



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 4. Volumen 23. Abril 2017

INFORMES:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2016.
- Avance de resultados de Serovigilancia de la hepatitis C. 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: Noviembre 2017

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

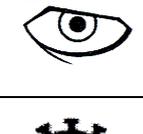
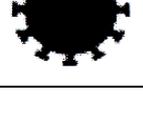
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 4. Volumen 23. Abril 2017

ÍNDICE

	<i>Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2016.</i>	5
	<i>Avance de resultados de Serovigilancia de la hepatitis C. Comunidad de Madrid, 2015.</i>	51
	<i>EDO. Semanas 14 a 17 (del 3 al 30 de abril de 2017).</i>	57
	<i>Brotos Epidémicos. Semanas 14 a 17, 2017.</i>	58
	<i>Red de Médicos Centinela, semanas 14 a 17, 2017.</i>	59
	<i>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, abril 2017.</i>	63

**INFORME:**

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2016

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2016

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	9
3. METODOLOGÍA.....	9
4. RESULTADOS.....	12
4.1. Actividad física.....	12
4.2. Alimentación.....	15
4.3. Realización de dietas.....	20
4.4. Antropometría.....	21
4.5. Consumo de tabaco.....	22
4.6. Consumo de alcohol.....	27
4.7. Prácticas preventivas.....	31
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 2016.

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A). Año 2016

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 2016 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. 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 43,4% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad laboral y el 50,1% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Comparando 1995-2016, se incrementó la inactividad relacionada con la actividad laboral /habitual en las mujeres, manteniéndose estable en los hombres.

La prevalencia de personas no activas en tiempo libre siguen siendo elevadas 47,0% en hombres y del 53,1% en mujeres. Sin embargo es destacable la reducción de la inactividad física en el tiempo libre en los últimos 6 años tanto en hombres (reducción de 24,7 puntos porcentuales) como en mujeres (reducción de 24,1 puntos porcentuales).

El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: más del 32,0% de la población no ingirió fruta diariamente, proporción que se incrementó al 43,6% en los jóvenes de 18 a 29 años, siendo la

prevalencia más elevada de todos los grupos de edad. El 43,9% de los hombres y el 34,1 % de las mujeres consumieron 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 2016 que el 44,5% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y la talla auto declarados), siendo éste 1,45 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 23,6 % en los hombres y un 42,7% en las mujeres entre 1995/1996 y 2015/2016.

Más de uno de cada cuatro madrileños de 18-64 años (28,3%) fuman en 2016. Aunque esta prevalencia es muy elevada, el descenso relativo acumulado en estos veinte años de estudio fue del 36,1% en hombres y del 42,7% en mujeres. Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 o más cigarrillos (73,0% en hombres y 72,4% en mujeres). Paralelamente, en este periodo la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó de forma importante (35,7% en hombres y 93,9% en mujeres).

También el consumo de alcohol registró en líneas generales una evolución positiva, sobre todo en los hombres. El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante en hombres un 71,0%. La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) también descendió (un 40,0% en hombres y un 1,0% en mujeres). En 2016, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue 3,1% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión 12,6%. Combinando ambos indicadores, el 13,7% realizó un consumo de alcohol “de riesgo global”.

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 fue en general muy elevado. La realización de un test de sangre oculta en heces o de una colonoscopia/sigmoidoscopia tienen un menor seguimiento (en la población de 50-64 años, el 23,5% se había realizado un test de sangre oculta en heces hacía dos años o menos y un 26,8% se había realizado una colonoscopia o sigmoidoscopia hacía 4 años o menos), aunque estas prácticas aumentaron notablemente entre 2010/2011 y 2015/2016.

Por otro lado, la utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial, como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, mejoró de forma muy notable en los últimos años.

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 3,2 % de las mujeres con pareja o expareja durante el último año, siendo el porcentaje mayor en los grupos de edad más jóvenes.

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 37,2% tenía al

menos un factor de riesgo y un 18,2% de los hombres y un 14,8% de las mujeres tenían dos o más factores de riesgo.

Conclusiones:

Durante 2016 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. Estos hechos deben de hacernos reflexionar sobre la necesidad de poner en marcha políticas de salud que tengan en cuenta estos factores de riesgo, facilitando la actividad física en el trabajo y tiempo libre y trabajando los hábitos alimentarios saludables entre los más jóvenes.

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 el cumplimiento de las medidas de protección de seguridad vial, lo que implica un mayor seguimiento de las recomendaciones sanitarias. Por último, subrayar la importancia que tiene el problema de violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja, que sigue estando presente 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 2016, 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 2.004 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 2015). De acuerdo con los datos que constaban en el sistema de información poblacional, a 31 de diciembre de 2015, la población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.549.688 personas¹⁶ y el total de población en la Comunidad de Madrid a 1 de Enero de 2016 (cifras del Padrón continuo, Instituto Nacional de Estadística) era de 6.466.996 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 2016, 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. 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 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.

4.- RESULTADOS

Se han realizado un total de 2004 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	2004
Sexo (%)	
Hombres	48,5
Mujeres	51,5
Edad (%)	
18-29	20,4
30-44	39,4
45-64	40,2
Ámbito geográfico (%)	
Madrid capital	47,7
Corona metropolitana	42,7
Resto de municipios	9,6
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	1,3
Primarios	5,5
Secundarios 1º grado	15,9
Secundarios 2º grado	42,9
Universitarios	34,4

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 2016.

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 43,4 (IC95% 41,3 - 45,6) de los entrevistados afirmaron estar sentados la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. La frecuencia de sedentarismo en el trabajo u ocupación habitual fue superior en los hombres que en las mujeres y disminuye con la edad. (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 50,1% de los entrevistados no eran activos en el tiempo libre. Las mujeres fueron menos activas que los hombres, por edad los más inactivos los que tienen más de 30 años (tabla 2).

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)	43,4 (41,3 -45,6)*	46,9 (43,8-50,0)	40,1 (37,2-43,1)	51,5 (46,7-56,3)	43,3 (39,9-46,7)	39,5 (38,6-45,5)
No activos en tiempo libre ^(b)	50,1 (48,0-52,3)	47,0 (43,9-50,2)	53,1 (50,0-56,1)	45,1 (40,3-49,9)	52,3 (48,8-55,8)	50,6 (47,2-54,1)

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

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, 2016.

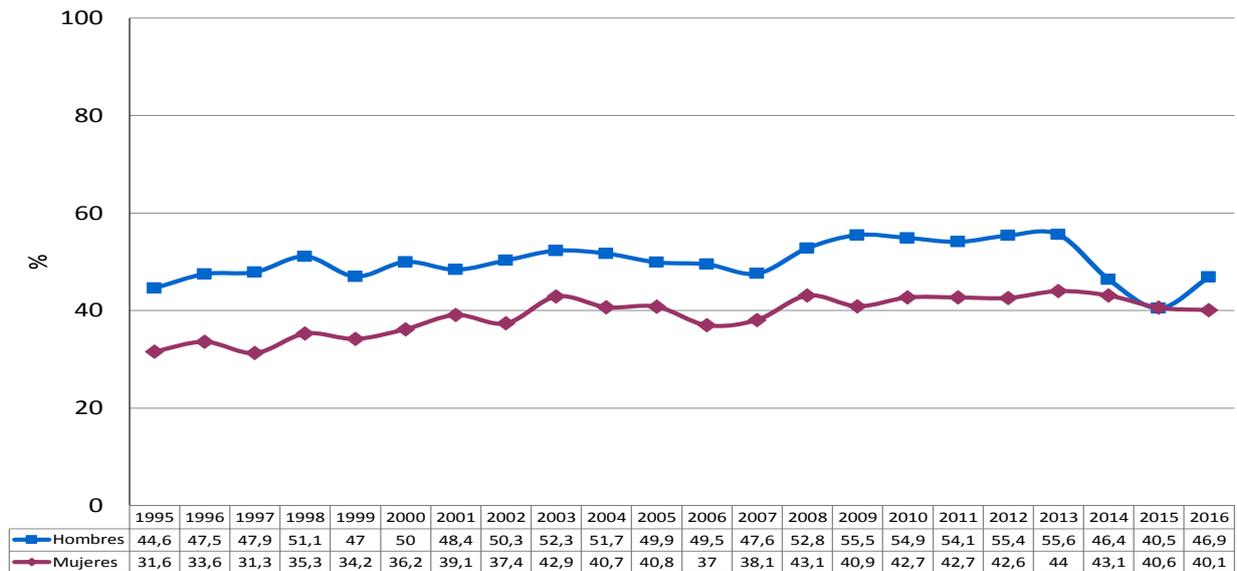
Hombre	%	Mujer	%
1. Footing	17,7	1. Pesas /gimnasia con aparatos	8,8
2. Pesas/gimnasia con aparatos	16,9	2. Natación ligera	8,2
3. Bicicleta ligera	11,1	3. Bicicleta ligera	7,8
4. Fútbol	8,1	4. Aerobic/gimnasia de mantenimiento	6,9
5. Bicicleta intensa	6,7	5. Footing	6,7

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 2016. Si comparamos el promedio de 2015/2016 frente al de 1995/1996, el sedentarismo durante la actividad habitual/laboral ha disminuido 5,1 % en hombres y se ha incrementado un 23,8% en mujeres. Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre disminuyó un 29,8 % en los varones y un 27,7% en las mujeres.

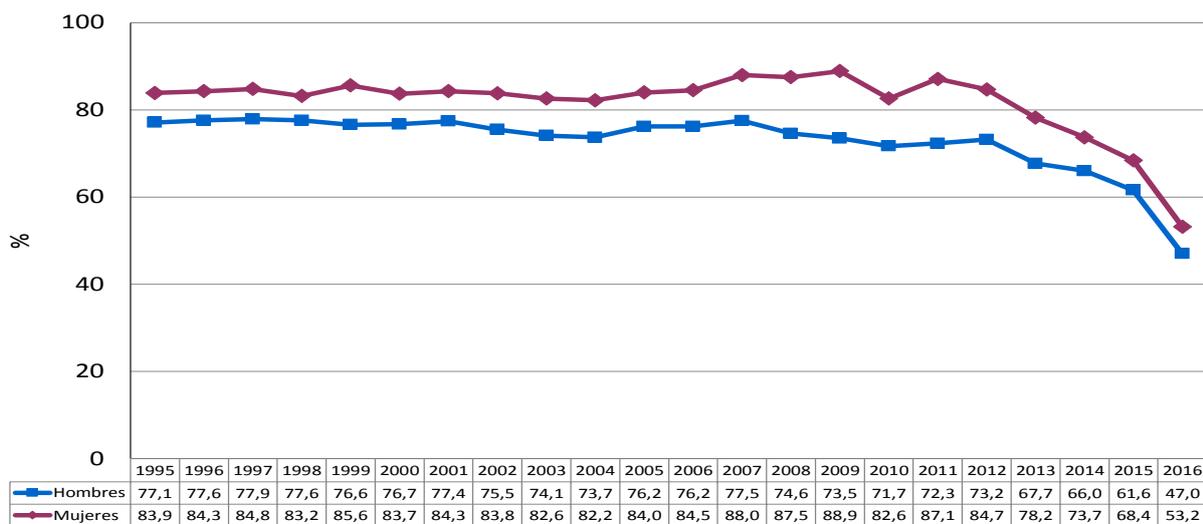
Figura 1. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2016

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 0,9 raciones/día, aunque el 27,5% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,6 raciones diarias y sólo el 12,3% 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 49,6% en hombres y un 44% en mujeres (figura 2).

El 51,8% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres, en las que este consumo se observó en un 54,5%, frente al 49% en los hombres.

Como podemos observar en la 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 13,4% en los hombres y un 32,7 % en las mujeres.

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,1 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 2,2 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 10,8 % de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 59,5 % (63,7 % de los hombres y 55,5 % de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (figura 3) y sólo el 4,8 % había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (3,8% de los hombres y 5,7 % 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 72,1 % no llegó a consumir tres raciones al día y el 98,8% no había ingerido las cinco raciones/día recomendadas, mientras esta misma situación en los sujetos de 45-64 años fue un 51,6 % con una ingesta inferior a 3 raciones/día y un 93,3 % 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 (7,0% y 21,1%, respectivamente), comparando los dos

primeros años de la serie (1995 y 1996) respecto a 2015/2016. Esta tendencia comenzó a observarse a partir del año 2012 (figura 3),

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,2 raciones/día, donde la carne aportó 0,87 raciones siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados, el 81,2%, 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 raciones de productos cárnicos, con diferencias entre hombres y mujeres: un 43,9% de hombres frente al 34,1% de mujeres (figura 4).

En la ingesta de dos o más raciones/día se observó un descenso del consumo del 15,0% en hombres y del 7,3% en mujeres al comparar los dos últimos años de la serie con los dos primeros.

Pescado

El 42,2% de las personas entrevistadas había consumido pescado (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), con una ingesta media per cápita de 0,48 raciones/día (unas 3,3 raciones/semana). La ingesta media no varía por sexo pero aumenta de forma significativa con la edad (tabla 4).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 43,6% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas. El 6,5% consumieron dos o más raciones al día (en los hombres el 7,3% y en las mujeres el 5,8%).

Este indicador se mantuvo relativamente estable entre 2006 y 2010, registrando desde 2011 una tendencia descendente. Comparando el final del periodo, 2015/2016, con el comienzo, 1995/1996, se registró un descenso en el consumo de dos o más raciones/día de estos productos del 30,6% en los hombres y en las mujeres.

Otros alimentos

La ingesta media de pan fue 1,6 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,36 raciones/día (lo que equivale a unas 2,5 raciones/semana), la de legumbres 0,1 raciones/día (en torno a 1,0 raciones/semana) y la de huevos fue poco más de 0,3 raciones/día (unas 1,89 raciones a la semana).

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

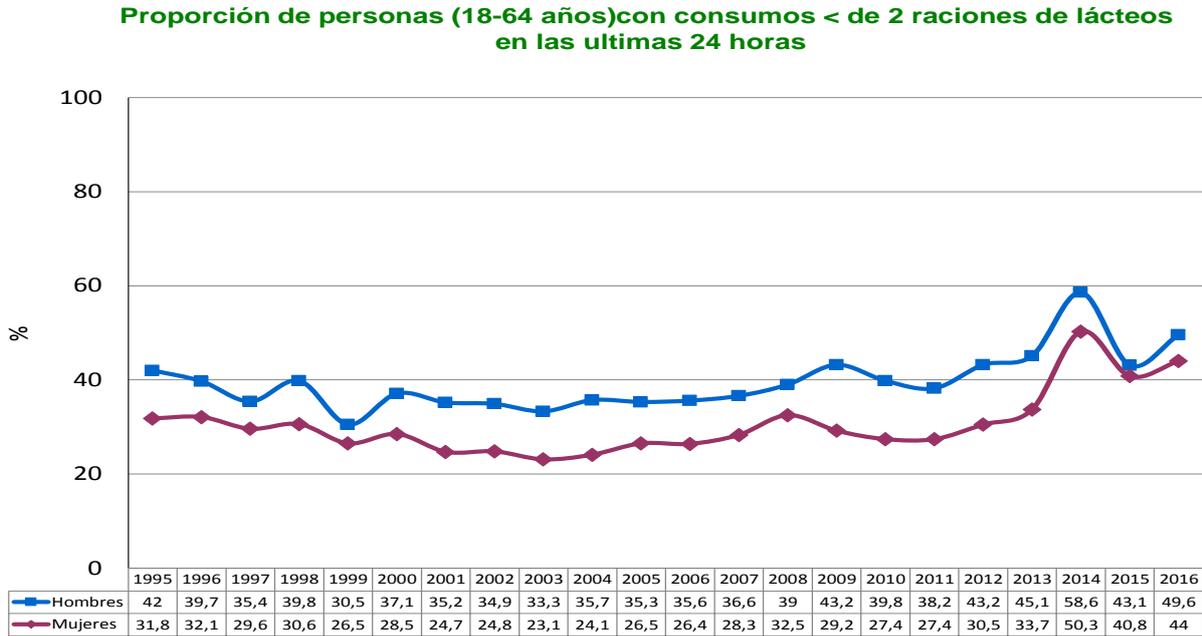
Tabla 4. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	72,5 (70,5-74,4)*	73,8 (70,9-76,4)	71,3 (68,5-74,0)	66,9 (62,2-71,3)	71,6 (68,4-74,7)	76,2 (73,1-79)
Leche y derivados	87,7 (86,2-89,1)	87,6 (85,3-89,5)	87,9 (85,8-89,7)	86 (82,3-89,1)	85,8 (83,2-88,1)	90,4 (88,2-92,3)
Arroz	18,9 (17,2-20,6)	21,2 (18,7-23,9)	16,7 (14,5-19,1)	26,7 (22,6-31,2)	18,6 (16-21,5)	15,1 (12,8-17,8)
Pasta	16,6 (15,1-18,3)	16,6 (14,4-19,0)	16,7 (14,5-19,0)	22,5 (18,7-26,9)	19 (16,4-21,9)	11,3 (9,3-13,7)
Verdura	76,3 (74,4-78,1)	72,5 (69,6-75,3)	79,8 (77,3-82,2)	68,4 (63,7-72,7)	77,1 (74-79,9)	79,5 (76,6-82,2)
Fruta fresca	68,1 (66,1-70,1)	63,9 (60,9-66,8)	72,1 (69,3-74,7)	56,4 (51,5-61,1)	64,2 (60,8-67,4)	77,9 (74,9-80,6)
Legumbres	15,3 (13,8-17,0)	15,5 (13,4-18,0)	15,0 (13,1-17,4)	13,2 (10,3-16,9)	15,8 (13,4-18,5)	15,9 (13,5-18,6)
Carne	68,3 (66,3-70,3)	72,1 (69,2-74,8)	64,7 (61,8-67,6)	72,8 (68,3-76,9)	67,3 (64-70,5)	67 (63,7-70,1)
Carne y derivados	81,2 (79,4-82,8)	84,4 (81,9-86,5)	78,2 (75,6-80,6)	83,8 (79,9-87,1)	81,4 (78,5-84)	79,7 (76,8-82,3)
Huevos	25,8 (23,9-27,8)	25,1 (22,5-27,9)	26,5 (23,9-29,2)	28,2 (24-32,7)	25,9 (23-29,1)	24,4 (21,6-27,5)
Pescado	42,2 (40,1-44,4)	42,2 (38,1-45,3)	42,2 (39,3-45,3)	34,1 (29,7-38,8)	42,8 (39,4-46,3)	45,8 (42,4-49,2)
Dulces/ Bollería	43,6 (41,5-45,8)	44,3 (41,2-47,5)	42,9 (39,9-46,0)	46,1 (41,3-51)	44,2 (40,7-47,7)	41,8 (38,5-45,2)

*Intervalo de confianza al 95%

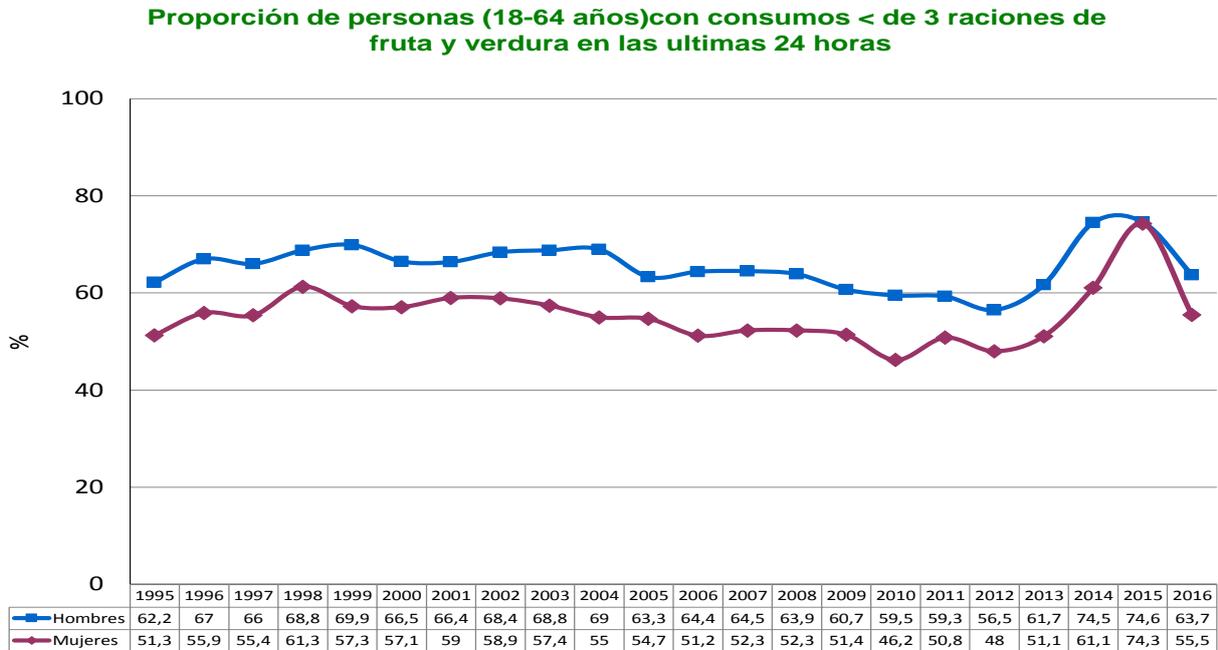
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 2. Evolución del consumo de lácteos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2016.



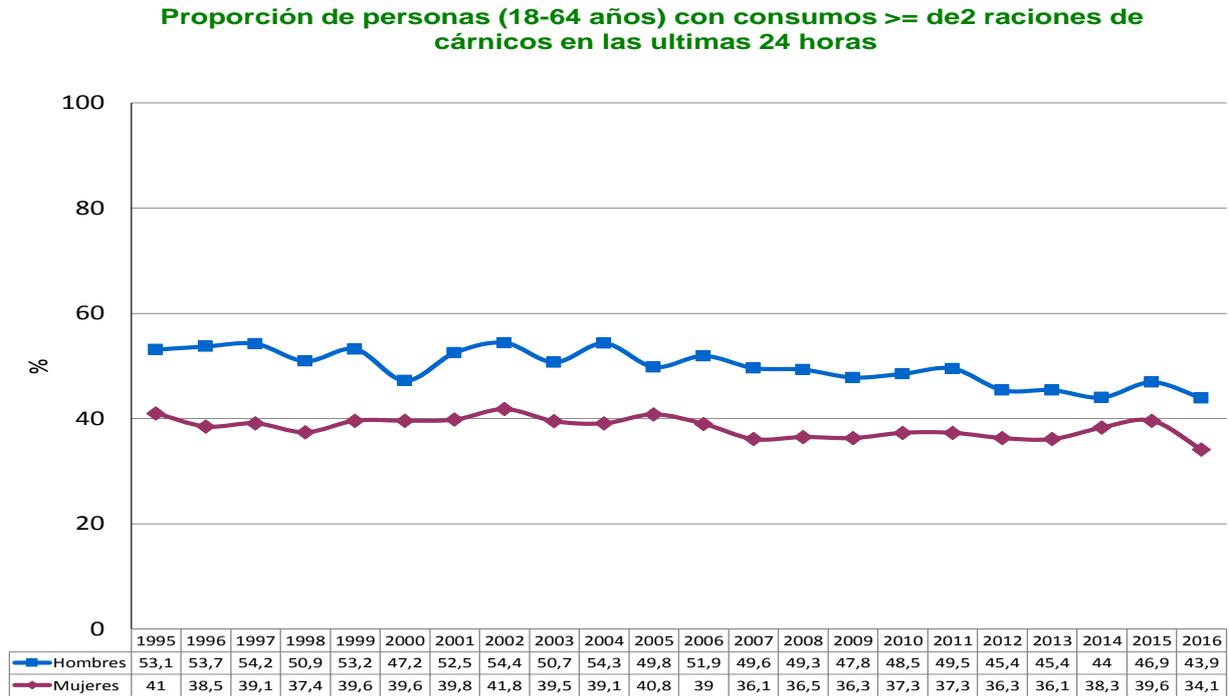
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 3. Evolución del consumo de frutas y verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2016



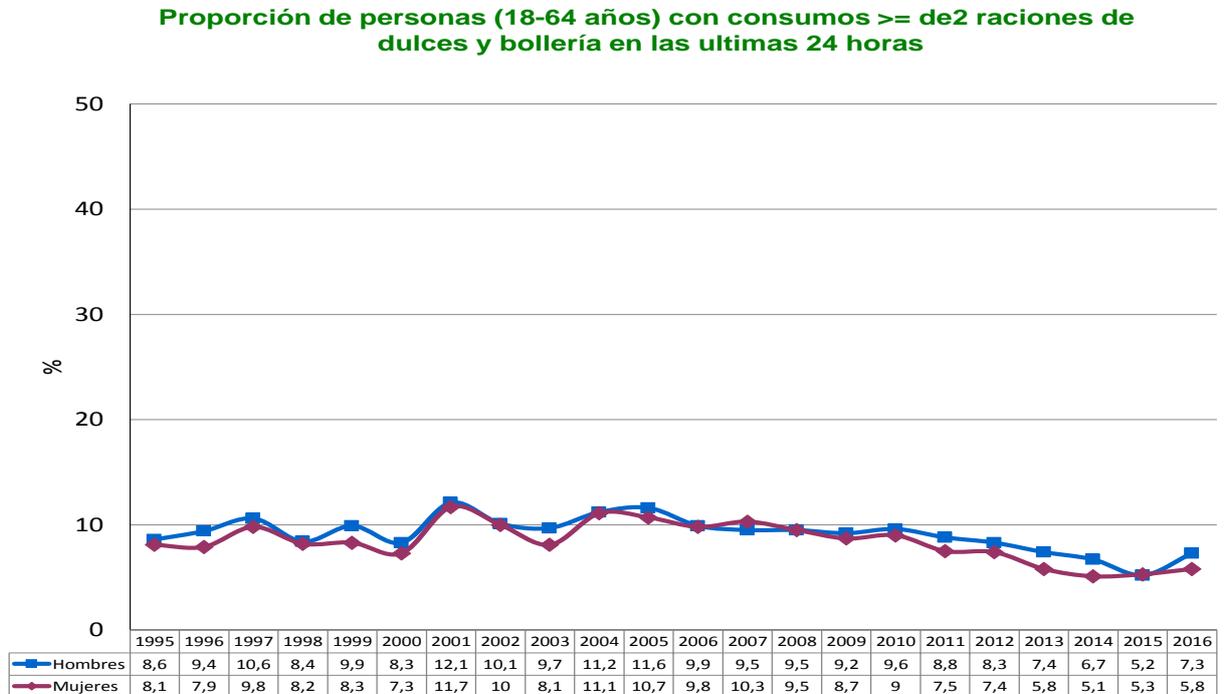
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 4. Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2016.



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.



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

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 21,5 % había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,5 % había realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue 1,3 veces mayor que la de hombres. En cuanto a las tendencias, en el periodo 1995/1996 y 2015/2016 se apreció una disminución en la proporción de personas que realizaron alguna dieta para adelgazar del 9,7% en hombres y del 34,7 % en mujeres (figura 6).

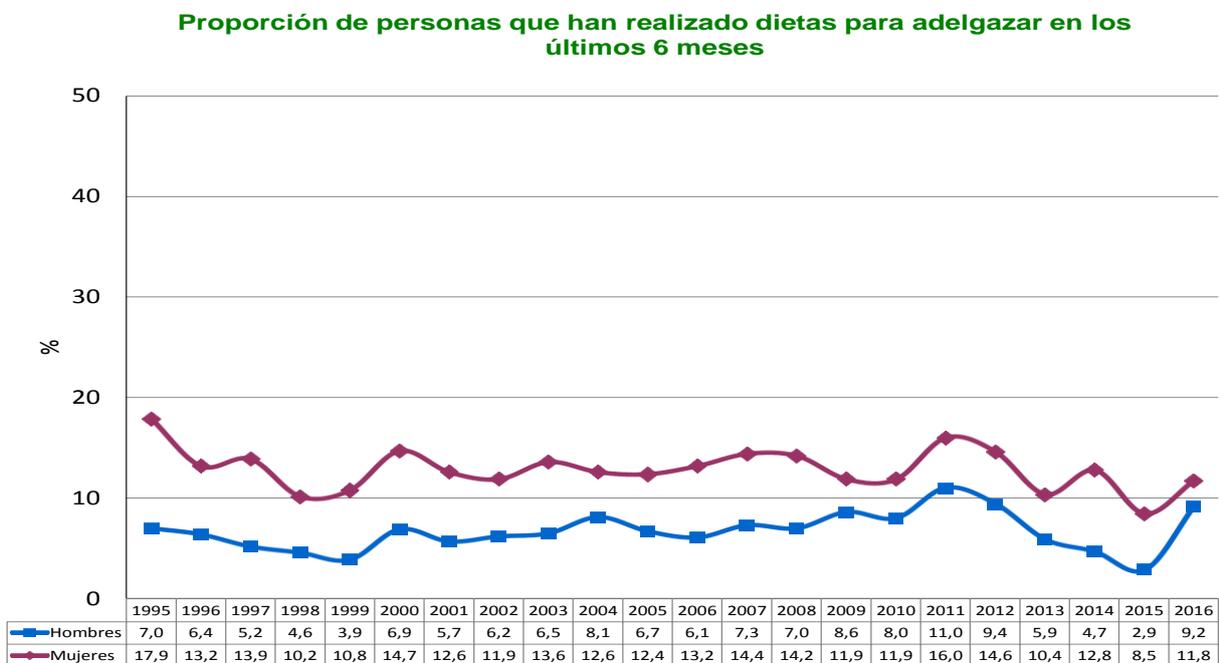
Tabla 5. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	21,5 (19,8-23,4)*	17,9 (15,6-20,5)	24,9 (22,4-27,6)	21,8 (18,1-16,1)	22,7 (17,6-23,1)	20,2 (17,6-20,2)
Dieta para adelgazar	10,5 (9,3-12,0)	9,2 (7,5-11,1)	11,8 (10,0-13,9)	11,0 (8,3-14,5)	11,3 (9,2-13,6)	9,6 (7,7-11,8)

* 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, 1995-2016



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 4,1 % de la población estudiada presentó un peso insuficiente, en las mujeres 6,0%, frente al 2,1% en los hombres, siendo más frecuente en el grupo más joven (18-29 años).

El 44,5% de la población presentó sobrepeso u obesidad. El 17,4% tiene sobrepeso grado I, un 16,3% sobrepeso de grado II, y un 10,8 % obesidad. Por sexo la prevalencia fue del 36,4 % en mujeres respecto al 52,9% en hombres, con un aumento importante por edad.

El sobrepeso fue mucho más frecuente en hombres que en mujeres y tanto el sobrepeso como la obesidad se incrementaron de forma importante 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 23,7%, y de 40,3% en mujeres comparando el promedio de 2015/16 respecto al de los dos primeros años de la serie.

Tabla 6. Distribución del Índice de Masa corporal. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente (a)	4,1 (3,3-5,0)*	2,1 (1,4-3,3)	6,0 (4,7-7,6)	8,6 (6,2-11,7)	4,2 (3,0-5,8)	1,7 (1,0-2,9)
Normopeso (b)	51,5 (49,4-53,6)	45,1 (42,1-48,1)	57,6 (54,6-60,5)	68,6 (64,0-72,9)	55,4 (52,0-58,8)	39,0 (35,7-42,3)
Sobrepeso grado I (c)	17,4 (15,8-19,1)	21,9 (19,4-24,1)	13,1 (11,5-15,6)	13,5 (10,5-17,1)	15,8 (13,4-18,5)	20,8 (30,6-37,2)
Sobrepeso grado II (d)	16,3 (14,7-17,9)	19,3 (17,0-21,9)	13,4 (11,5-15,6)	5,1 (3,4-7,8)	15,3 (13,0-18,0)	22,8 (20,1-25,8)
Obesidad (e)	10,8 (9,5-12,2)	11,6 (9,8-13,8)	10,0 (9,3-11,9)	4,2 (2,6-6,6)	9,2 (7,4-11,5)	15,6 (13,3-18,3)

* Intervalo de confianza al 95%

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

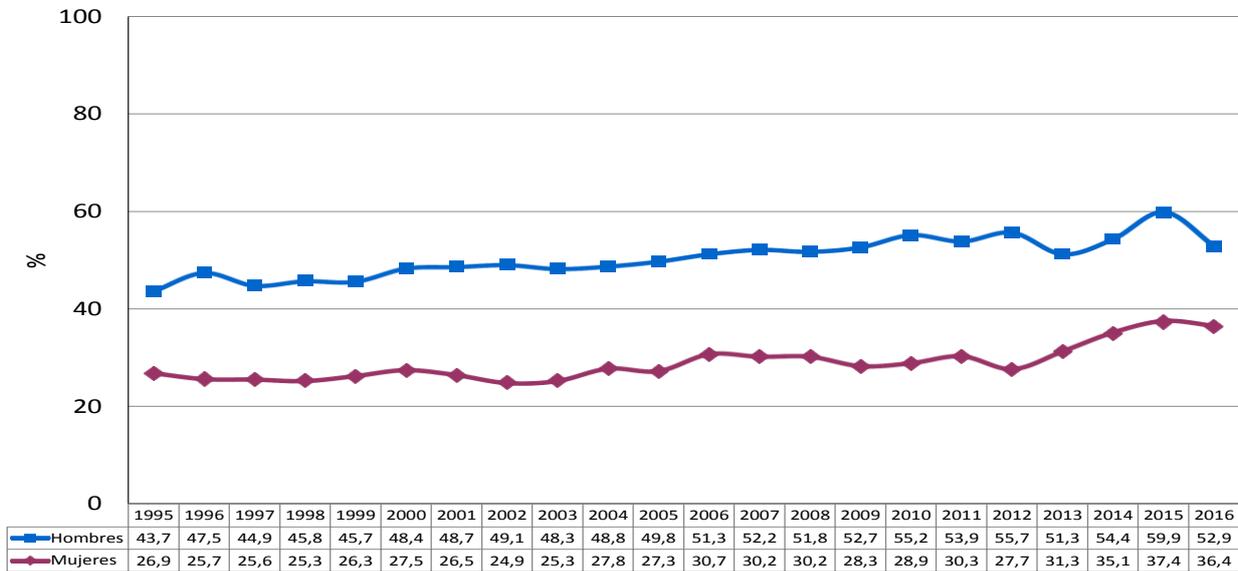
(b) Normopeso: $18,5 kg/m^2 \leq IMC < 25 kg/m^2$

(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, 1995-2015

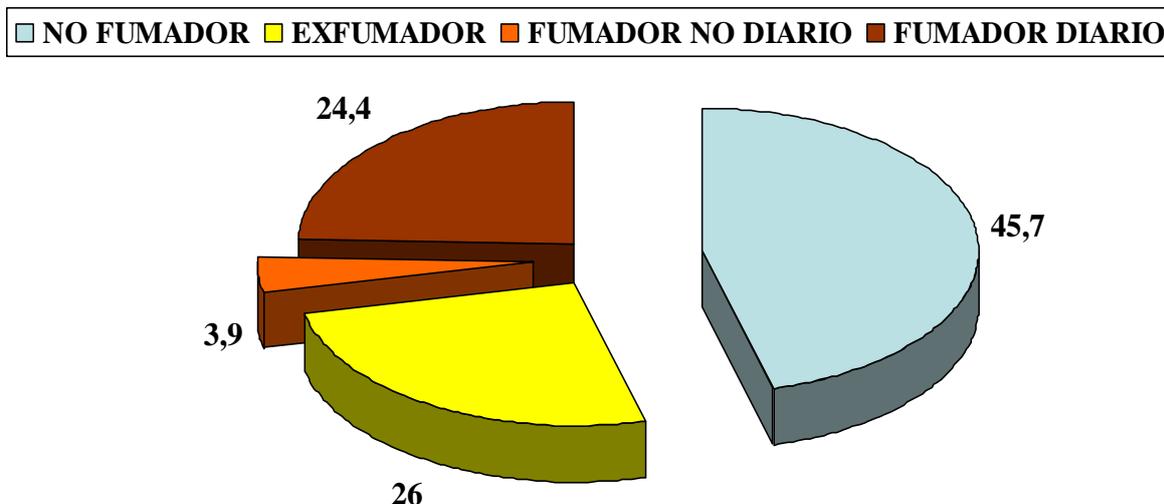


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

4.5. CONSUMO DE TABACO

En el año 2016, el 28,3% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 24,4% diarios y un 3,9% ocasionales), el 45,7% “no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual” y el 26,0% eran exfumadores (Figura 8). La situación por sexo se presenta en la Figura 9. En los hombres se registró una prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios u ocasionales) de 29,2%. En mujeres, la prevalencia global de fumadoras fue 27,5% (Figura 8).

Figura 8. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2016



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).

Un 5,9 % consume 20 cigarrillos o más al día y esta proporción aumenta con la edad de forma importante, desde 1,7% en los de 18 a 29 años hasta el 8,9% en los de 45 a 64 años.

La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores y exfumadores), fue 47,9%.

Del total de fumadores actuales un 11,1% estaba pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 22,0 % en los próximos 6 meses.

Por otra parte, el 30,7 % 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, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	49,5 (47,3-51,7)*	51,3 (48,2-54,4)	47,8 (44,8-50,8)	36,8 (32,2-41,6)	47,8 (44,4-51,3)	57,6 (54,1-60,9)
Fumadores actuales^(a)	28,3 (26,4-30,3)	29,2 (26,4-32,1)	27,5 (24,8-30,3)	29,4 (25,2-34,0)	27,7 (24,7-31,0)	28,3 (25,3-31,5)
Fumadores diarios	24,4 (22,5-26,3)	24,5 (20,9-26,2)	25,2 (22,6-27,9)	22,8 (19,0-27,1)	23,7 (20,8-26,8)	25,8 (22,9-28,9)
Consumo 20 ó más cigarrillos	5,9 (4,9-7,0)	6,9 (5,5-8,7)	4,9 (3,8-6,4)	1,7 (0,8-3,6)	4,9 (3,6-6,7)	8,9 (4,9-7,0)
Proporción de abandono^(b)	47,9 (45,0-50,9)	48,8 (44,7-53,0)	47,1 (42,9-51,3)	28,1 (21,8-35,5)	47,1 (42,3-51,9)	55,1 (50,8-59,4)

* Intervalo de confianza al 95%

(a) Fumador ocasional o diario.

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

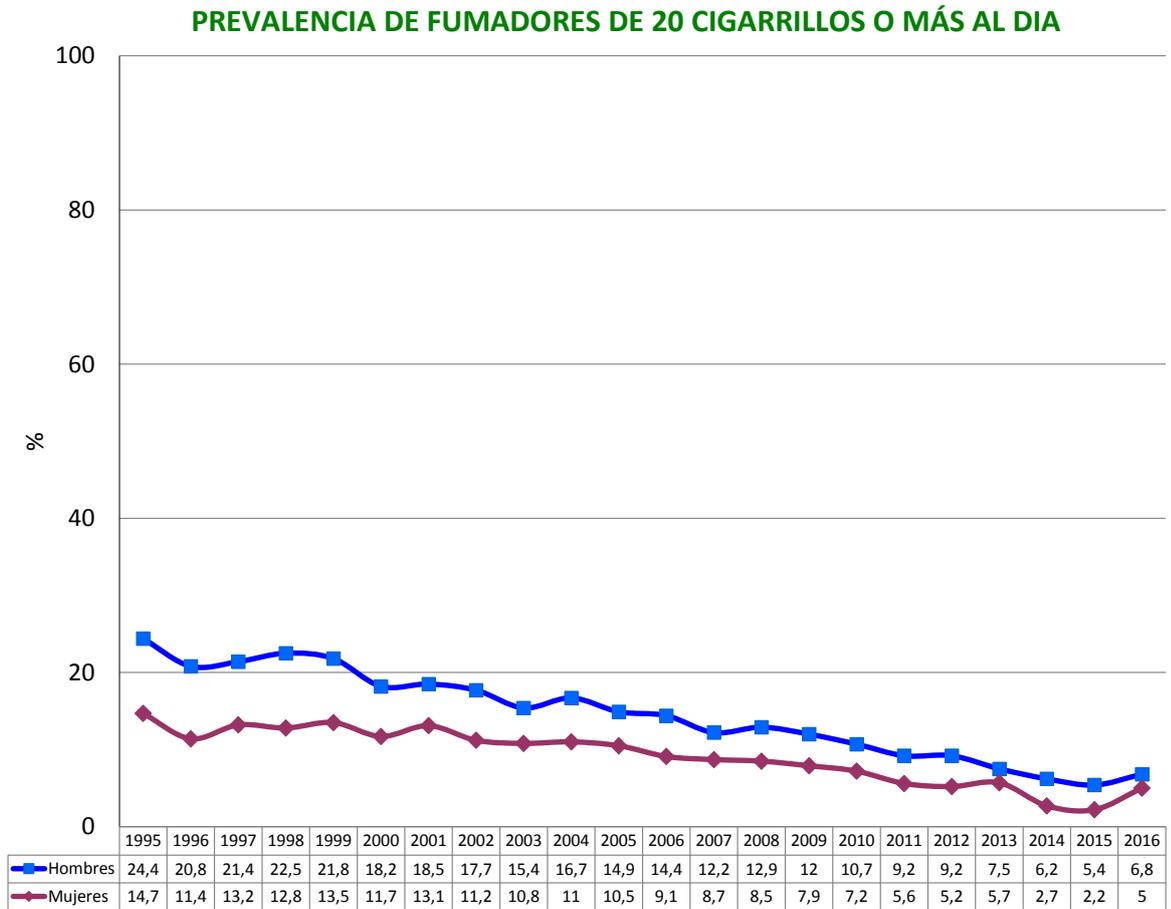
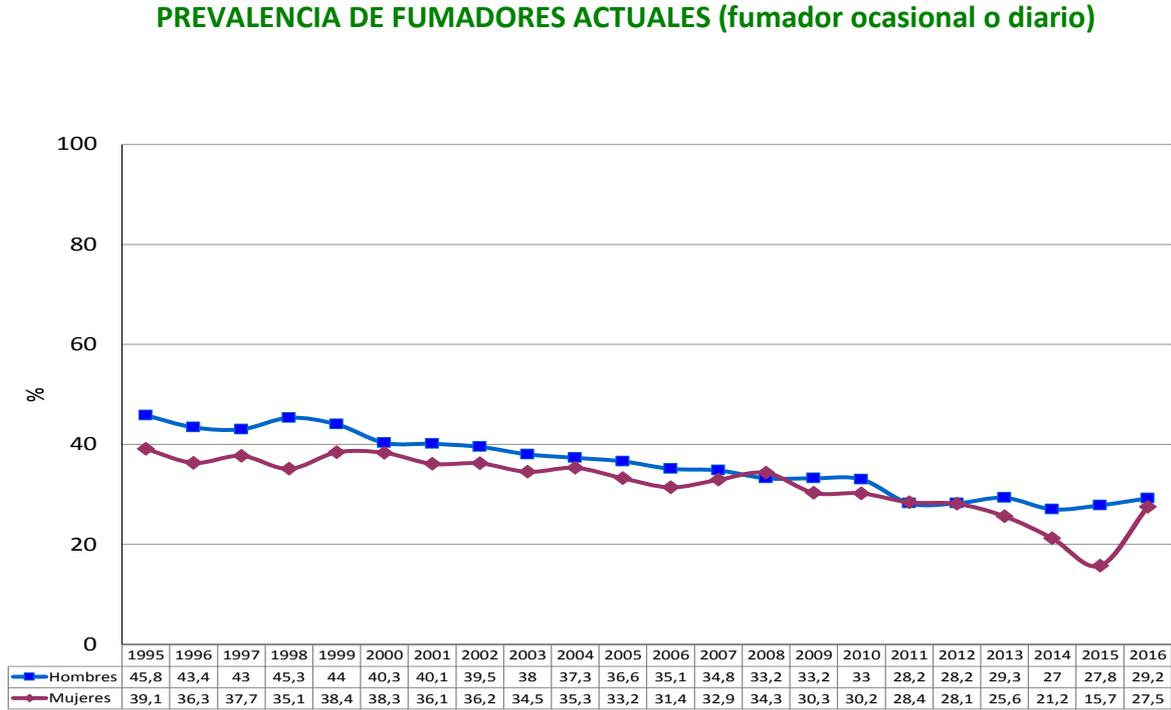
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVRENT-A).

Respecto a la evolución, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso de fumadores fue del 36,1% en los hombres y del 42,7% las mujeres (figura 9).

Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (descenso del 73,0 % en hombres y del 72,4 % 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 1995/1996-2015/2016, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 35,7% en hombres y un 93,9% en mujeres.

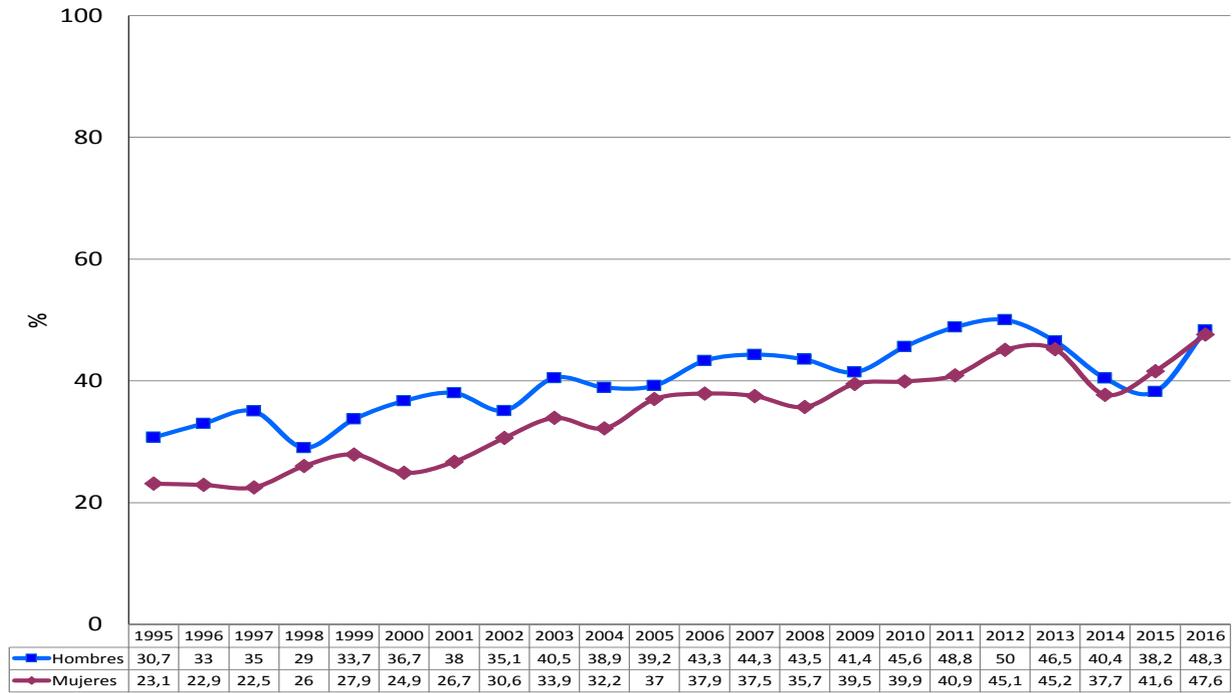
Figura 9. Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2016.



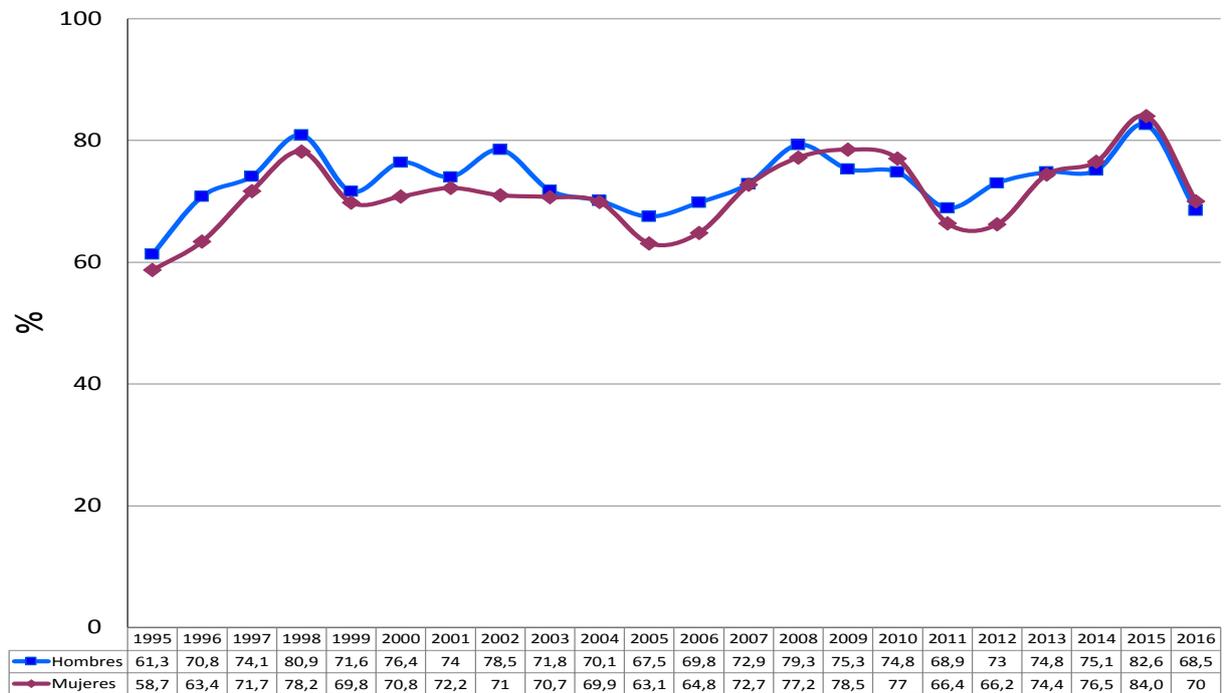
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 10. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2016.

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



PROPORCIÓN 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).

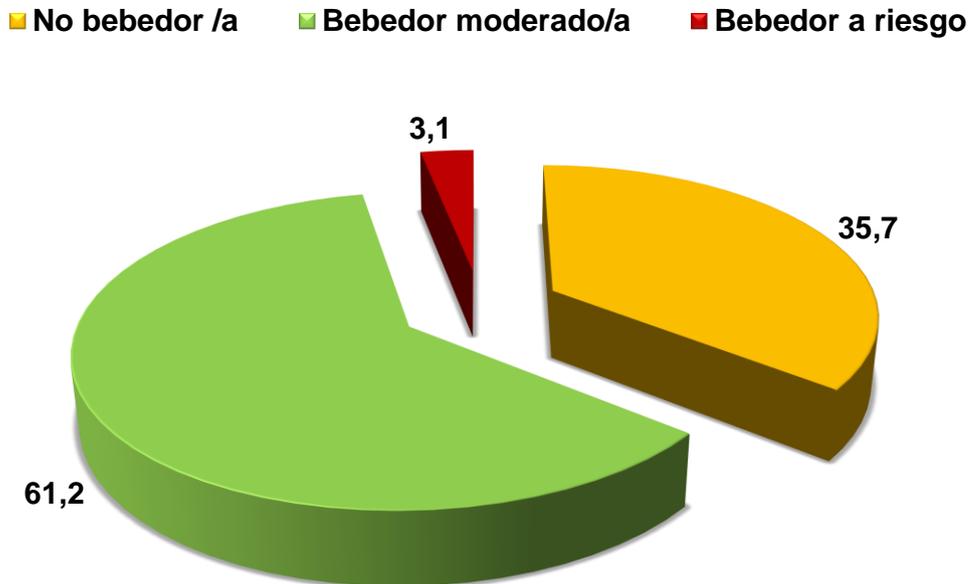
4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 54,1 gramos (g), 73,6 g en hombres y 35,6 g en mujeres. El 48,8% 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 1,5 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 2016, un 3,1% de la población fue clasificada como bebedor de riesgo, un 61,2% como bebedor moderado y un 35,7% como no bebedor (figura 11). Además, la proporción de personas con consumos promedio moderado y de riesgo, fue 1,3 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, 2016^(*) ^()**



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

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

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

El 12,6 % 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 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo 6,3 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 13,7% (17,0 % de los hombres y 10,7 % de las mujeres). Este comportamiento es más frecuente en los más jóvenes (Tabla 8).

Tabla 8. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales ^(a)	48,8 (46,7- 50,9)*	59,9 (56,8-62,9)	38,4 (35,5-41,4)	45,1 (40,4-49,9)	48,6 (45,3-52,0)	50,9 (47,5-54,2)
Bebedores con consumo promedio de riesgo ^(b)	3,1 (2,4-4,0)	3,0 (2,1-4,3)	3,2 (2,3-4,5)	4,2 (2,6-6,6)	3,5 (2,5-5,1)	2,1 (1,3-3,4)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ^(c)	12,6 (11,3-14,1)	16,2 (14,1-18,5)	9,3 (7,7-11,2)	27,2 (23,2-31,7)	13,5 (11,3-16,1)	4,3 (3,1-6,0)
Consumo de riesgo global ^(d)	13,7 (12,3-15,2)	17,0 (14,8-19,4)	10,7 (8,9-12,3)	27,5 (23,4-31,9)	14,9 (12,6-17,6)	5,6 (4,2-7,4)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	7,2 (6,2-8,4)	10,1 (8,3-12,1)	4,6 (3,4-6,0)	9,8 (7,3-13,1)	8,0 (6,3-10,1)	5,2 (3,9-7,0)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días ^(e)	2,0 (1,5-2,7)	3,0 (2,1-4,3)	1,1 (0,6-1,9)	3,9 (2,4-3,6)	2,3 (1,4-3,6)	0,7 (0,3-1,6)

* 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).

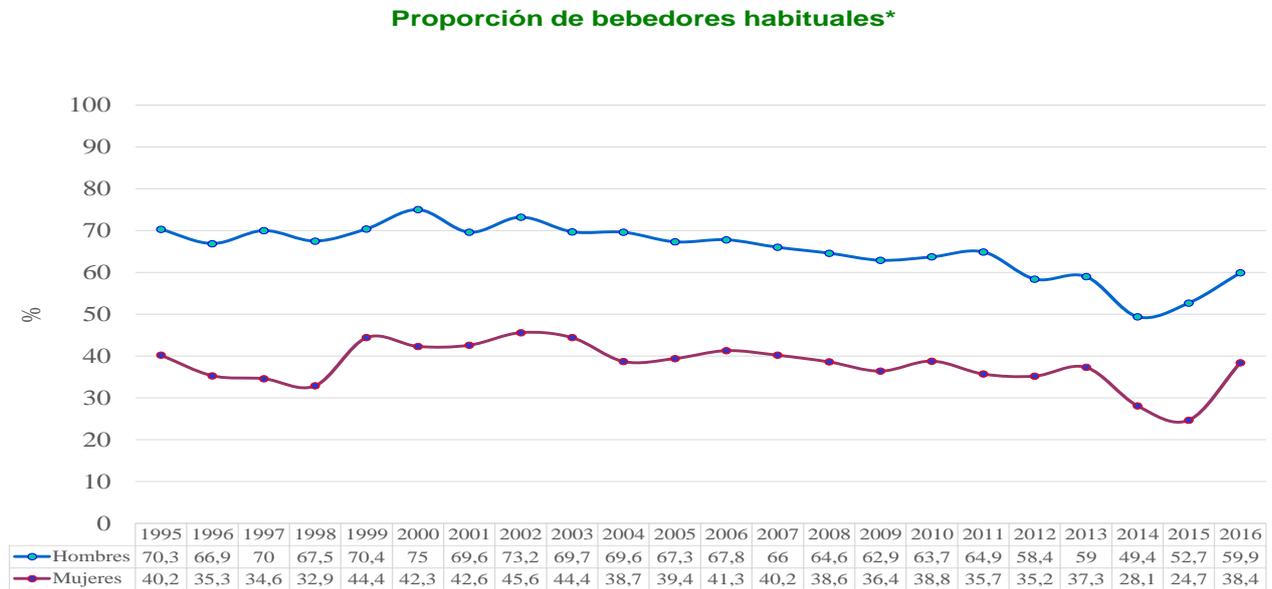
^(e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

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 en caso de respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test), del total de bebedores habituales, en un 7,2% se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (10,1 % de los hombres y 4,6 % de las mujeres). Por último, un 2,0% 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 3,0% frente al 1,1% de las mujeres. Este comportamiento de riesgo

disminuye con la edad siendo 5,5 veces más frecuentes entre los más jóvenes que entre los de 45-64 años.

Figura 12. Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2016



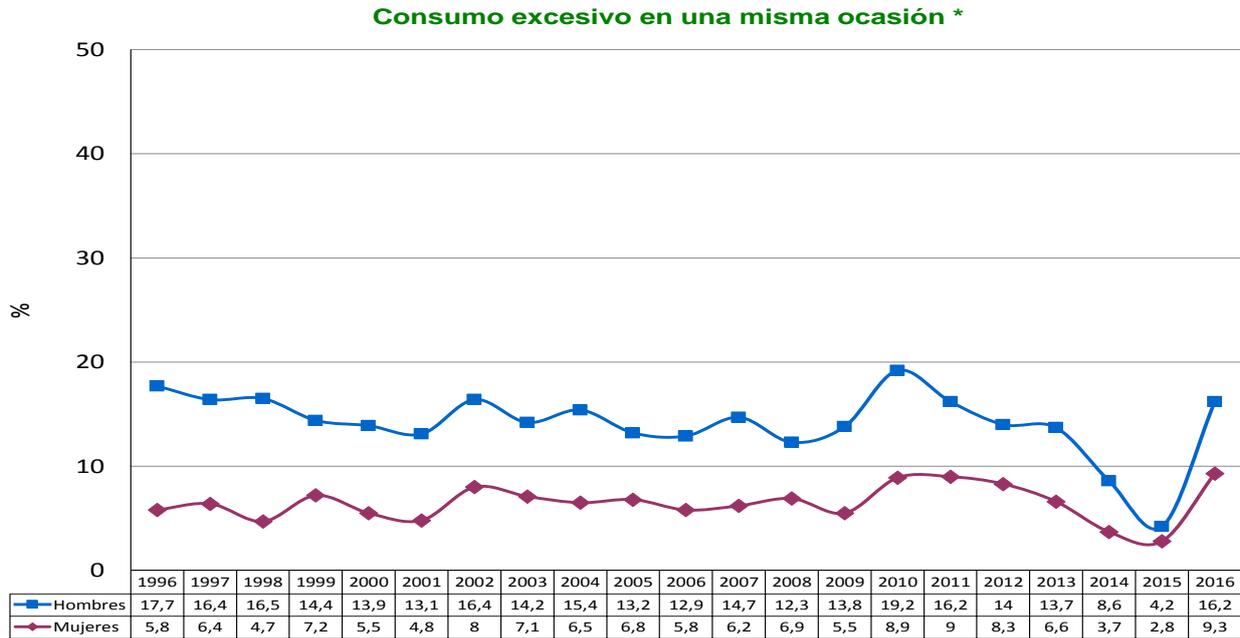
* Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días



* 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).

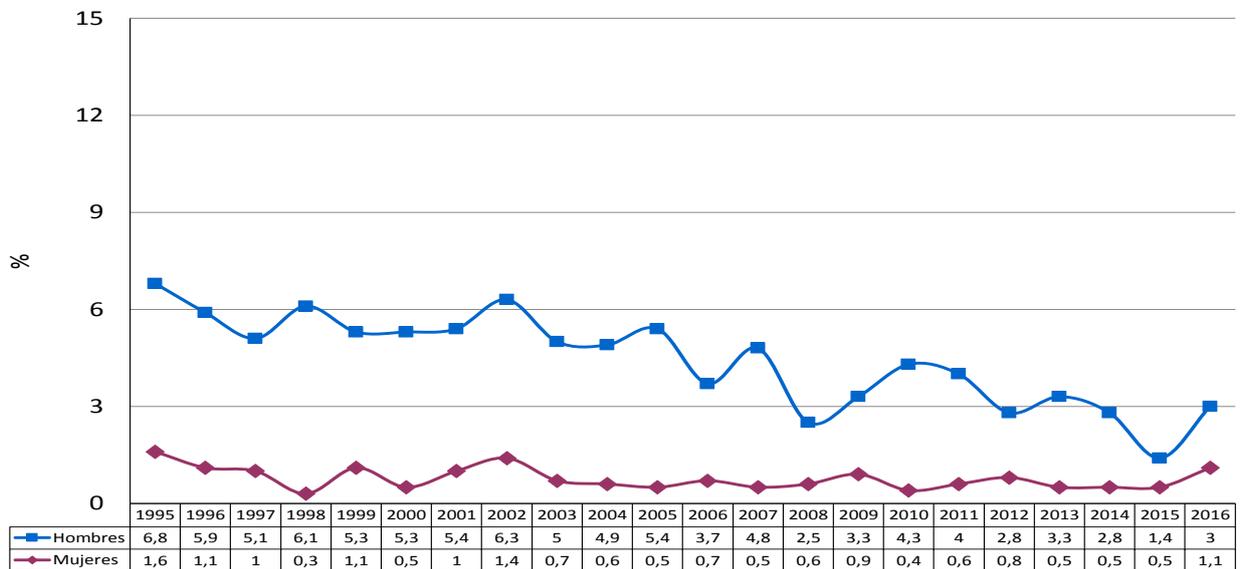
Figura 13. Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2016



* 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, 1995-2016

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 2015/2016, especialmente en los hombres. En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 21,8% en hombres y un 19,7% en mujeres, y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó un 71,0% en hombres y permanece estable en mujeres. Durante ese mismo periodo, el consumo excesivo en una misma ocasión (figura 13) disminuyó en hombres un 40,0% y un 1% 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 65,3 %) y mujeres (40,7%), 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 1995-2016 fue 0,76%, frente al 4,42% en los Hombres.

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. En todos los casos las recomendaciones se cumplen en un % superior al 85,6%, este es el caso de la medición de la TA en los últimos 4 años en personas de 18 a 40 años. El mayor cumplimiento se produce en la recomendación de medir el colesterol en los últimos 4 años en hombres de 45 o más años, en los que el % de cumplimiento es del 97,3%.

Un 12,2% de los entrevistados afirmó que un médico o enfermera le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 58,0% estaba tomando medicación, el 13,1 % se controlaba el peso, un 26,5% había reducido la ingesta de sal, y un 20% hacía ejercicio físico. El 73,5% seguía alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial, un 26,5 % no realizaba ninguna. A un 21,5 % le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 31,9% tomaba medicamentos, el 45,3% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 18,4 % practicaba ejercicio físico. El 70,5% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 29,5% no realizaba ninguna.

Por otro lado, un 4,3 % de las mujeres de 25-34 años y un 4,1 % de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca, y un 1,0% de las mujeres de 25-34 años y un 7,6 % de las de 35 a 64 años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más. En cuanto a la mamografía, un 4,0 % de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, el 86,4% se había realizado la mamografía con fines preventivos, y el 91,0% 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	85,6 (83,3-87,7)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	90,4 (88,5-92,1)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	81,2 (78,0-84,0)
	Mujeres < 46 años	91,0 (88,6-92,9)
Medición de colesterol <5 años ^(b)	Hombres ≥35 años	97,3 (95,7-98,3)
	Mujeres ≥46 años	87,4 (83,4-90,6)

*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, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	12,2 (10,9-13,7)*	14,4 (12,4-16,7)	10,2 (8,5-12,1)	4,4 (2,8-6,9)	6,7 (5,2-8,7)	21,6 (18,9-24,6)
Colesterol elevado	21,5 (19,8-23,3)	22,0 (19,6-24,7)	20,9 (18,6-23,4)	6,6 (4,6-9,5)	18,2 (15,7-21,1)	32,1 (29,0-35,5)

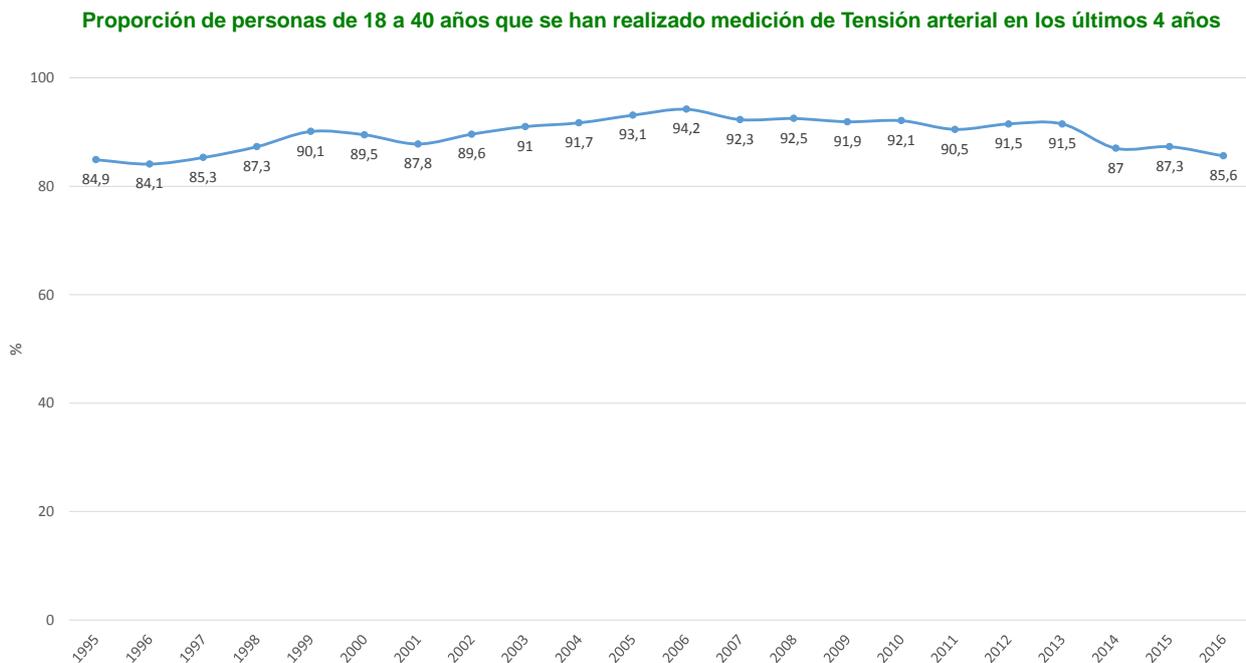
*Intervalo de confianza al 95%.

Tabla 11. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 2016.

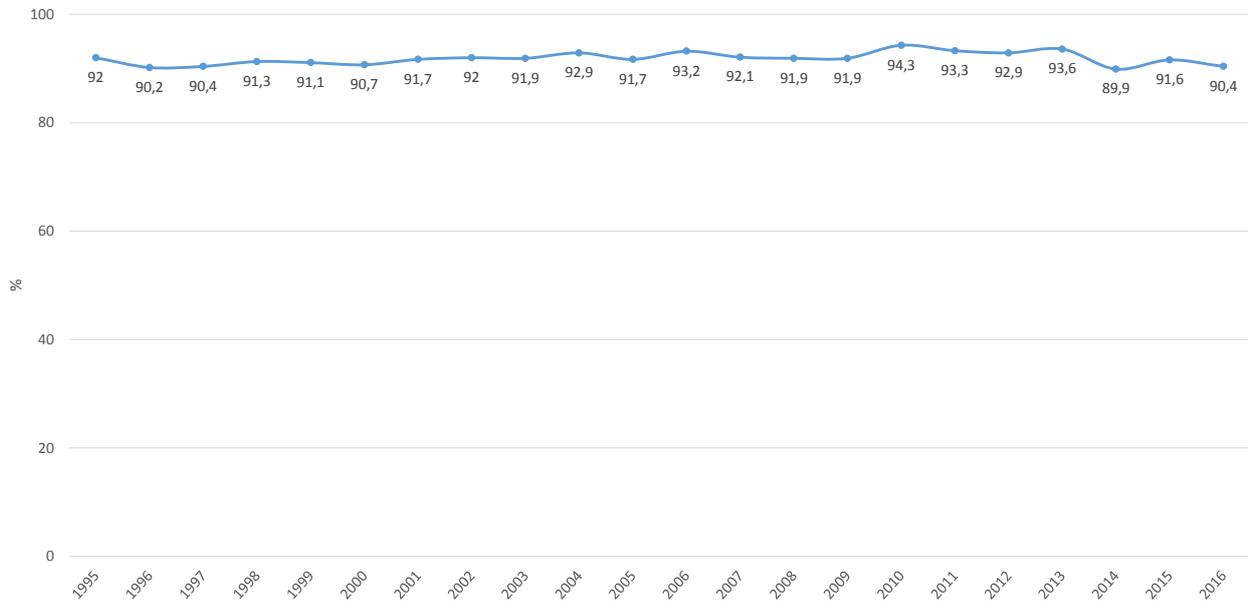
	EDAD	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	25-34 años	93,8 (89,6-96,4)*
	≥35 años	88,1 (85,5-90,3)
Realización de mamografías ≤2 años – año 2016	≥50 años	91,0 (87,2-93,7)

*Intervalo de confianza al 95%.

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.

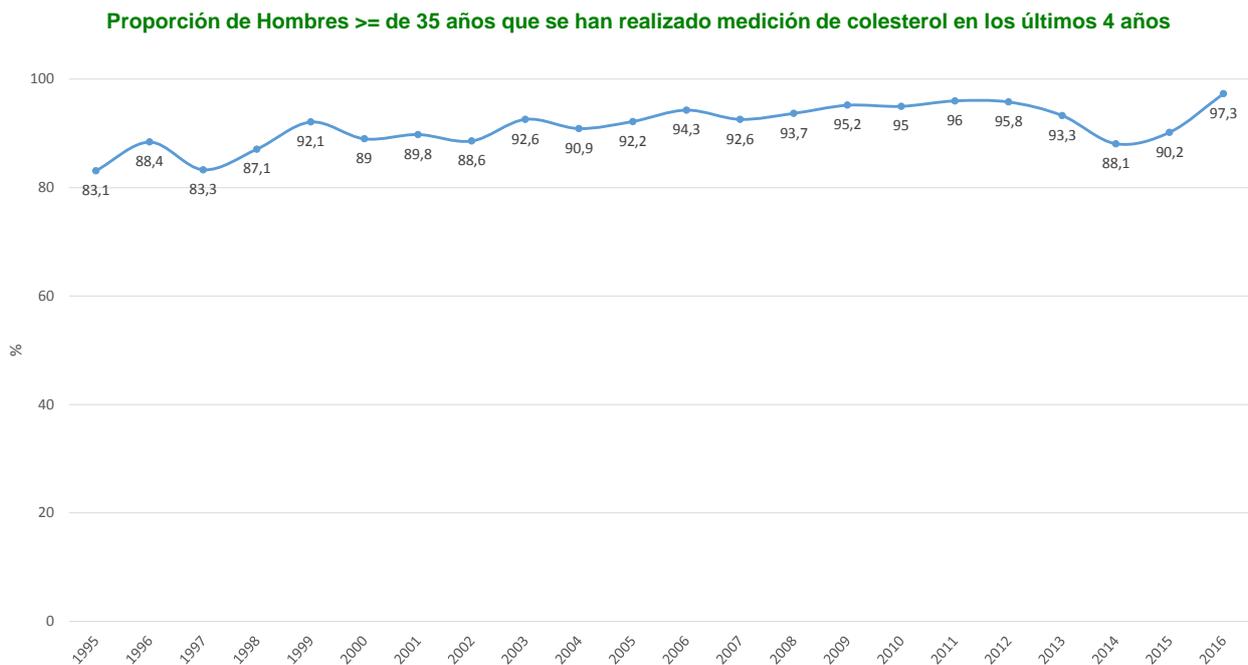
Figura 15. Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2016

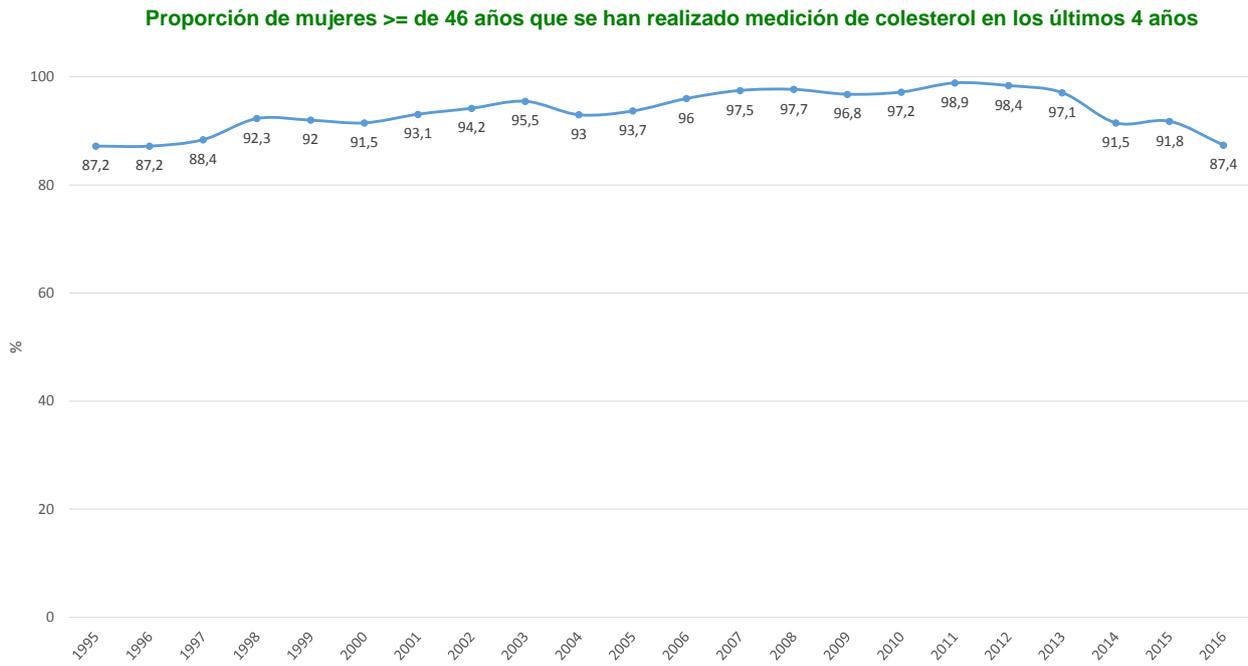
Proporción de personas mayores de 40 años que se han realizado medición de Tensión arterial en los últimos 2 años



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

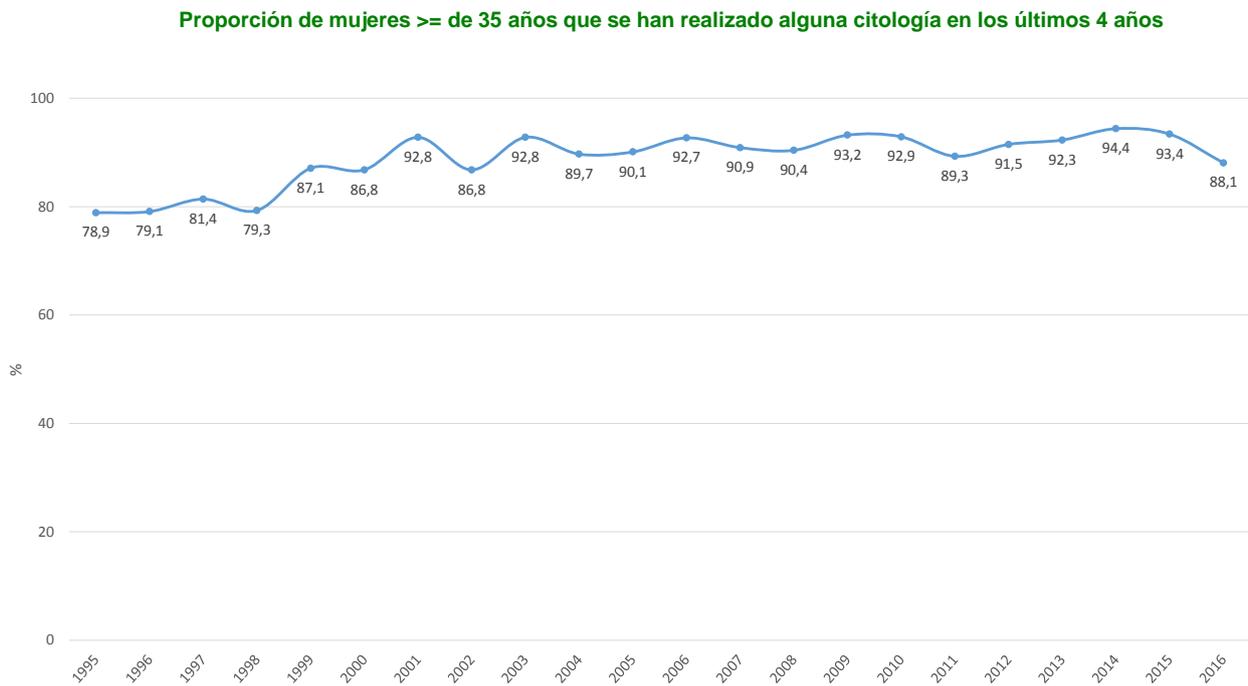
Figura 16. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2016.



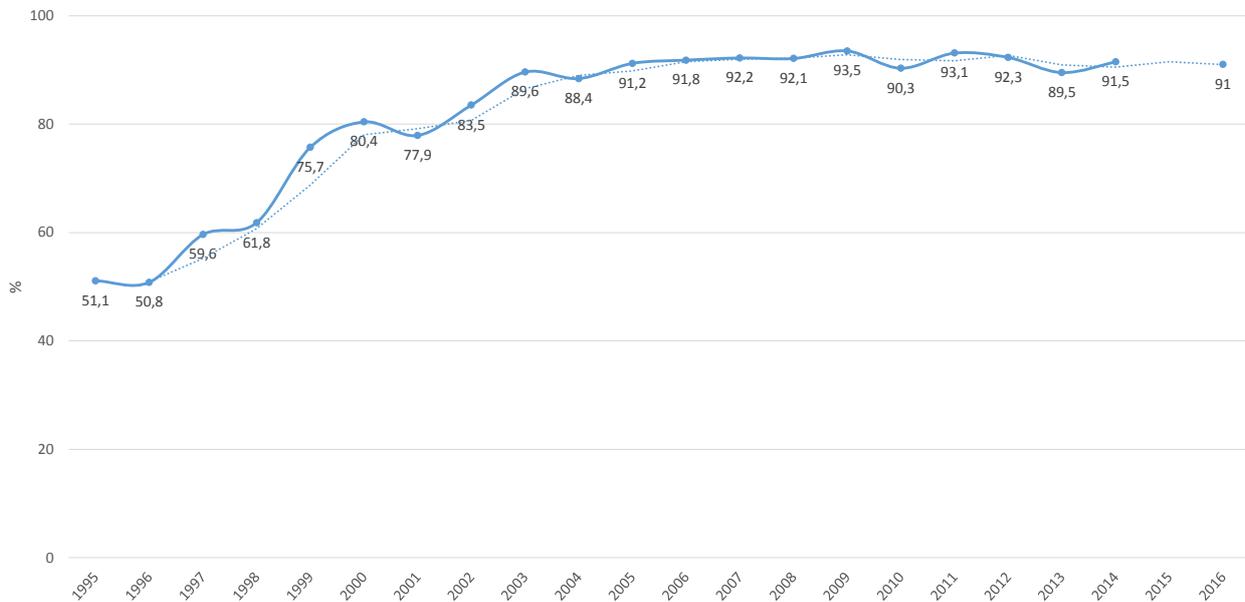


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

Figura 17. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2016.



Proporción de mujeres >= de 50 años que se han realizado alguna mamografía en los últimos 2 años (*)



(*) 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).

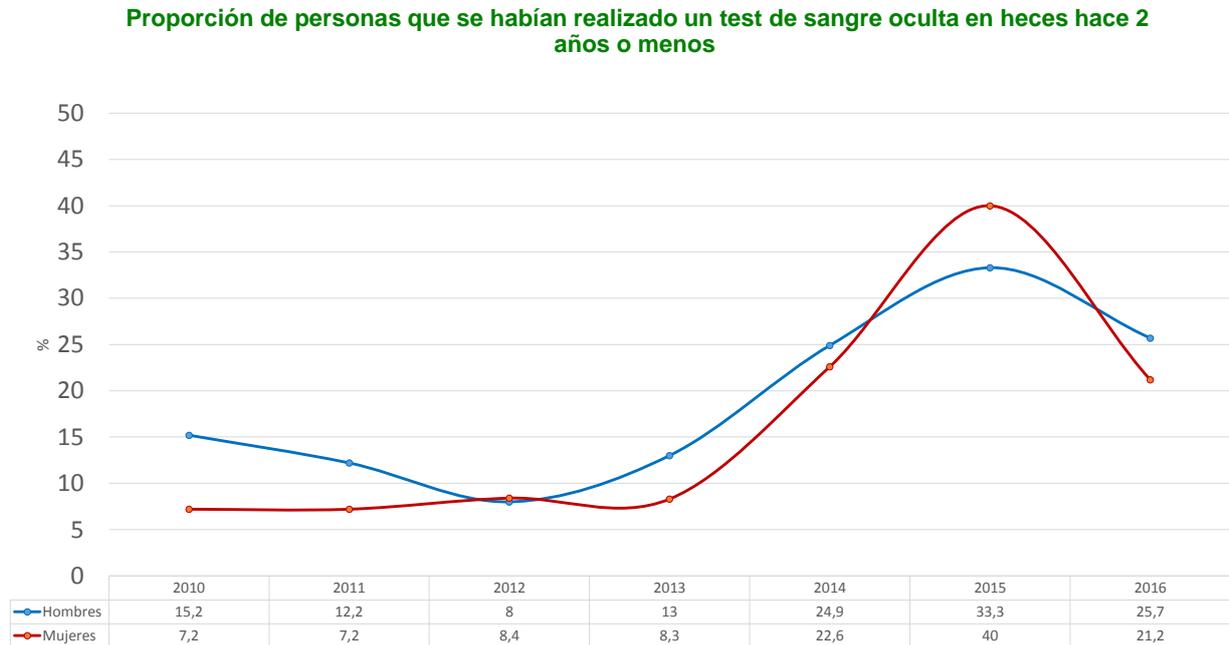
En la tabla 12 se presenta la proporción de personas a las que habían realizado un test de sangre oculta en heces y la proporción de personas a las que habían realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia. La población a la que se refieren los resultados es la de 50 a 64 años. El 64,2 % de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces, el 23,5 % se lo había realizado hace 2 años o menos y el 7,4% hace más de 2 años (tabla 12). En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 65,8% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas, el 26,8 % se había realizado la prueba hace 4 años o menos y el 6,9 % restante hace más de 4 años (tabla 12).

Tabla 12. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2016.

	TOTAL	SEXO	
		Hombre	Mujer
Test de sangre oculta en heces hace 2 años o menos	23,5 (20,3-27,0)*	25,7 (21,2-30,9)	21,2 (17,0-26,1)
Colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos	26,8 (23,4-30,6)	30,3 (25,3-35,8)	23,3 (18,8-28,5)

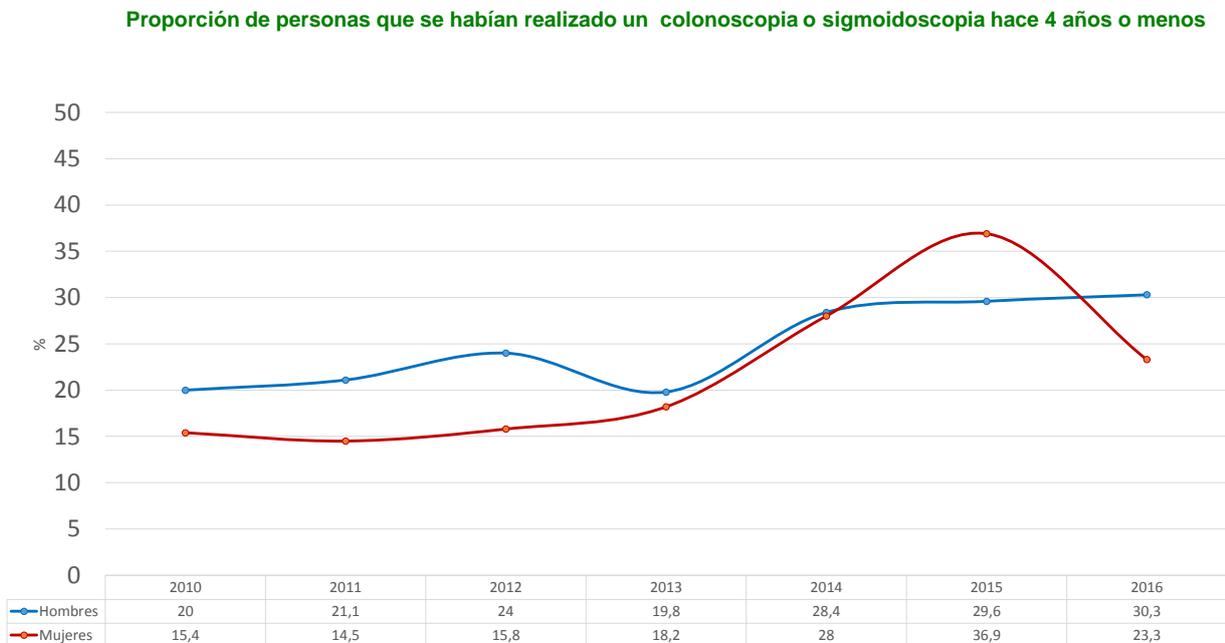
*Intervalo de confianza al 95%.

Figura 18. Evolución de la realización del test de sangre oculta en heces. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2016



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, 2010-2016



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 de la realización del test de sangre oculta en heces y colonoscopia/sigmoidoscopia desde 2010, año en que se introdujeron estos indicadores en el SIVFRENT-A. En general, la realización de estas pruebas venía siendo más frecuente en hombres que en mujeres. La realización de la prueba de sangre oculta en heces en los últimos 2 años o menos en 2016, fue ligeramente superior en hombres 25,7% frente al 21,2% de las mujeres. Por otro lado, comparando los dos primeros años, 2010/2011, con los dos últimos, 2015/2016, aumenta 1,2 veces en hombres y 4,6 veces en mujeres la realización del test de sangre oculta en heces durante los 2 últimos años.

La realización de la colonoscopia o sigmoidoscopia en los últimos 4 años, objetiva un aumento de 0,5 veces hombres y se duplica en mujeres.

4.8. ACCIDENTES

Un 6,4 % 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 1,4 % de los entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico.

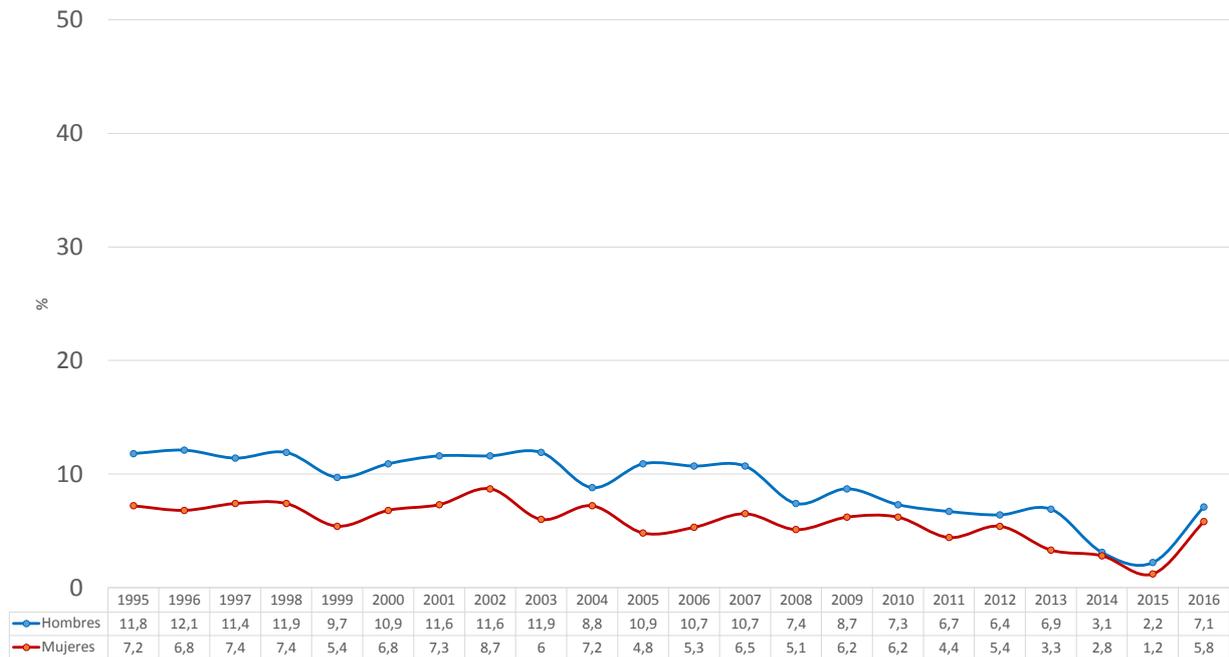
Durante los últimos 12 meses un 0,7 % del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 4,0 % fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

Se observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 81,3% en hombres y del 83,3% en mujeres durante el 2015/2016 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, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	6,4 (5,4-7,6)*	7,1 (5,6-8,9)	5,8 (4,5-7,4)	8,1 (5,8-11,1)	6,8 (5,3-8,8)	5,2 (5,4-7,6)
Accidente de tráfico	1,4 (1,0-2,1)	1,4 (0,9-2,4)	1,5 (0,9-2,4)	1,5 (0,7-3,2)	2,3 (1,4-3,6)	0,6 (1,0--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, 1995-2016

4.9. SEGURIDAD VIAL

El 1,2 % de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,4 % en la conducción por carretera.

Un 8,6 % viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 0,6 % manifestó no haber utilizado siempre el casco.

El 6,6 % de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes. El 100% de ellos manifestó haber utilizado el casco siempre.

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 2016).

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

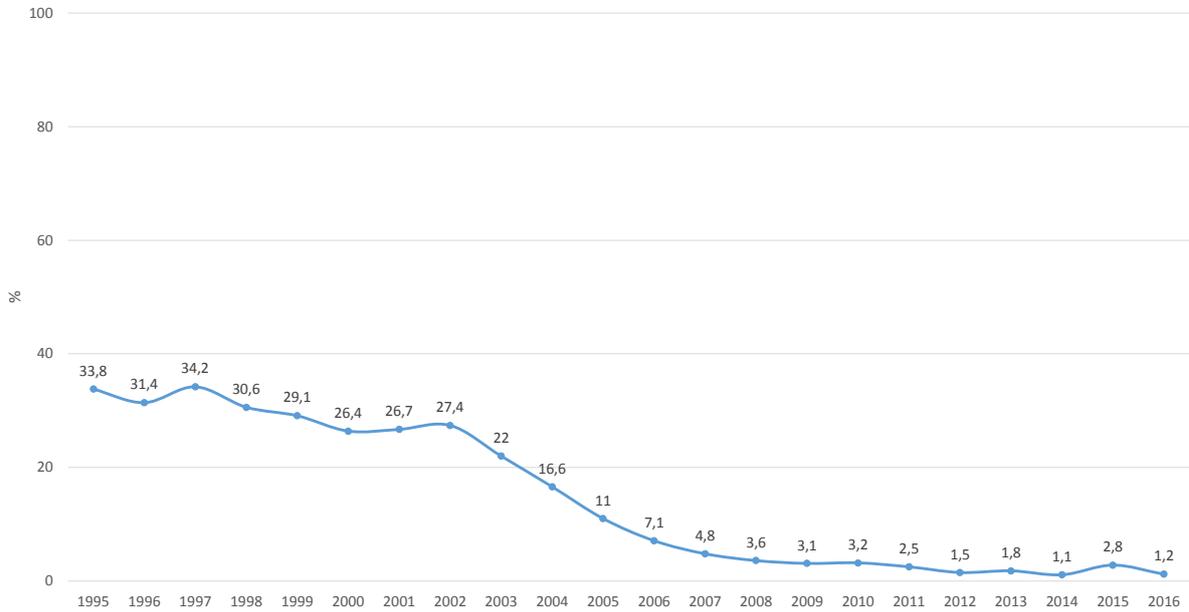
	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	1,2 (0,8-1,8)*	1,4 (0,8-2,4)	1,0 (0,5-1,8)	1,9 (0,9-4,0)	0,8 (0,4-1,8)	1,1 (0,6-2,2)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	0,4 (0,2-0,9)	0,5 (0,2-1,2)	0,4 (0,2-1,2)	0,8 (0,3-2,6)	0,1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

* 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

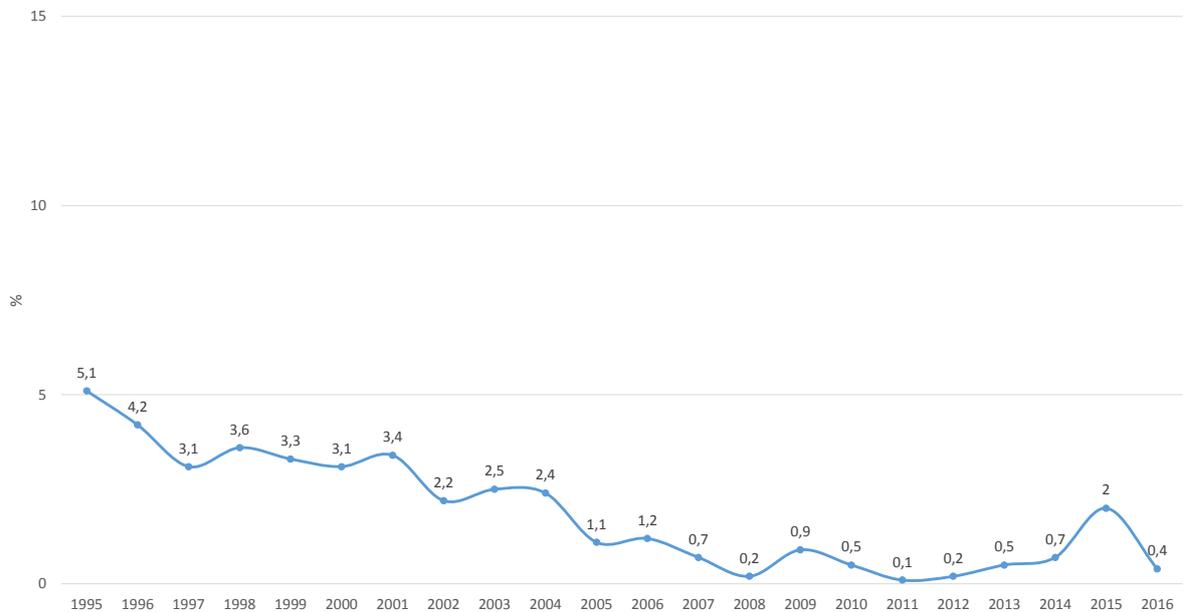
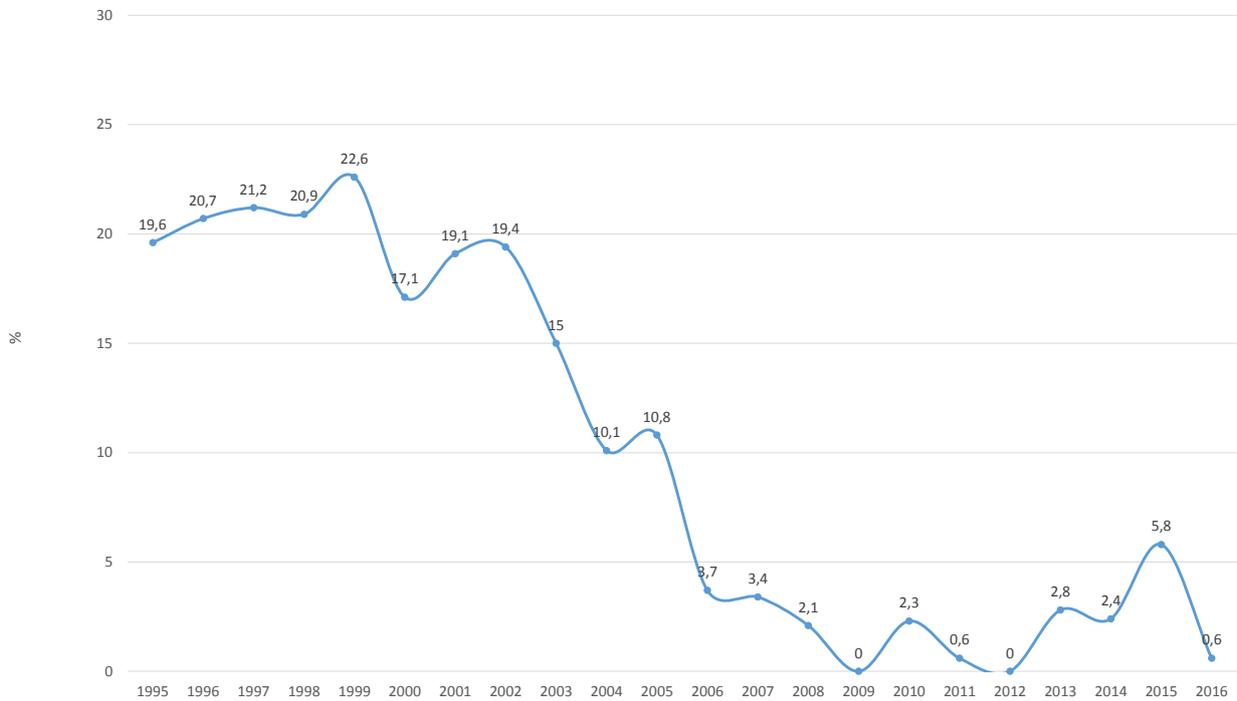
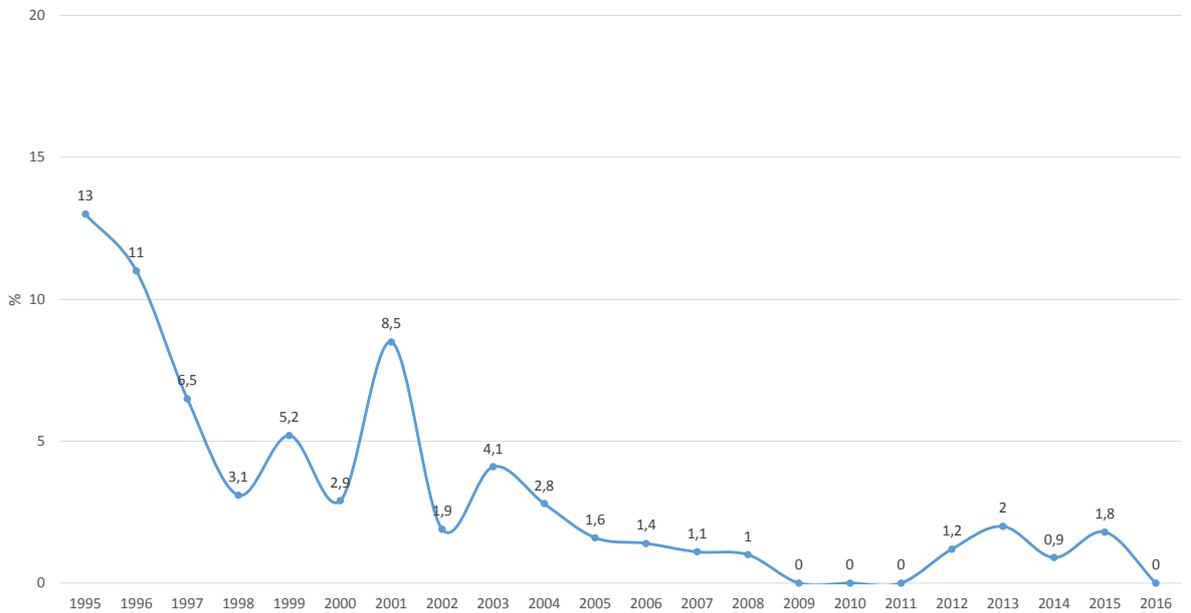


Figura 22. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2014

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 2016, de las mujeres que señalaron tener o haber tenido relación con pareja o expareja durante el último año (el 81,0 % de todas las entrevistadas), un 0,6% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 1,6 % indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 2,6 % que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias (tabla 15). En total, el 3,1 % 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 18 a 29 años (tabla 15 y figura 23).

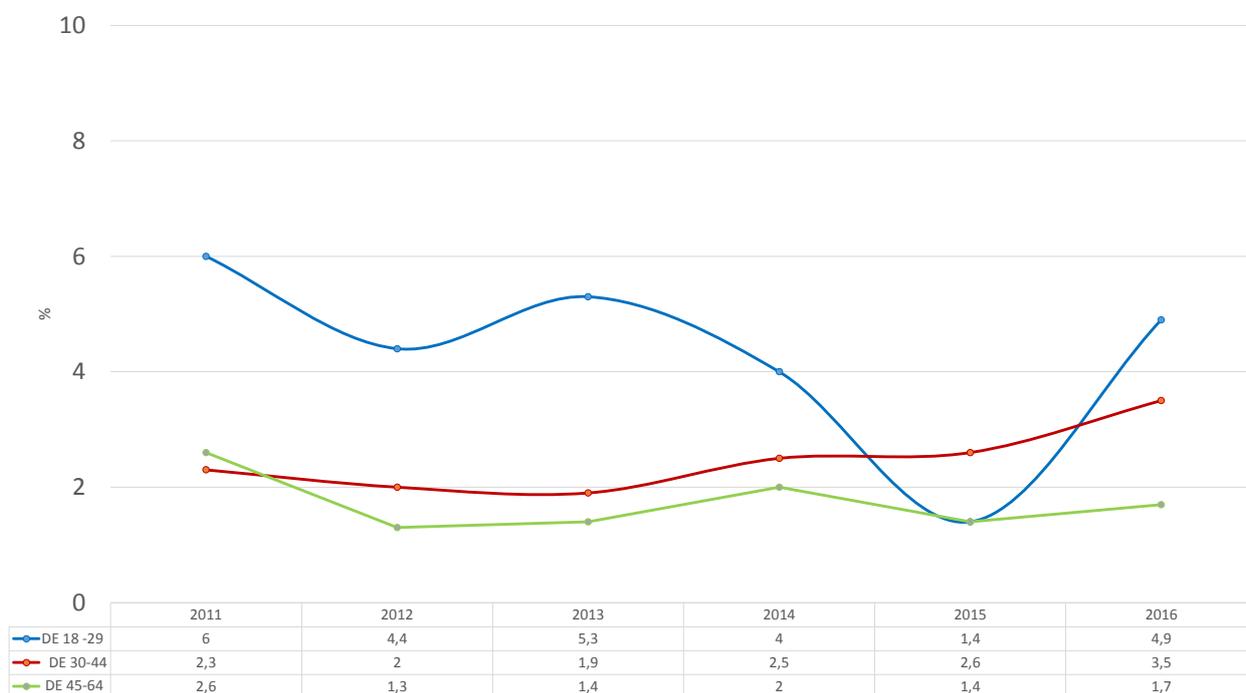
Lo datos que se presentan se refieren al periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2016, estos datos hay que tomarlos con precaución, dado que hay que tener en cuenta que la frecuencia con la que se registran estos comportamientos es baja en términos absolutos. Esto hace que 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 2016 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	0,6 (0,3-1,4)*	0,6 (0,1-4,2)	0,8 (0,3-2,5)	0,3 (0,0-2,3)
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	1,6 (0,9-2,7)	1,2 (1,3-4,6)	2,4 (1,3-4,6)	0,7 (0,2-2,6)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quién podía hablar o dónde podía ir	2,6 (1,8-4,0)	4,3 (2,1-8,7)	2,7 (1,5-4,9)	1,7 (0,7-4,0)
TOTAL (sufrió cualquiera de los incidentes anteriores)	3,2 (2,1-4,6)	4,9 (2,5-9,5)	3,5 (2,1-6,0)	1,7 (0,7-4,0)

* Intervalo de confianza al 95%

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, 2011-2016.



4.11. AGREGACIÓN DE FACTORES

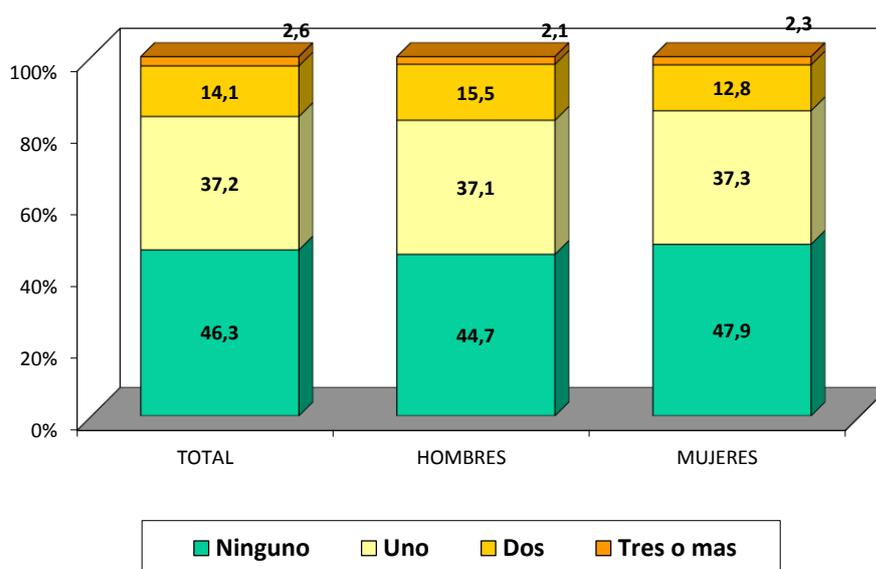
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación.

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 46,3 % de los entrevistados no tenía ningún factor de riesgo, el 37,2 % tenía uno, el 14,1 % dos, el 2,6 % tres o más factores de riesgo (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 2016 la prevalencia de 2 o más factores de riesgo es superior en hombres en la edad de 18 a 34 años y en los grupos de mayor edad ha sido mayor en las mujeres. (Figuras 24-26).

Por último, en la 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 2015/2016 comparado con 1995/1996 del 33,1% en hombres y un ligero aumento, del 3,7% las mujeres. Por grupos de edad son los jóvenes, tanto en hombres como en mujeres los que presentan las prevalencias más elevadas de factores de riesgo.

Figura 24. Agregación de factores de riesgo*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2016.



* 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, 2016.

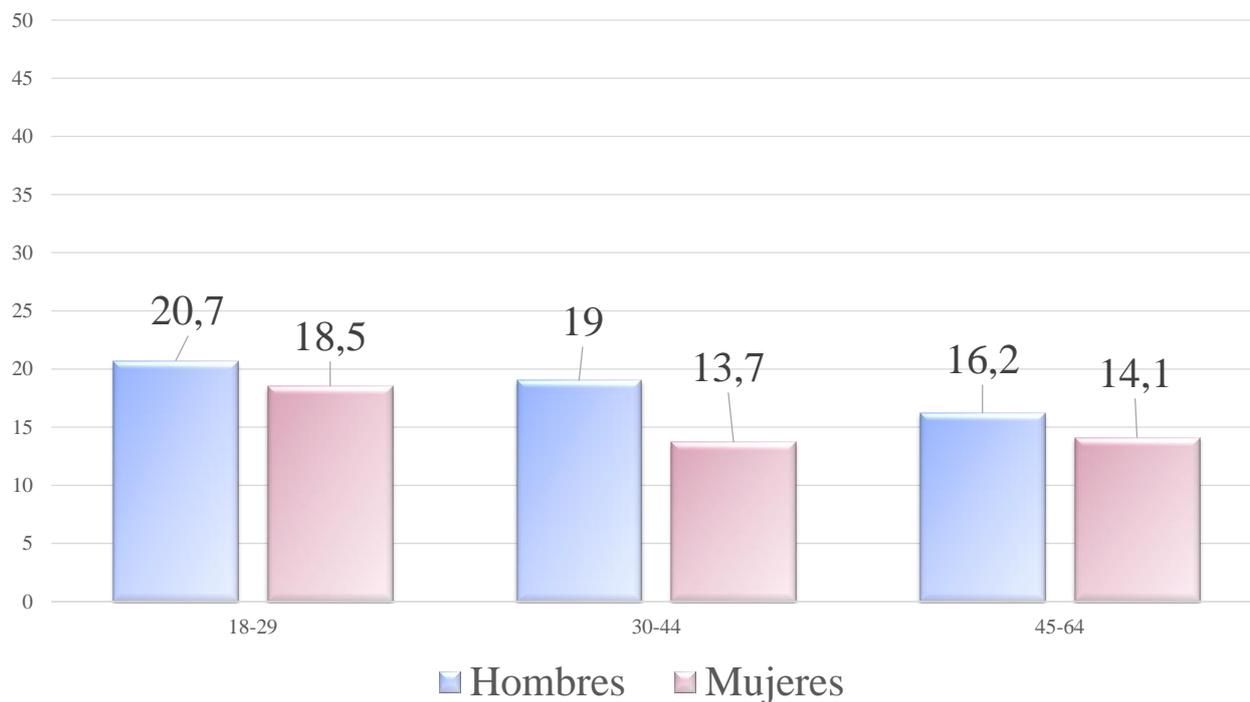
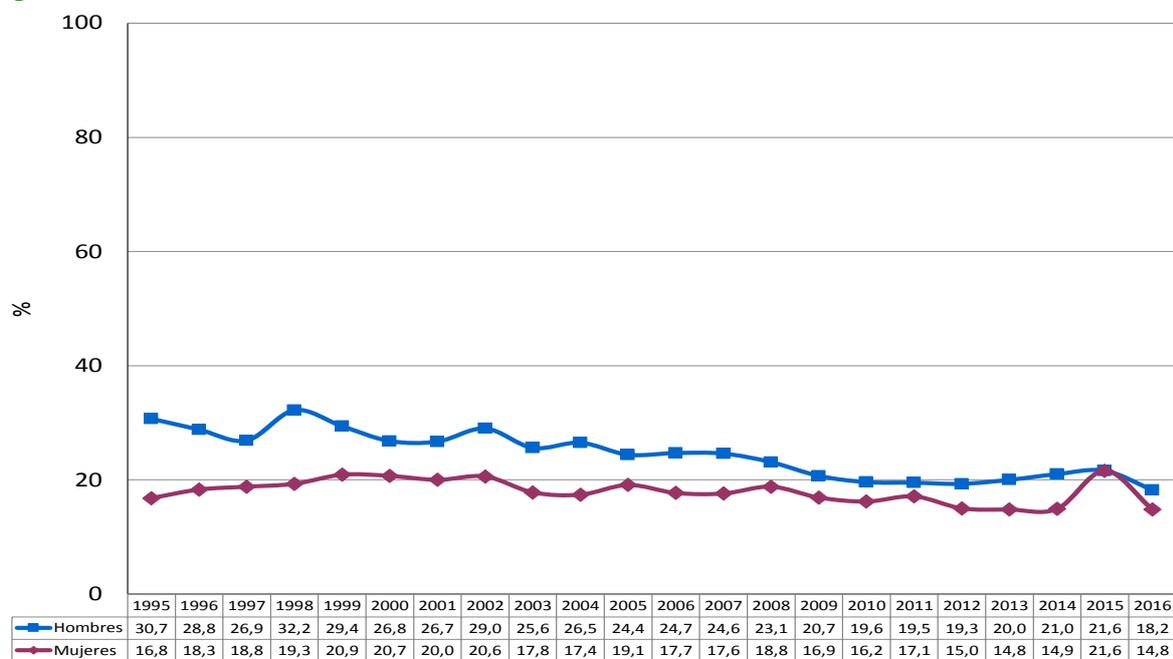


Figura 26. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2016.



* 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.



INFORME:

Avance de resultados de la V Encuesta de Serovigilancia de la hepatitis C. Comunidad de Madrid. Año 2015.

Índice

Resumen	51
Introducción	53
Material y métodos	53
Resultados	54
Conclusiones	56

Elaborado por: Servicio de Epidemiología, octubre de 2017

Como citar este documento:

Avance de resultados de la V Encuesta de Serovigilancia de la hepatitis C. Comunidad de Madrid. Año 2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2017; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2017. Disponible en:

www.madrid.org/boletinepidemiologico/

Resumen

Introducción: Las encuestas de serovigilancia (ESV) son estudios descriptivos transversales en los que se recoge sangre de una muestra representativa de la población con el fin de detectar la presencia o ausencia de anticuerpos, antígenos y/o complejos inmunológicos. Este informe se centra en los resultados obtenidos de seroprevalencia de anticuerpos frente a virus de la hepatitis C: conocer el estado inmunitario frente al virus de la hepatitis C, investigar los factores asociados al estado inmunitario frente al VHC y estimar los cambios más significativos ocurridos a lo largo del tiempo en la SP del VHC utilizando las anteriores ESV.

Métodos: La población objeto de estudio fue la formada por el conjunto de residentes en la CM de 16 a 80 años de edad. El marco de muestreo se definió como el conjunto de personas residentes en la CM que acudieron a centros de extracción públicos. Para alcanzar la muestra prevista se amplió el marco de muestreo y se procedió a la selección aleatoria de participantes a partir de tarjeta sanitaria. El muestreo utilizado fue por conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. La recogida de datos fue llevada a cabo por entrevistadores entrenados. A las personas que aceptaron participar se les realizó una entrevista sobre factores de riesgo y se les extrajo una muestra de sangre para el estudio de anticuerpos. Se ha estimado la SP de anticuerpos en el total de la muestra y en subgrupos. Se han estudiado los factores asociados al estado inmunitario mediante modelos de regresión binomial negativa. Se comparan los resultados con los de las encuestas anteriores. El nivel de confianza utilizado es el 95%.

Resultados: La SP de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (antiVHC) en la población de 16-80 años de la CM fue de 1,1% (IC95%: 0,6-1,6). La SP en el grupo de 16-20 años fue 0%. El grupo de edad con la mayor SP fue el de 41-60 años con un 2,0% (IC95%: 0,8-3,2). La SP fue de 1,1% tanto en hombres (IC95%: 0,3-1,8) como en mujeres (IC95%: 0,4-1,8). El 83,9% de los infectados habían estado expuestos a riesgo de transmisión hemática. La SP fue mayor en los niveles educativos más bajos y en las clases sociales más bajas (aunque en esta categoría las diferencias no fueron estadísticamente significativas). El 51,3% de los pacientes seropositivos declararon presentar antecedente de hepatitis C (frente al 35,6% de la encuesta de 2008).

Conclusiones: La SP de anticuerpos frente al VHC en la Comunidad de Madrid está situada en un nivel intermedio y es similar a la estimada en otras regiones de nuestro entorno. Es necesario reforzar la formación continuada de los profesionales sanitarios y la vigilancia del cumplimiento de las medidas preventivas.

Introducción

Las encuestas de serovigilancia (ESV) son estudios descriptivos transversales en los que se recoge sangre de una muestra representativa de la población, con el fin de estimar la seroprevalencia (SP) de anticuerpos, antígenos y/o complejos inmunológicos. Permiten conocer de manera precisa la frecuencia y distribución de la infección, independientemente de la aparición de sintomatología, así como la evolución de la SP mediante la realización de ESV sucesivas. Las ESV permiten identificar grupos de población con mayor riesgo de enfermar por presentar una mayor proporción de susceptibles y también generar hipótesis ante la distribución de la SP según las variables clínico-epidemiológicas y sociodemográficas recogidas.

En la Comunidad de Madrid (CM) la vigilancia epidemiológica mediante ESV comenzó en el año 1988. La segunda ESV se realizó entre los años 1993 y 1994, la tercera entre los años 1999 y 2000 y la cuarta entre 2008 y 2009.

El objetivo de este informe es describir el estado inmunitario frente al virus de la hepatitis C (VHC), investigar los factores asociados al estado inmunitario frente al VHC y estimar los cambios más significativos ocurridos a lo largo del tiempo en la SP del VHC utilizando las anteriores ESV.

Material y métodos

La **población objeto** de estudio es la formada por el conjunto de personas residentes en la CM, de 2 a 80 años de edad. El único criterio de exclusión fue la presencia de patología inmunosupresora.

El **marco de muestreo** se definió como el conjunto de personas residentes en la CM que acudieron a centros de extracción públicos en el período de referencia del trabajo de campo. Para alcanzar la muestra prevista se amplió el marco de muestreo y se procedió a la selección aleatoria de participantes a partir de tarjeta sanitaria y cita en los centros de extracción.

El **tipo de muestreo** utilizado fue por conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades muestrales vienen determinadas por los centros de extracción (unidades de primera etapa) y los individuos (unidades de segunda etapa o elementos muestrales). A efectos del diseño muestral, las unidades muestrales de primera etapa pueden considerarse Zonas Básicas de Salud (ZBS).

La **estratificación** se llevará a cabo según condición socioeconómica y porcentaje de población inmigrante. El número de estratos según condición socioeconómica será el resultado de un análisis de conglomerados ("cluster analysis").

El tamaño muestral máximo fue de 2300 individuos para el estudio de la hepatitis C (tabla 1). Partiendo de este tamaño muestral, en cada grupo de edad se realizó una asignación igual por sexo. La **asignación muestral** por estrato se realizó de forma proporcional a la población residente en cada uno de ellos.

Tabla 1. Tamaño muestral por grupo de edad para la hepatitis C. Encuesta de Serovigilancia. Comunidad de Madrid. Año 2015.

	2-5a	6-10a	11-15a	16-20a	21-30a	31-40a	41-60a	>60a	Total
Hepatitis C				300	500	500	500	500	2300

Respecto al tamaño muestral de unidades de segunda etapa (elementos muestrales) por centro, se establecerá una asignación muestral igual por centro de extracción, previa **selección de los centros** con probabilidad proporcional al tamaño, con el objetivo de disponer de muestras autoponderadas. La **selección de las personas a entrevistar** en cada centro se realizará mediante muestreo aleatorio de forma independiente para cada grupo de edad.

Una cuestión de especial relevancia en el análisis de los datos es considerar las posibles desviaciones en la composición final de la muestra por sexo, grupo de edad y nacionalidad. Por ello, en el análisis se utilizarán **factores de ponderación** por grupo de edad, sexo y nacionalidad.

La **recogida de datos** fue llevada a cabo por entrevistadores entrenados. A las personas que aceptaron participar se les realizó una entrevista sobre factores de riesgo con una duración aproximada de 15 minutos y se les extrajo una muestra de sangre para el estudio de anticuerpos. Las principales variables estudiadas fueron: edad, sexo, lugar de origen, nivel de estudios del entrevistado, padre y madre, ocupación del entrevistado y del sustentador principal, motivo de la extracción, antecedentes de enfermedades o exposiciones de interés (problemas de salud relacionados con inmunodepresión, padecimiento de las enfermedades estudiadas, convivencia con enfermos con hepatitis en los últimos 5 años, exposición a riesgo de transmisión hemática) y resultados de las determinaciones serológicas.

Se ha estimado la seroprevalencia (SP) de anticuerpos en el total de la muestra y en subgrupos. Se han estudiado los factores asociados al estado inmunitario mediante modelos de regresión binomial negativa. Se comparan los resultados con los de las encuestas anteriores y se estima la razón de prevalencias con respecto a la encuesta anterior. El nivel de confianza utilizado es el 95%.

Resultados

La SP de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (antiVHC) en la población de 16 años a 80 años de la CM fue de 1,1% (IC95%: 0,6-1,6). La SP en el grupo de 16-20 años fue 0%. El grupo de edad con la mayor SP fue el de 41-60 años (tabla 2).

La SP es igual en hombres que en mujeres. Es muy baja entre los 21 y 40 años, aumenta en el grupo de 41 a 60 y desciende en los de 61 a 80 años. La SP es mayor en los niveles de estudio más bajos. Asimismo, es mayor en la población de clase social más baja, aunque esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

El análisis bivalente muestra una $p < 0,10$ en relación con el grupo de edad, nivel de estudios, antecedentes de hepatitis C y clase social. Las variables sexo, exposición a riesgo de transmisión hemática, convivencia con personas con hepatitis C y país de origen no cumplieron los criterios para ser incluidas en el modelo. En el modelo multivariante permaneció el grupo de edad, nivel de estudios y antecedentes de hepatitis C (tabla 3).

La exposición a riesgo de transmisión hemática no alcanzó la significación estadística ($p = 0,15$), siendo la RP= 2,60 (IC95: 0,71-9,43). No obstante, el 83,9% de las personas con anticuerpos frente a VHC habían estado expuestos a riesgo de transmisión hemática: el 24,4% habían recibido alguna transfusión, el 12,7% habían sido dializados alguna vez, el 60,1% habían sido sometidos a algún procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y el 44,9% tenían algún tatuaje o piercing. El 51,3% de los pacientes seropositivos declararon presentar antecedente de hepatitis C.

Tabla 2. SP de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C por variables sociodemográficas. V Encuesta de Serovigilancia. Comunidad de Madrid. Año 2015.

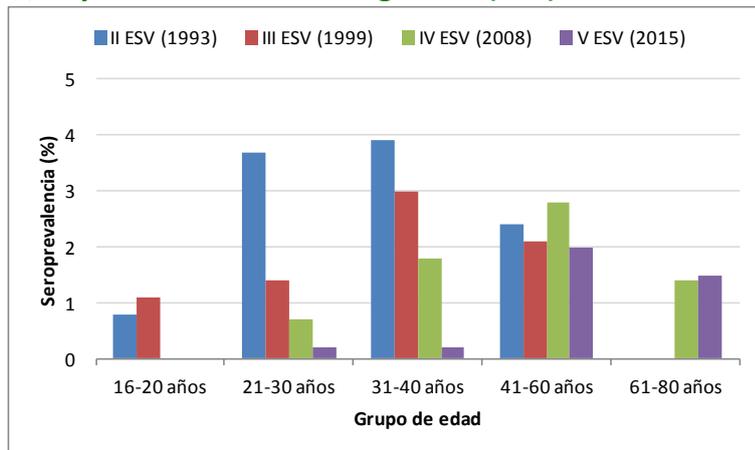
	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	n	SP% (IC95%)	n	SP% (IC95%)	n	SP% (IC95%)
Edad						
16-20	305	0 (0 a 0)	156	0 (0 a 0)	149	0 (0 a 0)
21-30	500	0,2 (-0,2 a 0,6)	246	0,4 (-0,4 a 1,2)	254	0 (0 a 0)
31-40	503	0,2 (-0,2 a 0,6)	242	0 (0 a 0)	261	0,4 (-0,4 a 1,1)
41-60	505	2 (0,8 a 3,2)	253	2,4 (0,5 a 4,2)	252	1,6 (0 a 3,1)
61-80	493	1,5 (0,4 a 2,6)	245	0,8 (-0,3 a 2)	248	2 (0,3 a 3,8)
Nivel de estudios						
Primer grado o inferiores	396	1,9 (0,5 a 3,3)	203	1,2 (-0,5 a 3)	193	2,5 (0,3 a 4,7)
Segundo grado primer ciclo	511	2,1 (0,4 a 3,7)	252	3,6 (0,5 a 6,7)	259	0,7 (-0,7 a 2,1)
Segundo grado segundo ciclo	720	0,8 (0 a 1,7)	368	0,2 (-0,2 a 0,7)	352	1,4 (-0,2 a 3,1)
Tercer grado	674	0,2 (-0,1 a 0,6)	317	0,2 (-0,2 a 0,6)	357	0,3 (-0,3 a 0,8)
Antecedente de hepatitis C						
No	2046	0,5 (0,1 a 0,8)	1027	0,5 (0 a 1)	1019	0,5 (0 a 0,9)
Sí	16	49,2 (23,6 a 74,7)	9	50,2 (15,9 a 84,5)	7	48 (9,6 a 86,3)
Clase Social						
Clases altas	615	0,4 (-0,2 a 1,1)	301	0 (0 a 0)	314	0,9 (-0,4 a 2,1)
Clases medias	554	0,4 (-0,2 a 1)	258	0,3 (-0,3 a 0,8)	296	0,5 (-0,5 a 1,6)
Clases bajas	1103	1,8 (0,9 a 2,7)	571	2 (0,6 a 3,5)	532	1,6 (0,4 a 2,8)
Transmisión hemática						
No	826	0,5 (-0,1 a 1,1)	446	0,6 (-0,3 a 1,4)	380	0,5 (-0,5 a 1,4)
Sí	1480	1,4 (0,7 a 2)	696	1,4 (0,3 a 2,4)	784	1,3 (0,4 a 2,2)
Convivencia con VHC+						
No	2238	1,1 (0,6 a 1,6)	11120	1,1 (0,4 a 1,8)	1118	1 (0,3 a 1,7)
Sí	62	1,6 (-1,5 a 4,6)	20	0 (0 a 0)	42	2,2 (-2,1 a 6,5)
Lugar de nacimiento						
España	1954	1,3 (0,7 a 1,8)	955	1,3 (0,4 a 2,1)	999	1,2 (0,5 a 2)
Extranjero	352	0 (0 a 0)	187	0 (0 a 0)	165	0 (0 a 0)
Total	2306	1,1 (0,6 a 1,6)	1142	1,1 (0,3 a 1,8)	1164	1,1 (0,4 a 1,8)

Tabla 3. Razón de prevalencias ajustada por edad, nivel de estudios y antecedente de hepatitis C para SP de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C. V Encuesta de Serovigilancia. Comunidad de Madrid. Año 2015.

	RP (IC95%)
Edad	
16-20	-
21-30	1
31-40	0 (0 a 0)
41-60	3,55 (0,39 a 32,64)
61-80	3,90 (0,44 a 34,90)
Nivel de estudios	
Primer grado o inferiores	1
Segundo grado primer ciclo	0,97 (0,31 a 3,08)
Segundo grado segundo ciclo	0,52 (0,16 a 1,67)
Tercer grado	0,13 (0,02 a 0,99)
Antecedente de hepatitis C	
No	1
Sí	60,21 (18,56 a 195,29)

En comparación con las anteriores encuestas de serovigilancia, la seroprevalencia de anticuerpos frente a VHC la SP disminuyó en los grupos de edad entre los 21 y los 40 años (Figura 1) y se mantiene estable en el grupo de 41 a 60 años.

Figura 1. Seroprevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C por grupo de edad. II, III, IV y V Encuesta de Serovigilancia (ESV). Comunidad de Madrid. Año 2015.



Conclusiones

La SP de anticuerpos frente al VHC está situada en un nivel intermedio y es similar a la estimada en otras regiones de nuestro entorno. La SP varía con la edad y globalmente ha disminuido en relación con anteriores ESV. La baja SP en la primera mitad de la vida es compatible con un descenso en la exposición al virus. La SP de anticuerpos frente a VHC está asociada con el nivel de estudios y el antecedente de hepatitis. El elevado porcentaje de individuos seropositivos que no declaran antecedente de hepatitis C puede indicar un infradiagnóstico de la infección. El antecedente de haber sido sometido a algún procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo es muy elevado en individuos seropositivos, por lo que sigue siendo necesario reforzar la formación continuada de los profesionales sanitarios y la vigilancia del cumplimiento de las medidas preventivas.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017, semanas 14 a 17 (del 3 al 30 de abril de 2017)

	Casos Semanas 14 a 17	Casos Semanas 1 a 17	Tasas* Semanas 14 a 17	Tasas* Semanas 1 a 17
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA				
Gripe	270	68.382	4,2	1057,4
Legionelosis	6	16	0,1	0,2
Lepra	1	1	0,0	0,0
TUBERCULOSIS	53	200	0,8	3,1
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Campilobacteriosis	159	687	2,5	10,6
Criptosporidiosis	6	16	0,1	0,2
E. coli productor toxina	1	5	0,0	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	0,0	0,0
Giardiasis	19	114	0,3	1,8
Hepatitis A	131	477	2,0	7,4
Listeriosis	2	6	0,0	0,1
Salmonelosis (excluido Fiebre tifoidea y paratifoidea)	122	429	1,9	6,6
Shigelosis	6	17	0,1	0,3
Yersiniosis	7	35	0,1	0,5
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	6	44	0,1	0,7
Hepatitis C	9	60	0,1	0,9
Infección Chlamydia trachomatis (exc.LGV)	71	282	1,1	4,4
Linfogranuloma venéreo	2	17	0,0	0,3
Infección gonocócica **	119	486	1,8	7,5
Sífilis **	14	91	0,2	1,4
Sífilis congénita	1	1	0,0	0,0
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enfermedad meningocócica	2	9	0,0	0,1
Enfermedad invasiva por H. Influenzae	0	14	0,0	0,2
Enfermedad neumocócica invasora	39	207	0,6	3,2
Herpes Zoster	2.542	10.713	39,3	165,7
Parotiditis	88	530	1,4	8,2
P.F.A.(<15 años)***	0	2	0	0,2
Rubéola	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0
Tos ferina	23	89	0,4	1,4
Varicela	484	1.887	7,5	29,2
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	2	4	0,0	0,1
Enfermedad por virus Chikungunya	1	7	0,0	0,1
Enfermedad por virus Zika	3	10	0,0	0,2
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	2	0,0	0,0
Leishmaniasis	2	21	0,0	0,3
Paludismo	4	27	0,1	0,4
ANTROPOZOONOSIS				
Fiebre Q	0	6	0,0	0,1
Hidatidosis	0	1	0,0	0,0
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis Víricas	15	49	0,2	0,8
Otras meningitis bacterianas	2	13	0,0	0,2
ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES				
EETH ****	2	6	0,0	0,1

*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, Triquinosis, Difteria, Poliomielititis, 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, Brucelosis, Carhunco, Leptospirosis, Toxoplasmosis congénita, Tularemia, Peste, Rabia.



Brotos Epidémicos. Comunidad de Madrid.

Año 2017, semanas 14 a 17

(del 3 al 30 de abril de 2017)

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 Brotos Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

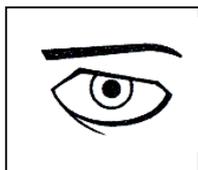
Brotos de origen alimentario. Año 2017. Semanas 14-17

Ámbito del brote	Año 2017						Año 2016		
	Semanas 14-17			Semanas 1-17			Semanas 1-17		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	4	30	0	19	163	6	21	106	6
Centros educativos	0	0	0	3	107	2	4	286	2
Colectivos laborales	0	0	0	1	95	0	0	0	0
Residencias no geriátricas	0	0	0	1	39	0	1	22	0
Domicilios	3	11	2	11	37	6	25	84	21
Desconocido	0	0	0	0	0	0	1	2	0
Residencias geriátricas	0	0	0	0	0	0	1	34	0
Total	7	41	2	35	441	14	53	534	29

Brotos de origen no alimentario. Año 2017. Semanas 14-17

Tipo de brote*	Año 2017						Año 2016		
	Semanas 14-17			Semanas 1-17			Semanas 1-17		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	7	230	1	26	535	9	29	1774	3
Eritema infeccioso	2	15	0	6	79	0	1	19	0
Parotiditis	2	8	0	17	75	0	5	30	0
Conjuntivitis vírica	2	41	0	3	70	0	6	145	0
Escarlatina	0	0	0	10	59	1	6	39	0
Enfermedad mano, pie y boca	0	0	0	5	47	0	2	13	0
Hepatitis A	5	11	2	15	36	11	2	10	5
Varicela	1	4	0	6	33	0	9	171	0
Tos ferina	0	0	0	5	17	1	22	65	5
Escabiosis	0	0	0	4	17	0	1	5	0
Salmonelosis no alimentaria	1	3	0	5	12	0	4	17	2
Gripe	0	0	0	1	8	3	7	185	30
Psitacosis	0	0	0	1	2	0	1	4	4
Total	20	312	3	104	990	25	95	2477	49

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2017, semanas 14 a 17 (del 3 al 30 de abril de 2017)

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 72,5% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2017.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2017.

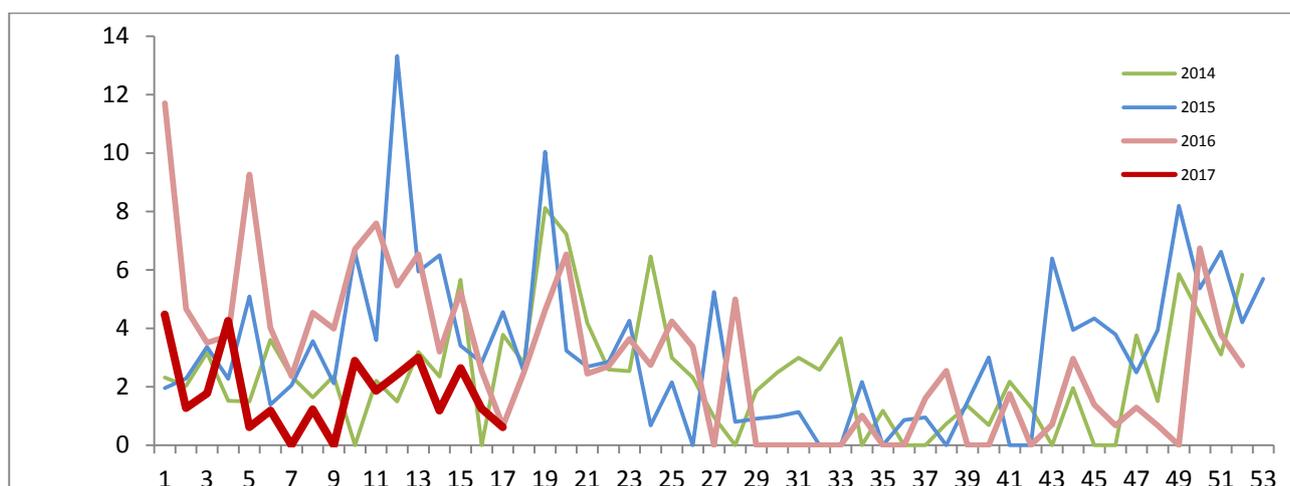
	Sem. 14 a 17 de 2017	Año 2017
Gripe*	3	1.646*
Varicela	7	44
Herpes zóster	37	203
Crisis asmáticas	99	332

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

VARICELA

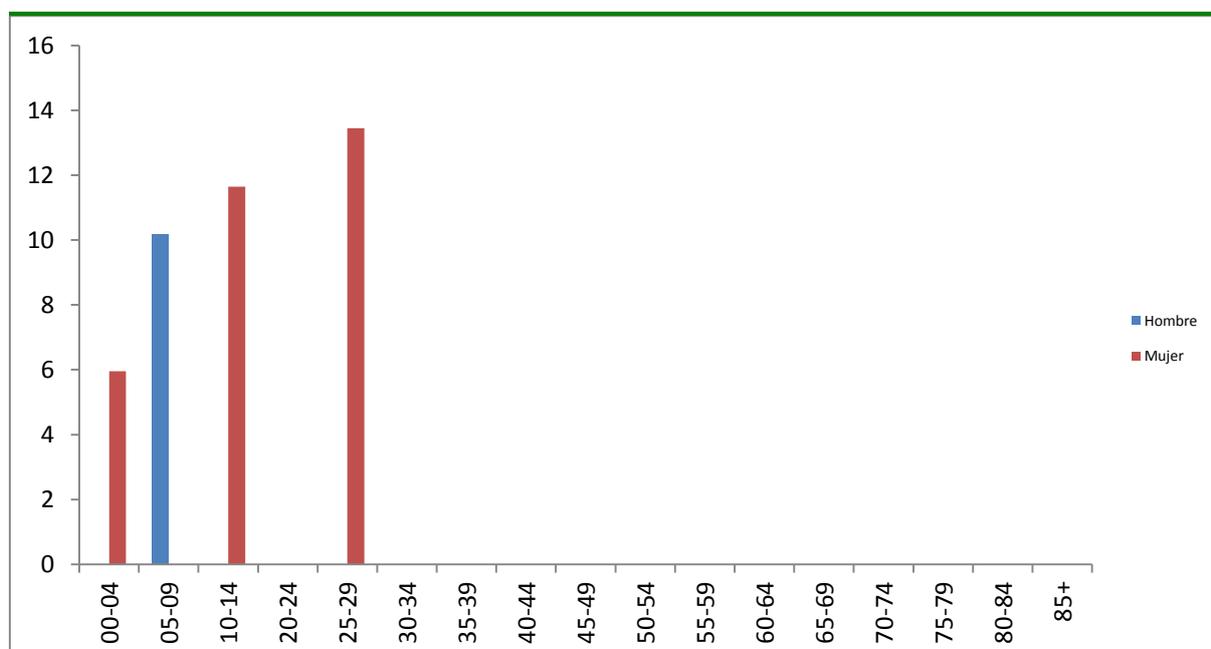
Durante las semanas 14 a 17 del año 2017 se ha declarado 7 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 5,67 casos por 100.000 personas (IC 95%: 1,76–9,58). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2014-2016 y desde la semana 1 a la 17 de 2017.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2014-2017.



De los 7 casos notificados, 2 (28,57%) eran hombres y 5 (71,43%) mujeres. 5 casos (71,43%) 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 14 a 17 de 2017.



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 37 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2017, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 26,11 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 17,72 – 34,51). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en Madrid desde el año 2014 hasta la semana 17 de 2017. El 64,86% de los casos se dio en mujeres (24 casos). El 78,38% 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 2014-2017.

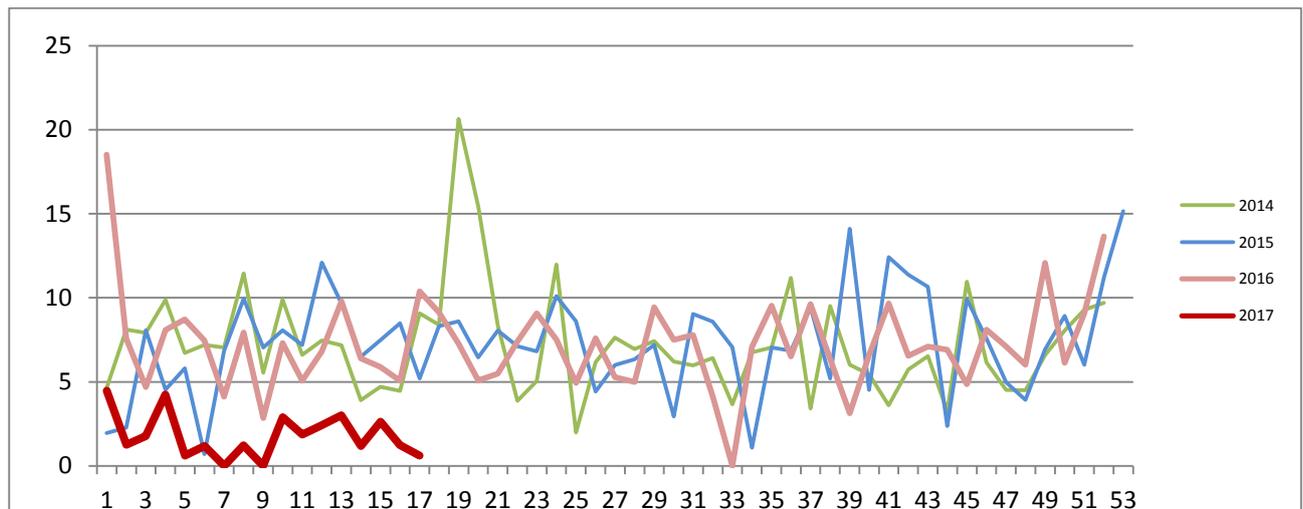
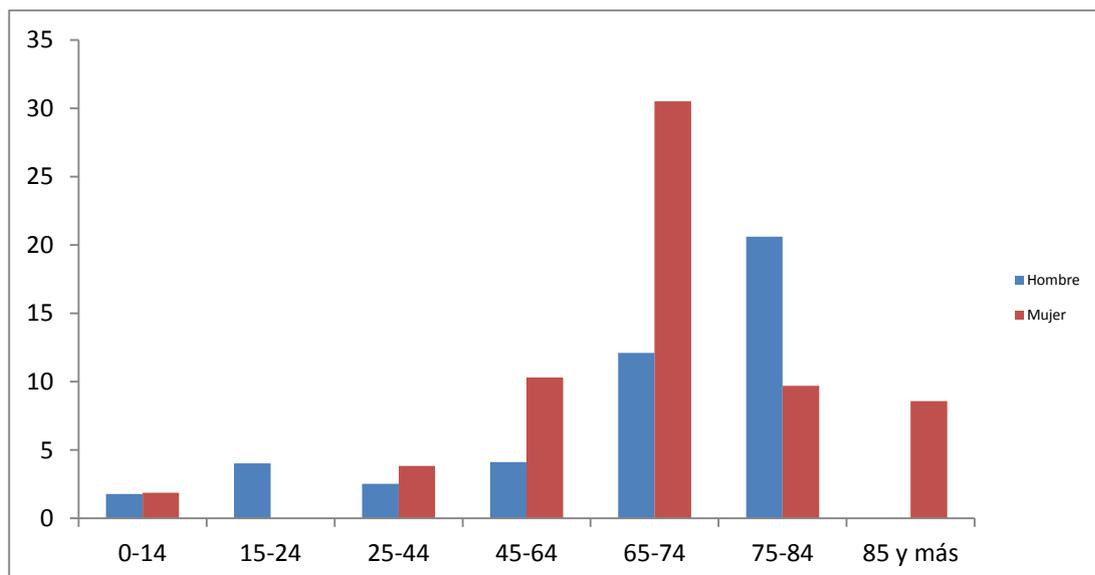
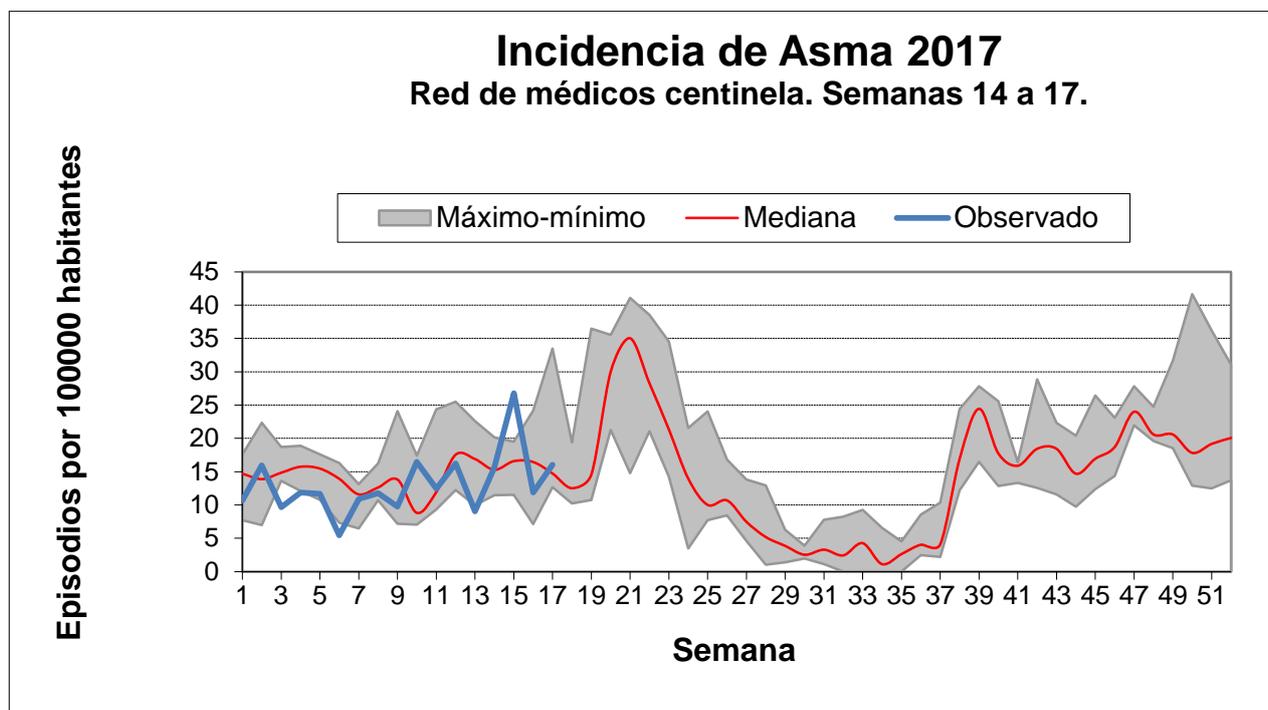


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2017.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 14 a 17 de 2017 la Red de Médicos Centinela notificó 99 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.





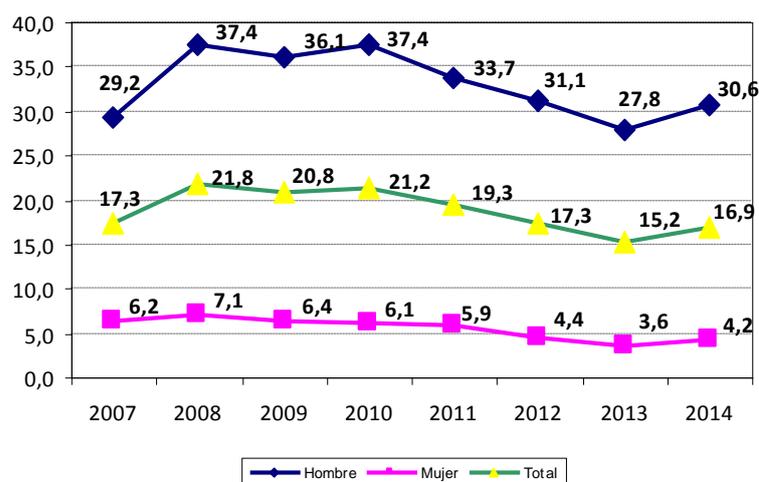
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH.

30 de abril de 2017.

Desde el año 2007 hasta el 31 de enero de 2017 se han notificado 10.565 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 85,0% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,1 años (DE: 10,6). El 45,3% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (309) 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.

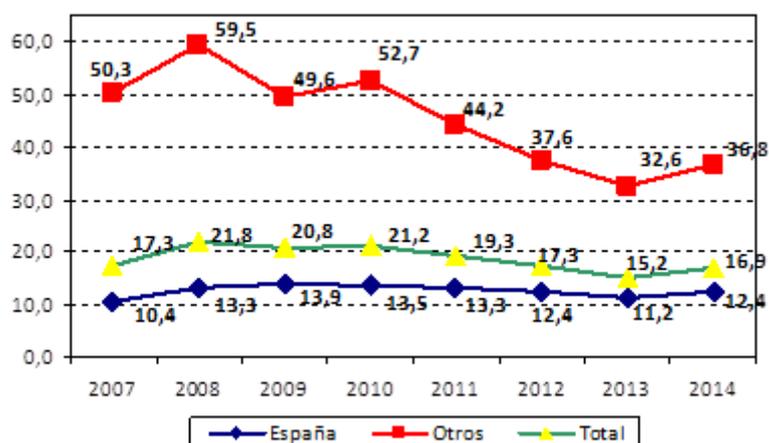


* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2007	861	81,6	194	18,4	1055
2008	1138	83,1	231	16,9	1369
2009	1117	84,1	211	15,9	1328
2010	1169	85,3	202	14,7	1371
2011	1056	84,1	199	15,9	1255
2012	974	86,8	148	13,2	1122
2013	868	87,8	121	12,2	989
2014	950	87,2	140	12,8	1090
2015*	649	88,3	86	11,7	735
2016*	193	79,8	49	20,2	242
2017*	9	100,0	0	0,0	9
Total	8984	85,0	1581	15,0	10565

* Años con datos no definitivos

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

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

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								
PID	211	4,0	98	2,7	56	12,3	13	1,2
HSH	4191	78,6	2557	69,9				
HTX	454	8,5	734	20,0	352	76,9	1087	96,6
Otros	8	0,2	20	0,5	15	3,3	12	1,1
Desconocido/ N.C.	459	8,7	252	6,9	34	7,5	12	1,1
Total	5323	100	3661	100	457	100	1124	100

* PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

Retraso en el diagnóstico

El 15,8% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 13,9% en personas autóctonas y del 18,1% en foráneas.

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	788	343	30,6	50,6	69,3
2008	1101	392	25,0	43,0	63,1
2009	1088	401	26,3	43,0	61,1
2010	1107	407	24,0	41,5	60,6
2011	1028	382	26,9	46,0	64,1
2012	940	418	24,5	41,0	60,4
2013	836	432	23,2	39,7	57,7
2014	952	459	21,5	36,6	55,1
2015	651	447	22,1	38,4	57,0
2016-17	236	405	23,7	39,8	64,0
07 -17	8727	407 (RI: 200-630)	24,9	42,2	61,1

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 8727 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.

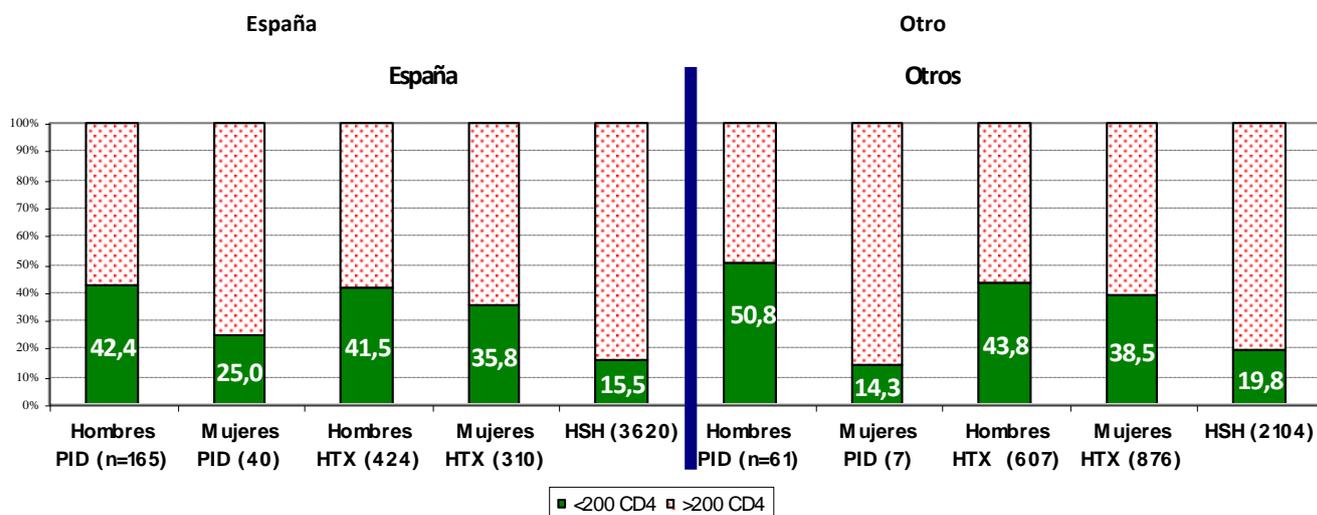
PEA: Presentación con enfermedad avanzada, DT: Diagnóstico tardío.

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=7452)	22,8%	39,7%	59,1%
	Mujer (1275)	37,3%	56,5%	72,7%
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (134)	9,0%	26,1%	47,0%
	20-29 (2608)	14,0%	30,8%	51,6%
	30-39 (3248)	24,2%	41,5%	61,0%
	40-49 (1816)	33,6%	51,3%	68,6%
	>49 años (881)	44,9%	62,8%	77,5%
Mecanismo de transmisión	PID (273)	41,0%	56,4%	68,9%
	HTX (2217)	40,1%	59,6%	75,7%
	HSH (5724)	17,1%	33,7%	54,4%
País de origen	España (4895)	21,6%	37,2%	56,1%
	Otros: (3832)	29,1%	48,5%	67,5%
	1. Europa Occidental (328)	13,4%	31,7%	56,1%
	2. Europa Oriental (260)	32,7%	45,4%	58,8%
	3. América Latina y Caribe (2399)	28,0%	47,7%	67,2%
	4. África Subsahariana (665)	38,0%	60,6%	78,2%
	5. Norte de África y Oriente Medio (86)	40,7%	55,8%	65,1%

PID: personas que se inyectan drogas; 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.

PID: personas que se inyectan drogas; 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 ABRIL DE 2017.

Casos de sida. 2007-2017		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	322	76,5	99	23,5
	2008	323	73,1	119	26,9
	2009	309	77,3	91	22,7
	2010	285	76,0	90	24,0
	2011	260	80,2	64	19,8
	2012	220	77,5	64	22,5
	2013	165	78,6	45	21,4
	2014	152	80,4	37	19,6
	2015*	125	78,6	34	21,4
	2016*	46	82,1	10	17,9
	2017*	6	75,0	2	25,0
07-17		2213	77,2	655	22,8
Edad media (años)		41,8 ± 10,5		39,6 ± 10,0	
País de origen		España: 64,8%		España: 52,8%	
Mecanismo transmisión		HSH: 44,6%		HTX: 69,3%	

* Años no consolidados.

Fallecidos con infección VIH. 2007-2017		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	265	80,1	66	19,9
	2008	286	79,0	76	21,0
	2009	237	78,2	66	21,8
	2010	252	80,0	63	20,0
	2011	242	83,4	48	16,6
	2012	186	77,5	54	22,5
	2013	133	79,2	35	20,8
	2014	107	77,0	32	23,0
	2015*	109	85,2	19	14,8
	2016*	22	75,9	7	24,1
	2017*	4	100,0	0	0,0
07-17		1843	79,8	466	20,2
Edad media (años)		48,5 ± 9,8		45,5 ± 9,3	
País de origen		España: 90,3%		España: 88,0%	
Mecanismo transmisión		PID: 65,9%		PID: 64,8%	

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