

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

7.

**INFORMES:**

**HÁBITOS DE SALUD EN LA  
POBLACIÓN ADULTA DE LA  
COMUNIDAD DE MADRID, 2002.**



Instituto de Salud Pública





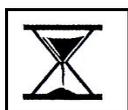
# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

# 7

## Índice

### INFORMES:



- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2002 ..... 3



- EDO. Semanas 27 a 30 (Del 29 de Junio al 26 de Julio de 2003) .....37



- Brotes Epidémicos. Semanas 27 a 30, de 2003 .....41



- Red de Médicos Centinela, Semanas.....42



Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

**INFORME:****HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN  
ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2002****Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2002****Indice:**

1. Resumen .....	4
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	5
4. Resultados.....	7
4.1. Actividad física.....	8
4.2. Alimentación.....	10
4.3. Realización de dietas.....	14
4.4. Antropometría.....	15
4.4. Consumo de tabaco.....	17
4.5. Consumo de alcohol.....	21
4.6. Prácticas preventivas.....	26
4.7. Accidentes.....	31
4.8. Seguridad vial.....	32
4.9. Agregación de factores.....	33
5. Bibliografía.....	36

## 1.- RESUMEN

**Antecedentes y objetivos:** El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide desde 1995 de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

**Metodología:** El SIVFRENT se basa en una encuesta telefónica realizada cada año a 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, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de salud pública. En este informe analizamos los indicadores agrupados en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco y alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad.

**Resultados:** Uno de cada dos hombres es sedentario en la actividad laboral y casi el 40% de las mujeres, con una tendencia a incrementarse ligeramente aunque de forma sostenida. La proporción de sedentarismo en tiempo libre es muy alta, alrededor del 80% en población general, aunque la tendencia desde 1995 se mantiene estable. El consumo de alimentos describe un patrón con escaso consumo de fruta y verduras, especialmente de fruta fresca, donde uno de cada dos jóvenes de 18 a 29 años no consume ninguna ración. Sin embargo, aumenta el consumo de productos lácteos a expensas del incremento de los derivados lácteos. El 37% de los entrevistados tienen exceso de peso, sobre todo los hombres, que presentan una clara tendencia ascendente con un incremento del 22% desde 1995. Continúa descendiendo el consumo de tabaco en hombres en todos los grupos de edad mientras que en las mujeres solo se observa una disminución en el grupo más joven. La evolución del consumo de alcohol sugiere un cambio de tendencia: se ha incrementado la proporción de consumidores de alcohol moderados y se ha roto en hombres la tendencia descendente de la proporción de bebedores de riesgo, mientras que en las mujeres se observa un incremento; por otro lado, se ha incrementado en ambos géneros el consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión. La realización de prácticas preventivas es en general muy elevada, aunque todavía queda un margen de mejora: por ejemplo, a pesar del gran incremento en la realización de mamografías, impulsadas en gran medida con la puesta en marcha del programa regional de detección precoz del cáncer de mama, queda todavía una bolsa de un 16,5% de mujeres de 50 a 64 años que no se ha realizado mamografías recientemente. Finalmente, la agrupación de los factores relacionados tradicionalmente con las enfermedades cardiovasculares (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo alto de alcohol) es elevada, ya que alrededor de una de cada cinco personas tienen presentes dos o más de estos cuatro factores de riesgo.

**Conclusiones:** La frecuencia de numerosos indicadores asociados con el comportamiento y que pueden repercutir negativamente en la salud, continua siendo muy elevada en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Algunos indicadores evolucionan favorablemente como el consumo de tabaco o ciertas prácticas preventivas, mientras que el sedentarismo (laboral) o el exceso de peso presentan un aumento preocupante. En otros, como el consumo de alcohol, habrá que vigilar atentamente la confirmación del cambio de patrón.

## 2.- INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid durante el 2000 el 30,7% de la mortalidad fue debida a enfermedades cardiovasculares y el 29,6% a tumores. Si a estas causas añadimos la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, y las causas externas, alrededor de tres de cada cuatro fallecimientos están relacionadas con enfermedades crónicas.

Actualmente disponemos de una evidencia científica bien documentada de que gran parte de estas enfermedades están relacionados con diversos factores de riesgo. Alrededor del 19% de la mortalidad puede atribuirse al consumo de tabaco, el 14% a la falta de ejercicio junto con una dieta desequilibrada, y un 5% al consumo elevado de alcohol <sup>1</sup>. Expresando la carga de enfermedad de forma más dinámica en términos de años perdidos debido a mortalidad prematura y años vividos con discapacidad ajustados por severidad (DALYs) el tabaco se relacionaría con el 12,1% del total de DALYs, el alcohol con el 9,6% y la hipertensión e inactividad física con el 4,7 y 4% respectivamente <sup>2</sup>.

La vigilancia de estos factores es necesaria para poder planificar acciones dirigidas bien al conjunto de la población o a determinados grupos de riesgo. En este sentido, la Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el sistema, denominado Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) <sup>3</sup>, cuyo objetivo es el de medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se ha desarrollado 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 de 2002, con un formato similar al de ediciones anteriores<sup>3-9</sup>, en el que se incluye un análisis de la tendencia a corto plazo desde 1995.

## 3.- METODOLOGÍA

### Población

Dirigido a la población entre 18 y 64 años residente en la Comunidad de Madrid. Basado en el método de encuesta telefónica, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con línea telefónica en sus hogares.

### 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: género; 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 telefónica.

Se ha calculado el tamaño muestral próximo a 2.000 entrevistas, admitiendo errores de muestreo absolutos anuales del 2,2% bajo el supuesto de muestreo aleatorio simple, una prevalencia del 50% y un nivel de confianza del 95%.

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)<sup>10</sup>.

### **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 género y edad. En el caso de no existir ninguna persona del grupo de género 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 el número de 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

Además de este núcleo central, durante el 2002 se ha incluido un apartado de percepción de riesgos ambientales y de trastornos del comportamiento alimentario, que no se presentan en este informe

### 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)) ha sido del 66,8%. Del total de negativas un 71,6% han sido negativas de hogares, un 25,5% de individuos una vez seleccionados y antes de comenzar la entrevista, y un 2,9% han sido entrevistas incompletas.

Las características de la muestra pueden ser consultadas en la tabla 1.

A continuación se presentan los resultados por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por género y edad, y se completa con una comparación gráfica de las estimaciones de 1995 a 2002.

**Tabla 1.- Características de la muestra**

<b>Número entrevistas</b>	2.010
<b>Género (%)</b>	
Hombres	48,6
Mujeres	51,4
<b>Edad (%)</b>	
18-29	32,3
30-44	33,7
45-64	34,0
<b>Ambito geográfico (%)</b>	
Madrid capital	61,8
Corona metropolitana	31,0
Resto de municipios	7,2
<b>Nivel de estudios (%)</b>	
Menos de primarios	2,1
Primarios	5,3
Secundarios 1º grado	26,4
Secundarios 2º grado	35,3
Universitarios	30,8

#### 4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 43,6% de los entrevistados afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria. Los hombres son 1,3 veces más sedentarios que las mujeres, y la inactividad física es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 54,1% es inactivo.

La actividad física en tiempo libre, es estimada a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METS<sup>11</sup>, que es el gasto metabólico teniendo como referencia el basal. Por ejemplo, una actividad que gaste 3 METS supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, hemos definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 min. o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 79,8% de los entrevistados son considerados como no activos en el tiempo libre. En este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 84,9% son inactivos.

Respecto al tipo de deporte practicado, existen considerables diferencias según el género, que podemos apreciar en la tabla 3. En hombres, la actividad física más frecuentemente practicada es el fútbol, seguido del footing y las pesas/gimnasia con aparatos. En mujeres la más frecuente es la gimnasia de mantenimiento, seguido de la natación y el aerobio/gim jazz/danza.

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2002. Si comparamos los promedios de 2001-2002 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa en un 7,2% en hombres y un 17,3% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene estable.

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral <sup>(1)</sup>	43,6 (±2,2)*	50,3 (±3,1)	37,4 (±3,0)	54,1 (±3,8)	40,7 (±3,7)	36,6 (±3,6)
No activos en tiempo libre <sup>(2)</sup>	79,8 (±1,8)	75,5 (±2,7)	83,8 (±2,2)	70,8 (±3,5)	83,1 (±2,8)	84,9 (±2,7)

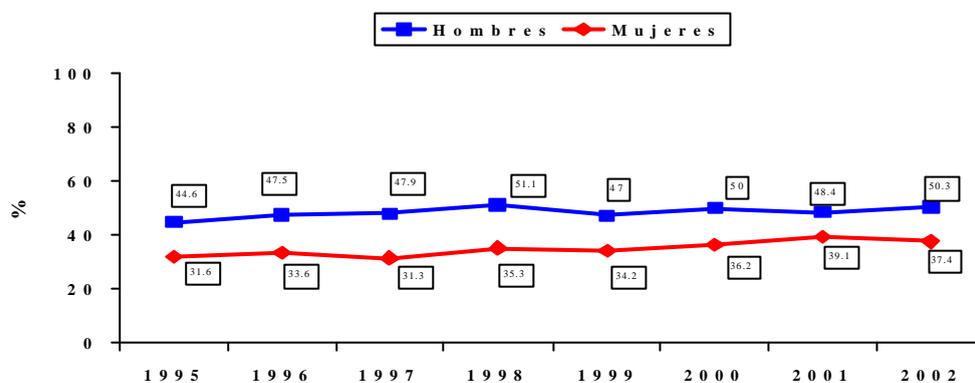
<sup>(1)</sup> Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

<sup>(2)</sup> No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min. cada vez

\* Intervalo de confianza al 95%

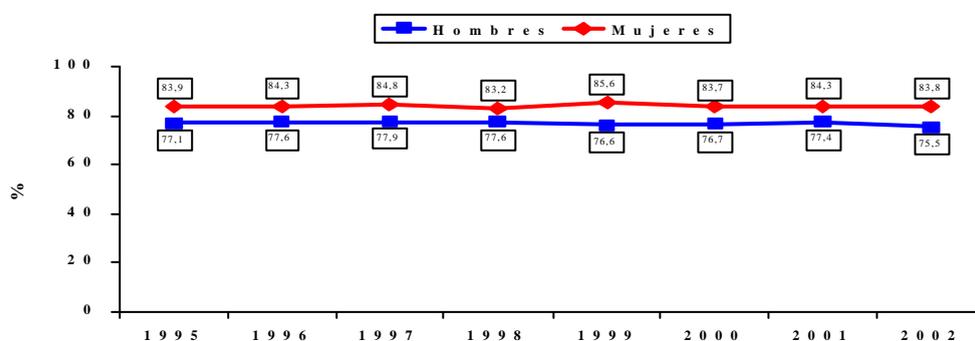
**Tabla 3.- Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género**

HOMBRE		MUJER	
1.Fútbol	14,7%	1.Gimnasia de mantenimiento	12,7%
2.Footing	12,0%	2.Natación	10,3%
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	9,8%	3.Aerobic/gim,Jazz/Danza	6,5%
4. Natación	9,5%	4. Bicicleta	5,1%
5.Bicicleta	9,1%	5. Pesas/Gimnasia con aparatos	4,8%

**GRÁFICO 1. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2002****PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS\* EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL**

Fuente: SIVFRENT-A. 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. Consejería de Sanidad

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

#### 4.2.- ALIMENTACIÓN (Tabla 4, Gráficos 2-3)

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, se estima el patrón de consumo de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que se consume el alimento a lo largo del día.

##### Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente 1,5 raciones/día en hombres y mujeres. El 12,1% no consume ninguna ración de este producto .

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,2 raciones diarias y solo el 5,1% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24h. no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 34,9% en hombres y de un 24,8% en mujeres (gráfico 2).

El 47,4% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 56,8 % frente al 37,4% en los hombres.

Como podemos observar en el gráfico 2, en los años de estudio, la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 14,2% en hombres y un 22,5% en mujeres comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros. Esta disminución se ha debido fundamentalmente al incremento del consumo de derivados lácteos.

##### Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media es de 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 49,2% de las personas entrevistadas. El 10,0% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

##### Fruta y verduras

La media de consumo de fruta fresca es de 1,1 raciones/día, que se incrementa a 1,3 al incluir los zumos de fruta. La media de consumo de verduras es de 1 ración/día. Por tanto, durante las últimas 24h. el consumo medio per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,3 raciones/día. El 8,4% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta, y el 56,6 (62,5% de hombres y el 51,1% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones /día (gráfico 2). Además de la mayor frecuencia en mujeres, su ingesta se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 69,7% no llega a consumir tres raciones al día.

El consumo de fruta fresca es de todos los grupos de alimentos el que más está descendiendo en los últimos años. La proporción de personas que no ha consumido ninguna ración de fruta en las últimas 24 horas se ha incrementado un 30,8% en hombres y un 43,7% en mujeres a expensas fundamentalmente del grupo de 18 a 44 años. Esta disminución es compensada parcialmente con el incremento del consumo de zumos. A su vez, el consumo de verdura se ha incrementado ligeramente durante estos años de estudio, lo que repercute en que globalmente la proporción de personas con consumos inferiores a tres raciones de fruta (incluyendo zumos) y verduras se mantenga bastante estable (gráfico 2).

### Carne y derivados

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,6 raciones/día, donde la carne aporta 1 ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 85,6%, han consumido algún alimento de este grupo. Es de destacar la gran proporción de personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 54,4% de hombres frente al 41,8% de mujeres (gráfico 3). No se observan grandes variaciones en los ocho años de estudio.

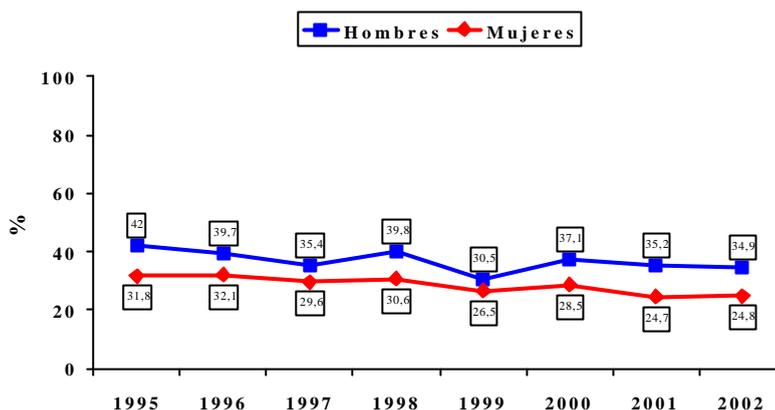
### Pescado

El 49,7% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo es similar en hombres y mujeres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad.

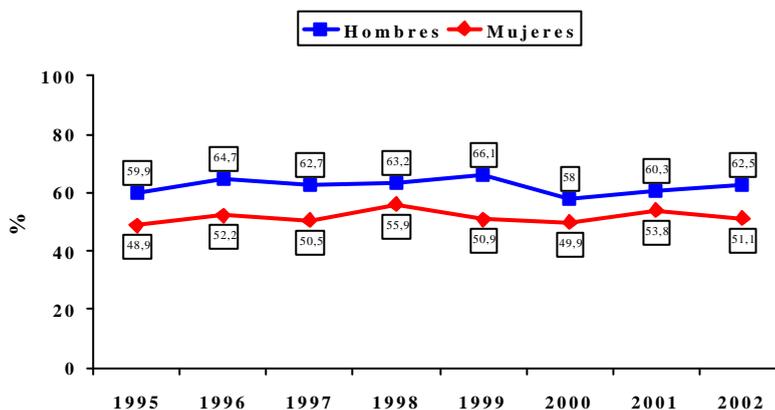
**Tabla 4- Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas**

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bres	Muje- res	18-29	30-44	45-64
Leche	87,9 (±1,4)*	85,2 (±2,2)	90,4 (±1,8)	84,5 (±2,8)	88,9 (±2,4)	90,2 (±2,2)
Leche y derivados	94,9 (±1,0)	93,2 (±1,6)	96,5 (±1,1)	94,3 (±1,8)	95,4 (±1,6)	95,0 (±1,6)
Dulces/ Bollería	49,2 (±2,2)	51,8 (±3,1)	46,7 (±3,0)	46,5 (±3,8)	51,9 (±3,8)	49,1 (±3,7)
Verdura	74,2 (±1,9)	71,6 (±2,8)	76,7 (±2,6)	68,9 (±3,6)	74,9 (±3,3)	78,7 (±3,1)
Legumbres	18,7 (±1,7)	20,9 (±2,6)	16,6 (±2,3)	17,4 (±2,9)	19,5 (±3,0)	19,2 (±3,0)
Arroz	14,3 (±1,5)	16,0 (±2,3)	12,7 (±2,0)	16,5 (±2,9)	14,5 (±2,7)	12,0 (±2,4)
Pasta	14,6 (±1,5)	16,2 (±2,3)	13,2 (±2,1)	19,8 (±3,1)	12,9 (±2,5)	11,4 (±2,4)
Carne	73,2 (±1,9)	74,8 (±2,7)	71,7 (±2,7)	77,3 (±3,2)	70,6 (±3,4)	71,8 (±3,4)
Carne y derivados	85,6 (±1,5)	87,5 (±2,1)	83,8 (±2,2)	89,8 (±2,3)	84,8 (±2,7)	82,5 (±2,9)
Huevos	30,9 (±2,0)	31,9 (±2,9)	30,0 (±2,8)	33,1 (±3,6)	28,7 (±3,4)	31,0 (±3,5)
Pescado	49,7 (±2,2)	50,2 (±3,1)	49,2 (±3,0)	45,7 (±3,8)	49,1 (±3,8)	54,1 (±3,7)
Fruta fres- ca	68,5 (±2,0)	64,4 (±3,0)	72,3 (±2,7)	52,6 (±3,8)	69,5 (±3,5)	82,6 (±2,8)

\* Intervalo de confianza al 95%

**Gráfico 2.****Evolución del consumo de lácteos, y fruta/verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2002****PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO DE < 2 RACIONES DE LÁCTEOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS**

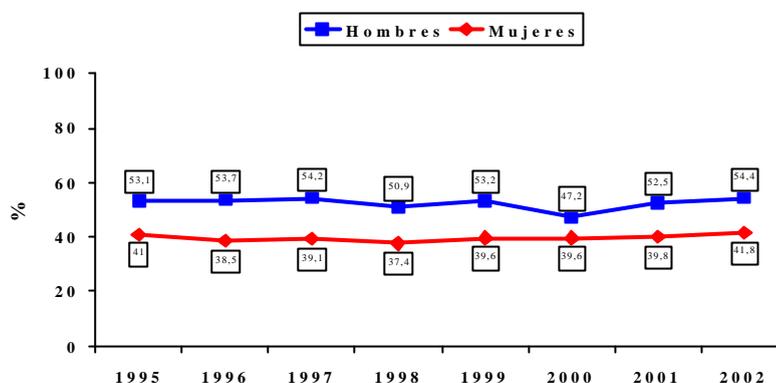
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

### Gráfico 3. Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2002

#### PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO DE 2 O MÁS RACIONES DE CÁRNICOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

#### 4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS (Tabla 5, Gráfico 4)

Un 14,6% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 9,2% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es casi 2 veces más frecuente que en hombres.

Al comparar los promedios de 2000 y 2002 respecto a 1995 y 1996 se produce un notable descenso de este indicador, disminuyendo un 21,2% en mujeres y un 11,2% en hombres (gráfico 4).

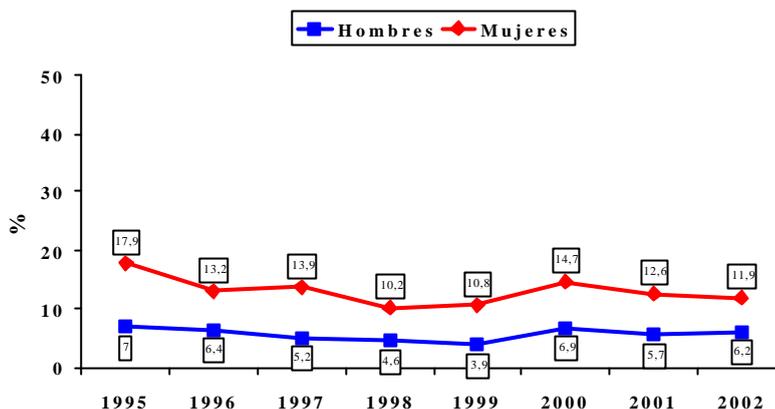
**Tabla 5.- Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses**

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	14,6 (±1,5)*	11,5 (±2,0)	17,6 (±2,3)	16,2 (±2,8)	13,6 (±2,6)	14,2 (±2,6)
Dieta para adelgazar	9,2 (±1,3)	6,2 (±1,5)	11,9 (±2,0)	9,7 (±2,3)	9,5 (±2,2)	8,3 (±2,1)

\* Intervalo de confianza al 95%

## Gráfico 4

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2002**



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

## ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal, definido como el cociente del peso en Kg/talla en m<sup>2</sup>, ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad <sup>12</sup>. En el caso del SIVFRENT, se estima a partir del peso y talla autoinformados 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 6 <sup>13</sup>.

El 3,2% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres alcanzando una prevalencia del 5,8%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. El 37% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 16,5% al sobrepeso en grado I, del 13,9% al sobrepeso de grado II, y del 6,6% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementa rápidamente a medida que aumenta la edad.

La tendencia describe en los hombres un incremento consistente del 22,3%, comparando los promedios de 2001 y 2002 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres está prácticamente estable.

**Tabla 6.- Distribución del Índice de Masa corporal**

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente (1)	3,2 (±0,8)*	0,5 (±0,4)	5,8 (±1,4)	6,8 (±1,9)	1,8 (±1,0)	1,3 (±0,9)
Sobrepeso grado I (2)	16,5 (±1,6)	22,6 (±2,6)	10,7 (±1,9)	10,9 (±2,4)	17,3 (±2,9)	21,0 (±3,1)
Sobrepeso grado II (3)	13,9 (±1,5)	18,8 (±2,5)	9,4 (±1,8)	4,8 (±1,6)	16,0 (±2,8)	20,7 (±3,0)
Obesidad (4)	6,6 (±1,1)	8,2 (±1,7)	5,0 (±1,3)	1,7 (±1,0)	6,4 (±1,8)	11,4 (±2,4)

\* Intervalo de confianza al 95%

(1) Índice de Masa Corporal <18,5

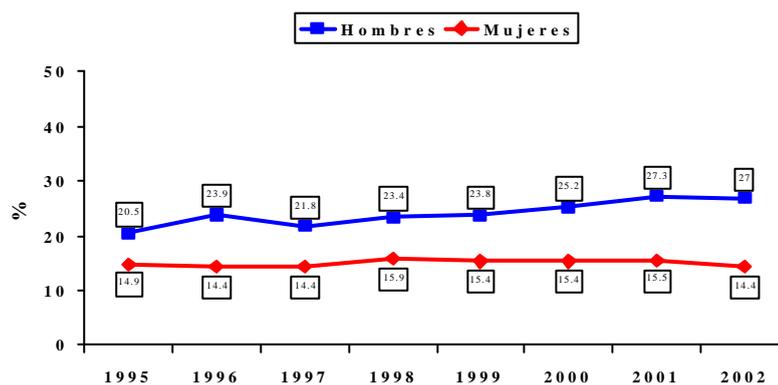
(2) Índice de Masa Corporal 25-26,9

(3) Índice de Masa Corporal 27-29,9

(4) Índice de Masa Corporal >=30

### Gráfico 5

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON SOBREPESO DE GRADO II U OBESIDAD\*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2002**



\*Índice de Masa Corporal >=27

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

#### 4.5. CONSUMO DE TABACO

El 56,4% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, siendo el resto, 43,6%, no fumadores. En función de la situación actual de consumo, un 37,8% son fumadores actuales (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 34,6% son fumadores diarios. La proporción de exfumadores es del 18,6% (gráfico 6).

El consumo excesivo, definido como el consumo de  $\geq 20$  cigarrillos/día, es de un 14,4% respecto al total de entrevistados, y del 41,5% en los fumadores diarios.

La proporción de abandono, definida como el número de exfumadores entre el número de fumadores y exfumadores, es del 33%. Actualmente, del total de fumadores actuales un 14,9% está pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 9,5% en los próximos 6 meses. Por otra parte, el 25,3% de los fumadores diarios ha realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

La proporción de fumadores actuales es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres. Sin embargo, esta diferencia se produce a expensas del mayor consumo masculino en el grupo de 45 a 64 años ya que en el resto de edades el consumo es similar o ligeramente más frecuente en mujeres. Por otro lado, la prevalencia del consumo excesivo es superior en los hombres en todos los grupos de edad.

Respecto a la evolución, se observa un descenso del 10,7% y 4,1% (comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros) de la proporción de fumadores actuales en hombres y mujeres (gráfico 7). Sin embargo la distribución es muy diferente según la edad. Mientras que el descenso en la población masculina se produce consistentemente en todos los grupos de edad, en la población femenina se observa una disminución del consumo en el grupo más joven hasta los 29 años, se mantiene estable entre los 30 y 44, y aumenta a partir de esta edad. Esta distribución es coherente con el desplazamiento etéreo de las cohortes jóvenes de mujeres que alcanzaron una prevalencia máxima de consumo a mediados de los ochenta y que actualmente se incorporan al último grupo de edad.

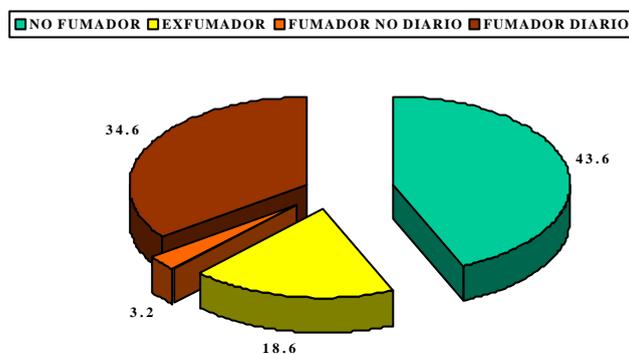
Se observa también un descenso de la proporción de consumidores excesivos, siendo más acusado en los hombres (19,8%) que en las mujeres (6,6%) comparando el promedio de los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros (gráfico 7). Cuando observamos la cantidad de consumo en los hombres que fuman diariamente, también se produce un descenso en la proporción de fumadores excesivos: en 1995 el 57,6% de los consumidores diarios de tabaco fumaban 20 o más cigarrillos diarios frente al 49,1% en el 2002. En las mujeres esta reducción es más ligera, pasando de un 41,0% a un 33,7%.

Complementariamente a esta reducción, continua incrementándose el abandono del consumo, especialmente en los hombres. En la población masculina la proporción de abandono se produce en todos los grupos de edad, mientras que en la femenina solo se observa hasta los 44 años.

Finalmente, en el 2002 alrededor tres de cada cuatro fumadores diarios no han realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) en el último año. En ambos géneros esta proporción es más elevada que en los primeros años, sin embargo en los hombres se mantiene relativamente estable desde 1999, mientras que en las mujeres se ha incrementado hasta alcanzar el valor máximo de toda la serie (gráfico 8).

## Gráfico 6

CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO.  
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2002



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	56,4 (±2,2)*	61,0 (±3,1)	52,1 (±3,0)	47,5 (±3,8)	67,3 (±3,5)	54,1 (±3,7)
Fumadores actuales <sup>(1)</sup>	37,8 (±2,1)	39,5 (±3,1)	36,2 (±2,9)	38,9 (±3,7)	46,7 (±3,8)	27,9 (±3,4)
Fumadores diarios	34,6 (±2,1)	36,1 (±3,0)	33,3 (±2,9)	35,4 (±3,7)	42,6 (±3,7)	26,0 (±3,3)
Consumo excesivo <sup>(2)</sup>	14,4 (±1,5)	17,7 (±2,4)	11,2 (±1,9)	10,3 (±2,3)	20,1 (±3,0)	12,6 (±2,5)
Proporción de abandono <sup>(3)</sup>	33,0 (±2,7)	35,1 (±3,8)	30,6 (±3,9)	18,1 (±4,3)	30,5 (±4,2)	48,4 (±5,1)

\* Intervalo de confianza al 95%

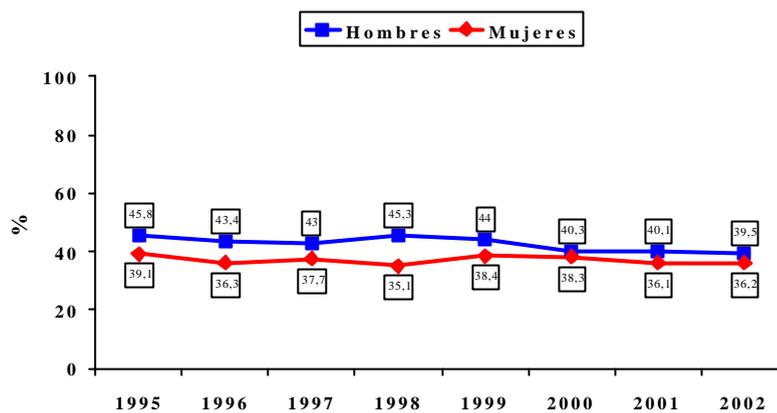
<sup>(1)</sup> Fumador ocasional o diario

<sup>(2)</sup> Consumo de ≥20 cigarrillos diarios

<sup>(3)</sup> Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

### Gráfico 7. Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2002

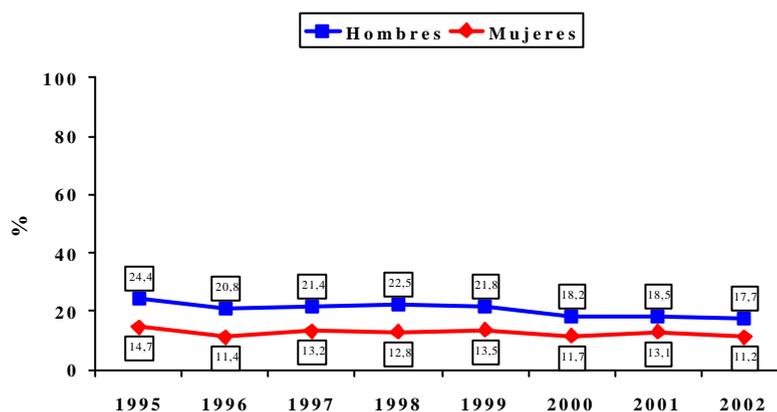
#### PROPORCIÓN DE FUMADORES ACTUALES\*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

\* Fumador ocasional o diario

#### PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO\*

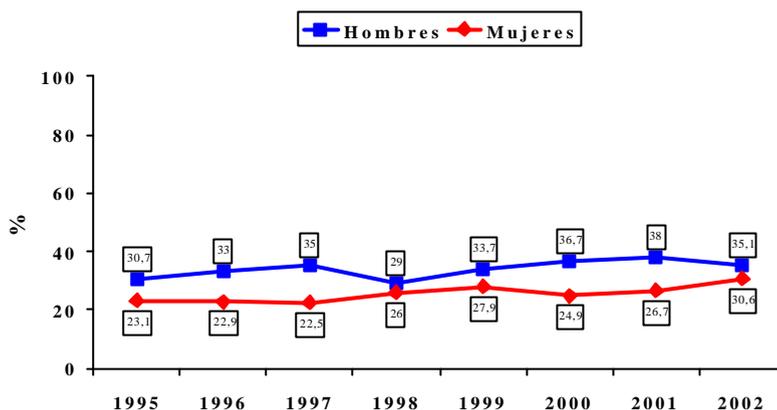


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

\* Consumo de  $\geq 20$  cigarrillos diarios

**Gráfico 8. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2002**

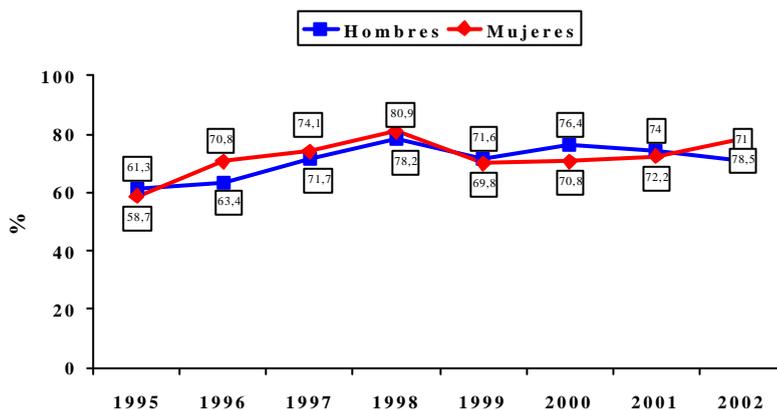
**PROPORCIÓN DE ABANDONO\* DEL CONSUMO DE TABACO**



Fuente: SIVFRENT-A. 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. Consejería de Sanidad

#### 4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio per cápita semanal de alcohol es de 78,0 centímetros cúbicos (cc.), 117,2 cc. en hombres y 40,9 cc. en mujeres.

El 59,0% son 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.

Para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol se estima el total de alcohol ingerido durante la última semana mediante la frecuencia de consumo de diversas bebidas alcohólicas, considerando como bebedor/a moderado/a aquellas personas cuyo consumo diario es de 1-49 cc./día en hombres y de 1-29 cc./día en mujeres. Bebedores a riesgo son aquellos hombres y mujeres con consumos de  $\geq 50$  cc./día y  $\geq 30$  cc./día respectivamente.

Globalmente un 5,1% son clasificados como bebedores a riesgo, un 55,7% como bebedores moderados y un 39,2% como no bebedores (gráfico 9). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2 veces mayor que en mujeres

Un 12,1% ha realizado 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  $\geq 80$  cc. y  $\geq 60$  cc. en hombres y mujeres respectivamente). Este consumo es 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (25,2%).

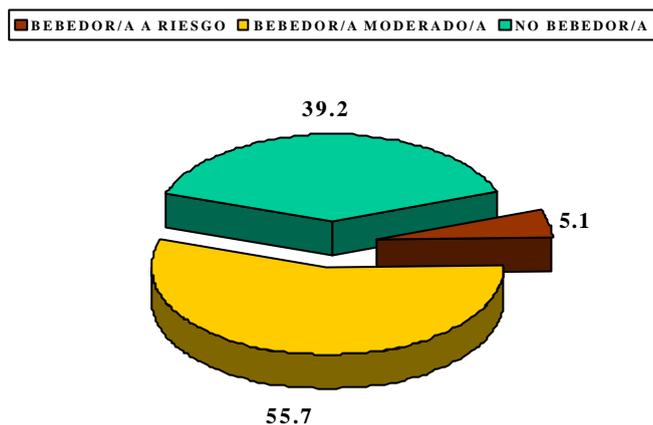
Del total de bebedores habituales, un 12,3% tienen el test de CAGE<sup>14-15</sup> positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test). Este indicador también es más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 4,1% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 6,3%, frente al 1,4% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

En hombres aunque en grado ligero y de forma más acusada en mujeres, se ha incrementado la proporción de bebedores habituales a expensas del aumento de bebedores moderados. Se observa un descenso en hombres de la proporción de bebedores a riesgo del 27,3%, aunque desde 1999 la prevalencia está estabilizada (gráfico 10). En mujeres se ha incrementado un 9,6%, obteniendo este último año la frecuencia más alta de toda la serie. Por otro lado, el consumo excesivo de alcohol se ha incrementado tanto en hombres como en mujeres rompiendo con la tendencia descendente que se observaba desde el inicio de la serie. Consistentemente, este repunte se observa también en la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (gráfico 11). Por lo tanto, del análisis de este apartado se puede concluir que se ha producido un cambio en la evolución de los indicadores de consumo de alcohol pudiendo apreciar en general un incremento del consumo después de una fase de estabilización.

**Gráfico 9**

**CLASIFICACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO.  
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2002**



Fuente: SIVFRENT-A Consejería de Sanidad

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales <sup>(1)</sup>	59,0 (±2,2)*	73,2 (±2,8)	45,6 (±3,0)	58,2 (±3,8)	62,3 (±3,7)	56,4 (±3,7)
Bebedores a riesgo <sup>(2)</sup>	5,1 (±1,0)	6,8 (±1,6)	3,5 (±1,1)	4,8 (±1,6)	5,2 (±1,7)	5,3 (±1,7)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días <sup>(3)</sup>	12,1 (±1,4)	16,4 (±2,3)	8,0 (±1,7)	25,2 (±3,3)	9,2 (±2,2)	2,5 (±1,2)
Test CAGE + en bebedores habituales	12,3 (±1,9)	14,3 (±2,6)	9,1 (±2,6)	14,6 (±3,6)	12,1 (±3,1)	10,2 (±3,0)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	4,1 (±1,0)	6,3 (±1,6)	1,4 (±0,9)	8,1 (±2,4)	3,3 (±1,5)	1,2 (±0,9)

\* Intervalo de confianza al 95%

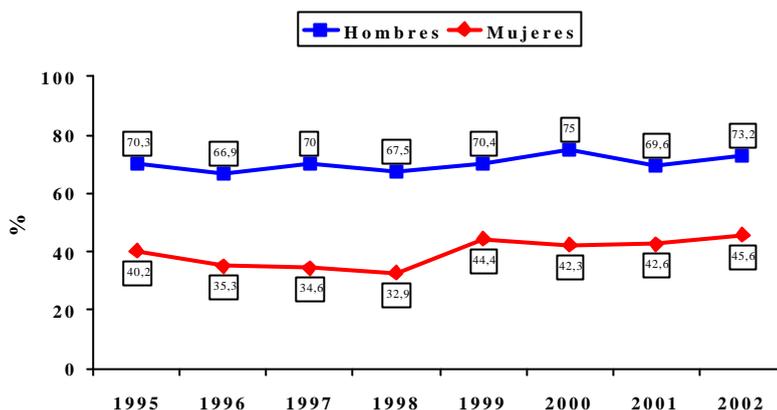
(1) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

(2) Consumo de alcohol de  $\geq 50$  cc./día en hombres y  $\geq 30$  cc./día en mujeres

(3) Consumo en un corto período de tiempo de  $\geq 80$  cc. en hombres y  $\geq 60$  cc. en mujeres

**Gráfico 10. Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2002**

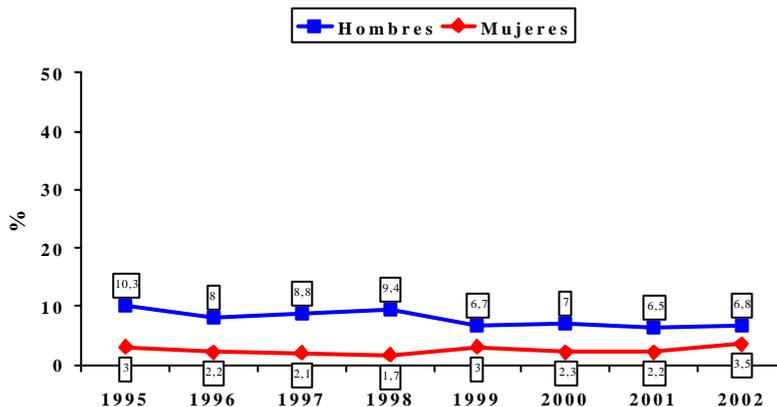
**PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES\***



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

**PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO\***

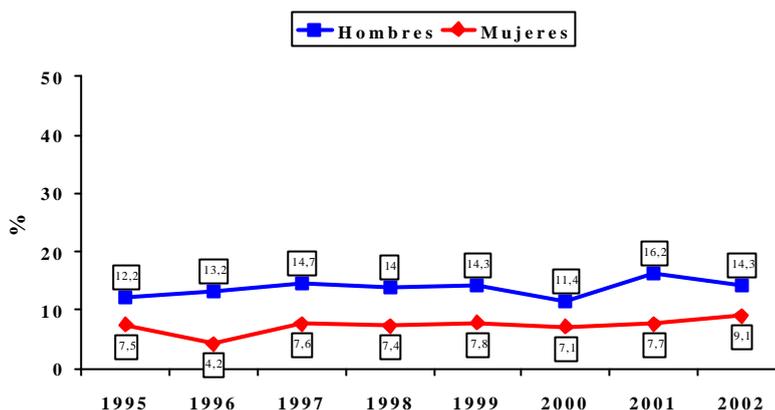


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

\* Consumo de alcohol de  $\geq 50$  cc./día en hombres y  $\geq 30$  cc./día en mujeres

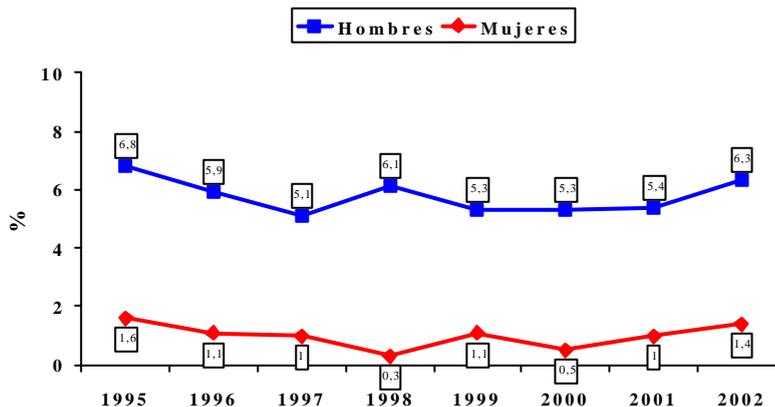
**Gráfico 11. Evolución del test de CAGE y conducir bajo los efectos del alcohol . Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2002**

**TEST DE CAGE POSITIVO EN BEBEDORES HABITUALES**



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

**PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN CONDUCIDO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

#### 4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En las tablas 9-11 podemos observar la proporción de personas que se han 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 Comunitaria<sup>16</sup>.

Una gran mayoría de entrevistados afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque alrededor del 10% no cumple las recomendaciones.

Un 13,4% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 48,5% está tomando medicación, el 43,7% se controla el peso, un 56,3% ha reducido la ingesta de sal, y un 40,4% hace ejercicio físico. El 71,5% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 28,5% no realiza ninguna.

A un 18,7% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 17,3% toma medicamentos, el 48,1% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 33,9% practica ejercicio físico. El 54,0% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 46,0% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 13,2% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 16,5% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

De todos los indicadores relacionados con las prácticas preventivas (gráficos 12-14), la realización de mamografías es el que ha sufrido los cambios más importantes, especialmente a partir la puesta en marcha en 1999 del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid. Comparando el promedio del año 2001 y 2002 con el de 1995 y 1996 el incremento es del 58,4% (gráfico 14).

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

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años <sup>(1)</sup>	18 - 40 años	89,6 (±1,8)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	91,8 (±1,7)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	86,5 (±3,3)
	Mujeres < 46 años	93,8 (±1,8)
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥35 años	88,6 (±2,6)
	Mujeres ≥46 años	94,2 (±2,5)

\* Intervalo de confianza al 95%

<sup>(1)</sup> Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años**Tabla 10.- Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados**

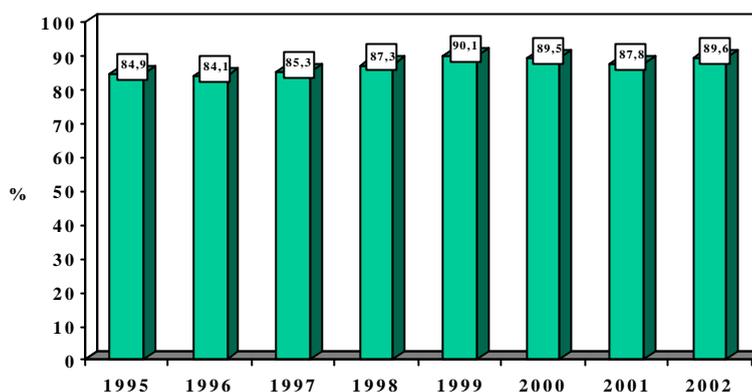
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	13,4 (±1,5)*	15,5 (±2,3)	11,5 (±1,9)	4,6 (±1,6)	9,2 (±2,2)	26,0 (±3,3)
Colesterol elevado	18,7 (±1,7)	19,8 (±2,5)	17,7 (±2,3)	9,1 (±2,2)	15,2 (±2,7)	31,3 (±3,5)

\* Intervalo de confianza al 95%

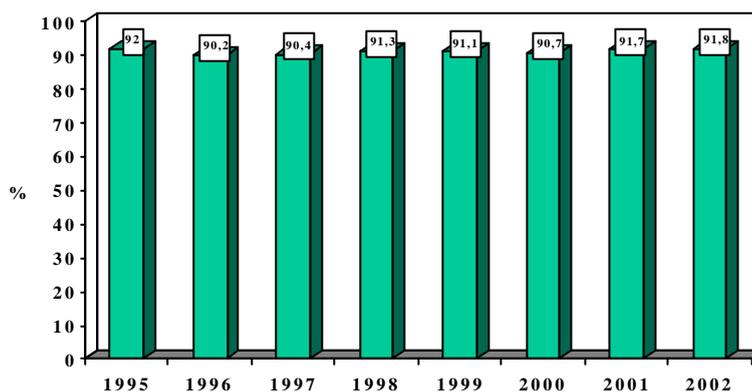
**Tabla 11.- Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías**

	Edad	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	≥35 años	86,8 (±2,6)*
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	83,5 (±4,5)

\* Intervalo de confianza al 95%

**Gráfico 12. Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2002****PROPORCIÓN DE PERSONAS DE 18-40 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS**

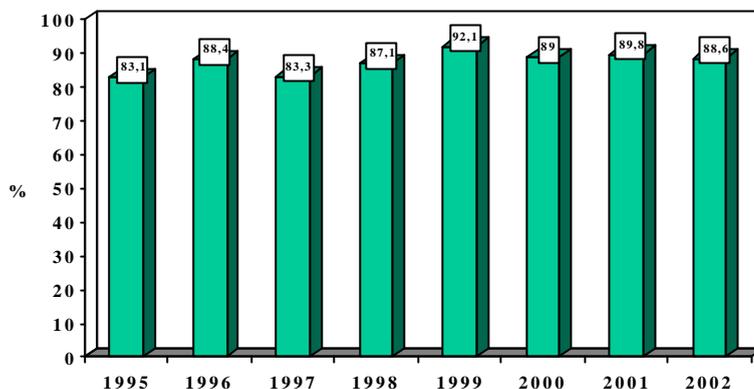
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

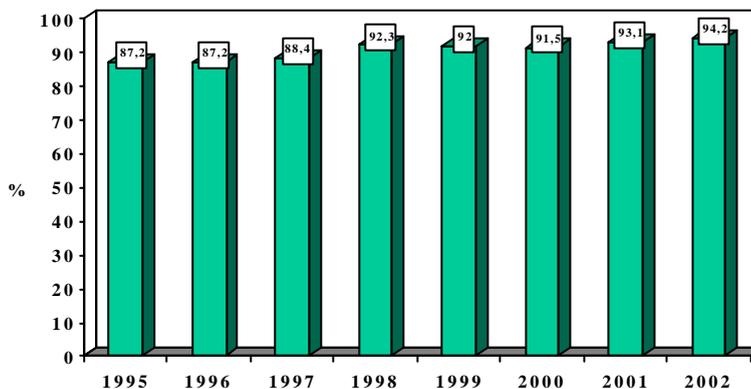
**GRÁFICO 13. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2002**

**PROPORCIÓN DE HOMBRES MAYORES DE 34 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS**

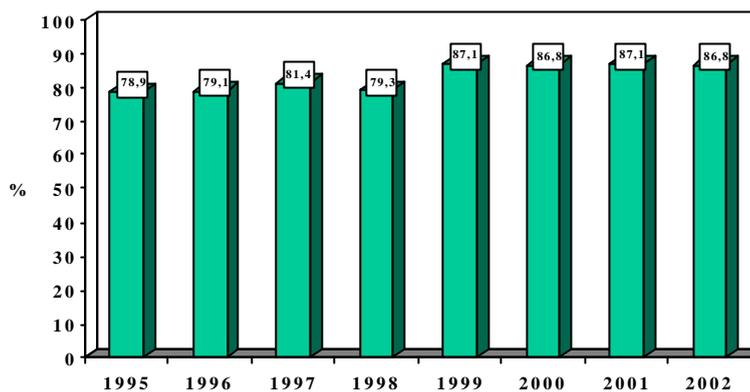


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

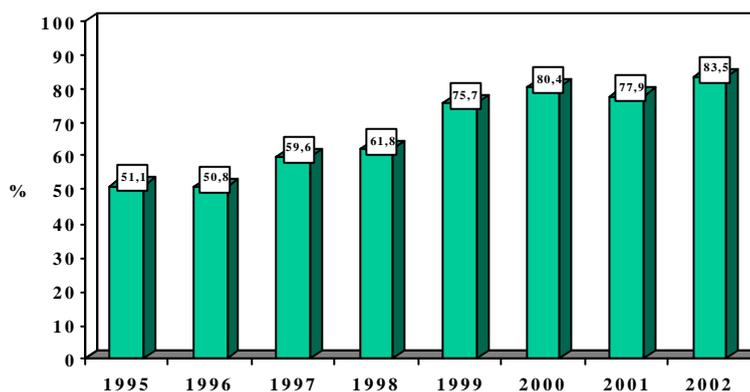
**PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS**



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

**Gráfico 14. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2002****PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 34 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO CITOLOGÍAS EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS**

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

**PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 49 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MAMOGRAFÍAS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

#### 4.8. ACCIDENTES

Un 10,1% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y en el grupo de edad más joven.

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

Durante los últimos 12 meses un 0,6% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 6,3% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

En los hombres la frecuencia está estabilizada mientras que en las mujeres se ha incrementado un 14,3% (gráfico 15).

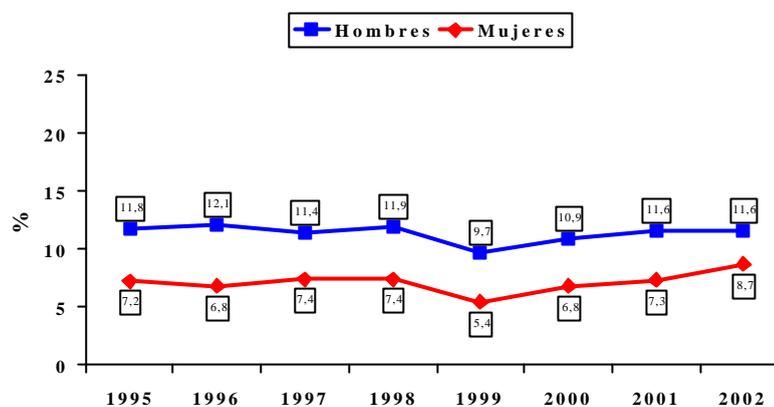
**Tabla 12.- Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses**

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	10,1 (±1,3)*	11,6 (±2,0)	8,7 (±1,7)	12,3 (±2,5)	9,2 (±2,2)	8,9 (±2,1)
Accidente de tráfico	1,5 (±0,3)	1,6 (±0,8)	1,5 (±0,7)	1,4 (±0,9)	1,9 (±1,0)	1,3 (±0,9)

\* Intervalo de confianza al 95%

## Gráfico 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2002



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

#### 4.9. SEGURIDAD VIAL

Un 16,1% del total de personas que viajan en coche, no utiliza nunca o lo hace infrecuentemente el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 0,6% en la conducción por carretera.

Un 4,6% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 16,1% no utiliza nunca el casco o lo hace infrecuentemente. El 2,7% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 1,9% de ellos. Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral por lo que sus estimaciones son muy inestables.

**Tabla 13.- Escasa o nula utilización del cinturón de seguridad y casco en moto**

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por CIUDAD	16,1 (±1,7)*	18,7 (±2,5)	13,5 (±2,2)	11,9 (±2,6)	18,3 (±3,0)	18,0 (±3,0)
No utilización del cinturón de seguridad por CARRETERA	0,6 (±0,4)	1,0 (±0,6)	0,2 - **	0,9 (±0,7)	0,8 (±0,7)	0,2 - **
No utilización del casco en moto por CIUDAD	16,1 (±7,5)	16,9 (±9,2)	14,3 (±13,2)	21,8 (±11,0)	3,2 - **	28,6 - **
No utilización del casco en moto por CARRETERA	1,9 (±3,6)	0 -	5,9 - **	3,1 - **	0 -	0 -

\* Intervalo de confianza al 95%

- \*\* Variación superior al 100%

#### 4.10. AGREGACIÓN DE FACTORES

Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, hemos considerado 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 hemos seleccionado como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y bebedor a riesgo. Para la actividad física hemos decidido incluir un indicador que aglutine 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 inactivas durante las 24h. del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada hemos considerado el consumir menos de tres raciones diarias de fruta (incluye zumos) y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

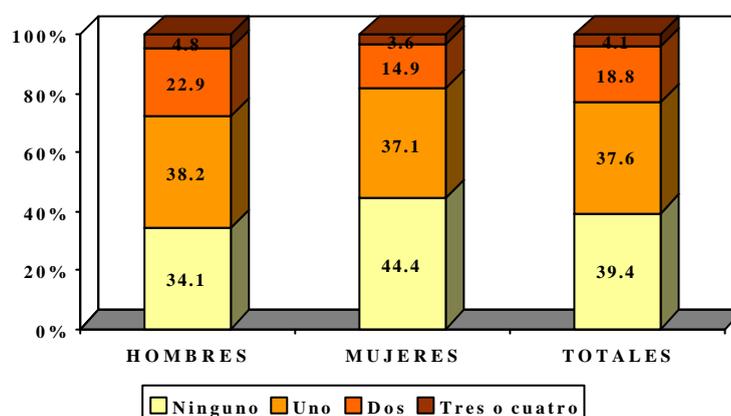
El 39,4% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 37,6% tiene uno, el 18,8% dos, el 3,9% tres, y el 0,2% cuatro (gráfico 16). Globalmente aunque la agrupación es más frecuente en los hombres que en las mujeres, se observan importantes diferencias según la edad

ya que en el grupo más joven la frecuencia de agregación es muy parecida, en el de 30 a 44 años se aprecia ya un incremento en los hombres, pero es en el grupo de 30 a 44 años donde se extreman las diferencias siendo 2,4 veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres (gráfico 17).

Por último, en el gráfico 18 se puede observar la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo. En hombres, la tendencia es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2001 y 2002 comparado con 1995-1996 del 9,2%. En mujeres, por el contrario, esta prevalencia tiende a incrementarse un 8,5%, aunque desde 1998 no se aprecian grandes cambios.

### Gráfico 16

**AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO\*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2002**

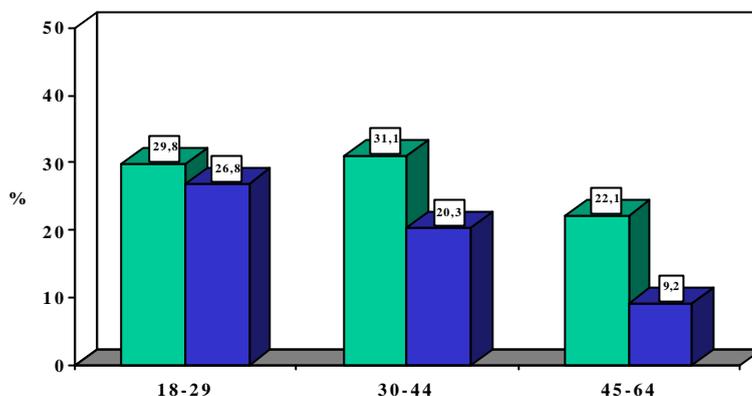


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

\* Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

**Gráfico 17**

**PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO\*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2002**

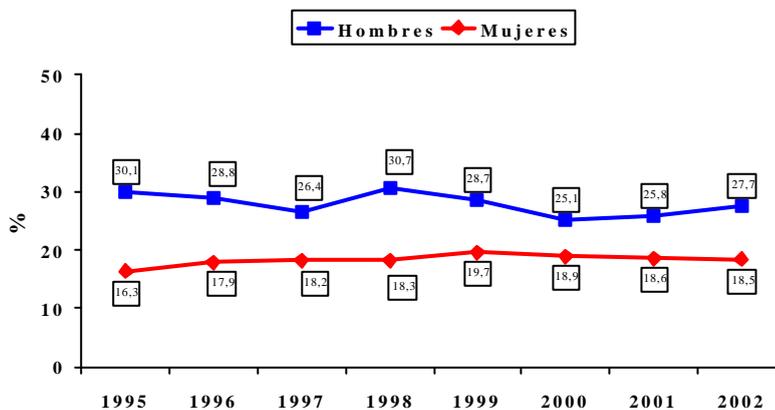


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

\*De los cuatro siguientes: Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

**Gráfico 18**

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO\*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2002**



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

\*De los cuatro siguientes: Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

## 5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Ginnis JM; Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270: 2207-2212.
2. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1436-1442.
3. 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.
4. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1996. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997, 5(3):3-14.
5. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1997. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998, 15(5):3-21.
6. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en adultos, 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999, 6(2):3-33.
7. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 6(9 Supl):3-28.
8. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001, 7:3-30.
9. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2001. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002, 8:3-32.
10. The Bellview Features Guide. Pulse Train Technology Limited. Guildford 1995.
11. Ainsworth BE; Haskell VI; Leon AS et al. Compendium of physical activities: classification of energy cost of human physical activities. Med. Sci. Sports Exerc. 1993; 25:71-80.
12. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
13. 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.
14. 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.
15. Smart RD; Adlaf EM; Knoke D. Use of the CAGE scale in a population survey of drinking. J. Stud. Alcohol. 1991; 52:593-596.
16. SEMFYC. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. SEMFYC [Barcelona] 1994.

## ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2003, semanas 27 a 30  
(del 29 de junio al 26 de julio de 2003)**

Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.

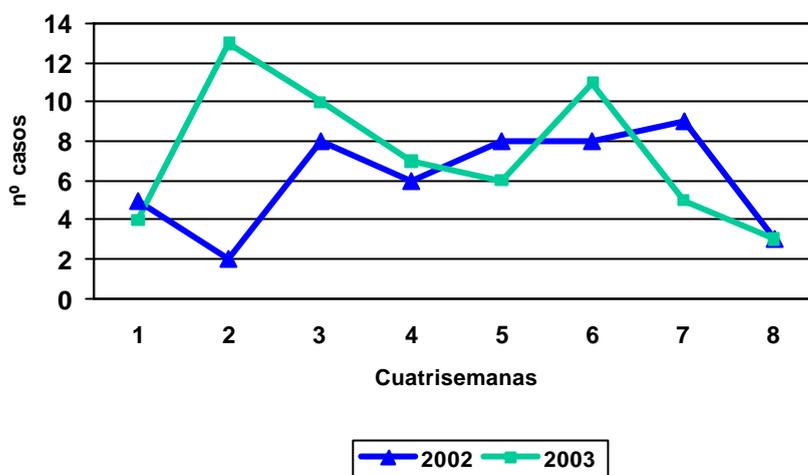
### HEPATITIS B

En el gráfico nº 1 aparece la evolución por cuatrisesemanas epidemiológicas del número de casos de Hepatitis B en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 30 de los años 2003 y 2002. Durante el año 2003 se han notificado 59 casos, que supone una tasa de 1,2 casos por 100.000 habitantes, 10 casos menos que los notificados durante ese mismo período del año 2002 (tasa de 0,98 casos por 100.000 habitantes). El mayor número de casos se observó durante la semana 11 (5 casos). Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia han sido la 11 y 7, con 1,95 y 1,72 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

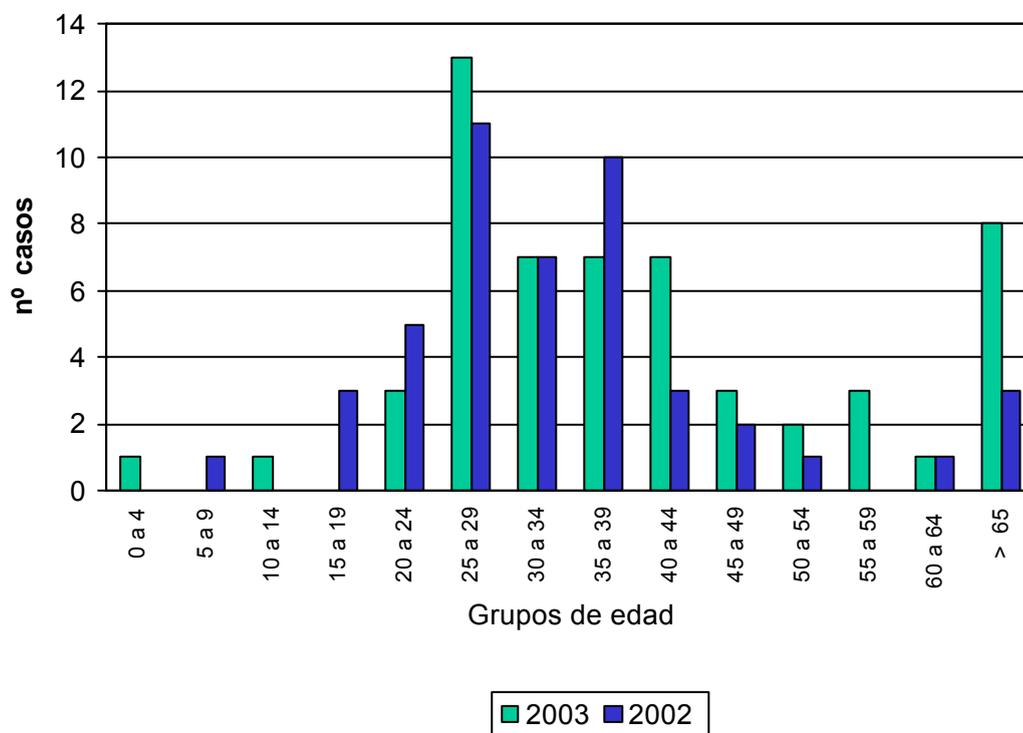
En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor tasa de incidencia se ha observado en el distrito Centro (área 7) con una tasa de 4,99 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Navalcarnero (área 8) con una tasa de 3,48 casos por 100.000 habitantes.

Teniendo en cuenta el género, el 75,9% de los casos se observó en varones y el 35,7% se presentó en el grupo de edad de 25 a 34 años (gráfico 2). En el 61% se disponía de una prueba positiva de anticuerpos IgM frente al virus de la hepatitis B (36 casos). Once casos (18,6%) se asocian a transmisión sexual. Un caso (1,7%) presenta el antecedente de consumo de drogas por vía parenteral y otro caso se produjo por transmisión vertical. Al menos el 11,9% de los casos ocurrió en personas de origen extranjero.

**Gráfico 1.- HEPATITIS B. Casos notificados por cuatrisesmanas. Semanas 1-30. Años 2003 y 2002. Comunidad de Madrid.**

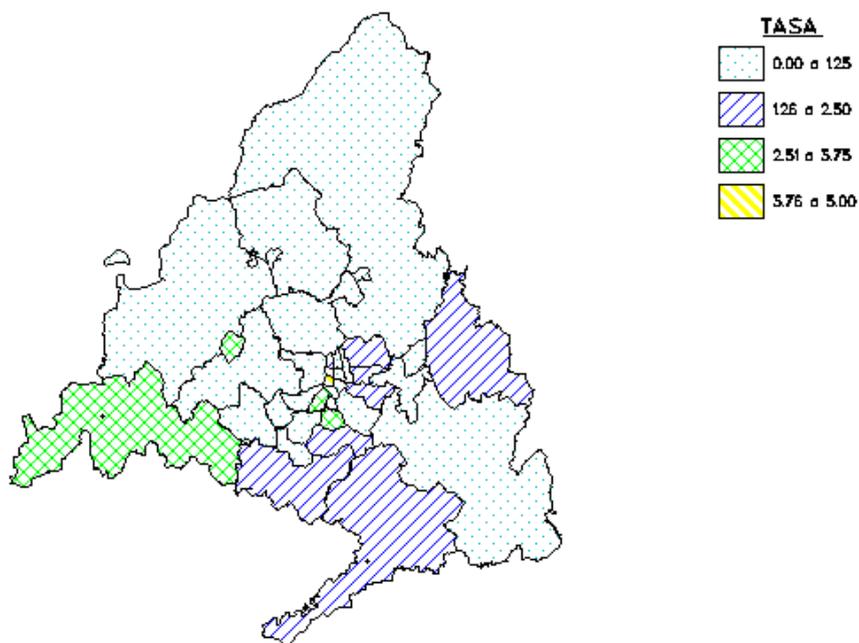


**Gráfico 2.- HEPATITIS B. Casos notificados en las semanas 1 a 30. Distribución por grupos de edad. Años 2003 y 2002. Comunidad de Madrid.**



**Mapa 1.- HEPATITIS B. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios. Año 2003. Comunidad de Madrid.**

**Semana 1- 30.**



**Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria  
Semanas 27 a 30 (desde el 29 de Junio al 26 de Julio de 2003)\***

	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 11		TOTAL	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.										
Botulismo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Brucelosis	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	1	8
Disentería	0	1	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	10
E. I. H. Influenzae	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	2	7
Enf. Meningocócica	0	7	1	9	0	9	0	6	0	6	0	6	0	5	0	4	1	4	0	3	0	12	2	71
Fiebre tifoidea y Parat.	0	0	0	3	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
Gripe	20	8432	48	7644	36	6029	38	9545	196	18866	22	7066	148	16327	98	15818	29	8848	13	4643	144	16414	792	119632
Hepatitis A	0	7	1	7	5	11	0	5	1	9	1	12	1	18	0	2	0	5	0	4	1	23	10	103
Hepatitis B	2	7	0	1	0	4	0	7	0	6	0	3	1	9	0	3	0	2	0	4	1	13	4	59
Hepatitis víricas (otras)	0	2	0	1	0	3	0	5	0	4	0	7	1	4	0	1	0	4	2	13	1	18	4	63
Infección Gonocócica	0	0	1	5	0	0	0	2	1	2	3	6	1	8	1	2	0	1	2	4	3	6	12	36
Legionelosis	0	1	0	5	0	2	0	3	0	2	1	4	0	3	2	3	1	4	0	1	2	8	6	37
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	4	1	9
Meningitis bacteriana	0	6	1	6	1	10	0	3	0	7	0	2	0	3	1	7	0	7	0	0	2	16	5	68
Meningitis vírica	1	8	0	10	1	31	1	12	0	8	2	9	0	12	2	20	3	30	0	1	3	20	13	161
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Paludismo	0	2	1	2	0	8	0	0	0	2	1	5	0	3	2	4	1	15	0	6	0	6	5	54
Parotiditis	4	27	4	19	1	26	3	19	0	23	2	25	0	17	0	3	1	11	3	11	2	19	20	200
Rubéola	0	0	2	5	0	0	0	3	0	3	0	1	0	4	1	2	0	0	0	1	6	4	26	
Sarampión	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	2	2	5	10
Sífilis	0	3	1	7	0	2	2	7	0	0	3	6	2	18	0	4	0	5	0	2	3	11	11	65
Sífilis congénita	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2
Tos ferina	3	19	7	107	2	25	0	14	0	6	2	16	1	10	0	3	0	3	1	1	3	26	19	230
TBC respiratoria**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	293	3650	198	2866	227	2005	198	2916	376	4871	267	3153	214	3146	272	3052	191	2466	108	954	286	3752	2630	32831
<b>Poblaciones</b>	<b>637.028</b>	<b>402.265</b>	<b>269.734</b>	<b>507.409</b>	<b>605.928</b>	<b>415.967</b>	<b>523.245</b>	<b>399.787</b>	<b>346.739</b>	<b>249.045</b>	<b>665.142</b>	<b>5.022.289</b>												
<b>Cobertura de Médicos</b>	<b>57.30%</b>	<b>80.63%</b>	<b>79.92%</b>	<b>76.08%</b>	<b>69.64%</b>	<b>82.98%</b>	<b>73.78%</b>	<b>84.79%</b>	<b>72.28%</b>	<b>69.50%</b>	<b>74.77%</b>	<b>73.73</b>												

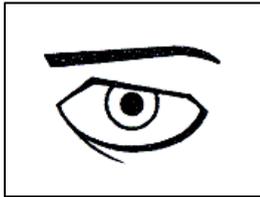
\* Aquellas enfermedades de las que no se ha declarado ningún caso no aparecen en la tabla  
 \*\* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un registro específico.



**BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. Semanas 27 a 30 de 2003.**

	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
	Alimentario	Madrid (Retiro)	Familiar	4	4	2	Mayonesa	<i>S. enteritidis</i>
1	Alimentario	Madrid (Vallecas)	Familiar	15	15	0	Tiramisú	<i>S. enteritidis</i>
2	Alimentario	Madrid (Salamanca)	Restaurante	5	5	0	Pescado	Desconocido
2	Alimentario	S. F. de Henares	Familiar	5	4	1	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
2	Alimentario	Madrid (Salamanca)	Familiar	3	3	0	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
3	Hepatitis A	Alcalá de Henares	Familiar	31	4	1	--	VHA
3	Alimentario	Torrejón de Ardoz	Restaurante	74	67	0	Carne	<i>C. perfringens</i> *
3	Alimentario	Alcalá de Henares	Bar	5	3	0	Mayonesa	Desconocido
4	GEA	Madrid (Hortaleza)	Residencia	39	9	0	--	Desconocido
4	Alimentario	Madrid (Hortaleza)	Colegio	61	42	0	Tortilla	<i>C. perfringens</i> *
5	Alimentario	Torrelaguna	Residencia	92	49	1	Desconocido	Virus*
5	Alimentario	Rascafría	Restaurante	5	4	1	Licor de hierbas	Agente químico
5	Alimentario	S.S. de los Reyes	Restaurante	7	3	0	Pizza	Desconocido
5	Alimentario	Madrid (Tetuán)	Restaurante	4	3	1	Pimientos rellenos	<i>S. enteritidis</i>
5	Alimentario	Alcobendas	Familiar	4	3	0	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
5	Varicela	S.S. de los Reyes	Familiar	4	4	1	--	VZV
6	Alimentario	Galapagar	Familiar	10	10	4	Pollo	Desconocido
6	Alimentario	Madrid (Moncloa)	C. Ocupac.	200	27	0	Natillas	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	6	6	0	Atún	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Familiar	5	5	0	Pollo	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	4	4	0	Mayonesa	<i>S. enteritidis</i>
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Familiar	15	13	3	Mayonesa	<i>Salmonella sp</i>
7	Alimentario	Madrid (Chamberí)	Familiar	4	2	1	Huevos	<i>S. enteritidis</i>
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	9	7	0	Mayonesa	<i>S. enteritidis</i>
7	Alimentario	Madrid (Chamberí)	Familiar	2	2	1	Boqueromes	<i>S. enteritidis</i>
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	4	3	0	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
9	Alimentario	Fuenlabrada	Familiar	2	2	0	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
9	Alimentario	Fuenlabrada	Familiar	5	4	0	Ensaladilla	<i>Salmonella sp</i>
9	Alimentario	Leganés	Restaurante	15	6	1	Tiramisú	<i>Salmonella sp</i>
11	Alimentario	Madrid (Arganzuela)	Familiar	4	4	2	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>

\*Agente causal no confirmado por laboratorio



## RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2003, semanas 27 a 30  
(Del 29 de junio al 26 de julio de 2003)**

La “Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid (RMC) se constituye en 1991 como un sistema de vigilancia basado en la notificación voluntaria de enfermedades. Su función básica consiste en la vigilancia de problemas de salud, que durante un periodo de tiempo determinado se han considerado de especial interés para la Salud Pública.

Actualmente la RMC cuenta con la colaboración de 46 médicos generales y 40 pediatras de Atención Primaria, y los procesos objeto de vigilancia durante este periodo han sido: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática y Gripe.

### VARICELA

Durante las semanas **27-30 del año 2003**, la Red de Médicos Centinela notificó 65 casos de varicela, lo que supone una tasa de incidencia ponderada por semanas notificadas de 105,9 casos por 100.000 habitantes cifra inferior a la observada en el año anterior durante el mismo periodo (117,66)

Si se consideran grupos de edad, conociendo información de un total de 58 casos (89,2%) se observa una tasa de incidencia de 119,83 en menores de 15 años, mientras que en edades superiores a 15 años la tasa desciende a 10,93 casos por 100.000 habitantes

En el **gráfico 1 y 2** se presenta la distribución semanal de casos del periodo 2002 y 2003 así como las tasas de incidencia del periodo estudiado.

La distribución por género fue de 46,2 % en mujeres y 53,8 % en varones. El estudio de variables relacionadas con la exposición de la enfermedad, refiere que 44 casos (67,7%) han tenido contacto con un caso de varicela, 1 caso con herpes zoster (1,5%) , 2 casos se presentaron en el transcurso de un brote (3,1%) y en 18 casos (27,7%) se desconoce . (**Graf. 3**)

Los lugares de exposición más habituales fueron: Guardería 12 casos (18,5%), colegio 12 (18,5%) hogar familiar 17 casos (26,2%) y en 24 casos (36,9 %) se desconoce . (**Graf. 4**)

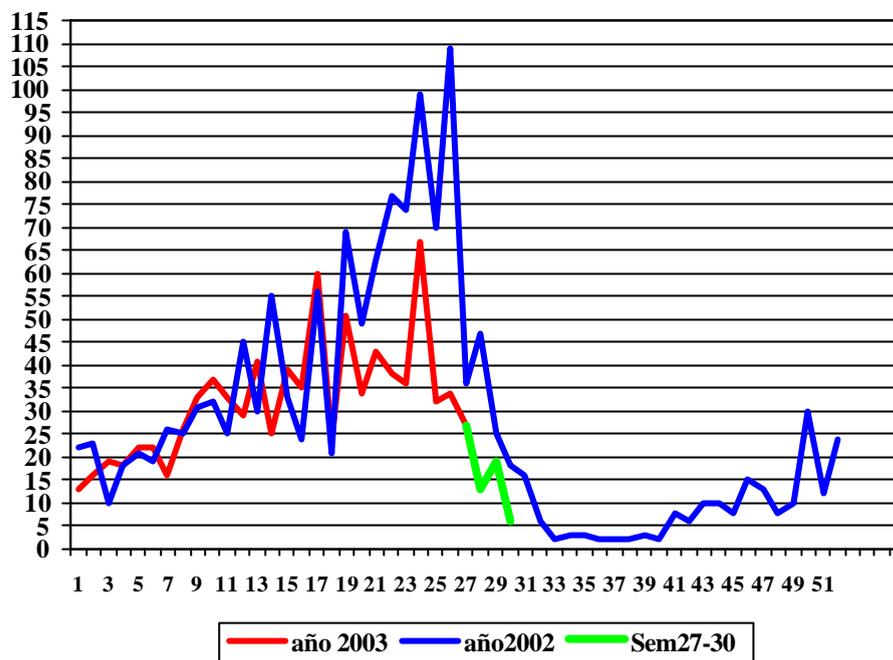
En relación con las complicaciones, se tiene información de 61 casos de los cuales 2 casos (3,3%), presentaron infección bacteriana cutánea, 2 contrajeron una neumonía (3,3%) y 2 casos fueron derivados a atención especializada.

### HERPES ZOSTER

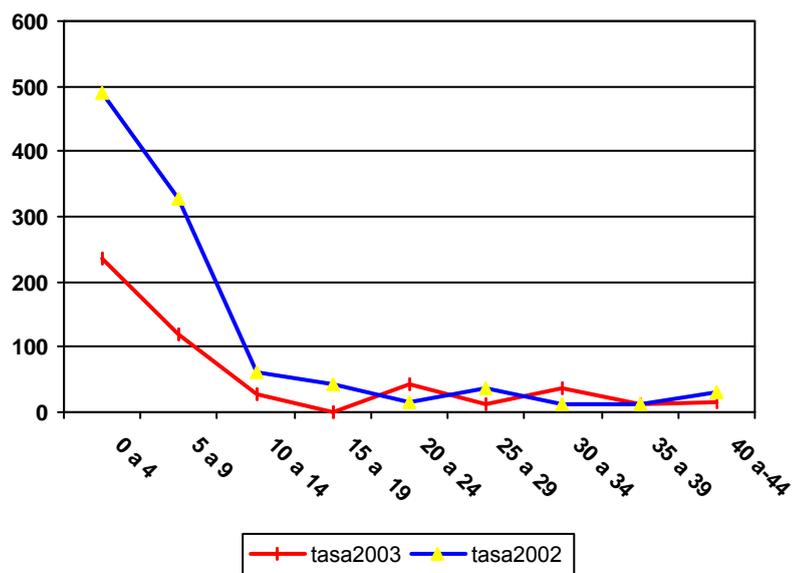
Durante las **semanas 27-30 del año 2003**, se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 10 casos de Herpes Zoster, 6 casos menos que los notificados en el año anterior durante el mismo periodo. La tasa de incidencia ponderada por nº de semanas notificadas es de 9,06 casos por 100.000 habitantes Si se considera grupos de edad, la tasa va ascendiendo al aumentar la edad, observándose las mayores cifras en el grupo comprendido entre 50-70 años .(**Graf. 5**). La distribución por género fue: 4 casos (40%) en varones y 6 en mujeres (60%) y la media de edad ha correspondido a 54,3 años (DE =15,9 años), con un rango de edad que va de 25 a 71 años. La mediana fue 54,3 años

Los comentarios sobre los procesos que no aparecen en este boletín mensual se difunden en informes independientes. Así, la Gripe, cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.comadrid.es/sanidad/noticias/pdf/gripe01.pdf>. El resto de procesos se realiza un

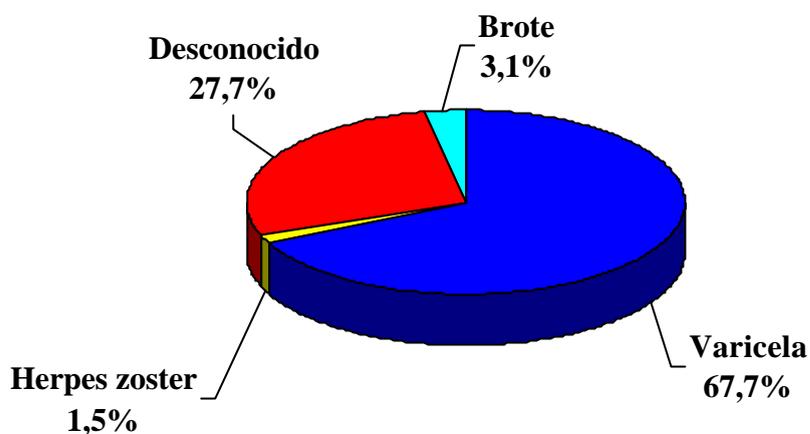
**Gráfico 1. VARICELA. Red de Médicos Centinelas**  
Casos notificados durante las semanas 27-30. Años 2002 y 2003



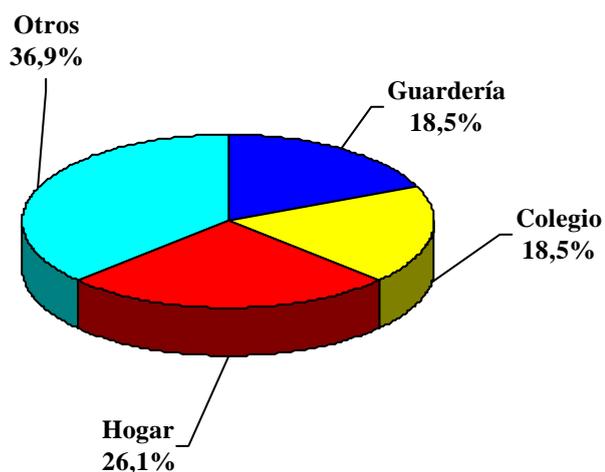
**Gráfico 2. VARICELA. Red de Médicos Centinelas**  
Tasas de incidencia por grupos de edad. Semanas 27-30. Años 2002 y 2003



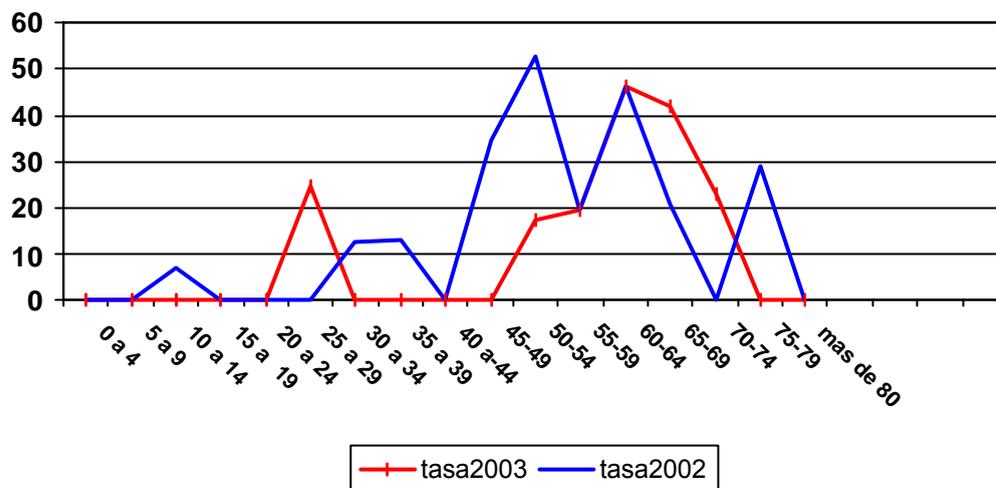
**Gráfico 3 VARICELA. Red de Médicos Centinela**  
Casos notificados en las semanas 27-30  
Fuente de Exposición



**Gráfico 4. VARICELA. Red de Médicos Centinela**  
Casos notificados en las semanas 27-30  
Lugar de Exposición



**Gráfico 5. HERPES ZOSTER. Red de Médicos Centinela.**  
Tasas de incidencia por grupos de edad. Semana 27- 30. Año 2002 y 2003



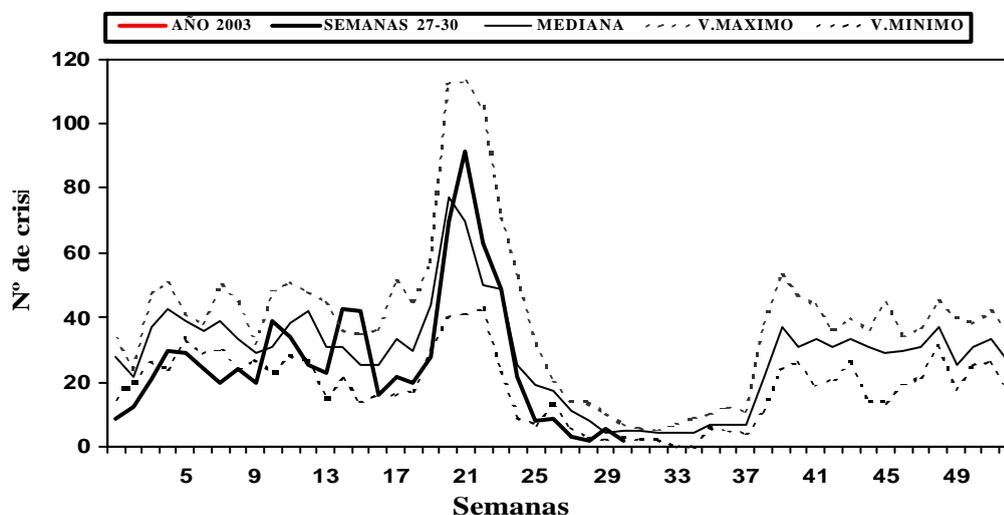
**Tabla 1. Casos notificados a la Red y cobertura de notificación. Año 2003**

	Nº casos Semanas 27-30	Nº casos acumulados	Cobertura %
<b>Gripe*</b>	-	-	-
<b>Otros procesos:</b>			
<b>Varicela</b>	<b>65</b>	<b>910</b>	<b>47,6</b>
<b>Herpes zoster</b>	<b>10</b>	<b>131</b>	
<b>Crisis asmáticas</b>	<b>22</b>	<b>808</b>	

\*Sólo se vigila entre la semana 40 y 20 de cada temporada

### Crisis asmáticas. Año 2003

Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología  
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid  
E-mail: [boletin.epidemiologico@madrid.org](mailto:boletin.epidemiologico@madrid.org)

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>

(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín epidemiológico  
->números disponibles en la red.)

**AVISO:** "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."