

SUMARIO

| | |
|---|----------|
| Actividad física en el tiempo libre en la población de Navarra | 1 |
| Infección por el VIH y sida en Navarra, 2008 | 6 |
| Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 14 a 26 de 2009 | 8 |

ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE EN LA POBLACIÓN DE NAVARRA

Entre junio de 2004 y diciembre de 2005 se realizó una encuesta sobre una muestra aleatoria de la población de 35-84 años, dirigida a evaluar el riesgo vascular en la población de Navarra (estudio RIVANA). A partir de la información recogida en dicho estudio se ha analizado la práctica de actividad física en tiempo libre, la frecuencia de personas activas y la cantidad e intensidad de la actividad que desarrollan según edad y sexo.

Descripción de la muestra

El trabajo de campo se realizó entre junio de 2004 y diciembre de 2005, sobre una muestra aleatoria de la población de 35-84 años, estratificada por edad (35-44,45-54,55-64,75-84) y sexo, representativa de la población residente en Navarra. El marco muestral fue el Censo 2001. La tasa de respuesta fue 73% obteniéndose una muestra final de 4168 personas, 1893 hombres y 2275 mujeres. La recogida de datos se hizo mediante entrevista personal con un cuestionario estructurado.

Variables

La actividad física en tiempo libre se midió con el cuestionario de actividad física en tiempo libre de Minnesota (Minnesota leisure

time physical activity questionnaire: MLTPAQ), adaptado al español y validado para hombres y mujeres españolas. Cada participante, marcaba en un listado de actividades físicas las realizadas durante el último año. Posteriormente, el entrevistador, preguntaba para cada actividad señalada, la frecuencia de práctica en el último mes y año, y la duración media de esa práctica. Cada actividad física tiene asignada un código de intensidad obtenido a partir de situaciones experimentales estandarizadas, basado en el cociente entre el gasto energético durante la actividad y el gasto energético basal, expresado en equivalentes metabólicos (metabolic equivalent METs). A partir del código de intensidad de cada actividad, del número de ocasiones que la practica y de la duración promedio de las sesiones se obtiene el gasto energético total en actividad física en tiempo libre (GEAF total).

Según su código de intensidad, cada actividad, siguiendo la propuesta de Pate y colaboradores se clasificó en tres categorías: ligera si el código era <3 METs; moderada si era ≥ 3 y ≤ 6 METs y fuerte para actividades con código >6 METs.

Se utilizaron dos definiciones de persona activa en tiempo libre. La primera, en función del gasto energético total en tiempo libre, considera persona activa aquella cuyo GEAF

es mayor de 300 kilocalorías/día y sedentaria si es igual o menor de 300. La segunda definición, considera persona activa en tiempo libre a la que invierte 25 y más minutos diarios en mujeres y 30 en hombres en actividades físicas ≥ 4 METs. Esta definición combina los criterios de frecuencia, duración e intensidad de las actividades y es más útil para establecer recomendaciones poblacionales y para ser utilizada en la práctica asistencial.

Resultados

El gasto energético total diario en actividad física en tiempo libre presenta un valor medio de 398 y 331 METs en hombres y en mujeres, y unas medianas de 311 y 270 METs respectivamente. El mayor gasto en hombres se observa en todos los grupos de edad, pero solo a partir de 65 años la diferencia por sexo es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Los hombres de 65-74 años tienen las mayores cifras de gasto energético total en actividad física en tiempo libre. Las mujeres disminuyen el gasto a partir de 65 años.

La distribución porcentual del gasto energético total según sea la intensidad de la activi-

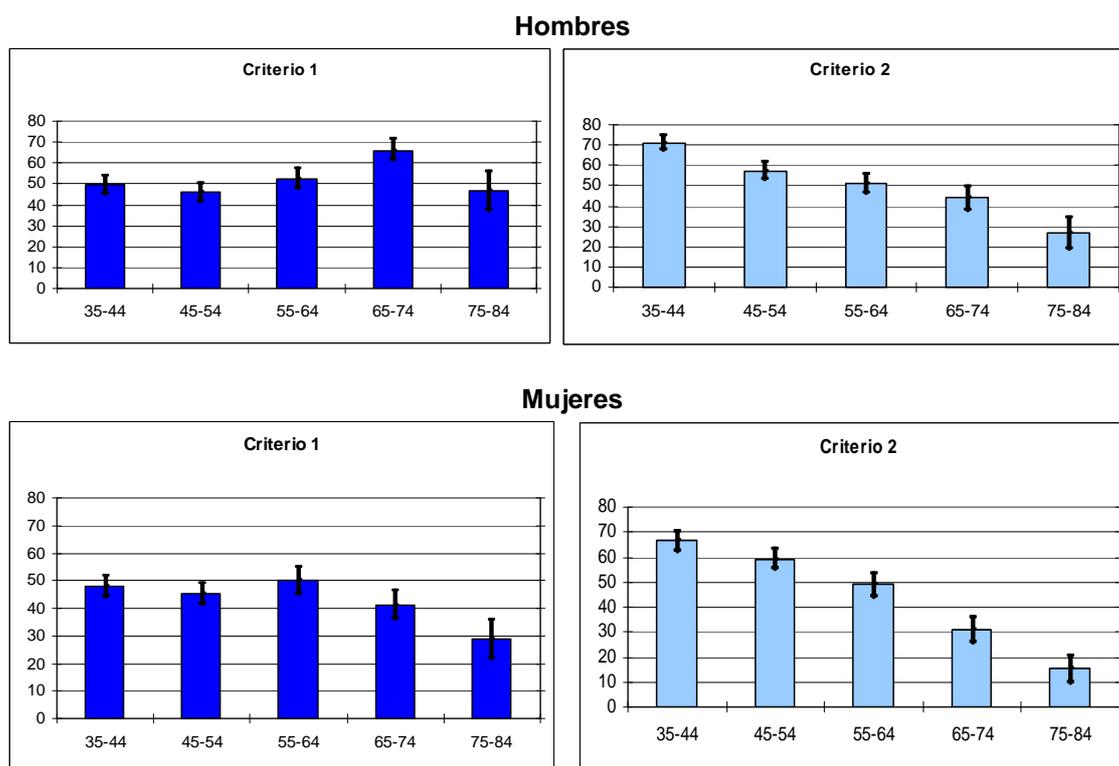
dad ligera-moderada o fuerte, es en hombres 72% y 28% respectivamente, y en mujeres 91%, y 9%. El gasto energético en actividades fuertes tiene una relación inversa con la edad en ambos sexos (Tabla 1).

El porcentaje de personas activas en tiempo libre utilizando el criterio de gasto energético > 300 METs diarios es de 52% y 45% en hombres y mujeres mientras que si se usa el criterio de tiempo diario superior a 30 minutos en hombres y 25 en mujeres, en actividades ≥ 4 METs, el porcentaje de activos es del 56% y 51%, respectivamente. La variación con la edad de la prevalencia de personas activas depende del criterio considerado. Utilizando el primero de ellos destacan los varones de 65 a 74 años por su actividad más alta y las mujeres mayores de 75 por su actividad más baja (diferencias estadísticamente significativas). En cambio con el segundo criterio, en ambos sexos se observa una tendencia decreciente estadísticamente significativa de personas activas según edad. En hombres el intervalo de activos oscila del 71% al 27% entre los grupos de menor y mayor edad y en las mujeres del 66% al 15% (Figura 1).

Tabla 1. Gasto energético total diario (kilocalorías/día) en actividad física en tiempo libre.

| | N | Media | Mediana | Rango intercuartílico |
|---------|------|--------|---------|-----------------------|
| HOMBRES | 1893 | 398 | 311 | 162-522 |
| Edad | | | | |
| 35-44 | 542 | 417 | 295 | 164-541 |
| 45-54 | 508 | 361 | 277 | 132-491 |
| 55-64 | 423 | 385 | 319 | 156-493 |
| 65-74 | 300 | 464 | 406 | 227-625 |
| 75-84 | 120 | 347 | 273 | 173-487 |
| Valor p | | <0,001 | | |
| MUJERES | 2275 | 331 | 270 | 155-442 |
| Edad | | | | |
| 35-44 | 666 | 353 | 286 | 168-473 |
| 45-54 | 616 | 335 | 276 | 167-439 |
| 55-64 | 457 | 364 | 300 | 175-475 |
| 65-74 | 365 | 290 | 250 | 128-409 |
| 75-84 | 171 | 227 | 183, | 102-320 |
| Valor p | | <0,001 | | |

Figura 1. Prevalencia (intervalo de confianza al 95%) de personas activas en tiempo libre según sexo y edad.



^a Criterio 1: Gasto energético total diario en actividad física en tiempo libre mayor de 300 kcal/día.

^b Criterio 2: Gasto energético total diario en actividad física en tiempo libre en actividades que consumen 4 o más METs durante al menos 30 minutos diarios en hombres y 25 en mujeres.

Conclusiones

- Aproximadamente la mitad de la población de Navarra de entre 35 y 84 años es activa en su tiempo libre.
- Los hombres son más activos que las mujeres, pero la prevalencia de personas activas, solo es mayor, en los hombres respecto a las mujeres, de manera estadísticamente significativa, a partir de los 65 años según la definición (criterio 1) basada en el gasto energético y en el grupo de 65-74 según la definición basada en la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada (criterio 2).
- Las mujeres disminuyen su gasto energético a partir de los 65 años. Los hombres de 65-74 años destacan como el subgrupo de población con mayor práctica de actividad física en

tiempo libre. La coincidencia en esa edad con el abandono de la vida laboral de la mayor parte de la población económicamente activa junto a la no observación de este suceso en mujeres, con menor peso en el colectivo de población económicamente activa, sugiere que pudieran estar relacionados y que la jubilación podría asociarse a un incremento de actividad física en tiempo libre.

Fuente

Este informe ha sido elaborado por Estefanía Toledo a partir de los datos publicados en:

Sobejano Tornos I, Moreno Iribas C, Viñes Rueda JJ, Grijalba Uche AM, Amézqueta Goñi C, Serrano Martínez M. Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre. Gac Sanit 2009;23:127-32.

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN NAVARRA, 2008

Nuevas infecciones por el VIH

Desde el principio de la epidemia hasta diciembre de 2008 se han diagnosticado 1.774 infecciones por VIH en población residente en Navarra. Los nuevos diagnósticos de VIH superaron los 100 casos anuales (20 por 100.000 habitantes) hasta 1992. Desde entonces han disminuido un 83% hasta 2008, año en que se diagnosticaron 23 casos (3,7 por 100.000 habitantes). El descenso en el número de diagnósticos fue muy pronunciado en la década de los 1990 y desde entonces sigue un ritmo más lento (Tabla 1).

La caída en los nuevos diagnósticos de VIH ha sido muy acusada en usuarios de drogas por vía parenteral, si bien, no se ha logrado controlar totalmente la ocurrencia de nuevas infecciones asociadas a esta práctica. Los nuevos diagnósticos por transmisión sexual se mantienen relativamente estables desde la década de los 1990, y generan la mayoría de diagnósticos de VIH en los últimos años

(Figura 1). Esto hace que sea en la transmisión sexual donde actualmente hay más margen de mejora para la prevención de nuevas infecciones por el VIH.

Entre las infecciones diagnosticadas en el período 2004–2008, un 57% se relacionaban con prácticas heterosexuales de riesgo, el 17% con uso de material no estéril para consumo de drogas inyectadas y el 15% con prácticas homosexuales de riesgo (Figura 2).

De los 156 diagnósticos de infección por el VIH realizados en el periodo 2004–2008, el 29% fueron en mujeres. Entre los hombres predominó la transmisión heterosexual (45%), seguida por la debida a prácticas homosexuales (22%) y la relacionada con el uso compartido de material para la inyección de drogas (21%). Entre las mujeres el predominio de la transmisión heterosexual fue mucho más marcado (84%), mientras que la transmisión asociada al consumo drogas inyectadas supuso el 9% de los nuevos diagnósticos de infecciones (Figura 3).

Figura 1. Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según categoría de transmisión.

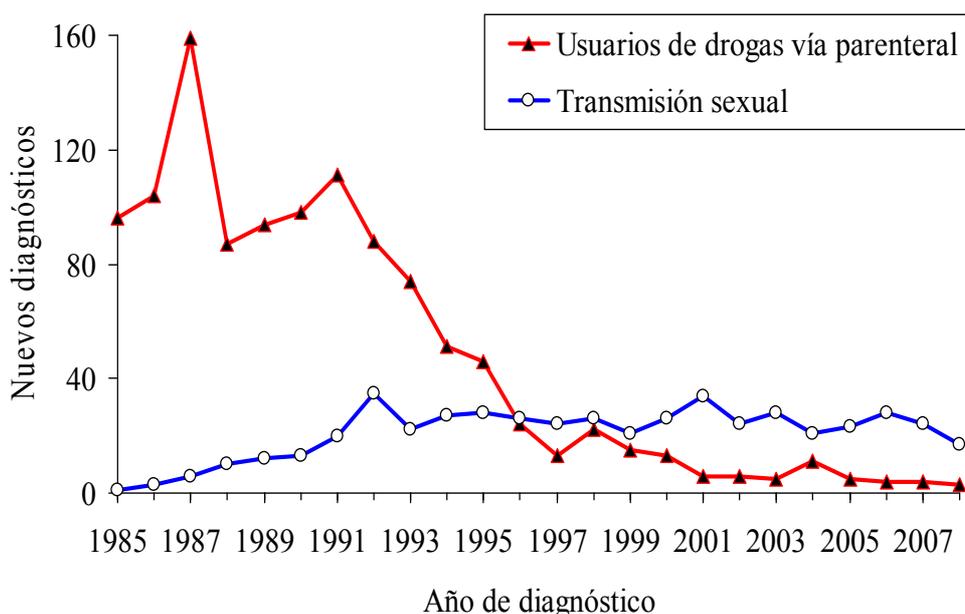


Tabla 1. Número y tasas por 100.000 habitantes de diagnósticos de VIH, de casos de sida y de muertes por sida en personas residentes en Navarra, 1985–2008

| Año | Diagnósticos de VIH* | | Diagnósticos de sida** | | Muertes por sida** | | Personas vivas con diagnóstico de VIH*** | |
|------|----------------------|-------|------------------------|-------|--------------------|-------|--|-------|
| | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas |
| 1985 | 108 | 20,8 | 3 | 0,6 | 1 | 0,2 | 106 | 20,4 |
| 1986 | 110 | 21,2 | 4 | 0,8 | 1 | 0,2 | 212 | 40,8 |
| 1987 | 168 | 32,3 | 12 | 2,3 | 7 | 1,3 | 367 | 70,7 |
| 1988 | 104 | 20,0 | 23 | 4,4 | 6 | 1,2 | 455 | 87,6 |
| 1989 | 110 | 21,2 | 22 | 4,2 | 19 | 3,7 | 537 | 103,4 |
| 1990 | 116 | 22,3 | 44 | 8,5 | 23 | 4,4 | 619 | 119,2 |
| 1991 | 139 | 26,7 | 52 | 10,0 | 22 | 4,2 | 717 | 137,6 |
| 1992 | 132 | 25,3 | 64 | 12,2 | 30 | 5,7 | 800 | 153,1 |
| 1993 | 103 | 19,6 | 82 | 15,6 | 40 | 7,6 | 849 | 161,9 |
| 1994 | 86 | 16,3 | 92 | 17,5 | 57 | 10,8 | 862 | 163,8 |
| 1995 | 79 | 15,0 | 88 | 16,7 | 59 | 11,2 | 869 | 164,5 |
| 1996 | 57 | 10,8 | 72 | 13,6 | 65 | 12,3 | 842 | 159,0 |
| 1997 | 49 | 9,2 | 43 | 8,1 | 31 | 5,8 | 847 | 159,5 |
| 1998 | 61 | 11,4 | 43 | 8,1 | 15 | 2,8 | 882 | 165,5 |
| 1999 | 40 | 7,4 | 37 | 6,9 | 20 | 3,7 | 890 | 165,4 |
| 2000 | 42 | 7,7 | 26 | 4,8 | 12 | 2,2 | 902 | 165,9 |
| 2001 | 43 | 7,7 | 22 | 4,0 | 11 | 2,0 | 920 | 165,4 |
| 2002 | 34 | 6,0 | 30 | 5,3 | 14 | 2,5 | 921 | 161,7 |
| 2003 | 37 | 6,4 | 21 | 3,6 | 16 | 2,8 | 924 | 159,8 |
| 2004 | 37 | 6,3 | 22 | 3,8 | 12 | 2,1 | 934 | 159,7 |
| 2005 | 32 | 5,4 | 17 | 2,9 | 12 | 2,0 | 944 | 159,3 |
| 2006 | 33 | 5,5 | 16 | 2,7 | 12 | 2,0 | 958 | 159,2 |
| 2007 | 31 | 5,1 | 16 | 2,6 | 7 | 1,2 | 973 | 160,6 |
| 2008 | 23 | 3,7 | 18 | 2,9 | 8 | 1,3 | 979 | 157,8 |

*Fuente: Registro de VIH. **Fuente: Registro de sida. Se han considerado todas las defunciones declaradas en personas con diagnóstico de sida. ***Personas con diagnóstico de VIH que no constaban como fallecidas al final de cada año. Los datos de 2008 pueden sufrir algún cambio conforme se complete la información.

Figura 2. Distribución de las personas con diagnóstico de VIH en Navarra según categoría de transmisión.

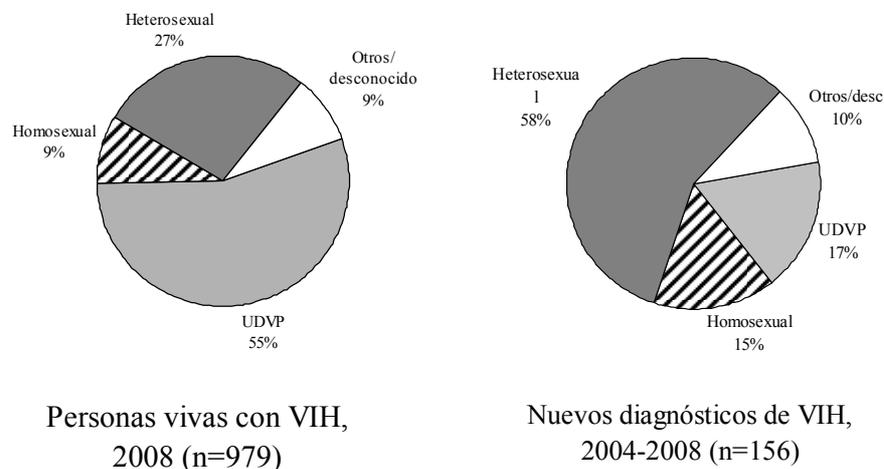
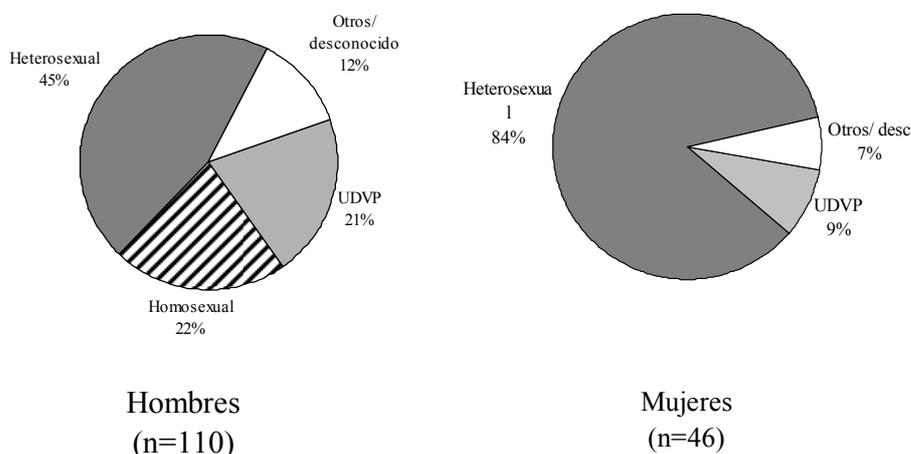


Figura 3. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y la categoría de transmisión del VIH. Navarra 2004–2008.



Considerando todas las infecciones diagnosticadas en población residente en Navarra hasta la fecha, el 92% se han realizado en población de origen autóctono. Los casos en población autóctona suponían la práctica totalidad de los diagnosticados en las primeras décadas, y aún en la actualidad siguen suponiendo un porcentaje mayoritario.

El número de diagnósticos de VIH en población autóctona alcanzó valores máximos a finales de los 1980 y principios de los 1990, seguido por un marcado descenso hasta 2006, y un estancamiento en los dos últimos años. Los diagnósticos de VIH en personas originarias de otros países aumentaron hasta 2001, se mantuvieron estables en los años siguientes y han descendido en 2008 (Figura 4).

Analizando en conjunto el último quinquenio, 2004–2008, el 44% de los diagnósticos de VIH en residentes en Navarra se realizaron en personas originarias de otros países, si bien, en 2008 este porcentaje descendió al 26%.

A pesar de estas tendencias favorables, todavía se siguen produciendo infecciones por el VIH, por lo que se deben mantener todas las precauciones para evitar la transmisión.

Personas que viven con la infección por VIH

Los tratamientos antivirales combinados de la infección por el VIH han mejorado considerablemente su pronóstico. Este es el motivo de que desde 1996, año de introducción de estos tratamientos, los diagnósticos de sida y las muertes por esta causa hayan experimentado un descenso notable y mantenido.

El gran descenso en la mortalidad por sida ha llevado a que el número de personas vivas con diagnóstico de VIH se mantenga estable, a pesar del descenso en el número de los nuevos diagnósticos de infección.

En Navarra, el número estimado de personas que actualmente (finales de 2008) viven con diagnóstico de infección por el VIH es de 979. Las características de estas personas reflejan principalmente las de las personas que adquirieron esta infección años atrás. Por este motivo, su edad media ha ido aumentando progresivamente y predominan todavía aquellas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas, las cuales siguen suponiendo más de la mitad (Figura 2).

Las mejoras en el pronóstico de la infección por el VIH dependen de que se instaure a tiempo el tratamiento adecuado. Por este motivo resulta de especial importancia el diagnóstico temprano de la infección, lo cual cobra especial relevancia en personas en las que las prácticas de riesgo pudieron ocurrir hace años, por lo que la sospecha de la infección no está presente actualmente.

Comparación con otras comunidades autónomas

El Centro Nacional de Epidemiología elabora un informe sobre los nuevos diagnósticos de VIH en las 8 comunidades autónomas que tienen un sistema consolidado de vigilancia (Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, Navarra, País Vasco, La Rioja y Ceuta). El conjunto de todas estas comunidades presentó durante el periodo 2003–2007 tasas de incidencia de nuevos diagnósticos de 9,1; 9,0; 8,1; 8,3 y 7,5 por 100.000 habitantes, respectivamente. Estas tasas fueron en todos los años superiores a las registradas en Navarra.

A lo largo de estos años destaca que en Navarra el porcentaje de mujeres es mayor, alcanzando el 35% de los diagnósticos, frente

al 24% para el conjunto de las 8 comunidades.

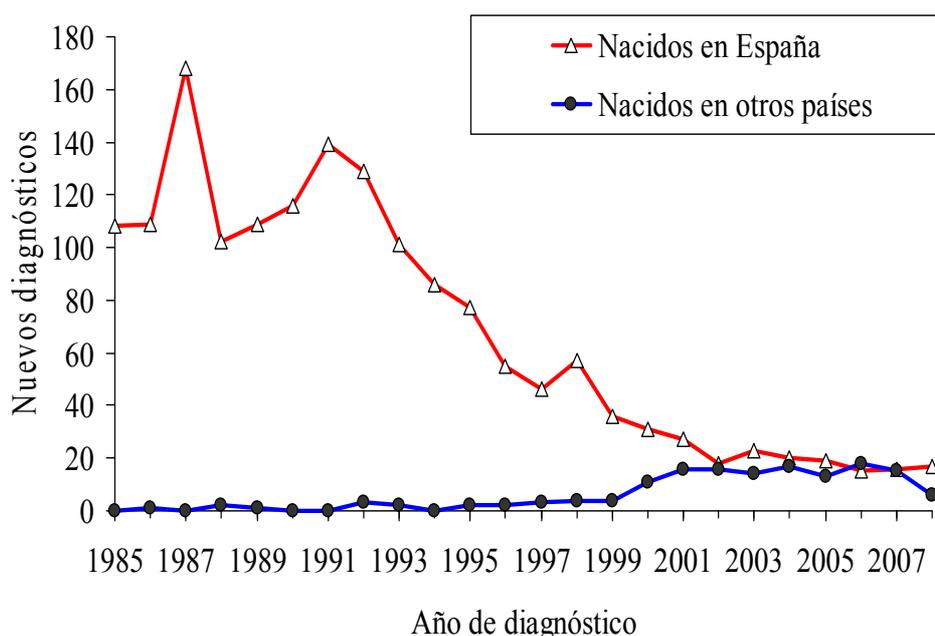
El patrón de distribución por categorías de transmisión también mostró algunas diferencias en Navarra. Mientras que en el conjunto de comunidades el 44% de los casos fueron atribuibles a transmisión heterosexual, el 33% ocurrieron entre hombres con prácticas homosexuales y el 14% en usuarios de drogas por vía parenteral, estos porcentajes en Navarra fueron del 57%, 16% y 18% respectivamente.

Al igual que ha ocurrido en Navarra, la tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH en el conjunto de comunidades autónomas durante el periodo 2003–2007 fue descendente.

Referencia

Centro Nacional de Epidemiología. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA, Periodo 2003–2007. http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf

Figura 4. Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según país de nacimiento.



SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) EN NAVARRA. SEMANAS 14 A 26. PERIODO 2003-2009

| ENFERMEDADES | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Enfermedades de Transmisión Alimentaria | | | | | | |
| Botulismo | - | - | - | - | - | - |
| Cólera | - | - | - | - | - | - |
| Disentería Bacilar | 7 | - | 1 | 5 | 2 | 3 |
| Fiebre Tifoidea y Paratifoidea | - | - | - | 1 | - | - |
| Toxinfeción Alimentaria | 82 | 84 | 36 | 31 | 26 | 51 |
| Listeriosis* | - | - | - | 3 | 1 | 5 |
| Triquinosis | - | - | - | - | - | - |
| Enfermedades de Transmisión Respiratoria | | | | | | |
| Enfermedad Meningocócica | 2 | 2 | 5 | 7 | 5 | 3 |
| Enf. Neumocócica invasiva* | - | - | - | 8 | 13 | 19 |
| E. invasiva H influenzae tipo b* | - | - | - | 1 | - | - |
| Gripe | 545 | 605 | 730 | 191 | 250 | 293 |
| Legionelosis | 7 | 2 | 150 | 10 | 6 | 5 |
| Tuberculosis Respiratoria | 22 | 13 | 19 | 14 | 27 | 14 |
| Otras Tuberculosis | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 |
| Varicela | 1.865 | 2.362 | 2.025 | 1.308 | 514 | 230 |
| Enfermedades de Transmisión sexual | | | | | | |
| Infección Gonocócica | 13 | 5 | 7 | 11 | 7 | 5 |
| Sífilis | 4 | 6 | 12 | 5 | 3 | 9 |
| Enfermedades Prevenibles por Inmunización | | | | | | |
| Difteria | - | - | - | - | - | - |
| Parotiditis | 10 | 4 | 26 | 433 | 65 | 18 |
| Poliomielitis | - | - | - | - | - | - |
| Rubéola | - | 2 | - | - | - | - |
| Sarampión | - | - | - | - | - | - |
| Tétanos | - | - | - | - | - | - |
| Tos ferina | 5 | 1 | 1 | - | 2 | 3 |
| Hepatitis Víricas | | | | | | |
| Hepatitis A | 14 | 6 | 8 | 5 | 2 | 4 |
| Hepatitis B | 3 | 0 | 1 | 3 | - | 2 |
| Otras Hepatitis | 2 | 1 | 0 | - | 3 | 1 |
| Zoonosis | | | | | | |
| Brucelosis | - | 1 | 1 | 1 | - | - |
| Hidatidosis | 3 | 2 | 7 | 2 | 4 | - |
| Leishmaniasis | - | - | - | - | - | - |
| Rabia | - | - | - | - | - | - |
| Carbunco | - | - | - | - | - | - |
| Tularemia | - | - | - | - | - | - |
| Enfermedades Importadas | | | | | | |
| Fiebre Amarilla | - | - | - | - | - | - |
| Fiebres hemorrágicas virales* | - | - | - | 3 | - | - |
| Paludismo | 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | 7 |
| Peste | - | - | - | - | - | - |
| Tifus Exantemático | - | - | - | - | - | - |

*Enfermedades vigiladas desde 2007