

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

7.

INFORMES:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2012.








BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

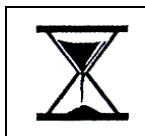
de la Comunidad de Madrid

7

Índice

INFORMES:

	Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2012.	3
	EDO. Semanas 27 a 30 (del 1 al 28 de julio de 2013)	38
	Brotos Epidémicos. Semanas 27 a 30, 2013.	39
	Red de Médicos Centinela, semanas 27 a 30, 2013.	40
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, Julio 2013.	44

**INFORME:****HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2012****Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2012**

*Informe elaborado por Lucía Díez-Gañán, Dra., PhD.
Servicio de Epidemiología lucia.diez@salud.madrid.org*

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. METODOLOGÍA.....	6
4. RESULTADOS.....	7
4.1. Actividad física.....	8
4.2. Alimentación.....	10
4.3. Realización de dietas.....	14
4.4. Antropometría.....	15
4.5. Consumo de tabaco.....	17
4.6. Consumo de alcohol.....	20
4.7. Prácticas preventivas.....	25
4.8. Accidentes.....	30
4.9. Seguridad vial.....	31
4.10. Agregación de factores.....	34
5. BIBLIOGRAFÍA.....	36

1.- RESUMEN

Antecedentes y objetivos: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma continua, desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región. En este informe se presentan los resultados correspondientes a 2012 y su evolución desde 1995.

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

Resultados: Un 48,9% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad laboral y el 79,1% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Comparando con 1995, se incrementó la inactividad relacionada con la ocupación, especialmente en las mujeres, que no fue compensada con una mayor actividad en tiempo libre.

El consumo de alimentos presentó un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: casi una de cada cuatro personas no ingirió fruta diariamente (proporción que se incrementó al 34,3% en los jóvenes de 18 a 29 años), mientras que el 40,8% consumió dos o más raciones de productos cárnicos y derivados.

Un balance energético positivo (se ingiere más energía de la que se gasta) conduce al aumento del peso corporal por la acumulación de tejido adiposo, lo que, eventualmente, puede desembocar en la aparición de sobrepeso u obesidad. En la población de la Comunidad de Madrid se observó en 2012 que el 41,5% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y talla autodeclarados), siendo éste 2,0 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Además, la tendencia fue desfavorable, aumentando el exceso de peso (sobrepeso y obesidad, conjuntamente) un 20,2% en los hombres y un 10,1% en las mujeres entre 1995/1996 y 2011/2012.

Casi uno de cada tres madrileños (28,1%) fumaba en 2012. Aunque esta prevalencia es muy elevada, el descenso relativo acumulado en estos dieciocho años de estudio fue del 36,8% en hombres y del 25,1% en mujeres. Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (59,3% en hombres y 58,6% en mujeres). Paralelamente, en este periodo la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó de forma importante (55,1% en hombres y 87,0% en mujeres).

También el consumo de alcohol registró en líneas generales una evolución positiva, sobre todo en los hombres. El consumo moderado se mantuvo más o menos estable, pero el porcentaje de bebedores de riesgo descendió de forma importante (72,1% en hombres y 17,3% en mujeres), aunque no a expensas del descenso en la ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking), el cual si bien disminuyó en hombres un 11,4%, aumentó un 41,8% en mujeres, en quienes viene aumentando desde el comienzo de la serie en 1995. En 2012, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue 2,1% y las que consumieron

alcohol de forma excesiva en una misma ocasión 11,1%. Combinando ambos indicadores, el 11,7% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

La realización de prácticas preventivas fue en general muy elevada, destacando el gran incremento, un 81,9%, en la realización de mamografías. Por otro lado, la no utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial, como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, descendió de forma muy notable.

Por último, la agregación de importantes factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) fue alta, ya que una de cada seis personas presentaron dos o más de estos cuatro importantes factores.

Conclusiones: Durante 2012 se consolidaron los cambios observados desde 1995 en los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y prácticas preventivas. Los indicadores relacionados con el balance energético presentaron la peor evolución, destacando el incremento del sobrepeso y obesidad, con una elevada prevalencia de inactividad física y una dieta que debería ser más equilibrada. Sin embargo, los factores de riesgo adictivos como el consumo de tabaco y de alcohol mostraron una tendencia favorable (salvo el consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en mujeres) aunque todavía con prevalencias elevadas que es necesario mejorar. Finalmente, continuó aumentando la realización de prácticas preventivas y mejorando de forma sobresaliente las medidas de protección de seguridad vial, lo que implica un mayor seguimiento de las recomendaciones sanitarias.

2.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan en nuestra región, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad¹⁻⁴. Todas estas enfermedades comparten en mayor o menor medida diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión¹⁻³. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones⁵, estimándose que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad³.

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral a medir la carga que generan estas enfermedades pero también a vigilar los factores de riesgo modificables que las originan⁶⁻⁷.

En este sentido, la Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁸, cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades,

planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2012, con un formato similar al de las ediciones anteriores⁹⁻¹⁵, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos dieciocho años de estudio.

3.- METODOLOGÍA

Población

Dirigido a la población de 18 a 64 años residente en la Comunidad de Madrid. Basado en la metodología de encuesta telefónica, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con línea telefónica¹⁶.

Diseño muestral

Se utiliza un diseño muestral de conglomerados bietápico, con estratificación de las unidades de primera y segunda etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los hogares que disponen de teléfono, y las de segunda etapa por los individuos.

Los criterios de estratificación son los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29, 30 a 44 y 45 a 64 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios), día de la semana (de martes a viernes y, sábado y lunes). La asignación muestral es proporcional en cada estrato.

Como fuente de datos para la selección de la muestra se utiliza la base de datos de abonados a alguna compañía telefónica.

La recogida de información tiene carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), lo que permite eliminar posibles variaciones estacionales al acumular información de todo el año natural. Cada mes las entrevistas se concentran en una semana, de lunes a sábado a excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar tanto un nivel de ausencias importante como sesgos de selección.

Técnica de entrevista

Como técnica de entrevista se utiliza el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)¹⁷.

Selección muestral

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

en casa o no pudiese realizar la entrevista, se concierta entrevista diferida. Si se produce negativa de la persona seleccionada a realizar la entrevista, no se continúa con la selección de otras unidades en el hogar.

Cuestionario

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

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

Definición de variables

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

4.- RESULTADOS

La tasa de respuesta [entrevistas realizadas/(entrevistas realizadas + negativas de hogares + negativas de individuos + entrevistas incompletas)] fue del 71,4%. Del total de negativas, un 75,5% fueron negativas de hogares, un 18,1% de individuos una vez seleccionados y un 6,5% fueron entrevistas incompletas. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra.

Número entrevistas	2005
Sexo (%)	
Hombres	49,2
Mujeres	50,8
Edad (%)	
18-29	23,0
30-44	39,4
45-64	37,6
Ámbito geográfico (%)	
Madrid capital	49,2
Corona metropolitana	43,1
Resto de municipios	7,7
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	1,3
Primarios	11,8
Secundarios 1º grado	20,4
Secundarios 2º grado	32,2
Universitarios	34,3

A continuación se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En los gráficos se presenta la evolución desde 1995 hasta 2012.

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 48,9% de los entrevistados afirmaron estar sentados la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. Es decir, realizaban una actividad sedentaria. Los hombres fueron, en términos relativos, un 30,0% más sedentarios durante la actividad habitual que las mujeres, y la inactividad física fue mucho más frecuente al disminuir la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 58,8% era inactivo.

La actividad física en tiempo libre se ha estimado a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METs (Metabolic Equivalent of Task o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, teniendo como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs¹⁸. Por ejemplo, una actividad con un valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de la prevención del riesgo cardiovascular, se ha definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición, el 79,1% de los entrevistados fueron considerados no activos en el tiempo libre. En este indicador, las mujeres fueron menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementó con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 87,9% eran inactivos.

Tabla 2. Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral ^(a)	48,9 (±2,2)*	55,4 (±3,1)	42,6 (±3,0)	58,8 (±4,5)	51,6 (±3,5)	40,0 (±3,5)
No activos en tiempo libre ^(b)	79,1 (±1,8)	73,2 (±2,8)	84,7 (±2,2)	65,1 (±4,4)	78,8 (±2,9)	87,9 (±2,3)

(a) Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

(b) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

*Intervalo de confianza al 95%.

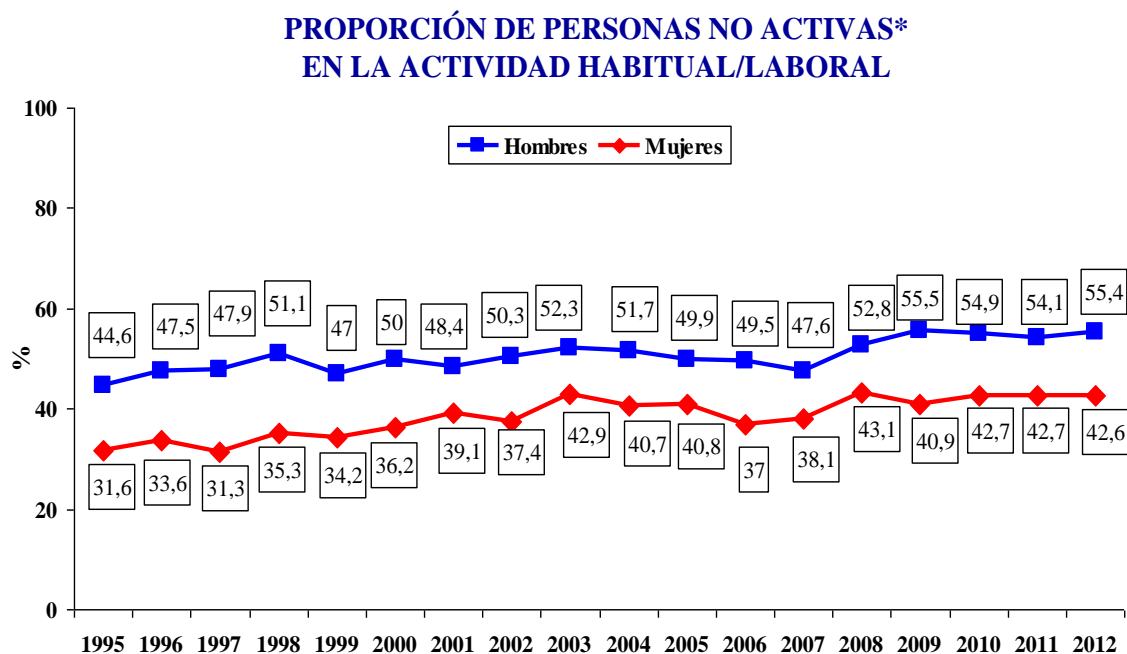
Respecto al tipo de deporte practicado, se observaron considerables diferencias según el sexo que podemos apreciar en la tabla 3. En hombres, la actividad física más frecuentemente practicada fue el footing, seguido de montar en bicicleta y las pesas/gimnasia con aparatos. En mujeres la más frecuente fue la natación, seguida de la gimnasia de mantenimiento y el footing.

Tabla 3. Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (% de población que las practica habitualmente).

Hombre	%	Mujer	%
1. <u>Footing</u>	16,5	1. Natación	8,1
2. Bicicleta	15,6	2. Gimnasia de mantenimiento	6,4
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	12,9	3. Footing	6,2
4. Fútbol	11,3	4. Bicicleta	5,8
5. Natación	7,2	5. Aerobic	4,9

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2012. Si comparamos el promedio de 2011/2012 frente al de 1995/1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementó un 18,9% en hombres y un 30,8% en mujeres. Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre disminuyó un 5,9% en los varones y aumentó un 2,1% en las mujeres.

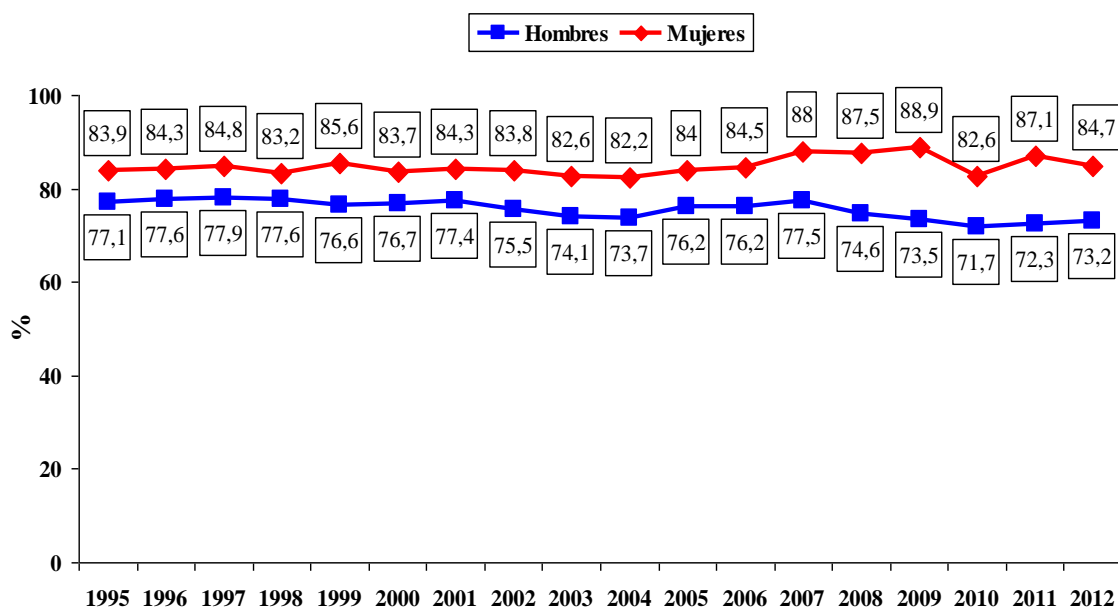
Gráfico 1.
Evolución de la realización de actividad física.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012



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

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

PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN TIEMPO LIBRE



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

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

4.2.- ALIMENTACIÓN

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

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue aproximadamente 1,2 raciones/día, aunque el 14,3% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 2 raciones diarias y sólo el 6,9% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 43,2% en hombres y un 30,5% en mujeres (gráfico 2).

El 61,9% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres, en las que este consumo se observó en un 70,5%, frente al 53,0% en los hombres.

Como podemos observar en el gráfico 2, en los años de estudio, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, la proporción de personas que consumieron menos de dos raciones de lácteos descendió un 0,4% en los hombres y un 8,8% en las mujeres.

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,3 raciones/día. La ingesta media de verduras fue 1,2 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 2,5 raciones/día.

Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 ó más raciones de frutas y verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos, se observó que un 6,3% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 55,2% (56,5% de los hombres y 48,0% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (gráfico 3) y sólo el 6,7% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (5,7% de los hombres y 7,7% de las mujeres).

Además de la mayor frecuencia en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementó considerablemente a medida que aumentó la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 67,7% no llegó a consumir tres raciones al día y el 95,4% no había ingerido las cinco raciones/día recomendadas, mientras esta misma situación en los sujetos de 45-64 años fue un 42,9% con una ingesta inferior a 3 raciones/día y un 91,2% con una ingesta inferior a 5 raciones/día.

La proporción de personas que no consumieron fruta y verdura al menos 3 veces al día disminuyó moderadamente en hombres y mujeres (10,4% y 7,8%, respectivamente), comparando los dos primeros años de la serie (1995 y 1996) respecto a 2011 y 2012 (gráfico 3).

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,4 raciones/día, donde la carne aportó 0,9 raciones siendo el resto, derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados, el 84,5%, había consumido algún alimento de este grupo. Es de destacar la gran proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 45,4% de hombres frente al 36,3% de mujeres (gráfico 4).

En la ingesta de dos raciones/día se observó un descenso del 14,0% en hombres y del 8,4% en mujeres al comparar los dos últimos años de la serie con los dos primeros.

Pescado

El 48,0% de las personas entrevistadas había consumido pescado (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), con una ingesta media per cápita de 0,6 raciones/día (unas 4,2 raciones/semana). La ingesta media fue algo mayor en las mujeres que en los hombres (4,4 raciones/semana frente a 4,0 raciones/semana), y aumentó con la edad.

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 44,1% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas. El 7,9% consumieron dos o más raciones al día.

Este indicador se ha mantenido relativamente estable desde el año 2006. Por otro lado, comparando el final del periodo, 2011/2012, con el comienzo, 1995/1996, se registró un descenso en el consumo de dos o más raciones/día de estos productos del 4,2% en los hombres

y del 7,4% en las mujeres. Hay que tener en cuenta, no obstante, que a lo largo de la serie se observa cierta inestabilidad en las estimaciones puntuales entre 1995 y 2005.

Otros alimentos

La ingesta media de **pan** fue 1,8 raciones diarias, la de **arroz y pasta** conjuntamente fue 0,34 raciones/día (lo que equivale a unas 2,3 raciones/semana), la de **legumbres** 0,2 raciones/día (en torno a 1,2 raciones/semana) y la de **huevos** fue poco más de 0,31 raciones/día (unas 2,2 raciones a la semana).

A lo largo del periodo estudiado no se han observado grandes variaciones en el consumo de estos alimentos.

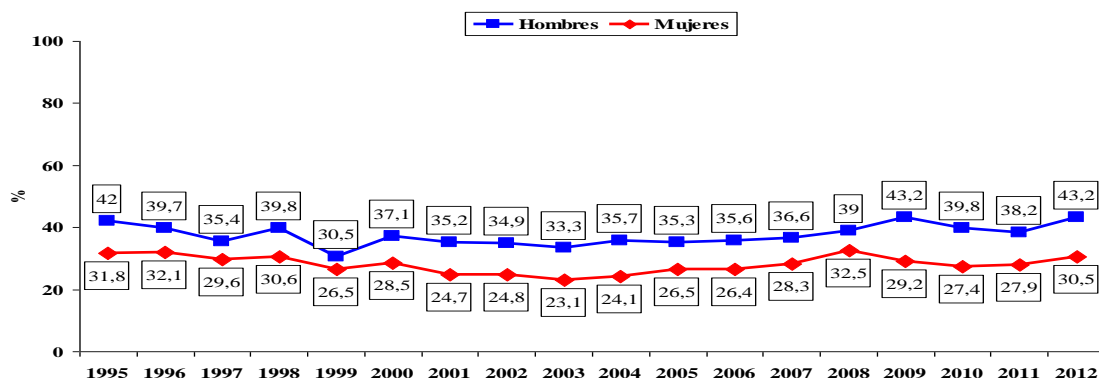
Tabla 4. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	85,7 (±1,5)*	84,1 (±2,3)	87,3 (±2,0)	79,2 (±3,7)	86,6 (±2,4)	88,8 (±2,2)
Leche y derivados	93,1 (±1,1)	92,4 (±1,7)	93,7 (±1,5)	88,5 (±2,9)	93,7 (±1,7)	95,2 (±1,5)
Arroz	15,3 (±1,6)	16,0 (±2,3)	14,6 (±2,2)	18,7 (±3,6)	16,2 (±2,6)	12,4 (±2,4)
Pasta	17,4 (±1,7)	19,1 (±2,5)	15,7 (±2,2)	25,0 (±3,9)	17,4 (±2,6)	12,6 (±2,4)
Verdura	80,0 (±1,7)	77,4 (±2,6)	82,6 (±2,3)	71,4 (±4,1)	81,7 (±2,7)	83,7 (±2,6)
Fruta fresca	76,3 (±1,9)	73,5 (±2,8)	79,0 (±2,5)	65,7 (±4,3)	76,0 (±3,0)	83,1 (±2,7)
Legumbres	16,5 (±1,6)	16,7 (±2,3)	16,2 (±2,3)	14,1 (±3,2)	17,2 (±2,6)	17,1 (±2,7)
Carne	69,6 (±2,0)	72,1 (±2,8)	67,3 (±2,9)	74,8 (±4,0)	68,5 (±3,2)	67,6 (±3,3)
Carne y derivados	84,5 (±1,6)	86,9 (±2,1)	82,1 (±2,4)	89,2 (±2,8)	84,1 (±2,6)	82,1 (±2,7)
Huevos	28,8 (±2,0)	29,2 (±2,8)	28,4 (±2,8)	27,8 (±4,1)	28,4 (±3,1)	29,7 (±3,3)
Pescado	48,0 (±2,2)	46,5 (±3,1)	50,3 (±3,1)	41,6 (±4,5)	49,3 (±3,5)	50,5 (±3,6)
Dulces/ Bollería	44,1 (±2,2)	43,5 (±3,1)	44,7 (±3,1)	43,3 (±4,5)	43,5 (±3,5)	44,0 (±3,5)

*Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 2.
Evolución del consumo de lácteos.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012

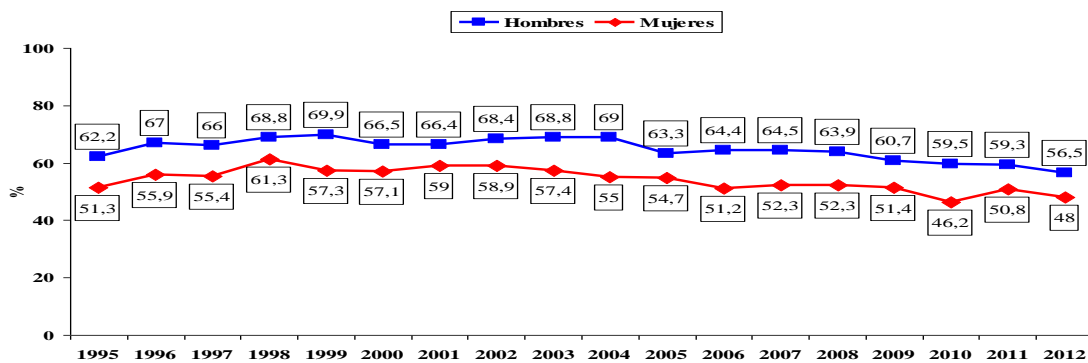
PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO < 2 RACIONES DE LÁCTEOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



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

Gráfico 3.
Evolución del consumo de frutas y verduras.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012

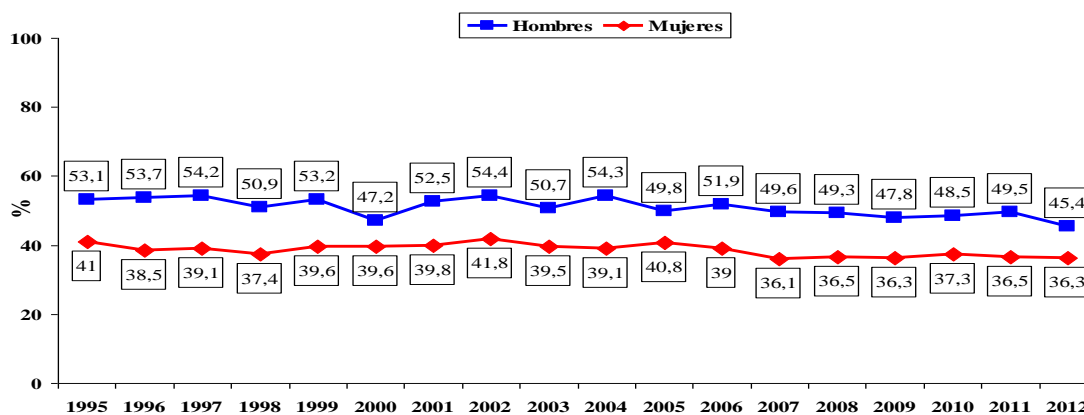
PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO < 3 RACIONES DE FRUTA Y VERDURA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



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

Gráfico 4.
Evolución del consumo de cárnicos.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012

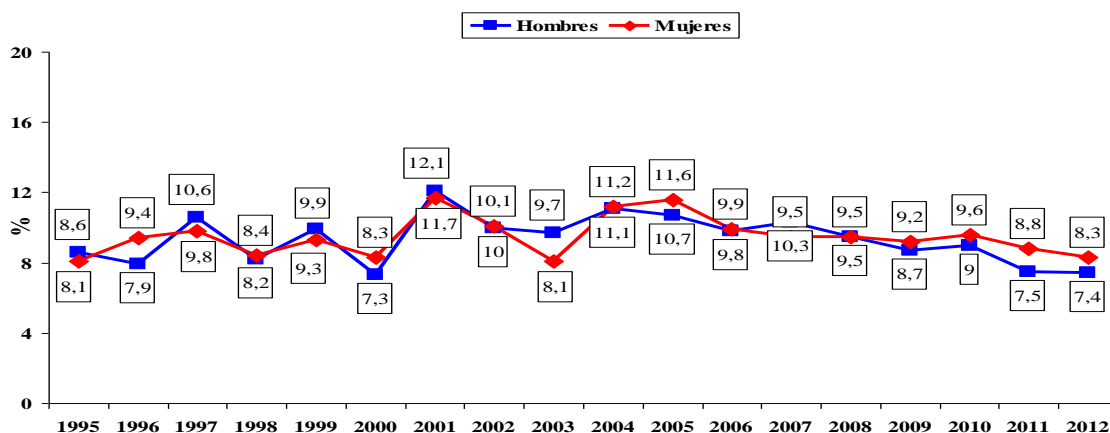
PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO ≥ 2 RACIONES DE CÁRNICOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



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

Gráfico 5.
Evolución del consumo de dulces y bollería.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO ≥ 2 RACIONES DE DULCES Y BOLLERÍA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



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

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 18,4% había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 12,1% había realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue un 55,3% mayor que en hombres, aunque la diferencia en la frecuencia de realización de dietas para adelgazar entre hombres y mujeres ha ido disminuyendo notablemente a lo largo del periodo registrado (1995-2012), observándose una proporción cada vez mayor de hombres que realizan alguna dieta con este propósito (la razón hombre/mujer en la realización de dietas para adelgazar, en 1995 fue 0,39 y en 2012 fue 0,69).

En cuanto a las tendencias, en el periodo 1995/1996 y 2011/2012 se apreció un aumento en la proporción de hombres que han realizado alguna dieta para adelgazar (52,2% más) y una disminución en el caso de las mujeres (1,6% menos) (gráfico 6).

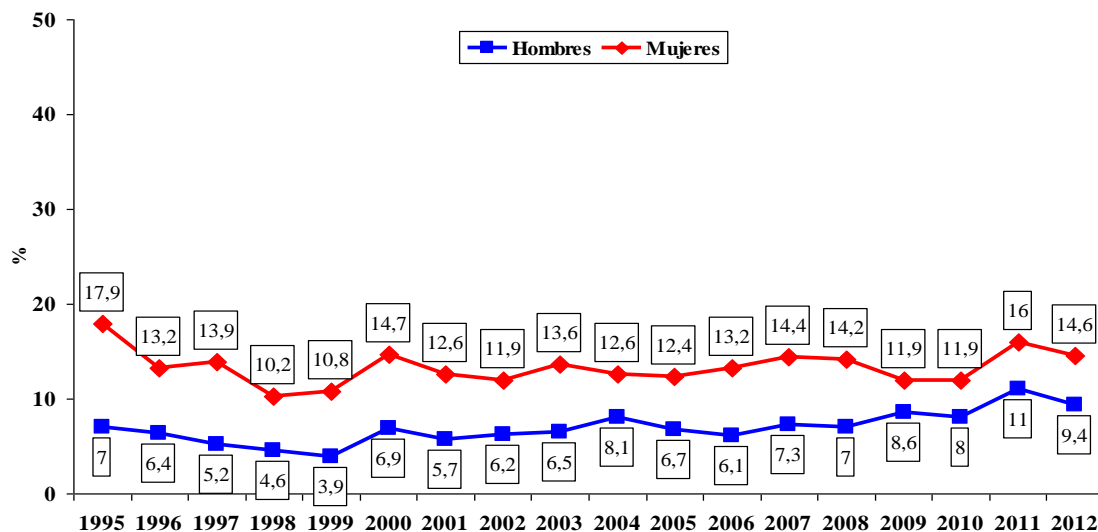
Tabla 5. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	18,4 ($\pm 1,7$)*	16,0 ($\pm 2,3$)	20,7 ($\pm 2,5$)	18,7 ($\pm 3,6$)	18,8 ($\pm 2,7$)	17,8 ($\pm 2,7$)
Dieta para adelgazar	12,1 ($\pm 1,4$)	9,4 ($\pm 1,8$)	14,6 ($\pm 2,2$)	12,8 ($\pm 3,0$)	12,9 ($\pm 2,3$)	10,8 ($\pm 2,2$)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 6.

Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012



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

4.4. ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad¹⁹. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad que figura en la tabla 6²⁰.

El 3,1% presentó un peso insuficiente, aunque esta situación se observó casi exclusivamente en las mujeres, con una prevalencia del 5,6%, frente al 0,6% en los hombres; y, principalmente, en el grupo más joven (18-29 años). Por otro lado, el 41,5% de la población adulta de 18 a 64 años presentó sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 17,2% al sobrepeso de grado I, un 15,2% al sobrepeso de grado II, y un 9,2% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad fueron mucho más frecuentes en hombres que en mujeres y se incrementó rápidamente a medida que aumentó la edad.

La tendencia (gráfico 7) describe en los hombres un consistente incremento del sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$) del 20,2%, comparando el promedio de 2011 y 2012 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento fue del 10,1%.

Tabla 6. Distribución del Índice de Masa corporal.

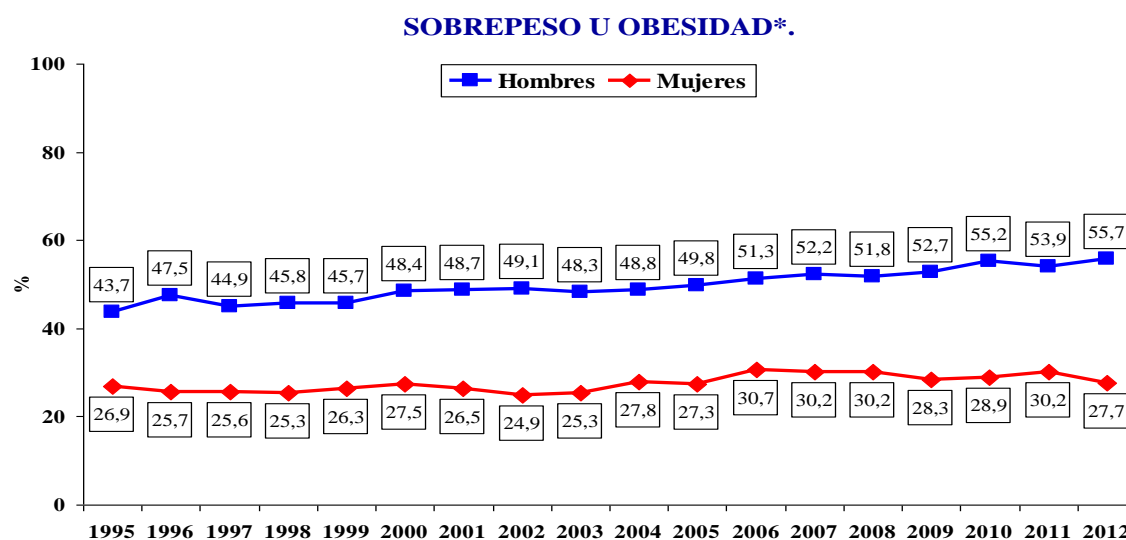
	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente ^(a)	3,1 (±0,8)*	0,6 (±0,5)	5,6 (±1,4)	7,8 (±2,5)	2,0 (±1,0)	1,5 (±0,9)
Normopeso ^(b)	55,4 (±2,2)	43,6 (±3,1)	66,7 (±2,9)	73,6 (±4,0)	55,9 (±3,5)	43,7 (±3,5)
Sobrepeso grado I ^(c)	17,2 (±1,7)	22,2 (±2,6)	12,3 (±2,0)	10,5 (±2,8)	17,2 (±2,6)	21,2 (±2,9)
Sobrepeso grado II ^(d)	15,2 (±1,6)	21,2 (±2,6)	9,4 (±1,8)	5,4 (±2,1)	15,7 (±2,5)	20,5 (±2,9)
Obesidad ^(e)	9,1 (±1,3)	12,4 (±2,1)	6,0 (±1,5)	2,6 (±1,5)	9,1 (±2,0)	13,2 (±2,4)

* Intervalo de confianza al 95%

(a) Peso insuficiente: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ (b) Normopeso: $18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ (c) Sobrepeso grado I: $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 27 \text{ kg/m}^2$ (d) Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$ (e) Obesidad: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

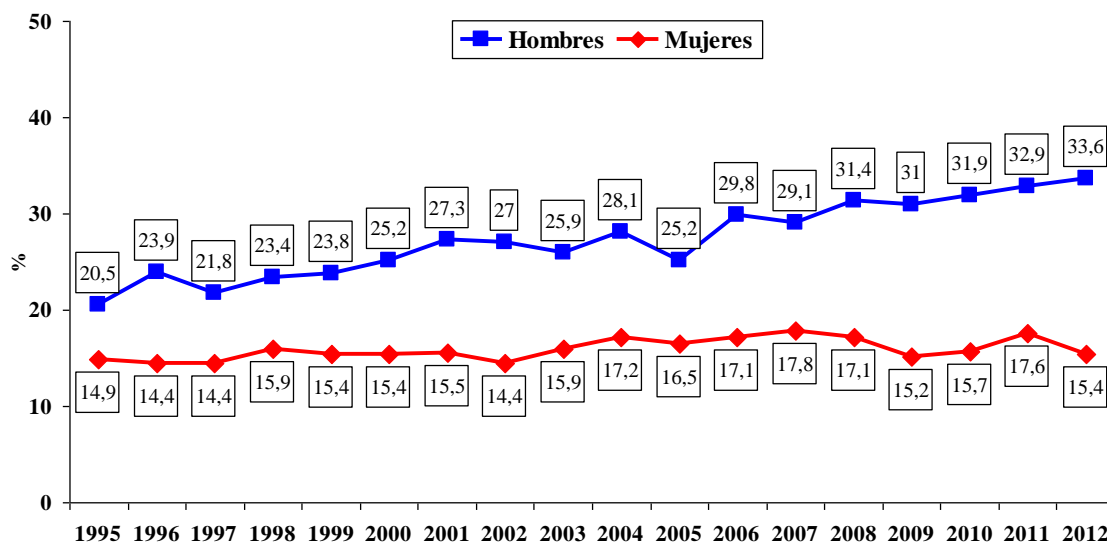
Gráfico 7.

Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012

*Índice de Masa Corporal $\geq 25 \text{ kg/m}^2$

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

SOBREPESO DE GRADO II U OBESIDAD*



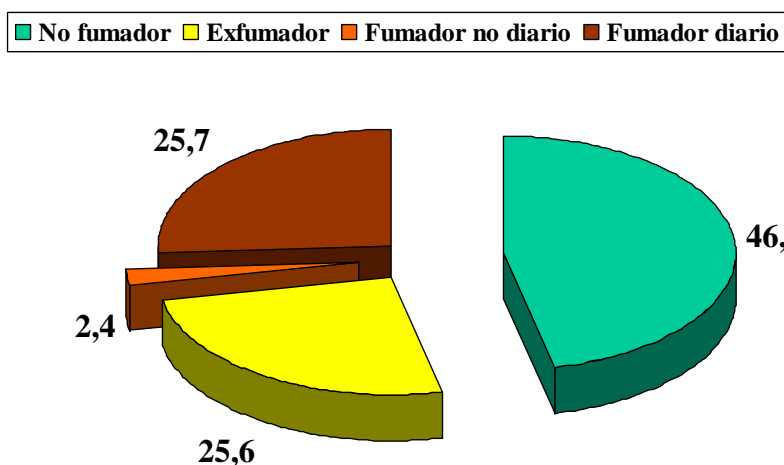
*Índice de Masa Corporal ≥ 27 kg/m²

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

4.5. CONSUMO DE TABACO

El 53,7% de los entrevistados refirió haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida. En función de la situación actual de consumo, un 28,1% era fumador en el momento de realizar el estudio (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria). Un 25,7% eran fumadores diarios. La proporción de exfumadores fue 25,6% (gráfico 8).

Gráfico 8.
Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2012



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

La proporción de fumadores actuales fue prácticamente igual en hombres y en mujeres (tabla 7). El consumo de 20 cigarrillos o más al día lo presentaba un 7,2% de los entrevistados, proporción que se incrementó al 28,0% considerando sólo los fumadores diarios. La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores y exfumadores), fue 47,6%. Del total de fumadores actuales un 7,4% estaba pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 20,7% en los próximos 6 meses. Por otra parte, el 30,5% de los fumadores diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

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

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	53,7 (±2,2)*	56,4 (±3,1)	51,1 (±3,1)	35,8 (±4,4)	54,4 (±3,5)	64,0 (±3,4)
Fumadores actuales ^(a)	28,1 (±2,0)	28,2 (±2,8)	28,1 (±2,8)	26,2 (±4,0)	26,4 (±3,1)	31,1 (±3,3)
Fumadores diarios	25,7 (±1,9)	25,6 (±2,7)	25,8 (±2,7)	23,2 (±3,9)	23,9 (±3,0)	29,1 (±3,2)
Consumo 20 ó más cigarrillos	7,2 (±1,1)	9,2 (±1,8)	5,2 (±1,4)	2,8 (±1,5)	6,8 (±1,8)	10,2 (±2,2)
Proporción de abandono ^(b)	47,6 (±3,0)	50,0 (±4,2)	45,1 (±4,3)	26,7 (±6,7)	51,4 (±4,7)	51,5 (±4,5)

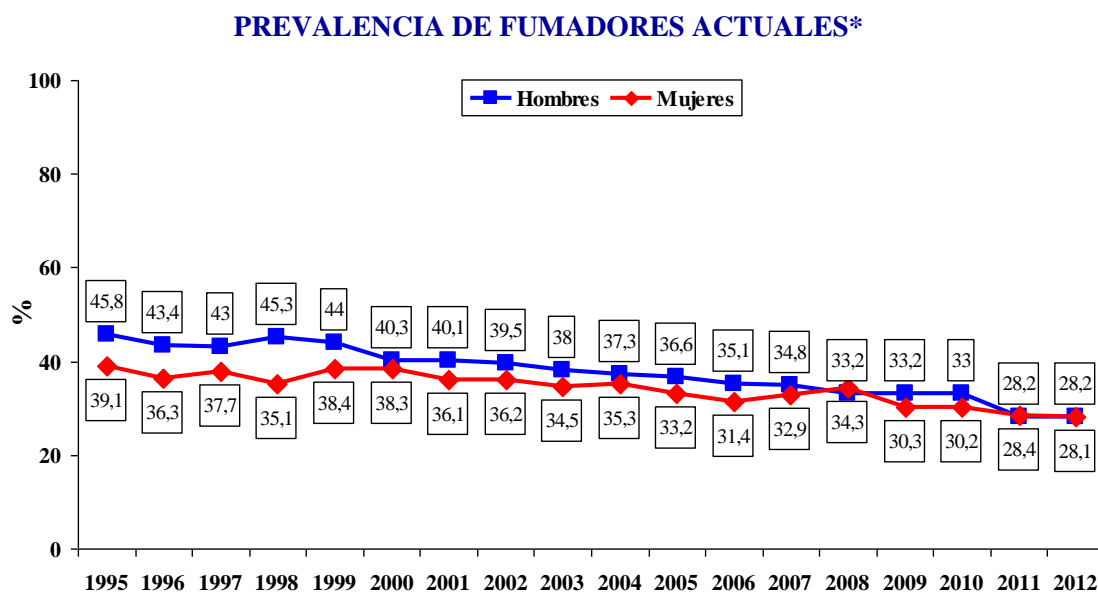
* Intervalo de confianza al 95%

(a) Fumador ocasional o diario.

(b) Exfumadores/(Fumadores actuales + exfumadores).

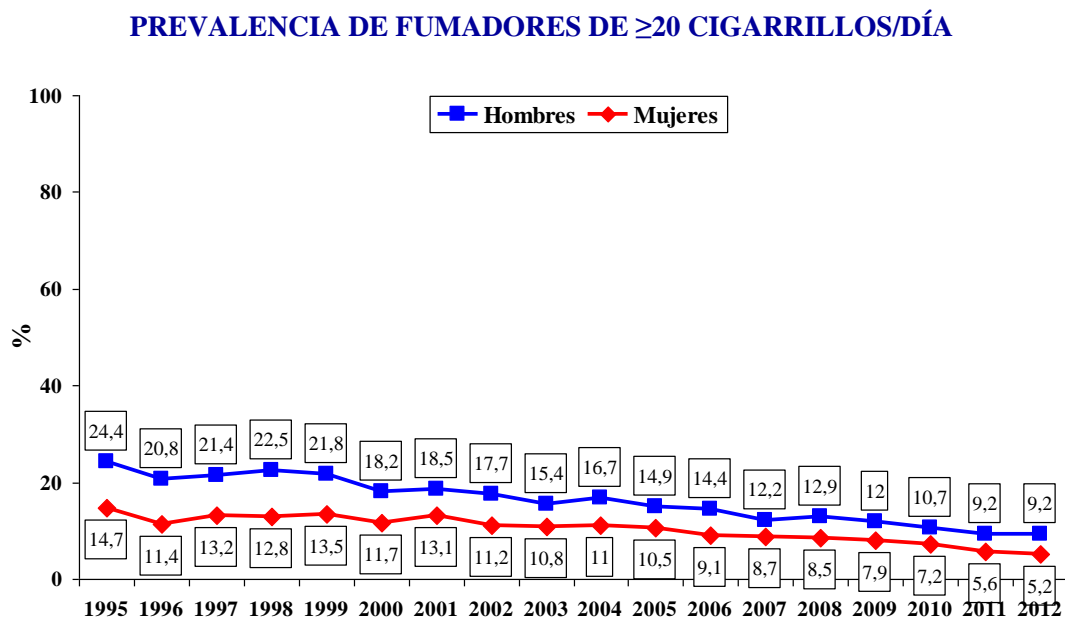
Respecto a la evolución, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso de fumadores fue del 36,8% en los hombres y del 25,1% en las mujeres (gráfico 9). Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo (1995/1996), se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores que, como se observa en el gráfico 10, ha venido aumentando también desde 1995/1996. En concreto, en el periodo 1995/1996-2011/2012, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 55,1% en hombres y un 87,0% en mujeres.

Gráfico 9.
Evolución del consumo de tabaco.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012



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

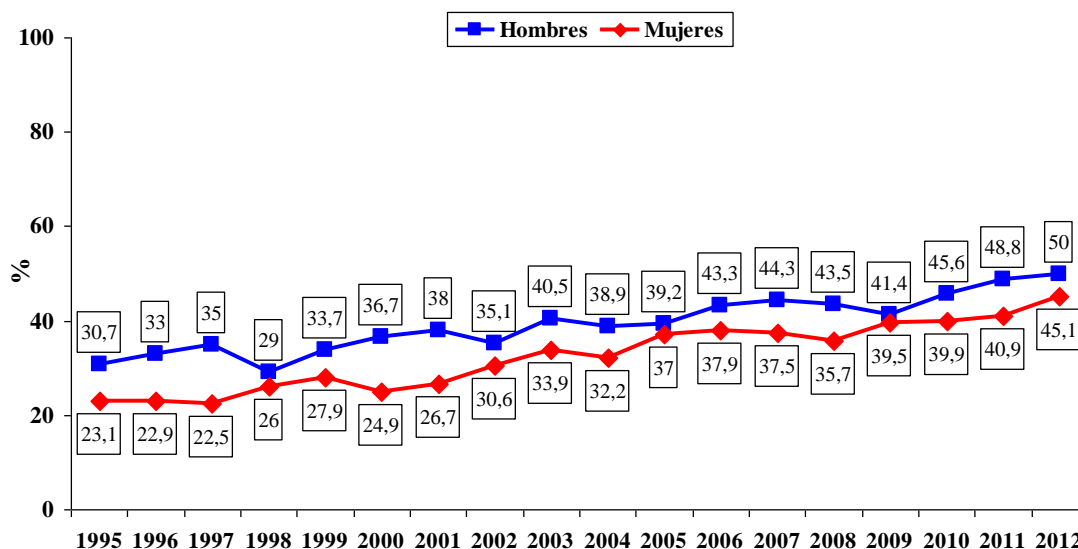
* Fumador ocasional o diario



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

Gráfico 10.
Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012

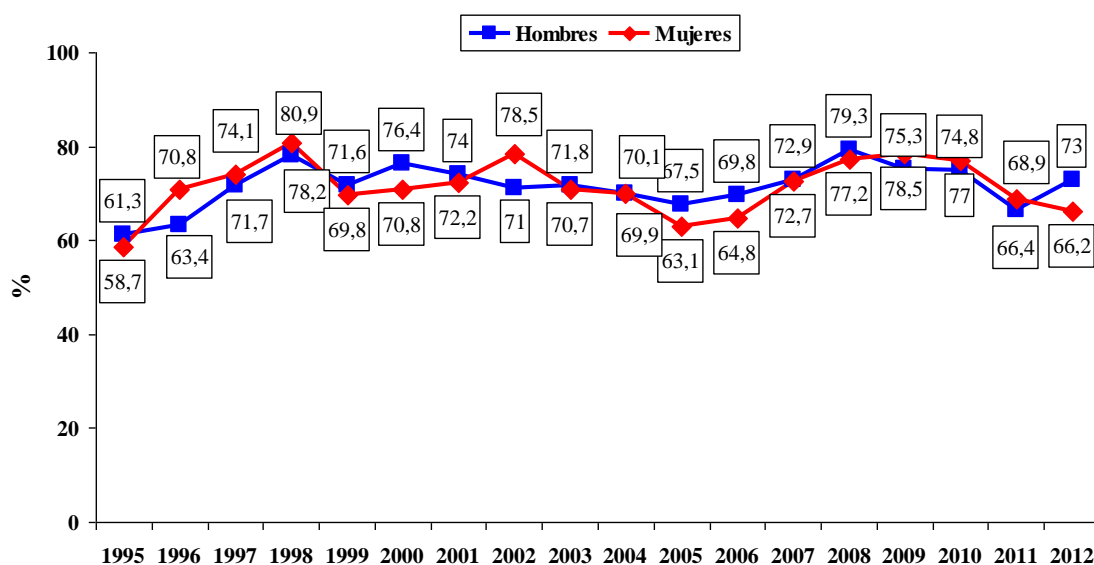
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



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

* Exfumadores/(fumadores actuales + exfumadores)

PROPORCIÓN DE FUMADORES QUE NO HAN REALIZADO ALGÚN INTENTO SERIO PARA DEJAR DE FUMAR EN EL ÚLTIMO AÑO



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

4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 40,2 gramos (g), 57,3 g en hombres y 23,7 g en mujeres. El 46,6% de los encuestados fueron clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos

una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

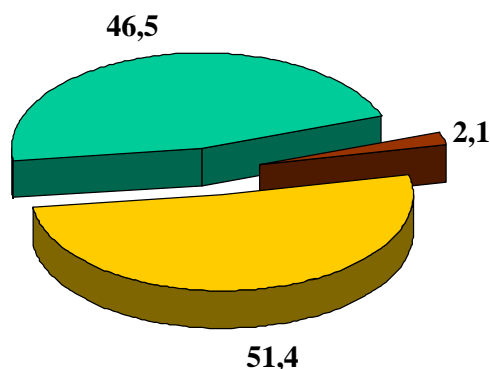
La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calcula a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se considera bebedor/a moderado/a a aquella persona cuyo consumo diario es de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de riesgo a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente.

En 2012, un 2,1% de la población fue clasificada como bebedor de riesgo, un 51,4% como bebedor moderado y un 46,5% como no bebedor (gráfico 11). Además, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,4 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Gráfico 11.
Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2012

**CLASIFICACIÓN SEGÚN LA CANTIDAD TOTAL DE ALCOHOL
CONSUMIDA POR TÉRMINO MEDIO AL DÍA**

■ Bebedor/a de riesgo** ■ Bebedor/a moderado/a* ■ No bebedor/a



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

* Consumo de alcohol de 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres

** Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres

El 11,1% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres). Este consumo fue 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento aumentó al disminuir la edad, siendo 12,5 veces más frecuente en el grupo de 18-29 años en comparación con el de 45-64 años.

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue 11,7% (14,7% de los hombres y 8,8% de las mujeres). La máxima frecuencia se observó en los más jóvenes, con casi uno de cada tres, debido, como se ha descrito anteriormente, a la frecuencia tan elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

Tabla 8.
Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales ^(a)	46,6 (±2,2)*	58,4 (±3,1)	35,2 (±2,9)	41,4 (±4,5)	44,9 (±3,5)	51,7 (±3,6)
Bebedores con consumo promedio de riesgo ^(b)	2,1 (±0,6)	2,5 (±1,0)	1,8 (±0,8)	2,8 (±1,5)	2,3 (±1,0)	1,6 (±0,9)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ^(c)	11,1 (±1,4)	14,0 (±2,2)	8,3 (±1,7)	29,9 (±4,2)	8,5 (±1,9)	2,4 (±1,1)
Consumo de riesgo global ^(d)	11,7 (±1,4)	14,7 (±2,2)	8,8 (±1,7)	29,9 (±4,2)	9,0 (±2,0)	3,5 (±1,3)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	7,4 (±1,3)	8,0 (±1,8)	6,4 (±1,8)	14,1 (±3,2)	6,8 (±2,1)	4,6 (±1,8)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días ^(e)	1,8 (±0,6)	2,8 (±1,1)	0,8 (±0,6)	3,9 (±2,1)	2,0 (±1,0)	0,6 (±0,6)

* Intervalo de confianza al 95%.

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

^(b) Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

^(c) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres.

^(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c).

^(e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

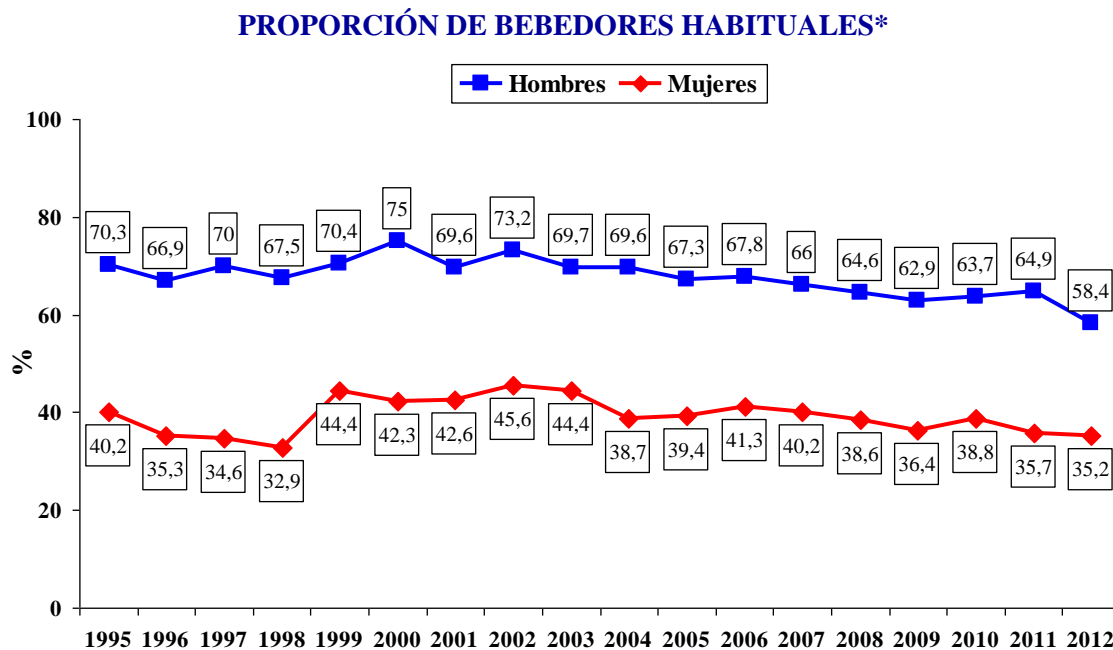
De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE²¹⁻²³ (test que estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica. La respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test indican presencia del síndrome), del total de bebedores habituales, en un 7,4% se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (8,0% de los hombres y 6,4% de las mujeres).

Por último, un 1,8% de los entrevistados que habían conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo había hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. Este comportamiento se observó casi exclusivamente en los hombres, con un 2,8% frente al 0,8% de las mujeres, aumentando la frecuencia al disminuir la edad.

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2011/2012, especialmente en los hombres. En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 10,1% en hombres y un 6,1% en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó en hombres y mujeres un 72,1% y un 17,3%, respectivamente. Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión (gráfico 13) disminuyó en hombres un 11,4% mientras en mujeres aumentó un 41,8%, por lo que habrá que estar vigilantes. Por último, la proporción de personas que habían conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (gráfico 14) se redujo en

hombres (un 46,5%) y mujeres (48,1%), aunque como se ha señalado anteriormente, en términos absolutos, este comportamiento se observa principalmente en los hombres. En las mujeres, la frecuencia media de esta conducta en el periodo 1995-2012 fue 0,8%, habiendo superado el 1,0% tan sólo en cuatro ocasiones en estos dieciocho años.

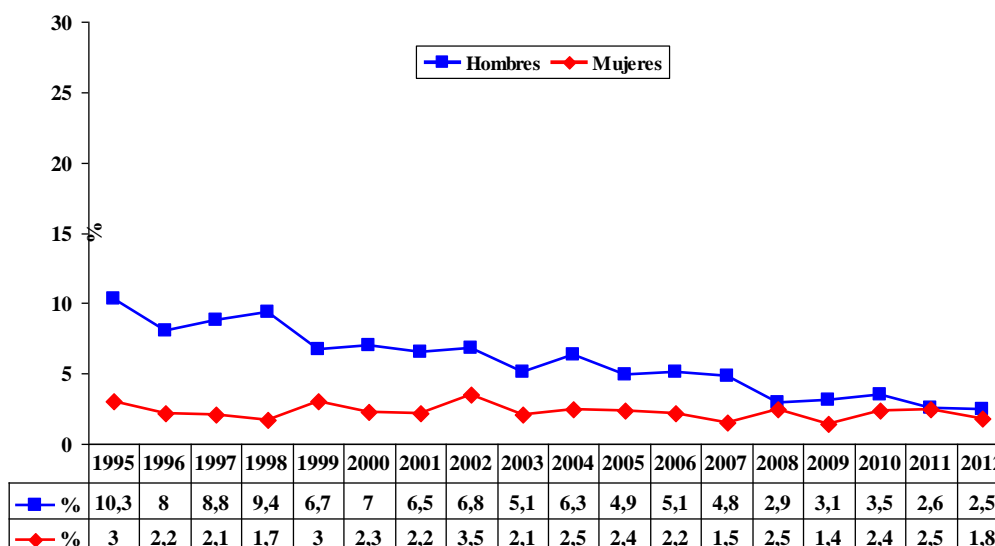
Gráfico 12.
Evolución del consumo de alcohol.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012



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

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

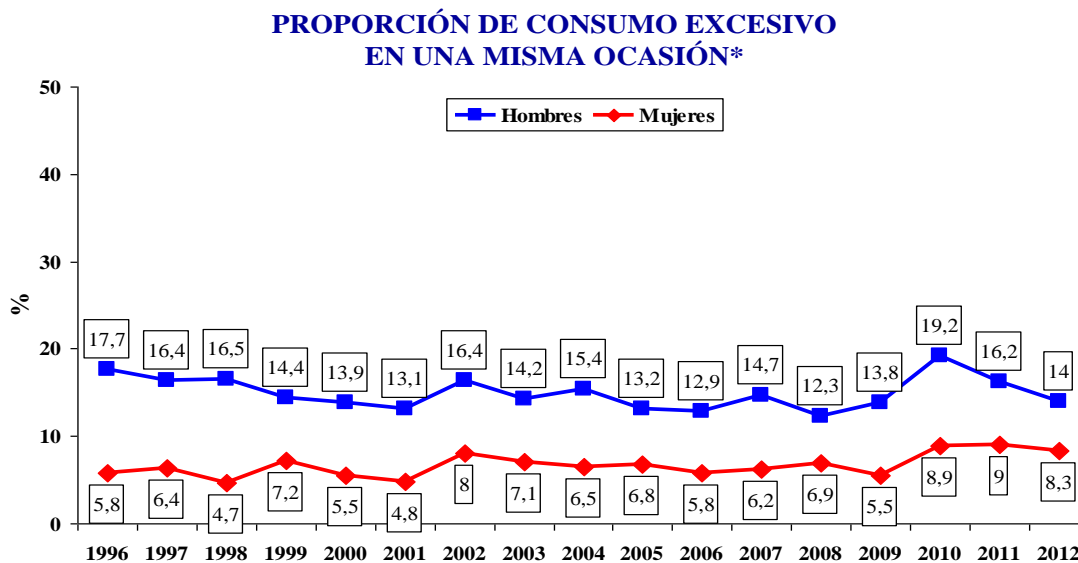
PROPORCIÓN DE BEBEDORES CON CONSUMO PROMEDIO DE RIESGO*



* Consumo de alcohol ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

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

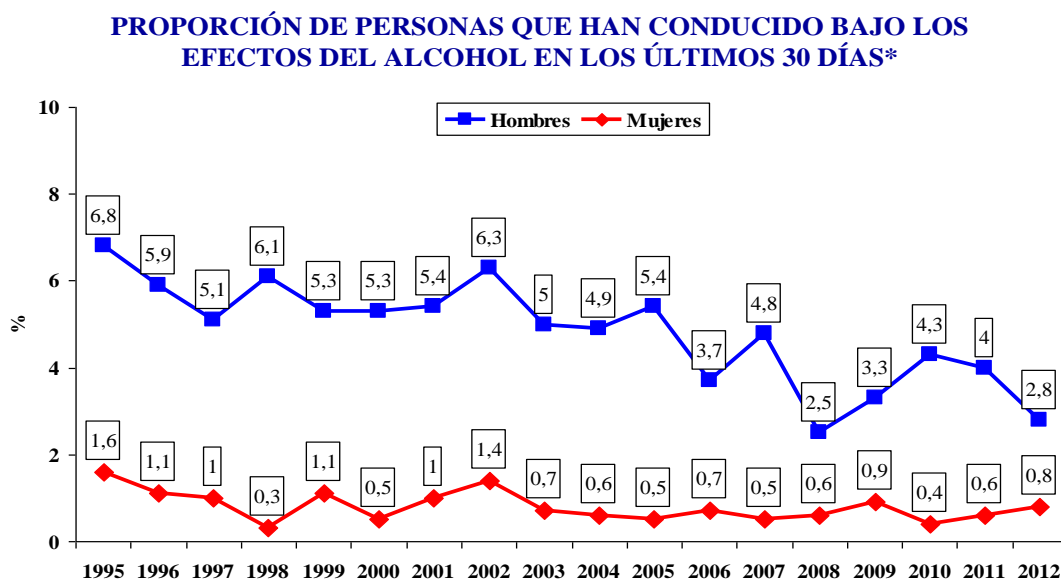
Gráfico 13.
Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012



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

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

Gráfico 14.
Evolución de la conducción bajo los efectos del alcohol.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012



*De aquellos que han conducido algún vehículo a motor en los últimos 30 días.

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

4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En las tablas 9-11 podemos observar la proporción de personas que se habían realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria²⁴⁻²⁵.

La gran mayoría refirió realizarse el control de la tensión arterial y del colesterol, aunque un 9,6% no cumplió alguna de estas recomendaciones. Un 15,7% de los entrevistados afirmó que un médico o enfermera le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 68,6% estaba tomando medicación, el 29,2% se controlaba el peso, un 61,0% había reducido la ingesta de sal, y un 36,5% hacía ejercicio físico. El 87,3% seguía alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 12,7% no realizaba ninguna. A un 17,5% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 42,2% tomaba medicamentos, el 69,5% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 41,3% practicaba ejercicio físico. El 88,6% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 11,4% no realizaba ninguna.

Por otro lado, un 16,2% de las mujeres de 25-34 años y un 2,1% de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca y, de las que sí se habían realizado la prueba, un 3,4% de las de 25-34 años y un 6,5% de las de 35 a 64 años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más. En cuanto a la mamografía, un 0,6% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado una nunca y entre las que sí se habían realizado la prueba, el 7,1% lo había hecho hacía más de dos años.

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

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años ^(a)	18 - 40 años	91,5 (±1,8)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	92,9 (±1,5)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	91,4 (±3,1)
	Mujeres < 46 años	97,0 (±1,3)
Medición de colesterol <5 años ^(b)	Hombres ≥35 años	95,8 (±1,5)
	Mujeres ≥46 años	98,4 (±1,2)

*Intervalo de confianza al 95%; ^{(a); (b)} Medición de la tensión arterial^(a)/colesterol^(b) hace menos de 5 años.

Tabla 10. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	15,7 (±1,6)*	19,8 (±2,5)	11,8 (±2,0)	3,3 (±1,6)	10,9 (±2,2)	28,4 (±3,2)
Colesterol elevado	17,5 (±1,7)	19,7 (±2,5)	15,4 (±2,2)	3,0 (±1,6)	14,8 (±2,5)	29,2 (±3,2)

* Intervalo de confianza al 95%.

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

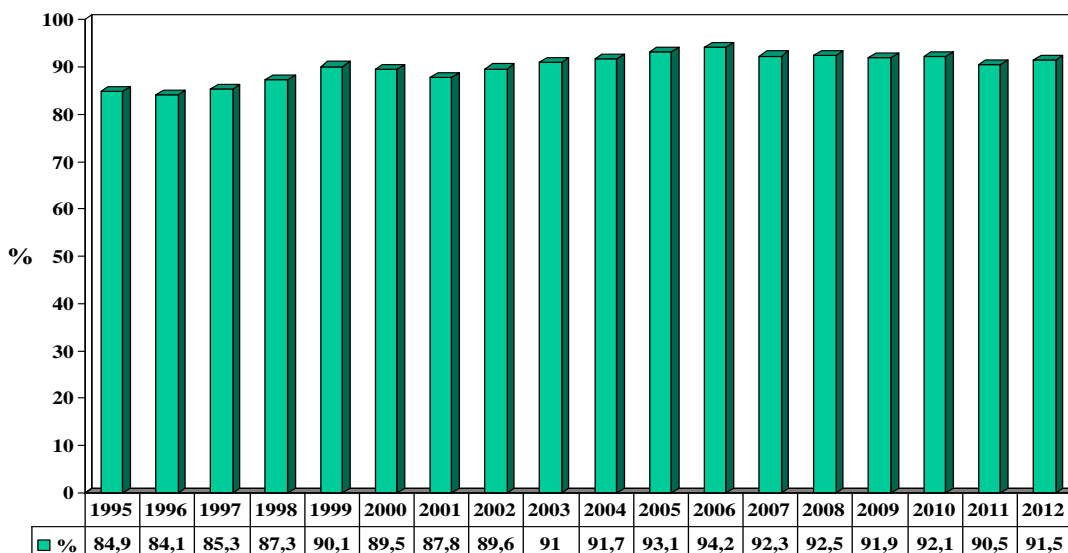
	EDAD	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	25-34 años	86,4 (±5,0)*
	≥35 años	91,5 (±2,0)
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	92,3 (±3,0)

*Intervalo de confianza al 95%.

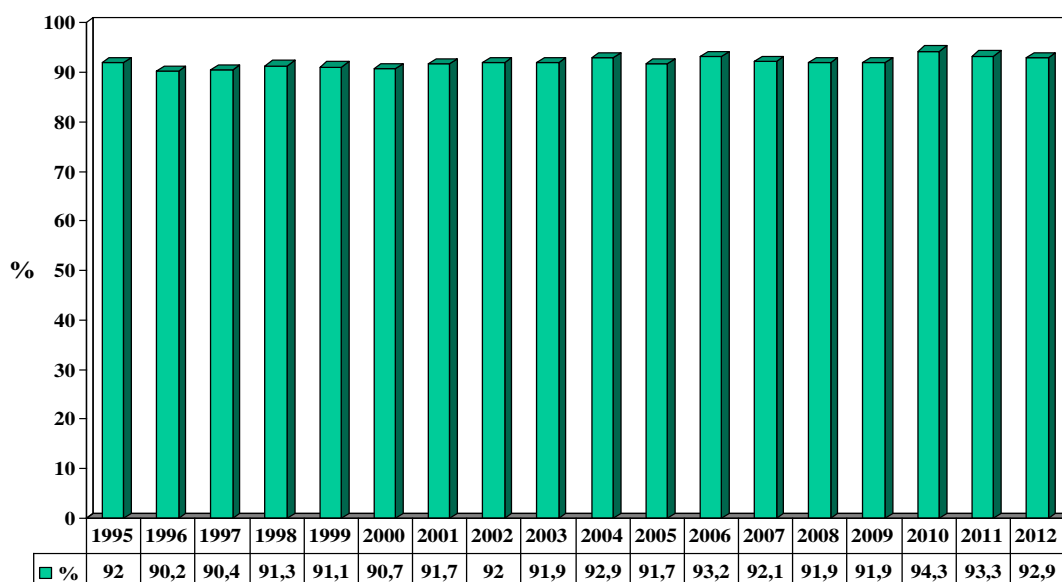
Todos los indicadores relacionados con la realización de prácticas preventivas han mejorado en estos dieciocho años de estudio. Destaca especialmente la realización de mamografías -en 1999 se puso en marcha el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid- con un incremento del 81,9% comparando el promedio de los años 2011 y 2012 con el de 1995 y 1996 (gráfico 17).

Gráfico 15.
Evolución de la medición de tensión arterial.
Comunidad de Madrid, 1995-2012

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



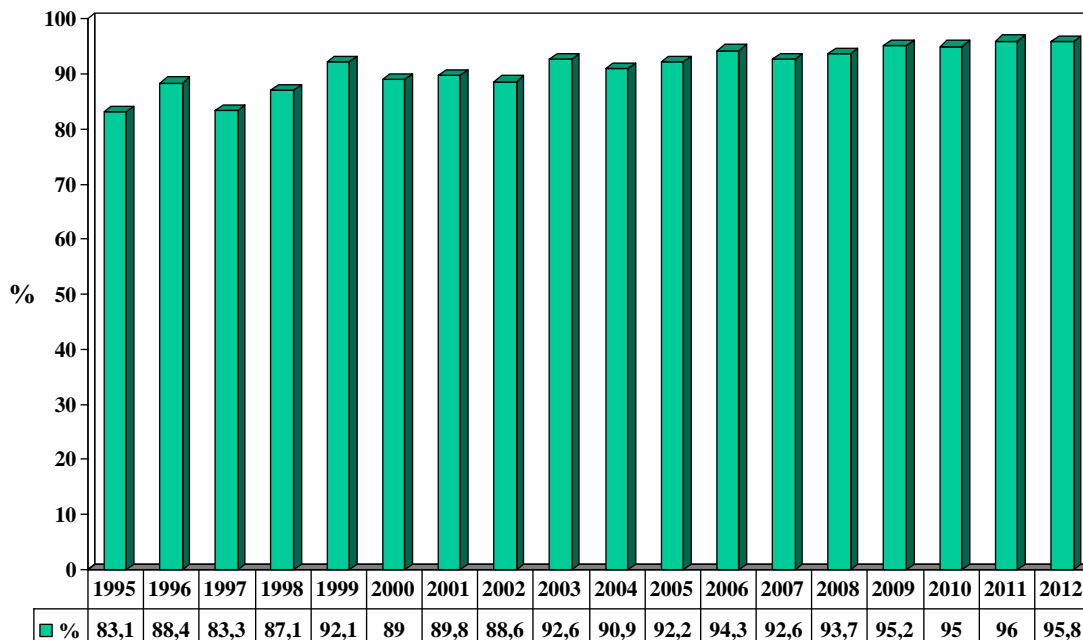
PROPORCIÓN DE PERSONAS >40 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS



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

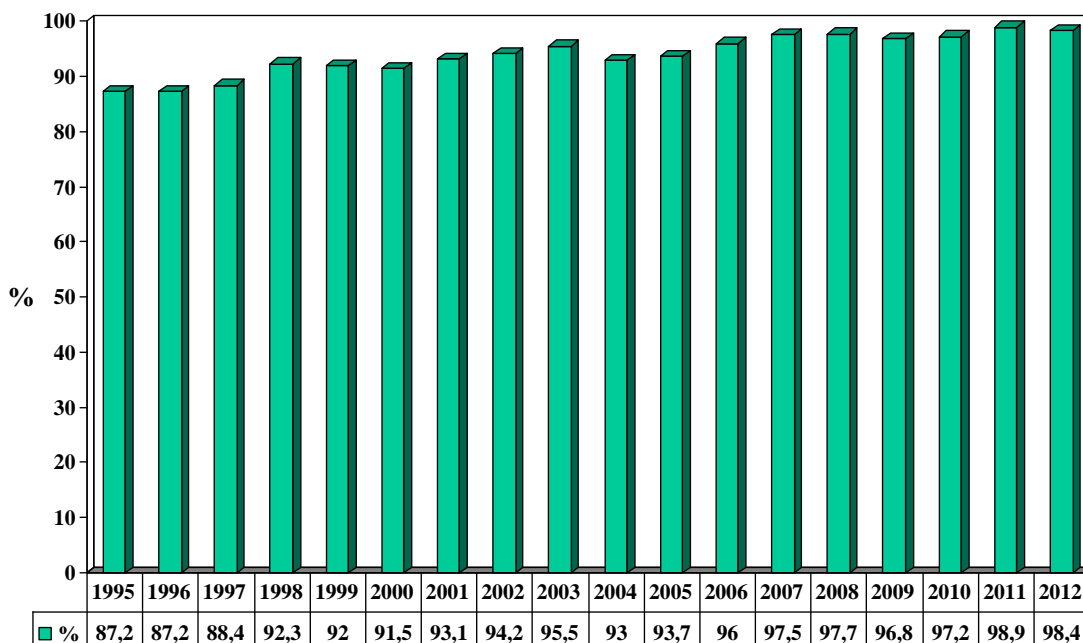
Gráfico 16.
Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2012

PROPORCIÓN DE HOMBRES \geq 35 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



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

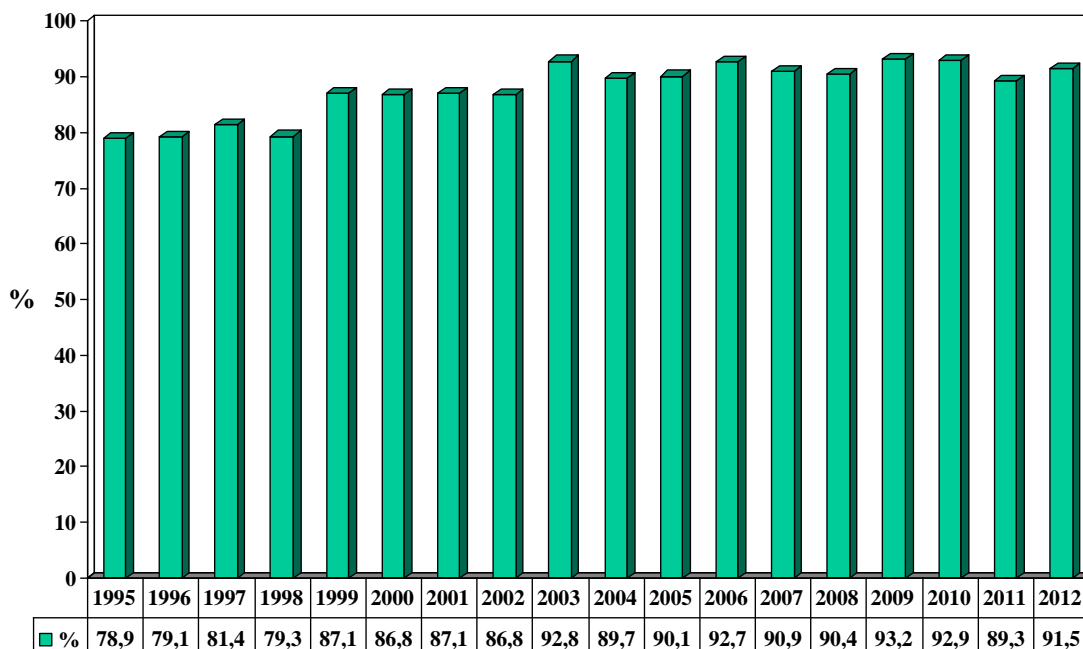
PROPORCIÓN DE MUJERES \geq 46 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



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

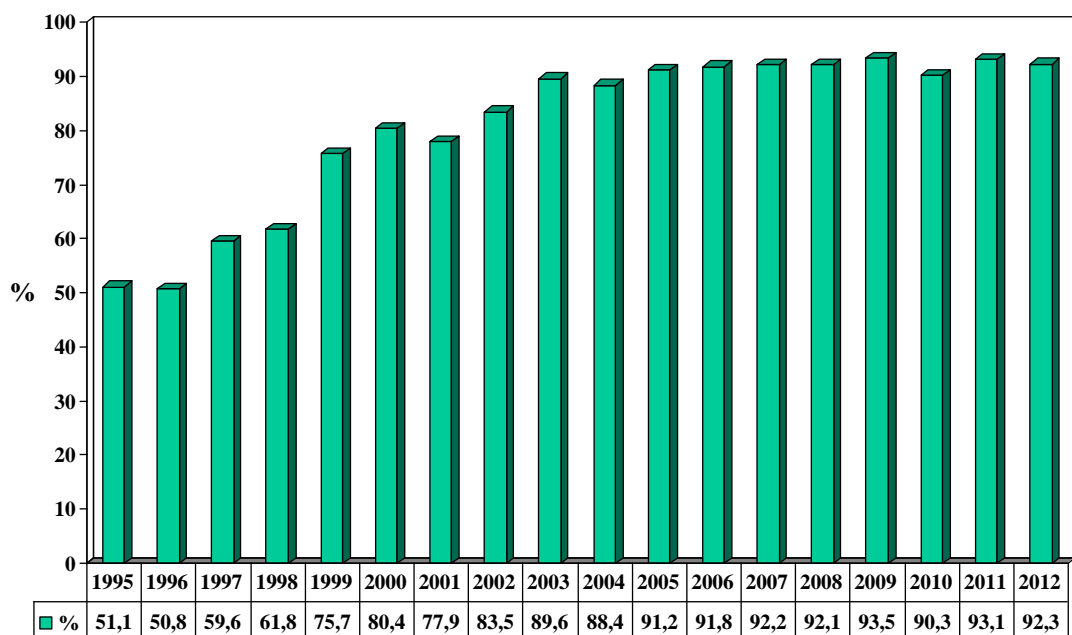
Gráfico 17.
Evolución de la realización de citologías y mamografías.
Comunidad de Madrid, 1995-2012

**PROPORCIÓN DE MUJERES ≥ 35 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO ALGUNA
 CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS**



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

**PROPORCIÓN DE MUJERES ≥ 50 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO ALGUNA
 MAMOGRAFÍA EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**



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

4.8. ACCIDENTES

Un 5,9% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La frecuencia de accidentes fue mayor en los hombres que en las mujeres, así como en el grupo de edad más joven. Un 1,4% de los entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Durante los últimos 12 meses un 0,7% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 3,4% fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno. Se observa una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 45,2% en hombres y del 30,0% en mujeres durante el 2011/2012 respecto a 1995/1996 (gráfico 18).

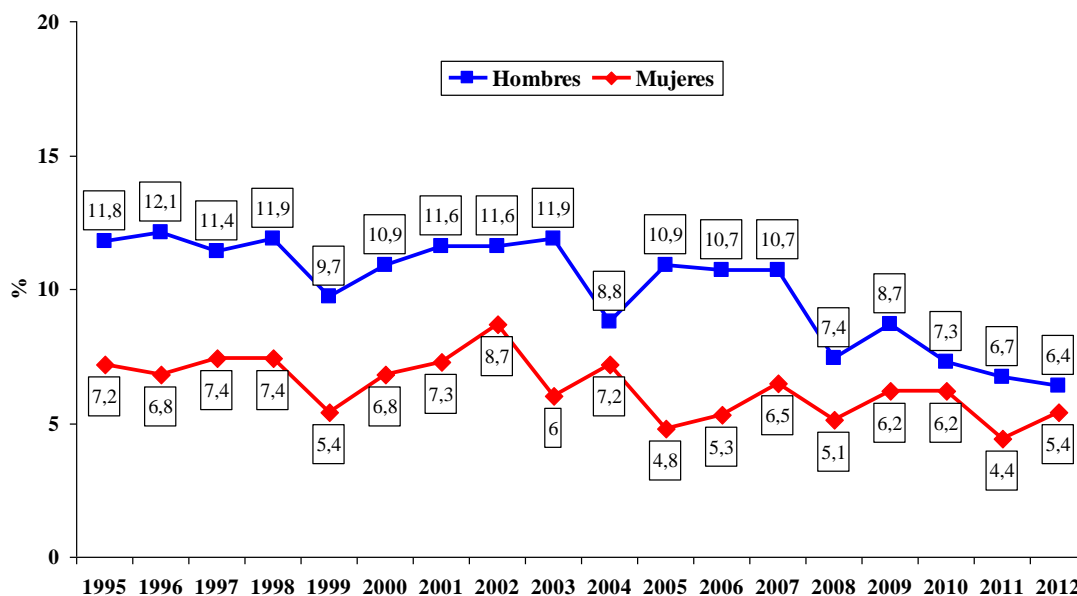
Tabla 12.
Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses.

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

*Intervalo de confianza al 95%.

Gráfico 18.

Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012



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

4.9. SEGURIDAD VIAL

El 1,5% de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,2% en la conducción por carretera.

Un 7,7% viajó en moto por ciudad durante el último mes. Todos ellos manifestaron haber utilizado siempre el casco. El 4,2% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes. El 1,2% de ellos manifestó no haber utilizado el casco en alguna ocasión. Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia con la que se producen estos comportamientos, los indicadores están sometidos a una gran variabilidad muestral, por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en los gráficos 19 y 20 se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en todos los indicadores a lo largo de estos años entre 1995 y 2012.

Tabla 13. No utilización “siempre” del cinturón de seguridad y casco en moto.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	1,5 (±0,6)*	2,7 (±1,0)	0,3 (±0,4)	1,4 (±1,1)	0,9 (±0,7)	2,2 (±1,1)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	0,2 --**	0,2 --**	0,1 --**	0,2 --**	0,0 --**	0,3 --**
No utilización del casco en moto por ciudad	0,0 --**	0,0 --**	0,0 --**	0,0 --**	0,0 --**	0,0 --**
No utilización del casco en moto por carretera	1,2 --**	0,0 --**	4,2 --**	3,2 --**	0,0 --**	0,0 --**

* Intervalo de confianza al 95%

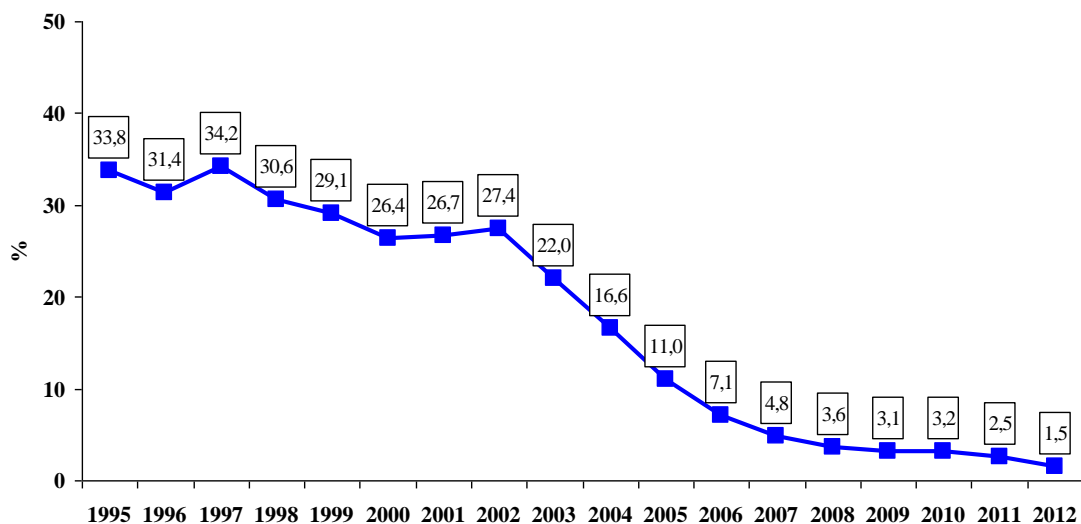
** Variación superior al 100%

Gráfico 19.

Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera.

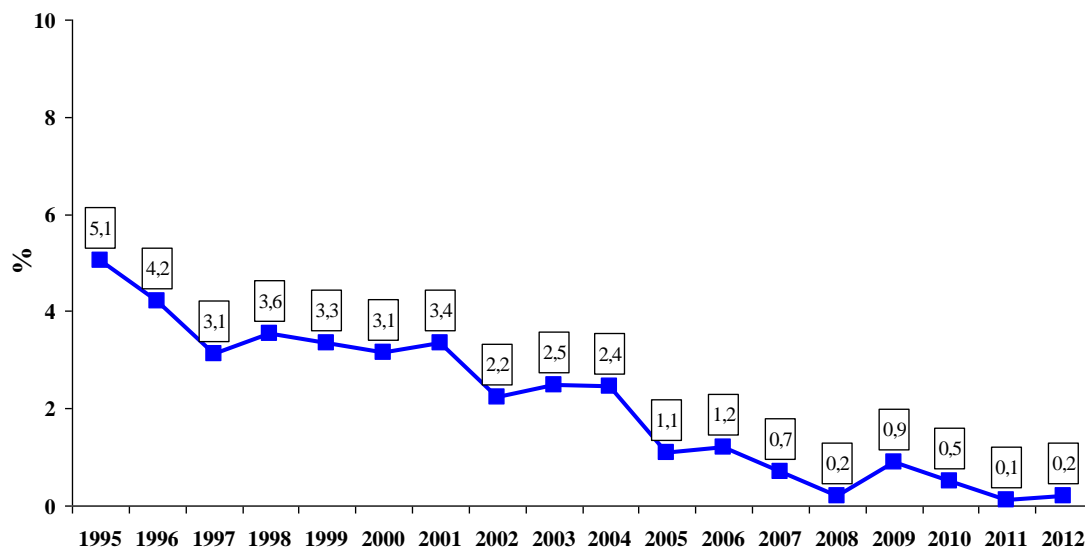
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2012

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CIUDAD



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

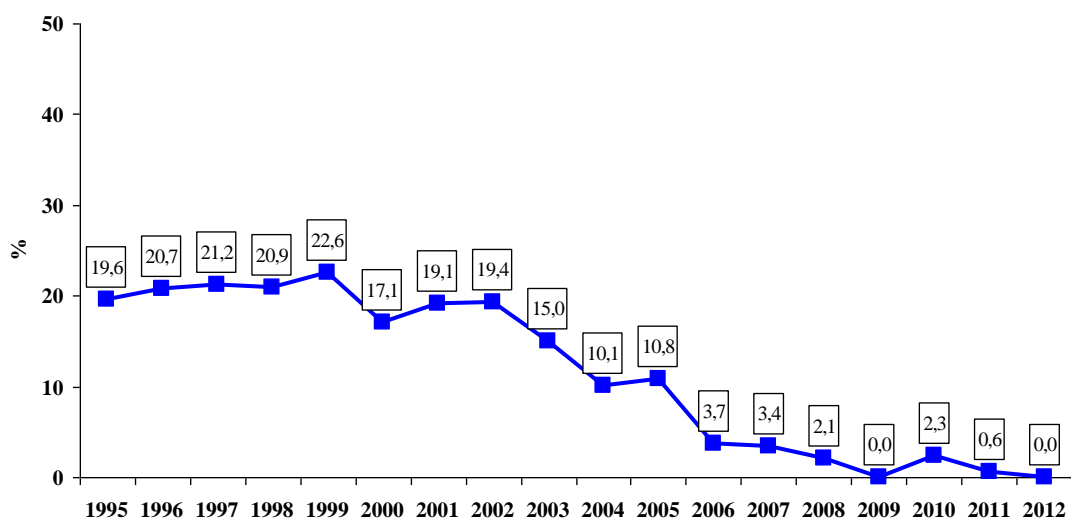
PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CARRETERA



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

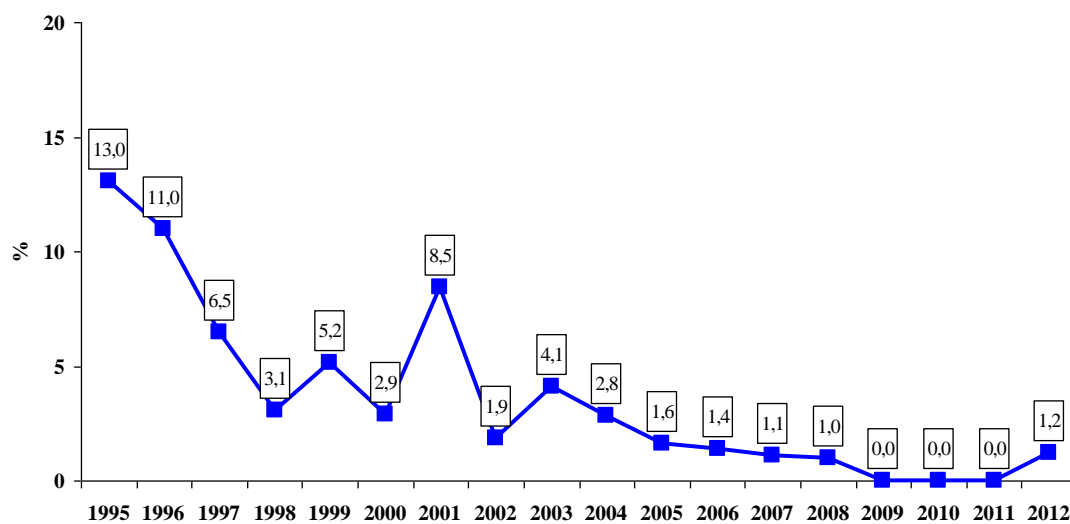
Gráfico 20.
Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2012

a) Por ciudad



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

b) Por carretera



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

4.10. AGREGACIÓN DE FACTORES

Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación.

En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la actividad física se incluyó un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METs en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada se consideró el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

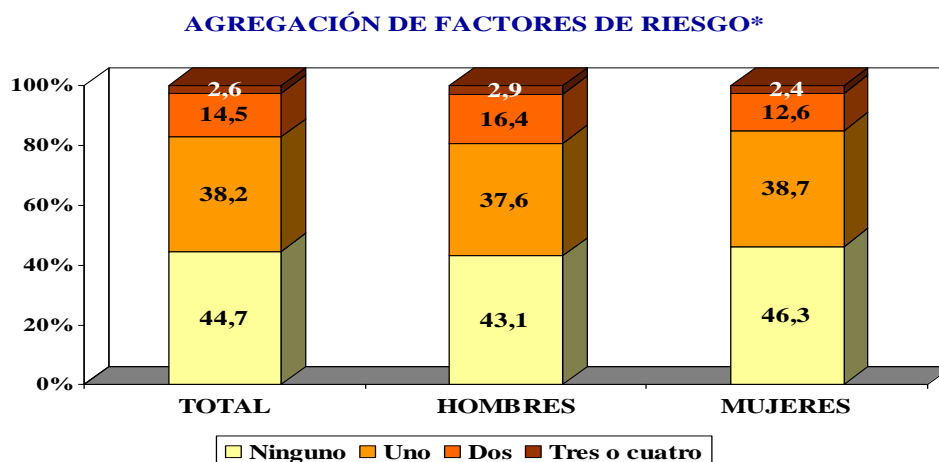
De acuerdo con los criterios expuestos, el 44,7% de los entrevistados no tenía ningún factor de riesgo, el 38,2% tenía uno, el 14,5% dos, el 2,5% tres, y el 0,1% cuatro (gráfico 21).

Globalmente, la presencia de 2 ó más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres (gráfico 21-23).

Sin embargo, se observaron importantes diferencias según la edad. En los más jóvenes (18-29 años) fueron las mujeres las que presentaron esta agregación de factores de riesgo con más frecuencia que los varones. Esta situación se invirtió a partir del grupo de 30-44 años, llegando a ser un 77,0% más frecuente la presencia de 2 ó más factores de riesgo en los hombres de 45-64 años que en las mujeres de ese grupo de edad.

Por último, en el gráfico 23 se observa que la tendencia a corto plazo en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2011/2012 comparado con 1995/1996 del 34,8% en hombres y del 8,5% en mujeres.

Gráfico 21.
Agregación de factores de riesgo*.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2012

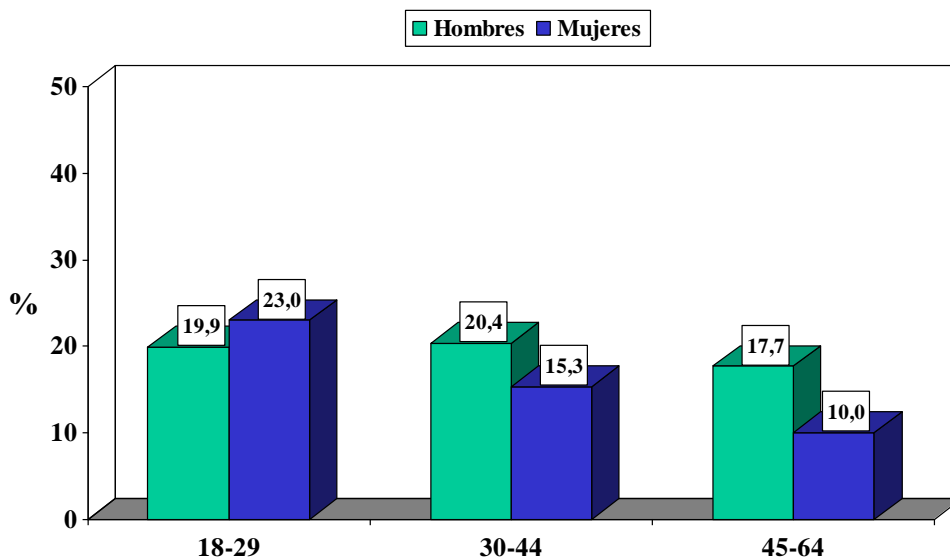


Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

* Sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada.

Gráfico 22.

Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo y edad.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2012

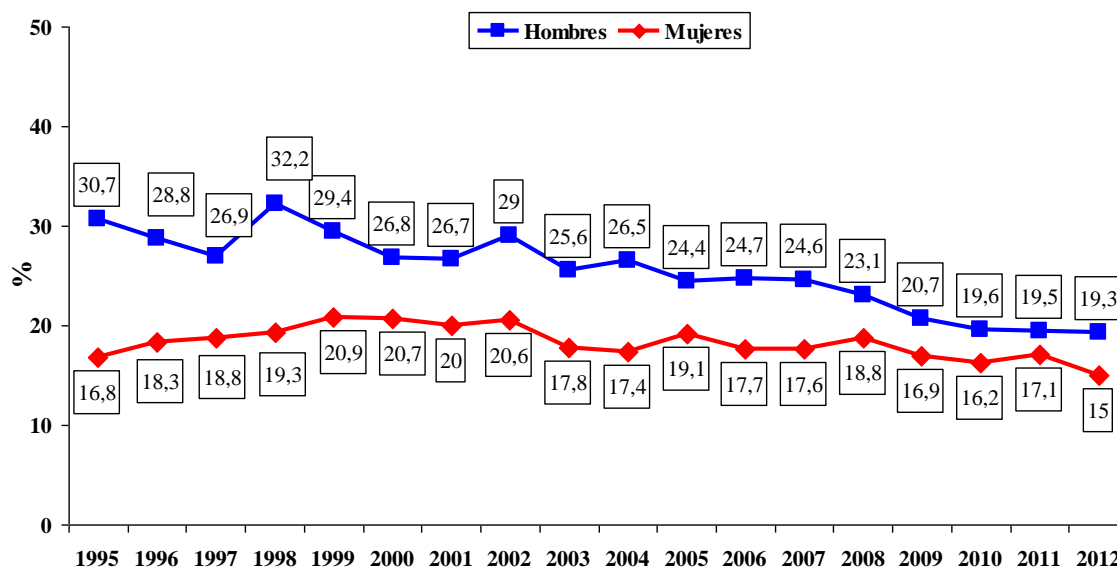


Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

Gráfico 23.

Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2012



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

* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Global burden of diseases and risk factors. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL editores. New York: Oxford University Press; 2006.
2. World Health Organization. The Global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M. Mortalidad general y por causas en la Comunidad de Madrid, 2009. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2012; 18 (3): 3-53.
5. Díez-Gañán L. Morbilidad hospitalaria, Comunidad de Madrid, 2008. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2009; 15 (10): 3-73.
6. Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86: 625-7.
7. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19: 145-51.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (12): 3-15.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1996, 1997 y 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997, 1998 y 1999.
10. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000; 6 (9 Supl): 3-28.
11. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000 y 2001. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001 y 2002, respectivamente [citado el 17 de Septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
12. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2002, 2003, 2004, 2005. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003, 2004, 2005 y 2006, respectivamente [citado el 17 de Septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
13. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2006. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2007 [citado el 17 de Septiembre de 2013]. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630

14. Dirección General de Atención Primaria. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2007, 2008 y 2009. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2008, 2010 (Enero) y 2010 (Noviembre), respectivamente [citado el 17 de Septiembre de 2013]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
15. Díez-Gañán L. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Atención Primaria. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2010 y 2011. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011 y 2012 [citado el 17 de Septiembre de 2013]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
16. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los hogares. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es>
17. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc;1988:377-85.
18. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc 2000;32(9 Suppl):498-504.
19. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
20. Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115:587-597.
21. Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J. Estud. Alcohol. 1994; 55:471-474.
22. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc 1997; 157: 1529-1535.
23. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav 2004; 29: 867-878.
24. Maiques A, Brotons C, Villar F, Navarro J, Lobos-Bejarano JM, Ortega R, Martín E, Banegas JR, Orozco-Beltrán D, Gil V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria 2012; 44 Supl 1: 3-15.
25. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, Melús E. Recomendaciones de prevención del cáncer. Aten Primaria 2012; 44 Supl 1: 23-35



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Comunidad de Madrid. Año 2013, semanas 27 a 30 (del 1 al 28 de julio de 2013)

	Casos Semanas 27 a 30	Casos Acumulados Semanas 1 a 30	Tasas Semanas 27 a 30	Tasas Acumulados Semanas 1 a 30
Infecciones que causan meningitis				
Enfermedad meningocócica	2	25	0	0,4
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	1	4	0	0
Meningitis bacterianas, otras	5	32	0,1	0,5
Meningitis víricas	17	185	0,3	2,8
Enfermedad neumocócica invasora	25	255	0,4	3,9
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	1	27	0	0,4
Hepatitis B	8	16	0,1	0,2
Hepatitis víricas, otras	10	88	0,2	1,4
Enfermedades transmisión por alimentos				
Botulismo	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	3	9	0	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0	0
Triquinosis	0	28	0	0,4
Enfermedades transmisión respiratoria				
Gripe	37	53623	0,6	825,2
Legionelosis	3	37	0	0,6
Varicela	419	3809	6,4	58,68
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección Gonocócica	19	341	0,3	5,2
Sífilis	34	382	0,5	5,9
Antropozoonosis				
Brucelosis	0	0	0	0
Leishmaniasis	4	48	0,1	0,7
Rabia	0	0	0	0
Enfermedades prevenibles inmunización				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	111	1579	1,7	24,3
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	1	0	0
Sarampión	1	1	0	0
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	24	153	0,4	2,4
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	8	47	0,1	0,7
Peste	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0
Tuberculosis *				
Tuberculosis respiratoria*	46	393	0,70	6,0
Enfermedades notificadas por sistemas especiales				
Encefalopatía Espongiforme transmisible humana	1	3	0	0
Lepra	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0
Parálisis flácida aguda (<15 años)	0	1	0	0,1

* Según padrón continuo del año 2012, población Comunidad de Madrid 6.498.560



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 27 a 30 (del 1 al 28 de julio de 2013)

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

Brotes de origen alimentario. Año 2013. Semanas 27-30

Lugar de consumo	Año 2013						Año 2012		
	Semanas 27-30			Semanas 1-30			Semanas 1-30		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	3	17	2	25	161	16	16	155	4
Centros educativos	0	0	0	3	102	0	10	801	20
Domicilios	2	10	4	14	100	18	25	127	39
Residencias no geriátricas	0	0	0	3	59	0	0	0	0
Otros lugares	1	19	0	3	30	0	0	0	0
Comedores de empresa	1	12	0	1	12	0	0	0	0
Desconocido	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Centros geriátricos	0	0	0	0	0	0	3	107	1
Total	7	58	6	50	466	35	54	1190	64

Brotes de origen no alimentario. Año 2013. Semanas 27-30

Tipo de brote*	Año 2013						Año 2012		
	Semanas 27-30			Semanas 1-30			Semanas 1-30		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	1	29	0	11	282	3	21	1070	3
Conjuntivitis vírica	0	0	0	5	168	0	4	77	0
Parotiditis	0	0	0	30	161	2	6	38	1
Escabiosis	0	0	0	3	24	0	3	62	0
Tos ferina	0	0	0	5	14	3	3	9	0
Enf. de mano, pie y boca	0	0	0	2	14	0	3	20	0
Meningitis vírica	0	0	0	5	10	9	5	13	12
Escarlatina	0	0	0	1	2	0	7	45	1
Total	1	29	0	62	675	17	52	1334	17

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2013, semanas 27 a 30
(Del 1 al 28 de julio de 2013)

Esta sección incluye información mensual procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 112 médicos de atención primaria que atienden a unas 155.000 personas, (aproximadamente un 2,3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública.

http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630

La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias acumuladas.

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 47,5% (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2013.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2013.

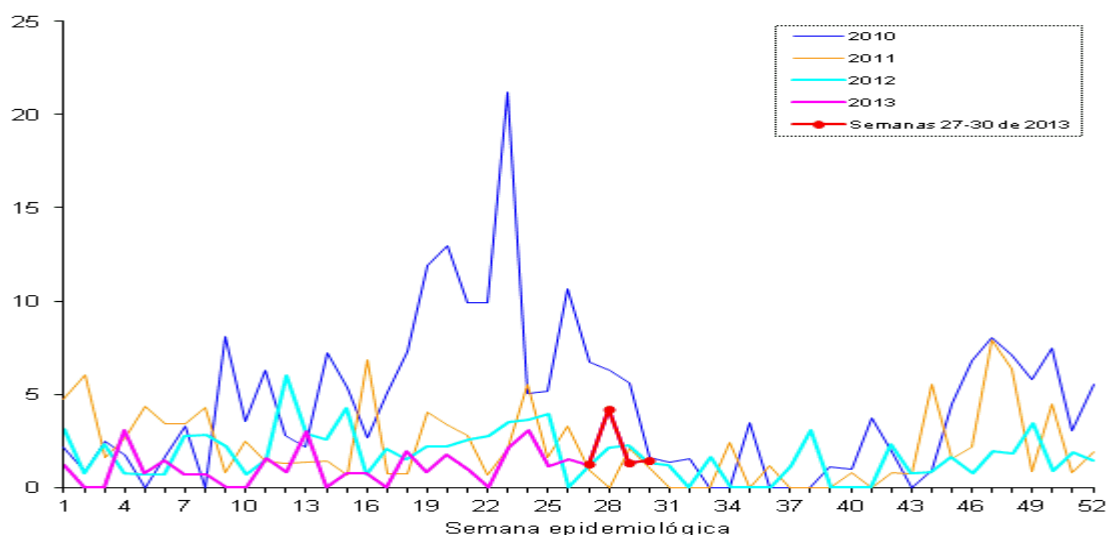
	Sem. 27 a 30 de 2013	Año 2013
Gripe*	--	1488*
Varicela	6	43
Herpes zoster	17	234
Crisis asmáticas	23	457

* De la semana 40 de 2012 hasta la 20 de 2013

VARICELA

Durante las semanas 27 a 30 del año 2013 se han declarado 6 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 8,1 casos por 100.000 personas (IC 95%: 1,6 – 14,1). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela desde el año 2010 hasta la semana 30 de 2013.

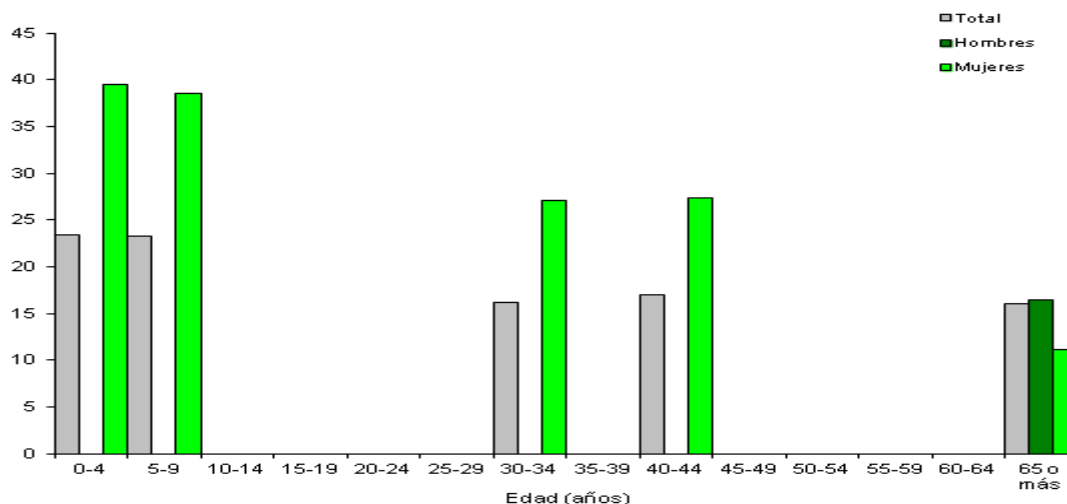
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2010-2012 y semanas 27 a 30 de 2013



De los 6 casos notificados, 5 casos se dieron en mujeres (83,3%). Dos eran menores de 10 años, 2 tenían entre 30 y 44 años y 2 eran mayores de 85 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En ningún caso se registró complicación alguna ni se requirió derivación a atención especializada.

En 3 casos se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, 2 en el colegio y 1 en el hogar.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2013



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 17 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2013, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 23,0 por 100.000 habitantes (IC 95%: 12,1 – 34,0). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2010 hasta la semana 30 de 2013. El 64,7% de los casos se dio en mujeres (11 casos). La mediana de edad fue de 65 años con un mínimo de 14 y un máximo de 86 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2010-2013 y semanas 27 a 30 de 2013.

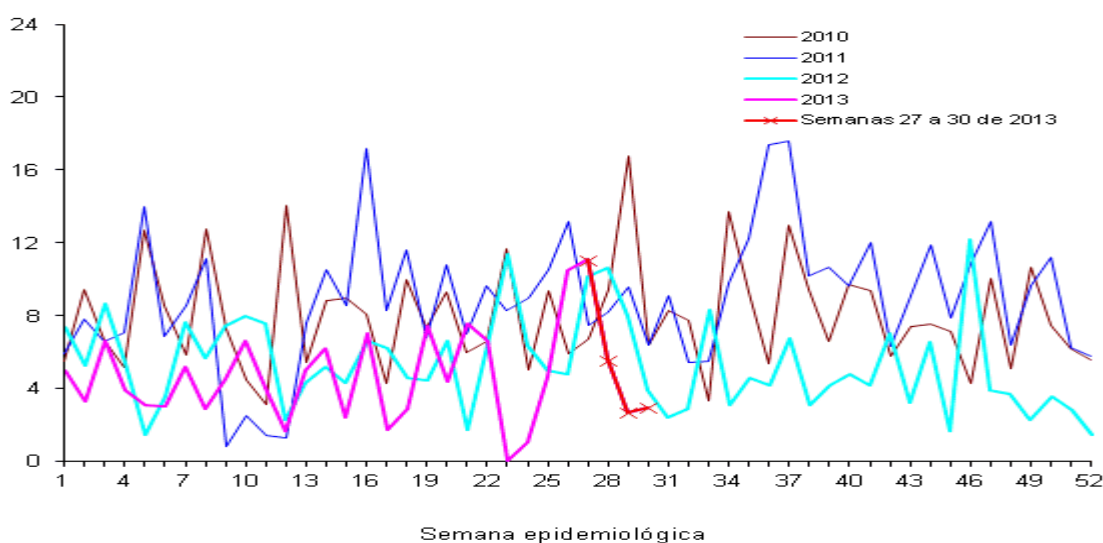
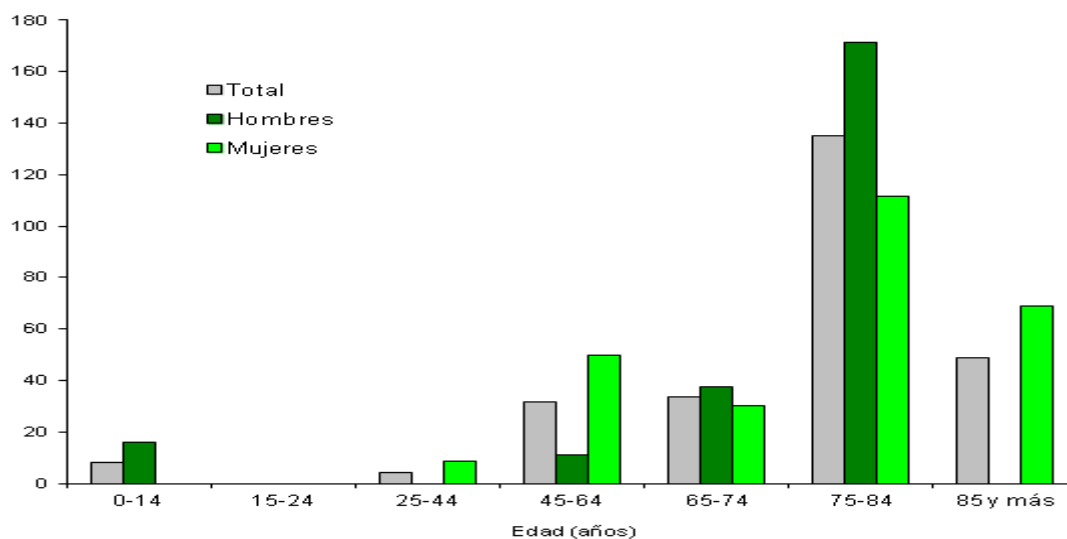


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2013



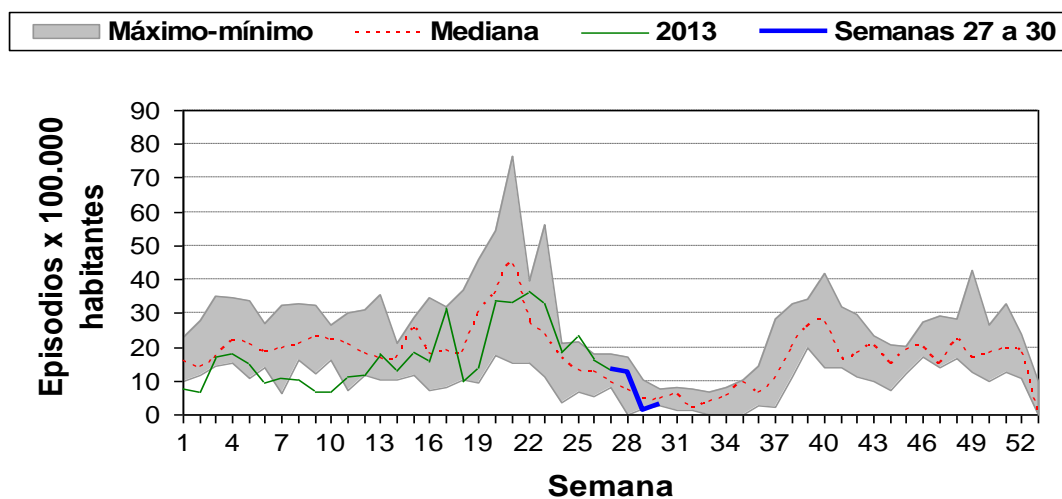
CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 27 a 30 de 2013 la Red de Médicos Centinela notificó un total de 23 episodios de asma (15 corresponden a médicos de familia y 8 a pediatras).

Se representan los episodios atendidos semanales por 100.000 habitantes, junto con el canal epidémico formado por los valores semanales máximo, mínimo y mediana de los últimos 5 años. Los valores de incidencia caen a mínimos anuales, como es esperable en los meses de verano

Episodios atendidos de asma. Año 2013

Red de médicos centinela. Semanas 27 a 30



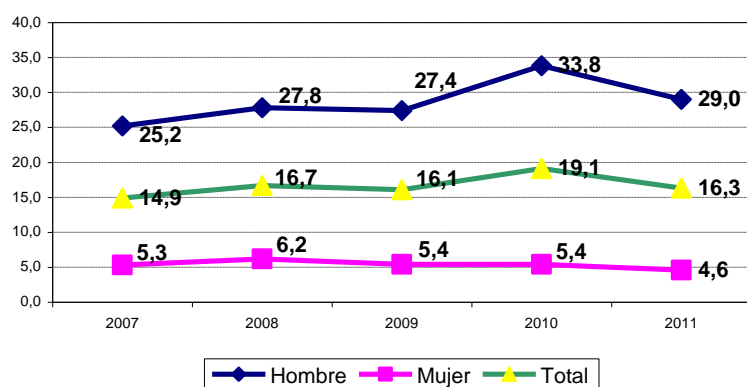


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. JULIO 2013.

Desde el año 2007 hasta el 30 de junio de 2013 se han notificado 6.053 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 83,7% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,4 años (DE: 10,7). El 46,8% habían nacido fuera de España. Un 3,3% (198) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico de infección VIH.



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

Tabla 1. Diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico.

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2007	742	81,6	167	18,4	909
2008	846	81,0	199	19,0	1045
2009	848	82,6	179	17,4	1027
2010	1055	85,4	181	14,6	1236
2011	907	85,5	154	14,5	1061
2012*	593	86,4	93	13,6	686
2013*	77	86,5	12	13,5	89
Total	5068	83,7	985	16,3	6053

* Años no consolidados

Tabla 2. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo.

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
UDI	147	5,0	68	3,2	38	12,8	7	1,0
HSH	2254	77,1	1458	67,9				
HTX	271	9,3	468	21,8	230	77,1	662	96,3
Otros	8	0,3	9	0,4	16	5,4	8	1,2
Desconocido/N.C.	243	8,3	142	6,7	14	4,7	10	1,5
Total	2923	100,0	2145	100,0	298	100,0	687	100,0

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

Diagnóstico tardío

El 18,1% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 16% en autóctonos y del 20,5% en foráneos.

Tabla 3.
Porcentaje de retraso en el diagnóstico y mediana de linfocitos CD4 por año de diagnóstico.

	N	Infecciones agudas y recientes	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/μl)	RD (<350 células/μl)	<500 células/μl
2007	746	2	338	31,8	51,5	71,2
2008	892	4	358	28,8	48,3	69,1
2009	910	13	362	29,5	47,9	66,2
2010	1048	7	398	24,8	42,5	62,0
2011	911	12	378	27,8	46,0	64,9
2012-13	662	30	398	27,0	42,3	60,7
07-13	5169	68	372 (RI: 173-580)	28,1	46,3	65,6

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 5.169 nuevos diagnósticos (85,4%).

La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

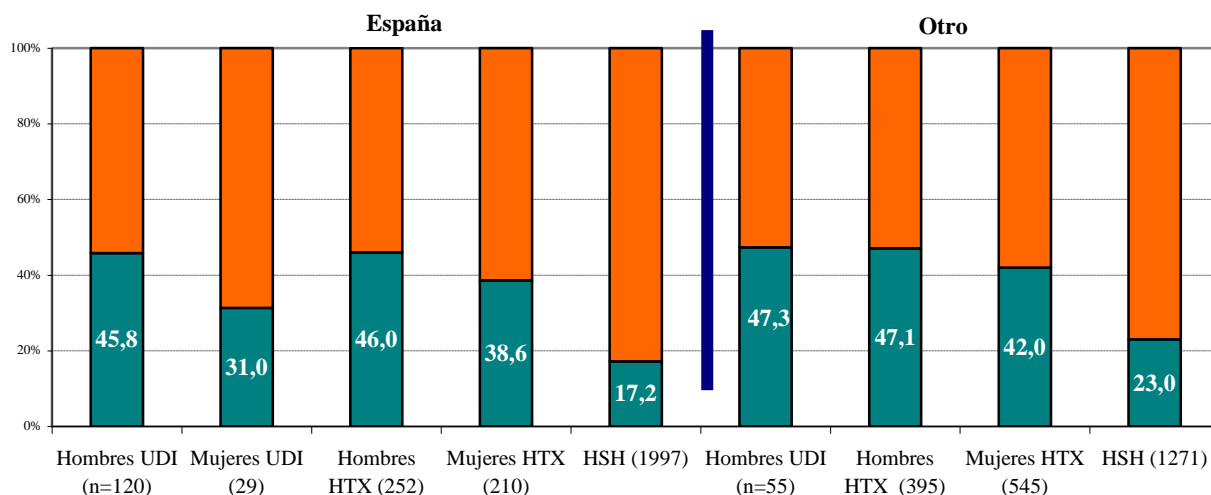
PEA: Presentación con enfermedad avanzada, RD: Retraso diagnóstico.

Tabla 4. Porcentaje de retraso en el diagnóstico de infección por VIH.

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4)
Sexo	Hombre (n=4349)	25,8%	43,8%	63,8%
	Mujer (820)	40,2%	59,5%	75,5%
Edad al diagnóstico de VIH	13-19 años (69)	10,1%	24,6%	42,0%
	20-29 (1546)	16,3%	35,1%	57,0%
	30-39 (1947)	27,7%	46,1%	65,5%
	40-49 (1074)	38,2%	56,1%	73,4%
	>49 años (510)	47,5%	64,7%	80,4%
Mecanismo de transmisión	UDI (208)	43,3%	62,0%	73,6%
	HTX (1402)	43,7%	62,6%	78,5%
	HSH (3268)	19,4%	37,5%	58,9%
País origen de	España (2796)	24,3%	41,0%	60,6%
	Otros: (2373)	32,7%	52,6%	71,6%
	1. Europa Occidental (198)	16,7%	32,8%	58,1%
	2. Europa Oriental (177)	36,2%	48,6%	60,5%
	3. América Latina y Caribe (1487)	31,4%	52,1%	71,9%
	4. África Subsahariana (407)	42,0%	65,4%	81,6%
5. Norte de África y Oriente Medio (48)	41,7%	60,4%	72,9%	

UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

Gráfico 2. Porcentaje de casos con presentación con enfermedad avanzada de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico. Hay 4 mujeres foráneas UDI, todas con más de 200 CD4 al diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. Julio 2013.

Casos de sida. 2007-2013	Hombres		Mujeres		
	n	%	n	%	
Año de diagnóstico	2007	311	77,0	93	23,0
	2008	309	73,9	109	26,1
	2009	298	77,4	87	22,6
	2010	258	75,4	84	24,6
	2011	227	79,4	59	20,6
	2012*	132	78,6	36	21,4
	2013*	20	69,0	9	31,0
	07-13	1555	76,5	477	23,5
Edad media (años)	41,5 ± 10,3		39,1 ± 9,7		
País de origen	España: 65,0%		España: 54,7%		
Mecanismo transmisión	HSH: 41,2%		HTX: 67,5%		

* Años no consolidados.

Fallecidos con infección VIH. 2007-2013	Hombres		Mujeres		
	n	%	n	%	
Año de éxitus	2007	257	79,8	65	20,2
	2008	269	78,2	75	21,8
	2009	205	76,8	62	23,2
	2010	222	79,6	57	20,4
	2011	229	83,9	44	16,1
	2012*	140	81,4	32	18,6
	2013*	24	80,0	6	20,0
	07-13	1346	79,8	341	20,2
Edad media (años)	47,7 ± 9,5		44,6 ± 9,7		
País de origen	España: 91,5%		España: 86,5%		
Mecanismo transmisión	UDI: 67,5%		UDI: 62,8%		



La suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, se puede realizar desde la misma página web del Boletín.

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

Link directo:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1156329914017



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria