



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

Nº 11.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 11. Volumen 22. Noviembre 2016

INFORME:

- **Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2015.**



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
www.madrid.org/boletinepidemiologico

Coordina:

Servicio de Epidemiología
C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta
28035 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Julio 2017

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain






BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 11.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 11. Volumen 22. Noviembre 2016

ÍNDICE

	<i>Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2015.</i>	5
	<i>EDO. Semanas 45 a 48 (del 7 de noviembre al 4 de diciembre de 2016).</i>	51
	<i>Brotos Epidémicos. Semanas 45 a 48, 2016.</i>	52
	<i>Red de Médicos Centinela, semanas 45 a 48, 2016.</i>	53
	<i>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, diciembre 2016.</i>	57

**INFORME:****HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2015****Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2015****ÍNDICE:**

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	9
3. METODOLOGÍA.....	10
4. RESULTADOS.....	12
4.1. Actividad física.....	12
4.2. Alimentación.....	15
4.3. Realización de dietas.....	21
4.4. Antropometría.....	22
4.5. Consumo de tabaco.....	24
4.6. Consumo de alcohol.....	28
4.7. Prácticas preventivas.....	32
4.8. Accidentes.....	39
4.9. Seguridad vial.....	40
4.10. Violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja.....	44
4.11. Agregación de factores.....	46
5. BIBLIOGRAFÍA.....	49

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2015.

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A). Año 2015

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 2015 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 40,6% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad laboral y el 65,1% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Comparando con 1995-1996, se incrementó la inactividad relacionada con la ocupación en las mujeres de forma sustancial con una ligera disminución en los hombres, y en el tiempo libre. La prevalencia de personas no activas en tiempo libre se redujo de forma importante en los últimos 5 años tanto en hombres como en mujeres, sin embargo se mantienen prevalencias de inactividad en el tiempo libre superiores al 60% tanto en hombre como en mujeres.

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 33,2% de la población no ingirió fruta diariamente (proporción que se incrementó al 34,2% en los jóvenes de 18 a 29 años), mientras que el 43% 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 2015 que el 48,4% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y la talla autodeclarados), siendo éste 1,6 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Además, la tendencia fue desfavorable, aumentando el exceso de peso (sobrepeso y obesidad, conjuntamente) un 25,2% en los hombres y un 37,6% en las mujeres entre 1995/1996 y 2014/2015.

Casi uno de cada cuatro madrileños de 18-64 años (23,8%) fumaban en 2015. Aunque esta prevalencia es muy elevada, el descenso relativo acumulado en estos veinte años de estudio fue del 38,5% en hombres y del 51,1% en mujeres. Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (39,4% en hombres y 81,6% en mujeres). Paralelamente, en este periodo la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó de forma importante (40,3% en hombres y 72,1% 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 75,8% en hombres y un 19,2% en mujeres). La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) también descendió (un 62,3% en hombres y un 47,5% en mujeres). En 2015, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue 2,6% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión 3,5%. Combinando ambos indicadores, el 6,1% 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 las mujeres fue en general muy elevado. 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 36,9% se había realizado un test de sangre oculta en heces hacía dos años o menos y un 42,2% se había realizado una colonoscopia o sigmoidoscopia hacía 4 años o menos), aunque estas prácticas aumentaron notablemente entre 2010/2011 y 2014/2015.

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 en los últimos años, sin embargo desde 2013 hasta 2015 parecen haberse relajado estas medidas sobre todo por ciudad.

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 1,9% 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 36,9% tenía al menos un factor de riesgo y un 10,1 % 2 o más.

Conclusiones: Durante 2015 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 muy elevadas que es necesario mejorar. Finalmente, continuó aumentando la realización de prácticas preventivas y las prevalencias muy bajas de incumplimiento de las medidas de protección de seguridad vial, lo que implica un mayor seguimiento de las recomendaciones sanitarias. Por último, subrayar la importancia de la vigilancia del problema de violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja, que siguen estando presentes en un 1,9 %, nada despreciable a nivel poblacional.

2.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes originan en nuestra región, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad¹⁻⁴.

Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión¹⁻³. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones⁴, estimándose que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad³.

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

Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para medir la carga que generan estas enfermedades pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan⁵⁻⁶.

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)⁷, 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 2015, con un formato similar al de las ediciones anteriores⁸, 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 de 2.011 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 2014). De acuerdo con los datos que constaban en el sistema de información poblacional, a 31 de diciembre de 2014, la población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.452.634 personas¹⁶. Considerando que el total de población en la Comunidad de Madrid a 1 de Enero de 2015 (cifras del Padrón continuo, Instituto Nacional de Estadística) era de 6.436.996 personas

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 2015, 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 ordenador¹⁰.

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 Madrid¹¹, 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.

Los resultados relativos a estos dos apartados se incluyeron por primera vez en el informe correspondiente al año 2013⁸.

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

Se han realizado un total de 2011 encuestas en personas de 18 a 64 años de edad. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra.

Número entrevistas	2011
Sexo (%)	
Hombres	48,8
Mujeres	51,2
Edad (%)	
18-29	19,9
30-44	39,9
45-64	40,1
Ámbito geográfico (%)	
Madrid capital	48,1
Corona metropolitana	43,5
Resto de municipios	8,4
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	1,2
Primarios	6,2
Secundarios 1º grado	20,1
Secundarios 2º grado	45,4
Universitarios	27,1

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

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 2015.

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 40,6% (38,4%-42,7%) 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 METs¹². 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 65,1% 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 74,0% 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, 2015.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral ^(a)	40,6 (38,4 -42,7)*	40,5 (37,5-43,6)	40,6 (37,7-43,7)	42,1 (37,4-47,1)	38,4 (35,0-41,8)	42,0 (38,6-45,5)
No activos en tiempo libre ^(b)	65,1 (63,0-67,1)	61,6 (58,6-64,5)	68,4 (65,5-71,2)	52,4 (47,6-57,1)	62,5 (59,1-65,8)	74,0 (70,8-76,9)

(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%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

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, 2015.

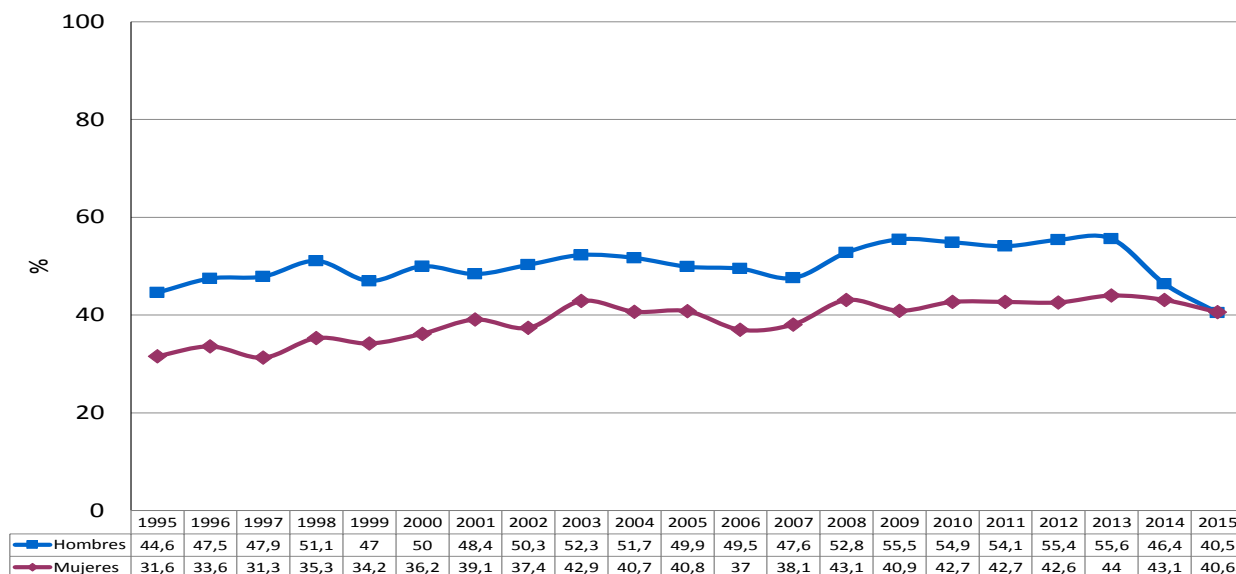
Hombre	%	Mujer	%
1. Footing	12,0	1. Gimnasia de mantenimiento	8,0
2. Bicicleta	9,8	2. Footing	5,9
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	8,0	3. Aerobic	6,7
4. Fútbol	5,2	4. Bicicleta	4,8
5. Natación	2,7	5. Natación	3,8

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

En la figura 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2015. Si comparamos el promedio de 2014/2015 frente al de 1995/1996, el sedentarismo durante la actividad habitual/laboral ha disminuido 5,0 % en hombres y se ha incrementado un 28,2% en mujeres. Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre disminuyó un 17,4 % en los varones y un 15,5% en las mujeres.

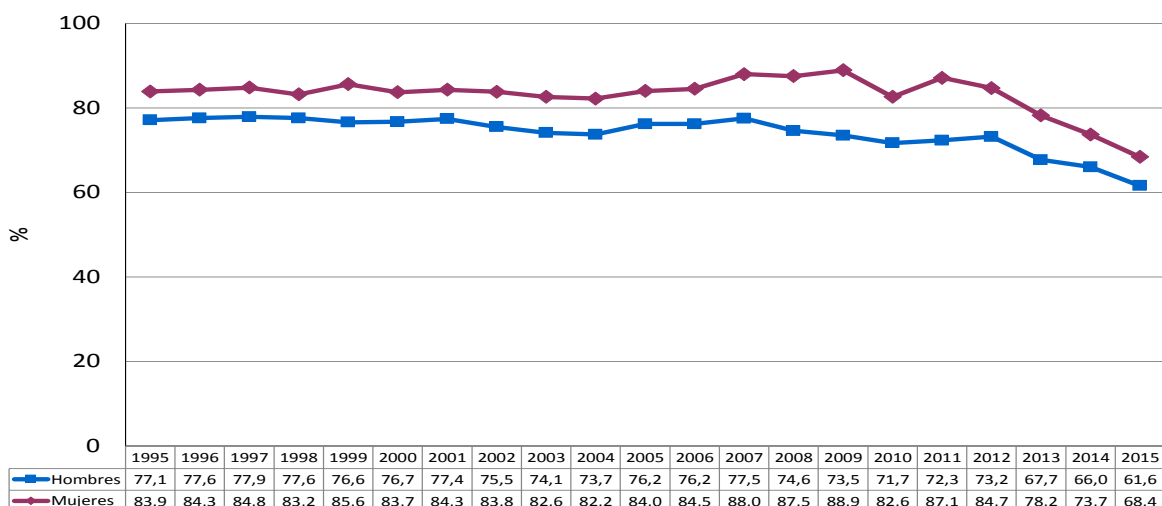
Figura 1. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015

Personas (de 18 a 64 años) no activas(*) en la actividad habitual/laboral



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

Personas (de 18-64 años) no activas* en tiempo libre



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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

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 20,8% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,8 raciones diarias y sólo el 8,8% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 43,1% en hombres y un 40,8 % en mujeres (figura 2).

El 60,8% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres, en las que este consumo se observó en un 62,8%, frente al 58,7 % 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 24,5% en los hombres y un 42,6 % en las mujeres.

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 0,9 raciones/día. La ingesta media de verduras fue 1,1 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 2,0 raciones/día.

Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 ó más raciones de frutas y verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 6,7 % de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 76,9 % (79,6 % de los hombres y 74,3 % de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (figura 3) y sólo el 9,3 % había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (8,1% de los hombres y 10,4 % 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 81,0 % no llegó a consumir tres raciones al día y el 93,8% no había ingerido las cinco raciones/día recomendadas, mientras esta misma situación en los sujetos de 45-64 años fue un 74,7 % con una ingesta inferior a 3 raciones/día y un 89,8 % con una ingesta inferior a 5 raciones/día.

La proporción de personas que no consumieron fruta y verdura al menos 3 veces al día aumentó de forma importante en hombres y mujeres (19,3% y 26,3%, respectivamente), comparando los dos primeros años de la serie (1995 y 1996) respecto a 2014/2015. Esta tendencia comenzó a observarse a partir del año 2012 (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 74,4%, había consumido algún alimento de este grupo. Es de destacar la gran proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con diferencias entre hombres y mujeres: un 46,9% de hombres frente al 39,6% de mujeres (figura 4).

En la ingesta de dos raciones/día se observó un descenso del 14,9% en hombres y del 2,0 % en mujeres al comparar los dos últimos años de la serie con los dos primeros.

Pescado

El 38,2 % de las personas entrevistadas había consumido pescado (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), con una ingesta media per cápita de 0,42 raciones/día (unas 2,9 raciones/semana). La ingesta media no varía por sexo pero aumenta de forma significativa con la edad.

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,47 raciones/día y el 42,1% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas. El 5,2% 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, 2014/2015, con el comienzo, 1995/1996, se registró un descenso en el consumo de dos o más raciones/día de estos productos del 34,0% en los hombres y del 35,0% 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 1,8 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,4 raciones/día (lo que equivale a unas 2,8 raciones/semana), la de legumbres 0,18 raciones/día (en torno a 1,2 raciones/semana) y la de huevos fue poco más de 0,3 raciones/día (unas 2,1 raciones a la semana).

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

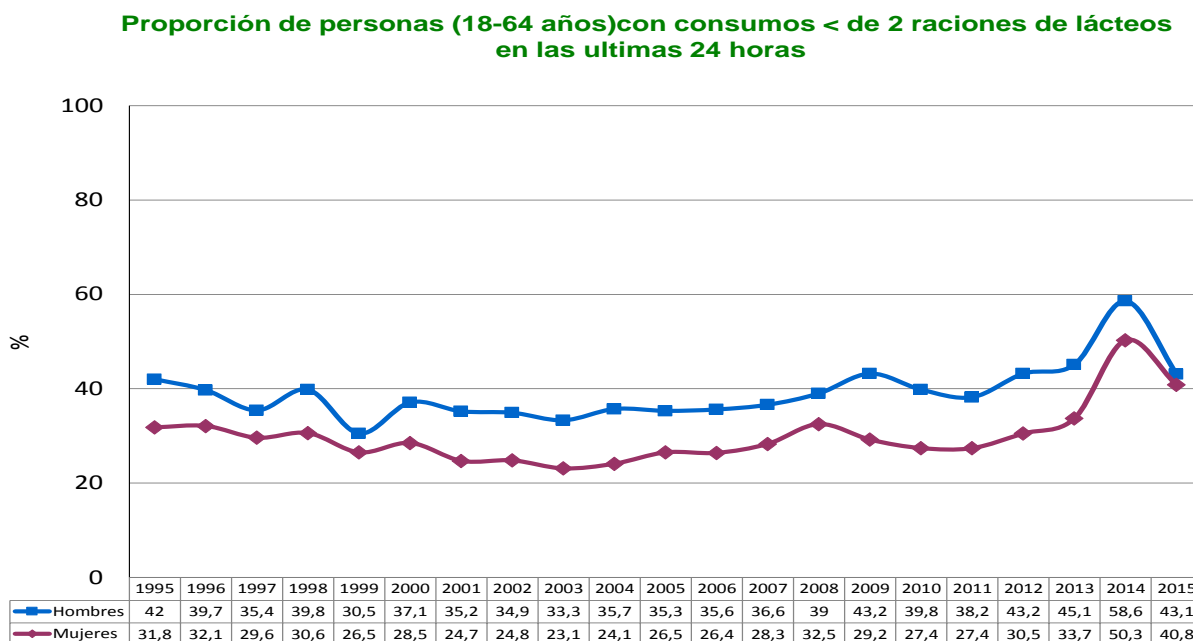
Tabla 4. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	79,2 (77,3-80,9)*	82,0 (79,4-84,3)	76,5 (73,8-79,0)	76,6 (72,2-80,4)	79,5 (76,5-82,1)	80,2 (77,3-82,8)
Leche y derivados	91,2 (89,9-92,4)	91,1 (89,2-92,8)	91,3 (89,4-92,8)	90,8 (87,5-93,3)	90,8 (88,6-92,6)	91,9 (89,8-93,6)
Arroz	17,9 (16,3-19,6)	17,3 (15,1-19,8)	18,5 (16,2-21)	19,5 (15,8-23,7)	17,3 (14,8-20,1)	17,8 (15,3-20,6)
Pasta	20,5 (18,8-22,3)	21,1 (18,6-23,8)	19,9 (17,6-22,5)	22,4 (18,6-26,8)	21 (18,4-24)	19 (16,5-21,9)
Verdura	75,7 (73,8-77,6)	76,7 (73,9-79,2)	74,8 (72,1-77,4)	68,6 (63,8-73)	77 (73,9-79,8)	78,1 (75,1-80,8)
Fruta fresca	66,8 (64,8-68,8)	58,1 (55,0-61,2)	75,1 (72,4-77,7)	65,8 (61,1-70,3)	64 (60,7-67,2)	70,1 (66,9-73,2)
Legumbres	17,5 (15,9-19,2)	17,9 (15,7-20,4)	17,0 (14,8-19,4)	13,7 (10,7-17,5)	17,2 (14,7-20,0)	19,5 (16,9-22,4)
Carne	74,4 (72,4-76,2)	75,7 (72,9-78,2)	73,2 (70,4-75,8)	80,3 (76,1-83,9)	74,7 (71,6-77,6)	71,1 (67,9-74,1)
Carne y derivados	84,5 (82,9-86,0)	86,0 (83,7-88,1)	83,1 (80,7-85,3)	88,3 (84,7-91,1)	85,6 (82,9-87,8)	81,7 (78,8-84,2)
Huevos	28,6 (26,7-30,6)	34 (31,1-37)	23,4 (20,9-26,1)	25,4 (21,4-29,9)	31,6 (28,5-34,9)	27 (24-30,1)
Pescado	38,2 (36,1-40,4)	37,0 (34,0-40,0)	39,5 (36,5-42,5)	31,7 (27,3-36,4)	37,2 (33,9-40,6)	42,5 (39,1-45,9)
Dulces/ Bollería	42,1 (40-44,3)	38 (35-41)	46,1 (43,1-49,1)	51,6 (46,7-56,5)	45,3 (41,9-48,8)	34,2 (31-37,5)

*Intervalo de confianza al 95%

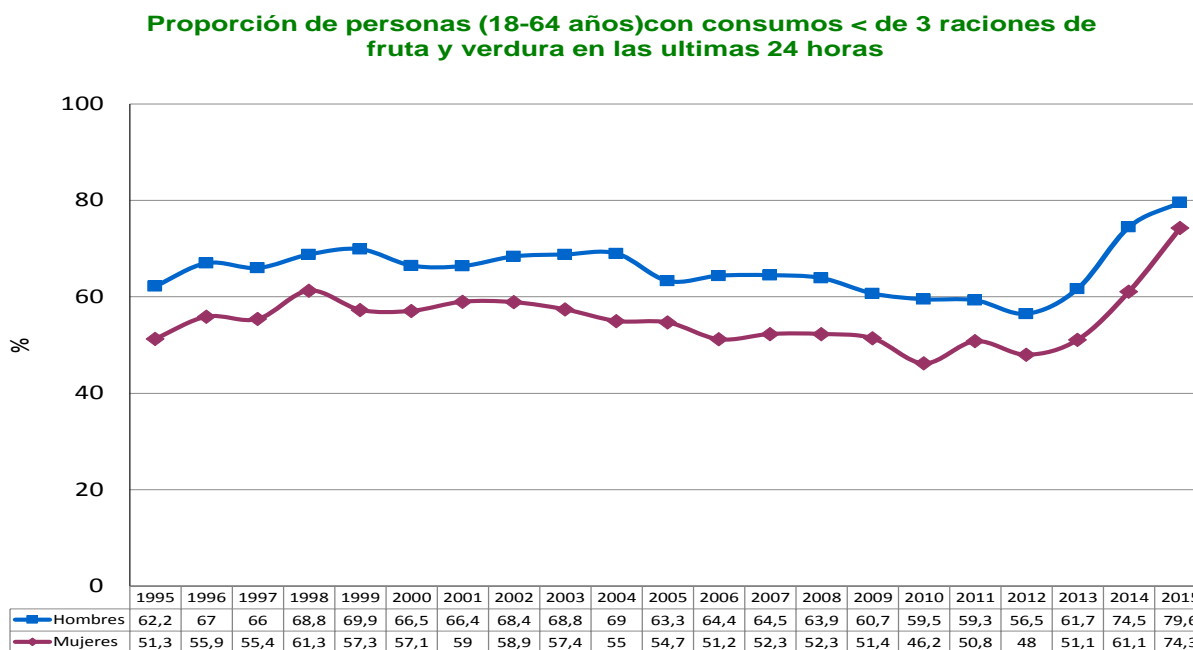
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 2. Evolución del consumo de lácteos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

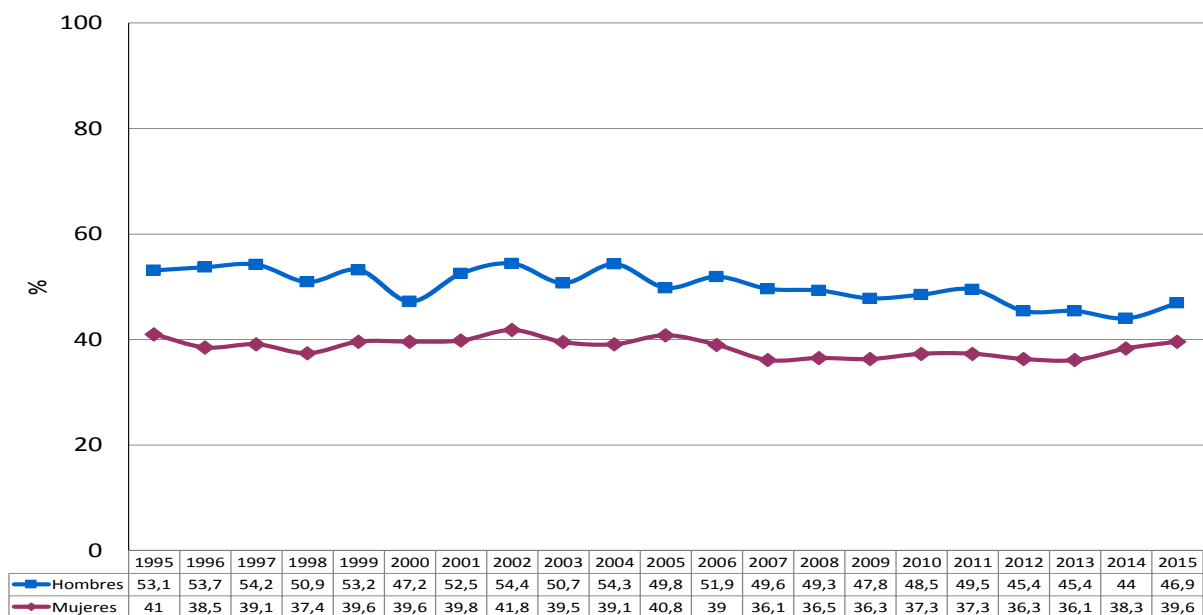
Figura 3. Evolución del consumo de frutas y verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 4. Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

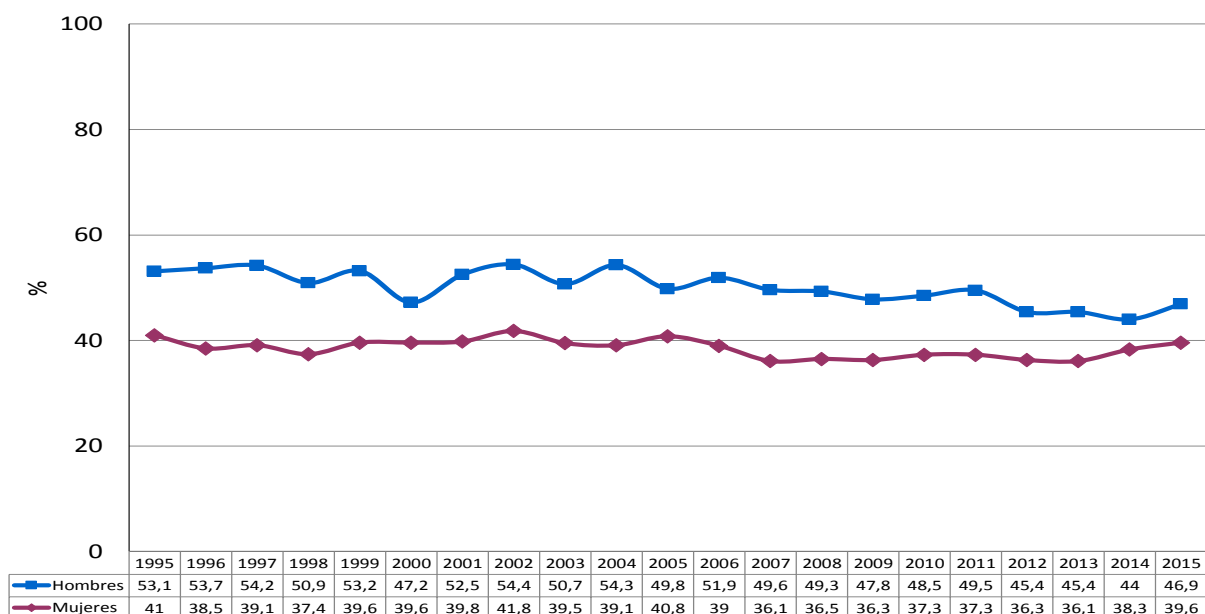
Proporción de personas (18-64 años) con consumos \geq de 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas



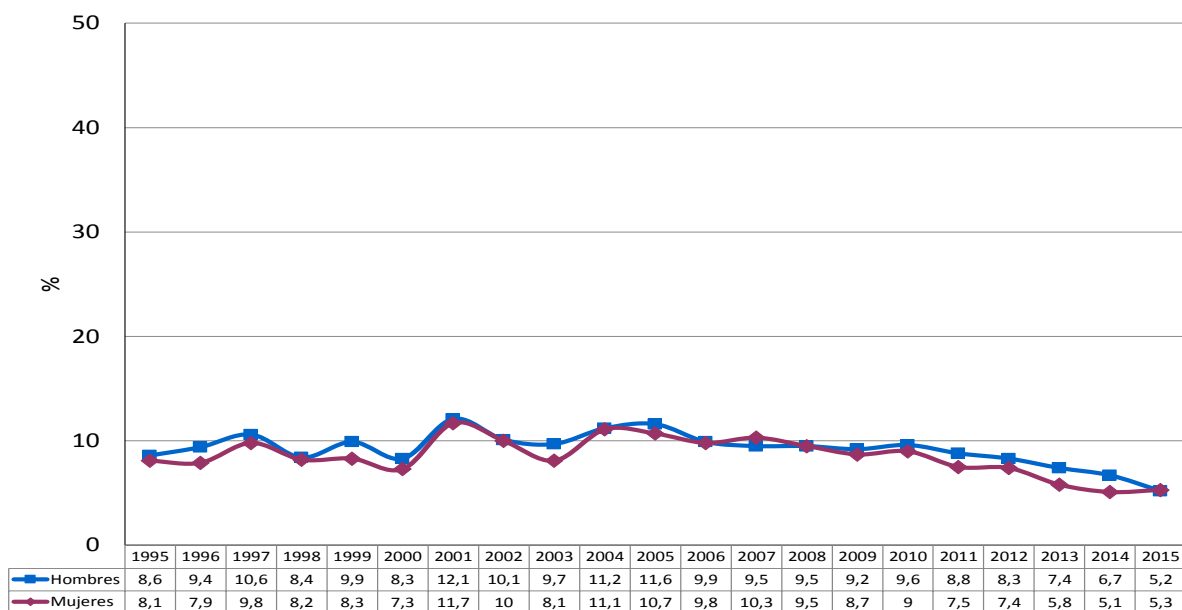
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 5. Evolución del consumo de dulces y bollería. Población de 18-64 años.

Proporción de personas (18-64 años) con consumos >= de 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas



Proporción de personas (18-64 años) con consumos >= de 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 12,1 % había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 5,7 % había realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue 2,9 veces mayor que la de hombres. En cuanto a las tendencias, en el periodo 1995/1996 y 2014/2015 se apreció una disminución en la proporción de personas que realizaron alguna dieta para adelgazar del 43,2% en hombres y del 31,6 % en mujeres (figura 6).

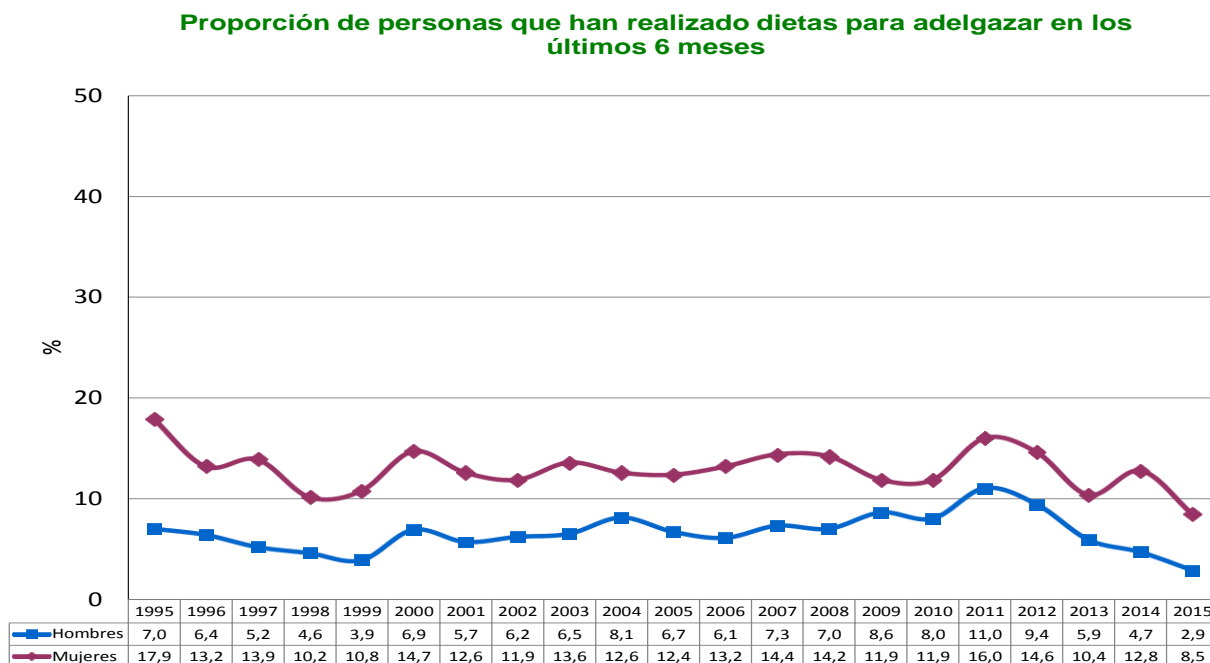
Tabla 5. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	12,1 (10,7-13,5)	8,8 (7,2-10,7)	15,4 (13,3-17,7)	7,0 (4,9-9,9)	9,2 (7,4-11,4)	17,4 (14,9-20,2)
Dieta para adelgazar	5,7 (4,8-6,8)	2,9 (2,1-4,1)	8,5 (6,9-10,3)	5,0 (3,2-7,6)	5,9 (4,4-7,7)	6,0 (4,5-7,8)

* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

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, 1995-2015



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

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 adiposidad¹³. 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 Obesidad¹⁴, que figura en la tabla 6.

El 1,5% de la población estudiada presentó un peso insuficiente, aunque esta situación se observó casi exclusivamente en las mujeres, con una prevalencia del 2,8%, frente al 0,2% en los hombres, y, principalmente, en el grupo más joven (18-29 años). Por otro lado, el 47,2%** de la población adulta de 18 a 64 años presentó sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 25,4% al sobrepeso de grado I, un 16,6% al sobrepeso de grado II, y un 6,4 % 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 tendencia (figura 7) muestra en los hombres un consistente incremento del sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 kg/m^2$) del 25,2%, comparando el promedio de 2014 y 2015 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento fue del 37,6%, superior al de los hombres. Sin embargo las diferencias entre sexos son muy importantes, el 37,4% en mujeres respecto al 59,9% en hombres, en sobrepeso y obesidad.

Tabla 6. Distribución del Índice de Masa corporal. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente (a)	1,5 (1,1-2,2)*	0,2 (0,1-0,8)	2,8 (1,9-4,0)	5,0 (3,3-7,6)	1,0 (0,5-2,0)	0,3 (0,1-1,0)
Normopeso (b)	50,1 (48,1-52,1)	39,9 (37,1-42,8)	59,8 (57,0-62,6)	75,1 (70,6-79,1)	58,3 (54,9-61,5)	29,1 (26,1-32,3)
Sobrepeso grado I (c)	25,4 (23,6-27,3)	32,3 (29,4-35,3)	18,8 (16,6-21,3)	13,6 (10,6-17,3)	23,0 (20,3-26,1)	33,8 (30,6-37,2)
Sobrepeso grado II (d)	16,6 (15,1-18,3)	20,4 (18,0-23,0)	13,0 (11,1-15,1)	4,3 (2,7-6,8)	13,6 (11,4-16,1)	25,9 (23,0-29,1)
Obesidad (e)	6,4 (5,4-7,5)	7,2 (5,7-9,0)	5,6 (4,3-7,2)	2,0 (1,0-4,0)	4,1 (2,9-5,7)	10,9 (8,9-13,2)

* Intervalo de confianza al 95%

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

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

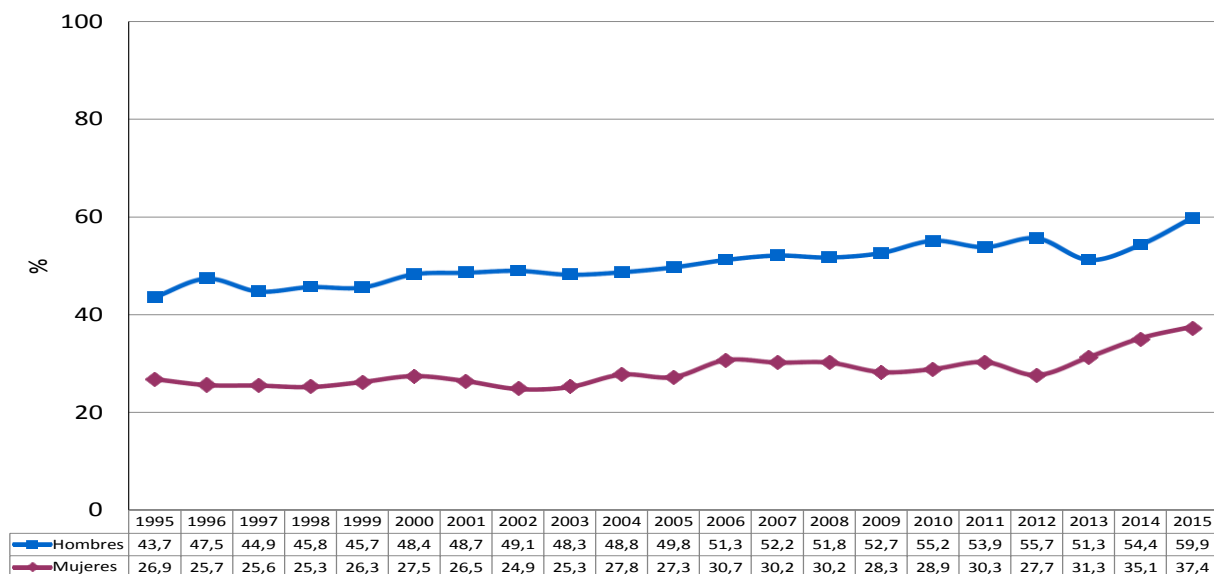
(c) Sobrepeso grado I: $25 kg/m^2 \leq IMC < 27 kg/m^2$

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

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

**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).

Figura 7. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015

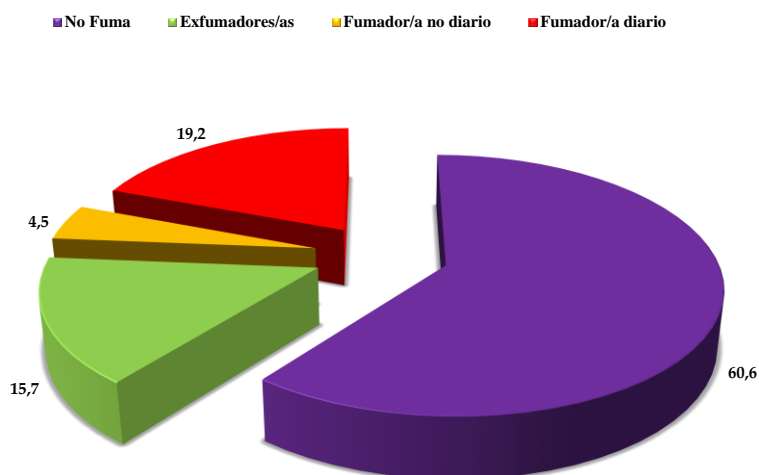


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

4.5. CONSUMO DE TABACO

En el año 2015, el 23,8% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 19,2% diarios y un 4,5% ocasionales), el 62,5% no fumaban y el 15,7% eran exfumadores (Figura 8). La situación por sexo se presenta en la Figura 8. En los hombres se registró una prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios u ocasionales) de 27,8%. En mujeres, la prevalencia global de fumadoras fue 19,9% (Figura 8).

Figura 8. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

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 3,8 % de los entrevistados, proporción que se incrementó al 19,2% considerando sólo los fumadores diarios.

La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores y exfumadores), fue 39,7%.

Del total de fumadores actuales un 1% estaba pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 20,9 % en los próximos 6 meses.

Por otra parte, el 16,8 % 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, 2015.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	37,5 (35,5-39,6)*	43,5 (40,5-46,5)	31,9 (29,1-34,8)	27,4 (23,3-32,0)	36,1 (32,9-39,5)	44,0 (40,7-47,3)
Fumadores actuales ^(a)	23,8 (22,0-25,7)	27,8 (20,3-25,5)	19,9 (17,6-22,5)	23,7 (19,8-28,1)	24,5 (21,7-27,6)	23,0 (20,3-26,0)
Fumadores diarios	19,2 (17,5-21,0)	22,8 (25,1-30,7)	15,7 (13,6-18,1)	17,7 (14,3-21,8)	19,3 (16,7-22,2)	19,8 (17,2-22,7)
Consumo 20 ó más cigarrillos	3,8 (3,0-4,7)	5,4 (4,1-7,0)	2,2 (1,6-3,3)	1,2 (0,5-3,0)	3,1 (2,1-4,6)	5,7 (4,3-7,5)
Proporción de abandono ^(b)	39,7 (36,4-43,2)	38,2 (33,8-42,8)	41,6 (36,6-46,8)	20,2 (13,9-28,4)	36,5 (31,3-42,0)	48,9 (43,8-54,0)

* Intervalo de confianza al 95%

(a) Fumador ocasional o diario.

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

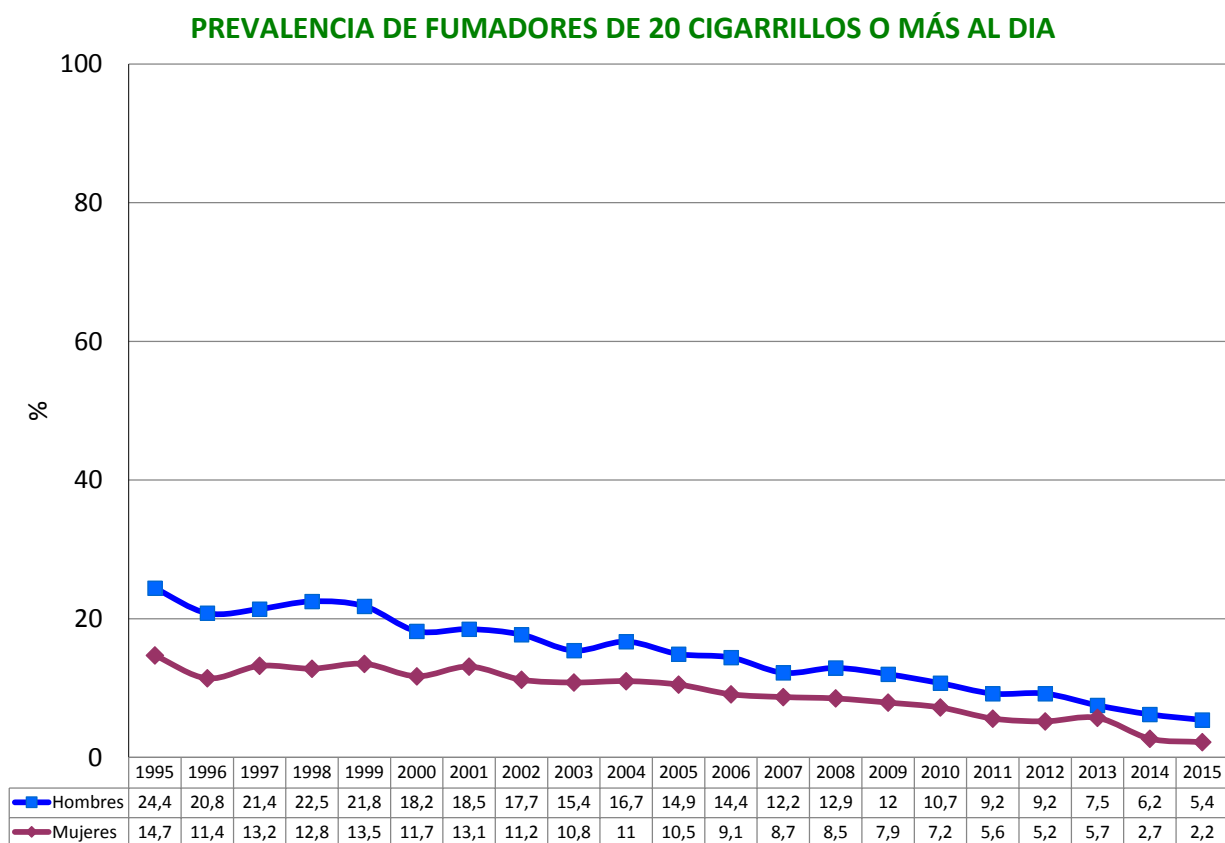
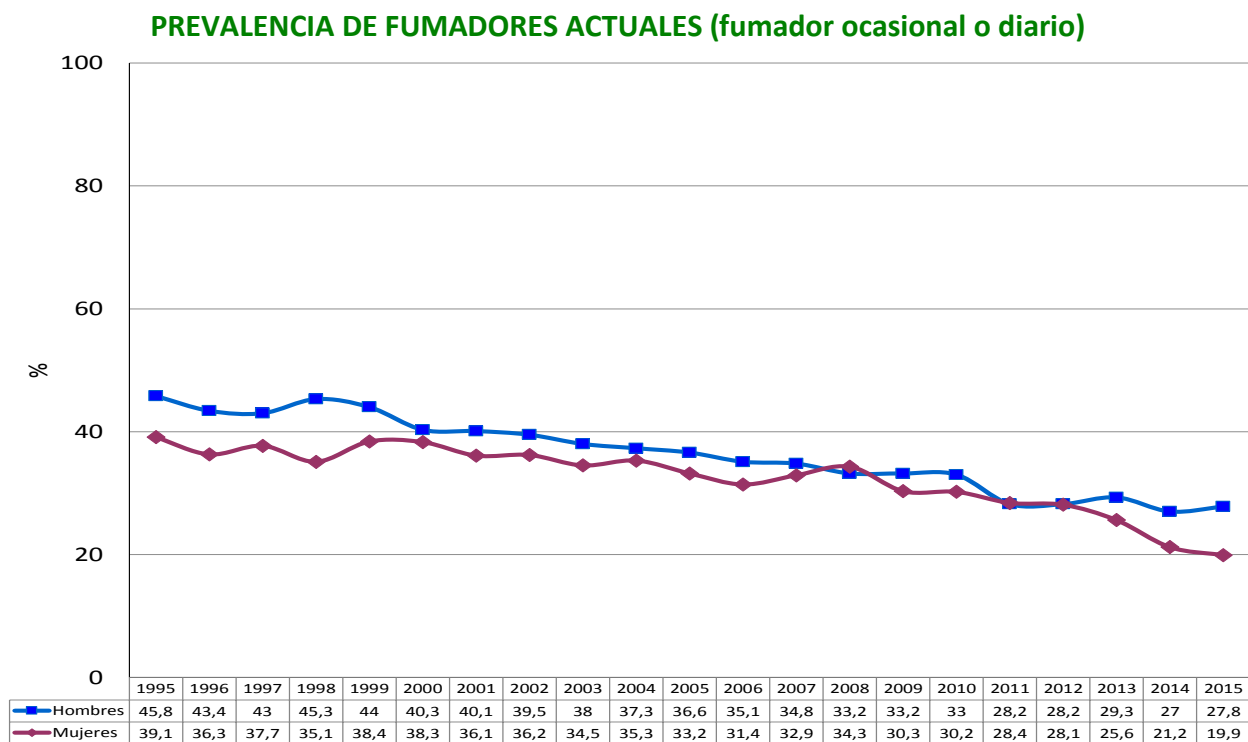
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Respecto a la evolución, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso de fumadores fue del 38,5 % en los hombres y del 45,4 % 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.

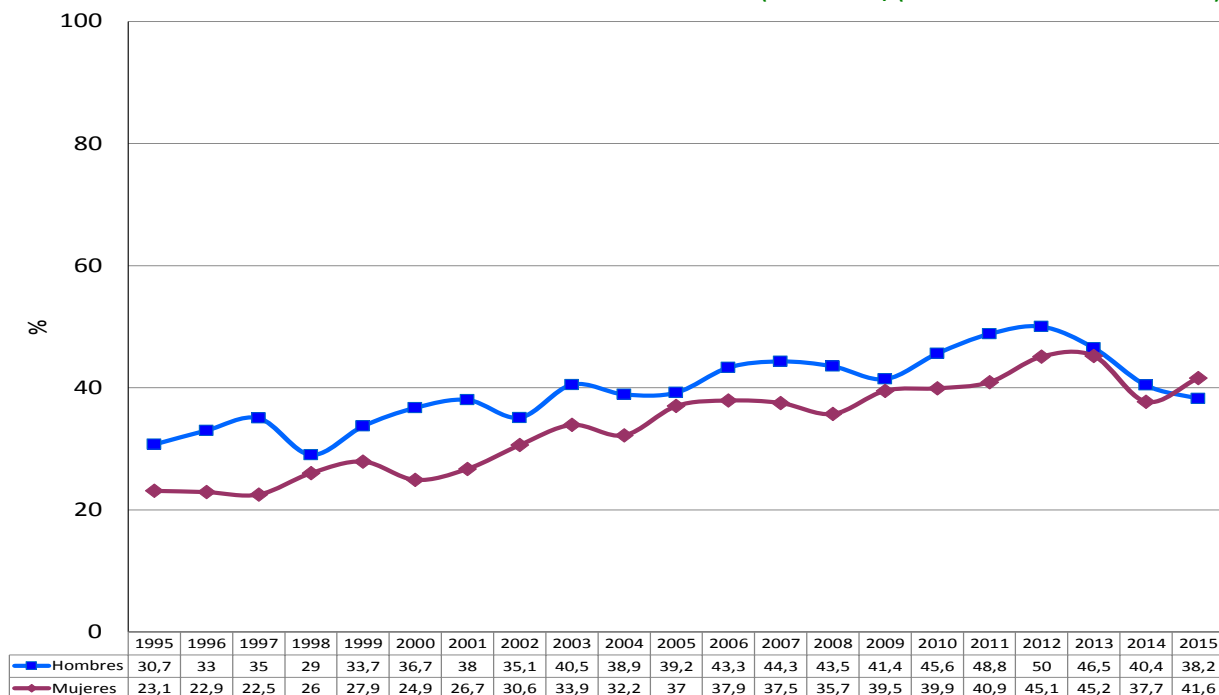
En concreto, en el periodo 1995/1996-2014/2015, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 36,4% en hombres y un 80,2% en mujeres.

Figura 9. Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

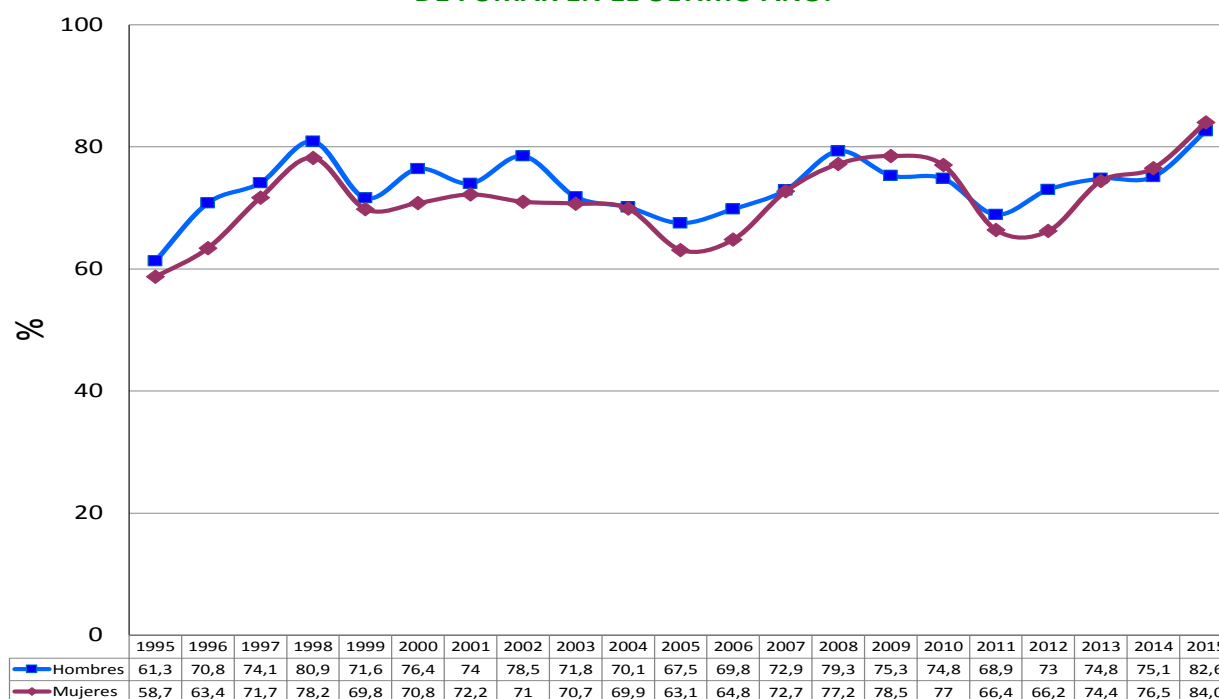
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 10. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

PROPORCION DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO (Exfumadores/ (fumadores actuales + exfumadores)



PROPORCION DE FUMADORES QUE NO HAN REALIZADO ALGUN INTENTO SERIO PARA DEJAR DE FUMAR EN EL ÚLTIMO AÑO.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

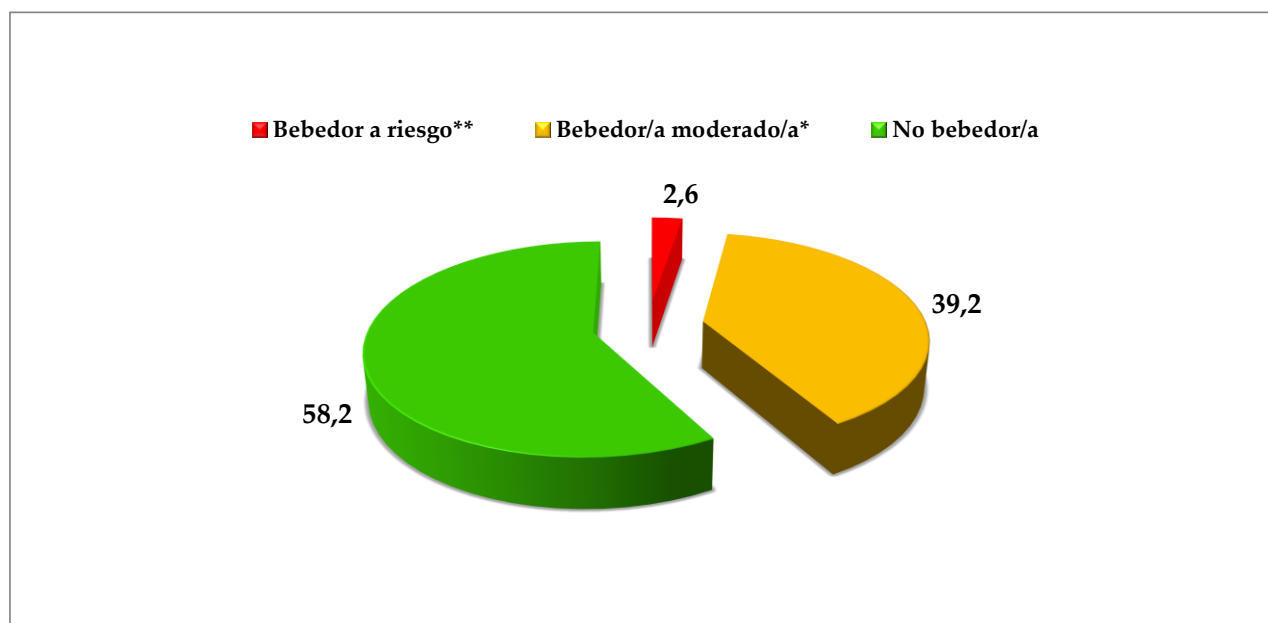
4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 41,8 gramos (g), 55,4 g en hombres y 26,4 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 2,1 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 la persona cuyo consumo diario fue de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de riesgo a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente.

En 2015, un 2,6% de la población fue clasificada como bebedor de riesgo, un 39,2% como bebedor moderado y un 58,2% como no bebedor (figura 11). Además, la proporción de personas con consumos promedio, moderado y de riesgo, fue 1,9 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, 2015



(*) Consumo de alcohol de 1 a 39 g/día en hombres y 1 a 23 g/día en mujeres.

(**) Consumo de alcohol $> o = 40$ g/día en hombres y $> o = 24$ g/día en mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

El 3,5 % realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres). Este consumo fue 1,5 veces más frecuente en hombres que en

mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo 2,2 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 5,8 % (5,8% de los hombres y 5,9 % de las mujeres). Este comportamiento es más frecuente en los más jóvenes.

Tabla 8. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales ^(a)	38,4 (36,4-40,4)*	52,7 (49,6-55,9)	24,7 (22,1-27,4)	32,2 (27,9-36,8)	42,5 (39,2-45,8)	37,4 (34,3-40,7)
Bebedores con consumo promedio de riesgo ^(b)	2,6 (2,0-3,4)	2,3 (1,6-3,5)	2,8 (2,0-4,0)	3,0 (1,7-5,2)	2,0 (1,2-3,2)	3,0 (2,0-4,0)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ^(c)	3,5 (2,7-4,6)	4,2 (3,0-5,0)	2,8 (1,8-4,3)	6,6 (4,2-10,3)	2,8 (1,7-4,4)	2,9 (1,9-4,6)
Consumo de riesgo global ^(d)	5,8 (4,4-7,6)	5,9 (4,4-7,8)	5,8 (4,7-7,1)	9,6 (6,6-13,7)	4,7 (3,3-6,7)	5,3 (3,8-7,3)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	7,1 (5,5-9,2)	8,1 (6,0-10,8)	5,1 (3,0-8,7)	8,5 (4,8-14,8)	5,6 (3,6-8,6)	8,3 (5,7-12,0)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días ^(e)	0,9 (0,6-1,5)	1,4 (0,8-2,4)	0,5 (0,2-1,2)	1,0 (0,4-2,6)	0,7 (0,3-1,7)	1,1 (0,6-2,1)

* Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

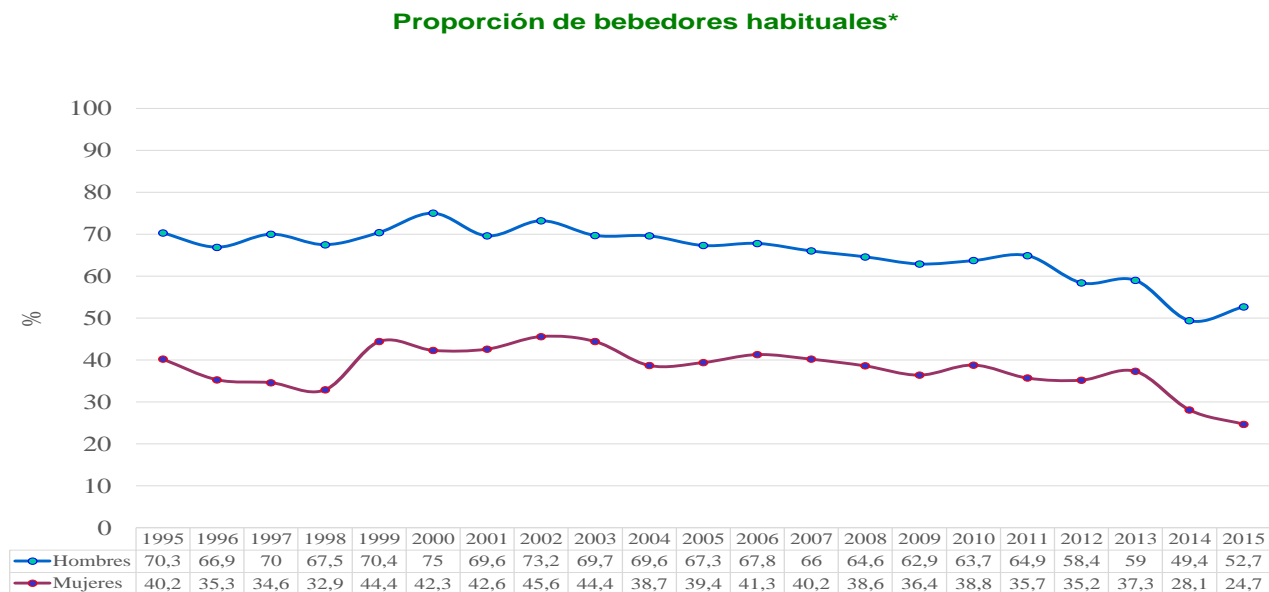
^(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c).

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE¹⁴⁻¹⁶ (test que estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica. La respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test indica presencia del síndrome), del total de bebedores habituales, en un 7,1% se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (8,1 % de los hombres y 5,1% de las mujeres). Por último, un 0,9% de los entrevistados que habían conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo había hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. Este comportamiento es más frecuente en los hombres, con un 1,4% frente al 0,5% de las mujeres. No se observan diferencias significativas por edad.

Figura 12. Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015



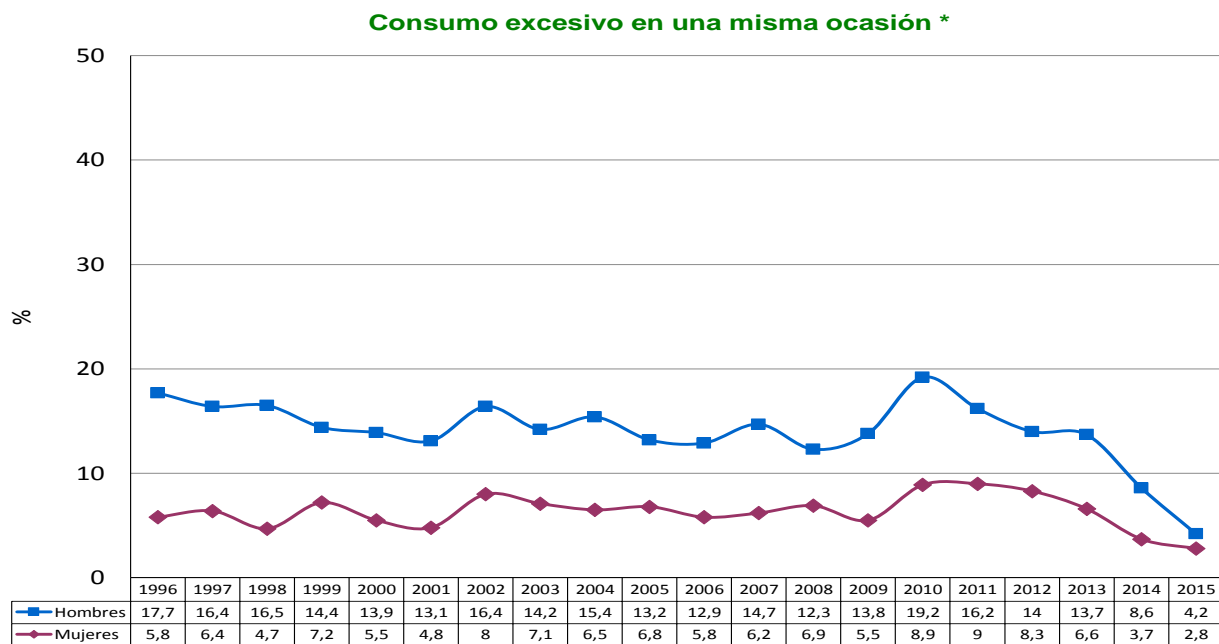
* Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días



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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

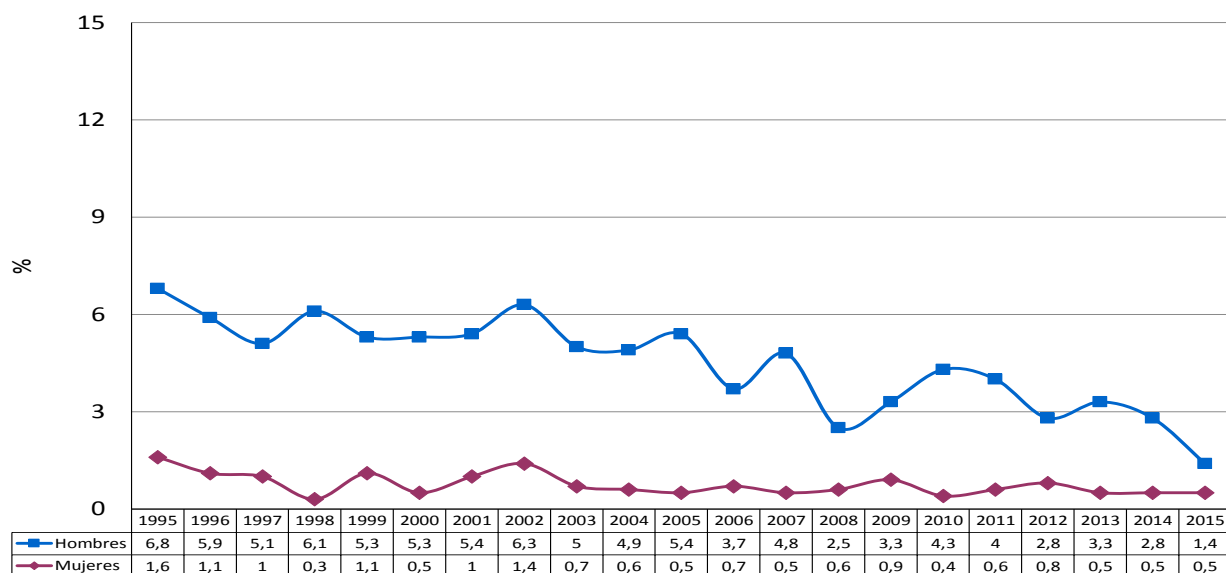
Figura 13. Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015



* Consumo de alcohol ≥ 80 g/día en hombres y ≥ 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, 1995-2015

Proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días*



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2013/2015, especialmente en los hombres. En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 25,6% en hombres y un 29,9 % en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó un 75,8% en hombres y un 19,2% en mujeres, respectivamente. Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión (figura 13) disminuyó en hombres un 62,3% y un 47,5% 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 66,6%) y mujeres (61,5%), 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 1995-2015 fue 0,79 %, 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)¹⁸⁻¹⁹, 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 Madrid¹¹, 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 2013⁸.

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 PAPPS²⁵⁻²⁶. 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 13,3% de los entrevistados afirmó que un médico o enfermera le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 65,2% estaba tomando medicación, el 11,6 % se controlaba el peso, un 38,2% había reducido la ingesta de sal, y un 9,7% hacía ejercicio físico. El 89,1% seguía alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 10,9% no realizaba ninguna. A un 18,5% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 39,9% tomaba medicamentos, el 62,4% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 9,8 % practicaba ejercicio físico. El 85,6% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 14,4 % no realizaba ninguna.

Por otro lado, un 9,1 % de las mujeres de 25-34 años y un 2,7 % de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca, y un 1,1% de las mujeres de 25-34 años y un 3,8 % de las de 35 a 64

años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más. En cuanto a la mamografía, un 5,6 % de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, el 86,3% se había realizado la mamografía con fines preventivos, y el 90,8% de las mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía en los 2 últimos años, en el año 2016 (tabla 11**).

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	87,3 (85,1-89,2)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	91,6 (89,8-93,2)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	79,0 (74,2-83,1)
	Mujeres < 46 años	90,7 (89,4-91,9)
Medición de colesterol <5 años ^(b)	Hombres ≥35 años	90,2 (87,7-92,2)
	Mujeres ≥46 años	91,8 (88,5-94,2)

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

Tabla 10. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	13,3 (11,9-14,7)*	11,7 (9,9-13,8)	14,8 (12,8-16,9)	0,5 (0,1-2,0)	6,2 (4,7-8,1)	26,6 (23,7-29,8)
Colesterol elevado	18,5 (16,9-20,3)	20,3 (17,9-23,0)	16,9 (14,7-19,3)	3,2 (1,8-5,9)	10,1 (8,1-12,4)	32,9 (29,6-36,3)

*Intervalo de confianza al 95%.

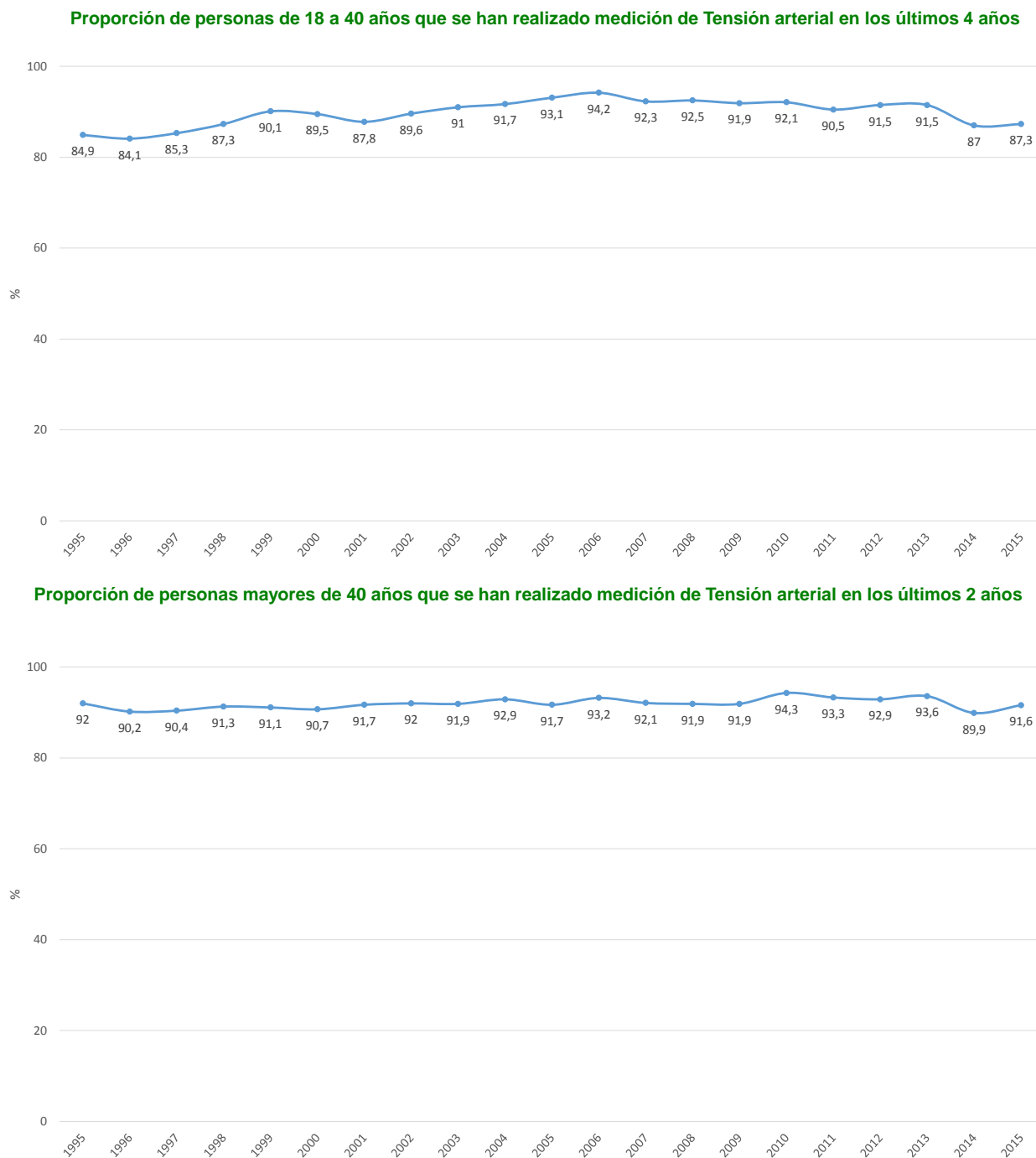
Tabla 11. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 2015.

	EDAD	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	25-34 años	89,7 (84,3-93,4)*
	≥35 años	93,4 (91,4-95,1)
Realización de mamografías ≤2 años – año 2016	≥50 años	90,8(**) (84,4-95,1)

*Intervalo de confianza al 95%. ** Para este indicador se ofrece el dato de 2016 que en la actualidad está ya disponible. El dato del año 2015 para este indicador se considera no fiable.

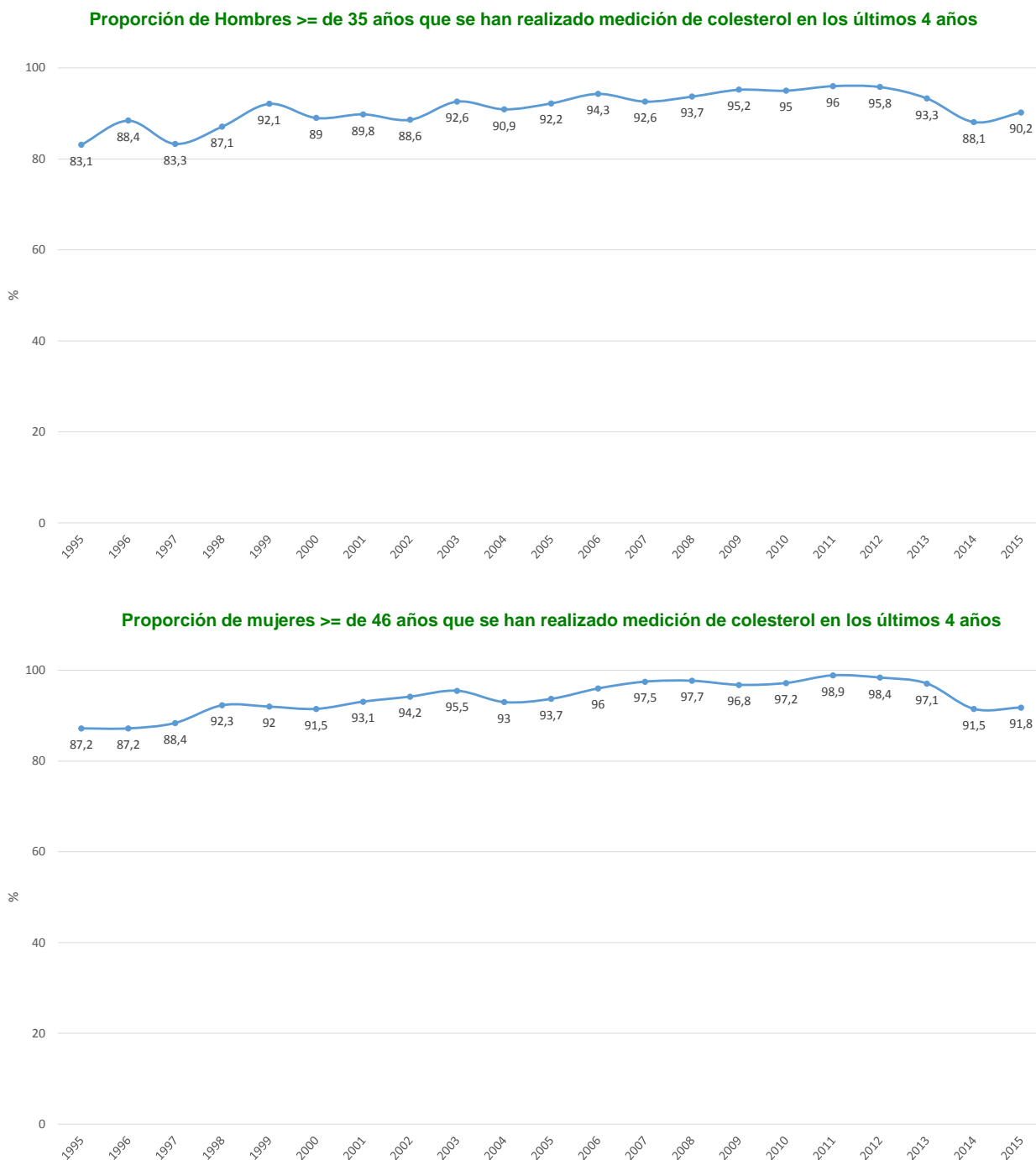
Todos estos indicadores se encuentran dentro de los intervalos de la serie de los últimos 20 años, observándose mejoras en la mayoría de los indicadores en los veinte años de estudio, como puede observarse en la figuras 15 a 17.

Figura 15. Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2015



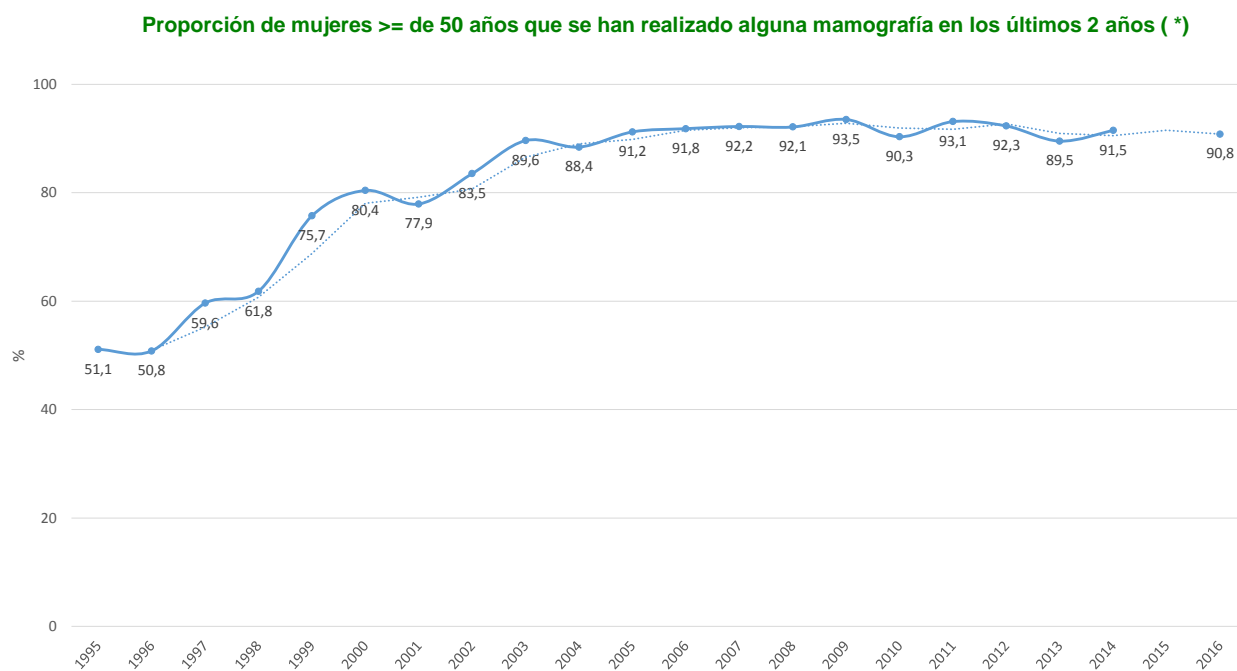
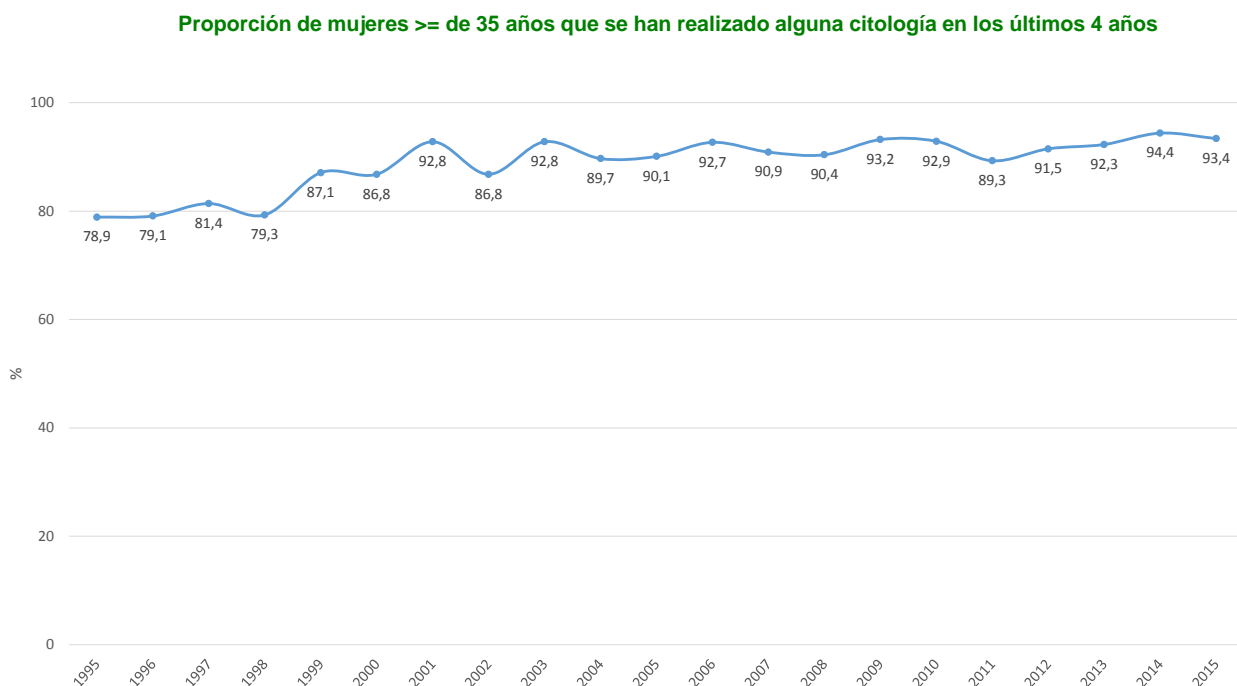
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 16. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2015.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 17. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2015.



(*) Para el año 2015 no se ofrece valor, al haberse detectado problemas e inconsistencias en este indicador, de forma puntual este año. Se realiza una estimación para 2015 empleando el método de medias móviles con la serie de los 19 años previos, que se representa en el gráfico y se ofrece el dato real de la encuesta SIFRENT-A 2016 ya disponible, que como puede verse mantiene la serie.
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

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

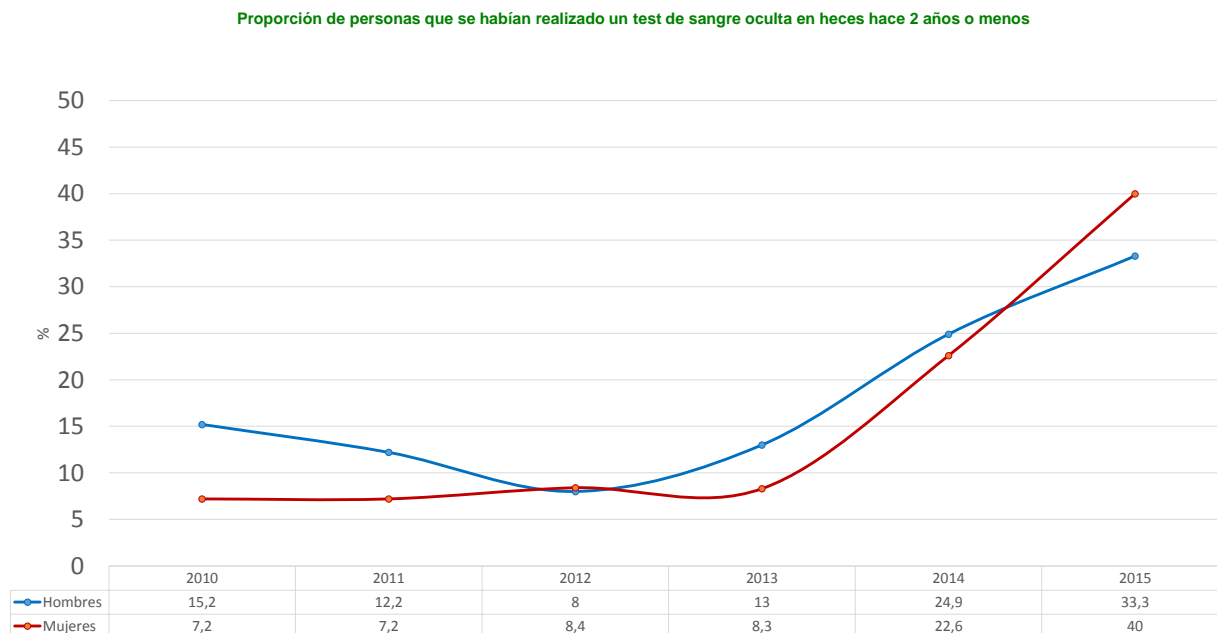
sigmoidoscopia. La población a la que se refieren los resultados es la de 50 a 64 años. El 55,7 % de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces, el 36,9 % se lo había realizado hace 2 años o menos y el 5,2% hace más de 2 años (tabla 12). En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 68,1% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas, el 42,2 % se había realizado la prueba hace 4 años o menos y el 5,0 % 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, 2015.

	TOTAL	SEXO	
		Hombre	Mujer
Test de sangre oculta en heces hace 2 años o menos	36,9 (33,1-40,9)*	33,3 (27,9-39,2)	40,0 (34,7-45,6)
Colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos	42,2 (38,3-46,3)	39,3 (33,6-45,3)	44,8 (39,4-50,4)

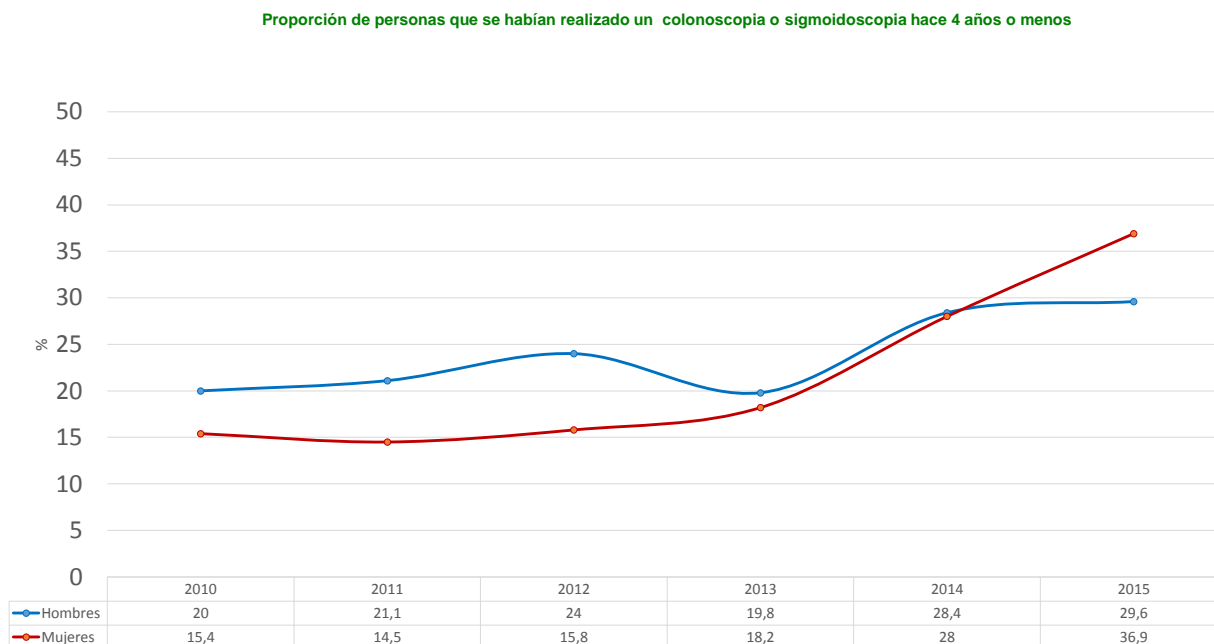
*Intervalo de confianza al 95%.

Figura 18. Evolución de la realización del test de sangre oculta en heces. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2015



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 19. Evolución de la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2015



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

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 2015, la realización de estas pruebas fue claramente superior en mujeres 40% frente al 33% de los hombres se habían realizado la prueba de sangre oculta en heces en los últimos 2 años o menos. Por otro lado, comparando los dos primeros años, 2010/2011, con los dos últimos, 2014/2015, se observó un aumento el 1,1 en hombres y del 3,3 veces en mujeres en la realización del test de sangre oculta en heces hace 2 años o menos, y un aumento de 0,41 veces hombres y del 1,17 veces en mujeres en la realización de la colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos.

4.8. ACCIDENTES

Un 1,7% 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 1,2 % 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 1,0 % fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

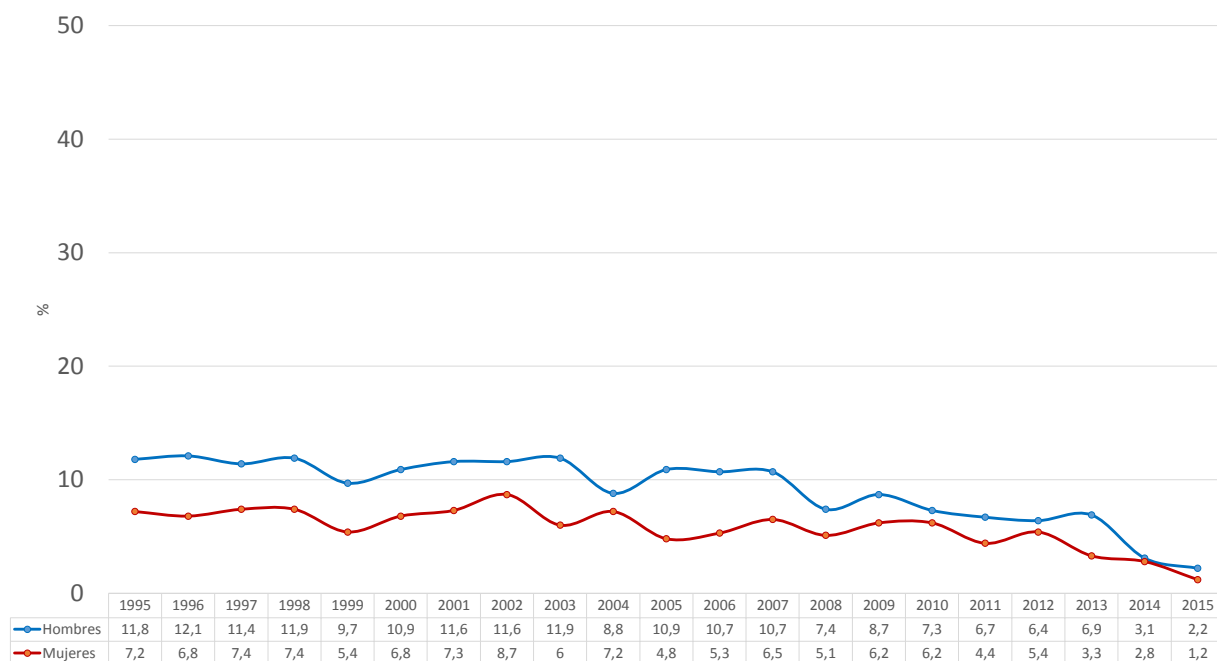
Se observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 78% en hombres y del 71% en mujeres durante el 2014/2015 respecto a 1995/1996 (figura 20).

Tabla 13. Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

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

*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, 1995-2015



4.9. SEGURIDAD VIAL

El 2,8 % de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 2,0 % en la conducción por carretera.

Un 10,2% viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 5,4% manifestó no haber utilizado siempre el casco.

El 5,5% de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes. El 1,8% 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, 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 2015).

Tabla 14. No utilización “siempre” del cinturón de seguridad y casco en moto. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

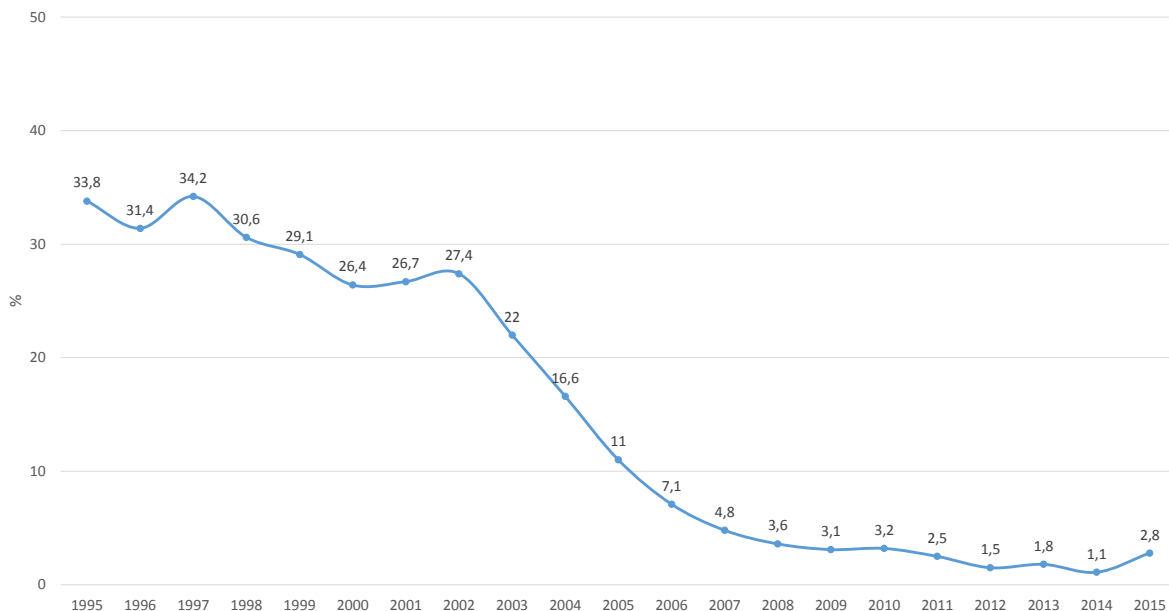
	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	2,8 (1,4-2,8)*	2,6 (1,7-3,9)	3,0 (2,0-4,3)	3,7 (2,1-6,2)	2,7 (1,8-4,2)	2,4 (1,5-3,9)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	2,0 (1,4-2,8)	1,9 (1,1-3,1)	2,1 (1,3-3,4)	4,0 (2,3-6,9)	1,2 (0,6-2,4)	1,9 (1,1-3,3)
No utilización del casco en moto por ciudad	5,8 (3,3-10,0)	3,8 (1,7-8,3)	12,0 (5,5-24,2)	10,6 (5,6-19,1)	2,2 (0,5-8,2)	3,6 (0,5-21,5)
No utilización del casco en moto por carretera	1,8 (0,5-7,0)	- -	11,1 (2,8-35,3)	2,4 (0,3-15,0)	1,8 (0,3-11,8)	- -

* Intervalo de confianza al 95%

- No casos

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, 1995-2015

a) Por ciudad



b) Por carretera

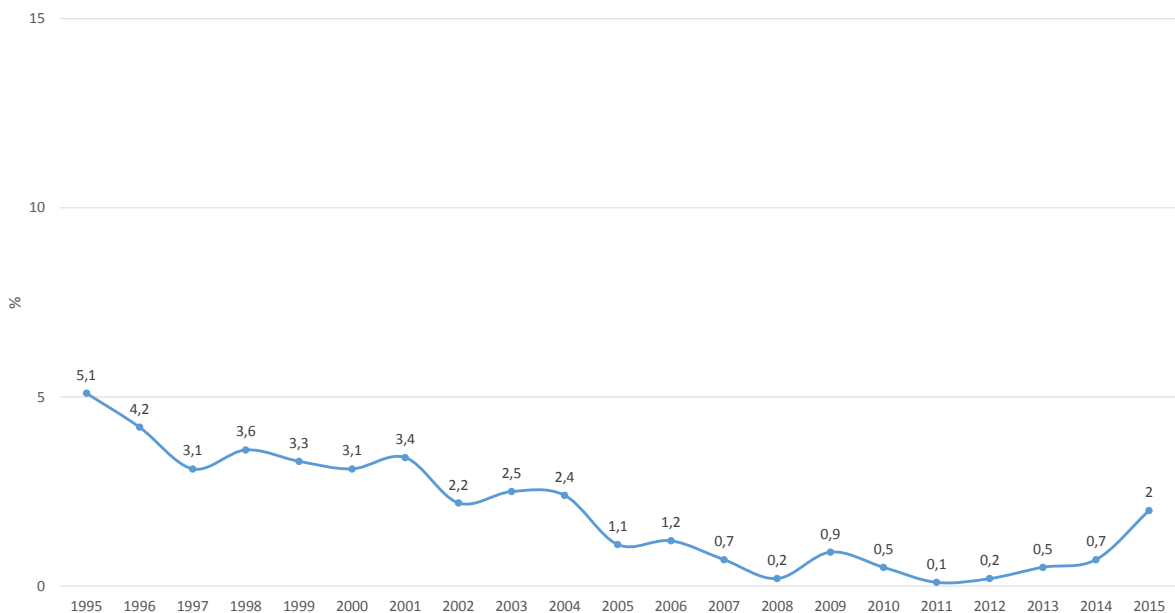
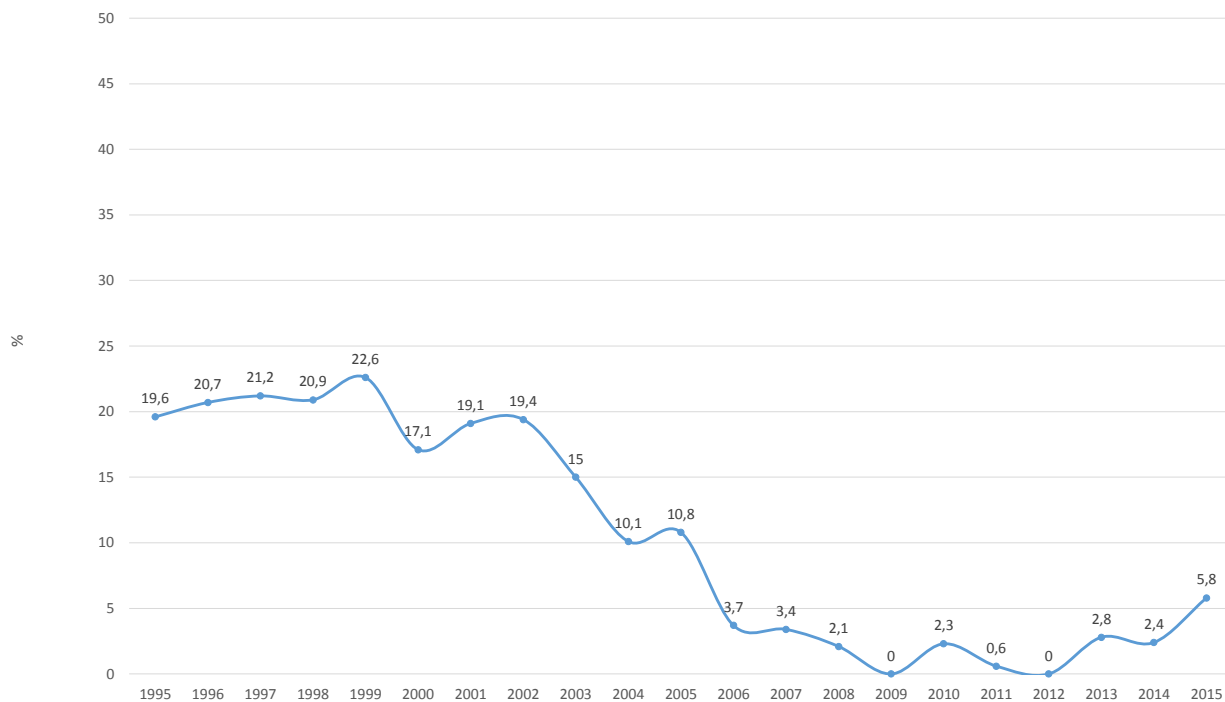
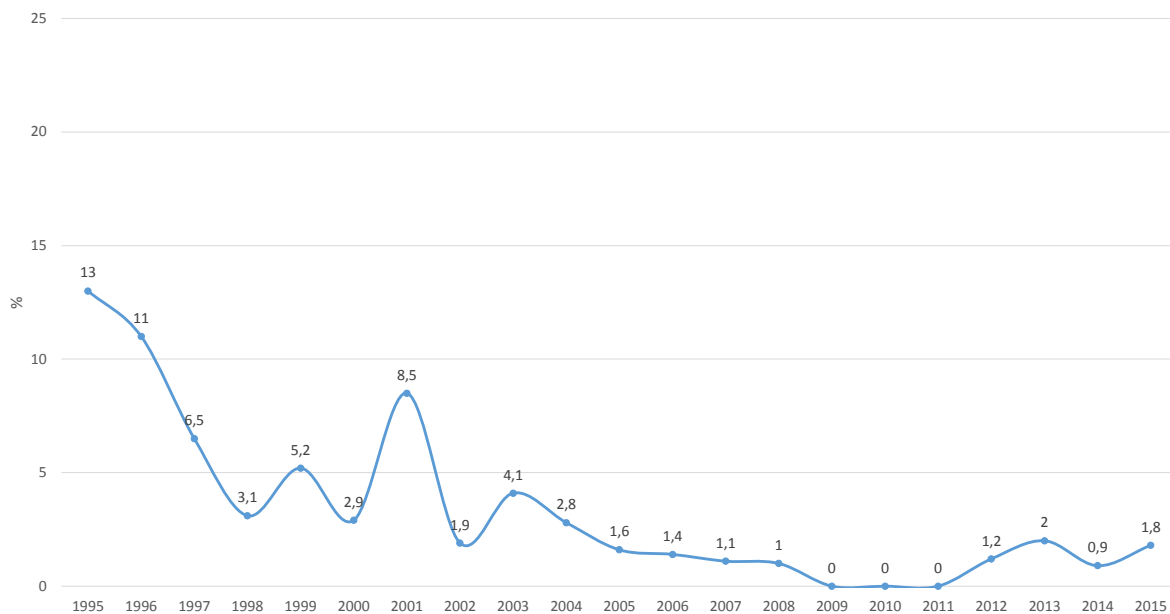


Figura 22. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2014

a) Por ciudad



b) Por carretera



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 pública²⁰. 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 2013⁸.

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 2015, de las mujeres que señalaron tener o haber tenido relación con pareja o expareja durante el último año (el 86,6 % de todas las entrevistadas), un 0,1% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 0,2% 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 1,9 % 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 en el grupo de 30 a 44 años (tabla 15 y figura 23).

Lo datos que se presentan se refieren al breve periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2015, estos datos hay que tomarlos con precaución, dado que hay que tener en cuenta que la frecuencia con la que se registran estos comportamientos es baja 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 2015 para los distintos grupos de edad incluyen los valores de las estimaciones puntuales para cada grupo de todos los años anteriores). Sin embargo en los más jóvenes se observa una ligera disminución de estas conductas en relación a los otros grupos de edad (figura 23), que es necesario constatar en años y estudios posteriores más específicos sobre este importante problema.

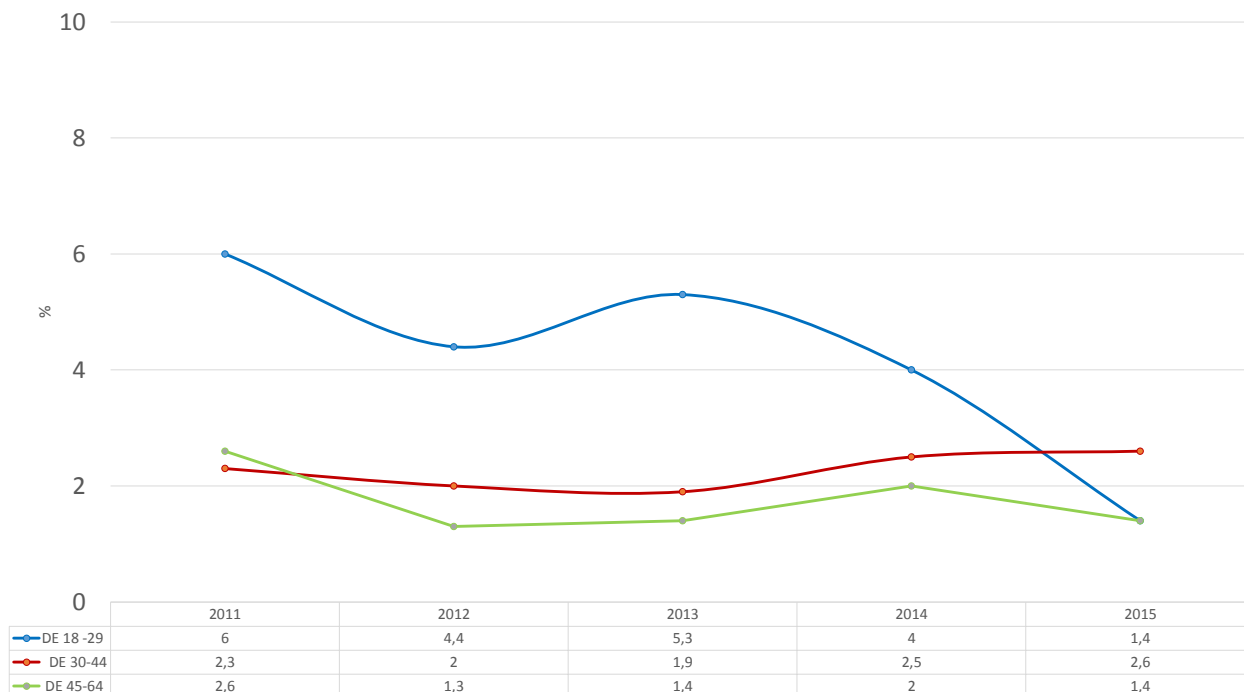
Tabla 15. Violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja. Proporción de mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.

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	0,1 (0,0-0,8)*	0,7 (0,1-4,9)	- -	- -
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	0,2 (0,1-0,9)	0,7 (0,1-4,9)	0,3 (0,0-1,8)	- -
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quién podía hablar o dónde podía ir	1,8 (1,1-2,9)	1,4 (0,3-5,5)	2,3 (1,2-4,4)	1,4 (0,6-3,3)
TOTAL (sufrió cualquiera de los incidentes anteriores)	1,9 (1,2-3,1)	1,4 (0,3-5,5)	2,6 (1,4-4,8)	1,4 (0,6-3,3)

* Intervalo de confianza al 95%

- No casos

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, 2011-2015.



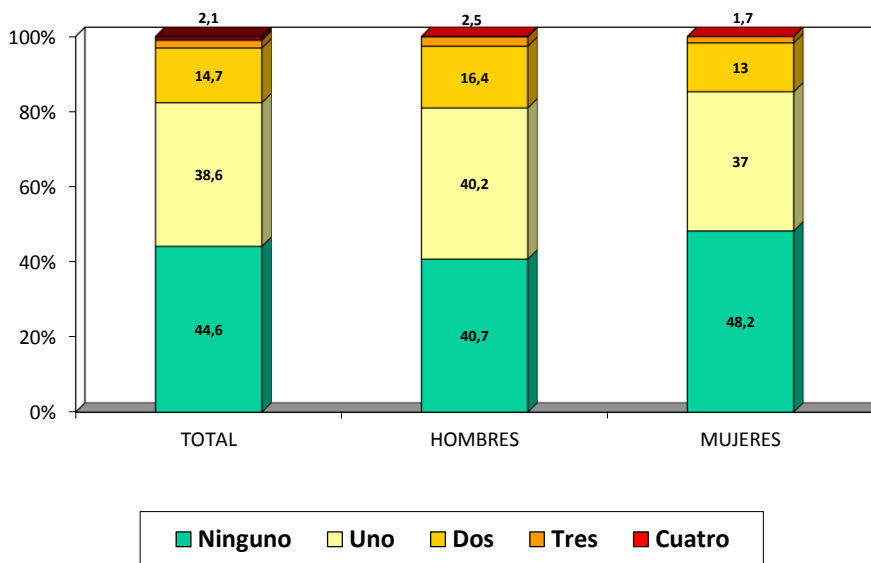
4.11. AGREGACIÓN DE FACTORES

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 44,6 % de los entrevistados no tenía ningún factor de riesgo, el 38,6 % tenía uno, el 14,7 % dos y el 2,1% tres (figura 24). Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres, por grupos de edad en 2015 la prevalencia de 2 o más factores de riesgo aumenta con la edad en los hombres y disminuye en las mujeres, siendo las prevalencias más elevadas en varones mayores de 30 años de edad (Figuras 24-26). 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 2014/2015 comparado con 1995/1996 del 32,7 % en hombres y en las mujeres se produce disminución del 15,6%, a expensas de los grupos de edad mayores de 30 años.

Figura 24. Agregación de factores de riesgo*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2015.



* De los cuatro siguientes: 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, 2015.

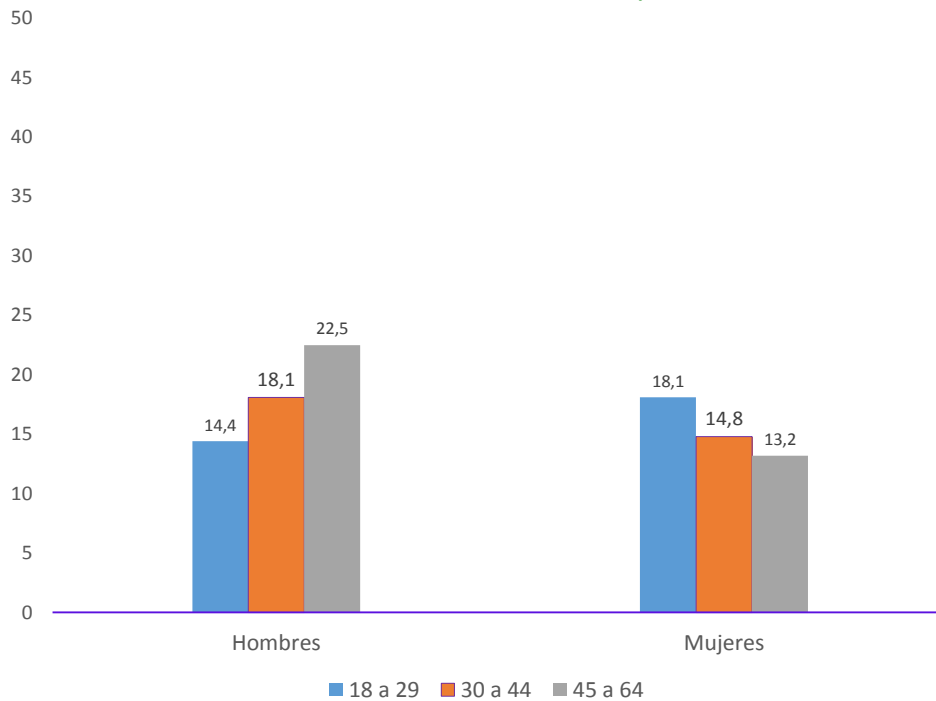
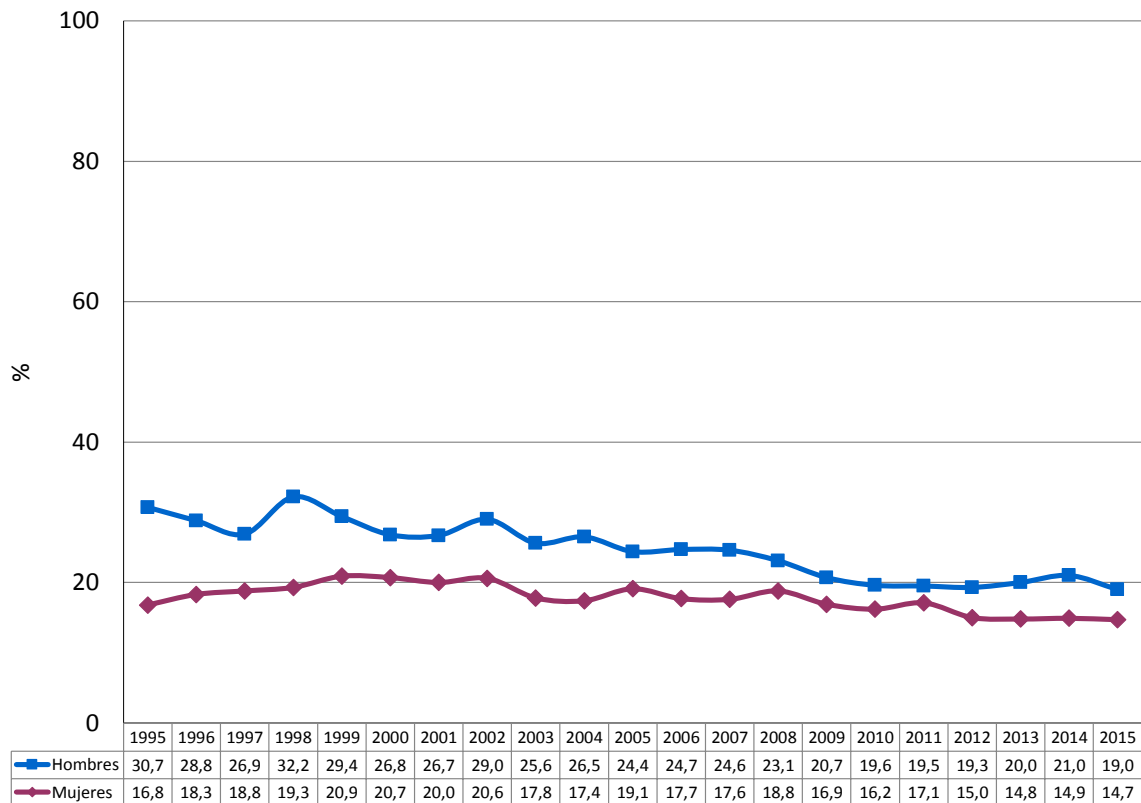


Figura 26. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2015.



* 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 el apoyo prestado en la obtención de la muestra, para realizar este 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.- WHO | Global burden of disease. WHO.
http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/ (accessed 29 May 2017).
3. - World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 4.- Informe del estado de salud de la Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles.<http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/8.aspx> (accessed 29 May 2017).
- 5.- Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86: 625-7.
- 6.- Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19: 145-51.
- 7.- 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.
- 8.- Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996 a 2015.
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal (accessed 29 May 2017).
- 9.- Cibeles (Información de TIS en la Comunidad de Madrid a 31 de diciembre de 2015, datos internos. Consejería de Sanidad.
- 10.- 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.
- 11.- Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
- 12.- 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.
- 13.- Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.

14.- 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.

15.- 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.

16.- Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *Can Med Assoc* 1997; 157: 1529-1535.

17.- 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.

18.- 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.

19.- 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.

20.- 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 2016, semanas 45 a 48 (del 7 de noviembre al 4 de diciembre de 2016)

	Casos Semanas 45 a 48	Casos Semanas 1 a 48	Tasas* Semanas 45 a 48	Tasas* Semanas 1 a 48
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA				
Gripe	1.867	77.698	28,9	1.201,5
Legionelosis	4	51	0,1	0,8
Lepra	0	4	0	0,1
TUBERCULOSIS	48	612	0,7	9,5
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Campilobacteriosis	175	1.647	2,7	25,5
Criptosporidiosis	14	45	0,2	0,7
E. coli productor toxina	0	4	0,0	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	5	0,0	0,1
Giardiasis	54	411	0,8	6,4
Hepatitis A	36	159	0,6	2,5
Listeriosis	2	38	0,0	0,6
Salmonelosis (excluido Fiebre tifoidea y paratifoidea)	139	1.803	2,1	27,9
Shigelosis	3	43	0,0	0,7
Triquinosis	0	1	0	0,0
Yersiniosis	6	65	0,1	1,0
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	6	35	0,1	0,5
Hepatitis C	18	264	0,3	4,1
Infección Chlamydia trachomatis (exc.LGV)	114	1.077	1,8	16,7
Linfogranuloma venéreo	8	107	0,1	1,7
Infección gonocócica **	146	1.376	2,3	21,3
Sífilis **	45	508	0,7	7,9
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enfermedad meningocócica	2	16	0,0	0,2
Enfermedad invasiva por H. Influenzae	1	27	0,0	0,4
Enfermedad neumocócica invasora	26	428	0,4	6,6
Herpes Zoster	2.586	30.262	40,0	467,9
Parotiditis	130	710	2,0	11,0
P.F.A. (<15 años)***	0	9	0,0	0,9
Rubéola	0	2	0	0,0
Sarampión	0	9	0	0,1
Tos ferina	13	583	0,2	9,0
Varicela	467	10.112	7,2	156,4
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	1	77	0,0	1,2
Enfermedad por virus Chikungunya	2	39	0,0	0,6
Enfermedad por virus Zika	4	103	0,1	1,6
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	15	0,0	0,2
Leishmaniasis	2	53	0,0	0,8
Paludismo	15	124	0,2	1,9
ANTROPOZOONOSIS				
Brucelosis	0	3	0,0	0,0
Carbunco	0	1	0	0,0
Fiebre Q	0	7	0,0	0,1
Hidatidosis	3	9	0,0	0,1
Leptospirosis	0	4	0,0	0,1
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis víricas	21	199	0,3	3,1
Otras meningitis bacterianas	4	41	0,1	0,6
ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES				
EETH ****	0	16	0,0	0,2

*Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. **Cambia la definición de caso en el protocolo.

Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas. *Encefalopatías espongiiformes transmisibles

humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico. Durante este periodo no se han notificado casos de: Síndrome respiratorio agudo grave, Botulismo, Cólera, Sífilis congénita, Difteria, Poliomieltis, Rubéola congénita, Tétanos, Tétanos neonatal, Fiebre Amarilla, Encefalitis transmitida por garrapata, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica vírica, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Infección congénita por virus Zika, Toxoplasmosis congénita, Tularemia, Peste, Rabia.



Brotos Epidémicos. Comunidad de Madrid.

Año 2016, semanas 45 a 48

(del 7 de noviembre al 4 de diciembre de 2016)

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 2016. Semanas 45-48

Lugar de consumo	Año 2016						Año 2015		
	Semanas 45-48			Semanas 1-48			Semanas 1-48		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	1	14	0	8	434	2	5	185	3
Restaurantes, bares y similares	0	0	0	55	402	31	27	411	55
Domicilios	6	25	9	92	346	125	50	228	71
Centro penitenciario	0	0	0	1	61	0	0	0	0
Residencias geriátricas	0	0	0	3	57	1	2	127	0
Otros lugares	0	0	0	6	49	10	3	53	7
Residencias no geriátricas	0	0	0	2	32	0	2	15	0
Comedores de empresa	0	0	0	2	9	0	0	0	0
Desconocido	0	0	0	1	2	0	1	2	0
Total	7	39	9	170	1392	169	90	1021	136

Brotos de origen no alimentario. Año 2016. Semanas 45-48

Tipo de brote*	Año 2016						Año 2015		
	Semanas 45-48			Semanas 1-48			Semanas 1-48		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	1	20	0	51	2275	8	44	1311	12
Varicela	0	0	0	17	237	0	21	215	6
Conjuntivitis vírica	0	0	0	9	219	0	9	279	0
Gripe	0	0	0	7	177	30	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	45	121	9	43	108	24
Parotiditis	2	26	0	18	110	3	4	9	0
Salmonelosis no alimentaria	1	2	0	16	64	11	4	8	0
Escarlatina	2	13	0	9	54	0	6	41	0
Enfermedad mano, pie y boca	1	20	0	4	47	0	2	14	0
Infección respiratoria por virus	0	0	0	1	37	11	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	9	26	15	4	12	3
Eritema infeccioso	0	0	0	1	19	0	0	0	0
Escabiosis	2	8	0	3	13	0	6	35	0
Neumonía por <i>Mycoplasma</i>	0	0	0	2	8	0	0	0	0
Neumonía vírica	0	0	0	1	8	0	0	0	0
Psitacosis	0	0	0	2	7	4	0	0	0
Sarampión	0	0	0	1	7	0	1	3	0
Giardiasis no alimentaria	0	0	0	2	4	0	13	31	2
Hepatitis B	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Infección por <i>C.trachomatis</i>	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Listeriosis	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Meningitis vírica	0	0	0	1	2	2	8	18	17
Total	9	89	0	202	3441	95	165	2084	64

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2016, semanas 45 a 48
(del 7 de noviembre al 4 de diciembre de 2016)

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 136 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (194.992 habitantes, 3,0% 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

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 77,6% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2016.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 45 a 48 de 2016.

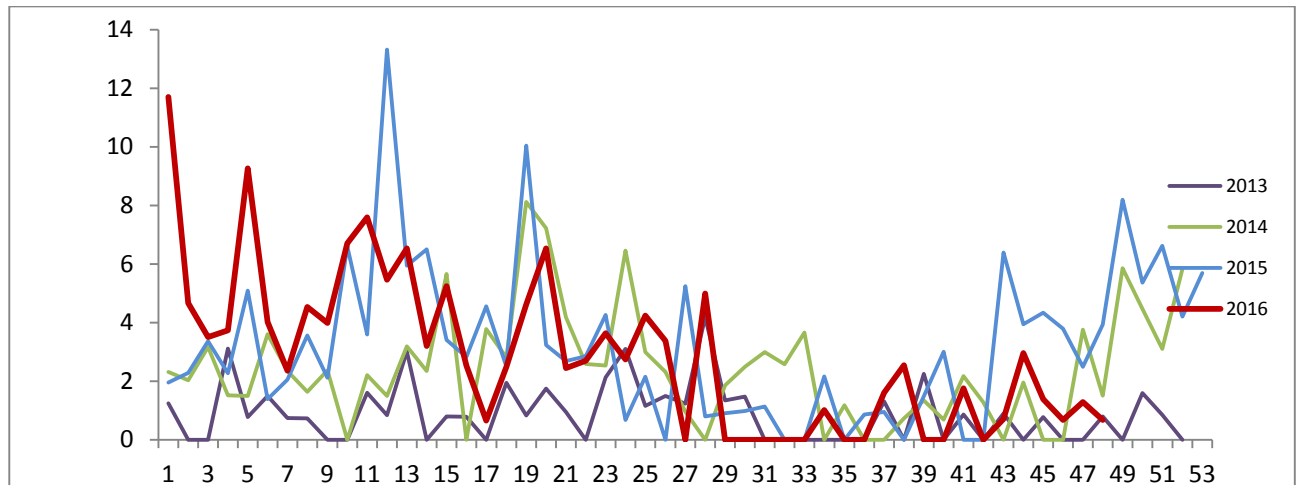
	Sem. 45 a 48 de 2016	Año 2016
Gripe*	91	153*
Varicela	6	202
Herpes zóster	39	460
Crisis asmáticas	110	919

^a De la semana 40 de 2016 hasta la 20 de 2017

VARICELA

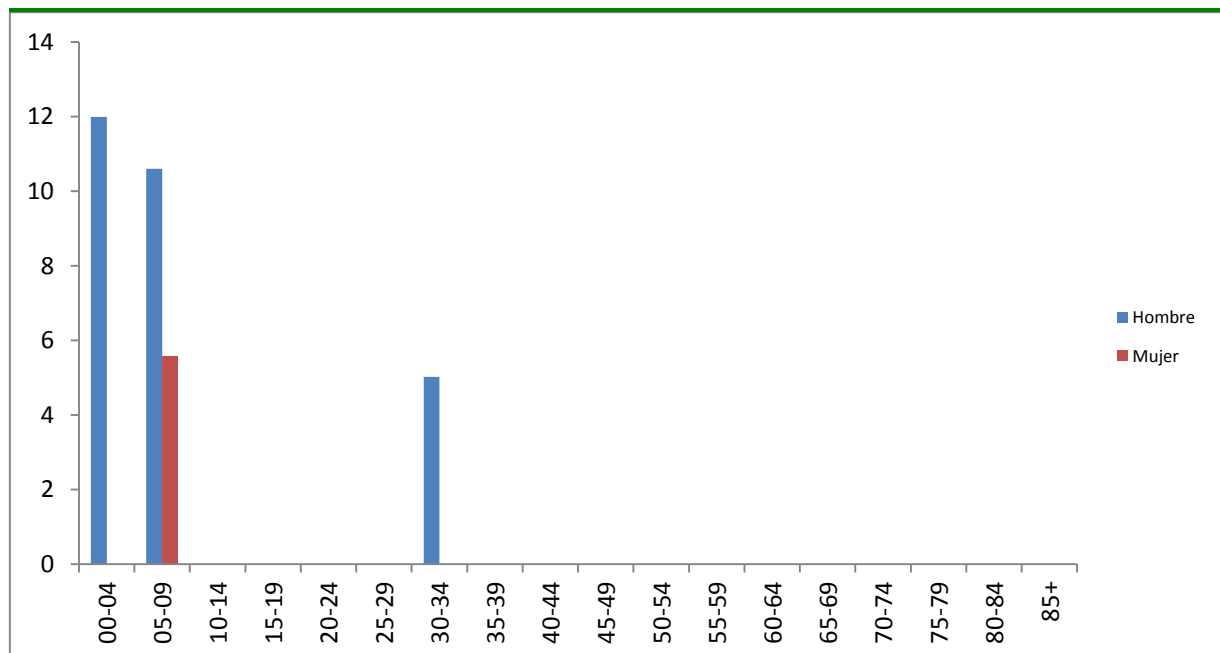
Durante las semanas 45 a 48 del año 2016 se ha declarado 6 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 4,02 casos por 100.000 personas (IC 95%: 0,80–7,24). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2013-2015 y desde la semana 1 a la 48 de 2016.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2013-2016.



De los 6 casos notificados, 5 (83,33%) eran hombres y 1 (16,66%) mujeres. 5 casos (83,33%) 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 45 a 48 de 2016



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 39 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 45 a 48 de 2016, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 26,08 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 17,89 – 34,28). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en Madrid desde el año 2013 hasta la semana 48 de 2016. El 64,10% de los casos se dio en mujeres (25 casos). El 82,05% 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 zóster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2013-2016.

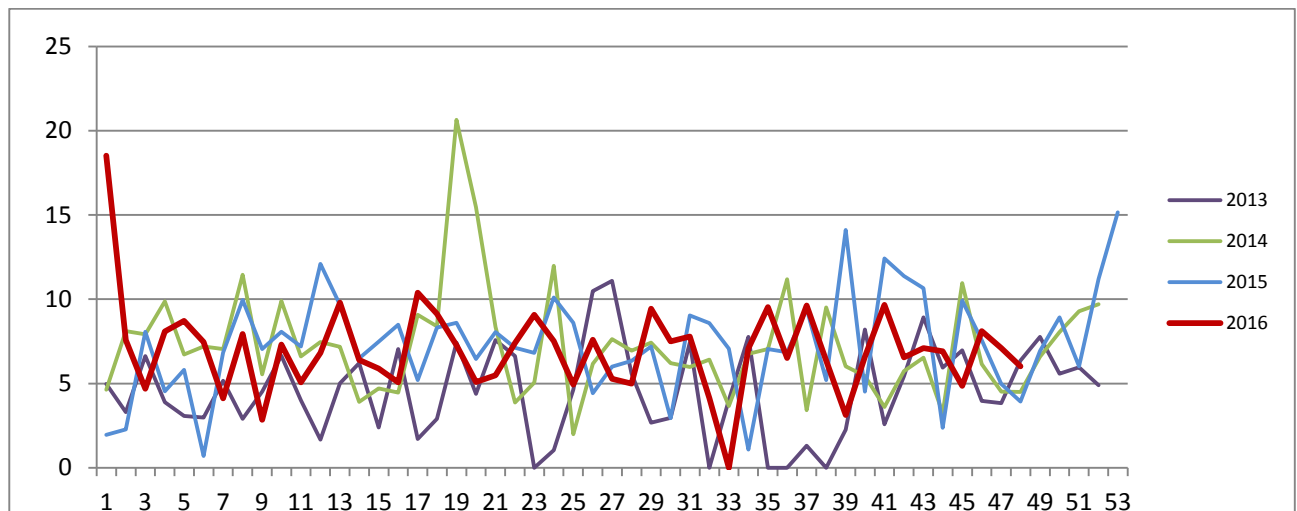
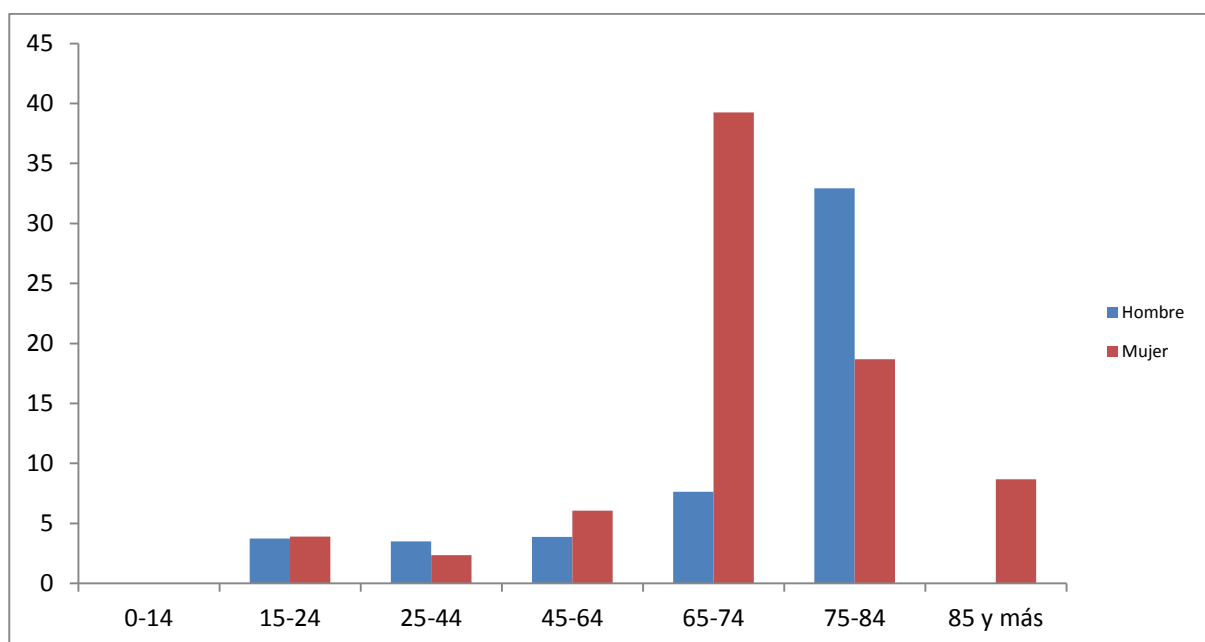
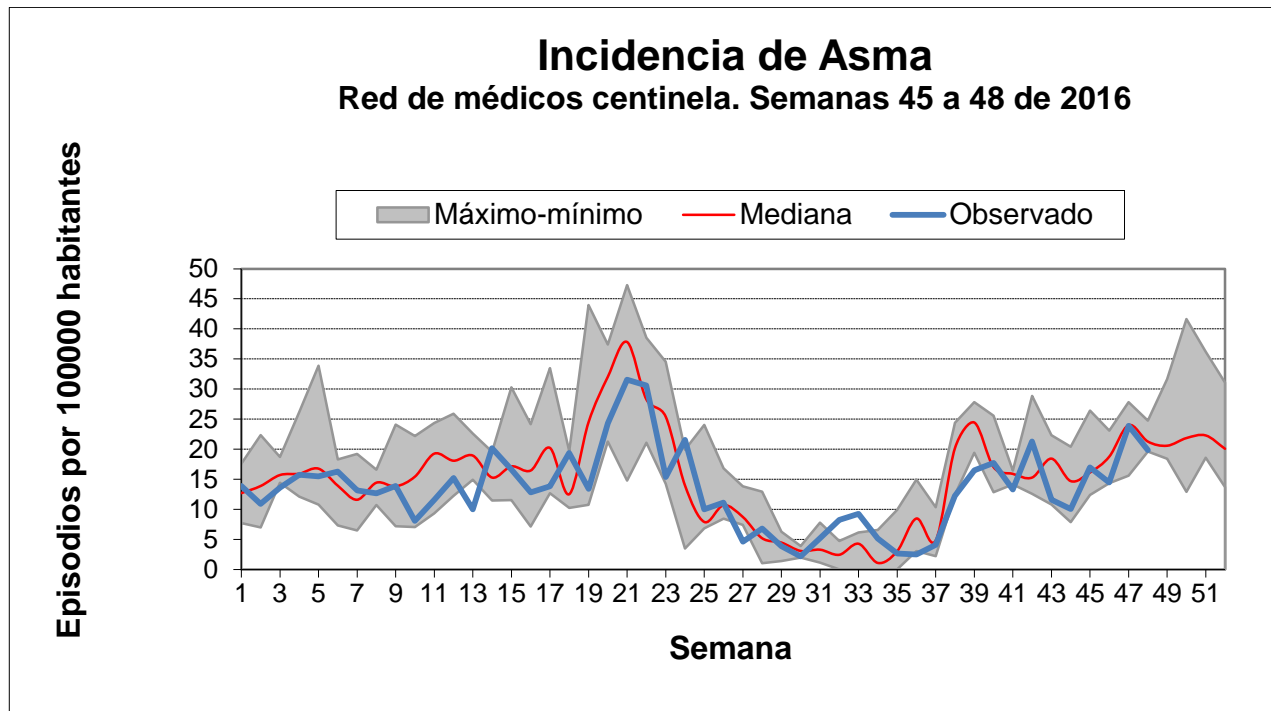


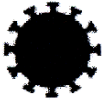
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 45 a 48 de 2016.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 45 a 48 de 2016 la Red de Médicos Centinela notificó 110 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.





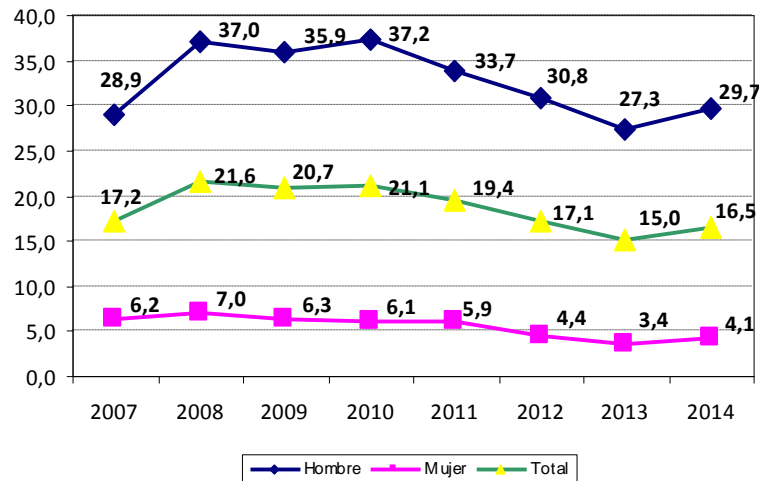
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH.

30 de noviembre de 2016.

Desde el año 2007 hasta el 30 de noviembre de 2016 se han notificado 10.234 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 85,1% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,2 años (DE: 10,6). El 45,3% habían nacido fuera de España. Un 3,0% (302) 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.



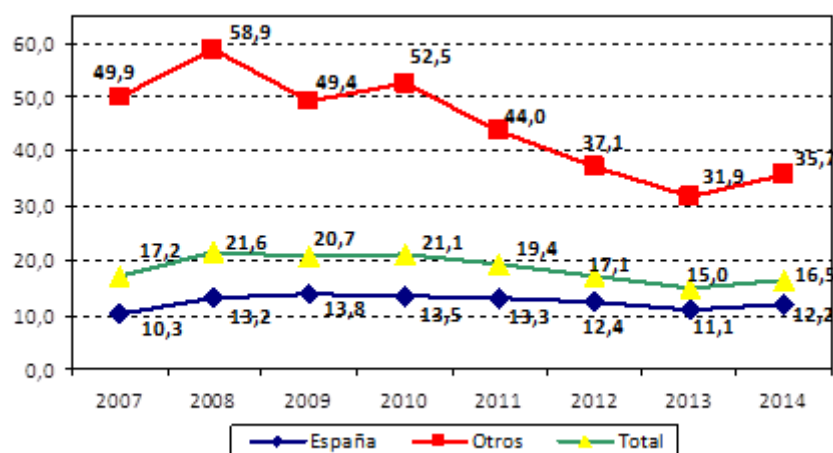
* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

Año 2014 no consolidado.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2007	853	81,6	192	18,4	1045
2008	1127	83,2	228	16,8	1355
2009	1112	84,2	209	15,8	1321
2010	1162	85,1	203	14,9	1365
2011	1057	84,2	199	15,8	1256
2012	967	86,8	147	13,2	1114
2013	858	87,9	118	12,1	976
2014*	926	87,0	138	13,0	1064
2015*	561	88,5	73	11,5	634
2016*	87	83,7	17	16,3	104
Total	8710	85,1	1524	14,9	10234

* 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 2014 no consolidado

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

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
UDI	207	4,0	97	2,7	56	12,6	12	1,1
HSH	4047	78,4	2482	69,9				
HTX	443	8,6	709	19,9	342	77,0	1045	96,8
Otros	8	0,2	17	0,5	15	3,4	11	1,0
Desconocido/ N.C.	451	8,8	249	7,0	31	7,0	12	1,1
Total	5156	100	3554	100	444	100	1080	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 15,9% 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% en foráneos.

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

	N	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ μ l)	DT (<350 células/ μ l)	<500 células/ μ l
2007	786	342	30,7	50,8	69,6
2008	1098	392	24,8	42,9	63,1
2009	1086	402	26,2	42,9	61,0
2010	1104	407	24,0	41,5	60,6
2011	1025	382	27,0	46,0	64,2
2012	938	418	24,5	41,0	60,4
2013	827	434	23,0	39,4	57,6
2014	931	461	21,4	36,5	55,1
2015-16	655	414	24,6	41,4	59,4
07 -16	8450	405 (RI: 199-628)	25,1	42,5	61,2

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 8450 nuevos diagnósticos (82,6%).

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.

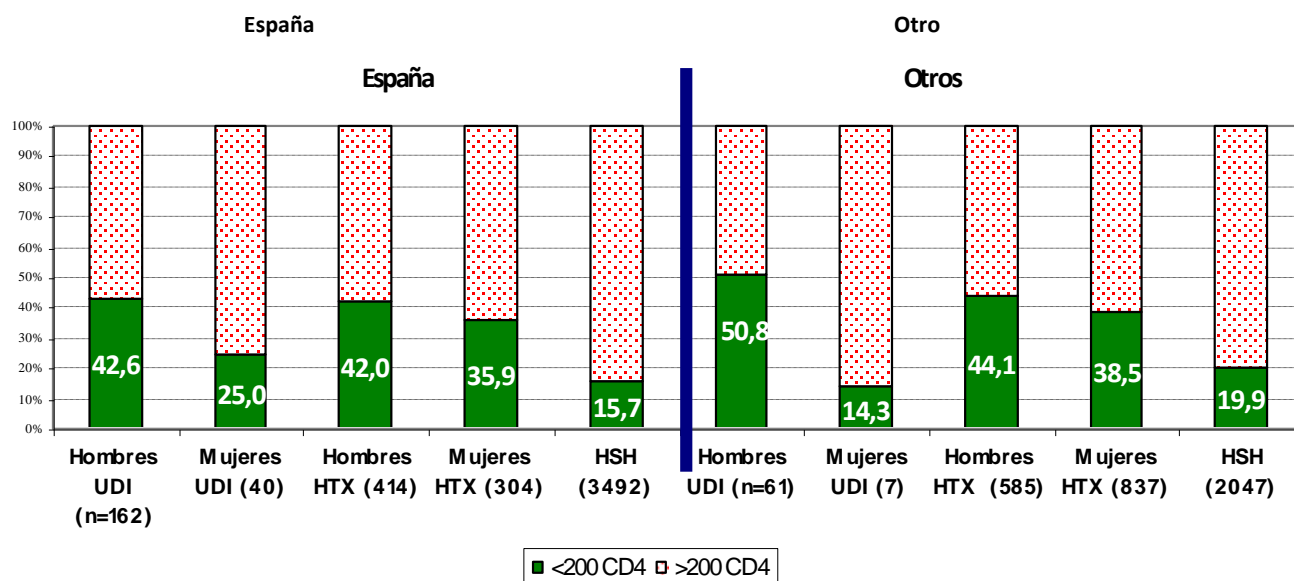
PEA: Presentación con enfermedad avanzada, DT: Diagnóstico tardío.

Linfocitos CD4<500: Estadios 2 y 3 del CDC (MMWR December 5, 2008/Vol.57/No.RR-10)

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

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=7222)	23,0%	40,0%	59,3%
	Mujer (1228)	37,2%	56,8%	72,8%
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (130)	8,5%	26,2%	43,8%
	20-29 (2514)	14,2%	30,9%	51,9%
	30-39 (3150)	24,1%	41,7%	60,8%
	40-49 (1766)	34,0%	51,9%	69,1%
	>49 años (854)	45,3%	63,0%	77,8%
Mecanismo de transmisión	UDI (270)	41,1%	56,7%	68,9%
	HTX (2140)	40,3%	60,0%	75,9%
	HSH (5539)	17,2%	34,0%	54,5%
País de origen	España (4744)	21,9%	37,6%	56,3%
	Otros: (3706)	29,2%	48,7%	67,6%
	1. Europa Occidental (325)	13,2%	31,4%	56,0%
	2. Europa Oriental (252)	32,1%	44,8%	57,9%
	3. América Latina y Caribe (2331)	27,9%	47,9%	67,3%
	4. África Subsahariana (625)	39,0%	61,9%	78,7%
5. Norte de África y Oriente Medio (82)	41,5%	57,3%	65,9%	

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

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

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

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. 30 DE NOVIEMBRE DE 2016.

Casos de sida. 2007-2016		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	320	76,4	99	23,6
	2008	322	73,2	118	26,8
	2009	309	77,4	90	22,6
	2010	284	75,9	90	24,1
	2011	258	80,1	64	19,9
	2012	219	77,7	63	22,3
	2013	163	78,4	45	21,6
	2014*	148	80,0	37	20,0
	2015*	112	78,9	30	21,1
	2016*	28	93,3	2	6,7
07-16		2163	77,2	638	22,8
Edad media (años)		41,8 ± 10,5		39,6 ± 9,9	
País de origen		España: 65,2%		España: 53,3%	
Mecanismo transmisión		HSH: 44,5%		HTX: 68,8%	

Fallecidos con infección VIH. 2007-2016		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	265	80,1	66	19,9
	2008	286	79,0	76	21,0
	2009	231	77,8	66	22,2
	2010	251	80,4	61	19,6
	2011	241	83,4	48	16,6
	2012	186	77,5	54	22,5
	2013	124	78,5	34	21,5
	2014*	101	75,9	32	24,1
	2015*	99	86,1	16	13,9
	2016*	15	78,9	4	21,1
07-16		1799	79,7	457	20,3
Edad media (años)		48,5 ± 9,8		45,5 ± 9,3	
País de origen		España: 90,4%		España: 88,0%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,1%		UDI: 65,0%	

* Años no consolidados.

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

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