



# BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad de Madrid**

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública

# Nº 10.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 10. Volumen 21. Octubre 2015

## INFORMES:

### - Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014.



Dirección General de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**



**Edita:**

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública  
[www.madrid.org/boletinepidemiologico](http://www.madrid.org/boletinepidemiologico)

**Coordina:**

Servicio de Epidemiología  
C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta  
28035 Madrid  
E-mail: [isp.boletin.epidemi@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemi@salud.madrid.org)

**Edición:** Abril 2016

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

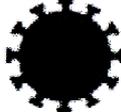
# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

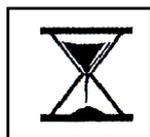
de la Comunidad de Madrid

# Nº 10.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 10. Volumen 21. Octubre 2015

## ÍNDICE

	<a href="#"><i>Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014</i></a>	5
	<a href="#"><i>EDO. Semanas 40 a 44 (del 28 de septiembre al 1 de noviembre de 2015).</i></a>	49
	<a href="#"><i>Brotos Epidémicos. Semanas 40 a 44, 2015.</i></a>	50
	<a href="#"><i>Red de Médicos Centinela, semanas 40 a 44, 2015.</i></a>	51
	<a href="#"><i>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, octubre 2015.</i></a>	55

**INFORME:**

## HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2014

### Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2014

#### Informe elaborado por:

Dra. Lucía Díez Gañán. Servicio de Epidemiología. Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Correo electrónico:

[lucia.diez@salud.madrid.org](mailto:lucia.diez@salud.madrid.org)

#### ÍNDICE:

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
METODOLOGÍA.....	9
RESULTADOS.....	11
4.1. Actividad física.....	11
4.2. Alimentación.....	14
4.3. Realización de dietas.....	19
4.4. Antropometría.....	20
4.5. Consumo de tabaco.....	22
4.6. Consumo de alcohol.....	26
4.7. Prácticas preventivas.....	31
4.8. Accidentes.....	37
4.9. Seguridad vial.....	39
4.10. Violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja. ....	42
4.11. Agregación de factores.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	47

## 1.- RESUMEN

**Antecedentes y objetivos:** el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma continua, desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región. En la actualidad, consta de dos subsistemas, el dirigido a la población adulta, SIVFRENT-A, y el dirigido a la población juvenil, SIVFRENT-J. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondientes a 2014 y su evolución desde 1995.

**Metodología:** el SIVFRENT-A se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad. Además, a lo largo del tiempo, y en función de las necesidades de salud pública, se introducen actualizaciones a los apartados ya existentes o se incorporan nuevos apartados. En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid, se incluyó en el apartado de prácticas preventivas la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. Y en 2011 se incorporó un nuevo módulo para la vigilancia de la violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja.

**Resultados:** Un 44,7% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad laboral y el 69,9% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Comparando con 1995, se incrementó la inactividad relacionada con la ocupación, especialmente en las mujeres, que no fue compensada con una mayor actividad en tiempo libre.

El consumo de alimentos presentó un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: más del 40% de la población no ingirió fruta diariamente (proporción que se incrementó al 45,6% en los jóvenes de 18 a 29 años), mientras que el 41,1% consumió dos o más raciones de productos cárnicos y derivados. Un balance energético positivo (se ingiere más energía de la que se gasta) conduce al aumento del peso corporal por la acumulación de tejido adiposo, lo que, eventualmente, puede desembocar en la aparición de sobrepeso u obesidad. En la población de la Comunidad de Madrid se observó en 2014 que el 44,4% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y la talla autodeclarados), siendo éste 1,5 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Además, la tendencia fue desfavorable, aumentando el exceso de peso (sobrepeso y obesidad, conjuntamente) un 15,9% en los hombres y un 26,2% en las mujeres entre 1995/1996 y 2013/2014.

Casi uno de cada cuatro madrileños de 18-64 años (24,0%) fumaban en 2014. Aunque esta prevalencia es muy elevada, el descenso relativo acumulado en estos veinte años de estudio fue del 36,9% en hombres y del 37,9% en mujeres. Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (69,7% en hombres y 67,8% en mujeres). Paralelamente, en este periodo la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó de forma importante (36,4% en hombres y 80,2% en mujeres).

También el consumo de alcohol registró en líneas generales una evolución positiva, sobre todo en los hombres. El porcentaje de bebedores de riesgo descendió de forma importante (un 74,3% en hombres y un 30,8% en mujeres). La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) también descendió (un 34,6% en hombres y un 15,6% en mujeres). En 2014, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue 1,8% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión 6,1%. Combinando ambos indicadores, el 6,8% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

En relación a las prácticas preventivas, el seguimiento de las recomendaciones sobre la medición de la tensión arterial y el nivel de colesterol o la realización de citologías y mamografías en la mujeres fue en general muy elevado, destacando el gran incremento, un 76,6%, en la realización de mamografías. La realización de un test de sangre oculta en heces o de una colonoscopia/sigmoidoscopia fue menos prevalente (en la población de 50-64 años, el 23,6% se había realizado un test de sangre oculta en heces hacía dos años o menos y un 28,2% se había realizado una colonoscopia o sigmoidoscopia hacía 4 años o menos), aunque estas prácticas aumentaron notablemente entre 2010/2011 y 2013/2014. Por otro lado, la no utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial, como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, descendió de forma muy notable.

La prevalencia de violencia contra la mujer, en forma de agresiones físicas, amenazas, miedo o conductas de control de las mujeres por parte de sus parejas o exparejas se registró en un 2,5% de las mujeres con pareja o expareja durante el último año.

Por último, la agregación de importantes factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) fue alta, ya que el 17,9% (una de cada cinco-seis personas) presentaron dos o más de estos cuatro importantes factores.

**Conclusiones:** Durante 2014 se consolidaron los cambios observados desde 1995 en los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y prácticas preventivas. Los indicadores relacionados con el balance energético presentaron la peor evolución, destacando el incremento del sobrepeso y obesidad, con una elevada prevalencia de inactividad física y una dieta que debería ser más equilibrada. Sin embargo, los factores de riesgo adictivos como el consumo de tabaco y de alcohol mostraron una tendencia favorable, aunque todavía con prevalencias que es necesario mejorar. Finalmente, continuó aumentando la realización de prácticas preventivas y mejorando de forma sobresaliente las medidas de protección de seguridad vial, lo que implica un mayor seguimiento de las recomendaciones sanitarias. Por último, subrayar la importancia de una cuidadosa y continuada vigilancia del problema de violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja.

## 2.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes originan en nuestra región, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad<sup>1-4</sup>.

Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión<sup>1-3</sup>. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones<sup>5</sup>, estimándose que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad<sup>3</sup>.

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas.

Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para medir la carga que generan estas enfermedades pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan<sup>6-7</sup>.

**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)<sup>8</sup>, cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.**

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2014, con un formato similar al de las ediciones anteriores<sup>9-15</sup>, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos veinte años de estudio.

### 3.- METODOLOGÍA

#### Población

Como en los años anteriores, la población diana fue la población de 18 a 64 años residente en la Comunidad de Madrid, para cuyo estudio se establece cada año una muestra representativa de toda la Comunidad de Madrid, de un tamaño muestral aproximado de 2.000 individuos. Las entrevistas se realizaron a lo largo de todo el año (olas), excepto en Agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

#### Diseño muestral

La población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con tarjeta sanitaria, registradas en el sistema Cibeles (Cibeles es el sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de Población y Recursos Sanitarios, evolución funcional del anterior sistema de Tarjeta Sanitaria). La extracción muestral se realizó a partir de la información de Cibeles más reciente de la que se pudo disponer (registros existentes a fecha 31 de Diciembre de 2013). De acuerdo con los datos que constaban en el sistema de información poblacional, a 31 de Diciembre de 2013, la población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.351.332 personas<sup>16</sup>. Considerando que el total de población en la Comunidad de Madrid a 1 de Enero de 2014 (cifras del Padrón continuo, Instituto Nacional de Estadística) era de 6.454.440 personas, a comienzos de 2014 el 97,6% de la población de la Comunidad de Madrid disponía de tarjeta sanitaria.

Se realizó un muestreo estratificado. Los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el Padrón Continuo a 1 de Enero de 2013, el más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral (la estructura de la población, según los criterios de estratificación, observada en el padrón no presentó diferencias con respecto a la de la población registrada en Cibeles). Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria.

Con esta estructura, para cada ola se extrajo la fracción muestral correspondiente a partir de las personas que al inicio de la ola tenían entre 18 y 64 años.

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

## **Técnica de entrevista**

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador<sup>17</sup>.

## **Selección muestral**

Dentro de cada estrato, la selección de la persona a entrevistar se realizó de forma aleatoria mediante el soporte informático. Cuando la persona no estaba en casa o no podía realizar la entrevista, se concertó entrevista diferida. Cuando se produjo negativa por parte de la persona seleccionada a realizar la entrevista o no se pudo confirmar que en la unidad contactada hubiera una persona del estrato de interés (discrepancia entre los datos registrados en Cibeles y los comunicados por la unidad contactada), se anotó la incidencia y se procedió a elegir aleatoriamente a otra persona del mismo estrato, repitiendo este proceso hasta encontrar respuesta afirmativa.

## **Cuestionario**

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

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

En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid<sup>18</sup>, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y de colonoscopias o sigmoidoscopias en la población de 50 y más años.

En 2011 se incorporó al cuestionario un módulo sobre violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja (violencia de género), dirigido a las mujeres que durante el último año tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con una expareja. Este nuevo módulo se desarrolló para poder vigilar anualmente este importante problema de salud pública.

Los resultados relativos a estos dos apartados se incluyeron por primera vez en el informe correspondiente al año 2013<sup>15</sup>.

## **Definición de variables**

Los aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describen, a continuación, en cada uno de los apartados del análisis de resultados. En algunos casos se puede presentar diferencia en algún decimal debido al efecto de redondeos acumulados.

## 4.- RESULTADOS

La tasa de respuesta [entrevistas realizadas/ (entrevistas realizadas + negativas de individuos + entrevistas incompletas)] fue del 66,8%.

Del total de negativas, un 95,6% fueron de individuos una vez seleccionados y un 4,4% fueron entrevistas incompletas. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1.

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

Número entrevistas	2023
Sexo (%)	
Hombres	48,4
Mujeres	51,6
Edad (%)	
18-29	19,5
30-44	40,1
45-64	40,3
Ámbito geográfico (%)	
Madrid capital	48,5
Corona metropolitana	43,6
Resto de municipios	7,9
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	2,1
Primarios	5,7
Secundarios 1º grado	19,4
Secundarios 2º grado	44,1
Universitarios	28,7

A continuación se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la evolución desde 1995 hasta 2014.

### 4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 44,7% de los entrevistados afirmaron estar sentados la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. Es decir, realizaban una actividad sedentaria. La frecuencia de sedentarismo en el trabajo u ocupación habitual fue bastante homogénea, similar en todos los grupos de edad y sexo estudiados (tabla 2).

La actividad física en tiempo libre se estimó a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METs (Metabolic Equivalent of Task o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, teniendo como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs<sup>19</sup>. Por ejemplo, una actividad con un valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de la prevención del riesgo cardiovascular, se consideró personas activas a aquellas que realizaron al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición, el 69,9% de los entrevistados no eran activos en el tiempo libre. En este indicador, las mujeres fueron menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementó con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años, donde un 77,3% eran inactivos.

**Tabla 2. Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral <sup>(a)</sup>	44,7 (±2,2)*	46,4 (±3,1)	43,1 (±3,0)	49,9 (±4,9)	42,8 (±3,4)	44,1 (±3,4)
No activos en tiempo libre <sup>(b)</sup>	69,9 (±2,0)	66,0 (±3,0)	73,7 (±2,7)	57,5 (±4,9)	68,6 (±3,2)	77,3 (±2,9)

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

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

\*Intervalo de confianza al 95%.

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

**Tabla 3. Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (% de población que las practica habitualmente). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

Hombre	%	Mujer	%
Footing	14,0	Gimnasia de mantenimiento	9,2
Bicicleta	12,6	Footing	7,1
Pesas/Gimnasia con aparatos	9,5	Aerobic	7,0
Fútbol	8,9	Natación	4,6
Natación	4,7	Bicicleta	4,3

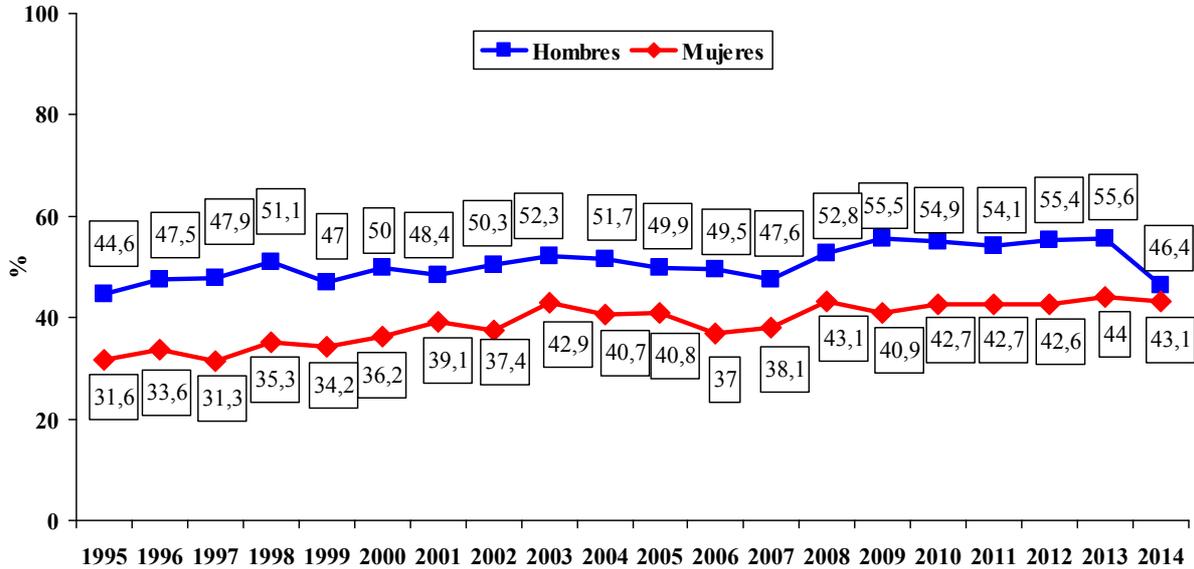
En la figura 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2014. Si comparamos el promedio de 2013/2014 frente al de 1995/1996, el sedentarismo durante la actividad habitual/laboral se incrementó un 10,7% en hombres y un 33,6% en mujeres. Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre disminuyó un 13,6% en los varones y un 9,7% en las mujeres.

**Figura 1.**

**Evolución de la realización de actividad física.**

**Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**

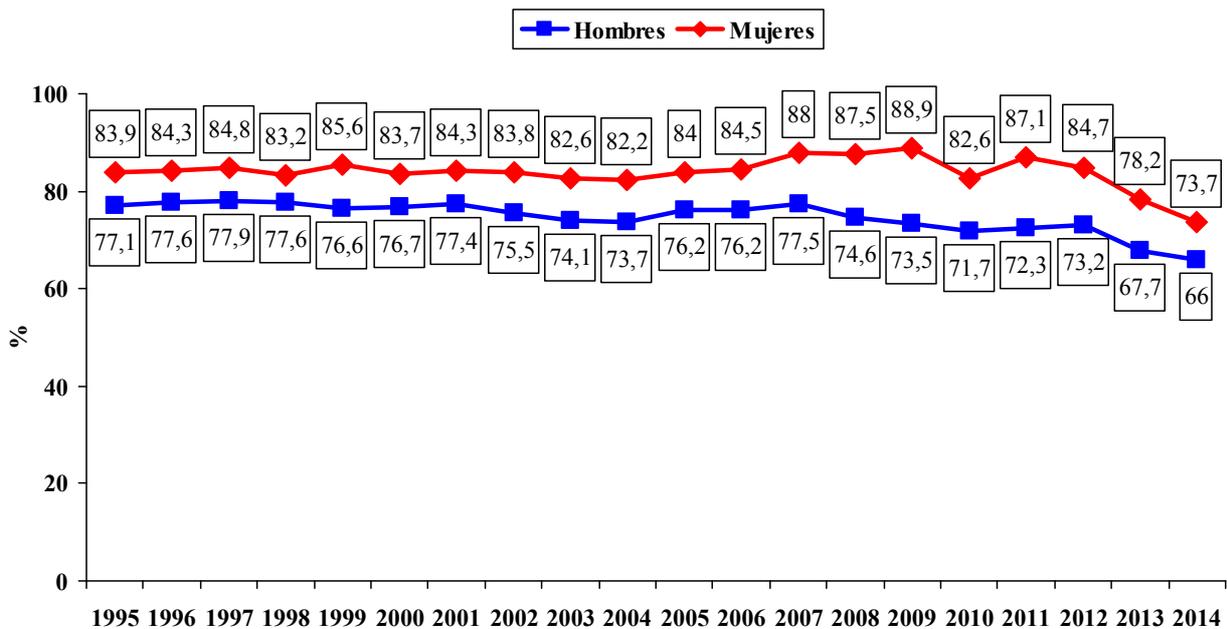
**PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS\* EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

**PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS\* EN TIEMPO LIBRE**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

## 4.2.- ALIMENTACIÓN

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

### Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue aproximadamente 1,0 raciones/día, aunque el 21,1% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,5 raciones diarias y sólo el 11,9% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 58,6% en hombres y un 50,3% en mujeres (figura 2).

El 49,9% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres, en las que este consumo se observó en un 55,3%, frente al 44,1% en los hombres.

Como podemos observar en el figura 2, en los años de estudio, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, la proporción de personas que consumieron menos de dos raciones de lácteos aumentó un 26,9% en los hombres y un 31,5% en las mujeres.

### Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 0,8 raciones/día. La ingesta media de verduras fue 1,1 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 1,9 raciones/día.

Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 ó más raciones de frutas y verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 14,0% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 67,6% (74,5% de los hombres y 61,1% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (figura 3) y sólo el 3,2% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (2,1% de los hombres y 4,2% de las mujeres).

Además de la mayor frecuencia en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementó considerablemente a medida que aumentó la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 72,7% no llegó a consumir tres raciones al día y el 97,2% no había ingerido las cinco raciones/día recomendadas, mientras esta misma situación en los sujetos de 45-64 años fue un 62,7% con una ingesta inferior a 3 raciones/día y un 95,6% con una ingesta inferior a 5 raciones/día.

La proporción de personas que no consumieron fruta y verdura al menos 3 veces al día aumentó moderadamente en hombres y mujeres (5,4% y 4,7%, respectivamente), comparando los dos primeros años de la serie (1995 y 1996) respecto a 2013/2014 (figura 3).

### Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,4 raciones/día, donde la carne aportó 1,0 raciones siendo el resto, derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados, el 83,8%, había consumido algún alimento de este grupo. Es de destacar la gran proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 44,0% de hombres frente al 38,3% de mujeres (figura 4).

En la ingesta de dos raciones/día se observó un descenso del 16,3% en hombres y del 6,4% en mujeres al comparar los dos últimos años de la serie con los dos primeros.

### Pescado

El 42,7% de las personas entrevistadas había consumido pescado (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), con una ingesta media per cápita de 0,5 raciones/día (unas 3,8 raciones/semana). La ingesta media fue similar en todos los grupos de edad y sexo estudiados.

### Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 38,6% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas. El 5,9% consumieron dos o más raciones al día.

Este indicador se mantuvo relativamente estable entre 2006 y 2010, registrando desde 2011 una tendencia descendente. Comparando el final del periodo, 2013/2014, con el comienzo, 1995/1996, se registró un descenso en el consumo de dos o más raciones/día de estos productos del 24,2% en los hombres y del 28,6% en las mujeres. Hay que tener en cuenta, no obstante, que a lo largo de la serie se observa cierta inestabilidad en las estimaciones puntuales entre 1995 y 2004.

### Otros alimentos

La ingesta media de **pan** fue 1,7 raciones diarias, la de **arroz y pasta** conjuntamente fue 0,4 raciones/día (lo que equivale a unas 2,9 raciones/semana), la de **legumbres** 0,2 raciones/día (en torno a 1,3 raciones/semana) y la de **huevos** fue poco más de 0,3 raciones/día (unas 2,2 raciones a la semana).

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

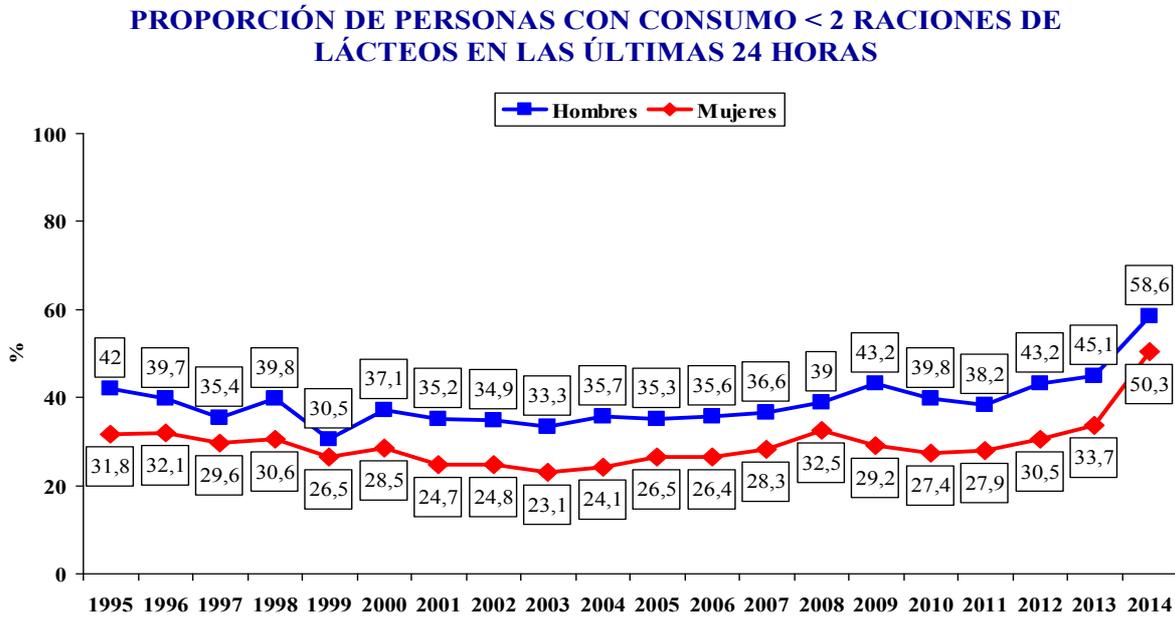
**Tabla 4. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	78,9 (±1,8)*	79,5 (±2,5)	78,4 (±2,5)	79,2 (±4,0)	77,0 (±2,9)	80,8 (±2,7)
Leche y derivados	88,1 (±1,4)	87,2 (±2,1)	88,9 (±1,9)	88,1 (±3,2)	86,7 (±2,3)	89,5 (±2,1)
Arroz	16,5 (±1,6)	17,1 (±2,4)	15,9 (±2,2)	18,0 (±3,8)	17,7 (±2,6)	14,5 (±2,4)
Pasta	21,1 (±1,8)	21,5 (±2,6)	20,8 (±2,5)	18,7 (±3,8)	20,7 (±2,8)	22,7 (±2,9)
Verdura	70,8 (±2,0)	67,5 (±2,9)	73,9 (±2,7)	66,3 (±4,7)	70,4 (±3,1)	73,3 (±3,0)
Fruta fresca	59,4 (±2,1)	51,1 (±3,1)	67,1 (±2,8)	54,4 (±4,9)	56,2 (±3,4)	65,0 (±3,3)
Legumbres	16,4 (±1,6)	17,0 (±2,4)	15,2 (±2,2)	14,2 (±3,4)	14,8 (±2,4)	18,3 (±2,7)
Carne	71,1 (±2,0)	72,2 (±2,8)	70,1 (±2,8)	77,2 (±4,1)	70,9 (±3,1)	68,4 (±3,2)
Carne y derivados	83,8 (±1,6)	84,3 (±2,3)	83,3 (±2,3)	88,1 (±3,2)	83,7 (±2,5)	81,7 (±2,7)
Huevos	28,9 (±2,0)	33,1 (±2,9)	24,9 (±2,6)	19,0 (±4,4)	42,1 (±3,2)	38,9 (±3,1)
Pescado	42,7 (±2,2)	42,2 (±3,1)	43,1 (±3,0)	40,8 (±4,8)	41,5 (±3,4)	44,7 (±3,4)
Dulces/ Bollería	38,6 (±2,1)	38,6 (±3,0)	38,6 (±3,0)	46,3 (±4,9)	38,3 (±3,3)	35,2 (±3,3)

\*Intervalo de confianza al 95%

**Figura 2.**

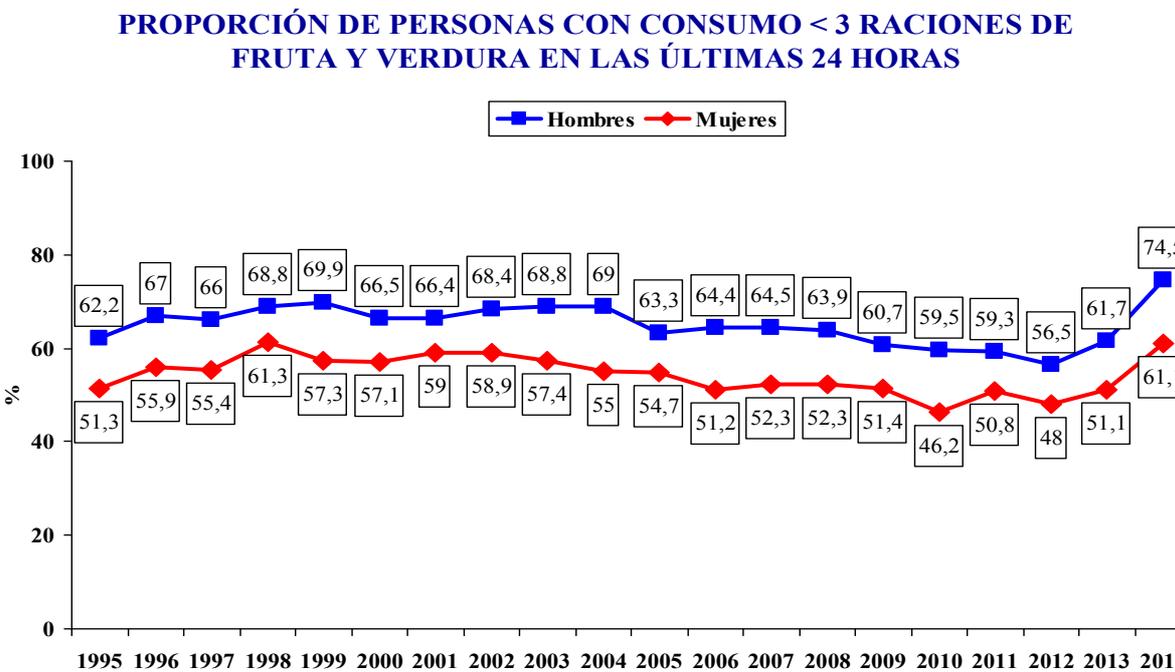
**Evolución del consumo de lácteos.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 3.**

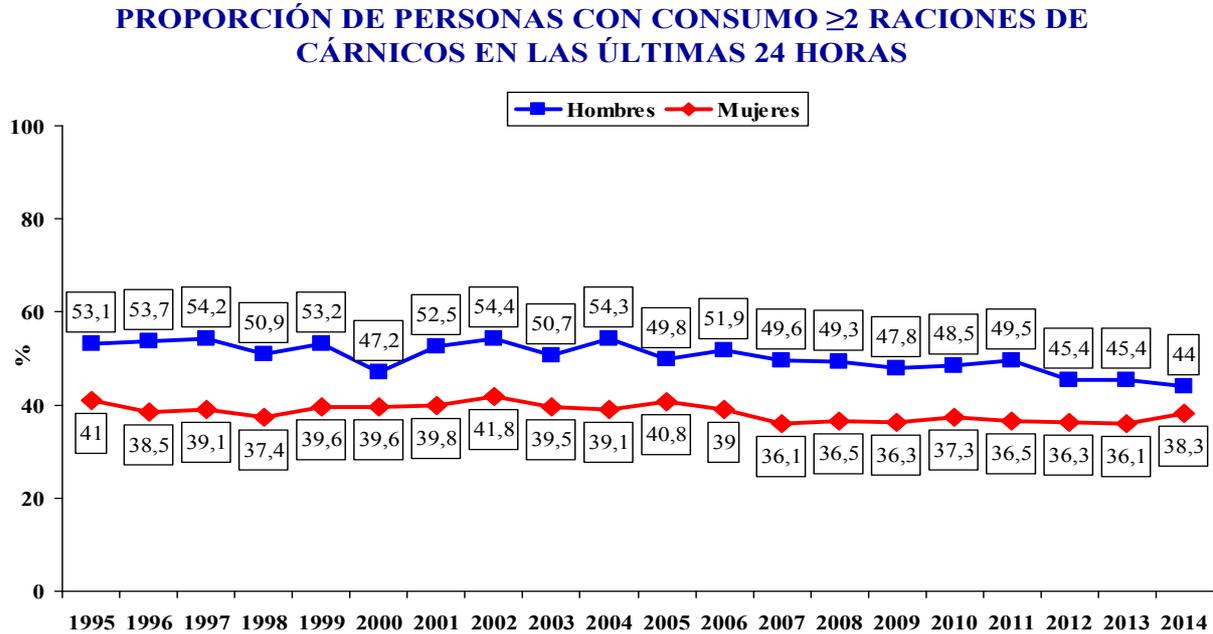
**Evolución del consumo de frutas y verduras.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 4.

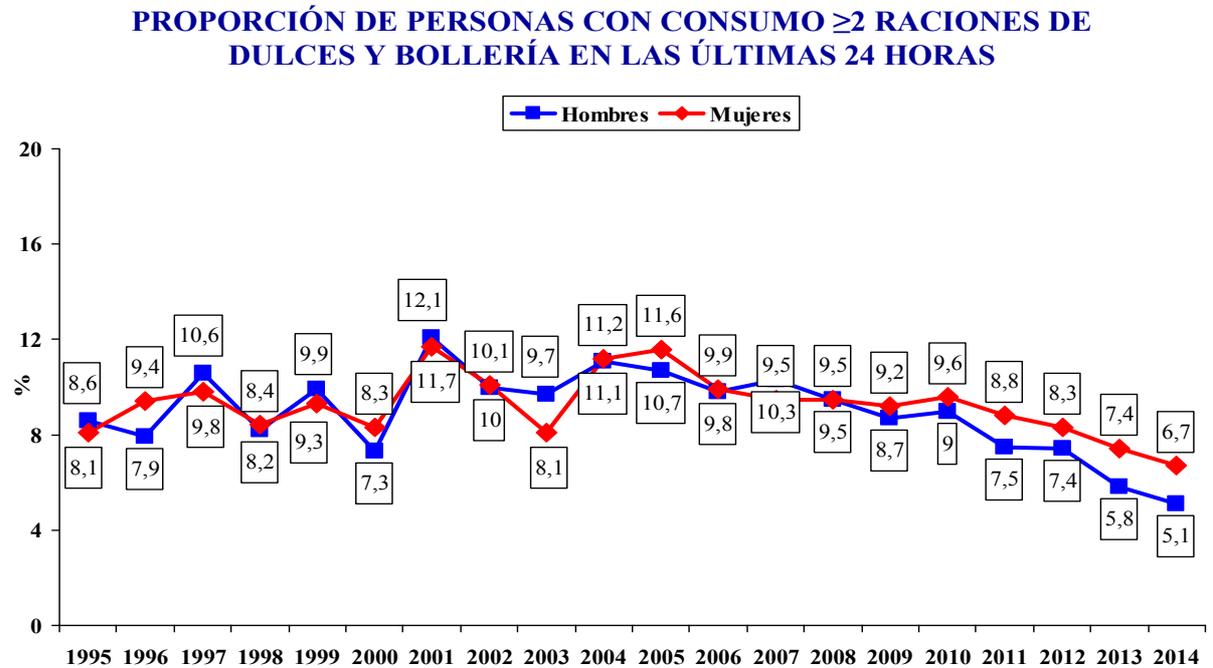
**Evolución del consumo de cárnicos.**  
**Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 5.

**Evolución del consumo de dulces y bollería.**  
**Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

### 4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 14,8% había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 8,9% había realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue 2,7 veces mayor que la de hombres. En cuanto a las tendencias, en el periodo 1995/1996 y 2013/2014 se apreció una disminución en la proporción de personas que realizaron alguna dieta para adelgazar del 20,9% en hombres y del 25,4% en mujeres (figura 6).

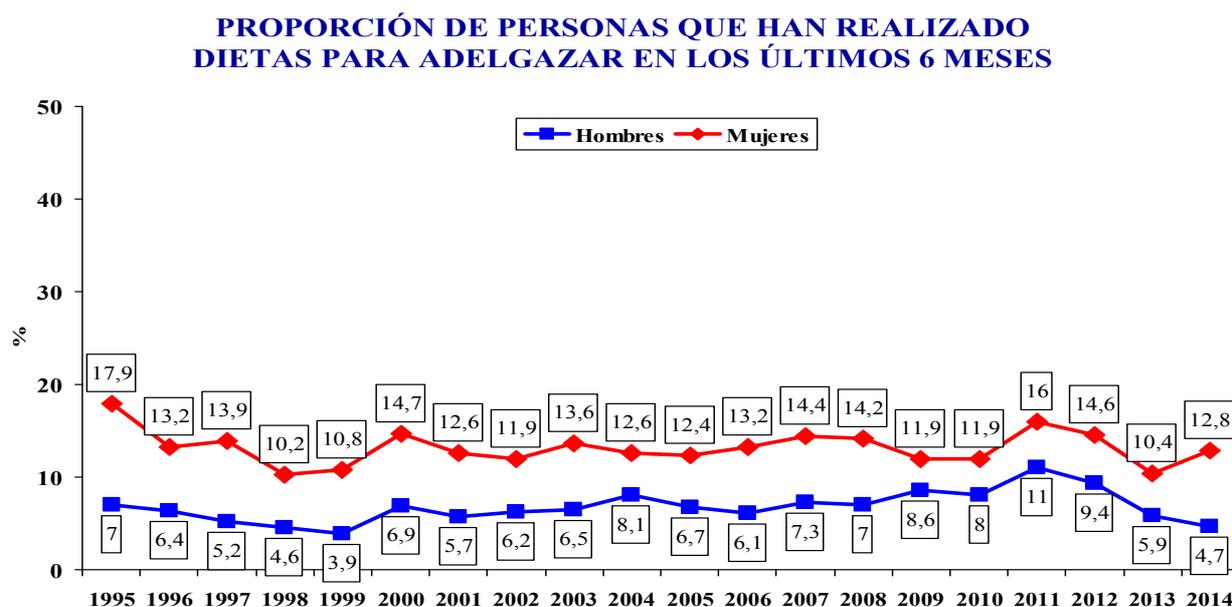
**Tabla 5. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	14,8 (±1,5)*	9,6 (±1,8)	19,6 (±2,4)	14,4 (±3,5)	14,9 (±2,4)	14,8 (±2,4)
Dieta para adelgazar	8,9 (±1,2)	4,7 (±1,3)	12,8 (±2,0)	9,1 (±2,8)	9,7 (±2,0)	8,0 (±1,9)

\* Intervalo de confianza al 95%

**Figura 6.**

**Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

#### 4.4. ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ( $IMC=kg/m^2$ ), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad<sup>20</sup>. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad<sup>21</sup>, que figura en la tabla 6.

El 2,1% de la población estudiada presentó un peso insuficiente, aunque esta situación se observó casi exclusivamente en las mujeres, con una prevalencia del 3,6%, frente al 0,5% en los hombres, y, principalmente, en el grupo más joven (18-29 años). Por otro lado, el 44,4%\* de la población adulta de 18 a 64 años presentó sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 17,1% al sobrepeso de grado I, un 17,8% al sobrepeso de grado II, y un 9,6% a la obesidad. El sobrepeso fue mucho más frecuente en hombres que en mujeres y tanto el sobrepeso como la obesidad se incrementaron rápidamente a medida que aumentó la edad.

(\*La diferencia con respecto a la suma según la tabla 6 es debida de los redondeos intermedios de cada una de las categorías que integran la situación de exceso de peso (sobrepeso de grado I + sobrepeso de grado II + obesidad).

La tendencia (figura 7) muestra en los hombres un consistente incremento del sobrepeso y obesidad ( $IMC \geq 25 kg/m^2$ ) del 15,9%, comparando el promedio de 2013 y 2014 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento fue del 26,2%.

**Tabla 6. Distribución del Índice de Masa corporal. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente (a)	2,1 (±0,6)*	0,5 (±0,5)	3,6 (±1,8)	5,6 (±2,3)	1,5 (±0,9)	1,0 (±0,7)
Normopeso (b)	53,4 (±2,2)	45,1 (±3,2)	61,2 (±3,0)	70,9 (±4,6)	58,3 (±3,5)	40,1 (±3,5)
Sobrepeso grado I (c)	17,1 (±1,7)	23,2 (±2,7)	11,3 (±2,0)	12,8 (±3,4)	17,1 (±2,6)	19,1 (±2,8)
Sobrepeso grado II (d)	17,8 (±1,7)	22,1 (±2,7)	13,8 (±2,1)	7,2 (±2,6)	14,7 (±2,5)	26,1 (±3,1)
Obesidad (e)	9,6 (±1,3)	9,1 (±1,8)	10,0 (±1,9)	3,5 (±1,9)	8,3 (±1,9)	13,8 (±2,4)

\* Intervalo de confianza al 95%

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

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

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

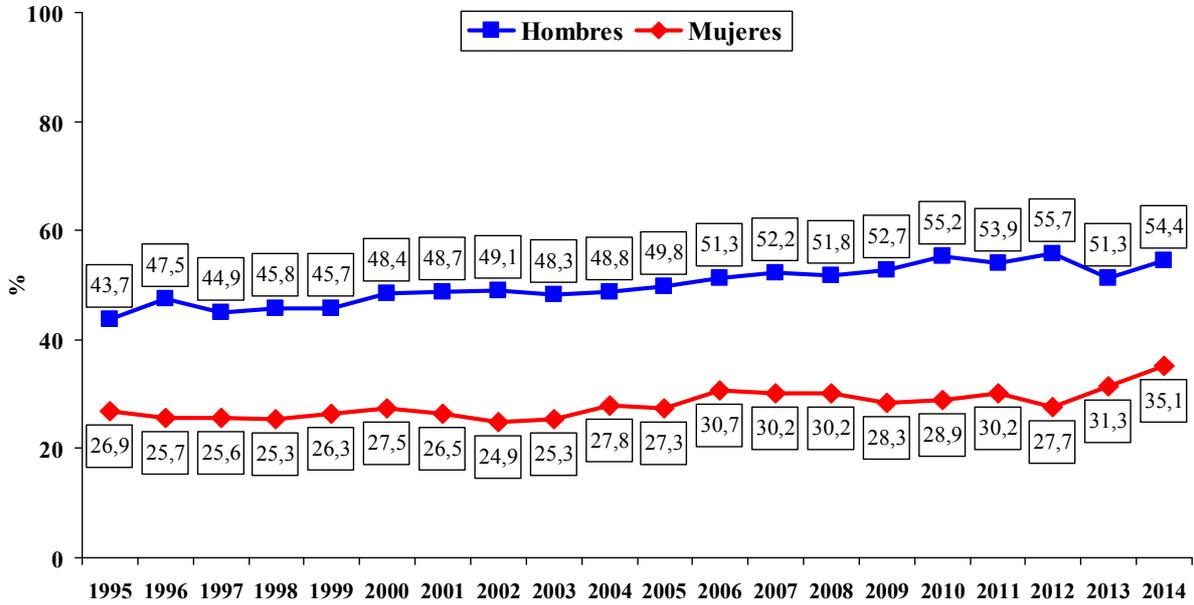
(d) Sobrepeso grado II:  $27 kg/m^2 \leq IMC < 30 kg/m^2$

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

Figura 7.

**Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**

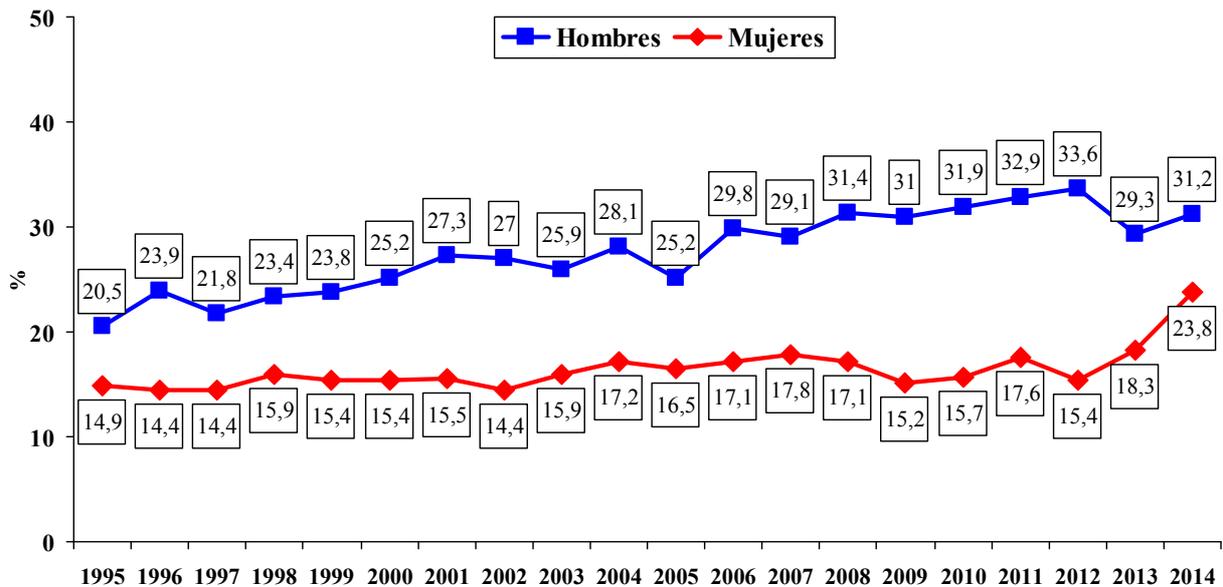
**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON  
SOBREPESO U OBESIDAD\*.**



\*Índice de Masa Corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>

SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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



\*Índice de Masa Corporal  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>

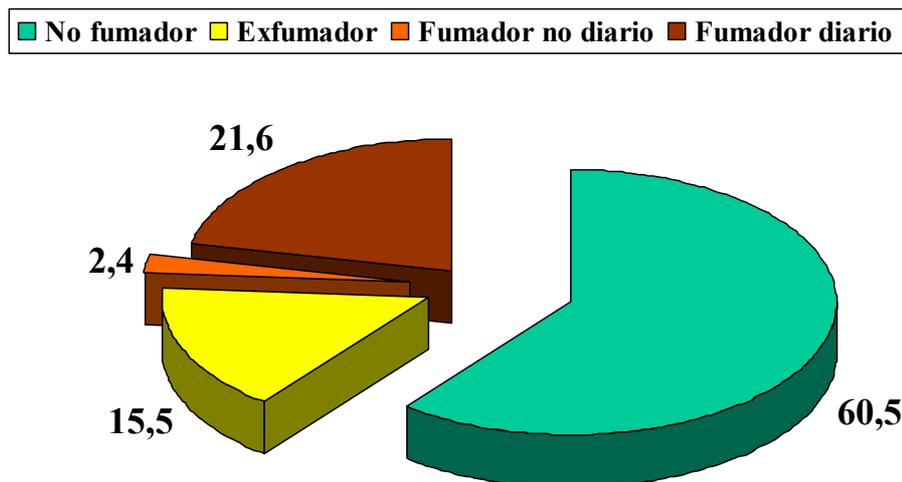
SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

## 4.5. CONSUMO DE TABACO

El 39,5% de los entrevistados refirió haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida. En función de la situación actual de consumo, un 24,0% era fumador en el momento de realizar el estudio (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria). Un 21,6% eran fumadores diarios. La proporción de exfumadores fue 15,5% (figura 8).

**Figura 8.**

**Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

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

El consumo de 20 cigarrillos o más al día lo presentó un 4,4% de los entrevistados, proporción que se incrementó al 20,4% considerando sólo los fumadores diarios.

La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores y exfumadores), fue 39,2%.

Del total de fumadores actuales un 5,6% estaba pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 13,2% en los próximos 6 meses.

Por otra parte, el 24,3% de los fumadores diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

**Tabla 7. Proporción de fumadores y de abandono del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	39,5 (±2,1)*	45,3 (±3,1)	44,0 (±2,9)	21,5 (±4,3)	44,2 (±3,4)	58,7 (±3,4)
Fumadores actuales(a)	24,0 (±1,9)	27,0 (±2,8)	21,2 (±2,5)	19,2 (±3,9)	24,5 (±3,0)	25,7 (±3,0)
Fumadores diarios	21,6 (±1,8)	24,2 (±2,7)	19,2 (±2,4)	16,0 (±3,6)	21,6 (±3,8)	24,4 (±2,9)
Consumo 20 ó más cigarrillos	4,4 (±0,9)	6,2 (±1,5)	2,7 (±1,0)	1,5 (±1,2)	4,2 (±1,4)	6,0 (±1,6)
Proporción de abandono(b)	39,2 (±3,4)	40,4 (±4,6)	37,7 (±5,0)	24,0 (±8,4)	35,6 (±5,3)	46,0 (±5,0)

\* Intervalo de confianza al 95%

(a) Fumador ocasional o diario.

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

Respecto a la evolución, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso de fumadores fue del 36,9% en los hombres y del 37,9% en las mujeres (figura 9).

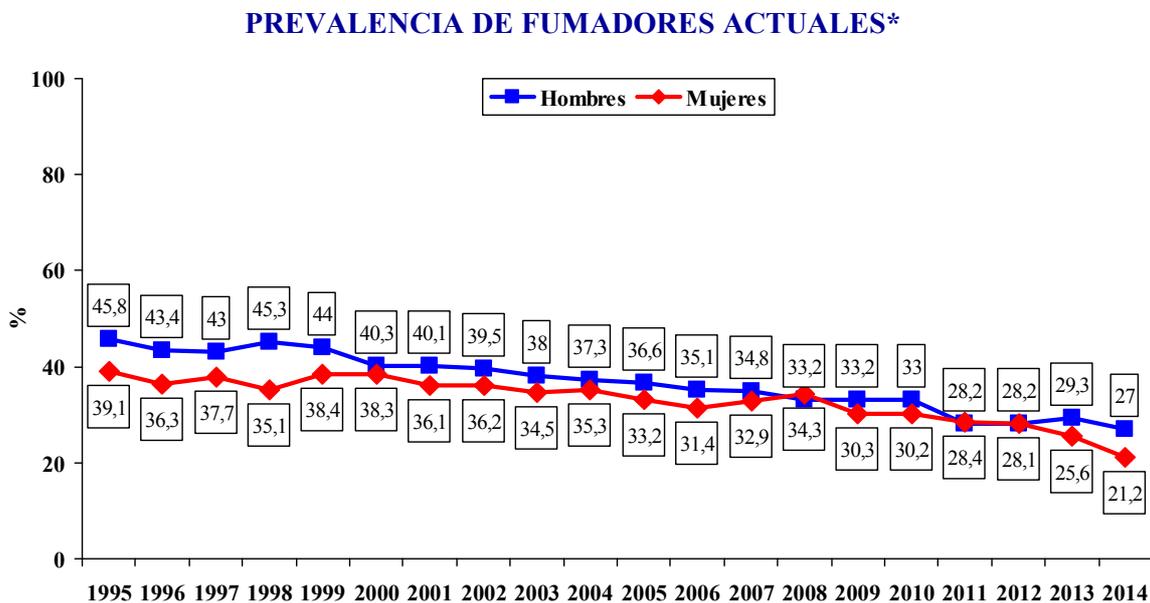
Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (descenso del 69,7% en hombres y del 67,8% en las mujeres)

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

En concreto, en el periodo 1995/1996-2013/2014, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 36,4% en hombres y un 80,2% en mujeres.

Figura 9.

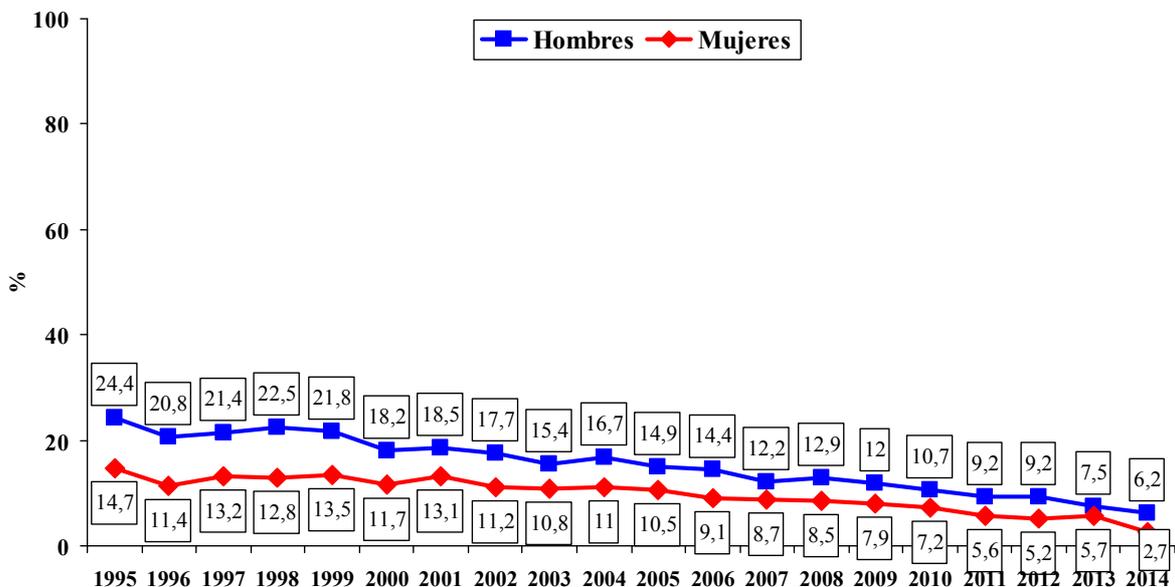
**Evolución del consumo de tabaco.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

\* Fumador ocasional o diario

**PREVALENCIA DE FUMADORES DE  $\geq 20$  CIGARRILLOS/DÍA**

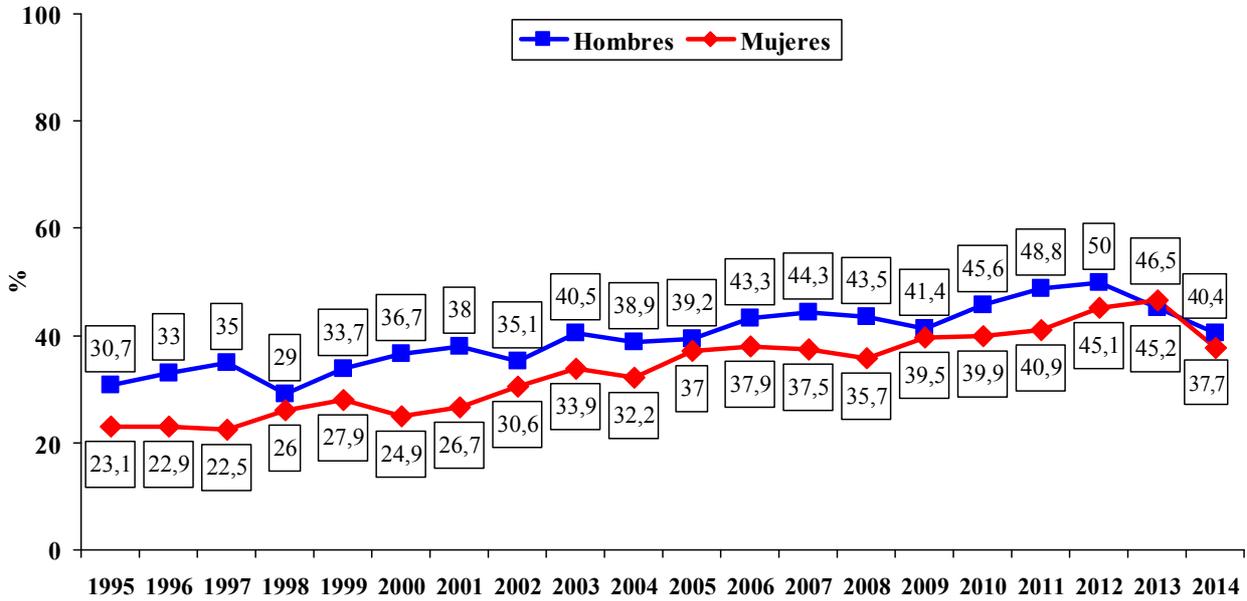


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 10.**

**Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**

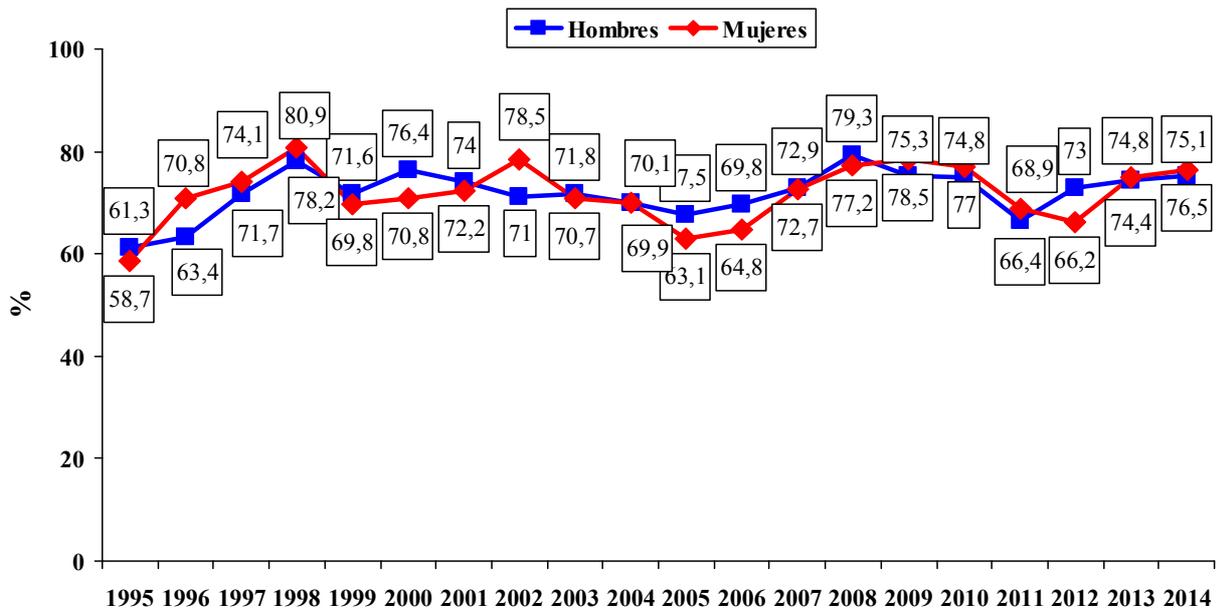
**PROPORCIÓN DE ABANDONO\* DEL CONSUMO DE TABACO**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

\* Exfumadores/(fumadores actuales + exfumadores)

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

## 4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

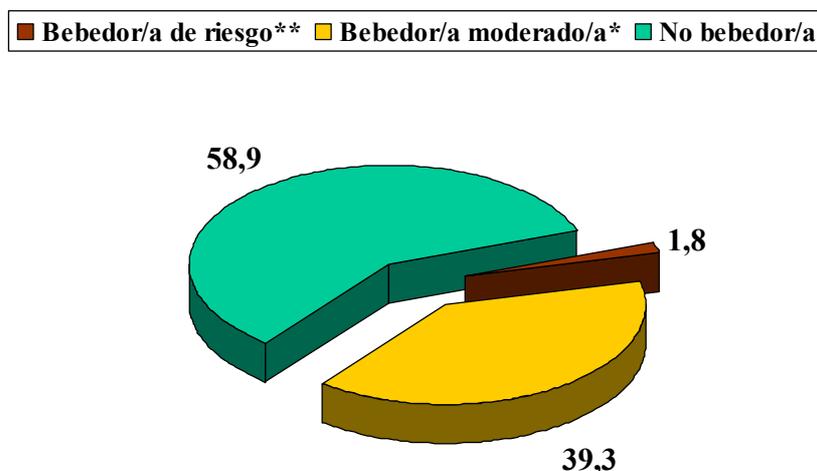
El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 31,6 gramos (g), 46,4 g en hombres y 17,8 g en mujeres. El 38,4% de los encuestados fueron clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta situación 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

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

En 2014, un 1,8% de la población fue clasificada como bebedor de riesgo, un 39,3% como bebedor moderado y un 58,9% como no bebedor (figura 11). Además, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,4 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

### Figura 11.

**Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

\*\* Consumo de alcohol de  $\geq 40$  g/día en hombres y  $\geq 24$  g/día en mujeres

El 6,1% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de  $\geq 80$  g en hombres y  $\geq 60$  g en mujeres). Este consumo fue 2,3 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento aumentó al disminuir la edad, siendo 2,1 veces más frecuente en el grupo de 18-29 años en comparación con el de 45-64 años.

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue 6,8% (9,3% de los hombres y 4,4% de las mujeres). La máxima frecuencia se observó en los más jóvenes, con casi uno de cada diez, debido, como se ha descrito anteriormente, a la frecuencia más elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

**Tabla 8. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales(a)	38,4 (±2,1)*	49,4 (±3,1)	28,1 (±2,7)	32,2 (±4,6)	39,9 (±3,4)	40,0 (±3,4)
Bebedores con consumo promedio de riesgo(b)	1,8 (±0,6)	2,1 (±0,9)	1,5 (±0,7)	2,0 (±1,4)	1,7 (±0,9)	1,8 (±0,9)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días(c)	6,1 (±1,0)	8,6 (±1,8)	3,7 (±1,2)	9,1 (±2,8)	6,4 (±1,7)	4,3 (±1,4)
Consumo de riesgo global (d)	6,8 (±1,1)	9,3 (±1,8)	4,4 (±1,2)	9,6 (±2,9)	7,0 (±1,8)	5,1 (±1,5)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	10,5 (±2,2)	14,1 (±3,1)	4,4 (±2,4)	13,4 (±5,9)	9,0 (±3,1)	10,8 (±3,4)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días(e)	1,7 (±0,6)	2,8 (±1,1)	0,5 (±0,5)	1,8 (±1,6)	1,7 (±1,0)	1,7 (±1,0)

\* Intervalo de confianza al 95%.

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

(b) Consumo de alcohol de  $\geq 40$  g/día en hombres y  $\geq 24$  g/día en mujeres.

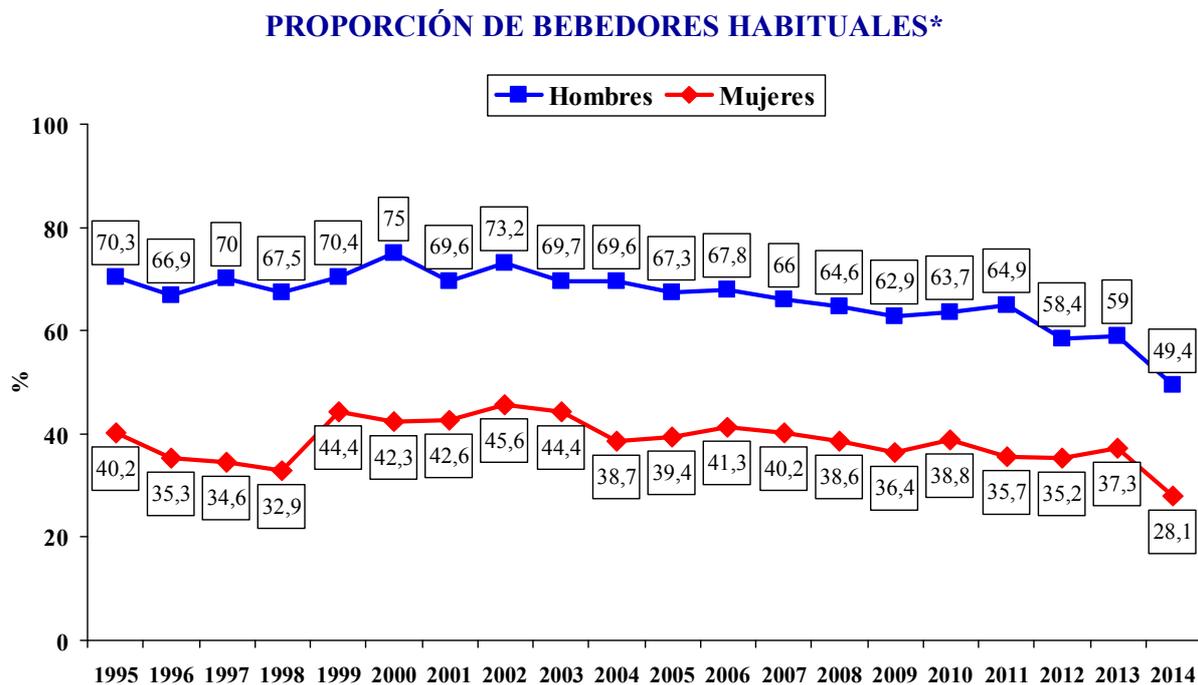
(c) Consumo en un corto período de tiempo de  $\geq 80$  g en hombres y  $\geq 60$  g en mujeres.

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

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

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE<sup>22-24</sup> (test que estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica. La respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en qué consiste el test indica presencia del síndrome), del total de bebedores habituales, en un 10,5% se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (14,1% de los hombres y 4,4% de las mujeres). Por último, un 1,7% de los entrevistados que habían conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo había hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. Este comportamiento se observó casi exclusivamente en los hombres, con un 2,8% frente al 0,5% de las mujeres, aumentando la frecuencia al disminuir la edad.

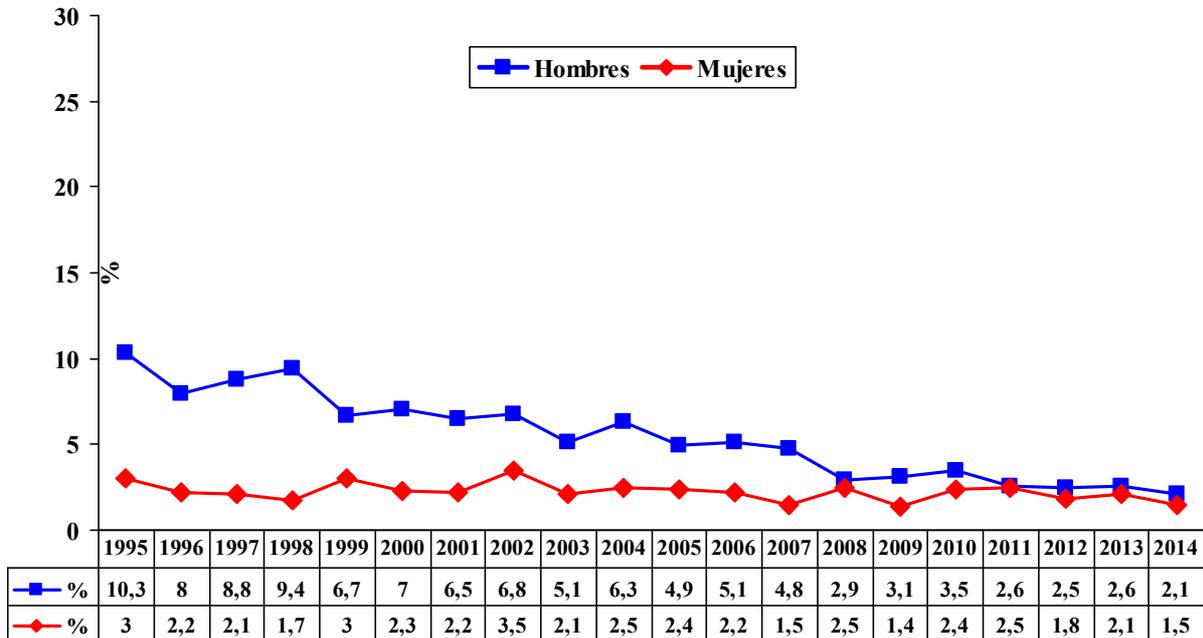
**Figura 12. Evolución del consumo de alcohol.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

**PROPORCIÓN DE BEBEDORES CON CONSUMO PROMEDIO DE RIESGO\***

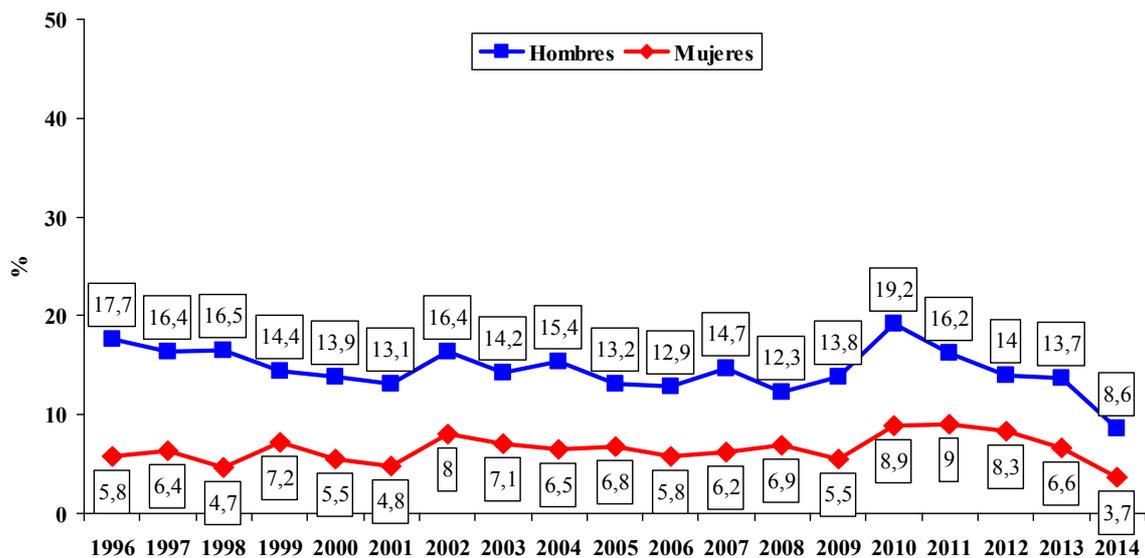


\* Consumo de alcohol  $\geq 40$  g/día en hombres y  $\geq 24$  g/día en mujeres.

SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 13. Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**

**PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO EN UNA MISMA OCASIÓN\***



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

**Figura 14. Evolución de la conducción bajo los efectos del alcohol.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



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

SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2013/2014, especialmente en los hombres. En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 21,0% en hombres y un 13,4% en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó un 74,3% en hombres y un 30,8% en mujeres, respectivamente. Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión (figura 13) disminuyó en hombres un 34,6% y un 15,6% en mujeres. Por último, la proporción de personas que habían conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (figura 14) se redujo en hombres (un 52,0%) y mujeres (63,0%), aunque como se ha señalado anteriormente, en términos absolutos, este comportamiento se observa principalmente en los hombres. En las mujeres, la frecuencia media de esta conducta en el periodo 1995-2014 fue 0,8%, habiendo superado el 1,0% tan sólo en cuatro ocasiones en estos veinte años.

## 4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

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

En este apartado se recoge la situación relativa a un conjunto de factores sobre los que el nivel institucional de Atención Primaria señala una serie de recomendaciones clínicas a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)25-26, como la medición de la tensión arterial, la medición del colesterol, la realización de citologías, la realización de mamografías, la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. De las prácticas citadas, las cuatro primeras han sido vigiladas por el SIVFRENT-A desde 1995. Posteriormente, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid<sup>18</sup>, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de SOH y de colonoscopias o sigmoidoscopias, indicadores cuyos resultados se incorporaron por primera vez al informe anual correspondiente al año 2013<sup>15</sup>.

En las tablas 9-11 podemos observar la proporción de personas que se habían realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el PAPPS<sup>25-26</sup>. La gran mayoría refirió realizarse el control de la tensión arterial y del colesterol, aunque un 21,4% no cumplió alguna de estas recomendaciones. Un 12,6% de los entrevistados afirmó que un médico o enfermera le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 60,8% estaba tomando medicación, el 6,3% se controlaba el peso, un 27,1% había reducido la ingesta de sal, y un 7,8% hacía ejercicio físico. El 74,1% seguía alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 25,9% no realizaba ninguna. A un 21,0% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 34,7% tomaba medicamentos, el 42,9% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 12,3% practicaba ejercicio físico. El 69,8% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 30,2% no realizaba ninguna.

Por otro lado, un 4,5% de las mujeres de 25-34 años y un 3,8% de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca, y un 0,5% de las mujeres de 25-34 años y un 1,8% de las de 35 a 64 años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más. En cuanto a la mamografía, un 3,0% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado una nunca y el 6,4% lo había hecho hacía más de dos años.

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

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años(a)	18 - 40 años	87,0 (±2,1)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	89,9 (±1,8)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	78,3 (±4,6)
	Mujeres < 46 años	86,8 (±2,6)
Medición de colesterol <5 años(b)	Hombres ≥35 años	88,1 (±2,5)
	Mujeres ≥46 años	91,5 (±2,7)

\*Intervalo de confianza al 95%; <sup>(a); (b)</sup> Medición de la tensión arterial<sup>(a)</sup>/colesterol<sup>(b)</sup> hace menos de 5 años.

**Tabla 10. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	12,6 (±1,4)*	12,5 (±2,1)	12,7 (±2,0)	3,5 (±1,8)	8,1 (±1,9)	21,4 (±2,8)
Colesterol elevado	21,0 (±1,8)	20,4 (±2,5)	21,5 (±2,5)	5,3 (±2,2)	16,1 (±2,5)	33,3 (±3,2)

\*Intervalo de confianza al 95%.

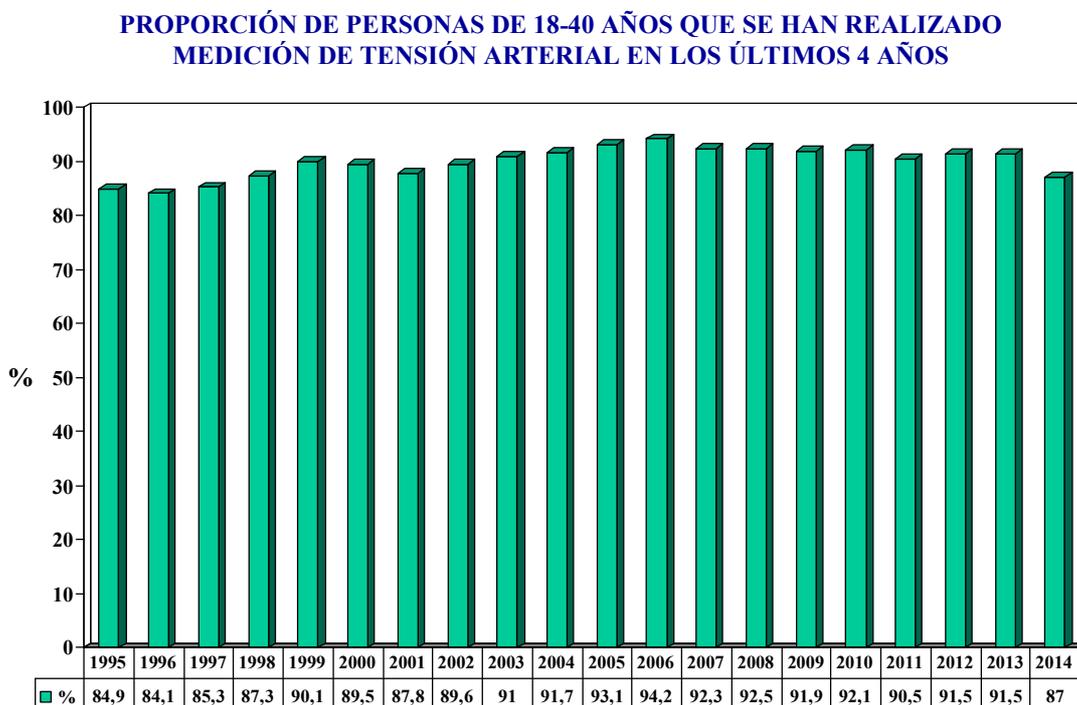
**Tabla 11. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías.**

	EDAD	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	25-34 años	95,0 (±3,0)*
	≥35 años	94,4 (±1,7)
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	90,5 (±3,3)

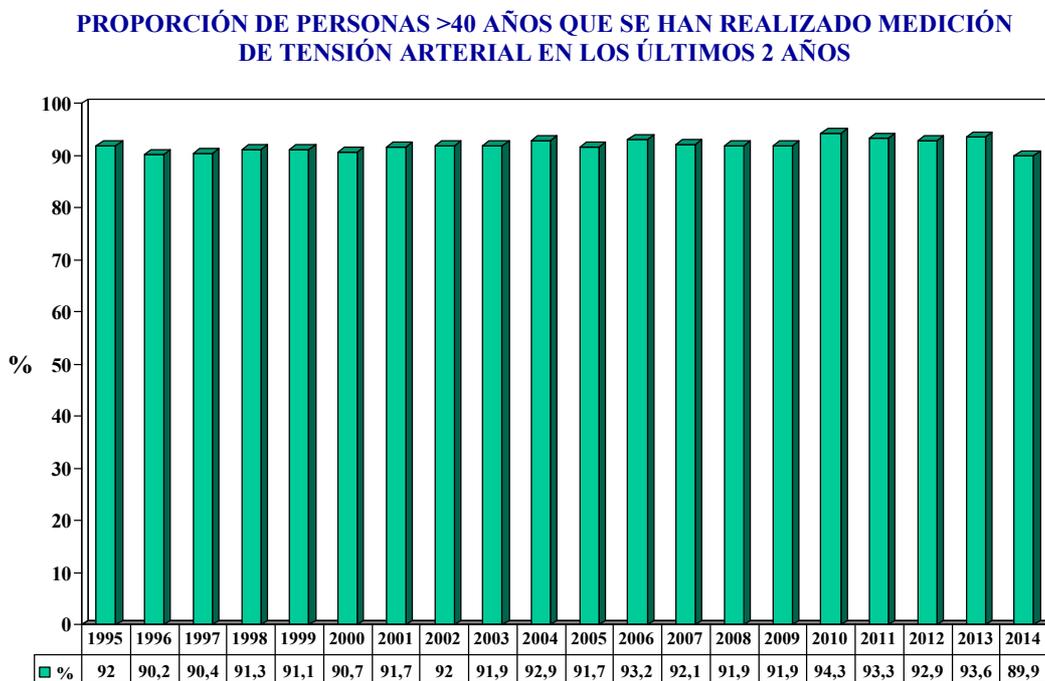
\*Intervalo de confianza al 95%.

Todos estos indicadores han mejorado en estos veinte 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 76,6% comparando el promedio de los años 2013 y 2014 con el de 1995 y 1996 (figura 17).

**Figura 15. Evolución de la medición de tensión arterial.  
Comunidad de Madrid, 1995-2014**



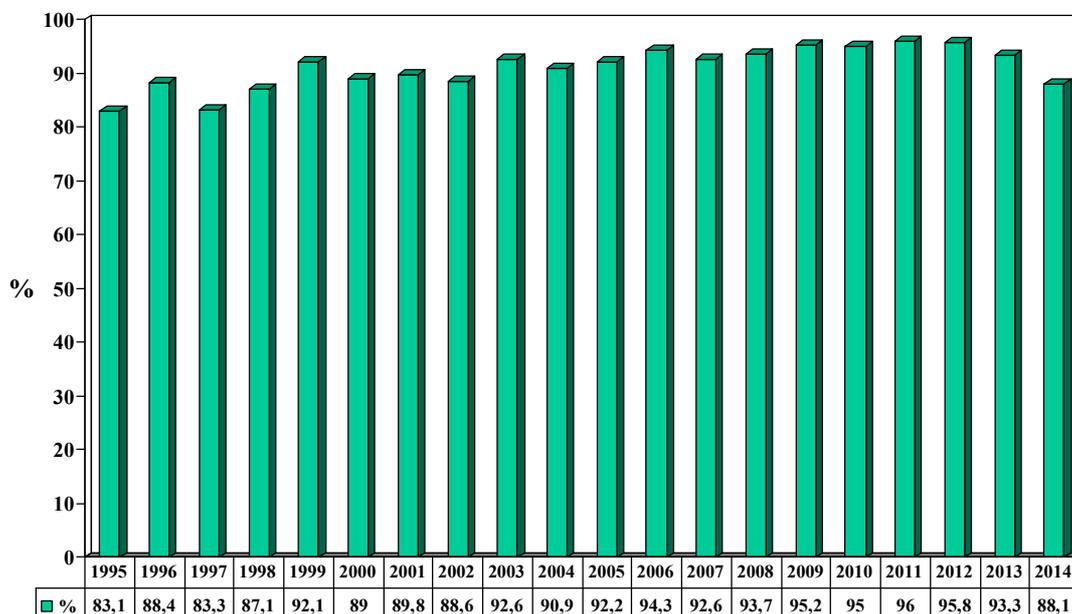
SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 16. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2014**

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

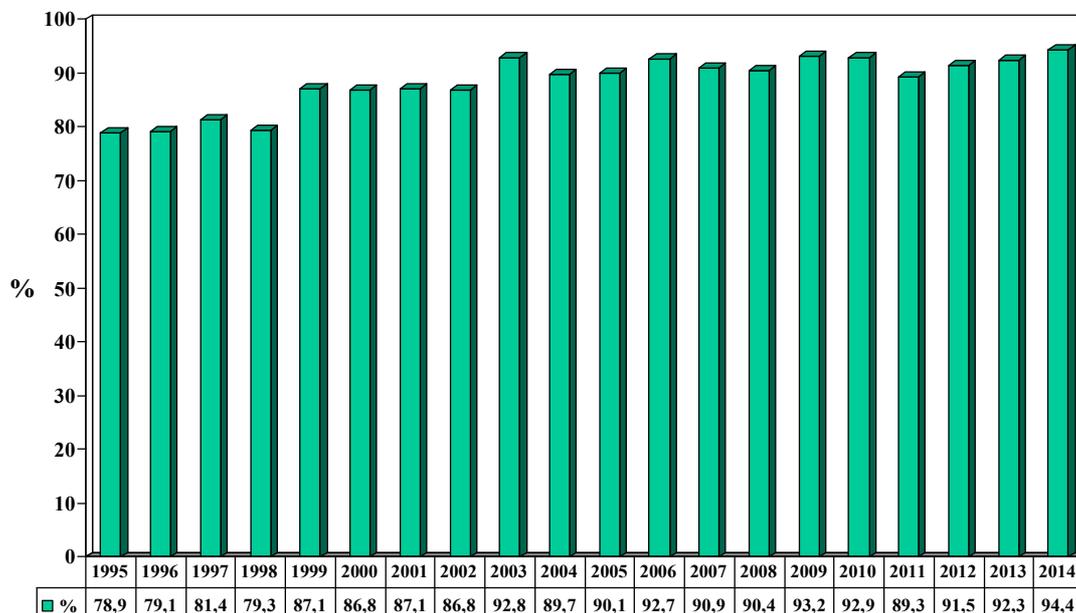


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 17. Evolución de la realización de citologías y mamografías.**

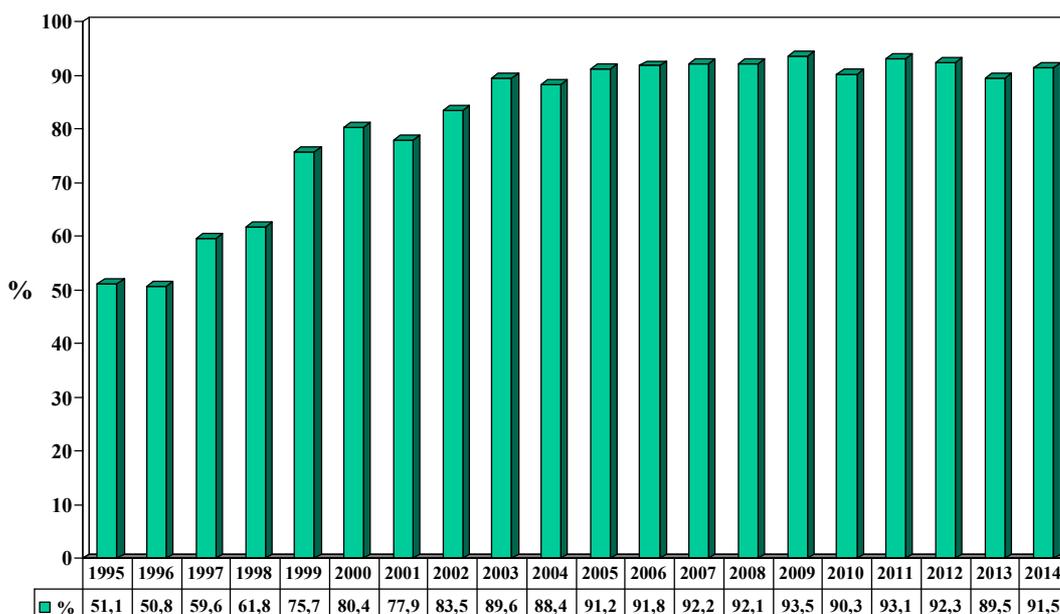
**Comunidad de Madrid, 1995-2014**

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

En la tabla 12 se presenta la proporción de personas a las que habían realizado un test de sangre oculta en heces y la proporción de personas a las que habían realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia. La población a la que se refieren los resultados es la de 50 a 64 años. El 65,3% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces, el 23,6% se lo había realizado hace 2 años o menos y el 11,0% hace más de 2 años (tabla 12). En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 68,1% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas, el 28,2% se había realizado la prueba hace 4 años o menos y el 3,8% restante hace más de 4 años (tabla 12).

**Tabla 12. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

	TOTAL	SEXO	
		Hombre	Mujer
Test de sangre oculta en heces hace 2 años o menos	23,6 (±3,5)*	24,9 (±5,3)	22,6 (±4,8)
Colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos	28,2 (±3,7)	28,4 (±5,5)	28,0 (±5,1)

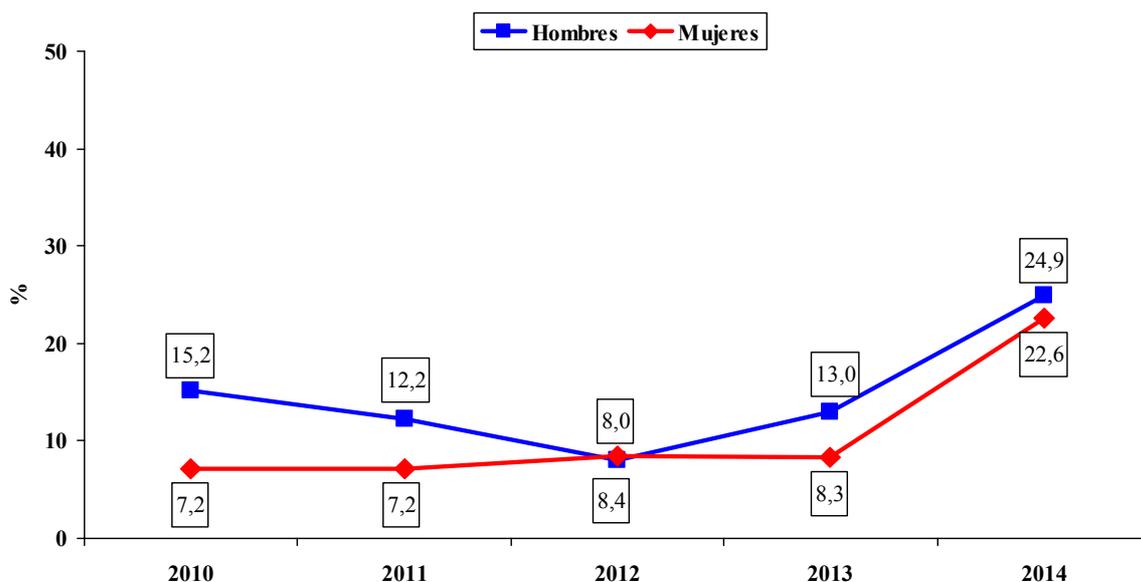
\*Intervalo de confianza al 95%.

**Figura 18.**

### Evolución de la realización del test de sangre oculta en heces

Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2014

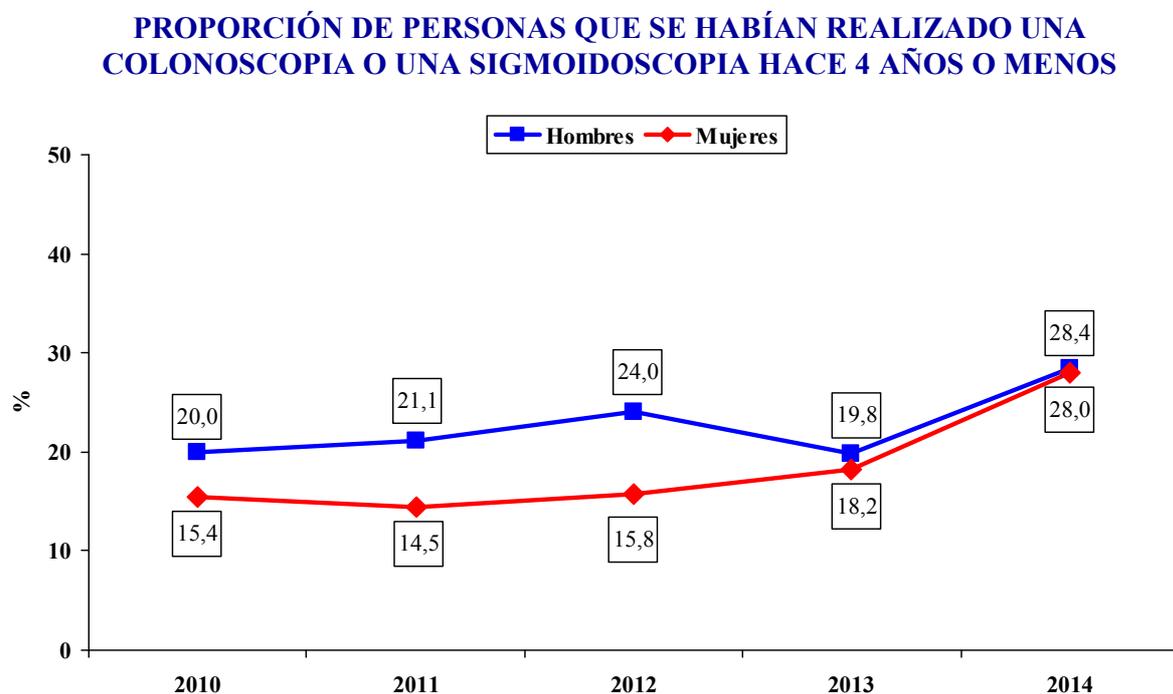
#### PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE SE HABÍAN REALIZADO UN TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES HACE 2 AÑOS O MENOS



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 19.

**Evolución de la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia  
Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

En las figuras 18 y 19 se muestra la evolución desde 2010, año en se introdujo este indicador en el SIVFRENT-A. En general, la realización de estas pruebas venía siendo más frecuente en hombres que en mujeres. En 2014, la realización de estas pruebas fue similar en hombres y en mujeres. Por otro lado, comparando los dos primeros años, 2010/2011, con los dos últimos, 2013/2014, se observó un aumento del 38,3% en hombres y del 114,6% en mujeres en la realización del test de sangre oculta en heces hace 2 años o menos, y un aumento del 17,3% en hombres y del 54,5,7% en mujeres en la realización de la colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos.

#### 4.8. ACCIDENTES

Un 2,9% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La frecuencia de accidentes fue similar en todos los grupos de sexo y edad examinados.

Un 0,9% de los entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico.

Durante los últimos 12 meses un 0,1% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 1,7% fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

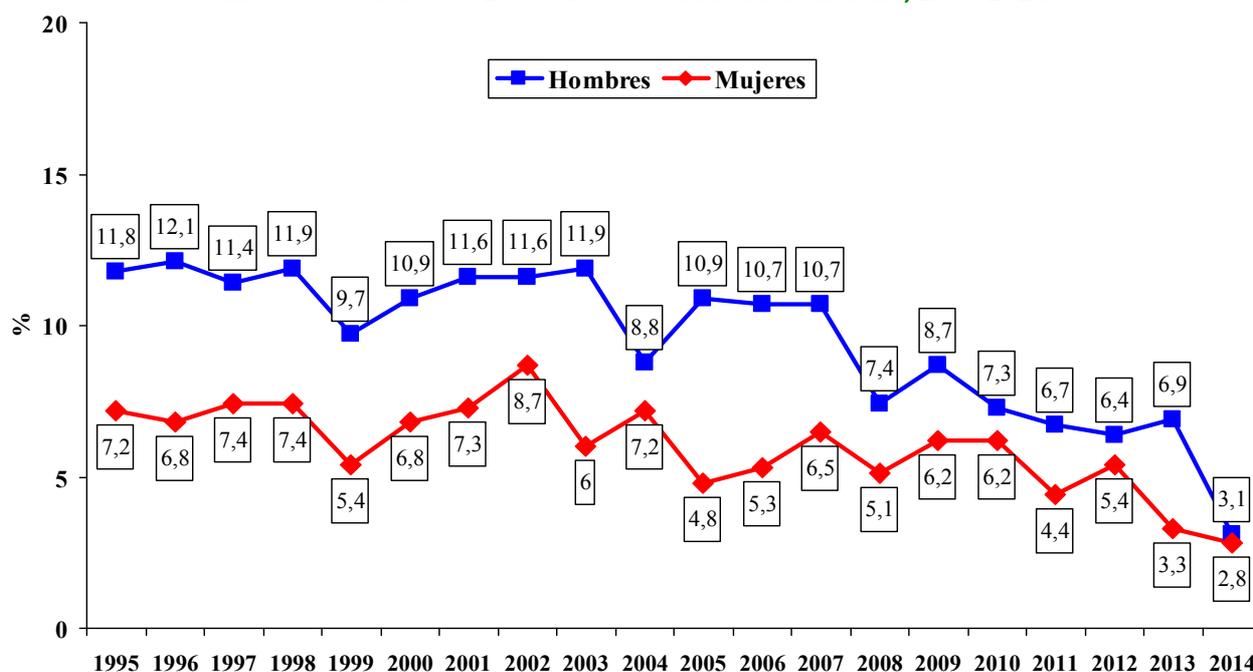
Se observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 58,2% en hombres y del 56,4% en mujeres durante el 2013/2014 respecto a 1995/1996 (figura 20).

**Tabla 13. Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

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

\*Intervalo de confianza al 95%.

**Figura 20. Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

## 4.9. SEGURIDAD VIAL

El 1,1% de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,7% en la conducción por carretera.

Un 10,3% viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 2,4% manifestó no haber utilizado siempre el casco.

El 5,8% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes. El 0,9% de ellos manifestó no haber utilizado el casco en alguna ocasión.

Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia con la que se producen estos comportamientos, los indicadores están sometidos a una gran variabilidad muestral, por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en las figuras 21 y 22 se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en todos los indicadores a lo largo de estos años (entre 1995 y 2014).

**Tabla 14. No utilización “siempre” del cinturón de seguridad y casco en moto. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

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

\* Intervalo de confianza al 95%

\*\*Variación superior al 100%

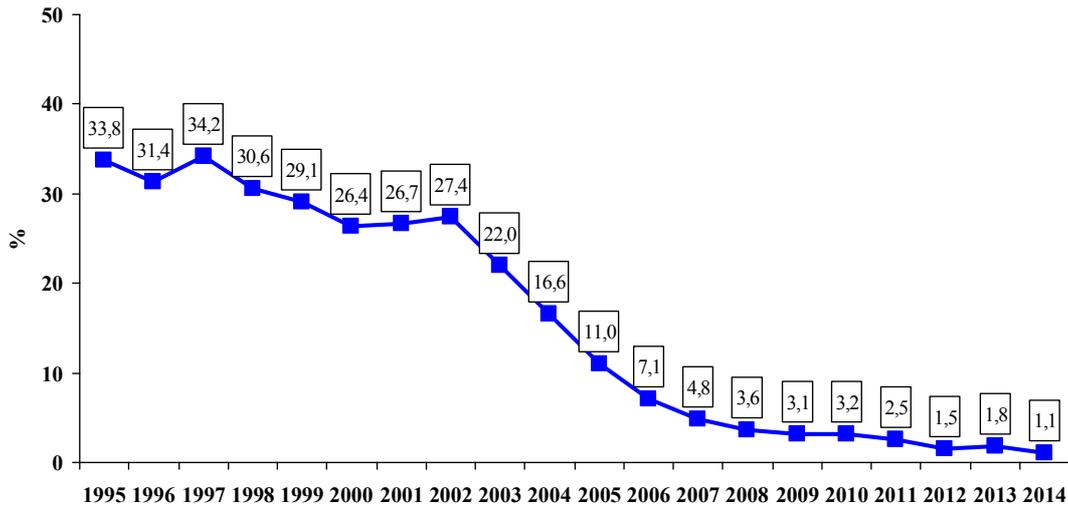
**Figura 21.**

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

**Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2014**

**b) Por ciudad**

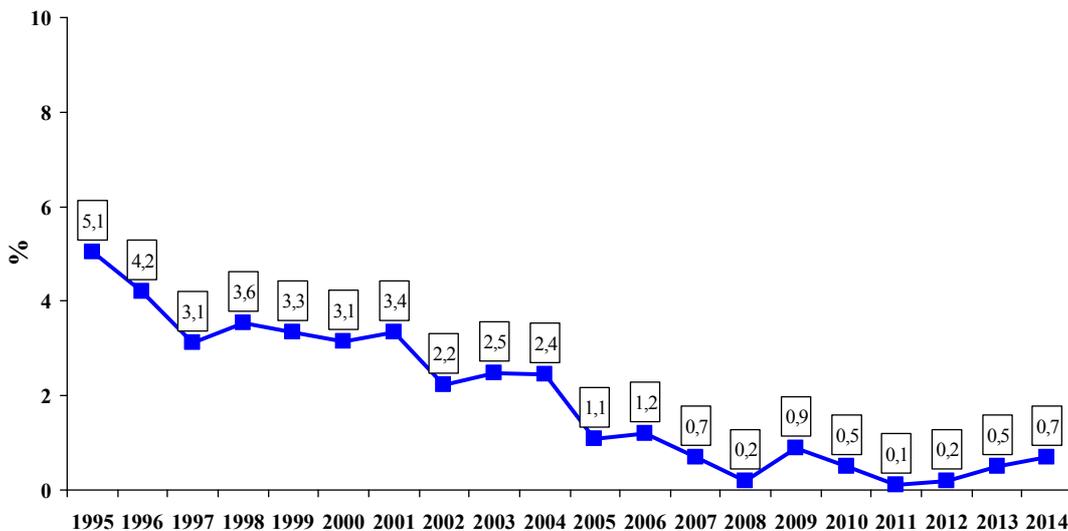
**PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CIUDAD**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**b) Por carretera**

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

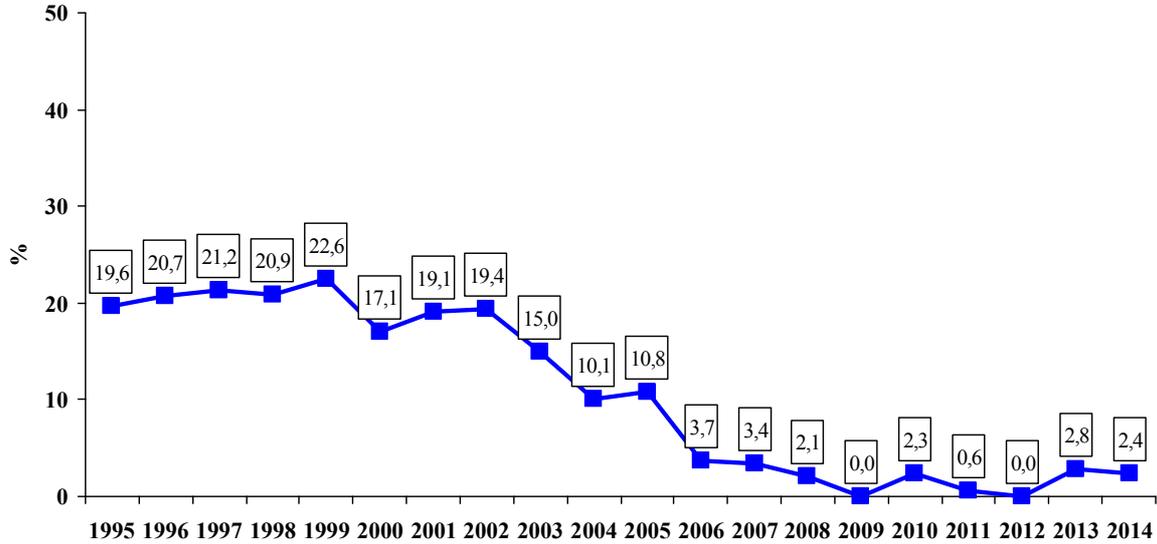


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**Figura 22. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2014**

**a) Por ciudad**

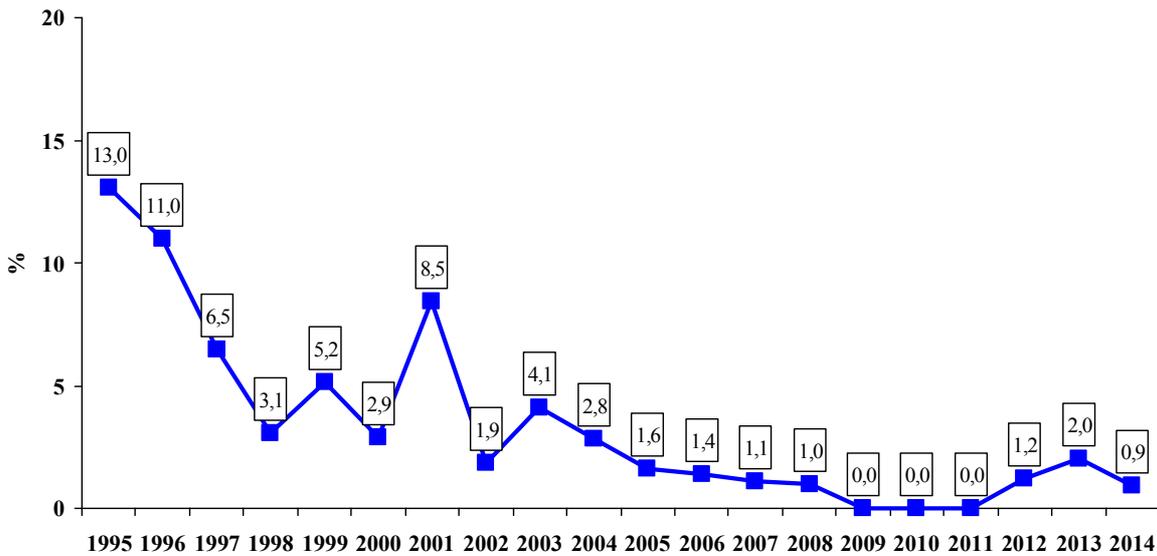
**PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CASCO EN MOTO POR CIUDAD**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

**b) Por carretera**

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



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

## 4.10. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE SU PAREJA O EXPAREJA

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública<sup>27</sup>. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A. Los resultados observados se incluyeron por primera vez en el informe anual correspondiente al año 2013<sup>15</sup>.

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

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

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

En 2014, de las mujeres que señalaron tener o haber tenido relación con pareja o expareja durante el último año (el 83,3% de todas las entrevistadas), un 0,6% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 0,9% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 1,8% que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias (tabla 15). En total, el 2,5% de las mujeres con pareja o expareja habían sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de sus parejas o exparejas en el último año. Esta situación fue más frecuente al disminuir la edad (tabla 15 y figura 23).

En el breve periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2014, no se observan cambios notables. El seguimiento del problema es aún demasiado corto para poder hablar de tendencias. Hay que tener en cuenta también que la frecuencia con la que se registran estos comportamientos es pequeña en términos absolutos. Esto hace que pequeños cambios absolutos se traduzcan en grandes cambios relativos y, por otro lado, supone que las estimaciones están sometidas a una mayor variabilidad muestral con amplios intervalos de confianza (ver en la tabla 15 que los intervalos de confianza del 95% de las estimaciones puntuales en 2014 para los distintos grupos de edad incluyen los valores de las estimaciones puntuales para cada grupo de todos los años anteriores).

**Tabla 15. Violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja. Proporción de mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014.**

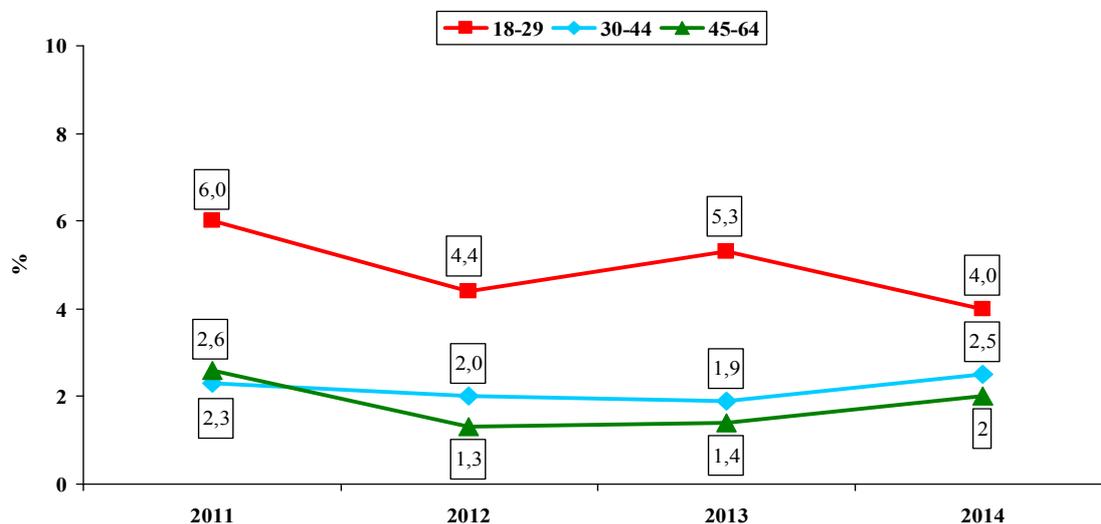
SU PAREJA O EXPAREJA, ALGUNA VEZ:	TOTAL	EDAD		
		18-29	30-44	45-64
Le dio una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	0,6 (±0,5)*	0,7 --**	0,6 --**	0,6 --**
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	0,9 (±0,6)	1,3 --**	1,1 --**	0,6 --**
Trató de controlar sus actividades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

\* Intervalo de confianza al 95%

\*\*Variación superior al 100%

**Figura 23. Evolución de la proporción de mujeres cuya pareja o expareja infringió contra ellas algún tipo de violencia en el último año. Mujeres de 18-64 años, Comunidad de Madrid, 2011-2014.**

**PROPORCIÓN DE MUJERES CUYA PAREJA O EXPAREJA HA EJERCIDO CONTRA ELLAS ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

## 4.11. AGREGACIÓN DE FACTORES

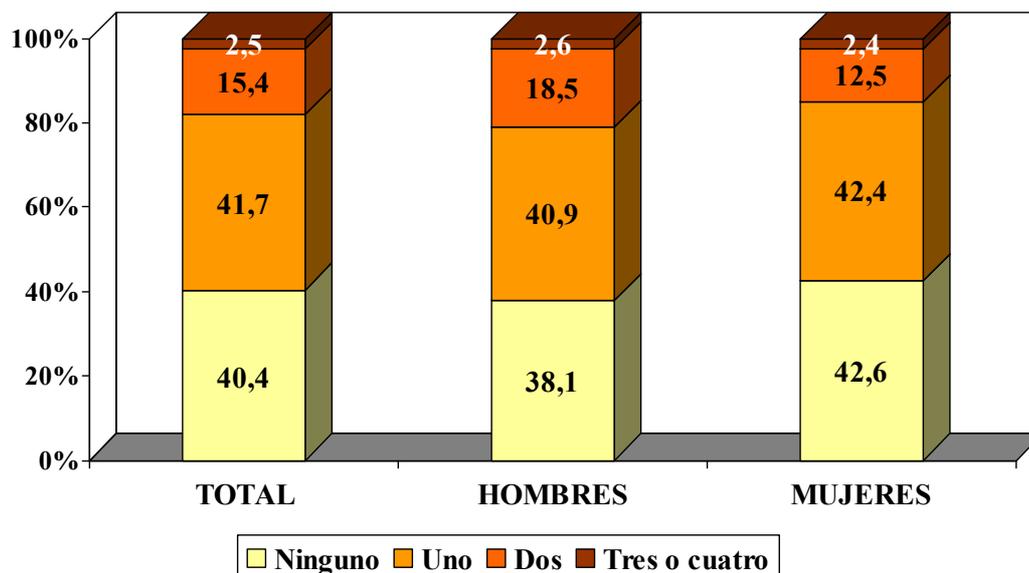
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación.

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

De acuerdo con los criterios expuestos, el 40,4% de los entrevistados no tenía ningún factor de riesgo, el 41,7% tenía uno, el 15,4% dos y el 2,5% tres (figura 24). Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad (figuras 24-26). Es destacable el grupo de 45-64 años, entre quienes la presencia de dos o más factores de riesgo fue 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres. Por último, en el figura 26 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es descendente, con una disminución porcentual durante 2013/2014 comparado con 1995/1996 del 29,4% en hombres y del 15,1% en mujeres.

Figura 24.

### Agregación de factores de riesgo\*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014

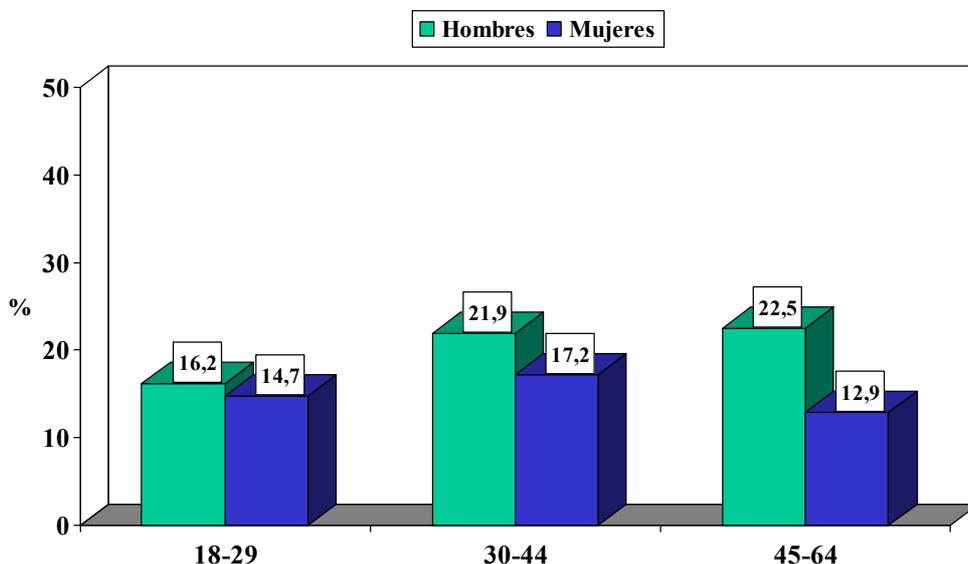


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

**Figura 25.**

**Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo\*, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2014**

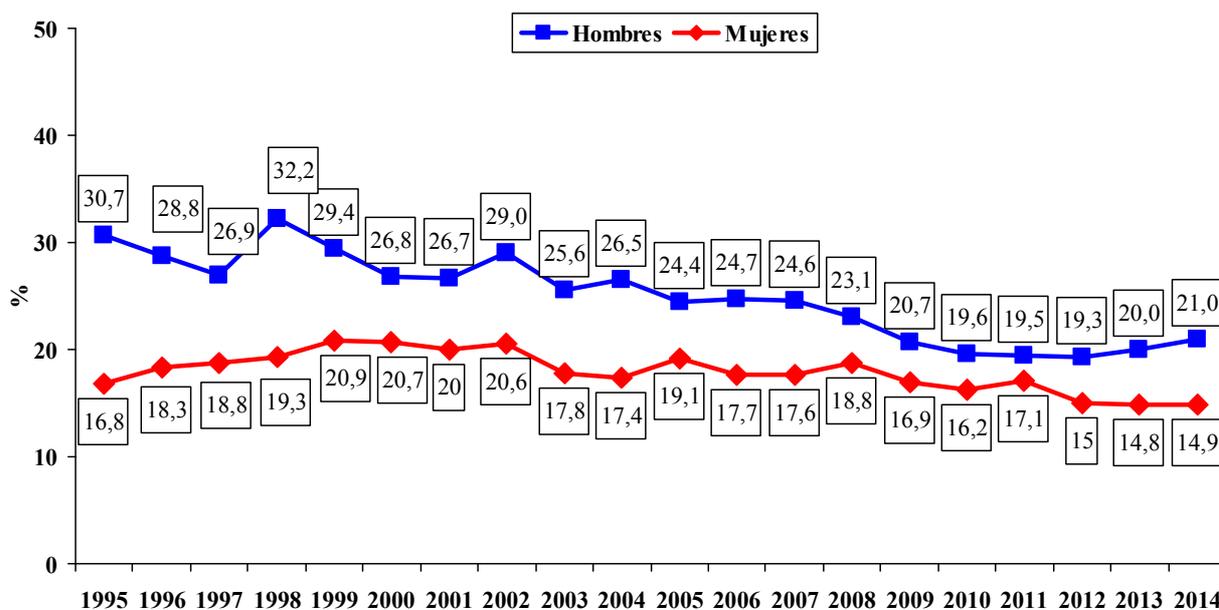


SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

**Figura 26.**

**Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo\*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2014**



SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

## Agradecimientos

Al Servicio de Informes de Salud y Estudios por facilitar la base de datos de Cibeles para la extracción de la muestra de estudio.

## 5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Global burden of diseases and risk factors. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL editores. New York: Oxford University Press; 2006.
2. World Health Organization. The Global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Pedrero P, Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M. Mortalidad general y por causas en la Comunidad de Madrid, 2011. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2014; 20 (2): 3-61.
5. Díez-Gañán L. Morbilidad hospitalaria, Comunidad de Madrid, 2008. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2009; 15 (10): 3-73.
6. Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86: 625-7.
7. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19: 145-51.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (12): 3-15.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1996, 1997 y 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997, 1998 y 1999, respectivamente.
10. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000; 6 (9 Supl): 3-28.
11. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000 y 2001. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001 y 2002, respectivamente [citado el 1 de Diciembre de 2015]. Disponible en:  
<http://www.madrid.org>
12. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2002, 2003, 2004, 2005. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003, 2004, 2005 y 2006, respectivamente [citado el 1 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
13. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2006. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2007 [citado el 1 de Diciembre de 2015]. Disponible en:<http://www.madrid.org>
14. Dirección General de Atención Primaria. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2007, 2008 y 2009. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2008, 2010 (Enero) y 2010 (Noviembre), respectivamente [citado el 1 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org>

15. Díez-Gañán L. Servicio de Epidemiología. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2010, 2011, 2012 y 2013. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011, 2012, 2013 y 2014, respectivamente [citado el 1 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
16. Consejería de Sanidad. Memoria Anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Año 2013. Madrid: Consejería de Sanidad; 2015. [citado el 1 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
17. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc;1988:377-85.
18. Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
19. Ainsworth BE , Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR Jr, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc. 2011 Aug;43(8):1575-81.
20. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
21. 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.
22. 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.
23. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc 1997; 157: 1529-1535.
24. 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.
25. Maiques A, Brotons C, Villar F, Martín E, Banegas JR, Navarro J, Alemán JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega R, Orozco-Beltrán D, Gil V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria 2014; 46 Supl 4: 3-15.
26. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, Melús-Palazón E. Recomendaciones de prevención del cáncer. Aten Primaria 2014; 46 Supl 4: 24-41.
27. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. Science. 2013; 340:1527-8.



## Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2015, semanas 40 a 44 (del 28 de septiembre al 1 de noviembre de 2015)

	Casos Semanas 40 a 44	Casos Acumulados Semanas 1 a 44	Tasas* Semanas 40 a 44	Tasas* Acumulados Semanas 1 a 44
<b>Infecciones que causan meningitis</b>				
Enfermedad meningocócica	5	39	0,1	0,6
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	0	17	0,0	0,3
Meningitis bacterianas, otras	5	47	0,1	0,7
Meningitis víricas	16	242	0,2	3,7
Enfermedad neumocócica invasora	52	426	0,8	6,6
<b>Hepatitis víricas</b>				
Hepatitis A	6	46	0,1	0,7
Hepatitis B	1	39	0,0	0,6
Hepatitis víricas, otras				
<b>Enfermedades transmisión por alimentos</b>				
Botulismo	0	1	0,0	0,0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	7	43	0,1	0,7
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	4	0,0	0,1
Triquinosis	0	0	0	0
<b>Enfermedades transmisión respiratoria</b>				
Gripe	894	10.760	13,9	1716,0
Legionelosis	5	70	0,1	1,1
Varicela	668	6.215	10,3	96,3
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>				
Infección Gonocócica	131	1.004	2,0	15,46
Sífilis	30	360	0,5	5,6
<b>Antropozoonosis</b>				
Brucelosis	0	4	0,0	0,1
Leishmaniasis	2	58	0,0	0,9
Rabia	0	0	0	0
<b>Enfermedades prevenibles inmunización</b>				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	50	437	0,8	6,8
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	1	0,0	0,0
Sarampión	0	5	0,0	0,1
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	40	576	0,16	8,9
<b>Enfermedades importadas</b>				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	24	95	0,4	1,5
Peste	0	0	0	0
<b>Tuberculosis</b>				
Tuberculosis	51	580	0,8	9,0
<b>Enfermedades notificadas por sistemas especiales</b>				
Encefalopatía Espongiforme trans. humana	5	12	0,1	0,2
Lepra	1	1	0,0	0,0
Rubéola congénita	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0
Parálisis flácida aguda (<15 años)	2	2	0,2	0,2

\* Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



## Brotos Epidémicos

### Comunidad de Madrid. Año 2015, semanas 40 a 44 (del 28 de septiembre al 1 de noviembre de 2015)

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.

#### Brotos de origen alimentario. Año 2015. Semanas 40-44

Lugar de consumo	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 40-44			Semanas 1-44			Semanas 1-44		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	1	14	0	26	395	55	25	144	9
Domicilios	3	16	0	44	208	69	30	166	41
Residencias geriátricas	0	0	0	1	99	0	2	75	1
Centros educativos	0	0	0	4	91	3	6	375	0
Otros lugares	1	37	0	5	60	2	1	2	0
Residencias no geriátricas	0	0	0	2	15	0	1	57	0
Desconocido	0	0	0	2	4	0	2	5	1
Centros sanitarios	0	0	0	0	0	0	1	17	0
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	4	72	0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>84</b>	<b>872</b>	<b>129</b>	<b>72</b>	<b>913</b>	<b>52</b>

#### Brotos de origen no alimentario. Año 2015. Semanas 40-44

Tipo de brote*	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 40-44			Semanas 1-44			Semanas 1-44		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	6	187	2	40	1065	12	41	1660	11
Conjuntivitis vírica	1	3	0	9	264	0	9	399	0
Varicela	4	36	1	15	142	3	13	104	2
Tos ferina	1	4	0	41	101	19	23	71	8
Escarlatina	0	0	0	5	34	0	2	11	0
Escabiosis	0	0	0	6	33	0	5	69	0
Meningitis vírica	0	0	0	8	18	17	0	0	0
Enfermedad pie, mano y boca	1	9	0	2	14	0	7	70	0
Giardiasis	0	0	0	4	13	2	0	0	0
Parotiditis	0	0	0	4	9	0	3	7	0
Legionelosis	0	0	0	2	7	7	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	0	0	0	2	6	6	0	0	0
Shigelosis	0	0	0	1	5	0	1	3	0
Hepatitis A	0	0	0	2	4	0	4	8	2
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	1	3	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>239</b>	<b>3</b>	<b>143</b>	<b>1721</b>	<b>66</b>	<b>108</b>	<b>2402</b>	<b>23</b>

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



## Red de Médicos Centinela

**Periodo analizado: Año 2015, semanas 40 a 44**

(del 28 de septiembre al 1 de noviembre de 2015)

*Esta sección incluye información mensual procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 122 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (170.450 habitantes, 2,6% de la población). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública.*

[http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=Portalsalud%2FPage%2FPTSA\\_servicioPrincipal&vest=1265618561630](http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=Portalsalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630)

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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 74,8% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2015.

**TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 44 de 2015.**

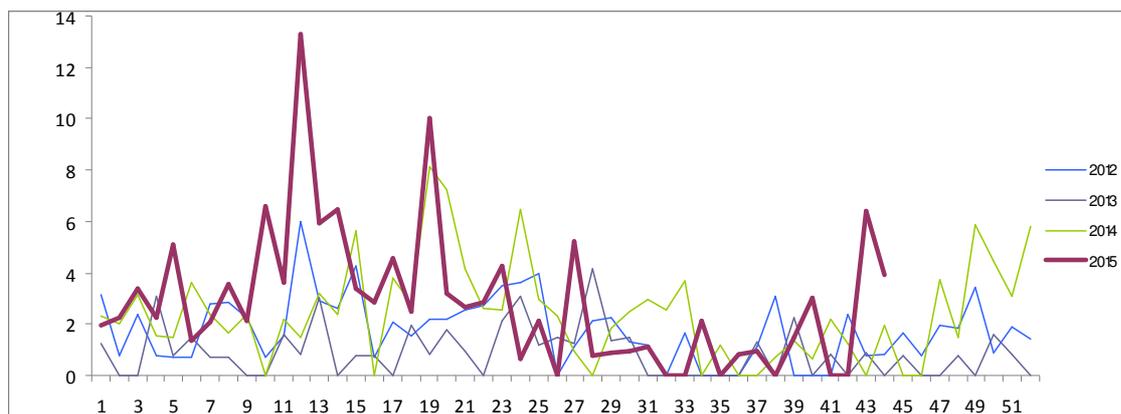
	Sem. 40 a 44 de 2015	Año 2015
Gripe*	45	2308*
Varicela	15	144
Herpes zoster	45	354
Crisis asmáticas	126	813

<sup>a</sup> De la semana 40 de 2014 hasta la 20 de 2015

## VARICELA

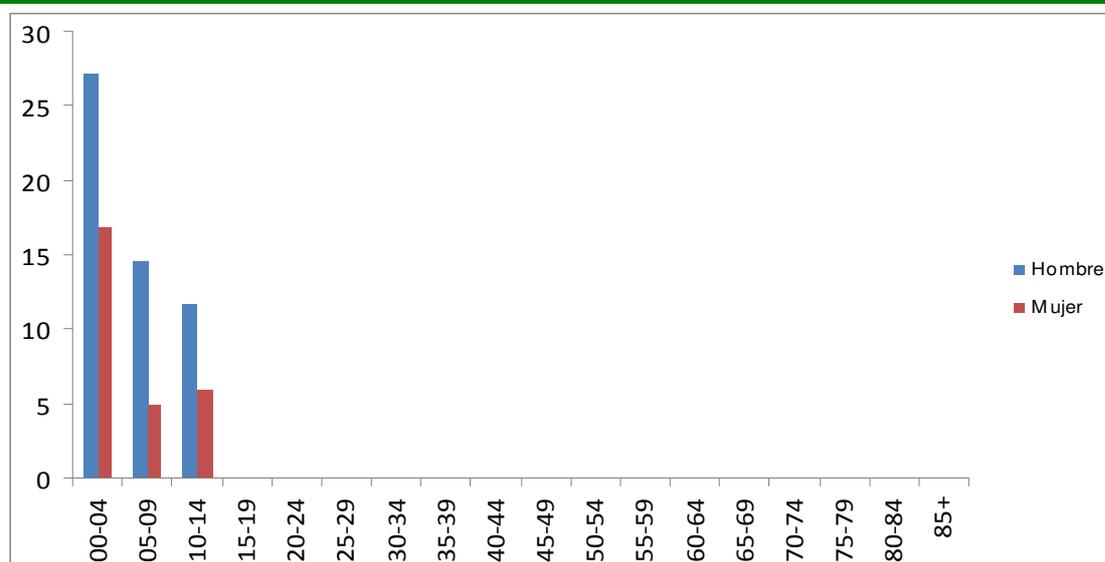
Durante las semanas 40 a 44 del año 2015 se han declarado 15 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 9,39 casos por 100.000 personas (IC 95%: 3,78 – 15,01). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2012-2014 y desde la semana 1 a la 44 de 2015.

**GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2012-2015.**



De los 15 casos notificados, 10 (66,66%) eran hombres y 5 (33,33%) mujeres. Todos los casos eran menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

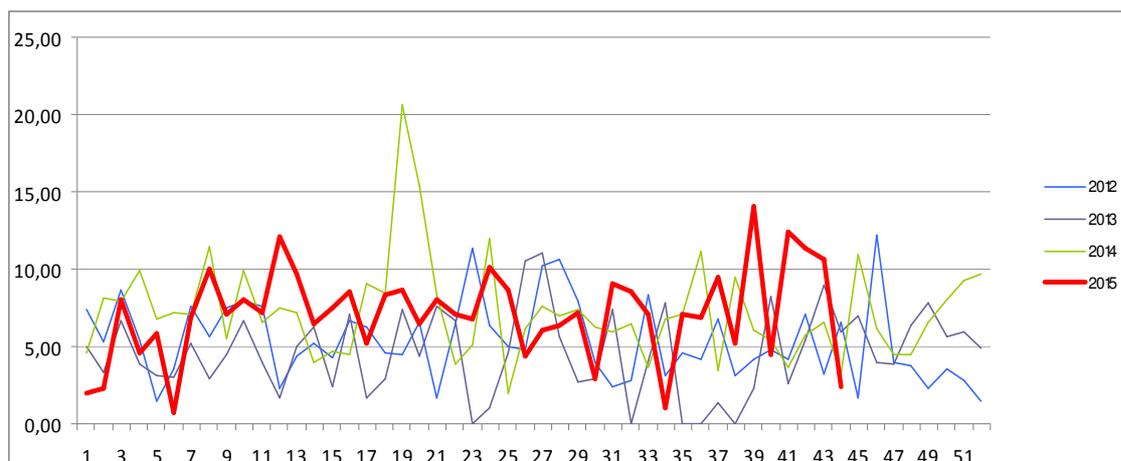
**GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 44 de 2015**



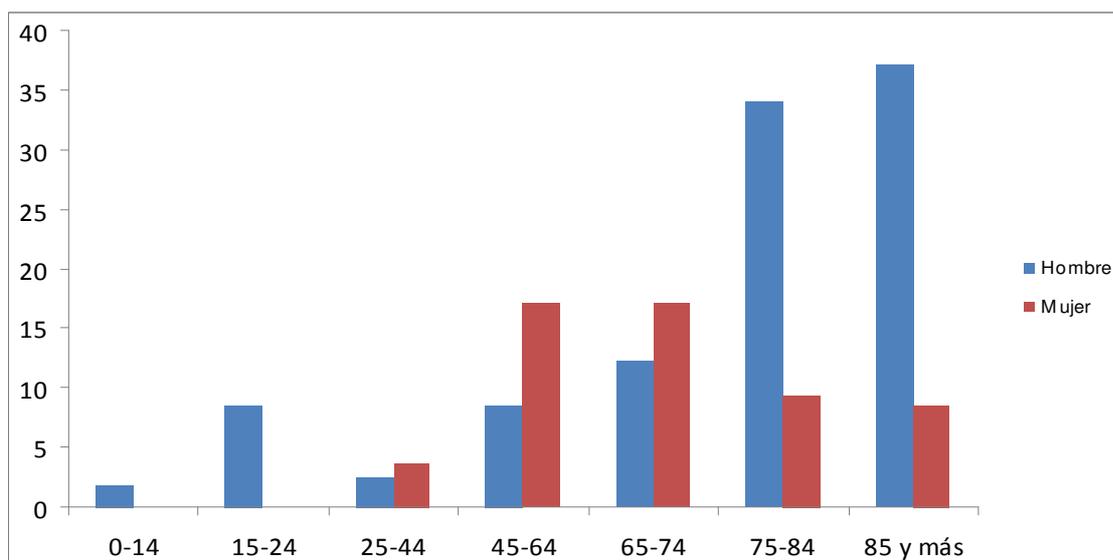
## HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 45 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 40 a 44 de 2015, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 38,95 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 27,51 – 50,39). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2012 hasta la semana 44 de 2015. El 53,33% de los casos se dio en mujeres (24 casos). El 82,22% de los casos se dieron en mayores de 44 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el gráfico 4.

**GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2012-2015.**

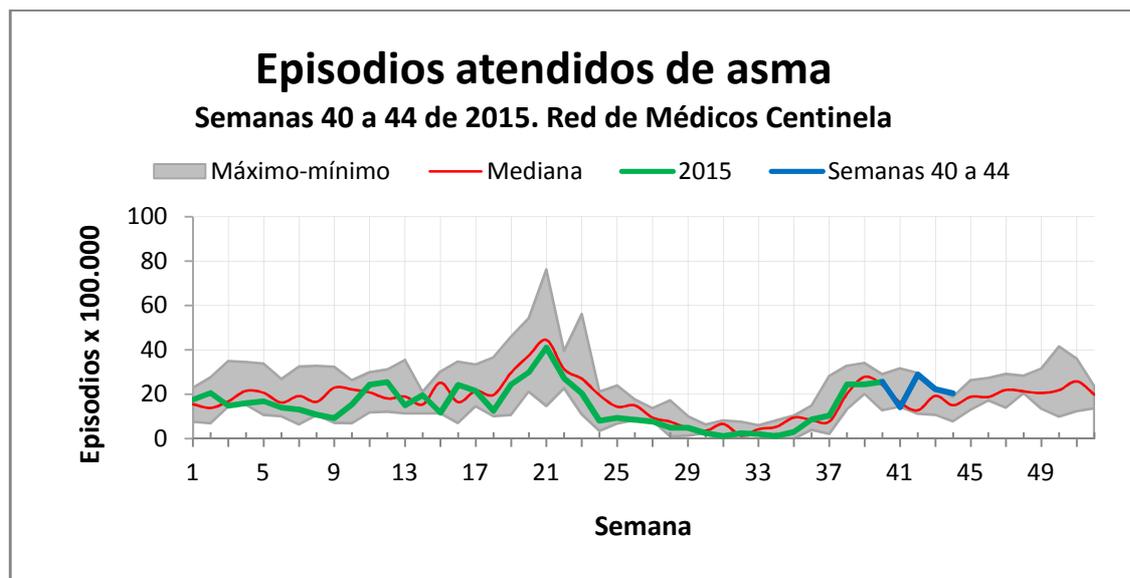


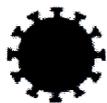
**GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 44 de 2015.**



## CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 40 a 44 de 2015 la Red de Médicos Centinela notificó 126 episodios de asma. Se representan los episodios atendidos semanales por 100.000 habitantes, junto con el canal epidémico formado por los valores semanales máximo, mínimo y mediana de los últimos 5 años. La incidencia se corresponde con los valores esperados en esta época del año y se mantiene por debajo de la mediana del quinquenio.



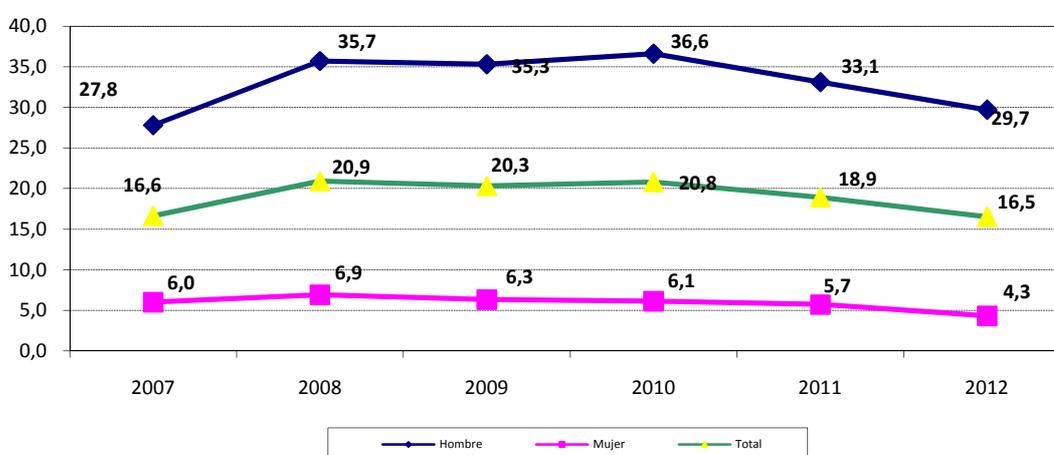


## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

### CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. Octubre 2015.

Desde el año 2007 hasta el 30 de septiembre de 2015 se han notificado 9.160 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 84,9% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,2 años (DE: 10,6). El 45,2% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (266) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

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



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

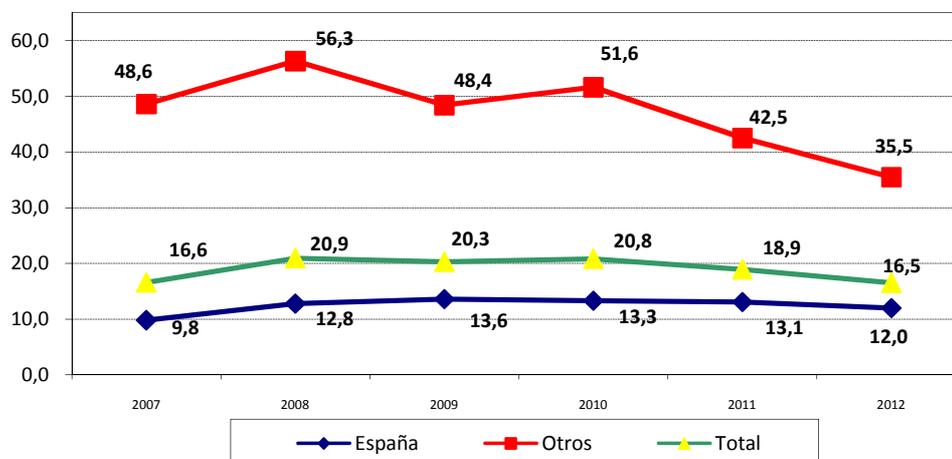
Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 13,6; H: 24,9; M: 3,2

Año 2014 no consolidado. Tasas: T: 13,1; H: 24,1; M: 2,9

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
<b>2007</b>	820	81,3	188	18,7	1008
<b>2008</b>	1085	82,9	224	17,1	1309
<b>2009</b>	1092	84,1	207	15,9	1299
<b>2010</b>	1144	85,0	202	15,0	1346
<b>2011</b>	1036	84,5	190	15,5	1226
<b>2012</b>	930	86,5	145	13,5	1075
<b>2013*</b>	778	87,8	108	12,2	886
<b>2014*</b>	746	88,5	97	11,5	843
<b>2015*</b>	150	89,3	18	10,7	168
<b>Total</b>	<b>7781</b>	<b>84,9</b>	<b>1379</b>	<b>15,1</b>	<b>9160</b>

\* Años no definitivos

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

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

Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 13,6; E: 10,2; O: 28,5.

Año 2014 no consolidado. Tasas: T: 13,1; E: 9,8; O: 27,5

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

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
UDI	192	4,2	82	2,6	49	12,1	9	0,9
HSH	3614	78,2	2209	69,7				
HTX	409	8,8	638	20,2	316	78,3	945	97,0
Otros	8	0,2	15	0,5	15	3,7	9	0,9
Desconocido/ N.C.	394	8,6	220	7,0	24	5,9	12	1,2
Total	4617	100	3164	100	404	100	975	100

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

### Retraso en el diagnóstico

El 16% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 14,1% en autóctonos y del 18,4% en foráneos.

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

	N	Infecciones agudas y recientes	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ $\mu$ l)	DT (<350 células/ $\mu$ l)	<500 células/ $\mu$ l
2007	783	4	344	30,9	50,8	70,1
2008	1086	8	391	25,2	43,0	63,5
2009	1081	24	405	25,7	42,8	61,1
2010	1098	15	400	24,4	42,3	61,2
2011	1020	21	381	27,3	46,2	64,3
2012	928	33	418	24,4	41,4	60,3
2013	773	46	430	23,4	40,8	59,1
2014	753	53	467	20,7	36,4	54,4
2015	149	16	419	26,2	42,3	59,7
<b>07 -15</b>	<b>7671</b>	<b>220</b>	<b>403 (RI: 198-625)</b>	<b>25,3</b>	<b>43,0</b>	<b>61,8</b>

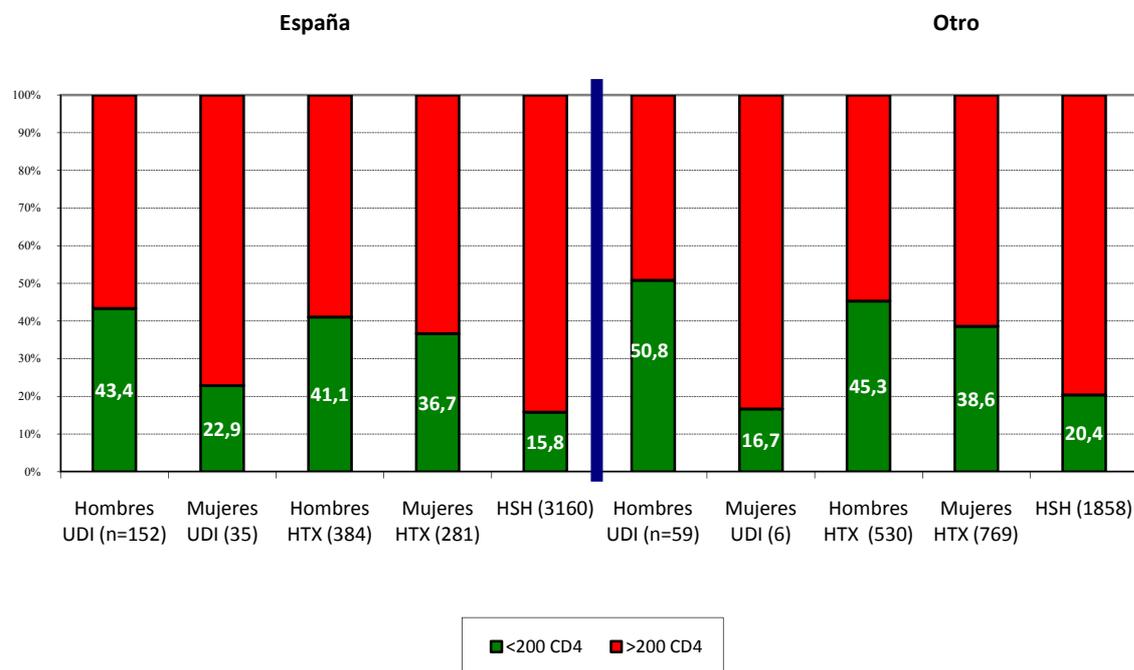
\* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 7671 nuevos diagnósticos (83,7%).

La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4. PEA: Presentación con enfermedad avanzada, DT: Diagnóstico tardío.

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

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
<b>Sexo</b>	Hombre (n=6356)	23,3%	40,6%	59,8%
	Mujer (1112)	37,2%	57,1%	73,6%
<b>Edad al diagnóstico de VIH</b>	13-19 años (110)	8,6%	24,1%	42,2%
	20-29 (2229)	14,2%	31,5%	52,9%
	30-39 (2786)	24,3%	42,0%	61,0%
	40-49 (1555)	34,9%	53,2%	70,3%
	>49 años (757)	45,2%	63,1%	78,0%
<b>Mecanismo de transmisión</b>	UDI (249)	41,7%	58,7%	70,6%
	HTX (1937)	40,6%	60,2%	76,5%
	HSH (4858)	17,5%	34,7%	55,1%
<b>País de origen</b>	España (4177)	21,9%	38,0%	56,7%
	Otros: (3291)	29,7%	49,4%	68,4%
	1. Europa Occidental (289)	13,5%	32,0%	56,9%
	2. Europa Oriental (224)	34,8%	48,0%	60,4%
	3. América Latina y Caribe (2074)	28,5%	48,8%	68,0%
	4. África Subsahariana (559)	39,7%	61,6%	79,4%
5. Norte de África y Oriente Medio (66)	42,0%	60,9%	72,5%	

### Gráfico 3. Porcentaje de casos con presentación con enfermedad avanzada de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.  
(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.

### CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. OCTUBRE 2015.

Casos de sida 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	317	76,4	98	23,6
	2008	318	73,3	116	26,7
	2009	305	77,2	90	22,8
	2010	279	75,6	90	24,4
	2011	249	80,1	62	19,9
	2012	211	77,0	63	23,0
	2013*	151	78,2	42	21,8
	2014*	113	80,7	27	19,3
	2015*	43	79,6	11	20,4
	07-15	1986	76,8	599	23,2
Edad media (años)		41,7 ± 10,4		39,5 ± 10,0	
País de origen		España: 65,3%		España: 54,3%	
Mecanismo transmisión		HSH: 44,3%		HTX: 67,8%	

\* Años no consolidados.

Fallecidos con infección VIH. 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	264	79,8	67	20,2
	2008	283	78,8	76	21,2
	2009	218	77,6	63	22,4
	2010	241	80,6	58	19,4
	2011	236	84,0	45	16,0
	2012	174	77,3	51	22,7
	2013*	96	78,7	26	21,3
	2014*	63	76,8	19	23,2
	2015*	30	85,7	5	14,3
	07-15	1605	79,7	410	20,3
Edad media (años)		48,1 ± 9,7		45,2 ± 9,5	
País de origen		España: 90,6%		España: 87,6%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,2%		UDI: 64,4%	

**Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:**

**[www.madrid.org/boletinepidemiologico](http://www.madrid.org/boletinepidemiologico)**

**El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid**



**Comunidad de Madrid**

**CONSEJERÍA DE SANIDAD**  
**Dirección General de Salud Pública**