

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

7.

INFORMES:

**- Hábitos de salud en la población
adulta de la Comunidad de Madrid,
2013.**








BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

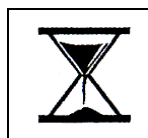
de la Comunidad de Madrid

7.

Índice

INFORMES:

	Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2013.	3
	EDO. Semanas 27 a 30 (del 30 de junio al 27 de julio de 2014)	45
	Brotos Epidémicos. Semanas 27 a 30, 2014.	46
	Red de Médicos Centinela, semanas 27 a 30, 2014.	47
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, julio 2014.	51

**INFORME:**

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2013

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2013

Informe elaborado por Lucía Díez-Gañán, Dra., PhD.

Servicio de Epidemiología, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: lucia.diez@salud.madrid.org

ÍNDICE:

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
METODOLOGÍA.....	5
RESULTADOS.....	7
4.1. Actividad física.....	8
4.2. Alimentación.....	11
4.3. Realización de dietas.....	16
4.4. Antropometría.....	17
4.5. Consumo de tabaco.....	19
4.6. Consumo de alcohol.....	23
4.7. Prácticas preventivas.....	27
4.8. Accidentes.....	33
4.9. Seguridad vial.....	35
4.10. Violencia de pareja contra la mujer.....	38
4.11. Agregación de factores.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	42

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 la actualidad, consta de dos subsistemas, el dirigido a la población adulta, SIVFRENT-A, y el dirigido a la población juvenil, SIVFRENT-J. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondientes a 2013 y su evolución desde 1995.

Metodología: el SIVFRENT-A se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 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.

En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid, se incluyó en el apartado de prácticas preventivas la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia, indicadores cuyos resultados se incorporan desde esta edición al informe anual.

Por otro lado, a lo largo del tiempo, y en función de las necesidades de salud pública, además de actualizaciones a los apartados ya existentes como la señalada anteriormente, se han incorporado nuevos apartados. Uno de ellos fue el módulo sobre violencia de pareja contra la mujer, incluido desde 2011, cuyos resultados constituyen también desde esta edición una nueva sección de este informe.

Resultados: Un 49,2% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad laboral y el 73,0% 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 42,7% en los jóvenes de 18 a 29 años), mientras que el 40,7% 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 2013 que el 41,1% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y la talla autodeclarados), siendo éste 1,6 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 17,3% en los hombres y un 12,2% en las mujeres entre 1995/1996 y 2012/2013.

Algo más de uno de cada cuatro madrileños de 18-64 años (27,4%) fumaban en 2013. Aunque esta prevalencia es muy elevada, el descenso relativo acumulado en estos diecinueve años de estudio fue del 35,5% en hombres y del 28,8% en mujeres. Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (63,1% en hombres y 58,2% en mujeres). Paralelamente, en este periodo la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó de forma importante (51,5% en hombres y 96,3% 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 (un 72,1% en hombres y un 25,0% 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 18,8%, aumentó un 22,1% en mujeres, en quienes viene aumentando desde el comienzo de la serie en 1995. En 2013, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue 2,4% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión 10,1%. Combinando ambos indicadores, el 10,9% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

En relación a las prácticas preventivas, el seguimiento de las recomendaciones sobre la medición de la tensión arterial y el nivel de colesterol o la realización de citologías y mamografías en la mujeres fue en general muy elevado, destacando el gran incremento, un 78,4%, en la realización de mamografías. La realización de un test de sangre oculta en heces o de una colonoscopia/sigmoidoscopia fue, sin embargo, poco prevalente (10,4% y 18,9% de la población, respectivamente). 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.

La prevalencia de violencia de pareja contra la mujer, en forma de agresiones físicas, amenazas, miedo o conductas de control de las mujeres por parte de sus parejas o exparejas se registró en un 2,4% de las mujeres con pareja o expareja durante el último año.

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 2013 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. Desde esta edición se incorporan al informe anual nuevos indicadores relacionados con prácticas preventivas (realización de test de sangre oculta en heces y de colonoscopia/sigmoidoscopia), así como un nuevo apartado dedicado a la violencia de pareja contra la mujer.

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 para medir la carga que generan estas enfermedades pero también para 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 2013, con un formato similar al de las ediciones anteriores⁹⁻¹⁵, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos diecinueve 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.

La muestra seleccionada es representativa de toda la Comunidad de Madrid con un tamaño muestral aproximado de 2000 entrevistas.

Diseño muestral

Como en los años anteriores, se utilizó 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 fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato.

Como fuente de datos para la selección de la muestra se utilizó 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. Como todos los años, cada mes las entrevistas se concentraron 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.

A diferencia de los años anteriores, por razones administrativas en 2013 no fue posible recoger información durante los meses de Febrero, Marzo y Abril, realizándose en los meses restantes (salvo Agosto, que como se ha señalado es un mes en el que no se realizan entrevistas) un número mayor de entrevistas, repartidas mensualmente de forma proporcional para conservar el tamaño muestral apropiado.

Técnica de entrevista

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

Selección muestral

La selección de las unidades de primera y segunda etapa se realizó automáticamente por el soporte informático.

Los hogares se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio simple.

Una vez contactado el hogar y confirmado que existía en el mismo alguna persona entre 18 y 64 años, se seleccionó 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 volvió a elegir aleatoriamente otro grupo, repitiendo este proceso hasta encontrar respuesta afirmativa. A continuación, se preguntó por el número de personas del grupo seleccionado que viven en el hogar, eligiendo aleatoriamente entre ellas si existía más de una.

Cuando la persona no estaba en casa o no podía realizar la entrevista, se concertó entrevista diferida. Cuando se produjo negativa por parte de la persona seleccionada a realizar la entrevista, no se continuó con la selección de otras unidades en el hogar.

Cuestionario

Los apartados que han constituido desde 1995 el núcleo central de preguntas son los siguientes:

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

De forma más reciente, en 2011 se incorporó al cuestionario un módulo sobre violencia de pareja contra la mujer (violencia de género), dirigido a las mujeres que durante el último año tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con una expareja. Este nuevo módulo se desarrolló para poder vigilar anualmente este importante problema de salud pública. Los resultados correspondientes a este apartado se incluyen por primera vez en este informe. Así, desde este año en adelante se presentará anualmente la evolución de estos indicadores.

Definición de variables

Los aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describen, a continuación, 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 71,3%.

Del total de negativas, un 83,4% fueron negativas de hogares, un 9,6% de individuos una vez seleccionados y un 7,0% fueron entrevistas incompletas. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra.

Número entrevistas	1944
Sexo (%)	
Hombres	49,1
Mujeres	50,9
Edad (%)	
18-29	21,9
30-44	40,0
45-64	38,1
Ámbito geográfico (%)	
Madrid capital	48,6
Corona metropolitana	43,5
Resto de municipios	7,9
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	0,8
Primarios	6,7
Secundarios 1º grado	18,0
Secundarios 2º grado	37,1
Universitarios	37,4

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 2013.

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 49,2% 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 26,4% 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 61,5% era inactivo.

La actividad física en tiempo libre se estimó 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 consideró personas activas a aquellas que realizaron 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 73,0% de los entrevistados no eran 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 79,5% 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)	49,2 (±2,2)*	55,6 (±3,2)	44,0 (±3,1)	61,5 (±4,6)	48,1 (±3,5)	43,2 (±3,6)
No activos en tiempo libre ^(b)	73,0 (±2,0)	67,7 (±3,0)	78,2 (±2,6)	61,3 (±4,6)	73,4 (±3,1)	79,5 (±2,9)

(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 la bicicleta, seguida del footing y las pesas/gimnasia con aparatos. En mujeres la más frecuente fue también la bicicleta, seguida de la natación y el footing.

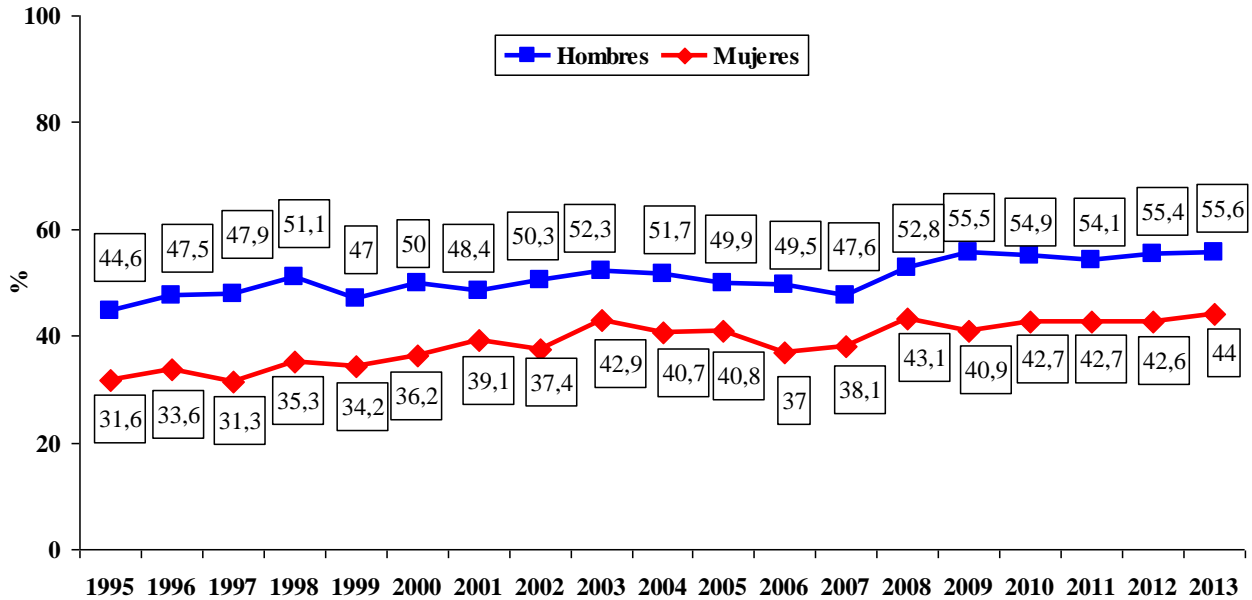
Tabla 3. Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (% de población que las practica habitualmente). Población de 18-64 años.

Hombre	%	Mujer	%
1. <u>Bicicleta</u>	19,8	1. Bicicleta	9,5
2. Footing	17,8	2. Natación	6,2
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	12,6	3. Footing	7,4
4. Natación	10,6	4. Aerobic	7,1
5. Fútbol	8,0	5. Gimnasia de mantenimiento	6,3

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2013. Si comparamos el promedio de 2012/2013 frente al de 1995/1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementó un 20,5% en hombres y un 32,8% en mujeres. Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre disminuyó un 8,9% en los varones y un 3,2% en las mujeres.

Gráfico 1.
Evolución de la realización de actividad física.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013

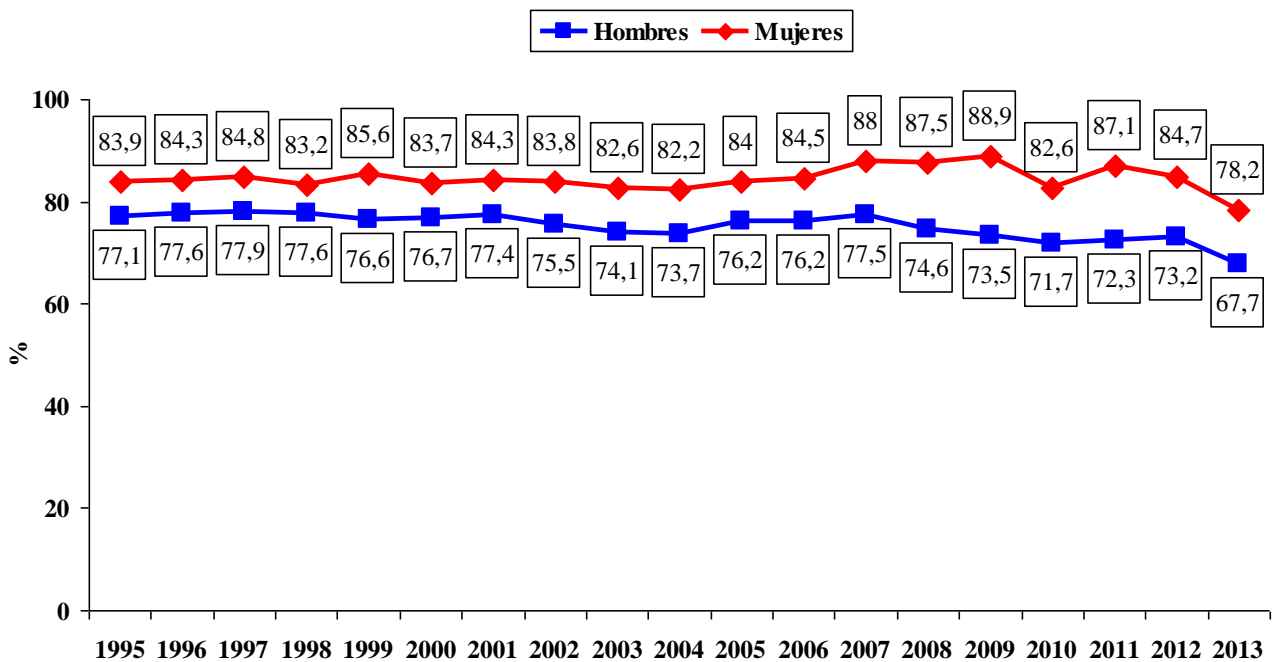
**PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS*
 EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL**



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



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 registran únicamente 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 16,3% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,9 raciones diarias y sólo el 8,5% 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 45,1% en hombres y un 33,7% en mujeres (gráfico 2).

El 58,3% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres, en las que este consumo se observó en un 66,1%, frente al 50,3% 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 aumentó un 8,1% en los hombres y un 0,5% en las mujeres.

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,2 raciones/día. La ingesta media de verduras fue 1,1 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 2,3 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 8,3% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 56,3% (61,7% de los hombres y 51,1% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (gráfico 3) y sólo el 5,8% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (5,6% de los hombres y 6,0% 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 72,3% no llegó a consumir tres raciones al día y el 96,7% no había ingerido las cinco raciones/día recomendadas, mientras esta misma situación en los sujetos de 45-64 años fue un 45,4% con una ingesta inferior a 3 raciones/día y un 91,8% 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 (8,5% y 7,6%, respectivamente), comparando los dos primeros años de la serie (1995 y 1996) respecto a 2012/2013 (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 83,4%, 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 36,1% de mujeres (gráfico 4).

En la ingesta de dos raciones/día se observó un descenso del 15,0% en hombres y del 8,9% en mujeres al comparar los dos últimos años de la serie con los dos primeros.

Pescado

El 48,8% 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 (4,1 raciones/semana frente a 4,3 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 44,5% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas. El 6,6% consumieron dos o más raciones al día.

Este indicador se mantuvo relativamente estable entre 2006 y 2010, registrando desde 2011 una tendencia descendente. Comparando el final del periodo, 2012/2013, 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 2004.

Otros alimentos

La ingesta media de **pan** fue 1,7 raciones diarias, la de **arroz y pasta** conjuntamente fue 0,33 raciones/día (lo que equivale a unas 2,3 raciones/semana), la de **legumbres** 0,1 raciones/día (en torno a 0,9 raciones/semana) y la de **huevos** fue poco más de 0,26 raciones/día (unas 1,8 raciones a la semana).

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

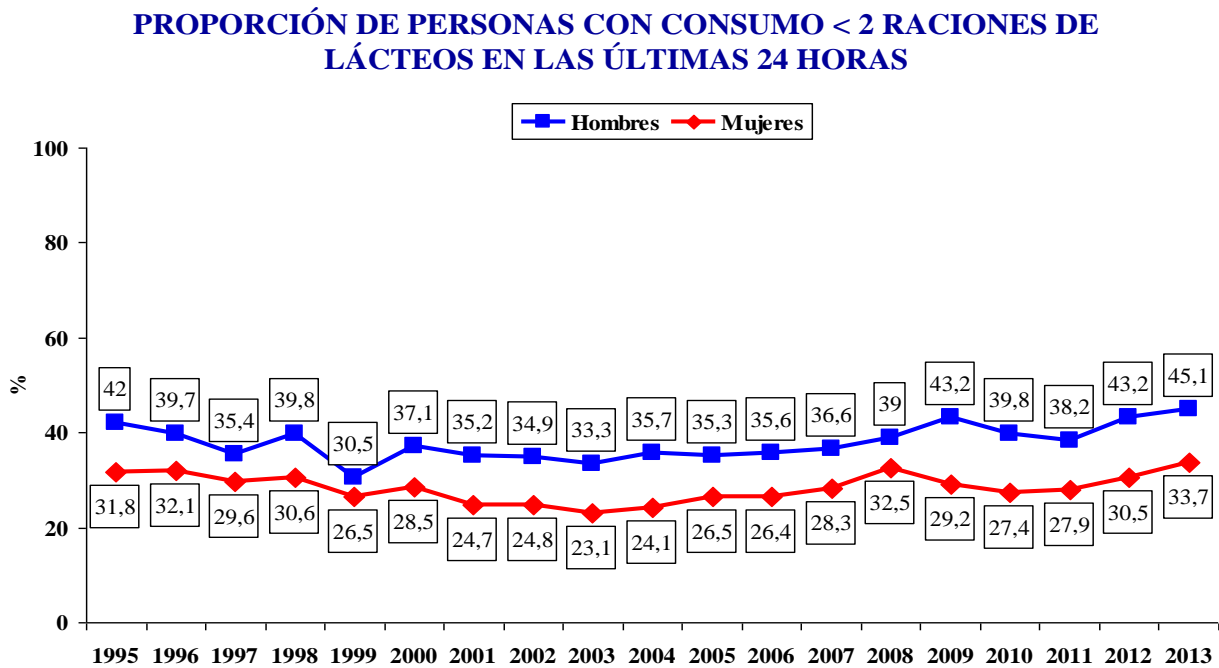
Tabla 4. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	83,7 (±1,6)*	81,4 (±2,5)	86,0 (±2,2)	77,7 (±4,0)	83,7 (±2,6)	87,3 (±2,4)
Leche y derivados	91,5 (±1,2)	88,9 (±2,0)	94,0 (±1,5)	87,8 (±3,1)	90,1 (±2,1)	95,1 (±1,6)
Arroz	15,6 (±1,6)	18,1 (±2,4)	13,2 (±2,1)	22,8 (±4,0)	16,2 (±2,6)	10,8 (±2,2)
Pasta	16,2 (±1,6)	17,6 (±2,4)	14,9 (±2,2)	19,0 (±3,7)	16,8 (±2,6)	13,9 (±2,5)
Verdura	78,7 (±1,8)	75,2 (±2,7)	82,0 (±2,4)	74,4 (±4,1)	77,6 (±2,9)	82,2 (±2,8)
Fruta fresca	71,5 (±2,0)	68,4 (±2,9)	74,4 (±2,7)	57,3 (±4,7)	68,8 (±3,3)	82,4 (±2,7)
Legumbres	12,5 (±1,5)	14,1 (±2,2)	10,9 (±1,9)	11,7 (±3,1)	13,2 (±2,4)	12,2 (±2,4)
Carne	70,4 (±2,0)	72,8 (±2,8)	68,1 (±2,9)	75,6 (±4,1)	68,9 (±3,3)	69,1 (±3,3)
Carne y derivados	83,4 (±1,7)	86,0 (±2,2)	81,0 (±2,4)	87,3 (±3,2)	84,1 (±2,6)	80,5 (±2,9)
Huevos	24,6 (±1,9)	24,1 (±2,7)	25,2 (±2,7)	25,1 (±4,1)	24,7 (±3,0)	24,3 (±3,1)
Pescado	48,8 (±2,2)	48,4 (±3,2)	49,1 (±3,1)	41,1 (±4,7)	49,2 (±3,5)	52,7 (±3,6)
Dulces/ Bollería	44,5 (±2,2)	43,8 (±3,1)	45,2 (±3,1)	46,0 (±4,7)	46,1 (±3,5)	41,9 (±3,6)

*Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 2.

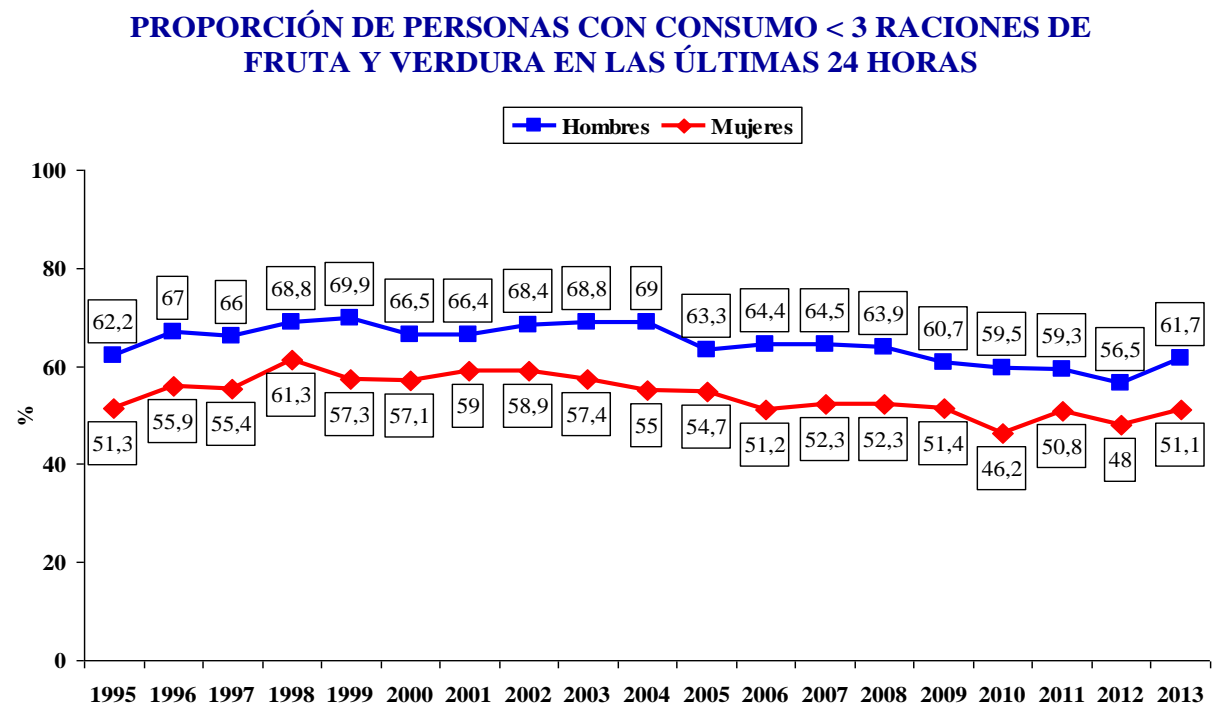
**Evolución del consumo de lácteos.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013**



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, 1995-2013**

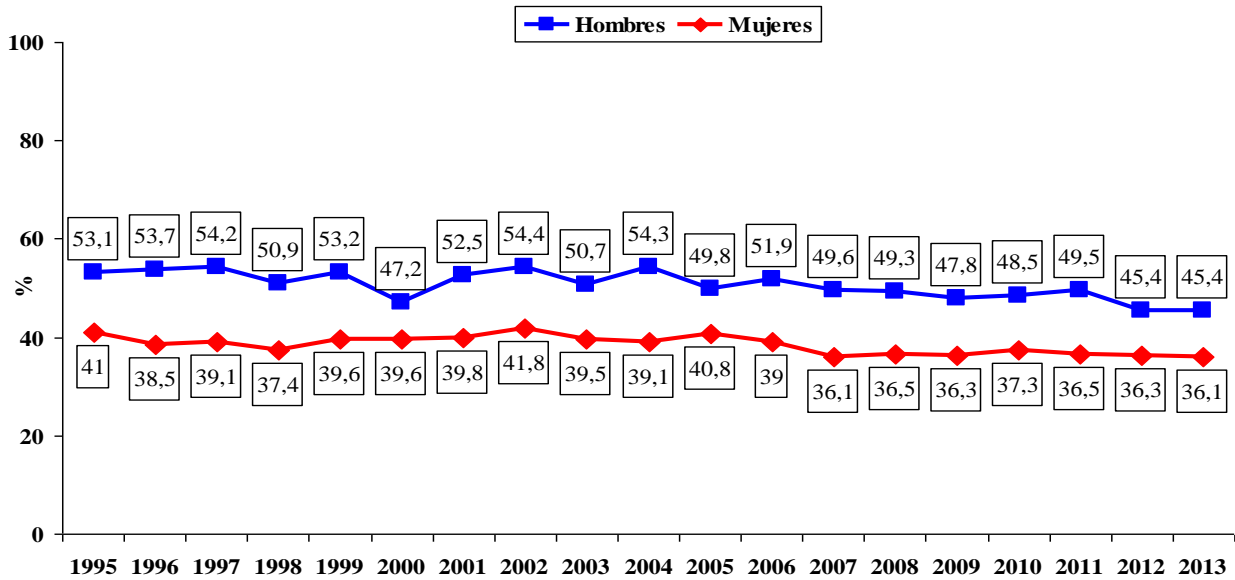


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 4.

Evolución del consumo de cárnicos.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013

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

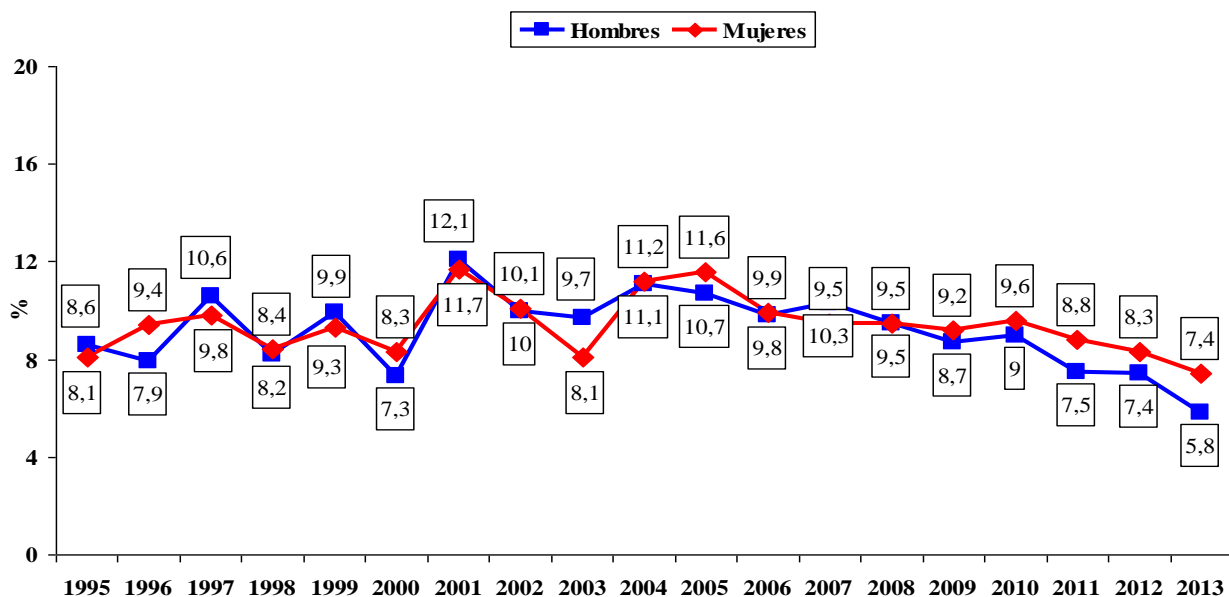


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 5.

Evolución del consumo de dulces y bollería.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 12,1% había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 8,2% había realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue un 76,3% 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 (1995-2013), 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 2013 fue 0,57). En cuanto a las tendencias, en el periodo 1995/1996 y 2012/2013 se apreció un aumento en la proporción de hombres que realizaron alguna dieta para adelgazar (14,2% más) y una disminución en el caso de las mujeres (19,6% menos) (gráfico 6).

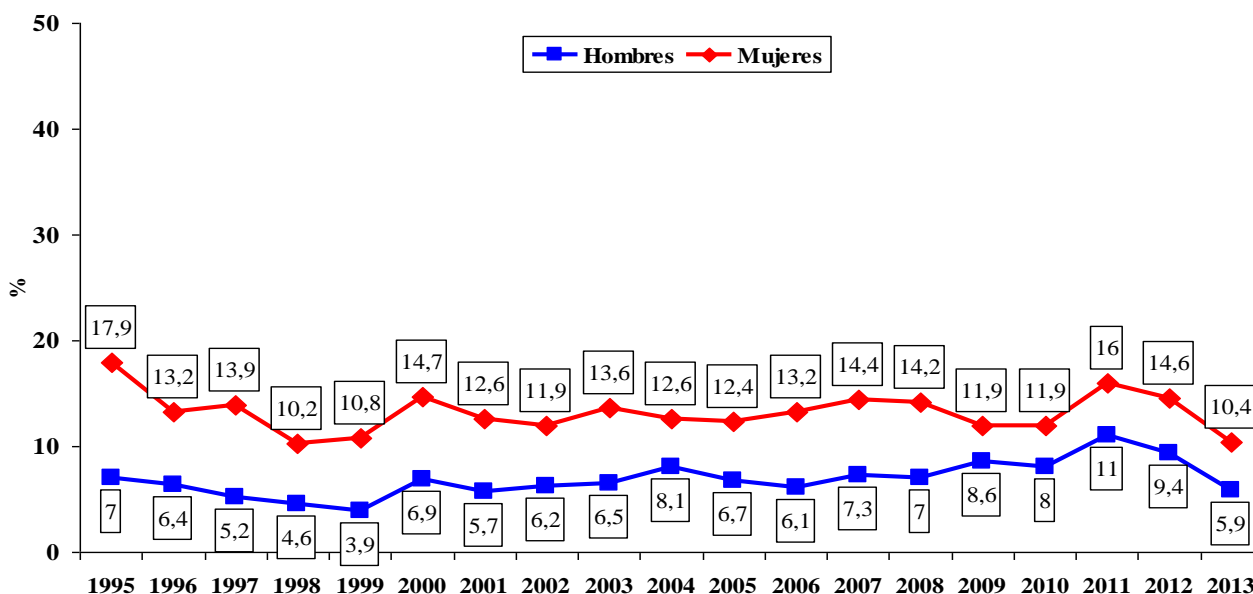
Tabla 5. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	12,1 (±1,4)*	9,8 (±1,9)	14,3 (±2,2)	11,7 (±3,1)	12,9 (±2,4)	11,5 (±2,3)
Dieta para adelgazar	8,2 (±1,2)	5,9 (±1,5)	10,4 (±1,9)	8,9 (±2,7)	9,5 (±2,1)	6,4 (±1,8)

* 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, 1995-2013



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 Obesidad²⁰ que figura en la tabla 6.

El 2,5% de la población estudiada presentó un peso insuficiente, aunque esta situación se observó casi exclusivamente en las mujeres, con una prevalencia del 4,5%, frente al 0,4% en los hombres, y, principalmente, en el grupo más joven (18-29 años). Por otro lado, el 41,1% de la población adulta de 18 a 64 años presentó sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 17,4% al sobrepeso de grado I, un 14,8% al sobrepeso de grado II, y un 8,9% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad fueron mucho más frecuentes en hombres que en mujeres y se incrementaron 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 17,3%, comparando el promedio de 2012 y 2013 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento fue del 12,2%.

Tabla 6. Distribución del Índice de Masa corporal.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente ^(a)	2,5 (±0,7)*	0,4 (±0,4)	4,5 (±1,3)	5,6 (±2,2)	1,9 (±1,0)	1,2 (±0,8)
Normopeso ^(b)	56,4 (±2,2)	48,3 (±3,2)	64,3 (±3,0)	72,2 (±4,3)	58,4 (±3,5)	45,3 (±3,6)
Sobrepeso grado I ^(c)	17,4 (±1,7)	22,0 (±2,6)	13,0 (±2,1)	11,1 (±3,0)	18,6 (±2,7)	19,9 (±2,9)
Sobrepeso grado II ^(d)	14,8 (±1,6)	18,3 (±2,5)	11,5 (±2,0)	7,5 (±2,5)	13,7 (±2,4)	20,3 (±2,9)
Obesidad ^(e)	8,9 (±1,3)	11,0 (±2,0)	6,8 (±1,6)	3,5 (±1,8)	7,5 (±1,9)	13,4 (±2,5)

* Intervalo de confianza al 95%

(a) Peso insuficiente: $IMC < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$

(b) Normopeso: $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg}/\text{m}^2$

(c) Sobrepeso grado I: $25 \text{ kg}/\text{m}^2 \leq IMC < 27 \text{ kg}/\text{m}^2$

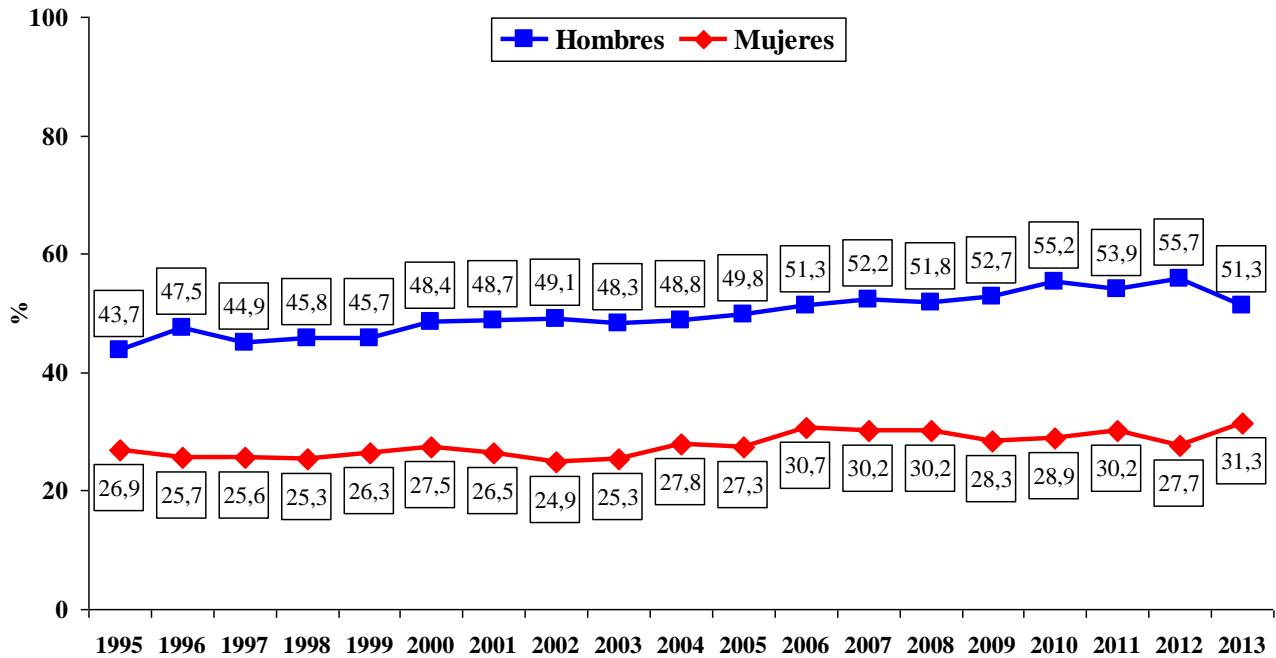
(d) Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg}/\text{m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg}/\text{m}^2$

(e) Obesidad: $IMC \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$

Gráfico 7.

Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013

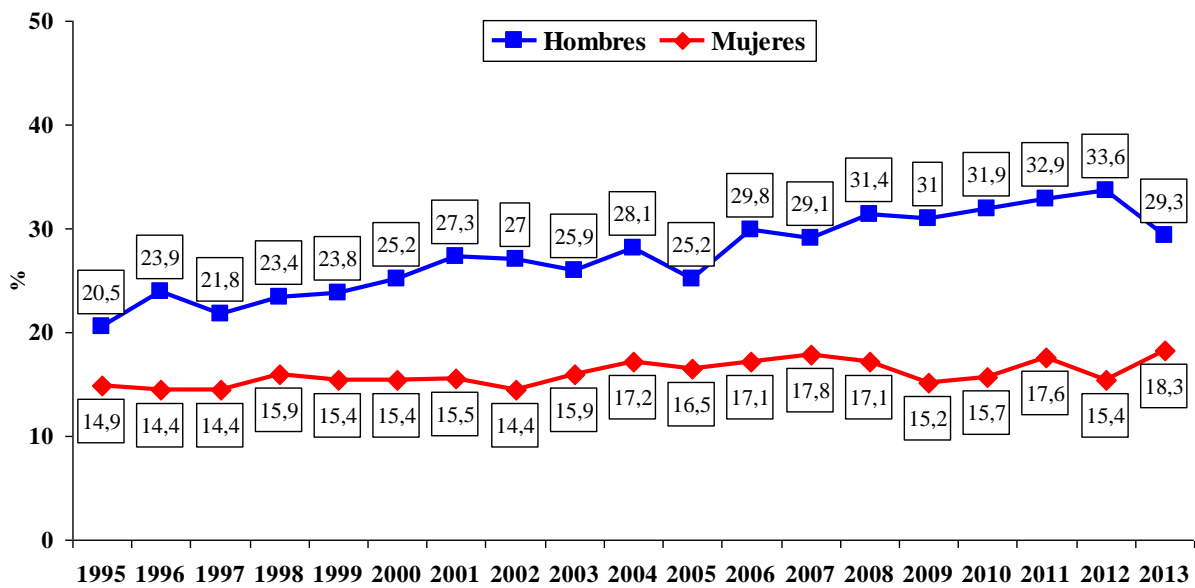
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON SOBREPESO U OBESIDAD*.



*Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m²

SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON SOBREPESO DE GRADO II U OBESIDAD*.



*Índice de Masa Corporal ≥ 27 kg/m²

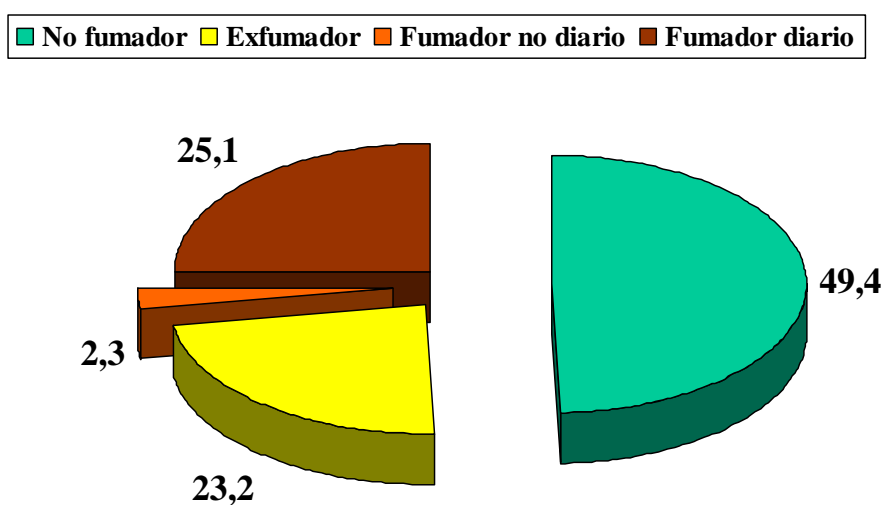
SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.5. CONSUMO DE TABACO

El 50,6% de los entrevistados refirió haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida. En función de la situación actual de consumo, un 27,4% 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 25,1% eran fumadores diarios. La proporción de exfumadores fue 23,2% (gráfico 8).

Gráfico 8.

**Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2013**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

La proporción de fumadores actuales fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres (tabla 7).

El consumo de 20 cigarrillos o más al día lo presentaba un 6,6% de los entrevistados, proporción que se incrementó al 26,2% 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 45,8%.

Del total de fumadores actuales un 11,1% estaba pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 17,4% en los próximos 6 meses.

Por otra parte, el 25,4% 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	50,6 (±2,2)*	53,5 (±3,2)	47,8 (±3,1)	35,9 (±4,6)	48,2 (±3,5)	61,2 (±3,5)
Fumadores actuales ^(a)	27,4 (±2,0)	29,3 (±2,9)	25,6 (±2,7)	26,1 (±4,2)	27,2 (±3,1)	28,4 (±3,2)
Fumadores diarios	25,1 (±1,9)	26,6 (±2,8)	23,7 (±2,6)	23,2 (±4,0)	24,6 (±3,0)	26,7 (±3,2)
Consumo 20 ó más cigarrillos	6,6 (±1,1)	7,5 (±1,7)	5,7 (±1,4)	3,8 (±1,8)	5,8 (±1,6)	9,1 (±2,1)
Proporción de abandono ^(b)	45,8 (±3,1)	45,2 (±4,3)	46,5 (±4,5)	27,5 (±7,1)	43,5 (±5,0)	54,0 (±4,6)

* 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 35,5% en los hombres y del 28,8% en las mujeres (gráfico 9).

Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (descenso del 63,1% en hombres y del 58,2% en las mujeres)

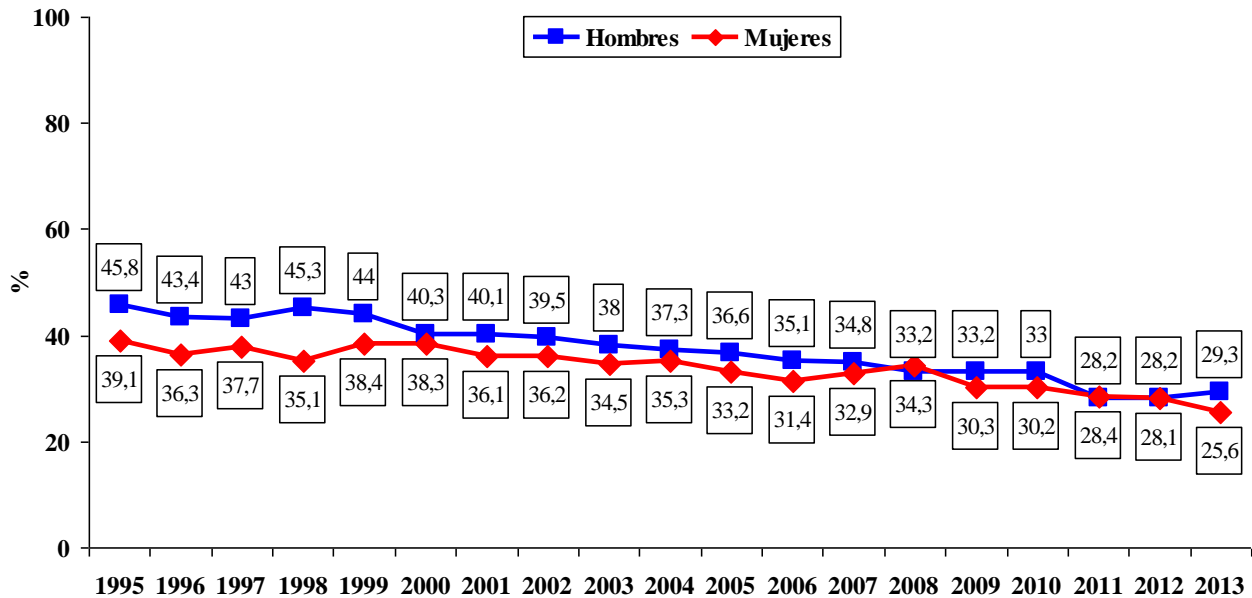
Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo (1995/1996), se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores que, como se observa en el gráfico 10, ha venido aumentando también desde 1995/1996.

En concreto, en el periodo 1995/1996-2012/2013, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 51,5% en hombres y un 96,3% en mujeres.

Gráfico 9.

**Evolución del consumo de tabaco.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013**

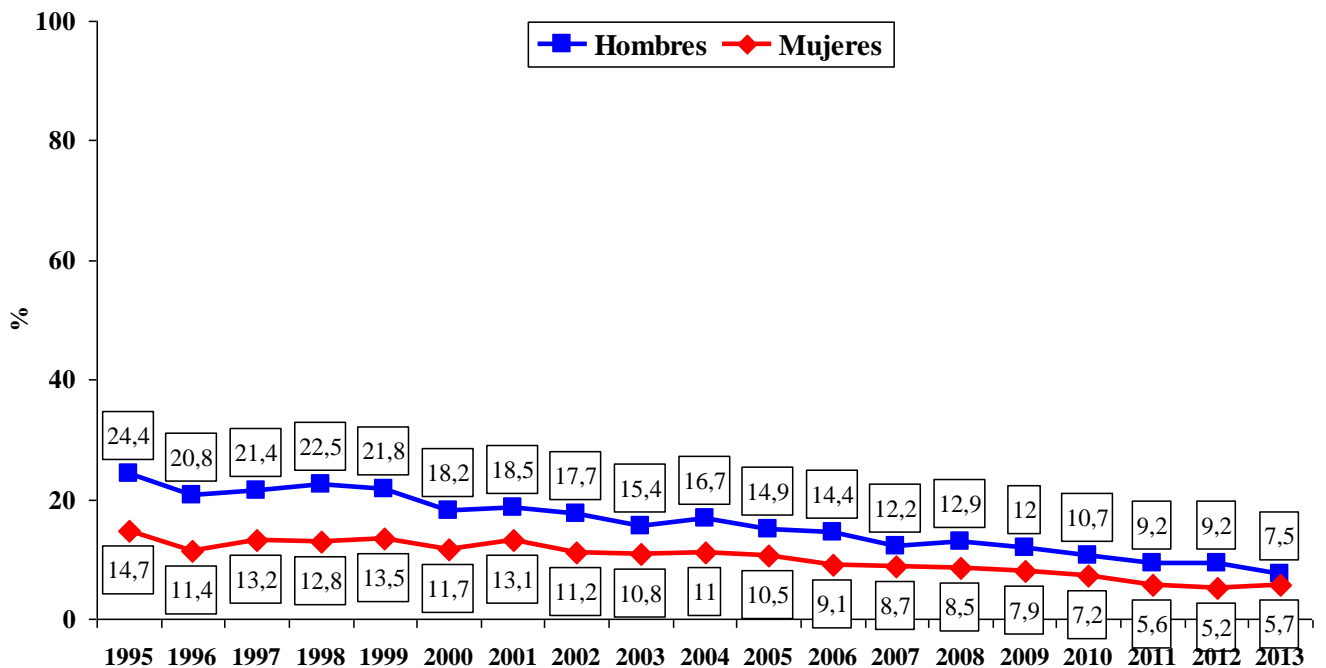
PREVALENCIA DE FUMADORES ACTUALES*



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

* Fumador ocasional o diario

PREVALENCIA DE FUMADORES DE ≥20 CIGARRILLOS/DÍA

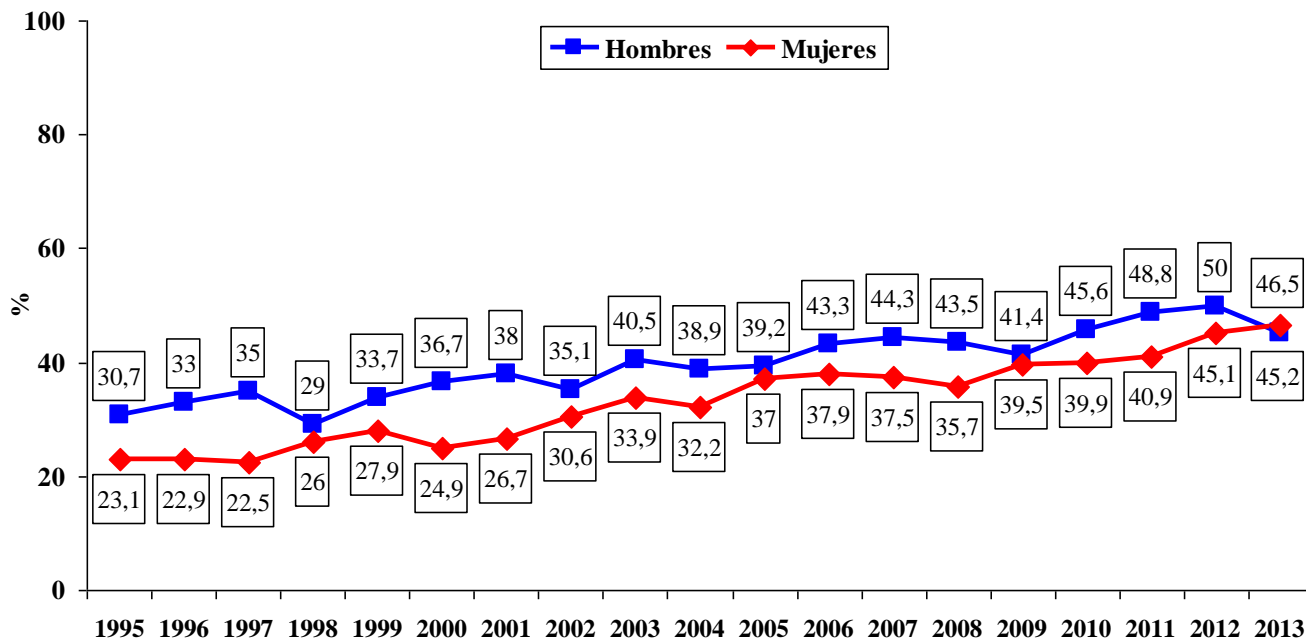


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 10.

**Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013**

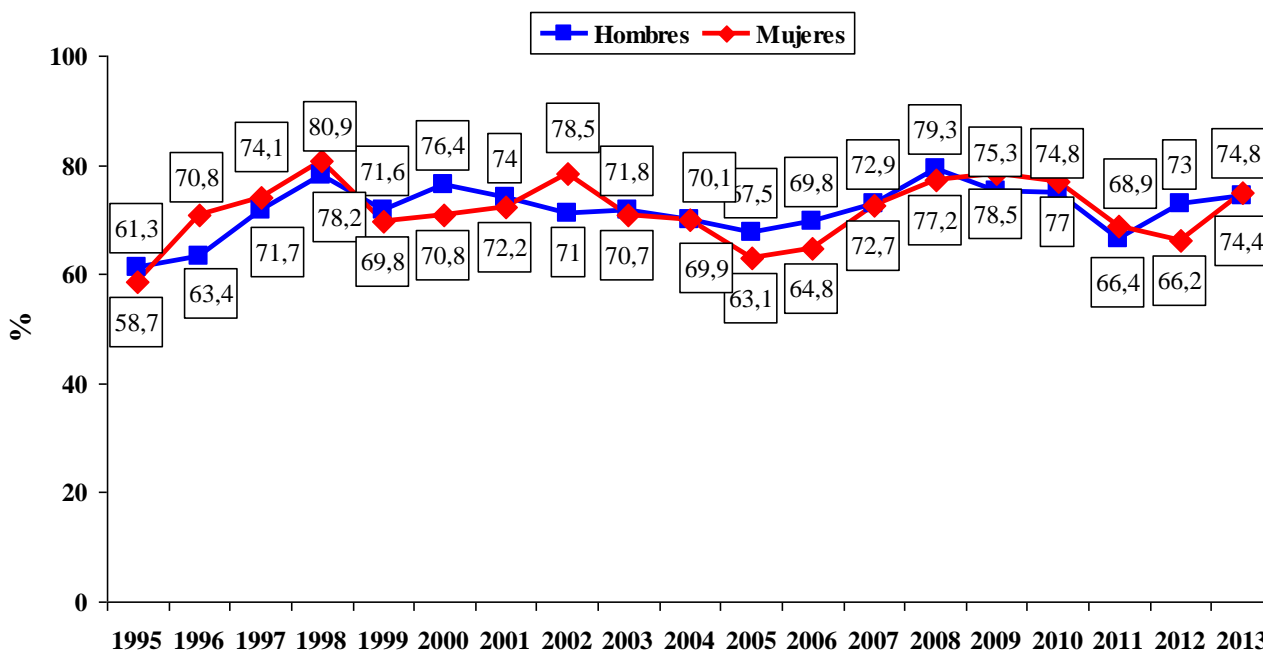
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 42,7 gramos (g), 60,9 g en hombres y 25,1 g en mujeres. El 47,9% 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 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calculó a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se consideró bebedor/a moderado/a a aquella persona cuyo consumo diario fue 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.

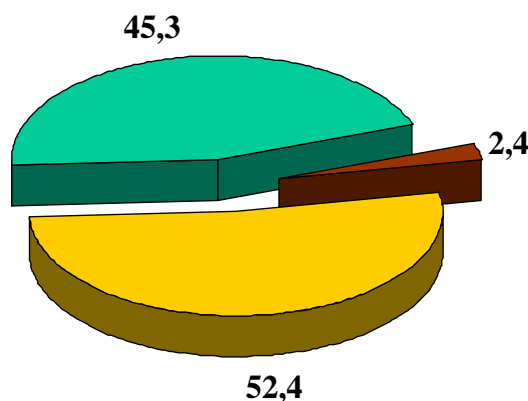
En 2013, un 2,4% de la población fue clasificada como bebedor de riesgo, un 52,4% como bebedor moderado y un 46,3% como no bebedor (gráfico 11). Además, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,4 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Gráfico 11.

**Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2013**

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

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



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 10,1% 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 2,1 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento aumentó al disminuir la edad, siendo 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 10,9% (14,5% de los hombres y 7,5% de las mujeres). La máxima frecuencia se observó en los más jóvenes, con casi uno de cada cuatro, 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)	47,9 ($\pm 2,2$)*	59,0 ($\pm 3,1$)	37,3 ($\pm 3,0$)	43,7 ($\pm 4,7$)	43,7 ($\pm 3,5$)	54,9 ($\pm 3,6$)
Bebedores con consumo promedio de riesgo ^(b)	2,4 ($\pm 0,7$)	2,6 ($\pm 1,0$)	2,1 ($\pm 0,9$)	4,5 ($\pm 2,0$)	1,4 ($\pm 0,8$)	2,2 ($\pm 1,0$)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ^(c)	10,1 ($\pm 1,3$)	13,7 ($\pm 2,2$)	6,6 ($\pm 1,5$)	22,3 ($\pm 4,0$)	8,7 ($\pm 2,0$)	4,5 ($\pm 1,5$)
Consumo de riesgo global ^(d)	10,9 ($\pm 1,4$)	14,5 ($\pm 2,2$)	7,5 ($\pm 1,6$)	23,2 ($\pm 4,0$)	9,1 ($\pm 2,0$)	5,7 ($\pm 1,7$)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	7,4 ($\pm 1,3$)	9,8 ($\pm 2,1$)	3,8 ($\pm 1,5$)	7,5 ($\pm 2,6$)	9,4 ($\pm 2,4$)	5,7 ($\pm 2,0$)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días ^(e)	1,9 ($\pm 0,6$)	3,3 ($\pm 1,2$)	0,5 ($\pm 0,5$)	3,5 ($\pm 1,9$)	1,5 ($\pm 0,9$)	1,4 ($\pm 0,9$)

* 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).

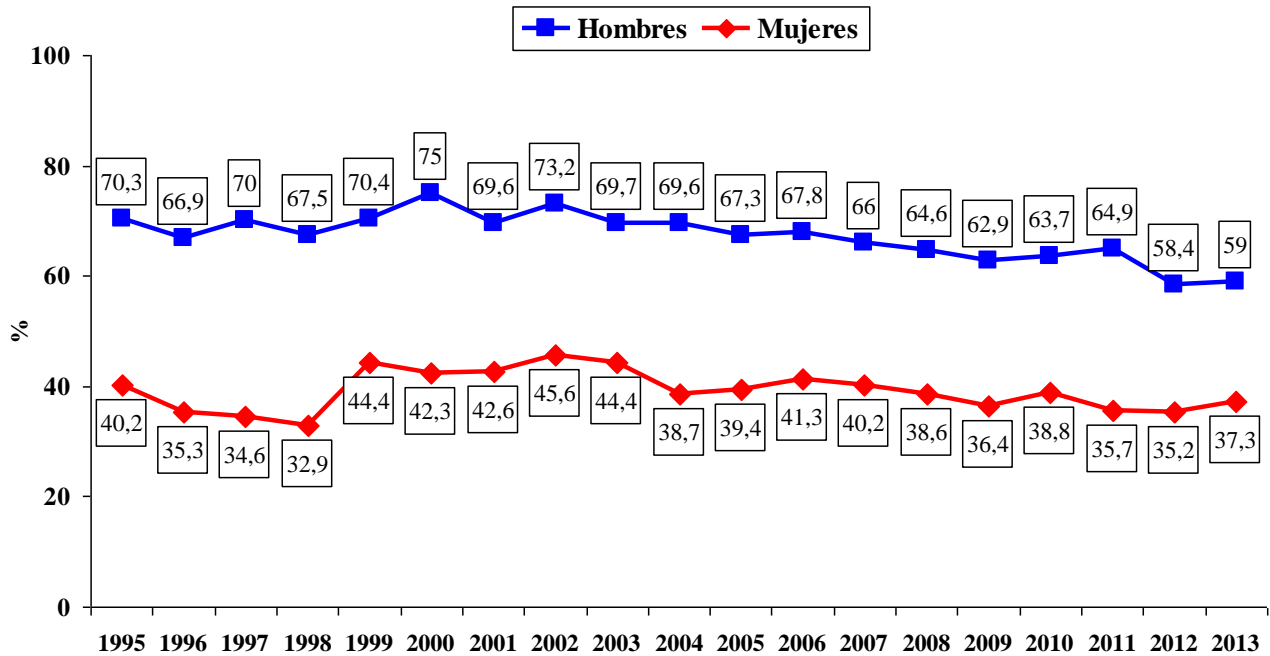
^(e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

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 indica presencia del síndrome), del total de bebedores habituales, en un 7,4% se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (9,8% de los hombres y 3,8% de las mujeres). Por último, un 1,9% 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 3,3% frente al 0,5% de las mujeres, aumentando la frecuencia al disminuir la edad.

Gráfico 12.

**Evolución del consumo de alcohol.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013**

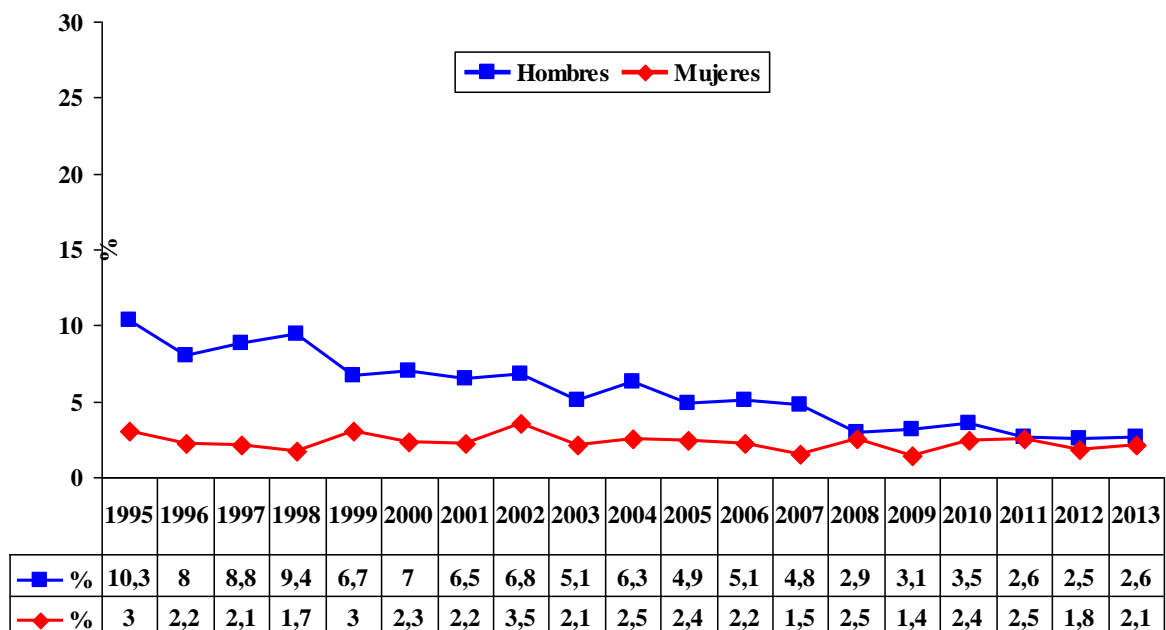
PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES*



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*

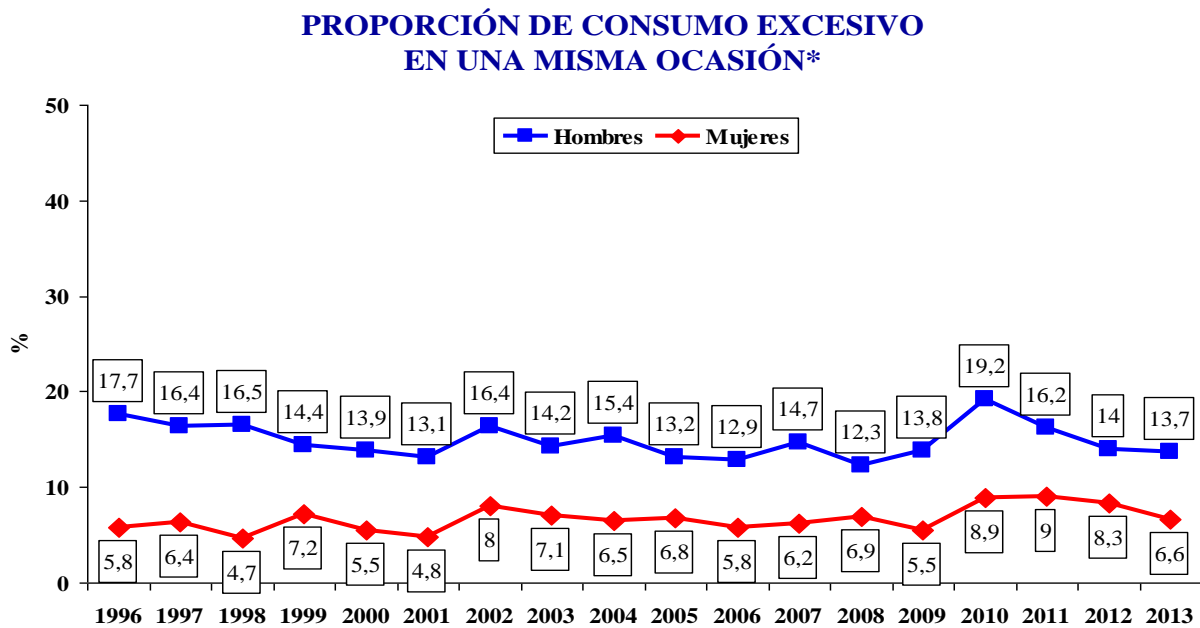


* Consumo de alcohol ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

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, 1995-2013**

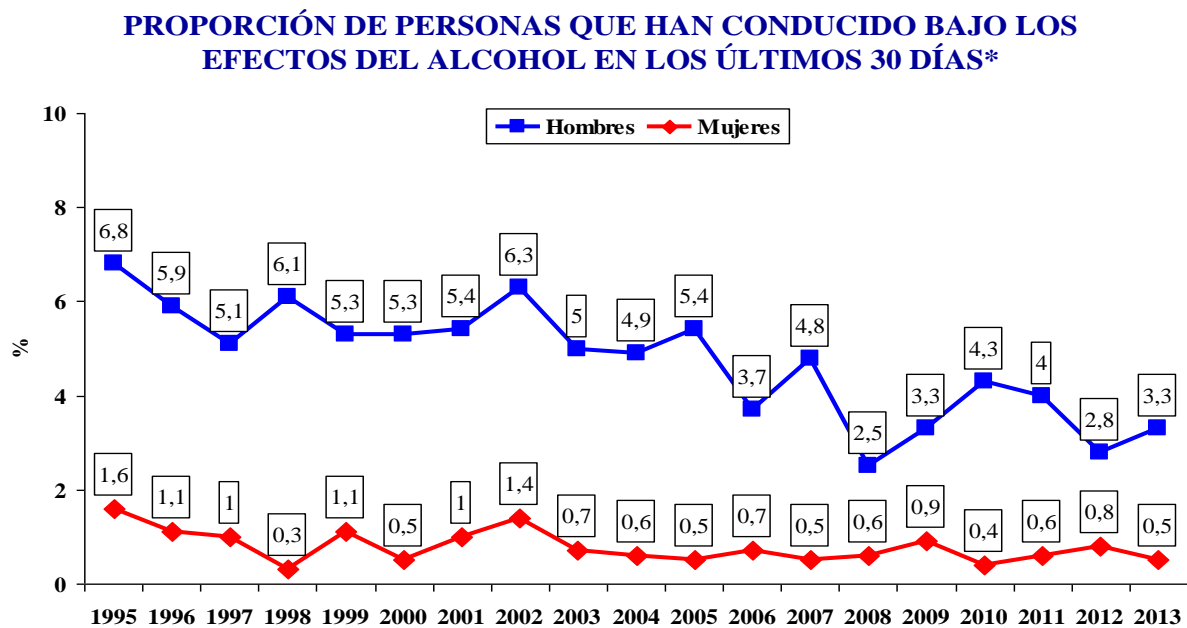


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

* 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, 1995-2013**



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

SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2012/2013, especialmente en los hombres. En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 14,4% en hombres y un 4,0% en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó un 72,1% en hombres y un 25,0% en mujeres, respectivamente. Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión (gráfico 13) disminuyó en hombres un 18,8% mientras en mujeres aumentó un 22,1%, 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 52,0%) y mujeres (51,9%), 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 1995-2013 fue 0,8%, habiendo superado el 1,0% tan sólo en cuatro ocasiones en estos diecinueve años.

4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

El objetivo de las actuaciones preventivas primarias es evitar la aparición de la enfermedad mediante la detección y actuación sobre los factores implicados en su origen. El SIVFRENT en su conjunto está dedicado a la vigilancia de factores de esta naturaleza.

En este apartado se recoge la situación relativa a un conjunto de factores sobre los que el nivel institucional de Atención Primaria señala una serie de recomendaciones clínicas a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)²⁴⁻²⁵, como la medición de la tensión arterial, la medición del colesterol, la realización de citologías, la realización de mamografías, la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. De las prácticas citadas, las cuatro primeras han sido vigiladas por el SIVFRENT-A desde 1995. Posteriormente, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid²⁶, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de SOH y de colonoscopias o sigmoidoscopias, indicadores cuyos resultados se incorporan por primera vez al informe anual.

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 PAPPS²⁴⁻²⁵. La gran mayoría refirió realizarse el control de la tensión arterial y del colesterol, aunque un 13,1% no cumplió alguna de estas recomendaciones. Un 14,4% de los entrevistados afirmó que un médico o enfermera le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 65,9% estaba tomando medicación, el 29,7% se controlaba el peso, un 52,7% había reducido la ingesta de sal, y un 31,5% hacía ejercicio físico. El 86,4% seguía alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 13,6% no realizaba ninguna. A un 20,8% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 35,1% tomaba medicamentos, el 52,7% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 35,1% practicaba ejercicio físico. El 74,5% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 25,5% no realizaba ninguna.

Por otro lado, un 8,1% de las mujeres de 25-34 años y un 5,6% de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca y de las que sí se habían realizado la prueba, un 1,2% de las de 25-34 años y un 2,1% de las de 35 a 64 años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más. En cuanto a la mamografía, un 1,9% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado una

nunca y entre las que sí se habían realizado la prueba, el 8,6% 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 (±2,0)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	93,6 (±1,6)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	88,3 (±3,9)
	Mujeres < 46 años	91,5 (±2,2)
Medición de colesterol <5 años ^(b)	Hombres ≥35 años	93,3 (±1,9)
	Mujeres ≥46 años	97,1 (±1,7)

*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	14,4 (±1,6)*	16,4 (±2,4)	12,3 (±2,0)	2,3 (±1,4)	9,9 (±2,1)	25,9 (±3,2)
Colesterol elevado	20,8 (±1,8)	22,0 (±2,6)	19,6 (±2,5)	9,4 (±2,8)	15,7 (±2,6)	32,7 (±3,4)

*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	90,7 (±4,3)*
	≥35 años	92,3 (±2,0)
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	89,5 (±3,4)

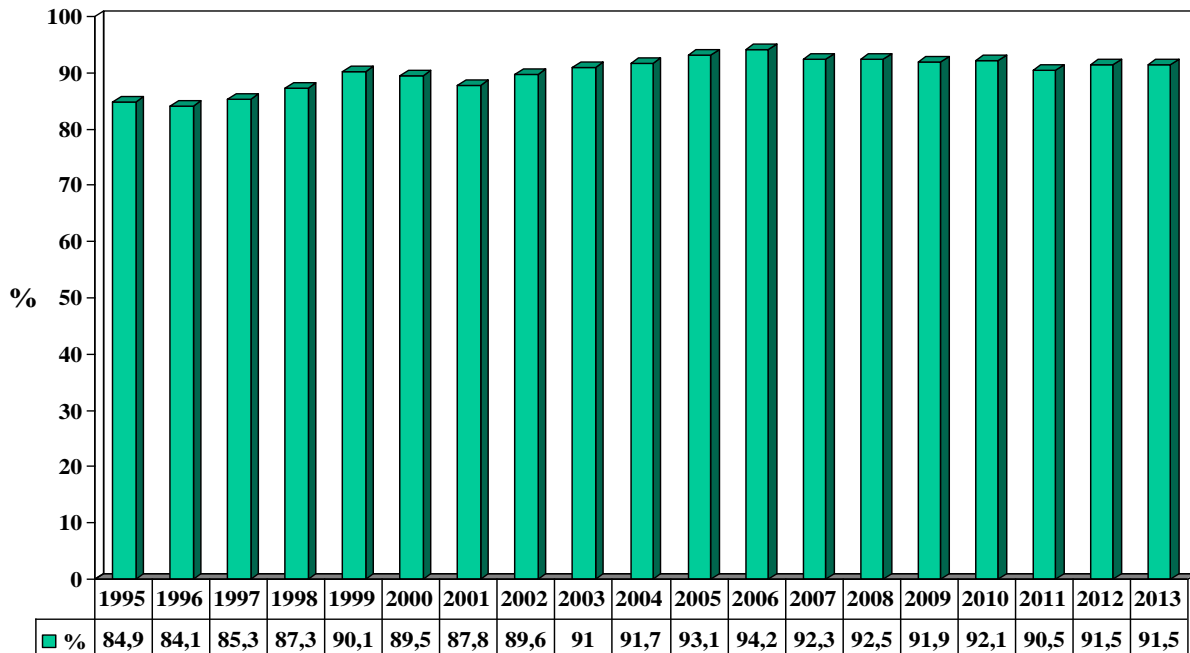
*Intervalo de confianza al 95%.

Todos estos indicadores han mejorado en estos diecinueve 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 78,4% comparando el promedio de los años 2012 y 2013 con el de 1995 y 1996 (gráfico 17).

Gráfico 15.

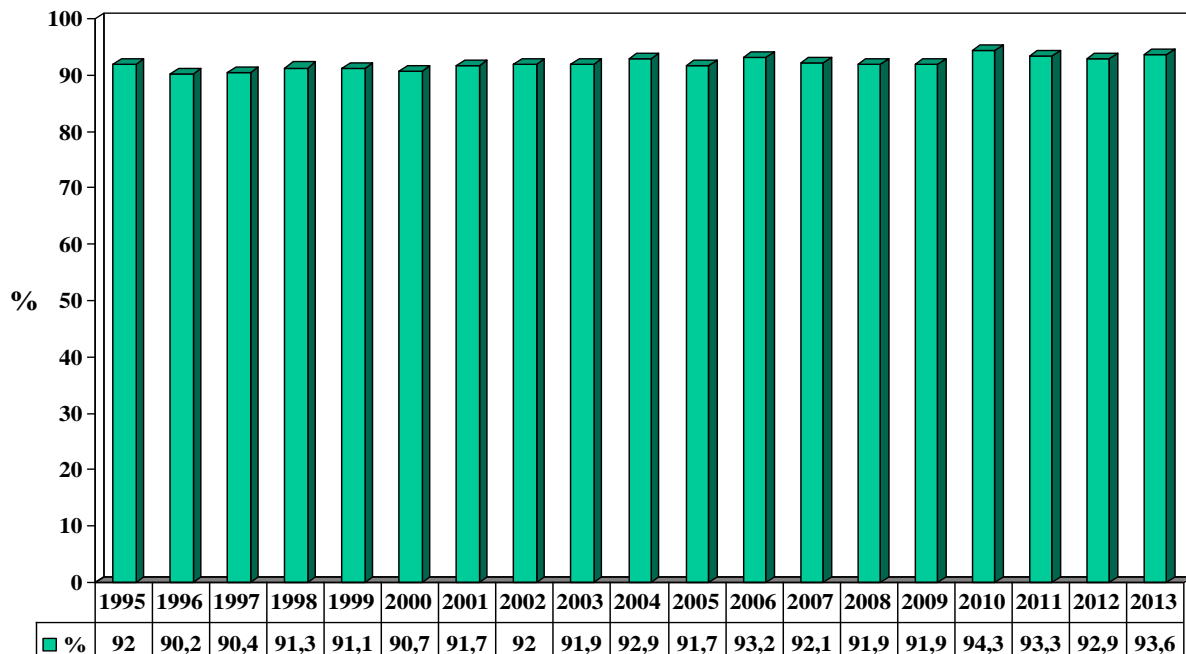
**Evolución de la medición de tensión arterial.
Comunidad de Madrid, 1995-2013**

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

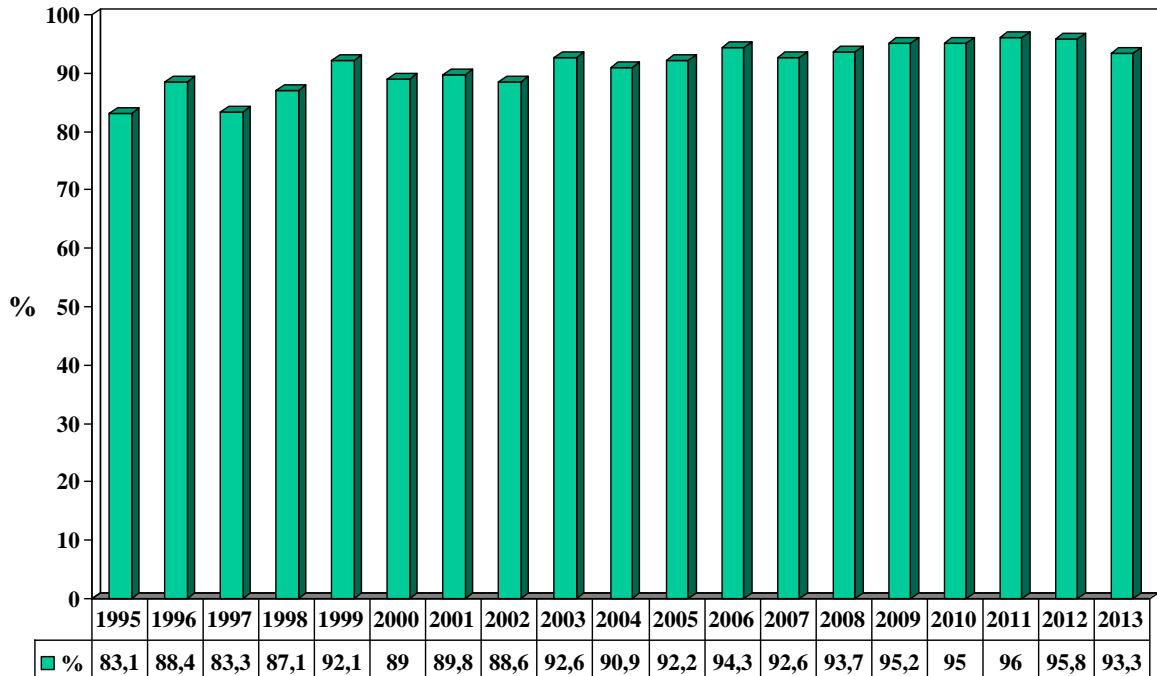
**PROPORCIÓN DE PERSONAS >40 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN
DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

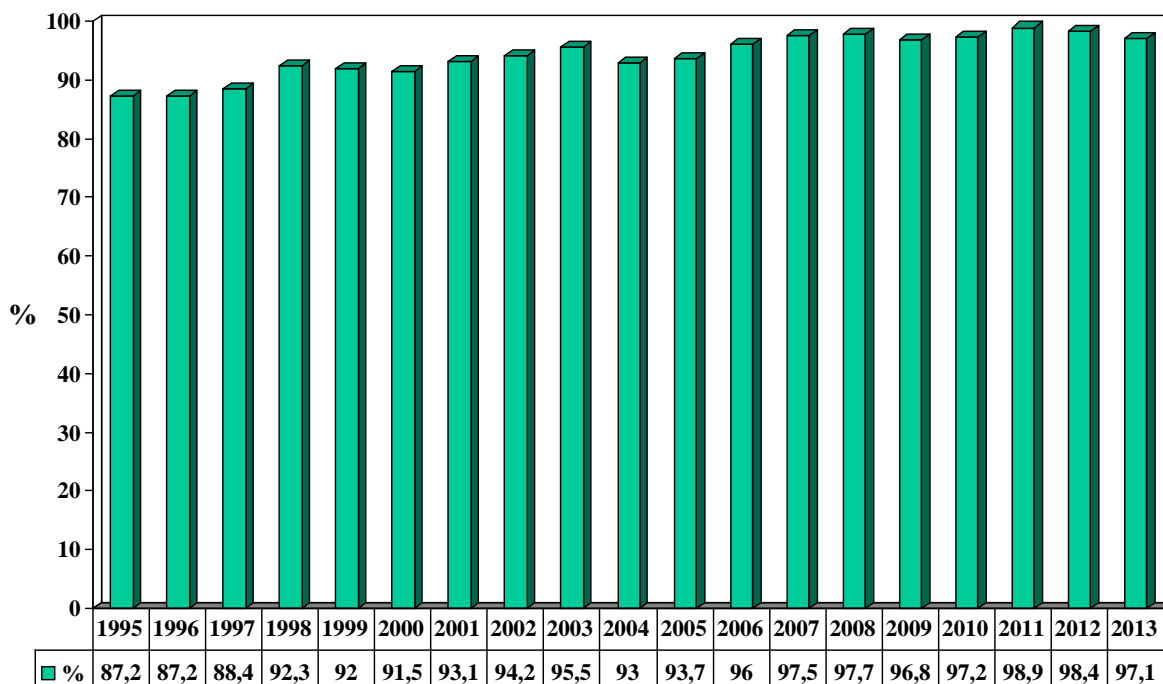
Gráfico 16.
Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2013

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

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

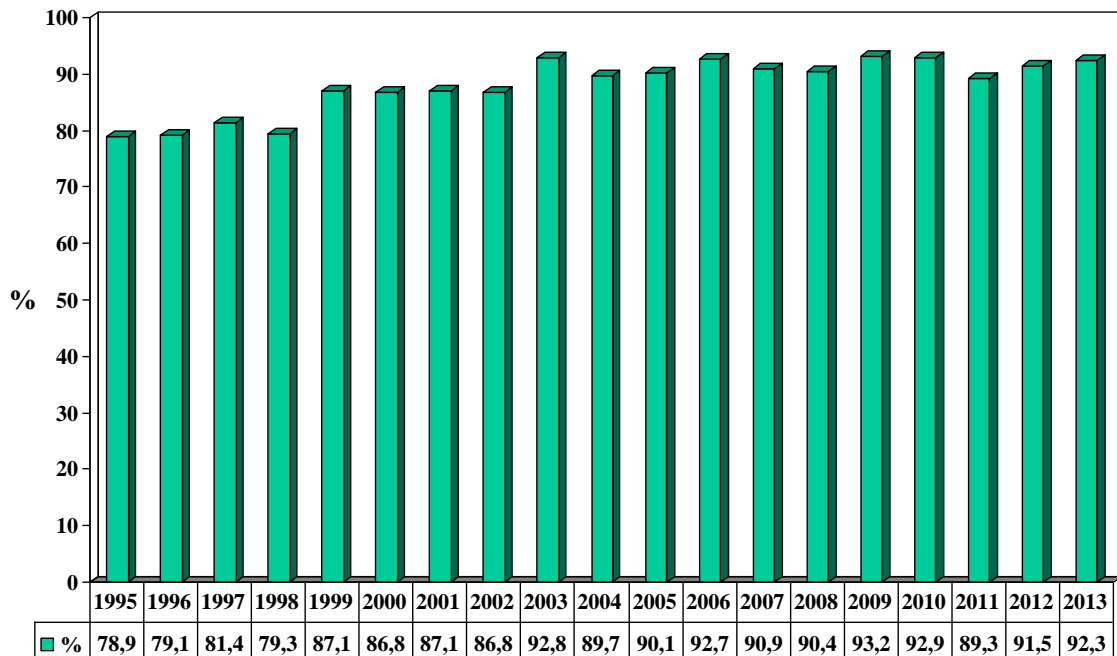


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 17.

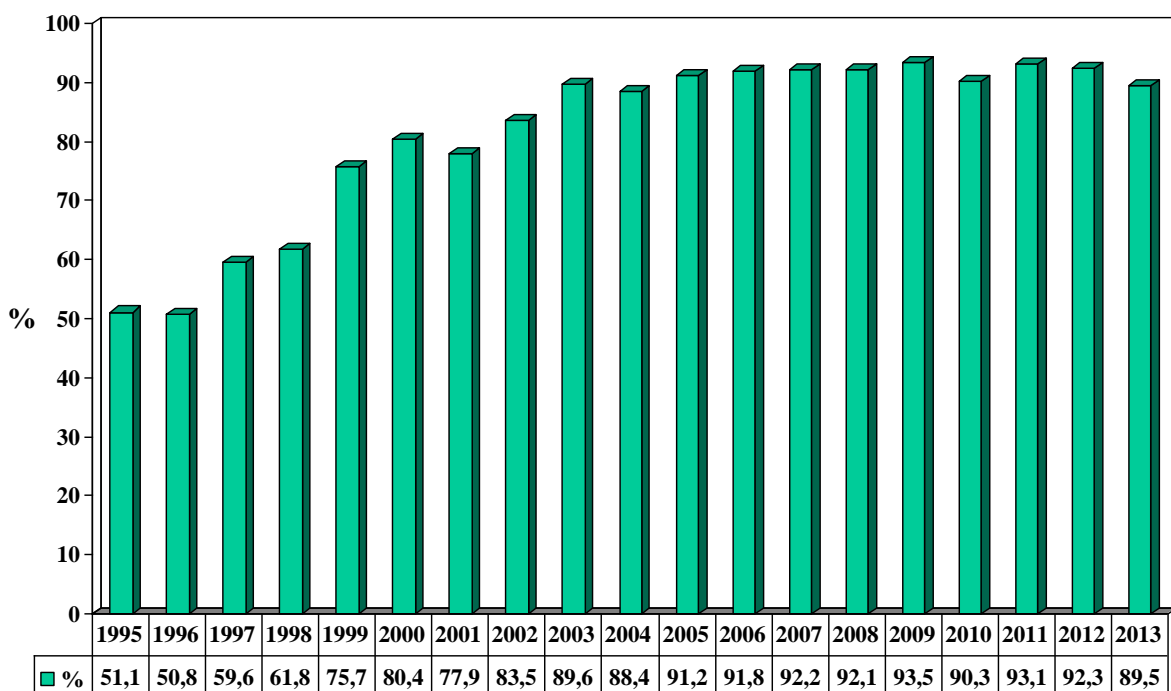
**Evolución de la realización de citologías y mamografías.
Comunidad de Madrid, 1995-2013**

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

En la tabla 12 se presenta la proporción de personas a las que habían realizado un test de sangre oculta en heces y la proporción de personas a las que habían realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia. La población a la que se refieren los resultados es la de 50 a 64 años. El 81,3% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces y entre los que sí se habían realizado esta prueba en alguna ocasión, al 10,4% se la habían realizado hace 2 años o menos y al 8,3% hace más de 2 años (tabla 12). En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 75,2% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas. Entre los que sí se habían realizado alguna de ellas, en el 18,9% de los casos la prueba había tenido lugar hacía 4 años o menos y en el 5,9% restante hace más de 4 años (tabla 12).

Tabla 12. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años.

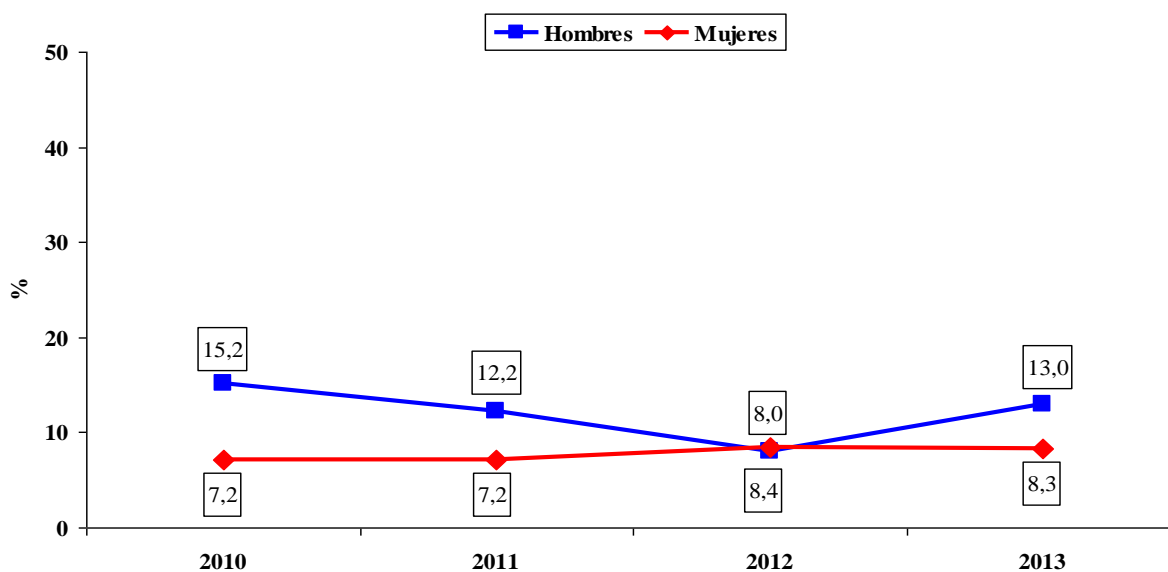
	TOTAL	SEXO	
		Hombre	Mujer
Test de sangre oculta en heces hace 2 años o menos	10,4 (±2,5)*	13,0 (±4,1)	8,3 (±3,0)
Colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos	18,9 (±3,2)	19,8 (±4,8)	18,2 (±4,3)

*Intervalo de confianza al 95%.

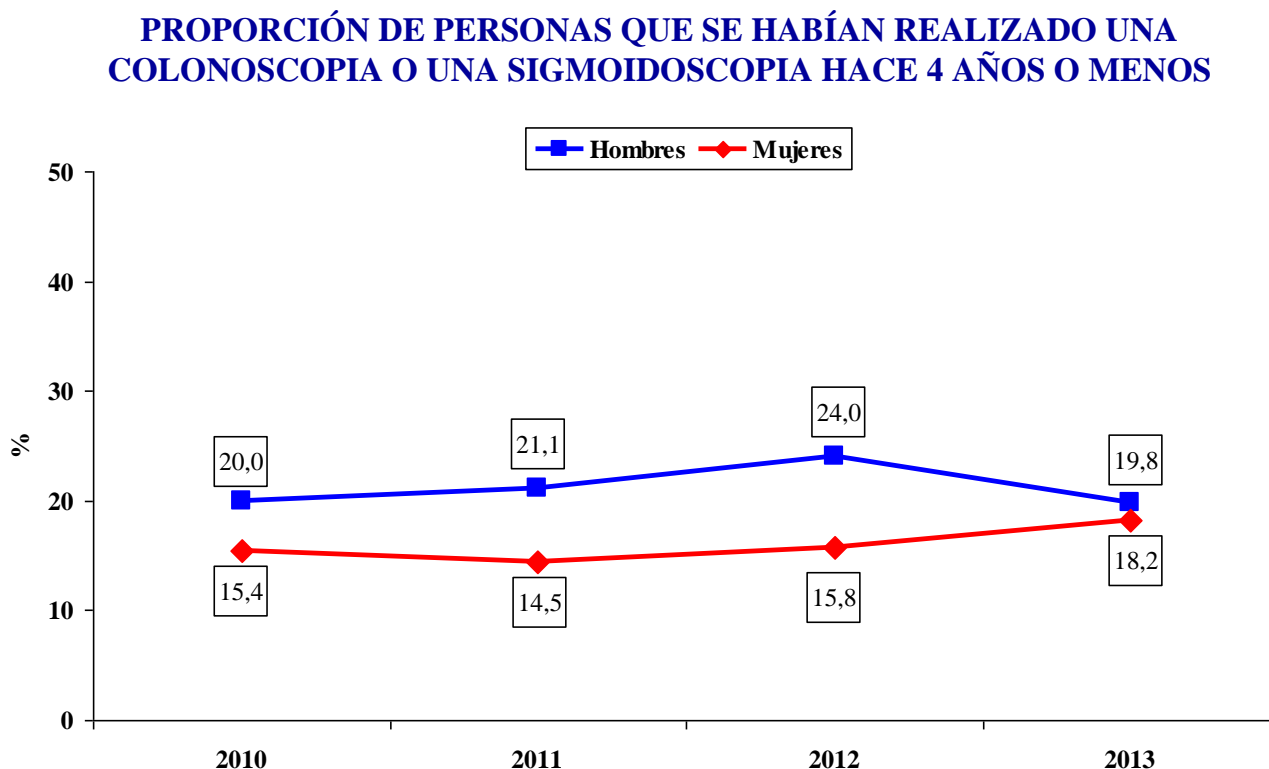
Gráfico 18.

**Evolución de la realización del test de sangre oculta en heces
Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2013**

**PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE SE HABÍAN REALIZADO UN TEST DE
SANGRE OCULTA EN HECES HACE 2 AÑOS O MENOS**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 19.**Evolución de la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia
Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2013**

SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

En los gráficos 18 y 19 se muestra la evolución desde 2010, año en se introdujo este indicador en el SIVFRENT-A. En general, la realización de estas pruebas fue más frecuente en hombres que en mujeres. Por otro lado, comparando los dos primeros años, 2010/2011, con los dos últimos, 2012/2013, se observó una disminución del 23,4% en hombres y un aumento del 16,0% en mujeres en la realización del test de sangre oculta en heces hace 2 años o menos, y un aumento del 6,6% en hombres y del 13,7% en mujeres en la realización de la colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos.

4.8. ACCIDENTES

Un 5,1% 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 0,5% de los entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico.

Durante los últimos 12 meses un 0,5% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 3,1% fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

Se observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 44,4% en hombres y del 37,9% en mujeres durante el 2012/2013 respecto a 1995/1996 (gráfico 20).

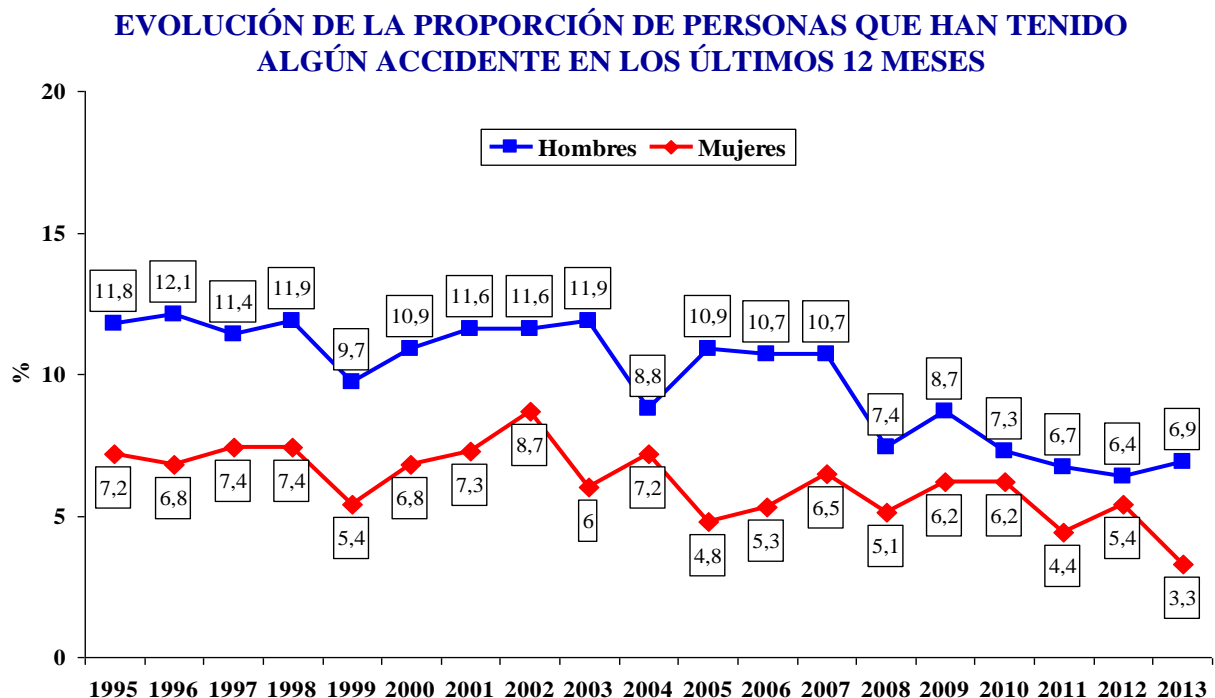
Tabla 13. Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses.

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

*Intervalo de confianza al 95%.

Gráfico 20.

Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.9. SEGURIDAD VIAL

El 1,8% de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,5% en la conducción por carretera.

Un 7,3% viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 2,8% manifestó no haber utilizado siempre el casco.

El 5,2% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes. El 2,0% 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 21 y 22 se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en todos los indicadores a lo largo de estos años entre 1995 y 2013.

Tabla 14. No utilización “siempre” del cinturón de seguridad y casco en moto.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	1,8 (±0,6)*	3,0 (±1,1)	0,7 (±0,5)	2,3 (±1,5)	1,5 (±0,9)	1,9 (±1,0)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	0,5 (±0,3)	0,9 (±0,6)	0,0 --**	0,8 --**	0,0 --**	0,8 (±0,7)
No utilización del casco en moto por ciudad	2,8 (±2,7)	2,1 --**	4,3 --**	0,0 --**	3,4 --**	6,1 --**
No utilización del casco en moto por carretera	2,0 --**	1,4 --**	3,3 --**	0,0 --**	2,3 --**	3,7 --**

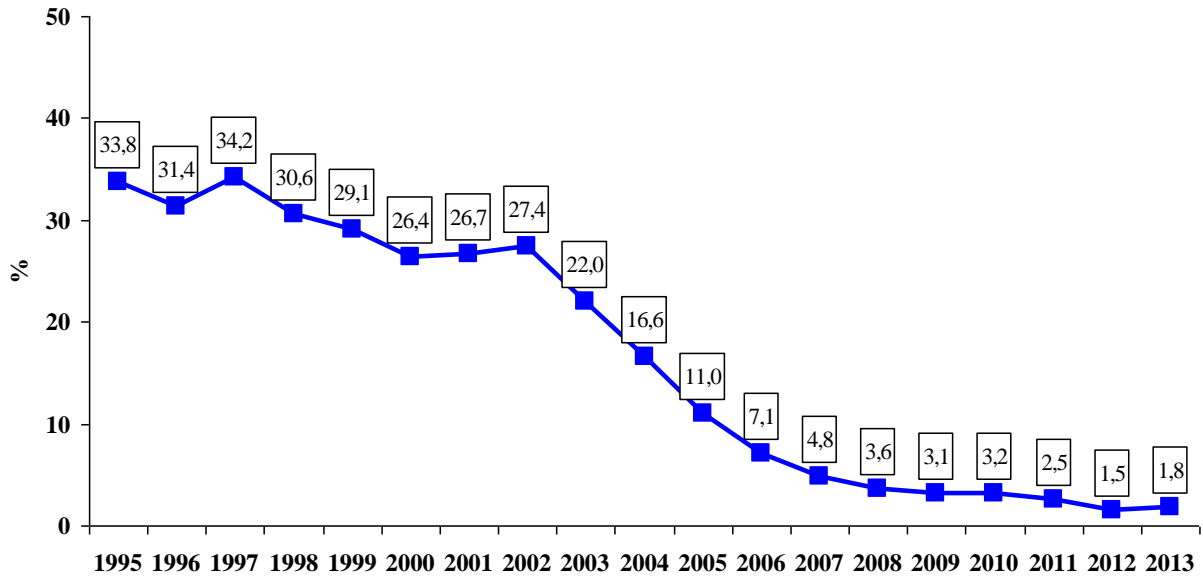
* Intervalo de confianza al 95%

**Variación superior al 100%

Gráfico 21.

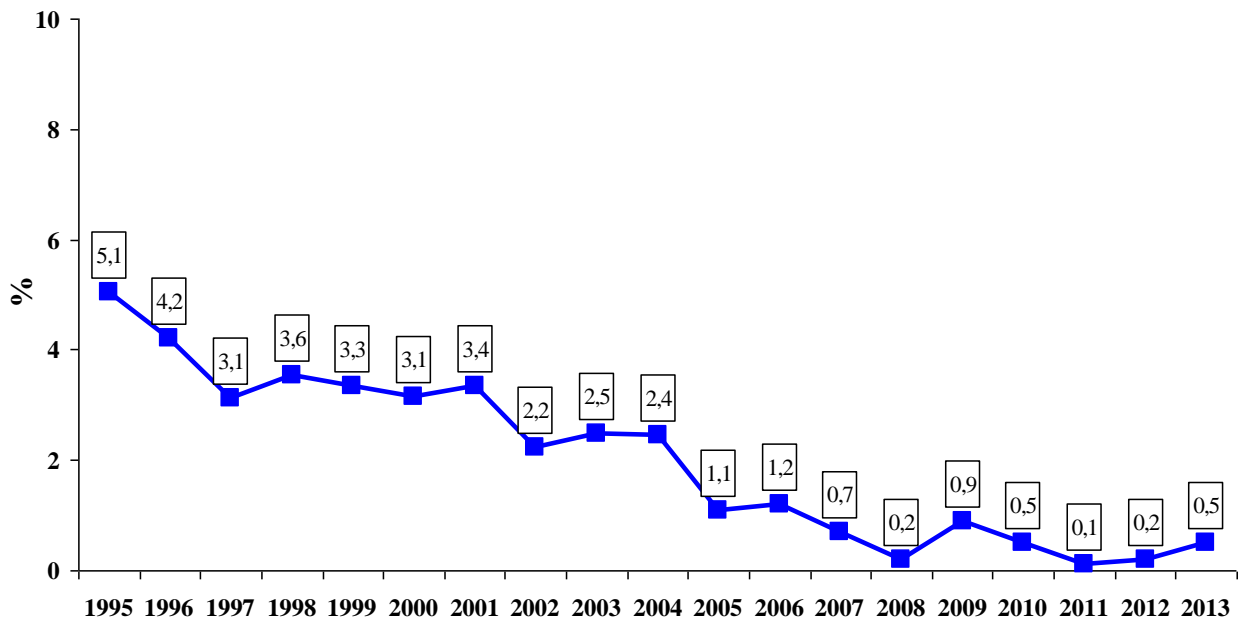
**Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2013**

a) Por ciudad



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

b) Por carretera

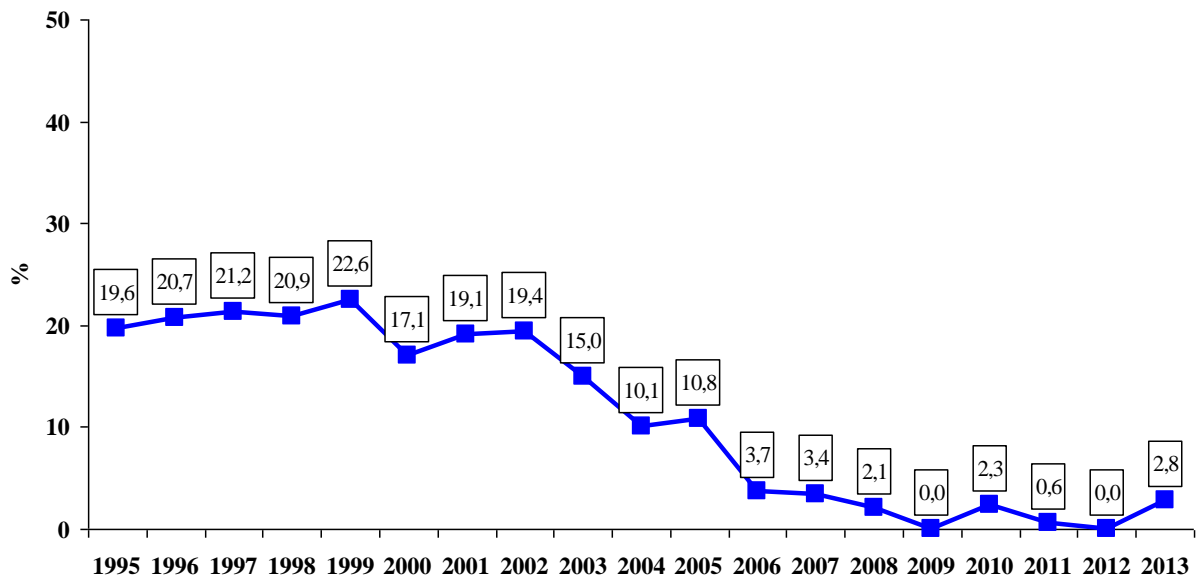


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 22.

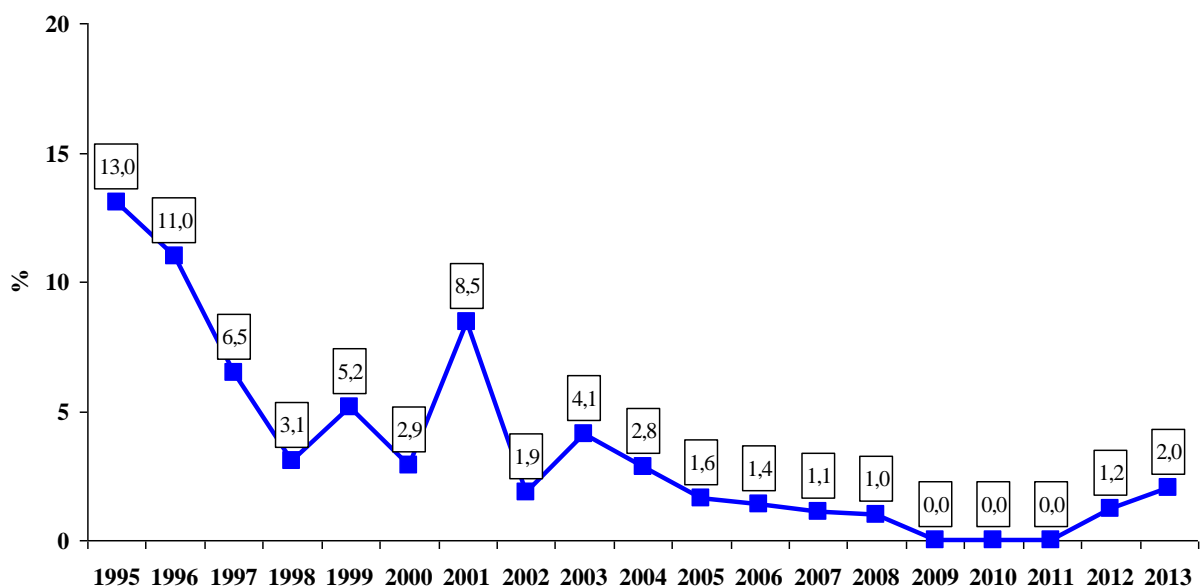
**Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2013**

a) Por ciudad



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

b) Por carretera



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.10. VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública²⁷. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A. Se incluyen por primera vez en este informe los resultados observados desde la introducción de este apartado en 2011.

El módulo se dirigió a las mujeres que durante los 12 meses previos a la fecha de la entrevista tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con una expareja. Para detectar la presencia de violencia por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le dio una bofetada, patadas, le empujó, o lastimó físicamente de alguna manera?
- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le ha amenazado o le hizo sentir miedo de alguna manera?
- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja ha tratado de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a dónde podía ir usted?

Se consideró que existía violencia cuando se respondió afirmativamente a cualquiera de las tres situaciones descritas en las preguntas anteriores.

En 2013, de las mujeres que señalaron tener o haber tenido relación con pareja o expareja durante el último año (el 75,4% de todas las entrevistadas), un 0,8% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 1,3% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 2,4% que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias (tabla 15). En total, el 2,4% de las mujeres con pareja o expareja habían sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de sus parejas o exparejas en el último año. Esta situación fue más frecuente al disminuir la edad (tabla 15 y gráfico 23). Por otro lado, como se observa en la tabla 15, se da la circunstancia en esta muestra, en todos los grupos de edad estudiados, que todas las mujeres que fueron víctimas de violencia por parte de sus parejas o exparejas habían sufrido conductas de control, algunas de las cuales sufrieron además alguna de las otras formas de violencia contempladas. De ahí que la prevalencia de estas conductas coincida con la prevalencia global de violencia.

Considerando el periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2013, no se observan cambios notables. En la población de 18-29 años en 2013, la estimación puntual resultó ser un valor intermedio entre lo observado en 2011 y lo observado en 2012. En este sentido, hay que tener en cuenta que el seguimiento del problema es aún demasiado corto para poder hablar de tendencias. Además, la frecuencia con la que se registran estos comportamientos es pequeña en términos absolutos. Esto hace que pequeños cambios absolutos se traduzcan en grandes cambios relativos y, por otro lado, supone que las estimaciones estén sometidas a una mayor variabilidad muestral con amplios intervalos de confianza (ver en la tabla 15 que el intervalo de confianza del 95% de la estimación puntual del grupo de edad de 18-29 años incluye los valores de las estimaciones puntuales de este grupo en 2011 y 2012).

Tabla 15. Violencia de pareja contra la mujer. Proporción de mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja en el último año.

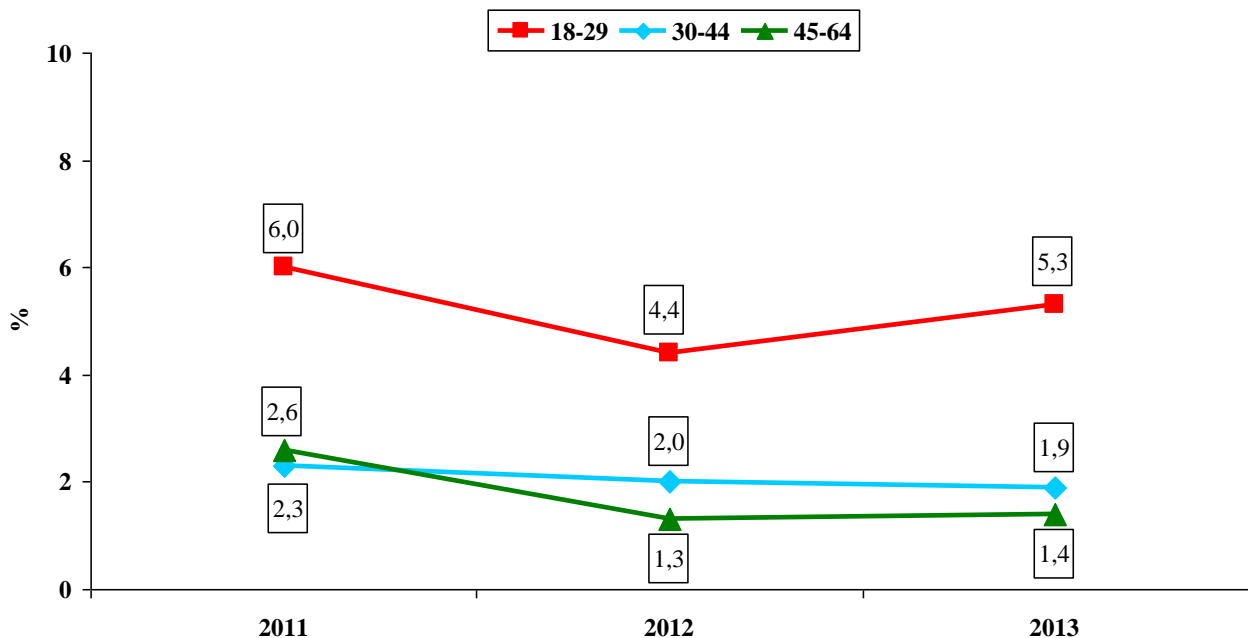
SU PAREJA O EXPAREJA, ALGUNA VEZ:	TOTAL	EDAD		
		18-29	30-44	45-64
Le dio una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	0,8 (±0,6)*	2,0 --**	0,3 --**	0,7 --**
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	1,3 (±0,8)	2,0 --**	0,9 --**	1,4 (±1,4)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quién podía hablar o dónde podía ir	2,4 (±1,1)	5,3 (±3,5)	1,9 (±1,5)	1,4 (±1,4)
TOTAL (violencia de pareja: ocurrencia de cualquiera de los incidentes anteriores)	2,4 (±1,1)	5,3 (±3,5)	1,9 (±1,5)	1,4 (±1,4)

* Intervalo de confianza al 95%

**Variación superior al 100%

Gráfico 23.

Evolución de la proporción de mujeres que sufrieron violencia de pareja en el último año. Mujeres de 18-64 años, Comunidad de Madrid, 2011-2013.



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.11. AGREGACIÓN DE FACTORES

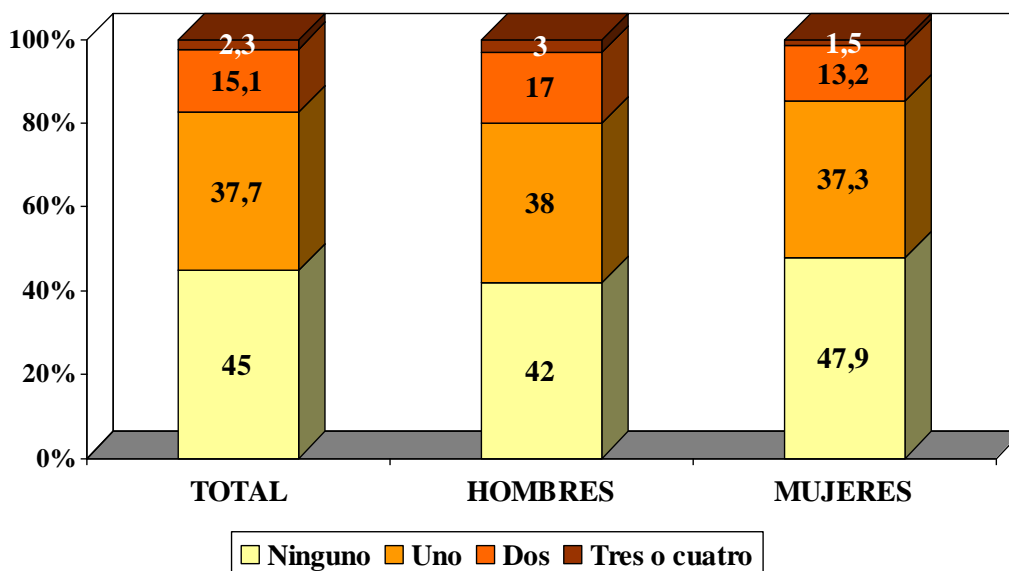
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación.

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 45,0% de los entrevistados no tenía ningún factor de riesgo, el 37,7% tenía uno, el 15,1% dos, el 2,2% tres, y el 0,1% cuatro (gráfico 24). Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad (gráficos 24-26). Es destacable el grupo de 30-44 años, entre quienes la presencia de dos o más factores de riesgo fue 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres. Por último, en el gráfico 26 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es descendente, con una disminución porcentual durante 2012/2013 comparado con 1995/1996 del 33,9% en hombres y del 15,1% en mujeres.

Gráfico 24.

**Agregación de factores de riesgo*.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2013**

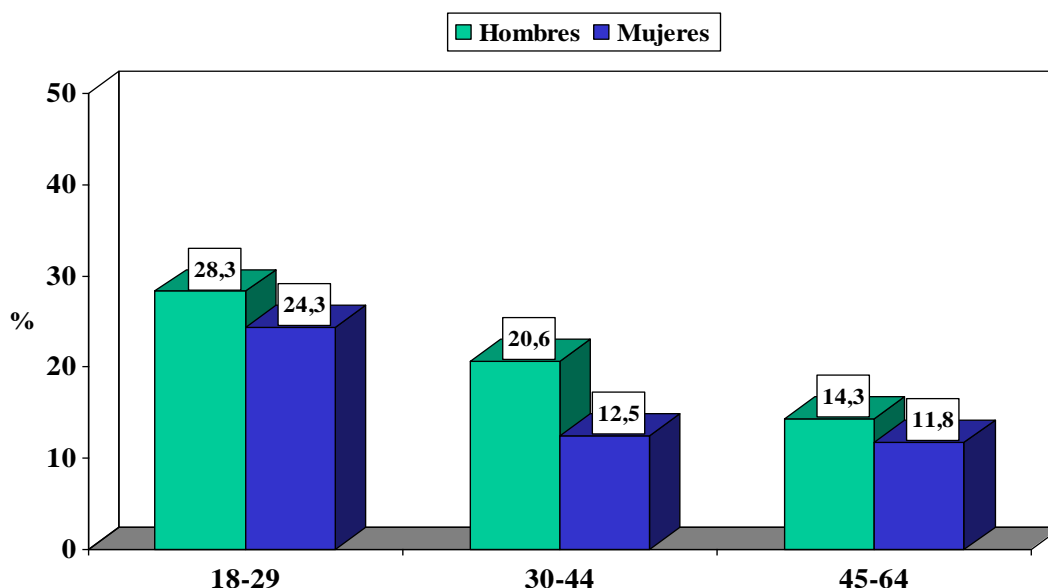


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

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

Gráfico 25.

Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2013

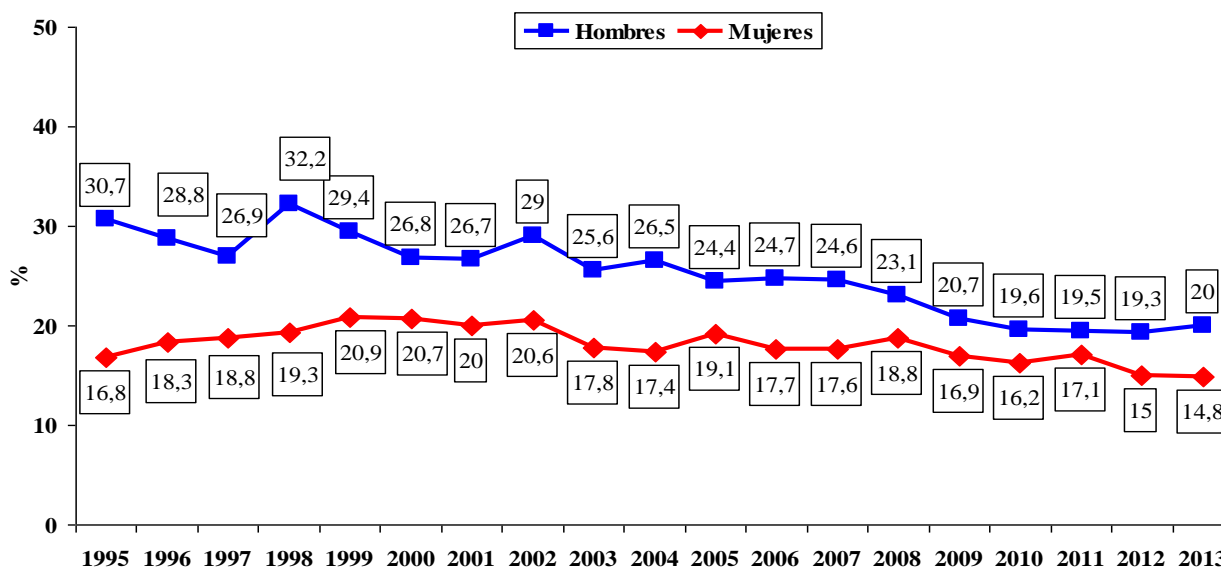


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

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

Gráfico 26.

Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2013



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. Pedrero P, Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M. Mortalidad general y por causas en la Comunidad de Madrid, 2011. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2014; 20 (2): 3-61.
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, respectivamente.
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 9 de Julio de 2014]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_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 9 de Julio de 2014]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_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 9 de Julio de 2014]. 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 9 de Julio de 2014]. 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, 2011 y 2012. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011, 2012 y 2013, respectivamente [citado el 9 de Julio de 2014]. 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, Martín E, Banegas JR, Navarro J, Alemán JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega R, Orozco-Beltrán D, Gil V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria 2014; 46 Supl 4: 3-15.

25. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, Melús-Palazón E. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria* 2014; 46 Supl 4: 24-41.
26. Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
27. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 2013; 340:1527-8.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Comunidad de Madrid. Año 2014, semanas 27 a 30 (del 30 de junio al 27 de julio de 2014)

	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	0	16	0,0	0,2
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	3	14	0,0	0,2
Meningitis bacterianas, otras	9	30	0,1	0,5
Meningitis víricas	8	72	0,1	1,1
Enfermedad neumocócica invasora	22	290	0,3	4,5
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	8	27	0,1	0,4
Hepatitis B	13	52	0,2	0,8
Hepatitis víricas, otras	9	50	0,1	0,8
Enfermedades transmisión por alimentos				
Botulismo	3	3	0,0	0,0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	2	9	0,0	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	3	0,0	0,0
Triquinosis	0	0	0	0
Enfermedades transmisión respiratoria				
Gripe	42	40576	0,6	624,7
Legionelosis	10	41	0,2	0,6
Varicela	444	4117	6,8	63,4
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección Gonocócica	40	290	0,6	4,5
Sífilis	44	273	0,7	4,2
Antropozoonosis				
Brucelosis	0	2	0	0,0
Leishmaniasis	5	72	0,1	1,1
Rabia	0	1	0,0	0,0
Enfermedades prevenibles inmunización				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	29	353	0,4	5,4
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	2	0,0	0,0
Sarampión	0	1	0,0	0,0
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	47	236	0,7	3,6
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	18	79	0,3	1,2
Peste	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0
Tuberculosis *				
Tuberculosis respiratoria*	48	368	0,7	5,7
Enfermedades notificadas por sistemas especiales				
Encefalopatía Espongiforme transmisible humana	0	4	0,0	0,1
Lepra	0	2	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)	2	2	0,2	0,2

* Según padrón continuo del año 2013, población Comunidad de Madrid 6.495.551



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 27 a 30 (del 30 de junio al 27 de julio de 2014)

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 2014. Semanas 27-30

Lugar de consumo	Año 2014						Año 2013		
	Semanas 27-30			Semanas 1-30			Semanas 1-30		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	0	0	0	4	238	0	3	116	0
Restaurantes, bares y similares	5	36	1	20	133	6	24	171	18
Residencias geriátricas	0	0	0	2	75	1	0	0	0
Domicilios	5	27	11	16	67	15	15	103	20
Comedores de empresa	0	0	0	3	56	0	1	27	0
Otros lugares	1	2	0	2	19	0	3	30	0
Desconocido	0	0	0	1	3	1	1	5	2
Residencias no geriátricas	0	0	0	0	0	0	2	34	0
Total	11	65	12	48	591	23	49	486	40

Brotes de origen no alimentario. Año 2014. Semanas 27-30

Tipo de brote*	Año 2014						Año 2013		
	Semanas 27-30			Semanas 1-30			Semanas 1-30		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	10	262	0	32	1142	7	13	326	4
Conjuntivitis vírica	2	32	0	5	160	0	5	240	0
Varicela	0	0	0	8	78	2	0	0	0
Enf. de mano, pie y boca	0	0	0	7	67	0	2	17	0
Tos ferina	3	7	1	15	45	5	5	15	3
Escabiosis	1	5	0	3	23	0	3	35	0
Dermatitis alérgica ambiental	0	0	0	1	22	0	0	0	0
Escarlatina	0	0	0	2	12	0	1	2	0
Parotiditis	0	0	0	2	5	0	30	183	2
Neumonía	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Dermatofitosis	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total	16	306	1	77	1559	14	59	818	9

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2014, semanas 27 a 30
(Del 30 de junio al 27 de julio de 2014)**

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 119 médicos de atención primaria que atienden a unas 170.000 personas, (aproximadamente un 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%2FPPage%2FP TSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630](http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_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 59,1% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2014.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2014.

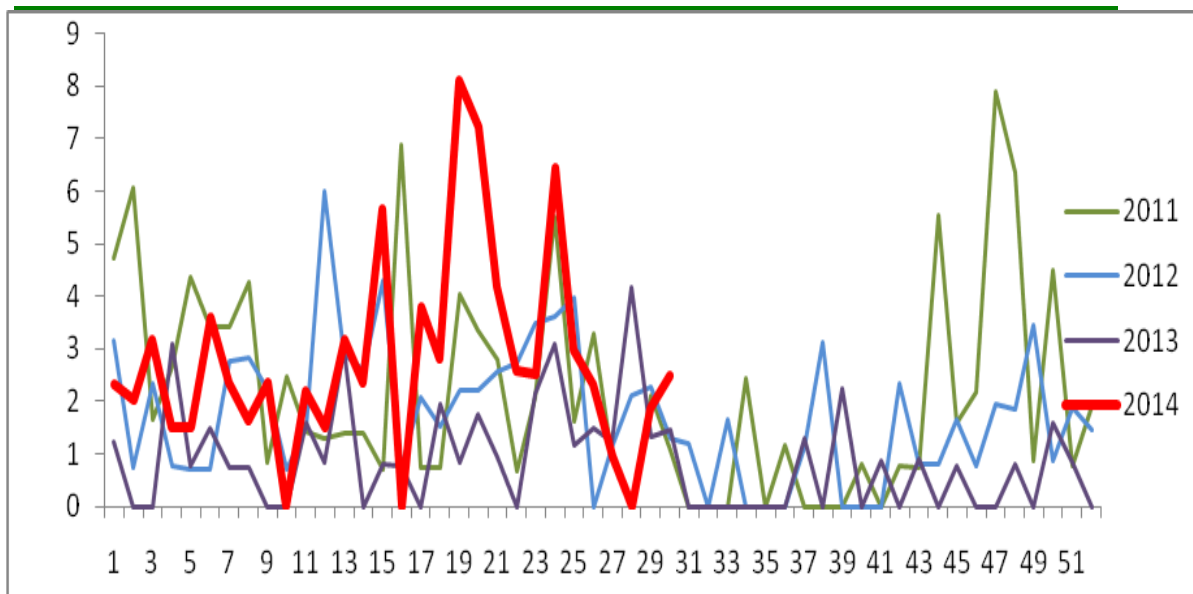
	Sem. 27 a 30 de 2014	Año 2014
Gripe*	--	--*
Varicela	5	99
Herpes zoster	29	246
Crisis asmáticas	26	327

* De la semana 40 de 2013 hasta la 20 de 2014

VARICELA

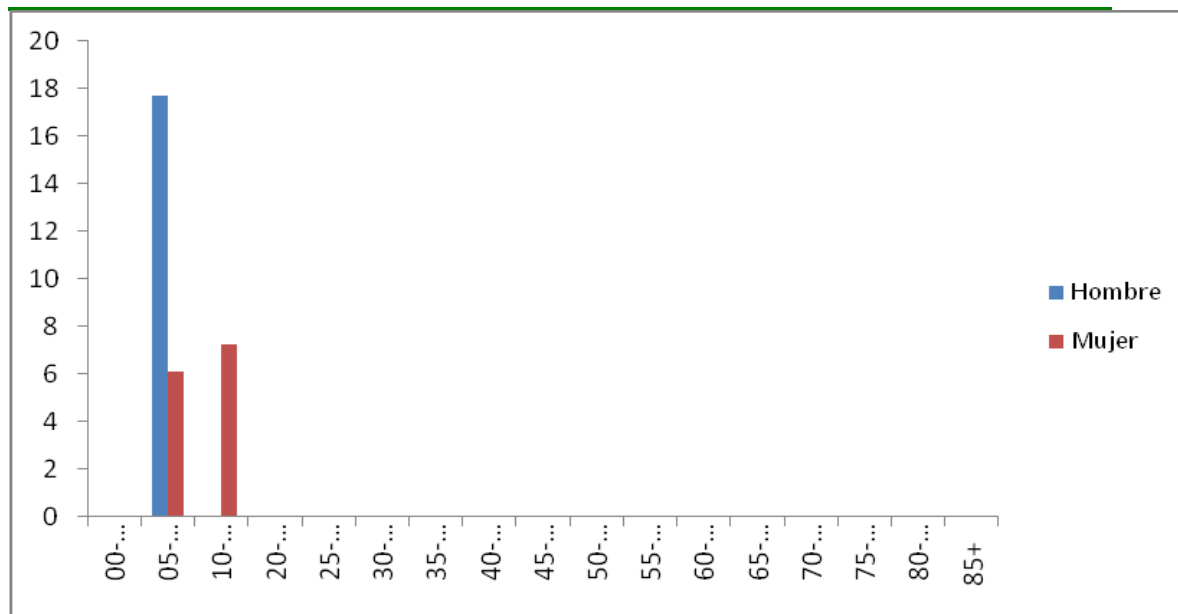
Durante las semanas 27 a 30 del año 2014 se han declarado 5 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 5,30 casos por 100.000 personas (IC 95%: 0,83 – 9,77). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2011-2013 y hasta la semana 30 de 2014.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2011-2014.



De los 5 casos notificados, 3 (60%) eran hombres y 2 (40%) mujeres. El 100% de los casos son menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

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 2014



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 29 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2014, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 28,26 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 9,77 – 38,58). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2011 hasta la semana 30 de 2014. El 34,5% de los casos se dio en hombres (10 casos). El 83% de los casos se dieron en mayores de 44 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 2011-2014.

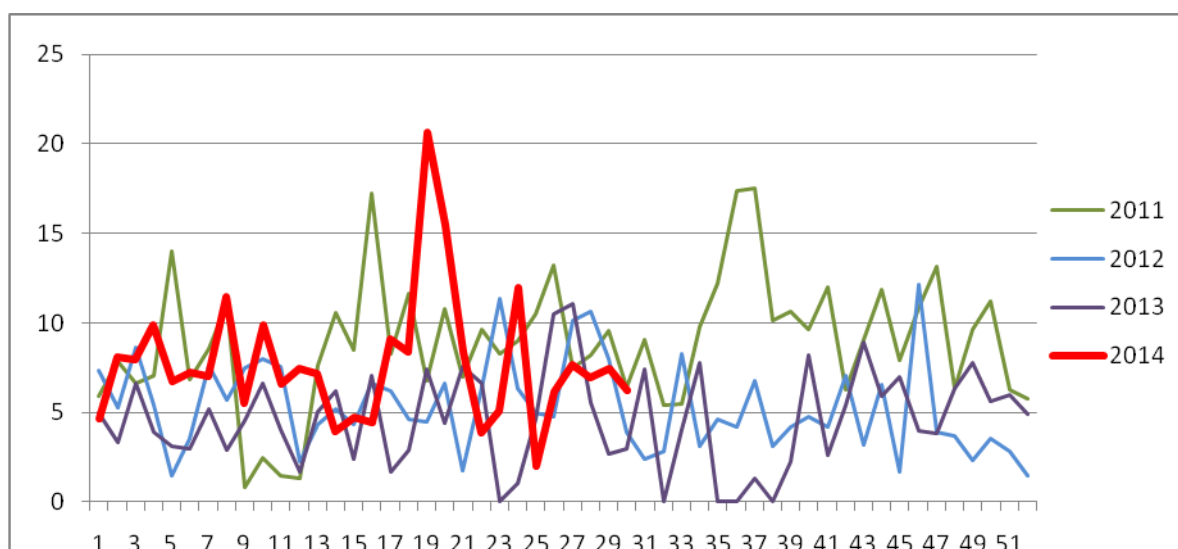
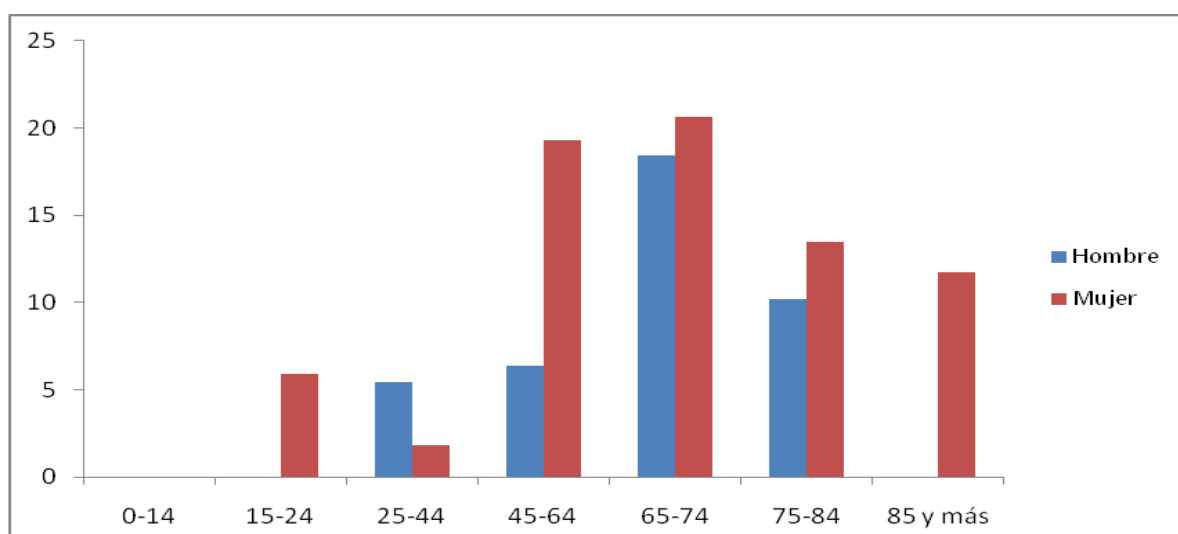
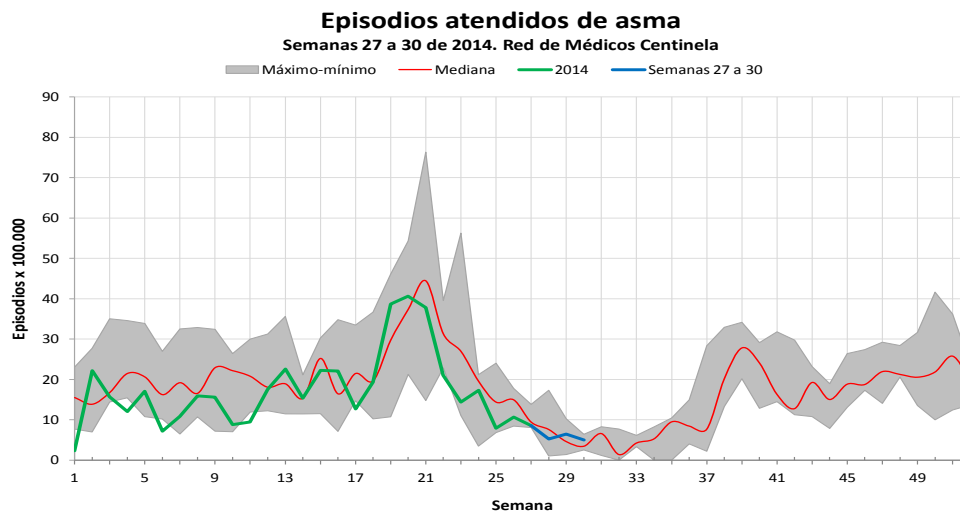


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2014.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 27 a 30 de 2014 la Red de Médicos Centinela notificó 26 episodios de asma (17 corresponden a menores de 15 años y 9 a mayores de 14). 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. En estas semanas de verano la demanda de atención sanitaria es muy baja, llegando a los valores mínimos del año.





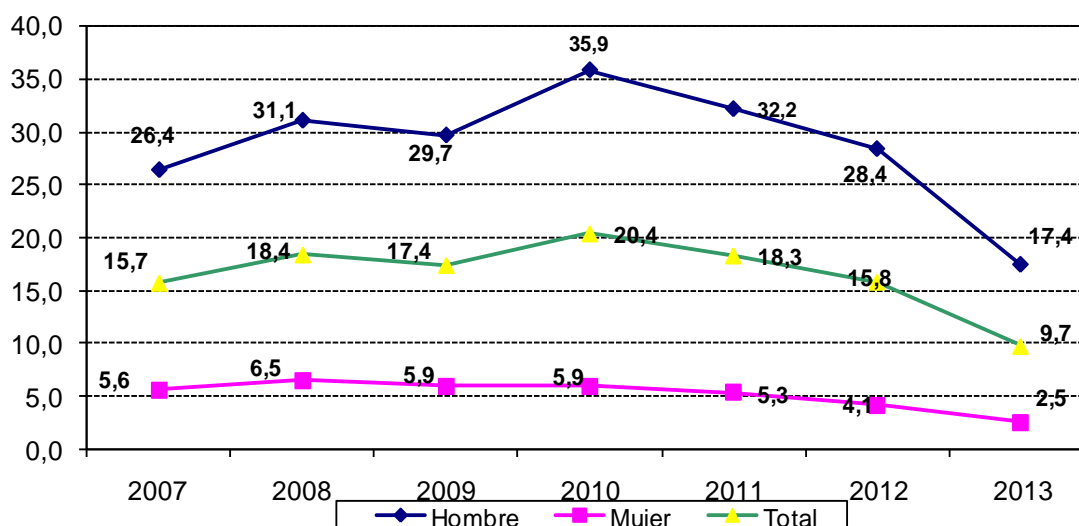
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. Julio 2014.

Desde el año 2007 hasta el 30 de junio de 2014 se han notificado 7.435 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 84,1% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,4 años (DE: 10,6). El 45,7% habían nacido fuera de España. Un 3,2% (237) 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

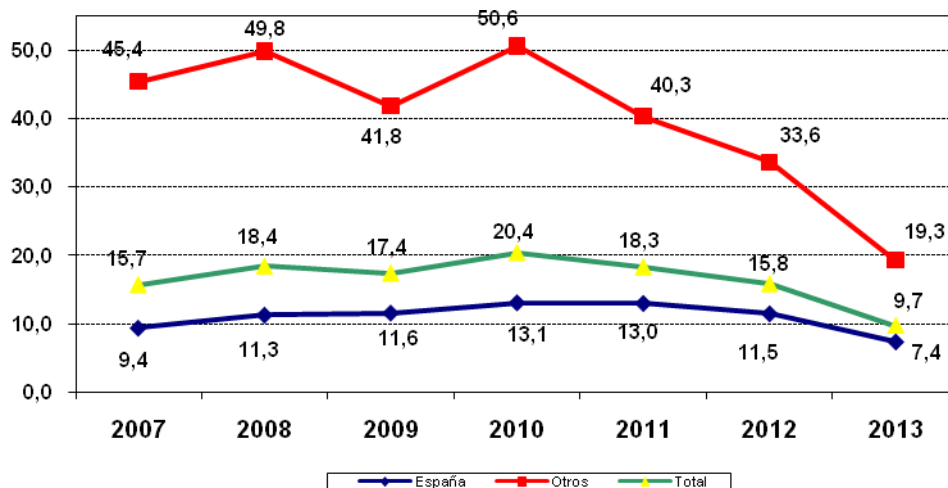


* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM. Año 2013 no consolidado.

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

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
2007	778	81,5	177	18,5	955
2008	946	81,8	211	18,2	1157
2009	919	82,6	194	17,4	1113
2010	1122	85,0	198	15,0	1320
2011	1009	84,9	179	15,1	1188
2012	889	86,6	137	13,4	1026
2013*	545	86,8	83	13,2	628
2014*	45	93,8	3	6,2	48
Total	6253	84,1	1182	15,9	7435

* Años no consolidados

Gráfico 2**Tasas de incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y año de diagnóstico VIH**

* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM. Año 2013 no consolidado

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	173	4,7	72	2,8	45	12,6	8	1,0	
HSH	2833	77,1	1770	68,8					
HTX	351	9,5	563	21,9	276	77,6	801	97,0	
Otros	8	0,2	11	0,4	15	4,2	8	1,0	
Desconocido /N.C.	315	8,5	157	6,1	20	5,6	9	1,0	
Total	3680	100	2573	100	356	100	826	100	

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

Diagnóstico tardío

El 17,2% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 15,1% en autóctonos y del 19,7% 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	768	2	338	31,5	51,4	70,7
2008	994	7	380	26,3	44,9	65,9
2009	947	15	367	28,8	46,9	65,0
2010	1088	13	398	24,4	42,3	61,5
2011	1006	21	369	27,1	46,4	64,5
2012	905	31	404	24,4	41,5	60,4
2013-14	599	35	378	25,4	43,4	61,6
07-14	6307	124	378 (RI: 182-585)	26,7	45,2	64,2

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 6.307 nuevos diagnósticos (84,8%).

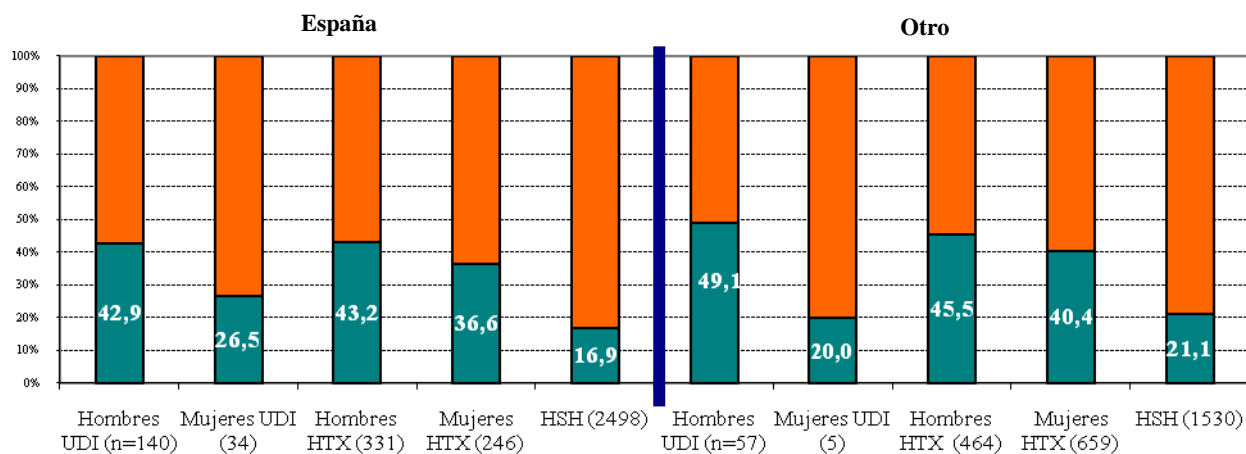
La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

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=5333)	24,6%	42,7%	62,3%
	Mujer (974)	38,6%	58,7%	74,6%
Edad al diagnóstico de VIH	13-19 años (90)	11,1%	25,6%	43,3%
	20-29 (1857)	15,2%	34,0%	55,6%
	30-39 (2374)	26,3%	44,6%	63,6%
	40-49 (1321)	36,0%	54,7%	72,3%
	>49 años (641)	45,6%	63,5%	78,3%
Mecanismo de transmisión	UDI (236)	41,5%	59,7%	71,2%
	HTX (1700)	41,8%	61,5%	77,2%
	HSH (4028)	18,5%	36,5%	57,5%
País de origen	España (3475)	23,3%	40,2%	59,3%
	Otros: (2832)	30,9%	51,2%	70,2%
	1. Europa Occidental (246)	14,6%	32,9%	58,5%
	2. Europa Oriental (201)	35,8%	49,8%	61,7%
	3. América Latina y Caribe (1773)	29,8%	50,5%	70,0%
	4. África Subsahariana (487)	40,7%	63,4%	81,1%
5. Norte de África y Oriente Medio (57)	40,4%	59,6%	70,2%	

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

Gráfico 3. 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.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. Julio 2014.

Casos de sida. 2007-2014		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	313	76,3	97	23,7
	2008	311	73,3	113	26,7
	2009	301	77,2	89	22,8
	2010	271	75,5	88	24,5
	2011	242	79,3	63	20,7
	2012	188	74,9	63	25,1
	2013*	113	77,4	33	22,6
	2014*	19	86,4	3	13,6
	07-14	1758	76,2	549	23,8
Edad media (años)		41,7 ± 10,4		39,5 ± 9,7	
País de origen		España: 65,4%		España: 54,1%	
Mecanismo transmisión		HSH: 42,7%		HTX: 67,6%	

Fallecidos con infección VIH. 2007-2014		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	256	79,5	66	20,5
	2008	279	78,8	75	21,2
	2009	213	77,7	61	22,3
	2010	232	80,0	58	20,0
	2011	232	83,5	46	16,5
	2012	174	78,0	49	22,0
	2013*	69	77,5	20	22,5
	2014*	7	70,0	3	30,0
	07-14	1462	79,5	378	20,5
Edad media (años)		47,8 ± 9,6		45,0 ± 9,7	
País de origen		España: 91,1%		España: 86,8%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,3%		UDI: 63,2%	

* Años no consolidados.

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

