

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6.

INFORMES:

- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2011.








BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6

Índice

INFORMES:

	Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2011.	3
	EDO. Semanas 22 a 26 (del 28 de mayo al 1 de julio de 2012)	44
	Brotes Epidémicos. Semanas 22 a 26, 2012	45
	Red de Médicos Centinela, semanas 22 a 26, 2012.	46
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, junio 2012	50

**INFORME:****HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL
DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2011*****Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a
Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J)
Año 2011***

*Informe elaborado por Lucía Díez-Gañán.
Servicio de Epidemiología. Comunidad de Madrid.*

ÍNDICE:

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	5
4. Resultados.....	6
4.1. Ejercicio físico.....	7
4.2. Alimentación.....	9
4.3. Dietas para adelgazar y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario.....	15
4.4. Sobrepeso y obesidad.....	16
4.5. Consumo de tabaco.....	18
4.6. Consumo de alcohol.....	20
4.7. Consumo de drogas de comercio ilegal.....	24
4.8. Relaciones sexuales.....	29
4.9. Accidentes.....	30
4.10. Seguridad vial.....	31
4.11. Información sobre temas de salud.....	33
4.12. Agregación de factores.....	37
4.13. Evolución de los indicadores.....	37
5. Bibliografía.....	41

1. RESUMEN

Antecedentes y objetivos: El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) dirigido a población juvenil, mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Metodología: Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de Salud Pública. En este informe analizamos los indicadores agrupados en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentabilidad y seguridad vial.

Resultados: El 40,9% de las chicas y el 8,9% de los chicos no realizan al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas. El consumo de alimentos mantiene un patrón con bajo consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería y chucherías saladas: un 55,6% no consume al menos dos raciones de fruta al día y un 37,6% no consume al menos una de verdura; el 66,7% consumen dos o más raciones diarias de cárnicos, y el 20,5% dos o más raciones de galletas o productos de bollería. El índice de masa corporal, estimado con los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes, muestra que un 19,0% de los chicos y el 10,3% de las chicas tienen sobrepeso u obesidad.

El 9,8% fuma diariamente, siendo, por primera vez desde los primeros datos registrados por el SIVFRENT-J en 1996, muy similar en chicas (9,9%) y chicos (9,6%). La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida es un 5,3%. Este consumo se realiza principalmente en fines de semana, lo que da lugar a ingestas excesivas agudas: el 30,8% ha realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón “binge drinking”) y el 19,5% afirma que se ha emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente es el hachís, con un 16,0% de consumidores en los últimos 12 meses. El 20,1% refiere que le han ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 8,4% en los últimos 30 días.

El 31,1% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 13,1% no han utilizado durante la última relación métodos de prevención del embarazo eficaces.

Un 16,8% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses, siendo casi tres veces más frecuente en chicos (24,7%) que en chicas (8,6%). La utilización del casco en moto continúa siendo baja ya que el 42,6% de los jóvenes que utilizan este vehículo no emplea siempre esta protección.

Las tendencias 1996-2011 muestran un importante avance en algunos de los indicadores estudiados, siendo especialmente reseñable por su magnitud la disminución del consumo de tabaco (sobre todo en las chicas) y de drogas de comercio ilegal, así como el incremento de las prácticas preventivas de seguridad vial. También hay que destacar aunque, en menor medida,

el consumo de alcohol, ya que, si bien ha disminuido la cantidad de consumo, los cambios han sido menores en los indicadores relacionados con las ingestas agudas de riesgo. Por el contrario, se observa un incremento sistemático del sobrepeso y obesidad que afecta a hombres y mujeres.

Conclusiones: Los resultados del SIVFRENT dirigido a población juvenil 2011 ponen de manifiesto la necesidad de prestar la máxima prioridad a los indicadores relacionados con el balance energético, donde continúa observándose un importante incremento del sobrepeso y obesidad junto con una dieta desequilibrada y elevada inactividad física, especialmente en las mujeres; así como a los relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, a pesar de las mejoras observadas, debido a su gran impacto sobre la salud.

2.- INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid, la mortalidad o los ingresos hospitalarios alcanzan las cifras más bajas en la adolescencia^{1,2}. Sin embargo, algunos problemas de salud adquieren especial importancia, como por ejemplo los embarazos no deseados (en el año 2010 se realizaron en la Comunidad de Madrid 2167 interrupciones voluntarias en menores de 20 años, el 10,6% del total, habiéndose duplicado su frecuencia en la última década)³, los trastornos del comportamiento alimentario, o la accidentabilidad. Por otro lado, la adolescencia es una etapa crítica, ya que en esta época se pueden adquirir y consolidar determinados comportamientos⁴, como el consumo de tabaco, alcohol y de otras sustancias adictivas, los malos hábitos de consumo alimentario y de ejercicio físico, que se trasladan a la edad adulta provocando consecuencias graves a medio y largo plazo si estos factores no se modifican⁵⁻⁸, como la aparición de tumores malignos, enfermedades cardiovasculares o enfermedades degenerativas.

Durante el año 2011 se ha realizado la decimosexta encuesta seriada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J)⁹⁻²⁴, cuyo objetivo es conocer la evolución de los principales factores de riesgo ligados al comportamiento. La estructura del cuestionario y la similar metodología utilizada, permite comparar los diferentes indicadores durante estos dieciséis años de estudio.

Como en años anteriores, el trabajo de campo de esta encuesta fue realizado con la colaboración de la Dirección General de Educación Secundaria y Enseñanzas Profesionales de la Consejería de Educación.

3. METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Población escolarizada en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de la Comunidad de Madrid.

3.2. DISEÑO MUESTRAL

La **muestra** de población a estudiar se extrae mediante un muestro de conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares y las de segunda etapa, por las aulas. Los **criterios de**

estratificación fueron: la zona geográfica (Madrid y resto de municipios) y la titularidad de los centros escolares (públicos y concertados/privados).

La **asignación muestral** en cada estrato ha sido proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados.

Como **fuentes de datos** para la selección muestral se ha utilizado el censo de centros escolares facilitado por la Consejería de Educación. La **selección** de las unidades de primera etapa (centros escolares) se ha realizado con probabilidad proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados en dichas unidades. La selección de las unidades de segunda etapa ha sido constante, muestreando dos aulas por centro escolar.

El **tamaño muestral** ha sido de 2.011 entrevistas distribuidas en 89 aulas de 45 centros escolares.

La **técnica de entrevista** se ha basado en un cuestionario autoadministrado en aula, cuya duración media de cumplimentación fue de 45 minutos.

El **período de realización** de las entrevistas ha sido el mes de abril de 2011.

3.3. CUESTIONARIO

Se ha utilizado el mismo cuestionario que en los años precedentes, estructurado en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentes, seguridad vial e información sobre temas de salud.

3.4. PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES

El error estándar del estimador se ha calculado teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante el programa STATA versión 10.0²⁵.

4. RESULTADOS

En la Tabla 1 se exponen las características de la muestra así como la tasa de respuesta.

Del total de centros inicialmente seleccionados, 12 no colaboraron en el estudio. Un 9,2% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta, un estudiante (0,045% del total de estudiantes a encuestar) no deseaba participar en el estudio (negativas), 2 cuestionarios fueron excluidos por presentar más del 50% en blanco (0,09%) y 5 se descartaron por presentar inconsistencias (0,2%). La **tasa de respuesta global** fue 71,4%.

En el análisis de resultados referidos a los totales y sexo se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Sin embargo, al elaborar el análisis según la edad se ha decidido comparar únicamente los jóvenes de 15 y 16 años, no exponiendo información estratificada para los que tienen 17 años o más. Esta decisión se justifica porque los de 17 o más años no

son representativos del conjunto de jóvenes de estas edades escolarizados en la Comunidad de Madrid, sino que corresponden a aquellos estudiantes que, por diferentes circunstancias, han repetido uno o más cursos, y presentan, probablemente, unos indicadores con prevalencias mucho más elevadas que el conjunto de jóvenes de 17 o más años.

Tabla 1.
Tamaño, tasa de respuesta y características de la muestra del SIVFRENT-J 2011

Tamaño muestral:	2.011
Nº estudiantes	45
Nº Colegios	89
Nº aulas	
Tasa de respuesta (%)	
Colegios	78,9
Estudiantes	90,5
Global	71,4
Sexo (%)	
Hombres	51,2
Mujeres	48,8
Edad (%)	
15	36,5
16	43,1
17 y más	20,4
Titularidad (%)	
Pública	54,6
Concertada/Privada	45,4

4.1. EJERCICIO FÍSICO

Una gran parte de los jóvenes, un 76,8%, realizan alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar la mayoría de los días. Sin embargo, un 4,6% de los chicos y un 13,0% de las chicas no llegan a realizar algún tipo de actividad de forma regular al menos 3 veces a la semana.

Si consideramos la frecuencia de realización de **actividades vigorosas o intensas** (definidas en esta encuesta como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo), la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 24,5%, destacando que un 8,7% no realizan ninguna vez estas actividades (Figura 1). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 8,9% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 40,9% de las chicas.

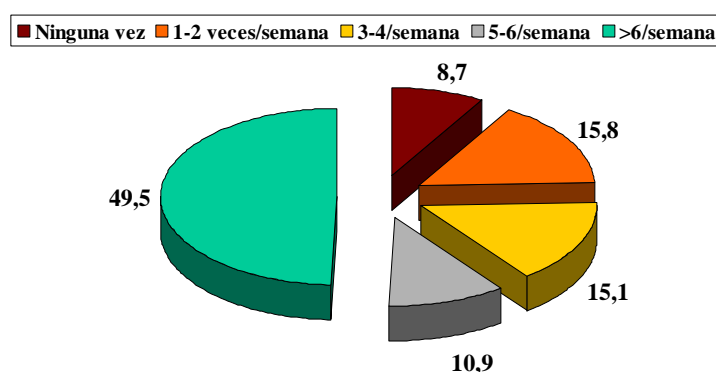
En la Tabla 3 podemos apreciar las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas con al menos una periodicidad semanal. En los chicos, el deporte más frecuentemente practicado con gran diferencia sobre el siguiente es el fútbol, dado que un 71,9% lo practica

alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar el footing (43,7%) y el tercero el baloncesto (39,9%). En las chicas, el footing es la actividad preferida, aunque sólo algo más de la cuarta parte lo practica (27,4%), seguido del baile/ballet (26,2%) y el fútbol (22,1%).

Comparando la estimación promedio del 2010/2011 con la de 1996/1997, en la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Figura 2) se observa un incremento porcentual del 8,7% en las chicas mientras que en los chicos ha disminuido un 12,9%.

Figura 1

**FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO VIGOROSO
O INTENSO* DE FORMA SEMANAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS.
COMUNIDAD DE MADRID, 2011**



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Tabla 2.
Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico 3 o más días a la semana, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	8,7 (6,9-10,5)	4,6 (3,0-6,1)	13,0 (10,3-15,8)	7,9 (5,8-10,1)	9,2 (6,8-11,5)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	24,5 (21,6-27,4)	8,9 (7,0-10,8)	40,9 (36,7-45,0)	22,2 (17,7-26,6)	25,6 (22,0-29,2)

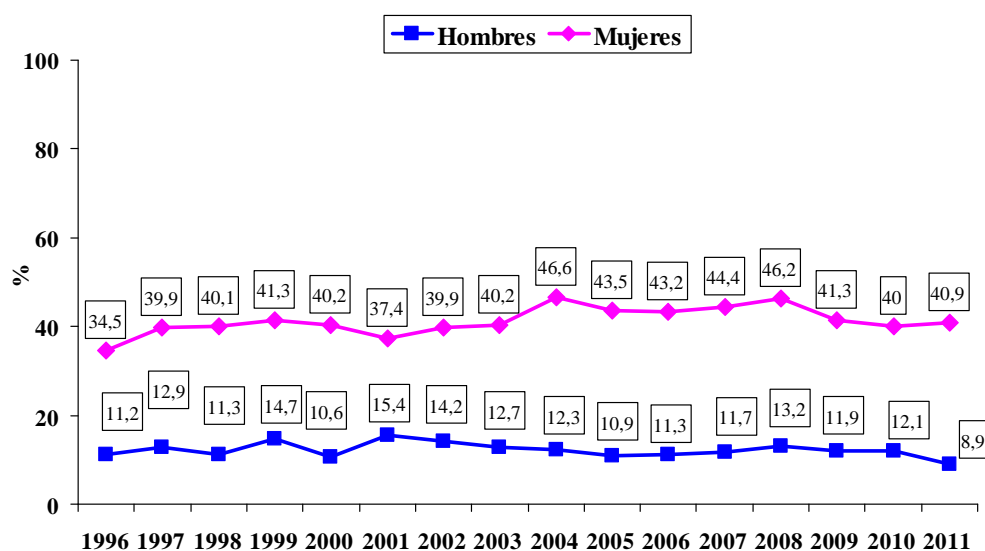
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Tabla 3.
Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo

HOMBRES		MUJERES	
1. Fútbol	71,9%	1. Footing	27,4%
2. Footing	43,7%	2. Baile/ballet	26,2%
3. Baloncesto	39,9%	3. Fútbol	22,1%
4. Pesas/Gimnasia con aparatos	37,5%	4. Natación	18,1%
5. Bicicleta	31,9%	5. Bicicleta	18,1%

Figura 2

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO REALIZAN EJERCICIO FÍSICO INTENSO* 3 O MÁS DÍAS A LA SEMANA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

4.2. ALIMENTACIÓN

Para recoger la información de este apartado se utiliza un cuestionario de frecuencia de consumo no cuantitativo, diferenciado para cada una de las cinco comidas diarias (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena). El cuestionario no incluye una lista exhaustiva de alimentos sino aquellos más representativos de cada uno de los grupos. Posteriormente, estas frecuencias se acumulan para valorar su consumo diario, expresando la ingesta en número de veces/día que equiparamos a raciones/día.

LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS

El consumo de leche en esta población es de 1,5 raciones/día. El 16,2% de los jóvenes no llega a consumir una ración de leche al día y un 61,8% no alcanza las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche desnatada o semidesnatada es muy frecuente: un 62,6% de las chicas y un 49,4% de los chicos que toman este producto lo consumen de forma habitual con menor cantidad de grasa.

Considerando el grupo de leche y derivados lácteos en su conjunto, el consumo es de 3,2 raciones/día. Un 48,5% de los jóvenes presenta un consumo inferior a las tres raciones diarias, un 23,0% consume menos de 2 raciones/día y un 4,9% no llega a tomar al menos una ración/día.

Comparando con el promedio 1996/1997, en 2010/2011 se observa una mejora en el consumo de leche y derivados lácteos en los chicos, ya que el porcentaje que consume menos de 3 raciones al día de estos alimentos ha disminuido (Figura 3), mientras en las chicas ha empeorado ligeramente.

FRUTA

El consumo medio de fruta es de 1,7 raciones diarias. Un 29,1% de los jóvenes no llegan a consumir una ración diaria de fruta y, en concreto, el 4,6% (4,8% de los chicos y 4,5% de las chicas) no suele tomar nada de fruta. El 55,6% no ingiere al menos dos raciones y el 78,8% (82,9% de los chicos y 74,4% de las chicas) ingiere menos de tres raciones/día. Tanto el consumo medio como la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones de fruta al día, continúa siendo superior en las chicas que en los chicos.

Como se puede observar en el Figura 4, tanto en el periodo 1996/1997-2010/2011 como en el último año, el indicador de consumo de frutas en los jóvenes ha empeorado tanto en chicos como en chicas, al aumentar la proporción de jóvenes que consumen menos de 2 raciones de fruta al día.

VERDURA Y HORTALIZAS

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) es de 1,3 raciones diarias. Un 37,6% de los jóvenes consumen menos de una ración diaria y, en concreto, el 3,5% (4,3% de los chicos y 2,7% de las chicas) no suele tomar nada de verdura.. Su consumo es mucho más frecuente en las chicas que en los chicos, tanto a nivel de ingesta media, como en la proporción de jóvenes que consumen menos de una ración al día.

Como en las frutas, tanto en el periodo 1996/1997-2010/2011 como en el último año, este indicador ha empeorado tanto en chicos como en chicas, al aumentar la proporción de jóvenes que consumen menos de una ración de verdura al día (Figura 5).

Valorando **conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras**, grupos de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que el 47,8% no llega a consumir al menos 3 raciones/día (el 54,8% de los chicos y el 40,5%

de las chicas). Sólo el 20,0% (15,9% de los chicos y 24,4% de las chicas) ingiere la cantidad recomendada, 5 o más raciones al día.

CARNE Y DERIVADOS

El consumo medio agrupado de carne (filete de ternera/vaca/cerdo, pollo, hamburguesa, otras carnes) y derivados (embutidos y salchichas) es de 2,8 raciones diarias. El consumo de embutidos es de 0,9 raciones diarias. La frecuencia de consumo es superior en los chicos que en las chicas, tanto de forma media como en la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones diarias.

Comparando el periodo 2010/2011 con 1996/1997, se observa un descenso superior al 10% en este indicador, tanto en chicos como en chicas (Figura 6).

GALLETAS Y BOLLERÍA

El consumo de este tipo de alimentos es de 1,1 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que lo consumen dos o más veces al día es de un 20,5%, observándose una frecuencia muy similar en los chicos (20,6%) y en las chicas (20,4%).

En los chicos se observa una disminución muy notable, del 34,9% en los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, y en las chicas una disminución también importante, del 18,6% (Figura 7).

OTROS ALIMENTOS

El consumo de **pan** es de 1,9 raciones diarias, con un mayor consumo por parte de los chicos. El consumo acumulado de **arroz y pasta** es de 6-7 raciones a la semana, y el de **legumbres** de 2-3. Por otro lado, la ingesta de **huevos** o tortilla es de 4-5 raciones a la semana. Finalmente, la ingesta de **pescado** es de 3-4 a la semana, siendo superior el consumo de este alimento en las mujeres que en los hombres.

No hay grandes variaciones del consumo de estos alimentos respecto a años anteriores.

CHUCHERÍAS SALADAS (patatas fritas, gusanitos, cortezas...)

El consumo de estos productos continúa siendo muy extendido en la población adolescente. El 10,1% de los chicos y el 14,9% de las chicas consumen chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Los jóvenes con elevados consumos de este producto tienen un perfil alimentario más desequilibrado, con mayor ingesta de productos cárnicos y bollería y menor de fruta y verdura.

A pesar de la mejora en algunos indicadores, se sigue observando un patrón de consumo alimentario con un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje importante de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas.

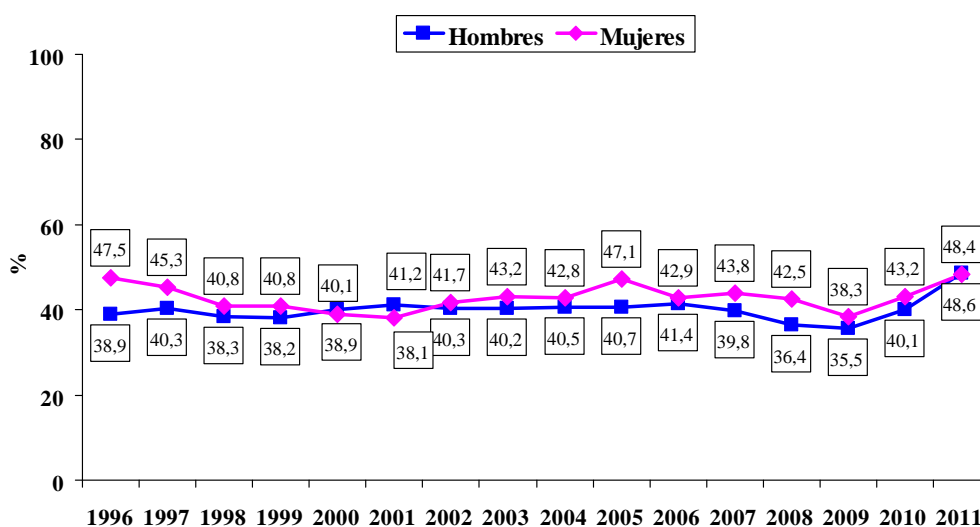
Tabla 4.
Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
% Consumo <1 ración de leche/día	16,2 (13,9-18,5)	11,2 (8,9-13,4)	21,5 (18,0-25,0)	12,6 (9,4-15,8)	16,2 (13,5-18,9)
% Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	48,5 (46,1-51,0)	48,6 (45,2-52,1)	48,4 (45,2-51,6)	45,7 (41,8-49,6)	50,6 (47,7-53,6)
% Consumo <2 raciones de fruta/día	55,6 (52,5-58,8)	60,4 (57,0-63,8)	50,7 (46,1-55,2)	50,5 (45,8-55,1)	57,4 (53,4-61,4)
% Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	37,6 (34,6-40,6)	44,0 (40,5-47,5)	31,0 (26,8-35,1)	36,4 (32,3-40,5)	37,7 (33,2-42,1)
% Consumo ≥ 2 raciones productos cárnicos/día	66,7 (64,3-69,2)	68,4 (65,5-71,4)	64,9 (61,0-68,9)	64,2 (60,2-68,1)	65,6 (62,3-68,9)
% Consumo ≥ 2 raciones de galletas, bollería/día	20,5 (18,5-22,5)	20,6 (17,7-23,5)	20,4 (17,7-23,1)	17,9 (14,8-21,0)	21,0 (18,3-23,6)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

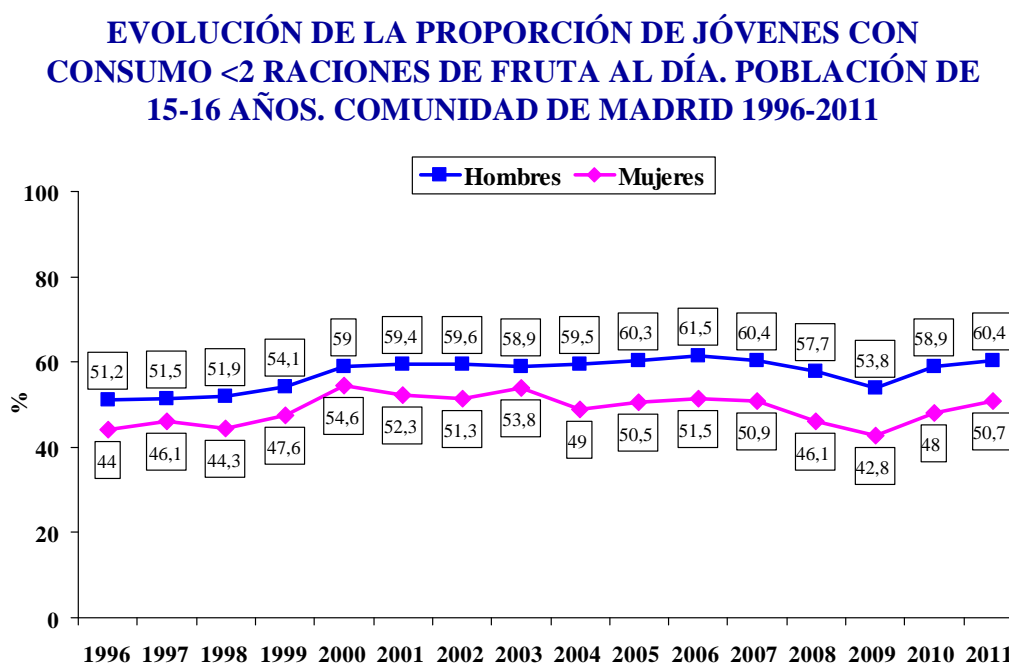
Figura 3

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO <3 RACIONES DE LECHE Y DERIVADOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



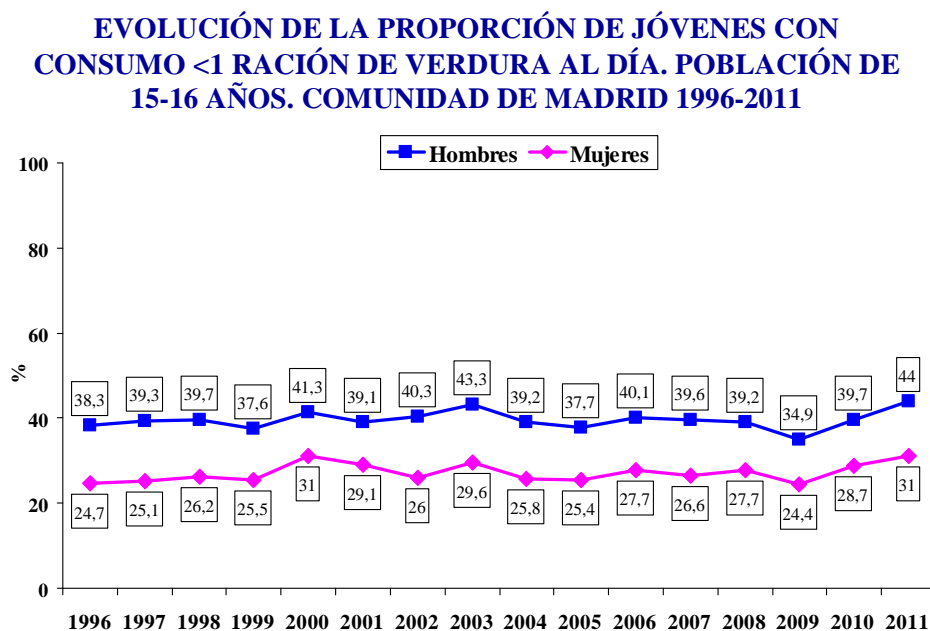
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 4



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

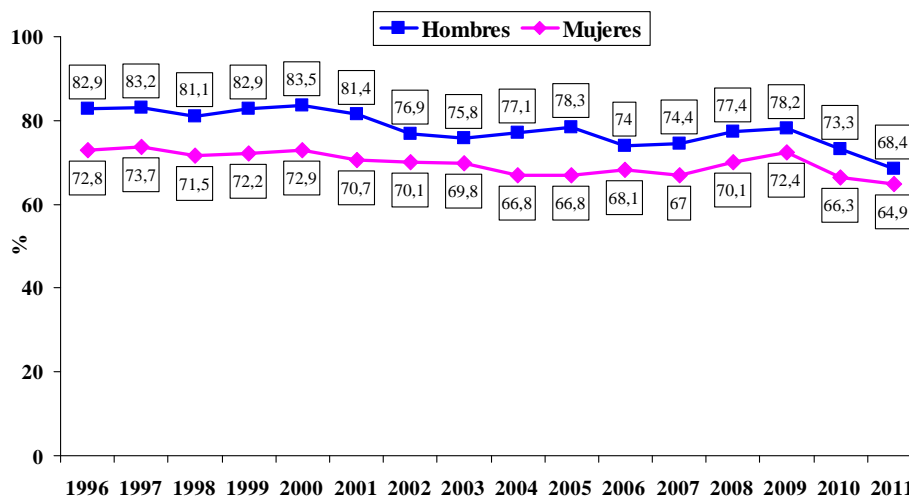
Figura 5



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 6

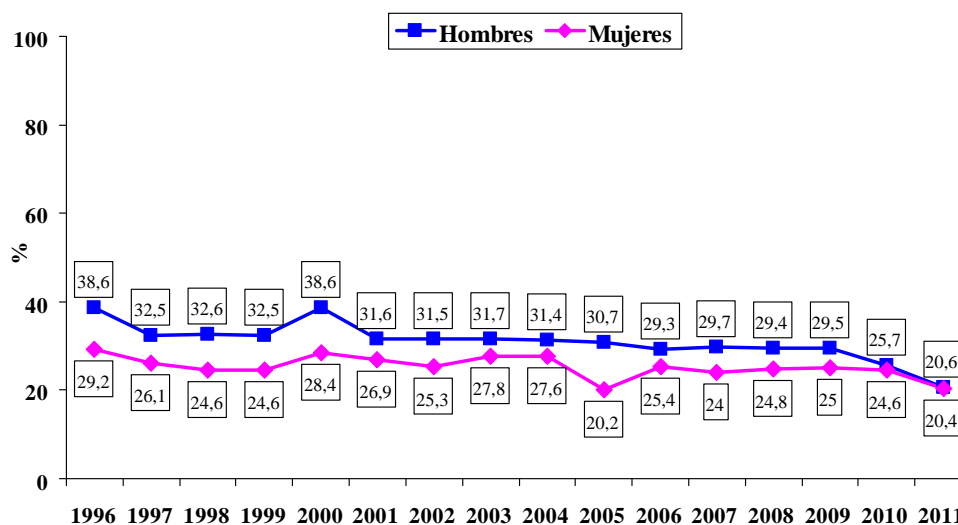
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO ≥ 2 RACIONES DE PRODUCTOS CÁRNICOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 7

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO ≥ 2 RACIONES DE BOLLERÍA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.3. PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, REALIZACIÓN DE DIETAS PARA ADELGAZAR, Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

El 16,6% de los chicos y el 33,7% de las chicas consideran que tienen exceso de peso o que están obesos.

El 30,2% de los jóvenes afirma haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 19,4% han llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizan tres veces más frecuentemente dietas para adelgazar que los chicos, alcanzando una prevalencia del 30,5%.

En los años 2010/2011 comparando con el promedio de 1996/1997, la proporción de jóvenes que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 71,6% en los chicos y un 9,3% en las chicas (Figura 8).

Tabla 5.
Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, según sexo y edad:
% (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	25,0 (22,6-27,3)	16,6 (14,2-18,9)	33,7 (30,5-36,9)	24,9 (20,9-28,9)	23,0 (20,0-25,9)
Realización de dietas en los últimos 12 meses	30,2 (27,7-32,7)	19,9 (17,4-22,4)	41,0 (37,4-44,7)	28,0 (23,1-32,7)	29,7 (26,2-33,1)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	19,4 (17,5-21,4)	8,9 (6,8-11,0)	30,5 (27,2-33,8)	18,9 (15,1-22,7)	19,7 (16,7-22,6)
No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	6,9 (5,6-8,2)	3,7 (2,5-4,9)	10,3 (8,0-12,7)	5,8 (3,9-7,6)	6,2 (4,3-8,1)
Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	4,4 (3,4-5,4)	1,3 (0,6-2,0)	7,7 (5,8-9,5)	4,5 (3,0-6,0)	4,2 (2,9-5,5)
Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	2,8 (2,0-3,6)	1,1 (0,5-1,7)	4,6 (3,3-5,9)	2,6 (1,3-3,9)	2,4 (1,4-3,5)

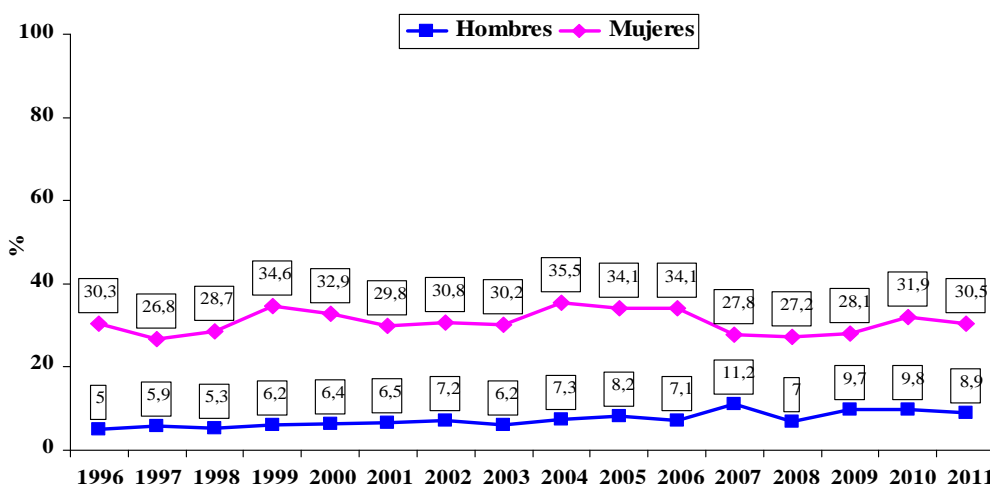
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

En esta encuesta se ha continuado con las preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario incluidas en el cuestionario desde 1999⁹, con objeto de conocer la frecuencia de determinadas conductas para evitar un incremento de peso. Se estima la proporción de personas que no han ingerido ningún alimento en 24 horas, aquellas que se han provocado vómitos, así como las que han utilizado laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses.

El 4,7% de los chicos y el 16,8% de las chicas responde afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 4,0% del total de mujeres responde a dos y el 0,9% a los tres). Concretamente, durante el último año el 10,3% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 7,7% se han provocado vómitos para perder peso, y un 4,6% han utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

Figura 8

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.4. SOBREPESO Y OBESIDAD

Para la estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha empleado el Índice de Masa Corporal (IMC), calculado, a partir de los datos de peso y talla referidos por la persona encuestada, como el cociente del peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m^2). Para determinar la presencia de sobrepeso u obesidad se han empleado los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al²⁶. Conviene mencionar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad estimados, al estar basada en datos subjetivos, está infraestimada respecto a la prevalencia observada en mediciones objetivas. Teniendo en cuenta el error de medida para el sobrepeso y obesidad de forma conjunta, la prevalencia real podría ser un 50% superior a la observada de forma subjetiva²⁷.

El 13,2% y 1,5% de los jóvenes tiene sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo el sobrepeso casi dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres y la obesidad, 1,6 veces más frecuente en los chicos que en las chicas.

La evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre 1996/1997 y 2010/2011, presenta un incremento del 17,1% en los hombres, aumentando en las mujeres un 86,2% (Figura 9).

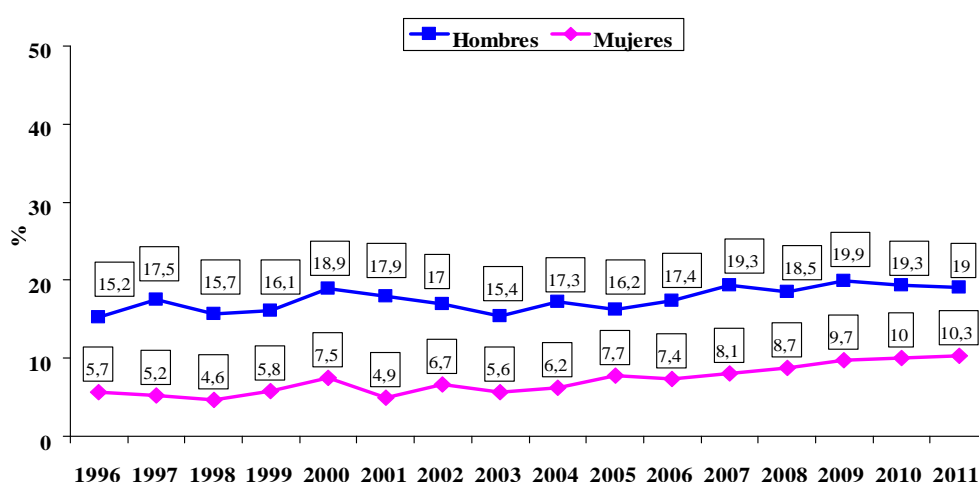
Tabla 6.
Proporción de jóvenes con sobrepeso y obesidad*, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Sobrepeso	13,2 (11,5-15,0)	17,1 (14,1-20,1)	9,2 (7,1-11,2)	12,6 (9,9-15,2)	11,9 (9,6-14,2)
Obesidad	1,5 (0,9-2,2)	1,9 (0,9-2,9)	1,2 (0,4-1,9)	1,3 (0,3-2,2)	1,4 (0,5-2,3)

*Según puntos de corte internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al. (IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 9

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON
SOBREPESO U OBESIDAD*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS.
COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011**



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

* Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

4.5. CONSUMO DE TABACO

En el Figura 10 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, el 24,0% fuma con mayor o menor asiduidad, un 63,0% no fuma, y el 13,1% son exfumadores. Del total de jóvenes, el 9,8% fuma diariamente, y el 7,7% fuma alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 17,5% de fumadores habituales.

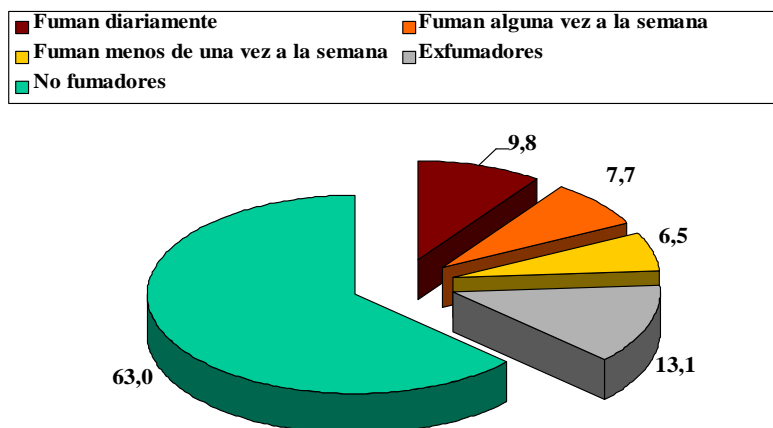
La proporción de jóvenes que **fuma diariamente** es muy similar en las mujeres (9,9%) que en los hombres (9,6%) y la prevalencia se incrementa rápidamente con la edad: el 8,6% de los jóvenes de 16 años fuma diariamente frente al 4,7% de los que tienen 15 años. La prevalencia de consumo superior a 10 cigarrillos al día es un 1,2% en hombres y un 1,0% en mujeres.

El 8,0% del total de entrevistados tiene **permiso de los padres** para fumar, aumentando al 34,2% en aquellos jóvenes que fuman diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar es mayor en el caso de que los padres fumen. Cuando no fuma ninguno tiene permiso el 4,0%, mientras que cuando fuma uno o ambos padres lo tiene el 11,8%. La influencia del entorno familiar a la hora de adquirir determinadas conductas de salud se manifiesta claramente en el caso del consumo de tabaco. Cuando uno de los padres o ambos fuma, el consumo de tabaco (de forma diaria) de los hijos es del 14,0%, reduciéndose al 5,4% cuando no fuma ninguno.

Si comparamos el promedio de consumo diario de los dos últimos años (2010/2011) frente a los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 60,4% en los chicos y del 61,2% en las chicas. En concreto en 2011, en las chicas se observa una fuerte disminución, frente a un periodo entre 2008 y 2010 que mostraba una situación muy estable, mientras que los chicos presentan unas cifras que no difieren llamativamente de las de los dos años anteriores (Figura 11).

Figura 10

CONSUMO DE TABACO. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Tabla 7.
Proporción de jóvenes fumadores diarios y permiso de los padres para fumar, según sexo y edad: % (IC95%)

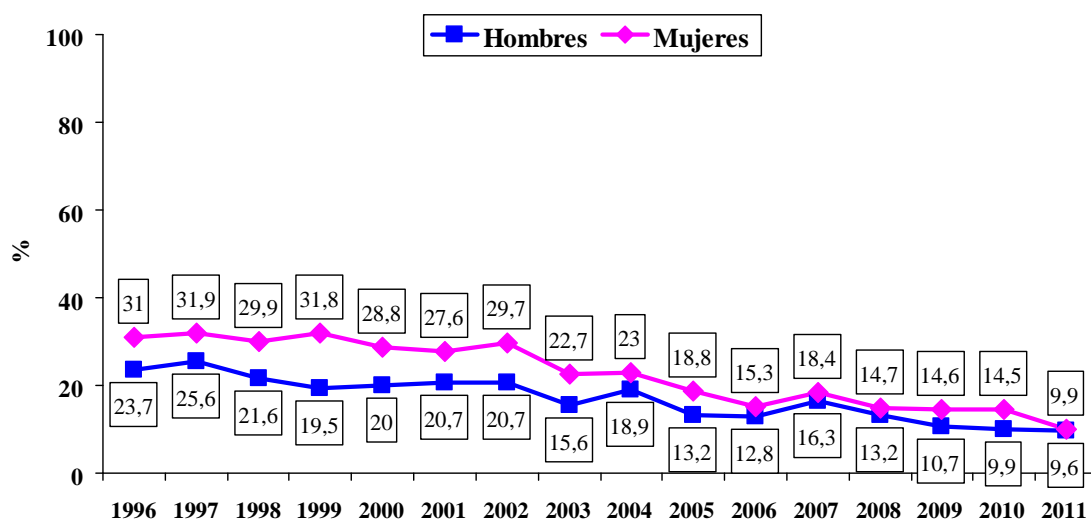
	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Fumadores diarios	9,8 (8,3-11,2)	9,6 (7,7-11,6)	9,9 (8,0-11,8)	4,7 (3,2-6,1)	8,6 (6,3-10,9)
Fumadores >10 cigarrillos	1,1 (0,6-1,6)	1,2 (0,5-1,8)	1,0 (0,4-1,7)	0,3 (--)*	0,5 (--)*
Permiso de los padres para fumar	8,0 (6,6-9,4)	8,4 (6,6-10,2)	7,6 (5,8-9,4)	4,1 (2,3-5,9)	6,5 (5,0-8,1)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

(--)*: Variación superior al 100%

Figura 11

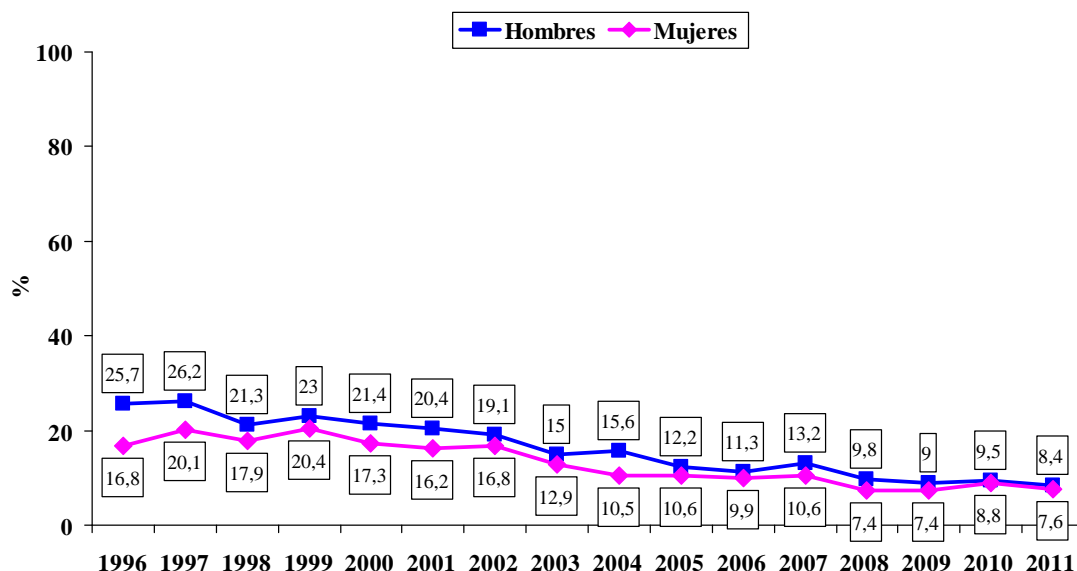
**EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES DIARIOS.
 POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1996-2011**



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 12

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON PERMISO
DE LOS PADRES PARA FUMAR. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS.
COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011**



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.6 . CONSUMO DE ALCOHOL

El 53,5% de los jóvenes ha consumido algún tipo de bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la entrevista y el 9,9% (11,8% de los chicos y 7,9% de las chicas) ha ingerido alcohol 6 o más días.

El **consumo medio** de bebidas alcohólicas supone una ingesta de 64,8 cc. de alcohol puro semanal. Los chicos, con una media de 70,4 cc., tienen un consumo superior al de las chicas (59,0 cc.). Asimismo, se observa un incremento del consumo, 62,1 cc. frente a 44,4 cc., en los chicos de 16 años respecto a los de 15.

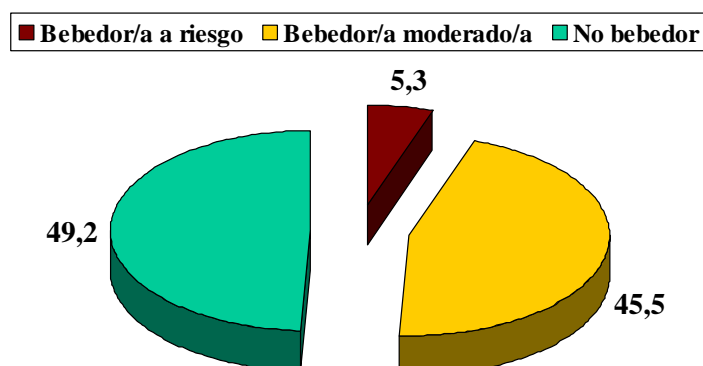
La bebida consumida con mayor frecuencia, tanto en los chicos como en las chicas, es el combinado o cubata, que representa el 57,0% del total de alcohol puro consumido.

Siguiendo el criterio utilizado en la población adulta para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol, se ha considerado como bebedores/as moderados/as aquellos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc. en hombres y de 1-29 cc. en mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc. o más y de 30 cc. o más, respectivamente.

Globalmente, el 5,3% de los jóvenes son clasificados como **bebedores a riesgo**, el 45,5% como bebedores moderados y el 49,2% como no bebedores (Figura 13). La proporción de bebedores a riesgo es moderadamente superior en mujeres (6,2%) que en hombres (4,5%), y en jóvenes de 16 años (5,3%) frente a los de 15 (2,1%).

Figura 13

**CLASIFICACION SEGUN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO*.
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2011**



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

*Bebedor moderado: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de 1-49 cc. en chicos y de 1-29 cc. en chicas.

Bebedor a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc. en los chicos y ≥ 30 cc. en las chicas.

El **consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión** (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 30,8% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo un poco más frecuente en los hombres que en las mujeres (31,4% frente al 30,1%), y en los jóvenes de 16 años (31,0%) respecto a los de 15 (22,8%).

El 44,1% afirma haberse **emborrachado** alguna vez en los últimos 12 meses y el 19,5% en los últimos 30 días.

Por último, el 16,4% de los jóvenes ha **viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol**.

La disminución del consumo de alcohol es menos marcada que la del tabaco, aunque en el caso de los bebedores de riesgo sigue un patrón temporal similar. El descenso de mayor magnitud se observa en los bebedores de riesgo, presentando el resto de indicadores disminuciones menores, aunque igualmente importantes. Hay que destacar que los descensos observados en los diferentes indicadores son, en términos relativos, mayores en los chicos que en las chicas, salvo en el viaje en algún vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol (Figuras 14-17).

Tabla 8.

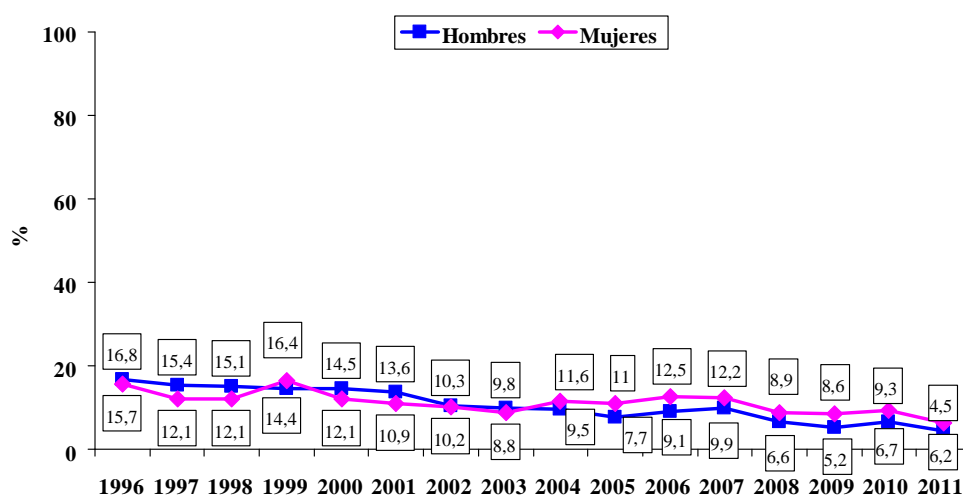
Proporción de bebedores a riesgo, de consumo excesivo de alcohol y de haber viajado con el conductor bajo los efectos del alcohol, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	5,3 (3,9-6,7)	4,5 (2,8-6,2)	6,2 (4,4-8,0)	2,1 (0,8-3,3)	5,3 (3,4-7,2)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	30,8 (27,8-33,7)	31,4 (27,6-35,3)	30,1 (26,9-33,2)	22,8 (18,8-26,7)	31,0 (27,3-34,8)
Borrachera en los últimos doce meses	44,1 (40,6-47,6)	44,8 (39,3-46,2)	45,5 (40,9-50,2)	37,1 (32,5-41,7)	43,8 (39,1-48,5)
Borrachera en los últimos 30 días	19,5 (16,7-22,4)	20,5 (17,0-24,0)	18,6 (15,2-22,0)	14,1 (10,8-17,3)	18,6 (15,3-21,9)
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	16,4 (14,1-18,6)	17,1 (14,0-20,2)	15,6 (13,0-18,2)	13,1 (10,8-15,4)	14,8 (11,9-17,7)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 14

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011

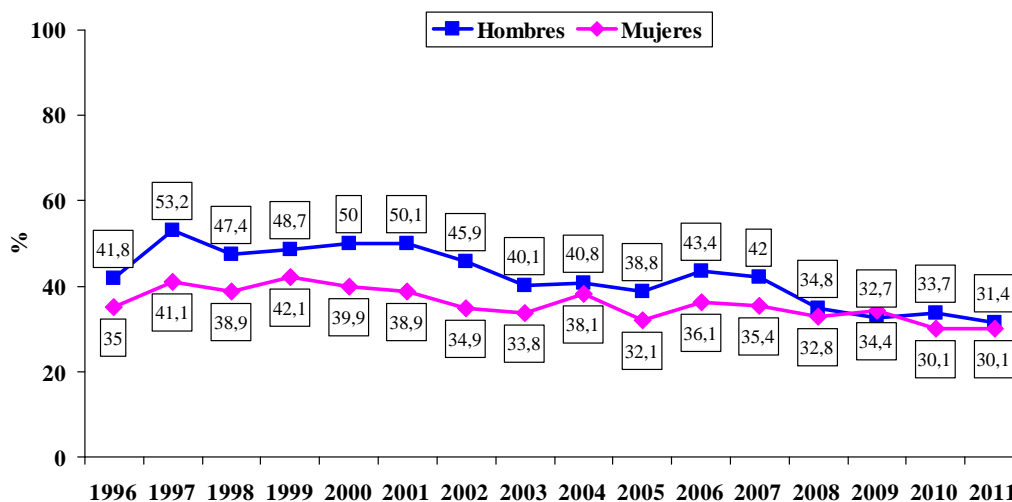


Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

*Bebedores a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc. en los chicos y ≥ 30 cc. en las chicas.

Figura 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO EXCESIVO* EN UNA MISMA OCASIÓN EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011

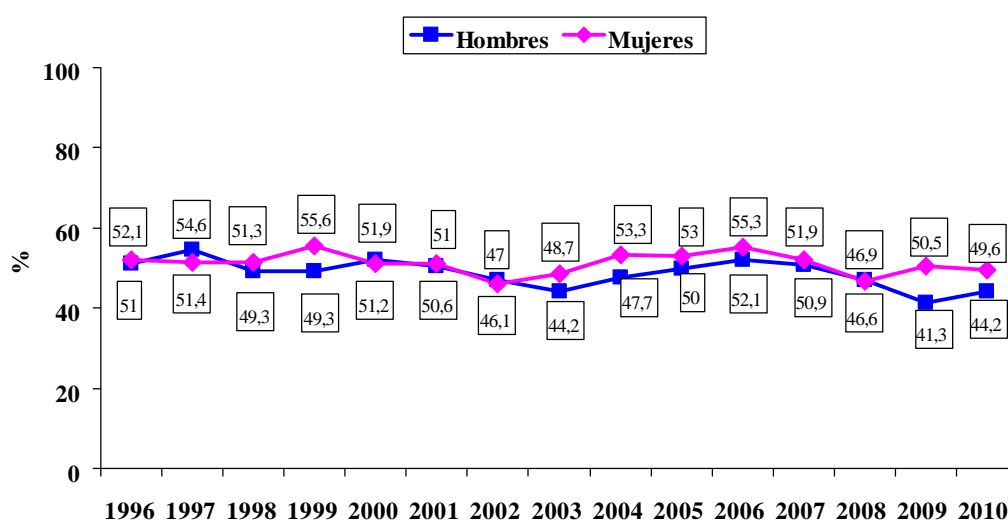


Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

* Consumo excesivo: consumo ≥ 60 cc. de alcohol en una misma ocasión

Figura 16

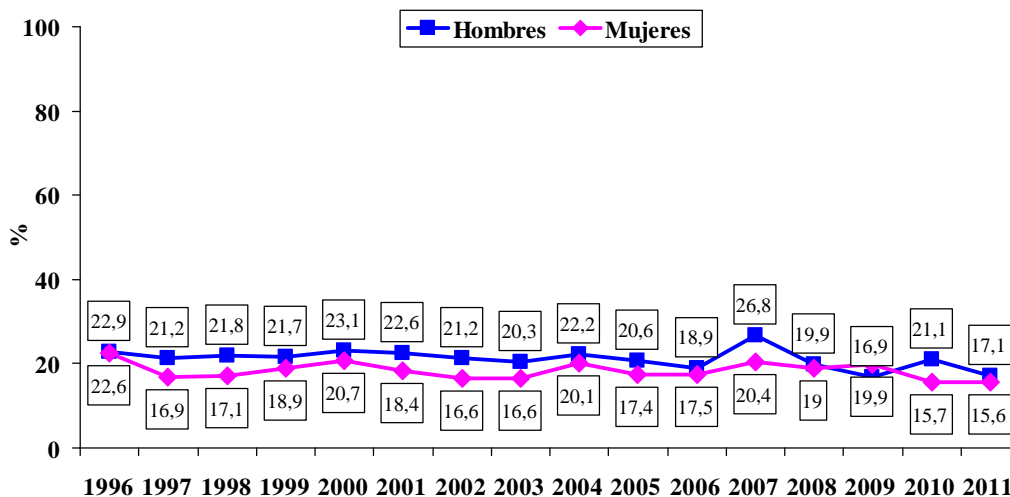
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE SE HAN EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 17

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN VIAJADO EN UN VEHÍCULO CON EL CONDUCTOR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.7. CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 16,0% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 9,2% en los últimos 30 días. La segunda sustancia más frecuentemente consumida son los tranquilizantes sin prescripción, con un consumo en los últimos 12 meses en el 1,3% de los jóvenes. La droga menos consumida es la heroína.

De forma agregada, el 17,7% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 9,9% en los últimos 30 días.

Al 20,1% de los jóvenes les han **ofrecido drogas** en los últimos 12 meses, y a un 8,4% en los últimos 30 días.

Exceptuando los tranquilizantes sin prescripción y el consumo de hachís, la disminución entre 1996/1997-2010/2011 del resto de drogas de consumo ilegal fluctúa en un rango que va del 72,0% en las sustancia volátiles al 91,5% en el éxtasis u otras drogas de diseño. Los tranquilizantes sin prescripción descienden más moderadamente, un 50,8%, y aún más lentamente el consumo de hachís (29,6%), del que se observa, no obstante, una disminución progresiva desde el año 2003 (Figura 18).

Tabla 9.
Proporción de jóvenes con consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	1,3 (0,7-1,8)	0,5 (0,06-0,9)	2,1 (1,1-3,0)	1,9 (0,8-3,0)	0,7 (0,1-1,3)
Hachís	16,0 (13,4-18,5)	18,7 (15,1-22,3)	13,1 (10,7-15,6)	11,0 (7,8-14,2)	16,3 (12,7-19,9)
Cocaína	0,6 (0,2-0,9)	0,6 (--)*	0,6 (0,05-1,1)	0,1 (--)*	0,5 (--)*
Heroína	0,2 (--)*	0,1 (--)*	0,2 (--)*	0,0 (--)*	0,2 (--)*
Speed o anfetaminas	0,4 (0,08-0,7)	0,6 (0,05-1,1)	0,2 (--)*	0,0 (--)*	0,4 (--)*
Extasis u otras drogas de diseño	0,4 (0,1-0,7)	0,5 (0,07-0,09)	0,3 (--)*	0,0 (--)*	0,7 (0,04-1,4)
Alucinógenos	0,6 (0,09-1,1)	1,1 (0,08-2,1)	0,1 (--)*	0,1 (--)*	0,9 (--)*
Sustancias volátiles	0,5 (0,2-0,8)	0,6 (0,06-1,1)	0,4 (--)*	0,4 (--)*	0,7 (0,05-1,4)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%; (--)*: Variación superior al 100%

Tabla 10.
Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal, según sexo y edad: % (IC95%)

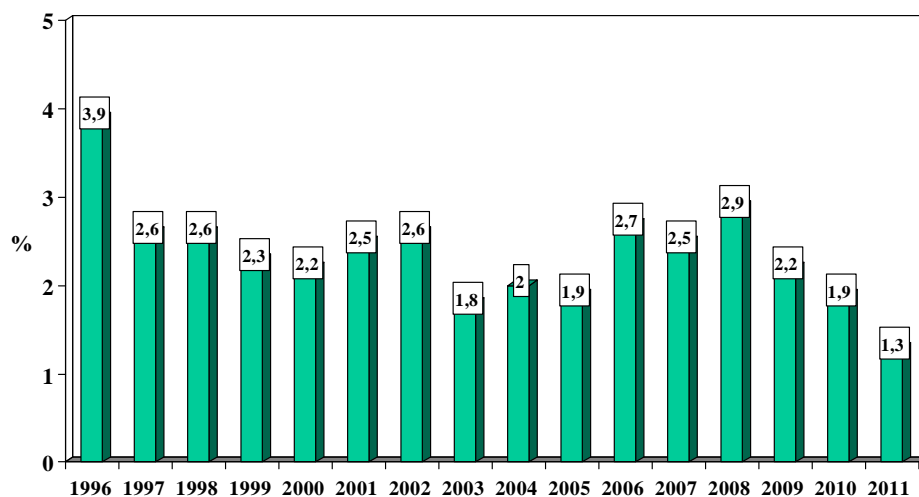
	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	20,1 (17,7-22,6)	22,8 (19,8-25,9)	17,3 (14,0-20,6)	20,2 (16,6,1-23,8)	19,5 (16,2-22,8)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	8,4 (6,9-10,0)	10,6 (8,4-12,8)	6,1 (4,2-8,1)	6,9 (4,8-9,0)	9,0 (6,7-11,4)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 18

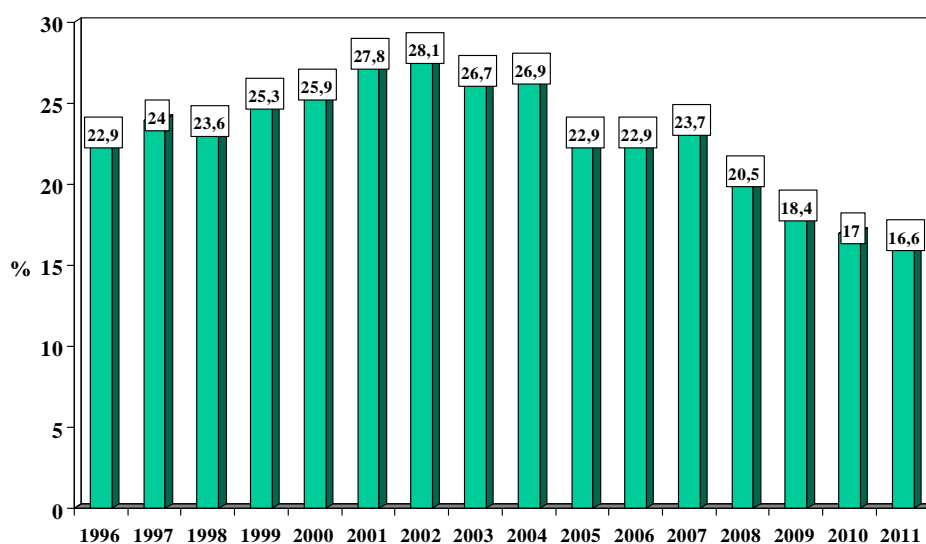
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE DIVERSAS DROGAS DE COMERCIO ILEGAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011

TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN

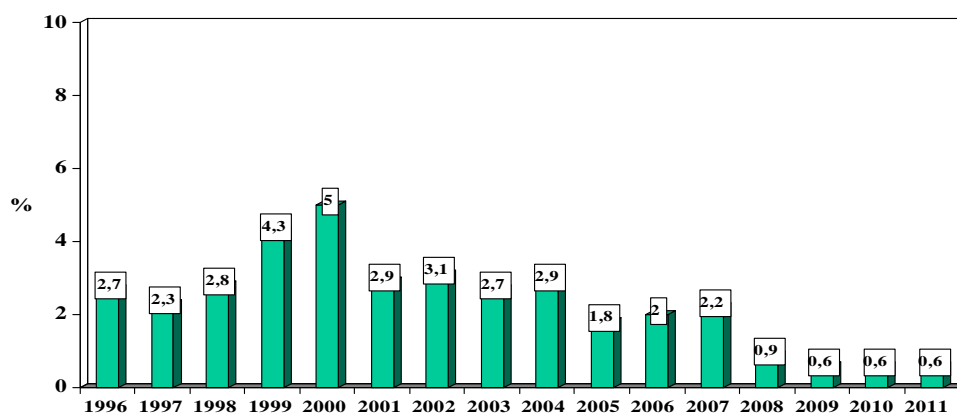


Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

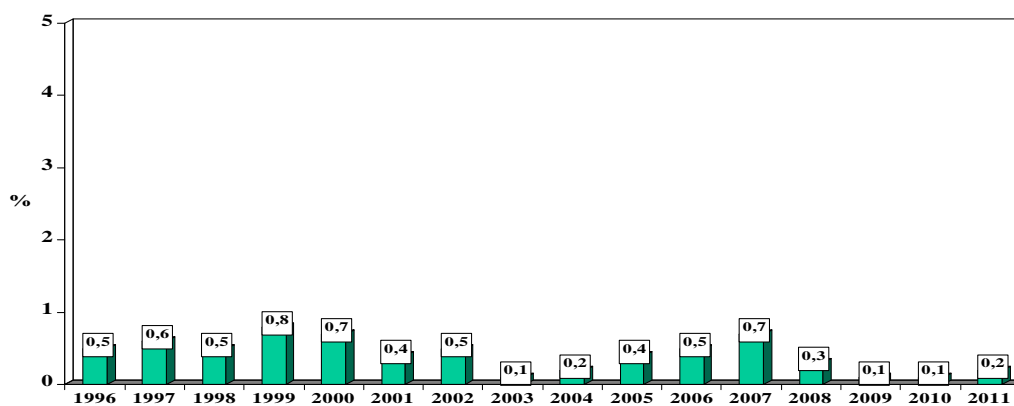
HACHÍS



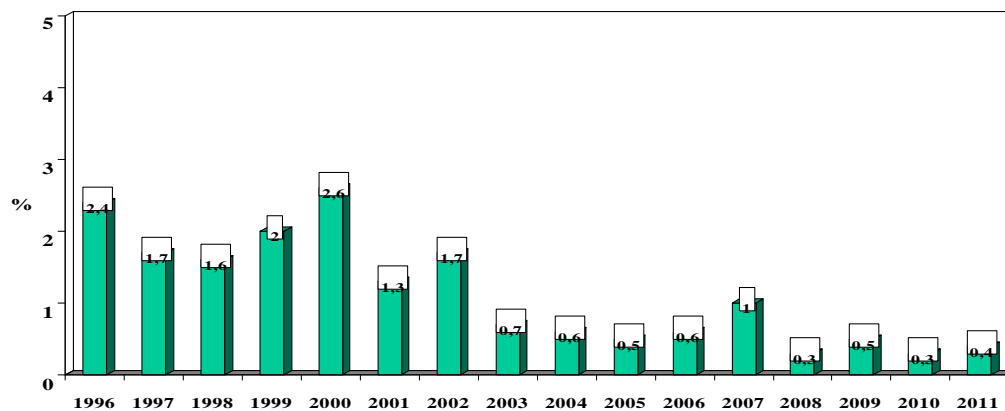
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

COCAÍNA

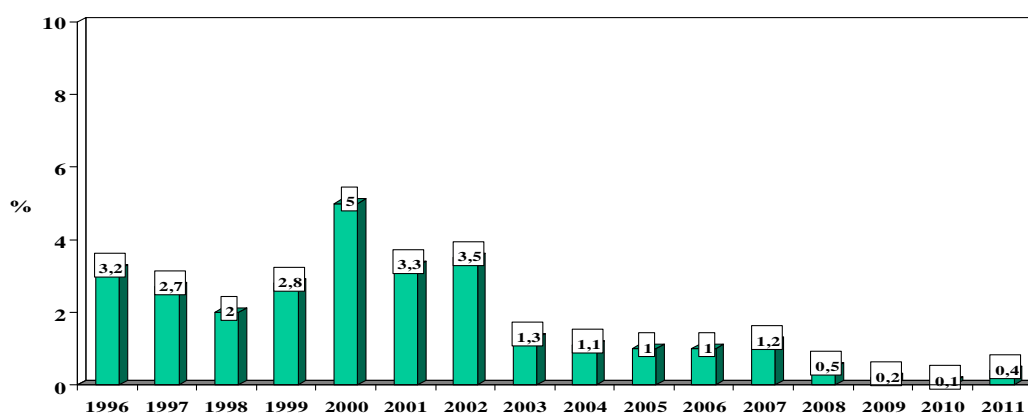
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

HEROÍNA

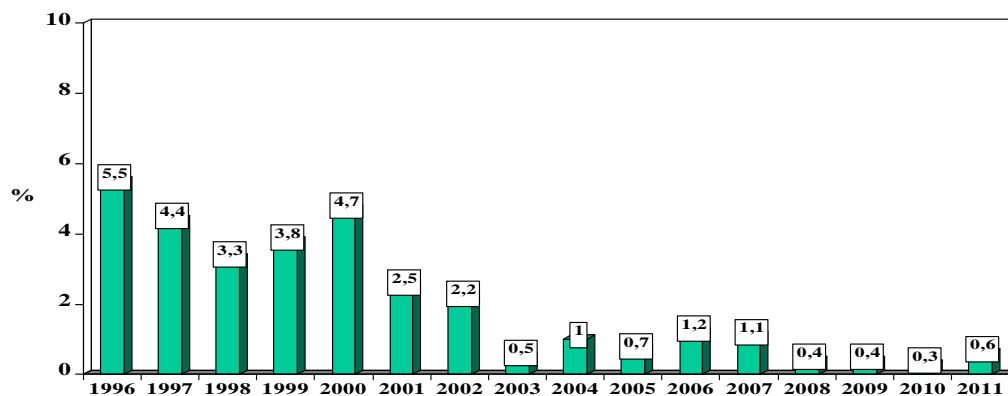
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SPEED O ANFETAMINAS

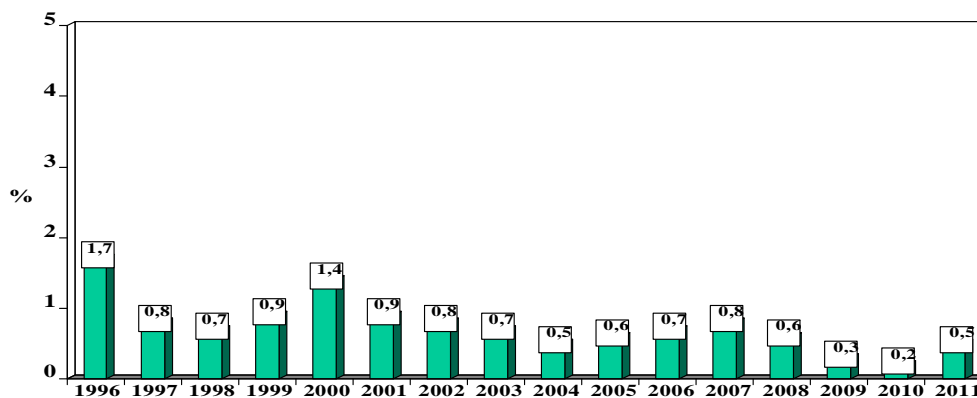
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE DISEÑO

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ALUCINÓGENOS

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SUSTANCIAS VOLÁTILES

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.8. RELACIONES SEXUALES

El 31,1% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es similar en chicos y chicas, mientras que en los jóvenes de 16 años este porcentaje es del 28,1% frente al 17,4% en los de 15 años. Un 85,7% utilizaron el **preservativo** durante la última relación sexual.

Un 13,1% **no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual** (ningún método, marcha atrás, método de Ogino, o no sabe con seguridad)²⁸. En la evolución de este indicador se observa una importante mejora entre 2001 y 2005, volviendo a aumentar desde 2006. En 2010/2011 se sitúa en niveles comparables al promedio de los dos primeros años de la serie (Figura 19).

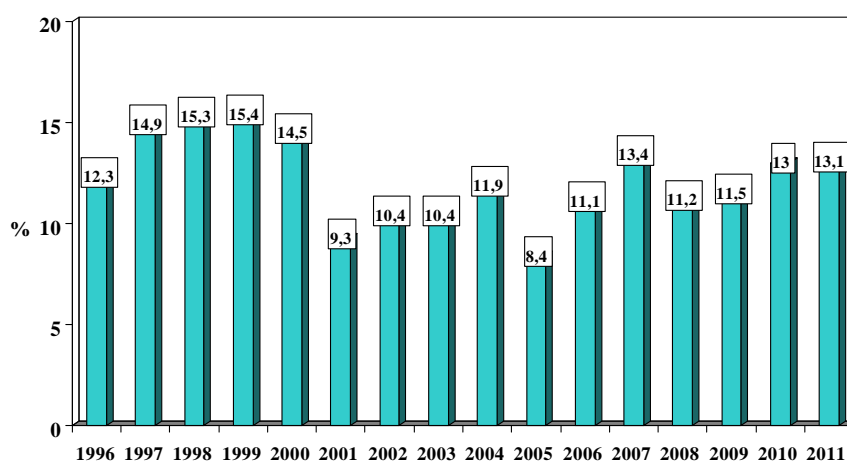
Tabla 11.
Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	31,1 (27,6-34,7)	32,2 (27,8-36,7)	30,0 (25,9-34,1)	17,4 (14,4-20,5)	28,1 (24,2-32,0)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	85,7 (81,8-89,6)	90,0 (86,5-93,5)	80,9 (74,8-86,9)	88,2 (81,9-94,4)	89,6 (85,2-94,0)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	13,1 (9,5-16,6)	11,9 (8,3-15,5)	14,3 (9,3-19,4)	9,4 (3,4-15,4)	10,8 (6,1-15,5)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 19

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO HAN UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EFICACES* EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo.

4.9. ACCIDENTES

El 16,8% de los jóvenes entrevistados ha tenido en los últimos 12 meses algún accidente que ha requerido tratamiento médico, siendo casi 3 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la descripción del espacio o situación en las que se produjo el último accidente, en los chicos el lugar más frecuente fue la casa (42,8%), seguido de la práctica deportiva (19,6%) y en tercer lugar en la calle (8,4%) o en el centro de estudios (8,4%). En las mujeres se originaron fundamentalmente en casa (43,9%) seguido de los ocurridos en la calle (13,4%) o en otro lugar no especificado (11,0%).

La frecuencia de accidentes venía reduciéndose tanto en chicos como en chicas, principalmente, desde 2004/2005 (Figura 20). En 2011, la tendencia descendente en las mujeres se ha mantenido, mientras que en los hombres se ha registrado un notable incremento, habiendo tenido algún accidente ese año un 44% más varones que en 2010.

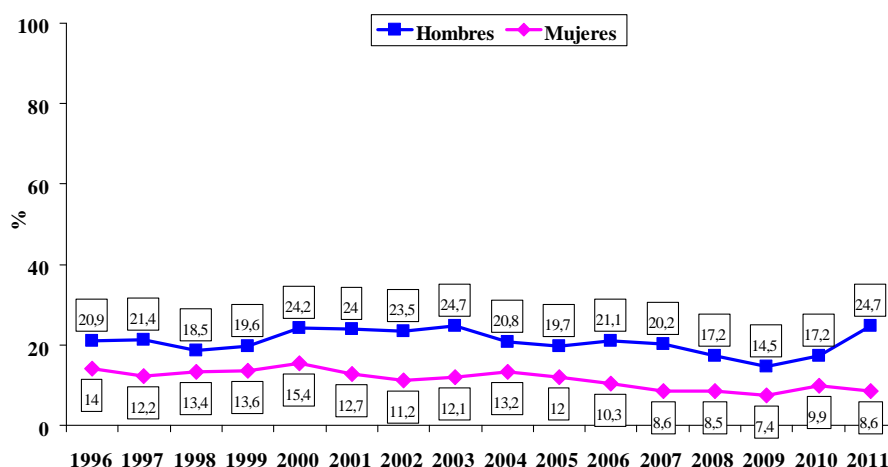
Tabla 12.
Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Algún accidente en los últimos 12 meses	16,8 (14,3-19,4)	24,7 (20,6-28,8)	8,6 (6,4-10,9)	13,5 (10,1-16,9)	17,7 (14,5-20,8)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 20

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.10. SEGURIDAD VIAL

El 17,8% de los jóvenes entrevistados no utiliza siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Este porcentaje es del 11,6% en la circulación por carretera.

La no utilización del **casco en moto** es muy alta, dado que el 42,6% todavía no se lo pone siempre.

La utilización del **casco en bicicleta** continua siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 92,4% de los jóvenes no lo utiliza habitualmente.

La situación sobre estos hábitos relacionados con la seguridad vial prácticamente no ha variado desde 2008 (Figuras 21-22), salvo la utilización del casco en moto, que muestra un empeoramiento desde 2009 (Figura 23).

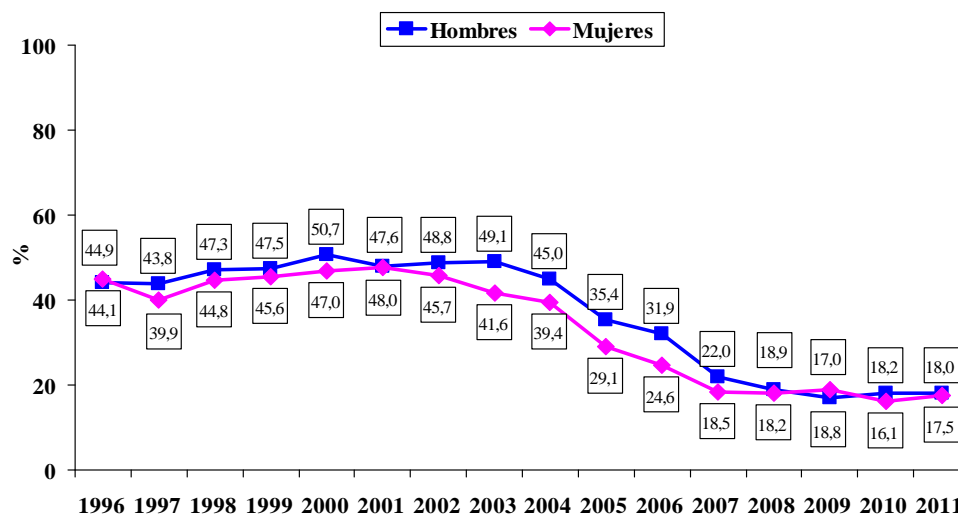
Tabla 13.
Proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	17,8 (15,3-20,3)	18,0 (15,1-21,0)	17,5 (14,4-20,6)	13,3 (10,8-15,9)	18,3 (14,9-21,7)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	11,6 (9,5-13,7)	11,7 (9,5-13,9)	11,5 (8,4-14,6)	8,2 (6,0-10,4)	11,6 (8,4-14,7)
No utilización del casco en moto	42,6 (38,0-47,1)	43,9 (39,6-48,1)	40,9 (33,6-48,1)	36,5 (29,0-44,0)	43,1 (36,8-49,4)
No utilización del casco en bicicleta	92,4 (91,1-93,8)	91,6 (89,7-93,6)	93,5 (91,2-95,7)	89,3 (87,3-91,4)	94,4 (92,7-96,1)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 21

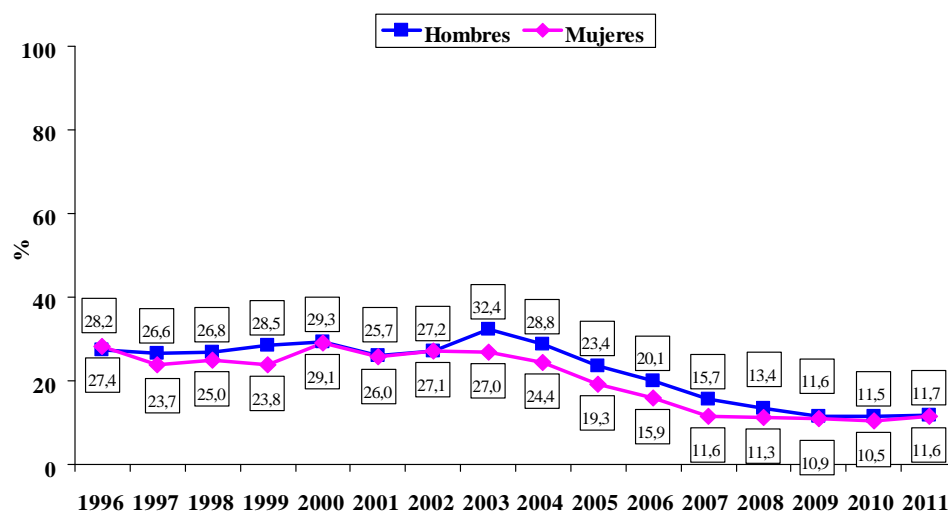
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD POR CIUDAD. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 22

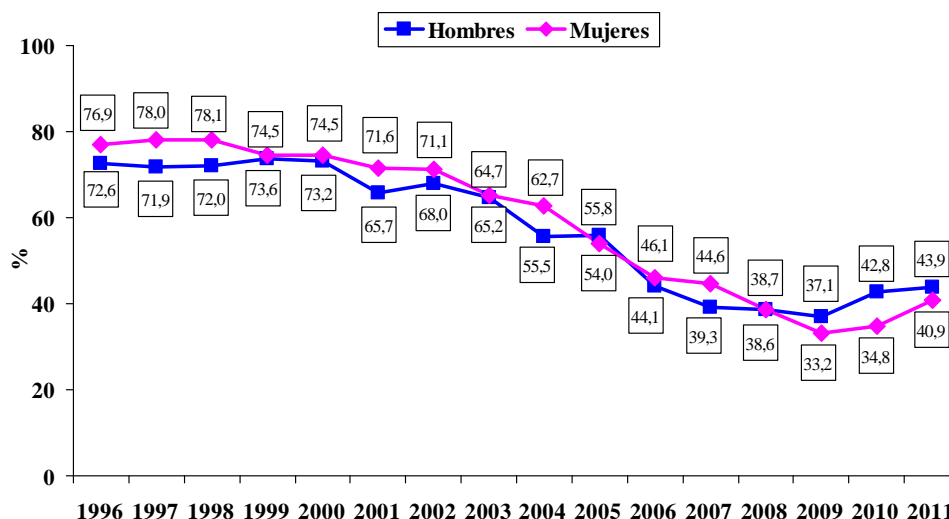
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD POR CARRETERA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 23

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CASCO EN MOTO. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.11. INFORMACION SOBRE TEMAS DE SALUD

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, oscila entre el 18,4% sobre el consumo de alcohol hasta el 49,3% en el caso del SIDA.

Desde 1996, excepto en el SIDA, la situación ha mejorado, disminuyendo progresivamente la proporción de jóvenes que indican no haber recibido información sobre diversos temas de salud en los centros escolares, en especial sobre el consumo alcohol, tabaco y drogas de comercio ilegal (Figura 24).

Las menores mejoras se observan en los temas que guardan alguna relación con la sexualidad (información sobre enfermedades de transmisión sexual o sobre métodos anticonceptivos), llegando a registrarse un empeoramiento por ejemplo en la información sobre el SIDA (en 2010/2011 señalan no haber recibido información un 29,6% más de jóvenes que en 1996/1997) (Figura 24).

Tabla 14.

Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares: % (IC95%)

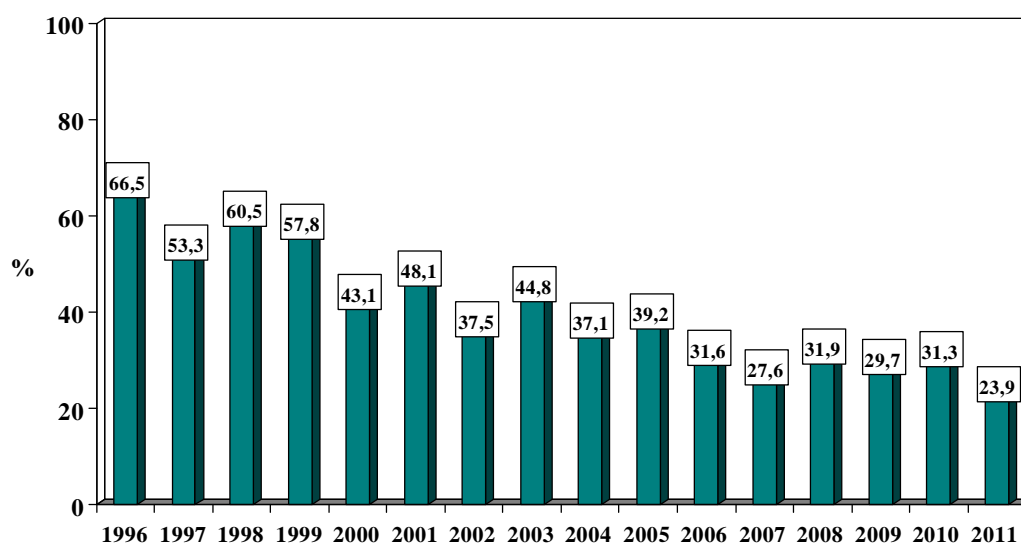
Tabaco	23,9	(18,4-29,4)
Alcohol	18,4	(12,9-24,0)
Drogas de comercio ilegal	22,0	(16,0-28,1)
Métodos anticonceptivos	27,6	(21,3-34,0)
SIDA	49,3	(42,9-55,6)
Enfermedades de transmisión sexual	31,7	(25,0-38,5)
Accidentes	46,6	(38,9-54,3)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

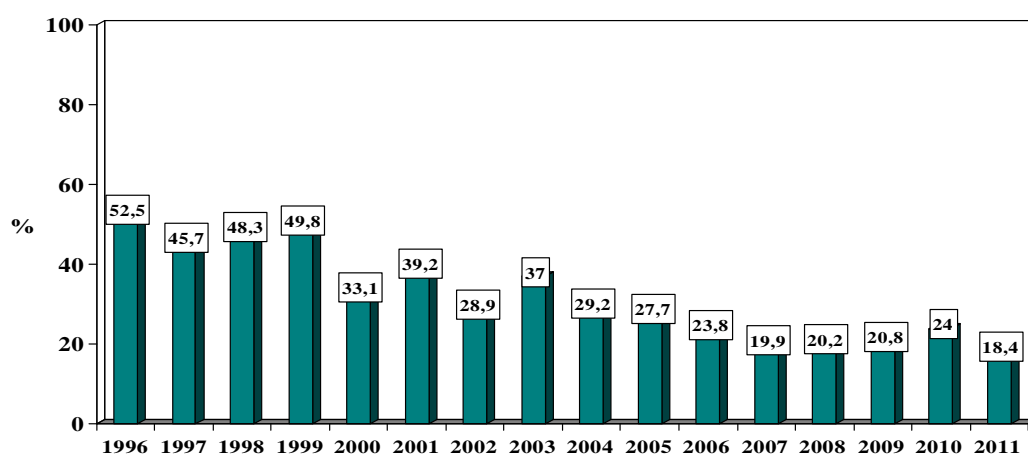
Figura 24

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO HAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE DIVERSOS TEMAS DE SALUD DURANTE EL CURSO ACTUAL O LOS DOS ÚLTIMOS CURSOS ESCOLARES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011

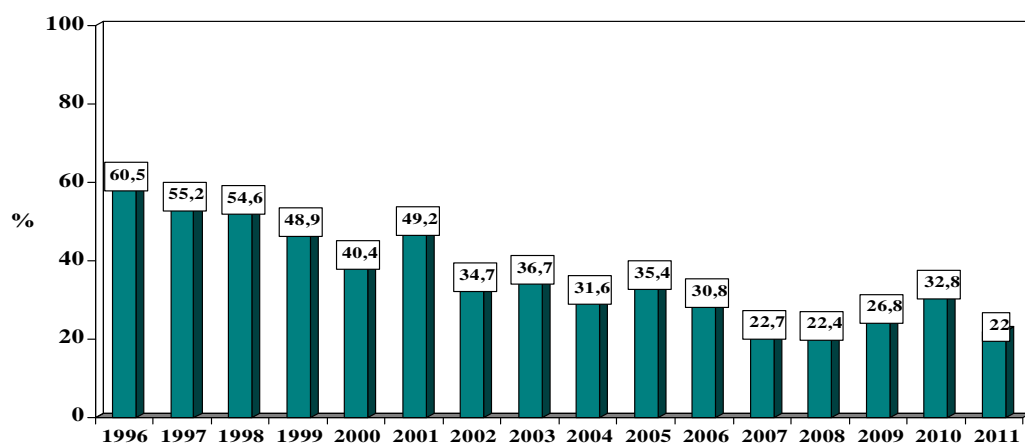
TABACO



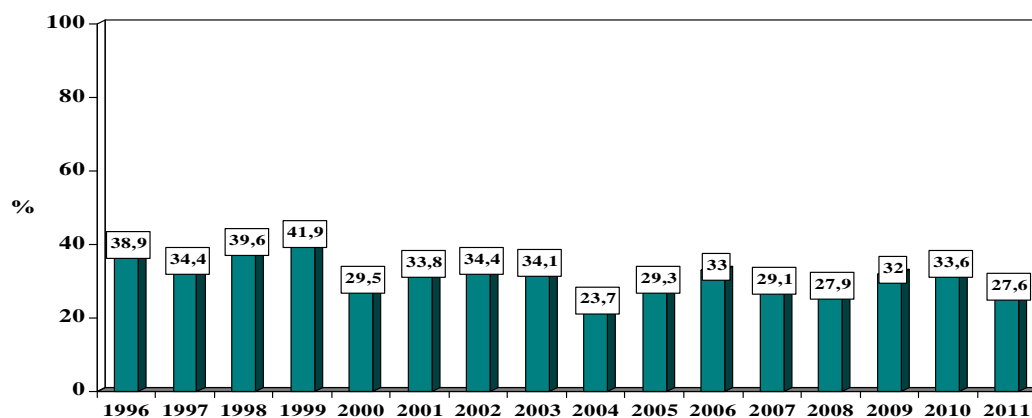
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ALCOHOL

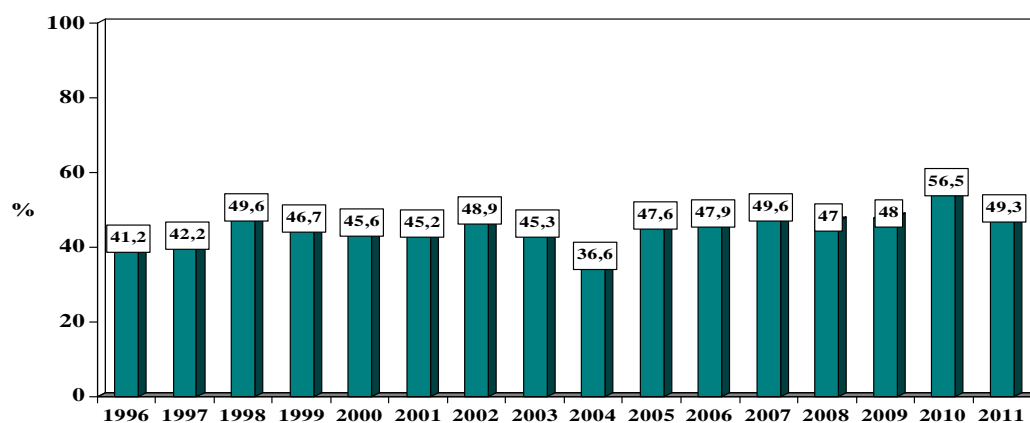
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

DROGAS

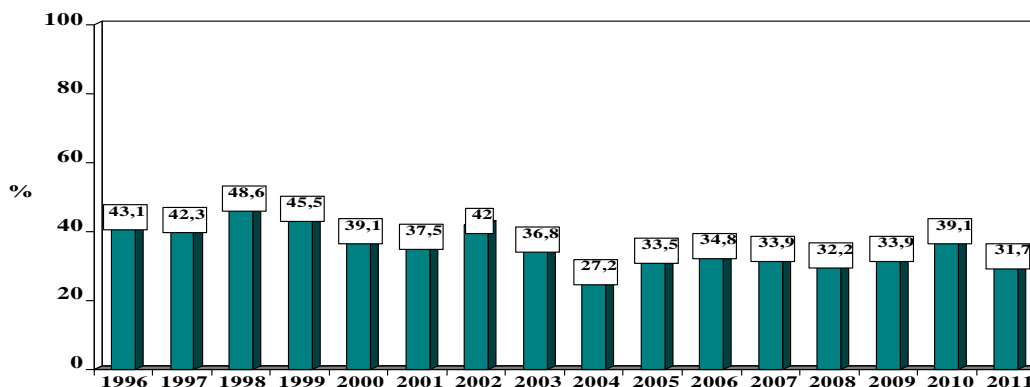
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

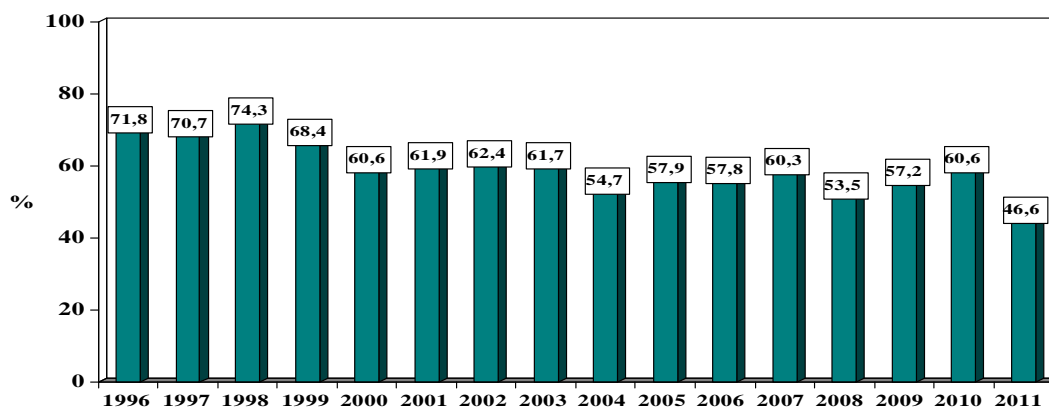
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SIDA

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ACCIDENTES

Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

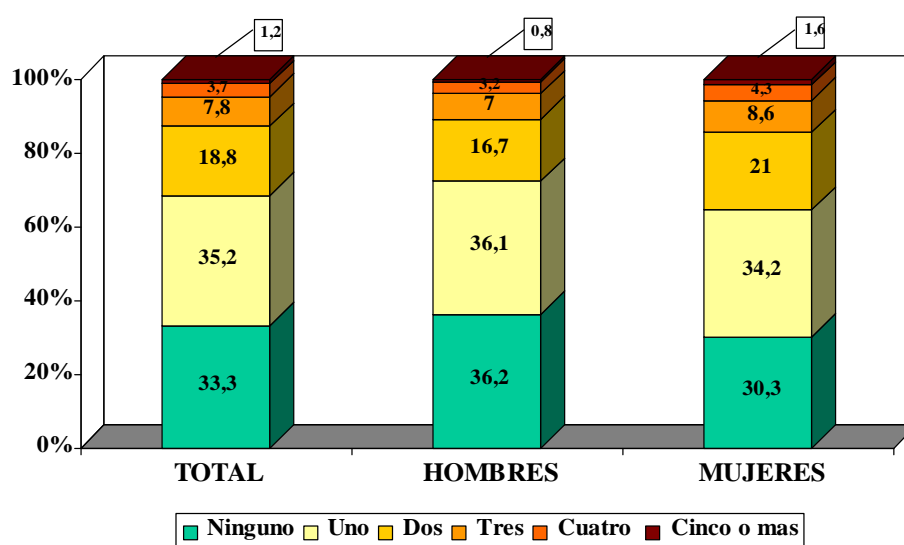
4.12. AGREGACIÓN DE FACTORES

Con objeto de conocer el grado de agrupación de factores, se han considerado siete indicadores que representan los hábitos de vida con mayor impacto sobre la salud de los jóvenes en la actualidad: no realizar tres días o más a la semana ejercicio físico intenso; consumir menos de tres veces al día fruta o verdura junto a dos o más de productos cárnicos; consumir tabaco al menos con una frecuencia semanal; consumo de alcohol de riesgo (promedio diario de 50 cc. o más de alcohol en los chicos y de 30 cc. o más en las chicas); realizar algún consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto en todas las ocasiones.

El 66,7% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 18,8% de ellos tienen dos, el 7,8% tres, el 3,7% cuatro, y el 1,2% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (Figura 25).

Figura 25

AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2011



Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

* Sedentarios; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada; consumo de drogas ilegales; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto.

4.13. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

A continuación, se reproduce sintéticamente la evolución de los principales indicadores, mostrando el cambio porcentual (o cambio relativo) de las prevalencias medias del período 2010/2011 respecto a las de 1996/1997.

Se diferencia la evolución para hombres y mujeres, a excepción de los indicadores de drogas de comercio ilegal y la utilización de métodos anticonceptivos eficaces, ya que en estos últimos el escaso poder estadístico sólo posibilita el análisis de forma conjunta. En las Tablas 15-19 se recogen los indicadores que presentan cambios porcentuales (incrementos o disminuciones) superiores al 10%. En el resto de indicadores (no tabulados) se registran cambios inferiores al 10%.

Por ejemplo, el incremento del 78,9% del primer indicador de la Tabla 15, realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses en los hombres, resulta de dividir la prevalencia promedio de este indicador del año 2010/2011 entre la prevalencia promedio de 1996/1997 y expresado en porcentaje.

Tabla 15.
Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2010/2011 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+71,6
Sobrepeso y obesidad	+17,1
Consumo < 2 raciones de fruta al día	+16,2
Consumo < 3 raciones de leche y derivados al día	+12,0

Tabla 16.
Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2010/2011 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Sobrepeso y obesidad	+86,2
Consumo < 1 ración de verduras al día	+19,9

Tabla 17.
Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2010/2011 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Permiso de los padres para fumar	-65,5
Consumo de alcohol de riesgo	-65,2
Consumo de tabaco de forma diaria	-60,4
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-59,2
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-57,0
No utilización del casco en moto	-40,0
Consumo ≥ 2 raciones de bollería al día	-34,9
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión	-31,5
Borrachera en los últimos 12 meses	-17,6
Consumo ≥ 2 raciones de productos cárnicos al día	-14,7
Viajar en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	-13,4
No realización de ejercicio físico intenso ≥ 3 días a la semana	-12,9

Tabla 18.
Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2010/2011 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de tabaco de forma diaria	-61,2
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-60,0
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-57,6
Permiso de los padres para fumar	-55,6
No utilización del casco en moto	-51,1
Consumo de alcohol de riesgo	-44,2
Accidentes en los últimos doce meses	-29,4
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión	-20,9
Viajar en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	-20,8
Consumo ≥ 2 raciones de bollería al día	-18,6
Consumo ≥ 2 raciones de productos cárnicos al día	-10,4

Tabla 19.
Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2010/2011 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Totales

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses	- 91,9
Consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	-90,9
Consumo de speed o anfetaminas en los últimos 12 meses	-82,9
Consumo de cocaína en los últimos 12 meses	-76,0
Consumo de heroína en los últimos 12 meses	-72,7
Consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	-72,0
Consumo de tranquilizantes sin prescripción en los últimos 12 meses	-50,8
Consumo de hachís en los últimos 12 meses	-29,6

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Díez-Gañán L. Morbilidad hospitalaria, Comunidad de Madrid, 2008. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2009; 15 (10): 3-73.
2. Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M. Mortalidad general y por causas en la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2009; 18 (3): 3-53.
3. Ordobás M, Izarra C, Cevallos C, Verdejo J. Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2010. Consejería de Sanidad. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2011; 17 (2): 25-41.
4. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
5. Strong JP, Malcom GT, McMahan A, et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults. JAMA 1999; 281: 727-735.
6. Nicklas TA, von Duvillard SP, Berenson GS. Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: the Bogalusa Heart Study. Int J Sports Med 2002; 23 (Suppl 1): S39-S43.
7. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet 2002; 360: 473-482.
8. Kvaavik E, Tell GS, Klepp KL. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157: 1212-1218.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1999. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999; 6 (6):3-31.
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4(12):3-15.
11. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (22):3-16.
12. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1997. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997; 5 (8):3-17.

13. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998, 5 (20):3-21.
14. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2000. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000; 6 (12):3-32.
15. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2001. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001; 7 (11):3-40.
16. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2002. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002; 8 (11):3-42.
17. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003; 9 (10):35-74.
18. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2004; 12 (9):3-41.
19. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005; 11 (12):3-42.
20. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2006. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2006; 11 (11):3-42.
21. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2008; 14 (4):3-43.
22. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2008. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2009; 15 (2):3-41.
23. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2009. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010; 16 (4):3-42.
24. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2010. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17 (4):3-38. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?boletin=Si&c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142667423935&language=es&pageid=1265797458663&pagenome=PortalSalud%2FCM_Publicaciones_FA%2FPTSA_publicacionServicios&site=PortalSalud&volver=Si
25. StataCorp. 2007. Stata Statistical Software: Release 10 College Station, TX: Stata Corporation.

26. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320:1-6.
27. Galán I, Gandarillas A, Febrel C, Meseguer CM. Validación del peso y la talla autodeclarados en población adolescente. *Gac Sanit* 2001; 15:490-497.
28. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: World Health Organization 2010.



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid Año 2012, semanas 22 a 26 (del 28 de mayo al 1 de julio de 2012)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL ***	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	0	4	1	2	0	2	1	2	0	1	0	3	0	4	0	2	0	2	1	2	2	8	5	32
Enf. inv. H. influenzae	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	2	9
Meningitis bacterianas, otras	1	9	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	6	1	4	2	9	6	34
Meningitis víricas	11	26	5	11	7	19	1	8	5	21	3	17	4	14	4	21	16	46	10	31	17	37	87	266
Enf. neumocócica invasora	3	29	3	15	0	5	0	7	2	14	1	16	0	23	0	20	2	15	0	11	3	34	15	192
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	2	8	1	1	0	2	0	1	1	1	0	0	2	4	1	5	1	1	1	5	2	5	12	37
Hepatitis B	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	2	3	0	1	0	1	2	13
Hepatitis víricas, otras	0	0	3	14	0	0	0	2	1	5	2	9	2	8	1	3	0	2	1	11	2	6	12	65
Enf transmisión alimentos																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	2	8
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf transmisión respiratoria																								
Gripe	5	3600	10	2909	2	2730	10	2719	13	4763	28	5080	13	2287	3	3009	5	2272	8	2198	18	3664	115	35231
Legionelosis	0	1	1	2	2	3	0	1	1	2	1	3	0	1	6	7	0	0	0	0	1	1	12	21
Varicela	93	482	47	280	66	234	91	399	94	496	60	449	32	165	40	297	44	182	56	194	102	532	725	3710
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	5	33	2	18	1	6	3	18	5	30	2	8	9	57	4	18	4	23	0	8	3	35	38	257
Sífilis	6	35	4	19	2	15	3	14	5	30	2	15	18	71	2	13	2	28	4	22	11	57	59	329
Antropozoonosis																								
Brucelosis	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Leishmaniasis	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0	2	0	2	12	94	0	8	2	3	14	116
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf prevenibles inmunización																								
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	10	72	2	11	2	28	5	34	11	38	5	45	5	28	1	16	1	12	12	30	11	82	71	415
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	7
Sarampión	2	27	4	10	1	1	1	31	2	8	0	10	4	33	0	11	0	5	1	4	7	50	22	190
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	4	5	7	0	3	2	2	4	10	3	12	0	1	3	5	2	4	0	6	1	6	21	64
Enf importadas																								
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	2	0	1	1	7	1	2	0	3	0	0	0	1	0	3	3	13	1	2	1	5	7	39
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis *																								
TB respiratoria*	10	42	6	18	2	28	8	35	6	29	6	37	7	36	5	28	9	27	7	30	13	59	80	385
Enf notificadas a Sist. especiales																								
E.E.T. H.	0	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	8
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.F.A. (<15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poblaciones**	810.445		460.842		371.449		604.017		832.870		709.505		537.813		498.241		408.771		372.190		883.537		6.489.680	

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2011 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 22 a 26 (del 28 de mayo al 1 de julio de 2012)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos ocurridos en el periodo correspondiente que han sido notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

Brotes de origen alimentario. Año 2012. Semanas 22-26

Lugar de consumo	Año 2012						Año 2011		
	Semanas 22-26			Semanas 1-26			Semanas 1-26		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	4	355	11	10	789	18	6	1292	1
Restaurantes, bares y similares	8	127	2	12	155	2	11	186	8
Domicilios	7	36	10	23	118	36	13	114	13
Centros geriátricos	0	0	0	2	23	1	0	0	0
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	2	38	0
Otros lugares	0	0	0	0	0	0	2	16	2
Total	19	518	23	47	1085	57	34	1646	24

Brotes de origen no alimentario. Año 2012. Semanas 22-26

Tipo de brote*	Año 2012						Año 2011		
	Semanas 22-26			Semanas 1-26			Semanas 22-26		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	2	126	0	19	662	4	15	678	1
Eritema infeccioso	2	41	0	7	119	0	0	0	0
Conjuntivitis vírica	0	0	0	4	75	0	0	0	0
Legionelosis/Fiebre de Pontiac	1	63	50	1	63	50	1	11	5
Escabiosis	0	0	0	2	46	0	1	11	0
Escarlatina	0	0	0	7	45	1	3	11	0
Varicela	0	0	0	3	24	0	0	0	0
Parotiditis	1	3	0	6	22	0	3	7	0
Enf. de mano, pie y boca	0	0	0	3	19	0	3	67	0
Meningitis vírica	2	4	4	5	13	11	1	5	5
Gripe	1	4	0	2	8	1	0	0	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	7	0	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	2	6	1	5	12	3
Acrodermatitis papulosa infantil	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	1	3	0	8	20	1
Enfermedad meningocócica	0	0	0	1	2	2	0	0	0
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total	9	241	54	67	1123	70	40	822	15

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2012, semanas 22 a 26
(Del 28 de mayo al 1 de julio de 2012)

Esta sección incluye información mensual procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 119 médicos de atención primaria que atienden a unas 170.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública:

http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630

La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias acumuladas.

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 64,4% (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2012.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2012.

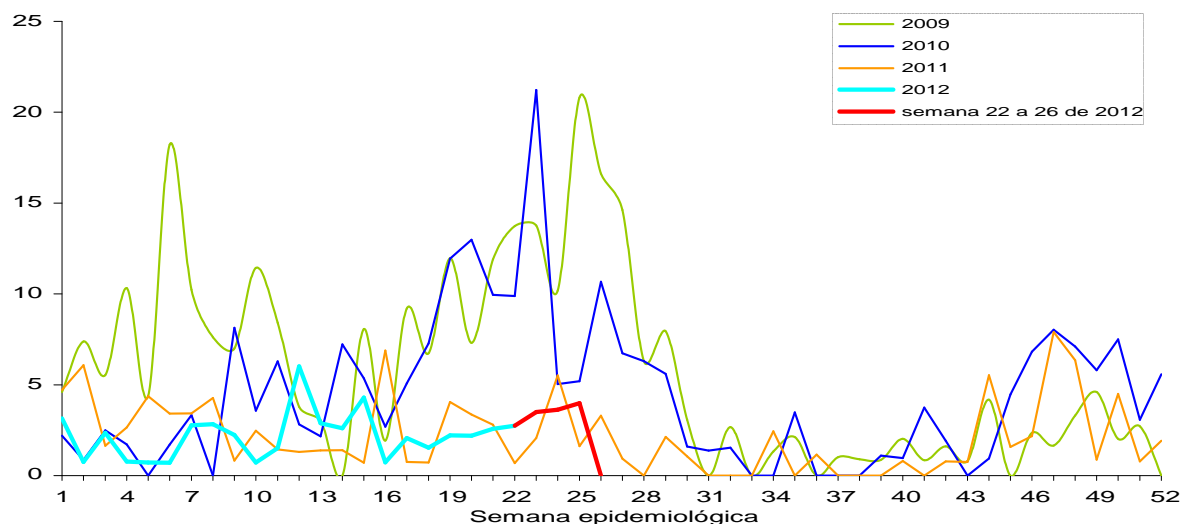
	Sem. 22 a 26 de 2012	Año 2012
Gripe*	-	1576*
Varicela	15	75
Herpes zoster	37	188
Crisis asmáticas	103	539

* De la semana 40 de 2011 hasta la 20 de 2012

VARICELA

Durante las semanas 22 a 26 del año 2012 se han declarado 15 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 14,0 casos por 100.000 personas (IC 95%: 6,9 – 21,2). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2009-2012 y de la semana 22 a la 26 de 2012.

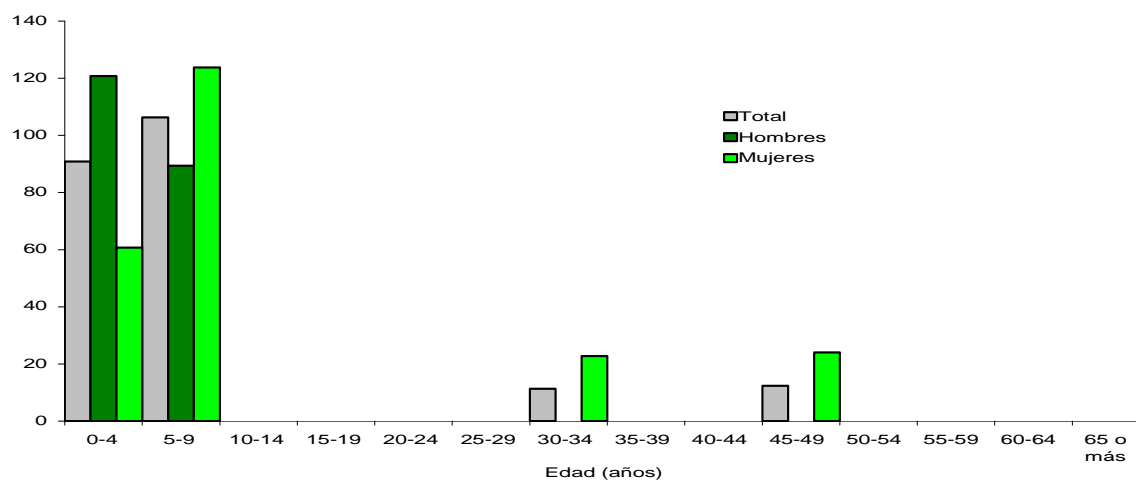
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2009-2011 y semana 22 a 26 de 2012.



De los 15 casos notificados, 7 caso se dieron en varones (46,7%) y 8 en mujeres (53,3%). La edad se conoció en el 100% de los casos siendo el 86,7 de los casos menores de 10 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad y sexo. En un caso se registró infección bacteriana como complicación pero ningún caso requirió derivación a atención especializada.

En 4 casos (26,7%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, 3(20,0%) el contacto fue con un caso de herpes zoster, 4 (26,7%) casos se dieron en el contexto de un brote y el resto fue desconocido. El lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en 2 casos (13,3%), 4 (26,7%) en el hogar, 1 (6,7%) en el ámbito laboral y del resto no se dispone de información.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2012



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 37 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 22 a 26 de 2012, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 34,6 por 100.000 habitantes (IC 95%: 23,5 – 45,8). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2009-2012 y las semanas 22 a 26 de 2012. El 64,9% de los casos se dio en mujeres (24 casos) y el 35,1% en hombres (13 casos). La mediana de edad fue de 61 años con un mínimo de 20 y un máximo de 90 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2009-2012 y semanas 22 a 26 de 2012.

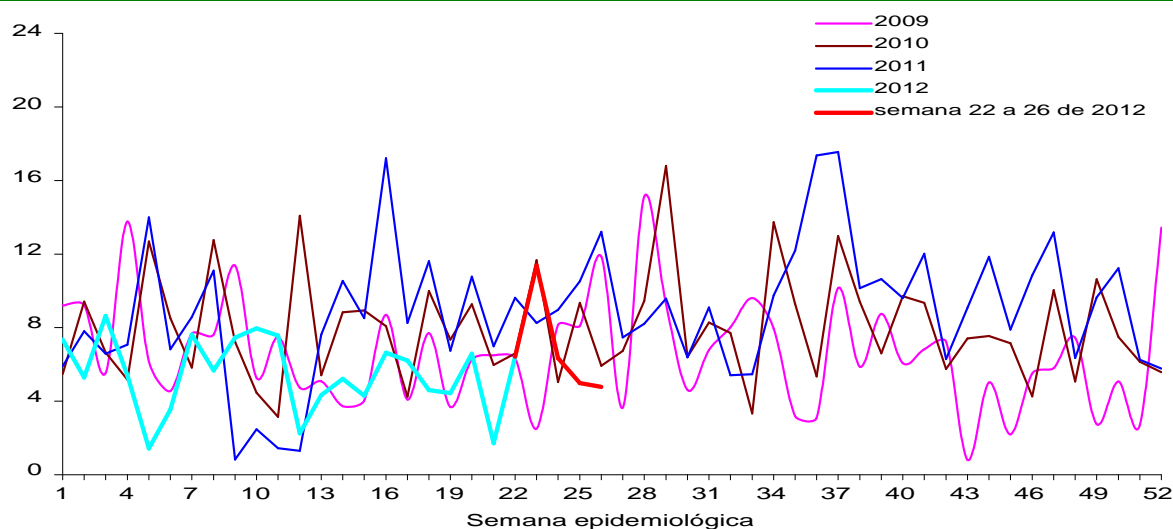
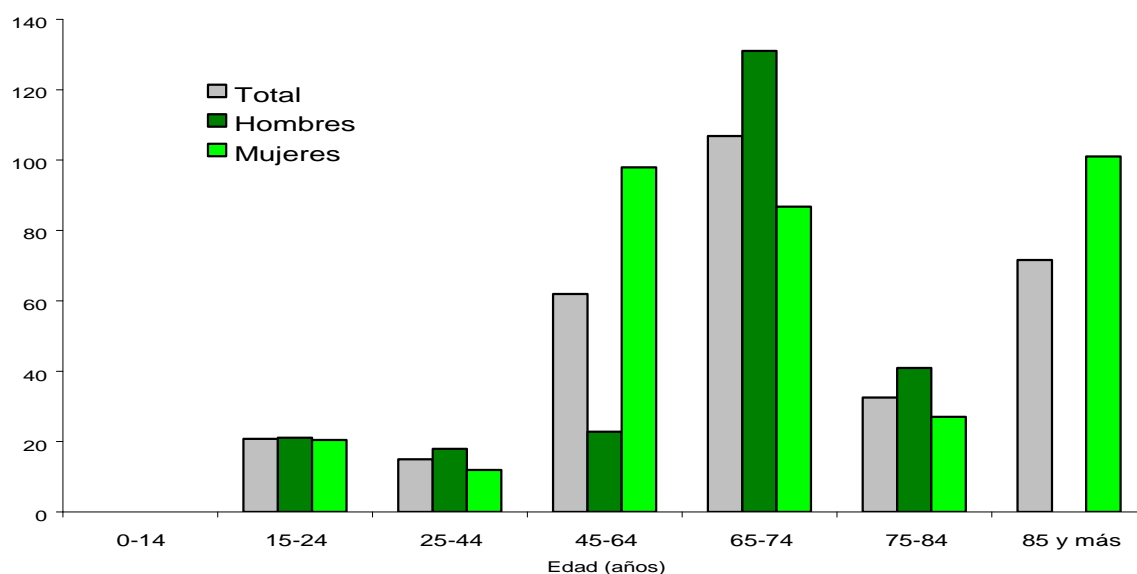
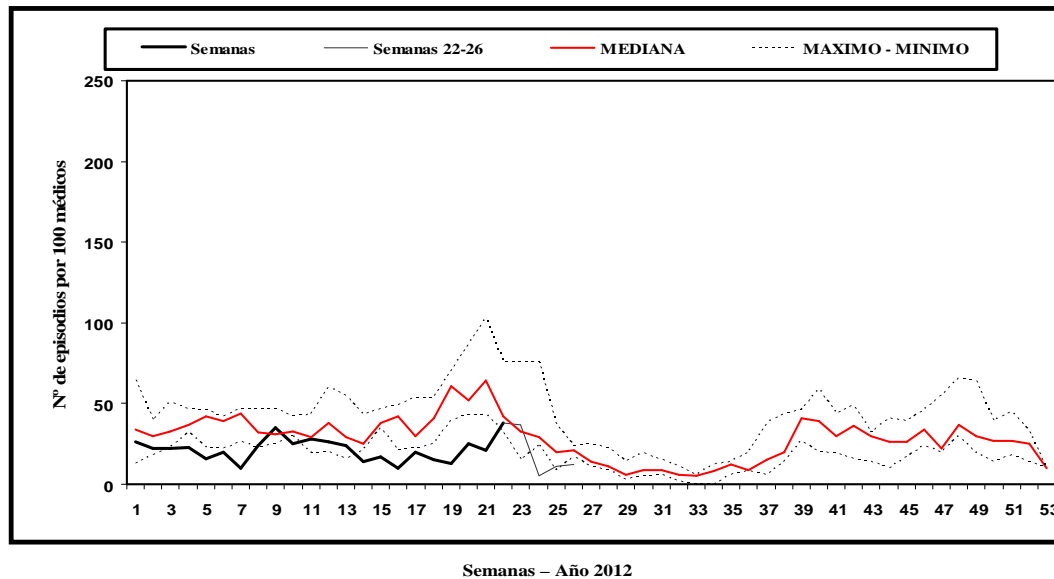


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2012



CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2012 Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Situación VIH/sida en la Comunidad de Madrid.

Características de los nuevos diagnósticos de infección por VIH. Junio 2012.

En agosto de 2010 se ha publicado la Orden 372/2010 de 15 de julio de 2010 que regula la notificación de nuevos diagnósticos de VIH. Los datos presentados a continuación son los recogidos por el Servicio de Epidemiología de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid (CM) hasta el 31 de mayo de 2012.

Desde el año 2007 hasta el 31 de mayo de 2012 se han notificado 4305 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 83,6% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,5 años (DE: 10,6). El 47,9% habían nacido fuera de España. Un 3% (131) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico de infección VIH.

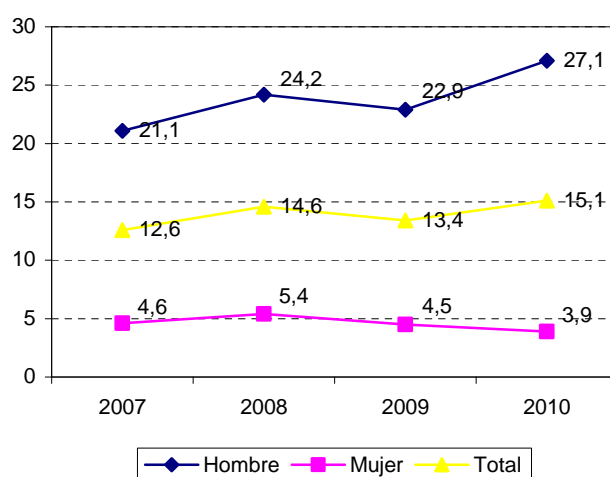


Tabla 1. Diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
2007	623	81,1	145	16,9	768
2008	737	80,7	176	19,3	913
2009	710	82,7	149	17,3	859
2010	848	86,6	131	13,4	979
2011*	625	86,7	96	13,3	721
2012*	58	89,2	7	10,8	65
Total	3601	83,6	704	16,4	4305

* Años no consolidados

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

Tabla 2. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo.

	Hombres						Mujeres					
	España		Otro		Total		España		Otro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión												
UDI	97	4,7	53	3,3	150	4,2	32	14,7	3	0,6	35	4,9
HSB	1511	74,8	1055	66,9	2566	71,2						
HTX	179	8,8	335	21,2	514	14,3	161	73,8	466	95,9	627	89,0
Sexual (s.e.)	4	0,2	5	0,4	9	0,2						
Otros	6	0,3	7	0,5	13	0,4	9	4,2	6	1,2	15	2,2
Desconocido/N.C.	227	11,2	122	7,7	349	9,7	16	7,3	11	2,3	27	3,9
Total	2024	100,0	1577	100,0	3601	100,0	218	100,0	486	100,0	704	100,0

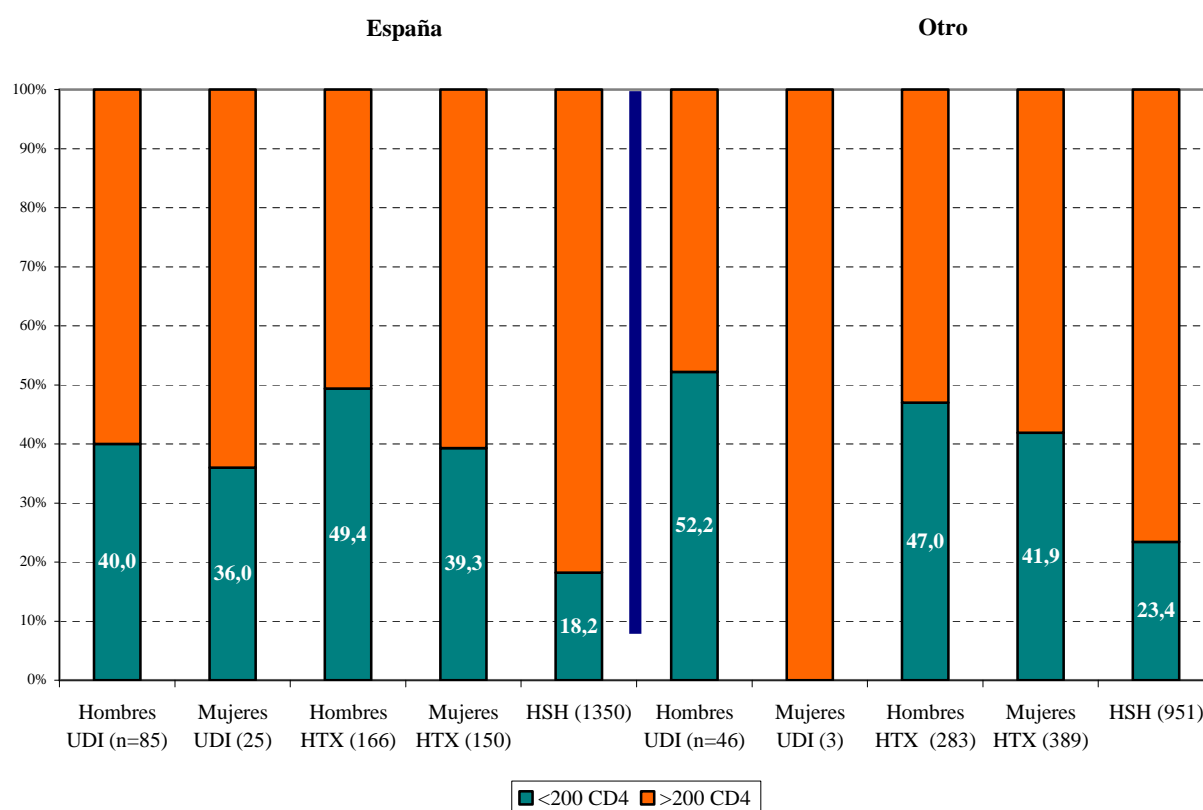
* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSB: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

Diagnóstico tardío

El 21,6% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 17,3% en autóctonos y del 21,6% en foráneos.

Se dispone de cifras de linfocitos CD4 al diagnóstico en 3722 nuevos diagnósticos (86,4%). La presentación con enfermedad VIH avanzada (<200 células/ μ l) se observó en el 28,9% (1076 casos) de las personas diagnosticadas. El retraso diagnóstico es del 47,6% si consideramos 350 células/ μ l y de 67,2% con cifras menores de 500 células/ μ l

Gráfico 2. Porcentaje de casos con retraso diagnóstico de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres

(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.

La suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, se puede realizar desde la misma página web del Boletín.

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

Link directo:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FServicioPrincipal&vest=1156329914017>



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria