

INFORME:

VIGILANCIA DE LA DIABETES MELLITUS (AUTODECLARADA) Y SUS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS. PREVALENCIA ACTUAL Y EVOLUCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Elaboración: Pilar Gallego Berciano, Dulce López-Gay Lucio-Villegas, Honorato Ortiz Marrón, Elisa Gil Montalbán y José Ignacio Cuadrado Gamarra. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

1. RESUMEN

Antecedentes y objetivos: la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, de alta prevalencia y elevado coste individual y social, asociada a una significativa morbilidad y mortalidad, siendo la enfermedad cardiovascular la causa fundamental de su morbimortalidad. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de diabetes mellitus autodeclarada (DMA) y estimar la prevalencia de sus principales factores de riesgo.

Metodología: estudio transversal de una muestra de 16.044 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. Datos referidos al periodo 1996-2010 y procedentes del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-A). Se estima la prevalencia de DMA y los factores de riesgo en personas con DM y sin diabetes, así como la agregación de consumo de tabaco, bebedor de riesgo, actividad física y alimentación.

Resultados: en el periodo 2009-2010, el 3,9% de los entrevistados se autodeclararon diabéticos, sin variaciones por sexo e incrementándose con la edad. La prevalencia de DMA es superior en las personas con menor nivel de estudios. La prevalencia de la DMA se duplicó entre 1996-97 y 2009-10.

El 48% de los pacientes diabéticos tienen antecedentes familiares de diabetes frente al 20% en los no diabéticos.

Las personas con diabetes, respecto a las no diabéticas presentan una mayor prevalencia de hipertensión arterial (37,3% vs. 13,2% respectivamente) e hipercolesterolemia (39,1% vs. 18,5%).

En general, las personas con diabetes son menos inactivas en su ocupación habitual que las no diabéticas (41,1% vs. 48,7%) y más inactivas en su tiempo libre (88,6% vs. 78,3%). Entre 1996-97 y 2009-10 la proporción de personas (diabéticas y no diabéticas) inactivas en su ocupación habitual aumentó un 41%.

La prevalencia de fumadores actuales es del 30,4% entre diabéticos y del 31,7% entre no diabéticos. De 1996-97 a 2009-10, la prevalencia disminuyó un 7,6% en la población diabética y un 21% en la no diabética.

El consumo moderado de alcohol fue menor entre los que se declaran diabéticos frente a los no diabéticos (46,8% vs. 65,1%), y al igual que en los no diabéticos el consumo moderado es más frecuente

en hombres. El consumo a riesgo es similar en diabéticos que en no diabéticos (2,6% vs. 1,9%). En diabéticos el consumo moderado disminuye un 11% desde 2000-01. El consumo a riesgo disminuye un 49% en no diabéticos y aumenta un 46% en diabéticos, aunque en éstos disminuye un 61% desde 2000-01.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad es superior en diabéticos que en no diabéticos, siendo esta diferencia algo mayor en mujeres. Más de la tercera parte de la población diabética tiene sobrepeso, siendo más frecuente en los hombres y en el grupo de edad de 30-44 años. El 22% de los diabéticos son obesos frente al 8% de los diabéticos. La tendencia de 1996-97 a 2009-10 es desfavorable, en las personas con diabetes aumenta el sobrepeso y la obesidad más del 50%, mientras que en los no diabéticos el sobrepeso aumenta un 7% y un 33% la obesidad.

Las personas con diabetes realizan una alimentación más saludable que las no diabéticas, consumiendo más frutas frescas y verduras y menos productos cárnicos. La tendencia es favorable en ambos grupos ya que la proporción de personas con dieta desequilibrada disminuye también en población no diabética.

La agrupación de factores de riesgo ligados al estilo de vida, es menos frecuente en las personas con diabetes, presentando el 17,7% dos o más factores de riesgo, mientras que en los no diabéticos es del 25,5%. La tendencia de la proporción de personas con dos o más factores disminuye tanto en diabéticos como en no diabéticos.

Conclusiones: En los últimos 15 años, se observa un ligero aumento de la prevalencia de diabetes, tanto en hombres como en mujeres, observándose un aumento importante de la diabetes gestacional. Las personas con diabetes tienen mayor prevalencia de antecedentes familiares de diabetes, HTA, hipercolesteronemia, sobrepeso y obesidad. Si esta tendencia se mantiene, en los próximos años se observará en la comunidad de Madrid, una mayor prevalencia de diabetes y un incremento de los factores de riesgo.

2. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, de alta y creciente prevalencia, asociada a un incremento de la morbi-mortalidad y a un elevado coste económico que la convierten en un problema socio-sanitario de primera magnitud.

La prevalencia de la DM ha experimentado un progresivo incremento en las últimas décadas, ligada especialmente a la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2). La “epidemia” de DM se incrementa en todo el mundo, aunque con diferencias importantes según el área geográfica. La Federación Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation-IDF) estima que en 2011 existían en el mundo 366,2 millones de personas con diabetes y predice que para 2030 se alcanzará los 552 millones (9,9% de la

población entre 20 y 79 años). En los EEUU, la prevalencia del diagnóstico de diabetes se ha duplicado en las 3 últimas décadas, en gran parte debido al incremento de la obesidad ^(1, 2).

Los datos disponibles sobre la prevalencia de la diabetes en España son limitados. Son varios los estudios de base poblacional que aportan datos sobre la prevalencia de diabetes total (conocida y no conocida). Las revisiones confirman un importante aumento de la prevalencia de la DM2 en los últimos años, estimándose unas prevalencias entre un 10 y un 15%, dependiendo de las distintas comunidades autónomas (CCAA) y de los métodos de estudio utilizados. Varios son los factores que pueden contribuir a este importante incremento de la DM2 en España: el cambio en los criterios diagnósticos, el envejecimiento de la población, la mayor supervivencia de los pacientes diabéticos, así como un aumento real de la prevalencia de la diabetes ⁽³⁾.

En el año 2000, a partir de diferentes fuentes, la prevalencia de DM en la Comunidad de Madrid (CM) fue del 3,2% en población general. Se estimó que un 30,5% de personas con diabetes estaba sin diagnosticar⁽⁴⁾. En la CM desde el 1996 se obtienen datos de prevalencia de diabetes autodeclarada por las personas encuestadas a través del sistema de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (SIVFRENT-A) en población de 18-64 años. Para el periodo 1996-2005 en la CM la prevalencia de DM autodeclarada (DMA) fue del 3,8%, observándose una tendencia creciente con un incremento en este período del 43%⁽⁵⁾. Por otro lado, en el año 2007 se realizó en la Comunidad de Madrid un estudio poblacional con medidas objetivas para determinar la verdadera magnitud de diabetes y los factores de riesgo cardiovasculares (estudio PREDIMERC)⁽⁶⁾, aportando información sobre la prevalencia conocida y no conocida. Según este estudio la prevalencia de la diabetes mellitus fue del 8,1% de la población entre 30 y 74 años, siendo el porcentaje de diabetes desconocida del 22%. Datos que sitúan a la CM en un nivel intermedio/bajo con respecto al resto de las CCAA.

Según datos del Center for Diseases Control and Prevention de los EE.UU (CDC), en el año 2009 la diabetes fue la séptima causa de muerte en los EEUU. Es, además, una causa contribuyente de muerte en muchos casos y además está infradeclarada como causa de defunción. En general la tasa de mortalidad entre los diabéticos es el doble que la que le corresponde a los no diabéticos para el mismo grupo de edad⁽⁷⁾.

En la mayoría de los países desarrollados la diabetes ocupa del 4º al 8º lugar entre las causas de defunción. En España la diabetes ocupa la 3ª posición en mujeres y la 7ª en hombres, siendo una de las pocas causas que producen mayor mortalidad en hombres que en mujeres^(8,9).

En España, la DM fue la causa del 2,6 % del total de fallecimientos ocurridos en el año 2006 (2% en hombres y 3,3% en mujeres). La tasa de mortalidad fue del 22,0 por 100.000 habitantes (17,6 en

hombres y 26,2 en mujeres). Esta tasa de mortalidad es similar a la del conjunto de los países de la UE (en el año 2006 la tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 13,8). La CM presenta una mortalidad por DM un 50% menor que la del conjunto de España. Su tasa de mortalidad ajustada por edad en 2006 fue de 6,4 por 100.000 habitantes la más baja de todas las CCAA^(3,10).

La morbimortalidad de la diabetes es debida a su papel en el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV), renal, neuropatía y retinopatía. Estas complicaciones, especialmente las ECV (aproximadamente 50-75% de los gastos médicos) son la mayor fuente del gasto de los pacientes diabéticos⁽⁷⁾. El riesgo de desarrollar ECV es en estos pacientes de 2 a 4 veces superior al observado en la población general de similar edad y sexo, riesgo que se mantiene después de ajustar por otros factores clásicos de riesgo cardiovascular (RCV). Las complicaciones cardiovasculares atribuibles a la arteriosclerosis son responsables del 60-80% de todas las causas de muerte en los sujetos con diabetes y representan más del 75% del total de las hospitalizaciones por complicaciones diabéticas⁽¹¹⁻¹³⁾.

La diabetes es considerada como un factor mayor e independiente de riesgo cardiovascular. En pacientes con DM, la alta prevalencia de otros factores de RCV, como hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, comporta una situación de alto riesgo y mortalidad, equivalente a la de la prevención secundaria de enfermedad cardiovascular, por lo que la intervención en pacientes diabéticos debe ser enérgica y global sobre todos los factores de RCV. Debemos considerar la DM2 como una enfermedad que puede prevenirse, efectuando principalmente cambios en los estilos de vida. Es importante pues, desde el punto de vista de la salud pública, la identificación de sujetos con riesgo de desarrollar DM^(14,15).

La vigilancia epidemiológica de la diabetes es necesaria para la identificación de estos grupos de riesgo, definir la magnitud y la carga de la enfermedad, orientar políticas de salud y evaluar el progreso en los objetivos de los programas de prevención y control de la diabetes⁽¹⁶⁾.

Los cuestionarios epidemiológicos (autocumplimentados o mediante entrevista asistida por ordenador) han sido ampliamente utilizados y admitidos como herramientas de investigación y vigilancia epidemiológica, por la facilidad y rapidez en la obtención de datos poblacionales. Hay evidencias de que los pacientes tienden a infravalorar la presencia de enfermedades crónicas, aunque la precisión de los datos autorreferidos puede variar entre las enfermedades, poblaciones, la severidad de la enfermedad y de la objetividad y claridad de los criterios diagnósticos de la enfermedad a estudiar⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Así, de los diagnósticos referidos de enfermedades crónicas, son varios los estudios que evidencian un grado de acuerdo bueno entre el diagnóstico referido de diabetes mellitus y el patrón de referencia utilizado (medidas biométricas, informes médicos, exámenes físicos, etc.), con una sensibilidad y una especificidad más elevada, en comparación con otras enfermedades crónicas como la hipertensión⁽¹⁸⁻²¹⁾ o la hipercolesterolemia^(18,21).

En la CM, una de las fuentes de vigilancia de la diabetes y de los factores de riesgo cardiovascular es el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) en funcionamiento desde 1996. Su objetivo es conocer la evolución de los principales factores de riesgo ligados a comportamientos⁽²²⁾, siguiendo el modelo de encuestas telefónicas continuas desarrollado por el Behavioral Risk Factor Surveillance System, establecido en 1984 por los CDC en EEUU⁽²³⁾.

En este documento se presenta el segundo informe sobre vigilancia de la diabetes y de los factores asociados. El objetivo es estimar la prevalencia y evolución de la diabetes mellitus autodeclarada (DMA) de la población adulta entre 18 y 64 años y de los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida en personas con y sin diabetes. Para conocer la prevalencia actual se agrupan los datos de la encuesta del SIVFRENT-A de 2009-2010 y para la evolución, se utilizan los datos del período 1996-2010.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

Estudio observacional transversal.

3.2. Población de estudio

Población entre 18 y 64 años no institucionalizada residente en la CM, con línea telefónica fija y/o móvil en sus hogares, que en la CM abarca al 91,1% de las viviendas⁽²⁴⁾.

3.3. Diseño muestral

La muestra se elige mediante muestreo por conglomerados bietápico, con estratificación de las unidades de la primera y segunda etapa, siendo las unidades de la primera etapa, las áreas geográficas con los hogares que disponen de teléfono y las de la segunda etapa los individuos que componen esos hogares.

Los criterios de estratificación son: área geográfica (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de la CM), grupo de edad (18-29, 30-44 y 45-64) y sexo (varón y mujer).

La asignación muestral es proporcional en cada estrato. En la primera etapa es proporcional al número de teléfonos que hay en cada área geográfica y en la segunda etapa al número de habitantes por grupo de edad y sexo.

La selección de las unidades de primera y segunda etapa se realiza automáticamente por el soporte informático. Los hogares se seleccionan mediante un muestreo aleatorio simple sin reposición. Una vez contactado el hogar y confirmado que existe en el mismo alguna persona entre 18 y 64 años, se elige, mediante un proceso automático aleatorio, al individuo según grupo de edad y sexo. En el caso de no existir ninguna persona del grupo de género y edad seleccionado se vuelve a elegir automáticamente otro grupo, repitiendo este proceso hasta encontrar una respuesta afirmativa. Si dentro del grupo seleccionado, en el hogar viviera más de una persona, se realiza una selección aleatoria de una de ellas. Si la persona no estuviera en casa o no pudiese realizar la entrevista, se concierta entrevista diferida. Si

se produce negativa de la persona seleccionada a realizar la entrevista, no se continúa con la selección de otras unidades en el hogar.

La **recogida de información** tiene carácter mensual (exceptuando el mes de agosto). Cada mes las entrevistas se concentran en una semana, de lunes a sábado.

El **período de realización de la vigilancia** de la DM en el SIVFRENT- A se hace por temporadas de 2 años consecutivos cada 2 años: enero 1996-diciembre 1997, enero 2000-diciembre 2001, enero 2004-diciembre 2005 y enero 2009-diciembre 2010.

La **técnica de entrevista** utilizada es el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)⁽²⁵⁾, basado en entrevista telefónica asistida por ordenador.

3.4. Definición de variables

Todas las variables son recogidas a través de la entrevista telefónica.

La variable principal es: “diabetes mellitus referida” (DMA), autodeclarada por la persona encuestada.

Las variables sociodemográficas: nivel educativo más alto alcanzado, clase social, antecedentes familiares de DM y antecedentes de diabetes gestacional.

Variables de factores de riesgo: hipercolesterolemia referida, hipertensión autodeclarada, consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad y sobrepeso, actividad física, alimentación y agregación de factores de riesgo (consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física y alimentación).

Los aspectos metodológicos de la definición de las variables e indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

3.5. Análisis estadístico

El cálculo de las prevalencias actuales se ha realizado con los datos de la última oleada bianual, de enero de 2009 a diciembre de 2010. Posteriormente, se ha realizado un estudio evolutivo, con cálculo de la tendencia lineal y representación gráfica de todas las variables descritas, agrupándolas por períodos bianuales: 1996-1997, 2000-2001, 2004-2005 y 2009-2010.

Para todas las variables categóricas se han calculado frecuencias absolutas y relativas, con cálculo de intervalos de confianza al 95% y estudio comparativo entre poblaciones diabéticas y no diabéticas, mediante la prueba de *ji cuadrado*.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS v. 18.0 y con EPIDAT v.3.1.

4. RESULTADOS

4.1. Características de la muestra y tasas de respuesta.

El tamaño muestral en cada uno de los cortes fue el siguiente: 4010 personas en 1996-1997, 4009 en 2000-2001, 4014 en 2004-2005 y 4011 en 2009-2010. Las tasas de respuesta se sitúan entre el 65% y el 71%.

En la tabla siguiente se exponen las características de las muestras y las tasas de respuesta.

Características de la muestra

		1996-1997		2000-2001		2004-2005		2009-2010	
Nº de entrevistas realizadas		4010		4009		4014		4011	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Varones	18-29	652	33,4	650	33,5	581	29,7	515	26,1
	30-44	648	33,2	651	33,4	732	37,5	779	39,4
	45-64	650	33,3	646	33,2	640	32,8	681	34,5
	Total	1950	48,6	1947	48,6	1953	48,7	1975	49,2
Mujeres	18-29	642	31,2	646	31,3	585	28,4	501	24,6
	30-44	696	33,8	699	33,9	751	36,4	781	38,4
	45-64	722	35,0	717	34,8	725	35,2	754	37,0
	Total	2060	51,4	2062	51,4	2061	51,3	2036	50,8
Ambos sexos	18-29	1294	32,3	1296	32,3	1166	29,0	1016	25,3
	30-44	1344	33,5	1350	33,7	1483	36,9	1560	38,9
	45-64	1372	34,2	1363	34,0	1365	34,0	1435	35,8
	Total	4010	100,0	4009	100,0	4014	100,0	4011	100,0
Nivel de estudios	Primarios o inferiores	683	17,0	419	10,5	324	8,1	256	6,4
	Secundarios 1º grado	1053	26,3	1062	26,5	1094	27,3	927	23,1
	Secundarios 2º grado	1313	32,7	1313	32,8	1318	32,8	1385	34,5
	Universitarios	961	24,0	1215	30,3	1278	31,8	1443	36,0
Clase social ⁽¹⁾	I	492	12,3	607	15,1	613	12,8	609	15,2
	II	391	9,8	455	11,3	582	14,5	576	14,4
	III	965	24,1	975	24,3	1150	28,6	1214	30,3
	IV	1148	28,6	1176	29,3	1125	28,0	1063	26,5
	V	406	10,1	387	9,7	343	8,5	300	7,5
	No consta	608	15,2	409	10,2	301	7,5	249	6,2
Ámbito geográfico	Madrid capital	2481	61,9	2477	61,8	2113	52,6	2019	50,3
	Corona metropolitana	1243	31,0	1244	31,0	1490	37,1	1680	41,9
	Resto de municipios	286	7,1	288	7,2	411	10,2	312	7,8
Tasa de respuesta (%) ⁽²⁾		67,5		65,7		66,3		70,9	

(1) I (directivos, técnicos superiores y profesionales liberales)

II (ocupaciones intermedias y directivos del comercio)

III (trabajadores no manuales cualificados)

IV (trabajadores manuales cualificados o semicualificados)

V (trabajadores manuales no cualificados)

(2) entrevistas realizadas/(entrevistas realizadas + negativas de hogares + negativas de individuos + entrevistas incompletas)

4.2. Prevalencia y evolución de diabetes mellitus autodeclarada

Los datos obtenidos de prevalencia de DMA, se basan en las preguntas: *¿Le ha dicho alguna vez un médico o enfermera/o que tiene diabetes?* o *¿Le ha dicho alguna vez un médico o enfermera que tiene alto el azúcar o glucosa en la sangre en más de una ocasión?*

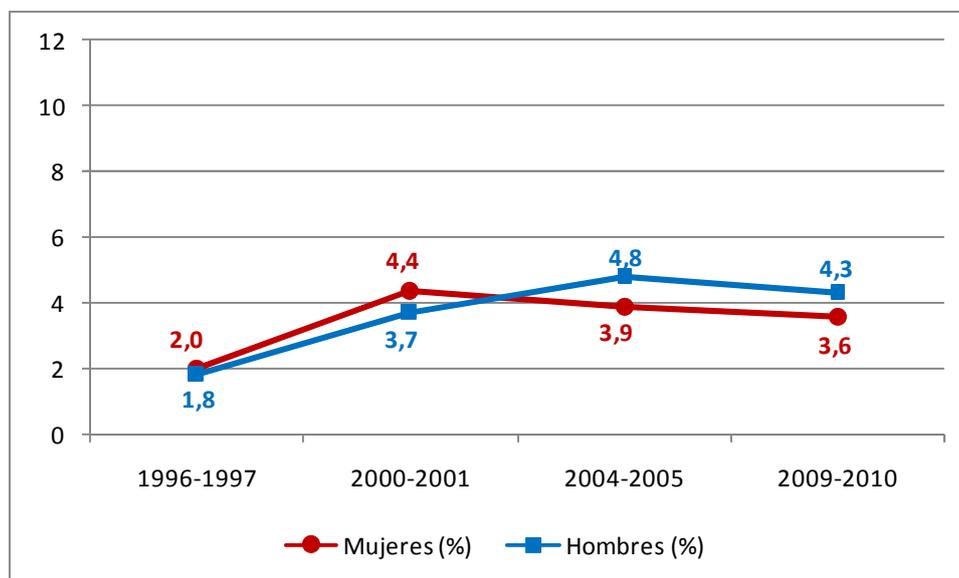
Se consideran diabéticos aquellos individuos que contestan afirmativamente a cualquiera de las dos preguntas.

4.2.1. Prevalencia por edad y sexo

Durante el periodo 2009-2010, la prevalencia de DMA en la población de 18 a 64 años fue de 3,9% (de 4011 entrevistados 158 se declararon diabéticos). La diferencia de prevalencia en varones y en mujeres no es estadísticamente significativa (4,3% vs. 3,9%, $p=0,242$). Se observa una tendencia creciente de la prevalencia de diabetes con la edad, tanto globalmente como en hombres y mujeres ($p<0,001$).

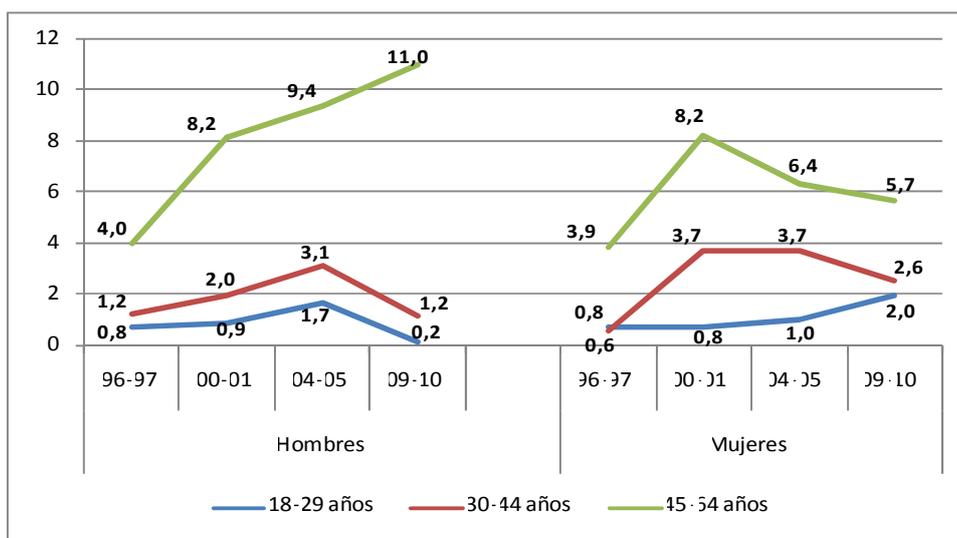
En la tabla 1 se puede ver que del 1996 al 2010 la evolución de la prevalencia de la DMA aumenta globalmente del 1,9% al 3,9% ($p<0,001$); también aumenta por sexo tanto en hombres (del 2,0 al 4,3%, $p<0,001$) como en mujeres (del 1,8 al 3,6%, $p=0,006$) (Gráfico 1) y por edad en el grupo de 45 a 64 años (3,9 a 8,2%, $p<0,001$). Entre 2000 y 2010, se observa una tendencia creciente no significativa de la prevalencia en los hombres de 45-64 años (8,2 al 11,0%, $p=0,082$) y una tendencia decreciente en las mujeres de 30-44 años (3,7% al 2,6%, $p=0,032$) y de 45-64 años (8,2 al 5,7%, $p=0,054$) (Gráfico 2).

Gráfico 1. Evolución de la prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclarada según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 2. Evolución de la prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclarada según sexo y grupos de edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1996-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

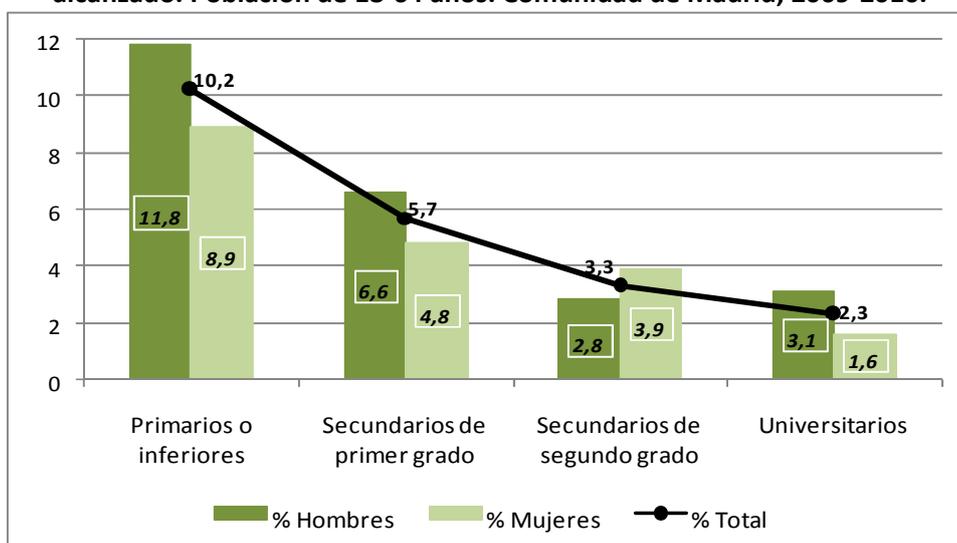
4.2.2. Prevalencia de diabetes mellitus por nivel educativo

Se basa en la pregunta: *¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado?*

La variable se ha categorizado en 4 grupos: estudios primarios o inferiores, secundarios de 1^{er} grado, secundarios de 2^o grado y universitarios.

La prevalencia de DMA es mayor entre las personas con nivel de estudios primarios o inferiores y secundarios de 1^{er} grado, tanto para hombres como para mujeres. Existe una tendencia decreciente, estadísticamente significativa ($p < 0,001$), de la prevalencia de DM conforme aumenta el nivel de estudios, tanto en hombres como en mujeres. En los hombres con estudios primarios la frecuencia de diabetes fue de 11,8% y en universitarios del 3,1%, mientras que en las mujeres el gradiente cambia del 8,9% al 1,6% respectivamente (Tabla 2).

Gráfico 3. Prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclarada según nivel educativo más alto alcanzado. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.2.3. Prevalencia de diabetes mellitus autodeclarada por clase social

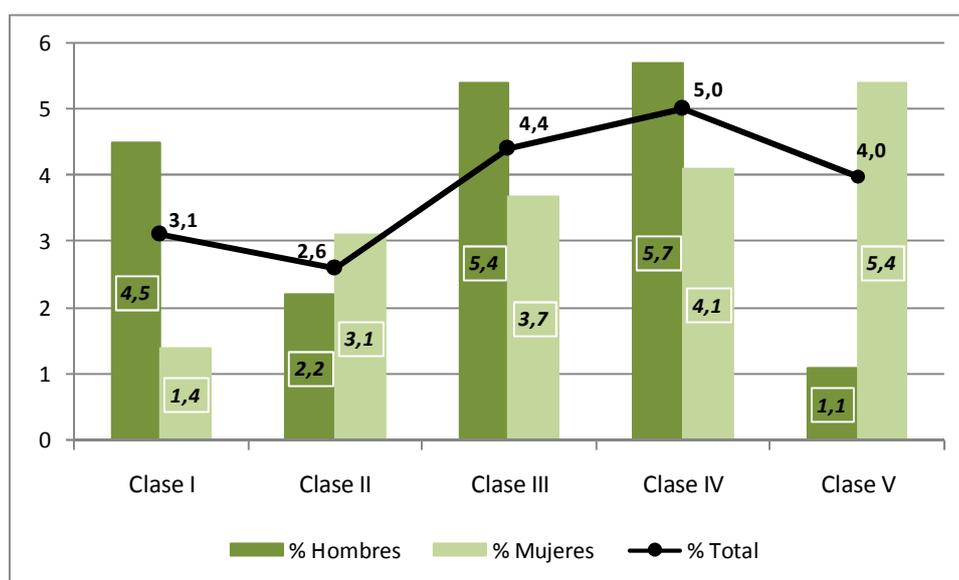
Se basa en la pregunta del cuestionario: *¿Cuál es la ocupación/profesión que desempeña en la actualidad o desempeñaba, en el caso de parados, jubilados y estudiantes?* (Referencia la clasificación CNO-94).

Se agrupan en 5 categorías: Clase I, formada por directivos, técnicos superiores y profesionales liberales; Clase II, por ocupaciones intermedias y directivos del comercio; Clase III, por trabajadores no manuales cualificados; Clase IV, por trabajadores manuales cualificados o semicualificados y Clase V, formada por trabajadores manuales no cualificados.

A esta pregunta no contestan 249 personas, 118 hombres y 131 mujeres. De ellas, 5 mujeres con DMA.

La prevalencia de DMA es mayor en mujeres de clases sociales más bajas: 5,4% en la clase social más baja y 1,4% en la clase más alta ($p=0,016$) (Tabla 3, Gráfico 4).

Gráfico 4. Prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclarada según clase social. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.2.4. Antecedentes familiares de diabetes

Lo estudiamos basándonos en la pregunta del cuestionario: *¿Recuerda si a alguno de sus padres o hermano un médico o enfermera le ha dicho que tiene diabetes?*

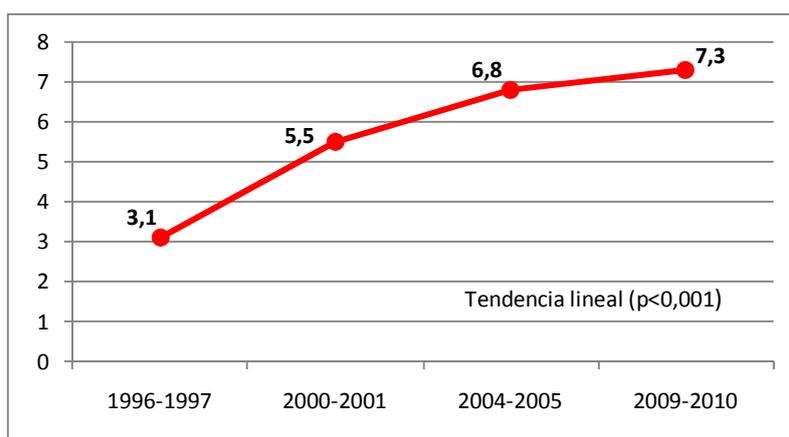
El 48,1% de los pacientes diabéticos declaran antecedentes familiares de diabetes, frente al 20,2% de los no diabéticos ($p < 0.001$). Estas diferencias se mantienen en ambos sexos y en todos los grupos de edad (Tabla 4).

4.2.5. Prevalencia de diabetes gestacional

La prevalencia de diabetes gestacional se estudia a través de la pregunta del cuestionario: *Durante alguno de su/sus embarazo/s, ¿le ha dicho el médico que tenía diabetes?*; dirigida a la población femenina que ha estado embarazada.

La prevalencia de diabetes gestacional presenta una tendencia lineal creciente ($p < 0,001$), aumentando un 135% entre 1996 y 2010. (Gráfico 5).

Gráfico 5. Evolución de la prevalencia (%) de diabetes gestacional. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3. Prevalencia y evolución de factores de riesgo en personas con diabetes y sin diabetes.

4.3.1. Hipercolesterolemia conocida

Se estudia a través de la pregunta del cuestionario: *¿Le ha dicho alguna vez un médico/a o enfermero/a que tiene alto el colesterol?*

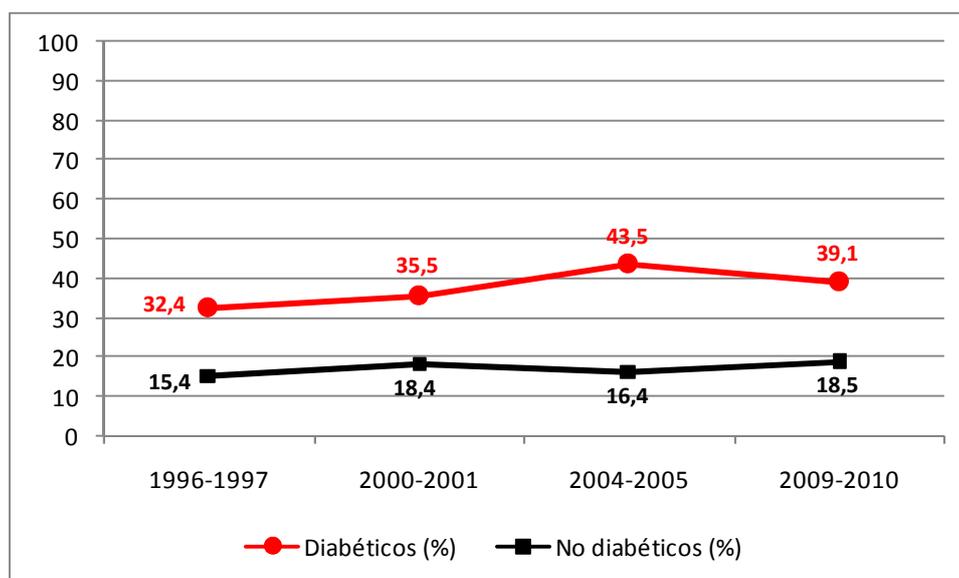
El 39,1% de los diabéticos responden afirmativamente a la pregunta frente al 18,5% de los no diabéticos ($p < 0,001$). Esta diferencia entre diabéticos y no diabéticos, se mantiene en hombres (41% vs 20%, $p < 0,001$) y en mujeres (37% vs 17,2%, $p < 0,001$) y en mayores de 45 años (43% vs 31,5%, $p = 0,010$)

En diabético no se observan diferencias significativas por grupos de edad y sexo en la prevalencia de hipercolesterolemia ($p = 0,170$ y $p = 0,611$ respectivamente) pero sí en no diabéticos ($p < 0,001$ y $p < 0,028$) (Tabla 5).

Entre 1996 y 2010, la prevalencia de hipercolesterolemia conocida se ha mantenido siempre en valores superiores en la población diabética que en la no diabética.

En 2009-2010, observamos una tendencia decreciente de la prevalencia de hipercolesterolemia en los diabéticos, respecto a la temporada anterior, con una disminución relativa del 10%, mientras que la población no diabética presenta un incremento del 13% (Gráfico 6).

Gráfico 6. Evolución de la prevalencia (%) de hipercolesterolemia en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3.2. Hipertensión arterial referida

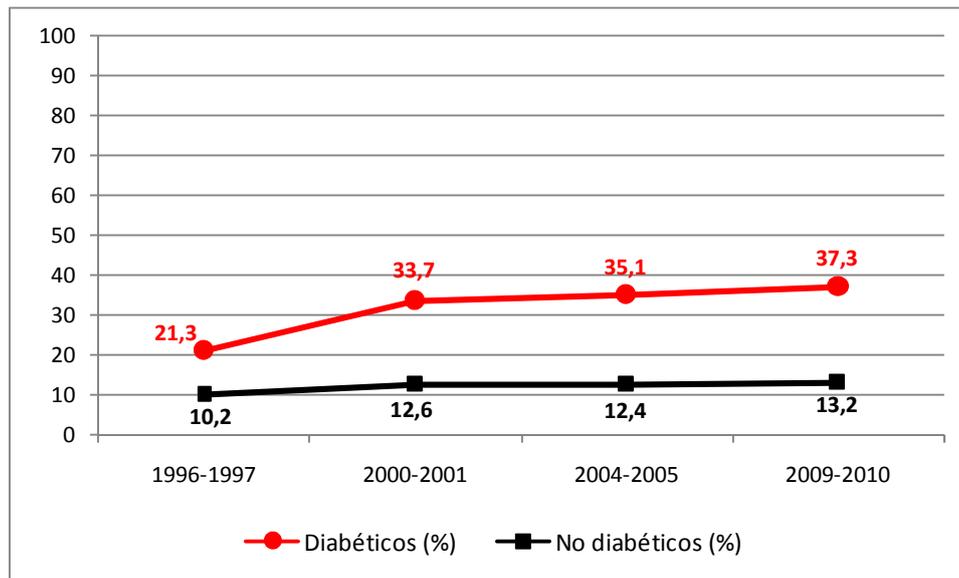
Se estudia a través de la pregunta: *¿Le ha dicho alguna vez un médico o enfermera que tiene la tensión alta?*

El 37,3% de los pacientes que se autodeclararon diabéticos responden afirmativamente a esta pregunta frente al 13,2% de los pacientes no diabéticos ($p < 0,001$). Globalmente la prevalencia de HTA entre los diabéticos, es significativamente mayor en hombres y mujeres y en los grupos de edad de 30-44 y 45-64 años en comparación con los no diabéticos.

La prevalencia de HTA en el grupo de diabéticos es significativamente mayor en hombres (47,1%) que en mujeres (26,0%) ($p = 0,006$). Por grupos de edad la HTA aumenta con la edad en mujeres diabéticas ($p = 0,023$), pero no en los hombres ($p = 0,422$) (Tabla 6).

La prevalencia de hipertensión arterial presenta un incremento importante en la temporada 2000-2001 en ambas poblaciones, manteniéndose estable en las siguientes temporadas en la población no diabética y mostrando tendencia creciente en la población diabética ($p = 0,034$) (Gráfico 7).

Gráfico 7. Evolución de la prevalencia (%) de hipertensión arterial en diabéticos y no diabéticos. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3.3. Actividad física

Se valora a través de 3 indicadores:

- Personas inactivas en la actividad laboral:** las que declaran estar sentadas la mayor parte del tiempo de su actividad laboral o habitual.
- Personas inactivas en su tiempo libre:** las que realizan menos de 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante al menos 30 minutos (criterios del PAPPS).
- Personas sedentarios las 24 horas del día:** aquellas personas inactivas tanto en la ocupación habitual/laboral como en el tiempo libre (criterios del PAPPS).

Se estudia esta variable a través de las preguntas: *“De las frases que le voy a leer, indique cuál refleja mejor la actividad física que realiza en su trabajo u ocupación habitual”* (respuesta con 4 posibilidades) y *“Aparte de la actividad que realiza en su ocupación habitual y refiriéndonos exclusivamente a su tiempo libre, ¿qué actividades físicas o deportivas de las que le voy a leer ha realizado al menos una vez en las últimas dos semanas?”*

4.3.3.1. Actividad física habitual o laboral.

Globalmente, el 41,1% de los pacientes diabéticos son sedentarios o inactivos en su actividad laboral frente al 48,7% de los no diabéticos ($p=0,061$) (Tabla 7).

Las mujeres diabéticas son menos inactivas que las no diabéticas (28,8% vs 42,4%, $p=0,021$); no se observan diferencias en el caso de los hombres.

Entre los hombres diabéticos hay mayor proporción de inactivos que entre las mujeres diabéticas (51,8% vs 23,3%, $p=0,003$).

En los hombres diabéticos la inactividad aumenta con la edad, aunque no es estadísticamente significativa, mientras que disminuye en no diabéticos ($p < 0,001$).

4.3.3.2. Actividad física en tiempo libre

El 88,6% de los diabéticos son inactivos en su tiempo libre frente al 78,3% de los no diabéticos ($p = 0,002$) y sobre todo entre los 45 y 64 años ($p = 0,010$). Por sexo, son más inactivos los hombres diabéticos que los no diabéticos ($p = 0,001$).

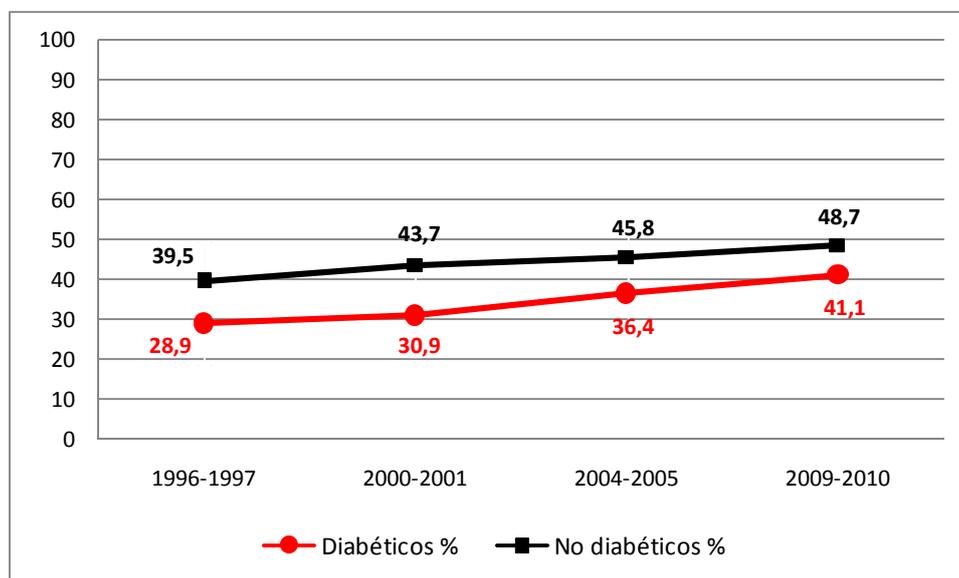
La proporción de personas inactivas en su tiempo libre tiene tendencia creciente conforme aumenta la edad, tanto en el grupo de diabéticos ($p = 0,009$) como en el de no diabéticos ($p < 0,001$); solo en las mujeres no diabéticas esta tendencia no es significativa ($p = 0,480$) (Tabla 8).

4.3.3.3. Sedentarismo 24 horas

En 38,6 % de las personas con diabetes y el 37,8% de las personas sin diabetes son sedentarias. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sedentarismo 24 h entre la población diabética y la no diabética ni por sexo ni por grupos etarios (Tabla 9).

En el periodo de 1996-2010, la evolución de la proporción de personas con inactividad física en el medio laboral muestra una tendencia creciente en diabéticos ($p = 0,159$) y en no diabéticos ($p < 0,001$) (Gráfico 8).

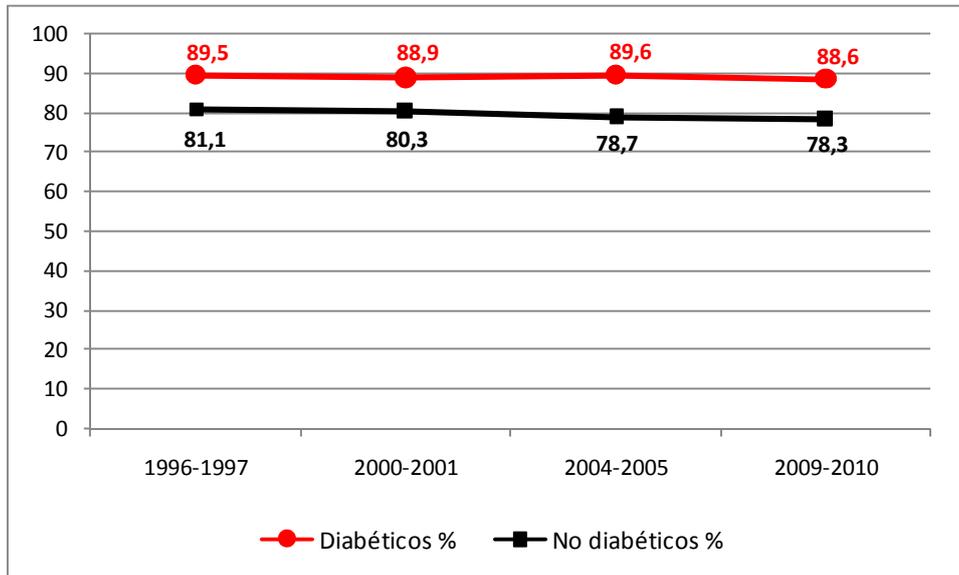
Gráfico 8. Evolución de la proporción de personas diabéticas y no diabéticas inactivas en su actividad laboral o habitual. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

La proporción de personas con inactividad física en su tiempo libre se ha mantenido estable entre los diabéticos ($p = 0,992$), observándose una tendencia decreciente entre los no diabéticos ($p = 0,007$) (Gráfico 9).

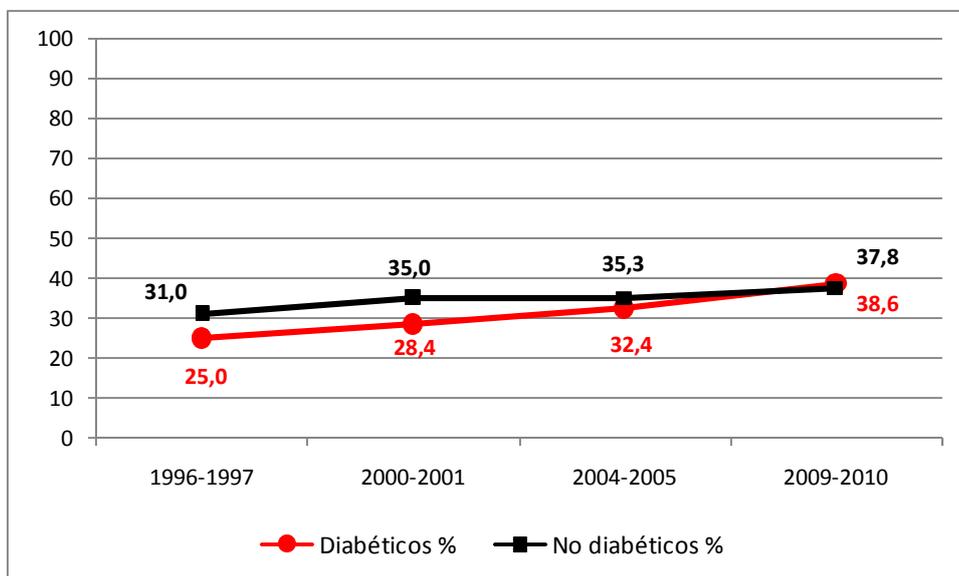
Gráfico 9. Evolución de la proporción de personas diabéticas y no diabéticas inactivas en su tiempo libre. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

La frecuencia de sedentarios 24 horas aumenta de forma estadísticamente significativa en las personas diabéticas y no diabéticas, siendo esta tendencia creciente más marcada en los diabéticos (Gráfico 10).

Gráfico 10. Evolución de la proporción de personas diabéticas y no diabéticas sedentarias 24 horas Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3.4. Consumo de tabaco

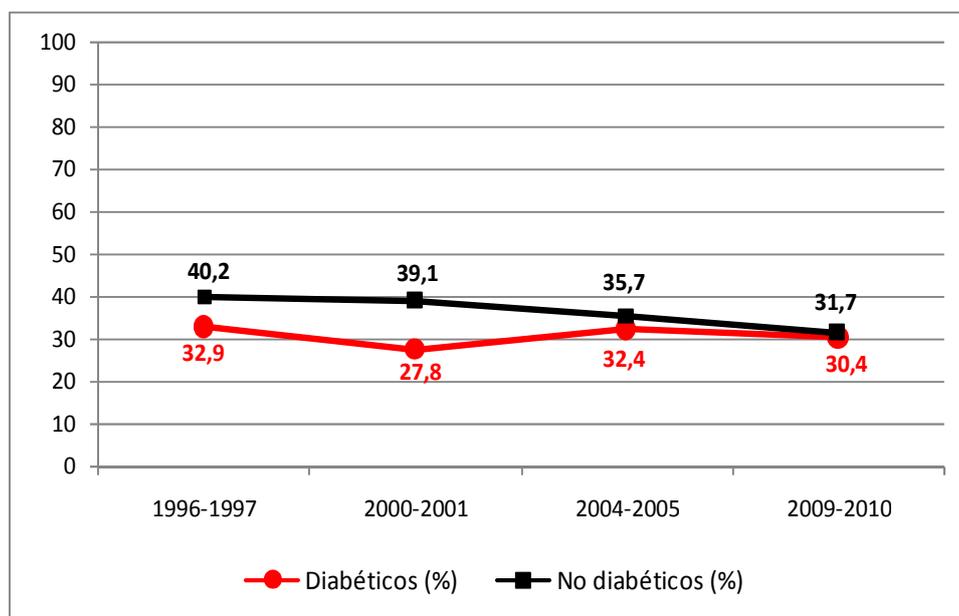
Se definen “*fumadores actuales*” a las personas que han fumado más de 100 cigarrillos y actualmente fuman, bien a diario o de forma ocasional; “*exfumadores*”, a los que llevan un año sin fumar; y “*no fumadores actuales*”, a los que nunca han fumado o han abandonado totalmente el hábito tabáquico.

No existen diferencias estadísticamente significativas, durante el periodo 2009-2010, de la prevalencia de fumadores actuales entre población diabética y no diabética (30,4% vs 31,7%); tampoco se observan por sexo: 37% de mujeres diabéticas frente al 30% de no diabéticas y 24,7% de hombres diabéticos frente al 33,5% de no diabéticos, ni por grupo de edad (Tabla 10).

Entre la población diabética, la frecuencia de consumo de tabaco es algo superior en mujeres que en hombres ($p=0,094$).

En la población diabética, la evolución de la prevalencia de fumadores actuales se ha mantenido estable, en torno al 32,9-30,4%, para las 4 temporadas estudiadas con un pico de descenso en la oleada 2000-01 (27,8%). Entre los no diabéticos, observamos una tendencia decreciente ($p<0,001$), con un descenso porcentual del 21,1% entre los periodos 1996-1997 y 2009-2010 (Gráfico 11).

Gráfico 11. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3.5. Consumo de alcohol

Para el consumo de alcohol se consideran 3 categorías: *no bebedor*, *bebedor moderado* (consumo diario de 1-49 cm³/día en hombres y de 1-29 cm³/día en mujeres) y *bebedor a riesgo* (≥ 50 cm³/día en hombres y ≥ 30 cm³/día en mujeres).

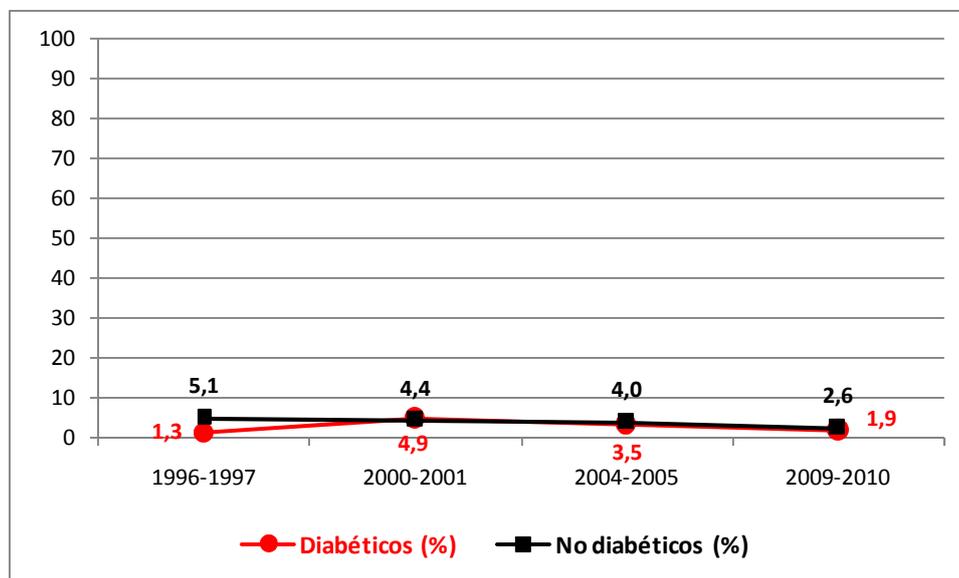
No existen diferencias entre la prevalencia de bebedores a riesgo en diabéticos y no diabéticos (1,9% vs 2,6%, $p=0,587$). El 46,8% de los diabéticos son bebedores moderados y el 65,1% de los no diabéticos ($p<0,001$).

Entre los bebedores moderados existen diferencias significativas de la prevalencia entre diabéticos y no diabéticos (46,8% vs 65,1%, $p < 0,001$), tanto en hombres ($p < 0,001$) como en mujeres ($p = 0,002$) y por grupos de edad: 30-44 y 45-64 años ($p = 0,001$), pero no entre los de 18 y 29 años ($p = 0,453$).

Entre los diabéticos, la prevalencia de bebedor de riesgo es más frecuente en las mujeres que en los hombres (2,7% vs 1,2%, $p = 0,473$), mientras que el consumo moderado es más frecuente en los hombres (57,6% vs 34,2%, $p = 0,003$). Por grupos de edad, encontramos una mayor prevalencia, aunque no significativa, de bebedores a riesgo y moderado en la población más joven. (Tabla 11).

Entre 1996 y 2010, la proporción de bebedores a riesgo en diabéticos se mantiene algo inferior a la de no diabéticos, observándose una tendencia decreciente en ambos grupos (Gráfico 12).

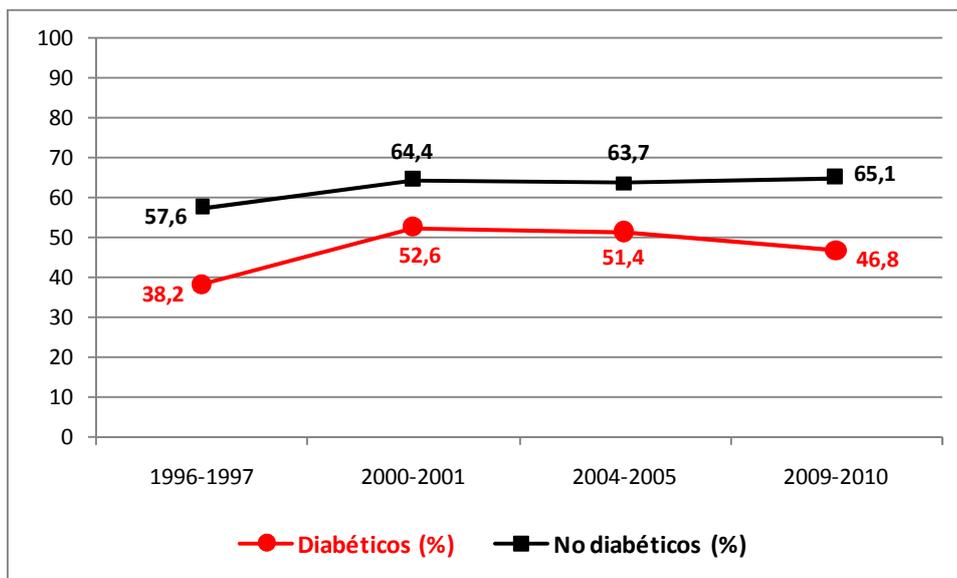
Gráfico 12. Evolución de la proporción (%) de bebedores a riesgo en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

La proporción de bebedores moderados es menor en diabéticos a lo largo de los años, observándose globalmente una tendencia creciente de 1996 a 2010 tanto en diabéticos (incremento del 22%) como en no diabéticos (del 13%). Sin embargo hay que destacar que a partir de 2000, la proporción de bebedores moderados en diabéticos disminuye un 11% (Gráfico 13).

Gráfico 13. Evolución de la proporción (%) de bebedores moderados en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3.6. Sobrepeso y obesidad

La obesidad se define en base al índice de masa corporal (IMC: peso en kg/talla en m²), calculado a partir del peso y la talla autodeclarados. Así, hablamos de sobrepeso cuando $25 \leq \text{IMC} < 30$ y de obesidad cuando el $\text{IMC} \geq 30$.

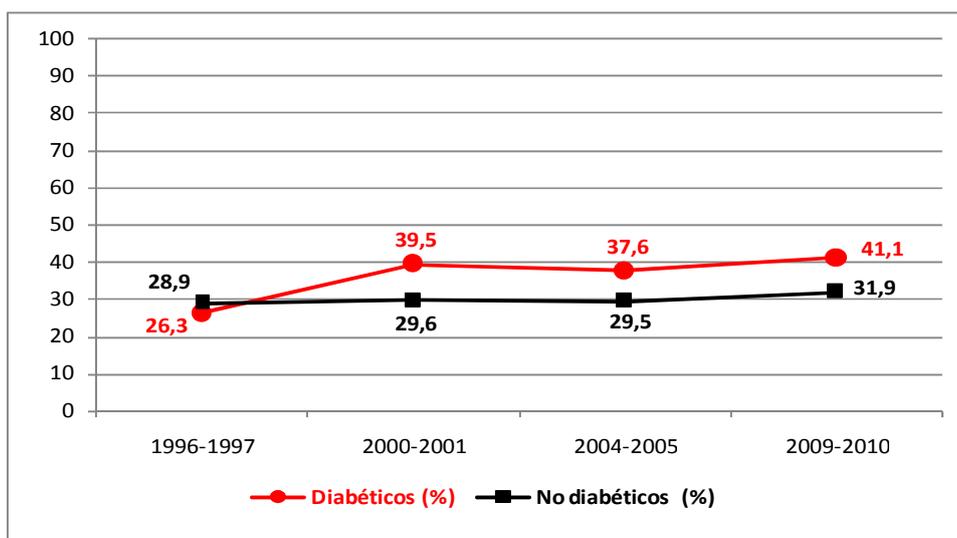
Globalmente, es mayor la prevalencia de sobrepeso entre diabéticos que entre no diabéticos (41,1% vs 32,0%, $p=0,015$) y de obesidad (22,1% vs. 8,0%, $p<0,001$). Por grupos de edad no existen diferencias ni en sobrepeso ni en obesidad entre diabéticos y no diabéticos, excepto en el grupo de 45 a 64 años de éstos últimos (26,3% vs 12,3%, $p<0,001$). Respecto al sexo, entre diabéticos y no diabéticos, no hay diferencias importantes del sobrepeso en hombres (47,1% vs 43,0%, $p=0,450$) pero sí en mujeres (34,2% vs 21,3%, $p=0,009$). La prevalencia de obesidad es mayor en diabéticos que en no diabéticos, tanto en hombres (22,3% vs. 10,3%, $p<0,001$) como en mujeres (21,9 vs 5,9%, $p<0,001$) (Tabla 12).

En diabéticos, la prevalencia de sobrepeso es mayor en hombres que en mujeres (47,1% vs 34,2%, $p=0,103$), no existen diferencias por grupos de edad ($p=0,593$) La prevalencia de obesidad en diabéticos es similar en hombres y mujeres (22,3% vs 21,9%, $p=0,948$), observándose una tendencia creciente con la edad ($p=0,044$).

Hay que destacar la mayor prevalencia de obesidad a partir de los 45 años tanto en diabéticos como en no diabéticos.

Entre 2001 y 2010 la prevalencia de sobrepeso es mayor entre diabéticos que en no diabético. Se observa tendencia creciente desde 1996 a 2010 tanto entre personas diabéticas (incremento del 56%) como entre no diabéticas (incremento del 10%) (Gráfico 14).

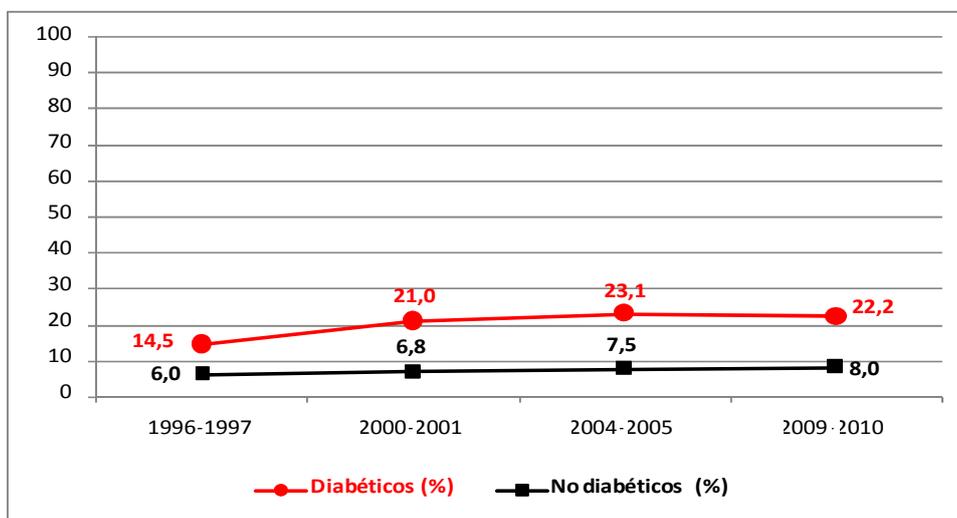
Gráfico 14. Evolución de la prevalencia (%) de sobrepeso en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1996-2010



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

En el caso de la obesidad, su prevalencia es mayor en diabéticos que en no diabéticos en todos los periodos. Se observa también, una prevalencia de obesidad creciente en ambas poblaciones desde 1996 a 2010, diabética (incremento del 53%) y no diabética (incremento del 33%) (Gráfico 15).

Gráfico 15. Evolución de la prevalencia (%) de obesidad en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3.7. Alimentación

Para conocer los hábitos alimentarios se pregunta por los alimentos principales que componen los platos en las comidas del día anterior (recuerdo de 24 horas). Se valora el patrón de consumo, calculando el número de raciones de cada grupo de alimentos al día.

Se ha definido la **dieta desequilibrada** a través de 2 indicadores:

1. Consumo de menos de tres raciones diarias de frutas frescas y verduras.

2. Consumo de menos de tres raciones diarias frutas frescas y verduras y además consumir dos o más raciones diarias de productos cárnicos.

El consumo de menos de 3 raciones al día de frutas frescas y verduras (dieta desequilibrada con el indicador 1) es más frecuente en los no diabéticos que en los diabéticos (54,9% vs 40,5%, $p=0,000$) y tanto en hombres (60,9% vs 41,2%, $p=0,000$) como en mujeres (49,2% vs 39,7%, $p=0,113$). Por grupos de edades, no se observan diferencias significativas en la prevalencia de dieta desequilibrada entre diabéticos ($p=234$) aunque es algo mayor entre los más jóvenes. En los no diabéticos la prevalencia de dieta desequilibrada disminuye conforme aumenta la edad ($p<0,001$) (Tabla 13).

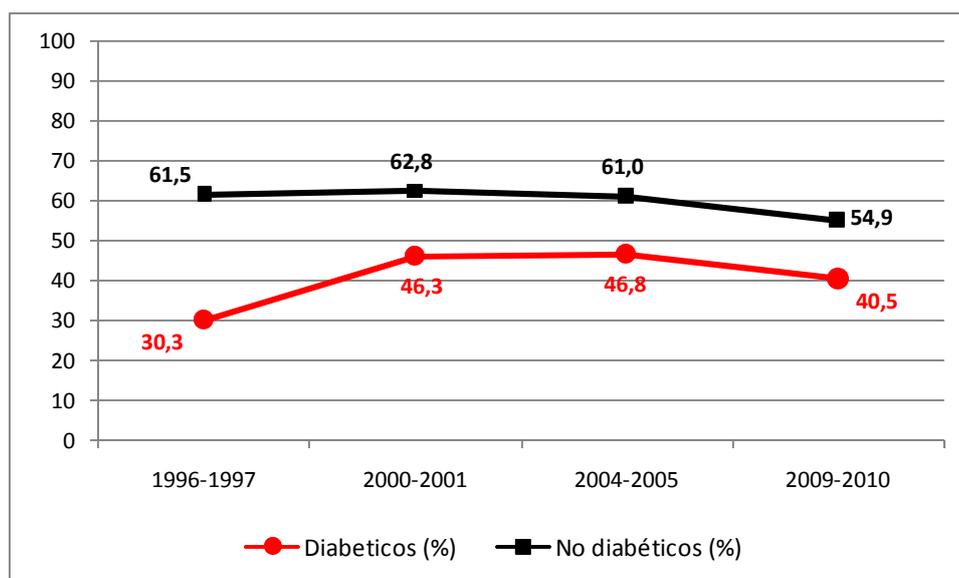
La proporción de personas que hacen una dieta desequilibrada (indicador 1 y 2) es, en todas las temporadas estudiadas, superior en la población no diabética que en la población diabética. En ambas poblaciones se observa tendencia decreciente para ambos indicadores en las 3 últimas temporadas.

Las diferencias son significativas ($p<0,05$) entre la población diabética y no diabética para ambos indicadores y en todos los periodos bianuales (Tabla 14).

La prevalencia de dieta desequilibrada es significativamente mayor con el indicador 1 (comen menos de 3 raciones/día de fruta-verdura) que con el indicador 2 (comen menos de 3 raciones/día de fruta-verdura y comen 2 o más raciones/día de productos cárnicos) en todos los periodos bianuales.

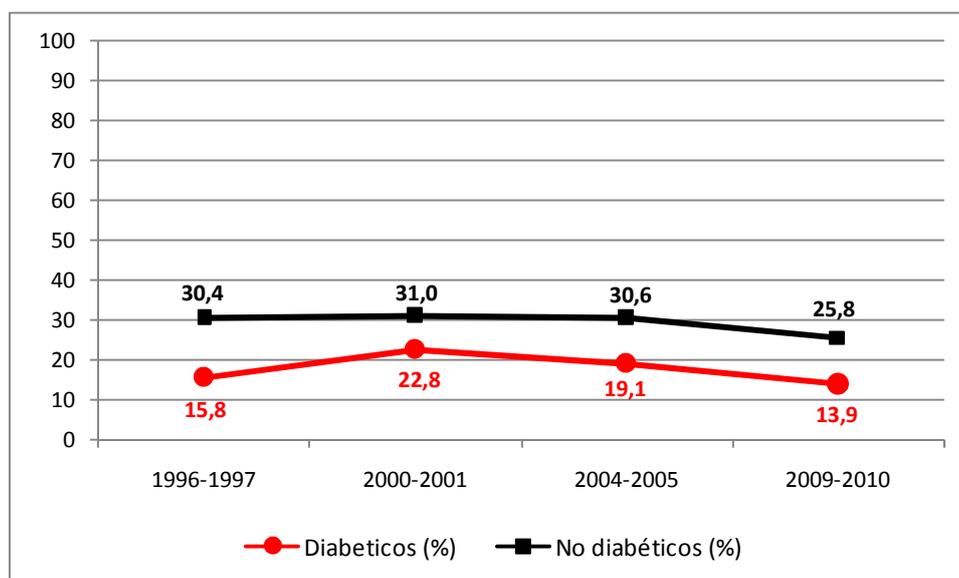
La población diabética, no presenta tendencia significativa entre 1996 y 2010 a pesar de que se observa un aumento del 33% en el indicador 1 y una disminución del 27% en el indicador 2. La población no diabética presenta una tendencia descendente significativa en los 2 indicadores ($p<0,001$) (Gráficos 16 y 17).

Gráfico 16. Evolución de la proporción (%) de personas con dieta desequilibrada (< 3 raciones/día de fruta fresca y/o verduras) en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Gráfico 17. Evolución de la proporción (%) de personas con dieta desequilibrada (< 3 raciones/día de fruta fresca y/o verduras y 2 o más raciones/día de productos cárnicos) en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2010.



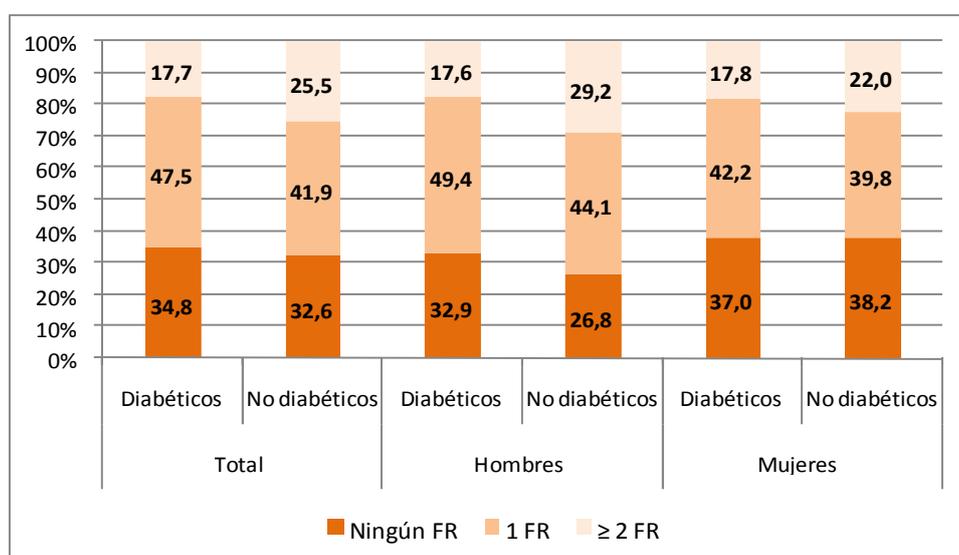
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

4.3.8. Agregación de factores de riesgo ligados a estilo de vida.

Los factores de riesgo (FR) seleccionados han sido el consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física y alimentación. Como indicadores de cada uno de ellos se han utilizado: ser fumador, ser bebedor de riesgo, inactividad en tiempo libre y consumo diario menor de 3 raciones de frutas frescas y verduras y de 2 o más de cárnicos.

Tanto en la población diabética como en la no diabética lo más frecuente es tener un factor de riesgo asociado al estilo de vida (47,5% vs 41,9%). La prevalencia de ≥ 2 factores de riesgo es menor en población diabética que en no diabética, tanto en hombres como en mujeres. (Gráfico 18).

Gráfico 18. Distribución porcentual de factores de riesgo ligados al estilo de vida en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2010.

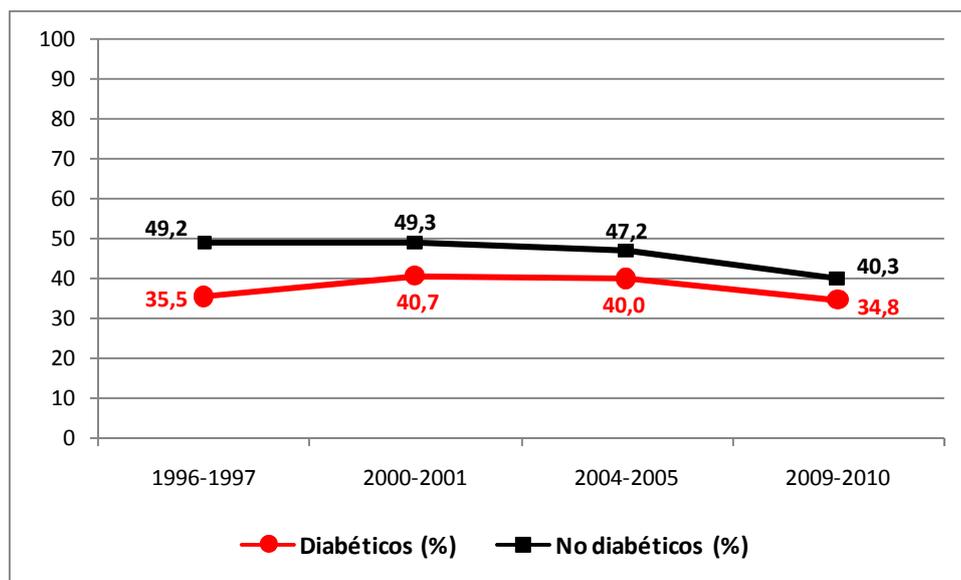


Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Entre la proporción de personas con 2 o más factores de riesgo, en el periodo 2009-2010, no se observan diferencias significativas ni globalmente (35% en diabéticos vs 40% en no diabéticos), ni por sexo (en hombres: 32% en diabéticos vs 42% en no diabéticos y en mujeres: 38% en diabéticas y no diabéticas) ni por edad. En el caso de los hombres menores de 45 años se observa una diferencia importante entre diabéticos y no diabéticos (Tabla 15).

Entre 1996 y 2010, la proporción de personas con 2 o más FR disminuye tanto en diabéticos (2%) como en no diabéticos (18%) (Gráfico 19).

Gráfico 19. Evolución de la proporción (%) de diabéticos y no diabéticos con 2 o más factores de riesgo ligados al estilo de vida. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2010.



Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

CONCLUSIONES

- La prevalencia de diabetes mellitus autodeclarada en población de 18 a 64 años es del 3,9%; no se observan diferencias por sexo (4,3% en hombres y 3,6% en mujeres) y aumenta con la edad.
- La prevalencia de diabetes autodeclarada aumenta más del doble desde 1996-97 al 2009-2010.
- La prevalencia de diabetes es superior en las personas con menor nivel de estudios. Por clase social, sólo en las mujeres se observa que la prevalencia de diabetes es mayor en las clases sociales más bajas.
- La prevalencia de diabetes gestacional es del 7,3% en el periodo 2009-2010, con una tendencia creciente desde 1996.
- El 48% de los diabéticos refiere antecedentes familiares de diabetes frente al 20% de los no diabéticos.
- La prevalencia de hipercolesterolemia es mayor en personas con diabetes que en no diabéticas (39% vs 18,5%), diferencia que se mantiene en ambos sexos y aumenta con la edad.

- Las personas con diabetes refieren con más frecuencia ser hipertensas que las no diabéticas (37% vs 13%). Entre los diabéticos se observa mayor prevalencia de hipertensión arterial en los hombres y aumenta con la edad.
- Los diabéticos son menos activos en tiempo libre, sobre todo los hombres, que los no diabéticos. En la actividad laboral, los diabéticos son menos sedentarios que los no diabéticos, sobre todo las mujeres.
- El 30,4% de las personas con diabetes son fumadores activos, y el 31,7% de las no diabéticas. El consumo de tabaco en los hombres diabético es del 24,7% y 33,5% en los no diabéticos; en las mujeres la prevalencia es del 37% y 30% respectivamente. Por edad, los fumadores actuales son más frecuentes entre los más jóvenes.
- En general, el consumo moderado de alcohol es menor entre los que refieren ser diabéticos. Igual que en los no diabéticos, el consumo moderado de alcohol es más frecuente en hombres y en edades jóvenes. También es menor el consumo a riesgo entre los diabéticos, siendo algo más frecuente en mujeres y en edades jóvenes.
- El 41% de las personas diabéticas tienen sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ Kg/m}^2$) frente al 32% de las no diabéticas, siendo más frecuente en los hombres diabéticos (47%) y en el grupo de edad de 30-44 años. El 22% de las personas diabéticas son obesas ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) frente al 8% de las no diabéticas y la prevalencia es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años. Tanto la prevalencia de sobrepeso como de obesidad es más frecuente en diabéticos que en no diabéticos, siendo las diferencias mayores en las mujeres.
- La alimentación desequilibrada, entendida como consumir menos de 3 raciones/día de frutas y verduras (indicador 1) o menos de 3 raciones/día de frutas y verduras y más de 2 raciones/día de productos cárnicos (indicador 2), es más frecuente en las personas no diabéticas que en las diabéticas (54,9% vs 40,5% con el primer indicador y 25,8% vs 13,9% con el segundo). Conforme aumenta la edad disminuyen los porcentajes de personas con dieta desequilibrada.
- La agrupación de factores de riesgo ligados a estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física y dieta desequilibrada), tanto en la población diabética como en la no diabética, más frecuente es la agrupación de 2 o más factores de riesgo, sobre todo en los hombres no diabéticos (73,3%).

5. BIBLIOGRAFIA

1. International Diabetes Federation. One adult in ten will have diabetes by 2030. International Diabetes Federation. November 14, 2011. Disponible en: <http://www.idf.org/media-events/press-releases/2011/diabetes-atlas-5th-edition> Último acceso: 27 de julio de 2012.
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010; 87:4-14.
3. Valdés S, Rojo-Martínez G, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en la población adulta española. *Med Clin (Barc).* 2007; 129(9):352-5.
4. Consejería de Sanidad. Informe: Incidencia y Prevalencia de Diabetes Mellitus en la Comunidad de Madrid, 2000-2001. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2002; Vol 8 Nº 12.
5. García Marín N, Martínez Cortés M, Galán Labaca I, Gol E, Zorrilla Torras B. Informe: Factores de riesgo en población con diabetes mellitus de 18-64 años. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A) de la Comunidad de Madrid, 1996-2005. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2007; Vol. 13 Nº 3.
6. Gil Montalbán E, Zorrilla Torras B, Ortiz Marrón H, Martínez Cortés M, Donoso Navarro E, Nogales Aguado P, De la Calle Blasco H, Medrano Albero MJ, Cuadrado Gamarra I. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC. *Gac. Sanit.* 2010;24(3):233-240.
7. Type 2 Diabetes Mellitus. Romesh Khardori, George T Griffing. Medscape Reference. Updated 9 de Julio de 2012. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/117853>. Última consulta: 31 de Julio de 2012.
8. Ruiz Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E et al. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac. Sanit.* 2006; 20 (supl 1):15-24.
9. Godoy A, Delgado E, Díaz Cardoniga F et al. Epidemiología de la diabetes tipo 2 en España. *Endocrinol Nutr.* 2002; 49:113-26.
10. Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.msc.es>. Última consulta: 31 de julio de 2012.
11. Diabetes Mellitus y enfermedad cardiovascular. Grupo de trabajo de Diabetes mellitus y Enfermedad cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED). Ed Mayo, Madrid. 2007.

12. Bueno H, Hernáez R, Hernández AV. Diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular en España: una revisión descriptiva. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 8(Supl C):53-61.
13. Fuster V, Ibáñez B. Diabetes y enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 8(Supl C): 35-44.
14. Herranz de la Morena L, Pallardo Sánchez LF. Prevención de la diabetes tipo 2. *Av Diabetol*. 2002; 18:11-16.
15. Conget Donlo I, Giménez Álvarez M. Estrategias de prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en sujetos con riesgo. Evidencias actuales y perspectivas futuras. *Av Diabetol*. 2007; 23(2):77-86.
16. Desai J, Geiss L, Mukhtar Q, Harwell T, Benjamin S, Bell R, Tierney E. Public health surveillance of diabetes in the United States. *J Public Health Manag Pract*. 2003 Nov; Suppl: S44-51.
17. Gross R, Bentur N, Elhayani A, Sherf M, Epstein L. The validity of self-reported on chronic disease: characteristics of underreporters and implications for the planning of services. *Public Health Rev*. 1996; 24:167-182.
18. Huerta JM, Tormo MJ, Egea-Caparrós JM, Ortolá-Devesa JB, Navarro C. Validez del diagnóstico referido de diabetes, hipertensión e hiperlipemia en población adulta española. Resultados del estudio DINO. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62(2): 143-152.
19. Goldman N, Lin IF, Weinstein M, Lin YH. Evaluating the quality of self-reports of hypertension and diabetes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003;56: 148-154.
20. Molenaar EM, Van Ameijden E JC, Grobbee DE, Numans ME. Comparison of routine care self-reported and biometrical data on hypertension and diabetes: results of the Utrecht Health Project. *European Journal of Public Health*. 2006; 17(2):199-205.
21. Martin LM, Left M, Calonge N. Validation of self-reported chronic conditions and health services in a managed care population. *Am J Prev Med*. 2000; 18:215-218.
22. Consejería de Sanidad. Informe: Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996; 4:3-15.
23. BRFSS-CDC's Behavioral Risk Factor Surveillance System. Disponible en: <http://www.cdc.gov/brfss/> Última consulta: 31 de julio de 2012.
24. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares (TIC-H) 2011. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/itich11.htm>. Última consulta 19 de agosto de 2012.
25. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editors. *Telephone survey methodology*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988: 377-85.

TABLAS ANEXAS

Tabla 1. Evolución de la prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclarada según grupos de edad y sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2010.

		1996-1997 (N=4010)		2000-2001 (N=4009)		2004-2005 (N=4014)		2009-2010 (N=4011)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Total	18-29	10	0,8 (0,3-1,3)	11	0,8 (0,3-1,4)	16	1,4 (0,6-2,1)	11	1,1 (0,4-1,8)
	30-44	12	0,9 (0,3-1,4)	39	2,9 (2,0-3,8)	51	3,4 (2,5-4,4)	29	1,9 (1,2-2,6)
	45-64	54	3,9 (2,9-5,0)	112	8,2 (6,7-9,7)	106	7,8 (6,3-9,2)	118	8,2 (6,8-9,7)
	Total	76	1,9 (1,5-2,3)	162	4,0 (3,4-4,7)	173	4,3 (3,7-5,0)	158	3,9 (3,3-4,6)
Hombres	18-29	5	0,7 (0,2-1,8)	6	0,9 (0,1-1,7)	10	1,7 (0,6-2,9)	1	0,2 (0,0-1,1)
	30-44	8	1,2 (0,3-2,2)	13	2,0 (0,8-3,2)	23	3,1 (1,8-4,5)	9	1,2 (0,3-2,0)
	45-64	26	4,0 (2,4-5,6)	53	8,2 (6,0-10,4)	60	9,4 (7,0-11,7)	75	11,0 (5,6-11,4)
	Total	39	2,0 (1,3-2,7)	72	3,7 (2,8-4,6)	93	4,8 (3,8-5,7)	85	4,3 (3,8-5,2)
Mujeres	18-29	5	0,8 (0,2-1,8)	5	0,8 (0,2-1,8)	6	1,0 (0,1-1,9)	10	2,0 (0,7-3,3)
	30-44	4	0,6 (0,2-1,5)	26	3,7 (2,2-5,2)	28	3,7 (2,3-5,2)	20	2,6 (1,4-3,7)
	45-64	28	3,9 (2,4-5,4)	59	8,2 (6,1-10,3)	46	6,3 (4,5-8,2)	43	5,7 (4,0-7,4)
	Total	37	1,8 (1,2-2,4)	90	4,4 (3,4-5,3)	80	3,9 (3,0-4,7)	73	3,6 (2,7-4,4)

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 2. Prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclarada según nivel educativo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO	TOTAL (N=4011)	HOMBRES (N=1975)	MUJERES (N=2036)
Estudios primarios o inferiores	10,2 (6,3-13,9)	11,8 (5,6-18,0)	8,9 (4,2-13,6)
Estudios secundarios de 1º grado	5,7 (4,2-7,3)	6,6 (4,3-8,9)	4,8 (2,8-6,8)
Estudios secundarios de 2º grado	3,3 (2,3-4,3)	2,8 (1,5-4,1)	3,9 (2,4-5,4)
Estudios universitarios	2,3 (1,5-3,1)	3,1 (1,7-4,4)	1,6 (0,6-2,5)

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 3. Prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclarada según clase social. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

CLASE SOCIAL	TOTAL (N=3762)	HOMBRES (N=1857)	MUJERES (N=1905)
Clase I (directivos, técnicos superiores y profesionales liberales)	3,1 (1,7-4,6)	4,5 (2,1-6,9)	1,4 (0,4-3,6)
Clase II (ocupaciones intermedias y directivos del comercio)	2,6 (1,2-4,0)	2,2 (0,4-4,0)	3,1 (0,8-5,5)
Clase III (trabajadores no manuales cualificados)	4,4 (3,2-5,6)	5,4 (3,4-7,5)	3,7 (2,2-5,2)
Clase IV (trabajadores manuales cualificados o semicualificados)	5,0 (3,6-6,3)	5,7 (3,7-7,7)	4,1 (2,2-6,00)
Clase V (trabajadores manuales no cualificados)	4,0 (1,6-6,4)	1,1 (0,1-3,1)	5,4 (2,0-8,7)

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 4. Prevalencia (%) de antecedentes familiares de diabetes mellitus en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		<i>p</i>
		n	%	n	%	
Total		76	48,1 (40,0-56,2)	779	20,2 (18,9-21,5)	<0,001
Sexo	Hombres	41	48,2 (37,0-59,5)	325	17,2 (15,5-18,9)	<0,001
	Mujeres	35	48,0 (35,8-60,1)	454	23,13 (21,2-25,0)	<0,001
Grupos de edad	18-29	3	27,3 (6,0-61,0)	114	11,3 (9,3-13,4)	0,100
	30-44	11	37,9 (18,5-57,3)	321	21,0 (18,9-23,1)	0,027
	45-64	62	52,5 (43,1-62,0)	344	26,1 (23,7-28,5)	<0,001

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 5. Prevalencia de hipercolesterolemia (%) en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		DIABÉTICOS (N=156)		NO DIABÉTICOS (N=3717)		p
		n	%	n	%	
Ambos sexos	18-29	4	36,4 (2,5-70,3)	55	6,0 (4,4-7,3)	<0,001
	30-44	7	24,1 (7,6-40,7)	224	15,0 (13,2-16,8)	0,175
	45-64	50	43,1 (34,0-52,3)	410	31,5 (28,9-34,0)	0,010
	Total	61	39,1 (31,4-46,9)	689	18,5 (17,3-19,8)	<0,001
Hombres	18-29	--	--	24	5,2 (3,2-7,3)	0,814
	30-44	2	22,2 (0,0-56,1)	139	18,6 (15,8-21,4)	0,784
	45-64	32	43,8 (31,2-55,5)	197	32,9 (29,1-36,7)	0,062
	Total	34	41,0 (30,1- 51,8)	360	20,0 (18,1-21,8)	<0,001
Mujeres	18-29	4	40,0 (3,1-76,9)	31	6,7 (4,4-9,0)	<0,001
	30-44	5	25,0 (4,2-45,8)	85	11,4 (9,1-13,7)	0,062
	45-64	18	41,9 (26,5-57,2)	213	30,3 (26,8-33,7)	0,110
	Total	27	37,0 (25,6-48,3)	329	17,2 (15,5-18,9)	<0,001

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 6. Prevalencia (%) de hipertensión arterial en diabéticos y no diabéticos. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3741)		p
		n	%	n	%	
Ambos sexos	18-29	--	0,0 --	43	4,6 (3,2-6,0)	0,464
	30-44	6	20,7 (5,0-34,4)	131	8,7 (7,2-10,1)	0,024
	45-64	53	44,9 (35,8-54,1)	320	24,6 (22,2-26,9)	<0,001
	Total	59	37,3 (29,5-45,2)	494	13,2 (12,1-14,3)	<0,001
Hombres	18-29	--	0,0 --	20	4,3 (2,4-6,2)	0,838
	30-44	3	33,3 (0,0-71,8)	88	11,6 (9,3-13,9)	0,045
	45-64	37	49,3 (37,7-61,0)	168	28,1 (24,4-31,8)	<0,001
	Total	40	47,1 (36,2- 57,9)	276	15,1 (13,5-16,8)	<0,001
Mujeres	18-29	--	0,0 --	23	5,0 (3,0-7,0)	0,468
	30-44	3	15,0 (0,0-32,2)	43	5,7 (4,0-7,4)	0,083
	45-64	16	37,2 (22,2-52,3)	152	21,6 (18,5-24,6)	0,017
	Total	19	26,0 (15,7-36,4)	218	11,4 (9,9-12,8)	<0,001

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 7. Proporción de personas inactivas en la actividad laboral o habitual en diabéticos y no diabéticos. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		p
		n	%	n	%	
Ambos sexos	18-29	4	36,4 (2,5-70,3)	593	59,0 (56,0-62,1)	0,129
	30-44	11	37,9 (19,1-56,7)	791	51,7 (49,2-54,2)	0,143
	45-64	50	42,4 (33,3-51,4)	494	37,5 (34,9-40,2)	0,297
	Total	65	41,1 (33,4-48,9)	1878	48,7 (47,1-50,3)	0,061
Hombres	18-29	1	100,0 --	314	61,1 (56,8-65,4)	0,425
	30-44	3	33,3 (0,0-71,8)	438	56,9 (53,3-60,5)	0,156
	45-64	40	53,3 (41,7-64,9)	294	48,5 (44,5-52,6)	0,431
	Total	44	51,8 (40,9-62,6)	1046	55,3 (53,1-57,6)	0,516
Mujeres	18-29	3	30,0 (0,0-64,6)	279	56,8 (52,4-61,2)	0,090
	30-44	8	40,0 (16,5-63,6)	353	46,4 (42,8-50,0)	0,572
	45-64	10	23,3 (10,1-36,4)	200	28,1 (24,8-31,5)	0,489
	Total	21	23,3 (18,1-39,4)	832	42,4 (40,2-44,6)	0,021

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 8. Proporción de personas inactivas en tiempo libre en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		p
		n	%	n	%	
Ambos sexos	18-29	7	63,6 (29,7-97,5)	699	69,5 (66,7-72,4)	0,672
	30-44	24	82,8 (68,1-97,4)	1222	79,8 (77,8-81,8)	0,696
	45-64	109	92,4 (87,5-97,2)	1098	83,4 (81,4-85,4)	0,010
	Total	140	88,6 (83,6-93,6)	3019	78,3 (77,0-79,7)	0,002
Hombres	18-29	1	100,0	292	56,8 (52,5-61,1)	0,384
	30-44	5	55,6 (15,0-96,1)	576	74,8 (71,7-77,9)	0,187
	45-64	69	92,0 (85,7-98,3)	491	81,0 (77,9-84,2)	0,019
	Total	75	88,2 (81,2-95,3)	1359	71,9 (69,9-73,9)	0,001
Mujeres	18-29	6	60,0 (23,0-97,0)	407	82,9 (79,5-86,2)	0,060
	30-44	19	95,0 (84,5-100,0)	646	84,9 (82,3-87,5)	0,209
	45-64	40	93,0 (85,0-100,0)	607	85,4 (82,8-88,0)	0,163
	Total	65	89,0 (81,7-96,4)	1660	84,6 (83,0-86,2)	0,296

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 9. Prevalencia (%) de personas sedentarias 24 horas en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		p
		N	%	N	%	
Ambos sexos	18-29	4	36,4 (2,4-70,3)	407	40,5 (37,5-43,6)	0,781
	30-44	9	31,0 (13,1-49,0)	627	41,0 (37,5-43,3)	0,282
	45-64	48	40,7 (31,7-49,7)	422	32,0 (29,5-34,6)	0,056
	Total	61	38,6 (30,9-46,8)	1456	37,8 (36,3-39,3)	0,835
Hombres	18-29	1	100,0 --	181	35,2 (31,0-39,4)	0,176
	30-44	1	11,1 (0,0-36,7)	332	43,1 (39,5-46,7)	0,054
	45-64	38	50,7 (39,0-62,3)	251	41,4 (37,4-45,4)	0,126
	Total	40	47,1 (36,2-57,9)	764	40,4 (38,2-42,7)	0,223
Mujeres	18-29	3	30,0 (0,0-64,6)	226	46,0 (41,5-50,5)	0,314
	30-44	8	40,0 (16,5-63,5)	295	38,8 (35,2-42,3)	0,911
	45-64	10	23,3 (10,1-36,4)	171	24,1 (20,8-27,3)	0,906
	Total	21	28,8 (18,1-39,4)	692	35,2 (33,1-37,4)	0,254

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 10. Prevalencia (%) de fumadores actuales en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		p
		n	%	N	%	
Ambos sexos	18-29	5	45,5 (10,4-80,5)	346	34,4 (31,4-37,4)	0,444
	30-44	10	34,5 (16,1-52,9)	496	32,4 (30,0-34,8)	0,812
	45-64	33	28,0 (19,7-36,2)	379	28,8 (26,3-31,3)	0,852
	Total	48	30,4 (22,9-37,9)	1221	31,7 (30,2-33,2)	0,729
Hombres	18-29	1	100,0 --	190	37,0 (32,8-41,2)	0,192
	30-44	1	11,1 (0,0-36,7)	251	32,6 (29,2-36,0)	0,171
	45-64	19	25,3 (15,3-35,4)	192	31,7 (28,0-35,4)	0,262
	Total	21	24,7 (15,3-34,1)	633	33,5 (31,3-35,7)	0,092
Mujeres	18-29	4	40,0 (3,1-77,0)	156	31,8 (27,5-36,0)	0,581
	30-44	9	45,0 (21,1-68,9)	245	32,2 (28,9-35,5)	0,228
	45-64	14	32,6 (18,0-47,2)	187	26,3 (23,0-29,6)	0,368
	Total	27	37,0 (25,6-48,3)	588	30,0 (27,9-32,1)	0,199

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 11. Proporción (%) de bebedores a riesgo y bebedores moderados en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		BEBEDOR A RIESGO					BEBEDOR MODERADO				
		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		p	DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Ambos sexos	18-29	1	9,1 (0,0-29,4)	43	4,3 (3,0-5,6)	0,435	6	54,5 (19,4-89,6)	657	65,4 (62,4-68,4)	0,453
	30-44	1	3,4 (0,0-10,6)	28	1,8 (1,1-2,5)	0,522	10	34,5 (16,0-52,9)	1001	65,4 (63,0-67,8)	0,001
	45-64	1	0,8 (0,0-2,6)	29	2,2 (1,4-3,0)	0,325	58	49,1 (40,0-58,4)	850	64,5 (61,9-67,2)	0,001
	Total	3	1,9 (0,0-4,1)	100	2,6 (2,0-3,1)	0,587	74	46,8 (38,9-54,7)	2508	65,1 (63,5-66,6)	<0,001
Hombres	18-29	0	0,0 --	26	5,1 (3,2-7,0)	0,817	1	100,0 --	382	74,3 (70,5-78,1)	0,557
	30-44	0	0,0 --	20	2,6 (1,4-3,8)	0,624	4	44,4 (3,9-85,0)	608	79,0 (76,0-81,9)	0,012
	45-64	1	1,3 (0,0-4,0)	18	3,0 (1,6-4,4)	0,417	44	58,7 (47,3-70,1)	480	79,2 (75,9-82,5)	<0,001
	Total	1	1,2 (0,0-3,6)	64	3,4 (2,5-4,3)	0,264	49	57,6 (46,9-68,4)	1470	77,8 (75,9-79,7)	<0,001
Mujeres	18-29	1	10,0 (0,0-32,7)	17	3,5 (1,8-5,1)	0,271	5	50,0 (12,3-87,7)	275	56,0 (51,6-60,5)	0,705
	30-44	1	5,0 (0,0-15,5)	8	1,1 (0,3-1,8)	0,102	6	30,0 (8,0-52,0)	393	51,6 (48,0-55,2)	0,056
	45-64	0	0,0 --	11	1,5 (0,6-2,5)	0,411	14	32,6 (17,9-47,2)	370	52,0 (48,3-55,8)	0,013
	Total	2	2,7 (0,0-6,6)	36	1,8 (1,2-2,5)	0,574	25	34,2 (23,1-45,4)	1038	52,9 (50,6-55,1)	0,002

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 12. Prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		SOBREPESO					OBESIDAD				
		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		<i>p</i> -valor	DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		<i>p</i>
		n	%	n	%		N	%	n	%	
Ambos sexos	18-29	3	27,3 (0,0-58,7)	193	19,3 (16,7-21,7)	0,500	1	9,1 (0,0-29,4)	18	1,8 (0,9-2,7)	0,075
	30-44	13	44,8 (25,5-64,1)	496	32,4 (30,0-34,8)	0,157	3	10,3 (0,0-22,2)	130	8,5 (7,0-9,9)	0,723
	45-64	49	41,5 (32,5-50,6)	541	41,1 (38,3-43,8)	0,925	31	26,3 (18,2-34,4)	162	12,3 (10,5-14,1)	<0,001
	Total	65	41,1 (33,3-49,0)	1230	32,0 (30,4-33,4)	0,015	35	22,1 (15,6-28,7)	310	8,0 (7,1-8,9)	<0,001
Hombres	18-29	0	0,0 --	148	28,9 (24,8-32,8)	0,525	0	--	12	2,3 (1,0-3,7)	0,877
	30-44	6	66,7 (28,2-100,0)	361	46,9 (43,3-50,5)	0,237	1	11,1 (0,0-36,8)	88	11,4 (9,1-13,7)	0,976
	45-64	34	45,3 (33,8-56,9)	302	49,8 (45,8-53,9)	0,462	18	24,0 (14,0-33,9)	94	15,5 (12,6-18,4)	0,061
	Total	45	47,1 (36,2-57,9)	811	43,0 (40,6-45,2)	0,450	19	22,3 (13,3-31,4)	194	10,3 (8,9-11,7)	<0,001
Mujeres	18-29	3	30,0 (0,0-64,6)	45	9,2 (6,6-11,8)	0,027	1	10,0 (0,0-32,7)	6	1,2 (0,2-2,2)	0,019
	30-44	7	35,0 (12,1-57,9)	135	17,8 (15,0-20,5)	0,047	2	10,0 (0,0-24,5)	42	5,5 (3,8-7,2)	0,391
	45-64	15	34,9 (20,0-49,8)	239	33,6 (30,1-37,1)	0,864	13	30,2 (15,9-44,6)	68	9,6 (7,4-11,8)	<0,001
	Total	25	34,2 (23,1-45,4)	419	21,3 (19,5-23,2)	0,009	16	21,9 (12,2-31,7)	116	5,9 (4,8-7,0)	<0,001

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 13. Proporción (%) de personas con dieta desequilibrada en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		Indicador 1: CONSUMO <3 RACIONES/DÍA DE FRUTAS FRESCAS Y VERDURAS					Indicador 2: CONSUMO <3 RACIONES/DÍA DE FRUTAS FRESCAS Y VERDURAS Y >=2 RACIONES/DÍA DE CÁRNICOS				
		DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		p-valor	DIABÉTICOS (N=158)		NO DIABÉTICOS (N=3853)		p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Ambos sexos	18-29	7	63,6 (29,7-97,6)	681	67,8 (64,8-70,7)	0,771	3	27,3 (0,0-58,7)	375	37,3 (34,3-40,4)	0,493
	30-44	10	34,5 (16,0-52,9)	860	56,2 (53,6-58,7)	0,020	5	17,2 (2,6-31,9)	385	25,1 (22,9-27,4)	0,330
	45-64	47	39,8 (30,8-48,8)	576	43,7 (41,0-46,5)	0,412	14	11,9 (5,9-17,8)	236	17,9 (15,8-20,0)	0,097
	Total	64	40,5 (32,7-48,3)	2117	54,9 (53,3-56,6)	<0,001	22	13,9 (8,4-19,4)	996	25,8 (24,4-27,3)	0,001
Hombres	18-29	1	100,0 --	373	72,6 (68,7-76,5)	0,539	1	100,0 --	229	44,6 (40,2-48,9)	0,265
	30-44	2	22,2 (0,0-56,2)	467	60,6 (57,1-64,2)	0,019	1	11,1 (0,0-36,8)	224	29,1 (25,8-32,4)	0,237
	45-64	32	42,7 (31,2-54,2)	312	51,5 (47,4-55,5)	0,150	10	13,3 (5,4-21,3)	144	23,8 (20,3-27,2)	0,042
	Total	35	41,2 (30,5-51,9)	1152	60,9 (58,7-63,2)	<0,001	12	14,1 (6,5-21,7)	597	31,6 (29,4-33,7)	<0,001
Mujeres	18-29	26	60,0 (23,0-97,0)	308	62,7 (58,4-67,1)	0,860	2	20,0 (0,0-50,2)	146	29,7 (25,6-33,8)	0,504
	30-44	48	40,0 (16,4-63,6)	393	51,6 (48,0-55,2)	0,304	4	20,0 (0,7-39,3)	161	21,2 (18,2-24,1)	0,900
	45-64	915	34,9 (20,0-49,8)	264	37,1 (33,5-40,7)	0,767	5	9,3 (0,2-18,4)	92	12,9 (10,4-15,5)	0,487
	Total	29	39,7 (28,2-51,3)	965	49,2 (46,9-51,4)	0,113	10	13,7 (5,6-21,8)	399	20,3 (18,5-22,2)	0,165

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 14. Proporción (%) de personas con dieta desequilibrada en diabéticos y no diabéticos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2010.

	Indicador 1: COMEN MENOS DE 3 RACIONES/DÍA DE FRUTA-VERDURA			INDICADOR 2: COMEN MENOS DE 3 RACIONES/DÍA DE FRUTA-VERDURA Y COMEN 2 O MÁS RACIONES/DÍA DE PRODUCTOS CÁRNICOS		
	Diabéticos	No diabéticos	p	Diabéticos	No diabéticos	p
1996-1997	30,3 (19,7-40,8)	61,5 (60,0-63,1)	<0,001	15,8 (7,4-24,2)	30,4 (28,9-31,9)	0,006
2000-2001	46,3 (38,5-54,1)	62,8 (61,2-64,4)	<0,001	22,8 (16,3-29,4)	31,0 (29,5-32,5)	0,028
2004-2005	46,8 (39,3-54,4)	61,0 (59,4-62,6)	<0,001	19,1 (13,1-25,0)	30,6 (29,1-32,1)	0,001
2009-2010	40,5 (32,7-48,3)	54,9 (53,3-56,6)	<0,001	13,9 (8,4-19,4)	25,8 (24,4-27,3)	0,001

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%

Tabla 15. Proporción (%) de diabéticos y no diabéticos con 2 o más factores de riesgo ligados al estilo de vida. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2009-2010.

		DIABÉTICOS (N=55)		NO DIABÉTICOS (N=1553)		p
		n	%	n	%	
Ambos sexos	18-29	5	45,5 (10,3-80,6)	459	46,7 (42,5-48,8)	0,989
	30-44	12	41,4 (22,3-60,5)	630	41,1 (36,7-43,7)	0,980
	45-64	38	32,2 (23,6-40,8)	464	35,2 (32,6-37,9)	0,509
	Total	55	34,8 (27,3-42,4)	1553	40,3 (38,7-41,9)	0,167
Hombres	18-29	1	100,0 --	234	45,5 (41,2-49,9)	0,275
	30-44	1	11,1 (0,0-36,8)	326	42,3 (38,8-45,9)	0,059
	45-64	25	33,3 (22,4-44,3)	242	39,9 (36,0-43,9)	0,269
	Total	27	31,8 (21,6-41,9)	802	42,4 (40,2-44,7)	0,051
Mujeres	18-29	4	40,0 (3,0-77,0)	225	45,8 (41,4-50,3)	0,714
	30-44	11	55,0 (31,1-79,0)	304	40,0 (36,4-43,5)	0,176
	45-64	13	30,2 (15,9-44,6)	222	31,2 (27,8-34,7)	0,892
	Total	28	38,3 (26,9-49,8)	751	38,3 (36,1-40,5)	0,986

Entre paréntesis intervalos de confianza del 95%