

Madrid

2007

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid

Objetivo 8
Reducir las enfermedades no
transmisibles

8

Objetivo 8: Enfermedades no transmisibles

Para el año 2020, la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura debidas a las principales enfermedades crónicas deberán reducirse al nivel más bajo posible en toda la región.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Las políticas públicas en favor de la salud de todos los Estados Miembros se centran en la aplicación de las estrategias y de los principios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, contando con la plena participación de la comunidad;*
- *La prevención y el control de los factores comunes de riesgo de las enfermedades no transmisibles se convierten en parte integrante de la vida comunitaria, y se crea un amplio movimiento de ámbito europeo en favor de los estilos de vida sanos que implique a todos los países y organizaciones internacionales relevantes;*
- *Se cuenta con una gestión global de la enfermedad, que haga hincapié en los resultados sanitarios y en la calidad de la atención, tomando en consideración los derechos y los deseos de los pacientes;*
- *Los Estados Miembros desarrollan y aplican unas estrategias en materia de salud bucodental, incluyendo la prevención de las caries.*

8.1. Áreas focales determinantes

8.1.1. Factores de riesgo

En otros capítulos de este Informe, fundamentalmente en el 11 y el 12, se presenta información más detallada sobre distintos comportamientos relacionados con la salud. En este apartado, con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se han considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso de tabaco y alcohol se han seleccionado los indicadores “ser fumador actual” y “bebedor a riesgo”. Para la actividad física se incluye un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METS en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada se ha considerado el consumir menos de tres raciones diarias de fruta (incluye zumos) y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

En el año 2005, el 42,5% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 37,2% tiene uno, el 17,0% dos, el 3,0% tres, y el 0,3% cuatro (figura 8.1). Globalmente aunque la agrupación es más frecuente en los hombres que en las mujeres, se observan importantes diferencias según la edad ya que en el grupo más joven la frecuencia de

agregación es muy parecida, en el de 30 a 44 años se aprecia ya un incremento en los hombres, pero es en el grupo de 45 a 64 años donde se extreman las diferencias siendo casi 1,6 veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres (figura 8.2).

Respecto a la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo (figura 8.3), en hombres es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2004 y 2005 comparado con 1995-1996, del 18,9%; y en las mujeres, la prevalencia está muy estabilizada.

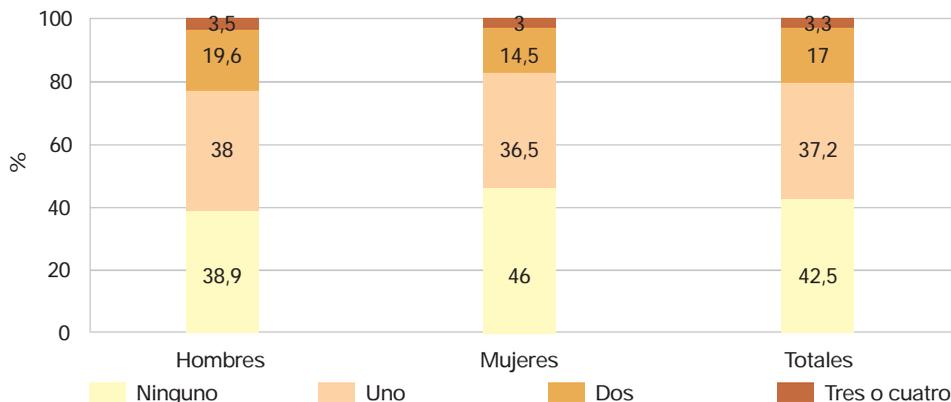


Figura 8.1. Agrupación de factores de riesgo* según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

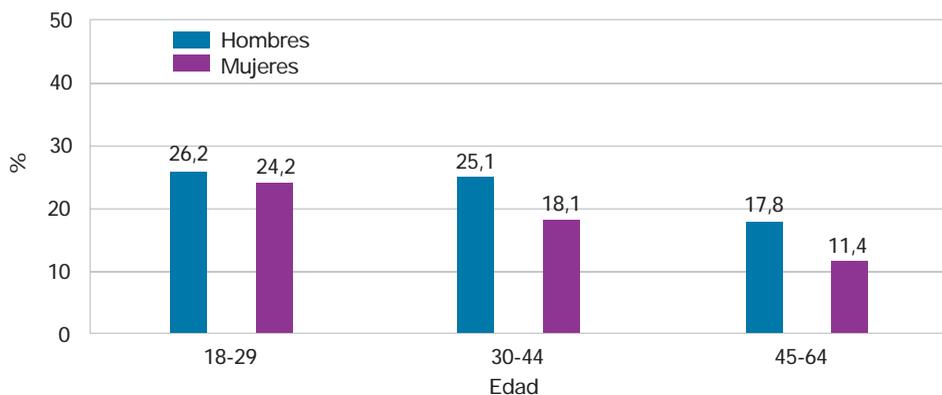


Figura 8.2. Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según edad y sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

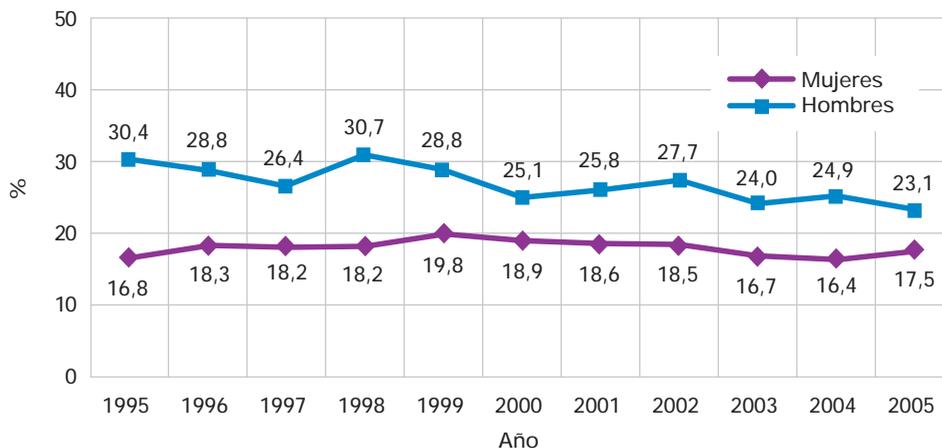


Figura 8.3. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* De los cuatro siguientes:
Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

8.1.2. Prácticas preventivas

Una gran mayoría de entrevistados en 2005 afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque alrededor del 12,1% no cumple ambas recomendaciones.

Un 14,2% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada (tabla 8.1). De ellos, el 55,2% está tomando medicación, el 45,4% se controla el peso, un 60,1% ha reducido la ingesta de sal, y un 33,9% hace ejercicio físico. El 74,1% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 25,9% no realiza ninguna.

A un 17,3% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol (tabla 8.1). De ellos, un 30,7% toma medicamentos, el 59,6% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 35,3% practica ejercicio físico. El 69,3% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 30,7% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 9,9% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 8,8% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

Todos los indicadores relacionados con la realización de prácticas preventivas han mejorado en los últimos años (figuras 8.4, 8.5 y 8.6). Destaca especialmente la realización de mamografías –en 1999 se puso en marcha el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid- con un incremento del 76,3% comparando el promedio del año 2004 y 2006 con el de 1995 y 1996.

Tabla 8.1. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados según edad y sexo. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2005.

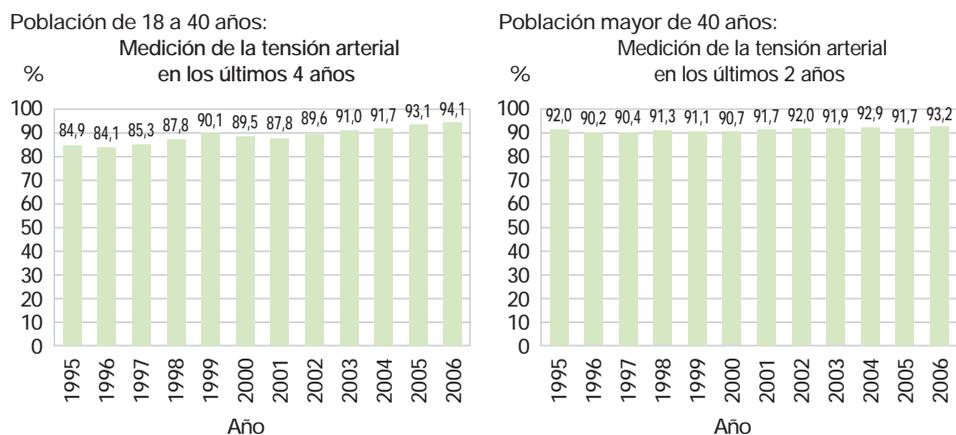
| | Total | Sexo | | Edad | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|
| | | Hombre | Mujer | 18-29 | 30-44 | 45-64 |
| Tensión arterial elevada | 14,2 (±1,5)* | 15,7 (±2,3) | 12,8 (±2,0) | 4,8 (±1,7) | 8,9 (±2,0) | 28,2 (±3,4) |
| Colesterol elevado | 17,3 (±1,7) | 19,3 (±2,6) | 15,5 (±2,3) | 6,3 (±2,1) | 14,4 (±2,6) | 29,4 (±3,5) |

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Intervalo de confianza al 95%

Figura 8.4. Evolución de la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2006.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



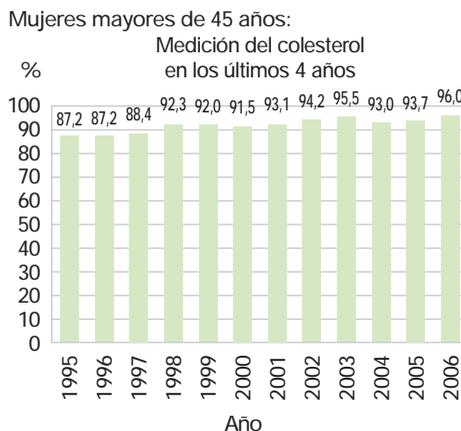
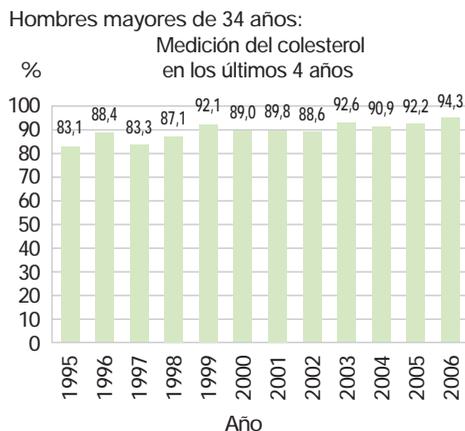


Figura 8.5. Evolución de la proporción de personas que se han realizado medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2006.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

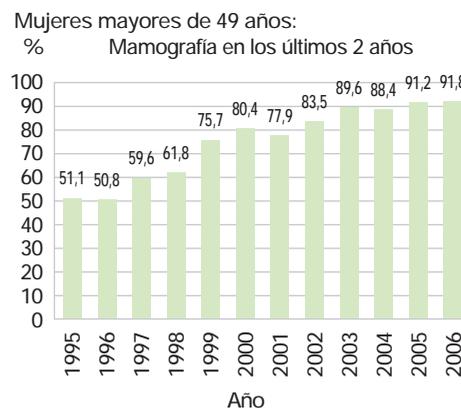
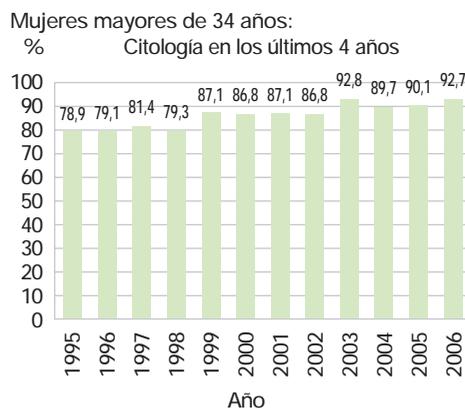


Figura 8.6. Evolución de la proporción de mujeres que se han realizado citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2006.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2. Áreas focales de enfermedades no transmisibles

Como se ha visto en los dos primeros capítulos de este libro, las enfermedades no transmisibles suponen el 88,6% de la carga de enfermedad generada por la mortalidad del año 2005 en la Comunidad de Madrid. De ellos sólo el 37% lo son por pérdida real de vida (años de vida perdidos) y el resto (63%) es en discapacidad, 342.108 años perdidos en discapacidad. La principales causas que contribuyen a esta pérdida son los tumores, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades digestivas, respiratorias y osteomusculares, de las cuales se presentan los principales indicadores.

8.2.1. Tumores

El cáncer fue la segunda causa de muerte en la Comunidad de Madrid en 2005, después de las enfermedades cardiovasculares, con 11.563 muertes (6.927 en hombres y 4.636 en mujeres), lo que supone el 28,31% de todas las defunciones. Esto implica que el cáncer mata en la Comunidad de Madrid en la actualidad a 33 de cada 100 varones que fallecen y 23 de cada 100 mujeres fallecidas. En cuanto a la carga de enfermedad los tumores suponen un pérdida total anual de 98.686 AVAD, segunda causa después de las enfermedades neuropsiquiátricas, pero en este caso la gran pérdida es en años de vida (AVP), 82% del total.

Para el conjunto de grupos de edad, las localizaciones tumorales más frecuentes en Madrid (excluyendo los tumores de piel no-melanoma) son, en los hombres, el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal y de próstata. Este número de muertes sólo es alcanzado en mujeres por los tumores de mama y el cáncer colorrectal.

En la última década, la mortalidad por cáncer en los hombres ha sufrido un incremento medio de un 0,10% anual. Este incremento es debido principalmente al aumento de la mortalidad por cáncer colorrectal y, en menor grado, a la tendencia creciente de la mortalidad debida a cáncer de páncreas, tumores de sistema nervioso central, linfomas no Hodgkin, mieloma múltiple y cáncer de riñón. Algunas localizaciones muestran un claro descenso en la última década: cáncer de estómago, cáncer de laringe, cáncer de huesos, tumores malignos de piel no melanomas, cáncer de testículo y linfoma de Hodgkin. Es interesante constatar que la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres por fin muestra signos de estabilización en los últimos años.

En las mujeres, durante la última década la mortalidad por cáncer ha ido disminuyendo significativamente a un promedio de 0,53% al año. Este descenso es debido a la evolución de la mortalidad por cáncer de mama, que desciende a un ritmo de 1,4% anual, y a los tumores de estómago, intestino delgado e hígado principalmente. A diferencia de lo comentado en los hombres, la mortalidad por cáncer de pulmón aumenta rápidamente en las mujeres (un 1,75% anual). También aumenta la mortalidad por cáncer de ovario.

En ambos sexos, llama la atención el pronunciado incremento observado en localizaciones tradicionalmente consideradas como infrecuentes: melanoma cutáneo, mieloma múltiple, linfomas no Hodgkin y tumores de sistema nervioso central.

La distribución geográfica de la mortalidad por tumores en la Comunidad de Madrid presenta variaciones geográficas, que además de los factores de riesgo propios, evidencian el efecto de exposiciones y hábitos de vida previos. En hombres, por Distritos de Salud, se observa agregación en Vallecas, Moratalaz, Usera, Centro, Tetuán y Parla. Respecto a la mortalidad por tumores en mujeres por Distritos de Salud se agregan en Retiro, Tetuán, Chamartín, Moncloa, Aranjuez y Getafe.

Respecto a la demanda asistida, en el año 2006 se produjeron para toda la Comunidad de Madrid un total de 98.563 altas (CMBD). El cáncer de pulmón en hombres y el cáncer de mama en mujeres presentan las tasas de ingresos más elevadas, como corresponde a sus cifras de incidencia. Sin embargo, llama la atención la elevada tasa de ingresos debidos al cáncer de vejiga en hombres, 3.780 ingresos, por encima del cáncer colorrectal y del cáncer de próstata, a pesar de que ambos tienen una incidencia superior.

Los avances terapéuticos de las últimas décadas han tenido un especial impacto sobre los tumores infantiles. La supervivencia a los 5 años de los niños diagnosticados de cáncer es superior al 70%. Si embargo, la incidencia de estos tumores no ha disminuido. Los efectos a largo plazo del tratamiento oncológico infantil son todavía poco conocidos.

8.2.1.1. Indicadores generales de Tumores Malignos

| Tumores 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 6.927 | 4.636 | 11.563 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 239,9 | 150,7 | 193,9 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 167,9 | 97,7 | 131,7 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 228,8 | 104,3 | 156,0 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 242,8 | 108,2 | 165,1 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 1.603,3 | 1.625,9 | 1.615,4 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | 0,5655 | 0,4410 | 0,4677 |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 57.789 | 40.898 | 98.687 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 53.600 | 35.632 | 89.232 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 4.189 | 5.266 | 9.455 |

Tabla 8.2. Indicadores seleccionados por patología - Tumores. Hombres y Mujeres: Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.1.2. Mortalidad por Tumores

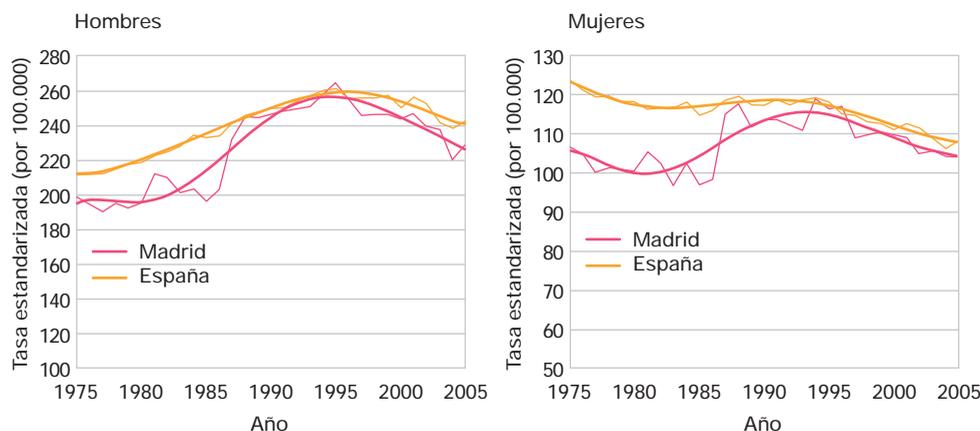


Figura 8.7. Tumores. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

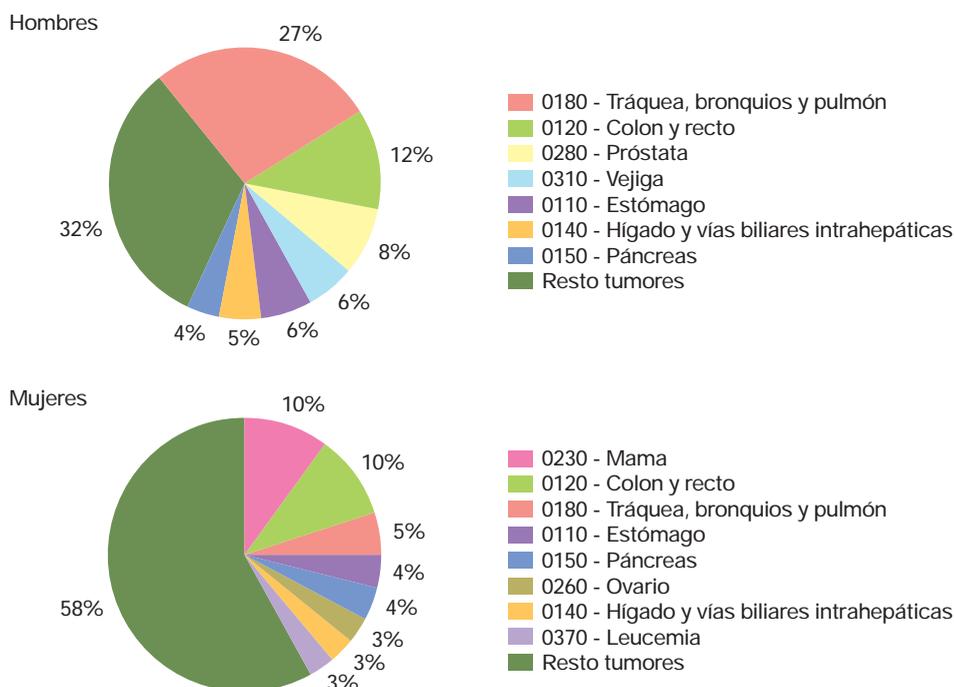


Figura 8.8. Tumores. Mortalidad proporcional por las principales localizaciones. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 8.9. Mortalidad por Tumores. Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Hombres



Mujeres



8.2.1.3. Contribución de los Tumores a los cambios en la esperanza de vida

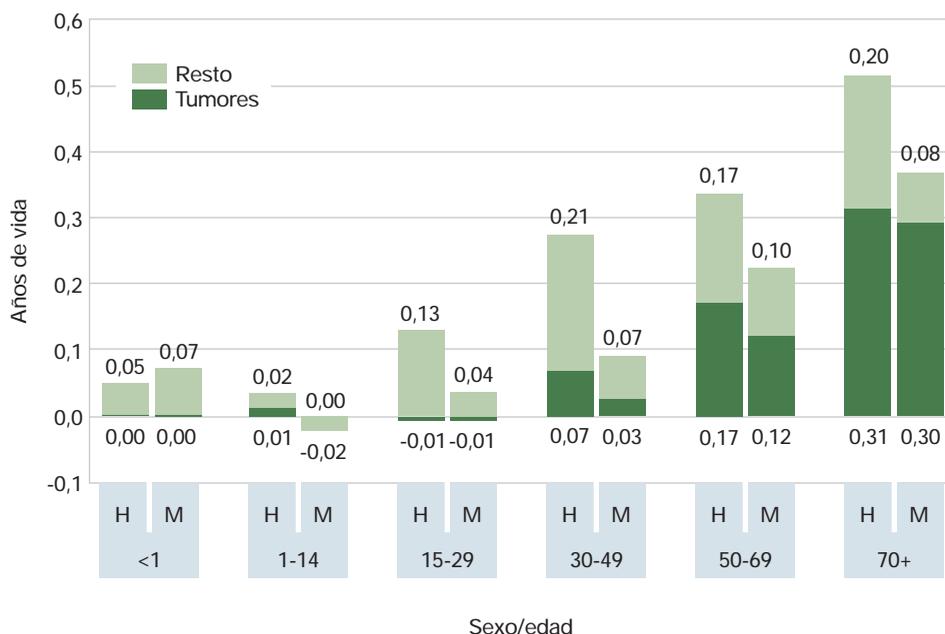


Figura 8.10. Contribución de los tumores y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2000 y 2005, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.1.4. Carga de enfermedad

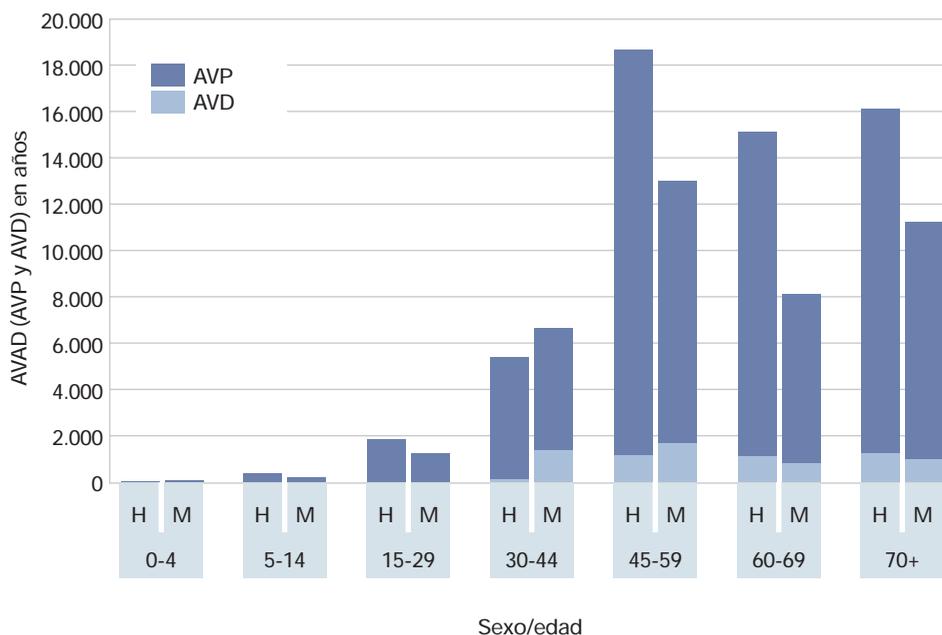


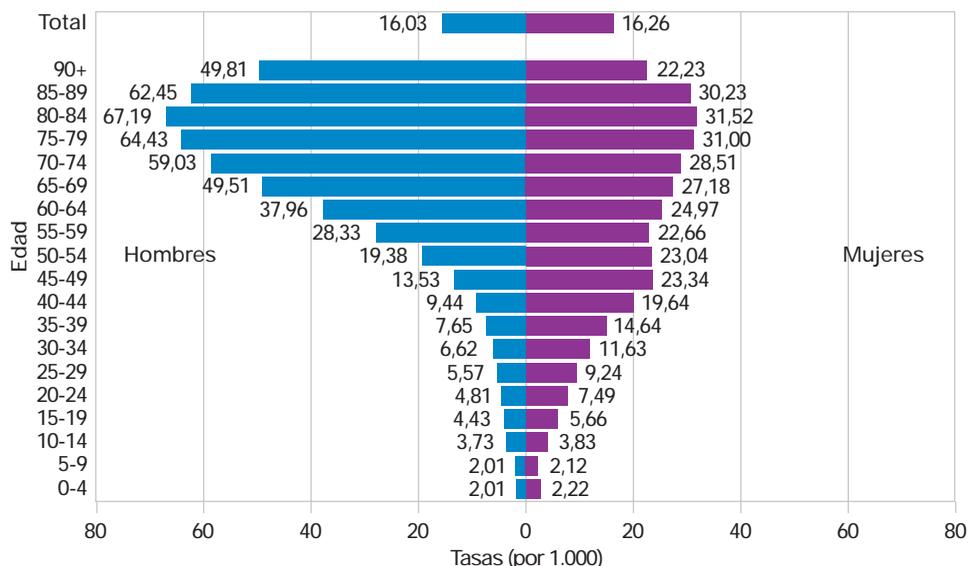
Figura 8.11. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por tumores por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad - AVP- y discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.1.5. Morbilidad hospitalaria

Figura 8.12. Morbilidad hospitalaria por tumores por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.2. Cáncer de Pulmón

8.2.2.1. Indicadores generales de Cáncer de Pulmón

Tabla 8.3. Indicadores seleccionados por patología - Tumor de tráquea, bronquios y pulmón: Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

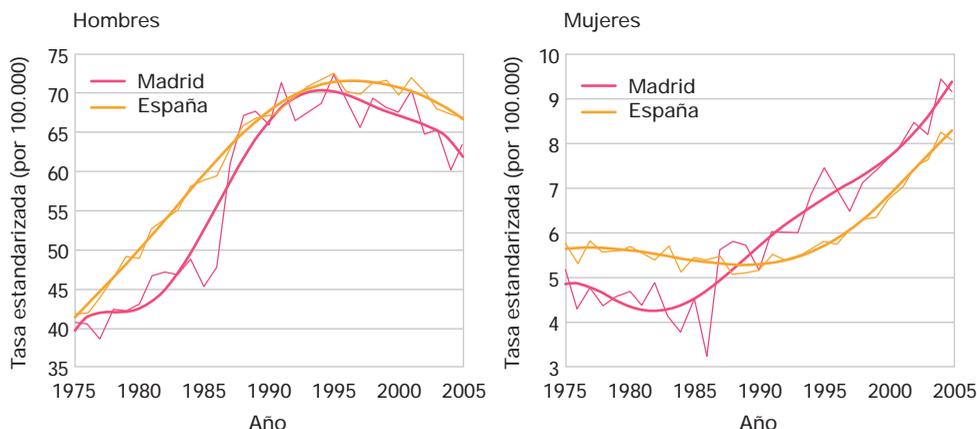
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

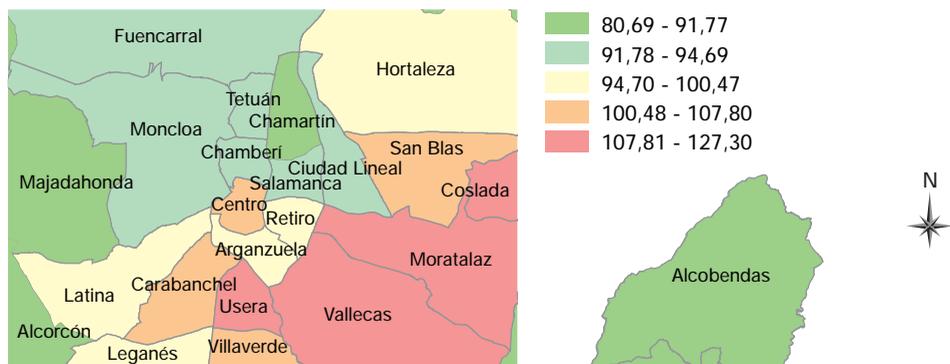
| Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|--------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 1.903 | 361 | 2.264 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 65,9 | 11,7 | 38,0 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 51,4 | 12,2 | 31,2 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 63,7 | 9,2 | 32,3 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 66,9 | 8,1 | 33,9 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 103,3 | 20,0 | 60,4 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | 0,0863 | 0,0433 | 0,0239 |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 16.807 | 3.988 | 20.795 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 16.322 | 3.879 | 20.201 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 485 | 109 | 594 |

8.2.2.2. Mortalidad

Figura 8.13. Tumor de tráquea, bronquios y pulmón. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.





Hombres



Mujeres

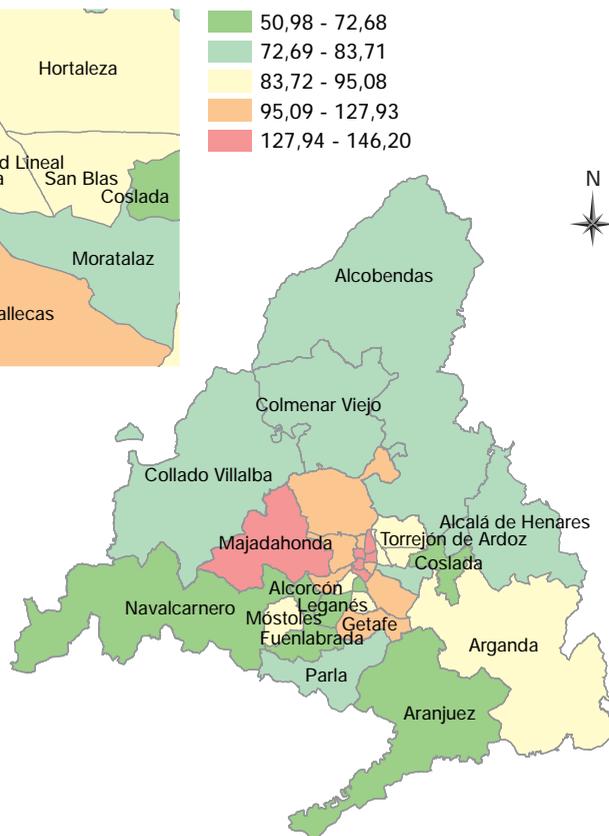


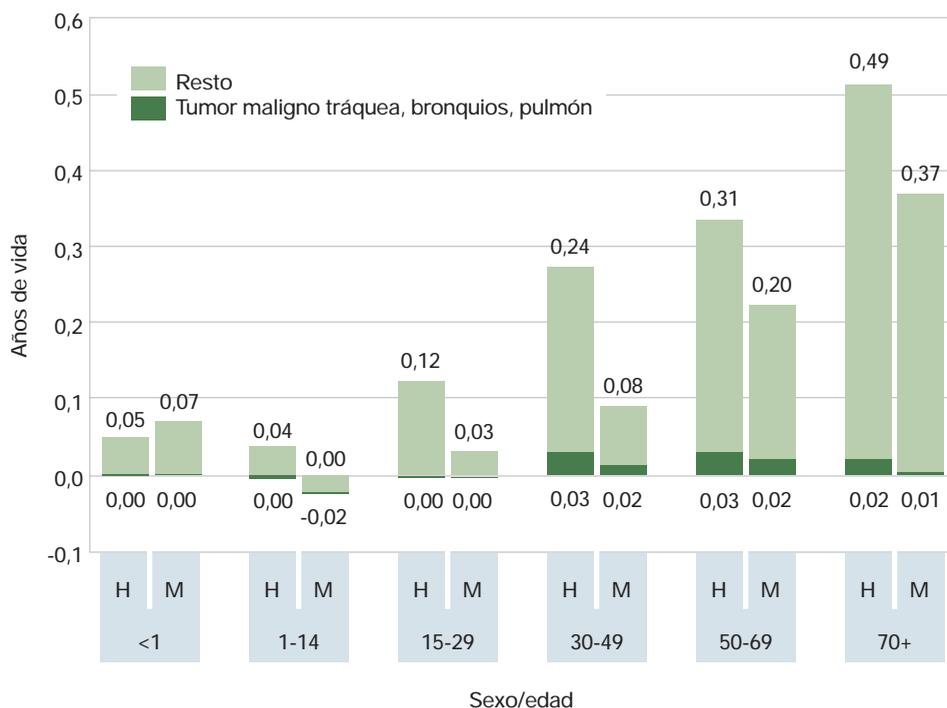
Figura 8.14. Mortalidad por Cáncer de Pulmón (C33, C34). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.2.3. Contribución del Cáncer de Pulmón a los cambios en la esperanza de vida

Figura 8.15. Contribución del Cáncer de Pulmón y resto de causas al cambio de esperanza de vida al nacer entre 2000 y 2005, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

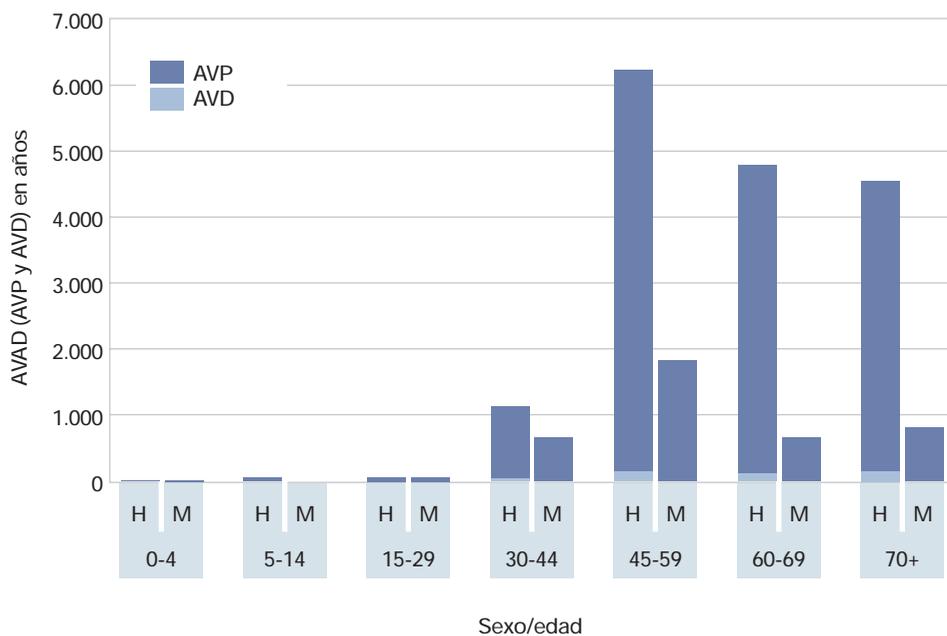
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.2.4. Carga de enfermedad

Figura 8.16. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Cáncer de Pulmón por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.2.5. Morbilidad hospitalaria

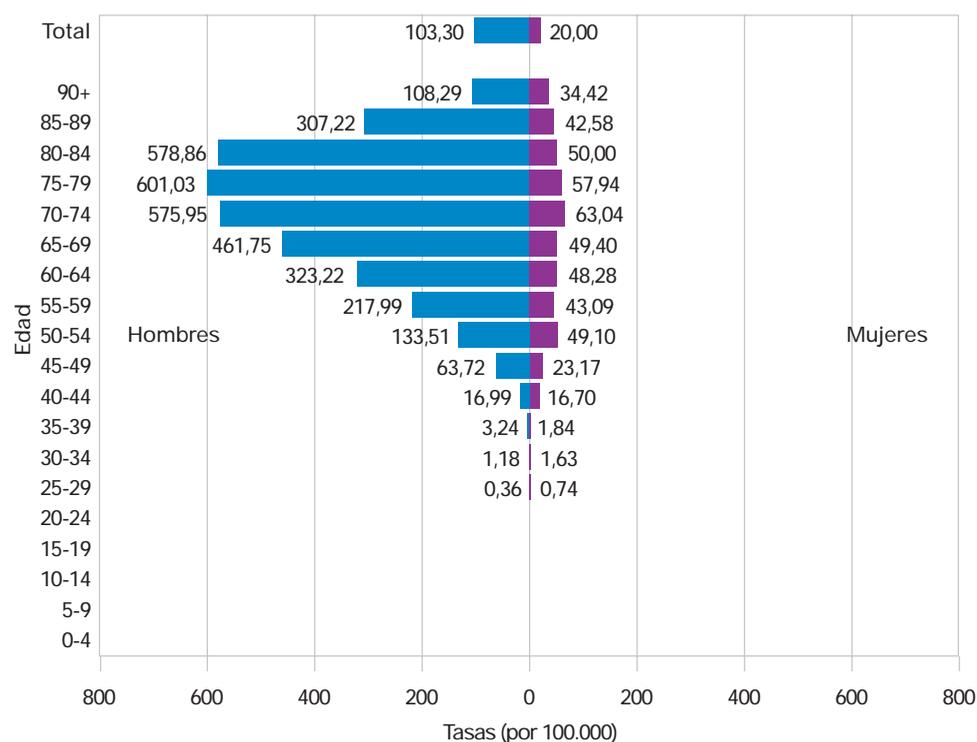


Figura 8.17. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón por edad y sexo. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.3. Cáncer de Mama en Mujeres

8.2.3.1. Indicadores generales de Cáncer de Mama

| Tumor de mama 2005-2006. Comunidad de Madrid | |
|--|---------|
| | Mujeres |
| Nº de muertes. CM 2005 | 680 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 22,1 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 23,3 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 17,3 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 18,6 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 123,8 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | -0,0001 |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 8.893 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 7.305 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 1.588 |

Tabla 8.4. Indicadores seleccionados por patología- Cáncer de mama en la mujer: Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.3.2. Mortalidad

Figura 8.18. Cáncer de mama. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

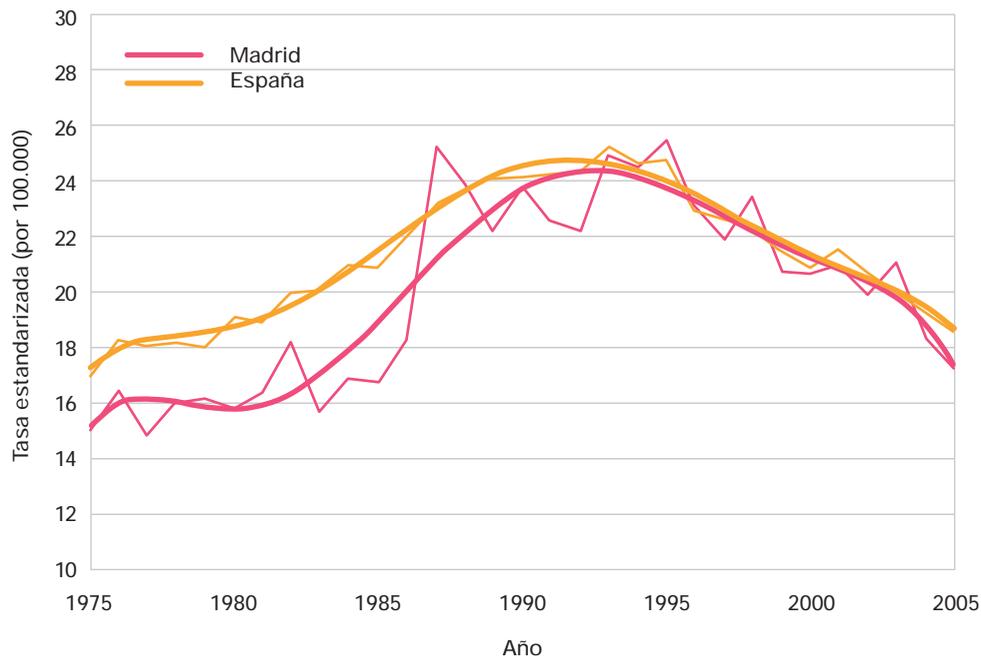
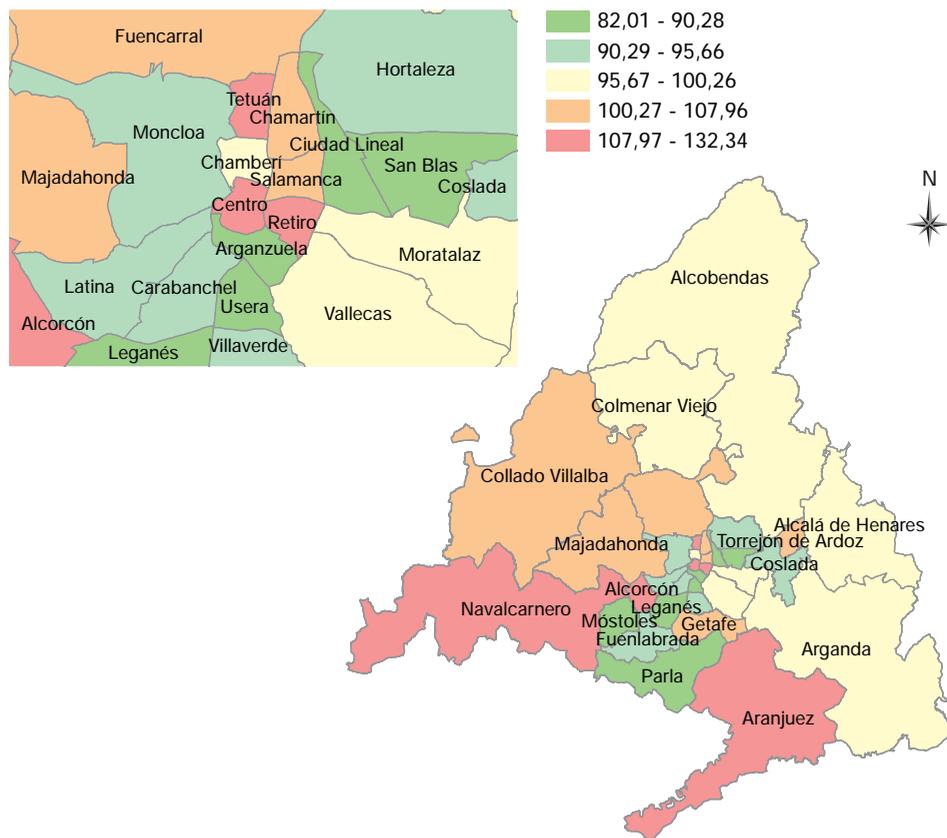


Figura 8.19. Mortalidad por Cáncer de Mama (C50). Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.3.3. Contribución del Cáncer de Mama a los cambios en la esperanza de vida

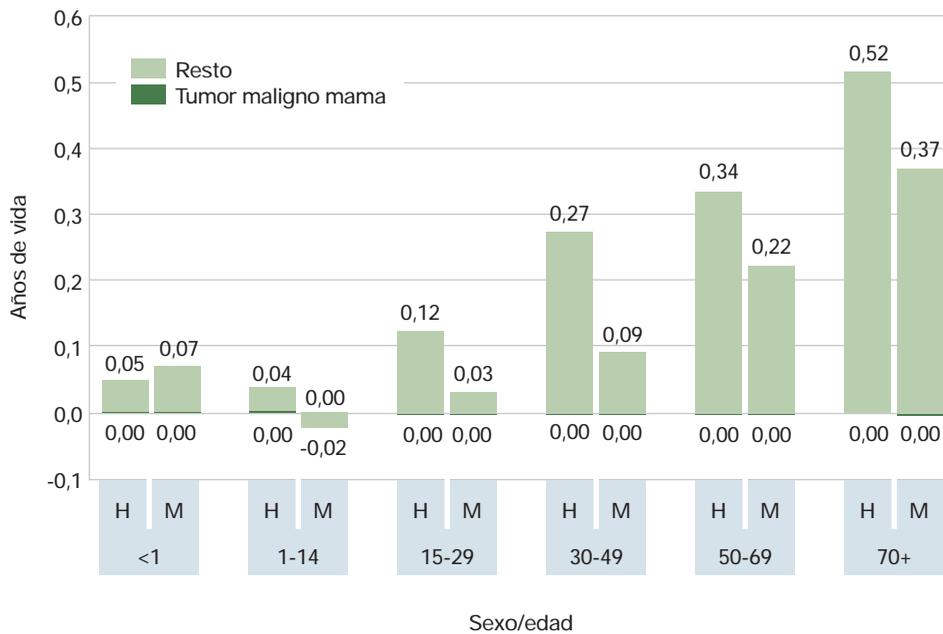


Figura 8.20. Contribución del cáncer de mama y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2000 y 2005, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.3.4. Carga de enfermedad

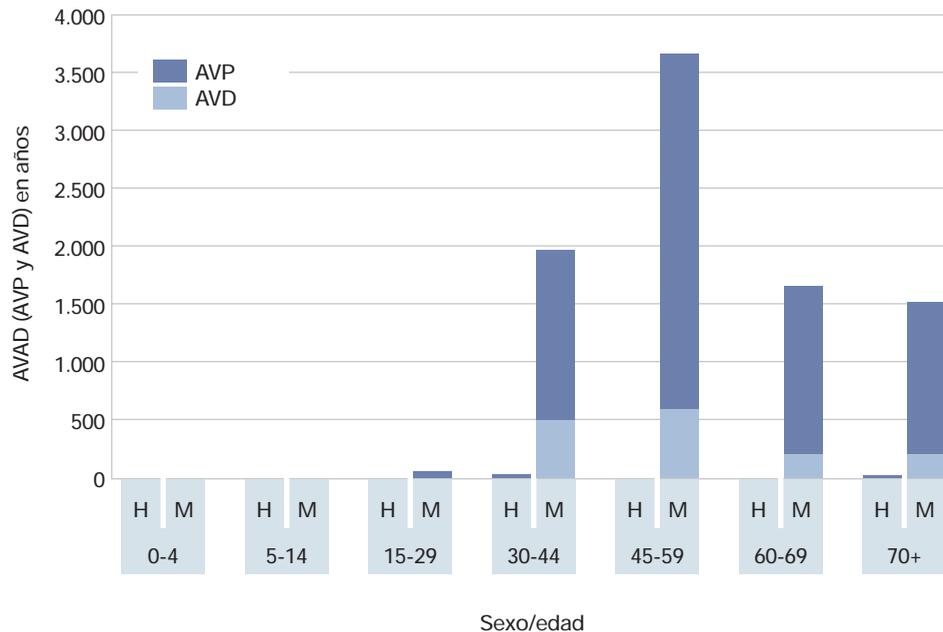


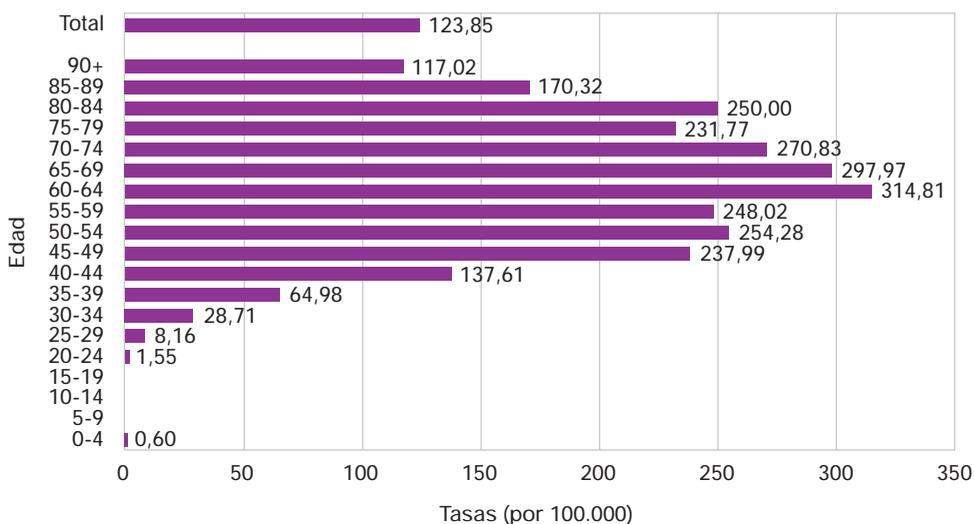
Figura 8.21. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Cáncer de Mama, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.3.5. Morbilidad hospitalaria

Figura 8.22. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de mama de la mujer por edad. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM.
Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.4. Cáncer de Estómago

8.2.4.1. Indicadores generales de Cáncer de Estómago

Tabla 8.5. Indicadores seleccionados por patología - Cáncer de Estómago. Hombres y Mujeres: Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

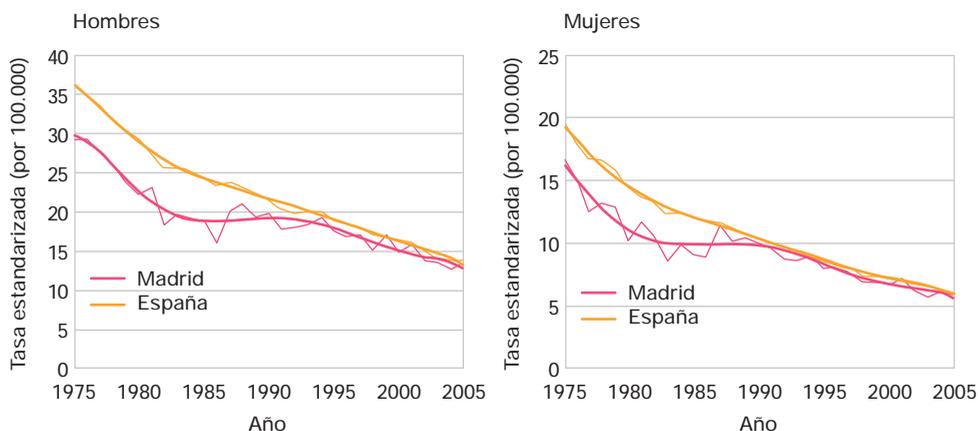
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

| Tumor de estómago 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|-------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 406 | 271 | 677 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 14,1 | 8,8 | 11,4 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 10,0 | 4,1 | 7,0 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 13,5 | 5,7 | 9,0 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 13,7 | 5,7 | 9,1 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 28,6 | 16,3 | 22,3 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND | ND | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 3.550 | 1.966 | 5.516 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 3.413 | 1.879 | 5.292 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 137 | 87 | 224 |

8.2.4.2. Mortalidad

Figura 8.23. Cáncer de estómago. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



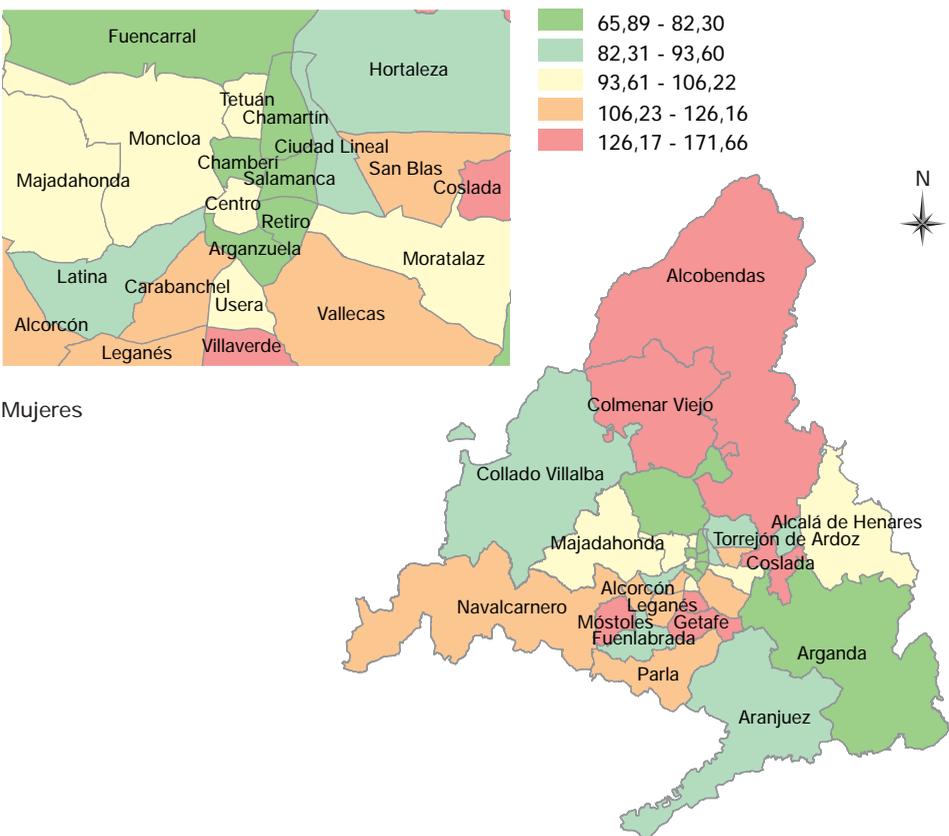
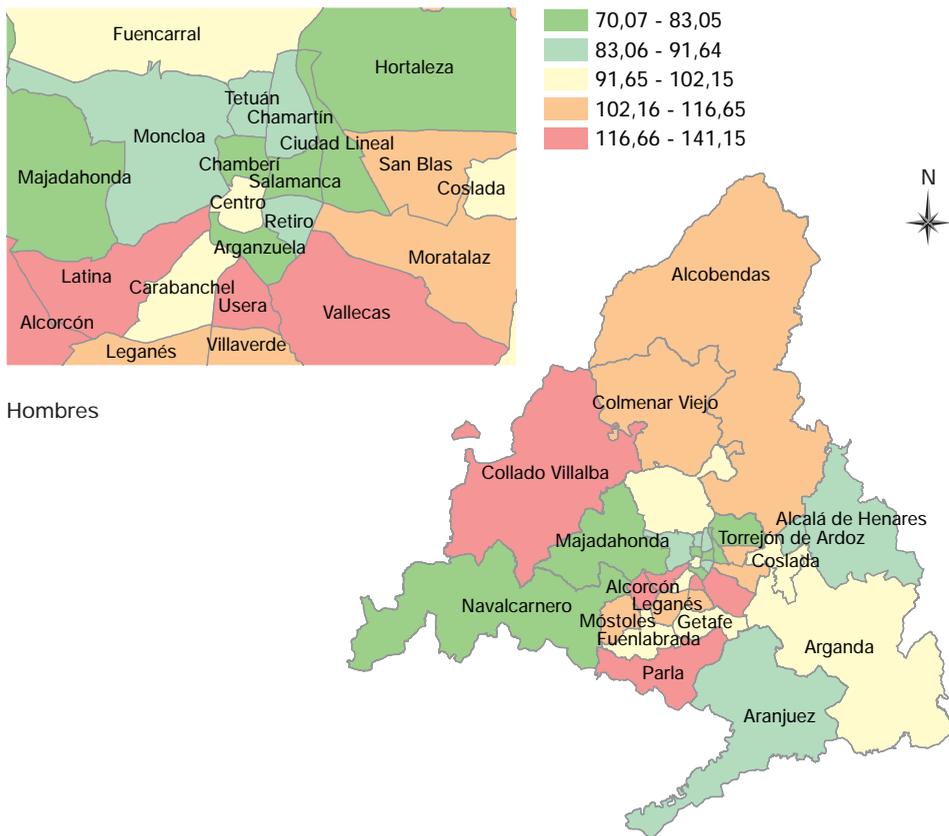


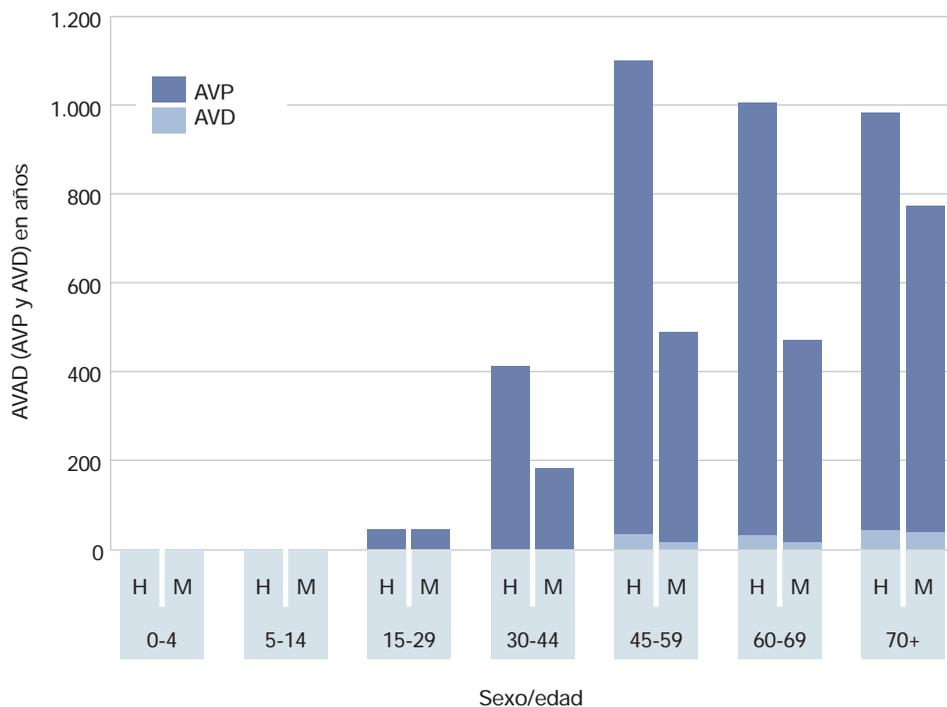
Figura 8.24. Mortalidad por Cáncer de Estómago (C16). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.4.3. Carga de enfermedad

Figura 8.25. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Cáncer de Estómago, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

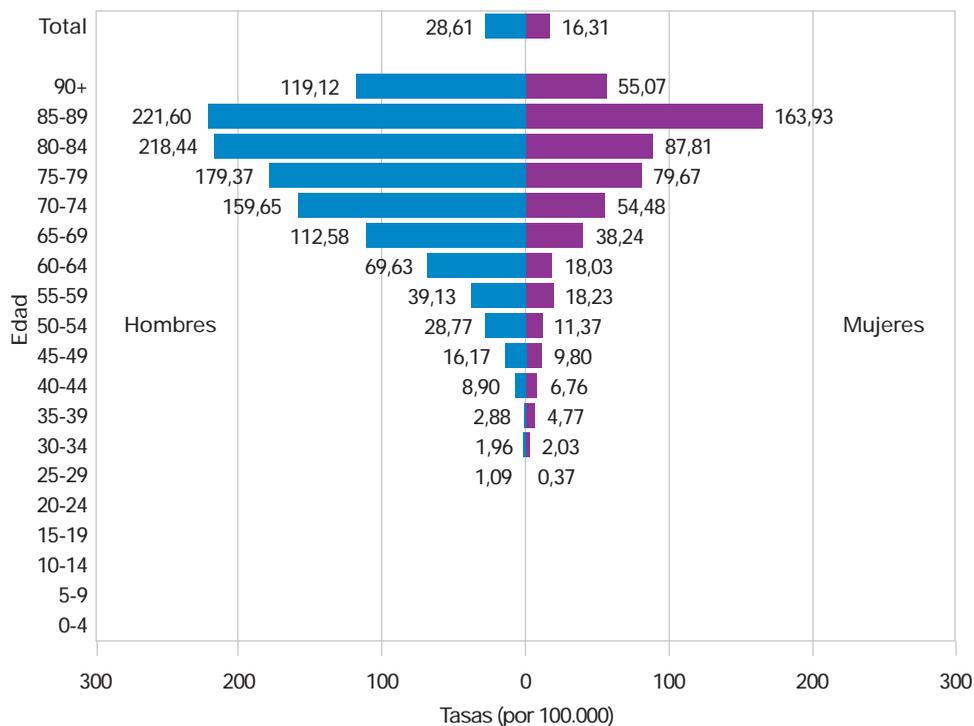
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.4.4. Morbilidad hospitalaria

Figura 8.26. Morbilidad hospitalaria por tumores malignos del estómago por edad y sexo. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.5. Cáncer de Colon y recto

8.2.5.1. Indicadores generales de Cáncer Colo-rectal

| Tumor colon y recto 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|--------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 807 | 679 | 1.486 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 27,9 | 22,1 | 24,9 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 15,2 | 10,4 | 12,7 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 26,2 | 14,2 | 19,1 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 28,0 | 14,5 | 20,1 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 90,2 | 64,2 | 76,8 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | 0,0220 | 0,0180 | 0,0112 |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 6.710 | 5.604 | 12.314 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 5.608 | 4.561 | 10.169 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 1.102 | 1.043 | 2.145 |

Tabla 8.6. Indicadores seleccionados por patología – Cáncer de colon y recto. Hombres y mujeres. Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.5.2. Mortalidad

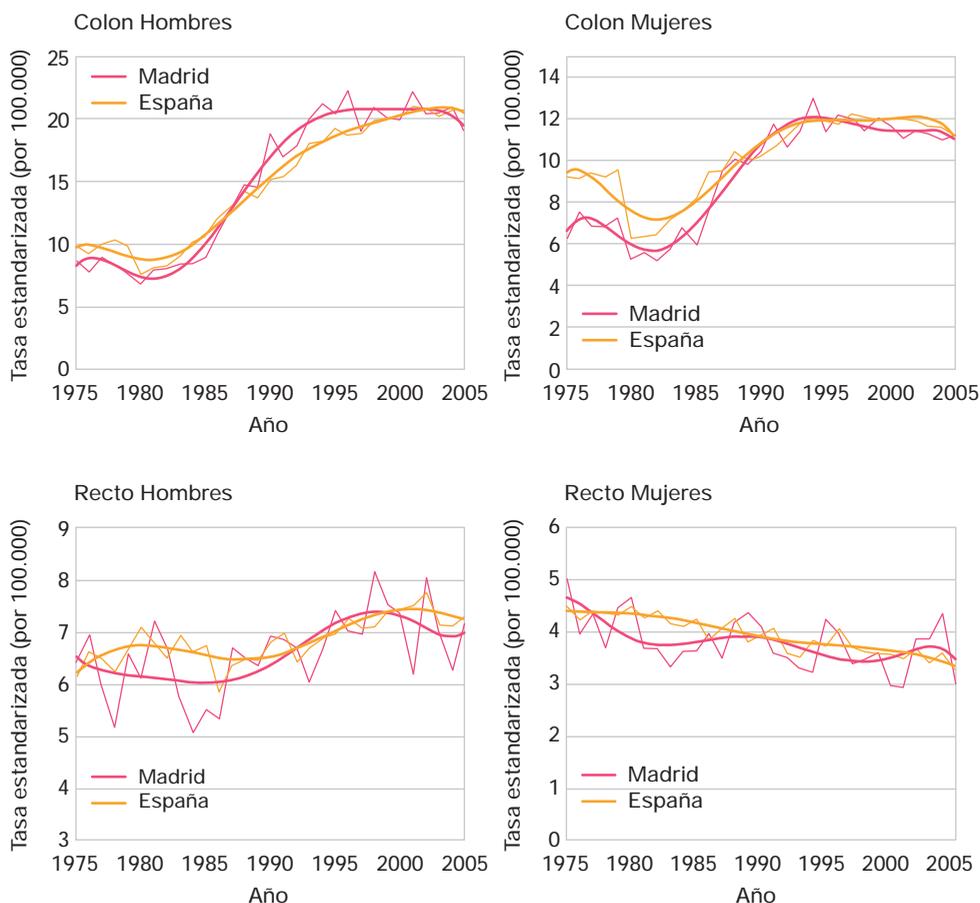
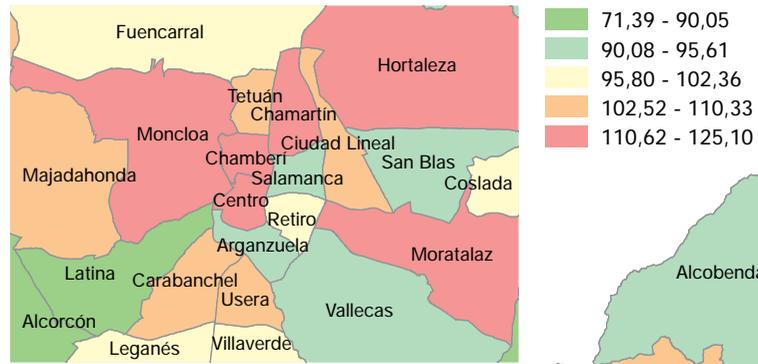


Figura 8.27. Cáncer de colon y recto. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 8.28. Mortalidad por Cáncer de Colon (C18). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Hombres



Mujeres



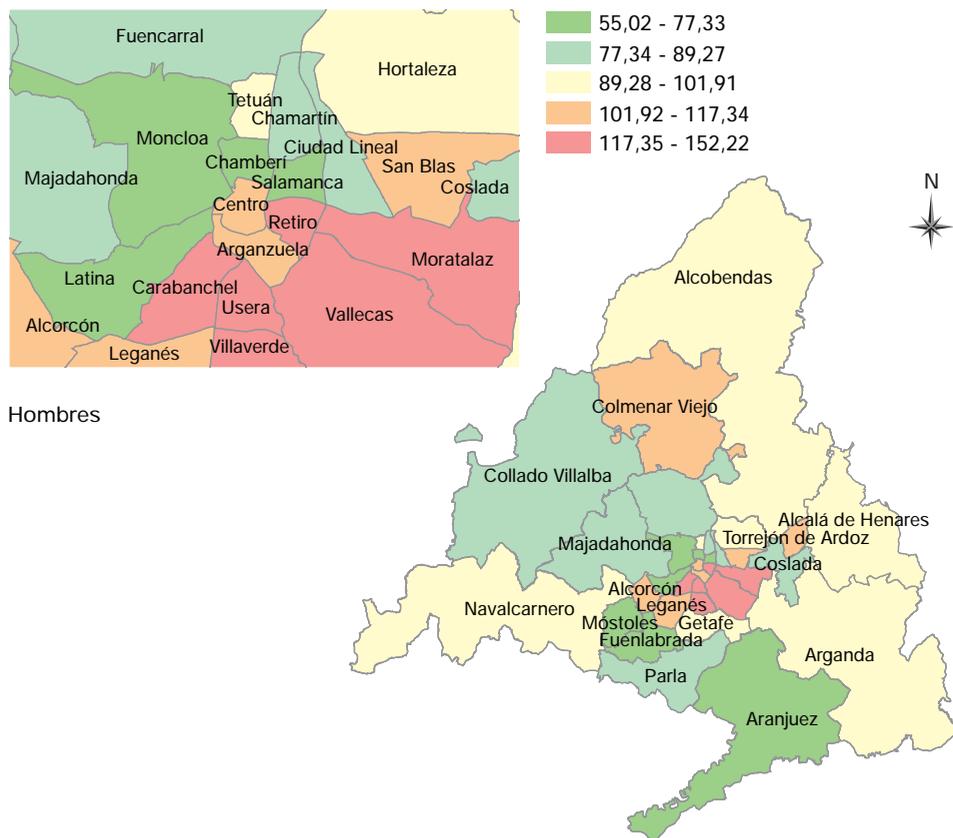
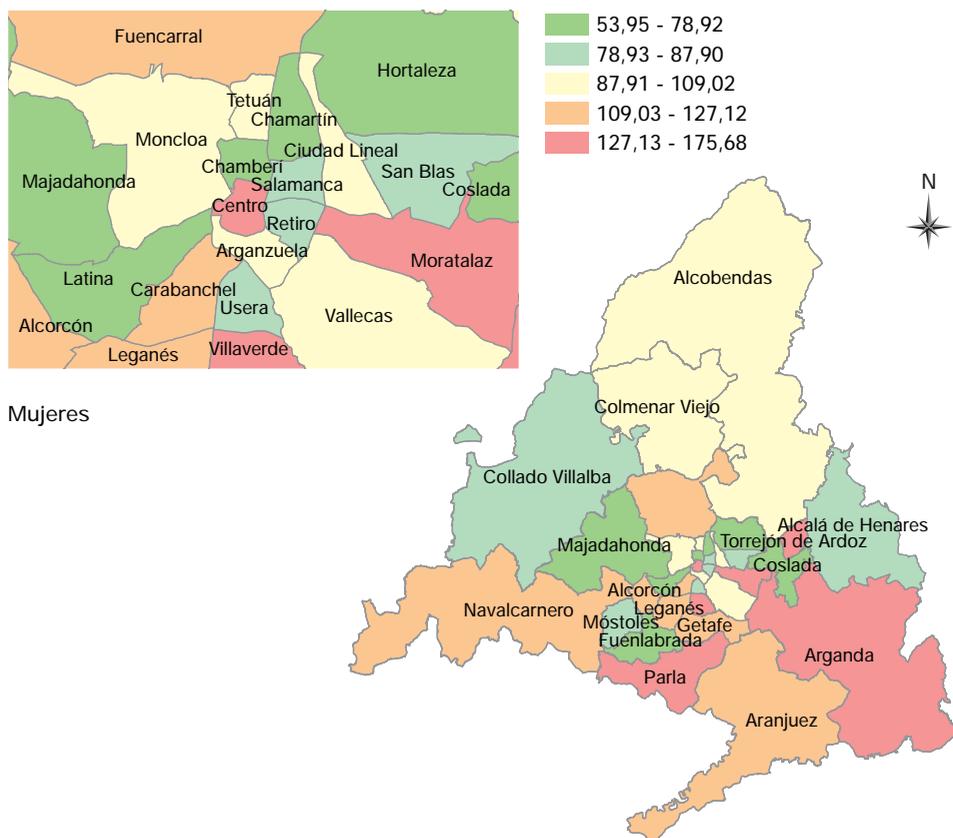


Figura 8.29. Mortalidad por Cáncer de Recto (C19-C21). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.5.3. Contribución del Cáncer de Colon y Recto a los cambios en la esperanza de vida

Figura 8.30. Contribución de los tumores malignos de colon y recto y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2000 y 2005, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

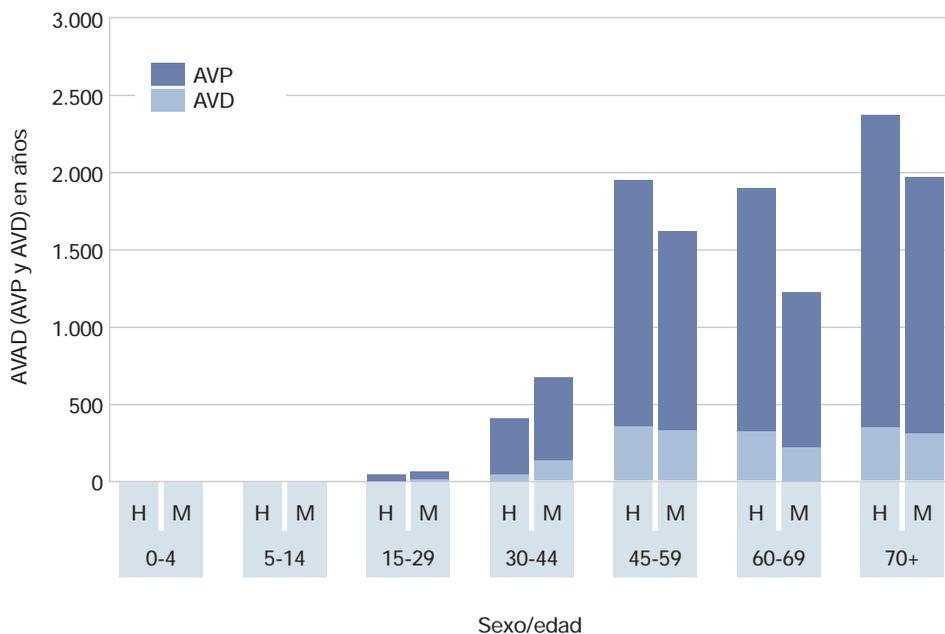
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.5.4. Carga de enfermedad

Figura 8.31. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Cáncer de Colon/recto, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.5.5. Morbilidad hospitalaria

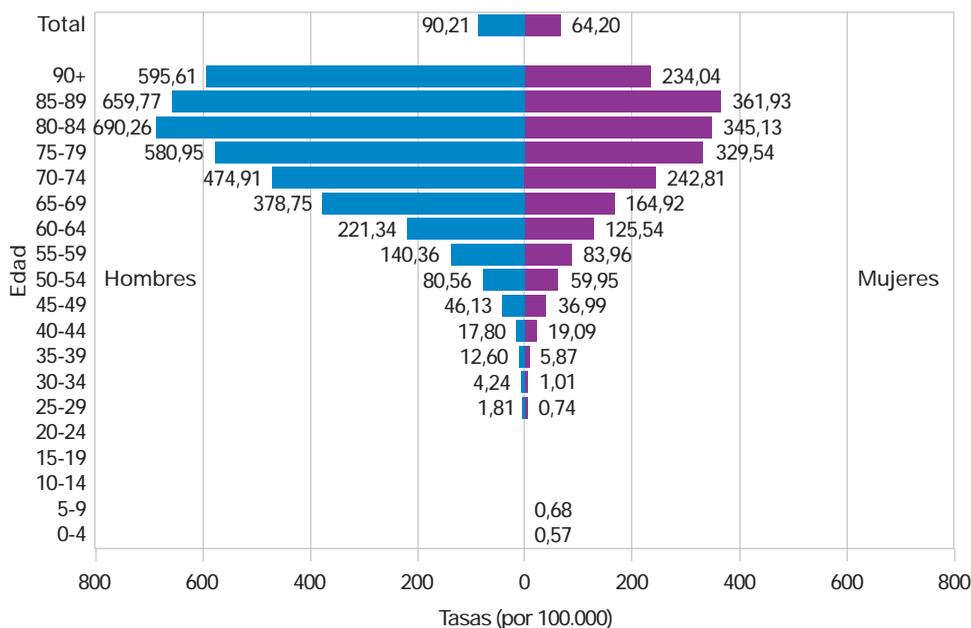


Figura 8.32. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de colon y recto, por edad y sexo. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.6. Cáncer de Vejiga

8.2.6.1. Indicadores generales de Cáncer de Vejiga

| Tumor de vejiga 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|-------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 419 | 92 | 511 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 14,5 | 2,7 | 8,6 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 7,2 | 1,1 | 4,0 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 13,4 | 1,8 | 6,6 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 13,4 | 1,8 | 6,5 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 127,9 | 25,2 | 74,9 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND | ND | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 3.529 | 623 | 4.152 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 2.726 | 507 | 3.233 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 803 | 116 | 919 |

Tabla 8.7. Indicadores seleccionados por patología – Cáncer de Vejiga. Hombres y mujeres. Mortalidad Morbilidad a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.6.2. Mortalidad

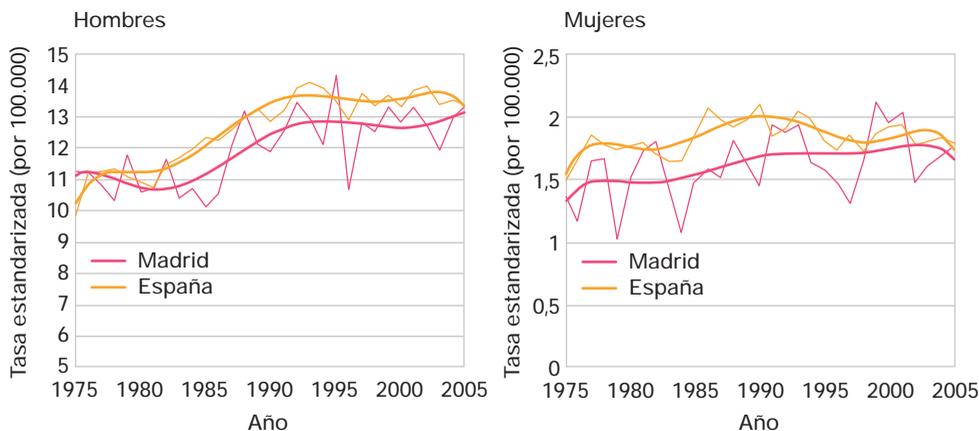
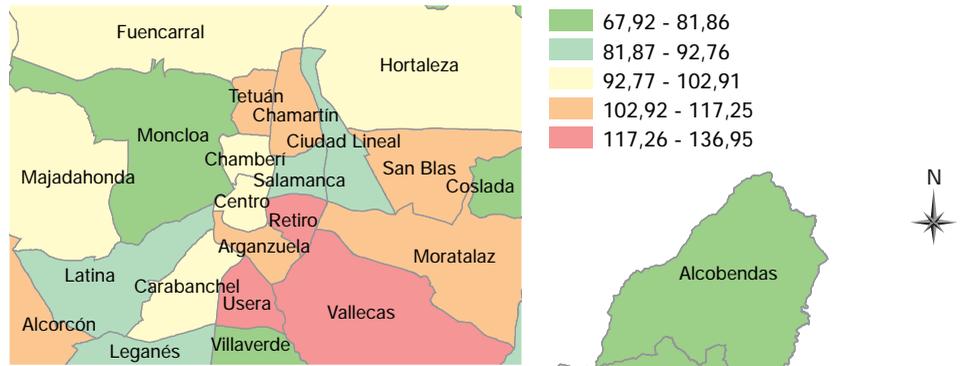


Figura 8.33. Cáncer de Vejiga. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

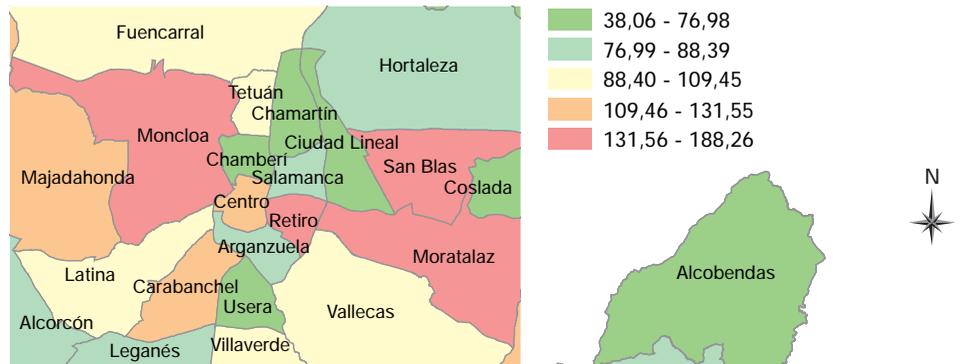
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 8.34. Mortalidad por Cáncer de Vejiga (C67). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Hombres



Mujeres



8.2.6.3. Carga de enfermedad

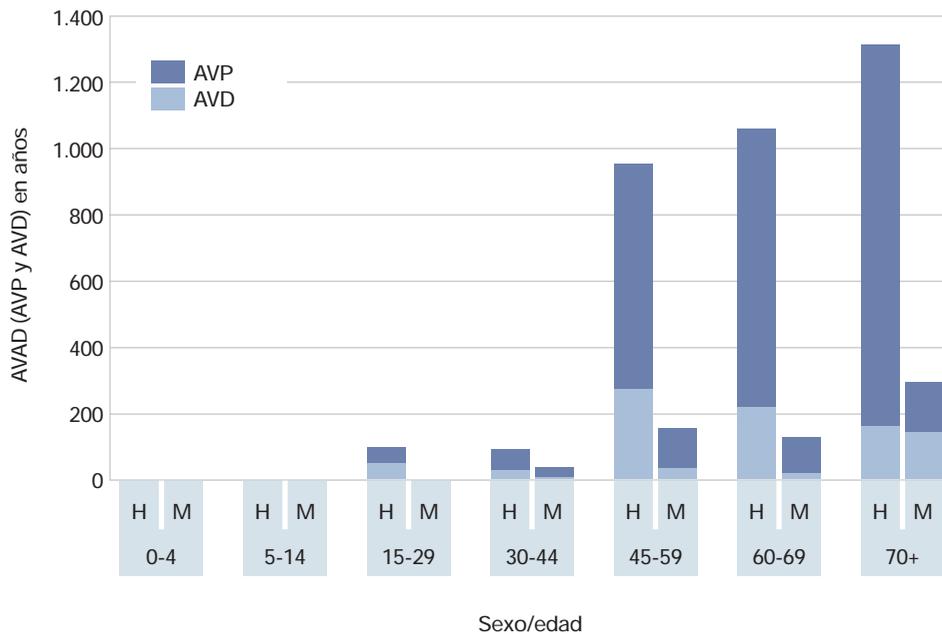


Figura 8.35. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Cáncer de Vejiga, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.6.4. Morbilidad hospitalaria

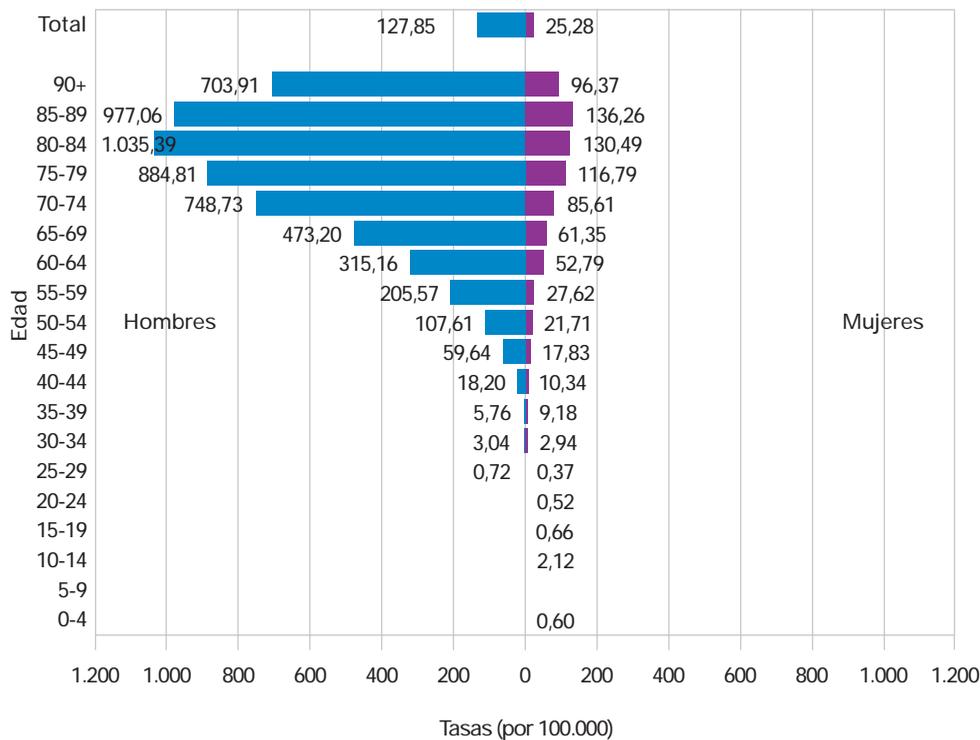


Figura 8.36. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de la vejiga por edad y sexo. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMDB y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.7. Cáncer de Páncreas

8.2.7.1 Indicadores generales de Cáncer de Páncreas

Tabla 8.8. Indicadores seleccionados por patología. Cáncer de Páncreas. Hombres y Mujeres: Mortalidad Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

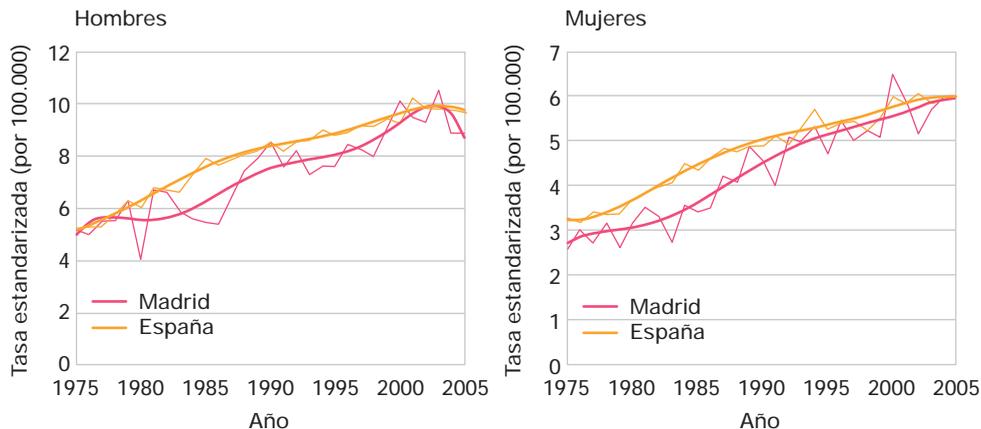
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

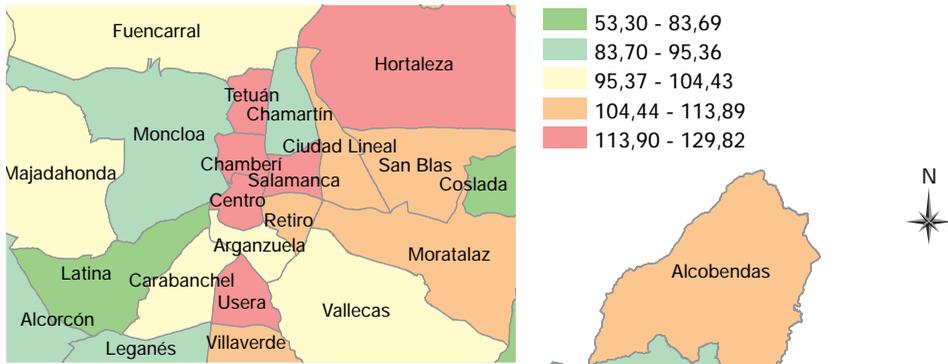
| Tumor de páncreas 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|-------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 263 | 265 | 528 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 9,1 | 8,6 | 8,9 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 9,4 | 5,1 | 7,2 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 8,9 | 6,0 | 7,3 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 9,7 | 6,0 | 7,6 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 16,2 | 12,5 | 14,3 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND | ND | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 2.579 | 2.084 | 4.663 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 2.515 | 2.030 | 4.545 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 65 | 54 | 118 |

8.2.7.2. Mortalidad

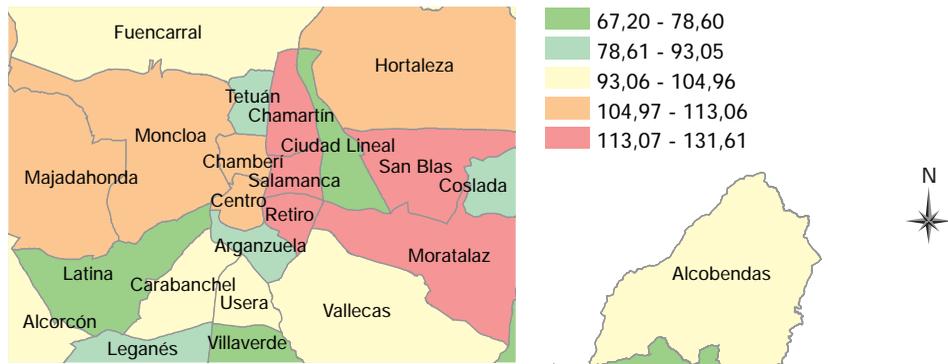
Figura 8.37. Cáncer de páncreas. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.





Hombres



Mujeres



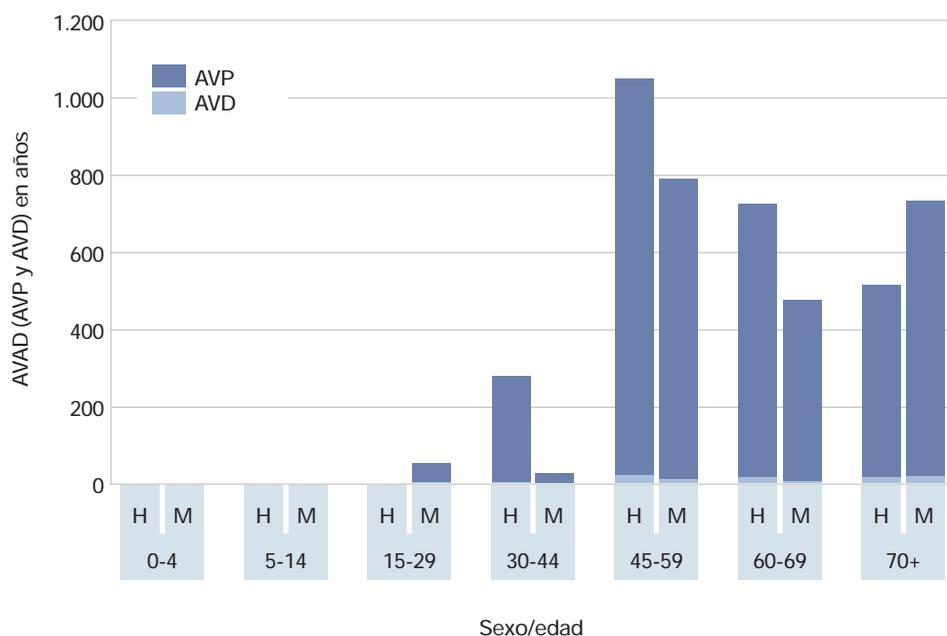
Figura 8.38. Mortalidad por Cáncer de Páncreas (C25). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.7.3. Carga de enfermedad

Figura 8.39. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida por Discapacidad (AVAD) por Cáncer de Páncreas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

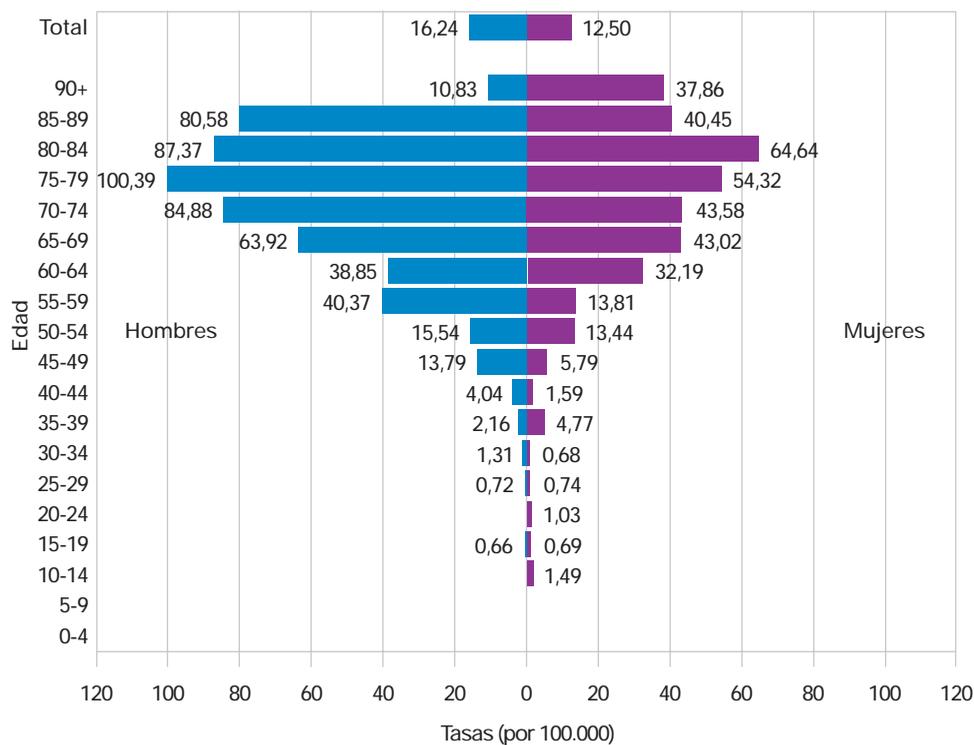
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.7.4. Morbilidad hospitalaria

Figura 8.40. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de páncreas por edad y sexo. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.8. Cáncer de Próstata

8.2.8.1. Indicadores generales de Cáncer de Próstata

| Tumor de próstata 2005-2006. Comunidad de Madrid | |
|--|---------|
| | Hombres |
| Nº de muertes. CM 2005 | 531 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 18,4 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 3,1 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 16,7 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 18,7 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 97,5 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 2.970 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 2.337 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 633 |

Tabla 8.9. Indicadores seleccionados por patología – Cáncer de Próstata. Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.8.2. Mortalidad

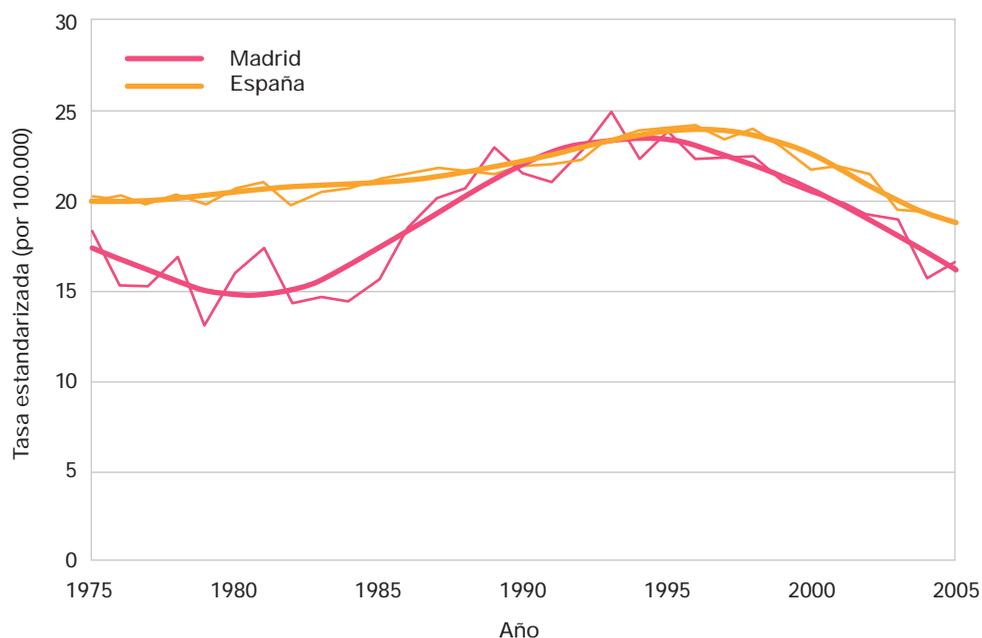
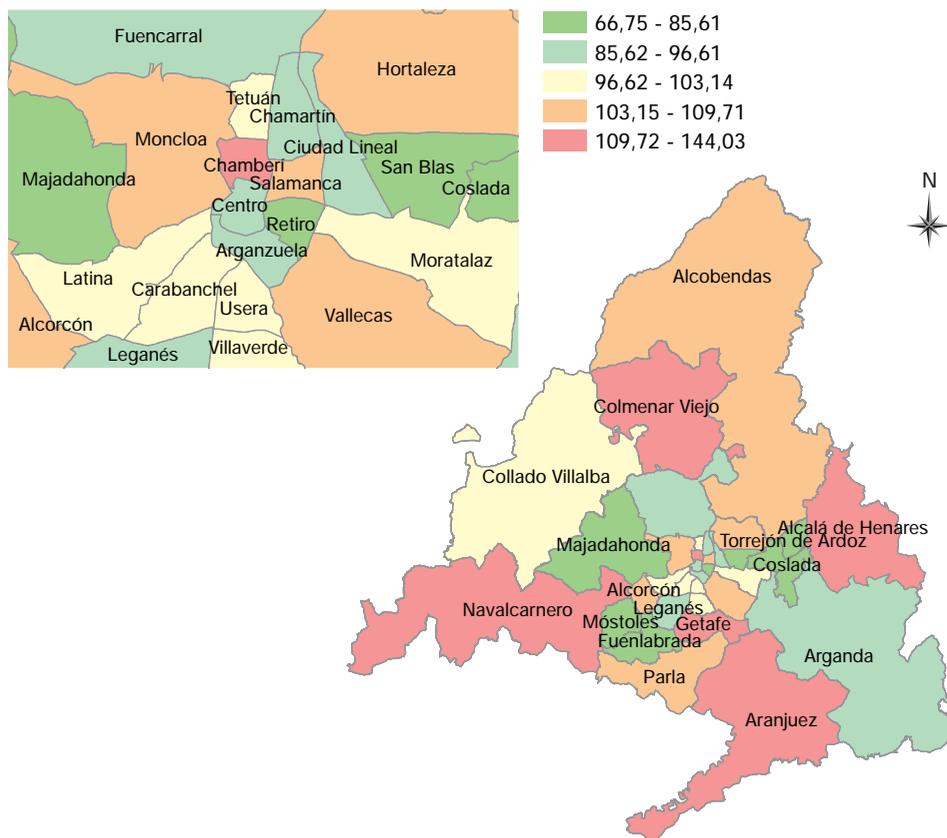


Figura 8.41. Cáncer de próstata. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 8.42. Mortalidad por Cáncer de Próstata (C61). Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

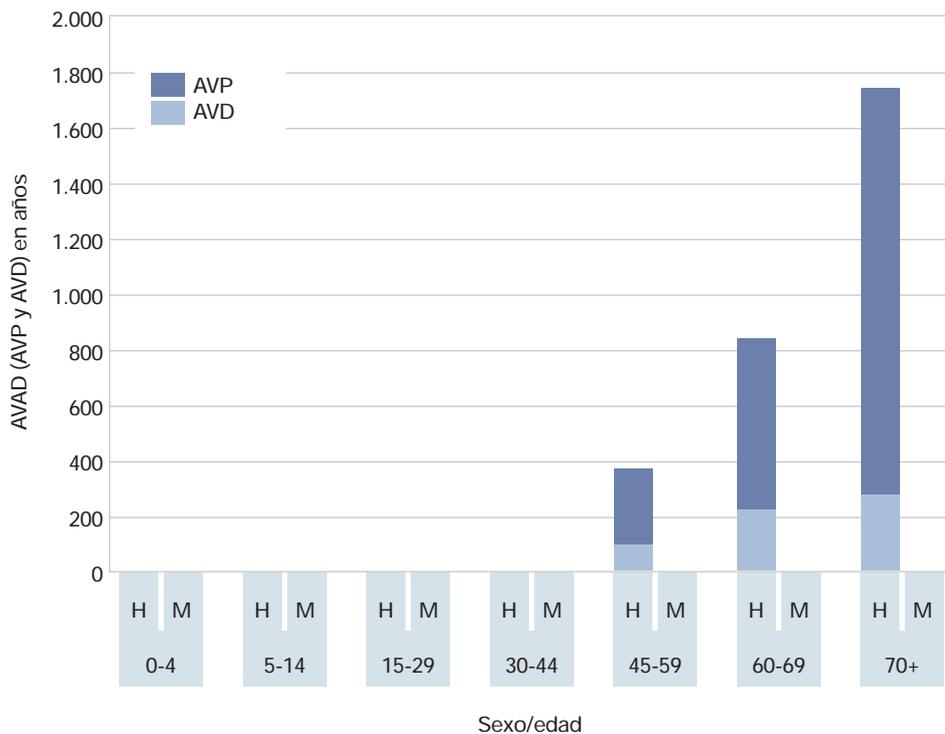
Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.8.3. Carga de enfermedad

Figura 8.43. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Cáncer de Próstata, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.8.4. Morbilidad hospitalaria

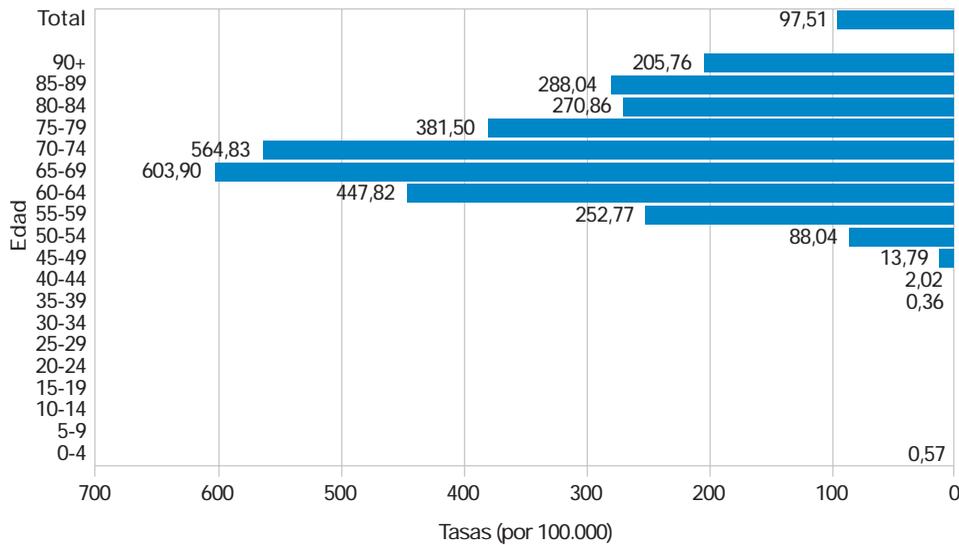


Figura 8.44. Morbilidad hospitalaria por tumor maligno de próstata por edad. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.9. Tumores emergentes

8.2.9.1. Melanoma cutáneo

8.2.9.1.1 Indicadores generales de Melanoma cutáneo

| Melanoma 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|-------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 76 | 51 | 127 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 2,6 | 1,7 | 2,1 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 2,6 | 1,6 | 2,1 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 2,6 | 1,2 | 1,8 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 1,9 | 1,1 | 1,5 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 14,7 | 14,8 | 14,7 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND | ND | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 988 | 767 | 1.765 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 933 | 703 | 1.636 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 55 | 64 | 119 |

Tabla 8.10. Indicadores seleccionados por patología – Melanoma cutáneo. Hombres y Mujeres: Mortalidad Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.9.1.2 Mortalidad

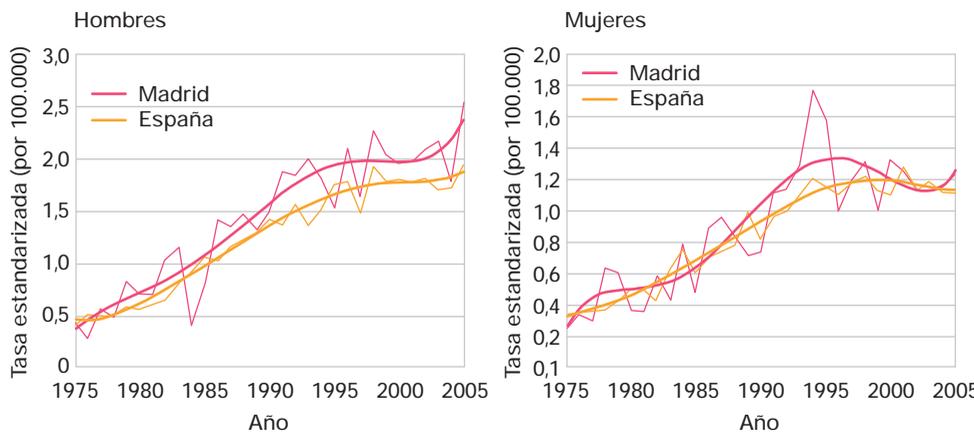
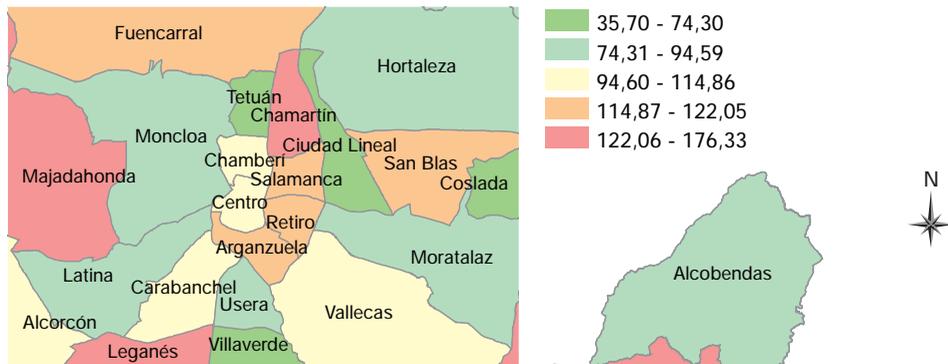


Figura 8.45. Melanoma cutáneo. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

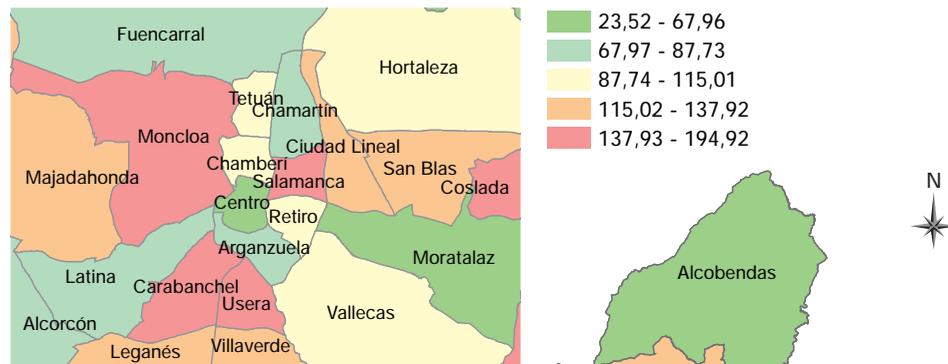
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 8.46. Mortalidad por Melanoma cutáneo (C43). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Hombres



Mujeres



8.2.9.1.3. Morbilidad hospitalaria

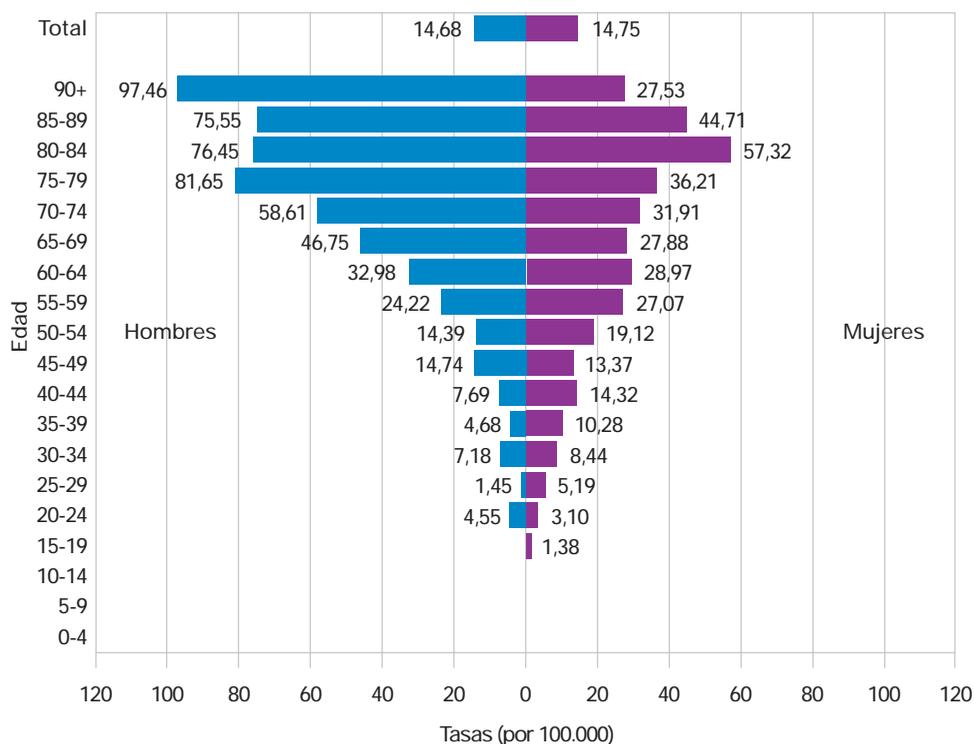


Figura 8.47. Morbilidad hospitalaria por melanoma maligno de piel por edad y sexo. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.9.2. Mieloma Múltiple

8.2.9.2.1. Indicadores generales de Mieloma Múltiple

| Mieloma múltiple 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|-------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 92 | 97 | 189 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 3,2 | 3,2 | 3,2 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 2,4 | 1,2 | 1,8 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 3,1 | 2,1 | 2,5 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 3,2 | 2,1 | 2,6 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 8,5 | 6,3 | 7,3 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND | ND | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 2.406 | 2.001 | 4.407 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 2.289 | 1.885 | 4.174 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 117 | 116 | 233 |

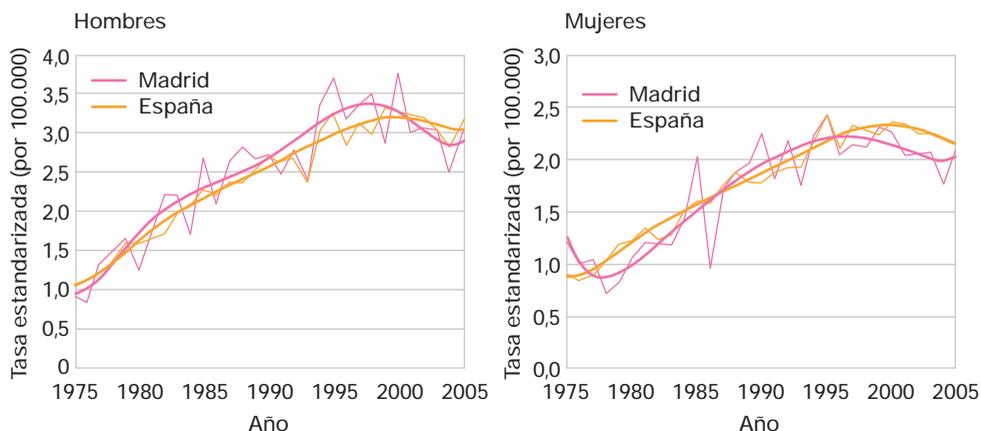
Tabla 8.11. Indicadores seleccionados por patología – Mieloma Múltiple. Hombres y Mujeres: Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.9.2.2 Mortalidad

Figura 8.48. Mieloma Múltiple. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

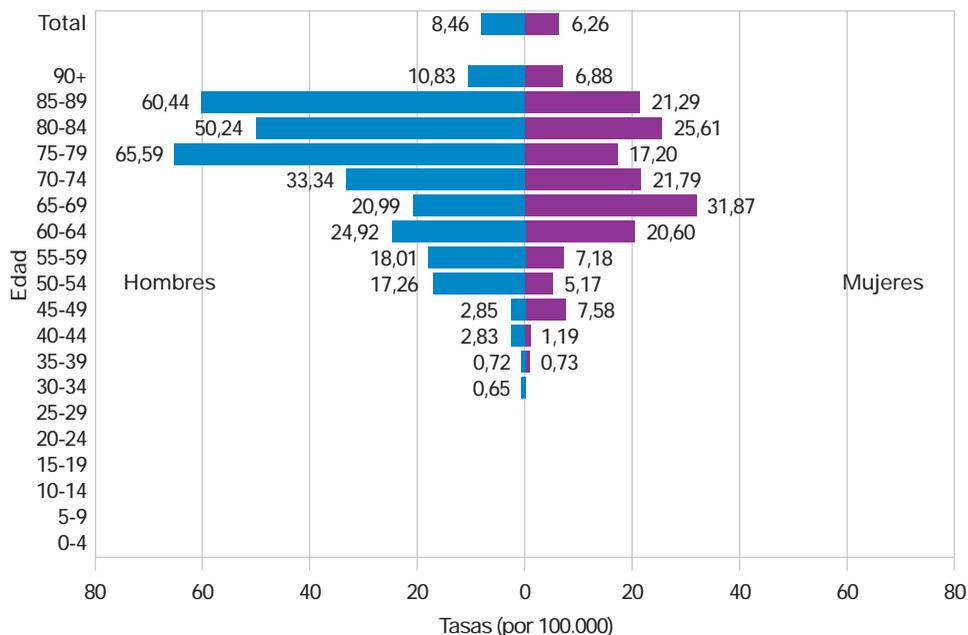
Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.9.2.3. Morbilidad hospitalaria

Figura 8.49. Morbilidad hospitalaria por mieloma múltiple por edad y sexo. Tasas por 100.000. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.9.3. Linfoma no Hodgkin

8.2.9.3.1 Indicadores generales de Linfoma no Hodgkin

Tabla 8.12. Indicadores seleccionados por patología – Linfoma no Hodgkin. Hombres y Mujeres: Mortalidad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

| Linfoma no Hodgkin 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|---|---------|---------|-------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 137 | 129 | 266 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 4,7 | 4,2 | 4,5 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 4,1 | 1,9 | 3,0 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 4,5 | 2,7 | 3,5 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 4,9 | 3,2 | 3,9 |

8.2.9.3.2. Mortalidad

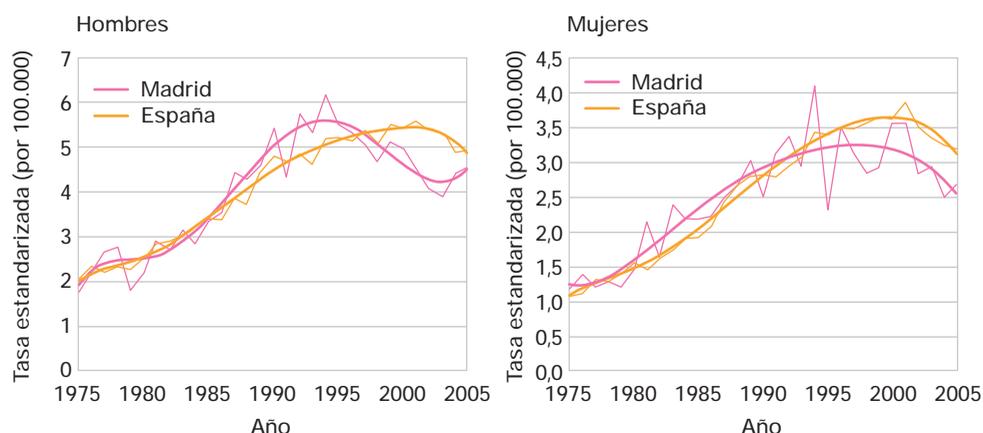


Figura 8.50. Linfoma no Hodgkin. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.9.4. Tumores de Ovario

8.2.9.4.1. Indicadores generales de Tumores de Ovario

| Tumor de ovario 2005-2006. Comunidad de Madrid | |
|--|---------|
| | Mujeres |
| Nº de muertes. CM 2005 | 205 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 6,7 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 5,8 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 5,2 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 5,7 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 17,4 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 2.398 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 2.108 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 290 |

Tabla 8.13. Indicadores seleccionados por patología – Tumores de ovario. Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.9.4.2. Mortalidad

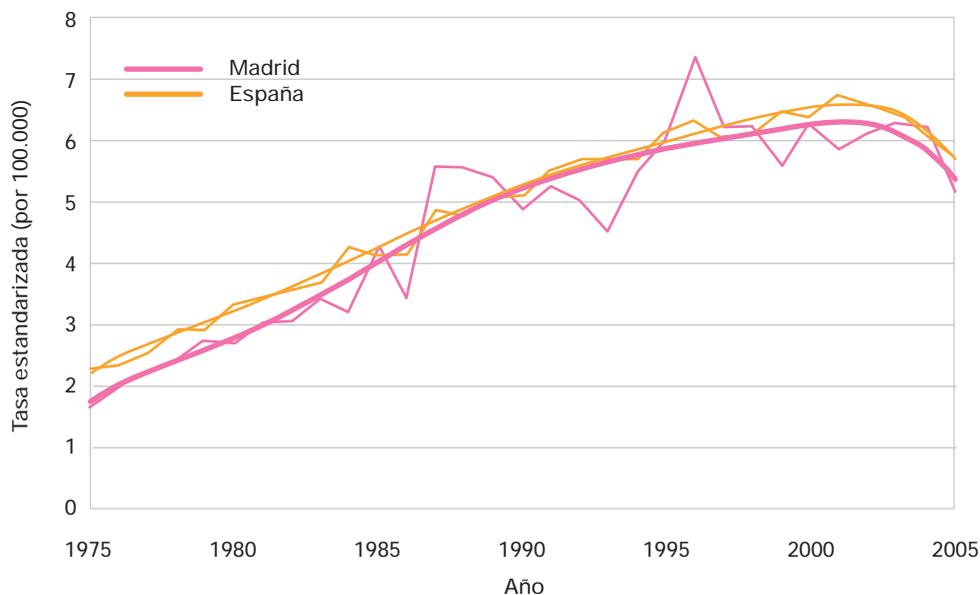
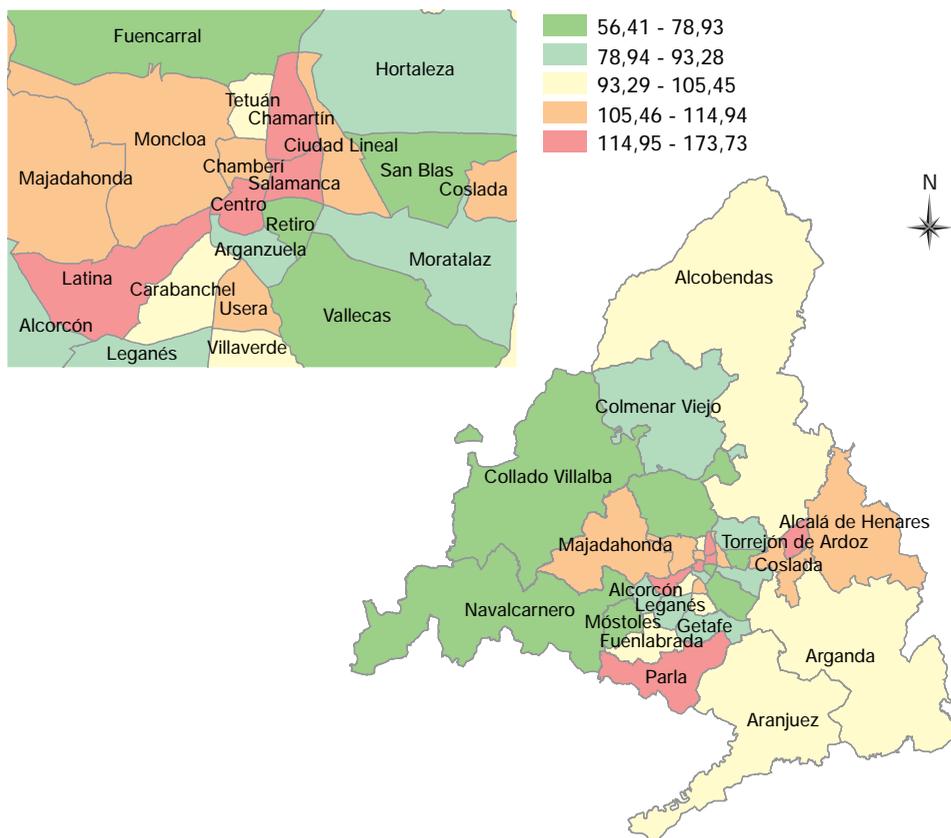


Figura 8.51. Tumores de ovario. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 8.52. Mortalidad por Cáncer de Ovario (C56). Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.9.5. Cáncer de Cuello de Útero

8.2.9.5.1 Indicadores generales de Cáncer de Cuello de Útero

Tabla 8.14. Indicadores seleccionados por patología Tumores cuello de útero. Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

| Tumor de cuello de útero 2005-2006. Comunidad de Madrid | |
|--|---------|
| | Mujeres |
| Nº de muertes. CM 2005 | 68 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 2,2 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 2,8 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 1,8 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 2,1 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 12,0 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 1.065 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 875 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 190 |

8.2.9.5.2. Mortalidad

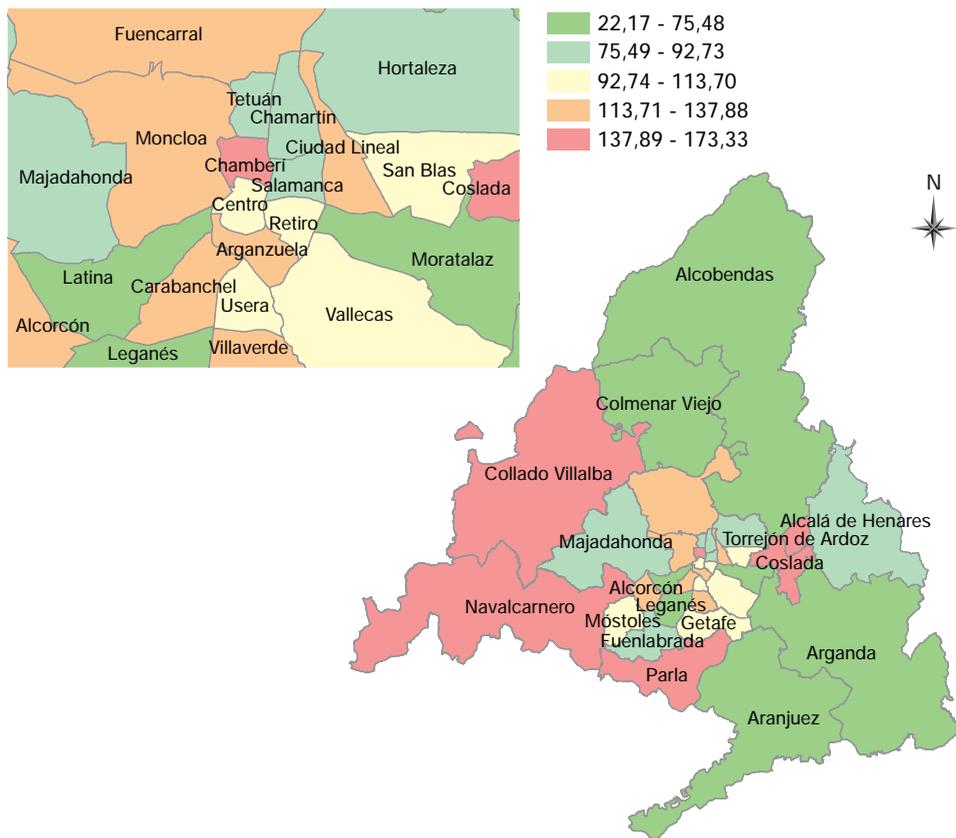


Figura 8.53. Mortalidad por Cáncer de cuello de útero (C53). Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.10. Enfermedades Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares suponen en la Comunidad de Madrid la principal causa de muerte. La cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular son las dos principales causas de este grupo de enfermedades. La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en los varones, mientras que en las mujeres la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica tienen un impacto similar.

La Comunidad de Madrid ocupa un lugar intermedio respecto al resto de las CCAA en cuanto a la mortalidad por cardiopatía (10º lugar) con tasas por debajo de las españolas para ambos sexos y es la que presenta menor mortalidad por enfermedad cerebrovascular de todas las CCAA.

En cuanto a las tendencias (figura 8.54) la mortalidad por enfermedad cardiovascular ha experimentado un descenso, consecuencia en gran parte de la evolución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular. En la cardiopatía el descenso ha afectado más a los menores de 65 años y por encima de esta edad se encuentra prácticamente estable. En la enfermedad cerebrovascular el descenso afecta también algo más a los jóvenes pero con una diferencia mucho menor entre ambos grupos de edad.

En la cardiopatía isquémica el descenso de la mortalidad está probablemente relacionado con una mejora de la supervivencia de la enfermedad. En el caso de la enfermedad cerebrovascular, teniendo en cuenta la información de los países de nuestro entorno, la parte más importante del descenso es consecuencia del descenso en la letalidad de la enfermedad y en menor medida por un descenso de la incidencia. Estos hechos suponen que han sido el grupo de causas que ha contribuido en casi 0,4 años al aumento de la esperanza de vida en Madrid.

Por lo tanto, la tendencia de ambas enfermedades tendrá como resultado un incremento de la prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular y de la discapacidad generada.

Importantes factores de riesgo cardiovascular como el consumo de tabaco o el consumo de alcohol de riesgo, presentan de manera reciente una evolución positiva, con una disminución de su prevalencia de considerable magnitud. Al mismo tiempo, el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias para el control de la presión arterial y colesterol ha mejorado sustancialmente.

Por el contrario, los indicadores relacionados con el balance energético presentan una tendencia poco favorable, con un incremento del sobrepeso y obesidad, y una elevada prevalencia de sedentarismo y de dieta desequilibrada.

Hay que destacar además que lo habitual es que estos factores se agreguen en una misma persona, es decir, la población está expuesta simultáneamente a varios de ellos, lo cual incrementa el riesgo cardiovascular.

El progresivo envejecimiento de la población, unido a la mayor supervivencia de los pacientes que sufren tanto un evento coronario agudo como un accidente cerebrovascular (que se convierten en pacientes crónicos) resultará probablemente en un aumento de la prevalencia y por tanto en el número de pacientes que precisan atención médica de forma aguda o crónica, así como de personas dependientes como consecuencia de la discapacidad secundaria a los eventos cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica.

8.2.10.1. Indicadores generales de Enfermedades Cardiovasculares

Tabla 8.15. Indicadores seleccionados por patología. Enfermedades cardiovasculares. Hombres y Mujeres. Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

| Enfermedades cardiovasculares 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 5.101 | 6.683 | 11.784 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 176,6 | 217,3 | 197,6 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 70,3 | 23,6 | 46,2 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 163,9 | 103,6 | 129,2 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 203,7 | 145,0 | 170,3 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 1.304,8 | 1.108,4 | 1.203,7 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | 0,4648 | 0,3256 | 0,4679 |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 34.259 | 28.769 | 63.028 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 29.109 | 23.103 | 52.212 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 5.150 | 5.666 | 10.816 |

8.2.10.2. Mortalidad

Enfermedades cardiovasculares

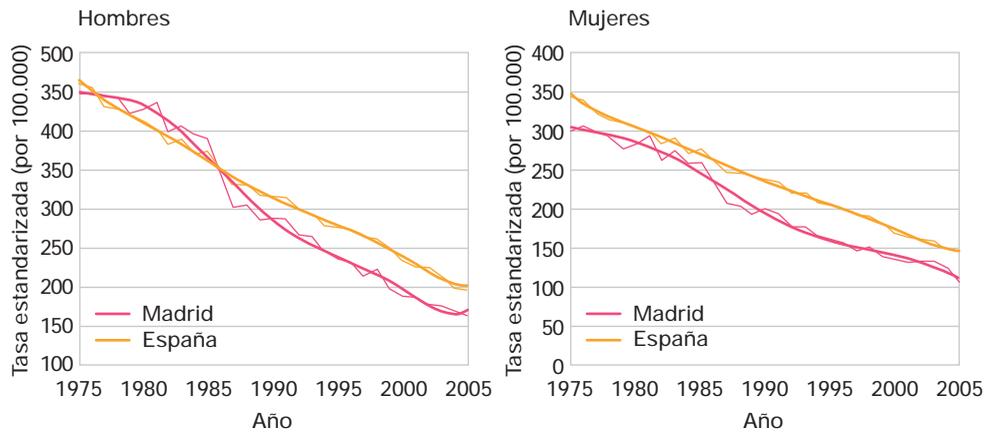
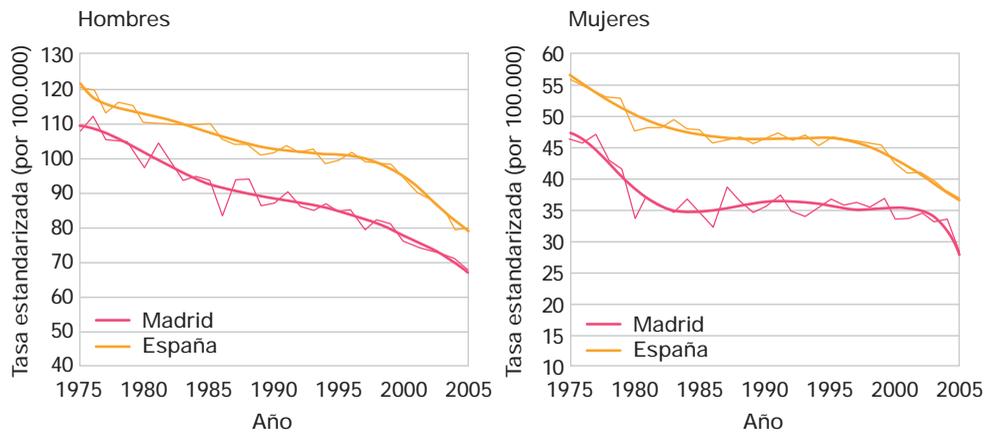


Figura 8.54. Enfermedades cardiovasculares, isquemia cardiaca y enfermedad cerebrovascular. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Isquemia cardiaca



Enfermedad cerebrovascular

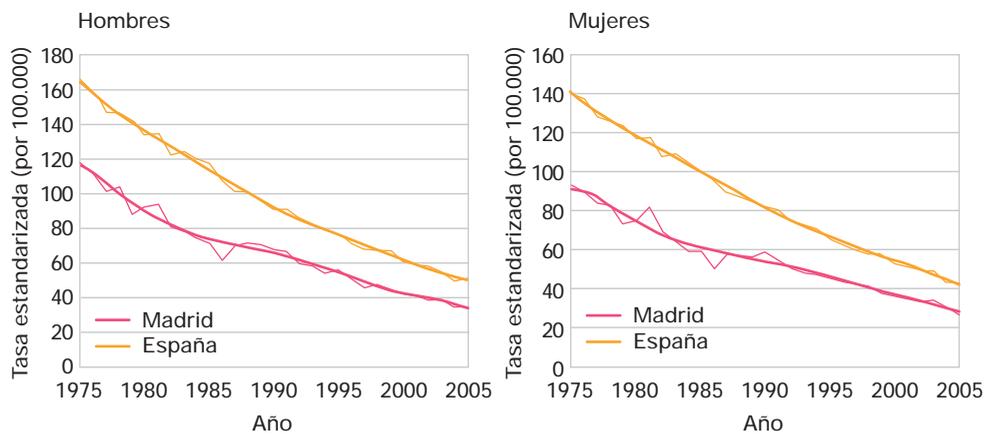
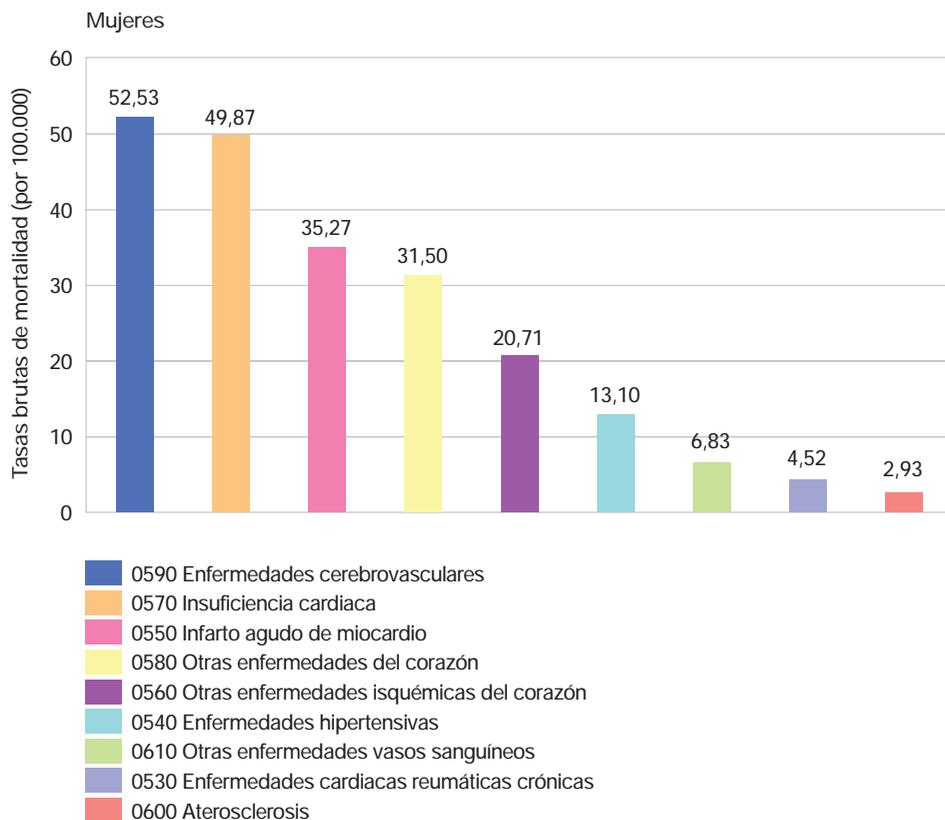
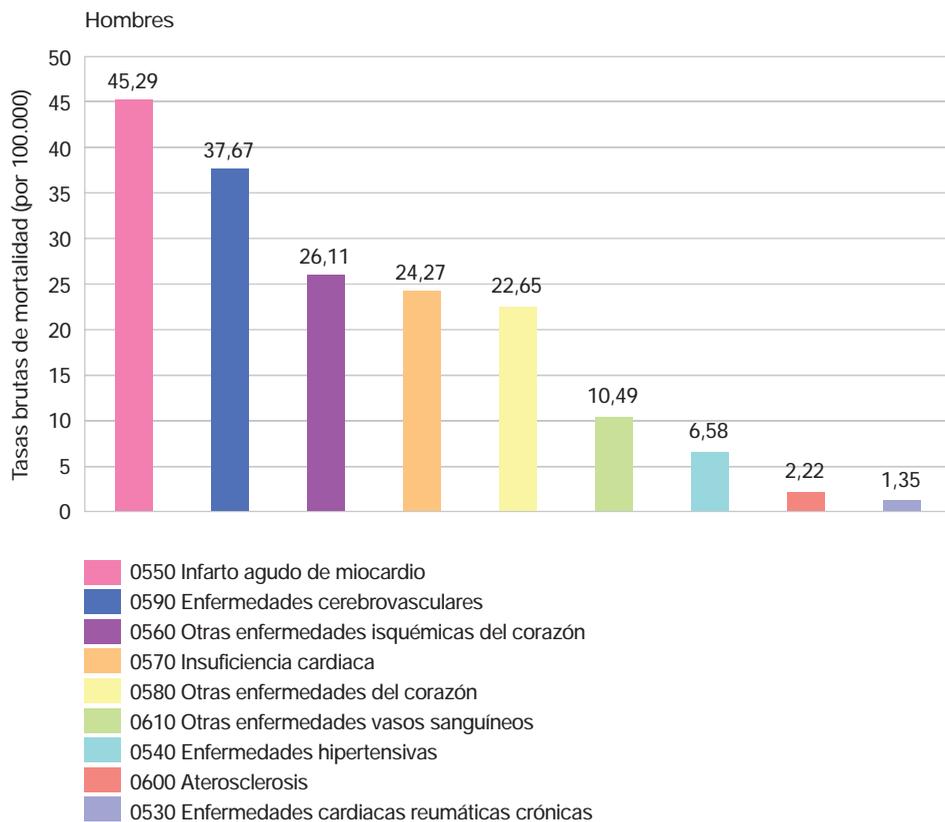
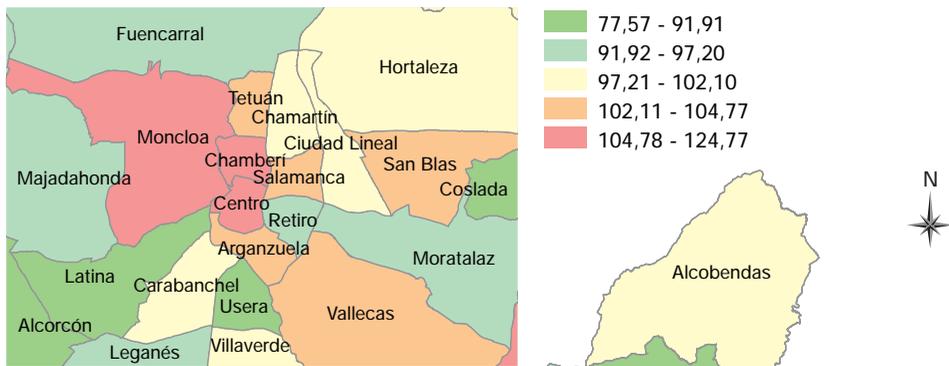


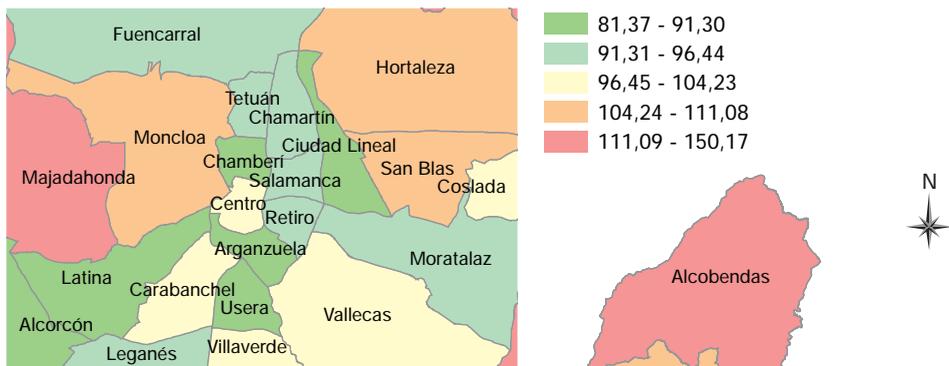
Figura 8.55. Tasas brutas de mortalidad por 100 mil. Enfermedades cardiovasculares, lista reducida. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.





Hombres



Mujeres



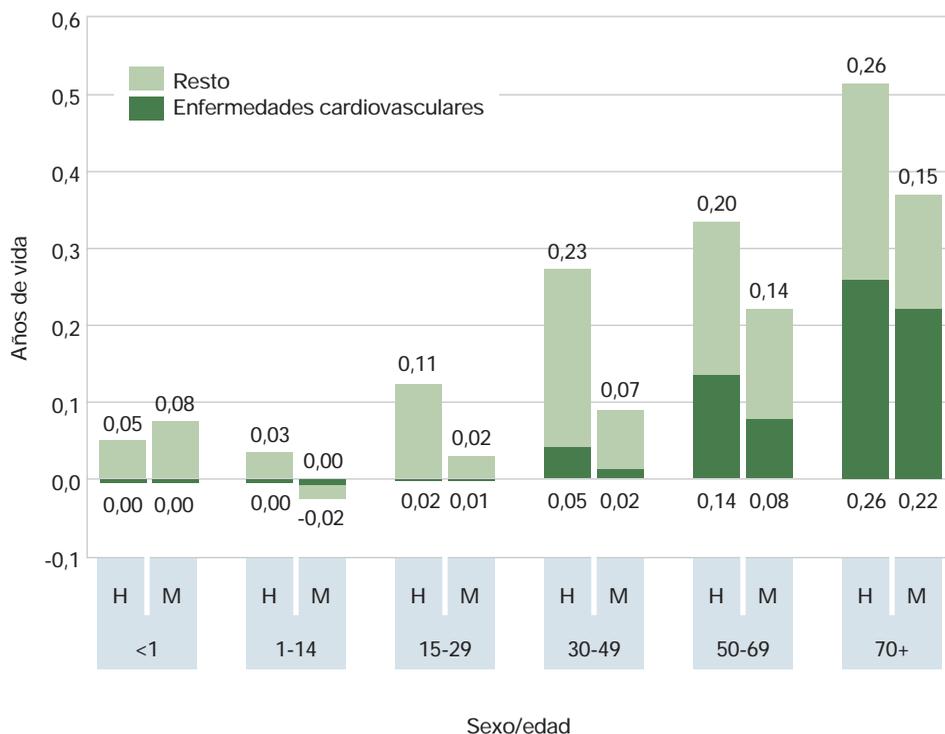
Figura 8.56. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (105-199). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.10.3. Contribución de las Enfermedades Cardiovasculares a los cambios en la esperanza de vida

Figura 8.57. Contribución de las enfermedades cardiovasculares y el resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2000 y 2005, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

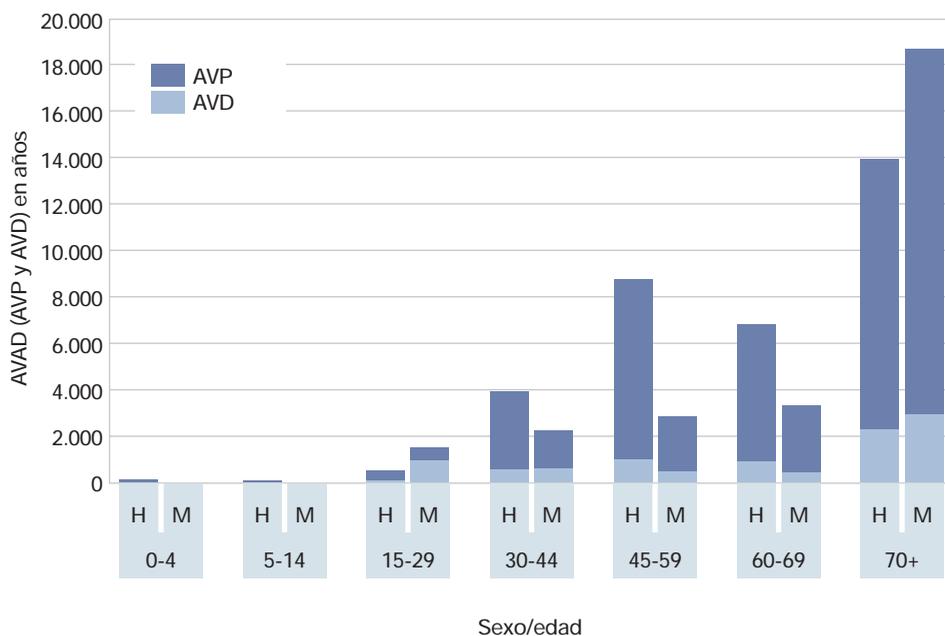
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.10.4. Carga de enfermedad

Figura 8.58. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Cardiovasculares, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.10.5. Morbilidad hospitalaria

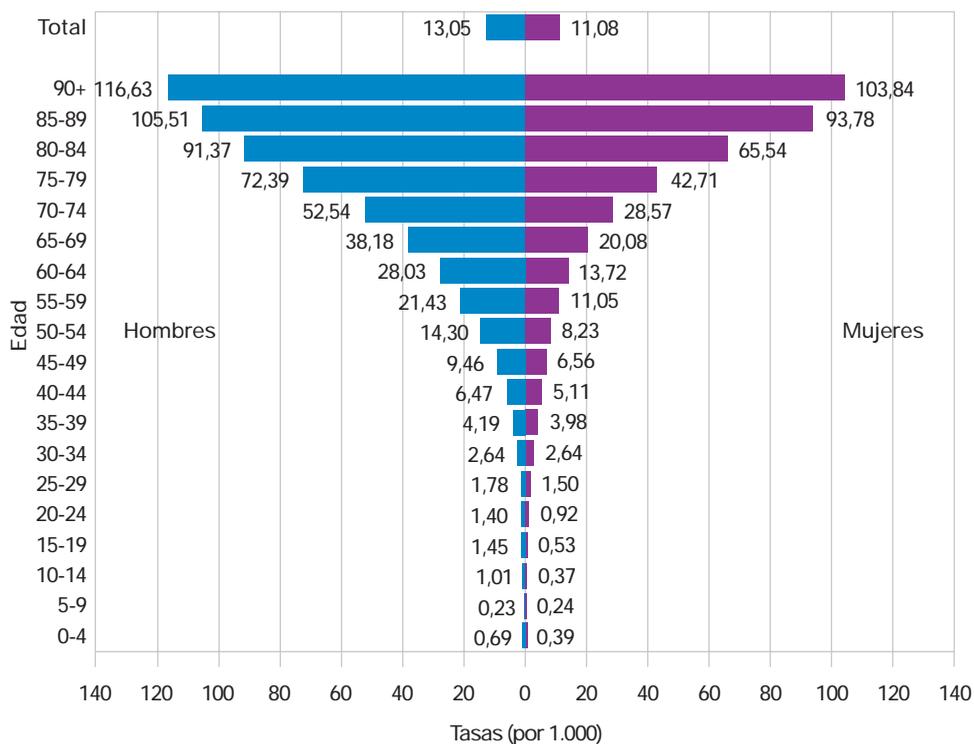


Figura 8.59. Morbilidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.11. Diabetes

8.2.11.1 Mortalidad

Se ha producido un descenso neto anual de la mortalidad por diabetes mellitus de un 5,8% y un 3,8% en varones y mujeres respectivamente.

Se observan dos tendencias opuestas, con un aumento hasta el año 1988 que afecta a ambos sexos y un descenso a partir de ese año. Entre 1989 y 2005 el descenso ha sido del 37% en varones y hasta en un 50% en mujeres.

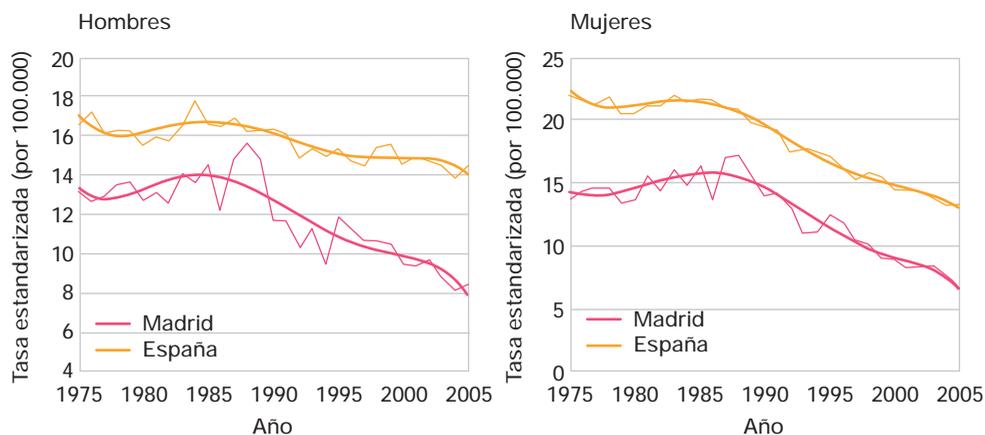


Figura 8.60. Diabetes Mellitus. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

El análisis de la evolución de las tasas por edad, cohorte y periodo muestra que las tasas específicas por edad desde el quinquenio 1982-1986 bajan en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 80-84 en varones que se mantienen y en los mayores de 85 que aumentan en varones y se mantienen estables en mujeres (figuras 8.61 y 8.62).

En los varones el mayor descenso se produce en los menores de 30 años, lo que refleja un aumento de la supervivencia en edades jóvenes correspondientes a mejoras en el tratamiento de la diabetes tipo 1.

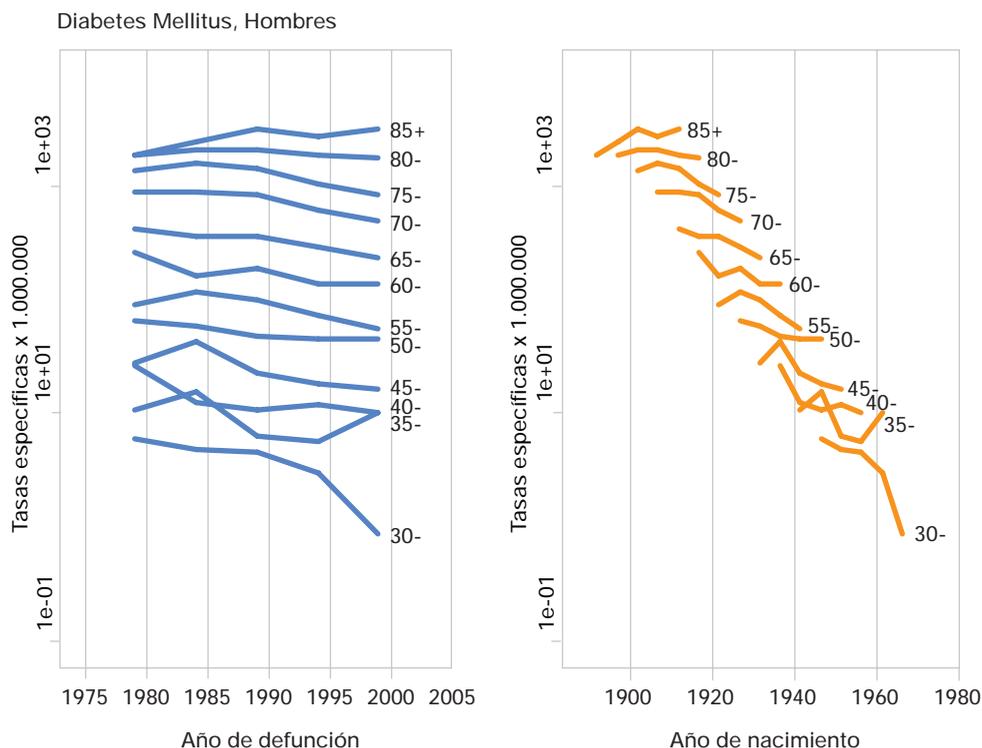
En las mujeres son difíciles de valorar las tasas específicas por debajo de los 50 años por la variabilidad, consecuencia del bajo número de defunciones que se producen.

En los varones el descenso es mucho más pronunciado en las cohortes nacidas después de 1935, y en las mujeres el efecto afecta a todas las cohortes a partir de los nacidos en 1920.

Es prematuro valorar la mortalidad en las cohortes más jóvenes. El riesgo de mortalidad se reduce durante todo el periodo pero de forma mucho más pronunciada a partir de 1988.

Figura 8.61. Diabetes Mellitus. Mortalidad por edad, periodo y cohorte. Hombres. Comunidad de Madrid, 1975-2003.

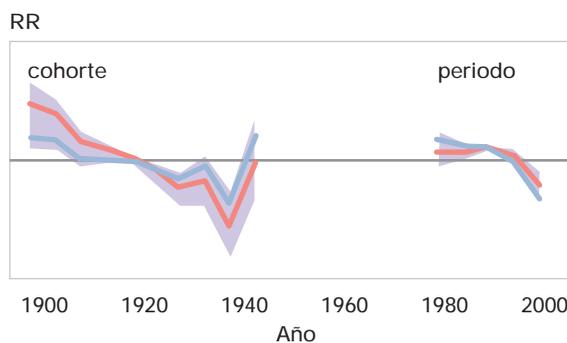
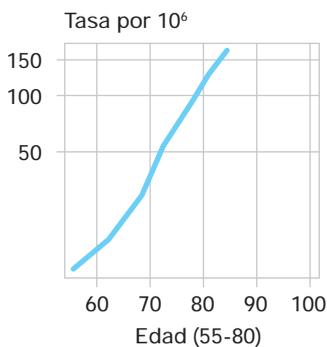
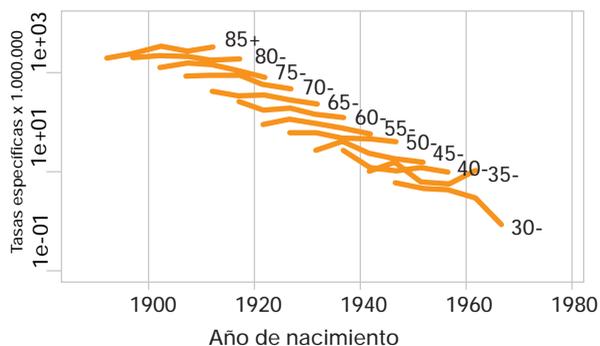
Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Diabetes Mellitus, Hombres

| Modelo | GL | Deviance |
|------------------|----|----------|
| edad | 24 | 86,3 |
| edad + drift | 23 | 18,0 |
| edad + per | 20 | 12,6 |
| edad + coh | 15 | 12,0 |
| edad + per + coh | 12 | 4,9 |

cambio neto -5,76% por año



Diabetes Mellitus, Mujeres

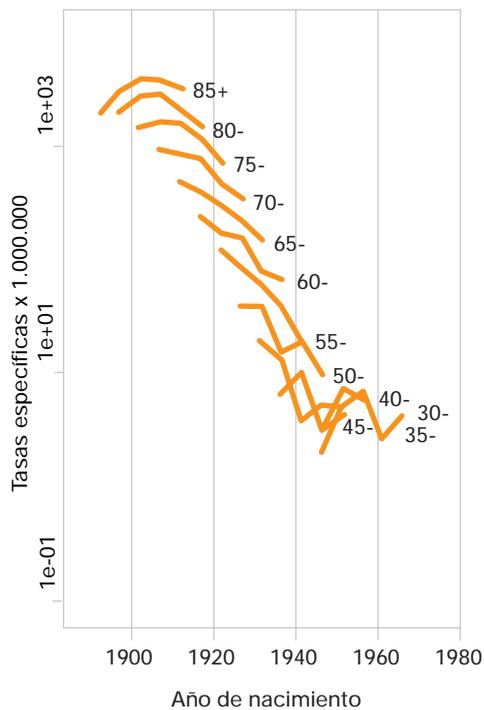
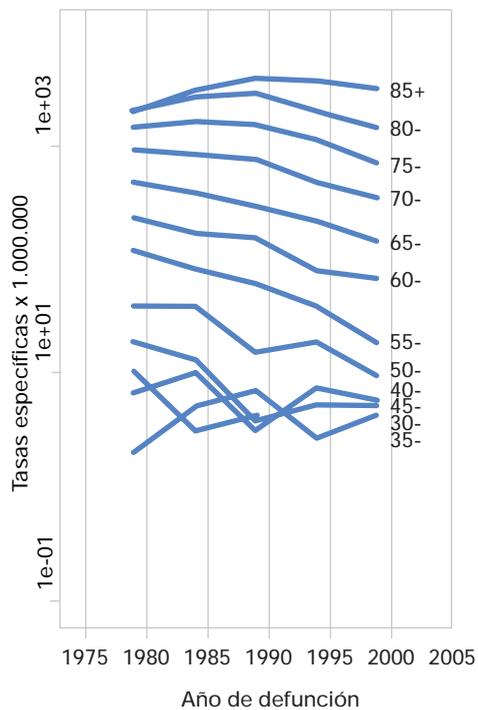


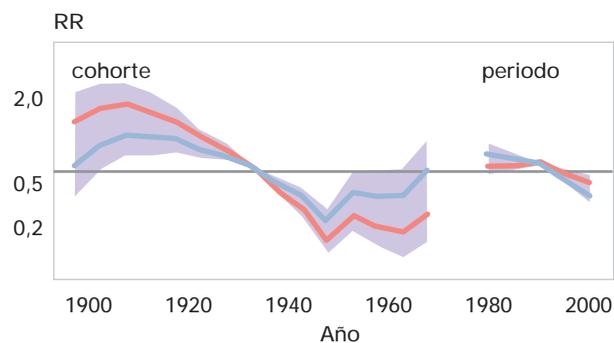
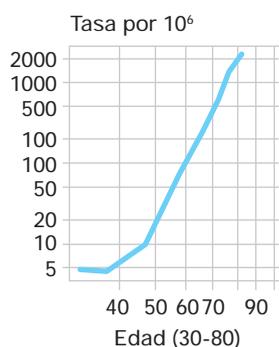
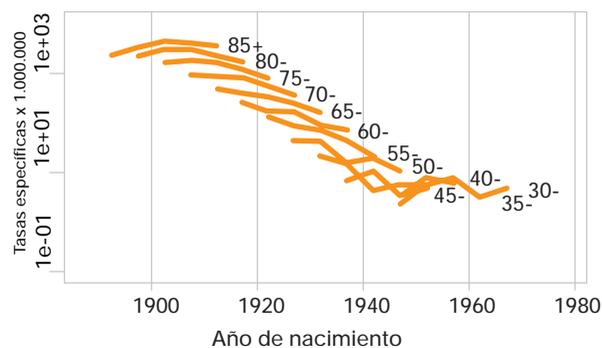
Figura 8.62. Diabetes Mellitus. Mortalidad por edad, periodo y cohorte. Mujeres. Comunidad de Madrid, 1975-2003.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Diabetes Mellitus, Mujeres

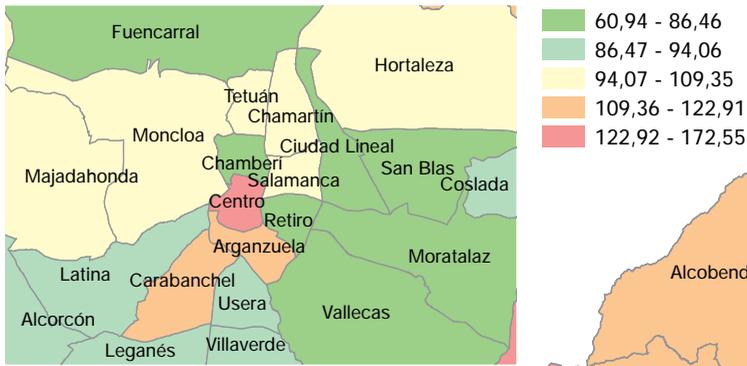
| Modelo | GL | Deviance |
|------------------|----|----------|
| edad | 44 | 860,0 |
| edad + drift | 43 | 302,3 |
| edad + per | 40 | 176,0 |
| edad + coh | 30 | 75,2 |
| edad + per + coh | 27 | 38,3 |

cambio neto -3,862% por año



Se ha producido un importante descenso de la mortalidad global y de las tasas específicas por edad que afectan a todas las cohortes nacidas a partir de 1920. El efecto periodo es particularmente importante desde 1988. Este patrón refleja un aumento de la supervivencia por diabetes mellitus en la Comunidad de Madrid, dado que no se han observado descensos en la incidencia de la enfermedad. Esta información debe ser completada con la que se obtiene analizando la mortalidad utilizando causas múltiples, ya que, la proporción de diabetes como causa básica de defunción sobre el total de menciones, pasó del 80% en el año 1991 al 33% en el año 2000, lo que apoya la hipótesis del aumento de la supervivencia, pasando de una situación de “morir de diabetes” a “morir con diabetes”. Lo que en cualquier caso debe ser confirmado por investigaciones más detalladas.

La distribución geográfica de la mortalidad por Distritos de Salud, se observa en la figura 8.63.



Hombres



Mujeres



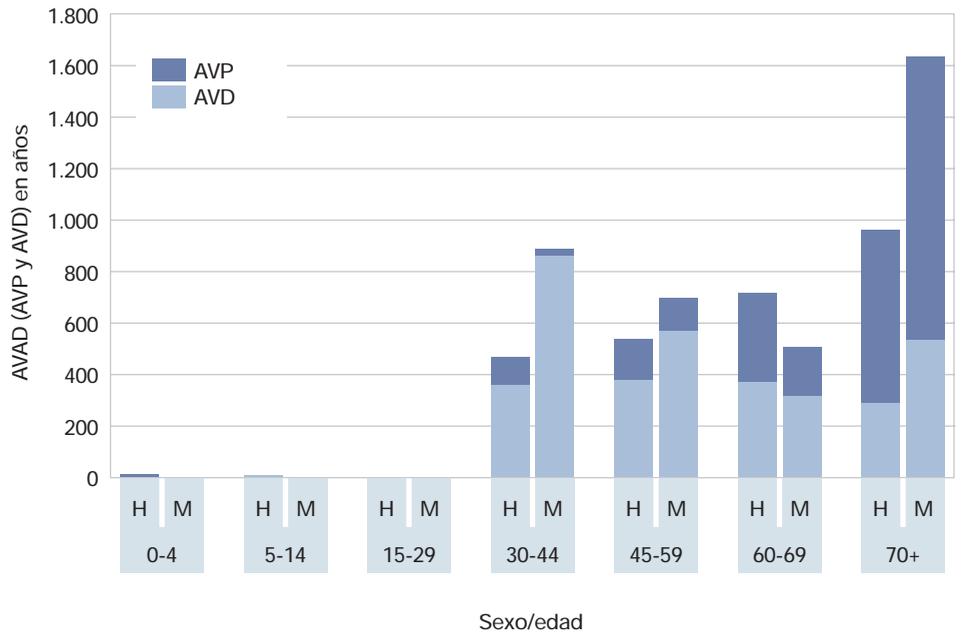
Figura 8.63. Mortalidad por Diabetes Mellitus (E10-E14). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.11.2. Carga de enfermedad

Figura 8.64. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Diabetes, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

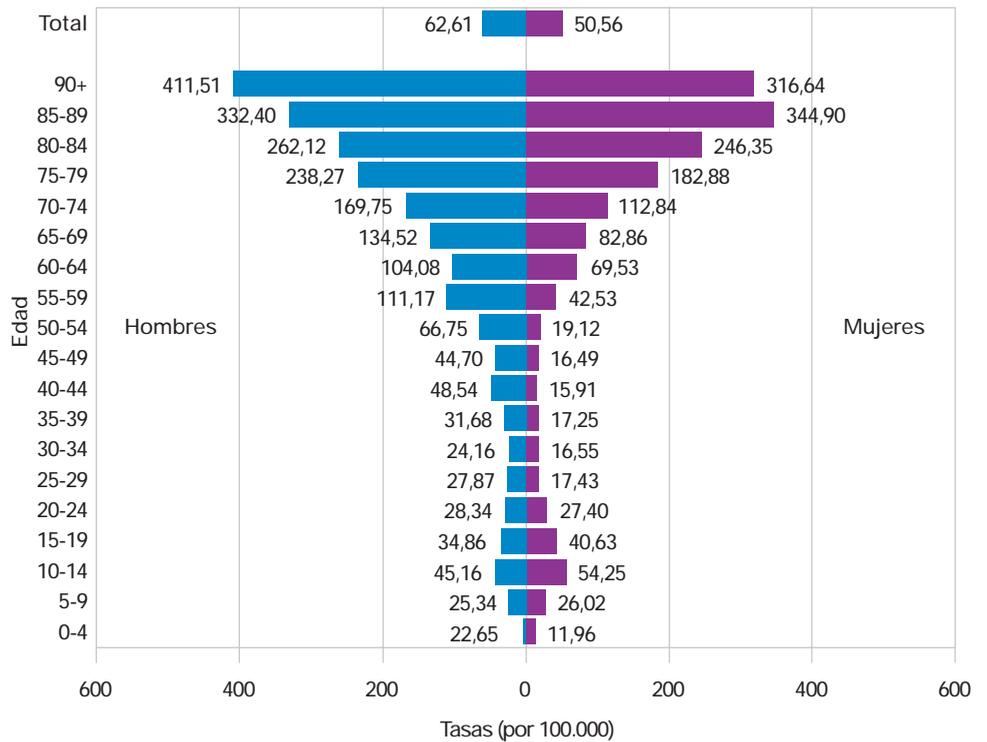
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.11.3. Morbilidad hospitalaria

Figura 8.65. Morbilidad hospitalaria por diabetes mellitus por edad y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.11.4. Prevalencia

La prevalencia de diabetes declarada por el propio enfermo ha pasado del 3 al 4,3% en los últimos 10 años, lo que supone un aumento del 43% (figura 8.65).

También han aumentado la prevalencia de factores de riesgo, especialmente la diabetes gestacional que se ha duplicado y las personas con diabetes tienen peor perfil de riesgo cardiovascular ya que la prevalencia de hipertensión, colesterol elevado, falta de ejercicio y obesidad es mayor en personas diabéticas (figura 8.66).

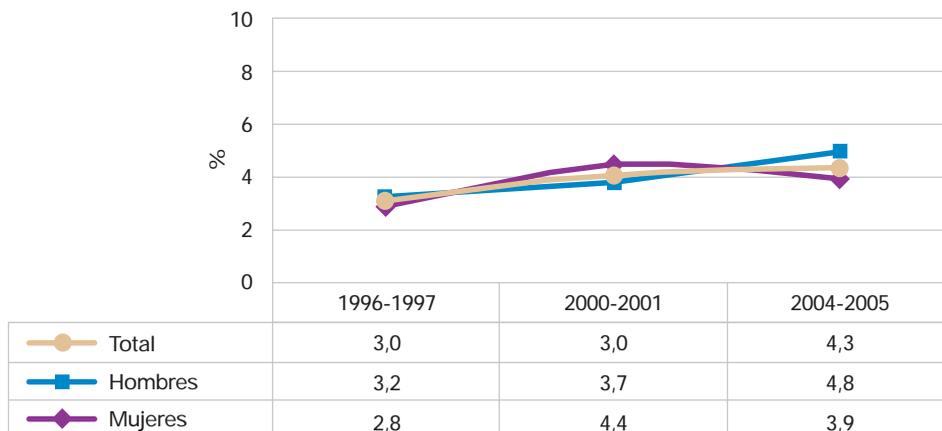


Figura 8.66. Evolución de la prevalencia de diabetes declarada en la Comunidad de Madrid, 1996-2005. Población de 18 a 64 años.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

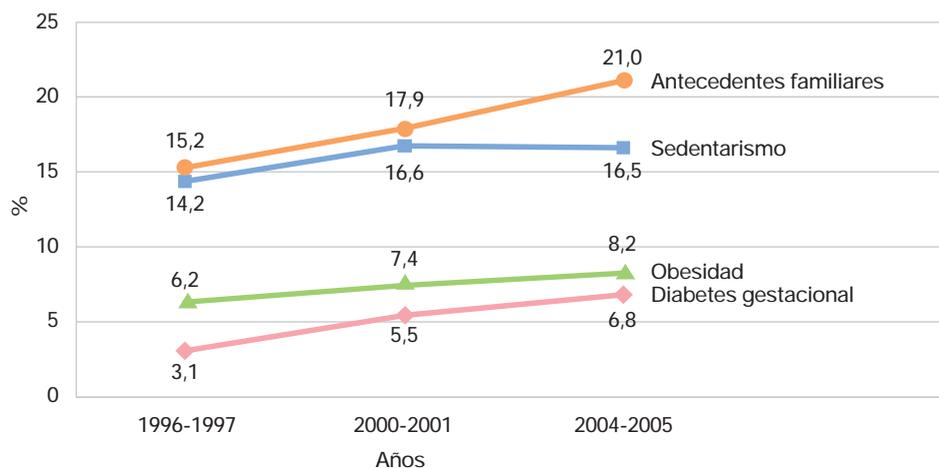


Figura 8.67. Evolución de la prevalencia de factores de riesgo de diabetes en la Comunidad de Madrid. 1996-2005. Población de 18 a 64 años.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.11.5. Diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años

La tasa de incidencia promedio en el período 1997-2005 es de 14,8/100.000 personas-año (tabla 8.16).

No se observa ningún aumento o descenso significativo de la incidencia en el periodo estudiado tanto en el grupo en su conjunto (0-14 años) como en los diferentes grupos de edad. La incidencia en el periodo 1997-2005 se ha mantenido estable (figura 8.68).

La incidencia se sitúa en un lugar intermedio respecto a las estimadas más recientemente en otras regiones españolas. Respecto a la incidencia a nivel mundial nos situaríamos entre los países con incidencia alta (entre 10-19,9 casos por 100.000) según la clasificación propuesta por el WHO DiaMond incidence study.

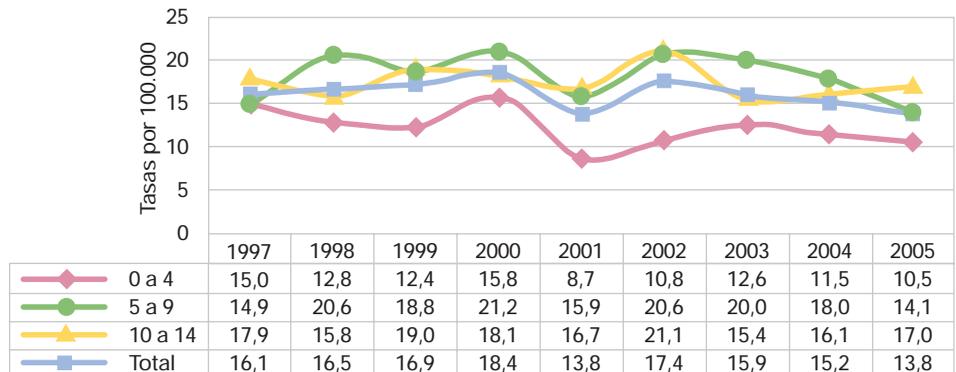
Tabla 8.16. Incidencia de diabetes tipo 1, casos (tasas por 100.000 personas año), por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1997-2005.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

| Grupos de edad | Sexo | | Total |
|----------------|------------|------------|--------------|
| | Varones | Mujeres | |
| 0 a 4 años | 155 (10,3) | 130 (9,2) | 285 (9,8) |
| 5 a 9 años | 190 (15,3) | 223 (18,9) | 413 (17,1) |
| 10 a 14 años | 237 (18,6) | 195 (16,1) | 432 (17,4) |
| Total (0 a 14) | 582 (14,7) | 548 (14,7) | 1.130 (14,8) |

Figura 8.68. Evolución de las tasas de incidencia de diabetes tipo 1 por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1997-2005.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.12. Enfermedades Respiratorias

Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de muerte en la Comunidad de Madrid, después de las enfermedades cardiovasculares y los tumores. En hombres la tasa estandarizada es de 66,1 por 100 mil, superior a la estatal en el 2005. Este grupo de enfermedades tiene un gran peso en la morbilidad hospitalaria, tasa de 1.105,6 por 100 mil habitantes y suponen la cuarta causa de carga de enfermedad, con un componente importante de la discapacidad que producen. De los 53.242 AVAD que se han perdido en 2005, 35.820 lo son por discapacidad. Dentro de este grupo de enfermedades, destacan los fallecimientos por neumonía y por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores.

8.2.12.1. Indicadores generales de Enfermedades Respiratorias

Tabla 8.17. Indicadores seleccionados por patología. Enfermedades respiratorias Hombres y Mujeres: Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

| Enfermedades del aparato respiratorio 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 3.313 | 2.914 | 6.227 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 114,7 | 94,7 | 104,4 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 24,9 | 6,8 | 15,6 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 104,8 | 43,0 | 66,1 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 92,3 | 41,4 | 61,6 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 1.340,2 | 884,8 | 1.105,6 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | 0,0277 | -0,0663 | 0,1556 |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 33.816 | 19.427 | 53.243 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 11.076 | 6.346 | 17.422 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 22.740 | 13.081 | 35.821 |

8.2.12.2. Mortalidad

Enfermedades respiratorias

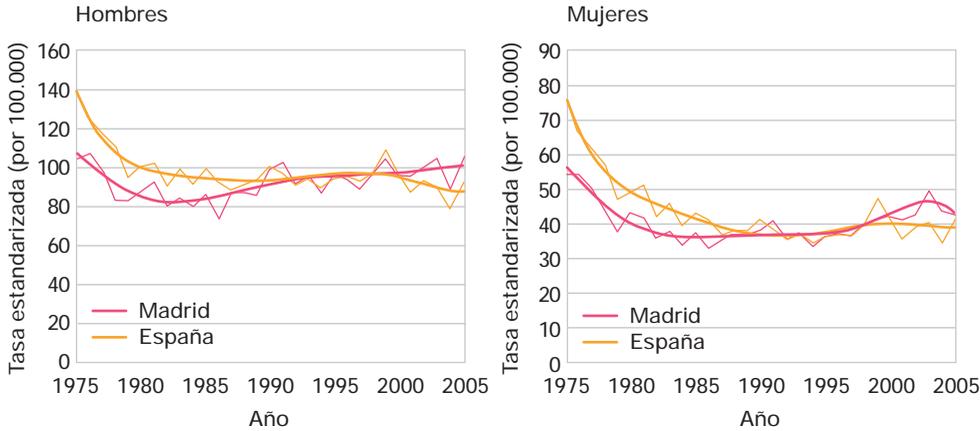


Figura 8.69. Enfermedades respiratorias y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (EPOC y asma)

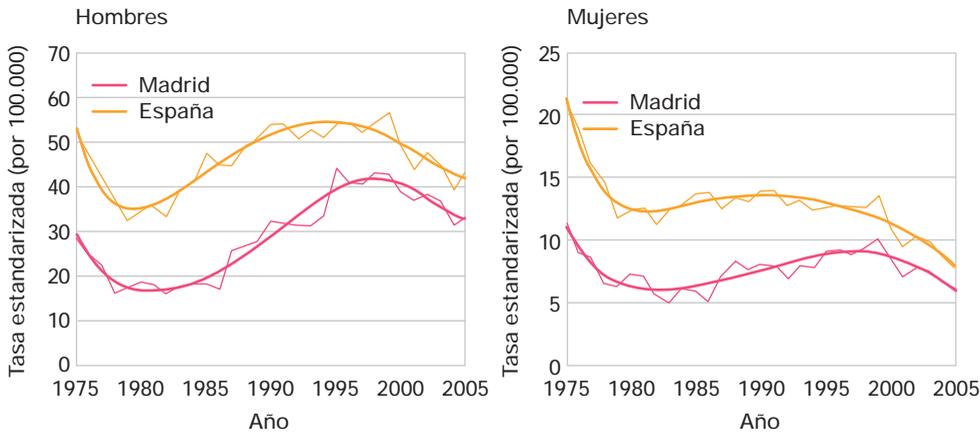
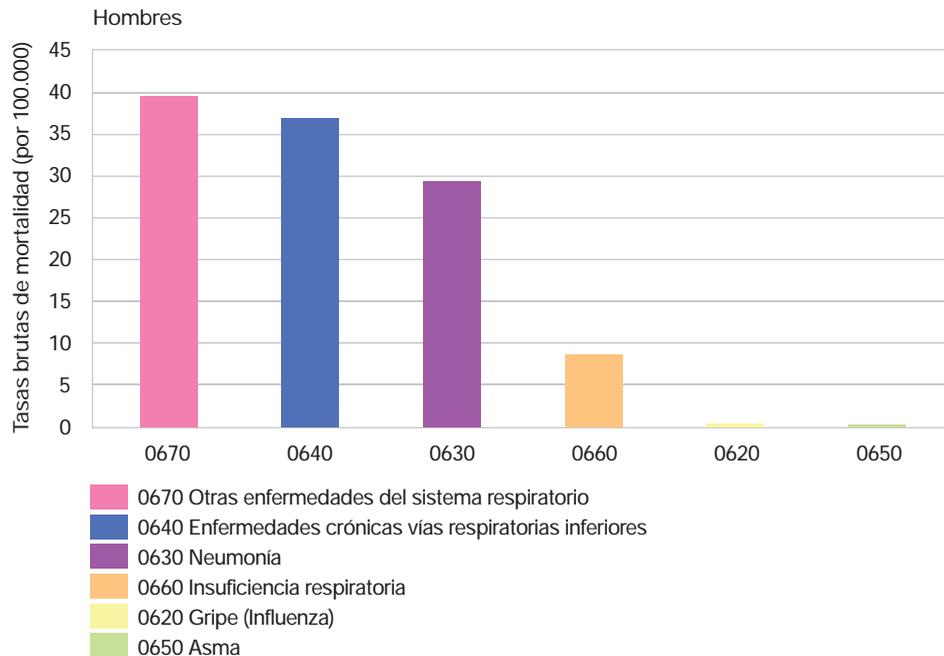


Figura 8.70. Tasas brutas de mortalidad por 100 mil. Enfermedades respiratorias, lista reducida. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



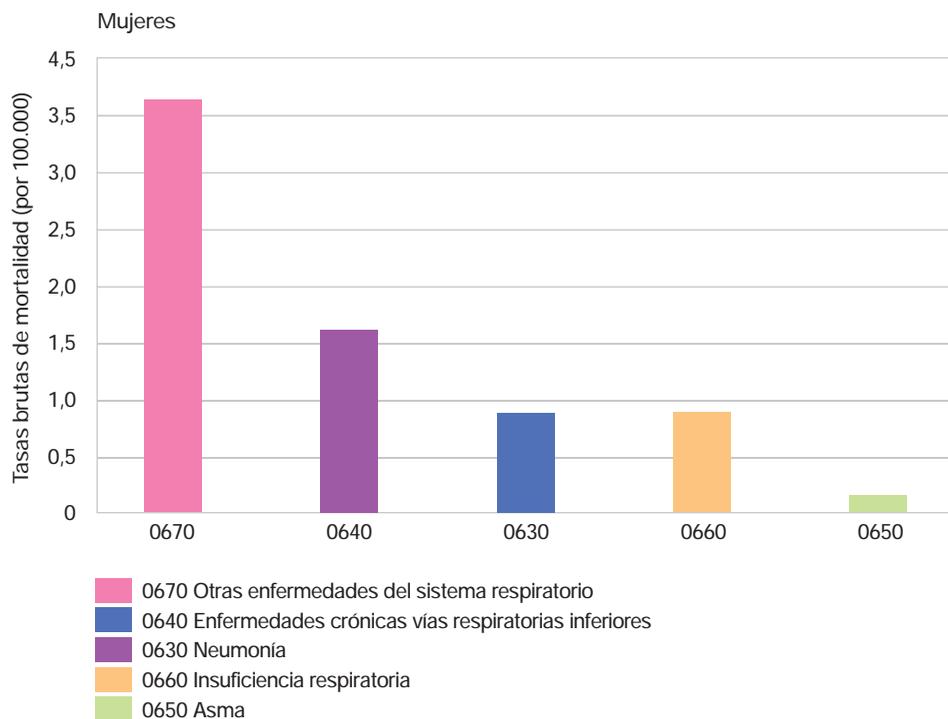
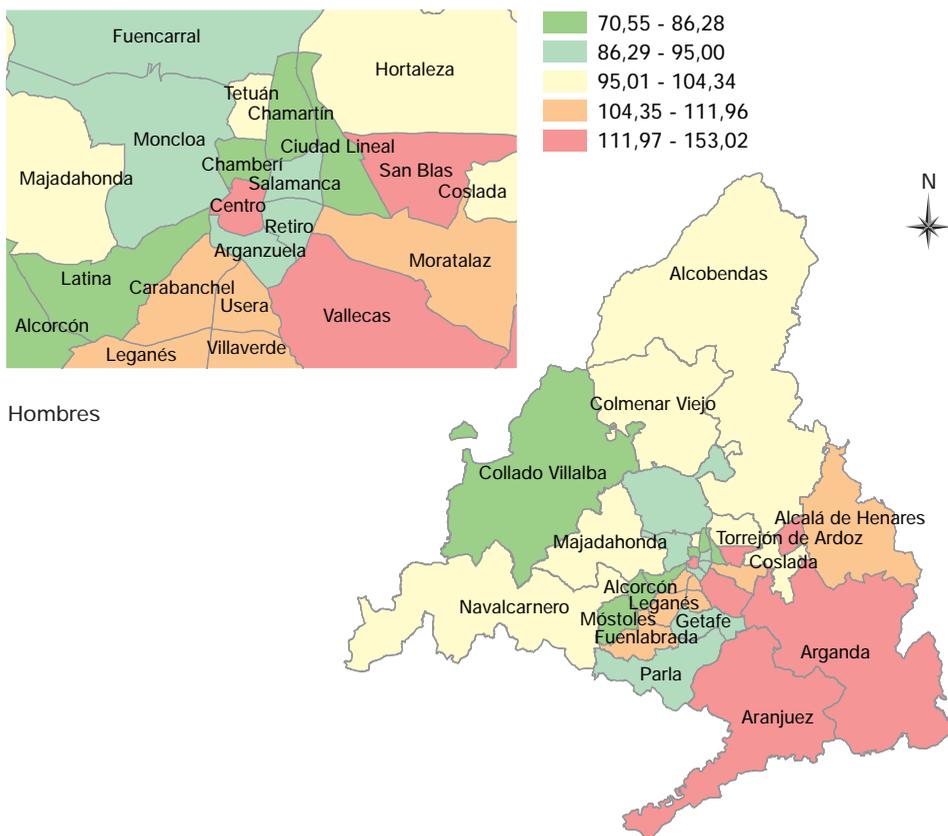
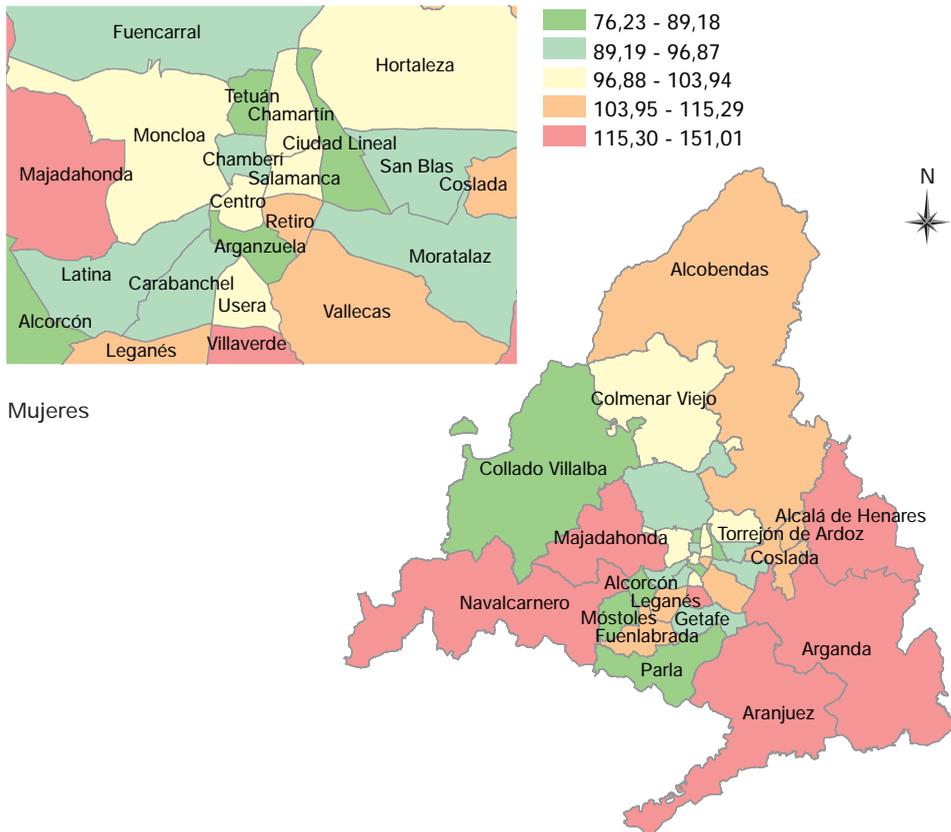


Figura 8.71. Mortalidad por enfermedades respiratorias (J10-J99). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.





8.2.12.3. Contribución de las Enfermedades Respiratorias a los cambios en la esperanza de vida

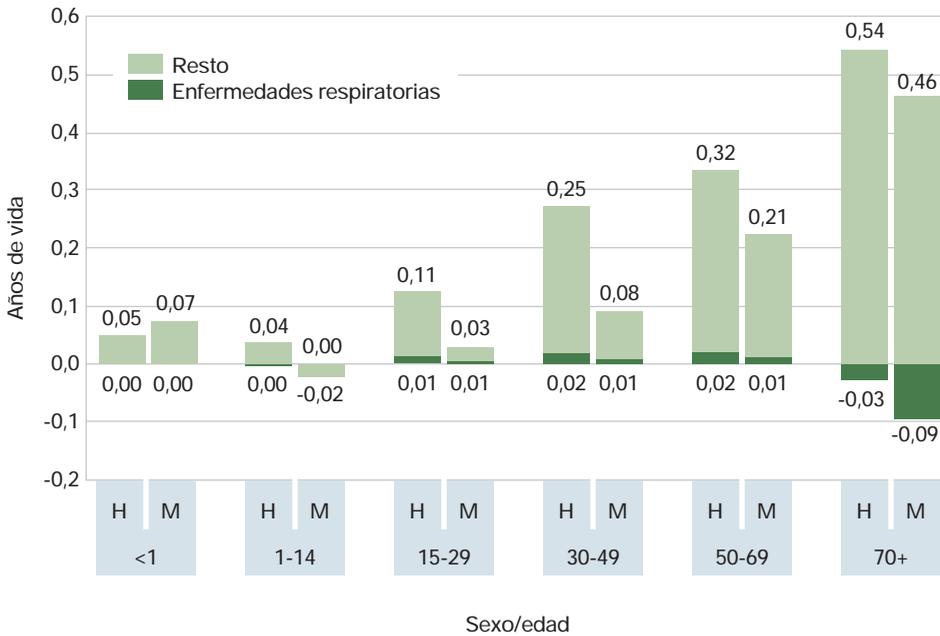


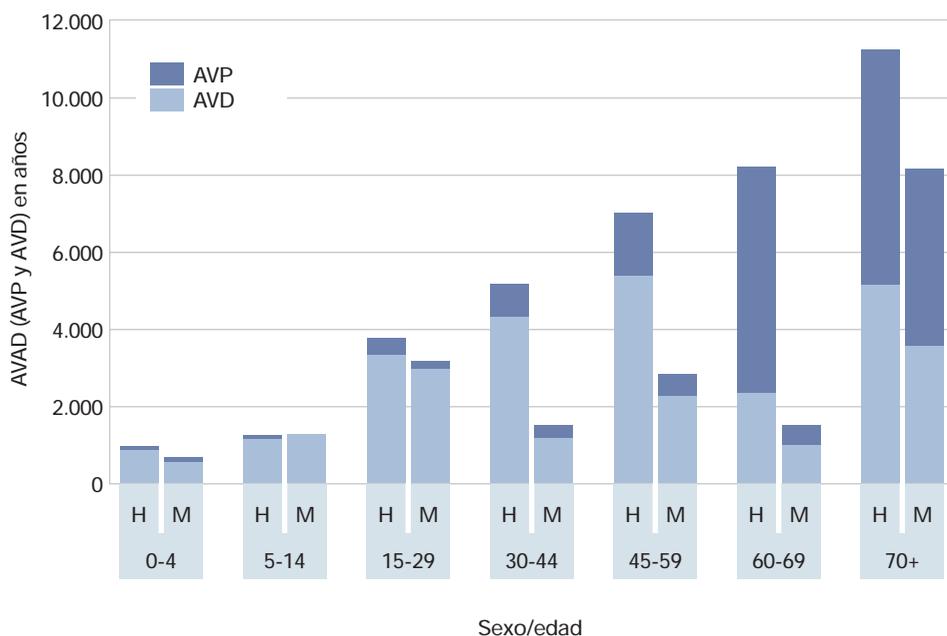
Figura 8.72. Contribución de las enfermedades respiratorias y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2000 y 2005, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.12.4. Carga de enfermedad

Figura 8.73. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Respiratorias, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

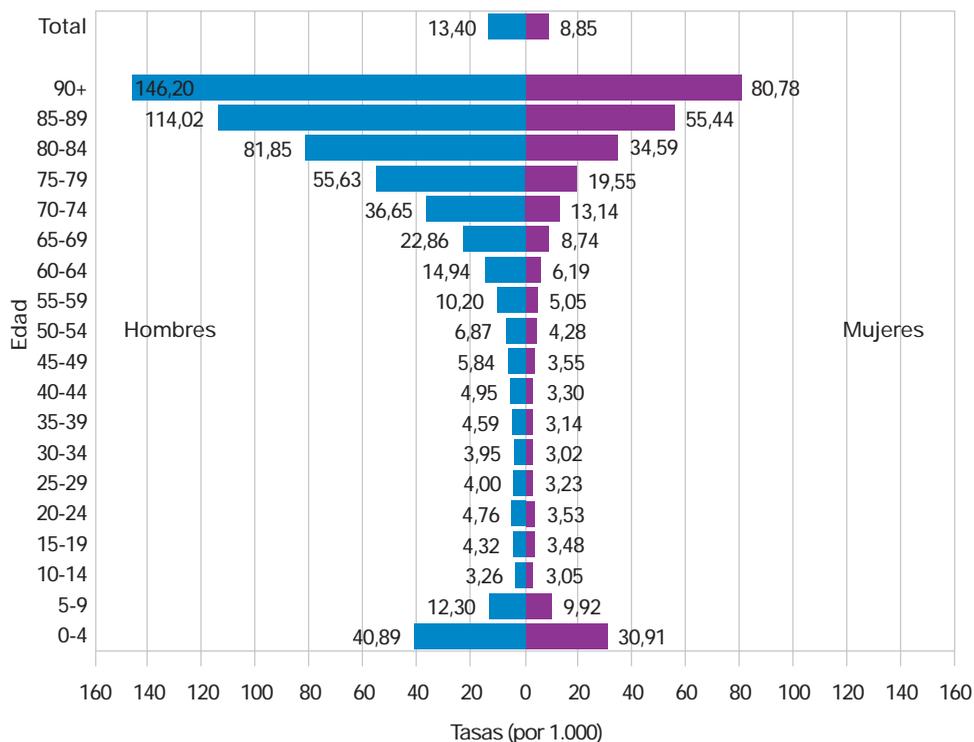
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.12.5. Morbilidad hospitalaria

Figura 8.74. Morbilidad hospitalaria por enfermedades respiratorias por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMDB y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.13. Enfermedades Digestivas

Las enfermedades digestivas son la cuarta causa de muerte en la Comunidad de Madrid, siendo la tendencia de estas enfermedades descendente en cuanto a las tasas de mortalidad. Son la cuarta causa en carga de enfermedad en hombres y la séptima en mujeres, suponiendo un total de 28.854 AVAD. Las enfermedades crónicas del hígado, fundamentalmente las cirrosis y las enfermedades vasculares intestinales son las causas más prevalentes dentro de este grupo.

8.2.13.1. Indicadores generales de Enfermedades Digestivas

| Enfermedades del aparato digestivo 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 1.089 | 1.035 | 2.124 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 37,7 | 33,6 | 35,6 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 27,9 | 8,4 | 17,9 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 35,6 | 17,9 | 25,7 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 40,3 | 21,1 | 29,6 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 1.616,3 | 1.188,5 | 1.396,4 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | 0,0969 | 0,0831 | 0,1116 |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 16.743 | 11.711 | 28.454 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 9.068 | 4.763 | 13.831 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 7.675 | 6.948 | 14.623 |

Tabla 8.18. Indicadores seleccionados por patología - Enfermedades Digestivas Hombres y Mujeres: Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.13.2. Mortalidad

Enfermedades digestivas

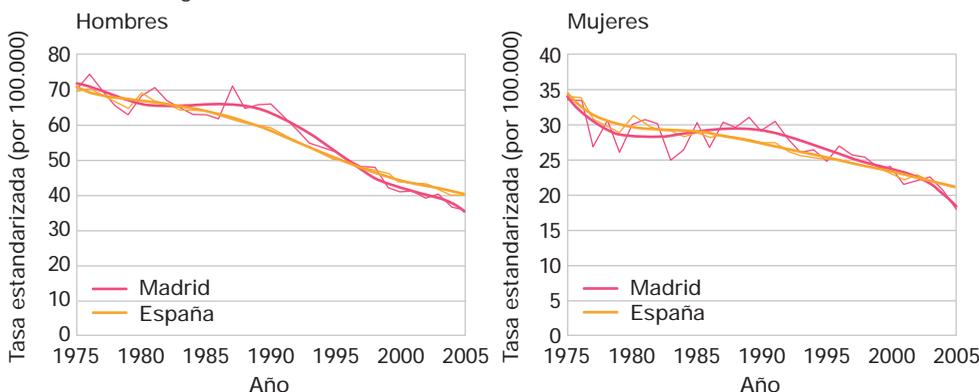


Figura 8.75. Enfermedades digestivas, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Tasas de mortalidad estandarizadas por 100 mil, población Europea. Serie temporal 1975-2005. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: <http://cne.isciii.es>. Cáncer en cifras. Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

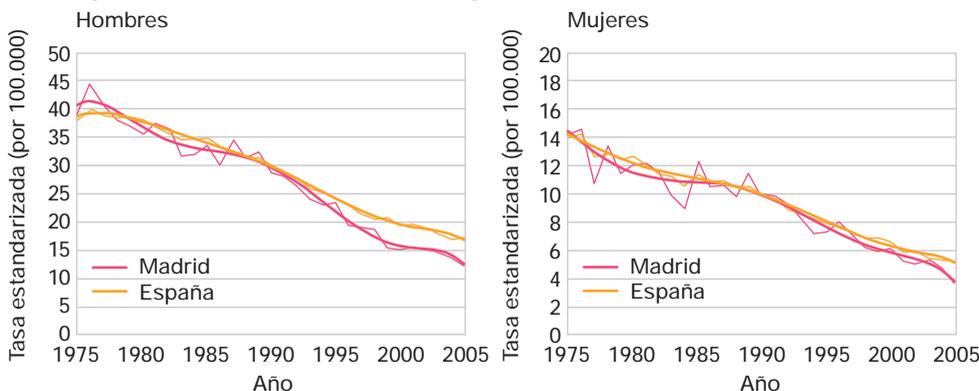
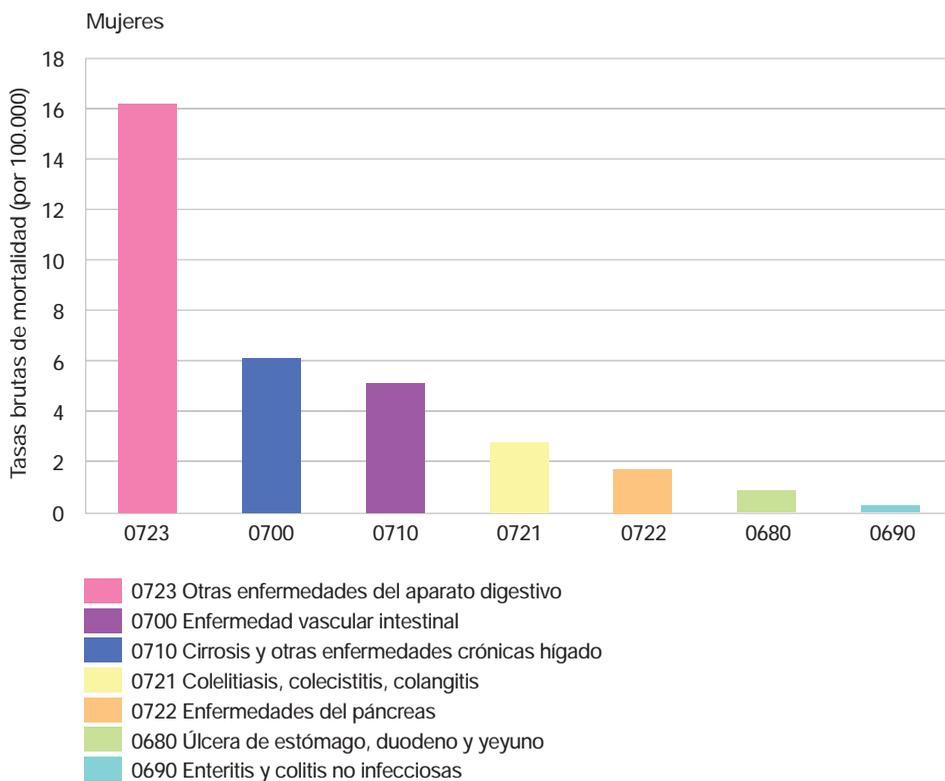
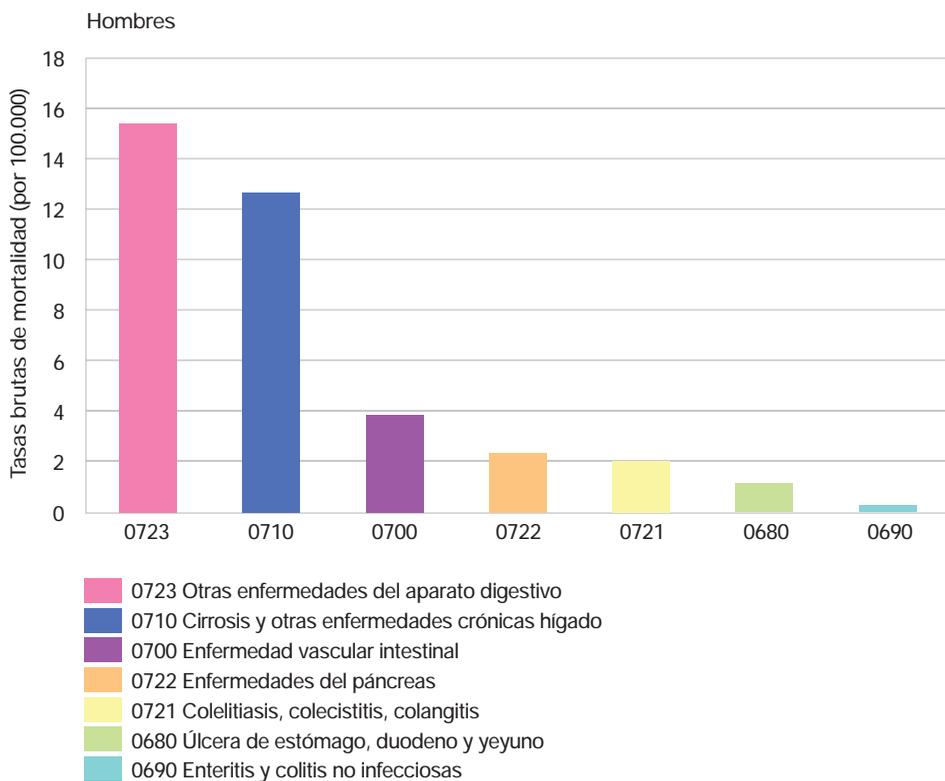


Figura 8.76. Tasas brutas de mortalidad por 100 mil. Enfermedades digestivas, lista reducida. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



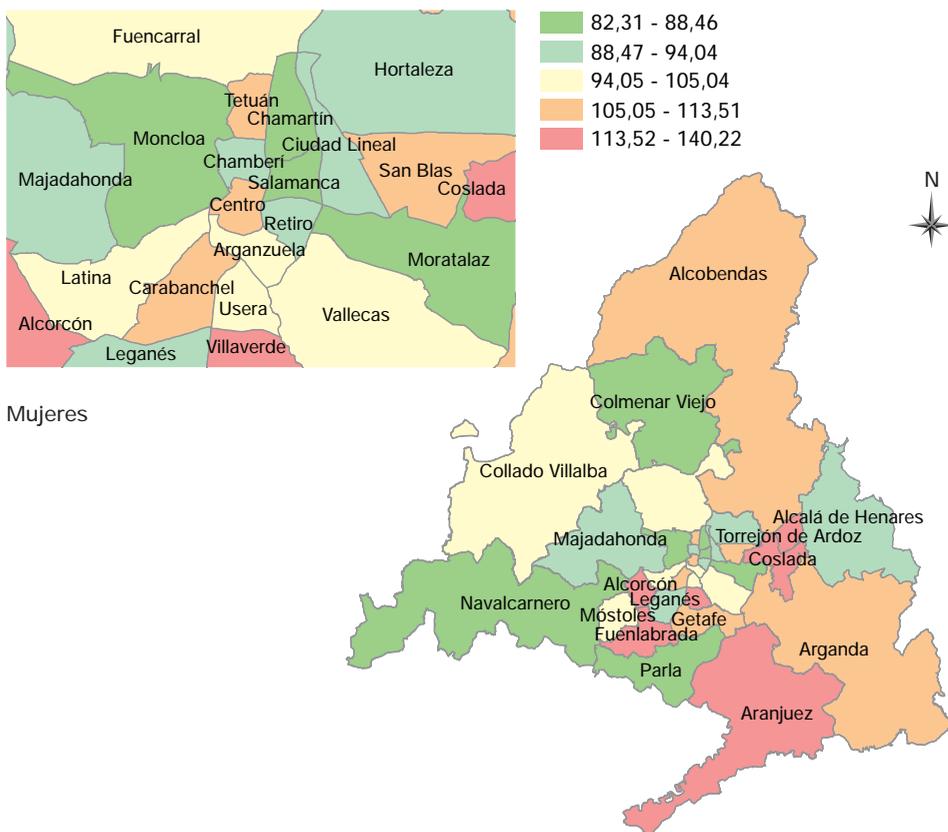
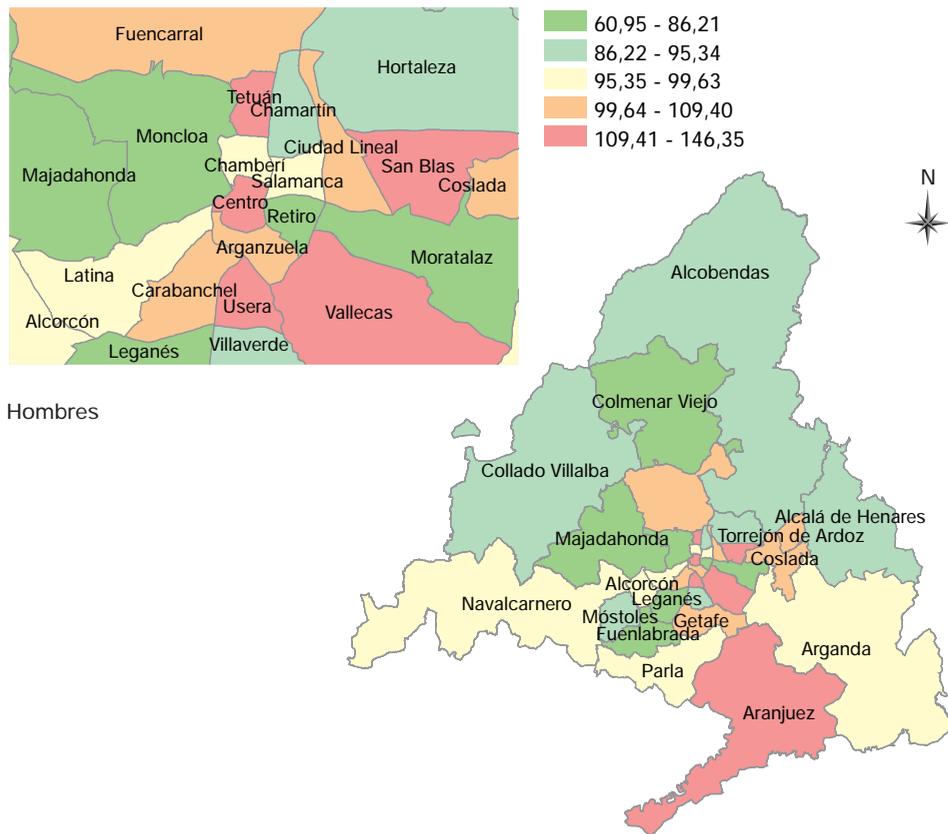


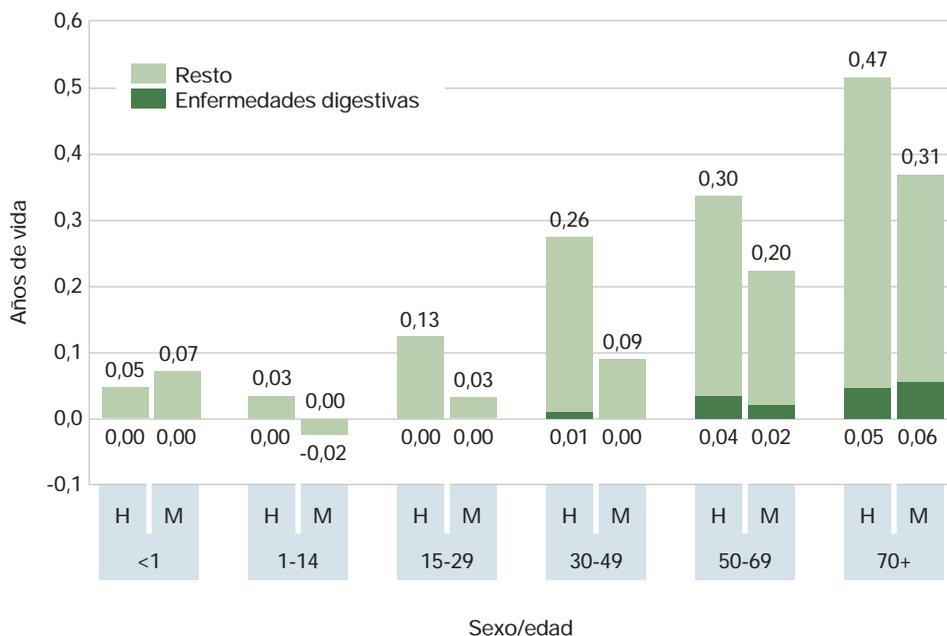
Figura 8.77. Mortalidad por enfermedades digestivas (K25-K93). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.13.3. Contribución de las Enfermedades Digestivas a los cambios en la esperanza de vida

Figura 8.78. Contribución de las enfermedades digestivas y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer entre 2000 y 2005, por sexo y edad. Comunidad de Madrid.

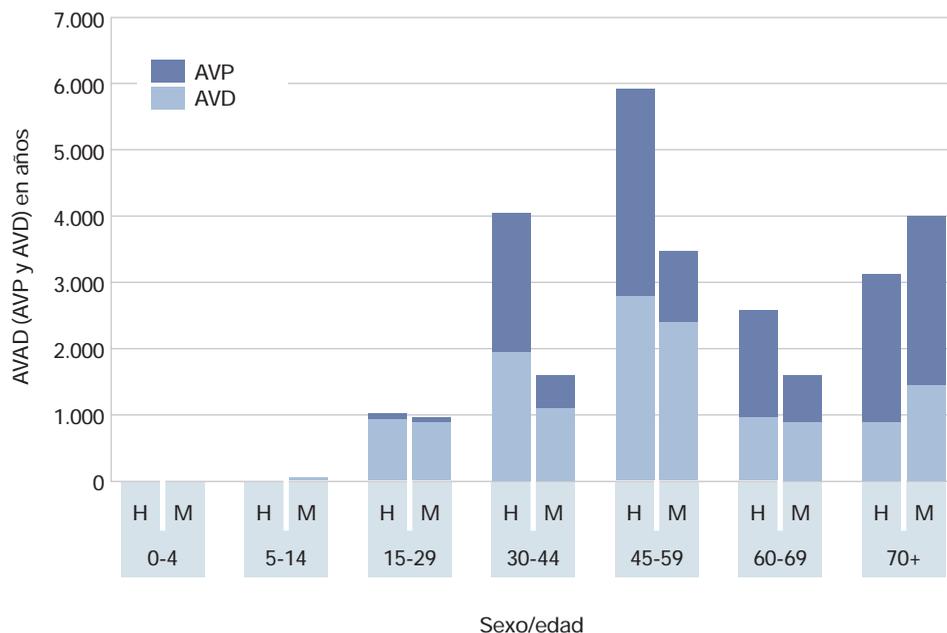
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.13.4. Carga de enfermedad

Figura 8.79. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Digestivas, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.13.5. Morbilidad hospitalaria

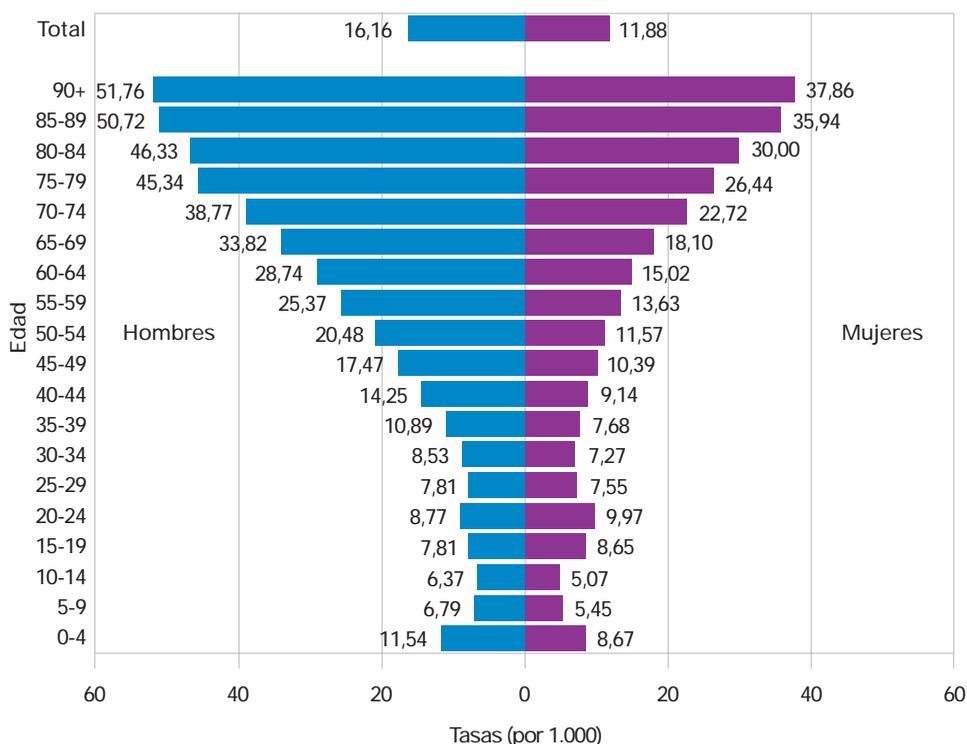


Figura 8.80. Morbilidad hospitalaria por enfermedades digestivas por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.14. Enfermedades Osteomioarticulares

El análisis de este grupo de enfermedades tiene su interés por la gran discapacidad que producen, fundamentalmente en personas jóvenes y principalmente mujeres. La carga de enfermedad estimada para el 2005 es de 30.039 AVAD de los que 28.886 lo son en discapacidad. Sin embargo las tasas de mortalidad son bajas (4,6 por 100 mil en ambos sexos reunidos).

8.2.14.1 Indicadores generales de Enfermedades Osteomioarticulares

| Enfermedades osteomioarticulares 2005-2006. Comunidad de Madrid | | | |
|--|---------|---------|--------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Nº de muertes. CM 2005 | 99 | 174 | 273 |
| Tasa bruta de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 3,4 | 5,7 | 4,6 |
| Tasa truncada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 1,1 | 0,9 | 1,0 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. CM 2005 | 3,7 | 5,2 | 4,6 |
| Tasa ajustada de mortalidad, por 100 mil. España 2005 | 3,2 | 2,5 | 2,8 |
| Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM 2006 | 812,3 | 1.030,6 | 925,8 |
| Contribución a la esperanza de vida, en años. CM 2000-2005 | ND | ND | ND |
| Carga de enfermedad. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). CM 2005 | 12.197 | 17.843 | 30.040 |
| Años de vida perdidos (AVP). CM 2005 | 582 | 572 | 1.154 |
| Años vividos con discapacidad (AVD). CM 2005 | 11.615 | 17.271 | 28.886 |

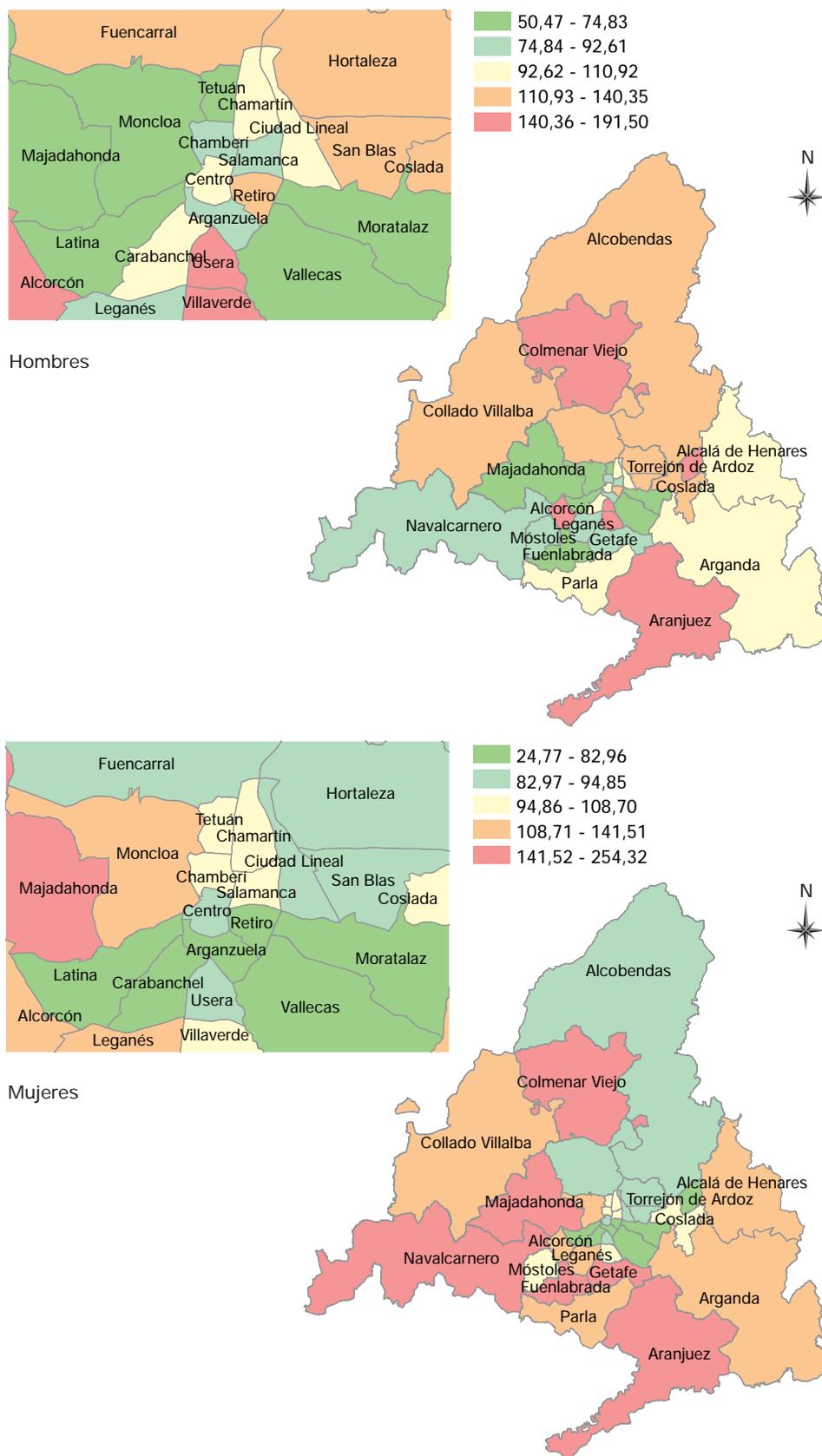
Tabla 8.19. Indicadores seleccionados por patología. Enfermedades Osteomioarticulares. Hombres y Mujeres: Mortalidad, Morbilidad, Contribución a la esperanza de vida y Carga de enfermedad. Comunidad de Madrid y España.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.14.2. Mortalidad

Figura 8.81. Mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (M05-M99). Hombres y Mujeres. Razones estandarizadas de mortalidad por Distrito de Salud. Periodo 2001-2005. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



8.2.14.3. Carga de enfermedad

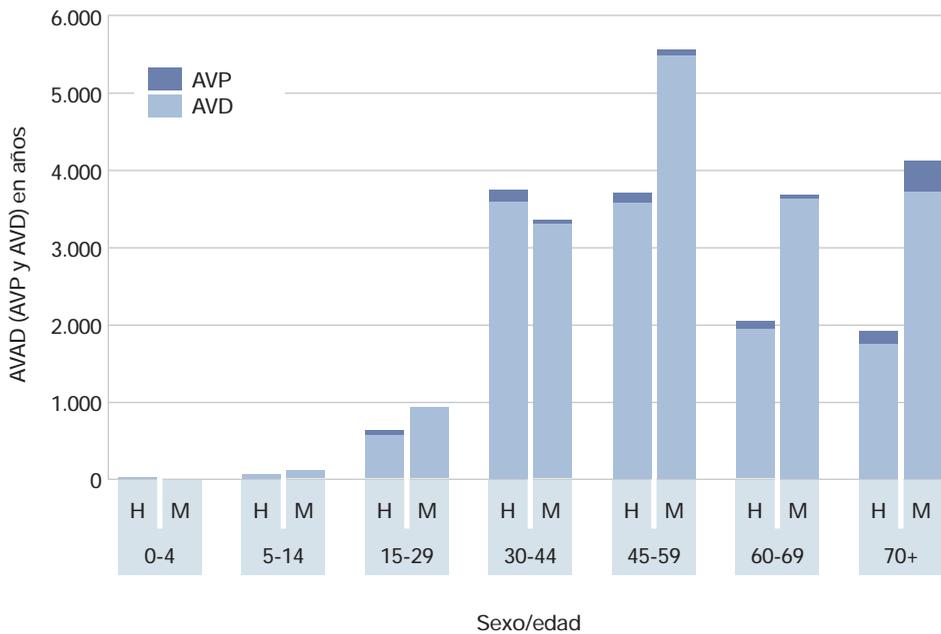


Figura 8.82. Comunidad de Madrid. Año 2005. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Enfermedades Osteomioarticulares, por sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (Mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-).

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.2.14.4. Morbilidad hospitalaria

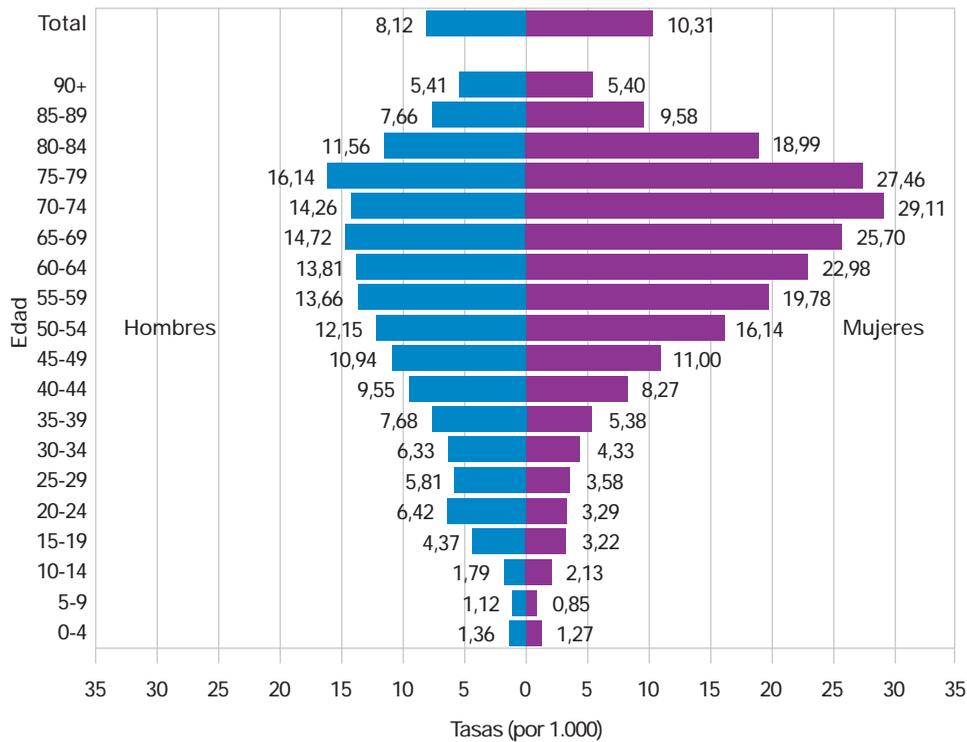


Figura 8.83. Morbilidad hospitalaria por enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo por edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

8.3. Conclusiones y recomendaciones

El principal factor etiológico del cáncer, de las enfermedades cardiovasculares y respiratorias es el tabaco. Las encuestas de consumo de tabaco muestran una tendencia descendente en varones. Por el contrario, las mujeres españolas disfrutaban actualmente de una baja incidencia y mortalidad para este tipo de enfermedades, pero el aumento en el consumo de tabaco entre las españolas se ha traducido en los años noventa en un incremento del cáncer de pulmón y las previsiones para el futuro son poco optimistas, para las enfermedades relacionadas con el tabaco.

La dieta es el segundo factor etiológico. Los países del sur de Europa mostraban tradicionalmente patrones nutricionales más saludables. Es importante concienciar a la población para lograr mantener los patrones dietéticos propios de la dieta mediterránea (baja ingesta en grasas y alta ingesta de verduras y frutas). Se hace necesario luchar contra la obesidad, epidemia reconocida de los países desarrollados, y fomentar la práctica de ejercicio físico en la población.

Se dispone de escasa información sobre exposiciones laborales con agentes reconocidos como carcinógenos. Se debe fomentar la vigilancia ambiental en el medio laboral, la educación sanitaria y la utilización de los medios de protección adecuados. La vigilancia y control de riesgos ambientales deben de ser una prioridad para la salud pública. La monitorización por medio de biomarcadores es una de las líneas a las que se debe de dar continuidad, al integrar información procedente de distintas vías (laboral, ambiental, alimentaria, etc.).

Los programas de detección precoz del cáncer de mama, junto con los avances terapéuticos, han contribuido a disminuir la mortalidad por este tumor. Los nuevos programas de cribado deben explorar y tener en cuenta las nuevas tecnologías tanto de imagen, biológicas, o de otro tipo, que muestren su eficiencia en la prevención de algunas patologías prevalentes. En el caso de que se implanten debe hacerse con criterios poblacionales, dotados de los recursos necesarios y con indicadores de calidad que permitan su evaluación.

En la actualidad no disponemos de información sobre la incidencia del cáncer a nivel poblacional en la Comunidad de Madrid. Sería deseable subsanar esta laguna. En este momento, la tecnología disponible podría hacer posible extender los registros hospitalarios a poblacionales. Estos registros permitirán mejorar tanto aspectos preventivos y de investigación, como de evaluación y calidad asistencial.

Los programas de prevención de cáncer, enfermedades cardiovasculares, y de intervención frente de factores de riesgo, como los programas de nutrición, obesidad o de prevención de tabaquismo deben ser potenciados desde una perspectiva integral y acorde con la patología que se puede prevenir.

8.4. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar este objetivo

- ***Plan de prevención y control del riesgo cardiovascular en la Comunidad de Madrid.***
- ***Plan de prevención y control de cáncer en la Comunidad de Madrid.***
- ***Programa de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, factores de riesgo y determinantes socioeconómicos.***
- ***Programa de red de médicos centinela de la Comunidad de Madrid.***
- ***Programa de asma.***
- ***Programa de acciones para la prevención y mejora del control de la diabetes mellitus en la Comunidad de Madrid.***