

**Objetivo 11**

**Una vida más sana**

**11**

## Objetivo 11. Una vida más sana

### 11.1. Estilos de vida y salud

### 11.2. Ejercicio físico en adultos

### 11.3. Alimentación

11.3.1. Consumo de alimentos

11.3.2. Factores relacionados con la seguridad e higiene alimentaria

11.3.3. Realización de dietas

### 11.4. Antropometría

11.4.1. Índice de masa corporal

### 11.5. Conclusiones

## 11.1. Estilos de vida y salud

Los estilos de vida con repercusión en el ámbito de la salud se refieren al conjunto de actitudes y hábitos de conducta que desarrollan las personas, condicionados social y culturalmente en gran medida, con influencia evidente positiva o negativa en su salud. El consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, el tabaco u otras drogas ilegales, la práctica de ejercicio físico y la alimentación figuran como ejemplos paradigmáticos en nuestra sociedad.

La influencia de los estilos de vida sobre la salud ha sido estudiada para un importante número de enfermedades, y en la actualidad sabemos que muchas de ellas, entre las que figuran algunas de gran prevalencia en nuestro entorno y que constituyen una parte notable de la carga total de enfermedad de la sociedad, tienen como componente fundamental de su etiología estilos de vida insanos.

Por ello, la investigación acerca de la formación e impacto en la salud de estos estilos de vida, así como de su prevención y modificación en el caso de hábitos no saludables, o de su promoción cuando se trate de estilos de vida saludables, constituye una prioridad sanitaria. Como lo es también la creación de programas específicos de actuación dirigidos a prevenir, modificar o promover tales estilos de vida.

En este capítulo abordaremos la práctica de ejercicio físico y la alimentación, siendo tratados en el capítulo siguiente el consumo de sustancias tóxicas. A este respecto una fuente de información fundamental en nuestro ámbito es el Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), desarrollado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.

## 11.2. Ejercicio físico en adultos

De acuerdo con la información suministrada por la última encuesta disponible (2015) del SIVFRENT-A, el 40,5% de los hombres entrevistados y el 40,6% de las mujeres afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria.

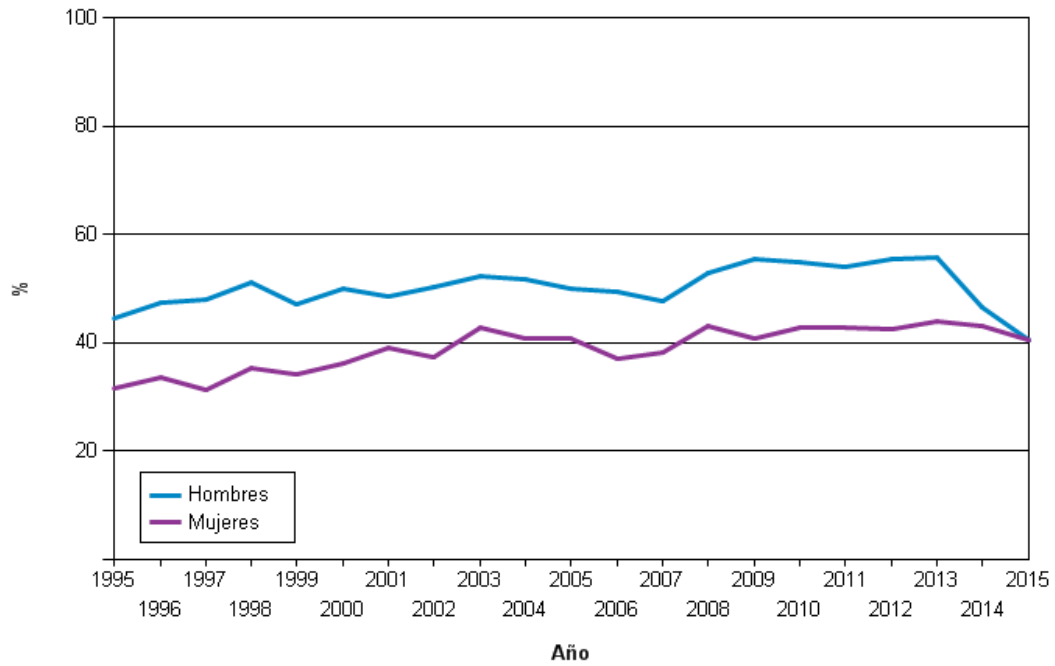
En relación con la actividad física en tiempo libre, desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, se han definido como personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición el 61,6% de los hombres entrevistados y el 68,4% de las mujeres son considerados como no activos en el tiempo libre.

Si comparamos el promedio de 2014/2015 frente al de 1995/1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral disminuyó un 5,0% en hombres y aumentó un 28,2% en mujeres. Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre disminuyó un 17,4% en los varones y un 15,5% en las mujeres.(Figura 11.1).

**Figura 11.1. Evolución de la proporción de personas no activas\* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.**

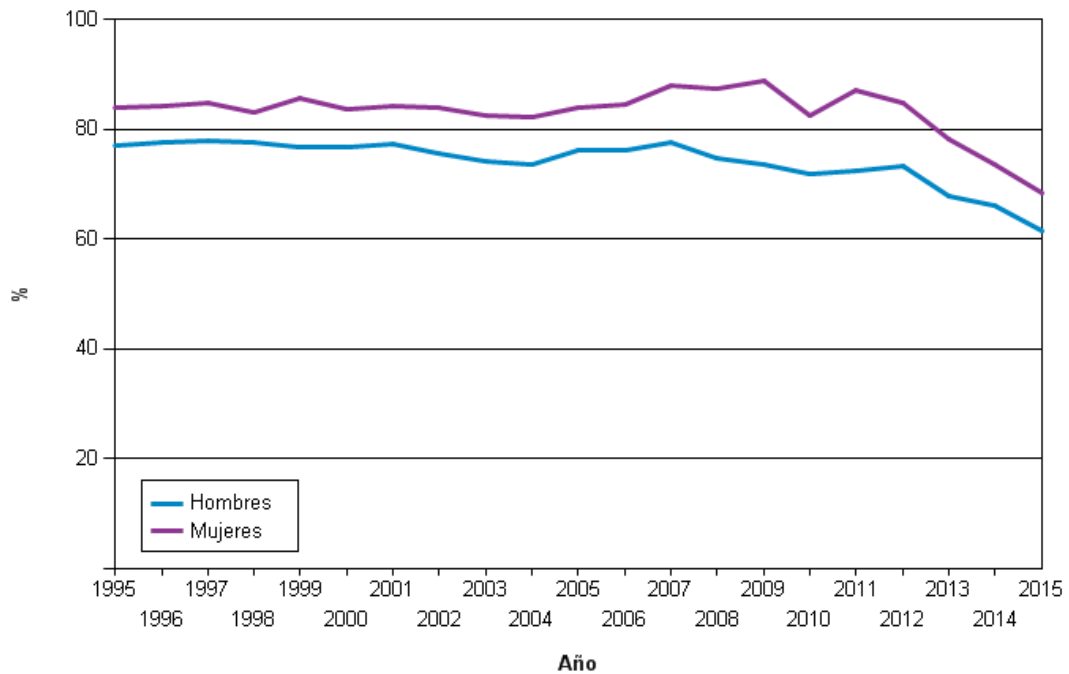
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

**Personas no activas\* en la actividad habitual/laboral**



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

**Personas no activas\* en tiempo libre**



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

## 11.3. Alimentación

### 11.3.1. Consumo de alimentos

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

La mayoría de los entrevistados, el 84,5%, habían consumido algún alimento del grupo de productos cárnicos (Tabla 11.1). Es de destacar la gran proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con diferencias entre hombres y mujeres: un 46,9% de hombres frente al 39,6% de mujeres (Figura 11.2).

En 2015 el 20,8% de las personas entrevistadas no consumió ninguna cantidad de leche en las últimas 24h. Al incluir los derivados lácteos la cifra se redujo al 8,8%. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no consumieron dos o más raciones de lácteos fue de un 43,1% en hombres y del 40,8 en mujeres, lo que supone una disminución respecto al año anterior, pero dentro de cifras elevadas si comparamos con toda la serie estudiada (Figura 11.2).

Durante las últimas 24 horas el 79,6% de hombres y el 74,3% de mujeres no alcanzó a consumir tres raciones/día de fruta y verdura, lo que representa un nuevo incremento, semejante al año anterior, respecto a años anteriores y en relación con toda la serie estudiada (Figura 11.2).

El 42,1% de los entrevistados había consumido algún alimento del grupo de galletas, bollería y productos de pastelería (Tabla 11.1).

El 37,0% había consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) en las últimas 24h (Tabla 11.1).

**Tabla 11.1. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2015.**

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

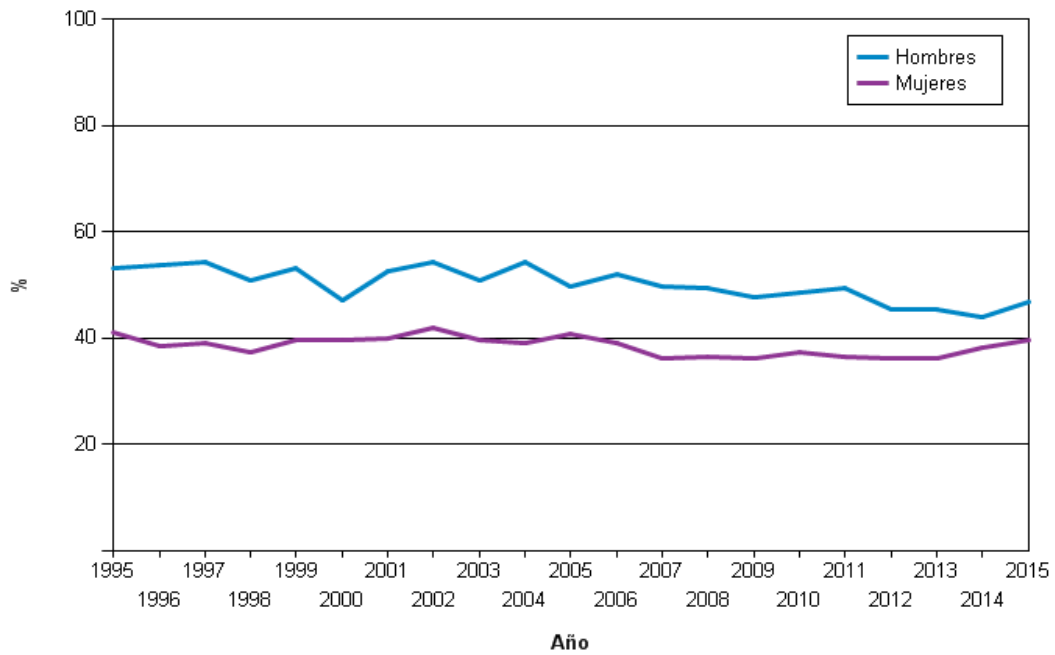
	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	79,2(77,4-80,9)	82,0(79,4-84,3)	76,5(73,8-79,0)	76,6 (72,2-80,4)	79,5(76,5-82,1)	80,2(77,3-82,8)
Leche y derivados	91,2(89,9-92,4)	91,1(89,2-92,8)	91,3(89,4-92,8)	90,8(87,5-93,3)	90,8(88,6-92,6)	91,9(89,8-93,6)
Dulces/ Bollería	42,1(40,0-44,3)	38,0(35,0-41,0)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

\* Intervalo de confianza al 95%

**Figura 11.2. Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

**Consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos**



**Consumo de menos de 2 raciones de lácteos**

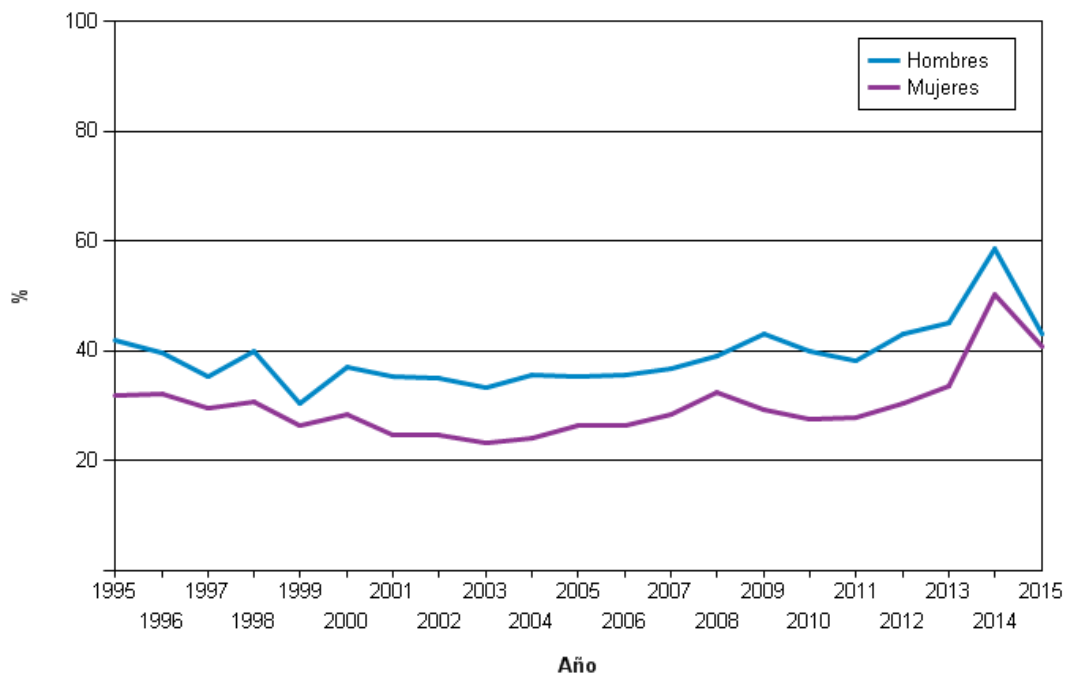
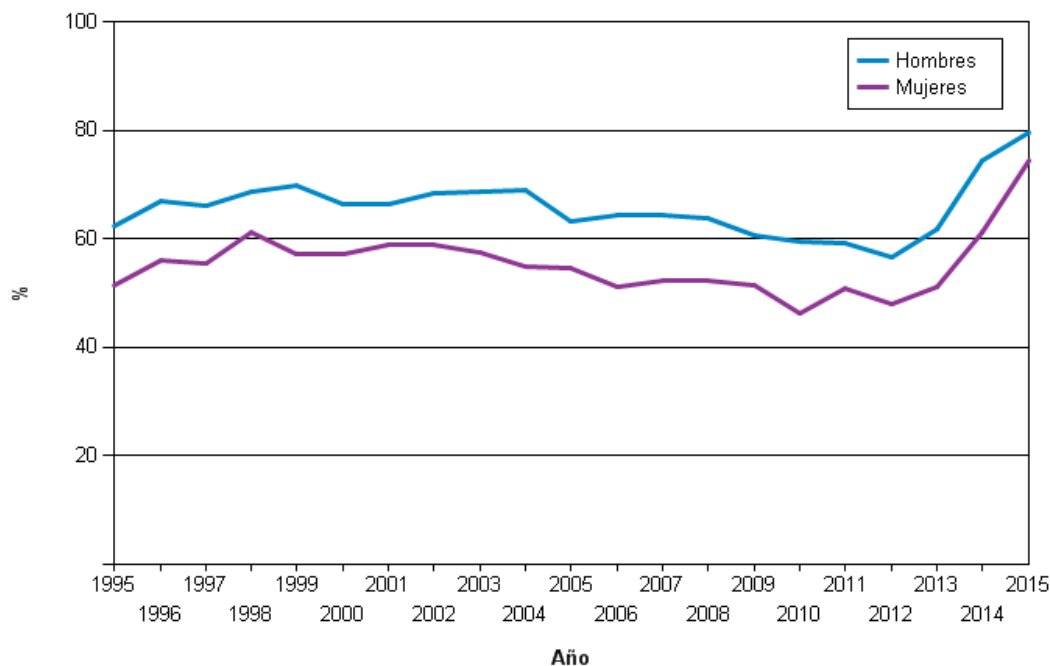


Figura 11.2 (continuación). Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

#### Consumo de menos de 3 raciones de fruta y verdura



### 11.3.2. Factores relacionados con la seguridad e higiene alimentaria

Los riesgos biológicos constituyen una de las principales causas de enfermedad de origen alimentario. La evaluación de la exposición de la población incluye el muestreo y análisis de distintos productos para la investigación de microorganismos para los que están establecidos mediante norma legal criterios de seguridad alimentaria, como *Salmonella*, *Listeria monocytogenes*, Enteroxina estafilocócica, *Escherichia coli*, *Enterobacter sakazakii*, *Triquinella* spp e histamina. Es importante destacar que la inexistencia de criterios microbiológicos mediante norma legal no significa que no haya otros gérmenes patógenos que puedan representar un riesgo para la salud pública, para los que deben establecerse medidas de vigilancia y de prevención en los establecimientos alimentarios. Tal es el caso de especies del género *Campylobacter*, *E. coli* o157:H7, *Yersinia* entre otros. A su vez la creciente amenaza de la resistencia a los antimicrobianos de los agentes bacterianos, que pueden ser transmitidas a través de los alimentos, nos insta a realizar una vigilancia continua de la misma.

Los alimentos pueden constituir el vehículo de una serie de sustancias químicas que pueden incidir en la salud después de una sola exposición o, más frecuentemente, tras una exposición prolongada. Estas sustancias químicas provienen bien de una presencia no deseada, pero técnicamente inevitable (contaminantes agrícolas, medioambientales y de procesado de alimentos) o bien se adicionan de forma intencionada con fines tecnológicos a lo largo de la cadena de producción (residuos de plaguicidas y de medicamentos veterinarios, aditivos).

Referente al empleo de aditivos alimentarios, se sigue detectando el empleo de los conservantes sulfitos en algunos alimentos que no pueden llevarlos conforme a la normativa, como la carne fresca (Figura 11.3).

El análisis de residuos de plaguicidas se centra en los alimentos de mayor consumo en nuestra Comunidad, e incluyen las categorías que pueden tener un mayor grado de preocupación desde el punto de vista toxicológico, como organoclorados, organofosforados, carbamatos, triazoles y piretroides; en alimentos infantiles, además se buscan plaguicidas no autorizados por su especial toxicidad (Figura 11.4).

Figura 11.3. Evolución de la tasa de incumplimiento de sulfitos en carne. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria.

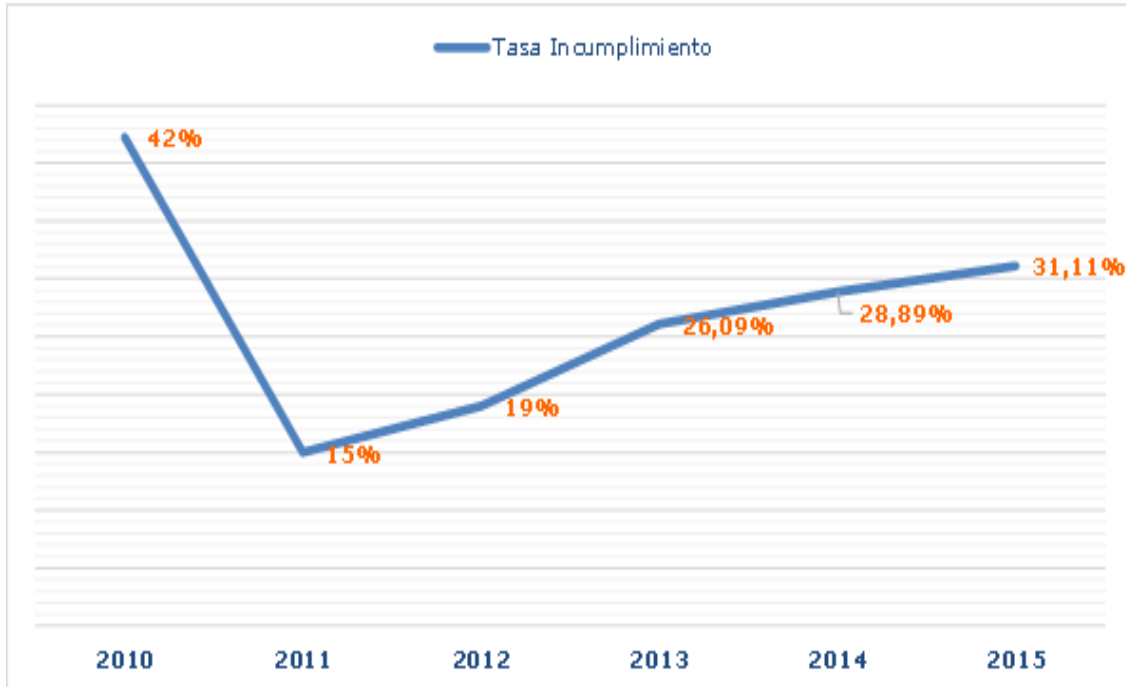
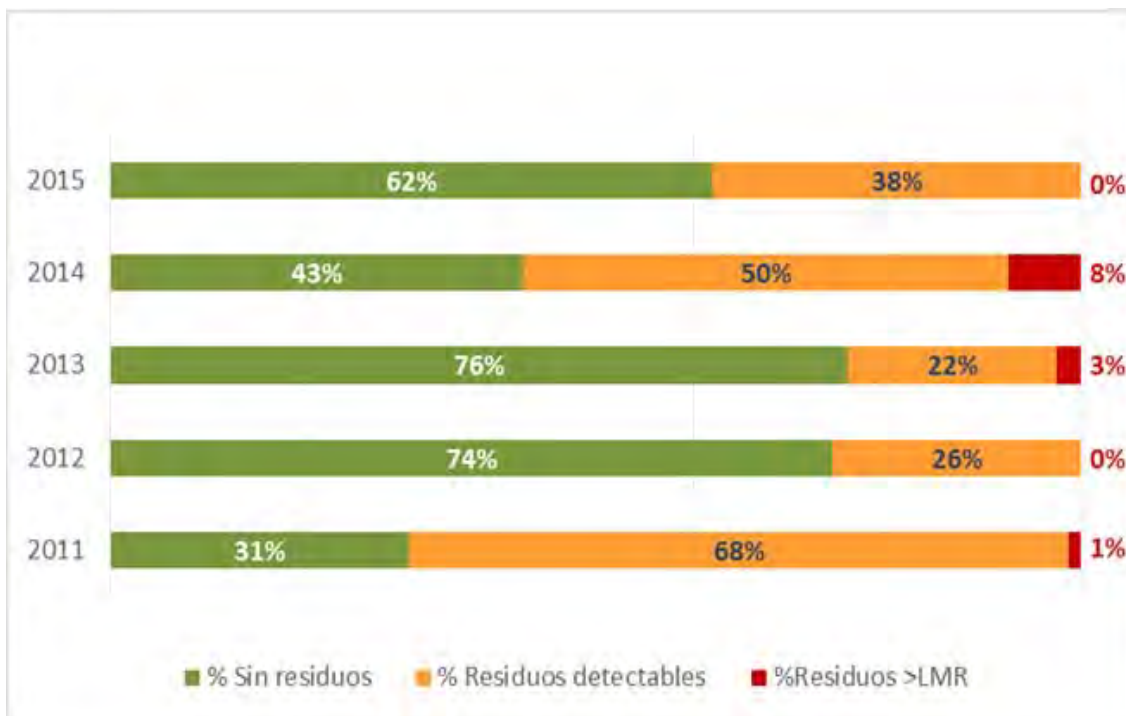


Figura 11.4. Porcentaje de muestras con residuos detectables, sin residuos y con residuos superiores al Límite Máximo de Residuos (LMR) en vegetales. Comunidad de Madrid, 2011-2015.

Fuente: Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria.





### 11.3.3. Realización de dietas

Según el SIVFRENT-A en 2015 un 12,1% de la población madrileña entre 18 y 64 años había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 5,7% había realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue 2,9 veces mayor que la de hombres (Tabla 11.2).

**Tabla 11.2. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses, según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2015.**

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

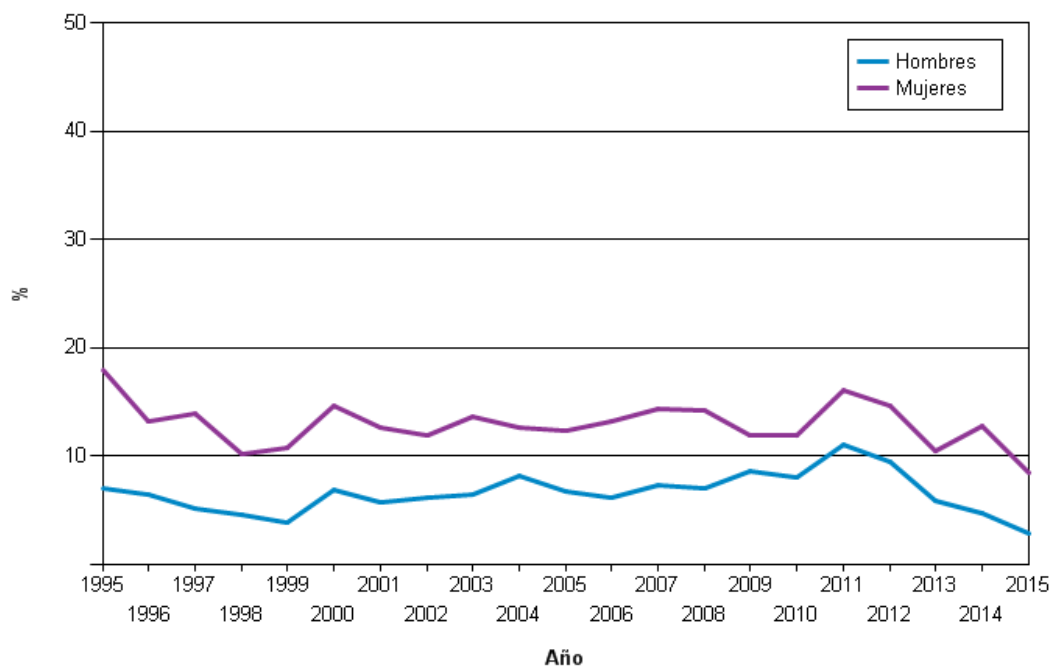
	Total	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	12,1(10,7-13,5)	8,8(7,2-10,7)	15,4(13,3-17,7)	7,0(4,9-9,9)	9,2(7,4-11,4)	17,4(14,9-20,2)
Dieta para adelgazar	5,7(4,8-6,8)	2,9(2,1-4,1)	8,5(6,9-10,3)	5,0(3,2-7,6)	5,9(4,4-7,7)	6,0(4,5-7,8)

\* Intervalo de confianza al 95%

Entre los periodos 1995/1996 y 2014/2015 se apreció una disminución en la proporción de personas que realizaron alguna dieta para adelgazar del 43,2% en hombres y 31,6% en mujeres (Figura 11.5).

**Figura 11.5. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.**

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



## 11.4. Antropometría

### 11.4.1. Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente entre el peso y la talla, expresado en  $\text{kg}/\text{m}^2$ , ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad. En el SIVFRENT-A se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad que figura en el pie de la Tabla 11.3.

**Tabla 11.3. Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2015.**

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

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

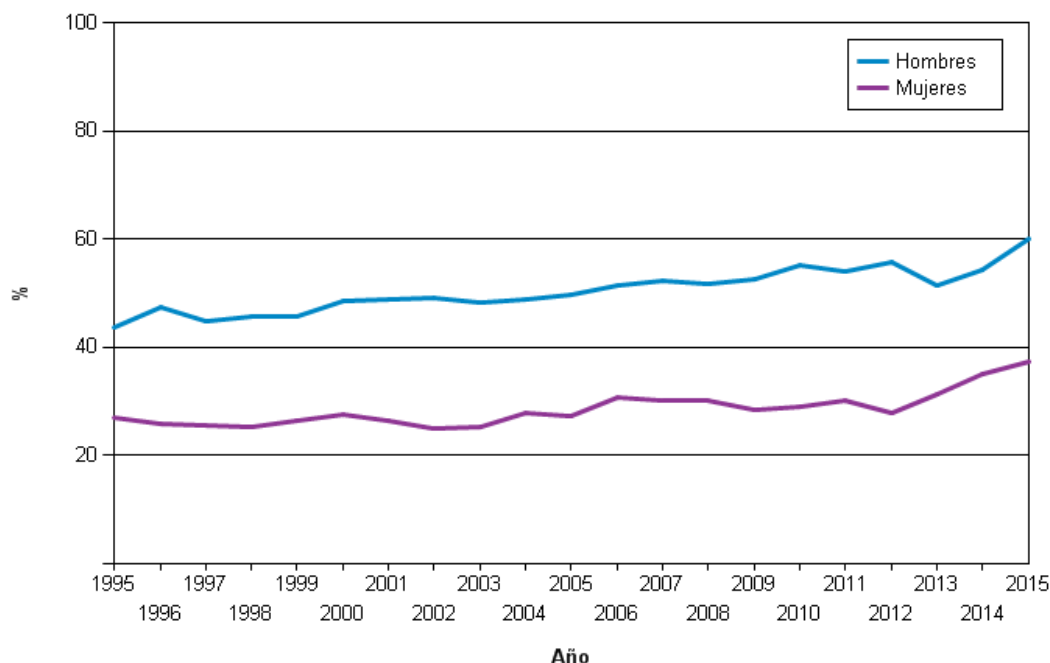
- \* Intervalo de confianza al 95%
- \*\* Peso insuficiente: IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup>
- \*\*\* Normopeso: IMC ≥ 18,5 y < 25 kg/m<sup>2</sup>
- \*\*\*\* Sobrepeso grado I: IMC ≥ 25 y < 27 kg/m<sup>2</sup>
- \*\*\*\*\* Sobrepeso grado II: IMC ≥ 27 y < 30 kg/m<sup>2</sup>
- \*\*\*\*\* Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>

El 1,5% de la población estudiada en 2015 presentó un peso insuficiente, aunque esta situación se observó casi exclusivamente en las mujeres, con una prevalencia del 2,8%, frente al 0,2% en los hombres, y principalmente en el grupo de edad más joven (18 a 29 años). Por otro lado, el 47,2% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 25,4% al sobrepeso de grado I, del 16,6% al sobrepeso de grado II, y del 6,4% a la obesidad. El sobrepeso fue mucho más frecuente en hombres que mujeres, y ambos, sobrepeso y obesidad, se incrementaron rápidamente a medida que aumentó la edad.

La tendencia (Figura 11.6) describe un incremento del sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) al comparar los promedios de 2014 y 2015 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento fue del 37,6% y en los hombres del 25,2%.

**Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad\* según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2015.**

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



\* Índice de Masa Corporal = 25 o más kg/m<sup>2</sup>

## 11.5. Conclusiones

Dada su alta prevalencia, en 2015 el sedentarismo en la vida laboral (el 40,6% de la población) y la inactividad física durante el tiempo libre (el 65,1% de la población) continúan siendo un problema de salud pública. No obstante, se ha observado una tendencia descendente en los últimos años, especialmente de la inactividad física en el tiempo de ocio.

El control higiénico de los alimentos sigue en nuestro ámbito territorial las recomendaciones internacionales que se aplican a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la producción al consumo, implicando a todos los sectores en la responsabilidad del control alimentario. Esto contribuye a disminuir los riesgos microbiológicos y fisicoquímicos derivados de la alimentación, y de esta forma prevenir las enfermedades relacionadas.

En 2015 la alimentación de los madrileños sigue adoleciendo de una ingesta excesiva en productos cárnicos (1,4 raciones/día de media) y deficitaria en frutas y verduras (2 raciones/día de media). A lo largo de los últimos 20 años se ha observado un descenso del 14,9% en hombres y 2,0% en mujeres en el consumo excesivo de carne (dos o más raciones diarias). Respecto a las frutas y verduras, durante los dos últimos años estudiados (2014 y 2015) se ha incrementado notablemente el consumo deficitario de las mismas.

En consonancia con la escasa actividad física de la población madrileña, el exceso de peso, especialmente en hombres, constituye un problema de salud pública en aumento. El 47,2% de la población de 18 a 64 años de edad tenían sobrepeso u obesidad en 2015 (a partir del peso y talla autodeclarados). El sobrepeso en 2015 fue mucho más frecuente en hombres que en mujeres y tanto el sobrepeso como la obesidad se incrementaron rápidamente a medida que aumentó la edad. Durante los últimos 20 años el sobrepeso u obesidad se ha incrementado un 25,2% en hombres y un 37,6% en mujeres.