
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

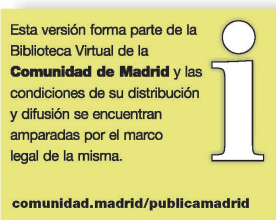


Nº 2.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 2. Volumen 27. Marzo-Abril 2022

INFORMES:

- **Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen estudio EPINE-EPPS. Comunidad de Madrid, año 2021.**
- **Prevalencia de sobrepeso y de obesidad general y abdominal en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2020-2021. Estudio de los 12 años y evolución de indicadores de los estudios de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad (Estudio ELOIN).**
 - **Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid, año 2019. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).**



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Coordina:

Servicio de Epidemiología

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

E-mail: isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Agosto 2022

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain




BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 2.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 2. Volumen 27. Marzo-Abril 2022

ÍNDICE

	<i>Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen estudio EPINE-EPPS. Comunidad de Madrid, año 2021.</i>	5
	<i>Prevalencia de sobrepeso y de obesidad general y abdominal en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2020-2021.</i>	17
	<i>Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid, año 2019.</i>	43



INFORME:

Prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos. Resumen estudio EPINE-EPPS. Comunidad de Madrid, año 2021

1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	6
3. METODOLOGÍA	7
4. RESULTADOS.....	7
4.1 DESCRIPCIÓN CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL.....	7
4.2 DESCRIPCIÓN CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.....	8
4.3 DESCRIPCIÓN CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES.....	10
4.4 DESCRIPCIÓN CARACTERÍSTICAS DE LOS MICROORGANISMOS.....	11
4.5 DESCRIPCIÓN CARACTERÍSTICAS DE ANTIMICROBIANOS.	12
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	15
6. BIBLIOGRAFÍA	16

1. Resumen

Introducción. Las **infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria** (IRAS) son frecuentes en el medio sanitario, especialmente en el hospitalario. Constituyen un importante problema de salud pública, tanto por la elevada morbilidad y mortalidad que ocasionan como por el coste económico que representan. Diversos estudios han demostrado la eficacia de los **programas de vigilancia y control de las IRAS** en los hospitales para prevenir las infecciones. Los estudios de prevalencia aportan información de los pacientes, de situaciones clínicas y epidemiológicas, y de la necesidad de adoptar medidas de Prevención y Control de las Infecciones en la Asistencia Sanitaria.

Objetivos. El objetivo del presente informe es describir la prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid (CM) en el año 2021.

Metodología. Los datos proceden del Sistema para la Vigilancia en España (SIVIES) del Centro Nacional de Epidemiología. Estos datos son recogidos por los servicios de Medicina preventiva de los hospitales públicos y privados, o en su defecto por los equipos de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria del hospital y se les proporciona a los responsables de la realización del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE).

Resultados. El número de hospitales participantes en el estudio fue de 48. El total de camas estudiadas fue de 10.683. El número de pacientes revisados fue 8.452. El día de realización de la encuesta 3.982 (46,6%) pacientes están recibiendo algún antimicrobiano. Se identifican 731 (8,6%) IRAS el día de la realización de la encuesta.

Comentarios. Los estudios de prevalencia aportan importante información para la vigilancia de las IRAS y para la planificación de la prevención y control de las mismas.

2. Introducción

Las **infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria** (IRAS) son frecuentes en el medio sanitario, especialmente en el hospitalario. Constituyen un importante problema de salud pública, tanto por la elevada morbilidad y mortalidad que ocasionan como por el coste económico que representan.

El “*Estudio Nacional de Eventos Adversos*” (ENEAS)¹ identificó que el 25,3% de los efectos adversos ligados a la hospitalización están relacionados con las IRAS, siendo el 56,6% de ellos evitables. Los últimos datos aportados por el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en el estudio de prevalencia de las IRAS y uso de antimicrobianos (ECDC-PPS 2011-2012)² realizado en 30 países europeos, entre ellos España, revelan que el 6,0% de los pacientes ingresados en un hospital, adquieren, al menos una IRAS.

Desde el estudio SENIC³ (*Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control*), iniciado a principios de los años 70, diferentes estudios^{4,5,6,7} han demostrado la eficacia de los **programas de vigilancia y control de las IRAS** en los hospitales para prevenir las infecciones.

En nuestro país se lleva realizando anualmente un estudio de prevalencia de la IRAS (EPINE) desde 1990, promovido por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

Los estudios de prevalencia aportan información de los pacientes, de situaciones clínica y epidemiológica, y de la necesidad de adoptar medidas de Prevención y Control de las Infecciones en Asistencia Sanitaria.

Desde el Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS, integrado en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) se ha creado un módulo de prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos⁸.

El objetivo del presente informe es describir la prevalencia de las IRAS y el uso de antimicrobianos en los centros sanitarios de la CM en el año 2021. La situación de pandemia por SARS-CoV-2 imposibilitó la realización del estudio en el año 2020 y algunos hospitales de la CM tampoco han podido realizarlo en el año 2021.

3. Metodología

Los datos proceden del Sistema para la Vigilancia en España (SIVIES) del Centro Nacional de Epidemiología. Estos datos son recogidos por los servicios de medicina preventiva de los hospitales públicos y privados, o en su defecto por los equipos de vigilancia de las IRAS del hospital y se les proporciona a los responsables de la realización del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE).

Población de estudio: pacientes ingresados en los hospitales durante el periodo de realización del estudio.

Recogida de datos: Para cada hospital se recogen la fecha de inicio y finalización del estudio, el tamaño del hospital, las plantas incluidas y excluidas, y datos estructurales y de actividad. También se recoge el nombre completo del responsable de la encuesta en el centro y el de los colaboradores en la realización del estudio.

Para cada paciente se recoge la fecha de nacimiento, la fecha de hospitalización en el centro, los factores de riesgo intrínseco del EPINE, la puntuación McCabe, la realización de intervención quirúrgica, la existencia de cateterismos vasculares, urinario e intubación, el uso de antimicrobianos, y las infecciones activas nosocomiales y comunitarias, con indicación de la microbiología y las resistencias antimicrobianas.

Periodo de recogida de datos: Los datos se recogieron en un solo día por planta. El marco temporal para la recogida de datos en el conjunto de plantas/unidades de un hospital no excedió las 2 semanas.

4. Resultados

En la CM el número de hospitales participantes en el estudio en 2021 fue de 48. El total de camas estudiadas fue de 10.683. El número de pacientes revisados fue 8.452. Se han detectado 2.739 infecciones, de ellas 620 (33%) fueron adquiridas en el mismo hospital donde se realiza el estudio, 74 (3,9%) adquiridas en otro hospital y 37 (1,9%) tienen origen desconocido.

4.1 Descripción características del hospital

De los 48 hospitales que participan en el estudio 2 (4,1%) son hospitales primarios¹, 19 (39,5%) son secundarios, 19 (39,5%) son terciarios, 3 (6,2%) son especializados y 2(4,1%) son hospitales de larga

¹ Según Protocolo-Prevalencia IRAS del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria de abril/2019: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2019/Protocolo-PrevIRAS_Nov2017_rev_Abril2019.pdf.

Hospital Primario: a menudo referido como “de primer nivel”, tiene pocas especialidades (principalmente medicina interna, obstetricia-ginecología, pediatría, cirugía general, o sólo medicina general), tiene limitados servicios de laboratorio; los servicios son accesibles para un diagnóstico general y no para estudios especializados, p.e., de anatomía patológica.

Hospital Secundario: a menudo referido como “hospital provincial”, es un hospital con un elevado grado de diferenciación en cuanto a funciones; puede tener de cinco a diez especialidades clínicas, como hematología, oncología, nefrología, UCI. Recibe pacientes referidos desde otros hospitales (primarios).

Hospital Terciario: a menudo referido como hospital “central”, “regional” o “de tercer nivel”, cuenta con personal y equipos técnicos muy especializados, como hematología, trasplantes, cirugía cardio-torácica, neurocirugía. Los servicios clínicos son altamente diferenciados en cuanto a funciones, cuenta con equipos especializados de imagen, proporciona servicios regionales y de forma regular recibe pacientes referidos desde otros hospitales (primarios y secundarios).

Hospital Especializado: con una especialidad clínica definida y posibles subespecialidades, cuenta con personal y equipo técnico especializado

estancia. En la tabla 1 podemos observar la media de camas de los hospitales, la media del número de camas de agudos y la media de número de camas de cuidados intensivos.

Tabla 1.- Número total de camas, número de camas de agudos del hospital y número de camas de cuidados intensivos. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	Media (DS)
Número total de camas	248,5 (266,3)
Número de camas de agudos	222,5 (271,2)
Número de camas de cuidados intensivos	19,8 (28,3)

La media del número de altas hospitalarias por hospital en 2021 es de 16.967 (DS: 48.404) y la media de estancias por hospital en 2021 es de 92.259,4 (DS: 22.038).

4.2 Descripción características del paciente

De los pacientes estudiados 4.221 (49,9%) son varones y 4.231 (50,1%) son mujeres. La edad media es de 60 años (DS: 25,3).

Especialidad de la planta o unidad

En la tabla 2 figura la planta o unidad donde se ubica físicamente el paciente.

Tabla 2.- Distribución de los pacientes según ubicación. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Mixta	2.929	34,6
Especialidades médicas	2.356	27,8
Especialidad quirúrgica	1.119	13,2
UCI	529	6,2
Obstetricia/Ginecología	404	4,7
Psiquiatría	328	3,8
Pediatría	255	3
Geriatría	246	2,9
Neonatología	174	2
Rehabilitación	98	1,2
Crónicos	2	0,02
Otras	12	0,1
TOTAL	8.452	100

Factores de riesgo intrínsecos*

Dentro de los factores de riesgo intrínsecos de los pacientes se valora si el paciente presenta coma, insuficiencia renal, diabetes mellitus, neoplasias, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), inmunodeficiencia, neutropenia, cirrosis hepática, hipoalbuminemia/desnutrición y/o úlceras por

presión. La descripción de estos factores viene recogida en el Protocolo-Prevalencia IRAS del sistema nacional de vigilancia¹. En la tabla 3 se recoge la distribución de los factores de riesgo intrínsecos en los pacientes estudiados.

Tabla 3.- Frecuencia de los factores intrínsecos en los pacientes. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Diabetes	2.137	25,3
Neoplasia	1.912	22,7
Insuficiencia renal crónica	1.437	17
Hipoalbuminemia	1.330	15,9
EPOC	1.269	15,1
Úlcera por presión	584	6,9
Inmunodeficiencia	534	6,3
Neutropenia	205	2,4
Cirrosis	202	2,4
Coma	201	2,4

*Los pacientes pueden tener más de un factor de riesgo intrínseco.

Puntuación de McCabe

Otra variable del paciente que es analizada es la Puntuación de McCabe¹, que recoge la clasificación de la gravedad de la situación médica basal del paciente, se recoge si es una enfermedad no fatal, una enfermedad tardíamente fatal o una enfermedad rápidamente fatal (tabla 4).

Tabla 4.- Distribución de los pacientes según la puntuación de McCabe. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Enfermedad no fatal	6.415	75,9
Enfermedad tardíamente fatal	514	6,1
Enfermedad rápidamente fatal	1.552	18
Desconocido	1	0,01
TOTAL	8.452	100

Factores de riesgo extrínseco*

Los factores de riesgo extrínsecos valorados en los pacientes son la realización de un procedimiento quirúrgico, la presencia de un catéter vascular central, la de un catéter vascular periférico, el ser portador de un catéter urinario y/o estar intubado. En la tabla 5 se describen la distribución de estos factores.

Tabla 5.- Frecuencia de los factores extrínsecos en los pacientes. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Catéter vascular periférico	6.281	74,6
Catéter urinario	1.677	19,9
Cirugía previa	1.440	17,2
Catéter vascular central	1.176	14
Intubación	386	4,6

*Los pacientes pueden tener más de un factor de riesgo intrínseco.

4.3 Descripción características de las infecciones.

Se detectan 2.739 infecciones el día de la encuesta. De ellas 731 (8,6%) son todas las infecciones nosocomiales registradas. Entre estas 620 (7,3%) son adquiridas en el mismo hospital donde se realiza la encuesta, 74 (0,9%) son adquiridas en otro hospital y 37 (0,4%) tienen otro origen o su origen es desconocido. Y 2008 (23,8%) son infecciones de origen comunitario.

Dentro de la prevalencia de las IRAS adquiridas en el propio centro en 524 (6,2%) infecciones los signos o síntomas de infección nosocomial se dieron lugar en el presente ingreso y en 96 (1,1%) ya existían al ingreso al centro.

Los cuatro tipos de infecciones más frecuentes detectadas son la infección del tracto urinario con 133 (1,6%) casos la primera, con 131(1,5%) casos las infecciones quirúrgicas como segundo tipo de infección más frecuente, con 126 (1,5%) casos las neumonías como tercer tipo y con 123 (1,5%) casos las bacteriemias como cuarto tipo más frecuente.

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Se identifican 731 (8,65%) IRAS el día de la realización de la encuesta en 646 (7,6%) pacientes.

La localización de las mismas se describe en la tabla 6.

Tabla 6.- Localización de las IRAS. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Infecciones Urinarias	133	18,2
Infecciones Quirúrgicas	132	18,1
Neumonías	126	17,2
Bacteriemias	123	16,8
Infecciones aparato digestivo	64	8,8
Infecciones vías respiratorias bajas	41	5,6
Infecciones piel y partes blandas	30	4,1
Covid-19	20	2,7

	n	%
Infecciones Sistémicas	17	2,3
Infecciones Sistema Cardiovascular	4	0,5
Infecciones ojos nariz, garganta o boca	13	1,8
Infecciones asociadas a catéter	12	1,6
Infecciones osteo-articulares	8	1,1
Infecciones Sistema Nervioso Central	5	0,7
Infecciones aparato reproductor	3	0,4
TOTAL	731	100

4.4 Descripción características de los microorganismos.

Cuando se analizan los microorganismos que participan en las infecciones nos encontramos que en 379 infecciones (13,8%) no se ha tomado ninguna muestra, ni realizado ninguna prueba microbiológica, en 216 (7,8%) los resultados de las pruebas no están aún disponibles, en 192 infecciones (7%) el resultado de la prueba microbiológica realizada ha sido negativa y en 88 (3,2%) existe evidencia de que se han realizado pruebas microbiológicas, pero no se ha podido identificar correctamente el microorganismo.

En la tabla 7 se describen los 2068 microorganismos aislados en las infecciones donde se ha identificado.

Tabla 7.- Distribución de los microorganismos aislados. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
SARS-Cov-2	504	24,2
<i>Escherichia coli</i>	255	12,3
<i>Staphylococcus aureus</i>	133	6,4
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	118	5,7
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	113	5,4
<i>Enterococcus faecalis</i>	94	4,5
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	68	3,3
Virus respiratorio sincitial (VRS)	65	3,1
<i>Enterococcus faecium</i>	53	2,5
<i>Candida albicans</i>	51	2,4
<i>Clostridiodes difficile</i>	47	2,3
<i>Proteus mirabilis</i>	41	2
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	32	1,5
<i>Enterobacter cloacae</i>	26	1,2
<i>Serratia marcescens</i>	22	1,1
<i>Klebsiella oxytoca</i>	22	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	21	1

	n	%
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	18	0,9
<i>Candida glabatra</i>	14	0,7
<i>Morganella morganii</i>	14	0,7
<i>Estafilococo coagulasa negativo</i>	13	0,6
<i>Citomegalovirus</i>	13	0,6
<i>Bacteroides fragilis</i>	12	0,6
<i>Aspergillus fumigatus</i>	11	0,5
<i>Streptococcus agalactie</i>	11	0,5
<i>Streptococcus spp. sin especificar</i>	11	0,5
<i>Escherichia coli enteropatógena</i>	10	0,5
<i>Candida parapsilosis</i>	9	0,4
<i>Klebsiella aerogenes</i>	9	0,4
<i>Citrobacter freundii</i>	8	0,4
Otros	261	12,8
TOTAL	2068	100

Resistencias antimicrobianas

La resistencia antimicrobiana se recoge para ciertos microorganismos (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp*, *Enterobacterias*, *Pseudomona spp*, *Acinetobacter spp*), en la tabla 8 se recoge el resultado del test de sensibilidad para el antimicrobiano testado 1 y 2. Se puede observar como más del 20% son resistentes a antimicrobianos.

Tabla 8.- Resistencias antimicrobianas. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	Antimicrobiano testado 1		Antimicrobiano testado 2	
	n	%	n	%
Desconocido	39	4,1	101	15,4
Intermedio	36	3,8	13	1,9
Resistente	197	21,3	17	2,5
Sensible	668	72,2	524	80
TOTAL	940	100	655	100

4.5 Descripción características de antimicrobianos.

En día de realización de la encuesta 3.928 pacientes (47,5%) han recibido algún antimicrobiano. En la tabla 9 se recogen datos de los 5384 antimicrobianos prescritos.

Tabla 9.- Distribución de los antimicrobianos prescritos. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Amoxicilina e inhibidores betalactamasa	637	11,8
Ceftriaxona	585	10,9
Piperacilina e inh betalactamasa	475	8,8
Meropenem	465	8,6
Cefazolina	411	7,6
Levofloxacin	261	4,8
Ciprofloxacino	215	4
Linezolid	197	3,7
Sulfametoxazol y trimetoprim	186	3,4
Vancomicina (parenteral)	143	2,7
Metronidazol (parenteral)	109	2
Ampicilina	99	1,8
Fluconazol	95	1,8
Gentamicina	93	1,7
Clindamicina	90	1,7
Otros	1323	24,7
TOTAL	5384	100

Vía de administración de antimicrobianos

Se registran 4 vías de administración del agente antimicrobiano, la parenteral, la oral, la rectal y la inhalatoria. La tabla 10 recoge las frecuencias de estas vías de administración.

Tabla 10.- Distribución de las vías de administración de antimicrobianos. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Parenteral	4.245	78,8
Oral	1.089	20,2
Inhalatoria	40	0,7
Rectal	1	0,02
Desconocido	9	0,2
TOTAL	5384	100

Indicación de los antimicrobianos

En la tabla 11 se recogen datos de antimicrobianos sobre la indicación por la cual el paciente los recibe.

Tabla 11.- Distribución de las indicaciones de los antimicrobianos. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Infección adquirida en la comunidad	2.603	48,3
Infección adquirida en hospital	1.140	21,2
Profilaxis médica	725	13,7
Profilaxis quirúrgica dosis única	250	4,6
Profilaxis quirúrgica más de un día	248	4,6
Profilaxis quirúrgica un día	208	3,9
Tratamiento infecciones adquiridas en hospital larga estancia	114	2,1
Otra indicación	50	0,9
Indicación desconocida (confirmada)	24	0,4
Desconocido	22	0,4
TOTAL	5.384	100

Diagnóstico de localización de la infección según tratamiento

Otra variable recogida en cuanto al uso de antimicrobianos es la localización anatómica de la infección para el uso de antimicrobianos, la tabla 12 describe el diagnóstico de localización.

Tabla 12.- Diagnóstico de localización. Datos procedentes Informe EPINE 2021 CM.

	n	%
Infección vías respiratorias	1.243	32,2
Infección vías urinarias	619	16
Infección sistémica	583	15,1
Infección sistema cardiovascular	59	1,5
Aparato gastrointestinal	575	14,9
Piel, tejidos blandos, huesos, articulaciones	589	15,3
Sistema nervioso central	57	1,5

Ojos, oído, nariz y faringe	60	1,6
Aparato genitourinario	40	1
Desconocido	32	0,8
TOTAL	3.857	100

5. Discusión y conclusiones

Durante el estudio se detectaron 2739 infecciones, de ellas 731 (8,6%) son infecciones nosocomiales. Por localización las IRAS más frecuentes son las infecciones urinarias con 133 infecciones (18,2%) seguidas de las infecciones quirúrgicas con 132 (18,1%).

En cuanto a antimicrobianos se han prescrito 5384, siendo los más frecuentes prescritos la amoxicilina e inhibidores de betalactamasa, 637 (11,8%), seguidos por la ceftriaxona con 585 (10,9%) de prescripciones.

Los estudios de prevalencia permiten una visión puntual de una situación, en este caso de las IRAS presentes en un hospital pero la importancia de la información obtenida con este tipo de estudios permite conocer datos clínicos y epidemiológicos que permiten planificar sistemas de vigilancia más complejos y crear actividades de prevención y control de las IRAS en nuestros hospitales.

La recogida de datos de forma homogénea permite la comparabilidad de los mismos entre los hospitales dando mayor fiabilidad a los datos obtenidos. La realización periódica de este tipo de estudios permite estimar los resultados tras la toma de medidas de prevención y control a lo largo del tiempo.

6. Bibliografía

- 1 Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005.
- 2 European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2013
- 3 Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol.* 1985 Feb; 121(2): 182-205
- 4 Delgado-Rodríguez M, Gómez-Ortega A, Sillero-Arenas M, Martínez-Gallego G, Medina-Cuadros M, Llorca J. Efficacy of surveillance in nosocomial infection control in a surgical service. *Am J Infect Control.* 2001 Oct; 29(5):289-94.
- 5 Gastmeier P, Geffers C, Brandt C, Zuschneid I, Sohr D, Schwab F, Behnke M, Daschner F, Rüden H. Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. *J Hosp Infect.* 2006 Sep;64(1):16-22. Epub 2006 Jul 3
- 6 http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/Pages/index.aspx
- 7 Trilla A, Vaqué J, Roselló J, et al. Prevention and control of nosocomial infections in Spain: current problems and future trends. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17: 617-622.
- 8 Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de la encuesta de prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos (Protocolo-Prevalencia IRAS). Madrid 2019.



INFORME:

Prevalencia de sobrepeso y de obesidad general y abdominal en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2020-2021.

Estudio de los 12 años y evolución de indicadores de los estudios de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad (Estudio ELOIN).

RESUMEN	18
1. INTRODUCCIÓN.....	20
2. METODOLOGÍA	20
3. RESULTADOS	23
3.1. CORTE TRANSVERSAL DE LOS 12 AÑOS. TASA DE RESPUESTA.	23
3.2. PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS A LOS 12 AÑOS Y SU EVOLUCIÓN DESDE LOS 4 AÑOS DE EDAD.	23
3.3. ESTADO PONDERAL A LOS 12 AÑOS DE EDAD. SOBREPESO Y OBESIDAD.	26
3.4. PREVALENCIA DE OBESIDAD GENERAL A LOS 12 AÑOS DE EDAD, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.	28
3.5. EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD A LOS 4, 6, 9 Y 12 AÑOS DE EDAD.	30
3.6. PERSISTENCIA Y VARIACIÓN DEL ESTADO PONDERAL DESDE LOS 4 HASTA LOS 12 AÑOS DE EDAD, TRAS 8 AÑOS DE SEGUIMIENTO.	33
3.7. EVOLUCIÓN DE LA OBESIDAD ABDOMINAL A LOS 4, 6, 9 Y 12 AÑOS DE EDAD.	35
3.8. PERSISTENCIA Y VARIACIÓN DE LA OBESIDAD ABDOMINAL DESDE LOS 4 HASTA LOS 12 AÑOS DE EDAD, TRAS 8 AÑOS DE SEGUIMIENTO.	36
3.9. ASOCIACIÓN DE LA OBESIDAD CON LA PRE-HIPERTENSIÓN ARTERIAL A LOS 12 AÑOS DE EDAD. ..	37
3.9.1. OBESIDAD Y NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Y DIASTÓLICA.	37
3.9.2. OBESIDAD Y PRE-HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	39
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40
5. FINANCIACIÓN, CONFLICTO DE INTERESES Y AGRADECIMIENTOS.....	41
6. BIBLIOGRAFÍA.....	42

RESUMEN

Antecedentes y objetivos. La obesidad infantil continúa siendo uno de los problemas actuales de salud pública de la Comunidad de Madrid (CM), cuyo control supone un reto sanitario y social. Este informe que se presenta tiene el objetivo de: 1) estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad (general y abdominal) en la población de 12 de la Comunidad de Madrid, 2) describir la evolución del sobrepeso y la obesidad a los 4, 6, 9 y 12 años de edad, y 3) estudiar una posible asociación entre la obesidad y el desarrollo de pre-hipertensión arterial en la infancia.

Métodos. Se presentan los resultados del corte transversal a los 12 años de edad de los niños/as participantes en el estudio longitudinal ELOIN, iniciado el año 2012 en una muestra de niños/as con 4 años de edad en el momento del reclutamiento. Los datos antropométricos (peso, talla y circunferencia de cintura) y de tensión arterial proceden de la exploración física estandarizada realizada por pediatras y enfermeros/as de atención primaria de la red de médicos centinela.

El estado ponderal en categorías (obesidad, sobrepeso, normopeso y bajo peso) fue definido preferentemente a partir de las tablas de crecimiento de la OMS-2007, así como de la International Obesity Task Force (IOTF-2000), de la Fundación Orbegozo de 2004 (FO-2004), y FO-1988. La obesidad abdominal se definió a partir de la cintura abdominal según criterios de la International Diabetes Federation (IDF). La tensión arterial se estandarizó según talla, edad y sexo, y se consideró pre-hipertensión a partir del percentil 90 según la Sociedad Europea de Hipertensión.

Resultados. Fueron incluidos 2724 niños/as de 12 años, de los cuales el 48,9% eran niños.

Utilizando el criterio de clasificación de la OMS-2007, se observó en la población de 12 años de la Comunidad de Madrid, una prevalencia de sobrepeso de 25,5% (25,9% en niños y 25,0% en niñas) y de 13,4% de obesidad general (mayor en niños: 17,5%, que en niñas: 9,5%, $p < 0,05$). Aproximadamente uno de cada tres niños/as (38,9%) de 12 años de la CM estaba en exceso de peso (sobrepeso + obesidad). La prevalencia de obesidad abdominal a los 12 años fue de 16,5%, tanto en niños como en niñas.

El riesgo de padecer obesidad general fue en torno a 3 veces mayor en los menores que vivían en familias de bajo nivel adquisitivo respecto a las de alto nivel, así como en aquellos que tenían madres con estudios de ESO o inferiores en relación a los de madres universitarias.

De los 4 a los 12 años de edad, la prevalencia de sobrepeso aumentó de 17,2% a 25,5%. En el caso de la obesidad, las prevalencias aumentaron de 6,4% a 15,6% de los 4 a los 9 años y descendieron a 13,4% a los 12 años. La obesidad abdominal aumento de 7,8% a 16,4%.

Se comprobó que la persistencia de la obesidad general era alta, de modo que el 59,1%, 62,8% y 65,4% de los niños/as que estaban en obesidad a los 4, 6 y 9 años respectivamente, permanecieron en obesidad a la edad de 12. Solo el 12,6%, 6,0% y 4,4% de los que habían estado en obesidad a los 4, 6 y 9 años respectivamente, remitieron a normopeso a los 12 años. En el caso de la obesidad abdominal, la persistencia a los 12 años fue de 50,5%, 70,8% y 73,3% de los 4, 6 y 9 años, respectivamente.

Finalmente, conviene señalar que los niños/as en obesidad general y abdominal a los 12 años tenían una mayor prevalencia y riesgo de presentar pre-hipertensión arterial, respecto a los que estaban en normopeso o sin obesidad abdominal respectivamente.

Conclusiones. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto general como abdominal, resulta elevada en la población infantil, mayor en niños que en niñas; y superior en aquellos que viven en hogares con bajo nivel socioeconómico y educativo. Se consolida un incremento progresivo de las prevalencias de obesidad general y abdominal de los 4 a los 12 años. Se observa que 3 de cada 5 niños/as que estaban en obesidad a los 4 años, persistieron en obesidad general a los 12 años, 1 de cada 2 niños/as en el caso

de la obesidad abdominal. Además, el riesgo de padecer pre-hipertensión arterial aumenta de forma importante en aquellos niños/as que padecen obesidad, frente a los niños/as en normopeso.

Recomendaciones. La vigilancia del sobrepeso y la obesidad en la infancia a través del estudio ELOIN, aporta información relevante que refuerza la importancia de considerar la obesidad infantil como un problema emergente de salud pública, que afecta a la población infantil en general, y de manera especial, a la más vulnerable y necesitada. Es por ello que resulta fundamental diseñar y ejecutar planes de acción de salud pública apropiados en edades tempranas que contemplen las desigualdades socioeconómicas. Estas acciones deben ir dirigidas fundamentalmente hacia los siguientes objetivos en la población infantil: promover una alimentación sana (rica en frutas, vegetales y cereales integrales, con menos proteínas y baja en grasas), un descanso y sueño adecuados, una vida activa con ejercicio físico diario y un menor uso de pantallas para evitar el sedentarismo. Así como promover acciones contra la desigualdad socioeconómica que transformen el entorno físico y social para evitar ambientes obesogénicos que mantengan esta doble carga de enfermedad en la población infantil.

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil se puede considerar una enfermedad de reciente aparición, con una prevalencia creciente durante las últimas décadas, que frecuentemente comienza en etapas tempranas de la vida y que tiende a mantenerse durante la edad adulta con repercusiones en la morbi-mortalidad. En la Comunidad de Madrid (CM), aproximadamente 1 de cada 5 niños están en exceso de peso (sobrepeso + obesidad) al comenzar la edad escolar. Además, aproximadamente 3 de cada 4 niños con obesidad a los 4 años continuaron con obesidad a los 6 años de edad. En torno al 50% de los niños/as con sobrepeso a los 4 años se mantuvieron en sobrepeso a los 6 y un 25% evolucionó a obesidad¹.

Los niños/as que presentan obesidad tienen mayor riesgo de padecer factores de riesgo cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma y peor rendimiento escolar y calidad de vida²; y su persistencia en la edad adulta conlleva mayor riesgo de enfermedades cardiometabólicas, tumorales, alteraciones músculo-esqueléticas, trastornos psicoafectivos y de calidad de vida^{3,4}. La obesidad infantil, tanto la general como la abdominal, está asociada con dislipemias, prediabetes, resistencia a la insulina y una elevación de la presión arterial, lo que conlleva mayor riesgo cardiovascular, por lo que resulta crucial disponer de datos actualizados de vigilancia^{3,5,6}.

En 2016, la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) en la población de 2 a 14 años de la CM, era de 30% (19% de sobrepeso y 11% de obesidad). La prevalencia de obesidad fue superior en niños que en niñas en el periodo de 8 a 14 años. Su frecuencia fue superior en la población infantil más vulnerable, un 7% en familias de poder adquisitivo alto frente a un 20,9% en familias de poder adquisitivo bajo; en los niños/as de madre universitaria, la prevalencia fue de 6,5% frente al 19,5% en niños/as con madres que únicamente habían alcanzado estudios de ESO⁵.

Los datos que se presentan en este informe proceden del estudio ELOIN (Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil), iniciado en 2012 englobado en el programa de la Red de Médicos Centinela de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública (antes Subdirección General de Epidemiología), con el objetivo de estimar las variaciones de sobrepeso y obesidad en la población de 4 a 14 años de la Comunidad de Madrid, así como determinar su asociación con factores sociodemográficos y de estilos de vida, y valorar sus posibles efectos negativos en la salud infantil⁷. El estudio ELOIN es el único estudio de cohortes sobre obesidad infantil realizado en España con datos antropométricos objetivos y muestras de sangre para valorar los factores de riesgo cardiometabólicos y su asociación con la obesidad en la infancia.

Este informe tiene como objetivos: 1) estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad (general y abdominal) en la población de 12 de la Comunidad de Madrid, 2) describir la evolución del sobrepeso y la obesidad a los 4, 6, 9 y 12 años de edad, y 3) estudiar una posible asociación entre la obesidad y el desarrollo de pre-hipertensión arterial en la infancia.

2. METODOLOGÍA

Población de estudio a los 12 años

Se presenta el estudio transversal de prevalencias de sobrepeso y obesidad a los 12 años de edad y los resultados de los estudios de seguimiento a los 4, 6 y 9 años de edad de la cohorte ELOIN. El diseño del estudio ELOIN ha sido publicado previamente⁷.

La población elegible de los 12 años fueron los 4124 niños/as, incluidos en la cohorte, que habían participado total o parcialmente a los 4, 6 y 9 años de edad. Para el estudio de los 12 años fueron incluidos 2724 que disponían de exploración física a los 12 años. Para los análisis de evolución se utilizaron datos de la cohorte en los diferentes estudios transversales.

VARIABLES Y RECOGIDA DE DATOS

La recogida de información se realizó a través de la exploración física estandarizada en los 31 centros de salud por los pediatras y enfermeras debidamente entrenados. Además, se realizó un cuestionario telefónico sobre alimentación y estilos de vida, que incluía variables sociodemográficas.

La pandemia de COVID-19, iniciada a principios de 2020, afectó de forma negativa en la tasa de participación en el estudio ELOIN de los 12 años. Para paliar dicha baja participación se descargaron a través del visor HORUS de la Consejería de Sanidad, los datos de la exploración física del control del niño sano (peso, talla y tensión arterial) de los 12 años de los niños de la cohorte ELOIN. Como en el control del niño sano no se recoge habitualmente la cintura abdominal, hay niños del estudio de los 12 años (1107 niños/as) en los que no se ha podido estimar la prevalencia de obesidad abdominal.

Antropometría. En la exploración física estandarizada se realizaron 2 mediciones de peso, talla y perímetro abdominal en cada sujeto. El peso se midió con báscula con escala digital (SECA® modelo 220, precisión 0,1 kg) y la talla mediante tallímetro telescópico (SECA® modelo 220, precisión 1 mm). La cintura abdominal se midió en bipedestación, justo por encima de las crestas ilíacas superiores, mediante cinta métrica inextensible (SECA® modelo 203). El valor final fue la media de las dos mediciones.

El índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir de los valores medios de peso y talla con la fórmula de dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado (peso (kg)/talla (m)²).

Clasificación del estado ponderal a partir del IMC (bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad): Teniendo en cuenta que no existe consenso a nivel internacional sobre cuáles son las tablas de crecimiento más adecuada para definir el sobrepeso y la obesidad infantil, en este estudio se utilizaron como referencia los valores interpolados de IMC por edad (en meses) y sexo de los estándares de crecimiento de las tablas de la OMS, de la International Obesity Task Force (IOTF) y de las tablas españolas de la Fundación Orbegozo:

- a) Tablas de la OMS-2007: se han usado las puntuaciones z-score para el IMC según edad y sexo: bajo peso (z-IMC <-2 desviación estándar (DE)), normopeso (z-IMC >- 1 DE y ≤ +1 DE), sobrepeso (z-IMC >+ 1 DE y ≤ +2 DE) equivalente a un IMC de 25 y obesidad (puntuación z-IMC >+2 DE) equivalente a un IMC de 30 en mayores de 18 años^{8,9}.
- b) Tablas de crecimiento recomendadas por la International Obesity Task Force (IOTF-2000): se han utilizado los valores de referencia propuestos por Cole et al.^{10,11} para definir sobrepeso y obesidad en niños entre 2 y 18 años. Los puntos de corte se corresponden con el IMC de <18,5 (bajo peso); ≥18,5 y <25 normopeso; ≥25 y <30 (sobrepeso) y ≥30 (obesidad) a la edad de 18 años. Para definir el bajo peso se eligió el grado 2 de delgadez.
- c) Tablas de crecimiento para la población española de la Fundación Orbegozo de 1988 (FO-1988): se definió el bajo peso con un percentil del IMC <3, el normopeso ≥3 y <90, el sobrepeso en el percentil entre ≥90 y <p97, y la obesidad en percentil ≥97. Con las tablas del estudio transversal del 2004 (FO-2004) se definió el sobrepeso para un percentil entre ≥85 y <p95 y la obesidad para un percentil ≥95^{12,13}.

Para este informe se ha elegido el criterio de la OMS para realizar los análisis de prevalencia y de factores de riesgo porque progresivamente son los más utilizados para comparaciones internacionales.

Clasificación de obesidad abdominal a partir del perímetro abdominal: La circunferencia de cintura media fue estandarizada con las tablas de referencia propuestas por Fernández et al.¹⁴, interpoladas por

edad en meses y sexo. Se utilizó el percentil ≥ 90 como punto de corte para definir la obesidad abdominal de acuerdo a las recomendaciones de la International Diabetes Federation (IDF).

También se calculó el índice de cintura/talla (ICT) que suele utilizarse para establecer el grado de adiposidad central y de obesidad abdominal.

Presión arterial: La presión arterial (PA) se midió utilizando el método auscultatorio en el brazo derecho. Los participantes permanecieron sentados en reposo durante 5 minutos antes de la medida, con la espalda y pies apoyados, y el brazo reposando en una superficie firme en posición horizontal con la palma de la mano hacia arriba, de manera que la fosa antero cubital se situara a nivel del corazón. Los pies debieron estar apoyados firmemente en el suelo, asegurando que los participantes no tuviesen las piernas cruzadas, ni hablaran durante el proceso. Se utilizó esfigmomanómetro con tamaño adecuado para la edad. El primer y quinto ruido de Korotkoff fue utilizado para identificar la PA sistólica y diastólica, respectivamente. Se realizaron 2 mediciones separadas al menos 2 minutos, y se repitió una tercera si se detectaban diferencias entre ambas medidas superiores a 5 mmHg. Se utilizó el promedio de las mediciones para los análisis. Los valores de PA fueron estandarizados según edad en meses, sexo y altura, usando las tablas de referencia del Cuarto informe de hipertensión arterial para niños y adolescentes de NHBP¹⁵. Siguiendo las recomendaciones de la Asociación Europea de Hipertensión Arterial para niños y adolescentes, se utilizó el percentil 90 (P90) como punto de corte para definir la pre-hipertensión arterial¹⁶.

Covariables: edad (a partir de la fecha de nacimiento y de exploración), sexo y nivel socioeconómico familiar, mediante la escala *Family Affluence Scale* (FAS).

Clasificación del nivel socioeconómico familiar: para determinar el nivel socioeconómico familiar del menor se utilizó la escala FAS II (*Family Affluence Scale ii*) con 3 categorías (alto, medio y bajo), medido mediante un cuestionario de 4 preguntas:

1. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia han salido de vacaciones en familia juntos con el/la niño/a? (Nunca = 0; Una vez = 1; Dos veces = 2; Más de dos veces = 3).
2. ¿Tiene la familia coche propio o furgoneta? (No = 0; Sí, uno = 1; Sí, dos = 2).
3. ¿Tiene su hijo/a un dormitorio para él/ella solo/a? (No = 0; Sí = 1).
4. ¿Cuántos ordenadores hay en el hogar? (Ninguno = 0, Uno = 1; Dos = 2; Más de dos = 3).

Se calcula la puntuación del índice mediante la suma de las puntuaciones de las 4 preguntas, con un rango de puntuación final de 0-9. Los puntos de corte para determinar la pertenencia a un determinado nivel socioeconómico fueron: de 0 a 3, bajo; de 4 a 5, medio y de 6 a 9, alto.

Evolución de los indicadores a los 4, 6, 9 y 12 años

Los resultados que se presentan de la evolución de la obesidad a los 4, 6, 9 y 12 años de edad proceden de las exploraciones realizadas en cada uno de los cortes transversales. Para el análisis de cada corte fueron incluidos todos los niños/as explorados/as. Como la cohorte fue dinámica o abierta hasta los 9 años, hay niños/as que no tienen todas las mediciones desde el estudio basal de los 4 años. Únicamente para el apartado de variaciones y persistencia del estado ponderal se han incluido los niño/as que tenían todas las mediciones (a los 4, 6, 9 y 12 años de edad, 2357).

Aspectos éticos

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Los padres y madres participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Trabajo de campo

El trabajo de campo tuvo lugar entre marzo de 2020 y febrero de 2022.

Análisis estadístico

Se estimaron las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y la media y desviación estándar para las variables cuantitativas, en el supuesto de que siguieran una distribución normal, junto con el intervalo de confianza del 95%. Se consideró el estado ponderal (bajo peso, normo peso, sobrepeso y obesidad) y la obesidad abdominal como variables principales.

Al ser una cohorte dinámica y representativa de la población de la Comunidad de Madrid se estimaron las prevalencias a los 4 años del estudio transversal basal (2012-2013), 6 años (2014-2015), 9 años (2017-2018) y 12 años de edad (2020-2022). Para analizar la persistencia y las variaciones del estado ponderal y de la obesidad abdominal, se incluyeron a los niños/as que tenían exploración a los 4, 6, 9 y 12 años de edad.

La comparación de las variables categóricas se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado, y el test de la t de Student para analizar las diferencias entre dos medias y el análisis de la varianza para comparar 3 o más medias. Se realizaron análisis de regresión lineal (coeficientes β) ajustados por edad, sexo y nivel socioeconómico familiar, para estudiar la asociación entre la obesidad general y abdominal (variable independiente) con los valores de tensión arterial sistólica y diastólica (variable dependiente); y modelos de regresión logística ajustados por edad, sexo y nivel socioeconómico familiar para evaluar la asociación entre la obesidad general y abdominal y la pre-hipertensión arterial (variable dependiente). Los análisis se realizaron con el programa Stata v.16.1.

3. RESULTADOS

3.1. Corte transversal de los 12 años. Tasa de respuesta.

En el estudio de los 12 años, fueron incluidos 2724 (48,9% niños y 51,1% niñas) participantes, que representan una tasa de respuesta del 66% de la población diana de la cohorte ELOIN (4127 niños/as).

3.2. Parámetros antropométricos a los 12 años y su evolución desde los 4 años de edad.

En la Tabla 1 se presentan los principales valores antropométricos medios a los 12 años de edad. Las variables antropométricas incluidas fueron el peso, talla, IMC, circunferencia de cintura e índice cintura-talla, cuyos valores medios fueron 48,3 kg, 154,3 cm, 20,1 kg/m², 73,1 cm y 0,47, respectivamente. El 59,4% tenía registro de la circunferencia de cintura.

Tabla 1. Parámetros antropométricos medios y percentiles a los 12 años de edad según sexo. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	N	Media (DE)	Percentiles				
			5	25	50	75	95
TOTAL							
Peso (kg)	2724	48,3 (11,7)	32,8	39,8	46,4	55,0	70,1
Talla (cm)	2724	154,3 (7,6)	142,0	149,1	154,0	159,0	167,0
IMC (kg/m ²)	2724	20,1 (3,8)	15,1	17,3	19,4	22,4	27,6

Circunferencia cintura (cm)	1617	73,1 (10,3)	59,8	65,3	71,0	79,1	93,0
Índice $\frac{\text{cintura (cm)}}{\text{talla (cm)}}$	1617	0,47 (0,06)	0,39	0,43	0,46	0,51	0,60
NIÑOS							
Peso (kg)	1332	48,3 (12,2)	32,2	39,4	46,5	55,4	71,8
Talla (cm)	1332	153,9 (8,3)	141,0	148,0	153,3	159,1	168,0
IMC (kg/m ²)	1332	20,2 (3,9)	15,1	17,3	19,5	22,5	27,8
Circunferencia cintura (cm)	792	74,0 (10,5)	60,5	65,9	72,2	80,5	93,8
Índice $\frac{\text{cintura (cm)}}{\text{talla (cm)}}$	792	0,48 (0,06)	0,39	0,43	0,47	0,52	0,60
NIÑAS							
Peso (kg)	1392	48,2 (11,1)	33,5	40,2	46,4	54,6	68,6
Talla (cm)	1392	154,7 (6,9)	143,0	150,0	154,8	159,0	166,0
IMC (kg/m ²)	1392	20,0 (3,8)	15,1	17,3	19,4	22,2	27,4
Circunferencia cintura (cm)	825	72,2 (10,1)	59,1	65,0	70,0	78,1	92,0
Índice $\frac{\text{cintura (cm)}}{\text{talla (cm)}}$	825	0,47 (0,06)	0,38	0,42	0,45	0,50	0,58

DE: Desviación Estándar. IMC: Índice de Masa Corporal.

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Los niños presentaron valores antropométricos ligeramente superiores que las niñas, excepto para el caso de la talla, que resultó estadísticamente superior en las niñas ($p < 0,05$, datos no mostrados). Solo la circunferencia de cintura y el índice cintura-talla, resultaron significativamente superiores en niños que en niñas ($p < 0,001$, datos no mostrados).

Desde el inicio del estudio, en los sucesivos cortes transversales realizados de los 4 a los 12 años de edad se observa que los parámetros antropométricos de peso, talla, IMC y circunferencia de cintura tuvieron una paulatina evolución ascendente. Esta tendencia fue similar en niños y niñas, aunque con valores ligeramente superiores en niños. El índice cintura-talla tuvo una evolución estable hasta los 12 años (Tabla 2).

	4 años		6 años		9 años		12 años	
	N	Media (DE)	N	Media (DE)	N	Media (DE)	N	Media (DE)
TOTAL								
Peso (kg)	3186	17,1 (2,5)	3060	22,5 (4,1)	2924	33,7 (7,9)	2724	48,3 (11,7)
Talla (cm)	3186	103,5 (4,4)	3060	117,4 (5,2)	2924	136,3 (6,6)	2724	154,3 (7,6)
IMC (kg/m ²)	3185	15,9 (1,6)	3060	16,1 (2,1)	2924	18,0 (3,2)	2724	20,1 (3,9)
Circunferencia cintura (cm)	3144	52,0 (4,1)	3026	56,4 (5,6)	2861	64,5 (8,3)	1617	73,1 (10,3)
Índice $\frac{\text{cintura (cm)}}{\text{talla (cm)}}$	3143	0,50 (0,04)	3025	0,47 (0,04)	2861	0,47 (0,05)	1617	0,47 (0,06)

NIÑOS								
Peso (kg)	1629	17,2 (2,4)	1552	22,6 (4,1)	1447	34,0 (7,8)	1332	48,3 (12,3)
Talla (cm)	1629	104,0 (4,5)	1551	117,0 (5,3)	1447	136,5 (6,4)	1332	153,9 (8,3)
IMC (kg/m ²)	1629	15,9 (1,5)	1551	16,2 (2,0)	1447	18,0 (3,2)	1332	20,2 (4,0)
Circunferencia cintura (cm)	1603	52,0 (3,9)	1537	56,3 (5,3)	1414	64,5 (8,2)	792	74,0 (10,5)
Índice $\frac{\text{cintura (cm)}}{\text{talla (cm)}}$	1603	0,50 (0,03)	1536	0,47 (0,03)	1414	0,47 (0,05)	792	0,48 (0,06)
NIÑAS								
Peso (kg)	1557	16,9 (2,5)	1509	22,2 (4,1)	1477	33,5 (8,0)	1392	48,2 (11,1)
Talla (cm)	1556	103,0 (4,4)	1509	116,9 (5,1)	1477	136,0 (6,8)	1392	154,7 (6,9)
IMC (kg/m ²)	1556	15,9 (1,5)	1509	16,1 (2,1)	1477	18,0 (3,2)	1392	20,0 (3,8)
Circunferencia cintura (cm)	1541	52,3 (4,4)	1489	56,4 (5,9)	1447	64,5 (8,4)	825	72,2 (10,1)
Índice $\frac{\text{cintura (cm)}}{\text{talla (cm)}}$	1543	0,51 (0,04)	1489	0,48 (0,04)	1447	0,47 (0,05)	825	0,47 (0,06)

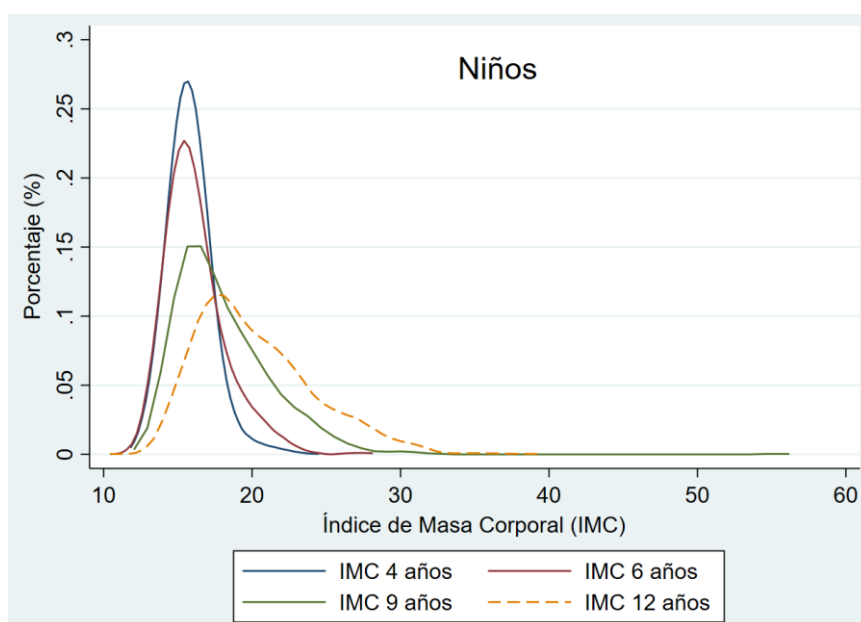
DE: Desviación Estándar. IMC: Índice de Masa Corporal.

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

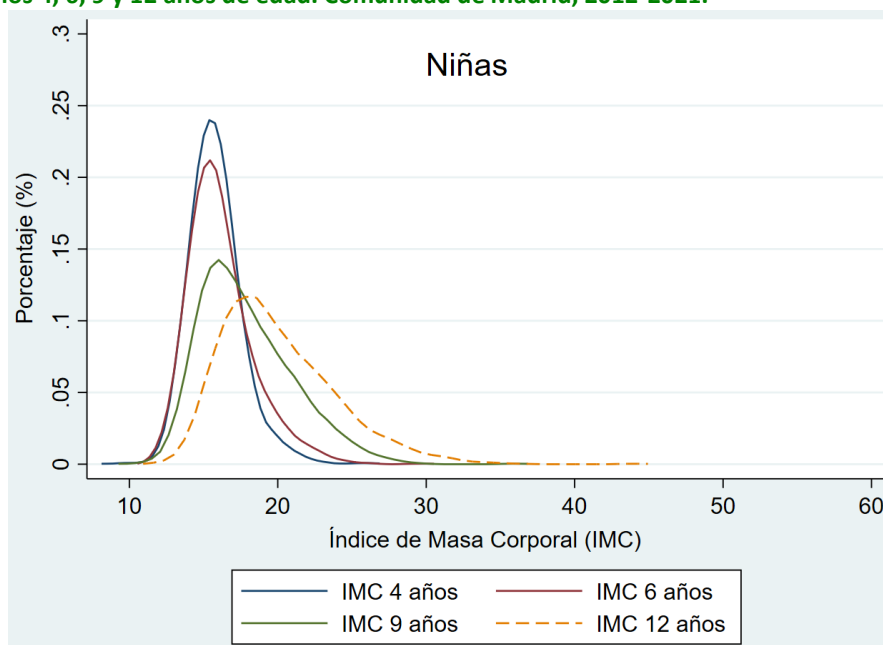
Tabla 2. Parámetros antropométricos medios en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

En los Gráficos 1 y 2 se muestra la curva de distribución del IMC en niños y niñas en los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Se observa que a medida que aumenta la edad la curva se desplaza hacia la derecha y se hace más asimétrica, siendo reflejo de que los valores de IMC son más altos según aumenta la edad. Esta distribución asimétrica es similar en niños (Gráfico 1) y en niñas (Gráfico 2).

Gráfico 1. Evolución de la distribución del IMC en población masculina en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012-2021.



IMC: índice de masa corporal. Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Gráfico 2. Evolución de la distribución del IMC en población femenina en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

IMC: índice de masa corporal. Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

3.3. Estado ponderal a los 12 años de edad. Sobrepeso y obesidad.

Utilizando el criterio de clasificación de la OMS-2007, en la Tabla 3 se presentan las prevalencias de sobrepeso, obesidad y exceso de peso (sobrepeso + obesidad). Se observó en la población de 12 años de la CM, una prevalencia de sobrepeso de 25,5% (25,9% en niños y 25,0% en niñas) y de 13,4% de obesidad general que fue mayor en niños (17,5%, IC95%: 15,5-19,6), que en niñas (9,5%; IC95%: 8,0-11,1; $p < 0,05$). Aproximadamente uno de cada tres niños/as (38,9%) de 12 años estaba en exceso de peso. La prevalencia de exceso de peso en niños fue de 43,4% y de 34,5% en niñas.

Tabla 3. Estado ponderal a los 12 años de edad según criterios OMS-2007. Ambos sexos, niños y niñas. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	Total (N=2724)			Niños (N=1332)			Niñas (N=1392)		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Obesidad	365	13,4*	12,1-14,7	233	17,5	15,5-19,6	132	9,5	8,0-11,1
Sobrepeso	694	25,5	23,8-27,2	346	25,9	23,6-28,4	348	25,0	22,7-27,4
Normopeso	1604	58,9*	57,0-60,4	722	54,2	51,5-56,9	882	63,4	60,8-65,9
Bajo peso	61	2,2	1,7-2,9	31	2,3	1,6-3,3	30	2,2	1,5-3,1
Exceso de peso	1059	38,9*	37,0-40,7	579	43,5	40,8-46,1	480	34,5	32,0-37,0

*Diferencias significativas entre ambos sexos ($p < 0,05$). IC95%: Intervalo de Confianza al 95%.

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

En la Tabla 4 se presenta también la distribución del estado ponderal según criterios de clasificación de la IOTF y Fundación Orbegozo previamente detallados en el apartado de metodología. Se puede observar que las prevalencias de sobrepeso y obesidad varían sustancialmente en función del criterio de clasificación de referencia, debido a los diferentes puntos de corte utilizados para clasificar en categorías el estado ponderal infantil de manera estandarizada.

A los 12 años, las prevalencias de sobrepeso obtuvieron los valores más altos mediante el criterio de clasificación de la OMS-2007 (25,5%) y los valores inferiores con las tablas de referencia para la población española de la FO-2004 (9,3%). Sin embargo, las mayores prevalencias de obesidad se

observaron al emplear el criterio de la FO-1988 (17,8%), y las menores al emplear el de la IOTF (7,5%). Las prevalencias de bajo peso variaron el 0,4% según la FO-1988 y el 2,2% según la OMS.

Tabla 4. Estado ponderal a los 12 años de edad según los diferentes criterios de clasificación del estado ponderal. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

		Total (N=2724)			Niños (N=1332)			Niñas (N=1392)		
		N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
IOTF (2000)	Obesidad	203	7,5*	6,5-8,5	122	9,2	7,7-10,8	81	5,8	4,6-7,1
	Sobrepeso	635	23,3	21,7-24,9	329	24,7	22,4-27,1	306	21,9	19,8-24,3
	Normopeso	1843	67,7*	68,9-69,4	863	64,8	62,2-67,4	980	70,4	67,9-72,8
	Bajo peso	43	1,6	1,1-2,1	18	1,4	0,8-2,1	25	1,8	1,2-2,6
FO (2004)	Obesidad	457	16,8*	15,4-18,2	195	14,6	12,8-16,7	262	18,8	16,8-21,0
	Sobrepeso	252	9,3	8,2-10,4	114	8,6	7,1-10,2	138	9,9	8,4-11,6
	Normopeso	1975	72,5*	70,8-74,2	1004	75,4	73,0-77,7	971	69,8	67,3-72,2
	Bajo peso	40	1,5	1,1-2,0	19	1,4	0,9-2,2	21	1,5	0,9-2,3
FO (1988)	Obesidad	484	17,8*	16,3-19,3	276	20,8	18,6-23,0	208	14,9	13,1-16,9
	Sobrepeso	284	10,4	9,3-11,6	148	11,1	9,5-12,9	136	9,8	8,4-11,6
	Normopeso	1945	71,4*	69,7-73,1	905	67,9	65,4-70,4	1040	74,7	72,3-77,0
	Bajo peso	11	0,4	0,2-0,7	3	0,2	0,0-0,6	8	0,6	0,2-1,1

OMS: Organización Mundial de la Salud. IOTF: International Obesity Task Force. FO: Fundación Orbeagozo.

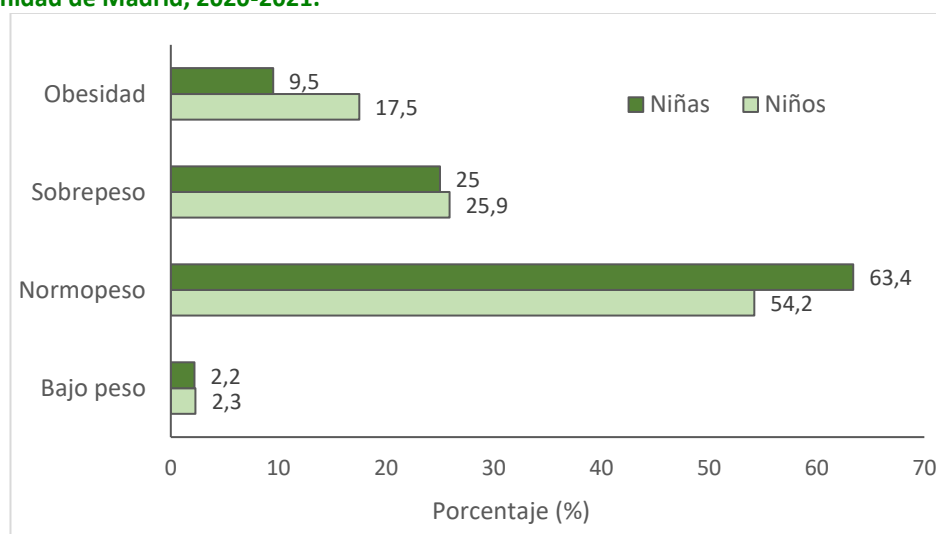
*Diferencias significativas entre ambos sexos ($p < 0,05$). IC95%: Intervalo de Confianza al 95%.

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

En relación a la distribución por sexo, se observaron unas prevalencias de obesidad estadísticamente superiores en niños que en niñas ($p < 0,05$) según los criterios de la OMS (17,5% y 9,5%), IOTF (9,2% y 5,8%) y FO-1988 (20,8% y 14,9%). Sin embargo, según el criterio de clasificación de la FO-2004, se observó una prevalencia de obesidad significativamente superior en niñas que en niños (14,6% vs. 18,8%, $p < 0,05$). Las prevalencias de sobrepeso fueron similares para ambos sexos, aunque ligeramente superior en niños que en niñas, según el criterio de la IOTF (24,7% vs. 21,9%).

En el Gráfico 3 se muestran las prevalencias de sobrepeso y obesidad según el criterio de clasificación de la OMS-2007. Ambas prevalencias fueron superiores en niños que en niñas.

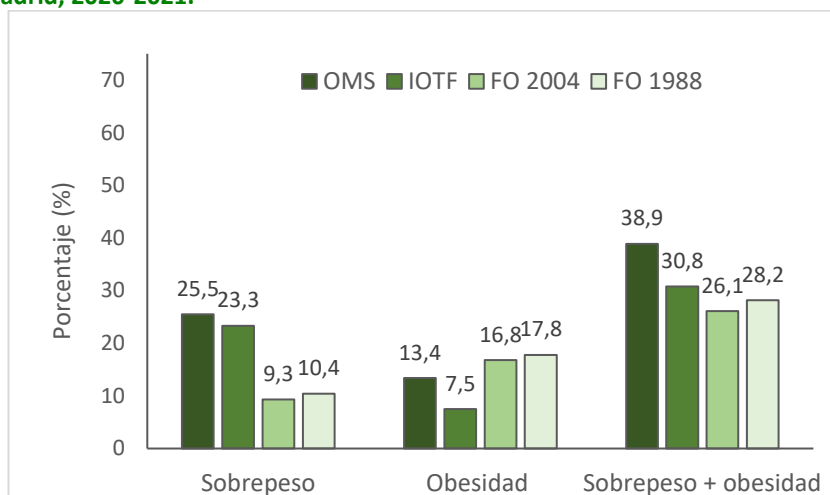
Gráfico 3. Distribución del estado ponderal a los 12 años de edad según sexo. Criterios de clasificación OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2020-2021.



Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Por otro lado, en el Gráfico 4 se muestran las prevalencias de sobrepeso y obesidad según los otros tres criterios de clasificación, además de una categoría conjunta de exceso de peso (sobrepeso más obesidad). La mayor prevalencia de exceso de peso se observó con el criterio del estado ponderal según la OMS (38,9%) y la inferior con el criterio de la FO (26,1%).

Gráfico 4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad a los 12 años de edad según diferentes criterios de clasificación. Comunidad de Madrid, 2020-2021.



OMS: Organización Mundial de la Salud. IOTF: International Obesity Task Force. FO: Fundación Orbegozo.
Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

3.4. Prevalencia de obesidad general a los 12 años de edad, según factores sociodemográficos.

En la Tabla 5 se presenta la prevalencia y el riesgo (OR) de obesidad general por sexo, nivel socioeconómico y nivel de estudios de la madre en la población estudiada de 12 años de edad. Las prevalencias de obesidad fueron superiores en niños que en niñas, con familias de bajo nivel socioeconómico y aquellos/as con madre con nivel educativo primario o inferior.

En los Gráficos 5 y 6 se encuentran representadas las prevalencias de obesidad según el nivel socioeconómico familiar y el nivel de estudios de la madre. Se observa un gradiente negativo de la obesidad con el nivel socioeconómico familiar y el nivel de estudios de la madre.

El OR de padecer obesidad fue de 2 veces superior en niños que en niñas ($p < 0,001$), de 3 veces en el caso de familias de nivel adquisitivo bajo, respecto a un nivel adquisitivo alto ($p < 0,001$) y de hasta 3,5 veces en el caso de aquellos cuya madre tenía un nivel educativo de primer grado o inferior ($p < 0,001$).

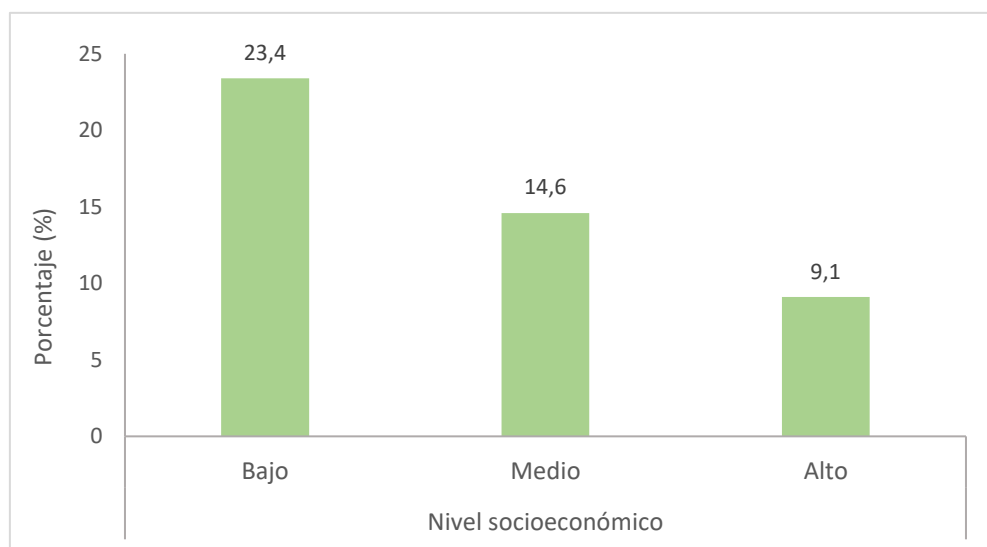
Tabla 5. Prevalencia (P) de obesidad general según sexo y nivel socioeconómico a los 12 años de edad. Criterios OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	n	P (IC 95%)	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo (N=2724)				
Niñas	132	9,5 (8,0-11,2)	1 (ref)	
Niños	233	17,5 (15,5-19,6)	2,0 (1,6-2,5)	<0,001
Nivel socioeconómico (N=2558)				
Alto	120	9,1 (7,6-10,8)	1 (ref)	
Medio	115	14,6 (12,2-17,3)	1,7 (1,3-2,2)	<0,001
Bajo	107	23,4 (19,6-27,6)	3,0 (2,3-4,1)	<0,001
Nivel educativo de la madre (N=2553)				
Universitarios superiores	46	6,1 (4,5-8,0)	1 (ref)	
Universitarios técnicos	31	9,5 (6,5-13,2)	1,6 (1,0-2,6)	<0,05
Secundarios 2º grado (Bachiller superior)	156	17,5 (15,1-20,2)	3,3 (2,3-4,6)	<0,001
Secundarios 1º grado (ESO) o inferiores	105	18,4 (15,3-21,8)	3,5 (2,4-5,0)	<0,001

OR: Odds Ratios estimados mediante regresión logística, modelo ajustado por sexo, edad, nivel socioeconómico familiar y educativo de la madre.
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%.

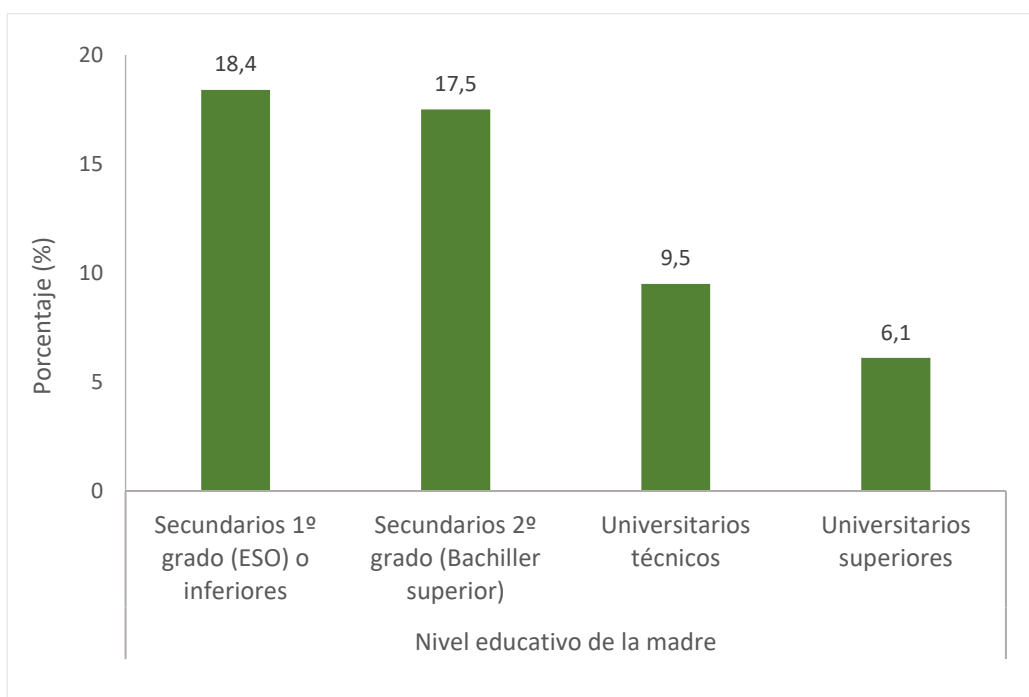
Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Gráfico 5. Prevalencia de obesidad según nivel socioeconómico a los 12 años de edad. Criterios de clasificación OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2020-2021.



Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Gráfico 6. Prevalencia de obesidad según nivel educativo de la madre a los 12 años de edad. Criterios de clasificación OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2020-2021.



Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

3.5. Evolución del sobrepeso y la obesidad a los 4, 6, 9 y 12 años de edad.

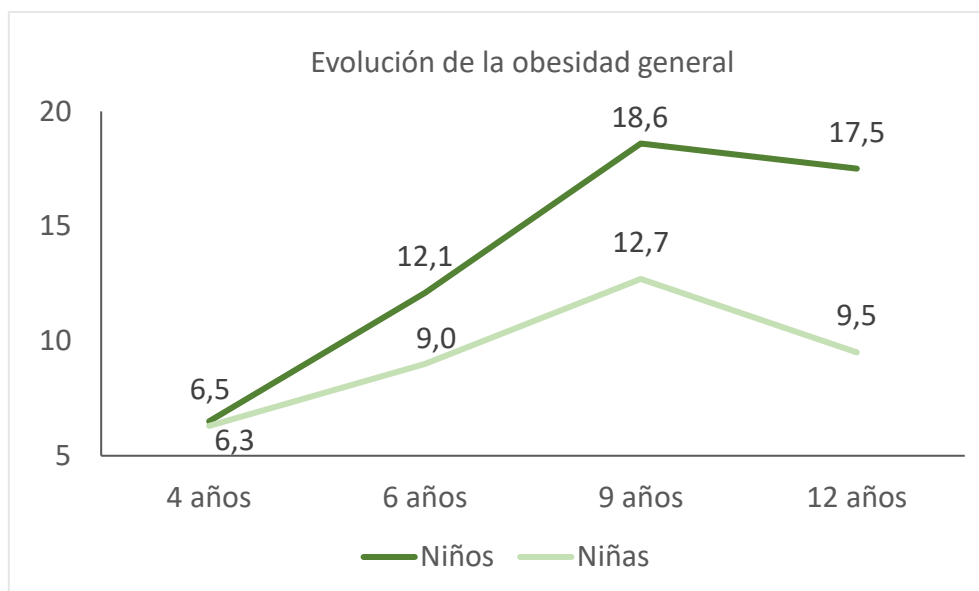
Según el criterio de la OMS (Tabla 6), la prevalencia de sobrepeso aumentó de manera mantenida de 17,2% a 25,5% de los 4 a los 12 años y su evolución y magnitud fue similar en niños y en niñas. En el caso de la obesidad, las prevalencias aumentaron de 6,4% a 15,6% de los 4 a los 9 años y descendieron al 13,4% a los 12 años. Por sexo, se observan mayores prevalencias en niños que en niñas a los 6, 9 y 12 años (Gráfico 7). Así, el exceso de peso que incluye de forma conjunta el sobrepeso y la obesidad, se incrementó de los 4 a los 12 años, aumentando de 23,6% a 38,9% (Gráfico 8).

Tabla 6. Distribución del estado ponderal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad, ambos sexos. Criterios OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

		4 años (N=3256)			6 años (N=3060)			9 años (N=2924)			12 años (N=2724)		
		N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Total	Obesidad	208	6,4	5,5-7,2	323	10,6	9,4-11,6	456	15,6	14,3-17,0	365	13,4	12,1-14,7
	Sobrepeso	559	17,2	15,8-18,5	522	17,1	15,7-18,4	659	22,5	21,1-24,1	694	25,5	23,8-27,2
	Normopeso	2457	75,5	73,9-76,9	2177	71,1	69,5-72,7	1766	60,4	58,6-62,2	1604	58,9	57,0-60,4
	Bajo peso	32	1,0	0,6-1,3	38	1,2	0,8-1,7	43	1,5	1,1-2,0	61	2,2	1,7-2,9
Niños	Obesidad	108	6,5	5,3-7,8	187	12,1	10,4-13,7	268	18,6	16,6-20,6	233	17,5	15,5-19,6
	Sobrepeso	289	17,4	15,6-19,3	274	17,7	15,7-19,6	311	21,5	19,5-23,7	346	26,0	23,6-28,4
	Normopeso	1250	75,3	73,1-77,3	1072	69,1	66,7-71,4	846	58,6	56,0-61,1	722	54,2	51,5-56,9
	Bajo peso	13	0,8	0,4-1,3	18	1,2	0,6-1,8	20	1,4	0,9-2,1	31	2,3	1,6-3,3
Niñas	Obesidad	100	6,3	7,1-9,9	136	9,0	7,6-10,5	187	12,7	11,1-14,5	132	9,5	8,0-11,1
	Sobrepeso	270	16,9	15,1-18,8	248	16,4	14,5-18,4	347	23,5	21,4-25,7	348	25,0	22,7-27,4
	Normopeso	1207	75,6	73,4-77,7	1105	73,2	70,9-75,4	919	62,3	59,8-64,7	882	63,4	60,8-65,9
	Bajo peso	19	1,2	0,7-1,8	20	1,3	0,8-2,0	23	1,6	1,0-2,3	30	2,2	1,5-3,1

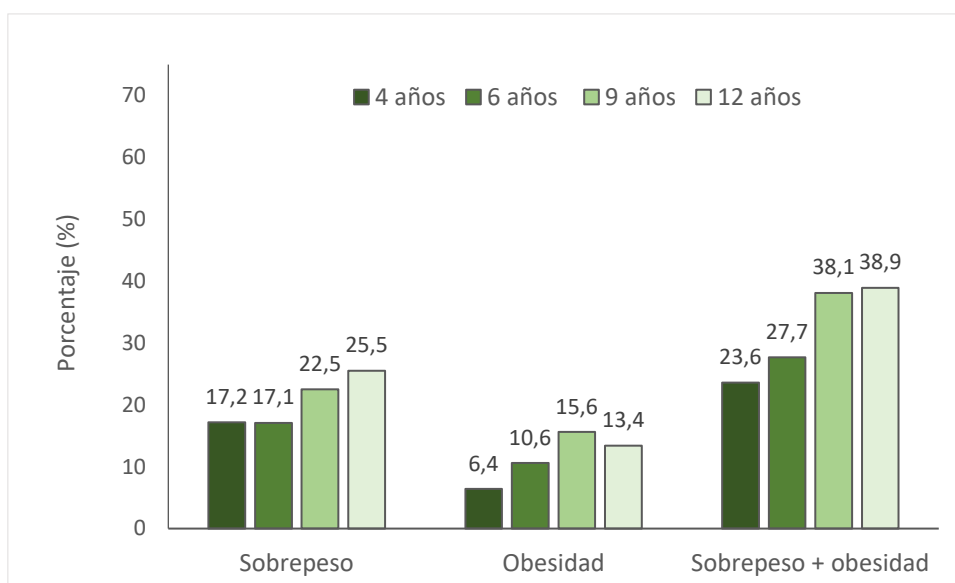
OMS: Organización Mundial de la Salud. IOTF: International Obesity Task Force. FO: Fundación Orbegozo.
Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Gráfico 7. Prevalencia de obesidad general en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad, según sexo. Criterios de clasificación OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2012-2021.



Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid

Gráfico 8. Prevalencia de sobrepeso, obesidad general y exceso de peso en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Ambos sexos. Criterios de clasificación OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2012-2021.



Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

En las Tablas 7 y 8 se muestra la evolución del estado ponderal según los otros criterios de clasificación y por sexo, donde se observa grandes variaciones de las prevalencias tanto en sobrepeso como obesidad, así como en niños y niñas.

Tabla 7. Distribución del estado ponderal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad, ambos sexos, según diferentes criterios de clasificación. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

		4 años (N=3256)			6 años (N=3060)			9 años (N=2924)			12 años (N=2724)		
		N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
IOTF (2000)	Obesidad	121	3,7	3,0-4,4	195	6,4	5,5-7,2	228	7,8	6,9-8,8	203	7,5	6,5-8,5
	Sobrepeso	302	9,3	8,3-10,3	442	14,4	13,2-15,7	612	20,9	19,5-22,4	635	23,3	21,7-24,9
	Normopeso	2729	83,8	82,5-85,0	2366	77,3	75,7-78,7	2047	70,0	68,3-71,6	1843	67,7	68,9-69,4
	Bajo peso	104	3,2	2,6-3,8	57	1,9	1,4-2,4	37	1,3	0,9-1,7	43	1,58	1,1-2,1
FO (2004)	Obesidad	163	5,0	4,2-5,8	231	7,5	6,6-8,5	313	10,7	9,6-11,9	457	16,8	15,4-18,2
	Sobrepeso	214	6,6	5,7-7,4	285	9,3	8,3-10,3	219	7,5	6,6-8,5	252	9,3	8,2-10,4
	Normopeso	2788	85,6	84,4-86,6	2524	82,5	81,0-83,8	2340	80,0	78,5-81,4	1975	72,5	70,8-74,2
	Bajo peso	91	2,8	2,2-3,4	20	0,7	0,3-1,0	52	1,8	1,4-2,3	40	1,5	1,1-2,0
FO (1988)	Obesidad	153	4,7	3,9-5,4	224	7,3	6,4-8,3	460	15,7	14,5-17,1	484	17,8	16,3-19,3
	Sobrepeso	111	3,4	2,6-4,2	149	4,9	3,9-5,8	255	8,7	7,8-9,8	284	10,4	9,3-11,6
	Normopeso	2817	86,5	85,2-87,8	2607	85,2	83,8-86,6	2194	75,0	73,4-76,6	1945	71,4	69,7-73,1
	Bajo peso	175	5,4	4,6-6,2	80	2,6	2,0-3,2	15	0,5	0,3-0,8	11	0,4	0,2-0,7

IOTF: International Obesity Task Force. FO: Fundación Orbegozo.

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Tabla 8. Estado ponderal por sexo en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad, según los diferentes criterios de clasificación (del estado ponderal). Comunidad de Madrid, 2012-2021.

NIÑOS		4 años (N=1660)			6 años (N=1551)			9 años (N=1446)			12 años (N=1332)		
		N	N	N	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
IOTF (2000)	Obesidad	48	2,9	2,1-3,8	95	6,1	4,9-7,4	117	8,1	6,8-9,6	122	9,2	7,7-10,8
	Sobrepeso	130	7,8	6,5-9,2	214	13,8	12,1-15,6	292	20,2	18,2-22,4	329	24,7	22,4-27,1
	Normopeso	1436	86,5	84,7-88,1	1215	78,3	76,2-80,3	1024	70,9	68,5-73,2	863	64,8	62,2-67,4
	Bajo peso	46	2,8	2,0-3,6	27	1,7	1,1-2,5	12	0,8	0,5-1,5	18	1,4	0,8-2,1
FO (2004)	Obesidad	63	3,8	2,9-4,8	114	7,4	6,1-8,7	121	8,4	07,1-09,9	195	14,6	12,8-16,7
	Sobrepeso	88	5,3	4,2-6,4	123	7,9	6,6-9,3	90	6,2	05,1-7,6	114	8,6	7,1-10,2
	Normopeso	1462	88,1	86,4-89,5	1299	83,8	81,8-85,5	1217	84,2	82,2-86,0	1004	75,4	73,0-77,7
	Bajo peso	47	2,8	2,0-3,7	15	1,0	0,5-1,5	17	1,2	0,7-1,9	19	1,4	0,9-2,2
FO (1988)	Obesidad	80	4,8	3,8-5,9	137	8,8	7,4-10,3	262	18,1	16,2-20,2	276	20,8	18,6-23,0
	Sobrepeso	111	6,7	5,5-7,9	127	8,2	6,8-9,6	124	8,58	7,4-10,1	148	11,1	9,5-12,9
	Normopeso	1360	81,9	79,9-83,7	1240	19,9	77,8-81,9	1054	72,9	70,6-75,2	905	67,9	65,4-70,4
	Bajo peso	109	6,6	5,4-7,8	47	3,0	2,2-4,0	5	0,3	0,1-0,8	3	0,2	0,0-0,6
NIÑAS		4 años (N=1660)			6 años (N=1551)			9 años (N=1446)			12 años (N=1332)		
		N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
IOTF (2000)	Obesidad	73	4,6	3,6-5,7	100	6,6	5,4-8,0	110	7,5	6,2-8,9	81	5,8	4,6-7,1
	Sobrepeso	172	10,8	9,2-12,4	228	15,1	13,3-17,0	319	21,6	19,5-23,8	306	21,9	19,8-24,3
	Normopeso	1293	81,0	79,0-82,9	1151	76,3	74,0-78,4	1022	69,2	66,8-71,5	980	70,4	67,9-72,8
	Bajo peso	58	3,6	2,7-4,6	30	2,0	1,3-2,8	25	1,7	1,1-2,5	25	1,8	1,2-2,6
FO (2004)	Obesidad	100	6,3	5,0-7,5	117	7,8	6,4-9,2	191	12,9	11,3-14,8	262	18,8	16,8-21,0
	Sobrepeso	126	7,9	6,6-9,3	162	10,7	9,2-12,4	129	8,7	7,4-10,3	138	9,9	8,4-11,6
	Normopeso	1326	83,1	81,1-84,8	1225	81,2	79,1-83,1	1121	75,9	73,7-78,1	971	69,8	67,3-72,2
	Bajo peso	44	2,8	2,0-3,6	5	0,3	0,1-0,7	35	2,4	1,7-3,3	21	1,5	0,9-2,3
FO (1988)	Obesidad	73	4,6	3,6-5,7	87	5,8	4,6-7,0	197	13,3	11,7-15,2	208	14,9	13,1-16,9
	Sobrepeso	82	5,1	4,1-6,3	108	7,2	5,9-8,5	131	8,9	07,5-10,4	136	9,8	8,4-11,6
	Normopeso	1375	86,2	84,3-87,8	1281	84,9	82,9-86,6	1138	77,1	74,8-79,2	1040	74,7	72,3-77,0
	Bajo peso	66	4,1	3,2-5,2	33	2,2	1,5-3,0	10	0,7	0,4-1,3	8	0,6	0,2-1,1

IOTF: International Obesity Task Force. FO: Fundación Orbegozo.

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

3.6. Persistencia y variación del estado ponderal desde los 4 hasta los 12 años de edad, tras 8 años de seguimiento.

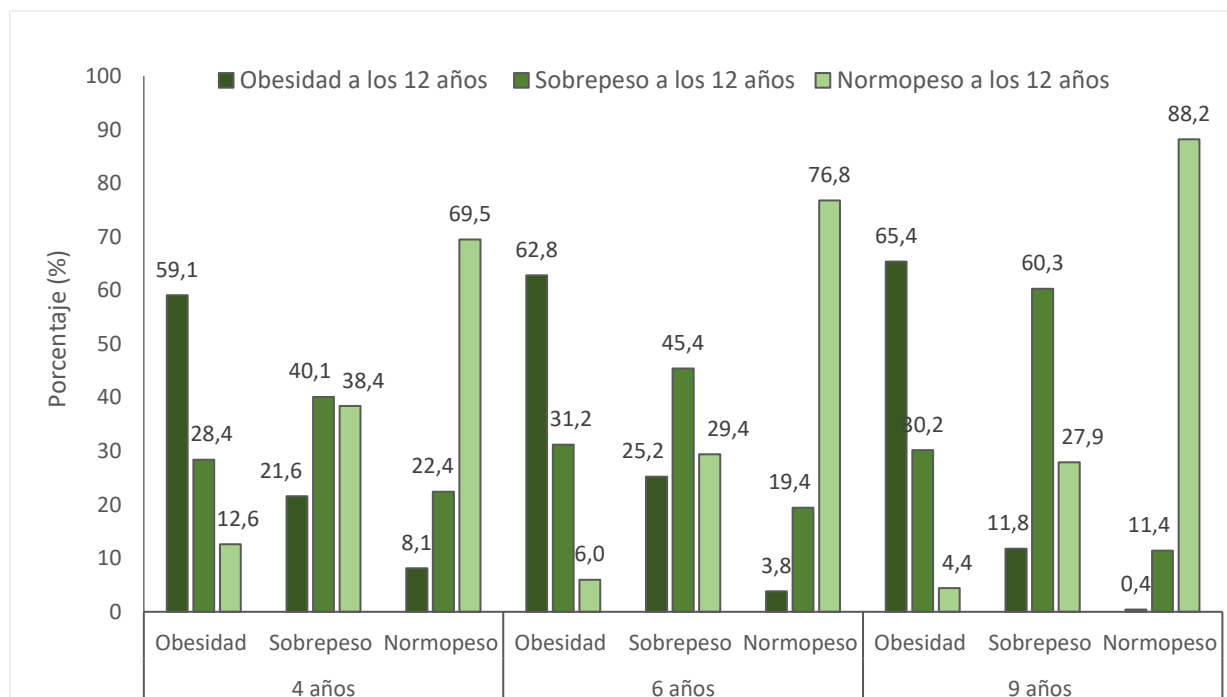
Durante el seguimiento de la población infantil desde los 4 hasta los 12 años de edad, se llevó a cabo el análisis de la persistencia y variación del estado ponderal según el criterio de clasificación de *puntuación*-z de la OMS. En los análisis fueron incluidos 2150, 2407 y 2377 niños y niñas con exploración física a los 4 y 12 años, 6 y 12 años y 9 y 12 años, respectivamente.

La persistencia de la obesidad ocurre con frecuencia durante las primeras etapas de la vida. Así, de los niños/as que habían estado en obesidad a los 4, 6 o 9 años de edad, permanecieron en obesidad a la edad de 12 años el 59,1%, 62,8% y 65,4% respectivamente. En cuanto al sobrepeso, las prevalencias variaron más, de modo que el 38,4% de los que habían estado en sobrepeso a los 4 años, remitieron a normopeso a los 12, siendo el 29,4% y el 27,9% los que remitieron a los 6 y a los 9 años, respectivamente (Tabla 9, Gráfico 9).

Tabla 9. Persistencia de obesidad, sobrepeso y normopeso de los 4, 6 y 9 a los 12 años de edad. Criterios de clasificación OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

Situación ponderal a los 4 años	Estado ponderal a los 12 años						p-valor
	Obesidad		Sobrepeso		Normopeso		
	N	%	N	%	N	%	
Obesidad a los 4 años (n=127)	75	59,1	36	28,4	16	12,6	
Sobrepeso a los 4 años (n=352)	76	21,6	141	40,1	135	38,4	<0,001
Normopeso a los 4 años (n=1671)	135	8,1	374	22,4	1162	69,5	
Situación ponderal a los 6 años	Obesidad		Sobrepeso		Normopeso		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Obesidad a los 6 años (n=250)	157	62,8	78	31,2	15	6,0	
Sobrepeso a los 6 años (n=405)	102	25,2	184	45,4	119	29,4	<0,001
Normopeso a los 6 años (n=1752)	67	3,8	339	19,4	1346	76,8	
Situación ponderal a los 9 años	Obesidad		Sobrepeso		Normopeso		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Obesidad a los 9 años (n=364)	238	65,4	110	30,2	16	4,4	
Sobrepeso a los 9 años (n=541)	64	11,8	326	60,3	151	27,9	<0,001
Normopeso a los 9 años (n=1472)	6	0,4	168	11,4	1298	88,2	

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Gráfico 9. Persistencia de obesidad, sobrepeso y normopeso de los 4, 6 y 9 a los 12 años de edad. Ambos sexos. Criterios de clasificación OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

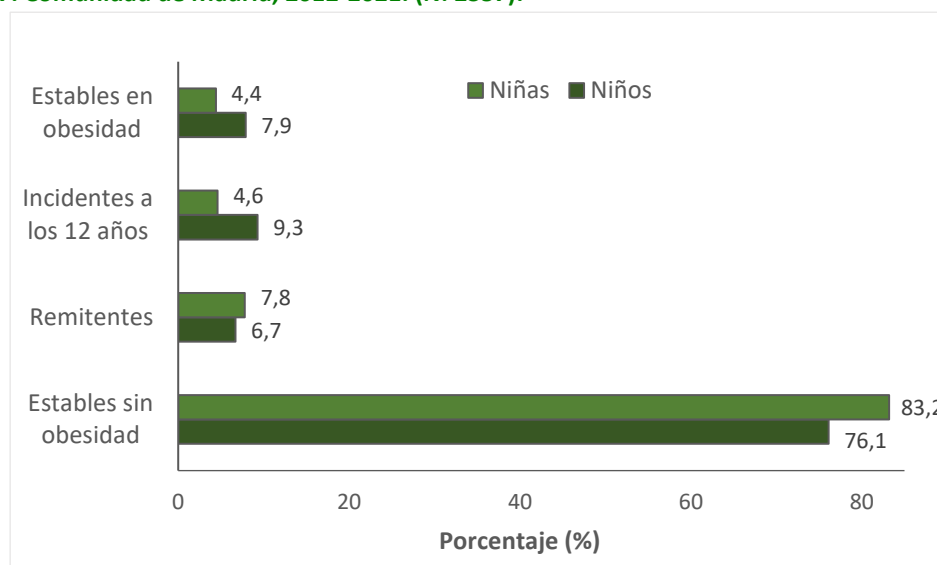
Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

En cuanto a las variaciones del estado ponderal a lo largo de los 8 años de seguimiento (Tabla 10), se observa que el 6,1% de la población infantil se mantuvo estable en obesidad (en obesidad a los 4, 6, 9 y 12 años), siendo el 7,9% en niños y el 4,4% en niñas. El 7,9% de la población infantil fue incidente en obesidad a los 12 años, sustancialmente superior en niños (9,3%) que en niñas (4,6%). El 7,3% remitió del estado de obesidad al de normopeso, en mayor proporción en niñas que en niños (7,8% vs. 6,7%) (Gráfico 10).

Tabla 10. Variaciones de la prevalencia de obesidad general en niños y niñas de los 4 a los 12 años de edad. Criterios de OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

	Total (N=2357)		Niños (N=1137)		Niñas (N=1220)	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Estables sin obesidad ^a	79,8	78,1-81,4	76,1	73,5-78,5	83,2	81,0-85,3
Remitentes ^b	7,3	6,2-8,4	6,7	5,4-8,3	7,8	6,4-9,4
Incidentes a los 12 años ^c	6,9	5,9-8,0	9,3	7,7-11,2	4,6	3,5-5,9
Estables en obesidad ^d	6,1	5,2-7,2	7,9	6,4-9,6	4,4	3,3-5,7

^aNiños/as que no se encontraban en obesidad en ninguna de las mediciones de 4/6, 9 y 12 años. ^bNiños/as que estuvieron en obesidad a los 4/6 ó 9 años, pero no a los 12 años. ^cNiños/as que cambiaron de sin exceso de peso a obesidad a los 12. ^dNiños/as que se encontraban en obesidad en las 3 mediciones.

Gráfico 10. Variaciones de la prevalencia de obesidad general en niños y niñas de los 4 a los 12 años. Criterios de la OMS-2007. Comunidad de Madrid, 2012-2021. (N: 2357).

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

3.7. Evolución de la obesidad abdominal a los 4, 6, 9 y 12 años de edad.

En la Tabla 11 se observa cómo la prevalencia de obesidad abdominal aumentó progresivamente desde los 4 hasta los 12 años, alcanzando a esta edad el máximo de 16,5%. Estas prevalencias fueron superiores en niñas que en niños en todas las edades, excepto a los 12 años, donde la prevalencia en niños igualó a la de las niñas. La tendencia de la obesidad abdominal es creciente en el tiempo, aumentando de 6,6% a 16,5% de los 4 a los 12 años en los niños, siendo similar en las niñas, donde aumentó de 9,1% a 16,5% respectivamente.

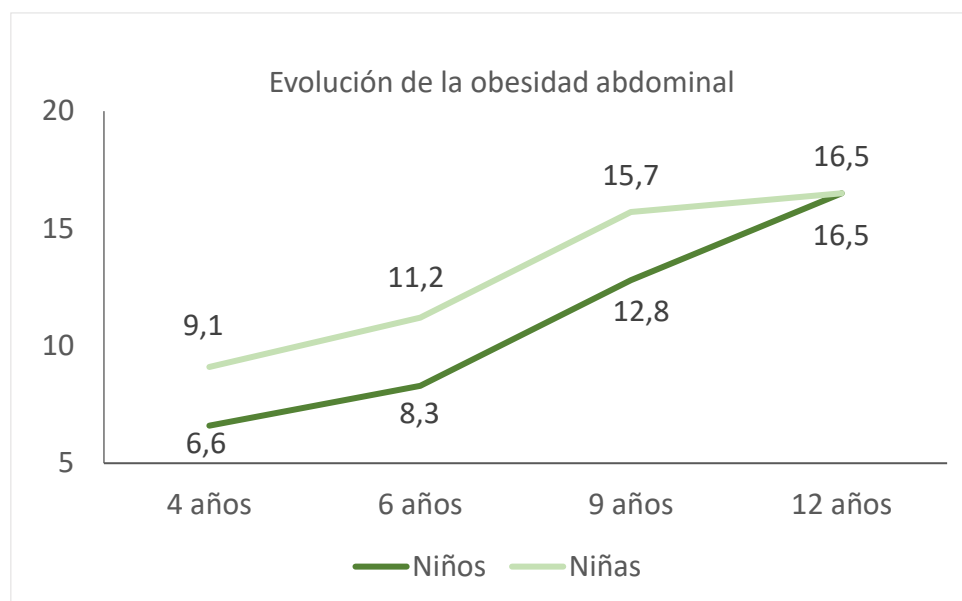
Tabla 11. Prevalencia de obesidad abdominal en niños y niñas en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

Obesidad abdominal	4 años (N=3278)			6 años (N=3263)			9 años (N=2971)			12 años (N=1617)		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Totales	257	7,8	6,9-8,8	317	9,7	8,7-10,8	424	14,3	13,0-15,6	267	16,5	14,7-18,4
Sexo												
Niños (n=1661)	110	6,6	5,5-7,9	136	8,3	7,0-9,7	188	12,8	11,2-14,7	131	16,5	14,0-19,3
Niñas (n=1617)	147	9,1	7,7-10,6	181	11,2	9,7-12,8	236	15,7	13,9-17,6	136	16,5	14,0-19,2

Obesidad abdominal: percentil ≥ 90 de la circunferencia de cintura según consenso de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Este incremento de las prevalencias de obesidad abdominal por sexo desde los 4 hasta los 12 años se muestra en el Gráfico 11.

Gráfico 11. Prevalencia de obesidad abdominal en niños y niñas en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad, por sexo. Criterios de clasificación de IDF. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

3.8. Persistencia y variación de la obesidad abdominal desde los 4 hasta los 12 años de edad, tras 8 años de seguimiento.

Se analizó también la persistencia y variación de la obesidad abdominal durante el seguimiento de la población infantil desde los 4 hasta los 12 años de edad, incluyendo en el análisis a 1306, 1474 y 1520 niños y niñas con exploración física a los 4 y 12 años, 6 y 12 años y 9 y 12 años, respectivamente.

La persistencia de la obesidad abdominal es más frecuente en aquellos que estuvieron en obesidad abdominal a los 9 años, con un porcentaje de persistencia del 73,3%, aunque con una prevalencia de persistencia a los 12 años también preocupante en aquellos que estuvieron en obesidad a los 4 años (50,5%) o a los 6 (70,8%). Sólo la mitad de los que estuvieron en obesidad a los 4 años, abandonaron ese estado a los 12 años, disminuyendo este porcentaje al 29,2% y 26,7% para el caso de los 6 y 9 años, respectivamente (Tabla 12).

Tabla 12. Persistencia de obesidad abdominal de los 4, 6 y 9 a los 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

Obesidad abdominal ^a a los 4 años	Obesidad abdominal a los 12 años		
	N	%	p-valor
Sí (n=101)	51	50,5	<0,001
No (n=1205)	165	13,7	
Obesidad abdominal a los 6 años	N	%	p-valor
Sí (n=137)	97	70,8	<0,001
No (n=1337)	150	11,2	
Obesidad abdominal a los 9 años	N	%	p-valor
Sí (n=1303)	159	73,3	<0,001
No (n=217)	92	7,1	

^aObesidad abdominal: percentil ≥ 90 de la circunferencia de cintura según consenso de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid.

Las variaciones de la obesidad abdominal a lo largo de los 8 años de seguimiento (Tabla 13), evidencian que el 3,2% de la población infantil se mantuvo estable en obesidad abdominal en las cuatro mediciones (4, 6, 9 y 12 años), siendo similar en niños y niñas. El 11,1% de la población infantil fue incidente en obesidad abdominal a los 12 años, sustancialmente superior en niños (12,8%) que en niñas (9,4%). Sólo el 3,8% remitió del estado de obesidad abdominal, en mayor proporción en niñas que en niños (5,1% vs. 2,6%).

Tabla 13. Variaciones de la obesidad abdominal en niños y niñas de los 4, 6, y 9 a los 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012-2021.

	Total (N=1043)		Niños (N=530)		Niñas (N=513)	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Estables sin obesidad abdominal ^a	81,9	79,4-84,2	81,3	77,7-84,6	82,5	78,9-85,6
Remitentes ^b	3,8	2,8-5,2	2,6	1,5-4,4	5,1	3,3-7,3
Incidentes a los 12 años ^c	11,1	9,3-13,2	12,8	10,1-16,0	9,4	7,0-12,2
Estables en obesidad abdominal ^d	3,2	2,2-4,4	3,2	1,9-5,1	3,1	1,8-5,0

^aObesidad abdominal: percentil ≥ 90 de la circunferencia de cintura según consenso de la Federación Internacional de Diabetes (IDF). ^a Niños/as que no se encontraban en obesidad abdominal en ninguna de las mediciones de 4/6, 9 y 12 años. ^b Niños/as que estuvieron en obesidad abdominal a los 4/6 ó 9 años, pero no a los 12 años. ^c Niños/as que cambiaron de sin exceso de peso a obesidad abdominal a los 12. ^d Niños/as que se encontraban en obesidad abdominal en las 3 mediciones.

3.9. Asociación de la obesidad con la pre-hipertensión arterial a los 12 años de edad.

3.9.1. Obesidad y niveles de tensión arterial sistólica y diastólica.

En las Tablas 14 y 15 se presentan las medias de la tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) según las categorías del estado ponderal normopeso, sobrepeso y obesidad. Ambas medias de la TAS y TAD aumentan de forma progresiva según lo hace el estado ponderal, siendo la media de 103,2mmHg y 61,4 mmHg para el caso del normopeso y de 114,1 mmHg y 67,7 mmHg en el caso de la obesidad, respectivamente.

Tabla 14. Distribución de medias de la tensión arterial sistólica (TAS) según estado ponderal y sexo. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

Estado ponderal ^a	Tensión arterial sistólica (mmHG)		
	Media (DE)		
	Total (N=2469)	Niños (N=1211)	Niñas (N=1258)
Normopeso	103,2 (10,7)	102,8 (10,5)	103,5 (10,9)
Sobrepeso	108,5 (11,1)	107,8 (11,2)	109,3 (11,0)
Obesidad	114,1 (11,0)	113,4 (10,9)	115,3 (11,2)

^aEstado ponderal: Índice de Masa Corporal-IMC $>+2$ (DE) según las tablas estandarizadas de la OMS-2007.

DE: Desviación estándar.

Las medias de las TAS fueron ligeramente superiores en niñas que, en niños para los tres estados ponderales, aumentando de 102,8 mmHg a 103,5mmHg y de 113,4 mmHg a 115,3 mmHg en el caso del normopeso y la obesidad, respectivamente. En la TAD se mantuvo esta tendencia, aumentando de 60,9 mmHg a 61,7 mmHg de niños a niñas en aquellos que estuvieron en normopeso, y de 67,8 mmHg a 67,5 mmHg en aquellos en obesidad.

Tabla 15. Distribución de medias de la tensión arterial diastólica (TAD) según estado ponderal y sexo. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	Tensión arterial diastólica (mmHG)		
	Media (DE)		
Estado ponderal ^a	Total (N=2469)	Niños (N=1211)	Niñas (N=1258)
Normopeso	61,4 (8,1)	60,9 (8,2)	61,7 (8,0)
Sobrepeso	64,5 (8,5)	63,8 (8,3)	65,2 (8,6)
Obesidad	67,7 (8,8)	67,8 (8,9)	67,5 (8,6)

^aEstado ponderal: Índice de Masa Corporal-IMC >+2 (DE) según las tablas estandarizadas de la OMS-2007.

DE: Desviación estándar.

Los niños y niñas en sobrepeso y obesidad general a los 12 años, tenían un incremento de 5,44 y 11,26 mmHg de TAS respectivamente, en relación a los que estaban en normopeso, siendo similar en niñas y niños. En el caso de la obesidad abdominal, ocurre de forma parecida, siendo la TAS de 9,43 mmHg superior, respecto a los que no estaban en obesidad abdominal (9,72 mmHg en niñas y 8,91 mmHg en niños) (Tabla 16).

Tabla 16. Asociación de la obesidad general y abdominal con la tensión arterial sistólica a los 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	Tensión arterial sistólica (mmHG)		
	Coef. β (IC95%)		
Obesidad general ^a	Total (N=2314)	Niños (N=1120)	Niñas (N=1194)
No obesidad	(ref)	(ref)	(ref)
Sobrepeso	5,44 (4,39-6,48)**	5,03 (3,53-6,53)**	5,66 (4,20-7,11)**
Obesidad	11,26 (9,91-12,61)**	10,76 (9,04-12,49)**	11,79 (5,60-13,98)**
Obesidad abdominal ^b	Total (N=1520)	Niños (N=730)	Niñas (N=790)
No obesidad	(ref)	(ref)	(ref)
Obesidad	9,43 (7,99-10,87)**	8,91 (6,79-11,03)**	9,72 (7,78-11,68)**

^aObesidad general: Índice de Masa Corporal-IMC >+2 (DE) según las tablas estandarizadas de la OMS-2007. ^bObesidad abdominal: percentil ≥ 90 de la circunferencia de cintura según consenso de la Federación Internacional de Diabetes (IDF). Coef. β : coeficiente estimado mediante regresión lineal, modelo ajustado por sexo, edad y nivel socioeconómico familiar. IC95%: intervalo de confianza al 95%. * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

En cuanto a la tensión arterial diastólica (TAD), los niños/as en sobrepeso u obesidad a los 12 años, tuvieron un incremento de 3,16 y 6,45 mmHg respectivamente, respecto a los que estaban en normopeso, siendo similar en niñas que en niños. En el caso de la obesidad abdominal, la TAD fue 5,86 mmHg superior respecto a los que no la padecieron, siendo similar en niñas (6,06 mmHg) que en niños (5,54 mmHg) (Tabla 17).

Tabla 17. Asociación de la obesidad general y abdominal con la tensión arterial diastólica a los 12 años de edad. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	Tensión arterial diastólica (mmHG)		
	Coef. β (IC95%)		
Obesidad general ^a	Total (N=2314)	Niños (N=1120)	Niñas (N=1194)
No obesidad	(ref)	(ref)	(ref)
Sobrepeso	3,16 (2,36-3,96)**	2,78 (1,61-3,96)**	3,50 (2,41-4,59)**
Obesidad	6,45 (5,41-7,48)**	6,98 (5,63-8,32)**	5,53 (3,90-7,18)**
Obesidad abdominal ^b	Total (N=1520)	Niños (N=730)	Niñas (N=790)
No obesidad	(ref)	(ref)	(ref)
Obesidad	5,86 (4,74-6,98)**	5,54 (3,88-7,20)**	6,06 (4,54-7,58)**

^aObesidad general: Índice de Masa Corporal-IMC >+2 (DE) según las tablas estandarizadas de la OMS-2007. ^bObesidad abdominal: percentil ≥ 90 de la circunferencia de cintura según consenso de la Federación Internacional de Diabetes (IDF). Coef. β : coeficiente estimado mediante regresión lineal, modelo ajustado por sexo, edad y nivel socioeconómico familiar. IC95%: intervalo de confianza al 95%. * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

3.9.2. Obesidad y pre-hipertensión arterial.

En la Tabla 18 se presentan las prevalencias de pre-hipertensión arterial (percentil superior al 90% para su edad, altura y sexo), según el estado de sobrepeso y obesidad (general y abdominal) y el sexo. La prevalencia de pre-hipertensión arterial en niños/as en normopeso fue del 12,2% frente al 38,1% en niños/as en obesidad general; la diferencia fue superior en niñas que en niños. La prevalencia de pre-hipertensión arterial en los que estaban en obesidad abdominal fue de 34% frente al 12,6% en los que estaban sin obesidad abdominal.

Tabla 18. Prevalencia de pre-hipertensión arterial según obesidad general y abdominal a los 12 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	Pre-hipertensión arterial ^a		
	Total (N=2464)	Niños (N=1210)	Niñas (N=1254)
Obesidad general^b	%		
Normopeso	12,2	10,4	13,8
Sobrepeso	24,3	19,8	28,6
Obesidad	38,1	34,6	44,5
Exceso de peso (sobrepeso + obesidad)	29,0	25,8	32,9
	Total (N=1604)	Niños (N=785)	Niñas (N=819)
Obesidad abdominal^c	%		
No obesidad	12,6	13,0	12,3
Obesidad	34,2	32,6	35,8

^aPre-hipertensión arterial: tensión arterial sistólica o diastólica superior al percentil 90 según criterios de la Asociación Europea de HTA para niños y adolescentes.

^bObesidad general: Índice de Masa Corporal-IMC >+2 (DE) según las tablas estandarizadas de la OMS-2007. ^cObesidad abdominal: percentil ≥ 90 de la circunferencia de cintura según consenso de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

Según el estado ponderal, y ajustando por edad y nivel socioeconómico familiar, los niños/as en estado de sobrepeso u obesidad general a los 12 años tenían un OR de 2,39 y 4,96 veces mayor de tener pre-hipertensión, que aquellos que estaban en normopeso. El caso de la obesidad abdominal el OR de padecer pre-hipertensión arterial fue de 3,64 veces mayor en aquellos niños/as en obesidad abdominal, siendo este estimador superior en niñas con un OR de 4,07 frente a los niños, con un OR de 3,20 (Tabla 19).

Tabla 19. Asociación entre la obesidad general y abdominal con la pre-hipertensión arterial a los 12 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	Pre-hipertensión arterial ^a		
	Total (N=2309)	Niños (N=1119)	Niñas (N=1190)
Obesidad general^b	OR (IC95%)		
No obesidad	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Sobrepeso	2,39 (1,86-3,07)	2,23 (1,50-3,31)	2,51 (1,81-3,47)
Obesidad	4,96 (3,70-6,63)**	5,02 (3,38-7,48)**	4,75 (3,08-7,33)**
	Total (N=1515)	Niños (N=728)	Niñas (N=787)
Obesidad abdominal^c	OR (IC95%)		
No obesidad	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Obesidad	3,64 (2,66-5,00)**	3,20 (2,02-5,07)**	4,07 (2,62-6,31)**

^aPre-hipertensión arterial: tensión arterial sistólica o diastólica superior al percentil 90 según criterios de la Asociación Europea de HTA para niños y adolescentes.

^bObesidad general: Índice de Masa Corporal-IMC >+2 (DE) según las tablas estandarizadas de la OMS-2007. ^cObesidad abdominal: percentil ≥90 de la circunferencia de cintura según consenso de la Federación Internacional de Diabetes (IDF).

OR: Odds Ratios estimados mediante regresión logística, modelo ajustado por sexo, edad y nivel socioeconómico familiar. IC95%: intervalo de confianza al 95%. † p<0,05 ** p<0,001

Por último, en la Tabla 20 se exponen los riesgos, en términos de OR, de padecer una alteración de la tensión arterial en aquellos niños y niñas con obesidad (general, abdominal o ambas). Se observa que el riesgo es mayor si se tiene solo obesidad abdominal (OR: 2,62, p<0,001), solo obesidad general (OR: 2,21) o ambas (OR: 4,62, p<0,001).

Tabla 20. Asociación entre la obesidad general y abdominal con la pre-hipertensión arterial a los 12 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2020-2021.

	Pre-hipertensión arterial (N:1515)
Obesidad general y/o abdominal	OR (IC95%)
Sin obesidad general ni abdominal	1 (ref)
Solo con obesidad general	2,21 (0,93-5,26)
Solo con obesidad abdominal y normopeso	2,62 (1,61-4,27)**
Con obesidad general y abdominal	4,62 (3,17-6,75)**

Pre-hipertensión arterial: tensión arterial sistólica o diastólica superior al percentil 90, según criterios de la Asociación Europea de HTA para niños y adolescentes.

Obesidad general: Índice de Masa Corporal-IMC >+2 (DE) según las tablas estandarizadas de la OMS-2007.

Obesidad abdominal: percentil ≥90 de la circunferencia de cintura según consenso de la Federación Internacional de Diabetes (IDF). OR: Odds Ratios estimados mediante regresión logística, modelo ajustado por sexo, edad y nivel socioeconómico familiar. IC95%: intervalo de confianza al 95%. † p<0,05 ** p<0,001

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la Comunidad de Madrid, la obesidad infantil continúa siendo uno de los problemas actuales más importantes de salud pública cuyo control supone un gran reto para las autoridades sanitarias y la sociedad en su conjunto. Esto es debido a su alta prevalencia y su tendencia creciente, así como por su asociación con problemas cardiometabólicos y de desarrollo social y cognitivo durante la infancia, adolescencia y posteriormente en la vida adulta. En este informe actualizado de prevalencia de obesidad infantil, se presentan los resultados procedentes del estudio ELOIN, con el objetivo de conocer y vigilar el sobrepeso y la obesidad durante la infancia, para poder establecer medidas de prevención, contención y control del problema de manera temprana y prolongada en el futuro.

Destaca la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 12 años de la Comunidad de Madrid durante el periodo 2020-21, siendo de 25,5% (25,9% en niños y 25,0% en niñas) y 13,4% (17,5% en niños y 9,5% en niñas, $p < 0,05$) respectivamente (según criterios de clasificación de la OMS, 2007). En el caso de la obesidad abdominal, la prevalencia a los 12 años fue de 16,5%. La prevalencia de sobrepeso es similar en niños y niñas, pero la de obesidad general resulta significativamente superior en niños, lo cual no ocurre con la obesidad abdominal, cuya prevalencia es similar en ambos sexos.

Además, se sigue comprobando que el riesgo de padecer obesidad infantil fue en torno a 3 veces superior en los menores que viven en familias de bajo nivel adquisitivo en relación a los que viven en hogares con alto nivel socioeconómico; así como en los que tienen madres con un nivel educativo de ESO o inferior respecto a los que tienen madre con estudios universitarios.

En la evolución de los 4 a los 12 años de edad se observa una tendencia creciente de sobrepeso, que aumenta de 17,2% a 25,5%. Sin embargo, en cuanto a la obesidad general, la prevalencia se incrementa de 6,4% a 15,6% de los 4 a los 9 años, y desciende ligeramente a los 12 años, con una prevalencia del 13,4%. Ambas prevalencias son superiores en niños que en niñas, a todas las edades. En el caso de la obesidad abdominal, la prevalencia se incrementó de 7,8% a 16,5% de los 4 a los 12 años de edad, siendo similar en niños y en niñas.

Desde el punto de vista de salud pública preocupa la persistencia de obesidad en el seguimiento de la población infantil de los 4 a los 12 años de edad, siendo sumamente alta. En los resultados obtenidos del ELOIN, se observa que casi el 60% de los niños/as que se encontraban en obesidad a los 4 años, siguieron estándolo a los 12, aumentando esta frecuencia a 62,8% y 65,4% a los 6 y 9 años, respecto a los 12 años, y siendo aún superior en la obesidad abdominal, con una persistencia de 50,5%, 70,8% y 73,3%, a los 4, 6 y 9 años, respectivamente. Estos datos confirman la necesidad de prevenir la obesidad en edades tempranas de la vida y actuar en situaciones de sobrepeso.

La prevalencia de pre-hipertensión arterial en la población infantil en estado de obesidad a los 12 años fue del 38,1%, frente a 24,3% y 12,2% para el caso de sobrepeso y normopeso, respectivamente. Estas prevalencias fueron mayores en niñas que en niños. Los niños y niñas en estado de obesidad general a los 12 años, tuvieron un riesgo en términos de OR de padecer alteración de la tensión arterial de 2,62 ($p < 0,001$). El riesgo de pre-hipertensión arterial aumentó al 4,62 ($p < 0,001$) en los niños/as en obesidad general y abdominal.

Dados los presentes resultados y teniendo en cuenta que la obesidad es un problema de gran magnitud en la población infantil y de mayor prevalencia en los hogares donde viven niños/as con nivel socioeconómico bajo, es necesario actuar precozmente con el fin de evitar esta doble desigualdad. Por ello, es necesario potenciar la realización de acciones de salud pública interinstitucionales de prevención y control de la obesidad infantil y adolescente, que contemple intervenciones en edades tempranas de la vida en el ámbito familiar, escolar y en el entorno social.

Estas acciones deben ir dirigidas fundamentalmente hacia los siguientes objetivos en la población infantil: promover una alimentación sana (rica en frutas, vegetales y cereales integrales, con menos proteínas y baja en grasas), un descanso y sueño adecuados, una vida activa con ejercicio físico diario y un menor uso de pantallas. Así como promover acciones contra la desigualdad socioeconómica que transformen el entorno físico y social para evitar ambientes obesogénicos que mantengan esta doble carga de enfermedad en la población infantil.

5. FINANCIACIÓN, CONFLICTO DE INTERESES Y AGRADECIMIENTOS

El estudio ELOIN está financiado en su totalidad por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En la realización del estudio ELOIN no existe ningún conflicto de intereses.

Los responsables del estudio agradecemos la participación voluntaria de las familias en la cohorte ELOIN a lo largo de los años, la colaboración de los/las pediatras y enfermeras/os de la Red de Médicos Centinela y enfermeras/os de los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz-Marrón H, Ortiz-Pinto MA, Cuadrado-Gamarra JI, Esteban-Vasallo M, Cortés-Rico O, Rey-Gayo L, et al. Persistence and Variation in Overweight and Obesity Among the Pre-school Population of the Community of Madrid After 2 Years of Follow-up. The ELOIN Cohort. *Rev Espanola Cardiol Engl.* 2018;71(11):902-9.
2. Han JC, Lawlor DA, Kimm SYS. Childhood Obesity – 2010: Progress and Challenges. *Lancet.* 2010;375(9727):1737-48.
3. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Risk factors and adult body mass index among overweight children: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics.* 2009;123(3):750-7.
4. De Coen V, De Bourdeaudhuij I, Verbestel V, Maes L, Vereecken C. Risk factors for childhood overweight: a 30-month longitudinal study of 3- to 6-year-old children. *Public Health Nutr.* 2014;17(9):1993-2000.
5. Servicio de Epidemiología. Subdirección General de Epidemiología. Estudio de prevalencia de malnutrición infantil en la Comunidad de Madrid. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid.* 2017; 23 (9):5-50. Consejería de Sanidad, Madrid, 2018.
6. Kelishadi R, Mirmoghtadaee P, Najafi H, Keikha M. Systematic review on the association of abdominal obesity in children and adolescents with cardio-metabolic risk factors. *J Res Med Sci.* 2015;20(3):294-307.
7. Ortiz-Marrón H, Cuadrado-Gamarra JI, Esteban-Vasallo M, Cortes-Rico O, Sanchez-Diaz J, Galan-Labaca I. The Longitudinal Childhood Obesity Study (ELOIN): Design, Participation and Characteristics of the Baseline Sample. *Rev Espanola Cardiol Engl.* 2016;69(5):521-3.
8. WHO | WHO Child Growth Standards: Methods and development [Internet]. WHO. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/.
9. De Onís M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007;85(9):660-7.
10. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000;320(7244):1240-3.
11. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ.* 2007;335(7612):194-203.
12. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM. Curvas y tablas de crecimiento 0-18 años. Instituto de investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación Faustino Orbegozo, Bilbao; 1988.
13. Sobradillo B, Aguirre A, Uresti U. Curvas y tablas de crecimiento (Estudios longitudinal y transversal). Fundación Faustino Orbegozo, Bilbao; 2011.
14. Fernández JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr* 2004; 145(4):439-44.
15. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics.* 2004;114(2 Suppl 4th Report):555-76.
16. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C, et al. Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension: *Journal of Hypertension.* 2009;27(9):1719-42.

**INFORME:**

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2019.- Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M)

1.-RESUMEN.....	45
2.- INTRODUCCIÓN	49
3.- METODOLOGÍA	50
4.-RESULTADOS.....	53
4.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	53
4.1.1 Situación laboral actual y pasada	54
4.1.2 Recursos económicos	55
4.2.- ACTIVIDAD FÍSICA	57
4.2.1 Actividad física en su rutina habitual	57
4.2.2 Ejercicio en ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos	58
4.2.3 Caminar	61
4.2.4 Desarrollo muscular	63
4.3.- ANTROPOMETRÍA.....	64
4.4.- ALIMENTACIÓN	66
4.5.- CONSUMO DE ALCOHOL	72
4.6.- AGREGACIÓN DE FACTORES.....	74
4.7.- PRÁCTICAS PREVENTIVAS.....	75
4.8.- SALUD MENTAL	78
4.9.- ACCIDENTES.....	81
4.10.- PERCEPCIÓN DE SALUD	83
4.12. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD	85
4.13. DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES	87
4.13.1. ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD): autocuidado y vida doméstica	88
4.13.2. ACTIVIDADES BÁSICAS INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	91
4.14. APOYO SOCIAL.....	95
4.14.1. PERSONAS CERCANAS EN CASO DE UN PROBLEMA GRAVE	95
4.14.2. GRADO EN QUE OTRAS PERSONAS SE INTERESAN POR LO QUE LE PASA.....	95
4.14.3. EN QUÉ MEDIDA ES POSIBLE OBTENER AYUDA DE LOS VECINOS EN CASO DE NECESIDAD	96
4.14.4. ESCALA DE MEDIDA DE APOYO SOCIAL – OSSLO-3 (THE OSLO SOCIAL SUPPORT SCALE OSS-3)	97
4.15. SENTIMIENTO DE SOLEDAD.....	99
4.16. PERSONAS MAYORES COMO CUIDADORAS	101

4.17. CAIDAS	103
4.18. DOLOR FÍSICO PERSISTENTE	105
4.18.1 INTENSIDAD DEL DOLOR	105
4.18.2 LIMITACION DE ACTIVIDADES POR EL DOLOR.....	107
4.19. SENSACIÓN DE CANSANCIO.....	109
4.20. HORAS DE SUEÑO	110
4.21. LIMITACION FÍSICA Y COGNITIVA	110
4.22. USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	112
4.23. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	113
5. CONCLUSIONES	118
6. BIBLIOGRAFIA.....	119

1.-RESUMEN

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) hasta el año 2018, ha medido de forma continua, desde 1995 en jóvenes de 4º de la ESO y en adultos de 18 a 64 años, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región. Desde el año 2018 se amplía e inicia el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles en mayores (SIVFRENT-M) de edades comprendidas entre los 65 a 79 años de edad. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-M correspondientes a 2019.

METODOLOGÍA:

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica a una muestra de unas 1000 personas de 65 a 79 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, salud mental, prácticas preventivas, accidentes, percepción del estado de salud y de núcleos específicos relacionados con la edad tales como actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), apoyo social, personas mayores como cuidadoras, caídas, limitación a la movilidad, sensación de soledad, dolor persistente, sensación de cansancio, limitación de la movilidad-discapacidad, además del uso de nuevas tecnologías, participación comunitaria y recursos económicos en el hogar.

RESULTADOS

Se realizaron 1000 entrevistas a personas residentes en Madrid con edades comprendidas entre 65 a 79 años, de las cuales, un 44,1% eran mujeres y un 55,9% hombres. El 68,8% conviven con su esposo/a o pareja, el 18,9% vive solo/a, el 7,4% con hijo/a, el 3,1% con otros familiares y el 1,8% en otras situaciones. Para valorar los recursos económicos se recogen los ingresos mensuales netos por hogar. El 33,2% está en la categoría <350 a 1050 euros al mes, el 30,2% en la categoría inmediatamente superior con 1050 a 1550 euros/mes; por sexo en el rango inferior de ingresos (<350-1050) las mujeres son un 41,6% y los hombres un 29,8%. El 15,7% tienen unos ingresos de menos de 350-800 euros. Respecto a la situación laboral en el momento de la entrevista fue: de jubilación/pensionista en el 80,2% globalmente y por sexo un 92,1% en los hombres y un 70,8% en las mujeres; en la categoría trabajo sin remuneración (amas de casa) se sitúa un 23,8% siendo porcentaje formado exclusivamente por mujeres.

Actividad física. En su rutina habitual, el 71,7% está de pie o se desplaza a pie a menudo la mayor parte del tiempo. En ejercicio físico, se obtuvo, para ejercicio moderado un global de 78%, 81,6% en hombres y 75,1% en mujeres; en ejercicio con beneficio cardiovascular, 58,6% global, en hombres 67,8% y en mujeres 51,3%; por edad, los porcentajes en ambos casos disminuyen al aumentar la edad. Para el ejercicio vigoroso, un 6,5% global, un 11,1% en hombres y un 2,9% en mujeres; por edad pasa de 8,5% en 65 a 69 años a 3,5% en el rango de edad 75-79 años. En ejercicio intenso de 75 minutos o más en semana, se obtuvo un 5,4% global, 9,8% en hombres y 2% en mujeres. Caminar como ejercicio aeróbico, al menos 10 minutos y la mayoría de los días de la semana (4 a 7 días) se obtuvo un 85,3% global, 88,2% en hombres y 83,0% en mujeres; con cumplimiento del indicador, es decir, 30 minutos o más cada vez la mayoría de días de la semana, un global de 57,5%, en hombres 61,5% y en mujeres 54%. En general, por edad estos indicadores muestran una disminución de porcentajes al aumentar la edad. En realización de desarrollo muscular con aparatos de gimnasia, el 16,3% afirmó realizarlo en una semana normal con un 18,6% en hombres y un 14,5% en mujeres; por edad, un 17% en el grupo de 65-69, 15,2% en 70-74 y 15,6% en 75 a 79 años; para el indicador de refuerzo muscular 2 días o más en semana, un 14,6% global, 17,5% en hombres y un 12,3% en mujeres.

Consumo de alimentos. El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura en más de un tercio de la muestra y alta de productos cárnicos globalmente en un porcentaje similar; el consumo global de ninguna ración frutas y/o verduras a menos de 3 al día fue de 35,8%, 39,2% en hombres y 33,1% en mujeres; el consumo de carne y derivados mayor a 2 raciones al día globalmente en un 31,9%, un 38% en hombres y 27,2% en mujeres.

Antropometría. Se ha estimado el Índice de Masa Corporal (IMC). El 67,2% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad, estimaciones realizadas a partir del peso y la talla auto declarados), siendo éste 1,1 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres; el sobrepeso fue más elevado en los hombres y la obesidad en las mujeres.

Consumo de tabaco. Las prevalencias del consumo de tabaco obtenidas fueron las siguientes: un 10,8% fumaban de forma diaria u ocasional, la mayoría de forma diaria (10,2%); por sexo, no se detectaron grandes diferencias. Según recursos económicos para las categorías por encima de 1550 euros/mes el porcentaje en las mujeres supera al de los hombres.

Consumo de alcohol. Bebedores/as actualmente eran un 55,4%, de ellos bebedores habituales un 46%; por sexo, un 66% en hombres y un 30,2% en mujeres. El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo fue de un 2%, un 2,5% en hombres y un 1,6% en mujeres.

Accidentes. El 9,5% dijo haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica, en hombres un 7,5% y en mujeres 11,1%.

Prácticas preventivas. El seguimiento de las recomendaciones sobre la medición de la tensión arterial y el nivel de colesterol se cumple por encima del 95%. La realización de citologías y mamografías fue considerablemente menor. La realización de un test de sangre oculta en heces o de una colonoscopia/sigmoidoscopia también muestra un menor seguimiento.

Agregación de factores. La presencia de uno o varios factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) fue alta, ya que el 30,7% tenía al menos un factor de riesgo, un 29,5% de los hombres y un 31,7% de las mujeres. Para 2 o más factores, estos porcentajes fueron 8,0% en hombres y 6,9% de las mujeres.

Estado de salud percibido. De forma global, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) se dio en el 57,5% de las personas, en hombres 64,6% y en mujeres 51,9%; tanto para país de nacimiento, nivel educativo como recursos económicos los hombres obtienen porcentajes más elevados que las mujeres para la percepción de salud como buena o muy buena, excepto en la categorías ingresos de 2200 a > 2700 euros al mes por hogar, en la que la diferencia se invierte.

Salud Mental. Según PHQ-8, se obtuvo para sintomatología depresiva en una gradación desde moderada, moderadamente severa a severa de un 5,3%; en hombres un 1,6% y en mujeres un 8%; por recursos económicos, hay una disminución de este porcentaje al aumentar el nivel de ingresos mensuales siendo en <350-1050 euros/mes de un 10,4% y en el nivel 2200->2700 euros/mes 0,6%; también se observa disminución con el aumento del nivel educativo.

Actividades Básicas de la Vida Diaria. Si consideramos las ABVD, el grado de autonomía está entorno al 95% para cada ítem; el más frecuente en la categoría “alguna dificultad” fue levantarse o sentarse en una silla o cama o acostarse (4,3%), seguido de ducharse o bañarse (3,5%); en la categoría “muchísima dificultad o imposibilidad de hacerlo solo/a” el ítem donde se alcanzó mayor porcentaje fue vestirse o desvestirse (1,5%). Para cualquier ítem las mujeres obtuvieron valores más elevados que los hombres. El grado de dependencia observado de cualquier gradación, fue globalmente de 7,6%, en hombres 3,9% y en mujeres 10,9%. Por edad, hay un aumento progresivo pasando de un 4,3% en 65 a 69 años a un 11,6% en 75 a 79 años, casi el triple. En AIVD, la dependencia moderada a grave y total fue de 7,2%, 4,1% en hombres y 9,7% en mujeres; se observa un aumento progresivo al aumentar la edad; tanto en

recursos económicos como en nivel educativo hay una mayor dependencia en los niveles más bajos respecto de los más altos.

Apoyo Social. El porcentaje de las personas que dijeron tener de “3 a 5 personas o más” cercanas en caso de un problema personal grave fue del 81,8%, casi 5 puntos mayor en hombres respecto a las mujeres (84,4% vs 79,7%); con el aumento de la edad, el apoyo social de tan solo 1 o 2 personas llega al 20,2% en el rango de 75-79 años. Según la escala OSSLO-3, el 14,1% tenían “pobre apoyo social”, 15,4% los hombres y 12,5% las mujeres. Los valores “sin apoyo/pobre apoyo social”, fueron en los niveles económicos más bajos, aproximadamente el doble que los más altos ingresos. Según origen este valor fue 13,8% en españoles y 26,8% para “otro país”.

Sentimiento de soledad. El 78,1% dijo no tenerlo “nunca o casi nunca”, los hombres obtuvieron un 86,8% y mucho menor porcentaje en esta categoría, las mujeres con un 71,1%, lo que hace una diferencia de 15,7 puntos porcentuales. En la categoría sentimiento de soledad “siempre o bastantes veces” se sitúa un 8%, las mujeres superan en más de 7 puntos porcentuales al de los hombres (11,3% mujeres vs 3,9% hombres).

Personas mayores como cuidadoras Entre las personas entrevistadas un 10,5% dijo ser cuidadora de persona mayor o persona con enfermedad crónica; las mujeres cuidadoras superan en casi 4 puntos porcentuales a los hombres (12,2% vs 8,4%).

Caídas. Un 6,7% respondió tener problemas para andar o trasladarse de un lugar a otro siempre o frecuentemente, un 8,2% en las mujeres y un 4,8% en los hombres; se observa un aumento progresivo con el aumento de la edad. El 12,0% tiene miedo a caerse siempre o frecuentemente, en hombres 5,0% y en mujeres 17,5%; por edad hay un aumento progresivo; en el ítem “limitación a la actividad” en la categoría “siempre/frecuentemente” se sitúan el 15,2%, 8,9% de los hombres y 17,0% de las mujeres; en la categoría “siempre /frecuentemente” hay un aumento progresivo con la edad. El global de una o más caídas con asistencia sanitaria en el último año fue de 8,4%, siendo 3,4 puntos porcentuales más en las mujeres respecto de los hombres (16,1% vs 12,7%).

Dolor persistente. Un 55,4% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a tener dolor de cualquier intensidad, desde muy leve a severo o extremo, el 39,9% de los hombres y el 67,6% de las mujeres; los porcentajes aumentan con la edad; por sexo, al cruzar con otras variables sociodemográficas, hay grandes diferencias siendo siempre mayor el porcentaje en las mujeres, desde dos veces y hasta casi cuatro veces más. El dolor severo a extremo es mayor en los niveles de recursos económicos y en niveles educativos bajos respecto de los altos. El 27,6% afirma tener limitación en las últimas 4 semanas para las actividades de la vida cotidiana debido al dolor. La limitación a la movilidad por dolor severo-extremo fue del 9,9% globalmente, en hombres 6,3% y en mujeres 12,7%.

Sensación de cansancio. El 40,1% dijo sentirse cansado/a parte o un poco del tiempo y el 11,6% la mayor parte del tiempo o todo el tiempo; la sensación de cansancio aumenta con la edad y es mayor para todos las variables sociodemográficas estudiadas (país de origen, nivel educativo, recursos económicos) en las mujeres respecto de los hombres; para el nivel más bajo de ingresos, <350 a 1050 euros/mes, existe una diferencia con el nivel más alto 2200 a >2700 euros/mes de 13,5 puntos porcentuales.

Sueño. Se preguntó sobre el tiempo total que pasa durmiendo en una semana normal, en horas y minutos; se obtuvo una media diaria de 6,96 (DE 1,3); por sexo, para hombres, 7,1 horas (DE 1,2) y para mujeres 6,82 horas (DE 1,4); la diferencia de medias fue de 0,3 (IC95% 0,1-0,5).

Discapacidad. Se valoró la dificultad para andar 500 metros sin ningún tipo de ayuda y se obtuvo que un 6,9% tenía “alguna dificultad” y un 5,4% “mucho o total incapacidad”. Para subir o bajar 12 escalones sin ayuda estos porcentajes fueron del 12,6% y del 8,2%, por sexo, porcentaje mayor en las mujeres y aumenta con la edad de forma progresiva en ambas categorías. Para recordar o concentrarse, el 18,4% tiene alguna dificultad y el 2% mucha o total dificultad para hacerlo, para estas dos categorías las mujeres tenían porcentajes más elevados que los hombres.

Uso de nuevas tecnologías. El 72% tenían un teléfono móvil con acceso a internet sin diferencias por sexo aunque sí por edad, los/las de 65-69 años son 81,5% y los/las de 75-79 años 60,5%; lo usan, además de para llamar y enviar mensajes por whatsapp, para el acceso a Internet buscando información un 50,9% y, por edad este porcentaje disminuye ostensiblemente al aumentar esta.

Participación. En los ítems “realizar actividades formativas de cualquier tipo, aprender algo nuevo, estudiar, o hacer cursos” y “participar activamente en asociaciones de cualquier fin como voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo”, el porcentaje de realización “menor a una vez al año o nunca”, superó en el global, el 80%. Para otros ítems: “actividades culturales ir al cine, teatro, exposiciones”, “hacer turismo, excursiones o viajar”, “actividades o hobbies relacionados con el entorno doméstico, residencia o barrio” el porcentaje global de no realización se sitúa entre el 30 al 40% aproximadamente. En cuanto a las actividades sociales como ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta, un 16,3% dijo no hacerlo nunca o menos de una vez al año. Por sexo, no se observan grandes diferencias excepto en actividades sociales, en las que hay una diferencia de 6,9 puntos porcentuales participando más los hombres que las mujeres (12,5% vs 19,4%). Conforme aumenta la edad en todos los ítems disminuye la realización de actividades.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de personas que mantienen una actividad física en su rutina habitual y en su tiempo libre es insuficiente. Los índices de sobrepeso y obesidad son elevados. El patrón alimentario está alejado de los objetivos nutricionales en un porcentaje importante de esta población. La prevalencia de consumo de tabaco y de alcohol, debería disminuir. La realización de prácticas preventivas en relación a riesgo cardiovascular es elevada. El cumplimiento en otras, como mamografías, colonoscopias o citologías es menor. Los factores de fragilidad tales como dependencia para ABVD, AIVD, caídas, limitación para la movilidad, dolor, sensación de cansancio, apoyo social, discapacidad muestran valores que aumentan con la edad y con una gran diferencia por sexo siendo en general más elevados en las mujeres en relación a los hombres. Las personas mayores en gran medida prolongan su actividad laboral al ser cuidadoras/es. La participación activa en actividades formativas, asociaciones de cualquier tipo, no meramente recreativas es baja. Estos resultados deben hacernos reflexionar sobre la necesidad de poner en marcha políticas de salud que tengan en cuenta estos factores de riesgo para mejorar la salud en todas las edades.

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)^{7,8} 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.

Desde el año 2018 se amplía e inicia el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles en mayores (SIVFRENT-M) de edades comprendidas entre los 65 a 79 años de edad. Con ello se podrán analizar factores de riesgo y aspectos específicos de esta población desde el punto de vista del envejecimiento saludable, definido como “proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”.⁹ El objetivo primordial: lograr la máxima capacidad funcional⁹.

Contando con la diversidad de tipos de envejecimiento, en este período de la vida las capacidades físicas y cognitivas experimentan cambios que abarcan desde un estado de prefragilidad, de fragilidad e incluso discapacidad.

La fragilidad, se define como “Un estado dinámico que afecta a una persona que experimenta pérdidas en uno o más dominios del funcionamiento humano (físico, psicológico y social) que son causadas por la influencia de una gama de variables, y que aumenta el riesgo de resultados adversos”⁹. La fragilidad, comprende tres aspectos físico, psicológico y social; en lo físico, sensación de cansancio dificultad para caminar, percepción de su salud; otros aspectos son la visión audición, equilibrio, pérdida de peso no querida, fuerza en las manos; en lo psicológico, la falta de ánimo y sentirse nervioso/ansioso, la dificultad para recordar; en lo social, la falta de apoyo y soledad. La identificación temprana de la fragilidad permite evitar: caídas, disminución de la calidad de vida, hospitalización, institucionalización etc. y así prevenir los estados de discapacidad en las personas mayores.

Predictores de fragilidad a valorar en mayores son: autonomía para Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), sentimiento de soledad y apoyo social, además de edad avanzada, hospitalización, caídas, limitación de la movilidad, debilidad muscular y falta de ejercicio, comorbilidad, condicionantes sociales adversos como falta de recursos económicos. Es de suma importancia la detección de los estados de prefragilidad y fragilidad ya que al contrario de lo que ocurre con la discapacidad, algunos aspectos de la fragilidad o prefragilidad pueden ser revertidos.

En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-M correspondientes a 2019.

3.- METODOLOGÍA

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica, realizada anualmente desde 2019, a una muestra de unas 1000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. Previamente a la puesta en marcha, en 2018 se realizó un estudio piloto. 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, salud mental, prácticas preventivas, accidentes; y de núcleos específicos relacionados con la edad tales como el estudio de ABVD y de AIVD, apoyo social, personas mayores como cuidadoras, caídas, limitación a la movilidad, sensación de soledad, dolor persistente, sensación de cansancio, limitación de la movilidad-discapacidad, además del uso de nuevas tecnologías y participación comunitaria.

POBLACIÓN

La población diana fue la población de 65 a 79 años residente en la Comunidad de Madrid, se ha establecido un tamaño muestral de 1000 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 65 a 79 años del Registro de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), 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 2016) un total de 6.640.584 personas¹⁰ y el total de población en la Comunidad de Madrid a 1 de enero de 2019 (cifras del Padrón continuo, Instituto Nacional de Estadística) era de 6.663.394 personas¹¹.

Se realizó un muestreo estratificado. Los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 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 2019, 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 el Registro de Tarjeta Sanitaria). 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 65 y 79 años.

La recogida de información tuvo carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), lo que permite eliminar posibles variaciones estacionales al acumular información de todo el año natural. Cada mes las entrevistas se 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 y dar lugar a 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 ordenador¹².

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 en el 2019 el núcleo central de preguntas son los siguientes:

- Recursos económicos/Situación laboral
- Estado de salud percibido
- Actividad física
- Alimentación
- Antropometría
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Accidentes
- Prácticas preventivas
- Salud mental
- Autonomía en las actividades básicas de la vida e instrumentales (ABVD y AIVD)
- Apoyo social-OSSLO 3
- Sensación de soledad
- Personas mayores como cuidadoras
- Caídas
- Dolor persistente
- Sensación de cansancio
- Sueño
- Limitación de la movilidad-GALI-Discapacidad
- Uso de nuevas tecnologías
- Participación comunitaria

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS Y PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES:

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada.

El IMC se ha estimado a partir del peso y la talla autodeclarado por el entrevistado.

Se ha utilizado el test CAGE para valorar la posibilidad de Síndrome de Dependencia Alcohólica²¹⁻²³. En caso de respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test, clasifica a los encuestados según la siguiente escala:

- 0-1: Bebedor social
- 2: Consumo de riesgo. (Sensibilidad >85% y especificidad 90% en diagnóstico de abuso/dependencia)
- 3: Consumo perjudicial
- 4: Dependencia alcohólica

Para valorar el seguimiento de las prácticas preventivas, se han considerado las recomendaciones clínicas del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)^{24,25}: medición de la tensión arterial (TA), medición del colesterol, realización de citologías, realización de mamografías, realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y realización de colonoscopia o sigmoidoscopia.

La salud mental se ha evaluado mediante un cuestionario sobre desordenes depresivos, que son los trastornos más frecuentes en la asistencia sanitaria, el cuestionario PHQ-8 (Brief Patient Health Questionnaire Depression Module) que valora la depresión y severidad de sintomatología depresiva por su duración, desde nunca a varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días; las respuestas obtenidas se refieren a las 2 semanas anteriores a la entrevista. El cuestionario PHQ-8 consta de 8 ítems. Se considera que la respuesta afirmativa en cada uno para 0 a 1 días son 0 puntos, varios días es 1 punto, más de la mitad de los días 2 puntos y casi todos los días 3 puntos. La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos. De 0 a 4 puntos representa no sintomatología significativa, entre 5 a 9 puntos sintomatología leve, 10 a 14 moderada, 15 a 19 moderadamente severa y 20 a 24 severa²⁹.

Como indicador de la limitación para actividades se ha utilizado el indicador general de limitación de actividad (GALI), es un índice simple de incapacidad subjetiva o percibida que trata de capturar cuatro dimensiones:

1. la presencia de limitación de actividad
2. si se trata de una limitación para las actividades que la gente normalmente realiza
3. si esa limitación, en el caso de que exista, se debe a un problema de salud
4. si su duración es de al menos 6 meses³¹

Se analizan dos componentes: el grado de limitación en grave y no grave y la limitación en los últimos 6 meses para actividades que la gente realiza normalmente.

Las actividades de la vida diaria se han evaluado en dos dimensiones, las ABVD: alimentarse, sentarse o levantarse de una silla o cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio a orinar o a hacer deposición y ducharse o bañarse. Y las AIVD: capacidad para preparar comidas, usar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos (cantidad y momento), realizar tareas domésticas ligeras y pesadas y administrar su propio dinero.

El apoyo social se ha evaluado mediante la escala OSSLO-3 que consta de tres preguntas: nº de personas cercanas en caso de problema grave (desde ninguna a más de 5), grado en que otras personas se interesan por lo que le pasa (poco o nada, algo/ni mucho ni poco, mucho), obtención de ayuda de los vecinos en caso de necesidad (posible, muy difícil/difícil, muy fácil/fácil). Con la puntuación de estas preguntas se construye el indicador en una gradación que va de pobre aporte social, intermedio y hasta fuerte apoyo social.

Determinados indicadores se han analizado por determinantes sociales, que se han construido de la siguiente forma:

1. País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento de la entrevistado/a.
2. Nivel de Estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Se estructura en tres categorías: Universitarios: haber finalizado estudios universitarios; Secundarios: haber finalizado bachiller superior o formación profesional equivalente; Primarios o sin estudios: los que no tienen estudios o solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar o graduado escolar.
3. Situación laboral: Trabajo activo, paro, trabajo no remunerado (amas de casa), jubilación o pensionista.

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 22 y spss/sav 26¹⁴. Otros aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describen, a continuación, en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

En este documento se ha utilizado un lenguaje inclusivo.

4.-RESULTADOS

4.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Se realizaron 1000 entrevistas a personas residentes en Madrid con edades comprendidas entre 65 a 79 años. La tasa de respuesta fue del 53,6%. Las características de las personas entrevistadas por sexo, edad, ámbito de residencia, y nivel de estudios figuran en la tabla 1.

Tabla 1. Características de las personas entrevistadas en el SIVFRENT-M. Comunidad de Madrid 2019.

Número de entrevistas	1000
Sexo (%)	
Mujeres	44,1
Hombres	55,9
Edad(%)	
65-69	40,1
70-74	34,3
75-79	25,6
Tasa de Respuesta	53,6
Ámbito geográfico(%)	
Madrid capital	52,8
Corona metropolitana	39,6
Resto de municipios	7,6
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	26,3
Primarios	22,4
Secundarios 1º grado	7,9
Secundarios 2º grado	21,5
Universitarios	21,9

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

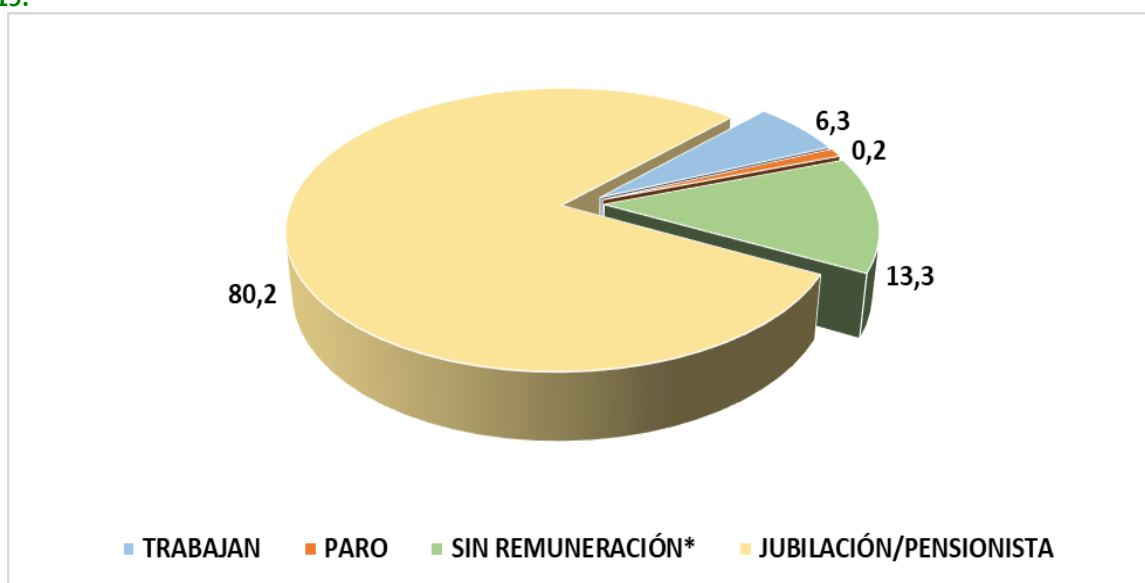
El 68,8% conviven con su esposo/a o pareja, el 18,9% vive solo/a, el 7,4% con hijo/a, el 3,1% con otros familiares y el 1,8% en otras situaciones.

4.1.1 Situación laboral actual y pasada

El 90,3% de las personas entrevistadas había trabajado anteriormente con remuneración; por sexo, el 100% de los hombres y el 82,8% de las mujeres.

La situación laboral en el momento de la entrevista fue de jubilación /pensionista en el 80,2%, el 19,8% estaban en otra situación: siguen trabajando (6,3%), están en paro (0,2%), trabajan sin remuneración (amas de casa) (13,3%) (figura1); un porcentaje elevado (64%) había trabajado por cuenta ajena.

Figura 1. Porcentajes globales de “situación laboral actual”. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



*Trabajo sin remuneración “Amas de casa”

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Por sexo el 92,1% de los hombres y el 70,8% de las mujeres están en jubilación/pensionista; por edad, destaca el grupo de 75 a 79 años con el menor porcentaje de los 3 grupos 77,7%. El grupo de trabajo sin remuneración (amas de casa) está exclusivamente formado por mujeres y es 23,8% de “situación laboral actual”. Con trabajo remunerado en la actualidad, para los hombres 7,7% y mujeres 5,2%. Por edad, en el grupo de 75-79 años para “trabajar sin remuneración” se da el porcentaje más alto 17,6% dentro de la edad (tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de situación laboral actual por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
TRABAJAN	63	6,3(5-8)	34	7,7(5,6-10,6)	29	5,2(3,6-7,4)	35	8,7(6,3-11,9)	16	4,7(2,9-7,5)	12	4,7(2,7-8,1)
PARO	2	0,2(0-0,8)	1	0,2(0-1,6)	1	0,2(0-1,3)	2	0,5(0,1-2)	0	0(0-0)	0	0(0-0)
SIN REMUNERACIÓN*	133	13,3(11,5-15,4)	0	0(0-0)	133	23,8(20,5-27,4)	41	10,2(7,7-13,4)	47	13,7(10,6-17,5)	45	17,6(13,7-22,2)
JUBILACIÓN/PENSIONISTA	802	80,2(77,7-82,5)	406	92,1(89,1-94,3)	396	70,8(67-74,4)	323	80,5(76,5-84)	280	81,6(77,3-85,3)	199	77,7(72,7-82,1)

*Trabajo sin remuneración “Amas de casa”

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

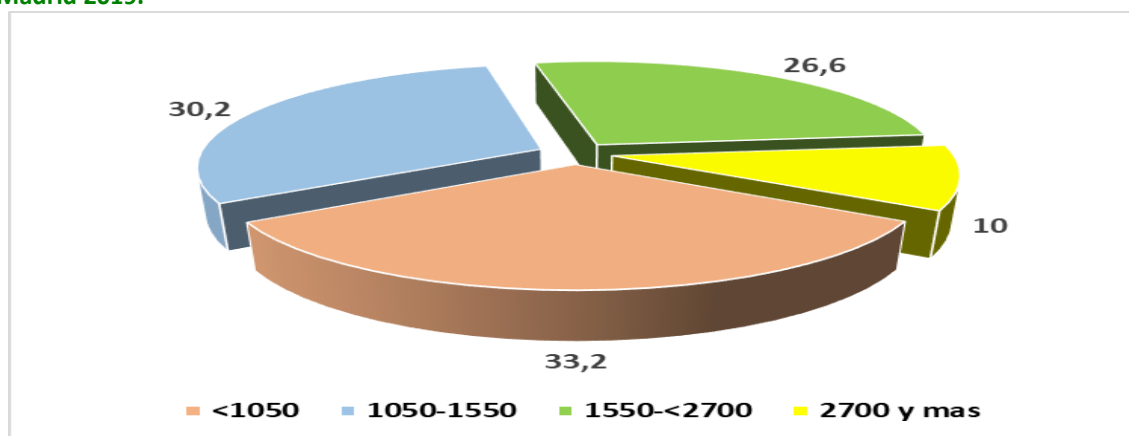
4.1.2 Recursos económicos

Con el envejecimiento los recursos económicos disminuyen y dificultan el mantenimiento de condiciones de vida saludables; los ingresos económicos son causa de desigualdad social. Según la Encuesta de Condiciones de Vida 2006, el 30,6% de las personas de 65 y más años se encuentran por debajo del umbral de pobreza, superando en más de diez puntos la tasa de pobreza del conjunto de la población (19,9%)¹⁵. Las trayectorias de envejecimiento más exitosas las protagonizan, generalmente, mayores con altos niveles de educación e ingresos, que practican hábitos saludables como el ejercicio físico, y rechazan comportamientos nocivos tales como el tabaquismo o un alto consumo de alcohol¹⁶.

Se han incluido en el SIVFRENT-M, el valor aproximado de los ingresos mensuales netos por hogar, tras la deducción de impuestos, seguridad social etc. Un total de 796 personas (79,5% de los/las encuestados/as) respondieron a este apartado.

El 33,2% contaba con unos recursos netos por hogar inferiores a 1050 euros mensuales, el 30,2% estaba entre 1050-1550 euros mensuales, el 26,6% se sitúa en la categoría 1550 a menos de 2700 euros por hogar al mes y en la franja de 2700 euros por hogar mes o más se sitúa un 10,0% de los/las entrevistados/as. Un 9,6% estaba entre menos de 350 y hasta menos de 800 euros al mes por hogar (figura 2).

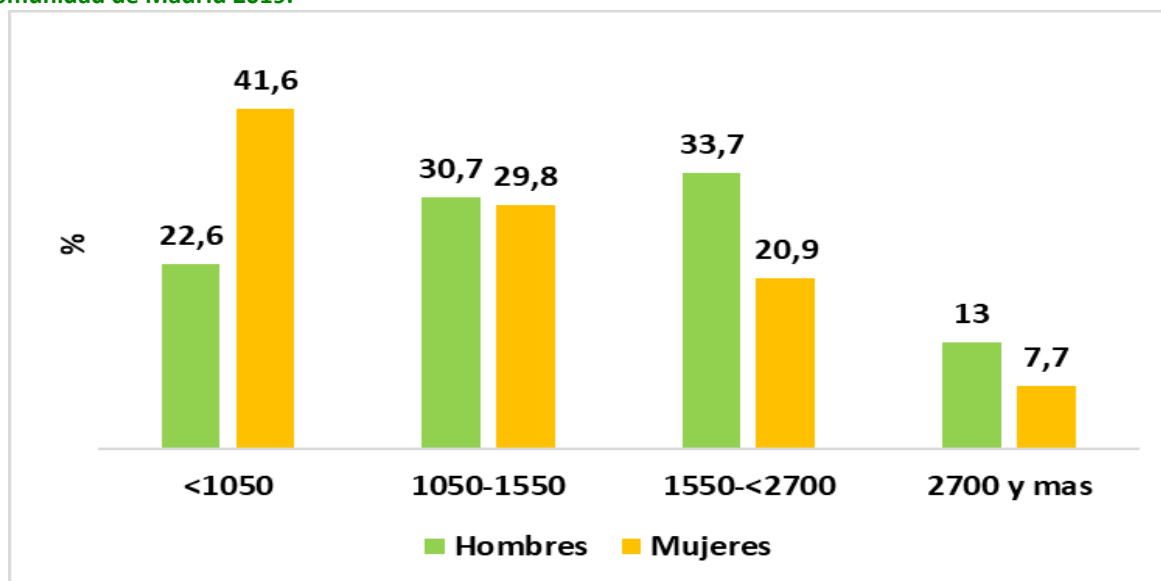
Figura 2. Porcentaje por franjas de ingresos mensuales netos en el hogar. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

El mayor porcentaje en las mujeres, 41,6%, está en <1050 euros por hogar al mes y en los hombres 33,7% en 1550 a <2700 euros al mes por hogar. En el rango de 1050 a 1550 la diferencia entre ambos sexos es de 0,9 puntos porcentuales, el resto de categorías muestran gran desproporción entre hombres y mujeres (figura 3, tabla 3).

El 33,2% está en la franja de ingresos de menos de 350 a 1050 euros netos mensuales por hogar. Las mujeres en un 41,6% frente al 22,6% de los hombres. En los otros rangos los hombres tienen valores mayores a las mujeres; por edad en 75 a 79 años un 46,5% se sitúa en el rango de menores ingresos (de menos de 350 a 1050 euros hogar/mes). El grupo de mayor edad (75-79 años) tiene en esta franja un 46,5%, el de 70-74 años un 30,4% y el de 65 a 69 años un 26,9%. El 59,6% de las mujeres de 75 a 79 años están en este rango de ingresos y para todas las variables es mayor en las mujeres respecto de los hombres. Por país de origen el porcentaje más alto se da en los/las nacidos/as en otro país; por nivel educativo hay una diferencia de más de 32,3 puntos porcentuales entre el nivel primarios y menos y el nivel universitario (figuras 4 y 5, tabla 4).

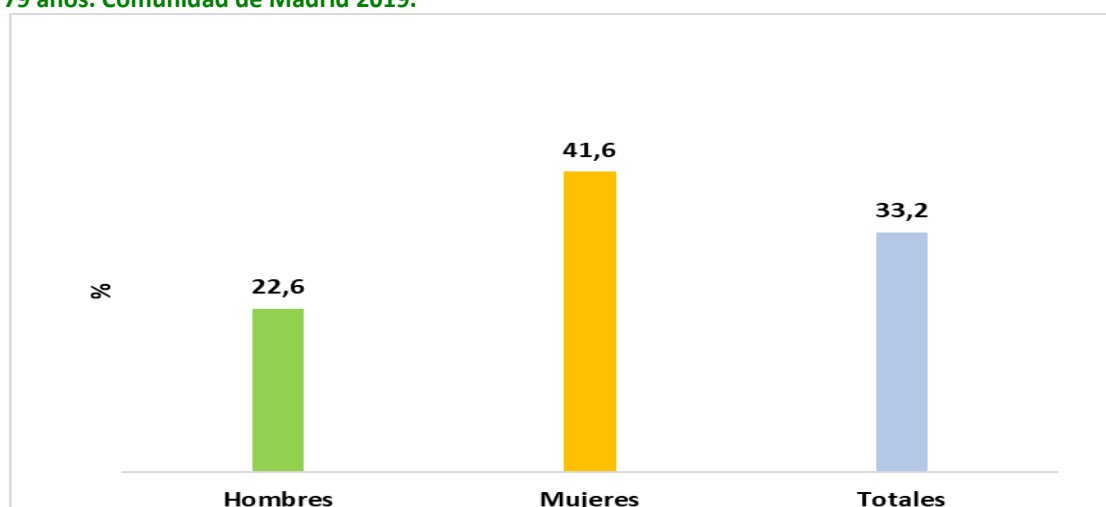
Figura 3. Porcentaje por franjas de ingresos mensuales netos en el hogar por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

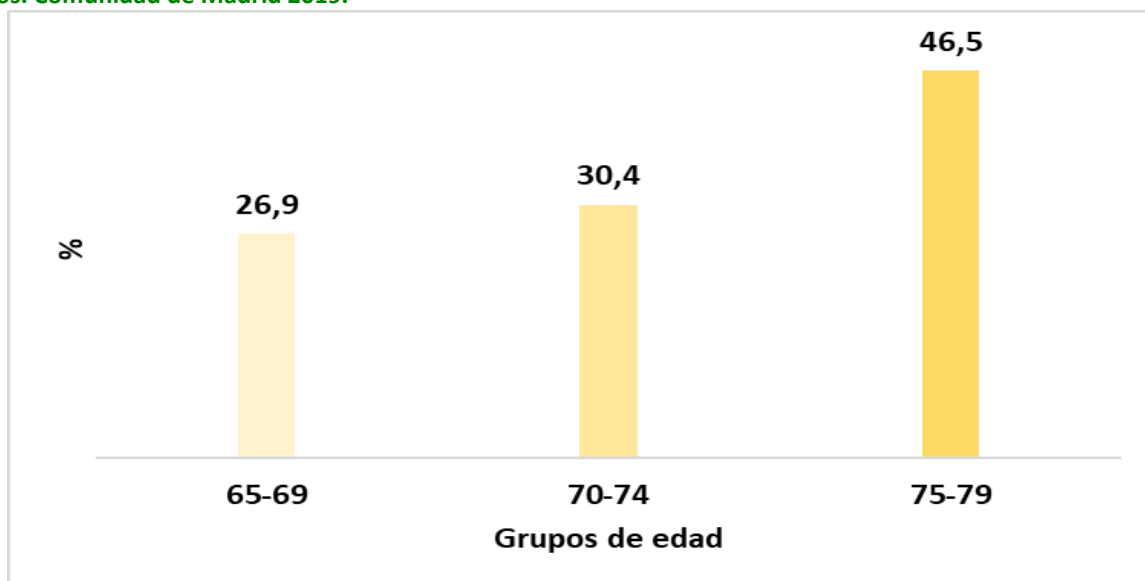
Tabla 3. Porcentajes de recursos económicos por rangos <1050, 1050-1550, 1550-<2700 y de 2700 más y más de 2700 por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<350-1050	202	33,2(29,6-36,9)	61	22,6(18-28)	141	41,6(36,5-46,9)	66	26,9(21,8-32,8)	63	30,4(24,6-37)	73	46,5(39-54,2)
1050-1550	184	30,2(26,7-34)	83	30,7(25,5-36,5)	101	29,8(25,2-34,9)	71	29(23,6-35)	69	33,3(27,2-40,1)	44	28(21,6-35,5)
1550-<2700	162	26,6(23,3-30,2)	91	33,7(28,3-39,6)	71	20,9(16,9-25,6)	79	32,2(26,7-38,3)	53	25,6(20,1-32)	30	19,1(13,7-26)
2700 y mas	61	10(7,9-12,7)	35	13(9,5-17,5)	26	7,7(5,3-11)	29	11,8(8,3-16,5)	22	10,6(7,1-15,6)	10	6,4(3,5-11,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 4. Porcentajes de ingresos por hogar de menos de 350-1050 euros /mes totales y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 5. Porcentajes de ingresos menores a 350 euros/mes/hogar hasta 1050, por edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 4. Porcentajes de ingresos menores a 350 euros/mes/hogar hasta 1050 euros por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC (95%)	n	%IC (95%)	n	%IC (95%)
Edad						
65-69	24	20,5(14,2-28,7)	42	32,8(25,2-41,4)	66	26,9(21,8-32,8)
70-74	17	20(12,8-29,9)	46	37,7(29,5-46,6)	63	30,4(24,6-37)
75-79	20	29,4(19,8-41,3)	53	59,6(49-69,3)	73	46,5(39-54,2)
País de Nacimiento						
España	55	21,8(17,1-27,4)	129	40,4(35,2-45,9)	184	32,2(28,6-36,1)
Otro	6	33,3(15,9-56,9)	12	60(37,9-78,6)	18	47,4(32,3-63)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	43	34,7(26,8-43,5)	111	53,1(46,4-59,7)	154	46,2(41-51,6)
Secundarios	9	13,2(7-23,6)	21	25(16,9-35,3)	30	19,7(14,1-26,8)
Universitarios	9	12,7(6,8-22,5)	7	15,9(7,8-29,8)	16	13,9(8,7-21,5)
Totales	61	22,6(18-28)	141	41,6(36,5-46,9)	202	33,2(29,6-36,9)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

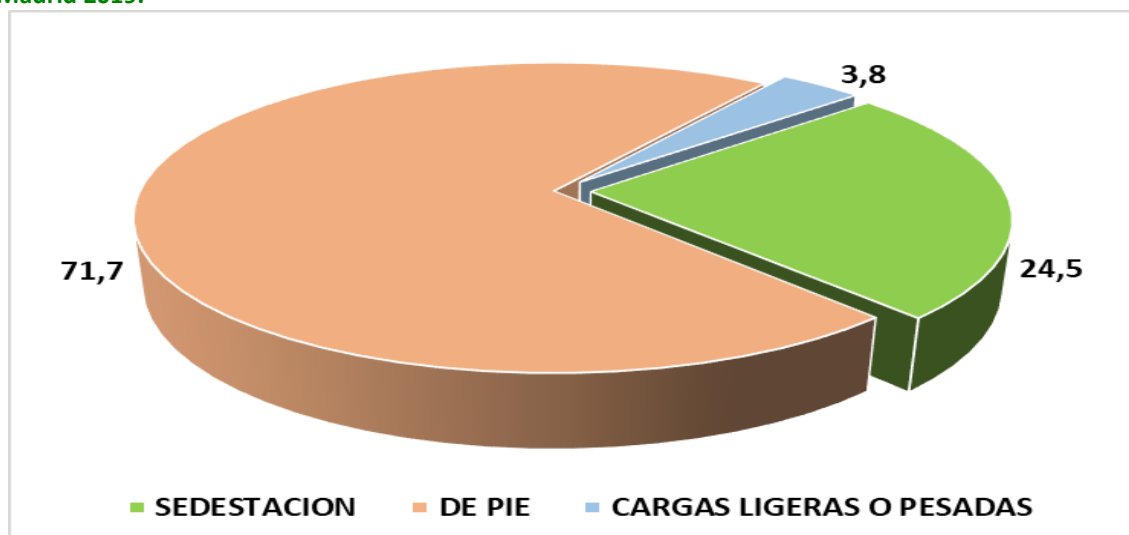
4.2.- ACTIVIDAD FISICA

En las personas mayores, los beneficios del incremento de la actividad física incluyen mayor movilidad, flexibilidad o fuerza y mejor condición física, en general.¹⁷

4.2.1 Actividad física en su rutina habitual

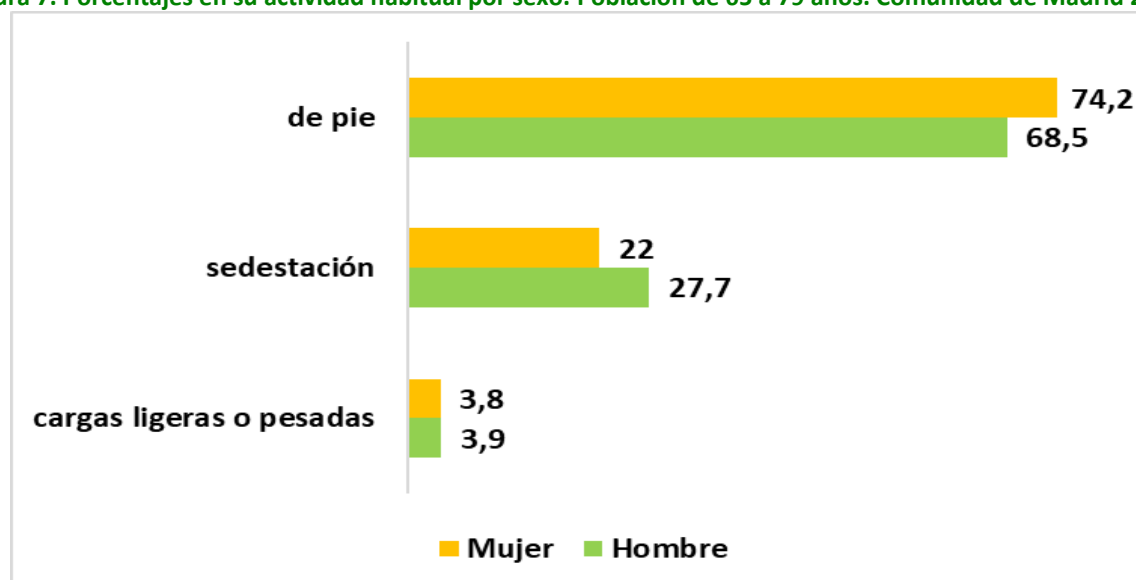
El 24,5% de las personas afirman estar en sedestación la mayor parte del tiempo en su actividad habitual diaria, el 71,7% está de pie o se desplaza a pie menudo la mayor parte del tiempo y un 3,8% levanta cargas pesadas o ligeras o tiene que subir escaleras o cuestas la mayor parte del tiempo (figura 6).

Figura 6. Porcentajes globales de actividad física en su rutina habitual. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 7. Porcentajes en su actividad habitual por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-MAYORES 2019).

Por sexo, los hombres el 68,5% pasan su tiempo habitual de pie y las mujeres el 74,2%; el 3,9% de los hombres y el 3,8% de las mujeres mueven cargas ligeras o pesadas o suben y bajan escaleras en su rutina habitual, finalmente en sedestación un 27,7% en los hombres y un 22% en las mujeres (figura 7).

4.2.2 Ejercicio en ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos

Existen diversas recomendaciones de ejercicio en mayores; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para obtener una disminución del riesgo cardiovascular, es necesario hacer 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o bien no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa¹⁸. Se obtienen mayores beneficios con 300 minutos por semana moderada o 150 minutos semana intensa aeróbica o combinación equivalente. Dos veces o más por semana actividades de fortalecimiento de grandes grupos musculares.¹⁸

El grupo de expertos PAPPS 2018 recomienda: 30 minutos de ejercicio aeróbico moderado 5 días a la semana, un mínimo de 20 minutos de actividad intensa 3 días en semana, o alguna combinación de ambos¹⁷.

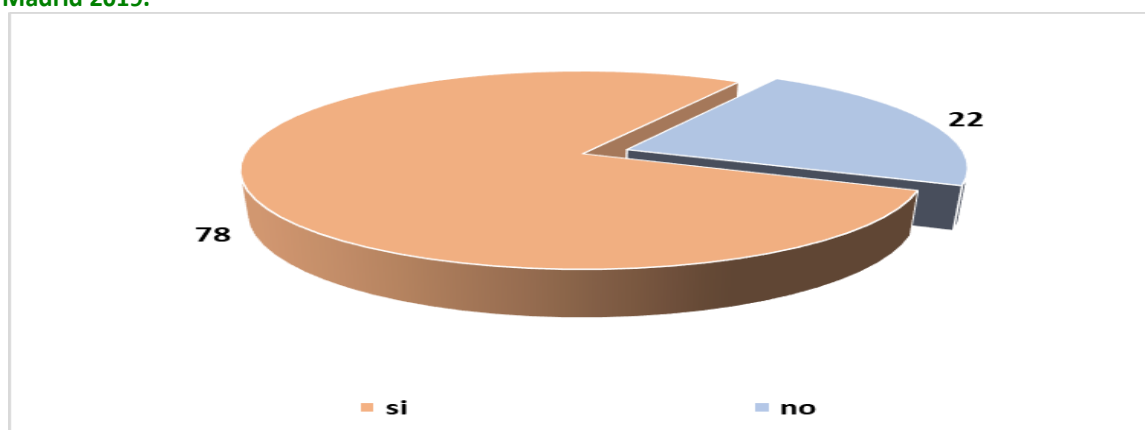
Hemos considerado la actividad física total en ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos, diferenciando entre actividad moderada en intensidad o vigorosa tanto por número de días en semana, frecuencia semanal, como duración en cada rutina. Para el cálculo de los siguientes resultados seguimos el criterio de más de 4 días a la semana, 10 minutos mínimos cada vez y un total mínimo de 150 minutos semanales.

Ejercicio de intensidad moderada

Se entiende por ejercicio de intensidad moderada por ejemplo caminar a paso vivo o llevar cargas ligeras, es decir exige un esfuerzo físico que aumenta poco la frecuencia respiratoria o cardíaca.

Al ser preguntados/as por la realización de ejercicio físico de intensidad moderada se obtuvieron los siguientes resultados: el 78% afirman realizar ejercicio de intensidad moderada, con valor mucho más elevado en hombres que en mujeres (75,1% mujeres vs 81,6% hombres) y por edad se observa una disminución progresiva, según aumenta (figura 8, tabla 5).

Figura 8. Prevalencia global de ejercicio físico de intensidad moderada. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Ejercicio de intensidad moderada según indicador de beneficio cardiovascular

De acuerdo con el indicador para beneficio cardiovascular, realizar ejercicio moderado de 4 a 7 días a la semana 10 minutos mínimo cada vez y con un mínimo semanal de 150 minutos.

El 58,6% de la muestra total hacen ejercicio moderado cumpliendo con el indicador de beneficio cardiovascular; por sexo un 67,8% fueron hombres y un 51,3% mujeres y por edad el 64,1% eran de 65-69 años, el 55,7% de 70 a 74 años y el 53,9% fueron los mayores (tabla 5).

Tabla 5. Porcentajes de realización de ejercicio de intensidad moderada y de ejercicio con beneficio cardiovascular por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ejercicio de intensidad moderada*	780	78,(75,4-80,4)	360	81,6,(77,8-85)	420	75,1,(71,4-78,5)	335	83,5,(79,6-86,8)	268	78,1,(73,4-82,2)	177	69,1,(63,3-74,5)
Ejercicio de intensidad moderada con beneficio cardiovascular**	586	58,6,(55,6-61,6)	299	67,8,(63,3-72)	287	51,3,(47,2-55,4)	257	64,1,(59,3-68,6)	191	55,7,(50,4-60,8)	138	53,9,(47,9-59,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*Realizan ejercicio de intensidad moderada respuestas si ó no sin criterios de indicador de beneficio cardiovascular.

**ejercicio de intensidad moderada con beneficio cardiovascular: realización de ejercicio aeróbico moderado la mayoría de los días de la semana, más de 4 días en semana, 10 minutos cada vez mínimo y un total semanal de 150 minutos.

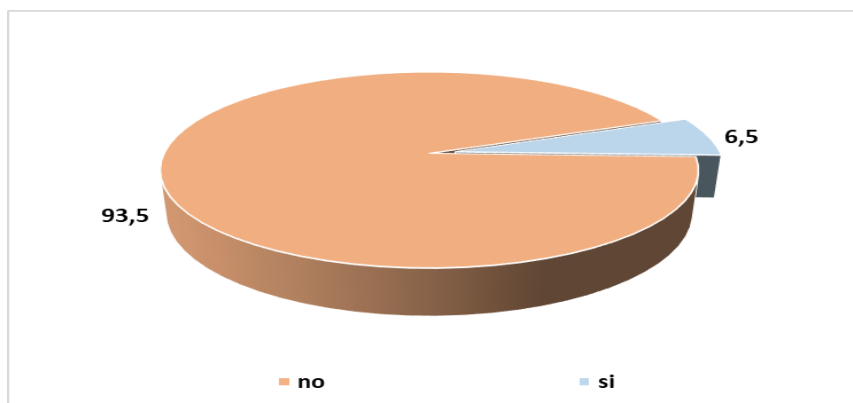
Ejercicio intenso o vigoroso

Según la OMS en sus recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud dirigidas a mayores de 65 años y recomendaciones del grupo de expertos del PAPPs en actividades preventivas para mayores: para obtener beneficios en salud se recomienda ejercicio intenso o vigoroso no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa, en sesiones de 10 minutos como mínimo¹⁸. Se obtienen mayores beneficios con 300 minutos por semana moderada o 150 minutos semana intensa aeróbica o combinación equivalente.

Siguiendo el criterio de realización de ejercicio de intensidad vigorosa, cualquier número de días a la semana, con un total semanal de 75 minutos o más y 10 minutos cada vez se obtienen los siguientes resultados: El 6,5% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a la realización de ejercicio físico intenso o vigoroso en una semana normal tales como correr, jugar al fútbol, levantar pesos, cavar, trabajos de construcción que implicaría una aceleración importante de la respiración o de la frecuencia cardíaca. Este porcentaje es mucho más elevado en hombres vs mujeres (11,1% y 2,9% respectivamente) (figura 9, tabla 6).

En la tabla 6, fila 2 se muestran los resultados para ejercicio intenso con cumplimiento de indicador de beneficio cardiovascular y se obtuvo un 5,4%, del total de los/las entrevistados/as que realizan ejercicio intenso con una duración de 75 minutos o más semanales.

Del total de mujeres que realizan ejercicio intenso o vigoroso, un 2% cumplen con el indicador y los hombres lo cumplen en un 9,8% (tabla 6).

Figura 9. Porcentajes de realización de ejercicio intenso o vigoroso global. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 6. Porcentajes de realización de ejercicio intenso global y de ejercicio intenso 75 minutos semanales o más por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ejercicio intenso*	65	6,5(5,1-8,2)	49	11,1(8,5-14,4)	16	2,9(1,8-4,6)	34	8,5(6,1-11,6)	22	6,4(4,3-9,5)	9	3,5(1,8-6,6)
Ejercicio intenso 75 minutos o más en semana**	54	5,4(4,2-7)	43	9,8(7,3-12,9)	11	2(1,1-3,5)	26	9,8(7,3-12,9)	21	2(1,1-3,5)	7	5,4(4,2-7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

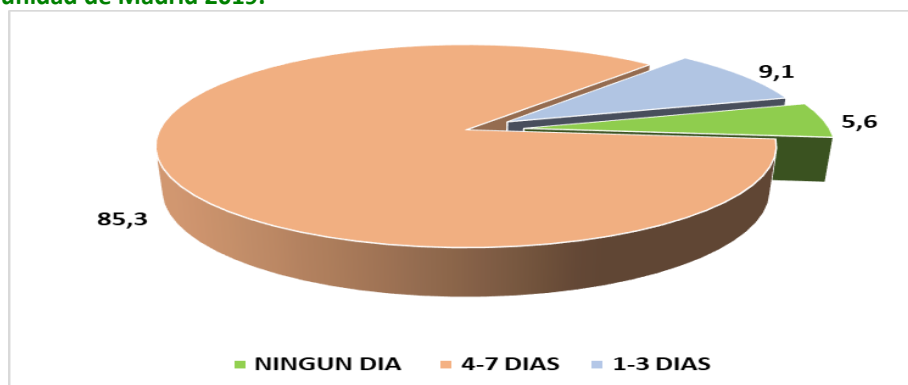
*ejercicio intenso global respuestas afirmativas

**75 minutos semanales o más de ejercicio intenso o vigoroso.

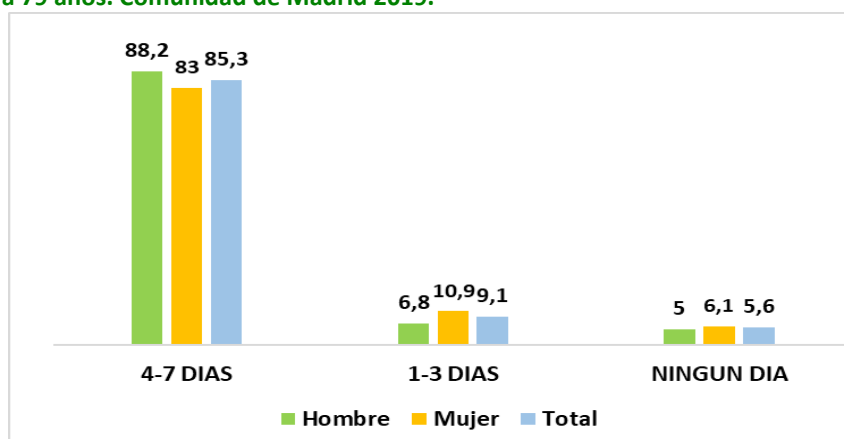
4.2.3 Caminar

Se preguntó a los/las entrevistados/as cuantos días caminó al menos diez minutos seguidos en una semana normal, en el trabajo, en la casa, caminar para ir de un sitio a otro, caminatas por recreo deporte o ejercicio o placer. El 85,3% caminó entre 4 a 7 días en una semana al menos 10 minutos seguidos, un 5,6% no caminó ningún día y el 9,1% caminó de 1 a 3 días (figura 10).

En la categoría “caminar 1 a 3 días en semana, las mujeres obtienen un 10,9% y los hombres 6,8% (figura 11).

Figura 10. Prevalencia global de “Caminar” en los últimos 7 días al menos 10 minutos por vez. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

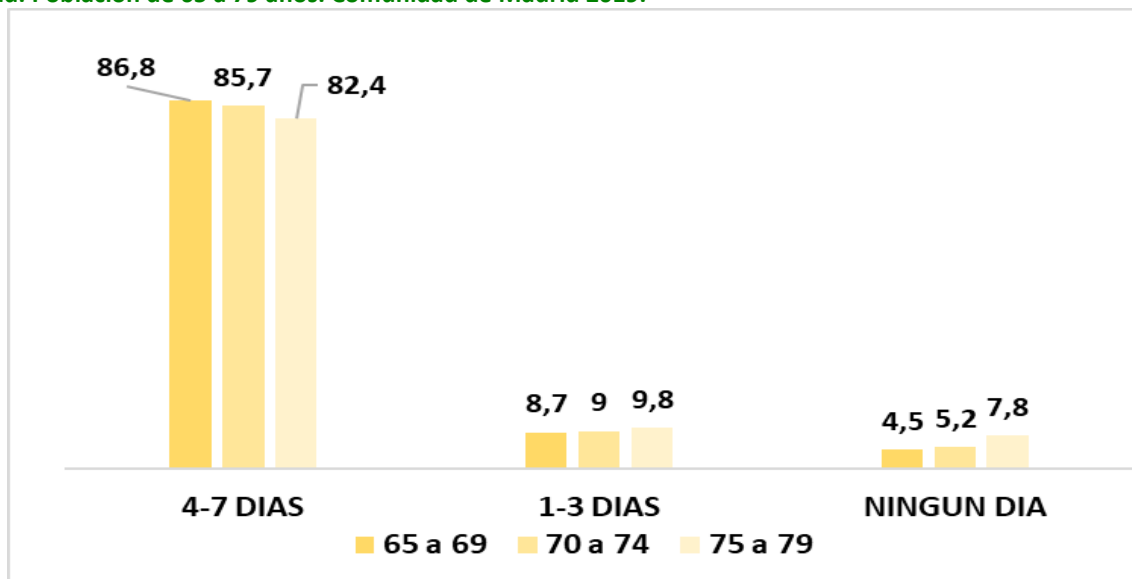
Figura 11. Prevalencia global de “Caminar en la última semana al menos 10 minutos seguidos” por sexo Y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Caminar un mínimo de 10 minutos cada vez, muestra un descenso al aumentar la edad en la categoría 4 a 7 días y no hacerlo nunca pasa de 4,5% a los 65 a 69 años a un 7,8 % a los 75 a 79 años de edad (figura 12).

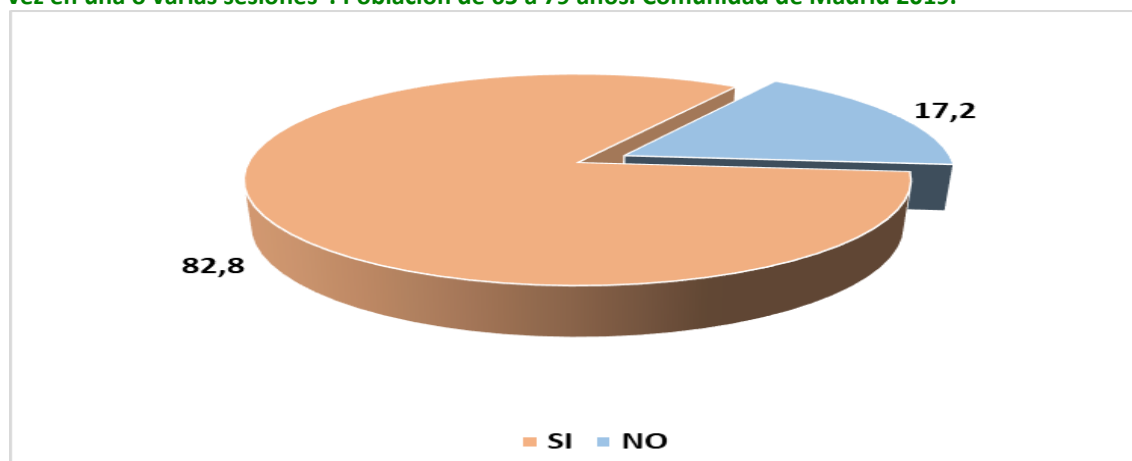
Respecto al indicador “Caminar 30 minutos al día mínimo” y la mayoría de los días de una semana, es decir, de 4 a 7 días, respondieron afirmativamente el 57,3%, cumplían el indicador y el resto, 42,7%, o no caminaba en absoluto o lo hacía en frecuencia y/o tiempo insuficiente. El cumplimiento del indicador de caminar 30 minutos al menos cada vez la mayoría de los días de la semana por sexo fue, en los hombres de 61,5% y, en las mujeres de 54%; por edad se observa un descenso en los más mayores, 75-79 años, respecto de los otros dos grupos de edad hasta llegar a 53,9% (figura 13, tabla 7).

Figura 12. Prevalencia global de “Caminar en la última semana al menos 10 minutos seguidos” por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 13. Prevalencia global Indicador “caminar la mayoría de los días (4-7 días /semana, 30 minutos al menos por vez en una o varias sesiones”. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 7. Prevalencias de caminar la mayoría de los días al menos 10 minutos seguidos y cumpliendo el indicador por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Caminaron la mayoría de días*	853	85,3(83-87,4)	389	88,2(84,9-90,9)	464	83(79,7-85,9)	348	86,8(83,1-89,8)	294	85,7(81,6-89,1)	211	82,4(77,3-86,6)
Cumplen INDICADOR**	828	82,8(80,3-85)	381	86,4(82,9-89,3)	447	80(76,4-83,1)	337	84(80,1-87,3)	284	82,8(78,4-86,5)	207	80,9(75,7-85,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*Caminaron en los últimos 7 días, de 4 a 7 días y 10 minutos seguidos cada vez o más.

**Caminaron en una semana normal la mayoría de los días (4 a 7 días) y al menos 30 minutos cada día en una o varias sesiones.

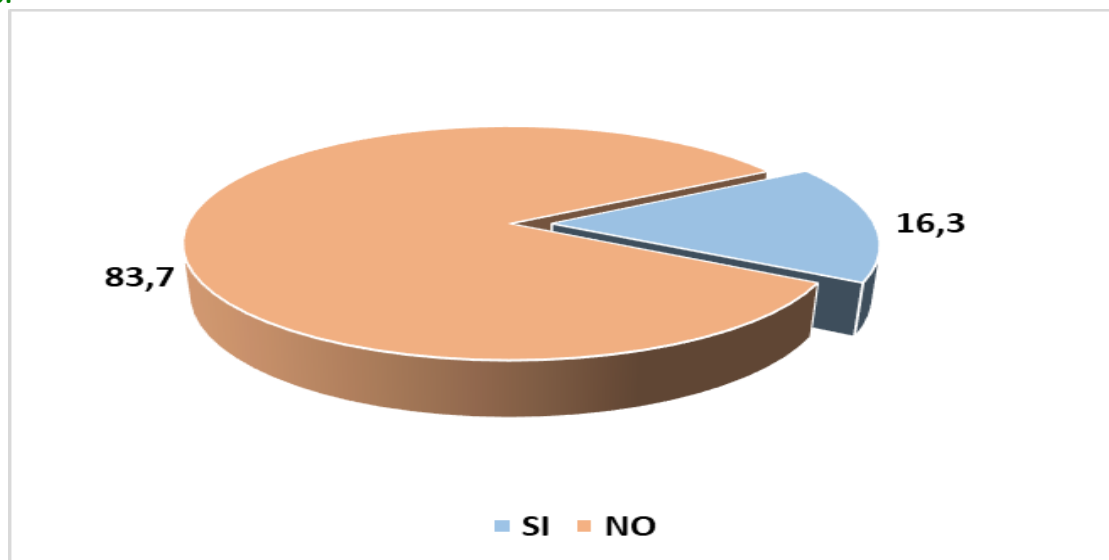
4.2.4 Desarrollo muscular

El envejecimiento lleva consigo cambios biológicos que tienden a la pérdida de fuerza y masa muscular de una forma progresiva y esto a su vez, favorece la fragilidad y pérdida de autonomía.

Las recomendaciones son la realización de dos veces o más por semana actividades de fortalecimiento de grandes grupos musculares¹⁸. En el grupo de expertos PAPPs se menciona que no hay tiempo sino repetición de 10 a 15 veces de cada ejercicio.¹⁷

El 16,3% afirmó realizar desarrollo muscular en una semana normal con aparato de gimnasia, pesas etc. (figura 14); por sexo, un 18,6% en los hombres y un 14,5 % en mujeres; por edad, un 17,7% en el grupo de 65-69, 15,2% en 70-74 y 15,6% en 75 a 79 años; en cuanto a la frecuencia de estos ejercicios la gran mayoría de los que sí hacen musculación lo hacen una vez al día, dos días en semana y más de 10 minutos al día (tabla 8).

Por tanto, y como se observa en la figura 14 la gran mayoría no realiza musculación (83,7%).

Figura 14. Prevalencia de ejercicios de desarrollo muscular. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 8. Prevalencia de ejercicios de desarrollo muscular y musculación 2 días o más/semana. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Desarrollo muscular*	163	16,3(14,1-18,7)	82	18,6(15,2-22,5)	81	14,5(11,8-17,7)	71	17,7(14,3-21,8)	52	15,2(11,7-19,4)	40	15,6(11,7-20,6)
Musculación 2 días**	145	90,1(84,4-93,8)	76	95(87,4-98,1)	69	85,2(75,7-91,4)	62	88,6(78,7-94,2)	47	90,4(78,9-95,9)	36	92,3(78,7-97,5)

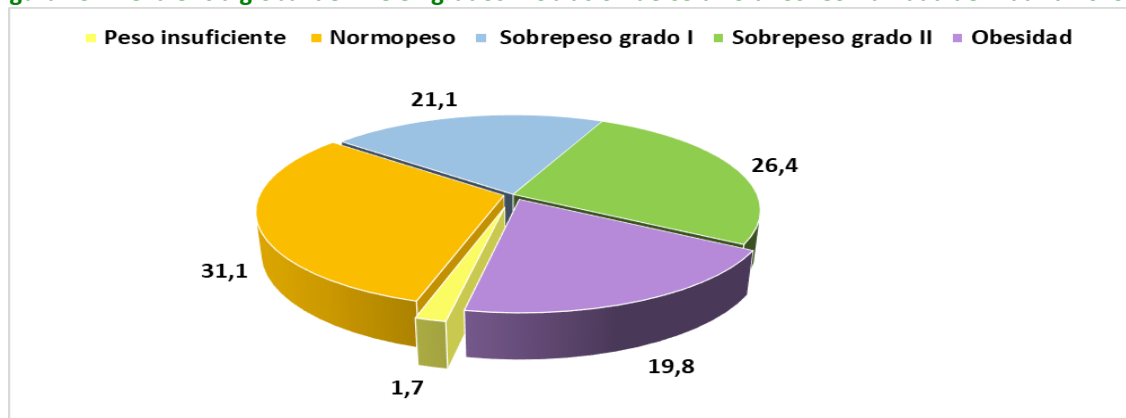
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).
*afirmaron realizar musculación** porcentaje dentro de los que realizan musculación que lo hacen 2 días o más en semana.

Aún siendo muy bajo el número de personas que practican musculación, la gran mayoría de las que sí realizan esta actividad lo hacen siguiendo el indicador de dos o más a la semana (90,1%) con cifras por sexo más altas en los hombres frente a las mujeres (tabla 8).

4.3.- 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 adiposidad¹⁹. En el SIVFRENT-M, 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 Obesidad²⁰, cuyas categorías figuran en la tabla 9.

El porcentaje de personas en normopeso global fue de 31,1%, sobrepeso grado I 21,1%, sobrepeso grado II 26,4%, el peso insuficiente fue de 1,7%; el porcentaje global de obesidad fue del 19,8% (figura 15). Las mujeres están en mayor porcentaje que los hombres dentro del normopeso (33,8% y 27,7% respectivamente); El peso insuficiente en mujeres es más elevado que en hombres (0,5% a 2,8%); el sobrepeso grado I y II, es superior en los hombres y la obesidad en las mujeres (tabla 9).

Figura 15. Prevalencia global de IMC en grados. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente:

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 9. Prevalencia de obesidad sobrepeso I y II normopeso y peso insuficiente por sexo edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Peso insuficiente IMC <18,5 kg/m ²	17	1,7(1,1-2,8)	2	0,5(0,1-1,8)	15	2,8(1,7-4,5)	7	1,8(0,8-3,6)	3	0,9(0,3-2,7)	7	2,8(1,4-5,8)
Normopeso: 18,5 kg/m ² IMC<25 kg/m ²	305	31,1(28,2-34)	122	27,7(23,7-32,1)	183	33,8(29,9-37,9)	125	31,4(27-36,1)	107	31,7(26,9-36,8)	73	29,7(24,3-35,6)
Sobrepeso grado I: 25 kg/m ² IMC<27 kg/m ²	207	21,1(18,6-23,7)	105	23,9(20,1-28,1)	102	18,8(15,7-22,3)	77	19,3(15,8-23,5)	78	23,1(18,9-27,9)	52	21,1(16,5-26,7)
Sobrepeso grado II: 27 kg/m ² IMC<30 kg/m ²	259	26,4(23,7-29,2)	133	30,2(26,1-34,7)	126	23,2(19,9-27)	105	26,4(22,3-30,9)	85	25,1(20,8-30)	69	28(22,8-33,9)
Obesidad: IMC 30 kg/m ²	194	19,8(17,4-22,4)	78	17,7(14,4-21,6)	116	21,4(18,2-25)	84	21,1(17,4-25,4)	65	19,2(15,4-23,8)	45	18,3(14-23,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Peso insuficiente: IMC <18,5 kg/m²

Normopeso: 18,5 kg/m²IMC<25 kg/m²

Sobrepeso grado I: 25 kg/m²IMC<27 kg/m²

Sobrepeso grado II: 27 kg/m²IMC<30 kg/m²

Obesidad: IMC 30 kg/m²

La prevalencia de obesidad junto con los dos grados de sobrepeso I y II, fue de 67,2% más elevada en hombres respecto de las mujeres (71,8% vs 63,5%) (tabla 10).

Tabla 10. Prevalencia global de obesidad/sobrepeso grados I y II por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Peso insuficiente	17	17(1,1-2,8)	2	0,5(0,1-1,8)	15	2,8(1,7-4,5)	7	1,8(0,8-3,6)	3	0,9(0,3-2,7)	7	2,8(1,4-5,8)
Normopeso	305	31,1(28,2-34)	122	27,7(23,7-32,1)	183	33,8(29,9-37,9)	125	31,4(27-36,1)	107	31,7(26,9-36,8)	73	29,7(24,3-35,6)
Obesidad y sobrepeso I y II	660	67,2(64,2-70,1)	316	71,8(67,4-75,8)	344	63,5(59,3-67,4)	266	66,8(62,1-71,3)	228	67,5(62,3-72,2)	166	67,5(61,5-73)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

El porcentaje global de obesidad/sobrepeso disminuye tanto con el aumento de nivel educativo como con el aumento de ingresos; por sexo, de forma general, en hombres los porcentajes son mayores a los alcanzados por las mujeres excepto en recursos económicos hasta 1550 euros / mes por hogar, en los que los porcentajes son similares entre hombres y mujeres. El menor porcentaje y por debajo del 50%, corresponde a mujeres con nivel educativo universitario 45,7% (tabla 11).

Tabla 11. Porcentaje de obesidad/sobrepeso grados I y II por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres			Mujeres		
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	125	69,8(62,7-76,1)	141	64,4(57,9-70,4)	266	66,8(62,1-71,3)
70-74	105	70(62,2-76,8)	123	65,4(58,3-71,9)	228	67,5(62,3-72,2)
75-79	86	77,5(68,6-84,4)	80	59,3(50,8-67,2)	166	67,5(61,5-73)
País de Nacimiento						
España	299	71,7(67,2-75,8)	321	62,9(58,7-67)	620	66,9(63,8-69,8)
Otro	17	73,9(52,7-87,8)	23	71,9(54,1-84,7)	40	72,7(59,5-82,9)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	141	80,1(73,5-85,4)	218	73,4(68,1-78,1)	359	75,9(71,8-79,5)
Secundarios	71	67(57,5-75,3)	77	56,6(48,1-64,7)	148	61,2(54,9-67,1)
Universitarios	96	65,8(57,7-73)	48	45,7(36,4-55,3)	144	57,4(51,2-63,3)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	42	68,9(56,1-79,3)	98	71,5(63,4-78,5)	140	70,7(63,9-76,7)
1050-1550	65	78,3(68,1-85,9)	74	77,1(67,8-84,3)	139	77,7(71-83,1)
1550-2200	58	64,4(54-73,6)	39	55,7(43,9-66,9)	97	60,6(52,8-67,9)
2200 a >2700	70	73,7(64-81,5)	34	52,3(40,3-64,1)	104	65(57,4-71,9)
Totales	316	71,8(67,4-75,8)	344	63,5(59,3-67,4)	660	67,2(64,2-70,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*Recursos económicos por hogar

4.4.- ALIMENTACIÓN

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

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue aproximadamente 1,1 raciones/día, el 15,7% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad. Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,9 raciones diarias. El 7,2% no había realizado ninguna ingesta de leche y/o derivados lácteos. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue 44,2% en hombres y 33,5% en mujeres.

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,8 raciones/día. El 8,5% no consumió ninguna fruta diaria y el 67% solo consumió una o dos frutas. La ingesta media de verduras fue 1,2 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 3 raciones/día.

Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 o más raciones de frutas y verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 2,4% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 33,4% (36,7% de los hombres y 30,8% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día y sólo el 13,4% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (12,2% de los hombres y 14,3% de las mujeres) (tabla 12).

Tabla 12. Proporción de consumo de ninguna a menos de 3 raciones de frutas y/o verduras por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	79	44,1(37-51,5)	76	34,2(28,3-40,8)	155	38,7(34-43,5)
70-74	56	37,1(29,7-45,1)	61	31,8(25,5-38,7)	117	34,1(29,3-39,3)
75-79	38	34,2(25,9-43,6)	48	33,1(25,9-41,2)	86	33,6(28-39,7)
País de Nacimiento						
España	162	38,8(34,2-43,6)	170	32,3(28,4-36,5)	332	35,2(32,2-38,3)
Otro	11	47,8(28,8-67,5)	15	45,5(29,5-62,4)	26	46,4(33,8-59,5)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	63	35,8(29,1-43,2)	109	35(29,9-40,6)	172	35,3(31,2-39,7)
Secundarios	49	45,8(36,6-55,3)	50	36,2(28,6-44,6)	99	40,4(34,4-46,7)
Universitarios	58	39,7(32,1-47,9)	25	23,6(16,4-32,6)	83	32,9(27,4-39)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	29	47,5(35,4-60)	51	36,2(28,6-44,4)	80	39,6(33,1-46,5)
1050-1550	28	33,7(24,4-44,6)	31	30,7(22,5-40,3)	59	32,1(25,7-39,1)
1550-2200	38	41,8(32-52,2)	17	23,9(15,5-35,1)	55	34(27,1-41,6)
2200 a >2700	39	41,1(31,6-51,3)	23	35,4(24,7-47,7)	62	38,8(31,5-46,6)
Totales	173	39,2(34,8-43,9)	185	33,1(29,3-37,1)	358	35,8(32,9-38,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*recursos económicos por hogar

El 35,8% o no consumió ninguna fruta o verdura o este consumo de 24 horas fue menor a 3 raciones de fruta y/o verdura; por sexo el déficit de consumo de las mujeres de este alimento fue menor que en los hombres (33,1% vs 39,2%) y por edad se observa un ligero descenso en la falta de consumo al aumentar la edad.

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,2 raciones/día, donde la carne aportó 0,8 raciones siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados/as, el 78,1%, había consumido algún alimento de este grupo. La proporción global de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más raciones de productos cárnicos fue de 31,9%, con diferencias entre hombres y mujeres: un 38,0% de hombres frente al 27,2% de mujeres (tablas 13 y 14).

El recuerdo de consumo de 24 horas de 2 o más raciones de productos cárnicos en general afecta a un tercio para todas las categorías con alguna excepción; es ligeramente más bajo en el grupo de edad mayor 75-79 años 25,8% y más alto en 65-69 años 41,9%; por sexo las mujeres obtienen porcentajes más bajos de consumo e incluso en las nacidas fuera de España muestra una diferencia con los hombres de su mismo origen de más de 30 puntos porcentuales (15,2% mujeres de país de nacimiento categoría "Otro" vs hombres 47,8%) (tablas 13 y 14).

Tabla 13. Porcentaje de consumo >= a 2 raciones de productos cárnicos por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						
	Hombres			Mujeres			Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	
Edad							
65-69	75	41,9(34,9-49,2)	63	28,4(22,8-34,7)	138	34,4(30-39,2)	
70-74	58	38,7(31,2-46,7)	57	29,7(23,6-36,5)	115	33,6(28,8-38,8)	
75-79	34	30,6(22,7-39,9)	32	22,1(16-29,6)	66	25,8(20,8-31,5)	
País de Nacimiento							
España	156	37,4(32,9-42,2)	147	27,9(24,3-32)	303	32,1(29,2-35,2)	
Otro	11	47,8(28,8-67,5)	5	15,2(6,4-31,7)	16	28,6(18,3-41,6)	
Nivel educativo							
Primarios y Menos	67	38,1(31,2-45,5)		24,1(19,7-29,2)	142	29,2(25,3-33,3)	
Secundarios	50	46,7(37,5-56,2)	42	30,4(23,3-38,6)	92	37,6(31,7-43,8)	
Universitarios	44	30,3(23,4-38,3)	33	31,1(23-40,6)	77	30,7(25,3-36,7)	
Recursos económicos *							
<350 A 1050	24	39,3(27,9-52,1)	36	25,5(19-33,5)	60	29,7(23,8-36,4)	
1050-1550	34	41(30,9-51,9)	28	27,7(19,8-37,3)	62	33,7(27,2-40,9)	
1550-2200	38	41,8(32-52,2)	25	35,2(25-47)	63	38,9(31,7-46,6)	
2200 a >2700	25	26,6(18,6-36,4)	22	33,8(23,4-46,1)	47	29,6(23-37,1)	
Totales	167	38(33,5-42,6)	152	27,2(23,7-31)	319	31,9(29,1-34,9)	

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*Recursos económicos por hogar

Pescado

El 48,7% de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), 47,6% las mujeres y 49,6% los hombres; este consumo no presenta grandes variaciones por grupos de edad (en el grupo 65-69 años un 49,6%, en 70-74 un 47,5% y en 75-79 años de edad un 48,8%). La ingesta media per cápita es de 0,6 raciones/día (unas 4,2 raciones/semana) (tabla 14).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 45% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas. El 8% consumieron dos o más raciones al día en los hombres el 6,3% y en las mujeres el 9,3% (tabla 14).

Otros alimentos

La ingesta media de pan fue 2 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,2 raciones/día (lo que equivale a unas 1,4 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue poco menos de 0,3 raciones/día (unas 2,1 raciones a la semana); un 14,7% mencionó tomar refrescos y un 12,5% lo hacían durante la comida y la cena.

No existen diferencias acusadas en el consumo de algún alimento ni por sexo ni por edad (tabla 14).

Tabla 14. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas totales por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	SEXO						EDAD					
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Leche	843	84,3 (81,9-86,4)	361	81,9 (77,9-85,2)	482	86,2 (83,1-88,8)	334	83,3 (79,3-86,6)	293	81,1 (72,6-87,4)	216	84,4 (79,4-88,4)
Leche y derivados	928	92,8 (91-94,3)	401	90,9 (87,8-93,3)	527	94,3 (92-95,9)	364	90,8 (87,5-93,3)	322	93,9 (90,8-96)	242	94,5 (91-96,7)
Arroz	118	11,8 (9,9-14)	46	10,4 (7,9-13,7)	72	12,9 (10,3-15,9)	53	13,2 (10,2-16,9)	34	9,9 (7,2-13,6)	31	12,1 (8,6-16,7)
Pasta	85	8,5 (6,9-10,4)	36	8,2 (5,9-11,1)	49	8,8 (6,7-11,4)	41	10,2 (7,6-13,6)	26	7,6 (5,2-10,9)	12	7 (4,5-10,9)
Verdura	799	79,9 (77,3-82,3)	335	76 (71,7-79,7)	464	83(79,7-85,9)	313	78,1 (73,7-81,8)	286	83,4 (79,1-87)	200	78,1 (72,6-82,8)
Fruta fresca	915	91,5 (89,6-93,1)	399	90,5 (87,3-92,9)	516	92,3 (89,8-94,3)	365	91 (87,8-93,5)	134	91,8 (88,4-94,3)	235	91,8 (87,7-94,6)
Legumbres	211	21,1 (18,7-23,7)	112	25,4 (21,6-29,6)	99	17,7(14,8-21,1)	96	23,9 (20,1-28,2)	70	20,4 (16,4-25)	45	17,6 (13,4-22,7)
Carne	627	62,7 (59,7-65,6)	292	66,2 (61,6-70,5)	335	59,9 (55,8-63,9)	256	63,8 (59-68,4)	208	60,6 (55,4-65,7)	163	63,7 (57,6-69,3)
Carne y derivados	781	78,1 (75,4-80,6)	357	81 (77-84,4)	424	75,8 (72,1-79,2)	329	82 (77,9-85,5)	263	76,7 (71,9-80,9)	189	73,8 (68,1-78,8)
Huevos	302	30,2 (27,4-33,1)	138	31,3 (27,1-35,8)	164	29,3 (25,7-33,3)	131	32,7 (28,2-37,4)	98	28,6 (24-33,6)	73	28,5 (23,3-34,4)
Pescado	313	31,3 (28,5-34,2)	132	29,9 (25,8-34,4)	181	32,4 (28,6-36,4)	121	30,2 (25,9-34,8)	108	31,5 (26,8-36,6)	84	32,8 (27,3-38,8)
Dulces	450	45 (41,9-48,1)	219	49,7 (45-54,4)	231	41,3 (37,3-45,5)	173	43,1 (38,4-48)	156	45,5 (40,3-50,8)	121	47,3 (41,2-53,5)

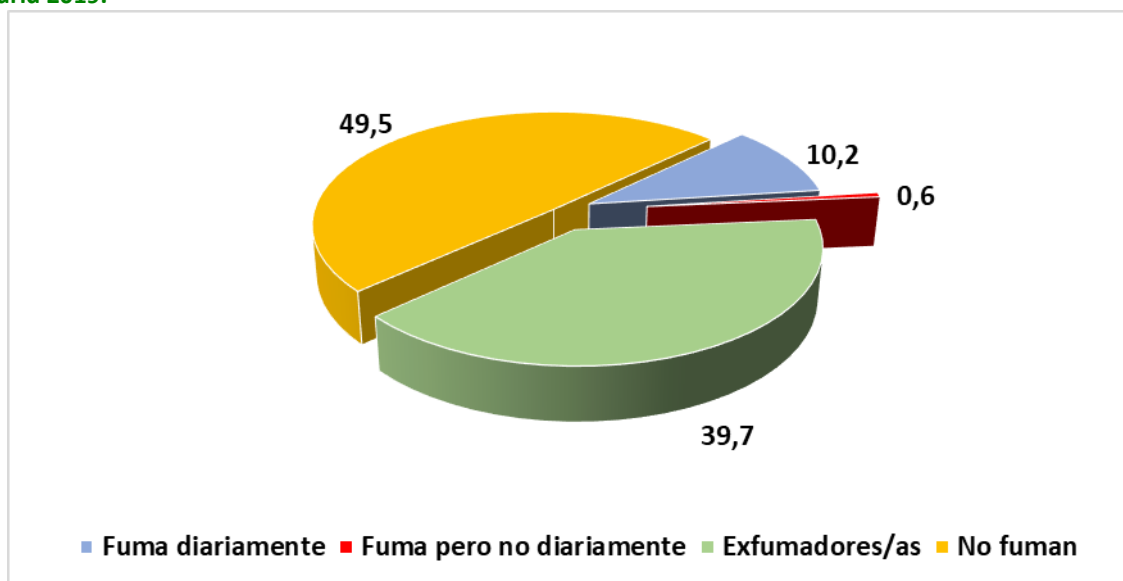
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.5.- CONSUMO DE TABACO

En el año 2019 para la población entre los 65 a 79 años, el 10,8% eran fumadores, un 10,2% fumadores/as diarios y un 0,6% ocasionales; el 39,7% eran exfumadores/as y un 49,5% no habían fumado nunca (figura 16).

En la tabla 15 se observa que la prevalencia global de fumadores/as ocasionales o diarios fue de un 10,8%, con porcentajes similares por sexo y disminución al avanzar la edad. El consumo de 20 cigarrillos o más al día fue de un 3,2%, con cifras que no muestran gran variación por sexo y si lo hacen por edad hasta llegar al 1,6% en el grupo de 75 a 79 años.

Un 27,5% de las personas fumadoras habían hecho algún intento serio para dejar de fumar durante los últimos doce meses, en el que consiguieron estar al menos 24 horas sin hacerlo.

Figura 16. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tablas 15. Proporción de fumadores/as. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Total		SEXO				EDAD					
			Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	505	50,5(47,6-53,4)	301	68,3(63,7-72,5)	204	36,5(32,7-40,5)	233	58,1(53,3-62,7)	169	49,3(44,2-54,3)	103	40,2(35-45,7)
Fumadores/as actuales(a)	108	10,8(9-12,9)	49	11,1(8,5-14,4)	59	10,6(8,3-13,4)	53	13,2(10,2-16,9)	38	11,1(8,2-14,9)	17	6,6(4,1-10,5)
Fumadores/as diarios	102	10,2(8,5-12,2)	46	10,4(7,9-13,7)	56	10(7,8-12,8)	50	12,5(9,6-16,1)	36	10,5(7,7-14,2)	16	6,3(3,9-10)
Consumo de 20 ó más cigarrillos	32	3,2(2,3-4,5)	16	3,6(2,2-5,8)	16	2,9(1,8-4,6)	19	4,7(3-7,3)	9	2,6(1,4-5)	4	1,6(0,6-4,1)

Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

(a) Fumador/a ocasional o diario

En la tabla 16 se presenta la prevalencia de fumadores/as diarios u ocasionales por sexo según edad, país de nacimiento, nivel educativo y recursos económicos. Globalmente es similar por sexo; hay una disminución del consumo de tabaco con la edad de 13,2% en el grupo de 65 a 69 años hasta llegar a 6,6% en 75-79 años; las mujeres de nivel económico de medio a alto dieron porcentajes más altos que los hombres de su mismo nivel y también que las mujeres de el más bajo nivel económico, <350 a 1050 euros mes por hogar.

Tabla 16. Prevalencia de fumadores/as diarios/as u ocasionales por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	25	14(9,6-19,9)	28	12,6(8,9-17,7)	53	13,2(10,2-16,9)
70-74	16	10,6(6,6-16,6)	22	11,5(7,6-16,8)	38	11,1(8,2-14,9)
75-79	8	7,2(3,6-13,8)	9	6,2(3,2-11,6)	17	6,6(4,1-10,5)
País de Nacimiento						
España	47	11,2(8,5-14,7)	55	10,5(8,1-13,4)	102	10,8(9-13)
Otro	2	8,7(2,2-29)	4	12,1(4,6-28,2)	6	10,7(4,9-21,9)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	14	8(4,8-13)	24	7,7(5,3-11,2)	38	7,8(5,7-10,5)
Secundarios	16	15(9,4-23)	19	13,8(8,9-20,6)	35	14,3(10,4-19,3)
Universitarios	17	11,6(7,4-18)	14	14(6,7-21,3)	31	31(20,2-41,8)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	5	8,2(3,5-18,2)	6	4,3(1,9-9,2)	11	5,4(3-9,5)
1050-1550	9	10,8(5,7-19,6)	11	10,9(6,1-18,6)	20	10,9(7,1-16,3)
1550-2200	10	11(6-19,3)	11	15,5(8,8-25,9)	21	13(8,6-19,1)
2200 a >2700	9	9,5(5-17,3)	10	15,4(8,4-26,4)	19	11,9(7,7-17,9)
Totales	49	11,1(8,5-14,4)	59	10,6(8,3-13,4)	108	10,8(9-12,9)

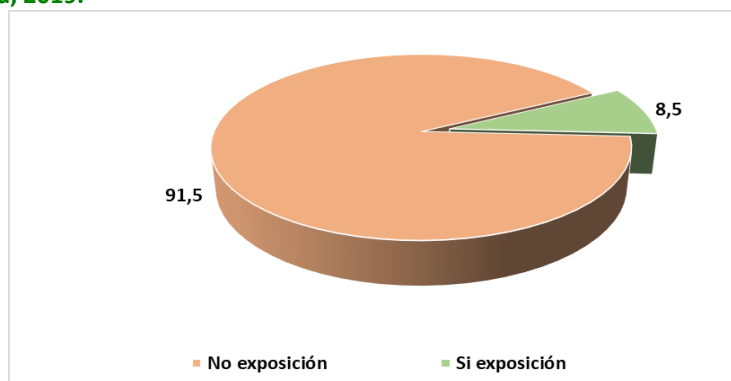
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*Recursos económicos por hogar

Exposición al humo del tabaco

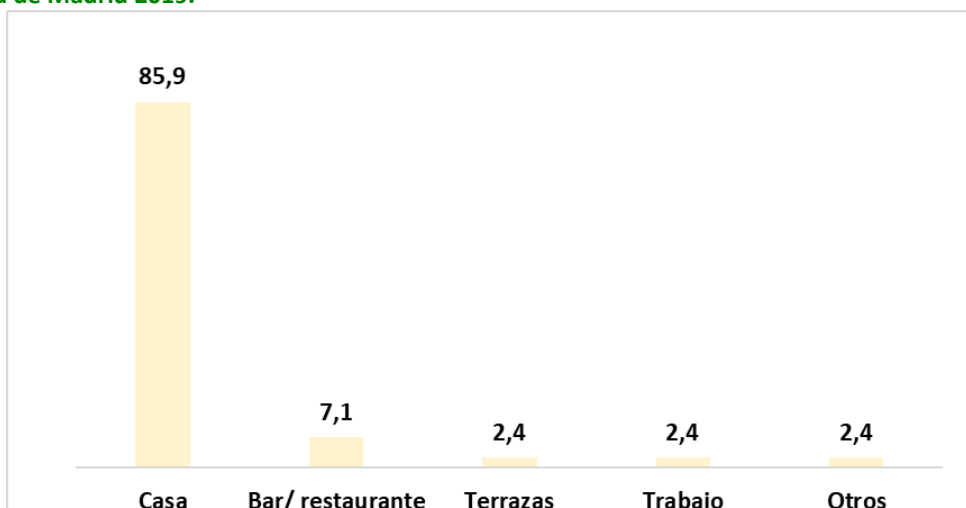
Al preguntarles con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco en lugares cerrados considerando solo aquellas situaciones en las que son otras personas las que están fumando, es decir, exposición al humo del tabaco en casa, en el trabajo, lugares públicos, restaurantes etc. un 91,5% dijo no estar expuesto/a al humo de tabaco nunca o casi nunca y un total de 85 personas el 8,5% dijo sí estar expuesto/a (figura 17); un 3,1% contestó que la exposición al tabaco diaria era menor a 1 hora; un 3,1% dijo que estaba expuesta entre 1 hora a 5 horas al día y un 2,3% más de 5 horas al día.

De estas 85 personas el 85,9% respondió que la exposición al tabaco tenía lugar en su casa, un 7,1% en bares y restaurantes, y un 2,4% respectivamente en terrazas, en el trabajo u otros lugares (figura 18).

Figura 17. Porcentaje de exposición al humo de tabaco en lugares cerrados. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 18. Porcentajes por lugares donde tiene lugar la exposición al tabaco. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

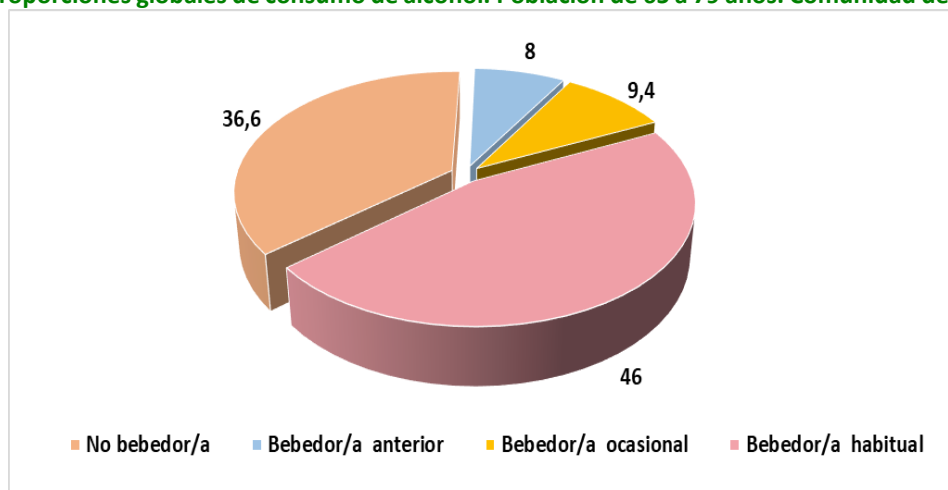
4.5.- CONSUMO DE ALCOHOL

No bebedores/as en la actualidad fue un total de 36,6%, bebedores habituales (personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días) un total de 46,0% (figura 19). Esta situación es 2,2 veces más frecuente en hombres que en mujeres (66% vs 30,2%); bebedores/as con anterioridad un 8% y bebedores/as ocasionales 9,4%.

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 43,4 gramos (g), 72,8 g en hombres y 20,3 g 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 2019, un 2% de esta población fue clasificada como bebedor/a de riesgo, un 53,4% como bebedor/a moderado y un 44,6% como no bebedor/a o exbebedor/a (figura 20). Además, la proporción de personas con consumos promedio moderado y de riesgo, fue 1,8 veces mayor en los hombres que en las mujeres (73,2% vs 41,3%) (tabla 17).

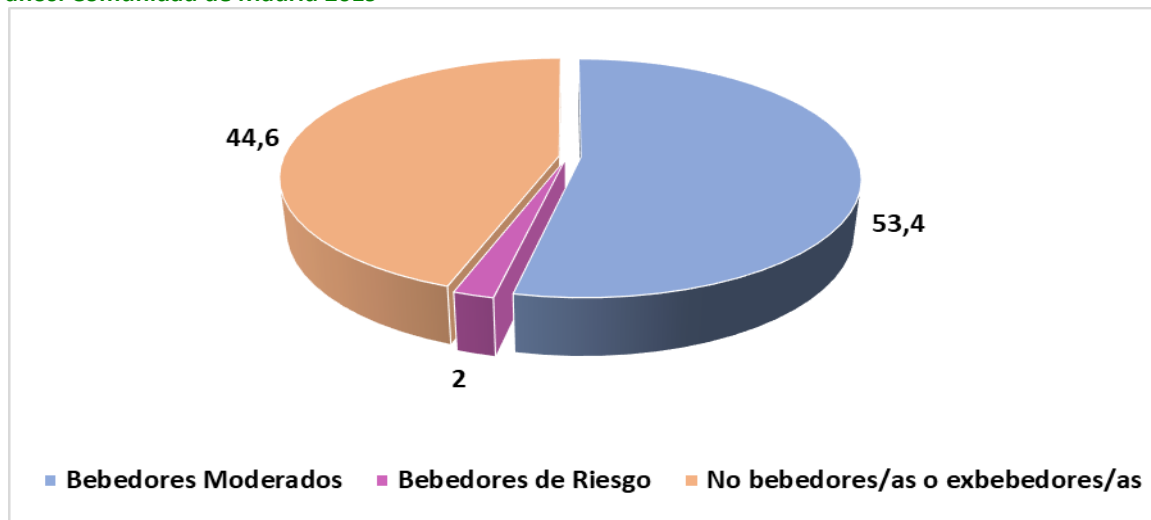
Figura 19. Proporciones globales de consumo de alcohol. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Analizando los bebedores/as habituales por sexo, las mujeres fueron el 30,2% y los hombres el 66%; por edad se observa un ligero aumento desde el grupo de 70-74 años. Entre los bebedores/as con consumo de riesgo (consumo ≥ 40 gramos/día en hombres y ≥ 24 gramos/día en mujeres), las mujeres fueron un 1,6% y los hombres un 2,5% (tabla 17).

Figura 20. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid 2019^(*) ()**



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

(**) Consumo de alcohol ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres- bebedor/a riesgo

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 17. Proporción de bebedores/as habituales, bebedores/as a riesgo alcohol y CAGE. Población de 65 a 79. Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
	n	%(IC)*	Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*
Bebedores habituales(a)	460	46(43,1-48,9)	291	66(61,5-70,2)	169	30,2(26,5-34,2)	194	48,4(43,9-52,9)	155	45,2(40,3-50,2)	111	43,4(37,7-49,2)
Bebedores con consumo promedio de riesgo(b)	20	2,0(1,3-3,1)	11	2,5(1,4-4,4)	9	1,6(0,8-3,1)	10	2,5(1,3-4,6)	5	1,5(0,6-3,4)	5	2(0,8-4,6)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	118	11,8(10-13,9)	96	21,8(18,2-25,9)	22	3,9(2,6-5,9)	59	14,7(11,7-18,4)	35	10,2(7,5-13,8)	24	9,4(6,5-13,4)

* 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.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

La prevalencia de CAGE positivo para hombres fue de 21,8% y en las mujeres 3,9% esta diferencia importante se mantiene para todas las variables a favor de un menor problema de adicción al alcohol en las mujeres; por edad hay una disminución; en recursos económicos, con el aumento de los ingresos hay un aumento del porcentaje global para CAGE positivo y en mujeres en el nivel económico más alto también se da el valor más elevado 4,6%; por nivel educativo las mujeres universitarias tienen el porcentaje más alto de su categoría con un 8,5% (tabla 18).

Tabla 18. Porcentaje de CAGE positivo por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC (95%)	n	%IC (95%)	n	%IC (95%)
Edad						
65-69	45	25,1(19,3-32)	14	6,3(3,8-10,4)	59	14,7(11,7-18,4)
70-74	28	18,7(13,2-25,8)	6	3,1(1,4-6,8)	34	9,9(7,2-13,5)
75-79	22	19,8(13,4-28,3)	2	1,4(0,3-5,4)	24	9,4(6,5-13,4)
País de Nacimiento						
España	92	22,1(18,3-26,3)	20	3,8(2,5-5,8)	112	11,9(10-14)
Otro	3	13(4,3-33,6)	2	6,1(1,5-21,3)	5	8,9(3,8-19,7)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	39	22,2(16,6-28,9)	11	3,5(2-6,3)	50	10,3(7,9-13,2)
Secundarios	25	23,4(16,3-32,3)	1	0,7(0,1-5)	26	10,6(7,4-15,1)
Universitarios	26	17,9(12,5-25,1)	9	8,5(4,5-15,5)	35	13,9(10,2-18,8)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	11	18(10,3-29,7)	4	2,8(1,1-7,3)	15	7,4(4,5-11,9)
1050-1550	22	26,5(18,1-37)	2	2(0,5-7,6)	24	13(8,9-18,6)
1550-2200	21	23,1(15,6-32,8)	2	2,8(0,7-10,6)	23	14,2(9,7-20,4)
2200 a >2700	22	23,2(15,7-32,7)	3	4,6(1,5-13,4)	25	15,6(10,8-22,1)
Totales	95	21,8(18,2-25,9)	22	3,9(2,6-5,9)	117	11,8(10-13,9)

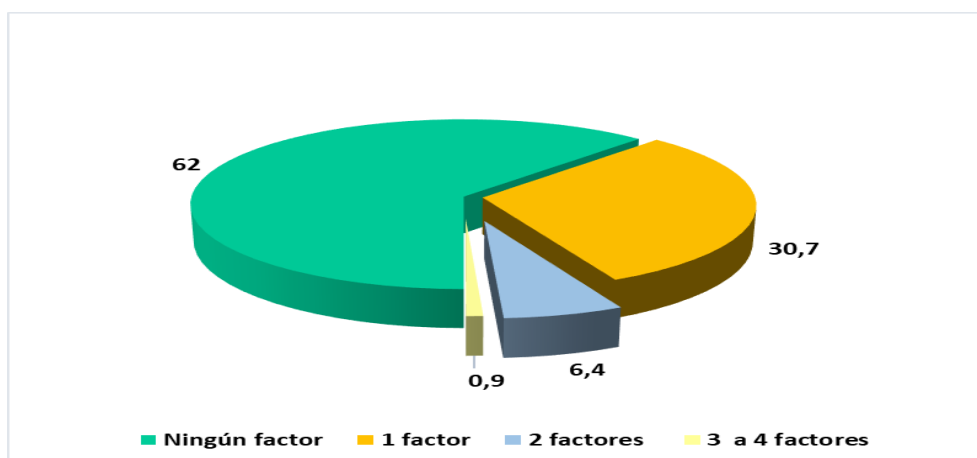
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*Recursos económicos por hogar

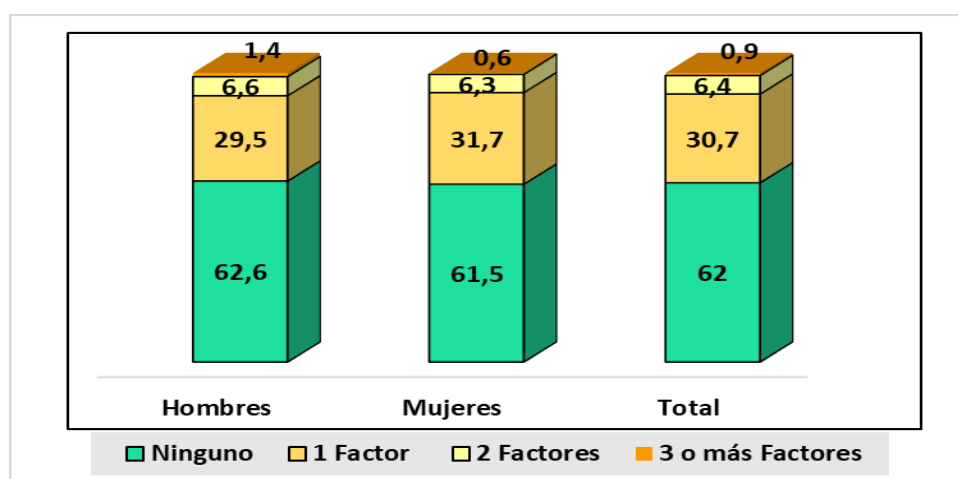
4.6.- AGREGACIÓN DE FACTORES

Para conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. Para el tabaco y alcohol se seleccionaron dos de los descritos en este documento: ser fumador/a actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la actividad física un indicador que aglutina a la vez a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre las personas que dijeron no realizar ningún tipo de ejercicio de intensidad moderada o vigorosa, es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante todo el 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 62,0% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 30,7% tenía uno, el 6,4% tenían 2, y el 0,9% tenían 3-4 factores (figura 21). La distribución agregada, por sexo, de factores de riesgo desde ninguno hasta 3 ó más resultó como se muestra en la figura 22; para 3 o más en hombres fue de 1,4% y en mujeres 0,6%.

Figura 21 Porcentajes globales por número de factores de riesgo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 22. Agregación de factores de riesgo* según sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*Fuman actualmente, consumo de alcohol de riesgo, sedentarismo en ocupación habitual y ocio, dieta desequilibrada menos de 3 raciones de fruta fresca y verdura y consumir 2 o más raciones de cárnicos al día.

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. En este apartado se recoge la situación de un conjunto de factores sobre los que el nivel institucional de Atención Primaria señala 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)^{24,25}, como la medición de la tensión arterial (TA), 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.

Para la elaboración de los indicadores se han seguido los criterios de detección recomendados por el PAPPS^{25,26}. Según actualización de 2018 aconseja, con criterios de buenas prácticas, que la medida de TA debe de ser anual en adultos mayores de 40 años con factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial. La prueba recomendada para el cribado de la dislipemia es la determinación de colesterol total, debido a su relación con la mortalidad cardiovascular; aunque no hay evidencias suficientes sobre rango de edad o periodicidad para realizar el colesterol sérico en población sana, la actitud más razonable es incluirlo en cualquier análisis de sangre solicitado al paciente, con periodicidad mínima de 4 años y a partir de los 18 años.²⁷

Medición de la tensión arterial y colesterol

La medición de TA y colesterol alguna vez en la vida se cumple en todos los casos por encima del 95% (97,2% para medición de TA alguna vez en la vida y medición de colesterol alguna vez en la vida 99,6%) (tabla 19).

La medición tanto de TA como colesterol en período menor o igual a un año obtiene cifras similares entorno al 90% o superior; por sexo también son similares (aunque todas ellas menores en mujeres frente a los hombres); la medición de colesterol en período de un año o menos dio, por sexo, el porcentaje más alto en hombres con un 94,3% siendo unos 3,5 puntos porcentuales menor en mujeres (90,8%) (tabla 19).

Tabla 19. Porcentajes de medición alguna vez de tensión arterial y colesterol y medición en 1 año o menos. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*
Medición Tensión Arterial alguna vez en la vida	972	97,2(96-98,1)	427	96,8(94,7-98,1)	545	97,5(95,8-98,5)	390	97,3(95,1-98,5)	329	95,9(93,2-97,6)	253	98,8(96,4-99,6)
Medición de Tensión Arterial <= 1 año	871	89,6(87,5-91,4)	391	91,6(88,5-93,9)	480	88,1(85,1-90,5)	336	86,2(82,3-89,3)	302	91,8(88,3-94,3)	233	92,1(88-94,9)
Medición colesterol alguna vez en la vida	996	99,6(98,9-99,8)	441	100(100-100)	555	99,3(98,1-99,7)	400	99,8(98,2-100)	340	99,1(97,3-99,7)	256	100(100-100)
Medición de colesterol <= 1 año	920	92,4(90,5-93,9)	416	94,3(91,7-96,2)	504	90,8(88,1-93)	365	93,2(90-95,5)	317	93(89,1-95,5)	238	92,4(90,5-93,9)

*Intervalo de confianza al 95%; (a) Medición de la tensión arterial hace un año o menos. (b) Análisis de colesterol en el último año o menos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Un 51,7% de los entrevistados/as afirmó que un médico/a o personal de enfermería le había comunicado que tenía la TA elevada; por sexo hay cifras similares entre hombres y mujeres, y por edad también son cifras similares. A un 45,3 % le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol; por sexo, en hombres un 43,5 y, en mujeres un 46,7% (tabla 20).

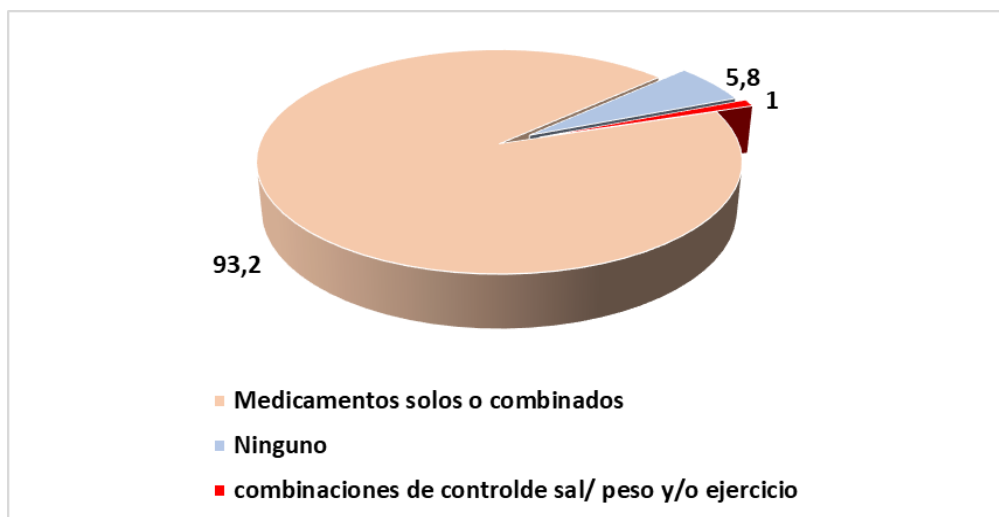
El 93,2% toman medicamentos para controlar su hipertensión tanto como única medida como en algunos casos acompañada de control de sal, peso y/o realización de ejercicio; un 5,8% no sigue ninguna medida y solo un 1% no toma medicamentos y combina el resto de medidas de control. El 58,3% solo toma medicamentos, el 16,1% además controla la sal en las comidas, un 5,8% no toma ninguna medida, tan solo un 1,5% sigue las cuatro medidas mencionadas (figuras 23 y 24).

Tabla 20. Porcentajes de comunicación de Tensión arterial (TA) y colesterol elevados. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*
Comunicación TA** alta	503	51,7(48,6-54,9)	223	52,2(47,4-57)	280	51,4(47,2-55,5)	185	53,8(48,3-59,2)	177	55,7(49,5-61,8)	141	51,7(48,6-54,9)
Comunicación colesterol alto	451	45,3(42,2-48,4)	192	43,5(39-48,2)	259	46,7(42,6-50,8)	183	44,7(39,5-50)	152	45,3(39,3-51,5)	116	45,3(42,2-48,4)

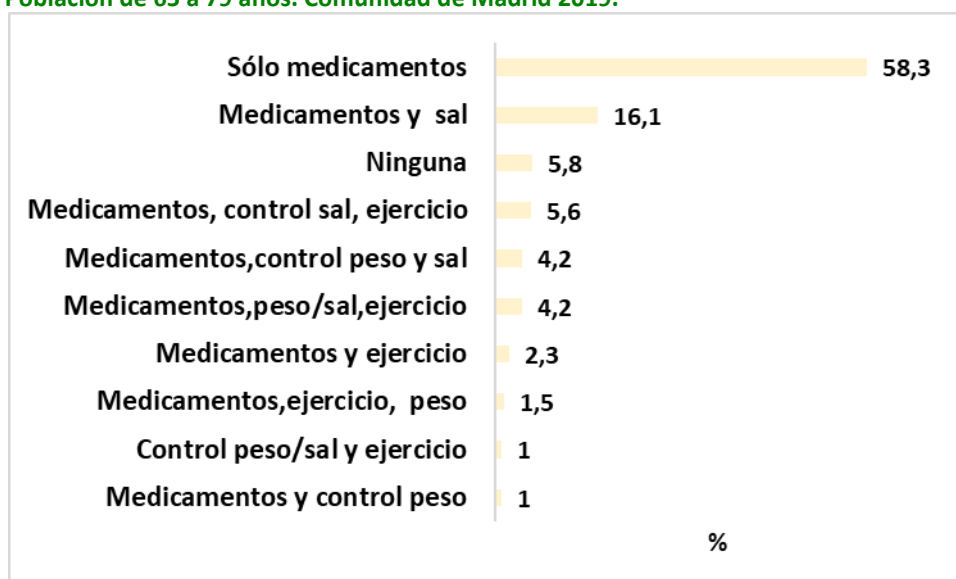
*Intervalo de confianza 95% **Tensión arterial Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 23. Porcentajes de seguimiento de medidas terapéuticas para el control de la hipertensión. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 24. Porcentajes de medidas terapéuticas seguidas para el control de la hipertensión arterial en orden de frecuencia. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Citología

El 24,2% de las mujeres se hizo una citología hace menos de 1 año, entre 1 y 2 años 16,3%, de 3 a 5 años 21,5%, 6 años o más 33,3% y nunca se han hecho una citología un 4,1%.

Mamografía

En todas las CC. AA. se llevan a cabo programas poblacionales de cribado de cáncer de mama destinados a las mujeres de entre 50 y 65 años, mediante mamografía de cribado cada 2 años. Desde hace más de una década, a pesar de la evidencia acumulada, persiste la divergencia en las conclusiones de las diferentes revisiones sistemáticas disponibles en la actualidad.

En relación al cribado de cáncer mama las recomendaciones de la US Preventive Services Task Force (USPSTF) y de la Canadian Task Force (CTF) para los cribados de cáncer recogidas en las actualización 2018 de recomendaciones de prevención del cáncer Grupo PAPPS entre 50-69 años: se recomienda una mamografía cada 2 a 3 años (recomendación débil, evidencia de calidad moderada y de 70-74 años: se recomienda habitualmente el cribado con mamografía cada 2 a 3 años (recomendación débil, evidencia de baja calidad).

Siguiendo estos criterios, el 35,2% se hicieron una mamografía hace menos de un año, el 39,5% entre 1 a 4 años y el 23,3% 5 años o más, el 2% nunca se habían hecho esta prueba.

Test de sangre oculta en heces

El 53,9% no se había realizado nunca una prueba SOH; el 23% se hizo una prueba de SOH hacía menos de 1 año, 12,7% entre 1 y 2 años y el 5% de 3 a 5 años y finalmente hace más de 5 años un 5,1%.

Entre las personas que se hicieron la prueba, el 77,1% se la hizo fines exclusivamente con fines preventivos y un 22,9% por una sospecha. En el 57,2% fue aconsejada por médico de Atención Primaria/especialista y en el 42,8% recibió una carta o llamada telefónica.

Colonoscopia o sigmoidoscopia

El 13,4% se había hecho una colonoscopia o sigmoidoscopia hacía menos de 1 año, 13,3% entre 1 y 2 años y el 9,4% de 3 a 4 años y de 5 a más años 12%; un 52,7% dijo no haberse hecho nunca esta prueba.

4.8.- SALUD MENTAL

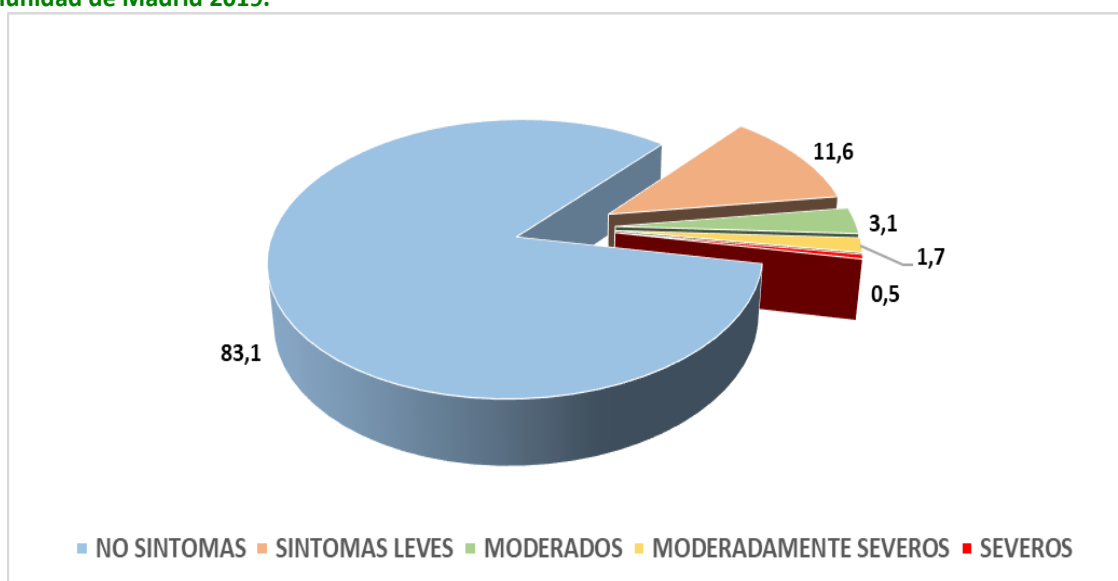
La salud mental es una importante dimensión del estado de salud, tanto porque las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad como por su carácter determinante del bienestar. El cuestionario PHQ se refiere únicamente a la depresión.²⁸

Los desórdenes depresivos son los trastornos mentales más frecuentes en las consultas y uno de los más importantes problemas de salud pública. En SIVFRENT- M se incluye el cuestionario PHQ-8 de valoración de depresión y severidad de sintomatología depresiva por su duración; las respuestas obtenidas se refieren a las 2 semanas anteriores a la entrevista.

En la figura 25 se muestran los resultados obtenidos para presencia de sintomatología depresiva: el 11,6% tiene síntomas leves de depresión, 3,1% moderados, 1,7% moderadamente severos, y 0,5% severos.

Un 2,2% de las personas entrevistadas mostraron síntomas de depresión de intensidad moderadamente severa a severa con una diferencia de más de 3 puntos porcentuales entre las mujeres respecto de los hombres (3,1% vs 0,5%) (tabla 21).

Figura 25. Porcentajes globales de sintomatología depresiva por gravedad PHQ-8. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 21. Porcentaje de sintomatología depresiva PHQ-8 en sus diferentes grados, desde ninguna sintomatología a severa por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

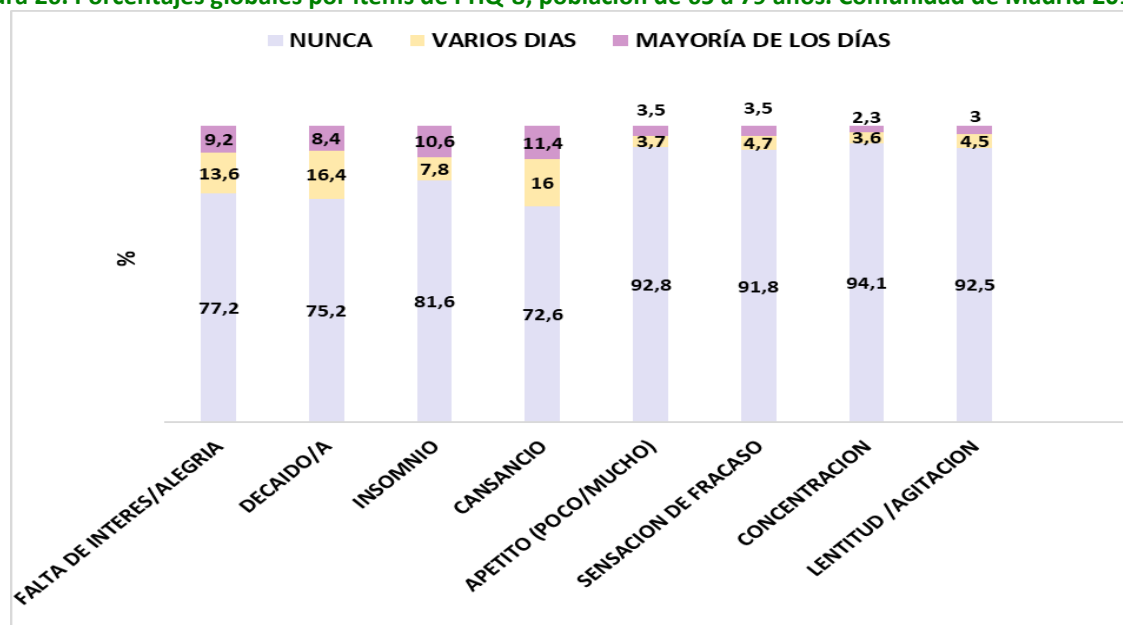
	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
NO SINTOMAS	831	83,1(80,7-85,3)	404	91,6(88,6-93,9)	427	76,4(72,7-79,7)	338	84,3(80,4-87,5)	280	81,6(77,3-85,3)	213	83,2(78,2-87,2)
SINTOMAS LEVES	116	11,6(9,8-13,7)	30	6,8(4,8-9,6)	86	15,4(12,6-18,6)	42	10,5(7,8-13,9)	48	14(10,7-18)	26	10,2(7-14,5)
MODERADOS	31	3,1(2,2-4,4)	5	1,1(0,5-2,7)	26	4,7(3,2-6,8)	14	3,5(2,1-5,8)	9	2,6(1,4-5)	8	3,1(1,6-6,1)
MODERADAMENTE SEVEROS	17	1,7(1,1-2,7)	2	0,5(0,1-1,8)	15	2,7(1,6-4,4)	4	1(0,4-2,6)	6	1,7(0,8-3,8)	7	2,7(1,3-5,6)
SEVEROS	5	0,5(0,2-1,2)	0	0	5	0,9(0,4-2,1)	3	0,7(0,2-2,3)	0	0(0-0)	2	0,8(0,2-3,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Los ítems menos frecuentemente contestados en la categoría “nunca” fueron la falta de interés o alegría por hacer cosas 77,2%, el sentimiento de decaimiento, deprimido/a o desesperanzado/a 75,2% y la sensación de cansancio o de tener poca energía 72,6%; en la categoría “mayoría de los días” los ítems más frecuentes fueron insomnio, problemas para quedarse dormido/a para seguir durmiendo o dormir demasiado 10,6% y sensación de cansancio o de tener poca energía 11,4% (figura 26).

La presencia de síntomas depresivos se da en las mujeres con más frecuencia que en los hombres como se muestra en las figuras para las categorías varios días durante las últimas dos semanas y mayoría de los días (más de la mitad de los días o casi todos los días) (figura 27).

La prevalencia autodeclarada de síntomas depresivos de moderados a severos fue de un 5,3% globalmente; por sexo hay una diferencia de 6,6 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (1,6% y 8,2% respectivamente); para todas las variables el porcentaje mayor es para las mujeres con gran distancia de lo obtenido por los hombres; por edad hay un incremento al aumentar la edad. Con el incremento de los recursos económicos este porcentaje disminuye y esto mismo ocurre al aumentar el nivel de estudios (tabla 22).

Figura 26. Porcentajes globales por ítems de PHQ-8; población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

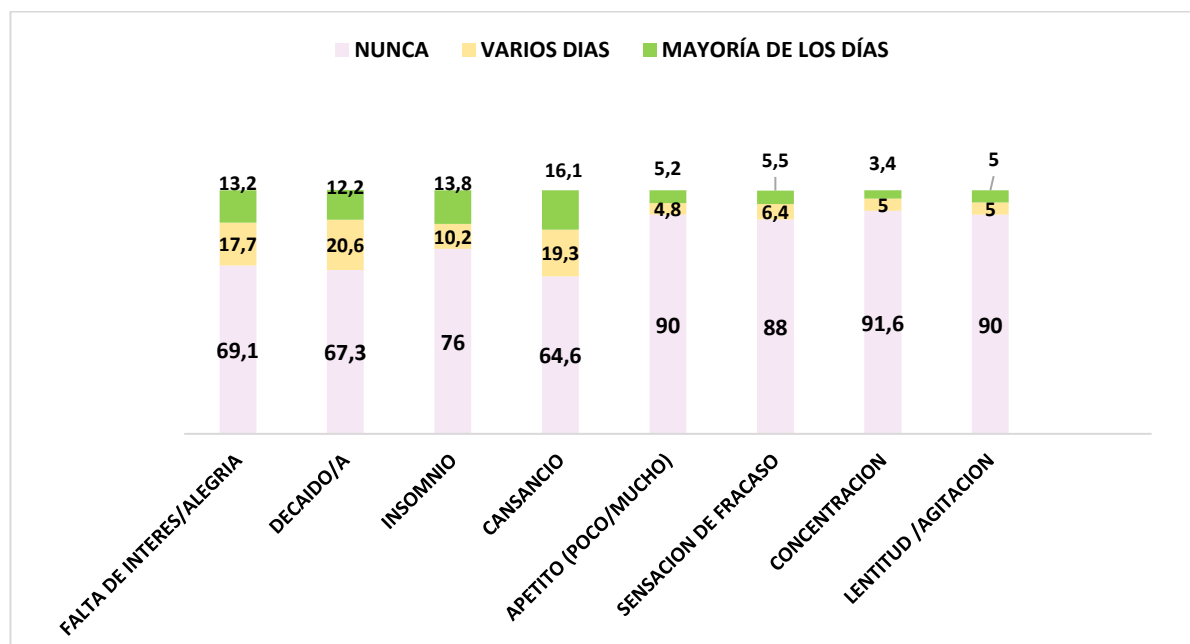
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 22. Prevalencia autodeclarada (PHQ-8) de síntomas depresivos de moderados a severos *por variables sociodemográficas, sexo y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

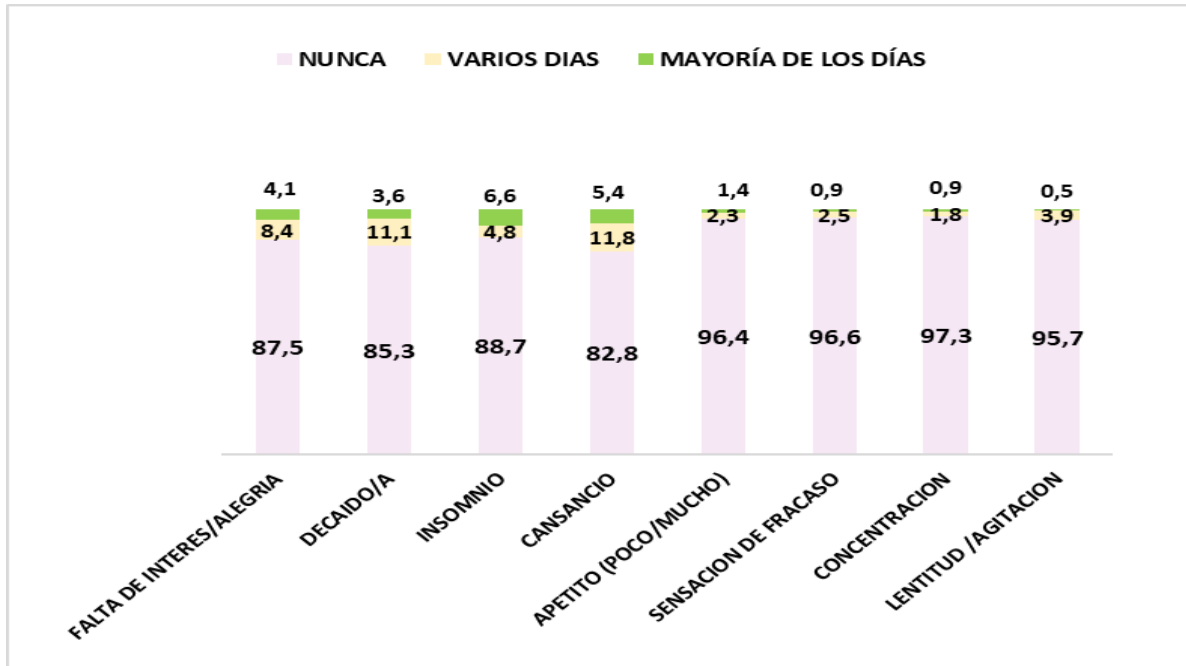
	Sexo					
		Hombres		Mujeres		Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	2	1,1(0,3-4,4)	19	8,6(5,5-13,1)	21	5,2(3,5-7,9)
70-74	3	2(0,6-6)	12	6,3(3,6-10,7)	15	4,4(2,7-7,1)
75-79	2	1,8(0,5-6,9)	15	10,3(6,3-16,5)	17	6,6(4,2-10,4)
País de Nacimiento						
España	7	1,7(0,8-3,5)	45	8,6(6,4-11,3)	52	5,5(4,2-7,1)
Otro	0	0(0-0)	1	3(3-0,4)	1	1,8(0,2-11,7)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	3	1,7(0,6-5,1)	30	9,6(6,8-13,5)	33	6,8(4,9-9,4)
Secundarios	1	0,9(0,1-6,4)	10	7,2(4-12,9)	11	4,5(2,5-7,9)
Universitarios	2	1,4(0,3-5,3)	6	5,7(2,6-12,1)	8	3,2(1,6-6,2)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	1	1,6(0,2-10,8)	20	14,2(9,3-21)	21	10,4(6,9-15,4)
1050-1550	3	3,6(1,2-10,7)	11	10,9(6,1-18,6)	14	7,6(4,5-12,5)
1550-2200	1	1,1(0,2-7,4)	6	8,5(3,8-17,6)	7	4,3(2,1-8,8)
2200 a >2700	0	0(0-0)	1	1,5(0,2-10,2)	1	0,6(0,1-4,3)
Totales	7	1,6(0,8-3,3)	46	8,2(6,2-10,8)	53	5,3(4,1-6,9)

*De moderados a severos si obtienen una puntuación en el PHQ-8 de 10 A 24 puntos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 27. Porcentajes por ítems de PHQ-8 en las últimas dos semanas mujeres y hombres. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.**MUJERES**

HOMBRES

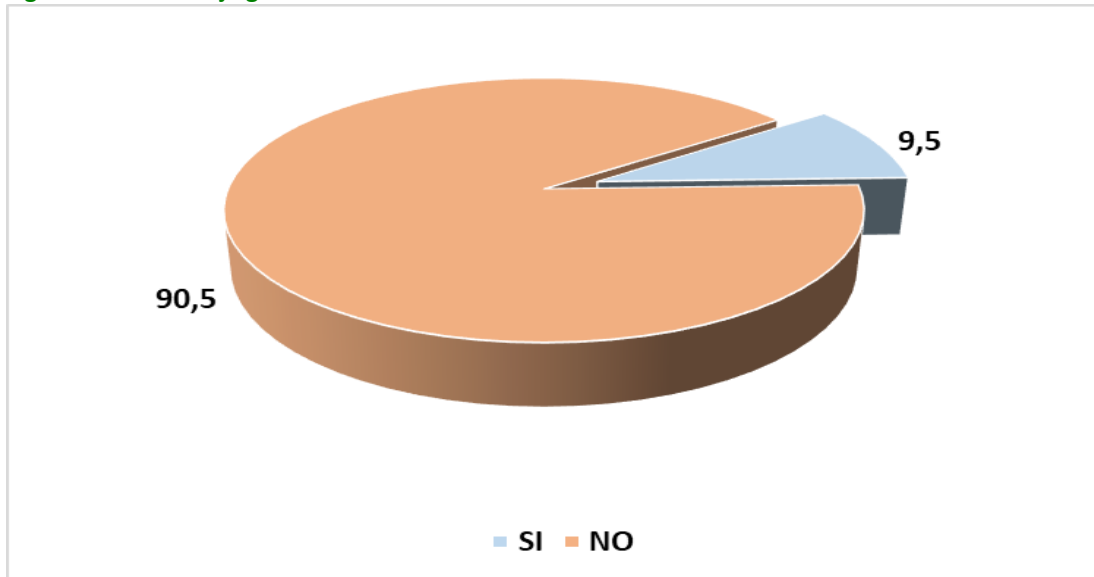


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.9.- ACCIDENTES

El 9,5% dijo haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica (figura 28); por sexo, en hombres un 7,5% y en mujeres 11,1%.

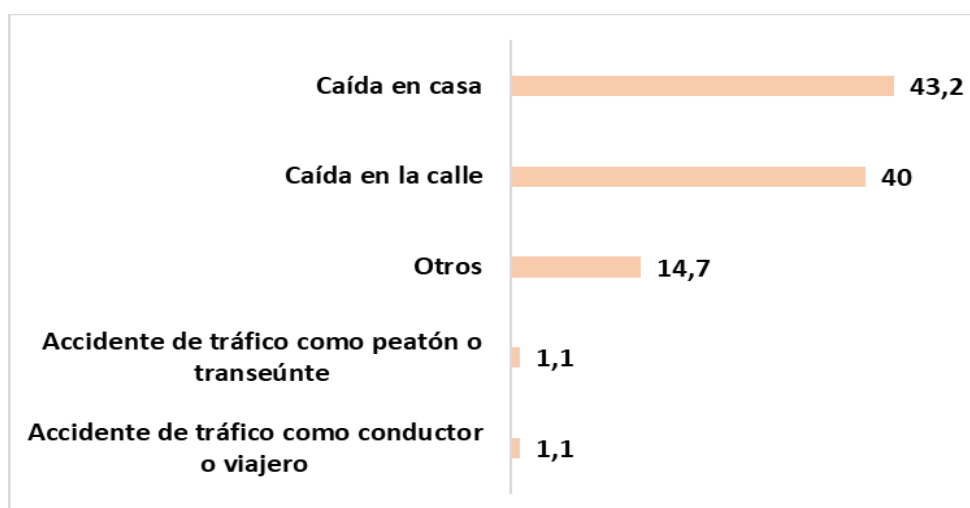
Figura 28. Porcentaje global de accidentes. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

El accidente más frecuente fueron las caídas en casa 43,2% seguidos del 40% caídas en la calle, los accidentes de tráfico como conductores/as viajero/a o transeúntes con un 1,1% y el 14,7% refirió otro tipo de accidentes (figura 29).

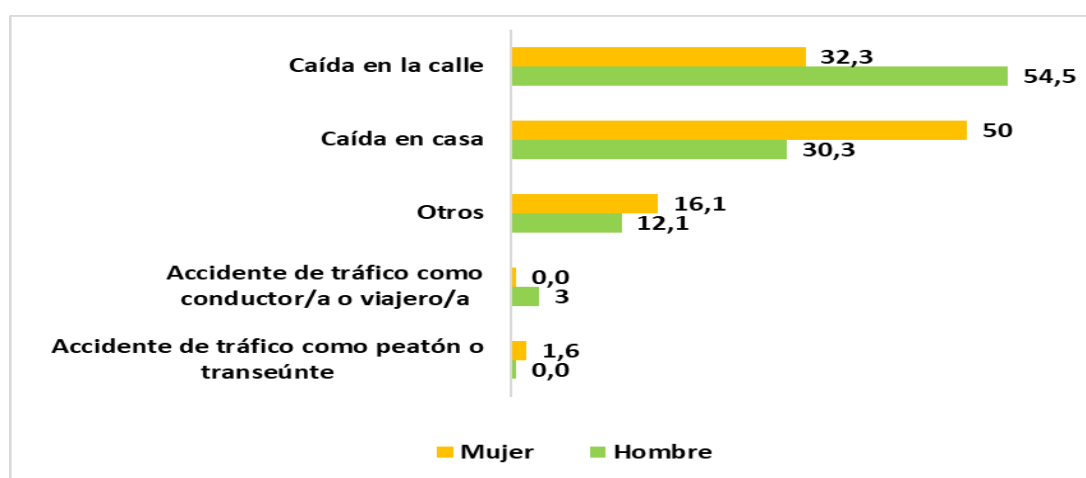
Figura 29. Porcentajes de accidentes en casa, calle, tráfico conduciendo o viajero/a o transeúnte. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Los accidentes en los últimos 12 meses que requirieron asistencia médica, fueron caídas en la calle en hombres 54,5% y en mujeres con un 32,3%; caídas en casa obtienen en mujeres un 50% y en los hombres un 30,3%; otros en mujeres 16,1% y en hombres 12,1%; accidente de tráfico como conductor/a o viajero/a en hombres 3% y en mujeres 0%; accidente de tráfico como transeúnte 1,6% en mujeres y 0% en hombres (figura 30).

Figura 30. Porcentajes de tipos de accidentes por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Por edad, las caídas en casa, accidentes como transeúntes y otro tipo de accidente obtuvo los mayores porcentajes en el grupo de 75 a 79 años con un 45,7%, 2,9% y 17,1% respectivamente (tabla 23).

Tabla 23. Porcentaje según tipos de accidentes por sexo y edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*
Caida en casa	41	43,2(33,6-53,3)	10	30,3(17,1-47,8)	31	50(37,8-62,2)	11	42,3(25,3-61,4)	14	41,2(26,2-58)	16	45,7(30,1-62,2)
Caida en la calle	38	40(30,7-50,1)	18	54,5(37,5-70,6)	20	32,3(21,9-44,8)	10	38,5(22,1-57,9)	16	47,1(31,1-63,6)	12	34,3(20,6-51,2)
Accidente de tráfico *	1	1,1(0,1-7,1)	1	3(0,4-18,7)	0	0(0-0)	1	3,8(0,5-22,9)	0	0(0-0)	0	0(0-0)
Accidente de tráfico transeúnte	1	1,1(0,1-7,1)	0	0(0-0)	1	1,6(0,2-10,6)	0	0(0-0)	0	0(0-0)	1	2,9(0,4-17,8)
Otros	14	14,7(8,9-23,4)	4	12,1(4,6-28,2)	10	16,1(8,9-27,6)	4	15,4(5,9-34,5)	4	11,8(4,5-27,6)	6	17,1(7,8-33,5)

*como conductor/a o viajero/a. Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT M19).

4.10.- PERCEPCIÓN DE SALUD

El concepto de salud tiene un componente objetivo de buen funcionamiento orgánico junto con la capacidad de integración bio-psicosocial pero además tiene un componente subjetivo. La percepción de la propia salud es uno de los indicadores más utilizados para evaluar la salud real de la población, y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo. La percepción de la salud goza de un extraordinario prestigio como medida de salud general de la población, prestigio seguramente fundamentado en las altas correlaciones encontradas entre esta medida y ciertos índices y perfiles de salud de contrastada validez, o en el fuerte carácter predictivo que tiene sobre el uso de servicios o la mortalidad³⁰. Conocer qué piensan las personas mayores sobre su salud es de gran importancia porque nos proporciona una evaluación de su estado general de salud.

La percepción de salud global “buena o muy buena” fue de un 57,5%; disminuye con la edad pasando de 62,8% en el grupo de 65-69 años a un 50,4% en los de 75-79 años de edad; por sexo, el 64,6% de los hombres y el 51,9% de las mujeres respondieron afirmativamente, el valor alcanzado por los hombres supera en casi 13 puntos porcentuales al de las mujeres. En la categoría “mala o muy mala salud” hay un aumento progresivo con la edad y pasa de 9,7% en el grupo de 65 a 69 años a 14,1% en los de 75-79 años; por sexo, en esta misma categoría el porcentaje de mujeres es más de 4 puntos porcentuales mayor del alcanzado por los hombres (12,0% vs 7,7%) (tabla 24).

Tabla 24. Porcentajes de percepción de salud por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Buena a Muy buena	575	57,5(54,4-60,5)	285	64,6(60-69)	290	51,9(47,8-56)	252	62,8(58-67,5)	194	56,6(51,3-61,7)	129	50,4(44,4-56,4)
Regular	324	32,4(29,6-35,4)	122	27,7(23,7-32,1)	202	36,1(32,3-40,2)	110	27,4(23,3-32)	123	35,9(31-41,1)	91	35,5(29,9-41,6)
Mala a Muy mala	101	10,1(8,4-12,1)	34	7,7(5,5-10,6)	67	12(9,6-14,9)	39	9,7(7,2-13)	26	7,6(5,2-10,9)	36	14,1(10,3-18,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

En general la percepción de salud como “buena o muy buena” es menor para las mujeres respecto de los hombres prácticamente en todas las variables, excepto en la categoría ingresos por hogar de 2200 a >2700 en la que las mujeres obtuvieron un 73,8% y los hombres 66,3%; La percepción de buena o muy buena salud globalmente aumenta con el nivel de ingresos, con el nivel de estudios y disminuye al aumentar la edad (tabla 25).

Tabla 25. Porcentajes de percepción de salud “buena o muy buena” por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	120	67(59,8-73,6)	132	59,5(52,8-65,8)	252	62,8(58-67,5)
70-74	98	64,9(56,9-72,1)	96	50(43-57)	194	56,6(51,3-61,7)
75-79	67	60,4(50,9-69,1)	62	42,8(35-50,9)	129	50,4(44,4-56,4)
País de Nacimiento						
España	267	63,9(59,1-68,4)	272	51,7(47,5-55,9)	539	57,1(53,9-60,2)
Otro	18	78,3(57,1-90,7)	18	54,5(37,7-70,4)	36	64,3(51-75,7)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	108	61,4(53,9-68,3)	131	42,1(36,8-47,6)	239	49,1(44,7-53,5)
Secundarios	70	65,4(55,9-73,9)	88	63,8(55,4-71,4)	158	64,5(58,3-70,3)
Universitarios	100	68,5(60,5-75,5)	68	64,2(54,5-72,8)	168	66,7(60,6-72,2)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	34	55,7(43,2-67,6)	59	41,8(34-50,2)	93	46(39,3-52,9)
1050-1550	54	65,1(54,2-74,6)	47	46,5(37,1-56,2)	101	54,9(47,7-61,9)
1550-2200	62	68,1(57,8-76,9)	46	64,8(53-75)	108	66,7(59-73,5)
2200 a >2700	63	66,3(56,2-75,1)	48	73,8(61,8-83,1)	111	69,4(61,8-76,1)
Totales	285	64,6(60-69)	290	51,9(47,8-56)	575	57,5(54,4-60,5)

*Recursos económicos del hogar.

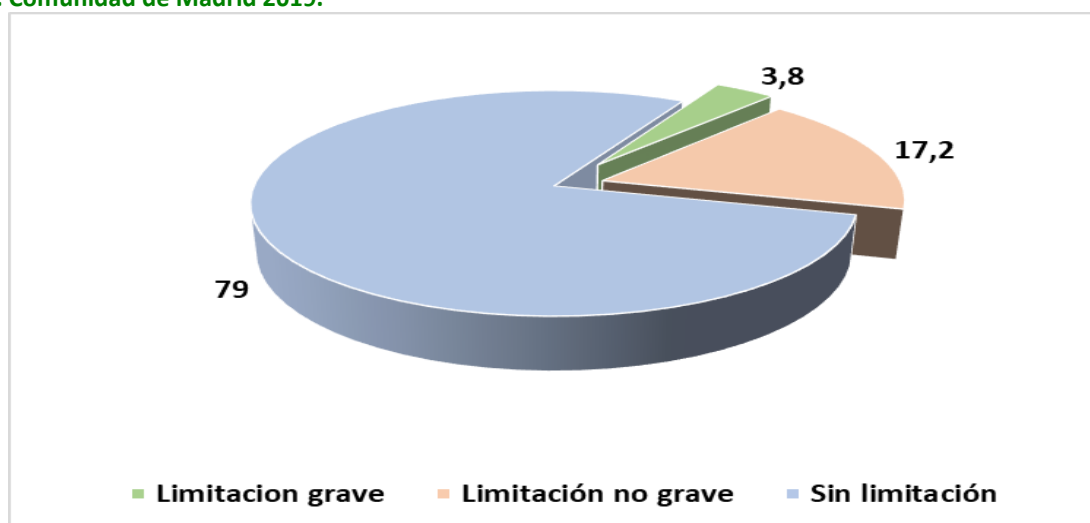
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.11.-LIMITACIÓN A LA MOVILIDAD- GALI

Con el índice GALI, se analizan dos componentes el grado de limitación en grave y no grave y la limitación en los últimos 6 meses para actividades que la gente realiza normalmente.

Limitación grave/no grave

La limitación a la movilidad grave alcanza un 3,8% y no grave alcanzó un 17,2% (figura 31).

Figura 31. Porcentaje de limitación grave, limitación no grave y sin limitación a la movilidad. Población 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

La prevalencia por sexo de limitación grave a la movilidad para actividades que realiza la gente habitualmente es similar, en las mujeres 3,9% y en los hombres 3,6 %. Para limitación no grave existe una diferencia de más de cuatro puntos porcentuales (hombres 14,7% y mujeres 19,1%); por edad, para limitación grave vemos un aumento con el aumento de la edad. Para limitación no grave, la prevalencia en el grupo de edad 75-79 años fue de 22,3% (tabla 26).

Tabla 26. Prevalencia de limitación a la movilidad grave, no grave y sin limitación por sexo y edad. Comunidad de Madrid 2019

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Limitación grave	38	3,8(2,8-5,2)	16	3,6(2,2-5,9)	22	3,9(2,6-5,9)	10	2,5(1,3-4,6)	13	3,8(2,2-6,4)	15	5,9(3,6-9,5)
Limitación no grave	172	17,2(15-19,7)	65	14,7(11,7-18,4)	107	19,1(16,1-22,6)	66	16,5(13,1-20,4)	49	14,3(11-18,4)	57	22,3(17,6-27,7)
Sin Limitación	790	79(76,4-81,4)	360	81,6(77,7-85)	430	76,9(73,3-80,2)	325	81(76,9-84,6)	281	81,9(77,5-85,7)	184	71,9(66,2-76,9)

Fuente:

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Limitación a la movilidad en los últimos 6 meses

En cuanto a la limitación a la movilidad en el período comprendido en los últimos 6 meses las respuestas afirmativas fueron superiores al 80%, tanto para sexo como por grupos de edad (tabla 27).

Tabla 27. Prevalencia de limitación a la movilidad grave/no grave en los últimos 6 meses. Población 65-79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Si	179	85,6(80,2-89,8)	68	85(75,3-91,3)	111	86(78,9-91)	63	82,9(72,7-89,8)	56	90,3(80-95,6)	60	84,5(74-91,2)
No	30	14,4(10,2-19,8)	12	15(8,7-24,7)	18	14(9-21,1)	13	17,1(10,2-27,3)	6	9,7(4,4-20)	11	15,5(8,8-26)

Fuente:

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.12. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD

Un 56,8% de los estudiados responde tener problemas crónicos de salud; por sexo, en mujeres alcanza un 57,3% y en hombres 56,0%. Al analizar la variable "ingresos económicos del hogar" el porcentaje global muestra una disminución progresiva con el aumento de ingresos; por sexo en las mujeres, la diferencia entre el grupo de ingresos más bajos (<350 a 1050 euros/mes) y el más alto (2200 a >2700 mes), fue de casi 19 puntos porcentuales (tabla 28).

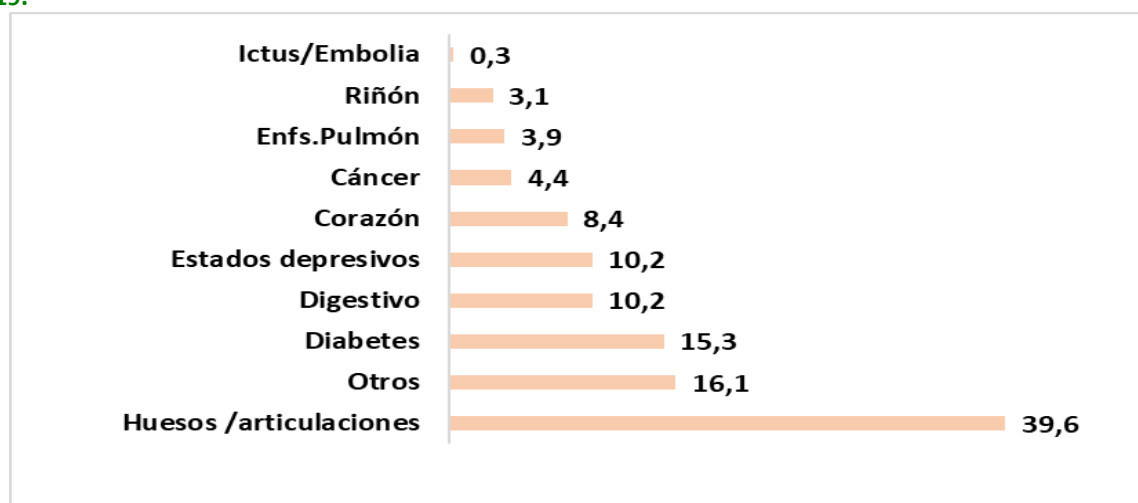
Se preguntó por padecimientos según grupos de enfermedades. Como se muestra en la figura 32 globalmente la dolencia más frecuente fue "huesos y articulaciones" con un 39,6% seguida de otras no mencionadas con un 16,1%; en esta población la diabetes alcanza un 15,3%; los estados depresivos 10,2% y el mismo porcentaje para alteraciones de aparato digestivo.

Tabla 28. Porcentajes de respuestas afirmativas a padecer enfermedades por sexo y variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	89	49,7(42,4-57)	132	59,7(53,1-66)	221	55,3(50,3-60,1)
70-74	99	65,6(57,6-72,8)	107	55,7(48,6-62,7)	206	60,1(54,8-65,1)
75-79	59	53,2(43,7-62,4)	81	55,9(47,8-63,6)	140	54,7(48,6-60,7)
País de Nacimiento						
España	230	55(50,2-59,7)	300	57,1(52,9-61,3)	530	56,2(53-59,3)
Otro	17	73,9(52,8-87,8)	20	60,6(43,3-75,6)	37	66,1(52,8-77,2)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	94	53,4(46-60,7)	182	58,5(53-63,8)	276	56,7(52,2-61)
Secundarios	62	57,9(48,4-66,9)	70	51,1(42,9-59,3)	132	54,1(47,9-60,2)
Universitarios	86	58,9(50,8-66,6)	67	63,2(53,6-71,9)	153	60,7(54,5-66,6)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	38	62,3(49,5-73,6)	83	58,9(50,6-66,6)	121	59,9(53-66,4)
1050-1550	44	53(42,2-63,5)	65	64,4(54,7-73)	109	59,2(52-66,1)
1550-2200	48	52,7(42,6-62,7)	43	61,4(49,6-72)	91	56,5(48,8-63,9)
2200 a >2700	54	56,8(46,7-66,4)	26	40(28,8-52,3)	80	50(42,3-57,7)
Totales	247	56(51,3-60,6)	320	57,3(53,2-61,4)	567	56,8(53,7-59,8)

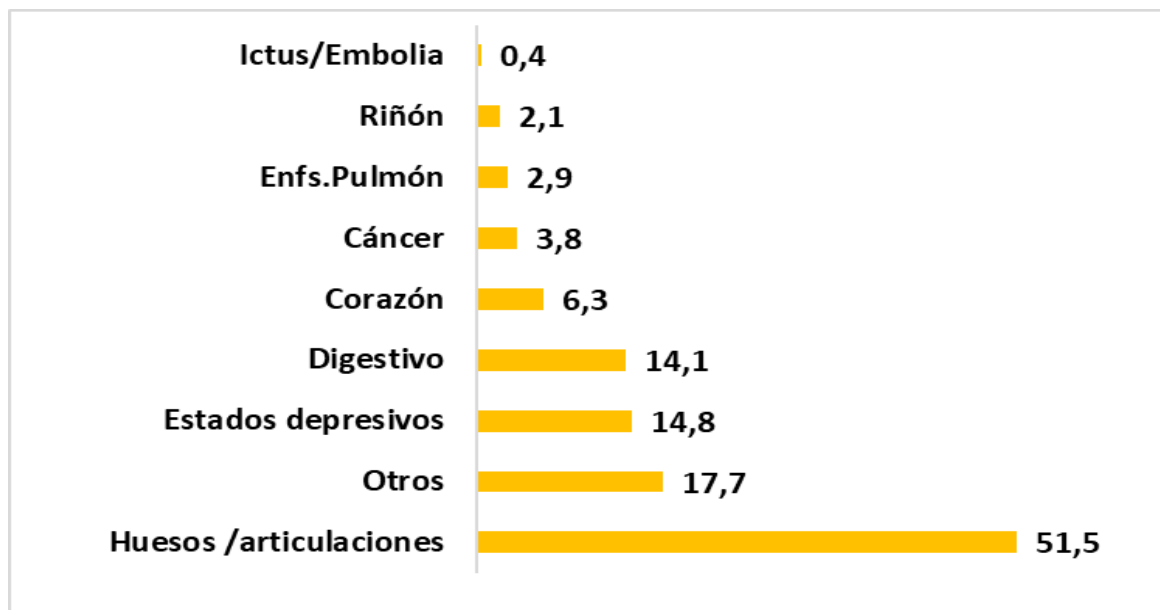
*Ingresos mensuales por hogar

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

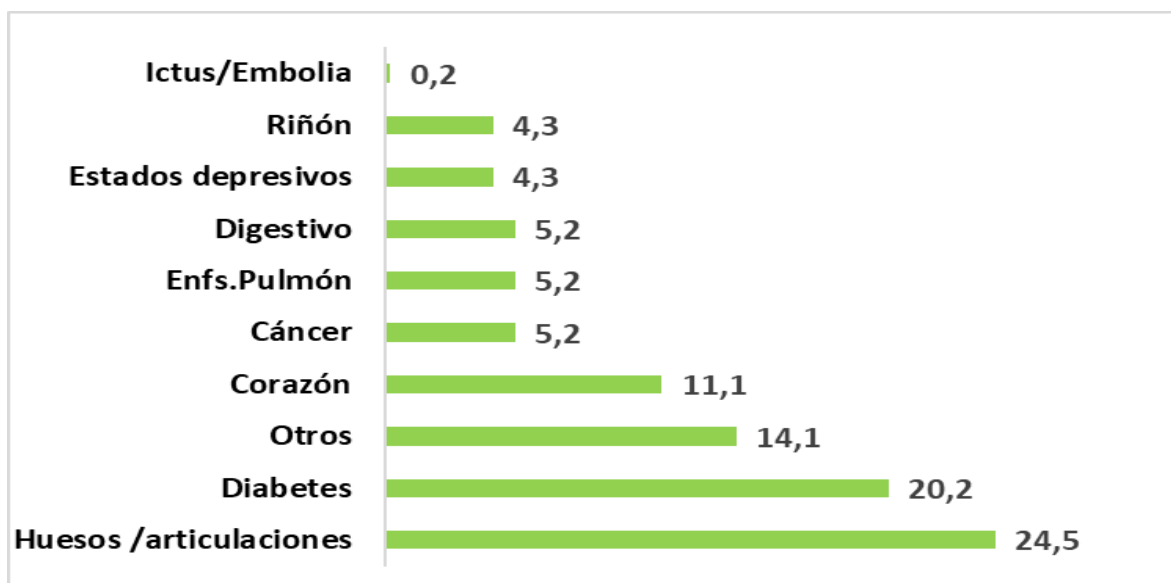
Figura 32. Porcentajes globales por grupos de enfermedades. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Al analizar por sexo se vio que las patologías de “huesos y articulaciones” ocupan el primer lugar en hombres y mujeres, 24,5% 51,5% y respectivamente, siendo más del doble en mujeres. Señalar la gran diferencia en “estados depresivos” que fue en las mujeres de un 14,8% y en los hombres de un 4,3% (figura 33).

Figura 33. Porcentajes por grupos de enfermedades por sexo. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid 2019.**MUJERES**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

HOMBRES

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.13. DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES

El mejor indicador de salud global en la persona mayor es el estado funcional; la existencia de alteraciones en cualquier área (física, mental o social) puede ser la causa de variaciones en la funcionalidad de la persona mayor. La funcionalidad está definida como capacidad para realizar actividades que nos permiten vivir de forma independiente en nuestro domicilio y en la comunidad asociadas generalmente con habilidades motoras³².

En la tabla 29 se presentan los porcentajes de limitación para actividades por su causa: física, mental o ambas. La causa de dificultad para realizar actividades comunes fue predominantemente física 87,6%; en la categoría “ambos” muestra una diferencia por sexo de 4,6 puntos porcentuales, 13,2% en mujeres y 8,6% en hombres.

Tabla 29. Porcentajes causa de limitación para actividades por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Físico	184	87,6(82,4-91,4)	73	90,1(81,5-95)	111	86(78,9-91)	62	81,6(71,3-88,8)	57	91,9(82-96,6)	65	90,3(80,9-95,3)
Mental	2	1(0,2-3,7)	1	1,2(0,2-8,3)	1	0,8(0,1-5,3)	1	1,3(0,2-8,8)	0	0(0-0)	1	1,4(0,2-9,2)
Ambos	24	11,4(7,8-16,5)	7	8,6(4,2-16,9)	17	13,2(8,3-20,2)	13	17,1(10,2-27,2)	5	8,1(3,4-18)	6	8,3(3,8-17,4)

Fuente:

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.13.1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD): autocuidado y vida doméstica

Las ABVD valoran el autocuidado y las necesidades básicas para que el paciente pueda mantenerse autónomo en su medio inmediato, es decir, su domicilio (comer, desplazarse, aarse, vestirse, contener esfínteres³². Según la puntuación obtenida se sitúa a las personas encuestadas en dependencia escasa, moderada, grave y total.

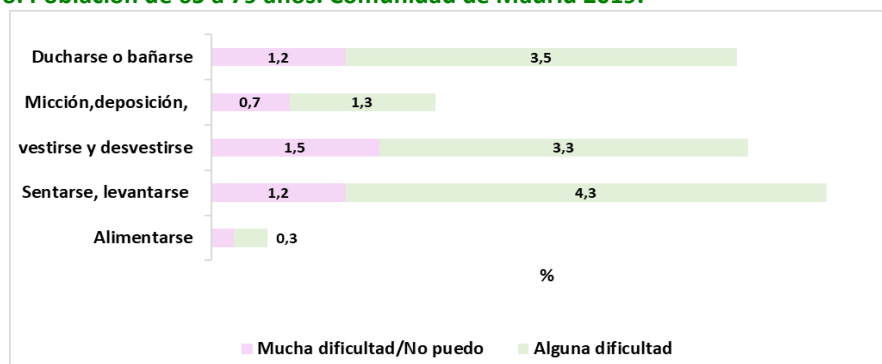
Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD)

Los porcentajes globales obtenidos sitúa en más del 95% la autonomía, (no tener ninguna dificultad), para cada ítem de los incluidos en este estudio para realizar actividades de la vida diaria tales como alimentarse, vestirse y desvestirse, micción y deposición, lavarse y arreglarse, ducharse o bañarse y en un 94,5% en el ítem sentarse o levantarse de una silla o la cama o acostarse.

El ítem más frecuente para “alguna dificultad” fue levantarse o sentarse en una silla o cama o acostarse (4,3%), seguido de ducharse o bañarse (3,5%); en la categoría “mucho dificultad o imposibilidad de hacerlo solo/a” vestirse o desvestirse fue el mayor porcentaje (1,5%). Alimentarse fue el ítem con la puntuación más baja (0,3%). En la categoría “Mucha dificultad o no poder hacerlo en absoluto” por encima del 1% se sitúan 2 ítems vestirse y desvestirse, sentarse o levantarse de silla o cama y acostarse, y para alimentarse en esta categoría no hubo ningún caso (figura 34).

Por sexo, en la categoría “alguna dificultad”, los porcentajes obtenidos son más elevados en mujeres llegando a casi 6 puntos porcentuales más en el ítem “sentarse, levantarse de un silla o cama o acostarse” con 6,8% en mujeres y 1,1% en hombres; Dentro de tener “mucho dificultad o no poderlo hacer por sí misma/o”, las cifras en las mujeres vuelven a ser más elevadas que las de los hombres excepto alimentarse ítem que no obtuvo ningún caso en hombres y mujeres (figura 35).

Figura 34. Porcentajes globales por ítems de “alguna dificultad” a “mucho o imposibilidad total” de realizar la actividad sola/o. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



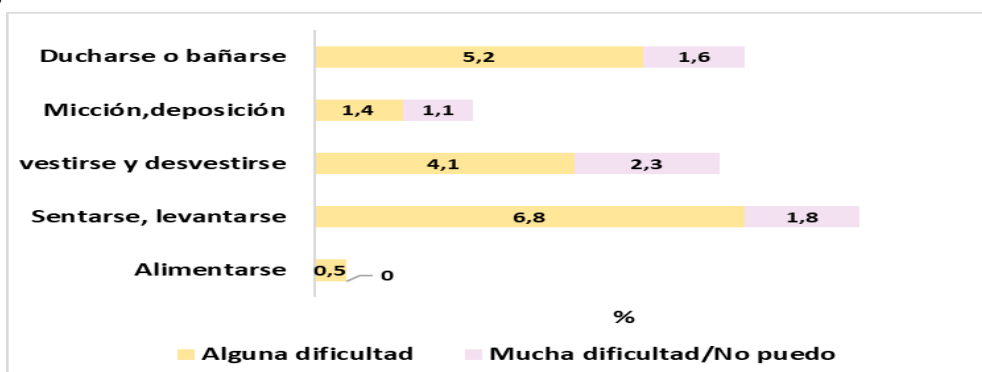
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Por grupo de edad, los porcentajes en la categoría “alguna dificultad” son mayores al pasar de un grupo de edad a otro superior. El mayor porcentaje se da en ducharse o bañarse 75-79 años con un 5,8% y el menor en alimentarse por sí mismo/a con 0,3% (figura 36).

Los porcentajes para “muchacha dificultad/Incapacidad total de hacerlo por sí misma/o” también se ve un aumento con la edad excepto en alimentarse por sí mismo/a que no obtuvo ningún caso (figura 37).

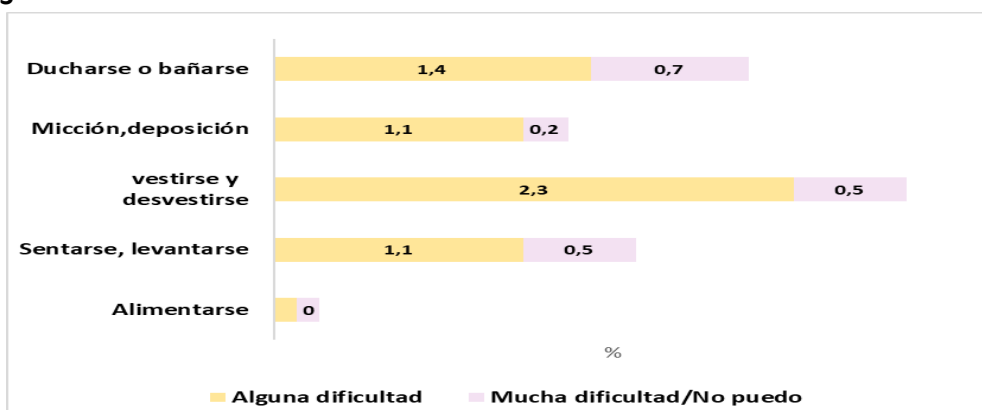
Figura 35. Porcentajes por sexo por ítems de “alguna dificultad” a “muchacha dificultad/imposibilidad total” de realizar la actividad sola/o. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

MUJERES



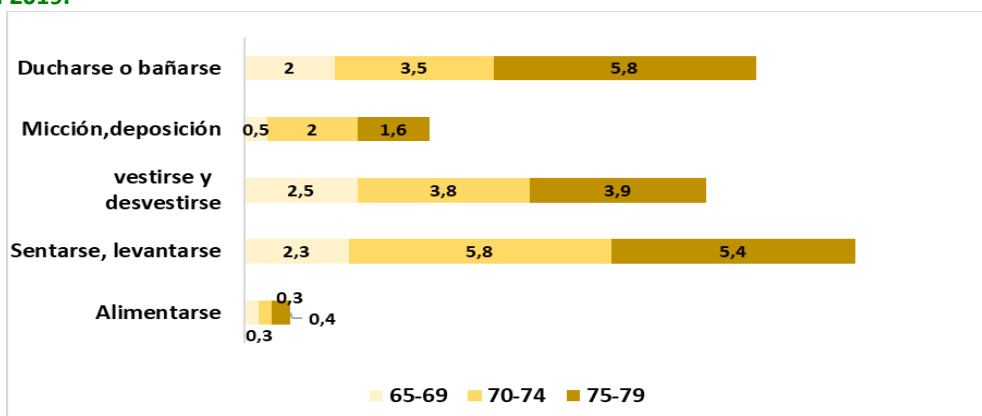
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

HOMBRES



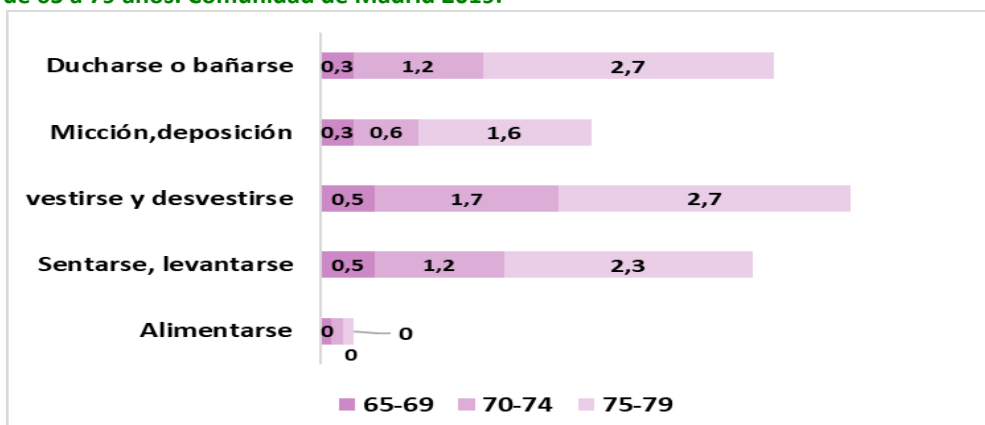
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 35. Porcentajes de “alguna dificultad” ABVD por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 37. Porcentajes para “muchísima dificultad/incapacidad total de hacerlo por sí misma/o” por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



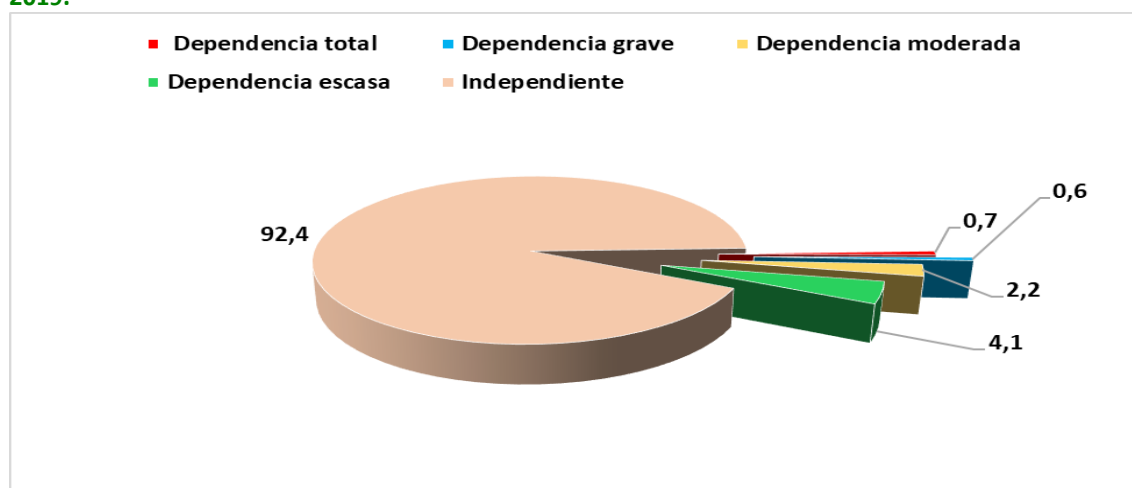
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Grado de dependencia según ABVD

Para los ítems valorados se define Independencia la obtención de 50 puntos es decir ninguna dificultad en la realización de la tarea, dependencia escasa 40-45 puntos, dependencia moderada 30-35 puntos, dependencia grave 20-25 y dependencia total 0-15 puntos. La puntuación es de 10 puntos para “ninguna dificultad”, 5 puntos “alguna dificultad”, 0 puntos “Mucha dificultad /no puede hacerlo”

El 92,4% es independiente para todas las actividades de la vida diaria. El resto muestra algún grado de dependencia siendo esta escasa (de 40 a 45 puntos) en el 4,1%, moderada (de 30 a 35 puntos) en el 2,2%, grave (20 a 25 puntos) en el 0,6% y dependencia total (5-15 puntos) en el 0,7% (figura 38).

Figura 38. Porcentajes globales de dependencia según ABVD. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

En la tabla 30 se muestran los porcentajes para sexo y edad de la dependencia agrupada en sus diferentes grados. Las mujeres obtienen 7,5 puntos porcentuales más que los hombres en dependencia (10,9% y 3,4 % respectivamente); el aumento de la dependencia por edad es llamativo pasando de 4,3% en 65 a 69 años, 8,5% en 70 a 74 años y 11,6% en 75 a 79 años.

Tabla 30. Porcentajes de independencia y dependencia de escasa a total por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	SEXO						EDAD					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Dependencia total/grave/moderada/escasa	76	7,6(6,1-9,4)	15	3,4(2,1-5,6)	61	10,9(8,6-13,7)	17	4,3(2,7-6,7)	29	8,5(6-11,9)	30	11,6(8,3-16)
Independencia	925	92,4(90,6-93,9)	424	96,6(94,4-97,9)	501	89,1(86,3-91,4)	383	95,8(93,3-97,3)	314	91,5(88,1-94)	228	88,4(84-91,7)

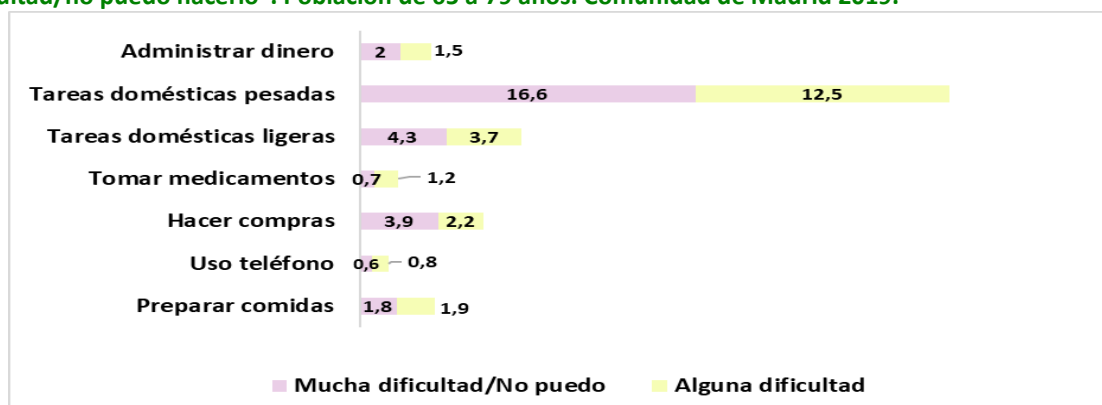
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.13.2. ACTIVIDADES BÁSICAS INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Las AIVD, que requieren más destreza y habilidad, valoran actividades necesarias para mantener la independencia en el hogar y poder permanecer autónomamente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida o hacer labores de la casa, desplazarse y utilizar transportes, usar el teléfono, llevar la contabilidad doméstica, etc.). Son las que primero se deterioran³³.

Se preguntó por la capacidad de hacer estas actividades, no por si las hacen, para evitar respuestas negativas por ejemplo en hombres que en general no realizan tareas como preparar comidas, trabajos domésticos etc.

El porcentaje global más elevado fue un 16,6% “muchacha dificultad o no puedo hacerlo en absoluto” tareas que requieren esfuerzo en el hogar como mover muebles, limpiar ventanas, transportar la compra y el menor porcentaje en esta categoría fue en el uso de teléfono con un 0,6% (figura 39).

Figura 39. Porcentajes globales de ítems de AIVD por cumplimiento con “alguna dificultad”, “muchacha dificultad/no puedo hacerlo”. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Por sexo, los porcentajes son mayores en las mujeres respecto de los hombres (figuras 40). Por grupo de edad, en la categoría dificultad “Muchacha dificultad/No puedo hacerlo” las tareas domésticas pesadas dieron un 25,8% en el grupo de edad 75-79 años; La toma de medicamentos y el uso de teléfono obtuvo el menor porcentaje (figuras 41 y 42)

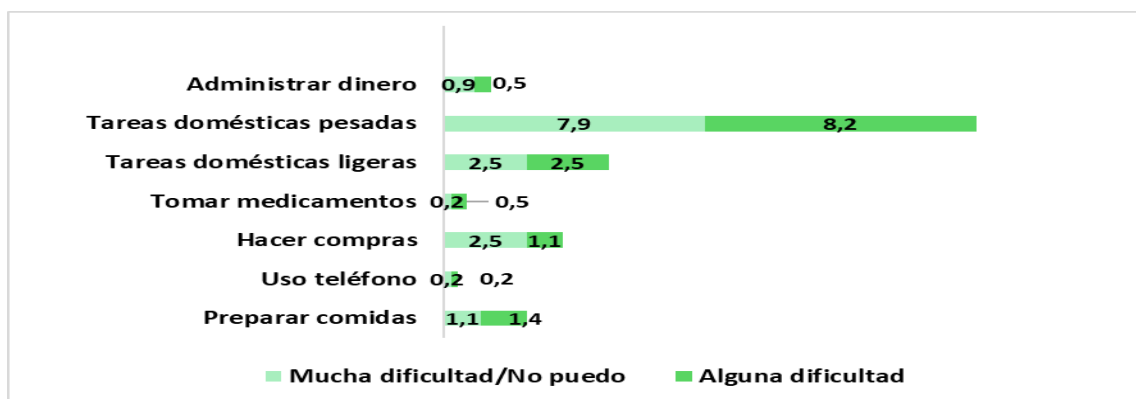
Figura 40. Porcentajes AIVD por cumplimiento con “alguna dificultad”, “muchísima dificultad/no puedo hacerlo” por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

MUJERES



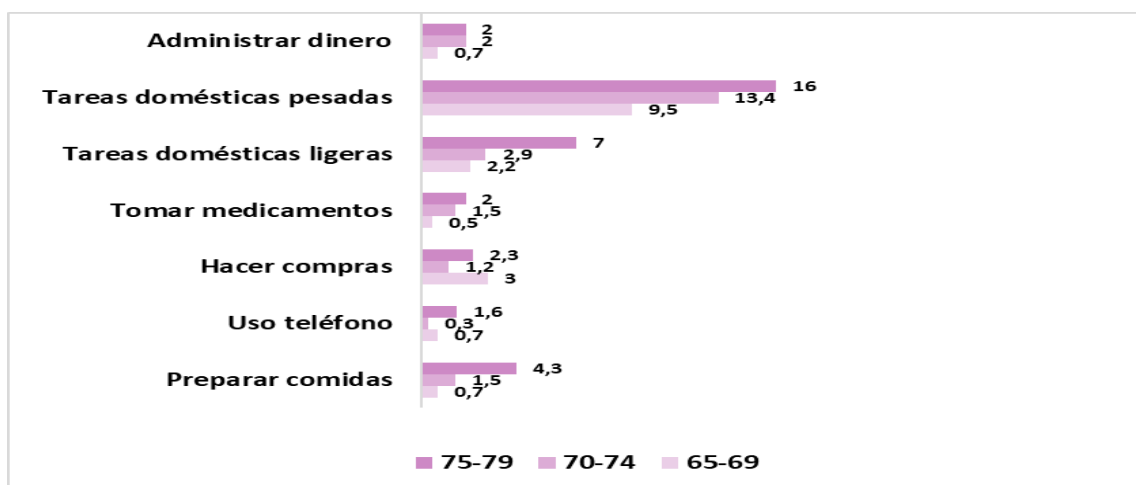
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

HOMBRES



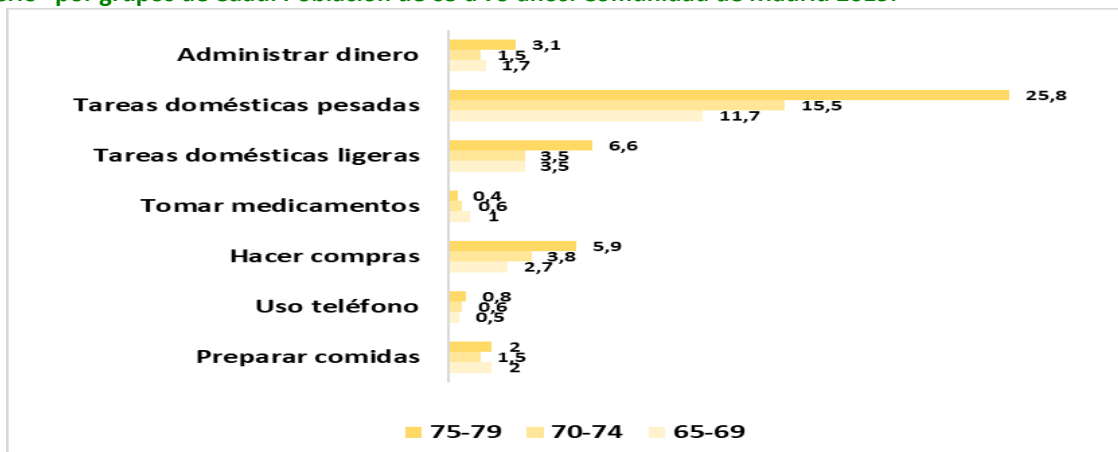
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 41. Porcentajes AIVD por cumplimiento con cualquier grado de dificultad “Alguna dificultad” por edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 42. Porcentajes AIVD cumplimiento con cualquier grado de dificultad “Mucha dificultad/No puedo hacerlo” por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Grado de dependencia para AIVD

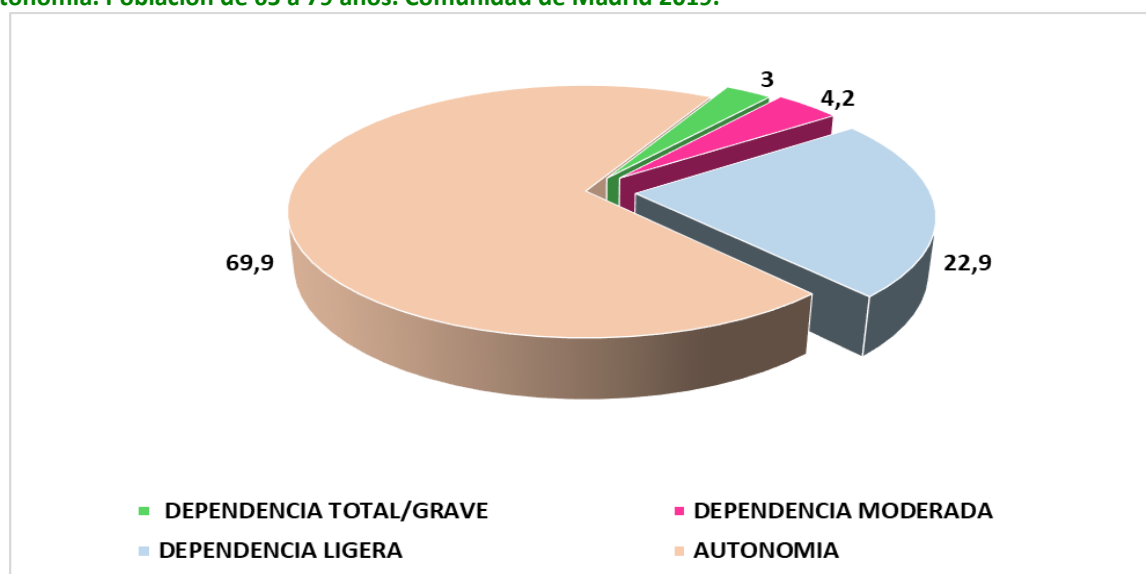
Para el análisis de la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se adjudican la siguientes puntuaciones: cuando la respuesta es “ninguna dificultad” 10 puntos, alguna dificultad 5 puntos y mucha dificultad/no puedo hacerlo en absoluto 0 puntos.

La suma de las puntuaciones obtenidas valora como dependencia total si el resultado son 0 a 10 puntos, dependencia grave de 20 a 30 puntos, moderada de 40 a 50 puntos, ligera 65 puntos y autonomía 70 puntos.

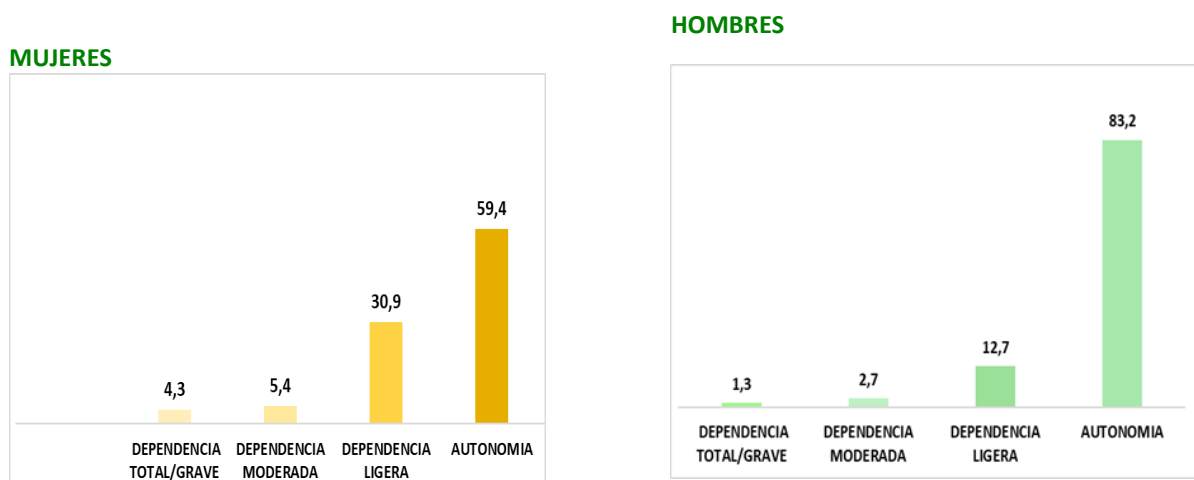
El 22,9% tiene una dependencia ligera, el 4,2% moderada, el 3% dependencia total/grave y un 69,9% es autónomo/a (figura 43).

El grado de autonomía en hombres fue del 83,2% y en mujeres el 59,4%; la dependencia total/grave fue en hombres 1,3% y en mujeres 4,3% (figura 44).

Figura 43. Porcentajes globales de dependencia para AIVD dependencia grave/total, moderada, ligera y autonomía. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 44. Porcentajes por sexo de dependencia para AIVD dependencia grave/total, moderada, ligera y autonomía. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

En la tabla 31 se presenta los porcentajes de dependencia moderada o grave. El 7,2% tienen dependencia de moderada a grave o total para AIVD; por sexo más del doble en mujeres en relación a los hombres hecho que, en general se repite para todas las variables; la dependencia aumenta con la edad. El porcentaje disminuye al aumentar los ingresos, en las mujeres llega al 0% en las de 2200 a >2700 euros por hogar al mes, siendo en esta categoría en los hombres de 2,1%.

Tabla 31. Porcentajes de dependencia de moderada a grave y total para AIVD por sexo y variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	6	3,4(1,5-7,3)	18	8,1(5,1-12,5)	24	6(4-8,8)
70-74	8	5,3(2,7-10,2)	13	6,8(4-11,3)	21	6,1(4-9,2)
75-79	4	3,6(1,4-9,2)	23	15,9(10,7-22,8)	27	10,5(7,4-14,9)
País de Nacimiento						
España	16	3,8(2,4-6,1)	50	9,5(7,3-12,3)	66	7(5,5-8,8)
Otro	2	8,7(2,2-29)	4	12,1(4,6-28,2)	6	10,7(4,9-21,9)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	5	2,8(1,2-6,6)	35	11,3(8,2-15,3)	40	8,2(6,1-11)
Secundarios	4	3,7(1,4-9,6)	11	8(4,5-13,8)	15	6,1(3,7-9,9)
Universitarios	7	4,8(2,3-9,7)	8	7,5(3,8-14,4)	15	6(3,6-9,6)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	5	8,2(3,4-18,3)	21	14,9(9,9-21,8)	26	12,9(8,9-18,3)
1050-1550	5	6(2,5-13,7)	12	11,9(6,9-19,7)	17	9,2(5,8-14,3)
1550-2200	3	3,3(1,1-9,8)	3	4,2(1,4-12,4)	6	3,7(1,7-8)
2200 a >2700	2	2,1(0,5-8,1)	0	0(0-0)	2	1,3(0,3-4,9)
Totales	18	4,1(2,6-6,4)	54	9,7(7,5-12,4)	72	7,2(5,8-9)

*por hogar. Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

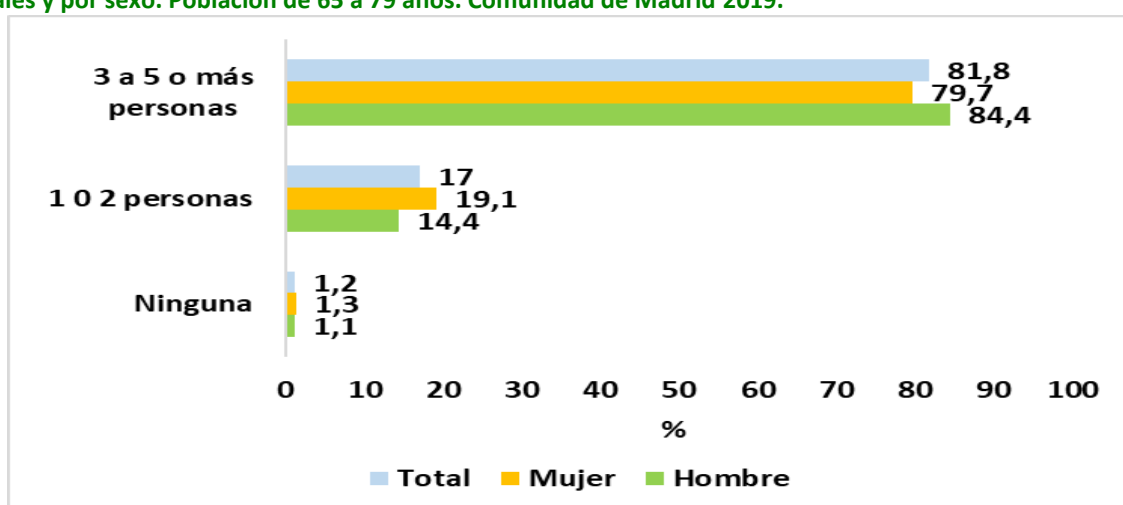
4.14. APOYO SOCIAL

4.14.1. PERSONAS CERCANAS EN CASO DE UN PROBLEMA GRAVE

El porcentaje de las personas entrevistadas que dijeron tener de “3 a 5 personas o más cercanas en caso de un problema personal grave” fue mayoritario con un total de 81,8%, por sexo, casi 5 puntos mayor en hombres respecto de las mujeres (84,4% vs 79,7%). Un 17% global manifiesta tener una o dos personas cercanas, un 1,2% respondió no tener ninguna (figura 45).

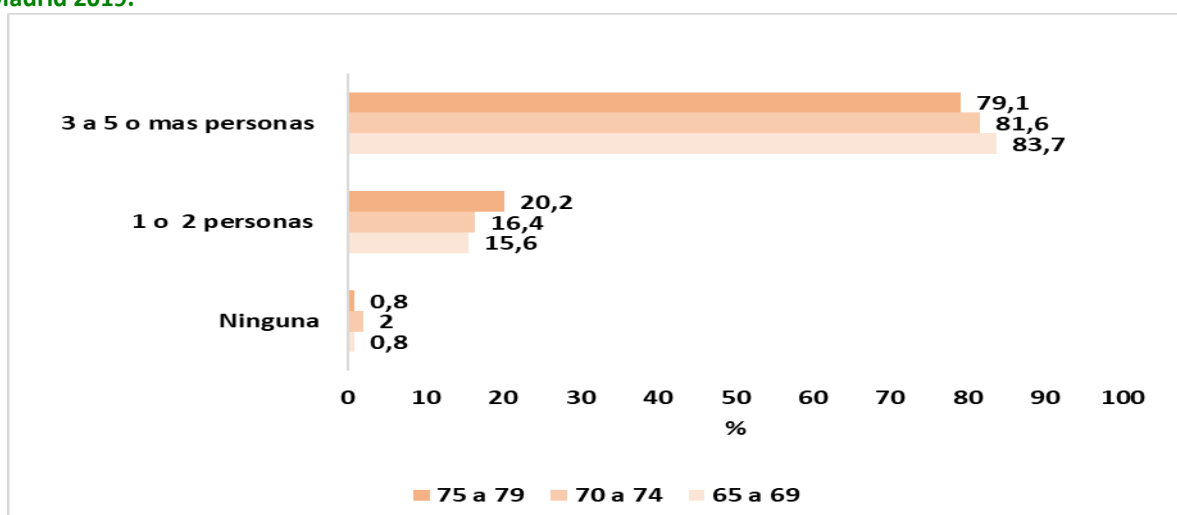
En la categoría “1 o 2 personas”, se observa un aumento progresivo hasta llegar a un máximo en el grupo de 75 a 79 años con un 20,2% (figura 46).

Figura 45. Porcentajes según “número de personas con las que puede contar en caso de un problema grave” por totales y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 46. Porcentajes según número de apoyos sociales por edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

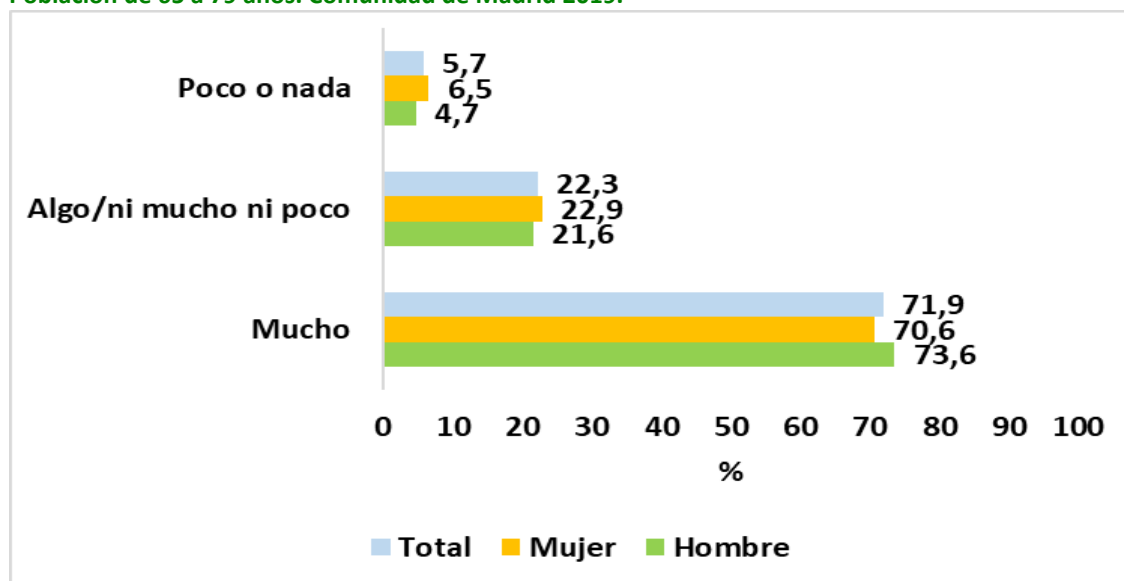


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.14.2. GRADO EN QUE OTRAS PERSONAS SE INTERESAN POR LO QUE LE PASA

Se recogió “en qué medida otras personas se interesan por lo que le pasa” obteniendo que un 71,9% respondió que otras personas se interesaban “mucho” por lo que les pasa, sin grandes diferencias por sexo; y en las categorías de “algo/ni poco ni mucho” a “poco o nada” se sitúa 28% (figura 47).

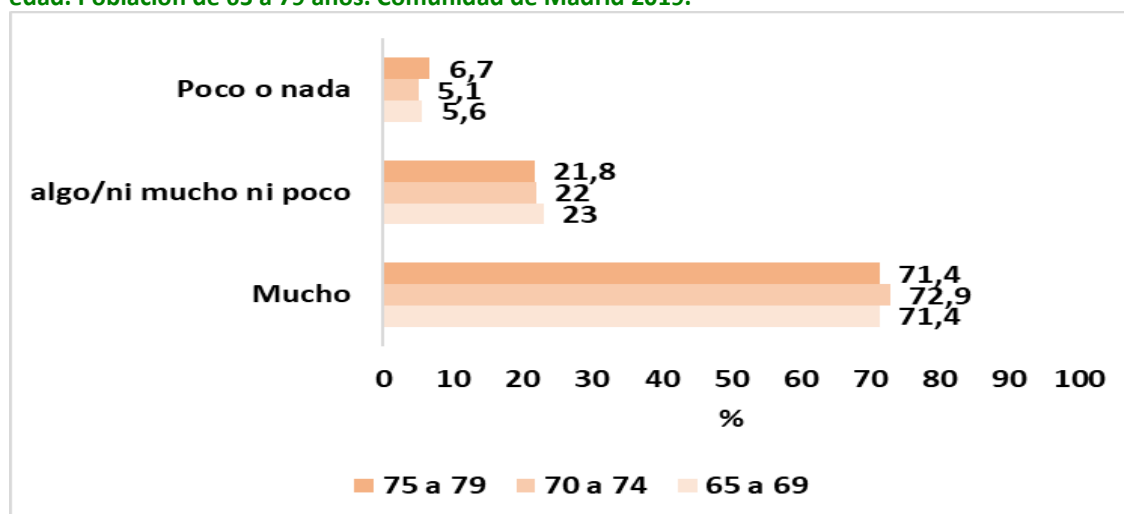
Figura 47. Porcentajes de “en qué medida otras personas se interesan por lo que le pasa” totales y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Por edad, el grupo de los mayores, 75 a 79 años, un 6,7% se sitúa en la categoría “poco o nada” y en la categoría “algo ni mucho ni poco” en este mismo grupo de edad estuvo el 21,8% (figura 48).

Figura 48. Porcentajes de “en qué medida otras personas se interesan por lo que le pasa” totales por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

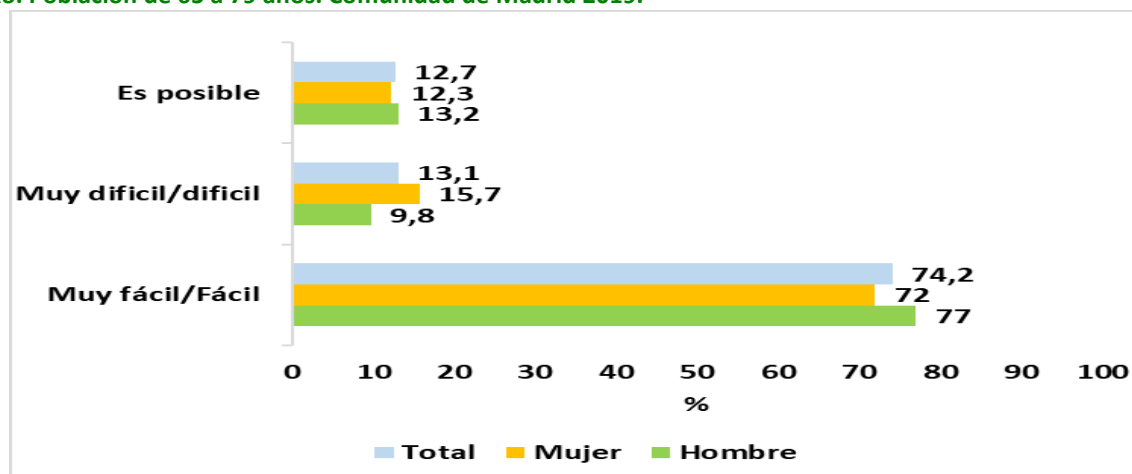


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.14.3. EN QUÉ MEDIDA ES POSIBLE OBTENER AYUDA DE LOS VECINOS EN CASO DE NECESIDAD

En caso de necesidad la posibilidad de obtener ayuda de los vecinos, para la categoría “muy fácil o fácil” el porcentaje fue de 74,2% en total y por sexo fue más elevado en hombres que en mujeres 77% y 72% respectivamente. El 13,1% respondió que la obtención de esta ayuda sería difícil o muy difícil (mujeres 15,7% vs hombres 9,8%) (figura 49).

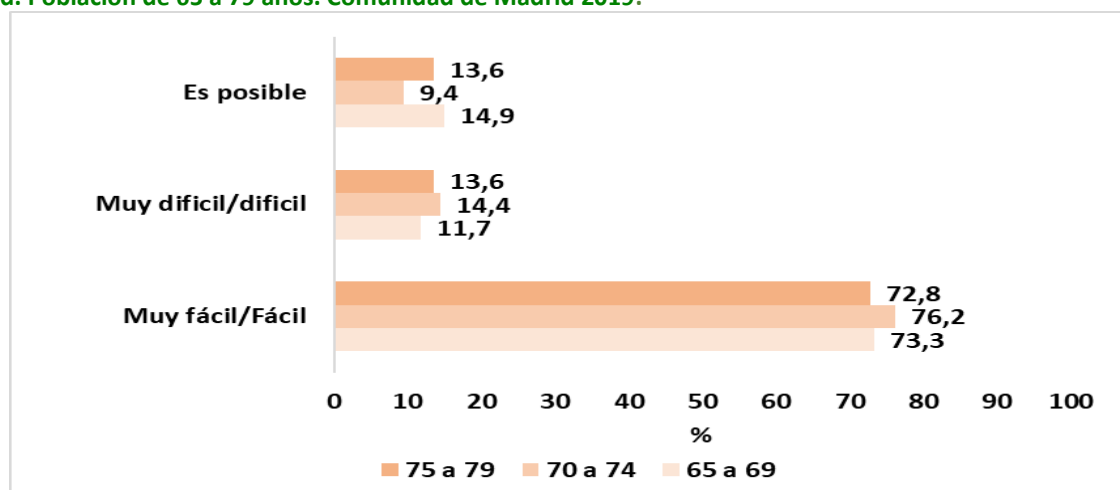
Figura 49. Porcentajes de “posibilidad de obtención de ayuda de vecinos en caso de necesidad” por totales y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Por edad, la posibilidad de obtener ayuda de los vecinos/as en caso de necesidad dentro de la categoría “difícil o muy difícil”, muestra un aumento progresivo pasando de 11,7% en el grupo de 65 a 69 años al 13,6% en los de 75 a 79 años (figura 50).

Figura 50. Porcentajes de “posibilidad de obtención de ayuda de vecinos en caso de necesidad” por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

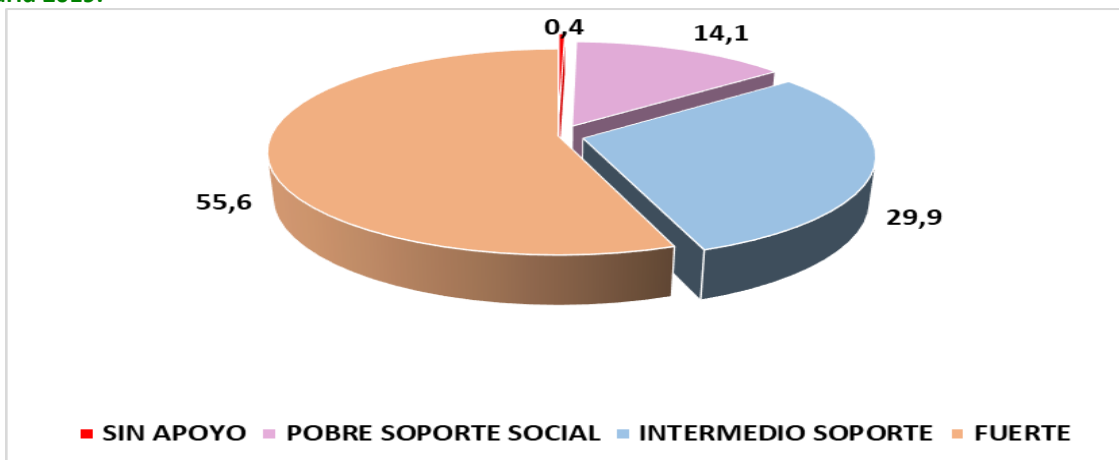
4.14.4. ESCALA DE MEDIDA DE APOYO SOCIAL – OSSLO-3 (THE OSLO SOCIAL SUPPORT SCALE OSS-3)

Esta escala está recomendada en el grupo técnico de estadísticas de salud y la encuesta europea de salud. La escala de apoyo social OSSLO-3* forma parte de la lista ECHI (indicadores de salud de la Comunidad Europea) desde 2014 y está clasificado como un indicador de envejecimiento saludable, de desigualdades de salud, de riesgos de salud prevenibles, y de salud mental, dado que es un indicador que apunta a medir un factor de protección en tiempos de estrés³⁴.

Se calcula la escala OSSLO-3 para las 3 preguntas de que se compone y las 5 categorías cada una de ellas; una menor puntuación corresponde a un menor apoyo social de modo que, pobre soporte social está entre 3 y 8 puntos, intermedio apoyo de 9 a 11 puntos y, fuerte apoyo social 12 a 14 puntos.

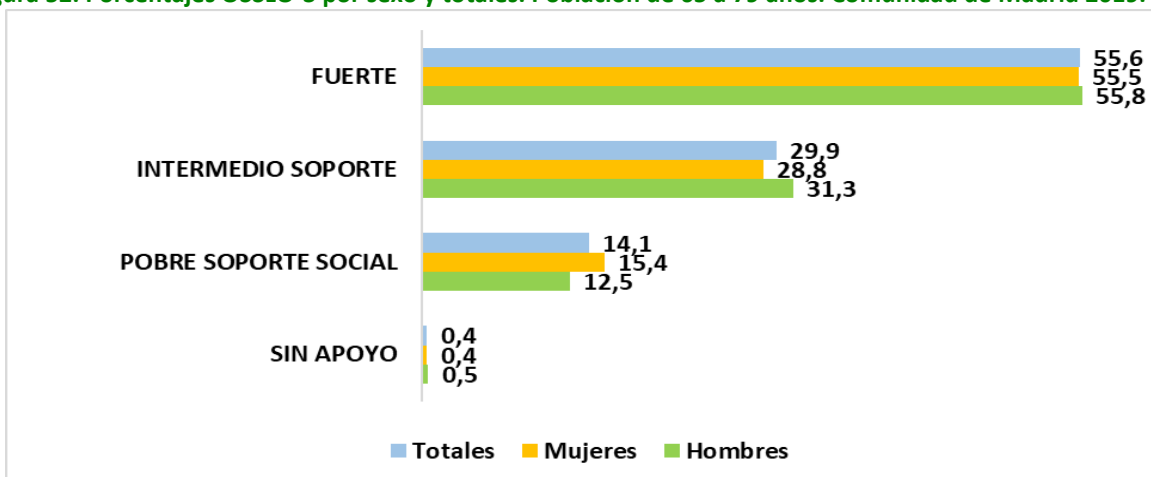
Seguendo la escala OSSLO-3, el 55,6% resultó con un fuerte soporte social, el 29,9% un intermedio soporte social y un 14,1% un pobre apoyo social finalmente, un 0,4% no contaba con apoyo social (figura 51).

Figura 51. Porcentajes globales escala OSSLO-3 de apoyo social. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



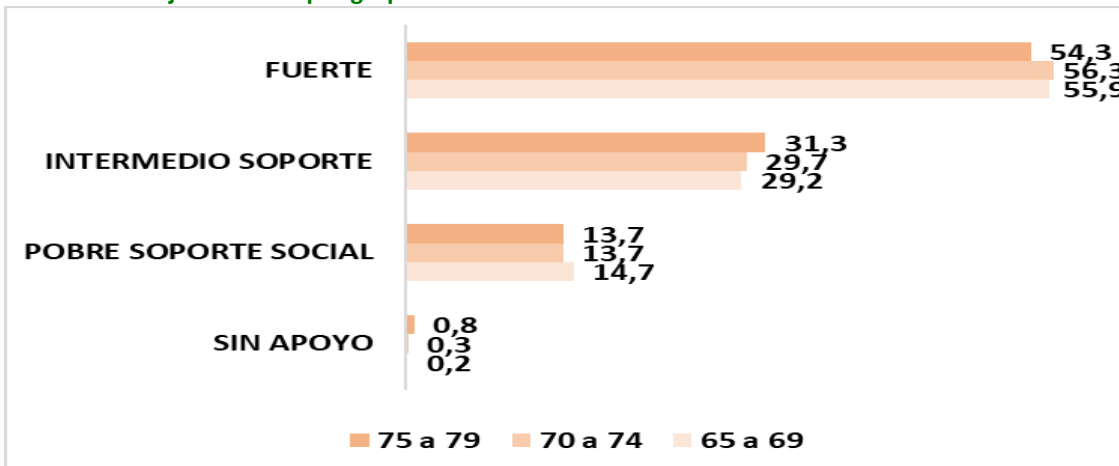
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 52. Porcentajes OSSLO-3 por sexo y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 53. Porcentajes OSSLO-3 por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19)

Por sexo, los hombres tienen un fuerte apoyo social en un 55,8%, y las mujeres en un 55,5%, un pobre soporte social fue ligeramente superior en las mujeres respecto de los hombres (15,4% y 12,5% respectivamente (figura 52). No se aprecian diferencias en este indicador por edad (figura 53).

Los valores “sin apoyo/pobre apoyo social” fueron entre los niveles económicos más bajos (<350 a 1050 y 1050-1550) del 15,3% y 15,8%, el doble aproximadamente que en los más altos (1550-2200) y (2200 a >2700) 7,4% y 8,8%. Por origen las diferencias son también muy importantes, con origen en otro país el 26,8% y en España 13,8% (tabla 32).

Tabla 32. Prevalencia de “pobres apoyo social/sin apoyo” totales, por sexo y variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	23	12,8(8,7-18,6)	37	16,7(12,3-22,2)	60	15(11,8-18,8)
70-74	23	15,2(10,3-22)	25	13(8,9-18,6)	48	14(10,7-18,1)
75-79	11	9,9(5,6-17)	26	17,9(12,5-25,1)	37	14,5(10,7-19,3)
País de Nacimiento						
España	51	12,2(9,4-15,7)	79	15(12,2-18,4)	130	13,8(11,7-16,1)
Otro	6	26,1(12,3-46,9)	9	27,3(14,8-44,7)	15	26,8(16,9-39,7)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	15	8,5(5,2-13,6)	56	18(14,1-22,7)	71	14,6(11,7-18)
Secundarios	18	16,8(10,8-25,2)	19	13,8(8,9-20,6)	37	15,1(11,1-20,2)
Universitarios	23	15,8(10,7-22,6)	12	11,3(6,5-18,9)	35	13,9(10,1-18,8)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	6	9,8(4,6-19,8)	25	17,7(12,3-24,9)	31	15,3(11-20,9)
1050-1550	9	10,8(5,7-19,6)	20	19,8(13,1-28,8)	29	15,8(11,2-21,8)
1550-2200	6	6,6(3-14)	6	8,5(3,8-17,6)	12	7,4(4,2-12,6)
2200 a >2700	9	9,5(5-17,3)	5	7,7(3,2-17,3)	14	8,8(5,2-14,3)
Totales	57	12,9(10,1-16,4)	88	15,7(12,9-19)	145	14,5(12,4-16,8)

*Ingresos por hogar

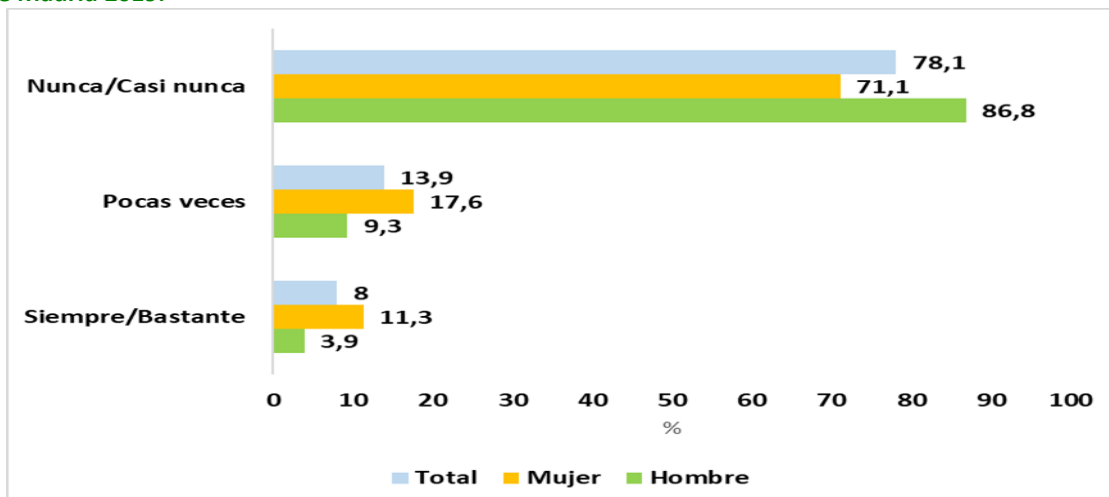
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.15. SENTIMIENTO DE SOLEDAD

No hay una definición consensuada de soledad, pero se considera un fenómeno multidimensional y subjetivo que involucra aspectos de personalidad, interacción social y habilidades³⁵. La soledad como sentimiento es una situación dolorosa, no buscada por la persona sino impuesta que se da con mucha frecuencia entre las personas mayores. Hay circunstancias personales que provocan este sentimiento entre las personas mayores: deterioro de relaciones familiares, el aislamiento social y la falta de participación en actividades.

Para este indicador se obtuvieron los siguientes resultados, el 78,1% dijo no tener sentimiento de soledad “nunca o casi nunca” y por sexo los hombres obtuvieron un 86,8% y mucho menor porcentaje en esta categoría, las mujeres con un 71,1%. En la categoría sentimiento de soledad “siempre o bastantes veces” se sitúa un 8,0%, por sexo el porcentaje de las mujeres supera más de 7 puntos porcentuales al de los hombres (11,3% mujeres vs 3,9% hombres) (figura 54). En esta categoría hay un aumento progresivo con el aumento de la edad llegando a un 10,9% en el grupo de edad 75-79 años (figura 55).

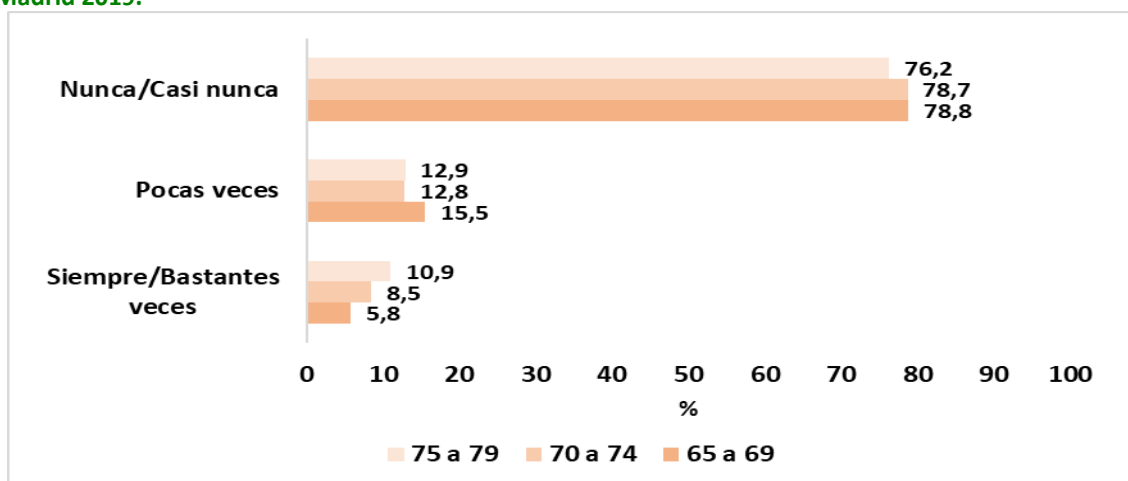
Figura 54. Porcentajes de grado de sentimiento de soledad y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente:

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 55. Porcentajes de grado de sentimiento de soledad por edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente:

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

La diferencia entre mujeres y hombres se repite en casi todas las variables analizadas en la tabla 33, excepto en otro país de nacimiento en la que esta diferencia se invierte y es mayor en los hombres y, en ingresos económicos categoría 2200 a >2700 con resultados similares por sexo (tabla 33).

Tabla 33. Porcentajes de sentimiento de soledad bastantes veces a siempre o casi siempre. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
		Hombres		Mujeres		Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	4	2,2(0,8-5,9)	19	8,6(5,5-13,1)	23	5,8(3,9-8,5)
70-74	10	6,6(3,6-11,9)	19	9,9(6,4-15)	29	8,5(5,9-11,9)
75-79	3	2,7(0,9-8)	25	17,2(11,9-24,4)	28	10,9(7,7-15,3)
País de Nacimiento						
España	14	3,3(2-5,6)	61	11,6(9,1-14,7)	75	8(6,4-9,8)
Otro	3	13(4,2-33,8)	2	6,1(1,5-21,3)	5	8,9(3,8-19,8)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	5	2,8(1,2-6,6)	40	12,9(9,6-17,1)	45	9,2(7-12,1)
Secundarios	4	3,7(1,4-9,5)	9	6,5(3,4-12,1)	13	5,3(3,1-8,9)
Universitarios	7	4,8(2,3-9,7)	13	12,4(7,3-20,2)	20	8(5,2-12)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	2	3,3(0,8-12,3)	25	17,7(12,3-24,9)	27	13,4(9,4-18,7)
1050-1550	4	4,8(1,8-12,1)	16	15,8(9,9-24,4)	20	10,9(7,1-16,3)
1550-2200	4	4,4(1,7-11,1)	4	5,6(2,1-14,1)	8	4,9(2,5-9,6)
2200 a >2700	3	3,2(1-9,4)	2	3,1(0,8-11,5)	5	3,1(1,3-7,3)
Totales	17	3,9(2,4-6,1)	63	11,3(8,9-14,2)	80	8(6,5-9,8)

*Euros mensuales por hogar.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.16. PERSONAS MAYORES COMO CUIDADORAS

Entre las personas entrevistadas un 10,5% dijo ser cuidadora de persona mayor o persona con enfermedad crónica (Figura 56); las mujeres cuidadoras superan en casi 4 puntos porcentuales a los hombres (12,2% vs 8,4%) y por edad el grupo más joven 65-69 años fue el que más contestó afirmativamente (13,7%). Según tipo de relación con la persona cuidada, en su gran mayoría, era de tipo familiar (97,1%). El 82,9% de las personas cuidadoras dedicaron a esta actividad entre 10 horas a más de 20 horas a la semana (tabla 34).

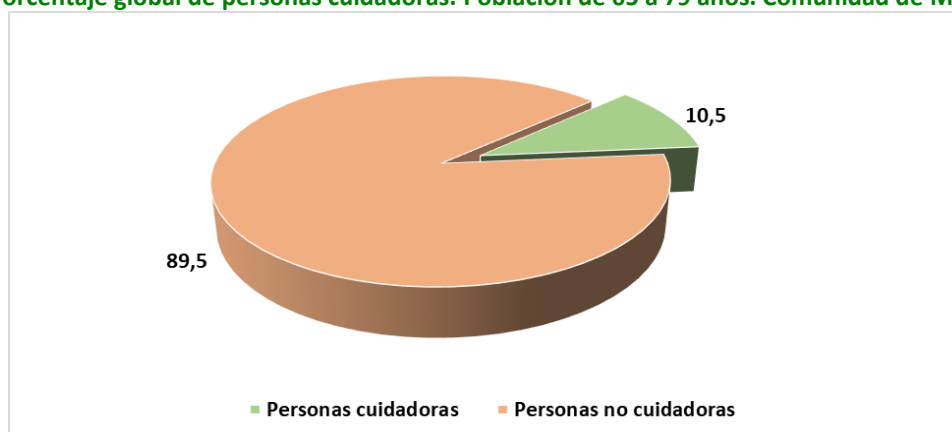
Tabla 34. Porcentajes de cuidado de otras personas, tipo de relación familiar, horas de cuidado a la semana por sexo y grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Cuidado de otras personas*	105	10,5(8,7-12,6)	37	8,4(6,1-11,4)	68	12,2(9,7-15,1)	55	13,7(10,7-17,5)	32	9,3(6,7-12,9)	7	7(4,5-10,8)
Cuidado de un familiar	102	97,1(91,5-99,1)	36	97,3(83,1-99,6)	66	97,1(88,9-99,3)	53	96,4(86,5-99,1)	31	96,9(80,8-99,6)	18	100(100-100)
Horas de cuidados semana**	87	82,9(74,4-88,9)	27	73(56,6-84,8)	60	88,2(78,2-94)	45	81,8(69,4-89,9)	27	84,4(67,4-93,4)	15	83,3(59,2-94,5)

* Personas que están cuidando de personas mayores o con dolencias crónicas

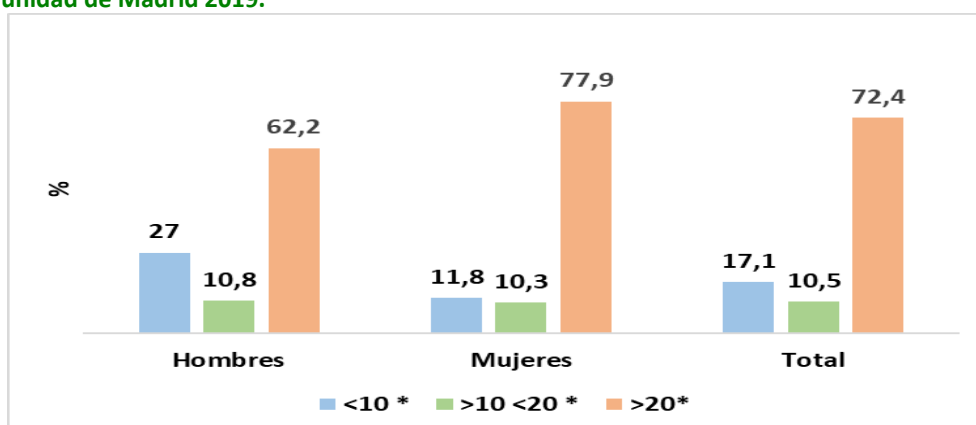
** Porcentaje de personas que cuidaron de 10 horas a más de 20 horas en la semana.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M20).

Figura 56. Porcentaje global de personas cuidadoras. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

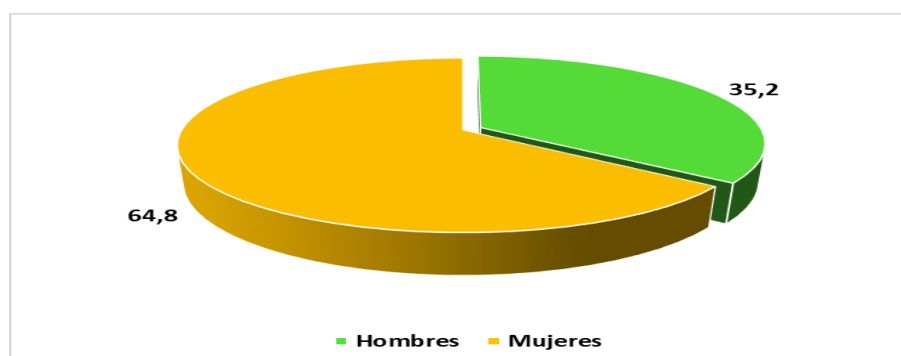
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Clasificando por número de horas, la gran mayoría (78,3%), dedicó 20 horas o más a la semana a esta labor, 4,3% 10 horas o más y finalmente el 17,4% menos de 10 horas a la semana. El 72,4% de las personas cuidadoras dedicaron 20 horas o más semanales; por sexo el 77,9% las mujeres y el 62,2% en hombres (figura 57).

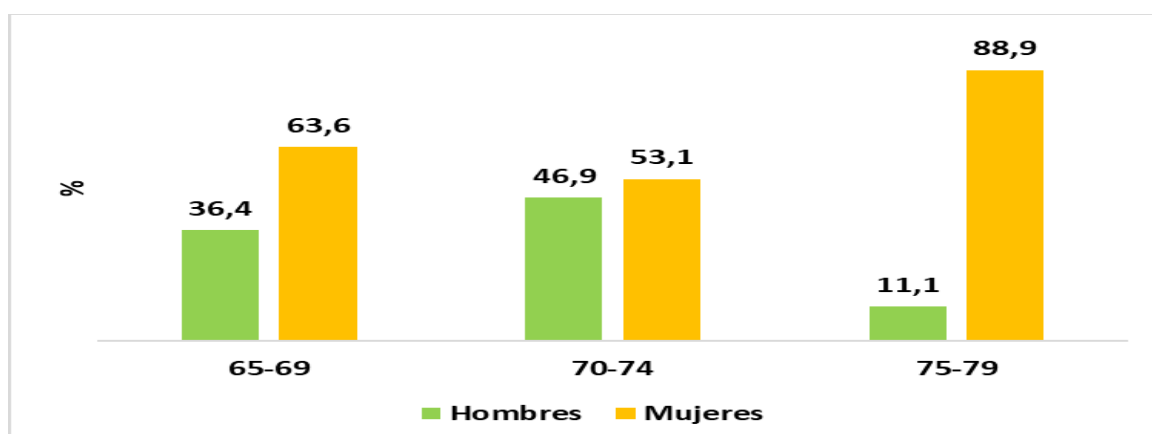
Figura 57. Porcentajes globales y por sexo de horas de cuidado realizados a la semana. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

*Horas de cuidados a la semana. Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

El 64,8% de las personas que cuidan a otras personas familiares o con otra relación, son mujeres y un 35,2% son hombres (figura 58). Los porcentajes en mujeres son más altos en todos los grupos de edad que en los hombres, en el grupo de 75 a 79 años el 88,9% de las cuidadoras/es son mujeres y, el 11,1% hombres (figura 59 y tabla 34).

Figura 58. Porcentaje de personas cuidadoras/es por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 59. Porcentaje de personas cuidadoras, por grupos de edad y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Para todas las variables analizadas en la tabla 35, en general, el porcentaje de las mujeres supera al de los hombres y en algunos casos llega a ser cinco veces mayor como en el grupo de edad de 75 a 79 años (11% vs 1,8%) (tabla 35).

Tabla 35. Porcentajes de cuidadoras/es por variables sociodemográficas; Población de 65 a 79 años Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	20	11,2(7,3-16,7)	35	15,8(11,5-21,2)	55	13,7(10,7-17,5)
70-74	15	9,9(6-15,9)	17	8,9(5,6-13,8)	32	9,3(6,7-12,9)
75-79	2	1,8(0,4-7)	16	11(6,9-17,3)	18	7(4,5-10,8)
País de Nacimiento						
España	36	8,6(6,3-11,7)	62	11,8(9,3-14,8)	98	10,4(8,6-12,5)
Otro	1	4,3(0,6-25,3)	6	18,2(8,4-35,1)	7	6,1(2,4-10,0)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	15	8,5(5,2-13,7)	31	10(7,1-13,8)	46	9,4(7,1-12,4)
Secundarios	9	8,4(4,4-15,4)	18	13(8,4-19,8)	27	11(7,7-15,6)
Universitarios	13	8,9(5,2-14,7)	18	17(11-25,4)	31	12,3(8,8-17)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	5	8,2(3,4-18,4)	9	6,4(3,4-11,8)	14	6,9(4,1-11,4)
1050-1550	9	10,8(5,8-19,5)	10	9,9(5,4-17,5)	19	10,3(6,7-15,6)
1550-2200	8	8,8(4,4-16,7)	14	19,7(12-30,6)	22	13,6(9,1-19,8)
2200 a >2700	8	8,4(4,2-16)	12	18,5(10,8-29,9)	20	12,5(8,2-18,6)
Totales	37	8,4(6,1-11,4)	68	12,2(9,7-15,1)	105	10,5(8,7-12,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

*ingresos mensuales del hogar

4.17. CAIDAS

Las caídas representan el tipo de accidente más frecuente en las personas mayores³⁶. Son una causa importante de discapacidad y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad³⁷. Con frecuencia las consecuencias médicas de las caídas suponen el inicio de la discapacidad en el anciano y suponen uno de los condicionantes de la fragilidad³⁸.

En el SIVFRENT-Mayores, se han recogido datos sobre dificultades para andar, miedo a caerse, limitación de la actividad, número de caídas con asistencia sanitaria en el último año.

Un 6,7% respondió tener problemas para andar o trasladarse de un lugar a otro siempre o frecuentemente y un 6,9% algunas veces o rara vez; por sexo, fue mucho más frecuente en las mujeres y se observa un aumento progresivo con la edad. A tener miedo a caerse respondió un 12,0%, que siempre o frecuentemente y un 13,0% algunas veces o rara vez, mostrando un comportamiento similar al ítem anterior por sexo y edad. La limitación a la actividad muestra unos porcentajes en “siempre/frecuentemente” de un 15,2%, mayor en las mujeres respecto de los hombres; por edad, en la categoría “siempre /frecuentemente” hay un aumento progresivo con la edad (tabla 36).

Tabla 36. Porcentaje de problemas para andar, miedo a caerse y caídas totales y por sexo y grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

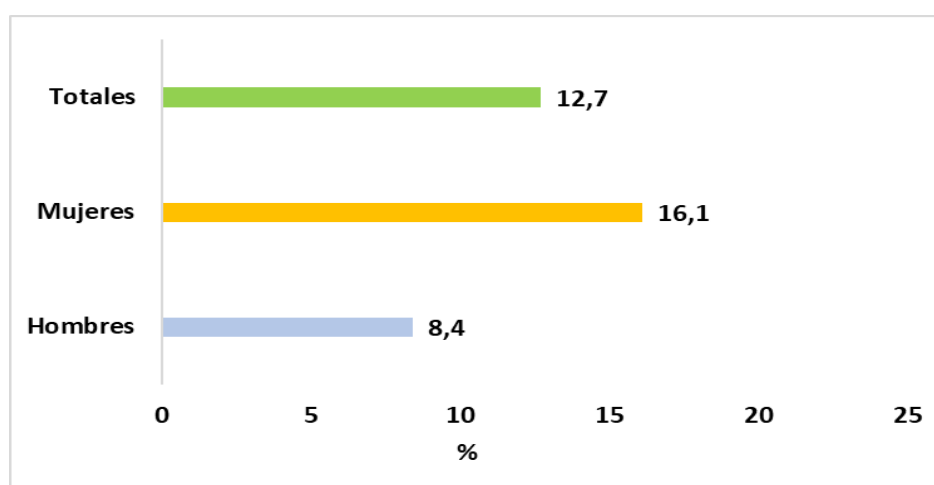
	SEXO						EDAD					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Problemas para andar												
Siempre/Frecuentemente	67	6,7(5,3-8,4)	21	4,8(3,1-7,2)	46	8,2(6,2-10,8)	22	5,5(3,6-8,2)	19	5,5(3,5-8,6)	26	10,2(7-14,4)
Algunas veces/raramente	69	6,9(5,5-8,6)	16	3,6(2,2-5,8)	53	9,5(7,3-12,2)	25	6,2(4,3-9)	22	6,4(4,3-9,5)	22	8,6(5,7-12,7)
Miedo a caerse												
Siempre/Frecuentemente	120	12(10,2-14,1)	22	5(3,3-7,5)	98	17,5(14,6-20,9)	42	10,7(8,1-14,1)	37	11,7(8,7-15,5)	41	18,4(14,1-23,6)
Algunas veces/raramente	130	13(11,1-15,2)	34	7,7(5,6-10,6)	96	17,2(14,3-20,5)	43	10,5(7,9-13,8)	40	10,8(7,9-14,5)	47	16(12,1-20,9)
Limitar su actividad												
Siempre/Frecuentemente	47	15,2(11,2-20,2)	12	8,9(3,8-19,7)	35	17(12,3-23)	15	17,6(10,9-27,3)	15	19,5(12,1-29,9)	17	19,3(12,3-28,9)
Algunas veces/raramente	38	18,8(14,4-24,2)	5	21,4(12,6-34,1)	33	18(13,2-24,1)	13	15,3(9,1-24,6)	11	14,3(8,1-24)	14	15,9(9,6-25,2)
Caída con atención sanitaria*												
Una caída	102	10,2(8,5-12,2)	36	8,2(5,9-11,1)	66	11,8(9,4-14,8)	36	9(6,5-12,2)	33	9,6(6,9-13,2)	33	12,9(9,3-17,6)
Dos ó más caídas	25	2,5(1,7-3,7)	1	0,2(0-1,6)	24	4,3(2,9-6,3)	5	1,2(0,5-3)	12	3,5(2-6)	8	3,1(1,6-6,1)

*en el último año. Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Caídas con asistencia sanitaria

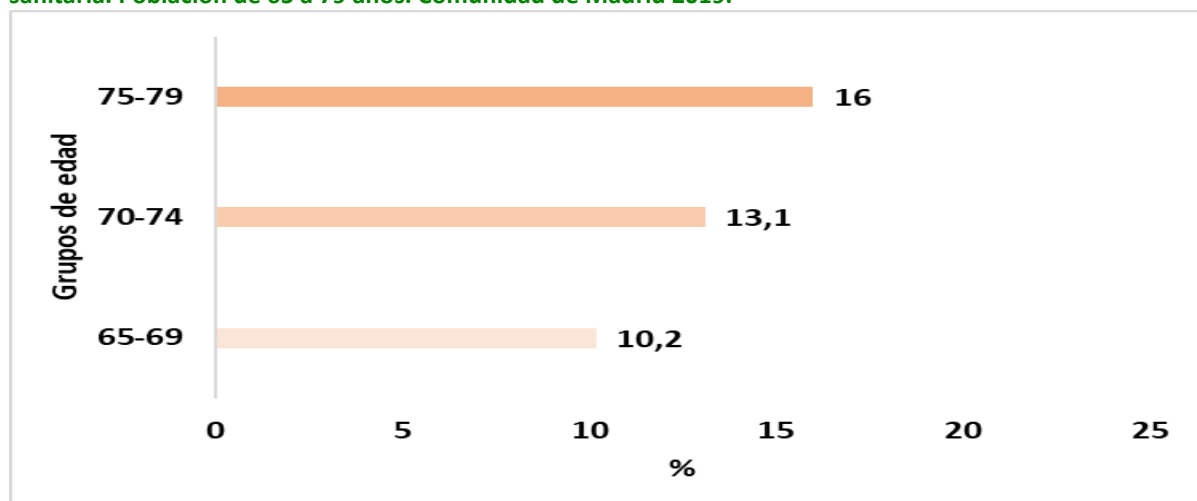
Habían tenido una o más caídas con asistencia sanitaria en el último año el 12,7%. El 8,4% los hombres y el 16,1 de las mujeres. Por edad, se observa un aumento progresivo de personas que sufrieron una o más caídas en el último año que requirieron asistencia sanitaria, siendo el mayor de todos los grupos el de 75 a 79 años con un 16% (tabla 36, figuras 60 y 61).

Figura 60. Porcentajes total y por sexo de una o más caídas en el último año que precisaron asistencia sanitaria. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 61. Porcentajes por grupos de edad de una o más caídas en el último año que precisaron asistencia sanitaria. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.18. DOLOR FÍSICO PERSISTENTE

El dolor persistente en los mayores es mucho más prevalente que en jóvenes y, es causa de trastornos como ansiedad, depresión, disminución de la movilidad, alteraciones del sueño, pérdida de apetito, aumento de costes sociosanitarios, etc³⁹. El dolor es una experiencia subjetiva, frente a la cual no hay, a fecha de hoy, un marcador test para cuantificarlo, pese al gran esfuerzo que se está realizando en la búsqueda con técnicas de neuroimagen funcional específica. Se considera la autoevaluación como el método más adecuado de cuantificación del dolor³⁹. Hay un infratratamiento del dolor en mayores por múltiples causas entre otras, por parte de la persona mayor, no reportarlo, comorbilidades, efecto secundarios de medicaciones etc. Y por parte de los profesionales confundir edad con irreversibilidad, no creer al paciente, no evaluar el dolor etc.

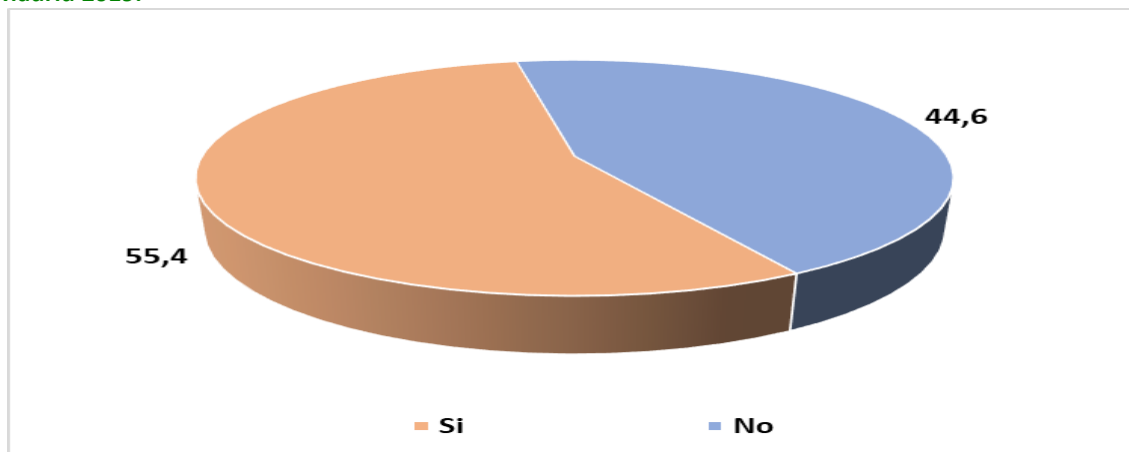
En SIVFRENT-M se pregunta por dolor físico en las últimas 4 semanas y en qué intensidad; se recoge también la limitación a la movilidad por dolor en este mismo período de tiempo.

4.18.1 INTENSIDAD DEL DOLOR

Un 55,4% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a tener dolor de cualquier intensidad, desde muy leve a severo o extremo (figura 62); por sexo el 39,9% de los hombres y el 67,6% de las mujeres y por edad, para los tres grupos se obtienen resultados similares entre sí y entorno al 55%.

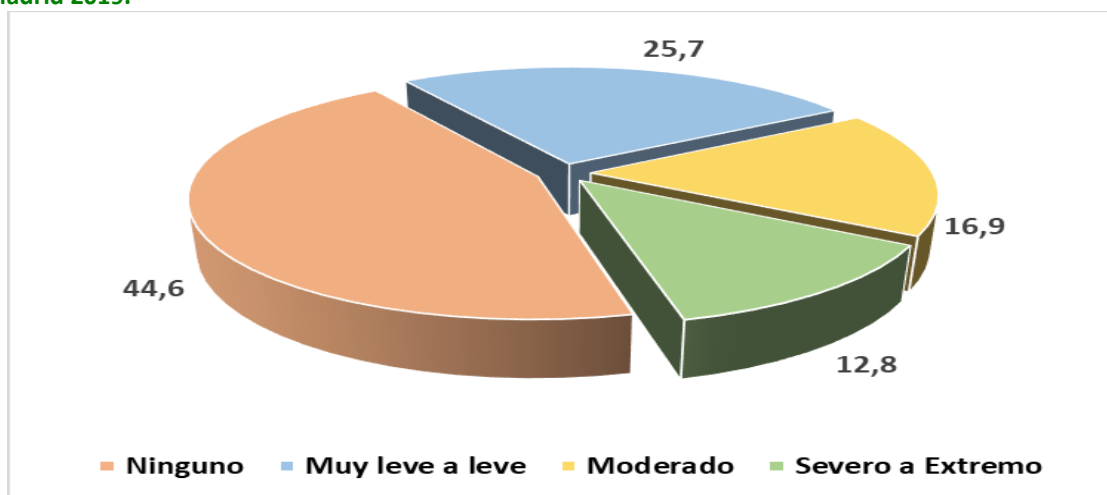
Como se muestra en la figura 63 la intensidad de dolor moderado se da en un 16,9% de las personas entrevistadas, de severo a extremo en un 12,8%. El 17,5% de las mujeres y el 6,8% de los hombres manifiestan padecer dolor de intensidad severa a extrema (figura 64).

Figura 62. Porcentajes globales de dolor físico de cualquier intensidad*. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



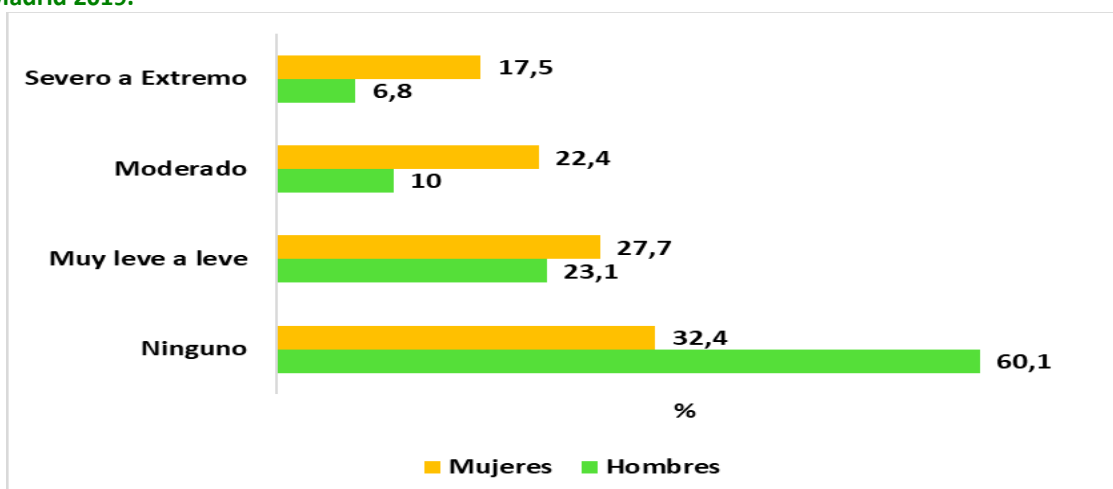
*dolor desde muy leve a severo-extremo. Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 63. Porcentajes globales de dolor físico por grados de intensidad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 64. Porcentajes de dolor físico por grados de intensidad por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

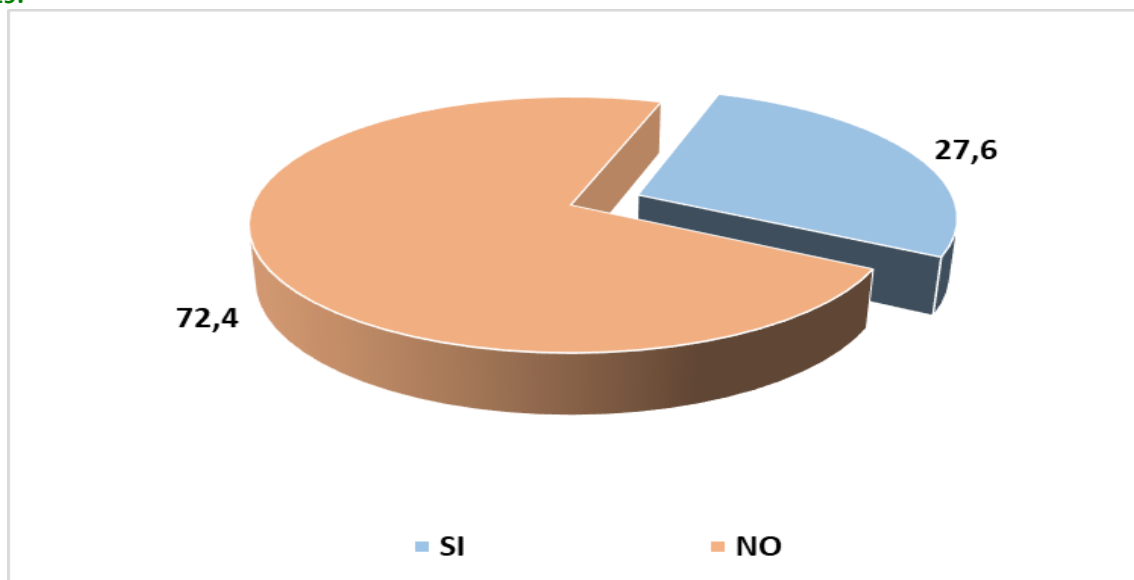


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.18.2 LIMITACION DE ACTIVIDADES POR EL DOLOR

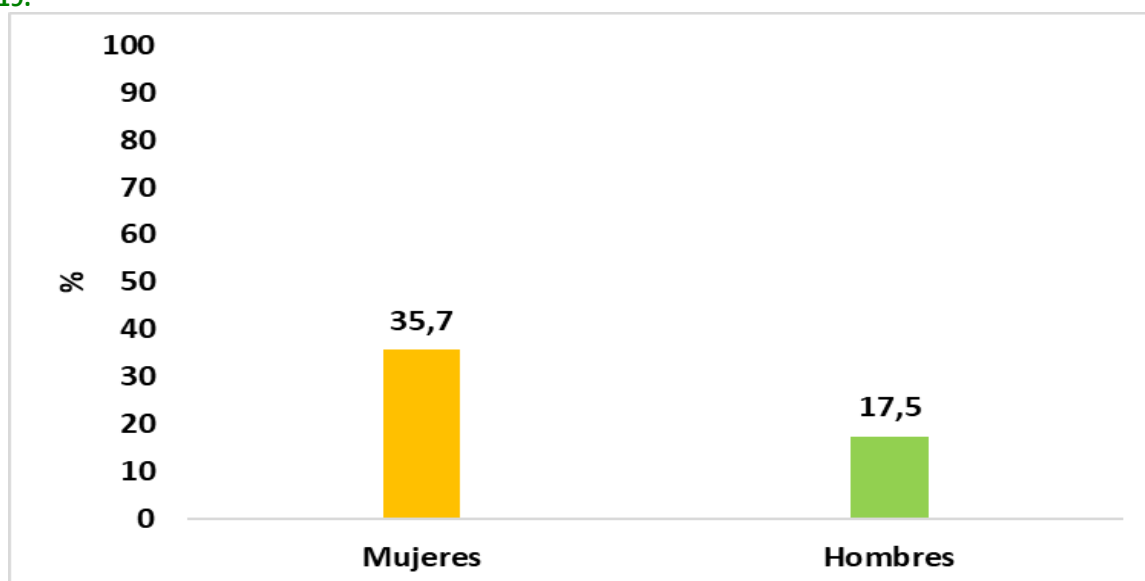
El 27,6% afirma sufrir limitación de sus actividades por el dolor en las últimas 4 semanas (figura 65). La limitación por el dolor, por sexo, fue de 35,7% en las mujeres y de 17,5% en los hombres (figura 66).

Figura 65. Porcentajes globales de limitación por el dolor. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



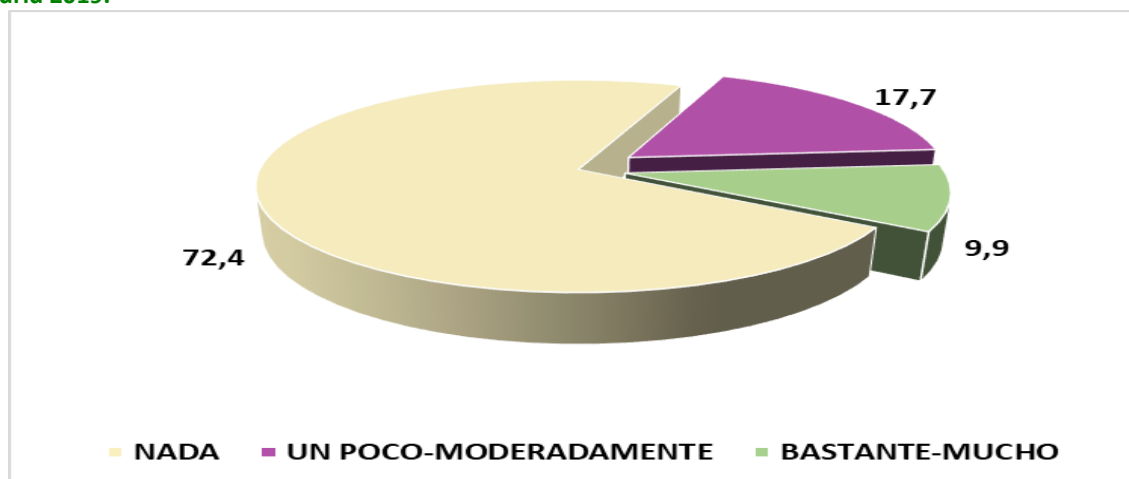
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 66. Porcentajes de limitación por el dolor por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

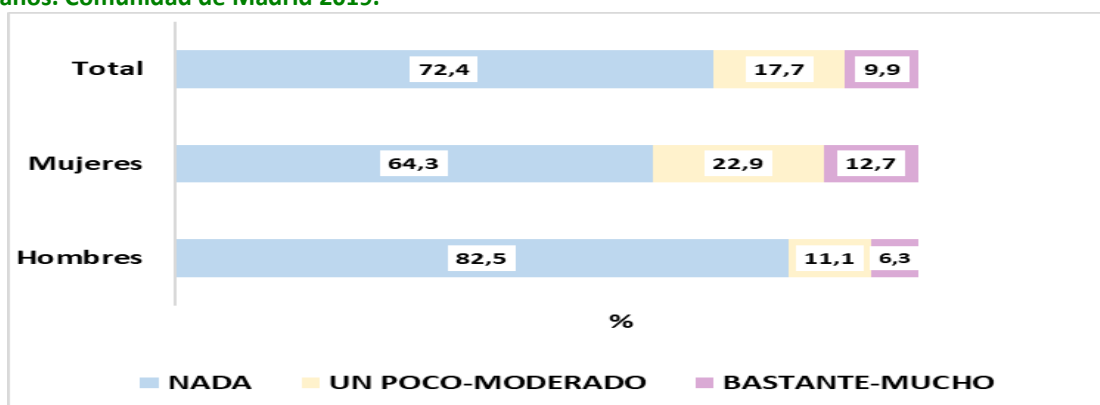


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Un 17,7% sufre limitación por dolor de poco a moderado y un 9,9% está limitada con una intensidad de bastante a mucho. La limitación a la movilidad por dolor según sexo fue mayor en las mujeres en relación a los hombres para intensidad moderada (22,9% y 11,1% respectivamente) y para limitación severa a extrema (mujeres 12,7% y hombres 6,3%). En las categorías limitación poco-moderada a bastante y mucha limitación por dolor, el porcentaje obtenido en mujeres supera al de los hombres (figuras 67 y 68 y tabla 37).

Figura 67. Porcentajes globales por grados de limitación por el dolor. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Figura 68. Porcentajes de limitación a la movilidad debido al dolor por sexo y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 37. Porcentajes de limitación de actividades por dolor por sexo edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
NINGUNO A LEVE	723	72,4(69,6-75)	364	82,5(78,7-85,8)	359	64,3(60,3-68,2)	296	73,8(69,4-77,8)	253	73,8(68,9-78,1)	174	68,2(62,5-73,4)
MODERADO	177	17,7(15,5-20,2)	49	11,1(8,5-14,4)	128	22,9(19,6-26,6)	73	18,2(14,8-22,3)	56	16,3(12,8-20,6)	48	18,8(14,6-24)
SEVERO-EXTREMO	99	9,9(8,2-11,9)	28	6,3(4,4-9,1)	71	12,7(10,2-15,7)	32	8(5,7-11,1)	34	9,9(7,2-13,5)	33	12,9(9,4-17,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Dolor extremo a severo

El 12,8% sufre dolor severo a extremo, por sexo 17,5% en las mujeres y 6,8% en hombres; por edad, de forma global, hay un aumento progresivo con el aumento de esta; por país de nacimiento, el mayor porcentaje fue en las mujeres nacidas en España 17,9%; es mayor en menor nivel educativo y menores ingresos. Valorando en conjunto los porcentajes encontrados, la prevalencia del dolor extremo a severo por sexo muestra grandes diferencias siendo, para todas las variables, dos veces y hasta casi cuatro veces más (recursos económicos categoría <350 a 1050 en mujeres 24,1% y en hombres 6,6%) en algunas categorías en las mujeres en relación a los hombres (tabla 38).

Tabla 38. Porcentajes de dolor extremo/severo por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
		Hombres		Mujeres		Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	12	6,7(3,8-11,5)	32	14,4(10,4-19,6)	44	11(8,3-14,4)
70-74	10	6,6(3,6-11,8)	31	16,1(11,6-22)	41	12(9-15,8)
75-79	8	7,2(3,6-13,9)	35	24,1(17,9-31,7)	43	16,8(12,8-21,7)
País de Nacimiento						
España	28	6,7(4,7-9,5)	94	17,9(14,9-21,3)	122	12,9(11-15,2)
Otro	2	8,7(2,2-29)	4	12,1(4,6-28,2)	6	10,7(4,9-21,9)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	11	6,3(3,5-11)	63	20,3(16,2-25,1)	74	15,2(12,3-18,6)
Secundarios	5	4,7(2-10,8)	20	14,5(9,6-21,4)	25	10,2(7-14,6)
Universitarios	12	8,2(4,7-13,9)	15	14,2(8,7-22,1)	27	10,7(7,5-15,2)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	4	6,6(2,5-16,3)	34	24,1(17,8-31,8)	38	18,8(14,1-24,7)
1050-1550	7	8,4(4,1-16,6)	16	15,8(9,9-24,3)	23	12,5(8,5-18,1)
1550-2200	5	5,5(2,3-12,6)	14	19,7(12,1-30,5)	19	11,7(7,6-17,6)
2200 a >2700	3	3,2(1-9,3)	4	6,2(2,3-15,2)	7	4,4(2,1-8,9)
Totales	30	6,8(4,8-9,6)	98	17,5(14,6-20,9)	128	12,8(10,9-15)

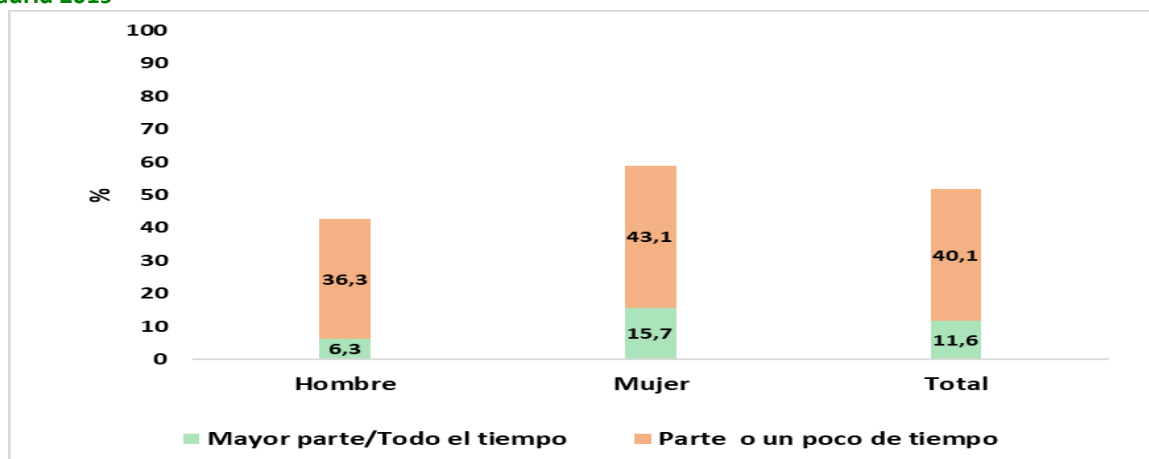
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.19. SENSACIÓN DE CANSANCIO

La sensación de cansancio es la sensación subjetiva de falta de energía o agotamiento físico o mental, asociada o no a una actividad física, que puede disminuir la capacidad para llevar a cabo las tareas habituales y que debe ser evaluada por la posibilidad de ser un indicativo de un problema orgánico y/o psicosocial.

El 51,7% dijo tener sensación de cansancio, un 42,6% de los hombres y un 58,9% de las mujeres. El 40,1% dijo sentirse cansado/a parte o un poco del tiempo y el 11,6% la mayor parte del tiempo o todo el tiempo. En la categoría sentirse cansado/a parte o un poco del tiempo hubo gran diferencia por sexo, en hombres 36,3% y en mujeres 43,1%; la diferencia es también muy acusada en la categoría cansancio la mayor parte o todo el tiempo siendo en mujeres 15,7% y en hombres 6,3% (figura 69).

Para todas las variables de la tabla 39 la sensación de cansancio fue mayor en las mujeres respecto de los hombres excepto en ingresos de 2200 a >2700 mes por hogar en los que los hombres fueron un 46,3% y las mujeres un 41,5%; al aumentar los ingresos económicos el porcentaje disminuye; por edad, hay un aumento con esta; el cansancio es mayor en las personas con origen de nacimiento distinto de España.

Figura 69. Porcentajes de sensación de cansancio globales y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 39. Porcentajes de “Sensación de cansancio” por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	69	38,5(31,7-45,9)	123	55,4(48,8-61,9)	192	47,9(43,1-52,7)
70-74	69	45,7(37,9-53,7)	111	57,8(50,7-64,7)	180	52,5(47,2-57,7)
75-79	50	45(36-54,5)	95	65,5(57,4-72,8)	145	56,6(50,6-62,5)
País de Nacimiento						
España	174	41,6(37-46,4)	306	58,2(53,9-62,3)	480	50,8(47,7-54)
Otro	14	60,9(40,2-78,3)	23	69,7(52,3-82,8)	37	66,1(52,8-77,2)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	71	40,3(33,3-47,8)	194	62,4(56,8-67,6)	265	54,4(50-58,8)
Secundarios	41	38,3(29,6-47,9)	73	52,9(44,5-61,1)	114	46,5(40,4-52,8)
Universitarios	70	47,9(39,9-56,1)	60	56,6(47,1-65,7)	130	51,6(45,4-57,7)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	31	50,8(38,4-63,1)	86	61(52,7-68,7)	117	57,9(51-64,6)
1050-1550	35	42,2(32,2-52,9)	66	65,3(55,6-74)	101	54,9(47,7-61,9)
1550-2200	34	37,4(28-47,8)	39	54,9(43,2-66,1)	73	45,1(37,5-52,8)
2200 a >2700	44	46,3(36,6-56,4)	27	41,5(30,2-53,9)	71	44,4(36,9-52,2)
Totales	188	42,6(38,1-47,3)	329	58,9(54,7-62,9)	517	51,7(48,6-54,8)

*Ingresos mensuales por hogar. Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

4.20. HORAS DE SUEÑO

Se preguntó a la persona entrevistada sobre el tiempo en total que usualmente pasa durmiendo en una semana normal tanto en horas como en minutos.

Se obtuvo una media de 6,96 horas al día (DE 1,35); por sexo, para los hombres, 7,13 horas de sueño de media (DE 1,24) y para las mujeres 6,82 horas de sueño (DE 1,43). La diferencia de medias fue de 0,31 (IC95% 0,14-0,48).

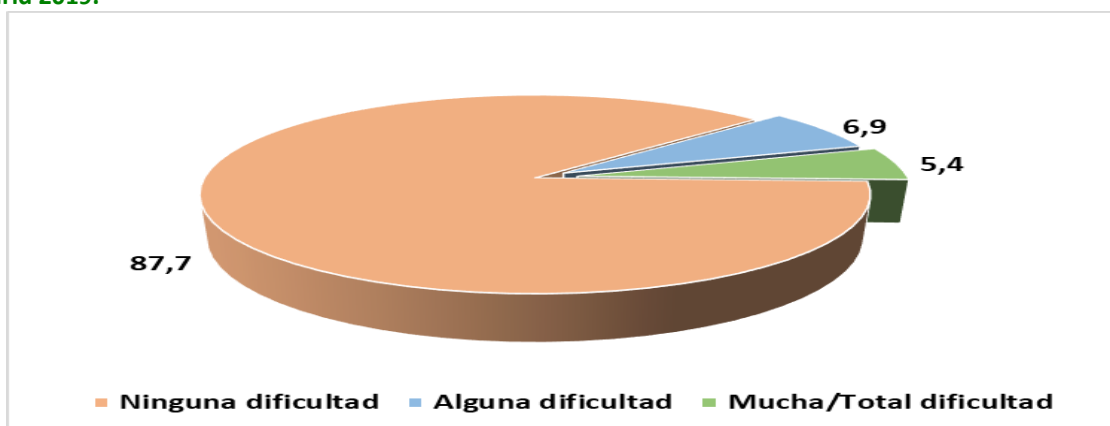
4.21. LIMITACION FÍSICA Y COGNITIVA

Uno de los aspectos de la discapacidad en personas mayores es la dificultad en la movilidad para caminar, subir escaleras o recordar y concentrarse⁴⁰.

Dificultad para caminar

Respecto a la dificultad que estas personas tienen para poder andar 500 metros sin ningún tipo de ayuda, 6,9% respondió con “alguna dificultad” y el 5,4% con “mucho o total incapacidad”. Por sexo, las mujeres obtienen valores más elevados que los hombres en las dos categorías “alguna dificultad” (8,2% vs 5,2%) y “mucho/total dificultad” (6,1% vs 4,5%); se observa un claro aumento progresivo con la edad en ambas categorías (figura 70 y tabla 40).

Figura 70. Porcentajes globales de dificultad para andar 500 metros. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

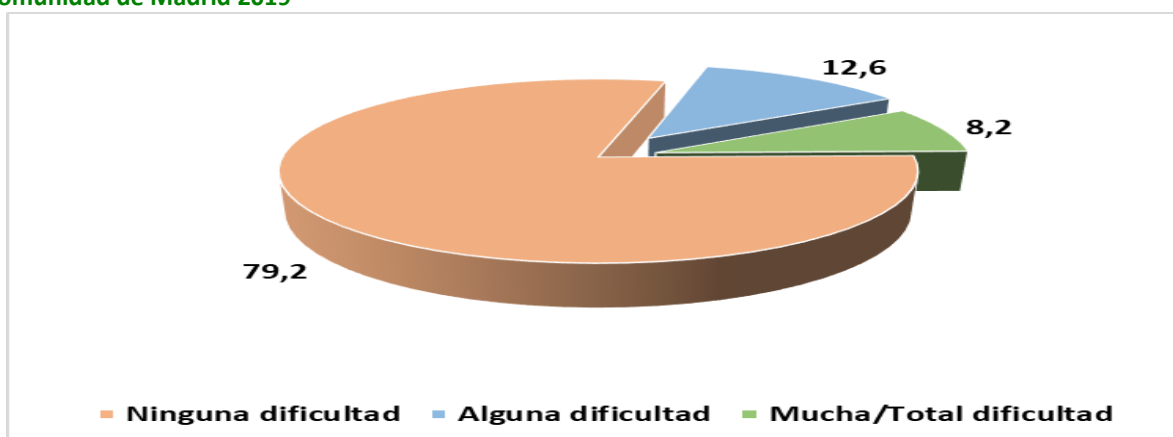


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Subir o bajar 12 escalones

Para subir o bajar 12 escalones sin ayuda un 12,6% tuvo alguna dificultad y un 8,2% mucha o imposibilidad total de hacerlo; por sexo, mayor en las mujeres y por edad un aumento progresivo con el aumento de la edad tanto en “alguna dificultad” como en “mucho o total dificultad” (figura 71 y tabla 40).

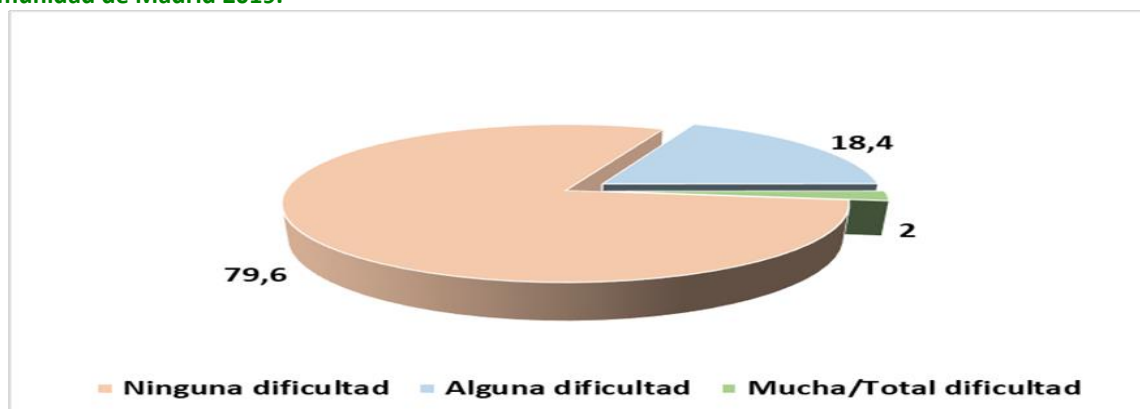
Figura 71. Porcentajes globales de dificultad para subir o bajar 12 escalones. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Dificultad para recordar o concentrarse

A la pregunta sobre la dificultad para recordar o concentrarse, un 16% respondió tener alguna dificultad, el 79,6% ninguna dificultad y un 2% mucha o total dificultad. Por sexo, las mujeres tenían aproximadamente 10 puntos porcentuales más que los hombres en la categoría “alguna dificultad” y casi el doble más en “mucho o total dificultad”; por edad, en ambas categorías hay un aumento progresivo de la dificultad para recordar o concentrarse (figura 72 y tabla 40).

Figura 72. Porcentajes globales de dificultad para recordar o concentrarse. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 40 Porcentajes globales, por sexo y edad de discapacidad (dificultad para caminar 500 metros, para subir o bajar escalones y para recordar o concentrarse). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Grado de dificultad	SEXO						EDAD					
		Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
		n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Caminar 500 metros*	Alguna	69	6,9(5,5-8,6)	23	5,2(3,5-7,7)	46	8,2(6,2-10,8)	20	5(3,2-7,6)	18	5,2(3,3-8,2)	31	12,1(8,6-16,7)
	Mucha/Total	54	5,4(4,2-7)	20	4,5(2,9-6,9)	34	6,1(4,4-8,4)	18	4,5(2,8-7)	18	5,2(3,3-8,2)	18	7(4,5-10,8)
Subir o bajar 12 escalones**	Alguna	126	12,6(10,7-14,8)	45	10,2(7,7-13,4)	81	14,5(11,8-17,6)	32	8(5,7-11,1)	45	13,1(9,9-17,1)	49	19,1(14,8-24,4)
	Mucha/Total	82	8,2(6,7-10,1)	22	5(3,3-7,5)	60	10,7(8,4-13,6)	27	6,7(4,7-9,6)	26	7,6(5,2-10,9)	29	11,3(8-15,8)
Recordar/Concentrarse***	Alguna	184	18,4(16,1-20,9)	55	12,5(9,7-15,9)	129	23,1(19,8-26,8)	59	14,7(11,6-18,5)	65	19(15,1-23,4)	60	23,4(18,7-29)
	Mucha/Total	20	2(1,3-3,1)	6	1,4(0,6-3)	14	2,5(1,5-4,2)	4	1(0,4-2,6)	11	3,2(1,8-5,7)	5	2(0,8-4,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19). *En terreno llano sin ayuda para caminar **sin ayuda ***dificultad para recordar o concentrarse

4.22. USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

El uso de nuevas tecnologías, entre ellas el teléfono móvil, es un “instrumento de participación activa que facilita la interacción de las personas mayores con las entidades públicas y privadas, el ocio y las relaciones sociales⁴¹. Está clara la potencialidad de las nuevas tecnologías de información y comunicación (NTIC) para la mejora de la calidad de vida, la autonomía y la seguridad de las personas mayores, lo cual incluye aspectos de vida independiente, tecnologías asistivas, salud electrónica, servicios de emergencia, localización, etc⁴². El uso de las NTIC en los hogares ha crecido en los últimos años, si bien sigue existiendo una brecha entre los usuarios y no usuarios (brecha digital) que se puede atribuir a una serie de factores: la falta de infraestructura (en particular en las zonas rurales), la falta de conocimientos de informática y habilidades necesarias para participar en la sociedad de la información, o la falta de interés en lo que la sociedad de la información puede ofrecer⁴³.

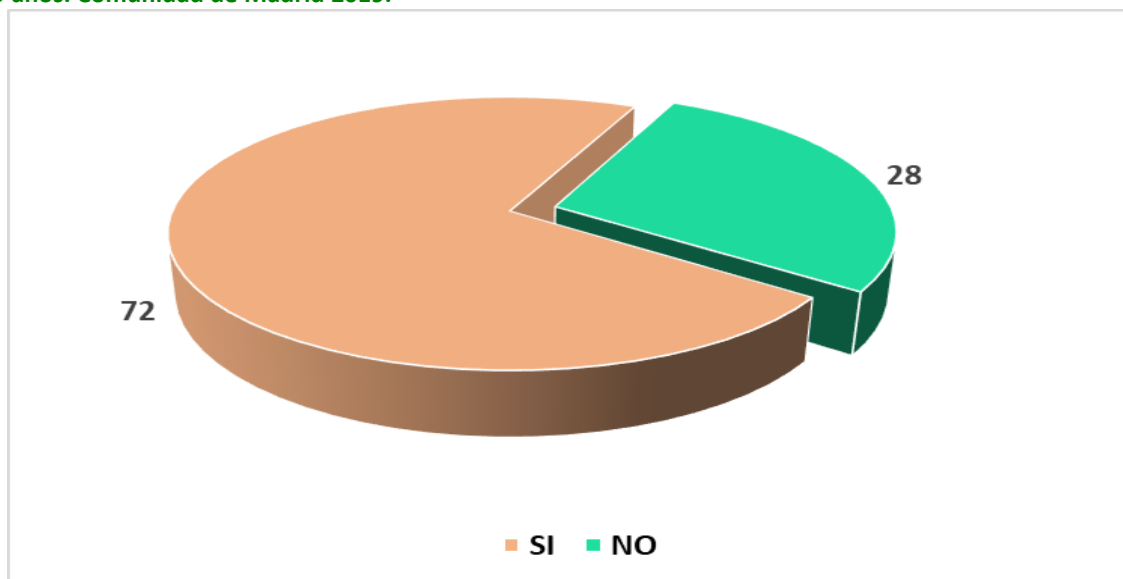
En SIVFRENT-M se pregunta por el porcentaje de personas con teléfono móvil y conexión a Internet y cuál es su uso.

El 72% tiene teléfono móvil con conexión a internet; por sexo, en las mujeres un 72,1% y en hombres 71,9% (figura 73).

El uso del móvil además de para hablar con sus familiares y amigos y enviar mensajes a familiares y amigos/as por WhatsApp fue para conectarse a internet y buscar información, globalmente 50,9%, por sexo es mayor en los hombres frente a las mujeres, 52,8% y 49,4% respectivamente; por edad, disminuye

claramente con el aumento de la edad, llegando a los mayores, grupo de 75 a 79 años a un 38,3% (tabla 41).

Figura 73. Porcentaje de personas entrevistadas con teléfono móvil. Población de 65 a 79 años. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Tabla 41. Porcentaje de personas que disponen de teléfono móvil. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Disponen de teléfono móvil	720	72(69,2-74,7)	317	71,9(67,5-75,8)	403	72,1(68,3-75,6)	327	81,5(77,4-85,1)	238	69,4(64,3-74,1)	155	60,5(54,4-66,4)
Uso de Internet*	509	50,9(47,9-53,9)	233	52,8(48,3-57,4)	276	49,4(45,3-53,5)	249	62,1(57,3-66,7)	162	47,2(42-52,5)	98	38,3(32,5-44,4)

*se conectan a Internet y buscan información.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

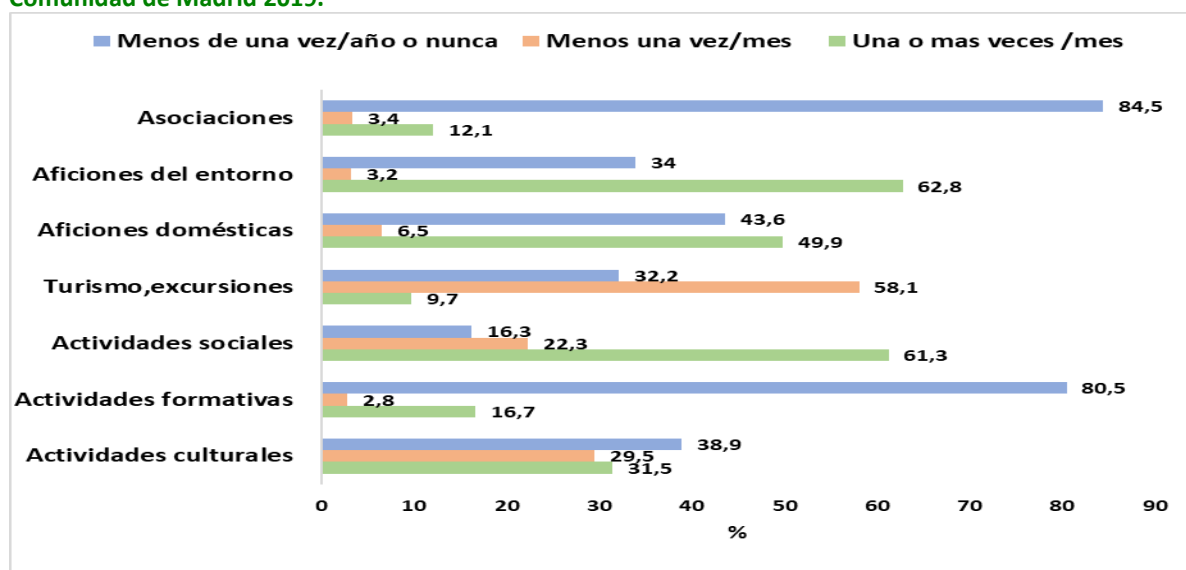
4.23. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye a aumentar y mantener el bienestar personal. Las organizaciones de personas de edad constituyen un medio importante para facilitar la participación mediante la realización de actividades de promoción y el fomento de la interacción entre las generaciones⁴⁴. Previene el aislamiento, es una fuente de apoyo social, es un espacio de reconocimiento personal, la persona mayor ejerce un rol, se identifica y se siente parte del grupo, se plantea objetivos individuales y colectivos. Pero uno de los elementos que tiene mayor incidencia en el bienestar general de las personas mayores es el hecho de que la participación actúa como un mecanismo protector o amortiguador en situaciones de estrés⁴⁵.

En el SIVFRENT Mayores se incluye un grupo de preguntas que recoge la participación en determinadas actividades que van desde culturales, formativas, sociales, viajes, hobbies domésticos y del entorno hasta participación activa en asociaciones así como sus frecuencias de realización.

En la figura 74 se presentan los porcentajes globales, por actividades de participación activa y su frecuencia de realización, de menos de una vez al mes a menos de una vez al año o nunca y por otro lado de una o más veces al mes. Las aficiones que obtuvieron un valor cercano o mayor al 50% en una frecuencia de una o más veces al mes, fueron “actividades del entorno relacionadas con la residencia o barrio tales como caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos etc.” y “actividades sociales que incluyen ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta etc.” con un 62,8 % y 61,3% respectivamente; las “actividades domésticas como ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta” dio un 49,9%. El resto de los ítems estuvo muy por debajo de estos valores para la frecuencia mencionada (figuras 74 y 75).

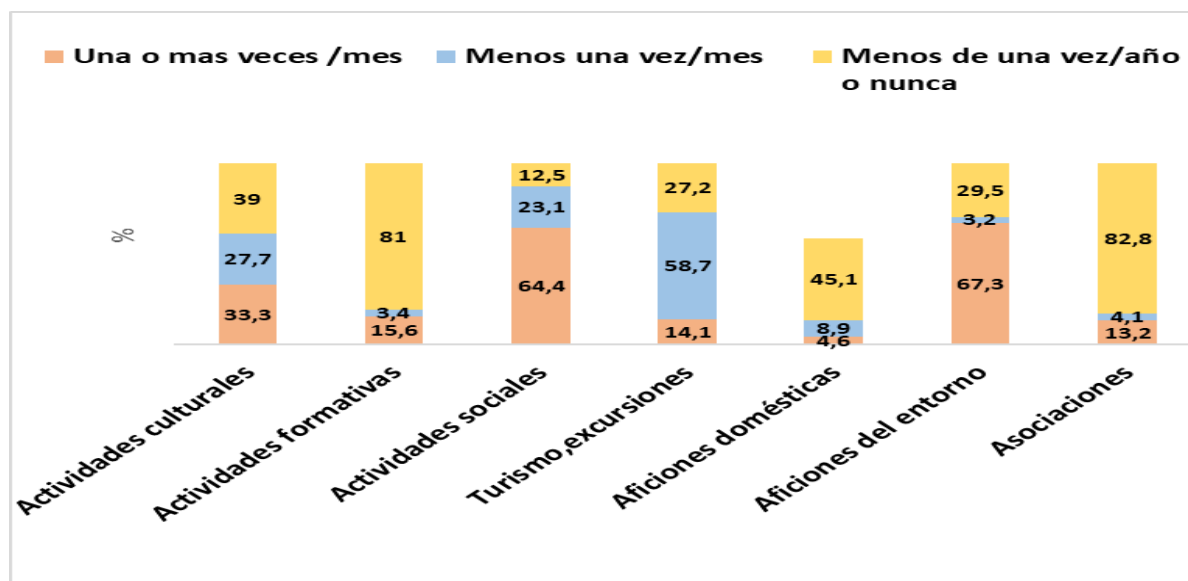
Figura 74. Porcentajes globales de Participación activa por actividades y frecuencia. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

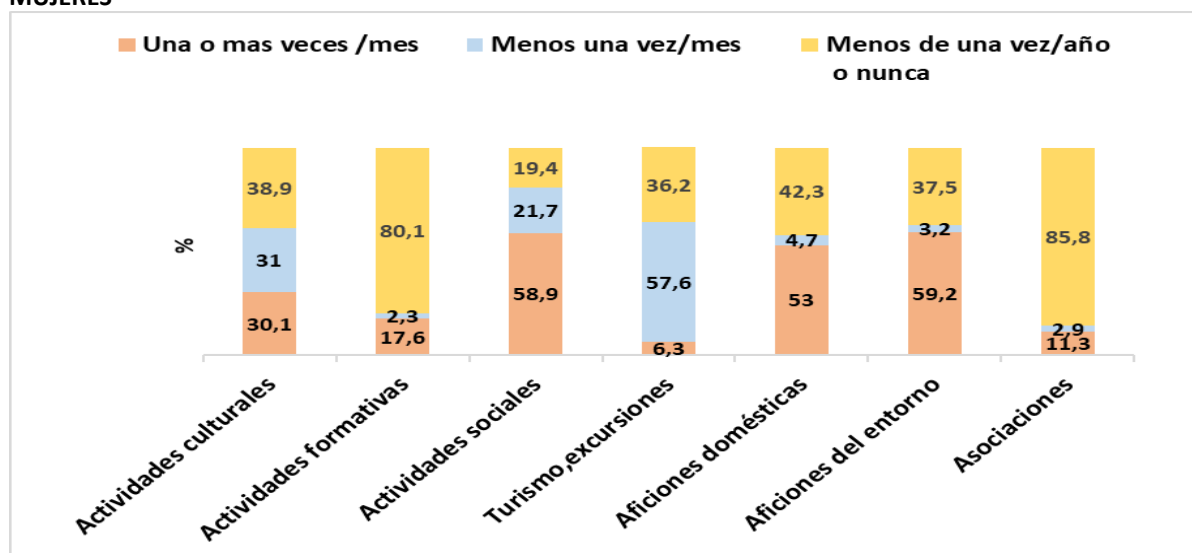
Figura 75. Porcentajes por sexo de Participación activa por actividades y frecuencia. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

HOMBRES



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

MUJERES



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

No participación comunitaria

En la tabla 41 se muestran los porcentajes de actividades que o no se realizan o se hacen en una frecuencia de una vez al año o incluso inferior. De forma global el porcentaje más alto en la categoría de “no realización” se halló en “Participar activamente en asociaciones de cualquier fin (por ejemplo, voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo) con 84,5% y tanto por sexo como por edad los resultados son similares.

En no realización de “Actividades formativas por ejemplo estudiar, hacer cursos, aprender cosas nuevas etc.”, tanto global como por sexo, también se supera el 80% y en el grupo de 75 a 79 años llega al 83,6% (tabla 42).

Tabla 42. Porcentajes de “no participación comunitaria*”: actividades culturales, formativas, sociales, turismo, aficiones o participación en asociaciones por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	SEXO						EDAD					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Actividades culturales	389	38,9(36-42)	172	39(34,6-43,6)	217	38,9(35-43)	135	33,7(29,2-38,4)	131	38,3(33,3-43,6)	123	48(41,9-54,2)
Actividades formativas	804	80,5(77,9-82,8)	357	81(77-84,4)	447	80,1(76,6-83,2)	317	79,1(74,8-82,8)	121	79,8(75,2-83,8)	93	83,6(78,5-87,7)
Actividades sociales	163	16,3(14,2-18,7)	55	12,5(9,7-15,9)	108	19,4(16,3-22,9)	48	12(9,2-15,6)	63	18,4(14,6-22,9)	52	20,3(15,9-25,5)
Turismo, excursiones	321	32,2(29,4-35,1)	120	27,2(23,3-31,6)	201	36,2(32,3-40,2)	103	25,8(21,8-30,3)	104	34(27,6-41,1)	114	44,5(38,6-50,6)
Aficiones domésticas	433	43,6(40,5-46,7)	198	45,1(40,5-49,8)	235	42,3(38,3-46,5)	160	40,2(35,5-45,1)	151	44,4(39,2-49,7)	122	47,7(41,5-53,8)
Aficiones del entorno	339	34(31,1-37)	130	29,5(25,4-33,9)	209	37,5(33,6-41,6)	127	31,7(27,3-36,4)	119	34,9(30-40,1)	93	36,3(30,7-42,4)
Asociaciones	843	84,5(82,1-86,6)	478	85,8(82,6-88,5)	365	82,8(78,9-86)	341	85,3(81,4-88,4)	287	83,9(79,6-87,5)	215	84(78,9-88)

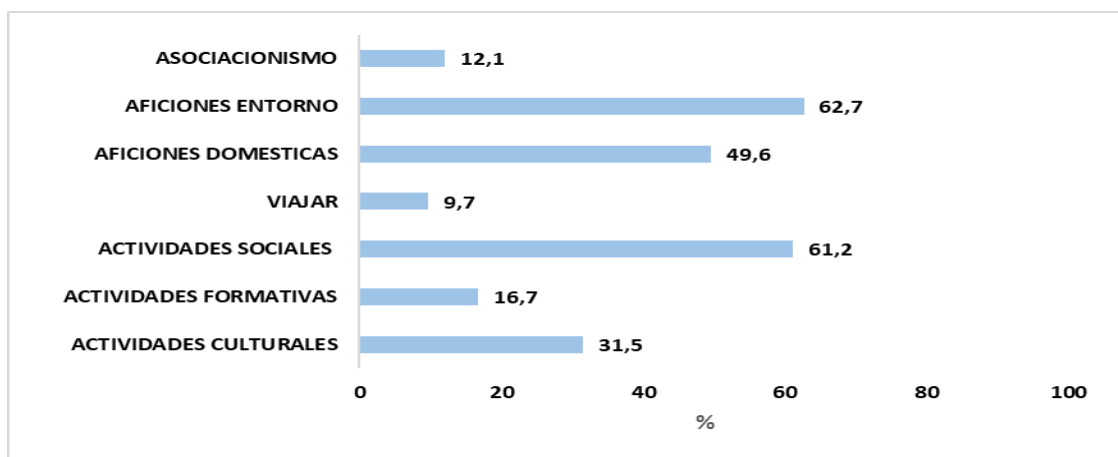
*de una vez al año a nunca

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Participación comunitaria una vez al mes o más

En las figuras 76 y 77 se muestran los porcentajes de participación comunitaria en los diferentes aspectos preguntados con una frecuencia igual o superior a una vez por mes.

Figura 76. Porcentajes de “participación comunitaria* una o más veces al mes, global: actividades culturales, formativas, sociales, turismo, aficiones o participación en asociaciones. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.



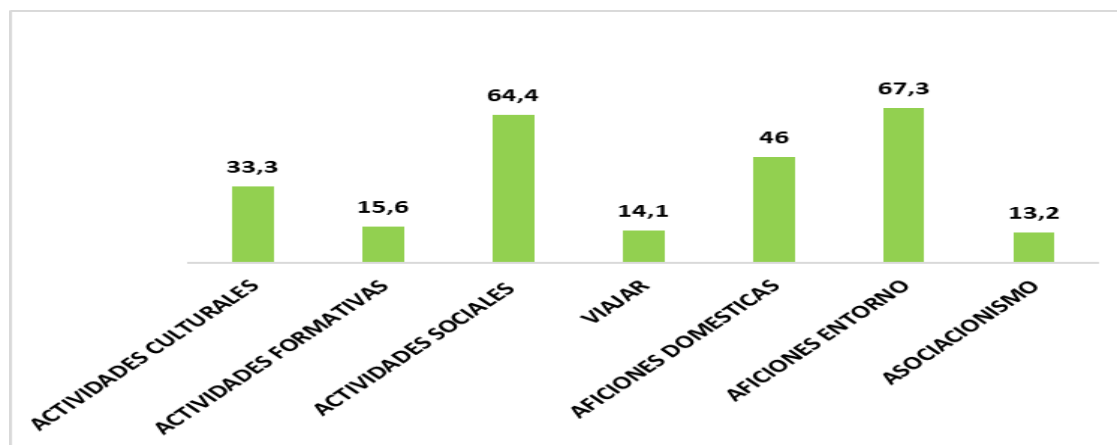
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

El mayor porcentaje global fue en aficiones relacionadas con el entorno o residencia o barrio tales como caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos etc. con un 62,7% y el menor fue de participación activa en asociaciones de cualquier fin tales como voluntariado, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo (figura 81).

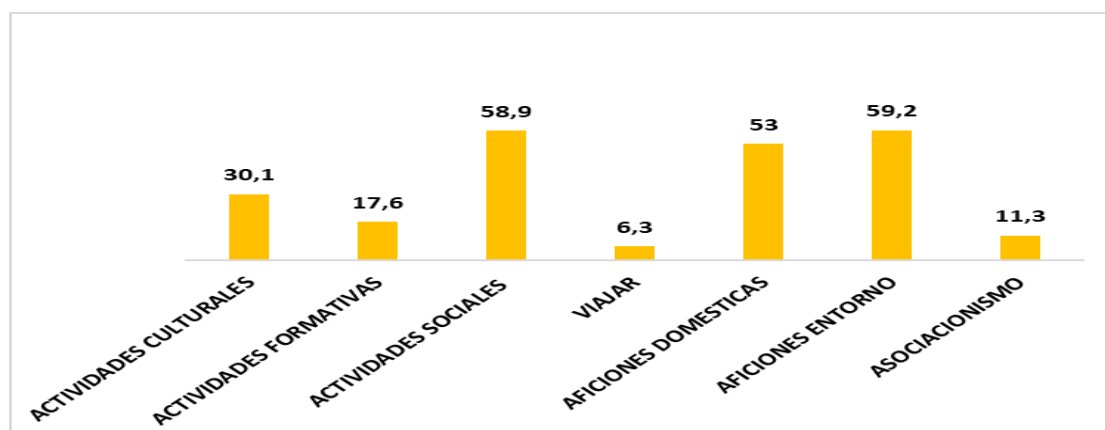
En ambos sexos las actividades realizadas “una o más veces al mes” como viajar, hacer excursiones o turismo fueron minoritarias con un 9,7%; las actividades culturales como ir al cine, teatro o exposiciones, actividades formativas como estudiar hacer cursos o aprender cosas nuevas aficiones o hobbies del entorno habitual como jardinería, bricolaje, manualidades, costura, punto etc. obtuvieron resultados similares en hombres y mujeres (figura 82).

En actividades sociales como ir al club, centros de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos o ir de fiesta obtuvo once puntos porcentuales de diferencia siendo mayor en los hombres respecto de las mujeres (64,4% vs 58,9%).

En aficiones relacionadas con el entorno residencia o barrio como caminar ir al parque, ir a la plaza, quedar con los vecinos con un 59,2% en las mujeres y un 67,3% en hombres; en la participación activa en asociaciones de cualquier fin, voluntariado, social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo fue muy minoritario en ambos sexos pero mayor en los hombres 13,2% y 11,3% para las mujeres.

Figuras 77. Porcentajes de actividades de participación una o más veces al mes, hombres y mujeres. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.**HOMBRES**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

MUJERES

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

Participación en asociaciones

En la categoría participación comunitaria de asociacionismo, actividad de participación que implica interacción comunitaria activa (voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo) no tiene un carácter lúdico sino que muestra una integración y posibilidad de decisión dentro de la comunidad, se vieron los resultados mostrados en la tabla 43.

Todas las variables en todas sus categorías muestran un alto porcentaje de falta de participación en asociacionismo. El porcentaje más elevado de falta de participación activa en asociaciones se vio en por ingresos económicos situados en el rango de <350 a 1050 euros por hogar con un 88,6%; el nivel de estudios universitarios muestra más participación que los otros dos niveles con un porcentaje de no asociación del 76%, diferencia de más de 10 puntos porcentuales con los otros dos niveles. Por sexo, en general las mujeres obtuvieron peores resultados que los hombres para prácticamente todas las variables excepto en país de nacimiento categorías otro país diferente de España (tabla 43).

Tabla 43. Porcentajes de no participación activa en asociaciones de cualquier fin, voluntariado, social, político, vecinal deportivo u otro tipo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	149	83,2(77,1-88)	192	86,9(81,7-90,8)	341	85,3(81,4-88,4)
70-74	126	83,4(76,6-88,6)	161	84,3(78,4-88,8)	287	83,9(79,6-87,5)
75-79	90	81,1(72,6-87,4)	125	86,2(79,5-91)	215	84(78,9-88)
País de Nacimiento						
España	345	82,5(78,6-85,9)	454	86,5(83,3-89,2)	799	84,7(82,3-86,9)
Otro	20	87(66,4-95,7)	24	75(57,3-87)	44	80(67,4-88,6)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	153	86,9(81,1-91,2)	275	88,4(84,4-91,5)	428	87,9(84,7-90,5)
Secundarios	93	86,9(79,2-92,1)	119	86,2(79,4-91,1)	212	86,5(81,7-90,3)
Universitarios	109	74,7(67-81)	81	77,9(68,9-84,9)	190	76(70,3-80,9)
Recursos económicos *						
<350 A 1050	54	88,5(77,8-94,4)	125	88,7(82,3-92,9)	179	88,6(83,4-92,3)
1050-1550	70	84,3(74,8-90,7)	87	86,1(77,8-91,7)	157	85,3(79,4-89,8)
1550-2200	72	79,1(69,6-86,3)	64	90,1(80,9-95,2)	136	84(77,5-88,8)
2200 a >2700	73	76,8(67,3-84,2)	55	84,6(73,6-91,5)	128	80(73,1-85,5)
Totales	365	82,8(78,9-86)	478	85,8(82,6-88,5)	843	84,5(82,1-86,6)

*Euros al mes por hogar

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-M19).

5. CONCLUSIONES

La prevalencia de personas mayores de 65 años que mantienen una actividad física en su rutina habitual y en su tiempo libre es insuficiente, no se cumplen las recomendaciones de beneficio para la salud.

Los indicadores relacionados con el balance energético presentaron unos índices de sobrepeso y obesidad muy elevados.

La alimentación muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales en un porcentaje importante de esta población.

La prevalencia de factores de riesgo adictivos, como el consumo de tabaco y de alcohol, son mejorables.

La realización de prácticas preventivas en relación a riesgo cardiovascular (toma y control de tensión arterial y medida de colesterol) es elevada. El cumplimiento en otras, como mamografías, colonoscopias o citologías es menor.

Los factores de fragilidad en mayores medidos tales como: dependencia para ABVD, AIVD, caídas, limitación para la movilidad, dolor, sensación de cansancio, apoyo social, discapacidad muestran valores que aumentan con la edad y con una gran diferencia por sexo siendo en general más elevados en las mujeres en relación a los hombres.

Las personas mayores en gran medida prolongan su actividad laboral al ser cuidadoras/es de otras personas en edad avanzada o con enfermedades crónicas o ambas, hecho que debe tenerse muy en cuenta a la hora de valorar el deterioro de su salud.

La participación activa en actividades formativas, asociaciones de cualquier tipo, no meramente recreativas, es muy baja.

Estos resultados deben hacernos reflexionar sobre la necesidad de poner en marcha políticas de salud que tengan en cuenta estos factores de riesgo para mejorar la salud en todas las edades.

6. BIBLIOGRAFIA

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>.
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 1996/2017. <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad> (7 Nov 2018).
9. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud(OMS)2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=78A1F265BDACBD6662CDC26FDF5CE6F?sequence=1
10. Cibeles (Información de TIS en la Comunidad de Madrid a 31 de diciembre de 2016. Consejería de Sanidad.
11. Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019
12. 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.
13. Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
14. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
15. Economía y personas mayores Colección Estudios Serie Personas Mayores IMSERSO nº 11003.
16. A propósito de las condiciones de vida de los mayores encuesta 2006 Antonio Abellán García, Elena del Barrio Truchado, Penélope Castejón Villarejo, Cecilia Esparza Catalán, Gloria Fernández-Mayoralas Fernández, Lourdes Pérez Ortiz, M^a Dolores Puga González, Fermina Rojo Pérez y Mayte Sancho Castiello Colección Estudios Serie Documentos Estadísticos N.º 22009
17. Grupos de expertos del PAPPS Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPS 2018 María del Canto de Hoyos Alonso, Ana Gorroño Goitia Iturbe, Iñaki Martín Lesende, José Miguel Baena Díez, Jesús López-Torres Hidalgo, Purificación Magan Tapia, Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):109-124

18. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. OMS, 2010.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1
19. Garrow JS. Indices of adiposity. *Nutr Abstr Rev* 1983; 52:697-708.
20. Consenso SEE 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:587-597.
21. 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.
22. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *Can Med Assoc* 1997; 157: 1529-1535.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. Actualización PAPPS 2018. Carlos Brotons Cuixart, Jose Juan Alemán Sánchez, Jose Ramón Banegas Banegas, Carlos Fondon León, José María Lobos-Bejarano. *Aten Primaria.* 2018;508 supl 1):4-28.
28. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
29. Kroenke, K., et al., The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population, *J. Affect. Disorders* (2008), doi:10.1016/j.jad.2008.06.026
30. Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020.
31. Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2019.
32. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor Iñaki Martín Lesende. CS de San Ignacio, Bilbao. Miembro de los Grupos de Trabajo de Atención al Mayor (semFYC y Osatzen) y de Prevención en el Mayor (PAPPS-semFYC). *AMF* 2013;9(9)508-514
33. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores Iñaki Martín Lesende, Silvia Quintana Cantero, Virginia Urzay Atucha, Elixabete Ganzarain Oyarbide, Teresa Aguirre Miñana y Juan Eduardo Pedrero Jocano *Aten Primaria.* 2012;44(6):309---319
34. <https://enfocatss.com/el-soporte-social-o-apoyo-social-percibido-la-escala-oslo-3-como-herramienta-de-medicion/>

35. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual; María Montero y López Lena Juan José Sánchez-Sosa; Salud Mental, Vol. 24, No. 1, febrero 2001 19
36. El libro blanco del envejecimiento activo. IMSERSO.1.ª edición, 2011
37. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en personas mayores. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes estudios e investigación 2014 Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
38. Abizanda P, Gomez-Pavon J, Martin Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin (Barc). 2009;10.1016/j.medcli.2009.04.028 (on line).
39. Dolor en el paciente de la tercera edad Javier de Andrés, Juan Pablo Acuña, Alicia Olivares s. rev. med. clin.condes.2014 ;25(4) 674-686.
40. European Health Interview Survey(EHIS wave3) Methodological Manual 2018 edition* PDF ISBN 978-92-79-80333-8 doi:10.2785/020714 KS-02-18-240
41. Envejecimiento y nuevas tecnologías. David Sánchez, Gorka Eizmendi, José Miguel Azkoitia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;41 Supl 2:57-65.
42. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores .Observatorio de las personas mayores. Colección documentos; serie documentos estadísticos. Encuesta 2006; Antonio Abellán García, Elena del Barrio Truchado, Penélope Castejón Villarejo, Cecilia Esparza Catalán, Gloria Fernández-Mayoralas Fernández, Lourdes Pérez Ortiz, Mª Dolores Puga González, Fermina Rojo Pérez y Mayte Sancho Castiello. Primera edición, 2007 © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
43. Instituto Nacional de Estadística(INE)
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
44. Naciones Unidas. Informe sobre la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Recomendaciones de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento artículo 10 objetivo 2.
45. Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas Lorena Gallardo-Peralta, Dina Conde-Llanes, Isabel Córdova-Jorquera Gerokomos. 2016;27(3):104-108

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

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

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



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD