

Modelo de alimentación de los menores de 4 años y adherencia a la dieta mediterránea de sus familias en Murcia

Introducción

La alimentación en los primeros 1000 días de vida es determinante para la salud a corto, medio y largo plazo y, por su contribución a la epidemia de obesidad, constituye uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud pública actuales. Pese a que hay importantes lagunas de conocimiento en la comprensión de los mecanismos etiológicos, biológicos y conductuales, existen periodos cronobiológicos como el embarazo y el primer año de vida que son críticos para el desarrollo de la obesidad. Las prácticas de lactancia, la introducción de alimentos (6-12 meses) y la alimentación complementaria (12-36 meses) son hechos clave en esta etapa al coincidir con importantes cambios en la ingesta de nutrientes y con el periodo madurativo de desarrollo de las preferencias y creación de los hábitos alimentarios (1).

El exceso de peso es un grave problema de salud en la infancia. En la Región de Murcia, la prevalencia de sobrepeso a los 3 años es del 15,0% y de obesidad del 7,0%, incrementándose progresivamente según aumenta la edad del niño hasta valores de sobrecarga ponderal por encima del 45% (2).

El patrón de alimentación de la dieta mediterránea está aceptado como un modelo con un claro papel protector frente a las enfermedades crónicas no transmisibles y al aumento de peso a largo plazo. Una mayor adherencia a una alimentación mediterránea se asocia con una reducción en la mortalidad total, siendo los componentes individuales que más contribuyen una baja ingesta de carne y derivados y un alto consumo de verduras, frutas, frutos secos, aceite de oliva y legumbres (3).

Los niños pequeños requieren de un adulto para comer, por lo que su ingesta se ve condicionada por las creencias de este con respecto a la

SUMARIO

ARTÍCULO

Modelo de alimentación de los menores de 4 años y adherencia a la dieta mediterránea de sus familias en Murcia

NOTICIAS BREVES

- Protección de la vacuna de la gripe frente a casos graves y mortalidad en las temporadas 2013/2014 y 2014/2015

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 29 a 32.



cantidad y calidad y por el modelo de alimentación establecido en el entorno familiar. Este patrón familiar incluye aspectos relacionados con la estacionalidad y la sostenibilidad de los alimentos predominantes en el hogar y la sociabilidad y frugalidad de las comidas (4).

Dado que los hábitos alimentarios y el estado nutricional de estos menores están determinados por las prácticas de alimentación de las familias, se persigue como objetivo caracterizar detalladamente su consumo de alimentos para realizar un análisis del riesgo alimentario y determinar su relación con el patrón de dieta mediterránea de los familiares responsables de su alimentación y cuidado.

Material y Método

Se realizó un estudio transversal en menores de 4 años, escolarizados en las 7 Escuelas Infantiles del Ayuntamiento de Murcia. Se invitó a participar a las familias de todos los matriculados entre mayo y julio de 2013. Se excluyeron del estudio los niños con pautas alimentarias o patrones de crecimiento muy modificados (prematuros y con necesidades educativas especiales).

Se diseñó un cuestionario para ser cumplimentado por el padre, madre o tutor/a con la intermediación y apoyo de sus educadoras/es. Incluyó datos de los menores sobre alimentación y estilos de vida, modelo de lactancia, patrón de diversificación y un test de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo (adaptado del Estudio Perseo), con 23 grupos de alimentos, tamaño medio de la ración ajustada a la edad y 8 categorías de consumo (desde nunca o casi nunca hasta 3 o más al día). Se comparó con las recomendaciones sobre lactancia de la OMS (6 meses de lactancia materna exclusiva y mantenimiento hasta los 2 años con alimentación complementaria), con la introducción de alimentos recomendada por la ESPAGHAN (5) y con el patrón alimentario de las guías de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Se valoró también el crecimiento, desarrollo y estado ponderal recopilando los valores antropométricos más recientes registrados en la cartilla de salud infantil, interpretándose según los estándares de la OMS.

Además, se caracterizó el entorno alimentario del hogar mediante variables demográficas y socioeconómicas básicas del familiar responsable y la adecuación de su alimentación al patrón mediterráneo mediante MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener), un cuestionario de 14 ítems (0-14 puntos) validado en el estudio Predimed (Buena adherencia ≥ 10 puntos).

Las familias fueron informadas sobre los fines, el procedimiento y el tratamiento y protección de los datos y se recogió por escrito el consentimiento informado explícito.

Los datos se analizaron con el programa IBM SPSS versión 20.0, empleando pruebas bilaterales y estableciendo la significación estadística en 0,05. En la comparación de proporciones se utilizó la prueba de Ji Cuadrado, para comparar valores medios de las variables continuas, t de Student o el análisis de la varianza (ANOVA). Para las comparaciones post hoc de múltiples categorías se usó el ajuste DMS o Bonferroni. La fuerza de la asociación entre la exposición a un ambiente familiar con seguimiento de la dieta mediterránea y el patrón de alimentación de los niños se calculó mediante odds ratio.

Resultados

Descripción de la población

Se invitó a participar a las familias de 465 menores matriculados en el momento del estudio, de los cuales respondieron 380 niños de entre 6 y 45 meses (tasa de respuesta del 81,7%) cuyas características sociodemográficas se muestran en la tabla 1. Se excluyeron 7 niños con requerimientos alimentarios altamente modificados. El 5,1% de los encuestados necesitaban adaptaciones alimentarias moderadas (4,8% por alergias o intolerancias y 0,3% por enfermedades metabólicas) y 71% utilizaban el servicio de comedor de la escuela infantil.

Los familiares de referencia fueron mayoritariamente las madres (90,7%), el 69,8% trabajaba fuera de casa, un 19,5% eran familias numerosas y 3,7% monoparentales. El 46% ocupaban la posición de hermanos menores.

Tabla 1. Características de la población de estudio. Menores de 4 años. Murcia.

Variable	N (%) o media±DE
Características de los menores	
Sexo	
Niñas	174 (46,5)
Grupos de edad	
< 24 meses	74 (19,8)
≥ 24 meses	300 (80,2)
Edad media en meses	30,5 ± 2,0
Peso al nacimiento	
Peso ≤ 3.500 g	232 (72,7)
Peso > 3.500 g	87 (27,3)
Peso medio al nacer (gramos)	3.208 ± 0,6
Estado ponderal (z-score peso/estatura)	
Obesidad	13 (4,0)
Sobrepeso	47 (14,6)
Normopeso	250 (77,6)
Bajo peso	12 (3,7)
Características de los familiares responsables	
Nacionalidad	
Española	296 (91,9)
Extranjera	26 (8,1)
Sudamericana	12 (4)
Edad media (años)	34,7 ± 4,6
Nivel educativo	
Estudios Universitarios	141 (45,5)
Estudios Secundarios	106 (34,2)

N: número. DE: Desviación estándar.

Modelo de lactancia

La duración media de la lactancia materna exclusiva fue de $4,1 \pm 2,0$ meses, 78,3% hasta los tres meses o más y 24% durante 6 o más meses. La lactancia materna no exclusiva se mantuvo hasta $6,8 \pm 4,5$ meses y la lactancia mixta se inició a los $4,9 \pm 3,3$ meses. Todos los indicadores presentaron mejores cifras cuando el familiar responsable mostraba un buen seguimiento de la dieta mediterránea en el hogar, resultando significativo para la duración de la lactancia materna exclusiva (Tabla 2). Las madres con formación universitaria presentan significativamente mejores indicadores de lactancia materna, inicio de diversificación e introducción de la leche de vaca. No se encuentran estas diferencias al comparar la situación de las madres que trabajan fuera de casa.

Modelo de diversificación

El inicio de la diversificación alimentaria se realizó a los $5,1 \pm 1,2$ meses, comenzando con fruta el 72,4%. El 38% de los niños iniciaron la diversificación antes de los 5 meses. La edad media de introducción de distintos tipos de alimentos se ajustó en gran medida a las recomendaciones salvo para el gluten ya que el 59,5% lo introdujo antes de los 4 o después de los 7 meses (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo de exceso de peso infantil y de desajuste nutricional, según calidad de la dieta mediterránea (DM) del familiar responsable de la alimentación del menor. Menores de 4 años. Murcia.

	Mala calidad DM familiar responsable			Buena calidad DM familiar responsable			Total			p
	N	Media	DE	N	Media	DE	N	Media	DE	
Peso al nacimiento (kg)	160	3,2	0,6	146	3,1	0,6	306	3,2	0,6	0,25
Duración lactancia materna exclusiva (meses)	136	3,7	2,0	117	4,2	2,0	253	4,1	2,0	0,04
Extensión lactancia materna no exclusiva (meses)	149	6,9	4,7	129	6,6	4,2	278	6,8	4,5	0,97
Inicio lactancia mixta (meses)	113	4,4	3,1	98	5,2	3,4	211	4,9	3,3	0,06
Inicio diversificación alimentaria (meses)	162	5,0	1,1	143	5,2	1,2	305	5,1	1,2	0,18
Introducción gluten (meses)	135	7,1	1,9	133	7,2	1,9	268	7,2	1,9	0,28
Introducción leche de vaca (meses)	93	16,7	5,3	76	16,8	5,6	169	16,7	5,4	0,88

N: número. DE: Desviación estándar. DM: dieta mediterránea.

Patrón de alimentación de los menores

Al comparar con las frecuencias recomendadas, se observa un deficiente consumo de alimentos característicos de la dieta mediterránea: pan, legumbres, fruta, verdura y pescado azul y una alta frecuencia de consumo de alimentos propios de un patrón occidental que no aportan suficiente

densidad de nutrientes. Aproximadamente la mitad de los niños consumen con más frecuencia de la ocasionalmente recomendada zumos industriales, aperitivos salados y embutidos, y una tercera parte bollería industrial, caramelos y chucherías (Tabla 3). Tan solo cumplen la recomendación "5 al día" el 13,9%.

Tabla 3. Adecuación de la frecuencia de consumo de grupos de alimentos a las recomendaciones en niños de 2 a 4 años. Murcia.

Grupos de alimentos	N	Consumo respecto a la recomendación			Criterio adecuación
		Inferior (%)	Adecuado (%)	Superior (%)	Recomendación
Pan	270	63,7	36,3		≥ 2 veces/día
Arroz	276	5,8	89,5	4,7	1-4 veces/semana
Pasta	273	6,2	90,5	3,3	1-4 veces/semana
Patatas	274	17,9	73,7	8,4	2-6 veces/semana
Legumbres	273	28,2	65,2	6,6	2-4 veces/semana
Fruta	277	52,7	47,3		≥ 2 veces/día
Ensalada	259	50,6	49,4		≥ 5-6 veces/semana
Verduras	272	60,3	39,7		1-2 veces/día
Leche	281	34,5	65,5		≥ 2 veces/día
Productos lácteos	280	15,0	36,1	48,9	1 vez/día
Carne blanca	276	8,7	67,4	23,9	2-4 veces/semana
Carne roja	277	19,7	75,5	4,8	1-4 veces/semana
Embutidos	259		44,0	56,0	≤ 3 veces/mes
Pescado blanco	276	25,7	66,7	7,6	2-4 veces/semana
Pescado azul	261	40,6	57,5	1,9	1-4 veces/semana
Huevos	280	45,8	52,1	2,1	2-4 veces/semana
Comida rápida	260		82,7	17,3	≤ 3 veces/mes
Bollería	265		61,5	38,5	≤ 3 veces/mes
Chucherías	265		64,9	35,1	≤ 3 veces/mes
Aperitivos salados	277		41,5	58,5	≤ 3 veces/mes
Zumos industriales	268		48,9	51,1	≤ 3 veces/mes
Refrescos	220		92,6	7,4	≤ 3 veces/mes
Preparados infantiles	94		78,2	21,8	≤ 3 veces/mes

N: número.

Patrón de alimentación del familiar responsable

El patrón alimentario de las familias se caracterizó por reducidos consumos de frutas, verduras, legumbres, pescado y frutos secos entre el 23% y

el 70% de familiares, y por consumos superiores de refrescos y repostería en el 28%. La puntuación media MEDAS fue de $9,3 \pm 1,8$ puntos sobre un total de 14 y se clasificó con buena adherencia al 46,3% de la muestra (Tabla 4).

Tabla 4. Ambiente alimentario del hogar. Cumplimiento de las recomendaciones de la dieta mediterránea por el familiar responsable de menores de 4 años. Murcia.

Criterio Predimed	N	Adecuación	
		Sí %	No %
Uso básico aceite de oliva para cocinar	358	96,6	3,4
≥ 40 ml de aceite de oliva/día	352	74,1	25,9
≥ 2 raciones de verduras/día	355	76,1	23,9
≥ 3 piezas de fruta/día	352	49,4	50,6
< 1 ración de carne roja/día	356	84,0	16,0
< 1 ración de mantequilla o nata/día	355	81,1	18,9
< 1 refresco azucarado/día	355	72,1	27,9
≥ 3 raciones de legumbres/semana	353	59,8	40,2
≥ 3 raciones de pescado/semana	355	51,3	48,7
< 3 productos repostería industrial/semana	353	72,5	27,5
≥ 3 raciones de frutos secos/semana	362	31,5	68,5
Preferencia de carne blanca vs. roja	353	93,2	6,8
≥ 2 Sofritos, ajo, cebolla/semana	356	78,9	21,1
Buena Adherencia a DM (≥ 10 puntos)	353	46,3	53,7

N: número. DM: dieta mediterránea.

Relaciones entre el patrón de dieta del responsable familiar y el de sus hijos/as

Una buena adherencia al patrón de dieta mediterránea del familiar responsable se asocia con una mayor duración en meses de la lactancia materna exclusiva (OR:1,7, IC95%:1,3-3,1) (p:0,04). El consumo adecuado de verduras en los menores está relacionado con una buena adherencia a la dieta mediterránea (OR:2,2, IC95%:1,4-3,5) (p:0,001) así como con un consumo adecuado de verduras y hortalizas por sus familiares (OR:1,8, IC95%:1,1-3,4) (p:0,05). De igual modo, el consumo de pescado azul en los menores, se asocia con un buen modelo de alimentación mediterránea en sus familias (OR:1,6, IC95%:1,6-2,6) (p:0,03).

Discusión

El modelo de lactancia y diversificación muestra un patrón alejado de las recomendaciones, alcanzando tan solo el 24% la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Estas cifras son inferiores a los resultados de la última encuesta nacional de salud (ENS 2011/2012) que sitúan este valor en torno al 28,5%. Este indicador se relaciona positivamente con una mayor adherencia a la dieta mediterránea y un mayor nivel educativo del familiar responsable, pero no muestra relación significativa con el trabajo fuera del hogar de la madre. El resto de indicadores no presentan diferencias significativas probablemente debido a que la alimentación de los menores de 24 meses está protocolizada en el

Programa de Atención al Niño y al Adolescente y se realiza un consejo individualizado en las visitas de control del niño sano en atención primaria.

Se muestran resultados preocupantes en los consumos infantiles (2-4 años) inadecuados, por defecto en frutas, verduras, legumbres, pescado azul y leche; y por exceso de embutidos, aperitivos salados y zumos industriales en más de la mitad de los menores y de bollería y chucherías en más de un tercio de estos. Comparando con las frecuencias de consumo del grupo de edad de 1-3 años de la Encuesta Nacional de Alimentación en la población Infantil y Adolescente (ENALIA 2013-2014), nuestra muestra presenta menores deficiencias en el consumo de frutas (52,7% vs. 70%) y pescado azul (40,6% vs. 90,5%), mayor en el consumo de verduras (60,3% vs. 47,5%) y más exceso de consumo de bollería industrial (38,5% vs. 20,3%). El patrón favorable en frutas y pescado azul podría atribuirse al menú escolar equilibrado en estos centros educativos.

El modelo alimentario de los familiares y de sus hijas/os coinciden en ser deficientes en similares componentes esenciales de la dieta mediterránea: frutas, verduras, legumbres y pescados. Más del 40% de los familiares adultos incumplen recomendaciones clave del modelo mediterráneo (frutas, legumbres, pescado y frutos secos). No obstante, el 46,3% presentan una alta adherencia a la dieta mediterránea y la puntuación media del test se sitúa en $9,3 \pm 1,8$ lo que define a esta población con un patrón aceptable de alimentación. En comparación con otros estudios

donde se ha utilizado el cuestionario Predimed en población general, nuestra muestra tiene mejor adecuación en verduras, frutas, legumbres, frutos secos y preferencia por la carne blanca. Una mejor adherencia se asocia con incrementos en la duración de la lactancia materna exclusiva y consumo adecuado de verdura y pescado en los niños/as. El consumo de verduras de los responsables se asocia con un patrón similar en los hijos/as conforme se demuestra en otros estudios recientes (6). Un entorno alimentario favorable en el hogar influye significativamente en el incremento del consumo de frutas y verduras de los niños y en los tamaños de las raciones. La educación materna y el nivel socioeconómico familiar están asociados con una alimentación de mejor calidad y, como en nuestro ámbito, cuando son precozmente escolarizados, incorporan el aprendizaje alimentario de sus iguales (7).

El perfil predominante del familiar responsable corresponde a madres con alto nivel formativo (estudios secundarios o universitarios 78,7% vs. 47% en la Región de Murcia), que trabajan fuera de casa y requieren mayoritariamente el servicio de comedor de la escuela infantil, con la consiguiente limitación para generalizar los resultados. El estudio se aplicó sobre toda la población escolarizada en escuelas infantiles de gestión directa del Ayuntamiento de Murcia, de forma que los resultados de la investigación permiten identificar una serie de factores modificables como áreas diana de intervenciones de promoción de salud en estos centros. Además, proporciona información para orientar las políticas alimentarias desde la administración pública con el fin de hacer frente al exceso de peso infantil.

En conclusión, el modelo alimentario de los menores de 4 años escolarizados en las escuelas infantiles municipales está alejado del patrón mediterráneo y se asocia con una baja adherencia a la alimentación mediterránea del familiar responsable de su cuidado. La aplicación de estrategias de intervención comunitaria en promoción de salud que incidan sobre estas prácticas de alimentación y el modelo familiar en los primeros años de la vida favorecerá el desarrollo de comportamientos alimentarios saludables en la población infantil.

Agradecimientos

Al personal de las escuelas infantiles municipales por su colaboración en el trabajo de campo.

Autoría

Begoña Patiño-Villena (1), María Dolores Chirlaque López (2), Diego Salmerón Martínez (2), Carmen Navarro Sánchez (2), Eduardo González Martínez-Lacuesta (1).

(1) Servicios Municipales de Salud. Concejalía de Deportes y Salud. Ayuntamiento de Murcia.
(2) Servicio de Epidemiología, Consejería de Salud, IMIB-Arrixaca, Murcia, España. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España. Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias. Universidad de Murcia, Murcia, España.

Bibliografía

- 1 Blake-Lamb TL, Locks LM, Perkins ME, et al. Interventions for childhood obesity in the first 1,000 days: A systematic review. *Am J Prev Med.* 2016; 50(6):780-789. doi: 10.1016/j.amepre.2015.11.010.
- 2 Espín Ríos MI, Pérez Flores D, Sánchez Ruíz JF, Salmerón Martínez D. Prevalencia de obesidad infantil en la Región de Murcia, valorando distintas referencias para el índice de masa corporal. *An Pediatría.* 2013; 78(6):374-81.
- 3 Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ.* 2009; 338:b2337. doi: 10.1136/bmj.b2337.
- 4 Pereira-da-Silva L, Rêgo C, Pietrobelli A. The Diet of Preschool Children in the Mediterranean Countries of the European Union: A Systematic Review. Morales Suárez-Varela MM, ed. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2016;13(6):572. doi:10.3390/ijerph13060572.
- 5 Fewtrell M. et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2017; 64(1):119-132.
- 6 Wyse R, Campbell E, Nathan N, Wolfenden L. Associations between characteristics of the home food environment and fruit and vegetable intake in preschool children: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2011;11:938. doi:10.1186/1471-2458-11-938.
- 7 Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ.* 2009; 338:b2337. doi: 10.1136/bmj.b2337.

Situación regional. Semanas 29 a 32 (17/07/2017 a 13/08/2017).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 29			SEMANA 30			SEMANA 31			SEMANA 32			SEMANA 29 a 32		
	2017	2016	MEDIANA	2017	2016	MEDIANA	2017	2016	MEDIANA	2017	2016	MEDIANA	2017	2016	MEDIANA
Tox infecciones alimentarias	1	15	5	1	0	1	4	1	1	2	6	6	8	22	22
Gripe	5	10	7	1	6	7	2	6	5	1	2	5	9	24	25
Legionelosis	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	1	4	1	2
Otras meningitis	0	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	2	4	2
Parotiditis	1	0	1	2	0	0	6	0	1	3	0	1	12	0	5
Varicela	42	145	157	22	94	99	16	59	61	13	40	48	93	338	373
Tos ferina	2	0	1	2	0	0	3	0	1	1	0	0	8	0	2
Infección gonocócica	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2	2	0	4
Sífilis	3	0	0	1	0	1	0	1	2	1	1	1	5	2	5
Hepatitis A	4	0	0	5	0	0	4	1	0	5	1	0	18	2	1
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Paludismo	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1
Zika	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Tuberculosis	0	5	4	2	4	4	3	3	3	2	1	2	7	13	13
Infección por VIH/SIDA	0	0	2	1	1	1	0	3	3	0	1	1	1	5	7

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

Distribución por áreas de salud. Semanas 29 a 32 (17/07/2017 a 13/08/2017).

ENFERMEDAD	MURCIA OESTE		CARTAGENA		LORCA		NOROESTE		ALTIPLANO		VEGA MEDIA DEL SEGURA		MURCIA ESTE		MAR MENOR		VEGA ALTA DEL SEGURA		TOTAL	
	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.
Población (Padrón 2016)	258537		283600		173232		71039		59399		262595		197548		104059		54838		1464847	
Tox infecciones alimentarias	1	12	0	4	0	0	1	1	0	1	0	11	2	12	4	4	0	0	8	45
Gripe	1	2796	3	2050	3	1019	0	442	1	445	1	2535	0	2309	0	1249	0	709	9	13554
Legionelosis	1	3	0	1	1	3	0	0	0	0	1	4	1	2	0	0	0	0	4	13
Otras meningitis	0	4	0	5	0	4	0	0	0	0	0	9	2	13	0	7	0	4	2	46
Parotiditis	3	21	2	8	0	4	0	4	0	2	2	17	2	13	2	4	1	1	12	74
Varicela	14	607	13	979	28	674	5	77	0	14	10	167	11	279	10	139	2	125	93	3061
Tos ferina	2	6	1	3	0	1	0	0	0	0	4	6	1	4	0	1	0	0	8	21
Infección gonocócica	2	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0	0	2	11
Sífilis	1	6	0	2	1	4	0	1	0	0	1	13	1	10	1	1	0	1	5	38
Hepatitis A	0	32	6	42	2	9	0	2	1	4	4	23	5	21	0	7	0	14	18	154
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2
Paludismo	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	6
Zika	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tuberculosis	0	16	1	18	3	12	0	3	0	0	3	14	0	6	0	3	0	2	7	74
Infección por VIH/SIDA	0	3	1	3	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	11

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

NOTICIAS BREVES

PROTECCIÓN DE LA VACUNA DE LA GRIPE FRENTE A CASOS GRAVES Y MORTALIDAD EN LAS TEMPORADAS 2013/2014 Y 2014/2015

En un reciente trabajo publicado en la revista canadiense CMAJ se tomaron 130 pacientes ingresados con gripe grave y 598 con gripe no grave tomándose un total de 1826 controles durante las temporadas gripales 2013/14 y 2014/15. El estudio se realizó con pacientes mayores de 65 años en 20 hospitales de Andalucía, Cataluña, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra y País Vasco.

Comparando con pacientes sin vacunar en la temporada actual y en las tres temporadas previas, la efectividad ajustada de la vacunación de gripe en la presente temporada y en cualquiera de las anteriores fue del 31% para prevenir el ingreso hospitalario por gripe no grave, del 74% para prevenir los ingresos en UVI y del 70% para prevenir la mortalidad. Los individuos que habían recibido la vacuna antigripal únicamente durante la temporada actual no presentaban efectos significativos en la protección frente a los casos graves de gripe. Entre los ingresados con gripe, estar vacunado en la temporada actual y en cualquiera de las temporadas previas redujo un 55% el riesgo de resultados graves.

Como conclusión comentan que la vacunación antigripal repetida fue elevadamente efectiva en la prevención de casos severos y fatales causados por el virus de la gripe en los adultos mayores de 65 años. La prevención de la infección severa y fatal causada por el virus de la gripe se observó principalmente en pacientes que fueron vacunados en la temporada actual y en la previa, lo que refuerza la recomendación de la vacunación anual frente a la gripe en adultos de mayor edad.

En un momento en que la vacunación antigripal puede estar discutida, este trabajo nos centra el foco en lo que es el objetivo del Programa de Vacunaciones frente a la gripe en España que no es el evitar los casos leves de gripe sino precisamente prevenir los casos graves y las muertes producidas por esta enfermedad.

Casado I, Domínguez Á, Toledo D, Chamorro J, Astray J, Egurrola M, Fernández-Sierra MA, Martín V, Morales-Suárez-Varela M, Godoy P, Castilla J; Project PI12/02079 Working Group. Repeated influenza vaccination for preventing severe and fatal influenza infection in older adults: a multicentre case-control study. CMAJ. 2018;190(1):E3-E12.

<http://www.cmaj.ca/content/190/1/E3>

Edita:

Servicio de Epidemiología.
D.G. de Salud Pública y Adicciones.
Consejería de Salud.
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.
Tel.: 968 36 20 39
Fax: 968 36 66 56
bolepi@carm.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:

M^a Dolores Chirlaque, Lluís Cirera,
Juan Francisco Correa,
Visitación García,
Ana María García-Fulgueiras,
Jesús Humberto Gómez,
José Jesús Guillén,
Olga Monteagudo, Carmen Navarro,
Jaime Jesús Pérez,
Carmen Santiuste.

Coordinador de Edición:

Jesús Humberto Gómez.

Coordinadora Administrativo:

Esperanza Ríos Molina,
Bárbara Lorente García

Suscripción: Envío Gratuito.

Solicitudes: bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia

D.L. MU-395-1987