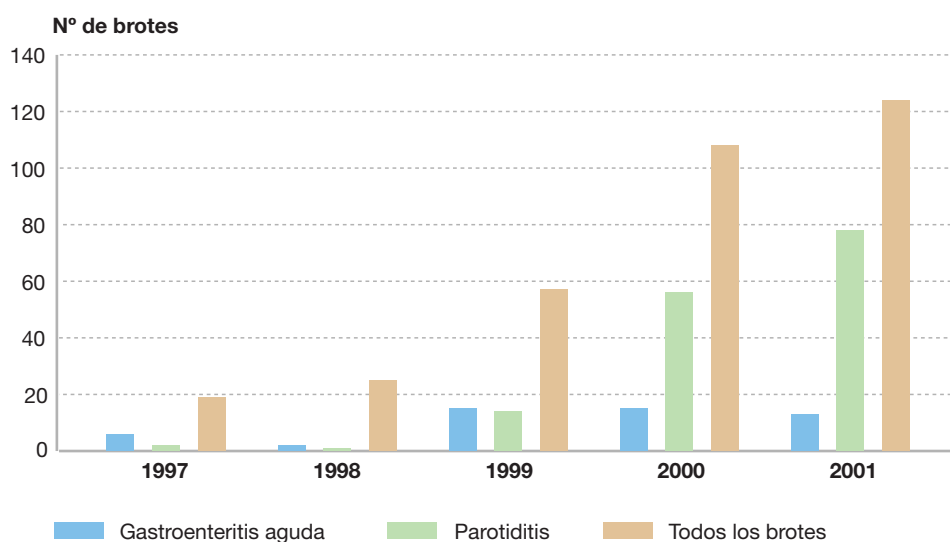
Gráfico 4.15.3.1. Distribución porcentual de brotes y de casos asociados a brotes de origen no alimentario. Comunidad de Madrid. Año 2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

En el año 2001 se ha notificado un importante número de brotes de parotiditis. El análisis de la incidencia de casos según la cepa de vacuna administrada muestra una incidencia 5 veces mayor en los vacunados con una dosis de la vacuna triple vírica que contiene el componente de parotiditis elaborado con la cepa Rubini en relación con los vacunados con una dosis de la vacuna que contiene la cepa Jeryl Lynn. La vacuna que contiene la cepa Rubini se administró en la Comunidad de Madrid desde noviembre de 1996 hasta abril de 1999. Actualmente se utiliza sólo la vacuna que contiene la cepa Jeryl Lynn, salvo contraindicación. El calendario vacunal de la Comunidad de Madrid adelantó la segunda dosis de triple vírica a los 4 años en noviembre de 1999, por lo que en la actualidad, todos los niños que fueron vacunados con una primera dosis de la vacuna que contiene la cepa Rubini ya han recibido una dosis de la vacuna que contiene la cepa Jeryl Lynn.

Gráfico 4.15.3.2. Brotes de origen no alimentario. Comunidad de Madrid. Años 1997-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



En el gráfico 4.15.3.2. se presenta el número de brotes de origen no alimentario notificados en los últimos 5 años, donde se puede observar un importante incremento a lo largo del tiempo. La incidencia anual media de casos asociados a estos brotes es de 25,0 casos por 100.000 habitantes en los últimos 3 años. Esta tendencia se debe principalmente al aumento del número brotes de parotiditis y de gastroenteritis aguda.

Los brotes de gastroenteritis aguda tuvieron lugar fundamentalmente en colegios y residencias de ancianos y originaron una proporción muy baja de ingresos hospitalarios. Los brotes de parotiditis se produjeron mayoritariamente en escuelas infantiles y centros de enseñanza primaria.

El número de brotes de gastroenteritis aguda notificados apenas ha variado desde 1999 (Gráfico 4.15.3.2.), pero la incidencia de casos se ha duplicado entre 2000 y 2001. (Gráfico 4.15.3.3.).

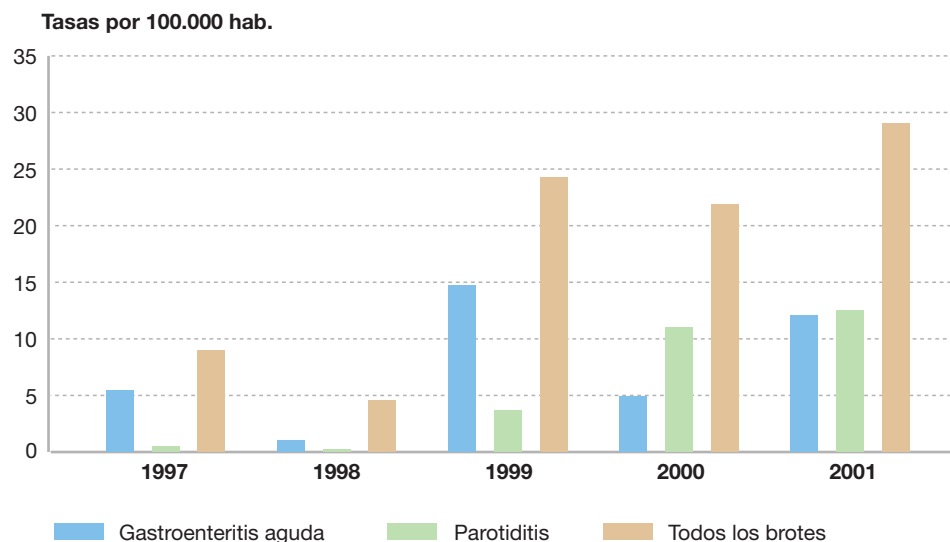


Gráfico 4.15.3.3. Incidencia de casos asociados a brotes de origen no alimentario. Comunidad de Madrid. Años 1997-2001.

Fuente: Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

4.15.4. Botulismo

En el año 2001 se notificaron 3 casos de botulismo residentes en la Comunidad de Madrid agrupados en dos brotes. En ambos brotes el alimento procedía de otra Comunidad Autónoma. Uno de los brotes afectó a dos casos residentes en Madrid, uno de los cuales falleció, y fue originado por el consumo de una conserva de judías case-ras en la que se detectó presencia de toxina botulínica. El otro brote se relacionó con el consumo de una conserva de atún y afectó a un caso residente en la Comunidad de Madrid y otro de otra Comunidad, que evolucionaron favorablemente. No se llegó a determinar la toxina en muestras clínicas ni de alimentos.

En los últimos 10 años se han notificado 8 brotes que afectaron a residentes en nuestra Comunidad, en 5 de los cuales se confirmó el agente causal. Estos 8 brotes originaron 14 casos: 5 casos en 1992, 3 en 1994, 2 en 1997, 1 en 1999 y 3 en 2001. Todos ellos tuvieron un origen alimentario. Tres de los brotes se asociaron con una conserva o pro-ducto envasado industrial, aunque no se pudo confirmar la toxina en el alimento en nin-guno de ellos. Los 3 brotes ocurridos desde 1999 se han relacionado con conservas case-ras, aunque sólo en uno se pudo confirmar la toxina en el alimento.

**Enfermedades
No transmisibles**

5

5.1. Enfermedades del aparato circulatorio

Las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de muerte y constituyen la primera causa de Ingreso Hospitalario en nuestra Comunidad. No sólo su relevancia socio sanitaria está claramente reconocida, sino también su asociación a un conjunto de factores de riesgo modificables cuya prevención requiere la adopción de modelos de vida saludables.

5.1.1. Mortalidad

De los 38.076 fallecidos en la Comunidad de Madrid en el año 1999, fallecieron por enfermedades del Aparato Circulatorio (EAC) un total de 11.774 personas, 5.195 varones y 6.579 mujeres. Esto supone una tasa bruta de 228,8 fallecidos por 100.000 habitantes (210,1 y 246,2 hombres y mujeres respectivamente). Diariamente fallecen por este grupo de causas, 32 personas, 14 hombres y 18 mujeres. Supone el primer grupo de causas para toda la población, y para las mujeres, (el 30,9% y 35,6% respectivamente), mientras que en los hombres suponen el 26,5% de las muertes, siendo superado este grupo por los tumores. A lo largo de las últimas décadas, este grupo de enfermedades ha ido perdiendo peso relativo dentro de las causas de muerte, ya que en 1975 suponía el 43,8% de todos los fallecimientos, mientras que en 1999 apenas supone el 30% (tabla 5.1.1.1.).

Tabla 5.1.1.1. Defunciones totales y mortalidad proporcional por enfermedades cardiovasculares, Año 1999.

Sexo	Todas las causas	Porcentaje %	EAC	Porcentaje %	ECV	Porcentaje %	CI	Porcentaje %
Total	38.076	100	11.774	30,9	2.939	7,7	3.834	10,1
Varones	19.601	100	5.195	26,5	1.178	6,0	2.119	10,8
Mujeres	18.475	100	6.579	35,6	1.761	9,5	1.715	9,3

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

Dentro de todas las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) y la cardiopatía isquémica (CI) son los dos subgrupos más importantes. Entre estos dos se ha producido una 'rivalidad' en los últimos años, siendo así que la cardiopatía isquémica supera en la actualidad a la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares para toda la población, 10,1% de los fallecimientos, y para los hombres, con el 10,8%.

Tabla 5.1.1.2. Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, año 1999. Tasas estandarizadas por edad según sexos y grupos de edad. Razón de masculinidad.

Edad	Sexo	Nº defunciones observadas	Tasa bruta	Tasa estandarizada por edad	Intervalo de confianza (95%)	R V/M
Todas	Varones	5.195	210,1	256,1	249,2 - 263,1	1,5
	Mujeres	6.579	246,2	172,8	168,6 - 176,9	
30-64 años	Varones	871	75,3	81,5	80,8 - 82,2	3,3
	Mujeres	292	23,5	25,0	24,7 - 25,4	
≥ 65 años	Varones	4.300	1.442,3	1.633,7	1.624,5 - 1.642,9	1,4
	Mujeres	6.274	1.394,2	1.201,2	1.195,7 - 1.206,7	

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

Tasas por 100.000 habitantes R V/M = Razón de masculinidad

Para todo el grupo de enfermedades del aparato circulatorio y para las enfermedades cerebrovasculares, el número de defunciones y la tasa bruta de mortalidad es superior en mujeres, mientras que el predominio es masculino en la mortalidad por cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón). Sin embargo la distribución por edad de las tasas específicas, indica un predominio masculino en prácticamente todas las edades, salvo en los mayores de 84 años. Como consecuencia, la razón de tasas estandarizadas por edad muestra un exceso de riesgo en varones, máximo entre los 30 y 64 años, con una razón de 3,3 para el conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio (tabla 5.1.1.2. y gráfico 5.1.1.1.).

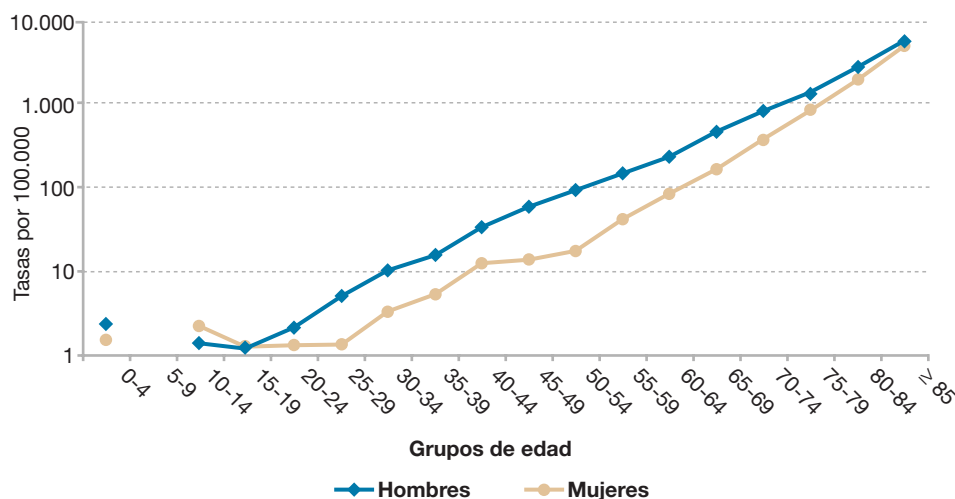


Gráfico 5.1.1.1. Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	Nº	%	T. BRUTA	Nº	%	T. BRUTA	Nº	%	T. BRUTA
Cardiopatía isquémica	3.834	32,6	74,5	2.119	40,8	85,7	1.715	26,1	64,2
Enferm. Cerebrovasculares	2.939	25,0	57,1	1.178	22,7	47,6	1.761	26,8	65,9
Insuficiencia cardíaca	1.866	15,8	36,3	600	11,5	24,3	1.266	19,2	47,4
Otras enferm. del corazón	1.682	14,3	32,7	722	13,9	29,2	960	14,6	35,9
Enfermedades hipertensivas	518	4,4	10,1	163	3,1	6,6	355	5,4	13,3
Otras enfer. de los vasos sanguíneos	452	3,8	8,8	275	5,3	11,1	177	2,7	6,6
Arteriosclerosis	268	2,3	5,2	96	1,8	3,9	172	2,6	6,4
Enf. cardíacas reumáticas crónicas	215	1,8	4,2	42	0,8	1,7	173	2,6	6,5
TOTAL	11.774	100,0	228,8	5.195	100,0	210,1	6.579	100,0	246,2

Tabla 5.1.1.3. Mortalidad Proporcional y Tasa Bruta de los Principales Grupos de Enfermedades del Aparato Circulatorio. 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

* Tasa bruta por 100.000 habitantes

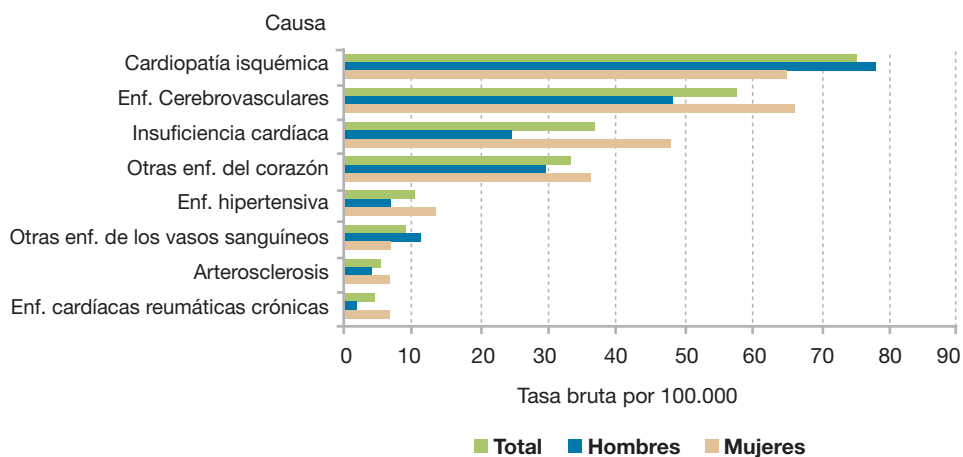
** % respecto al total de las enfermedades. cardiovasculares

Dentro del gran grupo de enfermedades del aparato circulatorio, merece destacar la debida a las enfermedades isquémicas y a las cerebrovasculares, si bien la mortalidad por insuficiencia cardíaca ocupa el tercer lugar en importancia. En conjunto, las muertes debidas a las cuatro primeras causas, suponen cerca del 90% de todos los fallecimientos ocurridos en nuestra Comunidad por enfermedades del aparato circulatorio (tabla 5.1.1.3. y gráfico 5.1.1.2.).

En el año 1999, en la Comunidad de Madrid se registraron un total de 2.939 fallecimientos por enfermedades cerebrovasculares, 1.178 en varones y 1.761 de mujeres, lo que supone una tasa bruta de 65,9 por 100.000 habitantes para el total, 47,6 en varones y de 65,9 en mujeres, y una media diaria de 3,2 y 4,7 respectivamente. La mortalidad por esta causa representa el 6% de la mortalidad por todas las causas en varones y el 9,5% en mujeres (tabla 5.1.1.1.).

Gráfico 5.1.1.2. Tasa bruta de los principales grupos de enfermedades del aparato circulatorio, según sexo, 1999.

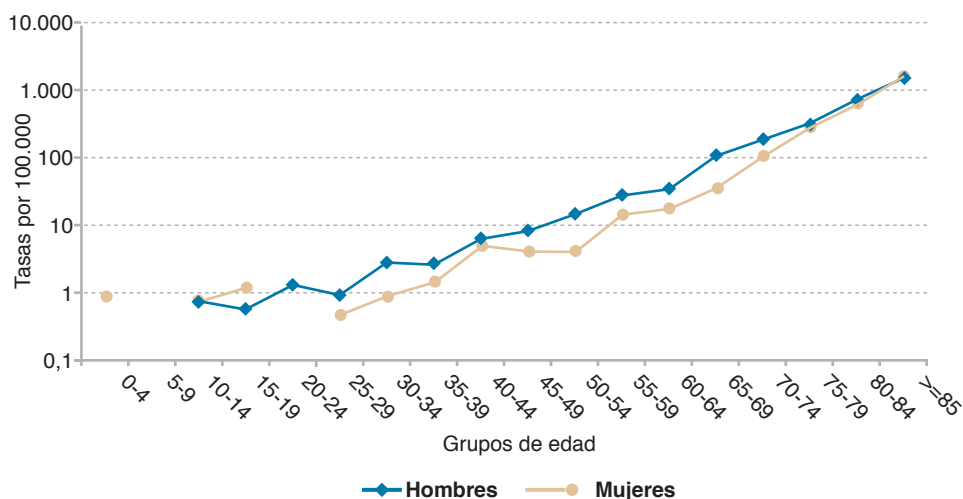
Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.



La distribución por edad y sexo muestra un ligero predominio de las tasas en varones hasta los 75 años, igualándose con la mortalidad femenina a partir de esta edad (gráfico 5.1.1.3.). Como consecuencia, la razón de masculinidad (cociente V/M de las tasas estandarizadas por edad), para el conjunto de la población es de 1,3.

Gráfico 5.1.1.3. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.



A lo largo de 1999, en la Comunidad de Madrid, fallecieron por cardiopatía isquémica 1.956 varones y 1.578 mujeres (tabla 5.1.1.1.), lo que supone una tasa bruta de 74,5

para el total, 85,7 por 100.000 varones y de 64,2 en mujeres y una media diaria de 5,5 y 4,3 defunciones respectivamente. La mortalidad por esta causa representa el 10,8% de la debida a todas las causas en varones y el 9,3% en mujeres.

La distribución por edad y sexo indica un claro predominio en varones en todas las edades, a diferencia de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, siendo máximo entre los 50 y 55 años (Gráfico 5.1.1.4.) Como consecuencia, la razón de masculinidad (cociente de tasas estandarizadas por edad), para el conjunto de la población es de 2,2.

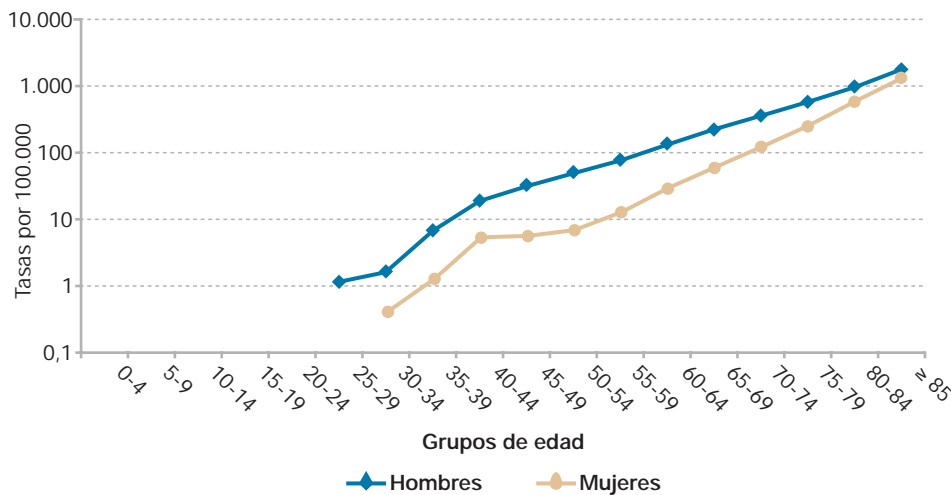


Gráfico 5.1.1.4. Mortalidad por cardiopatía isquémica. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Córdón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

La mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio muestra un descenso desde mediados de los años 70, que se ha observado tanto para las enfermedades cerebrovasculares como para la cardiopatía isquémica, y para ambos sexos. En los últimos 10 años, el descenso es de un 32% para el conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio en hombres y de un 35% para las mujeres, y del 36% y 40% para las cerebrovasculares, mientras que la cardiopatía isquémica se encuentra estabilizada (gráficos 5.1.1.5., 5.1.1.6. y 5.1.1.7.).

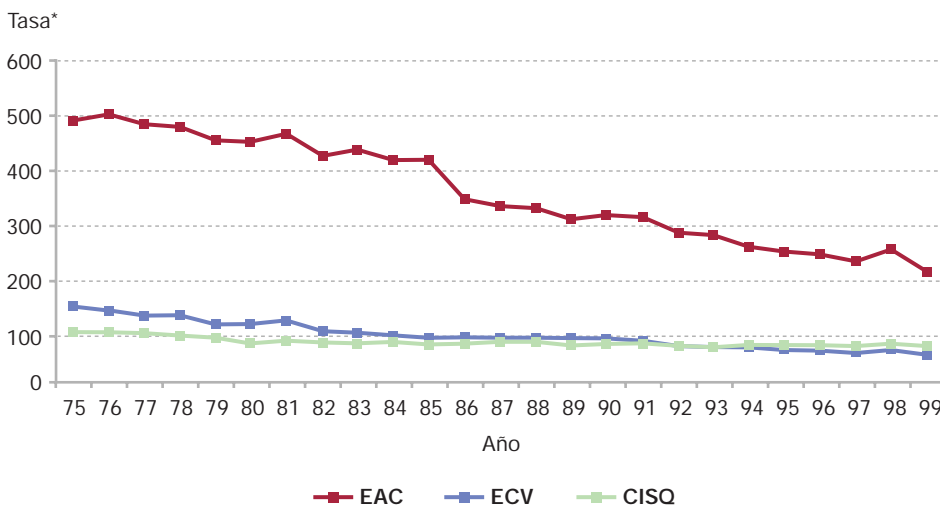


Gráfico 5.1.1.5. Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Comunidad de Madrid, 1975-1999, ambos sexos.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

* Tasa por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad

Gráfico 5.1.1.6. Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Comunidad de Madrid, 1975-1999, hombres.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

* Tasas por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad

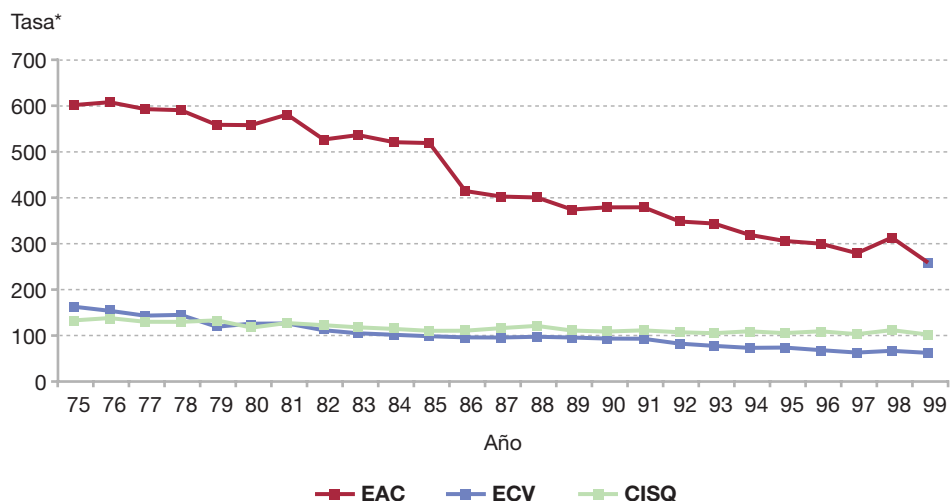
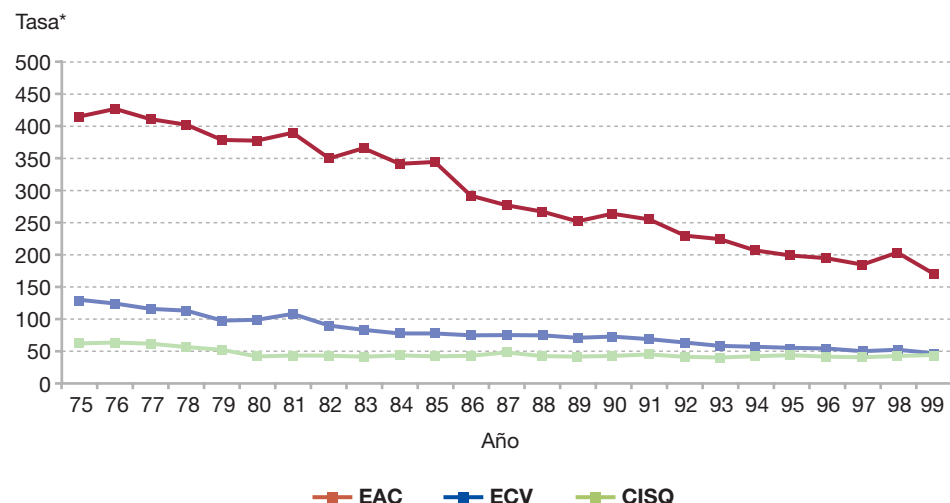


Gráfico 5.1.1.7. Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Comunidad de Madrid, 1975-1999, mujeres.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

* Tasas por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad



En la tabla 5.1.1.4. figuran las tasas estandarizadas por edad de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio y el índice de mortalidad comparativo para el total y por sexos. No se observan diferencias significativas entre áreas en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio.

5.1.2. Morbilidad

Los datos de los registros poblacionales de Isquemia coronaria aguda en España (Monica en Cataluña, Ibérica en Murcia) reflejan una incidencia en España muy inferior a la media del Monica en varones y mujeres, confirmando los datos de la mortalidad. Las tasas de incidencia del Ibérica, son de 228,5 y 55,5 casos por 100.000 varones/mujeres de 25 a 74 años. Madrid dentro del conjunto de España tiene las tasas de mortalidad más bajas por lo que probablemente nos encontramos en niveles algo más bajos de incidencia para ambos sexos.

Área	Nº de Def.	Tasa Estand.	Tasa Cruda	IC. Tasa Estand.		Índice de mortalidad comparativo
				LI_ESTD	LS_ESTD	
Total						
1ª	1.628	214,9	250,2	204,6	225,2	1,03
2ª	1.146	197,3	280,5	185,8	208,8	0,95
3ª	375	206,8	135,6	185,8	227,8	0,99
4ª	1.254	210,6	244,2	199,0	222,2	1,01
5ª	1.348	203,8	213,4	193,0	214,6	0,98
6ª	940	221,4	205,6	207,3	235,5	1,06
7ª	1.857	202,8	358,5	193,5	212,1	0,98
8ª	618	201,5	152,7	185,6	217,4	0,97
9ª	366	209,0	103,4	187,4	230,6	1,01
10ª	366	211,0	141,2	189,4	232,6	1,01
11ª	1.876	212,0	279,4	202,5	221,5	1,02
C. de M.	11.774	207,9	228,8	204,2	211,6	1,00
Hombres						
1ª	712	259,4	227,8	240,2	278,6	1,01
2ª	488	259,0	258,8	236,2	281,8	1,01
3ª	187	249,9	137,9	212,8	287,0	0,98
4ª	555	248,3	227,3	227,1	269,5	0,97
5ª	623	257,8	204,4	237,6	278,0	1,01
6ª	386	262,8	173,4	236,7	288,9	1,03
7ª	756	259,1	319,0	240,8	277,4	1,01
8ª	275	232,2	136,7	204,2	260,2	0,91
9ª	166	222,1	93,4	185,8	258,4	0,87
10ª	179	259,7	138,4	220,5	298,9	1,01
11ª	868	270,6	272,0	252,6	288,6	1,06
C. de M.	5.195	256,13	210,10	249,17	263,09	1,00
Mujeres						
1ª	916	180,7	271,0	169,1	192,3	1,05
2ª	658	157,7	299,2	145,3	170,1	0,91
3ª	188	174,3	133,4	149,4	199,2	1,01
4ª	699	181,6	259,6	168,3	194,9	1,05
5ª	725	164,5	221,8	152,5	176,5	0,95
6ª	554	190,3	236,2	174,2	206,4	1,10
7ª	1.101	167,1	391,9	156,9	177,3	0,97
8ª	343	176,1	168,6	157,3	194,9	1,02
9ª	200	189,1	113,4	163,1	215,1	1,09
10ª	187	174,1	144,0	149,2	199,0	1,01
11ª	1008	170,6	286,0	160,1	181,1	0,99
C. de M.	6.579	172,81	246,16	168,63	176,99	1,00

TABLA 5.1.1.4. Distribución por áreas sanitarias de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, y su comparación con la Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.
Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

Las enfermedades del A. Circulatorio constituyeron en el año 1999 la primera causa de Ingreso Hospitalario. Según los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, se produjeron 61.352 ingresos hospitalarios, lo que supone el 11,4% de todos los Ingresos. La tasa bruta fue de 1.334,4 ingresos por 100.000 varones y de 1.059,8 para las mujeres. El 23,7% de los ingresos son por Cardiopatía isquémica y el 16,2% por enfermedad cerebrovascular (Tabla 5.1.2.1.).

Tabla 5.1.2.1. Ingresos Hospitalarios por E. A. Circulatorio. Casos y Tasas brutas por 100.000 hab. por edad y sexo. 1999.

	0 a 29		30 a 44		45 a 64		65 y más		TOTAL	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Varones	1.430	140,4	3.319	559,0	10.226	1.817,4	18.021	6.044,6	32.996	1.334,4
Mujeres	811	82,7	2.209	353,5	5.934	956,6	19.402	4.311,4	28.356	1.059,8
Total	2.341	112,1	5.528	453,6	16.150	1.366,0	37.423	5.002,1	61.352	1.191,7

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

La tasa de ingresos por cardiopatía isquémica es de 284,6 por 100.000, 409,7 en varones y 169 en mujeres. En varones la tasa de ingresos es muy importante ya en el grupo de 30 a 64 años mientras que en las mujeres se dispara a partir de los 65, reflejando el patrón descrito en los registros de incidencia (Tabla 5.1.2.2.).

Tabla 5.1.2.2. Ingresos Hospitalarios por C. Isquémica. Casos y Tasas brutas por 100.000 hab. por edad y sexo. 1999.

Grupos de edad	Varones		Mujeres		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
0-14	8	2,1	14	3,8	22	2,9
15-29	61	9,6	28	4,6	89	7,1
30 a 44	726	122,3	145	23,2	871	71,5
45 a 64	4.108	730,1	1.036	167,0	5.144	434,8
65 y más	5.228	1.753,6	3.298	732,9	8.526	1.139,6
Total	10.131	409,7	4.521	169,0	14.652	284,6

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

En cuanto a la enfermedad Cerebrovascular se produjeron en 1999 9.968 ingresos con tasas brutas de 212,2 y 176,4 para varones y mujeres respectivamente. El 76% de los ingresos corresponden a personas mayores de 65 años. (Tabla 5.1.2.3.).

Tabla 5.1.2.3. Ingresos Hospitalarios por E. Cerebrovascular. Casos y Tasas brutas por 100.000 hab. por edad y sexo. 1999.

Grupos de edad	Varones		Mujeres		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
15 a 29	52	8,2	48	7,8	100	8,0
30 a 44	267	45,0	120	10,2	387	31,8
45 a 64	1.264	224,6	601	96,9	1.865	157,6
65 y más	3.613	1.211,9	3.935	874,4	7.546	1.008,9
Total	5.247	212,2	4.721	176,4	9.968	193,6

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

La morbilidad atendida en establecimientos hospitalarios por el conjunto de enfermedades del sistema circulatorio se ha incrementado desde finales de los años setenta, tanto en lo que se refiere a los varones como a las mujeres. A partir de principios de la década de los noventa este incremento se acentúa a la vez que se hace mas sostenido y constante. (Gráfico 5.1.2.1.).

Similar tendencia se observa para la morbilidad hospitalaria cuyo principal motivo de ingreso han sido las enfermedades cerebrovasculares (Gráfico, 5.1.2.2.), y también para la cardiopatía isquémica (Gráfico 5.1.2.3.).

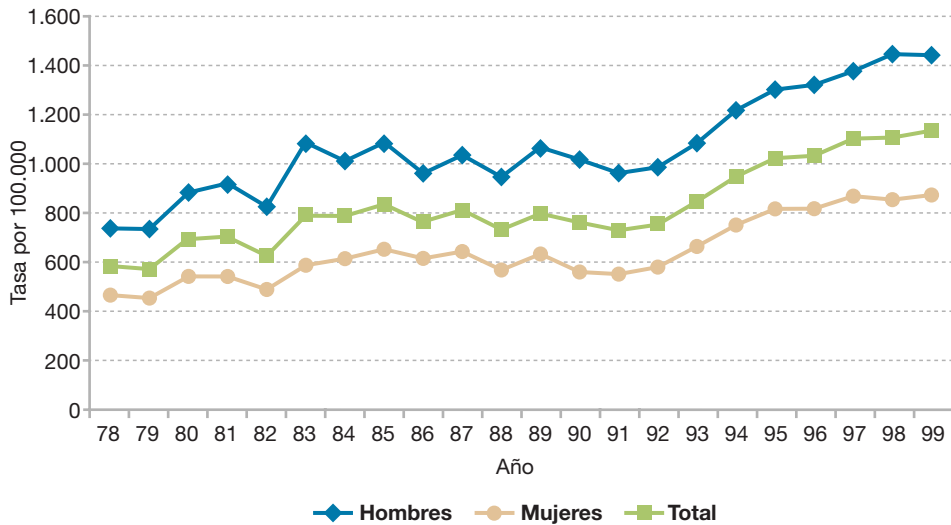


Gráfico 5.1.2.1. Morbilidad hospitalaria por Enfermedades del Aparato Circulatorio. Tendencias periodo 1978-1999. Tasas estandarizadas por edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

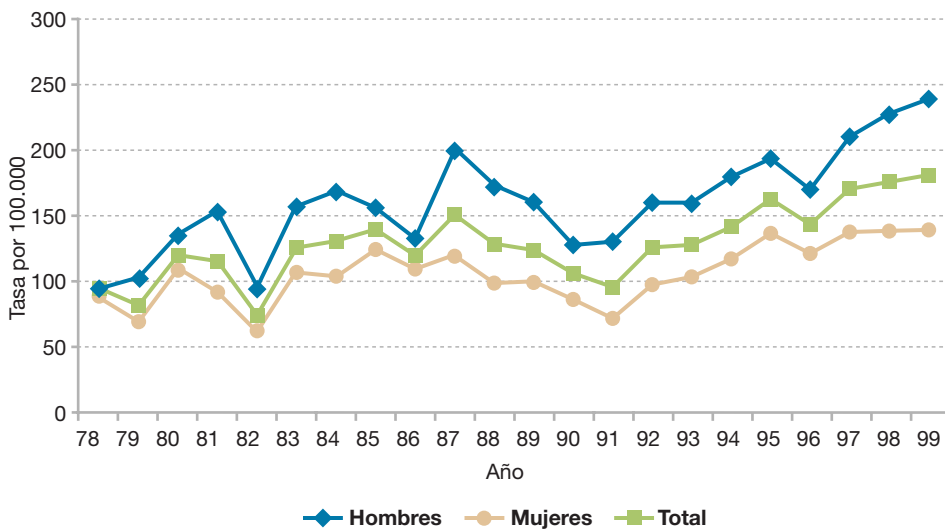


Gráfico 5.1.2.2. Morbilidad hospitalaria por Enfermedades Cerebrovasculares. Tendencias periodo 1978-1999. Tasas estandarizadas por edad. Madrid.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

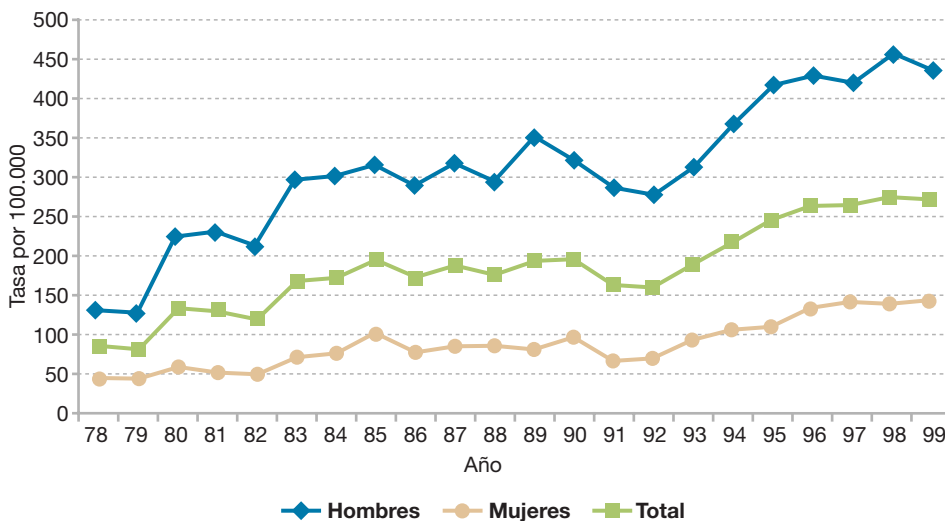


Gráfico 5.1.2.3. Morbilidad hospitalaria por Cardiopatía Isquémica. Tendencias periodo 1978-1999. Tasas estandarizadas por edad.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

5.1.3. Factores de riesgo

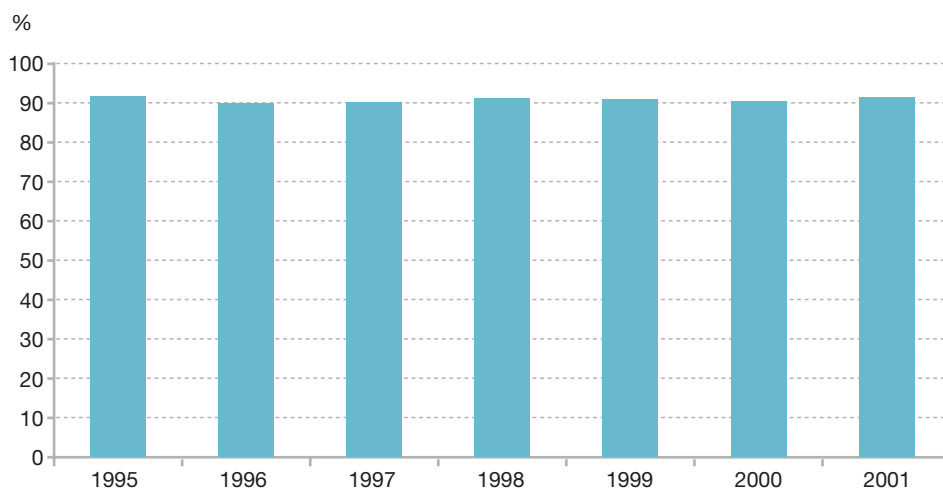
5.1.3.1. Tensión arterial

Los datos disponibles sobre tensión arterial para el conjunto de la población adulta de la Comunidad de Madrid provienen del SIVFRENT y se refieren a información autodeclarada por la persona entrevistada, es decir no son estimaciones de medición objetiva.

De acuerdo a las recomendaciones del PAPPs de Atención Primaria (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud) y del Consenso Nacional en España sobre la Hipertensión Arterial, el 87,8% de la población de 18 a 40 años se ha realizado alguna medición de la tensión, y el 91,7% de las personas de 40-64 años se la han medido hace menos de 2 años. (Gráfico 5.1.3.1.1.).

Gráfico 5.1.3.1.1. Proporción de personas mayores de 40 años que se han realizado medición de tensión arterial en los últimos 2 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



En el año 2001, el 15,1% de la población entrevistada afirmaba que un médico o enfermera le había comunicado en alguna ocasión que tenía la tensión arterial elevada. Esta frecuencia, aunque es similar en hombres y mujeres en el global de los datos, es muy distinta al analizar según edad ya que es más frecuente en los hombres hasta los 55 años, edad a partir de la cual se invierte a favor de las mujeres (Gráfico 5.1.3.1.2.). Aunque se considera que la información autodeclarada subestima respecto a la medición objetiva, comparando estos datos con mediciones objetivas realizadas en el conjunto nacional, las prevalencias por género y edad son muy similares.

La evolución del control de la tensión arterial refleja pocos cambios desde 1995, si bien se advierte un ligero incremento de la prevalencia debido, probablemente, a un mejor diagnóstico de la enfermedad (Gráfico 5.1.3.1.3.).

5.1.3.2. Colesterol

Al igual que en el apartado de tensión arterial, los datos disponibles sobre el colesterol para el conjunto de la población adulta de la Comunidad de Madrid provienen del SIVFRENT y se refieren a información autodeclarada por la persona entrevistada.

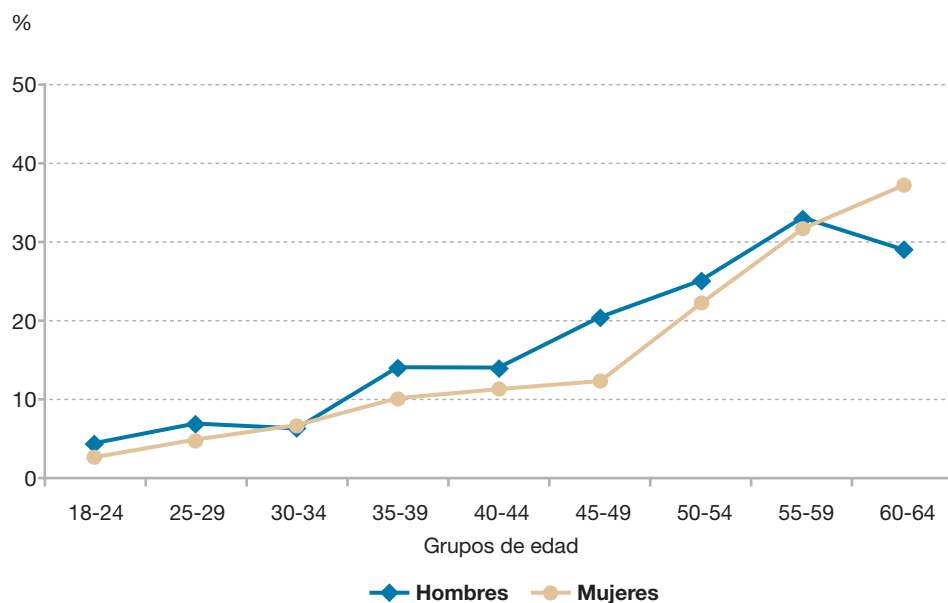


Gráfico 5.1.3.1.2. Tensión arterial elevada* según género y edad. Población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

Fuente: (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

* Autodeclarada

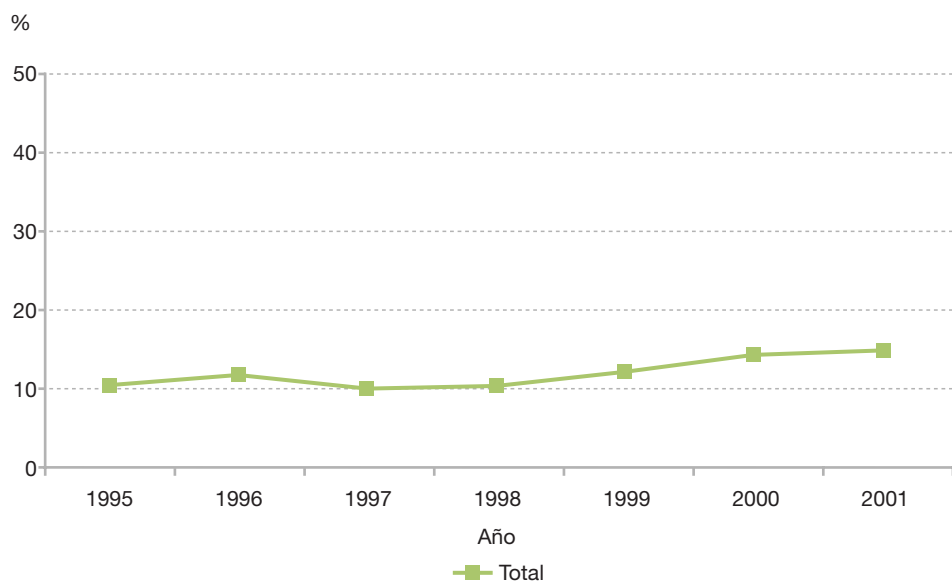


Gráfico 5.1.3.1.3. Evolución de la prevalencia de tensión arterial elevada*. Población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid 1995-2001.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

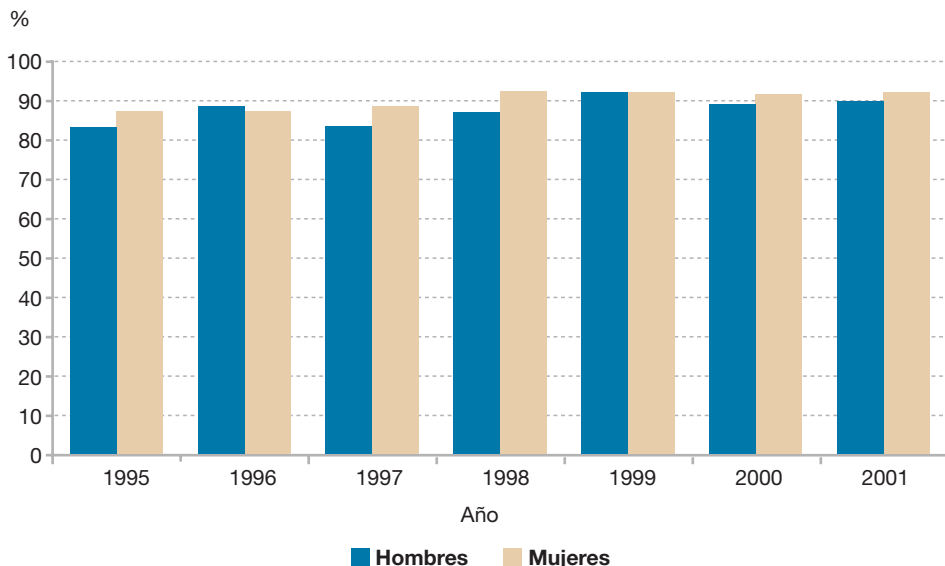
* Autodeclarada

De acuerdo a las recomendaciones del PAPPS de Atención Primaria (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud), el 88,9% de los hombres menores de 35 años y el 94,1% de las mujeres menores de 46 se han medido alguna vez en la vida el colesterol. Por otro lado, el 89,8% de los hombres mayores de 35 años y el 93,1% de las mujeres con edad superior a 46 años se ha realizado alguna medición del colesterol en los últimos 4 años.

Desde 1995 se observa un incremento moderado de la proporción de las personas que siguen las recomendaciones sanitarias de revisión del colesterol (Gráfico 5.1.3.2.1.).

Gráfico 5.1.3.2.1. Proporción de Mayores de 34 años que se han realizado medición del colesterol en los últimos 4 años.

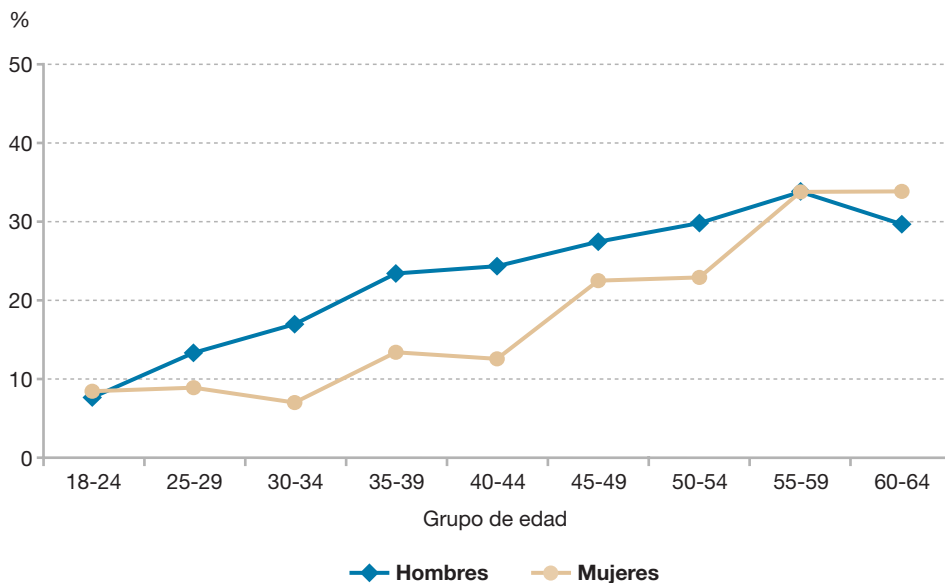
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



En el 2001, al 19,4% de los hombres y al 16,6% de las mujeres el médico o enfermera le había comunicado que tenía el colesterol elevado. Estas proporciones aumentan a medida que se incrementa la edad, siendo considerablemente superior la frecuencia en hombres hasta los 60 años, edad a partir de la cual las mujeres tienen una mayor prevalencia.

Gráfico 5.1.3.2.2. Evolución de la proporción de personas con colesterol elevado según género y edad. Población de 18 a 64 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



La evolución de la prevalencia de hipercolesterolemia no ha experimentado modificaciones sustanciales desde el año. 1995. (Gráfico 5.1.3.2.3.).

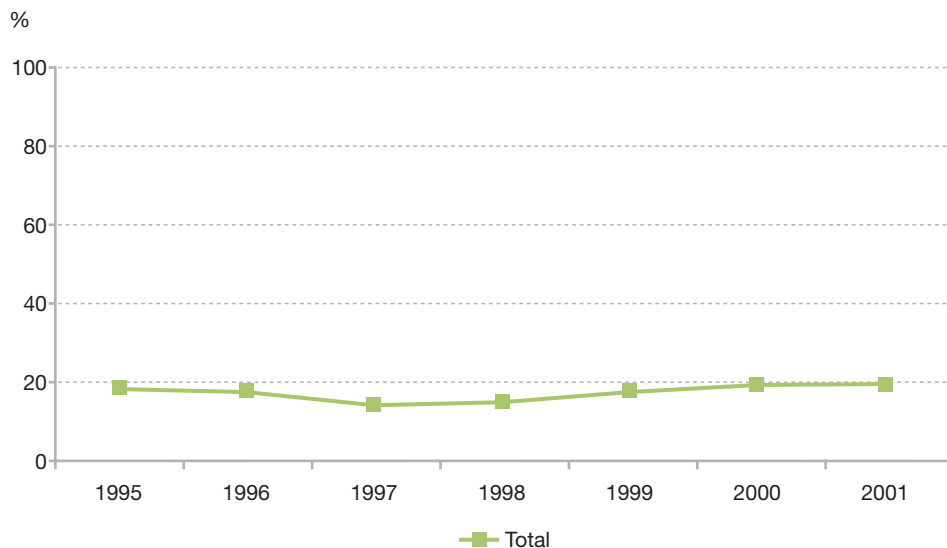


Gráfico 5.1.3.2.3. Evolución de la proporción de personas con colesterol elevado. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1996-2001.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

5.2. Tumores malignos

El cáncer es un grupo de enfermedades diversas que se caracterizan por el crecimiento incontrolado y la diseminación de células anormales a otras partes del organismo.

El cáncer continúa siendo un problema de salud prioritario en las sociedades occidentales y ya figura como tal en recientes estimaciones para países en desarrollo.

Los indicadores de mortalidad nos muestran que no sólo ocupa uno de los primeros lugares como causa de muerte, sino que su importancia relativa ha ido incrementándose en los últimos años.

En cuanto a la incidencia, los tumores malignos en conjunto se han estabilizado en los noventa después de un importante incremento en las décadas previas. A pesar de ello la tendencia es muy variable según localización y sexo.

En los varones los 4 tumores con mayor incidencia son los de pulmón, colon-recto, vejiga y próstata. En cuanto a su tendencia está estabilizado el de pulmón y aumentando el de colon y recto y el de próstata. Los que producen mayor mortalidad son el de pulmón, colon-recto y próstata.

En las mujeres los de mayor incidencia son mama colon y recto, útero y ovario. Están aumentando el de mama, colon y recto y pulmón y descendiendo el de estómago. Los que producen mayor mortalidad son el de mama, colon y recto, los mal definidos y el gástrico.

5.2.1. Mortalidad

En la Comunidad de Madrid para el año 1999 los tumores malignos, con 10.512 fallecimientos, ocupan la segunda posición en tasas brutas de mortalidad (204,3 por 100.000 habitantes),

En el año 1999, fallecieron por tumores malignos un total de 6.388 varones y 4.124 mujeres, lo que supone una media diaria de 17,5 y 11,3 respectivamente. Esta cifra

representa el 32,5% de la mortalidad por todas las causas en varones y el 22,3% en mujeres (Tabla 5.2.1.1.) y una tasa bruta de 258,3 y 154,3 respectivamente (Tabla 5.2.1.2.). En varones desde 1994 han superado la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, con lo que desde este año son la primera causa de muerte. Para las mujeres supone la segunda causa de mortalidad.

Tabla 5.2.1.1. Defunciones totales y mortalidad proporcional por tumores malignos. Año 1999.

Sexo	Todas las causas	Porcentaje %	Todos los tumores	Porcentaje %	Tumores malignos	Porcentaje %
Total	38.076	100	10.930	28,7	10.512	27,6
Varones	19.601	100	6.609	33,7	6.388	32,5
Mujeres	18.475	100	4.321	23,4	4.124	22,3

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

La sobremortalidad masculina comienza a manifestarse a partir de los 45 años, incrementándose con la edad, y suponiendo una razón de masculinidad (cociente de tasas estandarizadas por edad), de 2,5 en el grupo de mayores de 64 años (Tabla 5.2.1.2. y Gráficos 5.2.1.1. y 5.2.1.2.).

Tabla 5.2.1.2. Mortalidad por tumores malignos, año 1999. Tasas estandarizadas por edad según sexo y grupos de edad. Razón de masculinidad.

Edad	Sexo	Nº defunciones	Tasa bruta	Tasa estandarizada por edad	Intervalo de confianza (95%)	R V/M
Todas	Varones	6.388	258,3	292,7	285,5-299,9	2,3
	Mujeres	4.124	154,3	126,6	122,7-130,5	
30-64 años	Varones	1.828	158,1	172,2	171,2-173,2	1,9
	Mujeres	1.099	88,5	92,3	91,2-93,1	
> 65 años	Varones	4.509	1.512,4	1.600	1.598,2-1.610,8	2,5
	Mujeres	2.989	664,2	629,1	623,5-634,7	

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

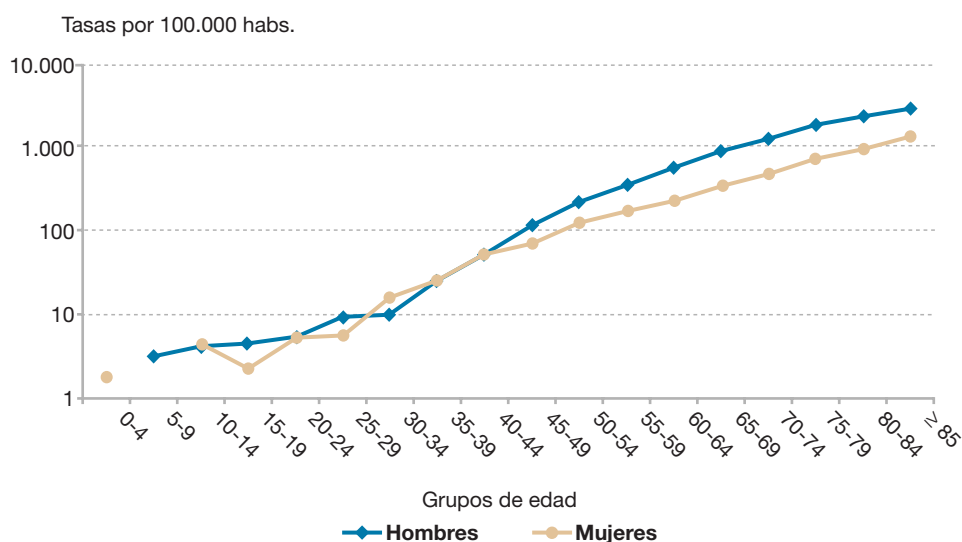
Tasas por 100.000 habitantes; R V/M = Razón de masculinidad

Gráfico 5.2.1.1. Mortalidad por tumores malignos. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid. 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

* Escala Logarítmica



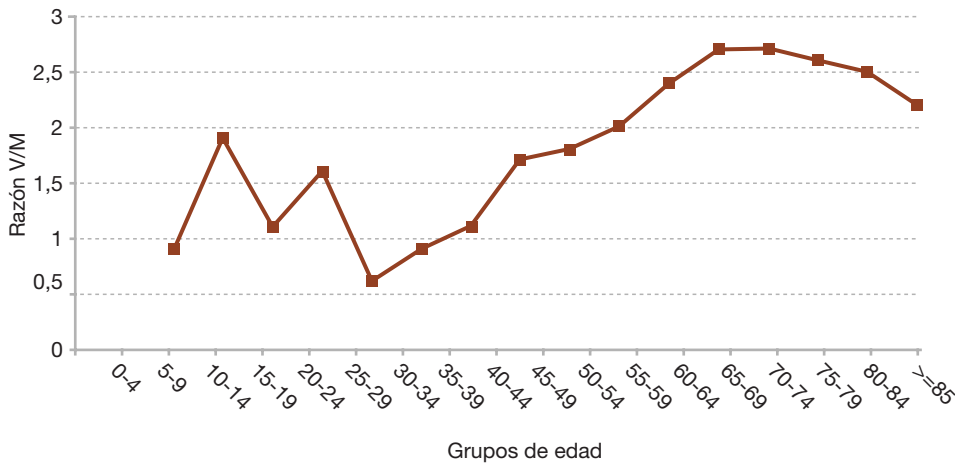
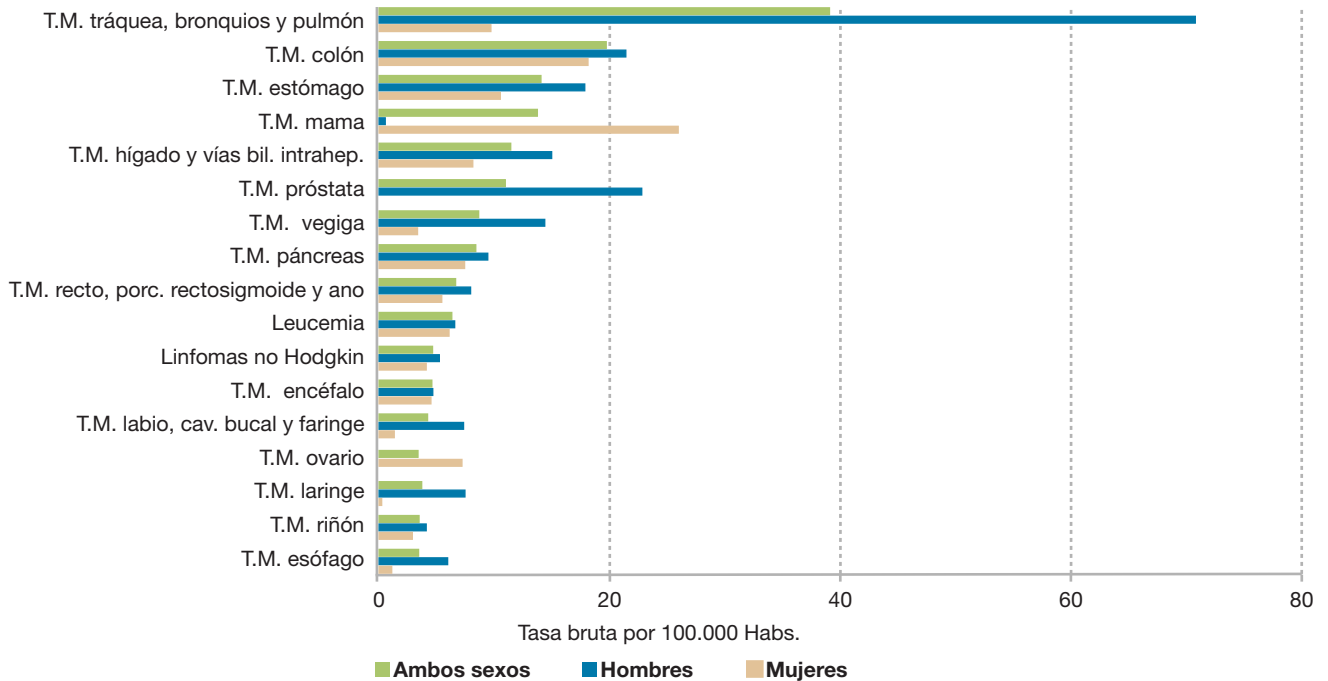


Gráfico 5.2.1.2. Mortalidad por tumores malignos. Razón de masculinidad por grupos de edad. Comunidad de Madrid. 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

La mortalidad según diferentes localizaciones muestra que el cáncer de pulmón sigue ocupando el primer puesto tanto en mortalidad proporcional con el 19,1% del total de defunciones por tumores malignos, como en tasas brutas con una tasa de 39,1 defunciones por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar y a gran distancia le sigue el cáncer de colon, abriendo paso al resto de tumores malignos, con una mortalidad proporcional del 9,6% y una tasa bruta de 19,7 por 100.000. (Gráfico 5.2.1.3.).

Gráfico 5.2.1.3. Tasa bruta de mortalidad de los principales tumores malignos. Año 1999.



En los varones, el cáncer de pulmón supone el 27,4% de la mortalidad por tumores malignos, suponiendo la primera causa y con una mortalidad proporcional 3 veces mayor al tumor que le sigue, el de próstata.

En las mujeres el cáncer de mama supone el 16,8% de la mortalidad por tumores malignos, seguido del de colon con un 11,7%.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

En cuanto a la evolución de la mortalidad por tumores malignos, la mortalidad proporcional por esta rúbrica ha pasado de un 17,6% en el año 1975 a un 27,6 en 1999.

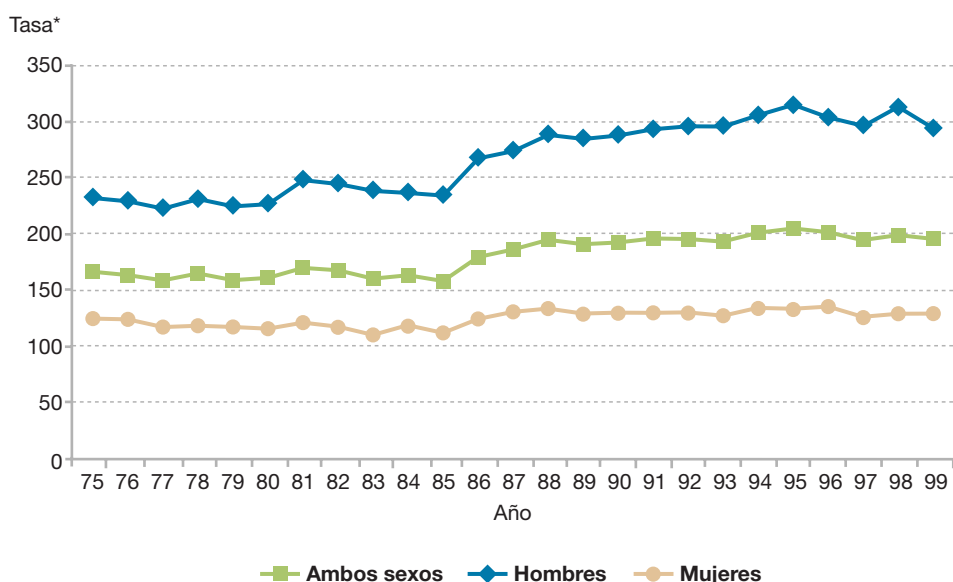
El descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y la estabilización del grupo de tumores malignos, ha hecho que ambas mortalidades se hayan ido acercando, e incluso superando la segunda a la primera, como ocurre en los hombres desde el año 1994.

En hombres, se observa un incremento desde los años 70, aunque las tasas están estabilizadas en la última década. (Gráfico 5.2.1.4.).

Gráfico 5.2.1.4. Mortalidad por tumores malignos. Comunidad de Madrid. 1975-1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

* Tasas por 100.000 habitantes. Estandarizadas por edad



En la tabla 5.2.1.3. se muestra la distribución según las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid. Las tasas estandarizadas por edad de la mortalidad por el grupo de tumores y el índice de mortalidad comparativo para el total y por sexos. No se observan diferencias significativas entre áreas en la mortalidad por tumores.

Área	Nº de defunciones	Tasa Estandariz.	Tasa cruda	Ic. tasa estandarizada		Índice de Mortalidad comparativo
				LI-ESTD	LS-ESTD	
Ambos sexos						
1ª	1.489	201,9	228,9	191,6	212,2	1,01
2ª	964	189,5	236,0	177,3	201,7	0,95
3ª	409	204,7	147,9	184,4	225,0	1,02
4ª	1.265	206,4	246,3	195,0	217,8	1,03
5ª	1.285	200,4	203,5	189,4	211,4	1,00
6ª	811	202,5	177,4	188,4	216,6	1,01
7ª	1.503	196,2	290,2	186,0	206,4	0,98
8ª	657	210,4	162,4	194,0	226,8	1,05
9ª	405	196,9	114,4	176,8	217,0	0,98
10ª	403	214,5	155,5	193,1	235,9	1,07
11ª	1.739	203,8	259,0	194,1	213,5	1,02
C. de M.	10.930	200,4	212,4	196,6	204,2	1,00
Hombres						
1ª	931	312,8	297,8	292,5	333,1	1,03
2ª	535	283,7	283,8	259,7	307,7	0,94
3ª	265	308,8	195,5	269,7	347,9	1,02
4ª	754	307,6	308,7	285,1	330,1	1,01
5ª	789	301,5	258,9	280,3	322,7	0,99
6ª	481	300,0	216,0	272,9	327,1	0,99
7ª	861	300,9	363,3	280,8	321,0	0,99
8ª	390	292,9	193,8	262,7	323,1	0,97
9ª	259	296,7	145,7	257,0	336,4	0,98
10ª	255	315,6	197,2	275,0	356,2	1,04
11ª	1.089	317,8	341,3	298,7	336,9	1,05
C. de M.	6.609	303,18	267,28	295,82	310,54	1,00
Mujeres						
1ª	558	127,9	165,1	117,1	138,7	0,97
2ª	429	133,8	195,1	120,5	147,1	1,01
3ª	144	128,8	102,2	107,3	150,3	0,97
4ª	511	139,6	189,8	127,4	151,8	1,06
5ª	496	131,3	151,8	119,6	143,0	0,99
6ª	330	136,8	140,7	121,7	151,9	1,04
7ª	642	133,7	228,5	122,6	144,8	1,01
8ª	267	146,9	131,3	128,8	165,0	1,11
9ª	146	125,4	82,8	104,4	146,4	0,95
10ª	148	138,5	114,0	115,7	161,3	1,05
11ª	650	128,4	184,4	118,2	138,6	0,97
C. de M.	4.321	132,15	161,68	128,15	136,15	1,00

Tabla 5.2.1.3. Distribución por áreas sanitarias de la mortalidad por tumores, y su comparación con la Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.
 Fernández Córdón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

5.2.2. Morbilidad

No contamos con datos de incidencia para la Comunidad de Madrid pero si asumimos las tasas estimadas para España por el IARC sobre la base de 5 registros españoles de incidencia cada año se diagnostican en nuestra Comunidad alrededor de 20.000 nuevos casos de Cáncer.

Tabla 5.2.2.1. Estimación de la Incidencia de tumores malignos: casos y tasas. España, 1997.

Fuente: International Agency for Research on Cancer (I.A.R.C.), 2001.

Localización	Varones			Mujeres		
	Casos	Tasa bruta	Tasa estandarizada	Casos	Tasa bruta	Tasa estandarizada
Cavidad oral y faringe	6.077	31,55	31,36	1.116	5,56	4,11
Esófago	1.662	8,64	8,42	219	1,09	0,75
Estómago	5.157	26,81	24,28	3.207	15,96	10,78
Colon/Recto	11.329	58,90	53,31	9.359	46,59	33,67
Hígado	2.508	13,04	11,84	1.314	6,54	4,41
Páncreas	1.845	9,59	8,83	1.546	7,70	5,15
Laringe	36.221	18,82	18,51	91	0,45	0,37
Pulmón	16.700	86,82	80,18	1.817	9,05	6,91
Melanoma de piel	1.582	8,22	7,89	1.312	6,53	5,56
Mama	-	-	-	15.906	79,18	69,98
Cervix uterino	-	-	-	1.665	8,29	7,72
Cuerpo del útero	-	-	-	3.609	17,97	15,04
Ovario	-	-	-	3.123	15,55	13,54
Próstata	10.421	54,18	46,28	-	-	-
Testículos	493	2,56	2,25	-	-	-
Vejiga	9.061	47,11	42,74	1.576	7,85	5,09
Riñón	2.709	14,08	13,36	1.236	6,15	4,85
Sistema nervioso y cerebro	1.604	8,34	8,16	1.167	5,81	5,07
Tiroides	345	1,79	1,73	1.272	6,33	5,97
Linfoma no Hodgkin	2.731	14,20	13,35	2.161	10,76	8,46
Enfermedad de Hodgkin	604	3,14	2,92	429	2,11	1,93
Mieloma múltiple	902	4,69	4,21	896	4,46	3,16
Leucemia	2.422	12,59	11,81	1.833	9,121	7,21
Todas las localizaciones menos la piel	89.133	463,38	426,72	61.236	304,84	242,05

* Tasa estandarizada por la población estándar Europea

Las tasas de incidencia varían por edad y sexo. La incidencia es mucho mayor en edades avanzadas. Según las estimaciones del IARC, la razón varon/mujer de las tasas de incidencia estandarizadas es de 1,76. Los tumores más frecuentes son en los varones el cáncer de pulmón, colorectal, vejiga y próstata y en las mujeres el cáncer de mama, colorectal, útero y ovario.

En cuanto a las tendencias de la incidencia, según los datos aportados por los registros españoles que en general coinciden en la dirección de la tendencia aunque difieren en la magnitud del incremento, se mantuvo una tendencia ascendente durante los 80 que se ha estabilizado en los 90 en los varones y sigue aumentando en mujeres.

En las mujeres ha aumentado la incidencia del cáncer de pulmón, mama y colorectal. En los varones aumentan el colorectal y próstata habiéndose iniciado ya una estabilización de las tasas de cáncer de pulmón.

El cáncer de estómago presenta un descenso tanto en varones como en mujeres.

		Tasa supervivencia a los 5 años
Niños. Todos los cánceres		75%
Pulmón		13%
Mama		70%
Colon		47%
Recto		43%
Estomago		21%
Útero		73%
Cervix		75%
Ovario		35%
Hígado		8%

Tabla 5.2.2.2. Tasa de Supervivencia a los 5 años de los tumores mas frecuentes.

Fuente: EUROCARE. 1998.

Las neoplasias son la quinta causa de morbilidad hospitalaria con 39.848 ingresos anuales que representan el 7,4% de los ingresos hospitalarios registrados en la Comunidad de Madrid en 1999 y una estancia media de 11,2 días.

	Varones		Mujeres		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
0-14	480	124,6	487	133,1	967	128,8
15-29	677	107,0	1.347	219,2	2.024	162,3
30 a 44	1.359	228,9	4.175	668,0	5.534	454,1
45 a 64	5.880	1.045,0	7.686	1.239,0	13.566	1.146,7
65 y mas	9.973	3.345,1	7.784	1.729,7	17.757	2.373,4
Total	18.369	742,9	21.479	802,8	39.848	774,0

Tabla 5.2.2.3. Ingresos hospitalarios por tumores malignos por edad sexo. Numero de ingresos y tasas brutas por 100.000 habitantes, en 1999.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística..

Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

	Grupos de edad	Varones		Mujeres		Total	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
T. M. Colon y Recto	15 a 29	12	3,1	2	0,5	14	1,9
	30 a 44	56	8,8	81	13,2	137	11,0
	45 a 64	410	69,1	414	66,2	824	67,6
	65 y más	1.108	196,9	1.096	176,7	2.204	186,3
	Total	1.586	532,0	1.594	354,2	3.180	425,0

Tabla 5.2.2.4. Ingresos hospitalarios por los tumores malignos más frecuentes por edad y sexo. Numero de ingresos y tasas brutas por 100.000 habitantes, en 1999.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.

Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

	Grupos de edad	Varones		Mujeres		Total	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
T. Maligno de Tráquea, Bronquios y Pulmón	15 a 29	6	0,9	3	0,5	9	0,7
	30 a 44	97	16,3	47	7,5	144	11,8
	45 a 64	957	170,1	144	23,2	1.101	93,1
	65 y más	1.524	511,2	154	34,2	1.678	224,3
	Total	2.585	104,5	348	13,0	2.933	57,0

	Grupos de edad	Varones		Mujeres		Total	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
T. M. Mama	15 a 29			59	9,6		
	30 a 44			681	109,0		
	45 a 64			1.886	304,0		
	65 y más			1.151	255,6		
	Total			3.777	141,2		

En los varones han aumentado los ingresos por tumores malignos de pulmón, colon y recto y en las mujeres mama, colon y recto y pulmón. El T.M. de estomago ha descendido en ambos sexos.

Gráfico 5.2.2.1. Morbilidad hospitalaria por Neoplasias. Tendencias periodo 1978-1999. Tasas estandarizadas por edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

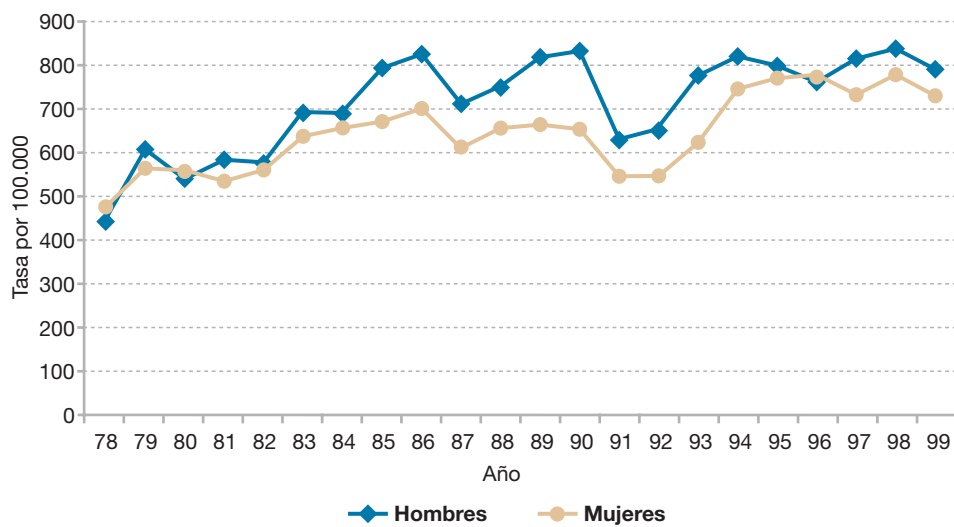
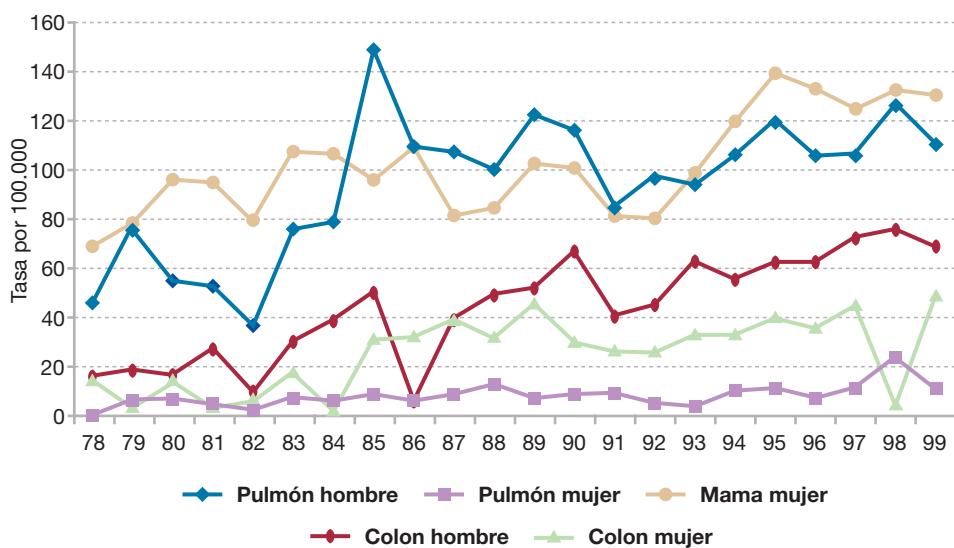


Gráfico 5.2.2.2. Morbilidad hospitalaria por tres tipos de Cánceres. Tendencias periodo 1978-1999. Tasas estandarizadas por edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



5.2.3. Factores de riesgo

El aumento que han sufrido los T.M. se debe tanto al envejecimiento de la población como a factores de riesgo del comportamiento, fundamentalmente el consumo de tabaco pero además al aumento del sedentarismo y alimentación inadecuada, y la exposición a nuevos riesgos ambientales y laborales de tipo físico, químico o biológico.

El tabaco es el principal factor de riesgo, en la Comunidad de Madrid se estima que el 24,4% de la mortalidad por cáncer es atribuible al tabaco, el 37,6% en varones y el 4% en las mujeres.

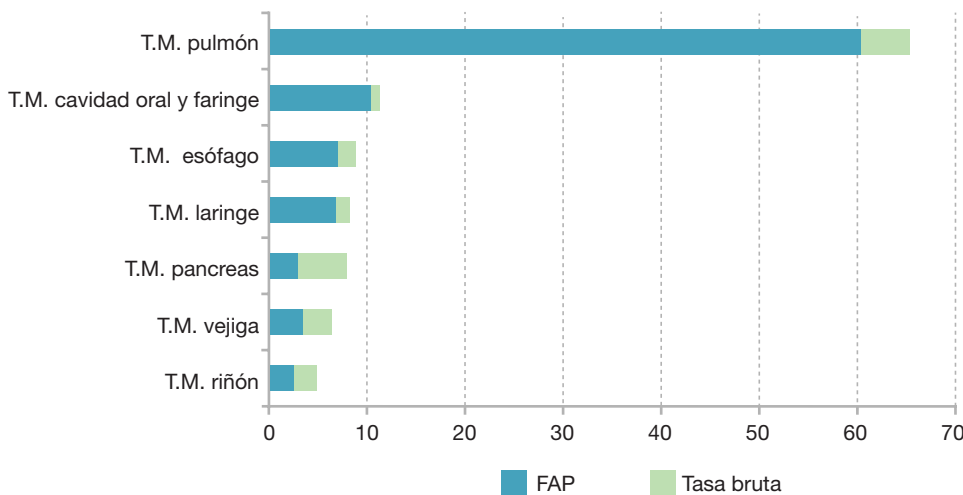


Gráfico 5.2.3.1. Tasa Bruta de Mortalidad y fracción atribuible al tabaco (FAP). Hombres. 35-64 años. Comunidad de Madrid. 1998.

Fuente: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enero 2001. Volumen 7. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

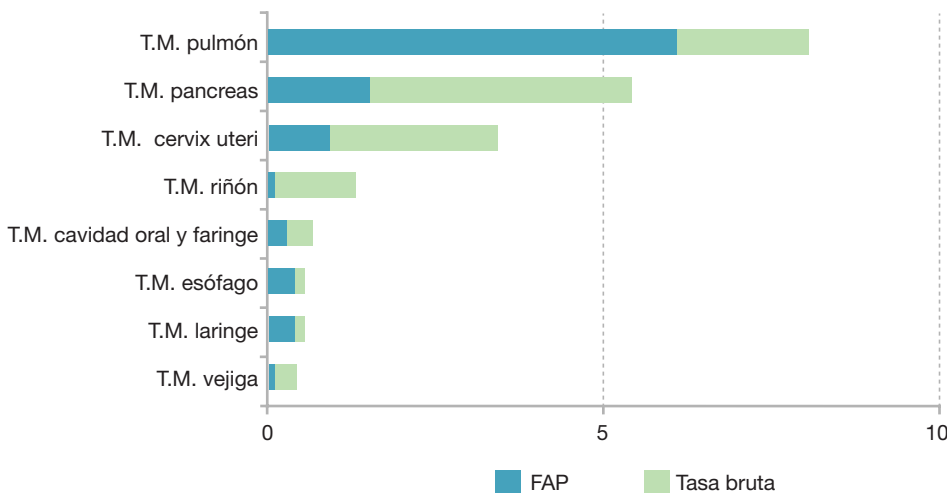


Gráfico 5.2.3.2. Tasa Bruta de Mortalidad y fracción atribuible al tabaco (FAP). Mujeres. 35-64 años. Comunidad de Madrid. 1998.

Fuente: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enero 2001. Volumen 7. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Según los datos del SIVFRENT, un 77,9% de las mujeres de 50 a 65 años se ha realizado mamografías en los dos últimos años. La realización de mamografías ha sufrido cambios importantes en los últimos años, a partir de la puesta en marcha en 1999 del programa de detección precoz del cáncer de mama en la Comunidad de Madrid, con un incremento del 55,3% (51,1 vs. 77,9) entre el promedio de los años 1995-1996 y 2000-2001.

En cuanto a la realización de citologías para la detección precoz de cáncer de cervix, en 2001 un 87,1% de las mujeres entre 35-65 años se ha realizado citologías en los últimos 5 años. Aunque el cambio es menor también se ha incrementado este porcentaje desde el 1996-1997 en un 10,1%. (78,9 vs. 87,1)

5.3 Accidentes y causas externas

Los accidentes o traumatismos (intencionados o no) constituyen uno de los principales problemas de salud tanto por su impacto en la mortalidad, en la que ocupan el quinto lugar como causa de muerte y el primero como causa de años potenciales de vida perdidos, como sobre la morbilidad e incapacidad que generan, fundamentalmente los accidentes de tráfico.

Su origen multicausal, y la diversidad del tipo de causas implicadas complican enormemente su estudio y el desarrollo de intervenciones que requieren un abordaje multidisciplinario e interinstitucional.

5.3.1. Causas externas

5.3.1.1. Mortalidad

Dentro de las Causas externas de muerte se engloban distintos tipos de causas. La clasificación Internacional de Enfermedades no contempla en este grupo de manera específica los accidentes domésticos y del ocio.

En el año 1999, en nuestra Comunidad fallecieron por causas externas un total de 1.341 personas, 890 varones y 451 mujeres, lo que supone una tasa bruta de 36 y 17 por 100.000 habitantes y una media diaria de 2,4 y 1,2 fallecidos, respectivamente. La mortalidad por causas externas supone el 4,5% de la mortalidad por todas las causas en varones y el 2,4 en mujeres, ocupando la quinta y décima posición en la mortalidad por grandes grupos de causas respectivamente

Los traumatismos por accidente de tráfico suponen el 32% de los fallecidos, por este grupo de causas.

En la distribución por edad observamos una curva bimodal, afectándose las edades medias de la vida y las más avanzadas. Los varones sufren una mayor mortalidad para todas las edades siendo máxima la sobremortalidad masculina en el grupo de 30-35 años, con una razón de tasas de 9. Para todas las edades la razón de masculinidad es de 2,6 (Gráfico 5.3.1.1.1.).

Como se puede ver en el Gráfico 5.3.1.1.2., en los varones las principales causas son los Accidentes de tráfico, suicidios y las caídas accidentales y en las mujeres los accidentes de tráfico, las caídas accidentales y los suicidios.

Tasas por 100.000 hab.

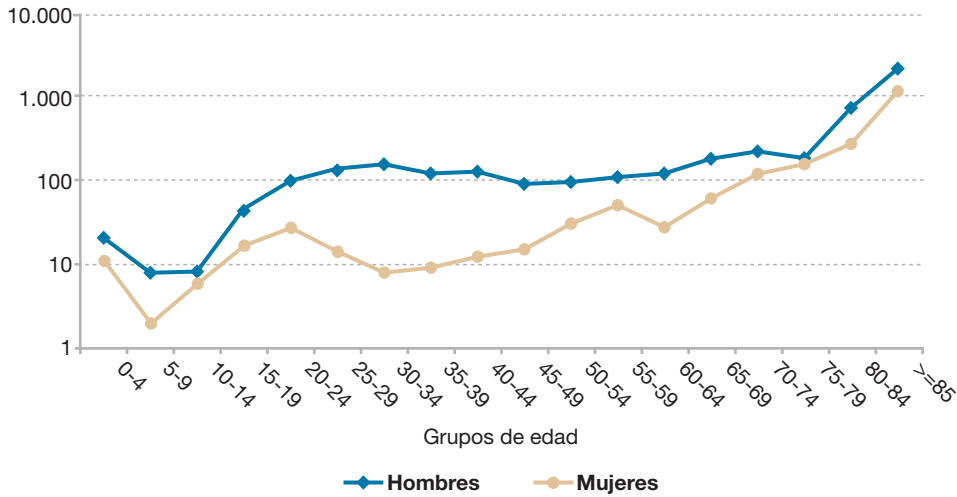


Gráfico 5.3.1.1.1. Mortalidad por causas externas. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

* Escala Logarítmica

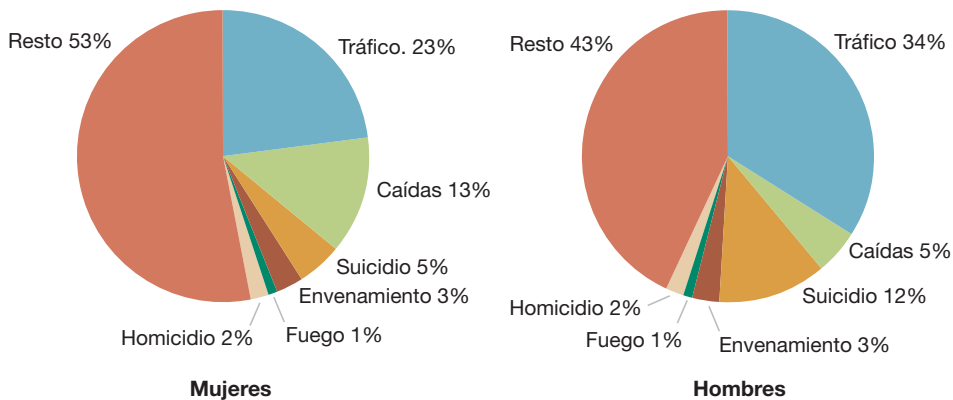


Gráfico 5.3.1.1.2. Distribución de las causas externas de mortalidad por sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

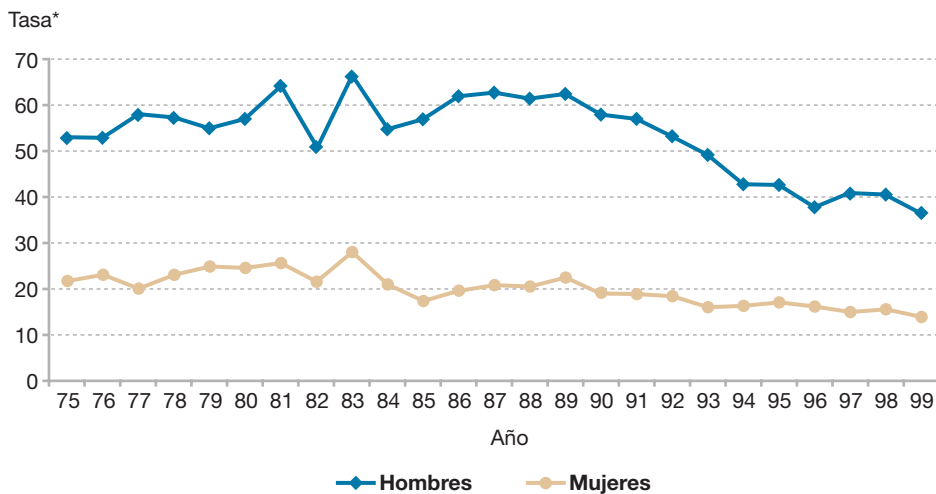


Gráfico 5.3.1.1.3. Mortalidad por causas externas, según sexo. Comunidad de Madrid, 1975-1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

* Tasas por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad.

Desde finales de los años 80 se aprecia un descenso en la mortalidad por causas externas en nuestra Comunidad (Gráfico 5.3.1.1.3.). En los últimos 10 años, el descenso es de un 37% en hombres y de un 27% para las mujeres.

En la tabla 5.3.1.1.1. se muestra la distribución según las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid de las tasas estandarizadas por edad de la mortalidad por el grupo de causas externas y el índice de mortalidad comparativo (comparación de la tasa de cada área y la de la Comunidad de Madrid) para el total y por sexos. No se observan diferencias significativas entre áreas en la mortalidad por causas externas.

Tabla 5.3.1.1.1. Distribución por Áreas Sanitarias de la Mortalidad por Causa Externa, y su comparación con la Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

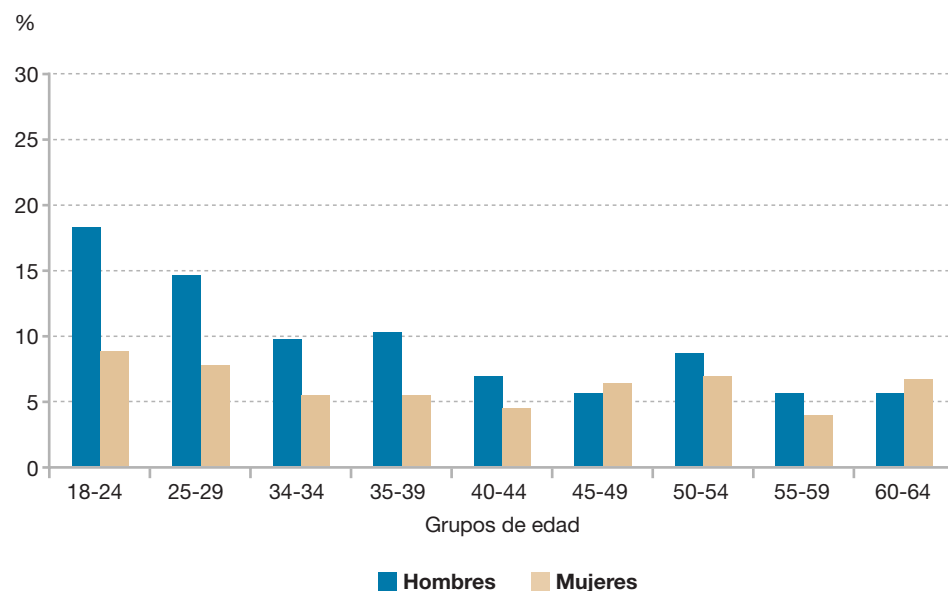
Área	Nº de defunciones			Tasa bruta			Tasa estandarizada			Índice de mortalidad comparativo		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T
1ª	113	59	172	36,1	17,5	26,4	37,1	13,3	24,3	1,02	0,94	0,93
2ª	63	38	101	33,4	17,3	24,7	32,2	12,7	21,6	0,88	0,90	0,83
3ª	50	10	60	36,9	7,1	21,7	41,8	7,4	22,9	1,15	0,52	0,88
4ª	78	54	132	31,9	20,1	25,7	31,4	16,0	23,6	0,86	1,13	0,90
5ª	115	49	164	37,7	15,0	26,0	37,9	12,8	24,6	1,04	0,90	0,94
6ª	81	27	108	36,4	11,5	23,6	38,5	10,7	23,8	1,06	0,76	0,91
7ª	105	58	163	44,3	20,6	31,5	38,7	14,7	25,3	1,06	1,04	0,97
8ª	74	31	105	36,8	15,2	25,9	42,6	15,3	27,1	1,17	1,08	1,04
9ª	54	24	78	30,4	13,6	22,0	31,2	16,8	24,7	0,86	1,19	0,95
10ª	39	17	56	30,2	13,1	21,6	37,5	13,3	24,3	1,03	0,94	0,93
11ª	118	84	202	37,0	23,8	30,1	34,8	18,3	25,9	0,96	1,29	0,99
C. de M.	890	451	1341	35,99	16,87	24,4	36,41	14,16	26,1	1,00	1,00	1,00

5.3.1.2. Frecuencia y grupos de riesgo

Según los datos del SIVFRENT, en el año 2001, el 9,4 % (8,1-10,7) de la población de 18 a 64 años, alrededor de 350.000 personas, tuvo algún accidente cuyas heridas necesitaron asistencia sanitaria en los últimos 12 meses. En el 12,7% de los casos se trata de accidentes de tráfico. La prevalencia fue mayor en los hombres que en las mujeres, 11,6% (9,6-13,6) frente a 7,3% (5,7-8,9), debido fundamentalmente a la mayor frecuencia en los hombres en las edades más jóvenes. A partir de los 45 años, las tasas en hombres y mujeres son equiparables.

Gráfico 5.3.1.2.1. Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses según género y edad.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Respecto al nivel de estudios, la accidentalidad tiende a incrementarse en hombres en las categorías con menor nivel de estudios. En las mujeres la accidentalidad es muy parecida en las diferentes categorías, excepto en la de menor nivel en la que se produce una menor frecuencia. (Gráfico 5.3.1.2.1.).

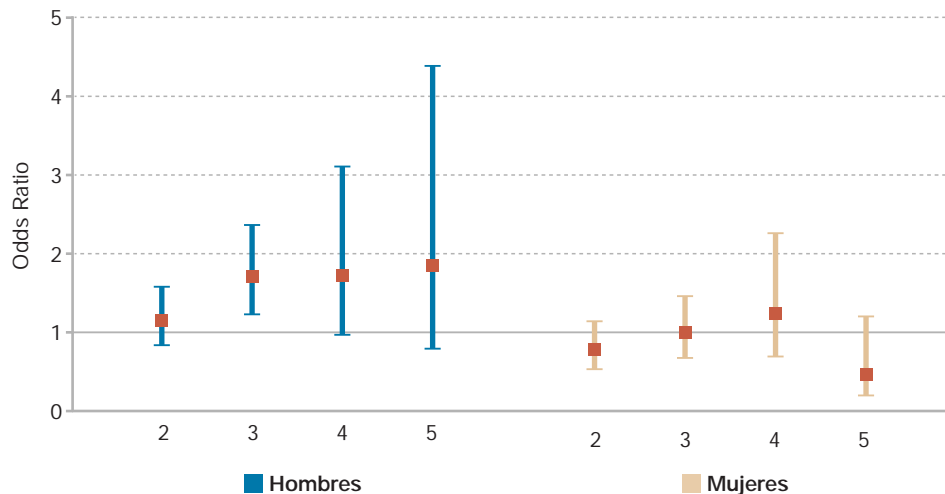


Gráfico 5.3.1.2.2.
Distribución de la accidentalidad según nivel de estudios.

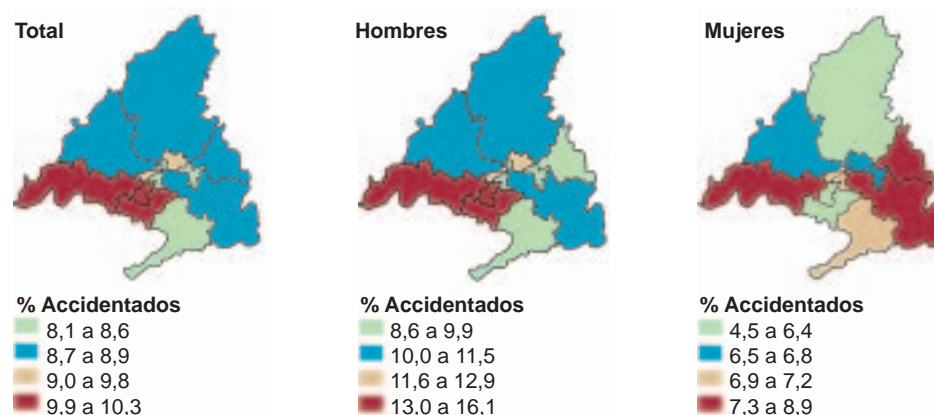
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Categoría de referencia: Estudios universitarios
2: Secundarios de 2º grado
3: Secundarios de 1º grado
4: Estudios primarios
5: Menos de primarios

El 0,5% de los accidentados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,7% fue atendido en urgencias de un hospital durante el último accidente.

En la población juvenil, en 2002, el 16,9% (14,9-18,9) habían sufrido algún accidente en los últimos 12 meses, siendo mucho más frecuente en los chicos (23,5%) que en las chicas (11,2%). Respecto al espacio donde se produce el último accidente, en los chicos uno de cada dos accidentes tienen relación con la práctica deportiva o con ir en moto (un 20,4% y 19,1% respectivamente), mientras que en las chicas el 28,1% se producen en el hogar.

La información disponible por área sanitaria no describe grandes variaciones de la prevalencia de accidentalidad. (Mapa 5.3.1.2.1.).



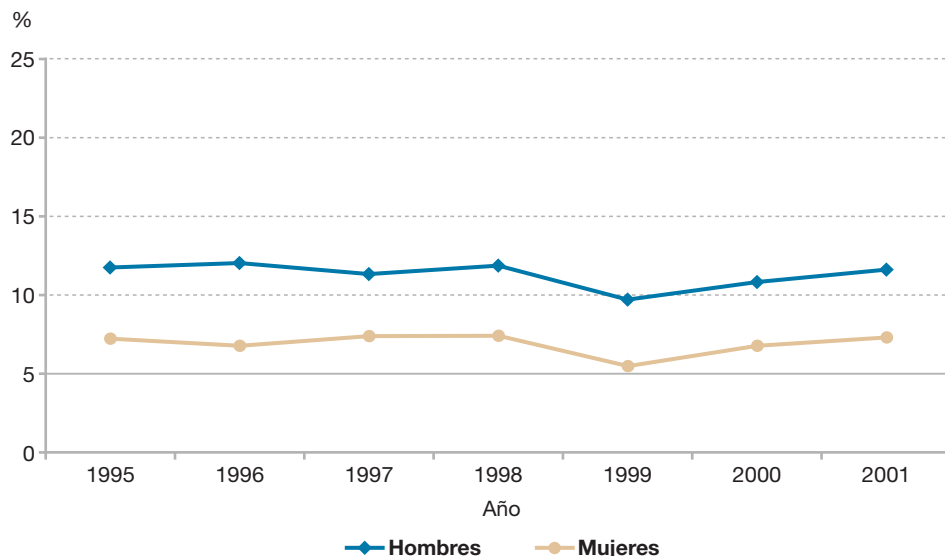
MAPA 5.3.1.2.1. Proporción de personas que han sufrido algún accidente en los últimos 12 meses según área sanitaria: porcentajes totales y por género. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

No hay grandes variaciones en la frecuencia de accidentes en la población adulta, las estimaciones en el 2001 son similares a las observadas en 1995, manteniéndose estable la relación hombre/mujer.

Gráfico 5.3.1.2.3. Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2001.

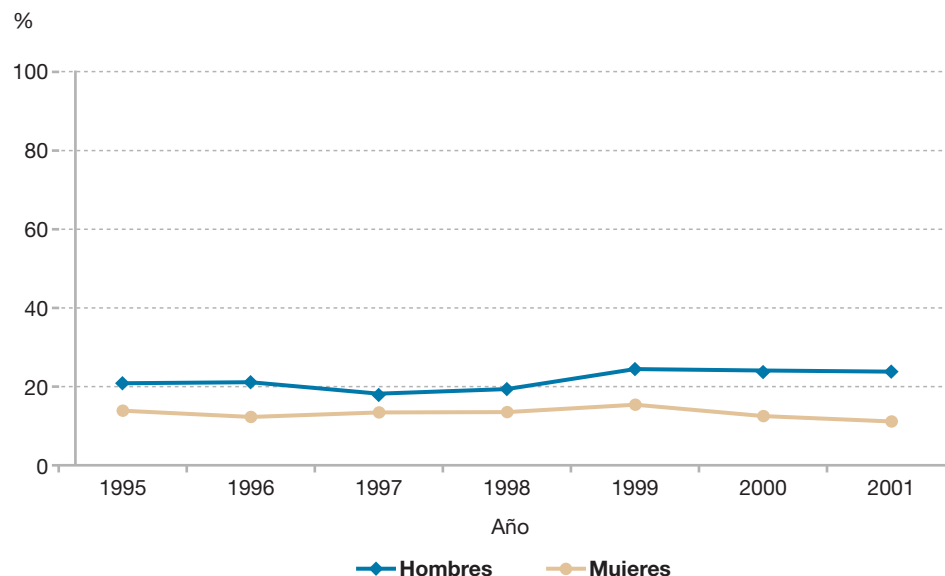
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



En la población juvenil se aprecia un incremento del 12,3% en los chicos y descenso del 8,8% en las chicas al comparar los datos del 2000-2001 respecto a 1995-1996.

Gráfico 5.3.1.2.4. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2002.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 1996-01. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Jóvenes (SIVFRENT-J) 2002. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



5.3.2. Accidentes de tráfico

5.3.2.1. Mortalidad

En el año 1999, en nuestra Comunidad fallecieron por esta causa un total de 424 personas, 294 varones y 130 mujeres, lo que supone una tasa bruta de 11,9 por 100.000 en varones y de 4,8 en mujeres y una media diaria de 0,8 y 0,4 fallecidos respectivamente. La mortalidad por Accidentes de Tráfico supone el 1,5% de la mortalidad por todas las causas en varones y el 0,7% en mujeres.

Constituye la primera causa de muerte entre 1 y 29 años siendo la primera causa de años potenciales de vida perdidos en nuestra comunidad (2,5/1.000)

En la distribución por sexo y edad observamos una curva bimodal, similar a la observada en la mortalidad por causa externa pero más acentuada, afectándose las edades medias de la vida y las más avanzadas. Los varones sufren una mayor mortalidad prácticamente en todas las edades siendo máxima la sobremortalidad masculina en el grupo de 30-35 años, con una razón de tasas de 7,7. Para todas las edades la razón de masculinidad es de 2,5 (tabla 5.3.2.1.1. y gráfico 5.3.2.1.1.).

Edad	Sexo	Nº defunciones	Tasa bruta	Mortalidad proporcional	Razón V/M
Todas	Varones	294	11,9	1,5%	2,5
	Mujeres	130	4,8	0,7%	
15 a 29 años	Varones	62	9,8	16,2%	2,3
	Mujeres	26	4,2	15,5%	
30-64 años	Varones	138	11,9	2,9%	3,0
	Mujeres	47	3,9	3,3%	
≥ 65 años	Varones	47	15,8	0,3%	1,8
	Mujeres	39	8,7	0,2%	

Tasas por 100.000 habitantes
R V/M = Razón de masculinidad

Tabla 5.3.2.1.1. Mortalidad por Accidentes de Tráfico. Tasas brutas según sexo y grupos de edad. Razón de masculinidad. Año 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordon JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

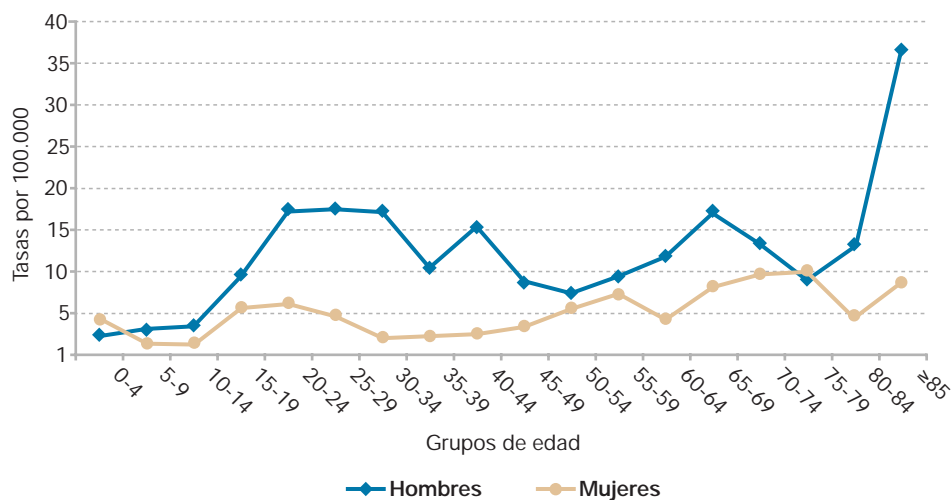


Gráfico 5.3.2.1.1. Mortalidad por accidentes de tráfico. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordon JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

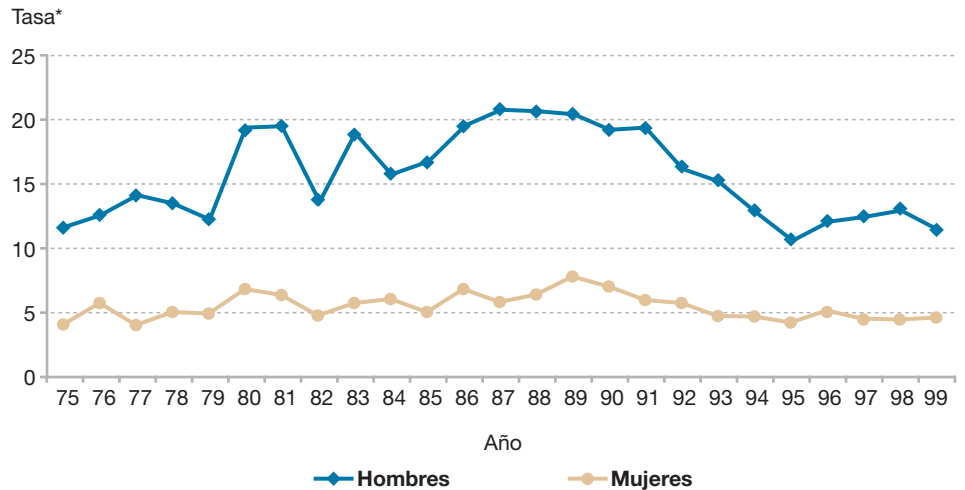
* Escala Logarítmica

La mortalidad por accidentes de tráfico muestra un descenso desde finales de los años 80, con un ligero incremento en los hombres y estabilización en las mujeres desde 1995 (Gráfico 5.3.2.1.2.). En los últimos 10 años, el descenso es de un 40% en hombres y de un 35% para las mujeres.

Gráfico 5.3.2.1.2. Mortalidad por accidentes de tráfico, según sexo. Comunidad de Madrid, 1975-1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

* Tasas por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad.



5.3.2.2. Morbilidad

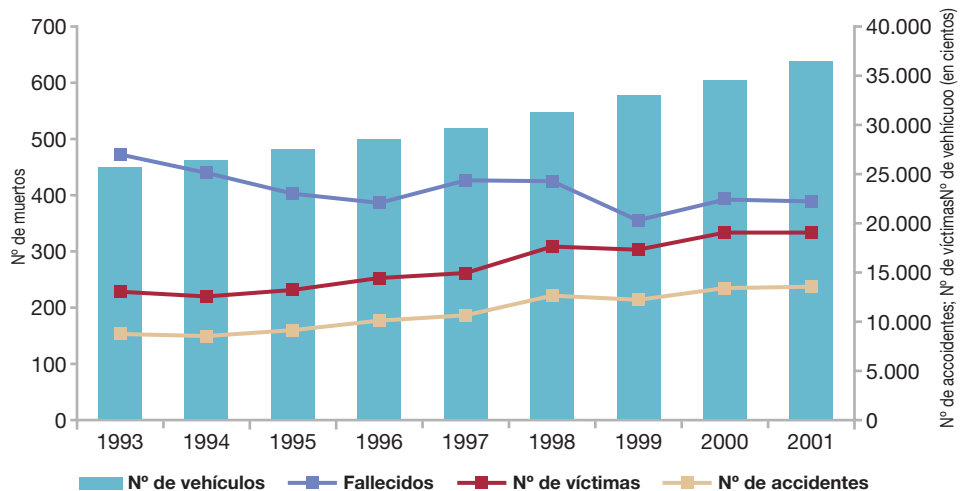
Los traumatismos por accidente de tráfico constituyen la primera causa de invalidez en los jóvenes. Según los datos de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999, el 19,6% de las parapléjicas y tetrapléjicas son consecuencia de un accidente de tráfico.

En nuestra Comunidad en 2001 se produjeron 2.874 ingresos hospitalarios por accidentes de tráfico, el 48,5% de ellos en personas entre 15 y 35 años y el 68,7% varones. El 28,7% fueron por traumatismos de extremidades inferiores, el 13% por lesiones intracraneales, 9% por fracturas craneales, 7,7% lesiones vertebrales y el 0,7% (12) lesiones medulares.

Las series correspondientes a las tasas de accidentes con víctimas, número de vehículos, y número de fallecidos del 1993 al 2001 en la Comunidad de Madrid se muestran en el gráfico 5.3.2.2.1. Como puede observarse en el gráfico, el importante descenso que ha sufrido la mortalidad en relación al número de vehículos no ha ido acompañado de un descenso en el número de accidentes con víctimas ni en el número de víctimas totales que aumentan en proporción al parque de vehículos.

Gráfico 5.3.2.2.1. Número de víctimas, de fallecidos, de accidentes con víctimas y Nº de vehículos. Comunidad de Madrid, 1993-2001.

Fuente: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior.



Alrededor del 25% de los fallecidos son peatones. Los accidentes de vehículos a motor de dos ruedas son más frecuentes entre los 15-24 años, los de vehículos de 4 ruedas entre los 25 y 50 y los de peatones entre los mayores de 65 años.

A diferencia de lo que ocurre en el ámbito nacional, los accidentes se producen mayormente en zona urbana. El 79% de los accidentes con víctimas, el 75% de las víctimas y el 63,1% de los fallecidos en 2001 en la Comunidad de Madrid se han producido en zona urbana.

5.3.2.3. Factores asociados

El consumo de alcohol es el factor que más contribuye a la producción de accidentes de tráfico. Más del 30% de los conductores fallecidos en países desarrollados tienen alcoholemias por encima de 0,5g/l.

En España se ha estimado que el 20% de la mortalidad atribuible al alcohol está relacionada con los accidentes de tráfico. Más del 40% de los fallecidos en accidentes de tráfico presentaron alcoholemias superiores a 0,5 g/l. El alcohol aumenta además la lesividad del accidente.

Según los datos aportados por el Sivfrent para la Comunidad de Madrid, un 3,4% del total de los 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 5,4%, frente al 1% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años (5,1%) frente al grupo de 45-64 años (1,4%). Esta proporción ha sufrido un ligero descenso respecto a años anteriores (Gráfico 5.3.2.3.1.).

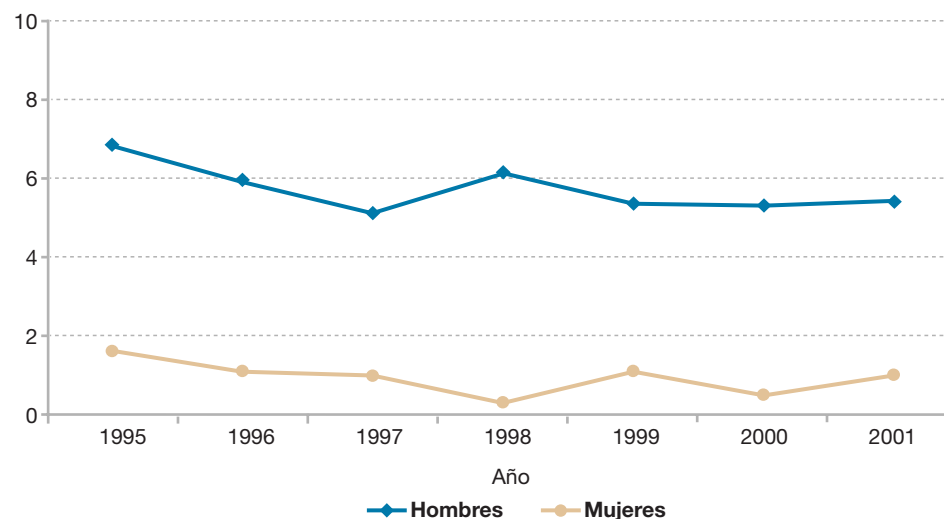


Gráfico 5.3.2.3.1. Proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La utilización de dispositivos de seguridad es uno de los principales factores que contribuyen a reducir los riesgos asociados a los accidentes de tráfico. La utilización del casco en motocicleta reduce el riesgo de fallecer tras el accidente en un 30%. Las sillas infantiles reducen la posibilidad de fallecer en un 71% y de padecer lesión en un 69%.

En la Comunidad de Madrid, un 16,3% del total de personas que viajan en coche, no utiliza nunca o lo hace infrecuentemente el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 1,2% en la conducción por carretera. (Tabla 5.3.2.3.1.).

Un 5,7% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 14,8% no utiliza nunca el casco o lo hace infrecuentemente. El 3,5% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 4,2% de ellos. Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral por lo que sus estimaciones son muy inestables.

Tabla 5.3.2.3.1. Escasa o nula utilización del cinturón de seguridad y casco en moto.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles, adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	1,2 (±0,5)	1,9 (±0,9)	0,6 (±0,5)	0,7 (±0,7)	1,6 (±1,0)	1,4 (±1,0)
No utilización del casco en moto por ciudad	14,8 (±6,5)	13,8 (±7,2)	17,9 (±14,2)	21,5 (±10,0)	8,1 (±8,8)	0 -
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	16,3 (±1,7)	19,3 (±2,5)	13,2 (±2,2)	9,8 (±2,3)	18,1 (±3,0)	21,0 (±3,3)
No utilización del casco en moto por carretera	4,2 (±4,7)	1,9 (±3,7)	11,1 (±14,5)	8,6 (±9,3)	3,8 (±7,4)	0 -

Las cifras entre paréntesis indican el intervalo de confianza al 95%.

Tasas por 100.000 habitantes

R/V/M = Razón de masculinidad

5.4. Enfermedades respiratorias

5.4.1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La EPOC es una enfermedad caracterizada por una disminución crónica del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1). Además, hoy en día se acepta que esta enfermedad se asocia también a numerosos efectos extrapulmonares (inflamación sistémica, disfunción muscular esquelética o disfunción endotelial) que inciden significativamente en la calidad de vida así como en su pronóstico.

La frecuencia de esta enfermedad es muy elevada. En España existen varios estudios de prevalencia realizados en la década de los noventa, destacando el IBERPOC (Sobradillo et al. 2000) sobre siete áreas españolas. La prevalencia global en población de 40 a 70 años fue de 9,1%, 14,3% en hombres y 3,9% en mujeres. Por otro lado, las reagudizaciones de la EPOC conllevan una frecuencia de demanda sanitaria a urgencias hospitalarias así como de hospitalización elevadas: se estima que alrededor del 1-2% del total de urgencias e ingresos hospitalarios corresponden a reagudizaciones de EPOC.

A partir de los datos epidemiológicos se han estimado los costes que supone esta enfermedad, que oscilan entre 140 y 160 mil millones de pesetas anuales (de 1994) para todo el estado español incluyendo costes directos e indirectos. El coste asistencial medio que origina un paciente desde que es diagnosticado hasta su muerte es de unos 5 millones de pesetas.

El tabaco es el factor de riesgo más importante de la EPOC, siendo responsable de alrededor del 86% de la enfermedad en los hombres y del 69% en las mujeres de nuestra Comunidad. Sin embargo, no todos los fumadores desarrollan EPOC, sólo lo hacen los “fumadores susceptibles”. Los factores que pueden estar involucrados en esta susceptibilidad son ambientales (dieta, contaminación atmosférica), así como los genéticos (el único identificado actualmente es el déficit de alfa-1-antitripsina).

5.4.1.1. Mortalidad

En el año 1999, se registraron 1.512 defunciones por EPOC, 1123 varones y 389 mujeres, con una media diaria de fallecimientos de 4,1 (3,1 y 1,1 respectivamente). La tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes fue de 29,4 (45,4 en varones y 14,6 en mujeres). Al calcular la razón de masculinidad, estandarizando las tasas de ambos sexos por la misma población, se ve un mayor riesgo de muerte en los varones, con una razón de masculinidad de 5,5.

Edad	Sexo	Nº defunciones	Tasa bruta	Tasa estandarizada por edad	Intervalo de confianza (95%)	Razón V/M
Todas	Varones	1.123	45,4	56,4	53,0-59,7	5,5
	Mujeres	389	14,6	10,3	9,3-11,4	
30-64 años	Varones	95	8,2	9,2	9-9,5	6,6
	Mujeres	16	1,3	1,4	1,3-1,5	
≥65 años	Varones	1.026	344,1	389,0	384,4 - 393,6	5,4
	Mujeres	371	82,4	71,6	70,2-73,0	

TABLA 5.4.1.1.1. Mortalidad por EPOC, año 1999. Tasas brutas y estandarizadas por edad según sexos y grupos de edad. Razón de masculinidad.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

Tasas por 100.000 habitantes; Razón V/M: varón/mujer
R V/M=Razón de masculinidad varón/mujer

La distribución de la mortalidad por edad, muestra un claro predominio masculino a lo largo de todas las edades, siendo la tasa 13 veces mayor en el grupo de 55 a 59 años.

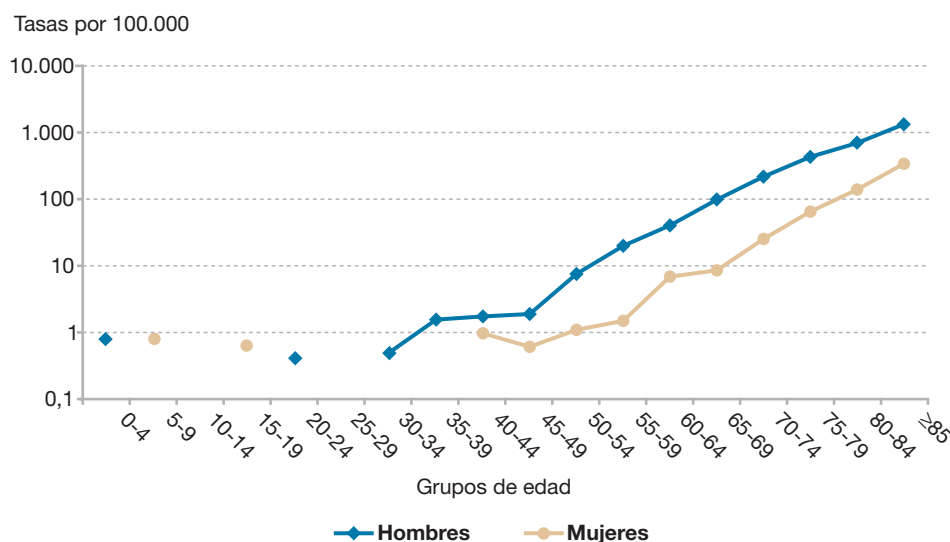


Gráfico 5.4.1.1.1. Mortalidad por EPOC. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid, 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

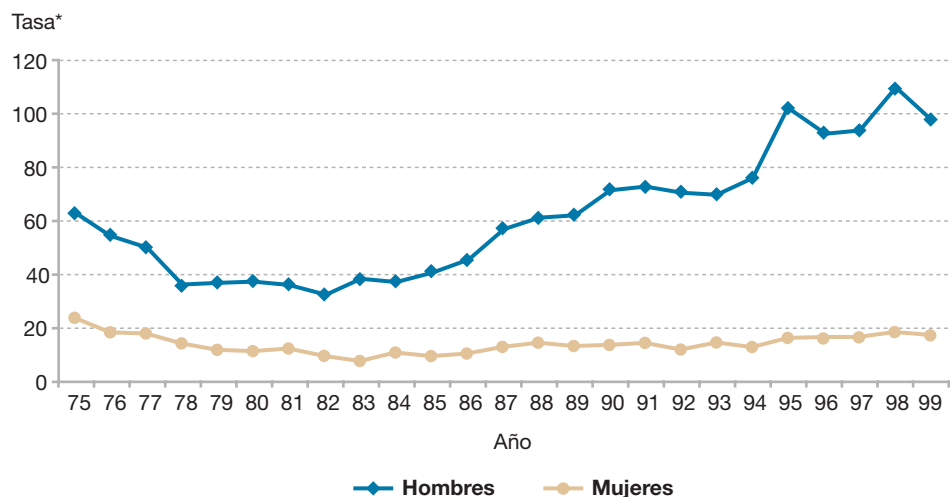
* Escala logarítmica

En cuanto a la evolución, desde 1975 se observa un incremento muy significativo en varones desde mediados de los años 80, y moderado incremento en mujeres. En la última década el cambio porcentual de las tasas ha sido de un 36% en hombres y de un 24% en mujeres. Gráfico 5.4.1.1.2.).

Gráfico 5.4.1.1.2. Evolución de la mortalidad por EPOC, según sexo, en personas de 30 años o más. Comunidad de Madrid, 1975-1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

* Tasas por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad



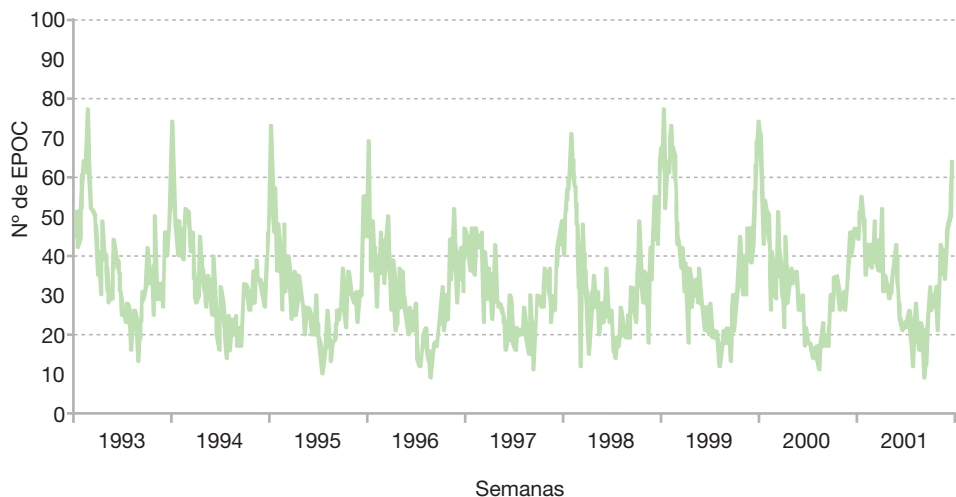
5.4.1.2. Morbilidad

Durante 2001 se produjeron 1.494 demandas de urgencias debidas a EPOC atendidas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en población de 30 años o más, lo que representa el 2,2% del total de urgencias de medicina interna en estos grupos de edad. Del total de urgencias por EPOC el 31,5% corresponden a individuos que demandan más de una vez atención sanitaria urgente. El 81,8% del total de demanda por esta enfermedad son hombres y el 18,2% a mujeres.

La EPOC tiene un patrón estacional muy claro con un incremento en los meses de invierno, coincidiendo con el aumento de infecciones respiratorias agudas.

Gráfico 5.4.1.2.1. Demanda sanitaria por EPOC en urgencias hospitalarias. Área Sanitaria I. 1993-2001.

Fuente: Registro de Urgencias Hospital General Universitario Gregorio Marañón.



Durante el 2001 se produjeron, de acuerdo con la información facilitada por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la Comunidad de Madrid, 9.337 ingresos en personas de 30 años o más, lo que representa el 2,2% del total de ingresos en este grupo poblacional. El 79,1% del total de ingresos fueron hombres y un 20,9% mujeres. En términos relativos, la tasa bruta en varones es de 469,6 por 100.000 habitantes mayores de 29 años, y de 107,8 en mujeres.

De forma muy parecida a las urgencias hospitalarias, del total de altas por EPOC un 32,9% son reingresos (un 14,4% ingresa tres veces o más). La estancia media es de 11,3 días con una mediana de 9.

La tendencia de la EPOC presenta cambios de inflexión a lo largo de la serie, siendo muy parecida para hombres y mujeres. Se observa un incremento muy importante hasta la mitad de los años ochenta, para posteriormente disminuir durante un decenio hasta el ecuador de los noventa, e iniciar finalmente un fuerte incremento hasta 1999.

Tasa por 100.000 hab.

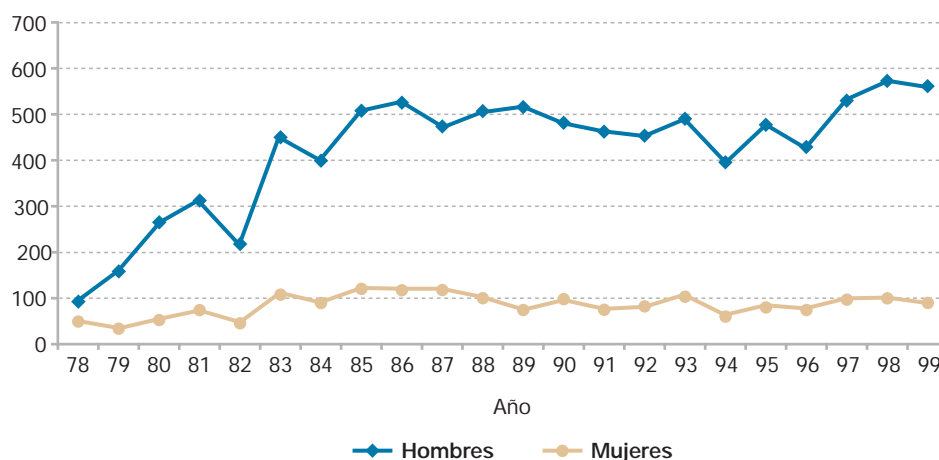


Gráfico 5.4.1.2.2. Morbilidad hospitalaria por EPOC en personas de 30 años o más. Tendencias periodo 1978-1999. Tasas estandarizadas por edad.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística.
Fernández Cordon JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

5.4.2. Asma

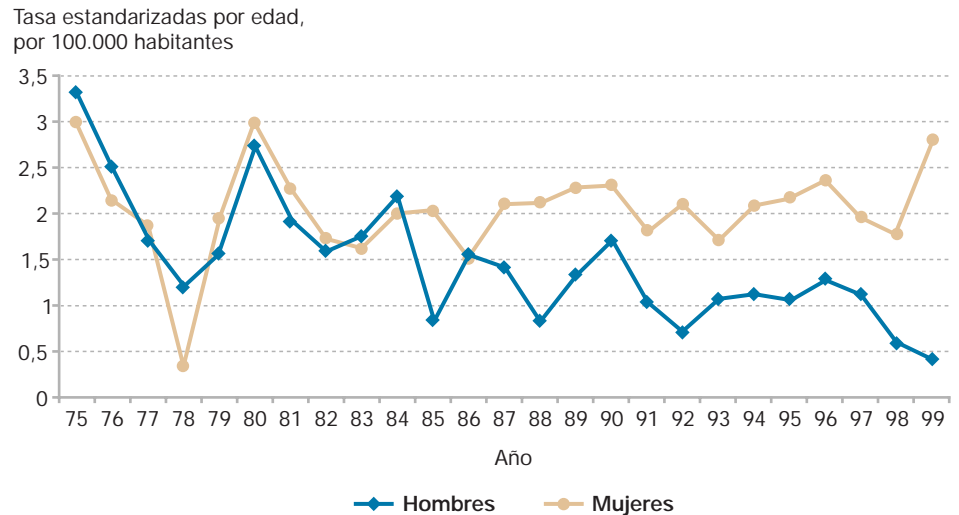
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, y existe una gran evidencia de que diferentes indicadores de morbilidad están aumentando en los últimos años. Por otro lado esta enfermedad genera un enorme gasto sanitario, tanto en costes denominados directos como indirectos.

5.4.2.1. Mortalidad

En 1999 se produjeron 90 fallecimientos debido a esta causa con una tasa de mortalidad en población masculina de 0,5 por 100.000 habitantes, y de 3/100.000 en la femenina. Los datos de la serie son muy irregulares (producto de la inestabilidad de las tasas dada su baja frecuencia) no apreciando un patrón en la serie a excepción de la mayor mortalidad en la mujeres desde la década de los ochenta (Gráfico 5.4.2.1.1.).

Gráfico 5.4.2.1.1. Mortalidad por asma en la Comunidad de Madrid 1975-1999.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística; Registro de Mortalidad de la Comunidad de Madrid



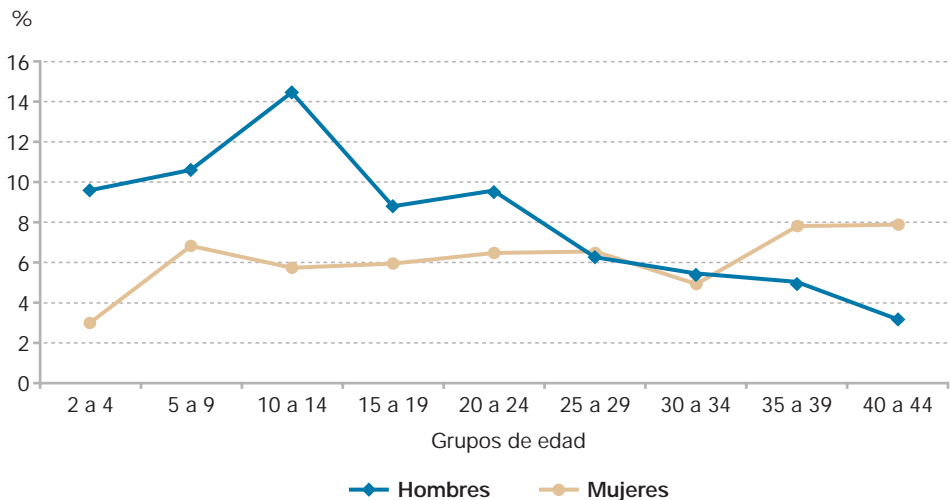
5.4.2.2. Morbilidad

De acuerdo con la información suministrada por la encuesta de prevalencia de asma en la Comunidad de Madrid, en 1993, la prevalencia acumulada de asma⁹ fue del 7,3% mientras que la prevalencia actual¹⁰ era del 3%. Esto supone en términos absolutos casi 250.000 y 100.000 asmáticos respectivamente en la población de 2 a 44 años de la Comunidad de Madrid.

La prevalencia de asma es más frecuente en la población masculina en la infancia y adolescencia, invirtiéndose esta relación a favor de las mujeres a partir de los 35-39 años. (Gráfico 5.4.2.2.1.)

Gráfico 5.4.2.2.1. Prevalencia acumulada de Asma según género y edad.

Fuente: Encuesta de Prevalencia de Asma de la Comunidad de Madrid



9- Porcentaje de población que ha tenido al menos un ataque de asma o bronquitis asmática alguna vez en su vida.

10- Porcentaje de población que ha tenido al menos un ataque de asma o bronquitis asmática durante el último año o hayan tomado medicación para el asma durante los últimos 12 meses.

Estos dos indicadores de prevalencia están incrementándose de forma rápida en los últimos años. En la población comparable en las tres encuestas (18-44 años), se ha pasado de una prevalencia acumulada de asma del 6,5% (IC 95%:5,3-7,6) en 1993 al 9,4% (8,3-10,6) en el 2000-01; el asma actual ha variado del 2,6% (2,0-3,2) al 4,8% (4,0-

5,7); y haber tenido crisis en el último año del 1,7% (1,3-2,1) al 2,9% (2,3-3,6). (Gráfico 5.4.2.2.2.).

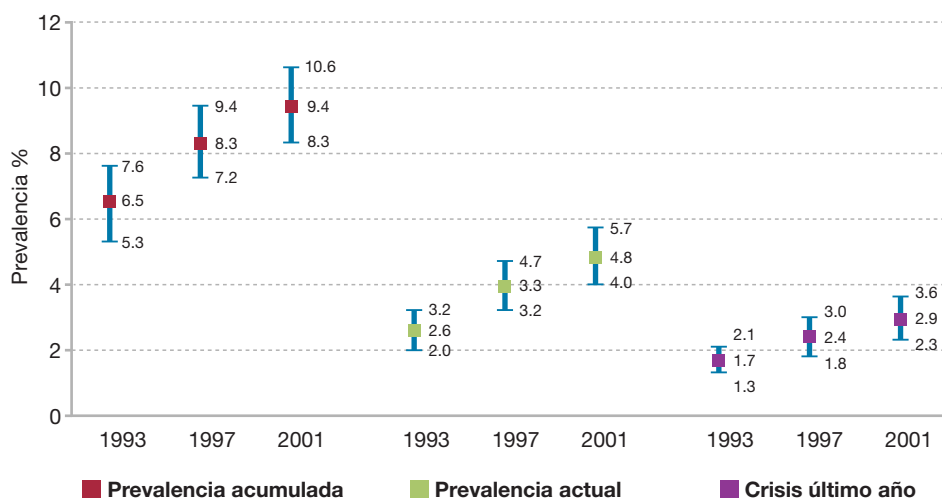


Gráfico 5.4.2.2.2. Evolución de la Prevalencia de Asma en la Comunidad de Madrid. Población de 18 a 44 años. Periodo 1993-2001.

Fuente: Encuesta de Prevalencia de Asma de la Comunidad de Madrid 1993 y SIVFREN-A 1997-2001

Sin embargo, cuando se analiza la evolución de la prevalencia de diversos síntomas fuertemente predictores de asma (opresión en el pecho, falta de aire con sibilancias, sibilancias sin estar resfriado, y despertarse por falta de aire) no se observa un aumento de éstos (ni de forma aislada ni combinaciones de ellos) desde 1993 al 2000-01. Esto podría interpretarse como que la mayor parte de la dimensión del incremento de la prevalencia puede estar asociada a la mejora diagnóstica de la enfermedad.

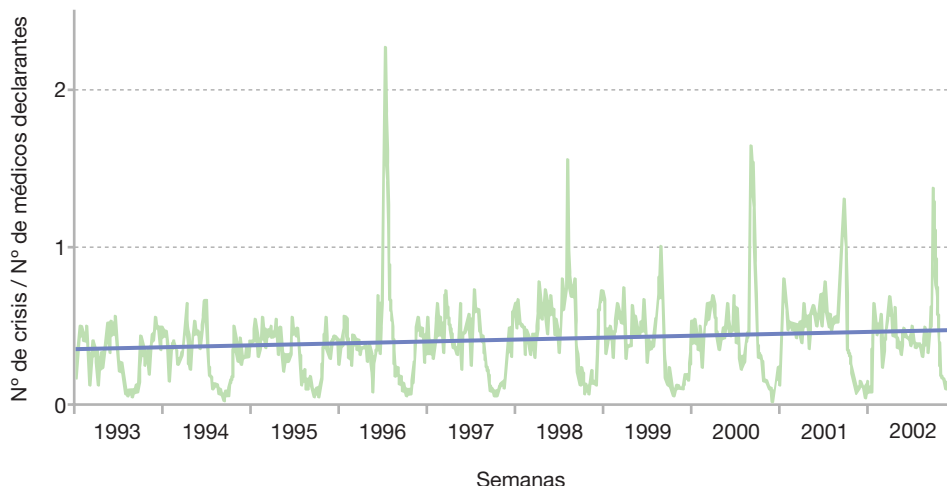
La frecuencia de la demanda de asistencia en atención primaria, durante 2001, en la población menor de 15 años fue de 4,1 episodios por cada 100 habitantes, de los cuales el 80% son casos y el resto crisis repetidas en los mismos individuos, lo que se traduce en una tasa de 3,4 casos por cada 100 habitantes y año. En las personas de 15 o más años la incidencia de episodios y casos es coincidente, estimándose una tasa de 0,4 por cada 100 habitantes en ese año.

Desde 1993 se observa un aumento del número de crisis (aproximadamente un 6% de incremento relativo), después de corregir por cobertura del registro. Sin embargo, desconocemos si este incremento describe un aumento general de la demanda o es específico de este problema de salud.

Se observa un patrón estacional bien definido, con un gran incremento de las crisis en el mes de mayo, para disminuir profundamente durante los meses de verano y volver a incrementarse en septiembre, aumento que se mantiene durante los meses de invierno. Es importante destacar los picos, distribuciones de tipo epidémico, durante la segunda quincena de mayo y primera de junio de los años 1996, 1998, 2000 y 2001. (Gráfico 5.4.2.2.3.).

Gráfico 5.4.2.2.3. Demanda Sanitaria por Asma en atención Primaria. Comunidad de Madrid 1993-2002.

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

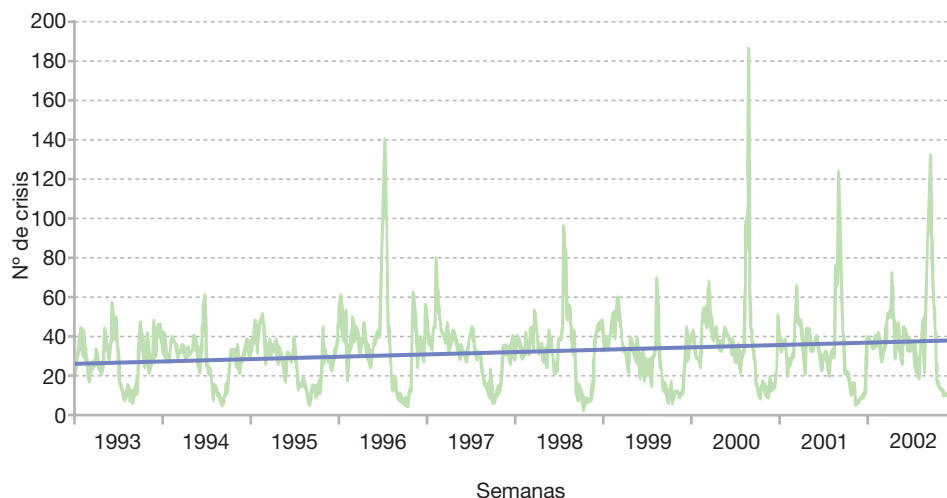


En el 2001, se estimó una demanda de atención en urgencias hospitalarias (Hospital General Universitario Gregorio Marañón) de 330 episodios de asma por cada 100.000 habitantes (teniendo en cuenta la frecuentación y población cubierta del area de referencia de este hospital). Al igual que en atención primaria, la tendencia es ascendente (se incrementa también alrededor de un 6% anual), aunque en este registro conocemos que el incremento se produce también en la demanda urgente por otras patologías.

La variación semanal de la demanda urgente hospitalaria es muy similar a la de atención primaria teniendo las dos series una correlación muy alta (coeficiente de correlación de Pearson de 0.80). (Gráfico 5.4.2.2.4.).

Gráfico 5.4.2.2.4. Demanda Sanitaria por Asma en Urgencias Hospitalarias. Área Sanitaria I. 1993-2002.

Fuente: Registro de Urgencias Hospital General Universitario Gregorio Marañón.



Durante 1999, se produjeron 41,8 altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes en hombres y 64,8 en mujeres. Desde 1991 a 1998 se observa un fuerte incremento de la hospitalización por esta enfermedad. (Gráfico 5.4.2.2.5.).

La estancia media es de 7,3 días, tiempo que se va incrementando de forma lineal a medida que aumenta la edad.

Tasas estandarizadas por edad,
por 100.000 habitantes

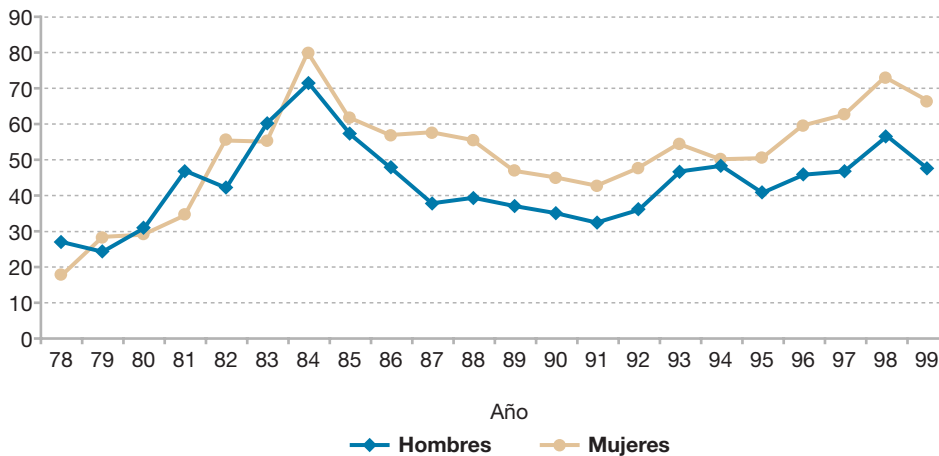


Gráfico 5.4.2.2.5. Altas Hospitalarias por Asma en la Comunidad de Madrid. 1978-1999.

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística

5.5. Patologías relacionadas con la actividad laboral

5.5.1. Accidentes de trabajo

En 2001 se produjeron en la Comunidad de Madrid 229.777 accidentes de trabajo de los que cerca del 94% tuvieron lugar en el centro de trabajo y el resto fueron de los denominados “in itinere”.

De los 215.704 accidentes ocurridos en el lugar de trabajo el 59% originaron la baja laboral del trabajador, de ellos poco más del 98% fueron leves. Por el contrario, el 94% de los accidentes “in itinere” causaron baja laboral, lo que indica la mayor gravedad de las lesiones originadas.

Como puede observarse en el gráfico 5.5.1.1. el número de accidentes de trabajo ha mantenido un importante crecimiento desde 1996, que incluso se hace algo mayor a partir de 1998. Por lo que se refiere a los accidentes de trabajo con baja ocurridos en el lugar de trabajo, su tendencia es similar, si bien los incrementos durante este periodo son algo menores. La mayor parte de esta tendencia ascendente se debe a la evolución experimentada por los accidentes leves, que son responsables de algo más del 98% del conjunto de los accidentes con baja ocurridos en el centro de trabajo. Los graves y mortales también crecen entre 1996 y 2001 pero en mucha menor magnitud (Tabla 5.5.1.1.).

Tipo de accidente	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Acc. con baja	78.973	83.166	84.553	109.063	121.014	127.891
Acc. Leves	77.529	81.709	83.083	107.419	119.464	126.178
Acc. Graves	1.334	1.347	1.354	1.536	1.440	1.587
Acc. Mortales	110	110	116	108	110	126

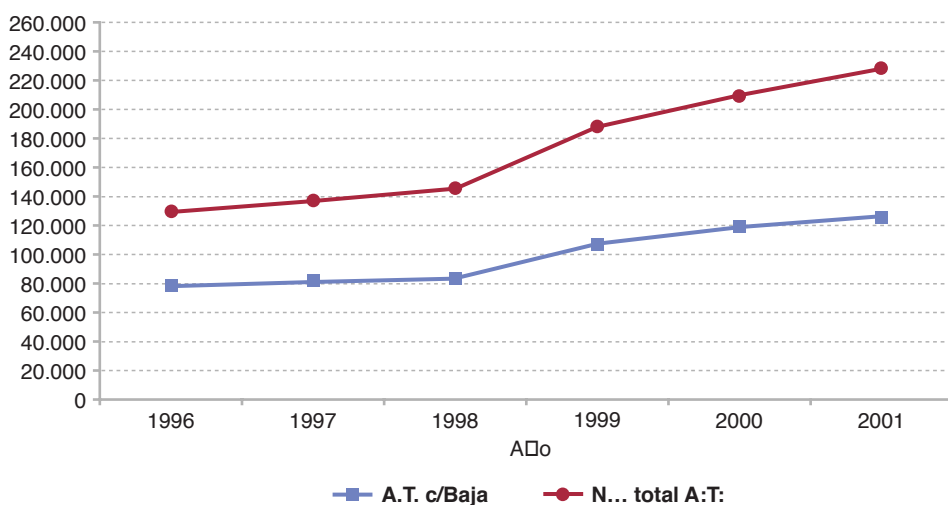
Tabla 5.5.1.1. Accidentes de Trabajo con baja ocurridos en el Centro de Trabajo. 2001.

Fuente: Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Gráfico 5.5.1.1. Evolución del N° de Accidentes de Trabajo.

Fuente: Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

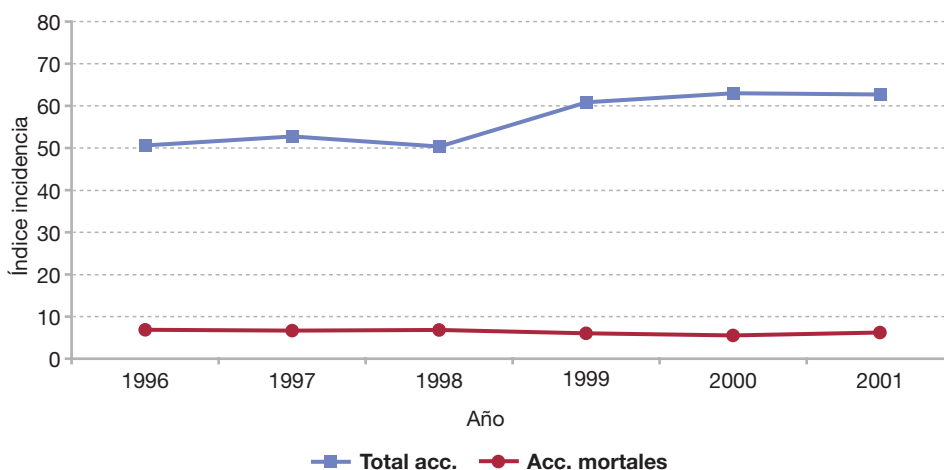
N... de accidentes



El Índice de Incidencia de accidentes de trabajo en la Comunidad de Madrid (número de accidentes por 1.000 trabajadores ocupados) se ha representado en el gráfico 5.5.1.2., tanto para el total de accidentes como para los mortales. Se observa que una parte importante de los incrementos de los accidentes de trabajo descritos ha sido debido al aumento de la población a riesgo (población ocupada), sobre todo a partir de 1999. Incluso se ha producido una ligera disminución del riesgo de accidentes mortales en este periodo, que ha pasado de 7,10 fallecidos por 1.000 trabajadores ocupados a 6,2.

Gráfico 5.5.1.2. Evolución del Índice Incidencia de A.T. en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



Del total de accidentes de trabajo ocurridos en el año 2001 a nivel nacional (1.874.117 accidentes), un 12,26% corresponden a la Comunidad de Madrid.

La incidencia de Accidentes de Trabajo en la Comunidad de Madrid es una de las más bajas de España (Gráfico 5.5.1.3.), nuestra Comunidad se encuentra casi 11 puntos por debajo del conjunto del Estado, únicamente Extremadura, Aragón y Melilla presentan índices inferiores a los de nuestra Comunidad.

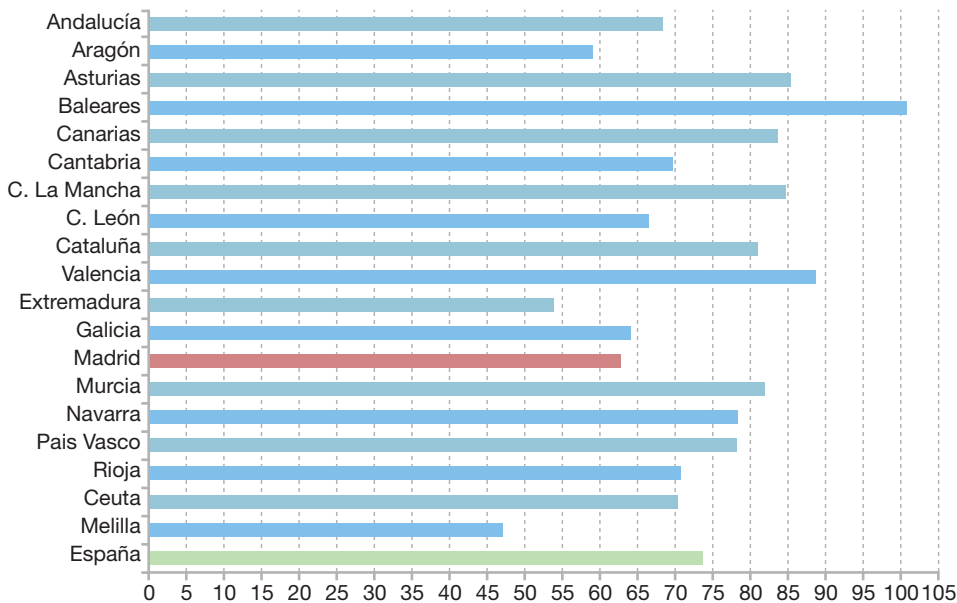


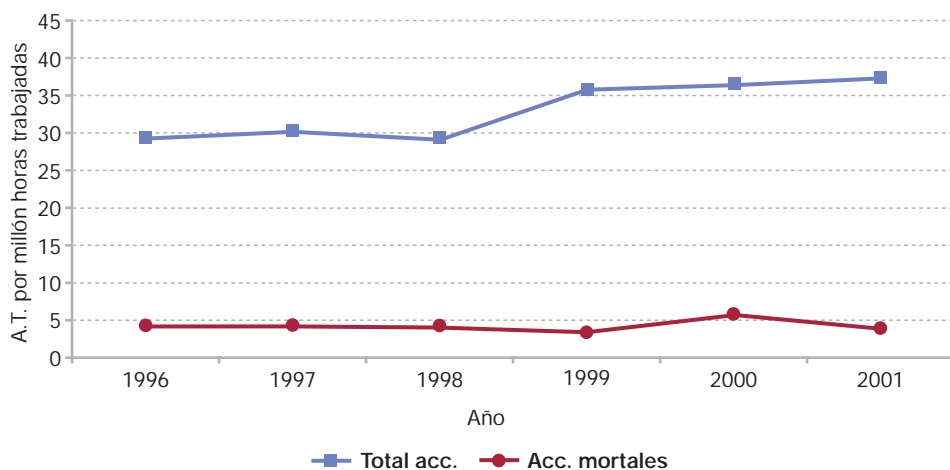
Gráfico 5.5.1.3. Índice de Incidencia de Accidentes de Trabajo según Comunidades Autónomas (Año 2001).

Fuente: Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Si bien mediante el índice de incidencia se relaciona el número de accidentes de trabajo con la población expuesta al riesgo (trabajadores ocupados), por medio del índice de frecuencia es posible obtener una medida algo más precisa de la exposición al riesgo, ya que la relación se establece con el número de horas trabajadas. La tendencia durante el periodo 1996-2001 se representa en el gráfico 5.5.1.4., donde se aprecia que este indicador se ha incrementado notablemente desde 1996; sin embargo los accidentes mortales parecen permanecer estables durante este mismo periodo.

Gráfico 5.5.1.4. Índice de Frecuencia de los Accidentes de Trabajo.

Fuente: Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

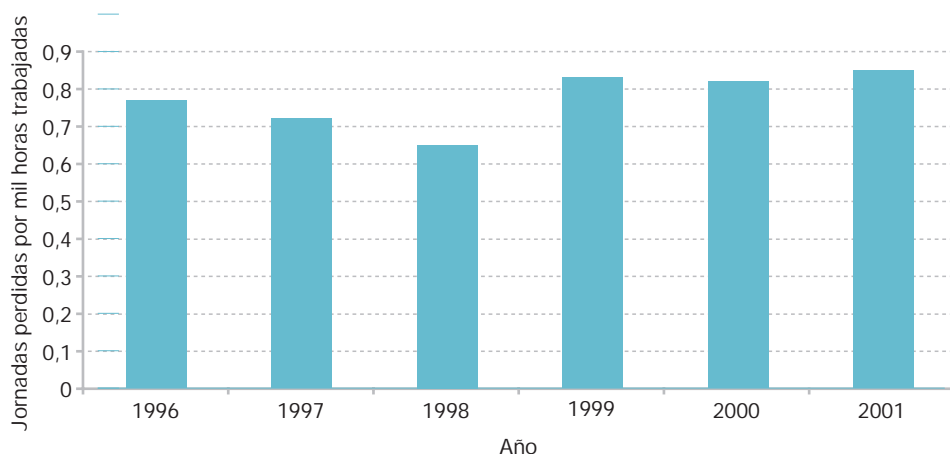


Con respecto al índice de Frecuencia Nacional, la Comunidad de Madrid se sitúa a 5,5 puntos por debajo del mismo.

El Índice de Gravedad, que indica el número total de jornadas perdidas por accidente cada 1.000 horas trabajadas, desciende durante los tres primeros años del periodo, experimenta un ligero ascenso a partir de 1999 (Gráfico 5.5.1.5.), si bien continúa siendo inferior al nivel nacional.

Gráfico 5.5.1.5. Evolución del Índice de gravedad de los Accidentes de Trabajo en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



Una segunda aproximación a la gravedad de los accidentes de trabajo se obtiene por medio de la duración media de las bajas que ocasionan. En la Comunidad de Madrid, la duración de las bajas por accidente ha descendido en los últimos seis años entre los 26,20 días de 1996 y los 22,8 de 2001 (gráfico 5.5.1.6.), año en que se iguala con la media nacional.

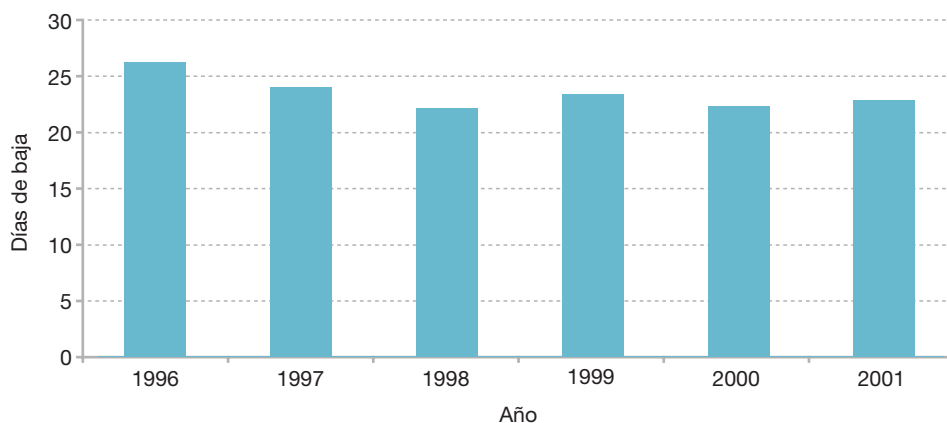


Gráfico 5.5.1.6. Duración Media de las bajas producidas por A.T.

Fuente: Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

5.5.2. Enfermedades Profesionales

La información sobre la ocurrencia de las enfermedades profesionales proviene de los partes de declaración de Enfermedades Profesionales, que actualmente se estima que no representan más allá del 15% de la patología real de origen laboral.

Las enfermedades profesionales notificadas como tales en la Comunidad de Madrid se han incrementado un 141% desde 1996 (Gráfico 5.5.2.1.)

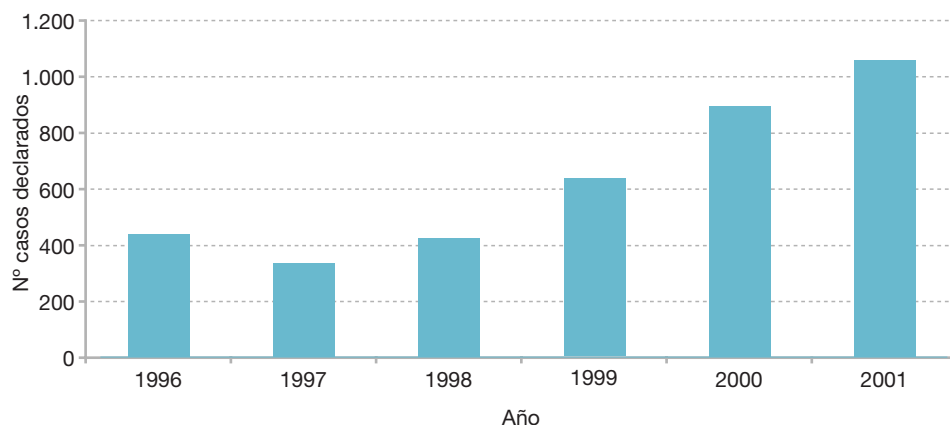


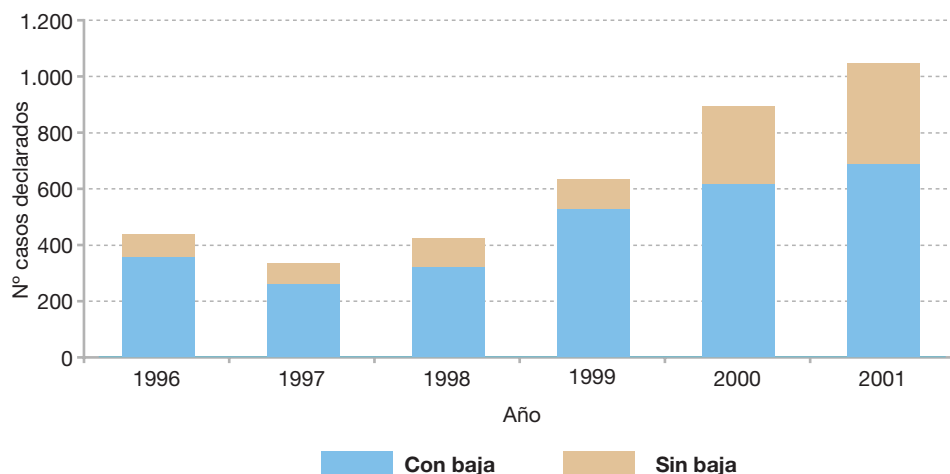
Gráfico 5.5.2.1. Evolución de la Enfermedad Profesional.

Fuente: Anuario Estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

La mayor parte de este incremento se debe a las enfermedades profesionales sin baja (Gráfico 5.5.2.2.), que parece indicar una notable mejoría en la notificación de esta contingencia.

Gráfico 5.5.2.2. Evolución de los casos de Enfermedades Profesionales en la Comunidad de Madrid.

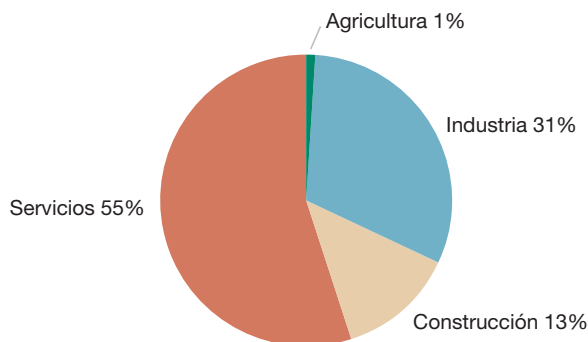
Fuente: Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



El Sector de Actividad Económica que registró el mayor número de casos en 2001 fue el Sector Servicios con el 55% de los casos registrados, seguido del Sector Industria con un 31% y el de la Construcción con un 13%, mientras que el Sector Agrícola únicamente registró el 1% de los casos (gráfico 5.5.2.3.).

Gráfico 5.5.2.3. Enfermedades profesionales por sectores de actividad. 2001.

Fuente: Memoria Anual 2001. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo.



Las enfermedades profesionales que con mayor frecuencia afectan a la población de Madrid consisten en afecciones del sistema músculo esquelético (66%), seguidas de las alteraciones dermatológicas (20%), la patología respiratoria (6%) y las enfermedades infecciosas (6%). (Gráfico 5.5.2.4.) .

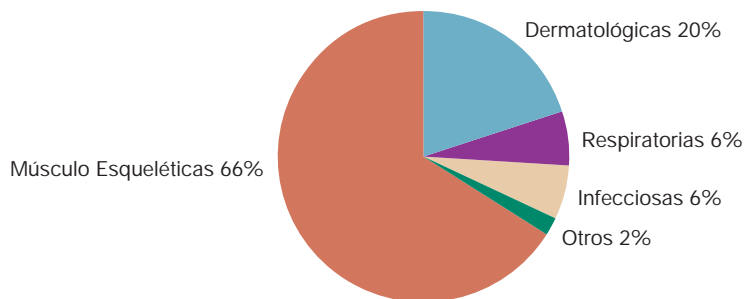


Gráfico 5.5.2.4.
Enfermedades profesionales por tipo de afección. 2001.

Fuente: Memoria Anual 2001. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La patología que se registró con mayor frecuencia en nuestra Comunidad, en dicho año 2001 fue la Tenosinovitis con un 53,28% de los casos declarados, seguida de las Dermatitis con el 19,25% y las Parálisis por Presión con un 8,01%, las Enfermedades Infectocontagiosas con 51 casos (5,30%), el Asma con 44 casos (4,58%) y las Bursitis con 31 casos (3,23%).

La distribución de las enfermedades profesionales por sectores de actividad nos indican que la Patología declarada con más frecuencia en el Sector Agrario son las Tenosinovitis (77,77% de las declaraciones de este sector), seguidas por la Brucelosis y las Parálisis de nervios por Presión (11,11% cada una). Hay que tener en cuenta que es el sector con menor número de declaraciones, representando solo el 1% del cómputo total.

En el Sector de la Construcción destacan también las Tenosinovitis como patología más frecuente (55,28%), las Dermatitis (25,20%) y las Bursitis (8,13%).

En el Sector Industria las Tenosinovitis ocupan también el primer lugar con un 54,05%, seguido de las Dermatitis (16,89%) y las Parálisis por Presión (13,51%).

Finalmente, el Sector Servicios con el 55% del total de los partes de declaración presenta, al igual que el resto de sectores, una alta incidencia de Tenosinovitis (44,04%), seguido de las Dermatitis (16,53%) y las enfermedades infecciosas (8,59%).

La distribución de las enfermedades profesionales en función de su pronóstico puede observarse en el gráfico 5.5.2.5.

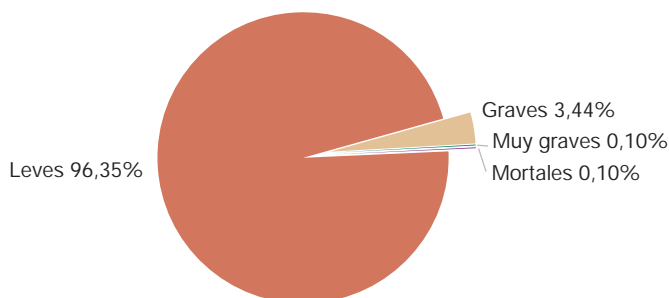


Gráfico 5.5.2.5.
Enfermedades profesionales según la gravedad. 2001.

Fuente: Memoria Anual 2001. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

En todo el año 2001 sólo se declaró un caso de enfermedad profesional con el pronóstico de Muy Grave y un caso Mortal, que afectaron a los Sectores de Construcción y Servicios respectivamente.

Los diagnósticos de pronóstico Grave, lo fueron en 10 casos de Dermatitis (28,57%), en 7 casos de Enfermedades Infecciosas (20%), en 7 casos de Tenosinovitis (20%), en 5 casos de Asma (14,29%) y en 2 casos de Hipoacusia (5,71%), repartiéndose el resto de pronósticos graves (11,43%) en 1 caso de Asbestosis, 1 caso de Brucelosis, 1 caso de Bursitis y 1 caso de Parálisis por Presión.

Con pronóstico de Muy Grave solo se declaró un caso que correspondió a una Epicondilitis en el Sector de la Construcción, y con pronóstico Mortal un caso de Meningitis que incidió en el Sector Servicios.

5.6. Cirrosis hepática

5.6.1. Mortalidad

En el año 1999, en nuestra Comunidad fallecieron por Cirrosis hepática un total de 619 personas, 390 varones y 229 mujeres, lo que supone una tasa bruta de 12,0 fallecidos por 100.000 habitantes para el total, 15,8 en varones y de 8,8 en mujeres y una media diaria de 1,7, 1,1 y 0,6 fallecidos respectivamente. La mortalidad por esta causa representa el 2% de la mortalidad por todas las causas en varones y el 1,2% en mujeres (Tabla 5.6.1.1.).

Los indicadores de mortalidad reflejan un descenso en la importancia de la cirrosis hepática como causa de muerte en las últimas décadas, pasando de ocupar la quinta posición en tasa bruta a finales de los años 80, a la vigésimo primera posición en 1999. En años potenciales de vida perdidos, ha pasado de la tercera a la novena posición.

Tabla 5.6.1.1. Defunciones totales y mortalidad proporcional por cirrosis hepática y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado (O.E.C.H.) Año 1999.

Sexo	Todas las causas	Porcentaje %	Total Cirrosis hepática y O.E.C.H.	Porcentaje %
Varones	19.601	100	390	2
Mujeres	18.475	100	229	1,2
Total	38.076	100	619	1,6

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.

Edad	Sexo	Nº defunciones	Tasa bruta	Tasa estandarizada por edad y sexo	Intervalo de confianza (95%)	R V/M
Todas	Varones	390	15,8	17	15,3-18,7	2,5
	Mujeres	229	8,6	6,7	6,1-7,9	
30-64 años	Varones	175	15,1	16,2	15,8-16,5	3,9
	Mujeres	50	4,0	4,2	4,1-4,4	
≥65 años	Varones	213	71,4	73,1	70,6-75,5	1,9
	Mujeres	179	39,8	38,1	36,7-39,5	

Tasas por 100.000 habitantes
R V/M = Razón de masculinidad

Tabla 5.6.1.2. Mortalidad por cirrosis hepática y O.E.C.H., Año 1999.

Tasas estandarizadas por edad según sexo y grupos de edad. Razón de masculinidad.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.
Fernández Cordon JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

La distribución de la mortalidad por sexo y edad (Gráfico 5.6.1.1.), muestra un claro predominio masculino que va disminuyendo con la edad, pasando la razón de tasas de 4,6 en los 40-45 años a 1,3 en los de mayor edad. Para el total de la población la razón de masculinidad es de 2,5 (Tabla 5.6.1.2.).

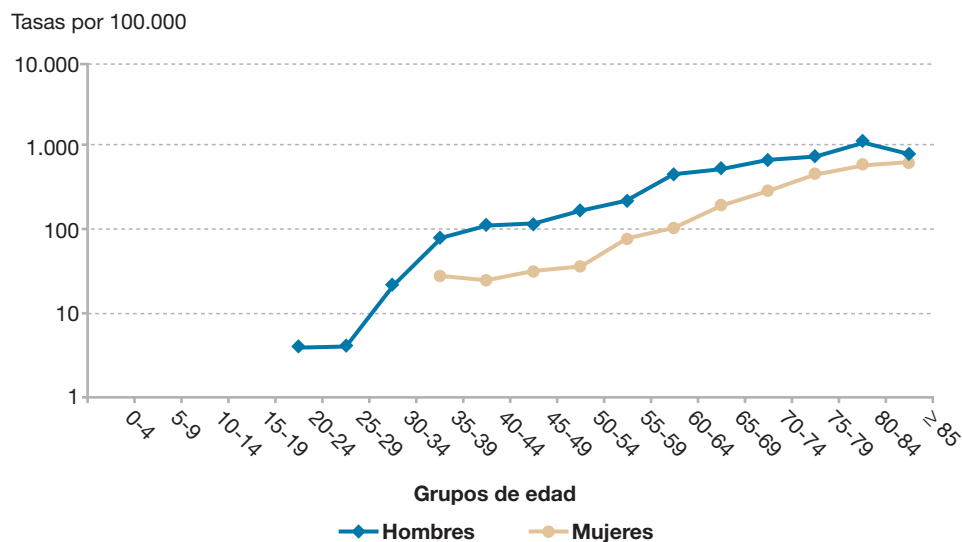


Gráfico 5.6.1.1. Mortalidad por cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado. Comunidad de Madrid, 1999.

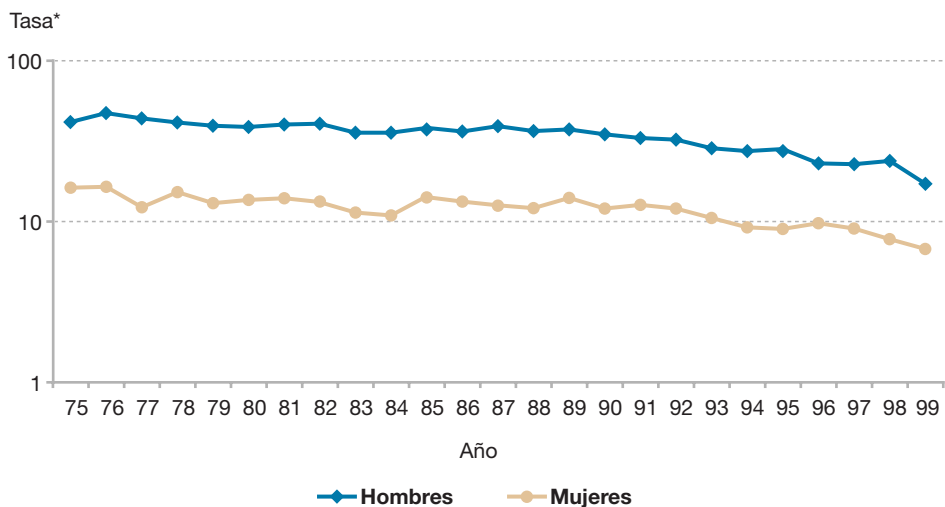
Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.
Fernández Cordon JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

El gráfico 5.6.1.2. recoge la evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad por cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado desde el año 1975, según sexo. Se observa un descenso en todo el período para ambos sexos, mucho más pronunciado en los varones. En los últimos 10 años, el descenso ha sido del 50% en hombres y del 44% en mujeres.

Gráfico 5.6.1.2. Mortalidad por cirrosis hepática y OECH, según sexo. Comunidad de Madrid, 1975-1999.**

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.
 Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

* Tasas por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad
 **OECH= otras enfermedades crónicas del hígado



El descenso en la mortalidad por esta causa habría que atribuirlo, entre otros factores, al descenso de sus principales determinantes: ingesta excesiva de alcohol (el 65% de la mortalidad por cirrosis se atribuye a esta causa), y las infecciones víricas del hígado (el 15% de la mortalidad por cirrosis se atribuye a infección por hepatitis C y el 10%, a infección por hepatitis B).

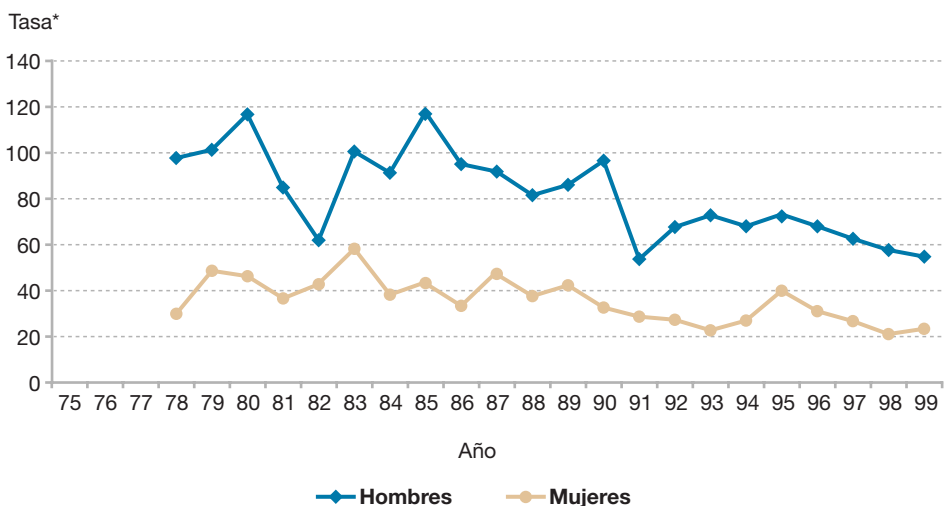
5.6.2. Morbilidad

Paralelamente al descenso de la mortalidad por cirrosis hepática, se observa también descenso en la morbilidad hospitalaria. Las tasas estandarizadas por edad de altas hospitalarias por esta causa, muestran un descenso del 43% en hombres y del 23% en mujeres, en los últimos 10 años.

Gráfico 5.6.2.1. Morbilidad hospitalaria por cirrosis hepática y OECH, según sexo. Comunidad de Madrid, 1977-1999.**

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

* Tasas por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad
 **OECH= otras enfermedades crónicas del hígado



5.7. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo y es la causa principal de ceguera entre adultos en edad trabajadora, amputaciones de las extremidades inferiores y enfermedad renal terminal; y una causa importante de malformaciones congénitas, mortalidad perinatal, mortalidad prematura y discapacidad.

Su frecuencia, tanto en incidencia como en prevalencia, está aumentando. La OMS estima que existen entre 120 y 140 millones de diabéticos en todo el mundo, y esta cifra podría duplicarse en el año 2025, la mayoría en países desarrollados. En Estados Unidos el CDC señala que entre 1990 y 2000 la prevalencia de diabetes ha aumentado un 49 % (de 4,9 a 7,3 %), estrechamente correlacionado con un aumento de la obesidad. En España hay pocos datos sobre tendencias. Las cifras publicadas de prevalencia varían entre 5,5 y 10,3%. Si se refieren a diabetes diagnosticada oscilan entre 2,8 y 6,4. Más del 90% de los diabéticos lo son de tipo II.

5.7.1. Mortalidad

La siguiente tabla muestra los fallecidos por diabetes en el año 1999, su mortalidad proporcional, la tasa bruta (por 100.000 habitantes), la tasa estandarizada según la población europea total de 1990 y la razón de masculinidad:

Sexo	Fallecidos DM	Mortalidad proporcional	Tasa bruta	Tasa estandarizada	Razón de masculinidad
Varón	279	1,42	11,28	13,90	
Mujer	425	2,24	15,90	11,39	
Total	704	1,85	13,68	12,39	1,22

Tabla 5.7.1.1. Defunciones totales y mortalidad proporcional por diabetes mellitus. 1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.
Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

Como puede apreciarse en el gráfico 5.7.1.1., la mortalidad por diabetes mellitus no adquiere importancia hasta pasados los sesenta años, edad a partir de la que se produce un crecimiento exponencial.

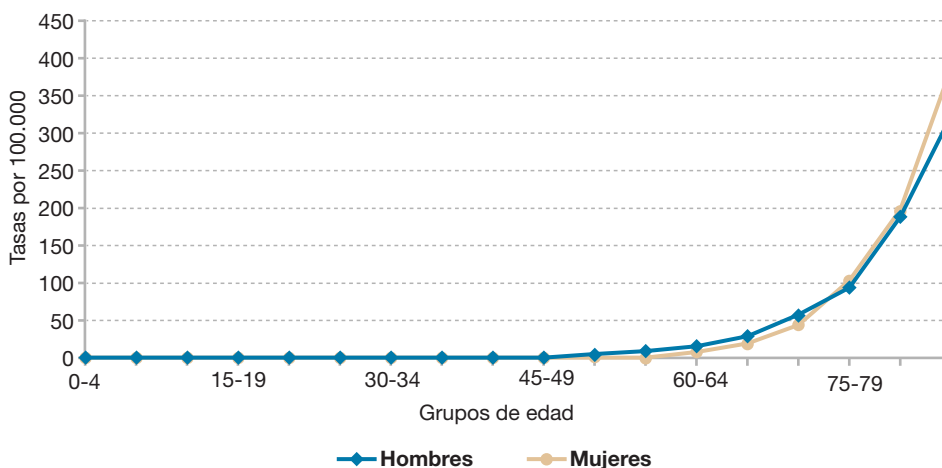


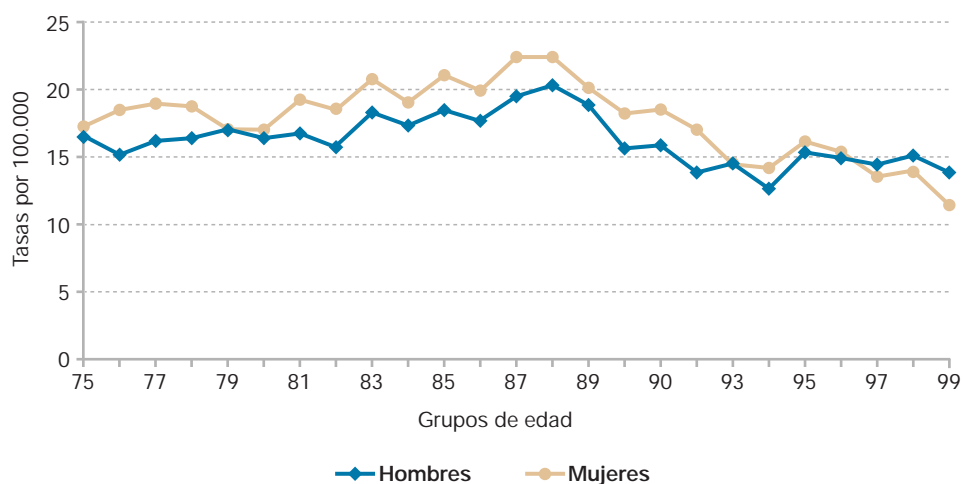
Gráfico 5.7.1.1. Distribución por edad y sexo de la mortalidad por DM. Años 1995-1999.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid.
Fernández Cordón JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.

La siguiente figura muestra la tendencia temporal de las tasas de mortalidad de Diabetes Mellitus desde el año 1975:

Grafico 5.7.1.2. Mortalidad por diabetes mellitus. Comunidad de Madrid.

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Fernández Cordon JA. Proyecciones de población y de hogares de la Comunidad de Madrid 1996-2011. Tomo I: Proyecciones básicas por sexo y edad. Instituto de Estadística. Consejería de Hacienda. Comunidad de Madrid, 1998.



Se observa un aumento hasta el año 1988, y desde aquí un pronunciado descenso hasta el año 1993. Desde mediados de la década de los noventa, la mortalidad femenina sufre un acentuado descenso, de manera que a finales de la misma es inferior a la de los varones

5.7.2. Morbilidad

En la tabla 5.7.2.1. se muestra la incidencia de Diabetes Mellitus tipo 1 (insulino dependiente) en menores de 15 años, recogidos por el Registro de D.M. de la Comunidad de Madrid, desagregados por edad y sexo que se han diagnosticado durante el período 1996-2001.

Tabla 5.7.2.1. Incidencia anual de Diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años. Comunidad de Madrid 1996-2001.

Fuente: Registro de Incidencia de Diabetes Mellitus tipo I. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

	Varones Casos (tasas*)	Mujeres Casos (tasas*)	Total Casos (tasas*)
0 a 4 años	79 (13,2)	67 (11,7)	146 (12,5)
5 a 9 años	102 (14,3)	116 (19,4)	218 (17,8)
10 a 14 años	132 (18,7)	105 (15,8)	237 (17,3)
TOTAL	313 (16,2)	288 (15,7)	601 (16,0)

* por 100.000 habitantes

La tasa total ocupa posiciones intermedias respecto a otras regiones españolas: Cataluña (13,3), Navarra (14,1), Málaga (19,4) y Canarias (23,2). Sin embargo llama la atención la elevada incidencia en menores de 5 años. La Comunidad de Madrid ocupa el puesto 11 de los 36 registros europeos que forman parte del proyecto Eurodiab-ACE.

La incidencia registrada durante el periodo 1996 a 2001 permanece estable. El grupo de 5 a 9 años mantiene, a excepción del año 1996, las mayores incidencias mientras que los más pequeños (0 a 4 años) registran menores tasas (Gráfico 5.7.1.3.)

Tasa por 100.000 habitantes

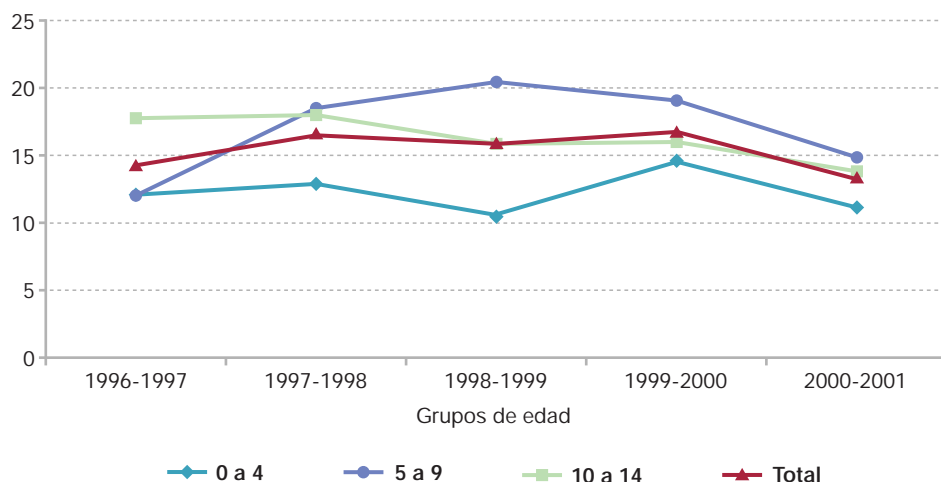


Gráfico 5.7.1.3. Evolución de la incidencia de Diabetes Mellitus según grupos de edad en la Comunidad de Madrid, 1996-2001.

Fuente: Registro de Incidencia de Diabetes Mellitus tipo I. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

A partir de los datos suministrados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid se ha podido realizar una estimación de la prevalencia de Diabetes Mellitus para los años 1996 y 2000, tomando como base la prescripción de antidiabéticos. (Tabla 5.7.1.1.).

Prevalencia de:	1996	2000	Incremento
Diabetes diagnosticada	2,59% (129.961)	3,19% (161.875)	23%
D. farmacotrataada	2,00% (100.752)	2,56% (130.167)	28%
Tratamiento sólo con dieta	0,58% (29.208)	0,63% (31.782)	8%
Tratamiento sólo con insulina	0,74% (37.216)	0,91% (46.100)	23%
Tratamiento sólo con ADO	1,23% (61.766)	1,52% (77.359)	24%
Terapia mixta (insulina+ADO)	0,04% (1.770)	0,13% (6.707)	275%

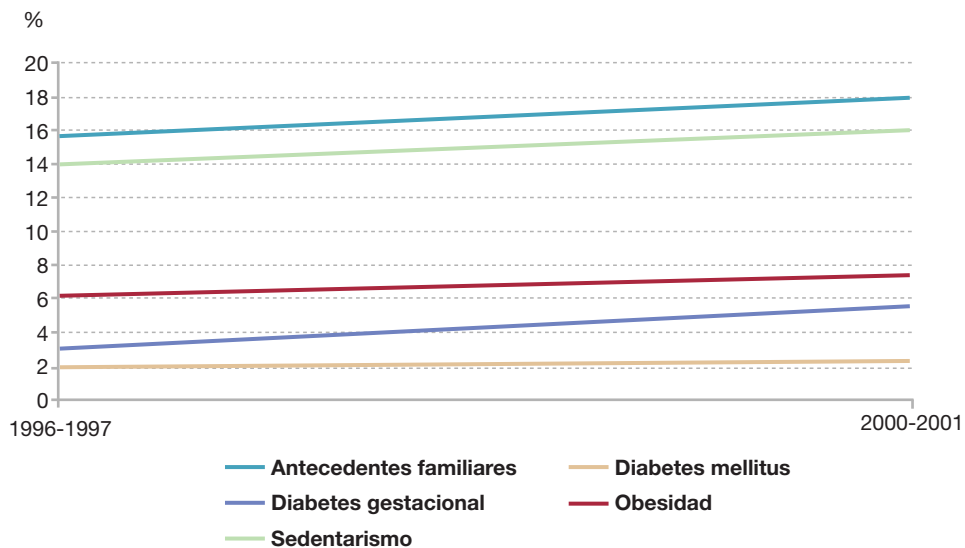
Tabla 5.7.1.1. Estimación de la prevalencia de Diabetes Mellitus en la Comunidad de Madrid.

Fuente: Red de Médicos Centinela (RMC). Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La prevalencia de diabetes diagnosticada ha pasado de 2,59 a 3,19, un aumento del 23% en 4 años. Es decir, hay 30.000 diabéticos más. Es consistente con aumentos detectados en otros países, como EEUU. Este aumento puede deberse a un mejor diagnóstico, a un aumento real de la prevalencia o a ambos.

Gráfico 5.7.1.4. Prevalencia de factores de riesgo de Diabetes Mellitus en la Comunidad de Madrid .

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1995-99. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles. Adultos (SIVFRENT-A) 1999-01. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Durante el período 1996-97 a 2000-01, la prevalencia de todos los factores de riesgo ha aumentado, incluso en mayor proporción que la de la propia enfermedad (D.M. referida por el propio enfermo).

5.8. Trastornos del comportamiento alimentario

Se incluye bajo esta denominación un grupo de enfermedades psicosomáticas graves de etiología multifactorial en las que los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial. Tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para la aparición de estos trastornos. Incluyen dos enfermedades específicas (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa) y los cuadros atípicos que no llegan a cumplir la totalidad de los criterios para ser incluidos en alguno de los trastornos específicos

Los trastornos alimentarios evolucionan de forma gradual desde conductas leves y transitorias hasta entidades clínicas mayores bien definidas. Algunos de los síntomas son muy frecuentes entre la población pero no conllevan necesariamente riesgo, por lo que es necesario diferenciar estos síntomas de aquellos que con alta probabilidad pueden derivar en un Trastorno del Comportamiento Alimentario.

5.8.1. Prevalencia de conductas de riesgo

En general, en casi todas las conductas o criterios de riesgo definidos, el predominio femenino es estadísticamente significativo. Las mayores diferencias según el género se observan en la insatisfacción corporal (23,4% de las chicas frente al 2,5% de los varones), la obsesión por la delgadez (18,4% frente a 1,4%) y el hecho de haberse provocado el vómito para controlar o perder peso. Sin embargo la práctica de ejercicio excesivo con el objetivo de controlar peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa es significativamente más alta en los varones (tabla 5.8.1.1.).

	%, (I. de C. 95%)		P
	Hombres (N = 1.913)	Mujeres (N = 2.421)	
1. "DIETA"			
Peso observado ≤85% del "ideal"	12,4 (10,7-14,2)	12,4 (10,8-13,9)	NS
Pérdida de 5 Kgs. o más por dieta en el último año	5,2 (4-6,4)	12,8 (11,2-14,4)	**
Uso de píldoras adelgazantes, al menos un episodio en el último año	0,7 (0,2-1,1)	4,4 (3,5-5,3)	**
Ejercicio excesivo con el objetivo de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa, en las últimas 4 semanas (más de una hora al día o más de 7 horas a la semana pero no todos los días)	8,2 (6,9-9,5)	5,3 (4,3-6,2)	**
Puntuación en la escala de Obsesión por la delgadez (EDI) ≥12	1,4 (0,9-1,8)	18,4 (16,7-20,1)	**
Puntuación en la escala de Insatisfacción corporal (EDI) ≥16	2,5 (1,8-3,2)	23,4 (21,6-25,3)	**
2.CONDUCTA PURGATIVA/"ATRACONES"			
Vómitos autoinducidos para controlar/perder peso al menos un episodio en el último año	1,3 (0,8-1,8)	14,6 (13-16,1)	**
Uso de laxantes para controlar/perder peso, al menos un episodio en el último año	0,7 (0,3-1,1)	5,7 (4,5-6,9)	**
Uso de diuréticos para controlar/perder peso al menos un episodio en el último año	0,3 (0,04-0,6)	4 (3,1-4,8)	**
Puntuación en escala de Bulimia(EDI) ≥ 7	4 (3,1-4,8)	3,7 (3-4,4)	NS

NS= no significativo; *p<0,05; **p<0,001
EDI= Eating Disorders Inventory

5.8.2. Prevalencia de población con riesgo

Se consideró población con riesgo de TCA por la presencia de dos o más síntomas claves del trastorno, diferenciando los síntomas propios de la anorexia nerviosa restrictiva, agrupados en la denominación de 'dieta', y los de la bulimia nerviosa en el grupo de 'atracones/conducta purgativa'. En la tabla 5.8.2.1. se indican las prevalencias de los dos grupos de población con riesgo, según género.

En todos los grupos considerados, la prevalencia femenina es considerablemente superior (estadísticamente significativa) a la masculina, incluyendo los que presentan además un trastorno mental leve.

	Hombres (N = 1.913)		Mujeres (N = 2.421)		P
	Nº	%, (I. de C. 95%)	Nº	%, (I. de C. 95%)	
Sólo "Dieta"	32	1,7 (1,2-2,2)	79	3,3 (2,5-4,1)	*
Solo "Conducta purgativa-atracones"	4	0,2 (0,0-0,4)	182	7,5 (6,7-8,7)	**
Ambos tipos	6	0,3 (0,1-0,6)	109	4,5 (3,7-5,5)	**
Cualquiera de los dos tipos	42	2,2 (1,6-2,8)	370	15,3 (13,8-16,9)	**
Cualquiera de los dos tipos + Amenorrea	-	-	41	1,7 (1,1-2,4)	-
Cualquiera de los dos tipos + 'GHQ-28' ≥7	15	0,8 (0,4-1,2)	232	9,9 (8,6-11,2)	**

NS = no significativo; *p<0,05; **p<0,001
GHQ-28 = General Health Questionnaire

Tabla 5.8.1.1. Prevalencia de conductas de riesgo de TCA y su diferencia según género, en una muestra de 4.334 adolescentes. Comunidad de Madrid 1998-99.

Fuente: Encuesta de Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 67. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Tabla 5.8.2.1. Prevalencia de población con riesgo de TCA, según género en una muestra de 4.334 adolescentes. Comunidad de Madrid 1998-99.

Fuente: Encuesta de Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 67. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

5.8.3. Factores asociados

La población de riesgo muestra mayor prevalencia de síntomas como perfeccionismo, trastorno de la conciencia interoceptiva, percepción por el sujeto de ineficacia personal, y desconfianza interpersonal. También muestra mayor prevalencia de síntomas somáticos indicativos de trastorno mental leve, entre los que destacan: ansiedad e insomnio, síntomas depresivos y de disfunción social.

Entre las mujeres incluidas en la población de riesgo, comparadas con el resto, se observa mayor prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes o medicamentos para dormir sin receta médica, así como consumo de hachís, cocaína, y otras drogas.

Respecto a las relaciones con miembros familiares cercanos, en la población con riesgo se observa mayor prevalencia de conflictividad familiar, así como una mayor necesidad de consulta con psicólogo o psiquiatra en los últimos 12 meses por miembros familiares cercanos.

Por último, otras asociaciones encontradas se refieren a la nota media de sobresaliente en el último curso en los chicos, la menor edad de la menarquia y la mayor talla en las chicas, y el estrato 'resto de Madrid' respecto a 'municipio de Madrid'.

Todos estos factores deben interpretarse como factores que se observan con mayor prevalencia en la población de riesgo, sin poder llegar a considerarlos factores de riesgo, ya que no conocemos si su aparición es anterior, simultánea o incluso consecuencia de los síntomas de TCA.

5.8.4. Prevalencia de casos clínicos

En la tabla 5.8.4.1. se indica la prevalencia actual¹¹ y acumulada¹² de TCA, obtenida mediante entrevista clínica en una muestra de 1.248 alumnas de la Comunidad de Madrid, realizada en 2000-01.

Mediante esa entrevista se diagnosticaron un total de 42 casos lo que supone una tasa de prevalencia actual de un 3,4%(1,9-4,9). A esta cifra hay que añadir dos casos de anorexia nerviosa y dos casos de bulimia nerviosa ya tratadas y actualmente en remisión, lo que arroja una prevalencia acumulada de casos del 3,7% (2,1-5,3).

Tabla 5.8.4.1. Prevalencia de casos de TCA (N = 1248).

Fuente: Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Bol. Ep. De la Comunidad de Madrid Vol. 8, Nº 10.

ACTUAL	Nº	%	I. DE C.
Anorexia nerviosa	7	0,6	0,1-1
Bulimia nerviosa	8	0,6	0,2-1,1
T.C.A.N.E.*	27	2,1	1-3,3
Total	42	3,4	1,9-4,9
ACUMULADA			
Total	46	3,7	2,1-5,3

*T.C.A.N.E.= Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificados

11- Porcentaje de población que ha tenido al menos un TCA durante el último año
12- Porcentaje de población que ha tenido al menos un TCA alguna vez en su vida.

Asumiendo estas prevalencias para el conjunto de la población femenina adolescente, en la Comunidad de Madrid, unas 5.000 de estas personas padecerían estos trastornos del comportamiento alimentario.

Edita

Instituto de Salud Pública
de la Comunidad de Madrid
C/ Julián Camarillo, 4 • 28037 Madrid
Teléfono/ 902 545 100
Fax/ 91 205 21 09

Maquetación y Producción

Graciela Varela

Depósito Legal

M-37858-2003



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD



Instituto de Salud Pública



Madrid