

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

10.

INFORMES:

- **Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2010.**



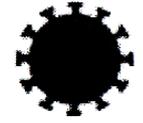
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

10

Índice

INFORMES:

	Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2010.	3
	EDO. Semanas 40 a 43 (del 2 al 29 de octubre de 2011)	39
	Brotos Epidémicos. Semanas 40 a 43, 2011.	40
	Red de Médicos Centinela, semanas 40 a 43, 2011.	41
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, octubre 2011.	44

**INFORME:****HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA
COMUNIDAD DE MADRID, 2010****Resultados del Sistema de Vigilancia de
Factores de Riesgo asociados a
Enfermedades No Transmisibles en
población adulta (SIVFRENT-A), 2010****ÍNDICE**

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	6
4. Resultados.....	7
4.1. Actividad física.....	8
4.2. Alimentación.....	11
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.....	25
4.7. Accidentes.....	29
4.8. Seguridad vial.....	31
4.9. Agregación de factores.....	34
5. Bibliografía.....	36

1.- RESUMEN

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

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

Resultados: Un 48,8% de la población es totalmente sedentaria durante la actividad laboral y el 77,2% no cumple las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Comparando con 1995, se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación, especialmente en las mujeres, no compensada con una mayor actividad en tiempo libre.

El consumo de alimentos mantiene un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: una de cada cuatro personas no ingiere fruta diariamente (se incrementa al 38,9% en los jóvenes de 18 a 29 años), mientras que el 42,9% consume 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 observa en 2010 que el 41,9% de la población tiene exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y talla autodeclarados), siendo éste 1,9 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Además, la tendencia es desfavorable, aumentando el exceso de peso (sobrepeso y obesidad, conjuntamente) un 18,3% en los hombres y un 8,7% en las mujeres entre 1995/1996 y 2009/2010.

Casi uno de cada tres madrileños (31,5%) fuma actualmente. Aunque esta prevalencia es muy elevada, el descenso relativo acumulado en estos dieciséis años de estudio es del 25,8% en hombres y del 19,8% en mujeres. Este descenso es aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (49,8% en hombres y 42,1% en mujeres). Paralelamente, en este periodo la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó de forma importante (36,6% en hombres y 72,6% en mujeres).

También el consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva, especialmente en los hombres. El consumo moderado se mantuvo más o menos estable, pero el porcentaje de bebedores de riesgo descendió de forma importante. En el caso de la ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) la reducción fue mucho menor y sólo se observó en los hombres (descenso de 3,2%), ya que en mujeres se registró un aumento (18,0%). En 2010, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue del 2,9% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión del 14,0%. Combinando ambos indicadores, el 15,0% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

La realización de prácticas preventivas es en general muy elevada, destacando el gran incremento, un 80,4%, en la realización de mamografías. Por otro lado, la no utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial, como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, ha descendido de forma muy notable.

Por último, la agrupación de importantes factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) es muy alta, ya que una de cada cinco personas tiene presentes dos o más de estos cuatro importantes factores.

Conclusiones: Durante 2010 se consolidan 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 presentan 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 muestran una tendencia favorable, aunque todavía con prevalencias elevadas que es posible mejorar. Finalmente, continúa aumentando la realización de prácticas preventivas y mejoran de forma muy notable las medidas de protección de seguridad vial, lo que implica un mayor seguimiento de las recomendaciones sanitarias.

2.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan en nuestra región, al igual que en el conjunto estatal y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad. 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, la obesidad, o la hipertensión^{1,2}. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones, estimándose que estos factores en su conjunto contribuyen al 30-35% de los años de vida ajustados por 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 de estar orientados de forma integral a medir la carga que generan estas enfermedades pero también a vigilar los factores de riesgo modificables que las originan⁴⁻⁵.

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)⁶, cuyo objetivo es el de 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 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 realizada en 2010, con un formato similar al de ediciones anteriores⁶⁻²⁰, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos dieciséis años de estudio.

3.- METODOLOGÍA

Población

Dirigido a la población entre 18 y 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 telefónica en sus hogares, que en la actualidad alcanza una cobertura del 88,5% del total de viviendas²¹.

Diseño muestral

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

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

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

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

Técnica de entrevista

Como técnica de entrevista se utiliza el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)²².

Selección muestral

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

Definición de variables

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

4.- RESULTADOS

La tasa de respuesta [entrevistas realizadas/(entrevistas realizadas + negativas de hogares + negativas de individuos + entrevistas incompletas)] fue del 73,3%. Del total de negativas un 81,1% han sido negativas de hogares, un 13,8% de individuos una vez seleccionados y un 5,1% han sido entrevistas incompletas.

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

Tabla 1. Características de la muestra.

Número entrevistas	2006
Sexo (%)	
Hombres	49,4
Mujeres	50,6
Edad (%)	
18-29	23,7
30-44	39,5
45-64	36,8
Ámbito geográfico (%)	
Madrid capital	49,7
Corona metropolitana	43,1
Resto de municipios	7,2
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	1,5
Primarios	4,2
Secundarios 1º grado	24,1
Secundarios 2º grado	34,1
Universitarios	36,1

A continuación se presentan los resultados por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad, y se completa con una comparación gráfica de las estimaciones de 1995 a 2010.

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 48,8% 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, en términos relativos, un 28,6% 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 59,7% 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, que es el gasto metabólico equivalente teniendo como referencia el basal. Cada actividad física tiene asignada en función de su intensidad un valor de METs²³; por ejemplo, una actividad con valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, se ha definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 77,2% 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 82,9% son inactivos.

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

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral ^(a)	48,8 (±2,2)*	54,9 (±3,1)	42,7 (±3,0)	59,7 (±4,4)	51,9 (±3,5)	38,5 (±3,5)
No activos en tiempo libre ^(b)	77,2 (±1,8)	71,7 (±2,8)	82,6 (±2,3)	64,9 (±4,3)	79,3 (±2,8)	82,9 (±2,7)

(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%

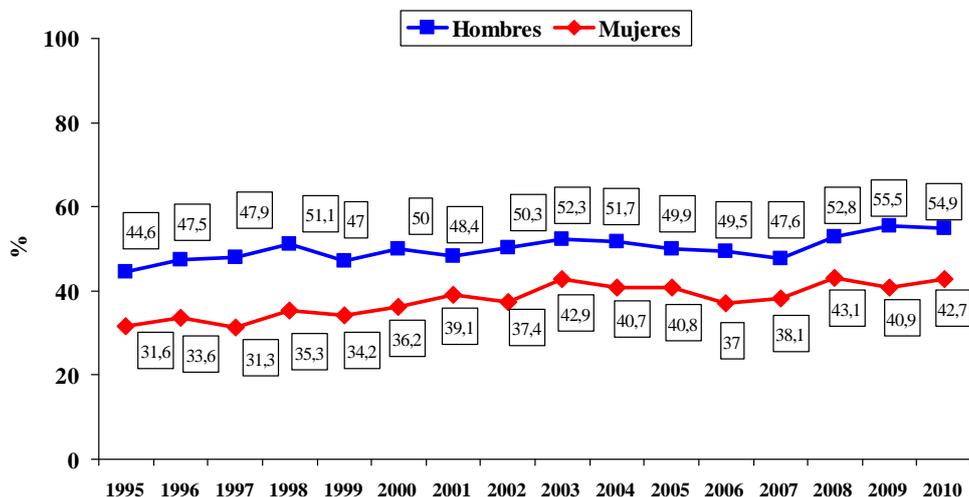
Respecto al tipo de deporte practicado, existen considerables diferencias según el sexo, que podemos apreciar en la tabla 3. En hombres, la actividad física más frecuentemente practicada es montar en bicicleta, seguida del fútbol y el footing. En mujeres la más frecuente es la gimnasia de mantenimiento, seguido de la natación y montar en bicicleta.

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

Hombre	%	Mujer	%
1. Bicicleta	17,8	1. Gimnasia de mantenimiento	11,6
2. Footing	15,9	2. Natación	9,4
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	14,2	3. Bicicleta	8,6
4. Fútbol	10,9	4. Pesas/Gimnasia con aparatos	6,7
5. Natación	9,7	5. Aerobic/Gim Jazz/Danza	5,7

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2010. Si comparamos los promedios de 2009/2010 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se ha incrementado un 19,9% en hombres y un 28,2% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene bastante estable.

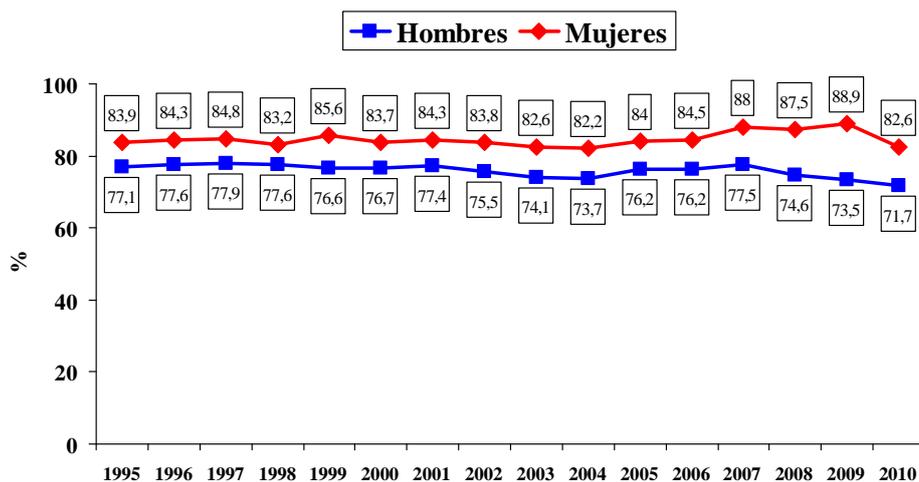
Gráfico 1

Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años.
Comunidad de Madrid, 1995-2010PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN LA ACTIVIDAD
HABITUAL/LABORAL

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

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

PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN TIEMPO LIBRE



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

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

4.2.- ALIMENTACIÓN

La información de este apartado se basa en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registra únicamente el/los alimentos principales que componen un plato, 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 de 1,3 raciones/día, aunque el 13,0% no ingiere ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2 raciones diarias y sólo el 5,4% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 39,8% en hombres y del 27,4% en mujeres (gráfico 2).

El 55,0% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 62,9% frente al 46,9% 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 aumentado un 1,6% en hombres y ha descendido un 11,4% en mujeres, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros.

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 48,4% de las personas entrevistadas. El 9,3% 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 1,3 raciones/día. La media de consumo de verduras es de 1,1 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas el consumo medio per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente es de 2,4 raciones/día. El 6,4% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta fresca y el 52,8% (59,5% de hombres y el 46,2% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones/día (gráfico 2). Además de la mayor frecuencia en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 66,4% no llega a consumir tres raciones al día.

La proporción de personas que no consumen al menos 3 veces al día fruta y verdura ha disminuido moderadamente en hombres y mujeres (7,0% y 9,0%, respectivamente), comparando los dos primeros años de la serie (1995 y 1996) respecto a 2009 y 2010 (gráfico 2).

Carne y derivados

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,4 raciones/día, donde la carne aporta una ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 85,3%, 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 48,5% de hombres frente al 37,3% de mujeres (gráfico 3). Se observa un descenso del 9,8% y 0,3% en hombres y mujeres al comparar los dos últimos años de la serie con los dos primeros.

Pescado

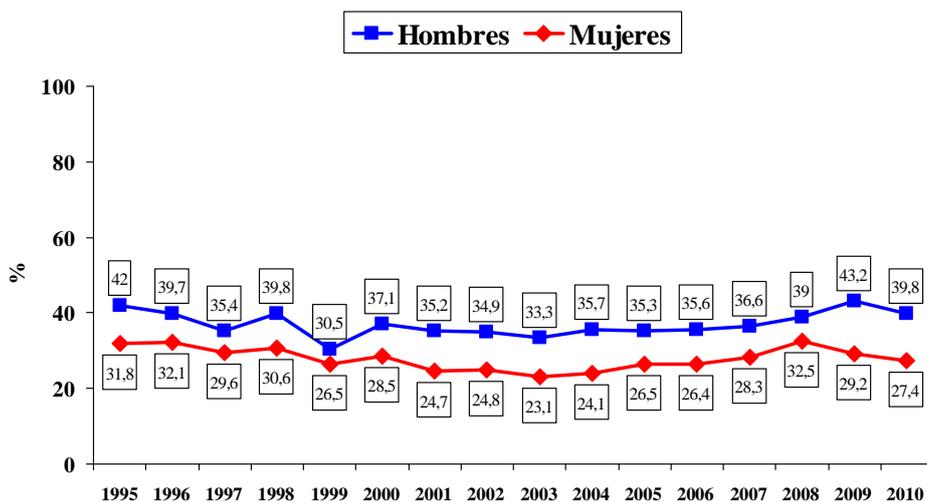
El 49,1% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo medio es similar hombres y en mujeres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad.

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

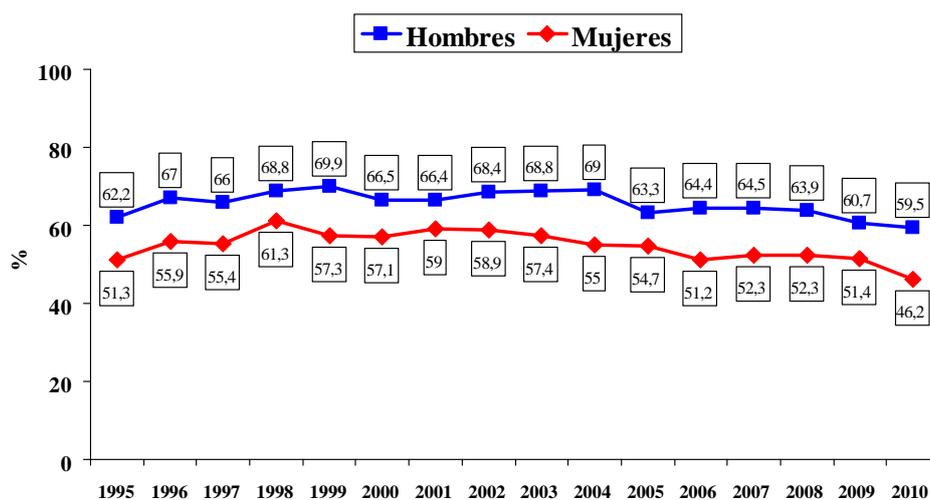
	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	87,0 (±1,5)*	85,6 (±2,2)	88,5 (±2,0)	78,2 (±3,7)	88,1 (±2,3)	91,6 (±2,0)
Leche y derivados	94,6 (±1,0)	93,6 (±1,5)	95,5 (±1,3)	91,2 (±2,6)	95,2 (±1,5)	96,1 (±1,4)
Dulces/ Bollería	48,4 (±2,2)	48,7 (±3,1)	48,0 (±3,1)	47,5 (±4,5)	49,6 (±3,5)	47,6 (±3,6)
Verdura	80,8 (±1,7)	77,8 (±2,6)	83,7 (±2,3)	77,5 (±3,8)	80,2 (±2,8)	83,6 (±2,7)
Legumbres	17,4 (±1,7)	19,0 (±2,4)	16,0 (±2,3)	18,1 (±3,5)	16,0 (±2,6)	18,6 (±2,8)
Arroz	12,9 (±1,5)	13,7 (±2,1)	12,1 (±2,0)	17,4 (±3,4)	12,6 (±2,3)	10,3 (±2,2)
Pasta	16,4 (±1,6)	17,8 (±2,4)	15,1 (±2,2)	21,8 (±3,7)	16,5 (±2,6)	12,7 (±2,4)
Carne	71,9 (±2,0)	75,0 (±2,7)	69,0 (±2,8)	74,2 (±3,9)	70,1 (±3,2)	72,5 (±3,2)
Carne y derivados	85,3 (±1,5)	88,5 (±2,0)	82,3 (±2,4)	87,6 (±3,0)	83,1 (±2,6)	86,3 (±2,5)
Huevos	27,3 (±2,0)	27,0 (±2,8)	27,6 (±2,8)	29,2 (±4,1)	26,5 (±3,1)	27,0 (±3,2)
Pescado	49,1 (±2,2)	50,7 (±3,1)	47,5 (±3,1)	44,5 (±4,5)	51,1 (±3,5)	49,7 (±3,6)
Fruta fresca	75,0 (±1,9)	71,2 (±2,8)	78,7 (±2,5)	61,1 (±4,4)	75,5 (±3,0)	83,5 (±2,7)

*Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 2

Evolución del consumo de lácteos y fruta/verduras. Población de 18-64 años.
Comunidad de Madrid, 1995-2010PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO < 2 RACIONES DE
LÁCTEOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS

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

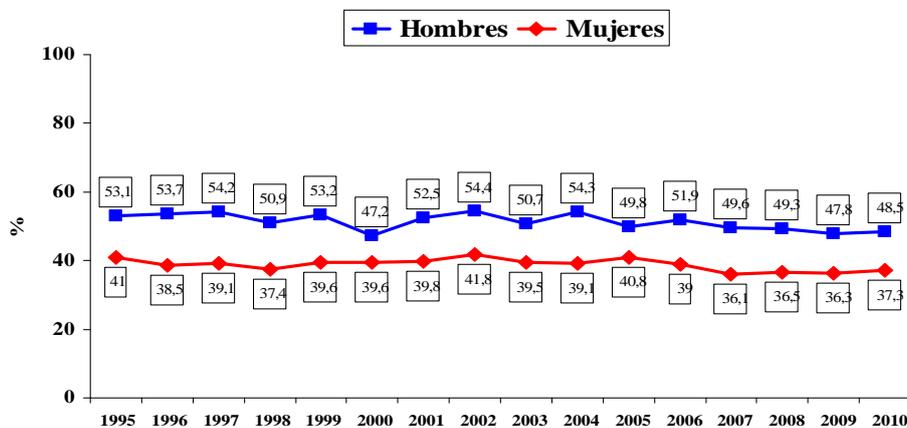
PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO < 3 RACIONES DE
FRUTA Y VERDURA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS

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

Gráfico 3

**Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años.
Comunidad de Madrid, 1995-2010**

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



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

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 16,3% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,0% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 1,5 veces mayor que en hombres.

A nivel de tendencias, en el periodo 1995/1996 y 2009/2010 se aprecia un aumento de la proporción de hombres que han realizado alguna dieta para adelgazar (23,9% más) y una disminución en el caso de las mujeres (23,5% menos) (gráfico 4).

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

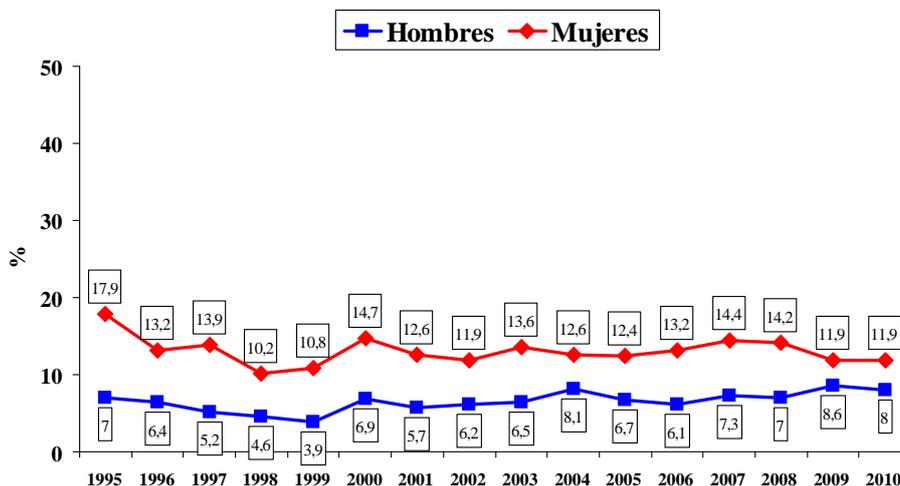
	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	16,3 ($\pm 1,6$)*	13,6 ($\pm 2,1$)	18,8 ($\pm 2,4$)	17,6 ($\pm 3,4$)	18,6 ($\pm 2,7$)	12,9 ($\pm 2,4$)
Dieta para adelgazar	10,0 ($\pm 1,3$)	8,0 ($\pm 1,7$)	11,9 ($\pm 2,0$)	10,3 ($\pm 2,7$)	12,1 ($\pm 2,3$)	7,5 ($\pm 1,9$)

* 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. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



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

4.4. ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso en kg/talla en m², ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad²⁴. En el SIVFRENT se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad que figura en la tabla 6²⁵.

El 2,9% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres, con una prevalencia del 5,0%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven (18-29 años). Por otro lado, el 41,9% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 18,2% al sobrepeso de grado I, del 15,3% al sobrepeso de grado II, y del 8,4% 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 (gráfico 5) describe en los hombres un consistente incremento del sobrepeso y obesidad (IMC \geq 25 kg/m²) del 18,3%, comparando los promedios de 2009 y 2010 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento es del 8,7%.

Tabla 6. Distribución del Índice de Masa corporal.

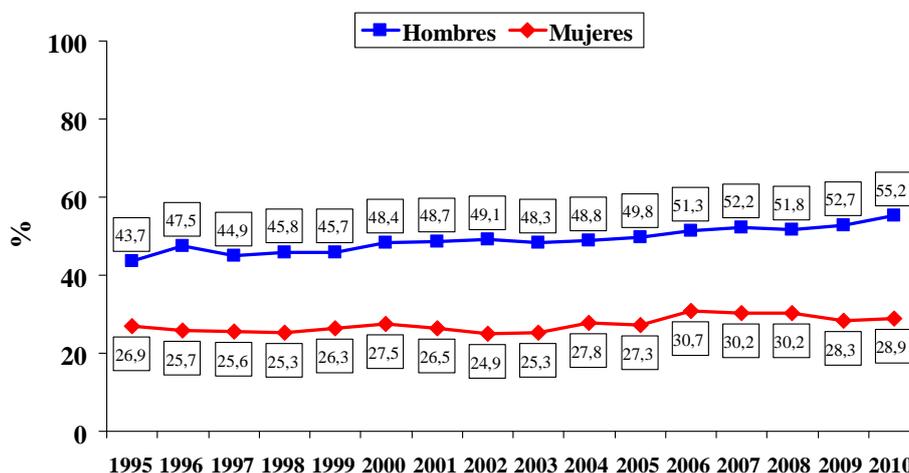
	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente ^(a)	2,9 (±0,7)*	0,6 (±0,5)	5,0 (±1,3)	7,0 (±2,3)	1,6 (±0,9)	1,5 (±0,9)
Normopeso ^(b)	55,2 (±2,2)	44,1 (±3,1)	66,1 (±2,9)	73,4 (±4,0)	55,8 (±3,5)	42,9 (±3,6)
Sobrepeso grado I ^(c)	18,2 (±1,7)	23,3 (±2,6)	13,2 (±2,1)	13,9 (±3,1)	17,4 (±2,6)	21,7 (±3,0)
Sobrepeso grado II ^(d)	15,3 (±1,6)	20,9 (±2,5)	9,8 (±1,8)	4,0 (±1,8)	17,1 (±2,6)	20,7 (±2,9)
Obesidad ^(e)	8,4 (±1,2)	11,0 (±1,9)	5,9 (±1,5)	1,7 (±1,2)	8,1 (±1,9)	13,2 (±2,4)

* Intervalo de confianza al 95%

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

Gráfico 5
Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010

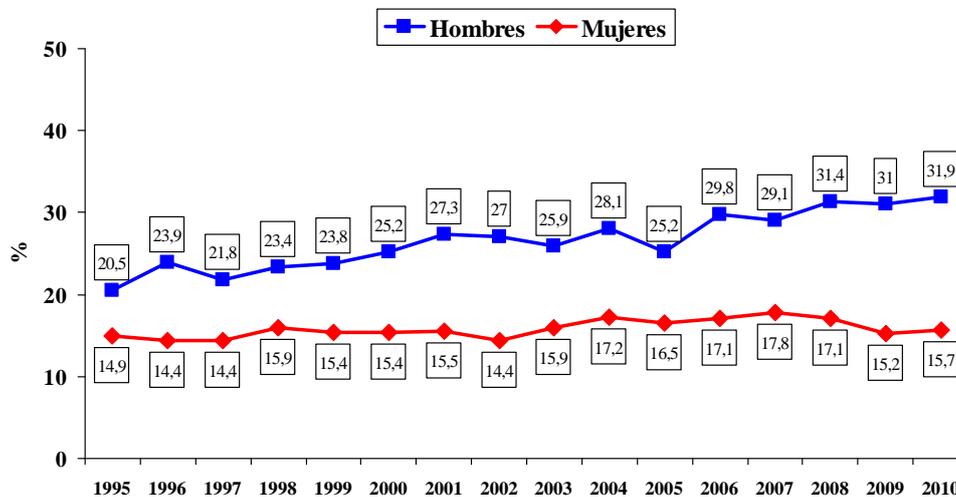
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON SOBREPESO U OBESIDAD*.



*Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m²

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

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



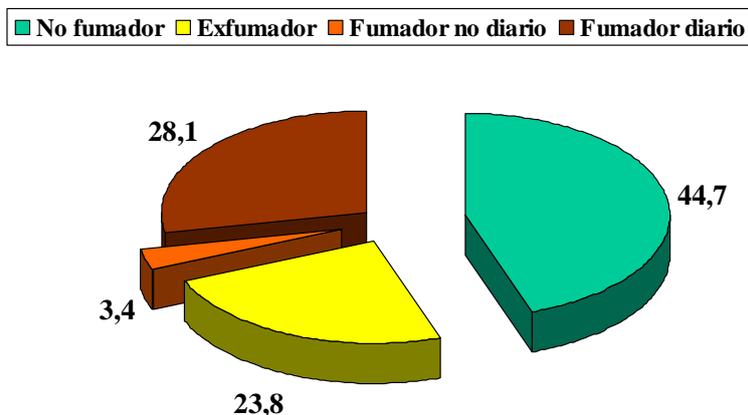
*Índice de Masa Corporal ≥ 27 kg/m²

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

4.5. CONSUMO DE TABACO

El 55,3% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida. En función de la situación actual de consumo, un 31,5% fuman actualmente (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 28,1% son fumadores diarios. La proporción de exfumadores es del 23,8% (gráfico 6).

Gráfico 6
Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años.
Comunidad de Madrid, 2010



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

La proporción de fumadores actuales es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres, principalmente por el mayor consumo en hombres de edad más avanzada. El consumo de 20 cigarrillos o más al día es de un 8,9% respecto al total de entrevistados, que se incrementa a un 31,7% en los fumadores diarios. La proporción de abandono, definida como el número de exfumadores entre el número de fumadores y exfumadores, fue 43,0%, y del total de fumadores actuales un 12,0% está pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 17,7% en los próximos 6 meses. Por otra parte, el 24,1% 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.

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	55,3 (±2,2)*	60,6 (±3,0)	50,1 (±3,1)	43,1 (±4,4)	56,7 (±3,5)	61,8 (±3,5)
Fumadores actuales ^(a)	31,5 (±2,0)	33,0 (±2,9)	30,2 (±2,8)	35,3 (±4,3)	32,4 (±3,3)	28,2 (±3,2)
Fumadores diarios	28,1 (±2,0)	29,3 (±2,8)	27,0 (±2,7)	31,1 (±4,2)	28,7 (±3,1)	25,6 (±3,1)
Consumo 20 ó más cigarrillos	8,9 (±1,2)	10,7 (±1,9)	7,2 (±1,6)	5,3 (±2,0)	9,8 (±2,1)	10,3 (±2,2)
Proporción de abandono ^(b)	43,0 (±2,9)	45,6 (±4,0)	39,9 (±4,3)	18,0 (±5,3)	42,8 (±4,6)	54,4 (±4,6)

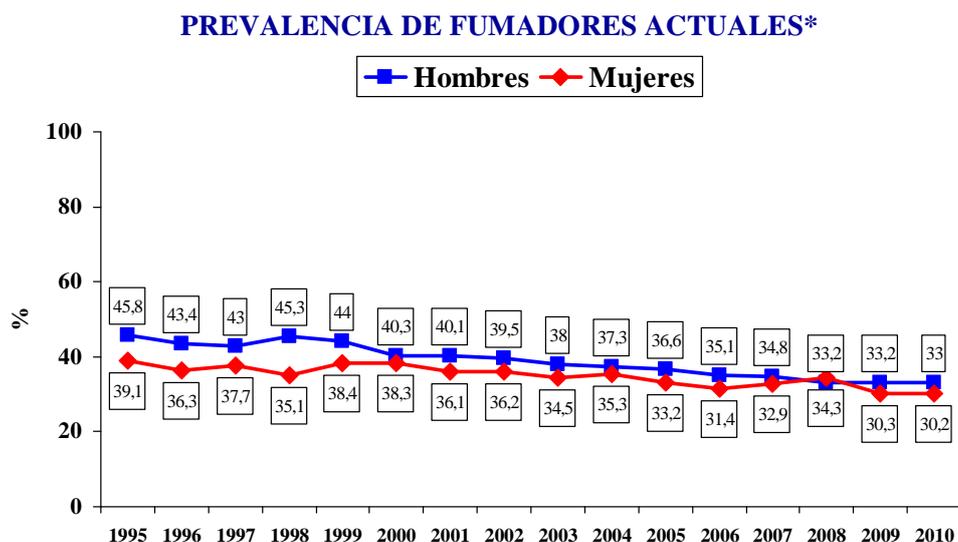
* Intervalo de confianza al 95%

(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 25,8% en los hombres y del 19,8% en las mujeres (gráfico 7). Esta disminución, registrada desde el comienzo del periodo (año 1995), se debe en parte al incremento de la proporción de exfumadores que, como se observa en el gráfico 8, ha venido aumentando también desde el año 1995. En concreto, en el periodo 1995/1996-2009/2010, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 36,6% en hombres y un 72,6% en mujeres.

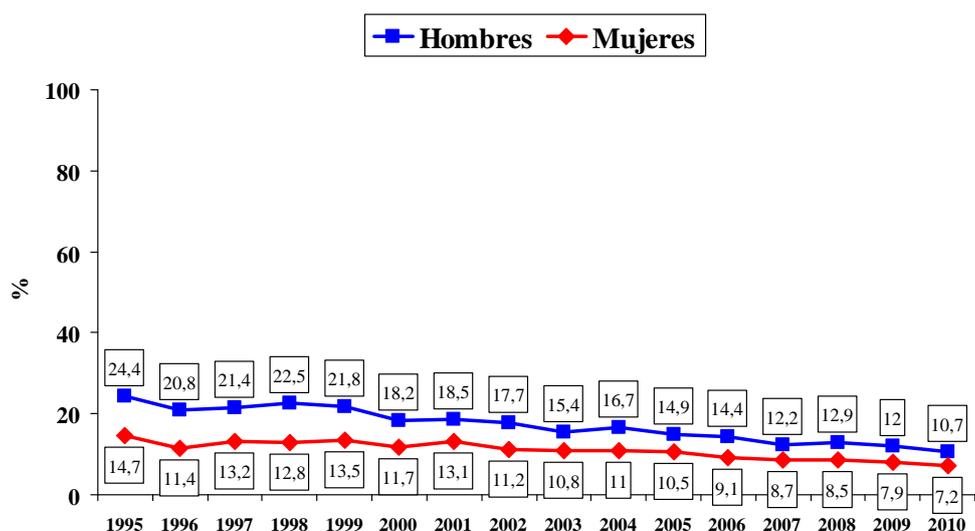
Gráfico 7
Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años.
Comunidad de Madrid, 1995-2010



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

* Fumador ocasional o diario

PREVALENCIA DE FUMADORES DE ≥ 20 CIGARRILLOS/DÍA

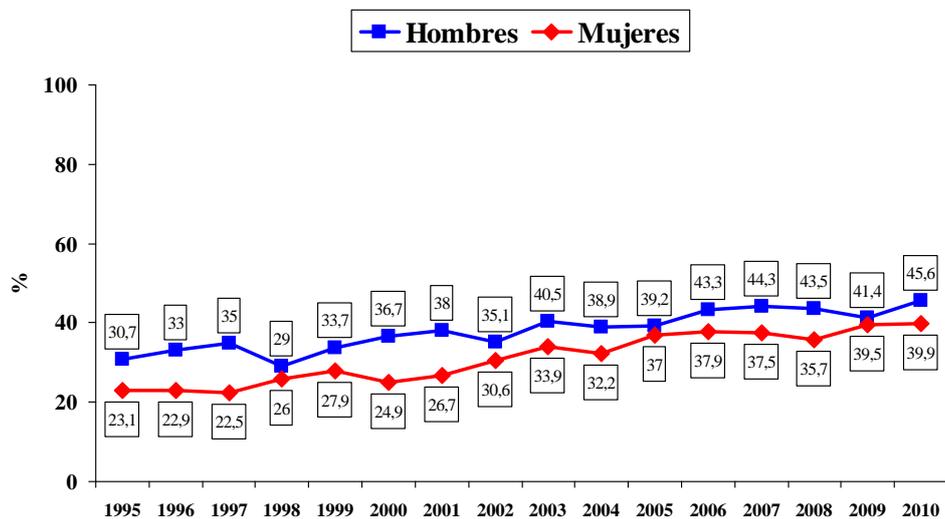


Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 8

**Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010**

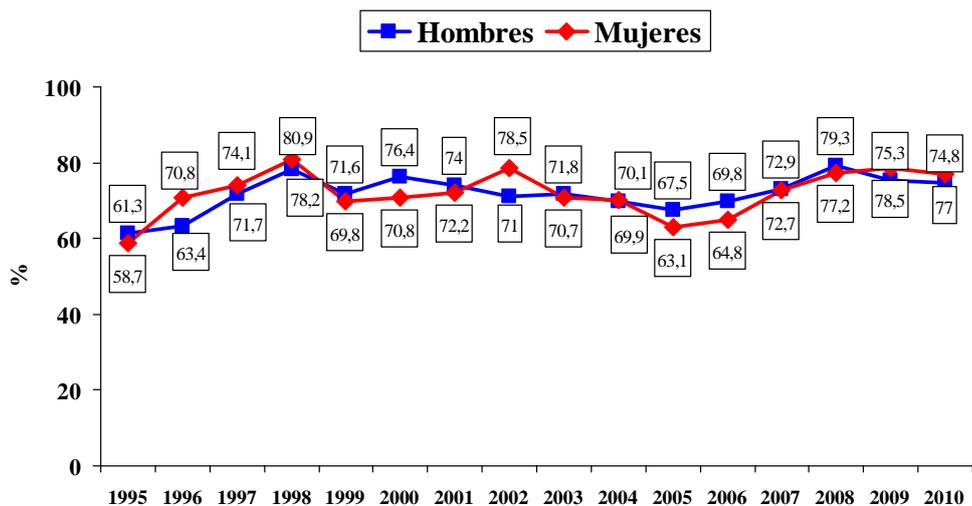
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



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

* Exfumadores/(fumadores actuales + exfumadores)

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



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

4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio per cápita semanal de alcohol fue de 47 gramos (g), 68 g en hombres y 27 g en mujeres.

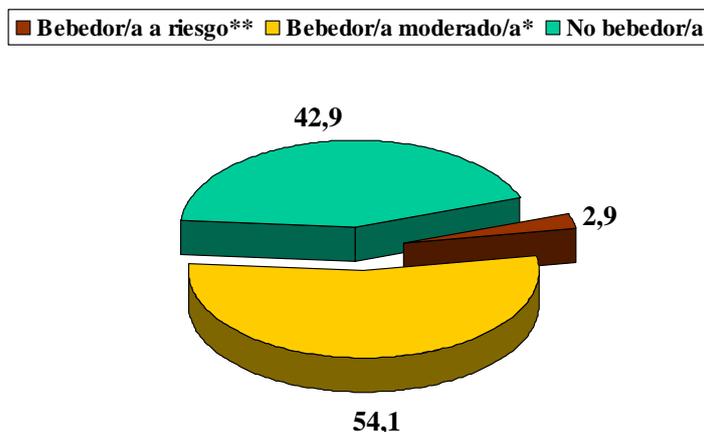
El 51,1% son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

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

Globalmente, un 2,9% de la población es clasificada como bebedor a riesgo, un 54,1% como bebedores moderados y un 42,9% como no bebedores (gráfico 9). En 2010, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,5 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Gráfico 9
Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2010

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



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

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

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

El 14,0% 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 hombre y ≥ 60 g en mujeres). Este consumo fue 2,2 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (33,4%).

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 del 15,0% (20,3% de los hombres y 9,8% de las mujeres). La máxima frecuencia se alcanza en los jóvenes, uno de cada tres, debido, como observábamos anteriormente, a la frecuencia tan elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

Del total de bebedores habituales, un 7,8% tienen el test de CAGE²⁶⁻²⁸ 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 resultado es casi 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 2,4% 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 4,3%, frente al 0,4% 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.

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)	51,1 (±2,2)*	63,7 (±3,0)	38,8 (±3,0)	45,8 (±4,5)	49,4 (±3,5)	56,4 (±3,6)
Bebedores con consumo promedio de riesgo ^(b)	2,9 (±0,7)	3,5 (±1,1)	2,4 (±0,9)	5,0 (±2,0)	2,0 (±1,0)	2,6 (±1,1)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ^(c)	14,0 (±1,3)	19,2 (±2,0)	8,9 (±1,6)	33,4 (±3,4)	11,5 (±1,9)	4,1 (±1,2)
Consumo de riesgo global ^(d)	15,0 (±1,5)	20,3 (±2,5)	9,8 (±1,7)	34,0 (±4,2)	12,5 (±2,2)	5,3 (±1,4)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	7,8 (±1,6)	9,5 (±2,3)	5,1 (±2,2)	14,2 (±4,6)	6,4 (±2,4)	5,8 (±2,2)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días ^(e)	2,4 (±0,7)	4,3 (±1,3)	0,4 (±0,4)	4,4 (±2,0)	1,8 (±1,0)	1,9 (±1,1)

* 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

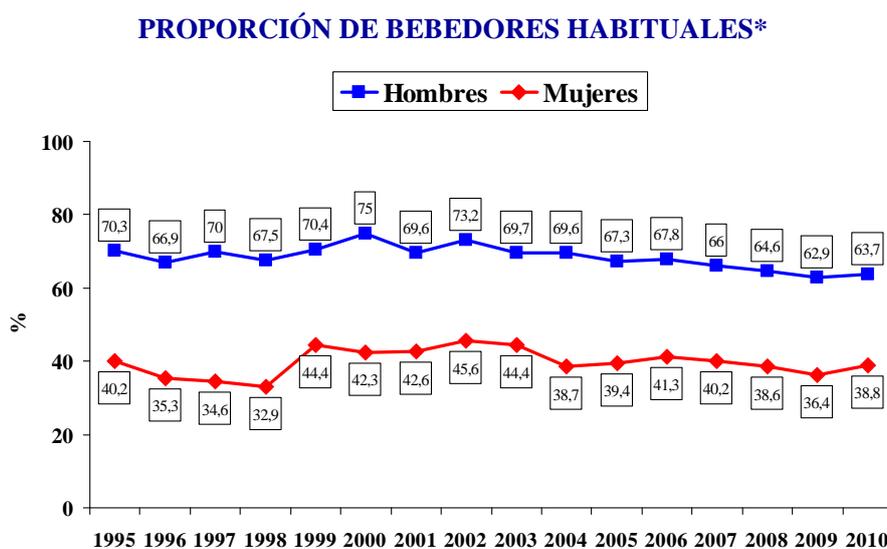
^(c) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres

^(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.

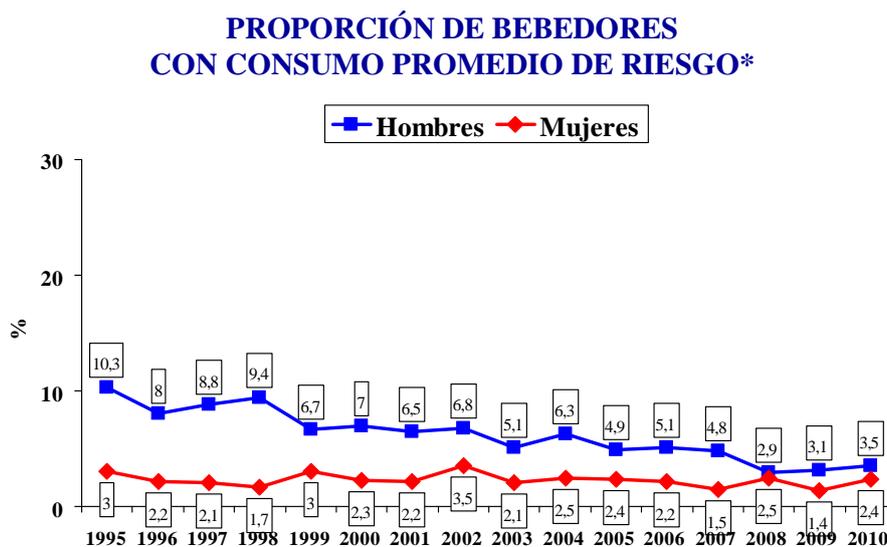
La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2009/2010, especialmente en los hombres. En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 7,7% en hombres y un 0,4% en mujeres y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó en hombres y mujeres un 63,9% y un 26,9%, respectivamente.

Gráfico 10
Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años.
Comunidad de Madrid, 1995-2010



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

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



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

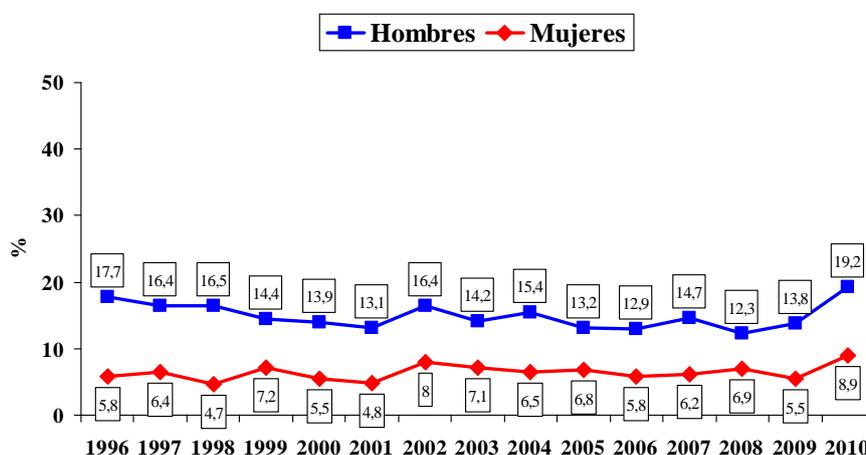
* Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres

El consumo excesivo en una misma ocasión (gráfico 11) sólo disminuyó en hombres (un 20,8%), mientras en las mujeres aumentó (un 18,0%), pero hay que señalar que entre 2009 y 2010 se produjo un llamativo aumento de este consumo tanto en hombres (39,1%) como en mujeres (61,8%), por lo que habrá que estar vigilante en los próximos años ante la posible confirmación de esta tendencia. Por último, la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (gráfico 11) se redujo en hombres (un 40,2%) y mujeres (59,3%), aunque la variabilidad en la población femenina es muy elevada dado que la prevalencia promedio de toda la serie oscila alrededor del 1%.

Gráfico 11

Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión y de la conducción bajo los efectos del alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2008

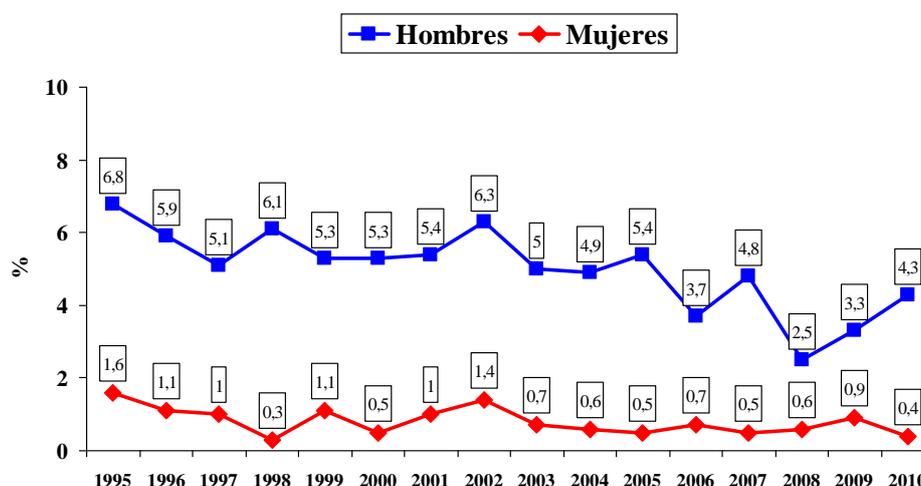
PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO EN UNA MISMA OCASIÓN*



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

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

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



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

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

4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En las tablas 9-11 podemos observar la proporción de personas que se 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^{29,30}.

Una gran mayoría afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque un 9,5% no cumple alguna de estas recomendaciones.

Un 15,0% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 59,0% está tomando medicación, el 28,7% se controla el peso, un 53,0% ha reducido la ingesta de sal, y un 38,0% hace ejercicio físico. El 78,3% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 21,7% no realiza ninguna.

A un 18,8% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 36,8% toma medicamentos, el 59,8% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 38,4% practica ejercicio físico. El 79,6% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 20,4% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 7,1% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 9,7 de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace 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	92,1 (±1,7)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	94,3 (±1,4)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	90,8 (±3,2)
	Mujeres < 46 años	96,6 (±1,4)
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥35 años	95,0 (±1,6)
	Mujeres ≥46 años	97,2 (±1,7)

* Intervalo de confianza al 95%

^(a) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años

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

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	15,0 (±1,6)*	18,0 (±2,4)	12,2 (±2,0)	4,4 (±1,8)	10,4 (±2,1)	26,7 (±3,2)
Colesterol elevado	18,8 (±1,7)	19,5 (±2,5)	18,2 (±2,4)	5,9 (±2,1)	14,6 (±2,5)	31,7 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

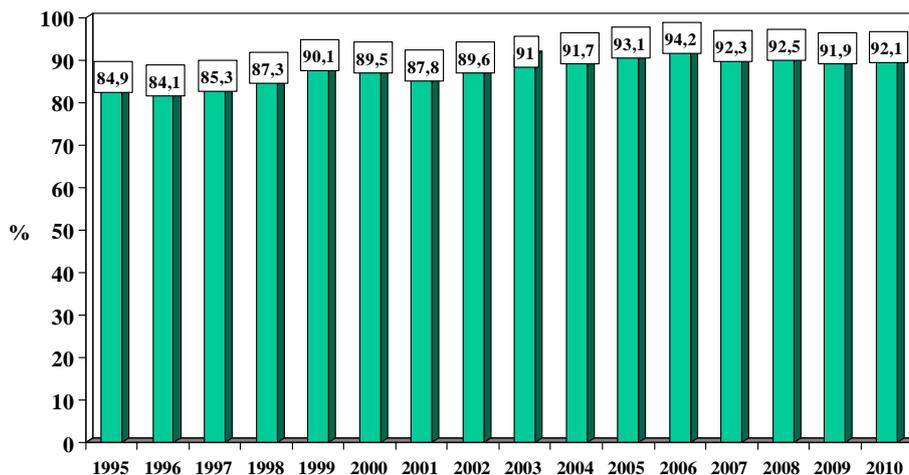
Tabla 11. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías

Edad		TOTAL
Realización de citologías < 5 años	≥35 años	92,9 (±1,9)*
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	90,3 (±3,5)

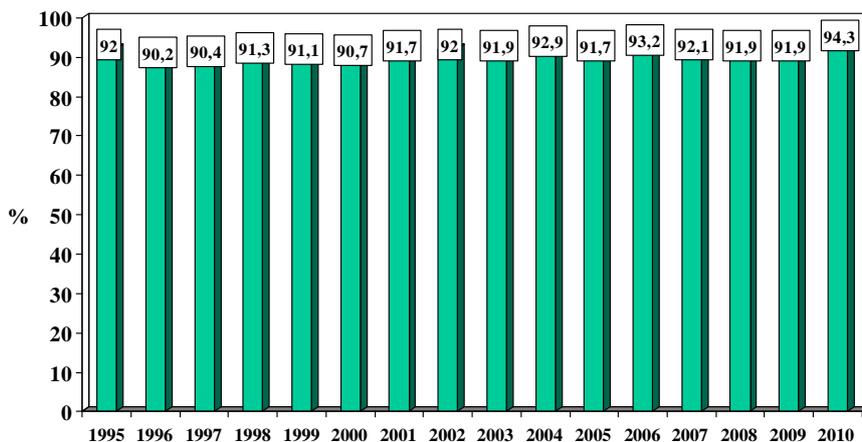
*Intervalo de confianza al 95%

Todos los indicadores relacionados con la realización de prácticas preventivas han mejorado en estos dieciséis 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 80,4% comparando el promedio del año 2009 y 2010 con el de 1995 y 1996 (gráfico 14).

Gráfico 12

**Evolución de la medición de tensión arterial.
Comunidad de Madrid, 1995-2010****PROPORCIÓN DE PERSONAS DE 18-40 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO
MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS**

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

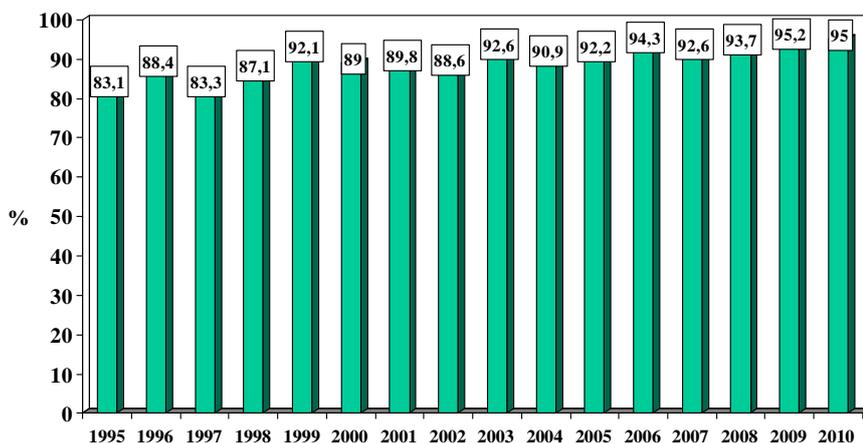
**PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS QUE SE HAN
REALIZADO MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS**

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

Gráfico 13

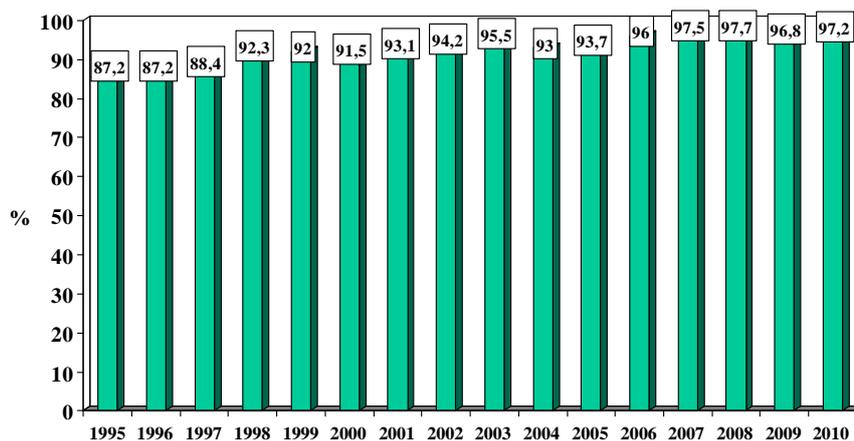
Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2010

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



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

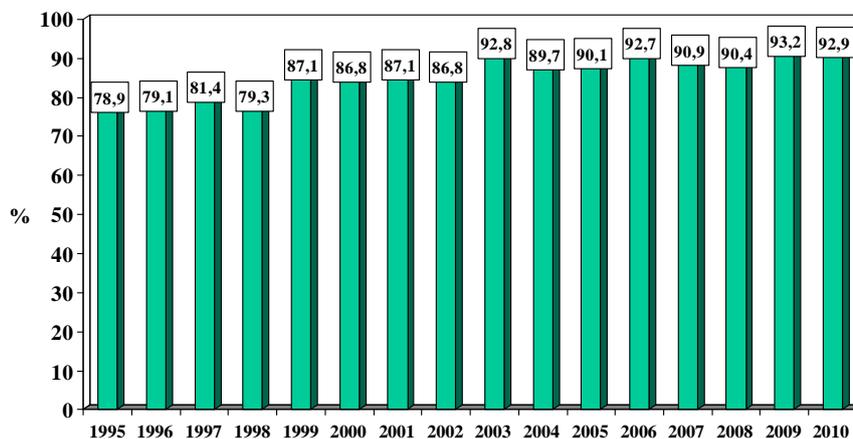
PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



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

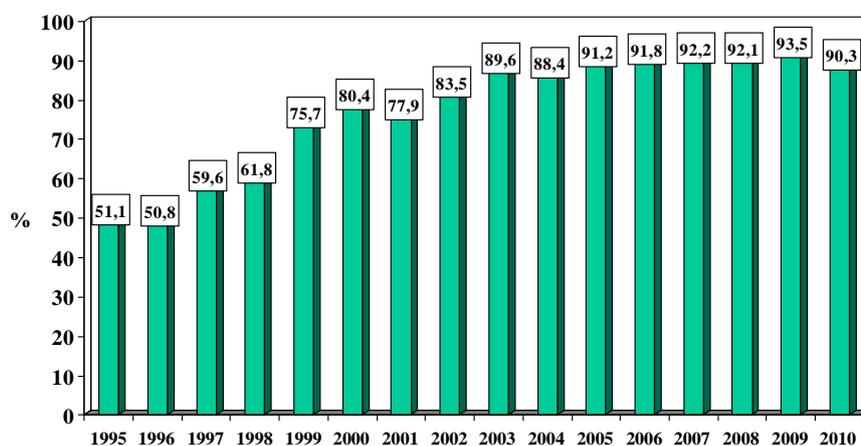
Gráfico 14
Evolución de la realización de citologías y mamografías.
Comunidad de Madrid, 1995-2010

PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 34 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO ALGUNA CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



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

PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 49 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO ALGUNA MAMOGRAFÍA EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS



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

4.8. ACCIDENTES

Un 6,7% 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, así como en el grupo de edad más joven.

Un 1,3% 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 0,7% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 4,1% fueron atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

Se observa una reducción en la frecuencia de accidentes, con una disminución del 33,1% en hombres y del 11,4% en mujeres durante el 2009/2010 respecto a 1995/1996 (gráfico 15).

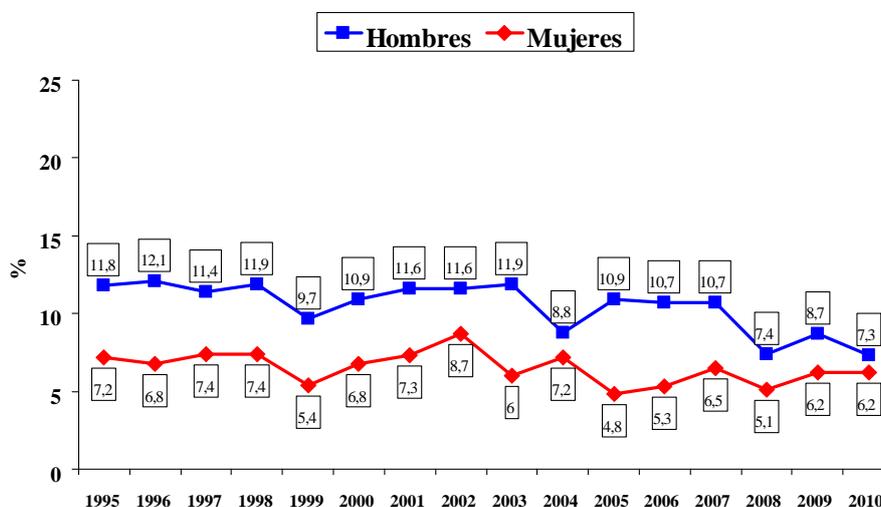
Tabla 12.
Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses.

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

*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, 1995-2010

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES



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

4.9. SEGURIDAD VIAL

Un 3,2% del total de 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 6,4% viajó en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 2,3% no utilizaron siempre el casco. El 4,8% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes y ninguno de ellos manifestó no haber utilizado el casco en alguna ocasión.

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. A pesar de esta limitación, en los gráficos 16 y 17 se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en todos los indicadores a lo largo de estos años entre 1995 y 2010.

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

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

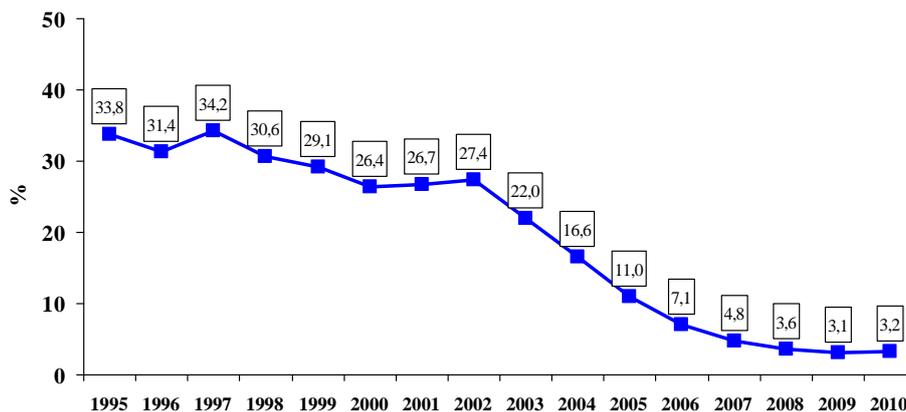
* Intervalo de confianza al 95%

** Variación superior al 100%

Gráfico 16

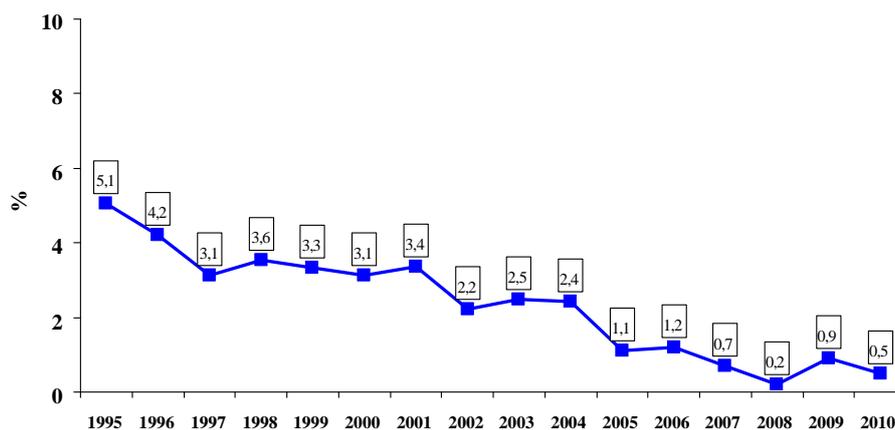
Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.

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



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

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

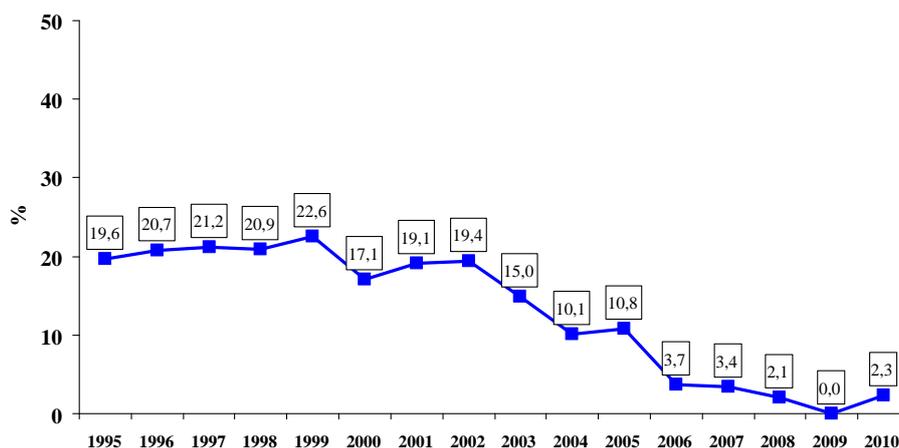


Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 17

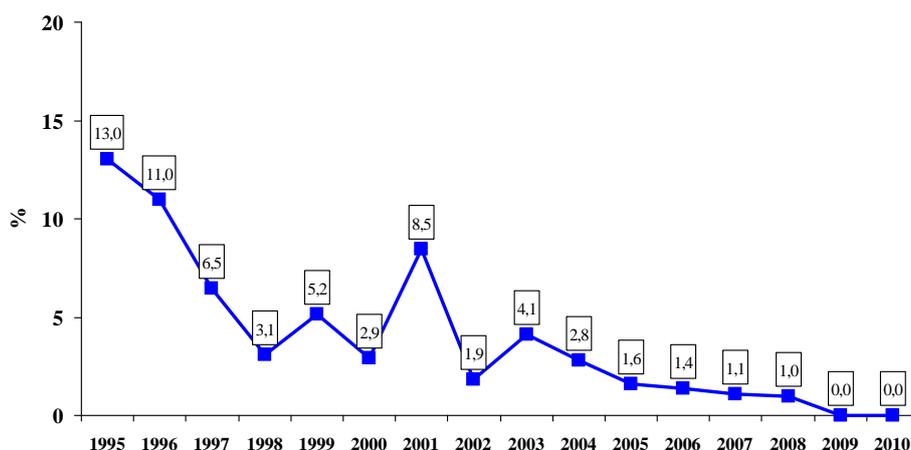
Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2010.

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CASCO EN MOTO POR CIUDAD



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

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CASCO EN MOTO POR CARRETERA



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

4.10. AGREGACIÓN DE FACTORES

Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, 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 se ha seleccionado como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y consumo promedio de alcohol de riesgo.

Para la actividad física se incluye 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 hemos considerado el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

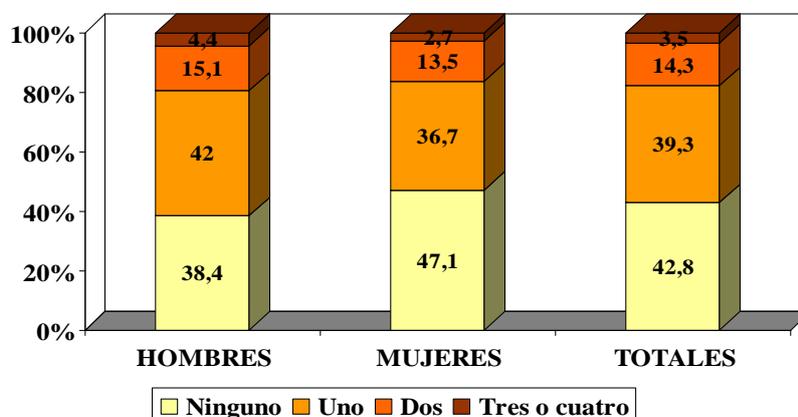
El 42,8% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 39,3% tiene uno, el 14,3% dos, el 3,4% tres, y el 0,1% cuatro (gráfico 18).

Globalmente, la presencia de 2 ó más factores de riesgo es más frecuente en los hombres que en las mujeres (gráfico 20). Sin embargo, se observan importantes diferencias según la edad. En los más jóvenes (18-29 años) son las mujeres las que presentan esta agregación de factores de riesgo con más frecuencia que los varones. Esta situación se invierte a partir del grupo de 30-44 años, llegando a ser casi dos veces más frecuente la presencia de 2 ó más factores de riesgo en los hombres de 45-64 años en comparación con las mujeres de ese grupo de edad.

Por último, en el gráfico 20 se observa que la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2009 y 2010 comparado con 1995/1996 del 36,3% en hombres y del 12,5% en mujeres.

Gráfico 18
Agregación de factores de riesgo. Población de 18-64 años.
Comunidad de Madrid, 2010

AGREGACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*

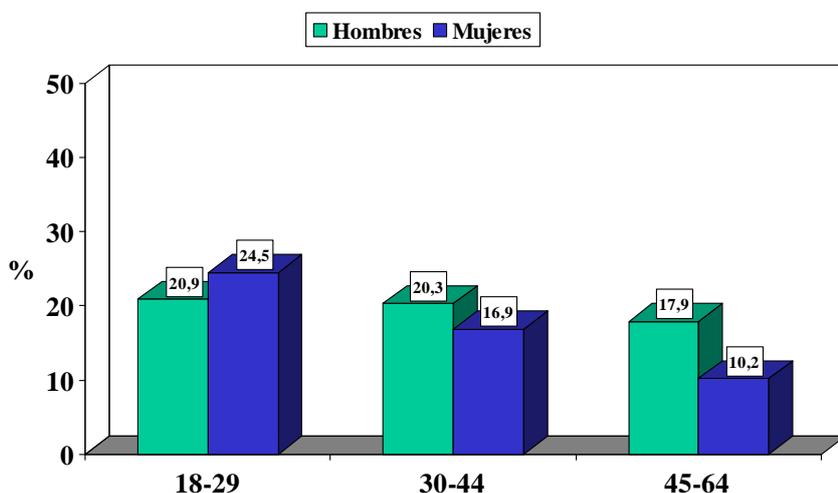


Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

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

Gráfico 19
Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo y edad.
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2010

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN SEXO Y EDAD

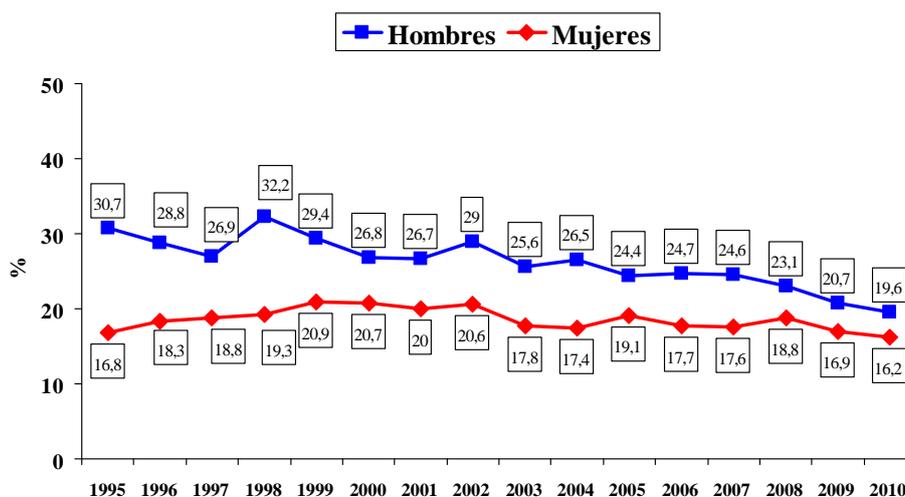


Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

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

Gráfico 20
Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo.
Población de 18-64 años.
Comunidad de Madrid 1995-2010

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN SEXO



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

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

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 10:1238-45.
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. Global burden of diseases and risk factors. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL editores. New York: Oxford University Press; 2006.
4. Morabia A. Annotación: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86:625-7.
5. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19:145-51.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en adultos, 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999; 6(2):3-33.
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. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001; 7:3-30.
12. 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.
13. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2002. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003; 9:3-34.
14. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2004; 10:3-37.

15. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005; 11:3-36.
16. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2005. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2006; 12:3-36.
17. 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; 13:3-37.
18. Dirección General de Atención Primaria. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2007. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2008; 14:3-39.
19. Dirección General de Atención Primaria. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2008. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16:26-62.
20. Dirección General de Atención Primaria. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2009. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16:3-39.
21. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los hogares. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/estructutic.htm>
22. 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.
23. 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.
24. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
25. 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.
26. 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.
27. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc 1997; 157: 1529-1535.
28. 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.

29. Maiques A, Brotons C, Villar F Torcal J, Lobos-Bejarano M, Torcal J, Orozco-Beltrán D, Navarro J, Ortega R, Gil V, Vilaseca J. Recomendaciones preventivas cardiovasculares del PAPPS del 2009 [citado el 27 de Febrero de 2012]. Disponible en: http://www.papps.org/suplemento_ap_09.php.
30. Marzo M, Bellas B, Melus E, Vela C, Nuin M, Villarubí M. Prevención del cáncer [citado el 27 de Febrero de 2012]. Disponible en: http://www.papps.org/suplemento_ap_09.php.



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid Año 2011, semanas 40 a 43 (del 2 al 29 de octubre de 2011)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.																					
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	0	7	3	5	1	6	1	4	1	4	0	1	0	2	1	3	0	2	1	1	1	5	9	40	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0	1	0	1	0	8	
Meningitis bacterianas, otras	0	8	0	2	0	3	1	3	0	2	0	1	0	2	0	4	0	16	0	0	0	7	1	48	
Meningitis víricas	0	16	0	7	0	7	0	17	1	11	0	21	2	13	3	50	4	40	0	26	2	26	12	243	
Enf. neumocócica invasora	6	65	2	27	3	22	2	18	3	20	6	34	2	22	2	34	3	23	2	19	12	57	43	346	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	2	8	0	10	2	6	0	5	0	8	0	10	2	18	0	9	0	3	1	3	2	13	9	94	
Hepatitis B	0	9	0	3	0	0	1	8	1	11	0	4	0	10	0	5	0	3	0	10	0	2	2	68	
Hepatitis víricas, otras	0	3	1	9	0	1	0	6	0	4	1	7	1	7	1	5	1	8	0	6	0	7	7	67	
Enf transmisión alimentos																									
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	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	11	
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	14	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	99	6043	67	3636	54	4059	85	4776	116	6233	133	6832	104	4282	79	4402	84	3692	55	3561	158	5300	1034	52816	
Legionelosis	0	10	1	4	0	2	0	4	2	9	1	6	0	7	0	8	0	3	0	5	0	2	4	61	
Varicela	36	889	28	442	9	237	25	352	49	683	40	540	22	272	42	477	29	292	23	332	51	836	354	5352	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	1	26	3	24	1	6	2	24	5	45	0	16	6	78	4	16	5	31	1	10	4	53	33	334	
Sífilis	2	60	4	34	5	33	4	54	4	75	2	45	6	143	1	18	3	29	2	24	10	94	44	623	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	
Leishmaniasis	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	3	5	119	0	9	0	0	7	136	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parotiditis	27	104	0	27	4	30	8	58	6	85	6	112	1	51	5	25	2	19	7	38	4	58	73	620	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	
Sarampión	32	164	0	13	1	27	3	30	0	68	0	17	2	23	0	10	2	5	0	10	11	78	51	445	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tos ferina	0	44	1	23	5	24	2	27	2	45	3	36	2	20	0	12	1	21	2	49	0	65	18	393	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	4	0	5	3	10	0	2	0	4	0	10	1	1	1	3	2	16	0	2	1	12	9	71	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	5	83	1	43	5	44	3	42	1	56	8	58	5	92	5	49	8	48	1	49	8	100	50	687	
Enf notificadas a Sist. especiales																									
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	5	
Lepra	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	5	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A. (<15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	1	7	
Poblaciones**	806.769		460.293		366.710		605.667		822.632		701.776		542.685		493.213		409.593		367.198		882.148		6.458.684		

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2010 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 40 a 43 (del 2 al 29 de octubre de 2011)

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.

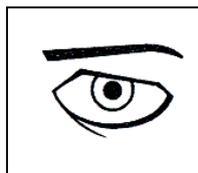
Brotes de origen alimentario. Año 2011. Semanas 40-43

Lugar de consumo	Año 2011						Año 2010		
	Semanas 40-43			Semanas 1-43			Semanas 1-43		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	1	140	0	9	963	1	13	890	20
Restaurantes, bares y similares	3	36	0	22	231	9	25	115	11
Domicilios	3	11	3	22	169	22	21	103	9
Comedores de empresa	1	12	0	3	48	0	1	33	0
Otros lugares	0	0	0	3	24	2	3	23	0
Centros geriátricos	0	0	0	0	0	0	1	29	1
Centros penitenciarios	0	0	0	0	0	0	1	92	0
Centros sanitarios	0	0	0	0	0	0	1	69	0
Desconocido	0	0	0	0	0	0	1	2	0
Residencias no geriátricas	0	0	0	0	0	0	1	60	4
Total	8	199	3	59	1435	34	68	1416	45

Brotes de origen no alimentario. Año 2011. Semanas 40-43

Tipo de brote*	Año 2011						Año 2010		
	Semanas 40-43			Semanas 1-43			Semanas 1-43		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	10	342	0	32	1233	0	29	1028	13
Sarampión	7	26	0	47	306	31	5	20	2
Enf. Pie-mano-boca	2	36	0	4	58	0	1	6	0
Eritema infeccioso	0	0	0	1	40	0	2	25	0
Parotiditis	0	0	0	6	30	0	5	18	0
Varicela	2	26	0	2	26	0	2	16	0
Tos ferina	0	0	0	10	24	2	5	19	0
Hepatitis A	0	0	0	6	14	2	3	12	0
Conjuntivitis	0	0	0	1	11	0	6	166	0
Escabiosis	0	0	0	1	11	0	3	49	0
Escarlatina	0	0	0	3	9	0	2	8	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	5	0	2	21	0
Dermatofitosis	0	0	0	2	4	0	2	13	0
Legionelosis/Fiebre de Pontiac	0	0	0	1	4	3	0	0	0
Meningitis vírica	0	0	0	1	3	3	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	1	2	0	1	3	0
Hepatitis C	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Ornitosis	0	0	0	1	2	2	1	3	1
Total	21	430	0	121	1784	43	69	1407	16

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2011, semanas 40 a 43
(Del 2 al 29 de octubre de 2011)

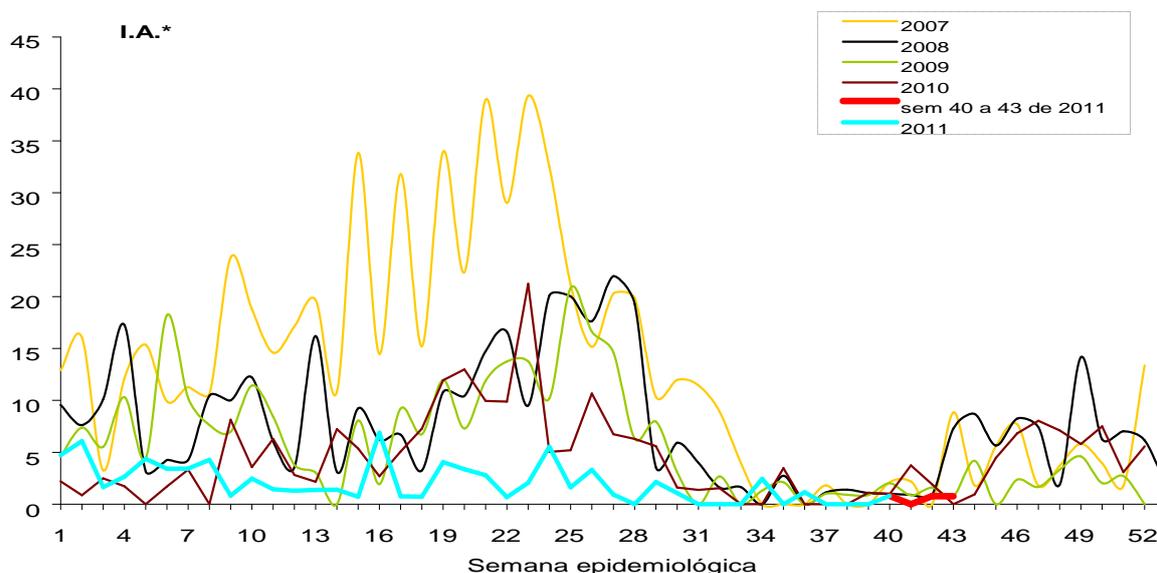
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 126 médicos de atención primaria que atienden a unas 180.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora informes mensuales con los principales resultados del sistema. Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en <http://www.madrid.org>

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 78,1% (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

VARICELA

Durante las semanas 40 a 43 del año 2011 se han declarado 3 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 2,4 casos por 100.000 personas (IC 95%: -0,3 – 5,1). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2007-2010 y de la semana 40 a la 43 de 2011.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2007-2011 y semana 40 a 43 de 2011.

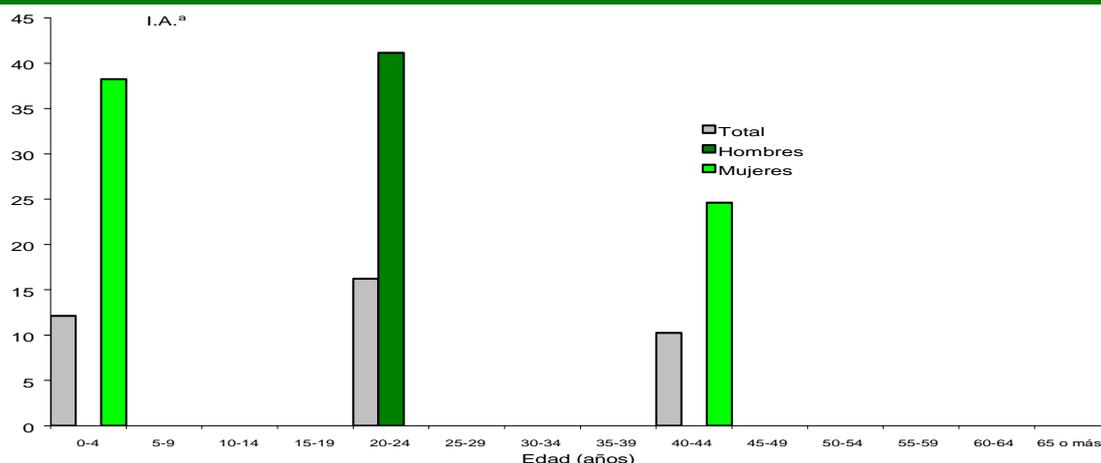


* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los 3 casos notificados, 2 caso se dieron en mujeres (66,7%) y 1 en hombres (33,3%). La edad se conoció en el 100% de los casos y sólo uno de ellos tenía menos de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En ningún caso se registró complicación alguna aunque y ninguno de ellos requirió derivación a atención especializada.

En 2 casos (66,7%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, y en el resto es desconocido. El lugar de exposición declarado fue el hogar en 1 caso (33,30%) y para el resto de casos, el lugar de exposición era otro o desconocido (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2011

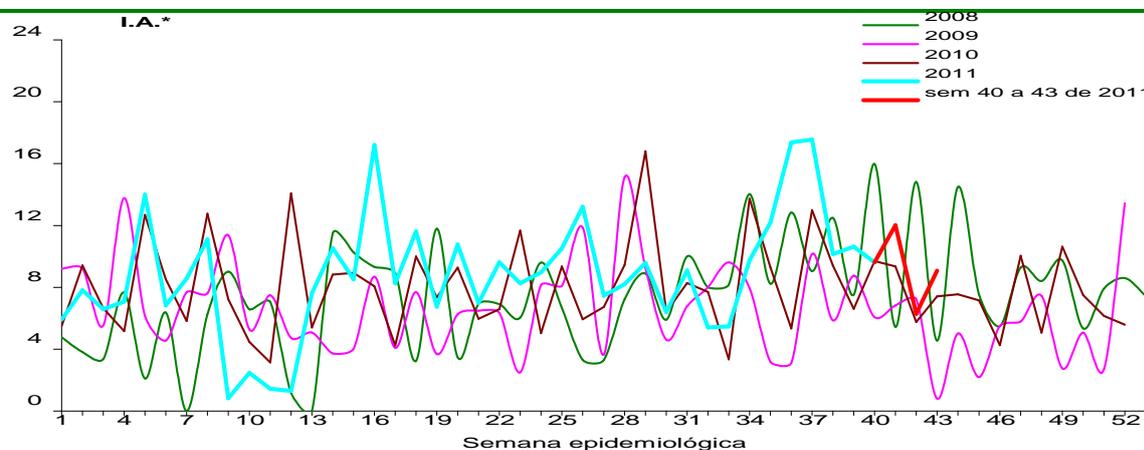


^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

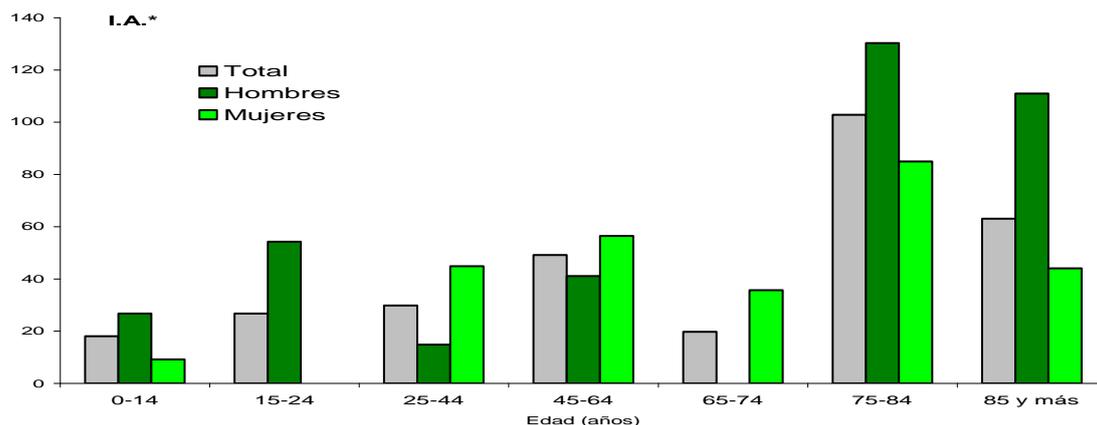
HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 46 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 40 a 43 de 2011, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 36,8 por 100.000 habitantes (IC 95%: 26,1 – 47,4). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008, 2009, 2010, 2011 y las semanas 40 a 43 de 2011. El 56,5% de los casos se dio en mujeres (26 casos) y el 43,5% en hombres (26 casos). La mediana de edad fue de 47 años con un mínimo de 2 y un máximo de 86 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2008-2011 y semanas 40a 43 de 2011.



* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

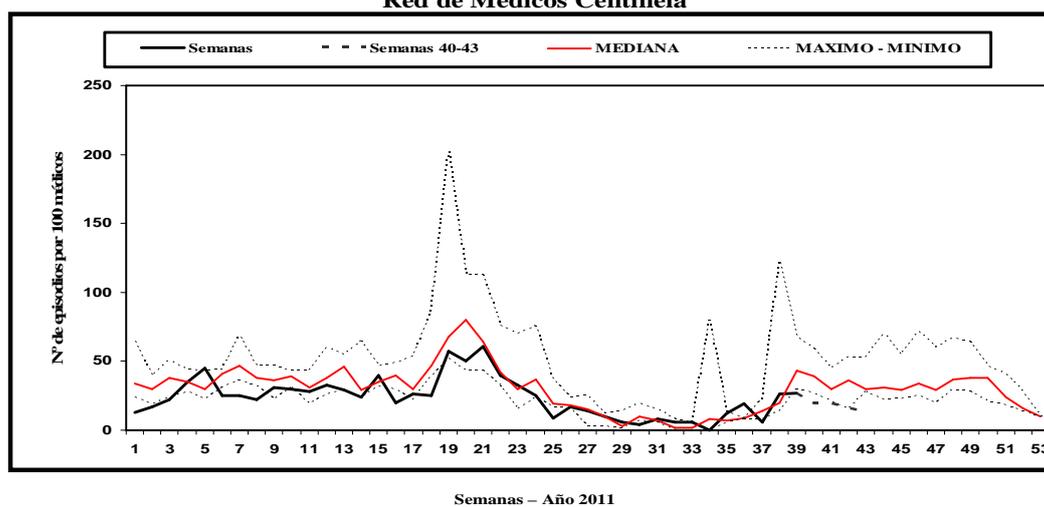
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2011

* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2011

Red de Médicos Centinela

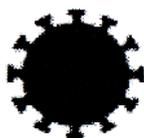


Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2011.

	Semanas 40 a 43	Año 2011
Gripe*	44	44*
Varicela	3	90
Herpes zoster	46	447
Crisis asmáticas	67	1.001

* Desde la semana 40 de 2011 hasta la 20 de 2012



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Situación VIH/sida en la Comunidad de Madrid.

Características de los nuevos diagnósticos de infección por VIH. Octubre 2011.

En agosto de 2010 se ha publicado la Orden 372/2010 de 15 de julio de 2010 que regula la notificación de nuevos diagnósticos de VIH. Los datos presentados a continuación son los recogidos por el Servicio de Epidemiología de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid (CM) hasta el 30 de septiembre de 2011.

Desde el año 2007 hasta el 30 de septiembre de 2011 se han notificado 3406 nuevos diagnósticos de infección por VIH, 51 de ellos (1,5%) no residían en nuestra comunidad en el momento del diagnóstico. El 83,8% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,6 años (DE: 10,7). El 48,6% habían nacido fuera de España. Un 3,1% (106) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

Tabla 1. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo.

	Hombres						Mujeres					
	España		Otro		Total		España		Otro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión												
UDI	78	5,0	42	3,4	120	4,2	27	16,5	2	0,5	29	5,3
HSH	1119	70,5	792	62,4	1911	67,0						
HTX	139	8,8	273	21,5	412	14,5	114	69,5	370	95,3	484	87,6
Sexual (s.e.)	10	0,6	22	1,7	32	1,1						
Otros	5	0,3	6	0,5	11	0,3	9	5,5	4	1,1	13	2,4
Desconocido/N.C.	235	14,8	133	10,5	368	12,9	14	8,5	12	3,1	26	4,7
Total	1586	100,0	1268	100,0	2854	100,0	164	100,0	388	100,0	552	100,0

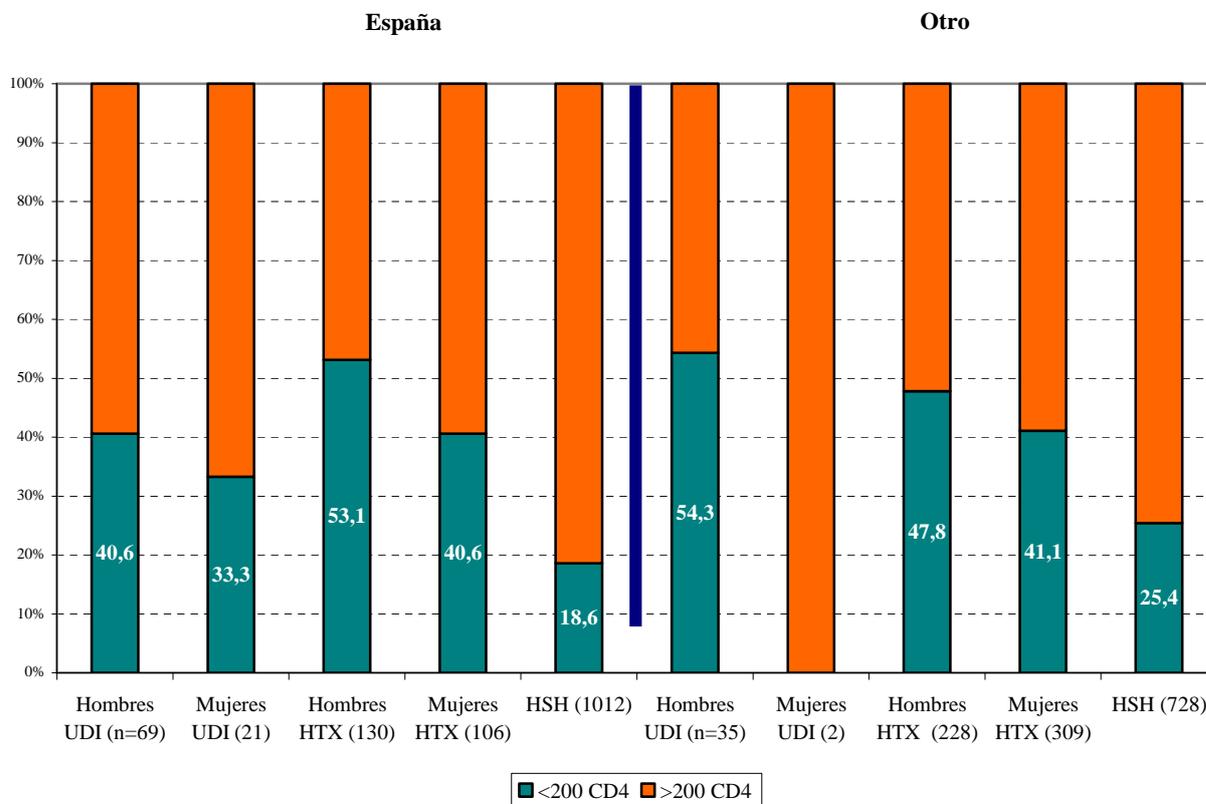
* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

Diagnóstico tardío

El 20,9% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 19% en autóctonos y del 23% en foráneos.

Se dispone de cifras de linfocitos CD4 al diagnóstico en 2961 nuevos diagnósticos (86,9%). La presentación con enfermedad VIH avanzada (<200 células/ μ l) se observó en el 29,7% (880 casos) de las personas diagnosticadas. El retraso diagnóstico es del 48,1% si consideramos 350 células/ μ l y de 67,3% con cifras menores de 500 células/ μ l.

Gráfico 1. Porcentaje de casos con presentación con enfermedad VIH avanzada 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.



La suscripción electrónica 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: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

Sanidad -> Portal de Salud -> Profesional -> Información técnica
-> Salud Pública -> Boletín Epidemiológico



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

