



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Nº 5.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 5. Volumen 23. Mayo 2017

INFORMES:

- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2016.
- Medidas de control adoptadas tras la identificación de dos casos confirmados autóctonos de fiebre hemorrágica Crimea-Congo en la Comunidad de Madrid.



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
www.madrid.org/boletinepidemiologico

Coordina:

Servicio de Epidemiología
C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta
28035 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org

Edición: Diciembre 2017

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 5.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 5. Volumen 23. Mayo 2017

ÍNDICE

	<u>Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2016.</u>	5
	<u>Medidas de control adoptadas tras la identificación de dos casos confirmados autóctonos de fiebre hemorrágica Crimea-Congo en la Comunidad de Madrid.</u>	55
	<u>EDO. Semanas 18 a 21 (del 1 al 28 de mayo de 2017).</u>	60
	<u>Brotos Epidémicos. Semanas 18 a 21, 2017.</u>	61
	<u>Red de Médicos Centinela, semanas 18 a 21, 2017.</u>	62
	<u>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, mayo 2017.</u>	66

**INFORME:**

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2016

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2016

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. METODOLOGÍA.....	8
4. RESULTADOS.....	10
4.1. Ejercicio físico.....	11
4.2. Alimentación.....	13
4.3. Percepción de la imagen corporal, dietas para adelgazar y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario	20
4.4. Sobrepeso y obesidad.....	22
4.5. Consumo de tabaco.....	23
4.6. Consumo de alcohol.....	26
4.7. Consumo de drogas de comercio ilegal.....	30
4.8. Relaciones sexuales.....	36
4.9. Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja.....	37
4.10. Accidentes.....	39
4.11. Seguridad vial.....	40
4.12. Información sobre temas de salud.....	43
4.13. Agregación de factores.....	47
4.14. Evolución de los indicadores.....	49
5. BIBLIOGRAFÍA.....	53

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016.

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J). Año 2016

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 en función de las necesidades de salud pública. En 2011, se introdujeron nuevos indicadores en el apartado de alimentación para poder realizar una vigilancia más completa del patrón alimentario. También en 2011 se incorporó un módulo para medir la violencia en los jóvenes en el contexto de las relaciones de pareja.

En este informe se analizan los indicadores correspondientes al año 2016 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, violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, accidentabilidad, seguridad vial e información sobre temas de salud.

Resultados: En 2016, el 42,2% de las chicas y el 16,1% de los chicos no realizaban al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas. El consumo de alimentos mantuvo un patrón con bajo consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería, chucherías saladas y bebidas industriales: un 61,9% no consumía al menos dos raciones de fruta al día y un 41% no consumía al menos una de verdura; el 65,8% consumía dos o más raciones diarias de cárnicos, el 21,3% dos o más raciones de galletas o productos de bollería y el 48,1 % consumía bebidas industriales todos o casi todos los días.

El índice de masa corporal, estimado con los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes, muestra que un 21,5 % de los chicos y el 12,5 % de las chicas tenían sobrepeso u obesidad.

En cuanto al consumo de tabaco, el 6,9% fumaba diariamente, siendo mayor la prevalencia en las chicas (8,3%), que en los chicos (5,6%).

En el consumo de alcohol la proporción de bebedores de riesgo fue un 4,5%. Este consumo se realizó principalmente en fines de semana, lo que dio lugar a ingestas excesivas agudas: el 31,0 % había realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón “binge drinking”) y el 19,8% afirmó que se había emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente fue el hachís, con un 10,9% de consumidores en los últimos 12 meses. El 17,7 % refirió que le habían ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 6,2% en los últimos 30 días.

El 27,8% de los jóvenes había tenido relaciones sexuales con penetración. Un 14,1% no había utilizado durante la última relación métodos de prevención del embarazo eficaces.

Un 7,6% de los jóvenes refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual en el último año por parte de su pareja o expareja.

Un 14,6% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses, siendo 2 veces más frecuente en los chicos (19,3%) que en las chicas (9,5%). La utilización del casco en moto continuó siendo baja ya que el 44,3% de los jóvenes que utilizaron este vehículo no emplearon siempre esta protección.

La proporción de jóvenes que no recibieron información de “educación para la salud”, durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, sigue siendo muy elevada, la proporción de jóvenes que **no** había recibido información osciló entre el 18,5% sobre el consumo de alcohol y el 53,8% en el caso del sida.

Un elevado % de jóvenes **no** utilizaron preservativos, ni métodos anticonceptivos eficaces en la última relación sexual, evidenciándose una tendencia ascendente en el periodo estudiado, 1996-2016.

Las tendencias de los indicadores más relevantes de este sistema de información en los últimos 20 años, 1996-2016, muestran una mejora reseñable por su magnitud la disminución en el consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, mejora en las prácticas de seguridad vial, aunque en estas últimas el uso de casco en moto y en bicicleta siguen precisando importantes mejoras. Los indicadores de consumo de alcohol han mejorado, aunque en menor medida los indicadores relacionados con las ingestas agudas de riesgo. Por el contrario los indicadores relacionados con el balance energético (alimentación y actividad física), siguen mostrando un patrón de dieta desequilibrada y sedentarismo, con un aumento global en este periodo del sobrepeso y obesidad tanto en hombres como en mujeres. La violencia en las relaciones de la pareja afectó a un 7,6 de los jóvenes.

Conclusiones: Los resultados del SIVFRENT dirigido a población juvenil en 2016 ponen de manifiesto la necesidad de prestar la máxima atención a los indicadores relacionados con el balance energético, donde continúa observándose un patrón de dieta desequilibrada, especialmente en los hombres, y elevada inactividad física, especialmente en las mujeres; así como a los relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, debido a su gran impacto sobre la salud. La violencia en el contexto de las relaciones de pareja es otro de los problemas que requieren importante atención. Asimismo, es importante incrementar las acciones de educación para la salud en general y en los colegios, en concreto, las referidas a la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

2.- INTRODUCCIÓN

La OMS define la adolescencia y juventud como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta (jóvenes de 10 a 19 años)¹.

Es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Muchos jóvenes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (vih)¹.

Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, los malos hábitos de consumo alimentario y de ejercicio físico, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo¹. Estos hechos a menudo se trasladan a la edad adulta provocando consecuencias graves a medio y largo plazo si estos factores no se modifican²⁻⁴, como son los tumores, las enfermedades cardiovasculares o enfermedades degenerativas.

En esta edad, los indicadores de salud clásicos, como la mortalidad o la morbilidad en su conjunto, presentan las cifras más bajas a lo largo de la vida de una persona⁵

Sin embargo, algunos problemas de salud adquieren especial importancia, como por ejemplo los embarazos no deseados⁶, los trastornos del comportamiento alimentario, o la accidentabilidad, la obesidad, las infecciones de transmisión sexual o el vih/sida.

El análisis seriado de los determinantes de salud de los jóvenes mediante encuestas es fundamental para establecer políticas de promoción y prevención de salud.

Durante el año 2016 se ha realizado la 21 encuesta seriada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J)⁷, 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 diecinueve 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 cada año mediante un muestreo 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** son: 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 es proporcional al número de alumnos matriculados en 4º de la E.S.O.

Como **fuentes de datos** para la selección muestral se utilizó el censo de centros escolares facilitado por la Consejería de Educación. La **selección** de las unidades de primera etapa (centros escolares) se realizó con probabilidad proporcional al número de alumnos matriculados en dichas unidades. La selección de las unidades de segunda etapa fue constante, muestreando dos aulas por centro escolar.

La **técnica de entrevista** se basó en un cuestionario auto administrado en aula, cuya duración media de cumplimentación fue de 45 minutos.

En 2016, el **tamaño muestral** fue de 1.968 entrevistas distribuidas en 86 aulas de 43 centros escolares.

Las entrevistas se **realizaron** durante los meses, mayo y junio de 2016.

3.3. CUESTIONARIO

Se utilizó 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, violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, accidentes, seguridad vial, salud mental e información sobre temas de salud.

3.4. ESTRATEGIA DE ANALISIS Y PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES

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 tenían 17 años o más. Esta decisión se justifica porque los de 17 y 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 diferentes a las del conjunto de jóvenes de 17 y más años.

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 23⁸.

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, 5 no colaboraron en el estudio (10,4%). Un 12,2% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta, y 38 cuestionarios (1,7%) fueron excluidos por presentar más del 50% de las respuestas en blanco o por presentar inconsistencias. No se registraron negativas a participar en el estudio. La **tasa de respuesta global** fue 77,2%.

Tabla 1. Tamaño, tasa de respuesta y características de la muestra del SIVFRENT-J 2015

Tamaño muestral :	
Nº estudiantes	1968
Nº Colegios	43
Nº aulas	86
Tasa de respuesta (%)	
Colegios	89,6 (*)
Estudiantes	86,2(**)
Global	77,2
Sexo (%)	
Hombres	51,8
Mujeres	48,2
Edad (%)	
15	39,7
16	42,3
17 y más	18,0
Titularidad (%)	
Pública	52,3
Concertada/Privada	47,7

(*) 5 de 48 centros no participaron en el estudio

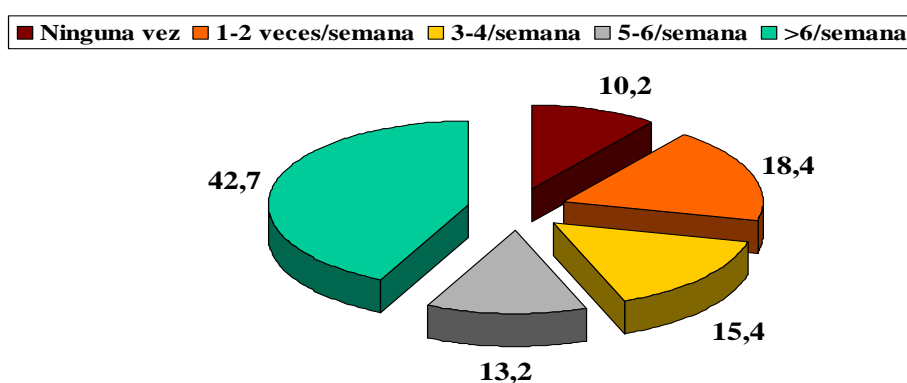
(**) 278 ausentes y 38 cuestionarios anulados por inconsistencias o en blanco.

4.1. EJERCICIO FÍSICO

Una gran parte de los jóvenes, un 75,5%, realizaron **alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar** la mayoría de los días. Sin embargo, un 7,4 % de los chicos y un 15,5 % de las chicas no llegaron 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 practicaron este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana fue 28,7%, destacando que un 10,2% no realizaron ninguna vez estas actividades (Figura 1). Se observaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 16,1% de los chicos no realizaron al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 42,2% de las chicas.

Figura 1. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal. Población escolarizada en 4º de ESO⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 2016



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 2. Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico 3 o más días a la semana, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL ⁽¹⁾	Sexo ⁽¹⁾		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	11,3 (9,5-13,1)	7,4 (5,6-9,1)	15,5 (12,6 -18,4)	10,8 (8,4 -13,1)	11,3 (8,5 -14,1)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	28,7 (26,0-31,4)	16,1 (13,3-18,9)	42,2 (38,2-46,2)	27,4 (23,6-31,2)	29,6 (25,3-33,8)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

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, fue el fútbol, dado que un 65,9% lo practicaba alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar la gimnasia por aparatos (37,5 %) y el tercero el baloncesto (36,0%). En cuarto lugar se figura el footing (33,8 %) y por último la bicicleta (20,4%).

En las chicas, el baile/ballet fue la actividad más frecuente, aunque sólo el 36,1% lo practicó con una periodicidad al menos semanal. En segundo lugar, el footing que realizó al menos semanalmente un 31,8% de las chicas. Las pesas/gimnasia con aparatos ocuparon el tercer lugar (26,5%), seguido de la natación (18,8%) y del fútbol (16,5%).

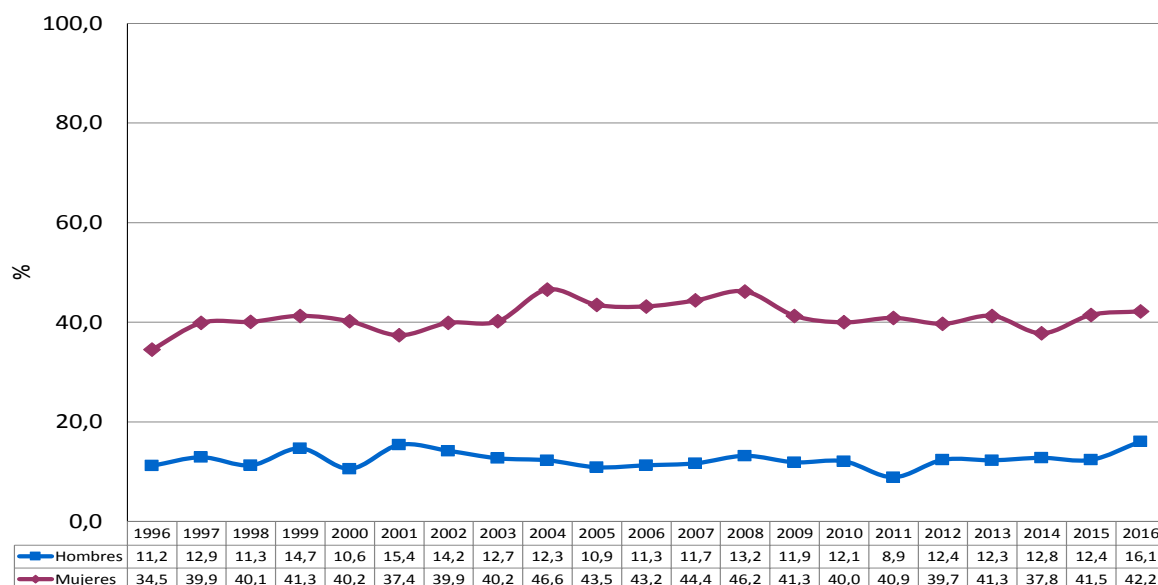
Tabla 3. Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

HOMBRES		MUJERES	
Actividad	% que lo realiza al menos 1 vez/semana	Actividad	% que lo realiza al menos 1 vez/semana
1. Fútbol	65,9	1. Baile/ballet	36,1
2. Pesas/Gimnasia con aparatos	37,5	3. Footing	31,8
2. Baloncesto	36,0	4. Pesas/Gimnasia con aparatos	26,5
3. Footing	33,8	5. Natación	18,8
4. Bicicleta	24,5	6. Fútbol	16,5

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Comparando la estimación promedio de 2015/2016 con la de 1996/1997, en la proporción de jóvenes que no realizaron ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Figura 2) se observa un incremento porcentual del 18,3% en los chicos y del 12,5% en las chicas.

Figura 2. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 ó más días a la semana. Población escolarizada en 4º de ESO⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



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

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

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.2. ALIMENTACIÓN

Para recoger la información de este apartado se utilizó 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. Además de esta herramienta, para algunos alimentos como las chucherías saladas o las bebidas industriales, se emplearon también preguntas para registrar la frecuencia de consumo en términos globales (frecuencia de consumo habitual a lo largo del año).

LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS

El consumo de leche en esta población fue de 1,3 raciones/día. El 21,6% de los jóvenes no llegó a consumir una ración de leche al día y un 69,2 % no alcanzó las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche desnatada o semidesnatada fue muy frecuente: un 68,3 % de las chicas y un 56,0 % de los chicos que tomaron este producto, lo consumieron de forma habitual con menor cantidad de grasa.

Considerando el grupo de leche y derivados lácteos en su conjunto, el consumo fue de 2,8 raciones/día. Un 53,9% de los jóvenes presentaron un consumo inferior a las tres raciones diarias, un 30,1 % consumió menos de 2 raciones/día y un 7,9 % no llegó a tomar al menos una ración/día.

Comparando con el promedio 1996/1997, en 2015/2016 se observó un empeoramiento en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consumió menos de 3 raciones al día de estos alimentos aumentó tanto en los chicos (aumento del 29,9%) como en las chicas (aumento del 17,3 %) (Figura 3).

FRUTA

El consumo medio de fruta fue de 1,6 raciones diarias (1,4 raciones/día los chicos y 1,7 raciones/día las chicas). Un 33,6 % de los jóvenes no llegó a consumir al menos una ración diaria de fruta y el 4,9 % (5,3% de los chicos y 4,4% de las chicas) no tomó ninguna ración de fruta. El 61,9% consume menos de 2 raciones de fruta al día y el 80,4% (83,9% de los chicos y 76,7 % de las chicas) ingirió menos de tres raciones/día. La proporción de jóvenes que consumieron dos o más raciones de fruta al día, continuó siendo ligeramente superior en las chicas.

Como se puede observar en el Figura 4, en el periodo 1996/1997-2015/2016 el consumo de frutas en los jóvenes empeoró tanto en chicos como en chicas, al aumentar la proporción de jóvenes que consumieron menos de 2 raciones de fruta al día (aumento el 28,0% en los chicos y del 23,0% en las chicas).

VERDURAS Y HORTALIZAS

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) fue de 1,2 raciones diarias (1,1 raciones/día los chicos y 1,4 raciones/día las chicas). Un 41,0 % de los jóvenes consumieron menos de una ración diaria y, en concreto, el 4,6% (7,1% de los chicos y 2,0 % de las chicas) no ingirió verdura. Tanto la ingesta media diaria y la proporción de jóvenes que consumieron al menos una ración al día de verduras fue superior en las chicas que en los chicos.

Como en las frutas, en el periodo 1996/1997-2015/2016 el consumo de verduras empeoró al aumentar la proporción de jóvenes que consumieron menos de una ración de verdura al día (aumento del 22,0% en los chicos y del 22,0 % en las chicas) (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 52,5 % no llegó a consumir al menos 3 raciones/día (el 60,2% de los chicos y el 44,3 % de las chicas). Sólo el 19,3 % (13,3% de los chicos y 25,7% de las chicas) ingirió 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) fue de 2,7 raciones diarias. Esta ingesta ha sido ligeramente superior en los chicos (2,8 raciones/día los chicos y 2,6 raciones/día las chicas). La proporción de jóvenes que consumieron dos o más raciones diarias ha sido superior también en los chicos (69,0% los chicos y 62,3 % las chicas) (Tabla 4). El consumo de embutidos fue de 0,8 raciones diarias.

Comparando el periodo 2015/2016 con 1996/1997, se observó un descenso del consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos del 16,8% en los chicos y del 14,3 % en las chicas) (Figura 6).

El consumo de este tipo de alimentos fue de 1,1 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que los consumieron dos o más veces al día fue de un 21,3% (21,9 % los chicos y 20,8 % las chicas).

Tanto en los chicos como en las chicas, disminuyó en el consumo de bollería en los dos últimos años de la serie (2015/2016) respecto a los dos primeros (1996/1997), disminuyendo el porcentaje de chicos y chicas con consumos de 2 ó más raciones al día un 39,7 % y un 23,0 %, respectivamente (Figura 7).

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

El consumo de estos productos continuó siendo muy extendido en la población adolescente. El 7,9 % de las chicas y el 6,2% de los chicos consumieron chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Los jóvenes con elevados consumos de este producto presentaron un perfil alimentario más desequilibrado, con mayor ingesta de productos cárnicos y bollería y menor de fruta y verdura.

BEBIDAS INDUSTRIALES

Estos productos se caracterizan, entre otros aspectos, por ser nutricionalmente muy pobres y tener importantes cantidades de azúcares añadidos (lo que les convierte en productos de alta densidad energética), además de numerosos aditivos, sin ninguna función nutritiva, para simular sabores, aromatizantes y conservantes. En 2011 se introdujeron varios indicadores para poder realizar la vigilancia del consumo de estos productos en la población.

En 2016, la ingesta de zumos envasados fue de 0,94 raciones/persona/día (0,89 raciones/persona/día los chicos y 1,00 raciones/persona/día las chicas). El 29,6% de la población refirió tomarlos todos o casi todos los días* (29,0% de los chicos y 30,2 % de las chicas), un 5,1 % dos o más veces al día (4,9% de los chicos y 5,4 % de las chicas). La ingesta de refrescos** fue de 0,77 raciones/persona/día (0,87 raciones/persona/día los chicos y 0,67 raciones/persona/día las chicas). El 22,2 % de la población refirió tomarlos todos o casi todos los días* (26,7 % de los chicos y 17,3% de las chicas), un 7,3 % dos o más veces al día (8,7% de los chicos y 5,7% de las chicas).

Globalmente, la ingesta de bebidas industriales fue de 1,81 raciones/persona/día (1,89 raciones/persona/día los chicos y 1,72 raciones/persona/día las chicas). El 48,1% de la población refirió tomar alguna de estas bebidas todos o casi todos los días* (51,9% de los chicos y 44,0 % de las chicas), un 11,1% dos o más veces al día (12,1% de los chicos y 10,1 % de las chicas). Considerando el periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2016, en comparación con los dos primeros años de la serie (2011/2012) la ingesta de estos productos durante los dos últimos años (2015/2016) descendió un 14,8 % en los chicos y un 17,9 % en las chicas (Figura 8).

**Ingesta todos o casi todos los días: ingesta 5 ó más días a la semana.*

***Refrescos: se refiere a bebidas tipo coca-cola, tónica, fanta, nestea, aquarius, etc, pero no zumos envasados.*

OTROS ALIMENTOS

El consumo de pan fue de 1,89 raciones diarias (1,92% en chicos y 1,87% en chicas). El consumo acumulado de **arroz y pasta** fue de 6-7 raciones a la semana, y el de **legumbres** de 2-3. Por otro lado, la ingesta de **huevos** o tortilla fue de 4-5 raciones a la semana. Finalmente, la ingesta de **pescado** fue de 3-4 raciones a la semana.

No se registraron grandes variaciones en el consumo de estos alimentos respecto a años anteriores.

En conjunto en la alimentación, a pesar de la mejora en algunos indicadores, se sigue observando un patrón de consumo alimentario con un exceso en el consumo de productos cárnicos, de bollería y de bebidas industriales, 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 elevado de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas en una parte importante de esta población.

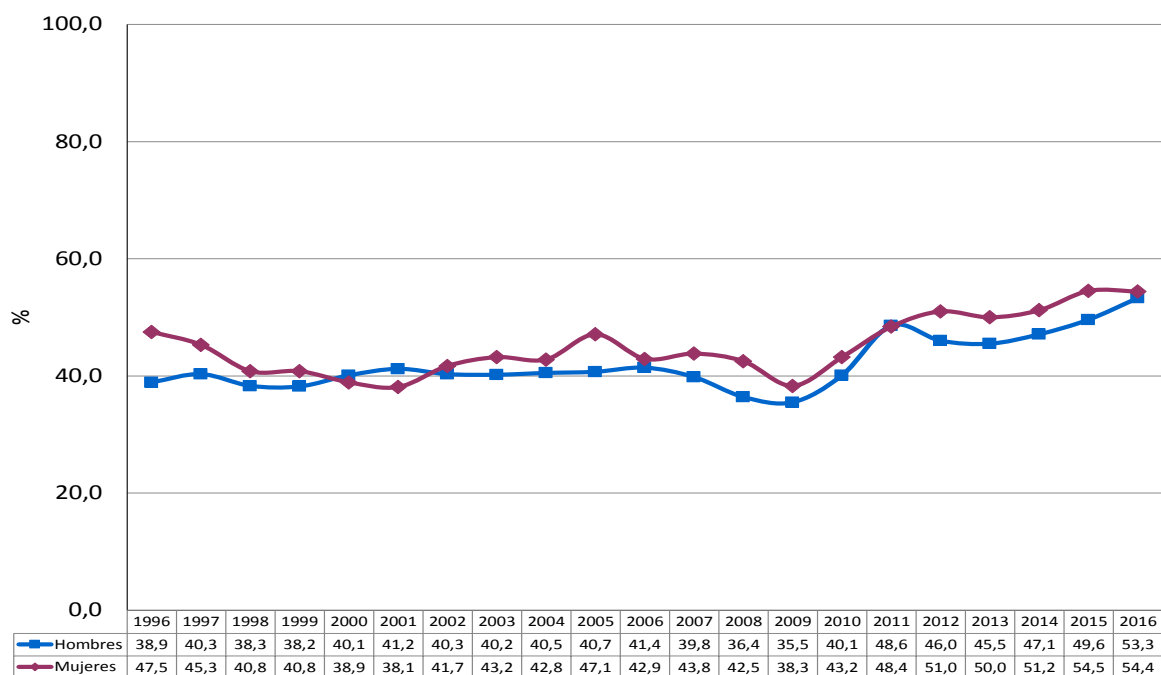
Tabla 4. Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Consumo <1 ración de leche/día	21,6 (19,2-24,2)	18,9 (16,1-22,1)	24,5 (21,5-27,7)	19,1 (16,0-22,6)	21,2 (18,0-24,7)
Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	53,9 (51,2-56,5)	53,3 (49,7-56,9)	54,4 (51,0-57,8)	52,9 (49,1-56,7)	54,3 (50,0-58,6)
Consumo <2 raciones de fruta/día	61,9 (59,5-64,3)	68,0 (64,9-71,0)	55,3 (52,0-58,5)	59,0 (55,1-62,8)	64,2 (60,8-67,4)
Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	41,0 (38,8-43,1)	49,7 (46,9-52,5)	31,5 (28,6-34,6)	42,5 (39,0-46,1)	39,4 (36,3-42,6)
Consumo ≥ 2 raciones productos cárnicos/día	65,8 (63,4-68,9)	69,0 (66,2-71,7)	62,3 (58,7-65,9)	62,4 (59,3-65,3)	65,7 (61,8-69,5)
Consumo ≥ 2 raciones de galletas, bollería/día	21,3 (19,2-23,7)	21,9 (19,2-24,8)	20,8 (18,0-23,8)	21,5 (18,3-25,2)	20,1 (17,1-23,4)
Consumo de bebidas industriales ≥ 5 días/semana (todos o casi todos los días)	48,1 (44,5-51,6)	51,9 (48,2-55,5)	44,0 (39,1-49,0)	44,6 (40,2-49,0)	47,0 (42,3-51,7)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

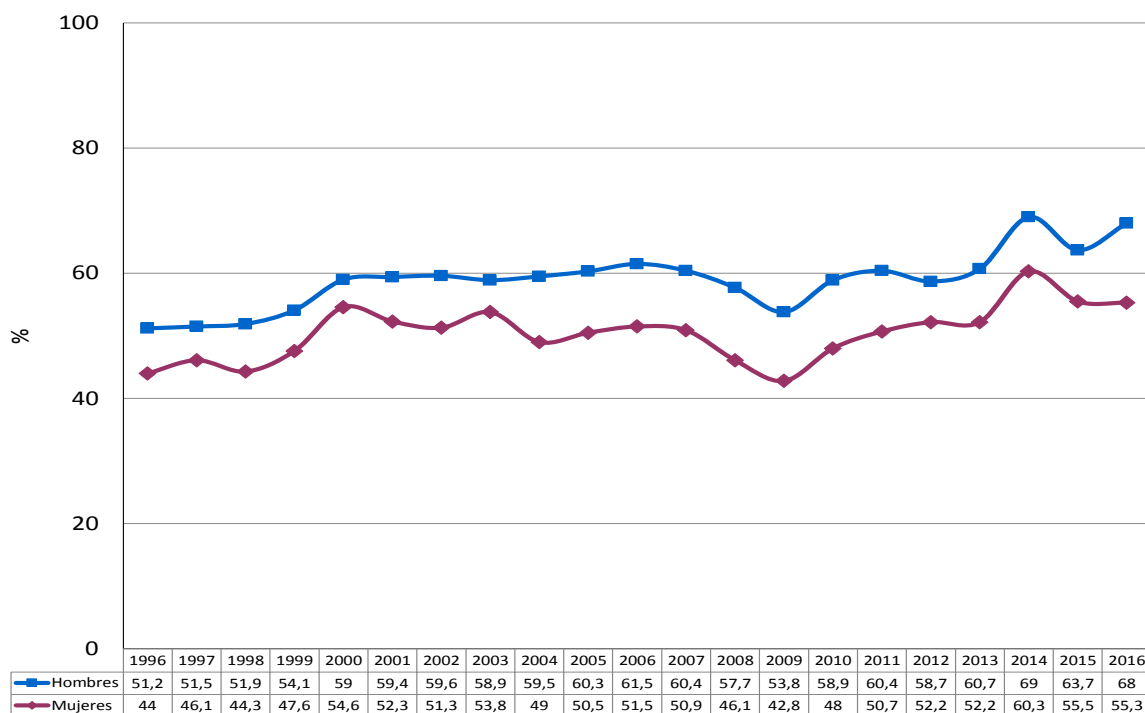
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 3. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <3 raciones de leche y derivados al día. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2016



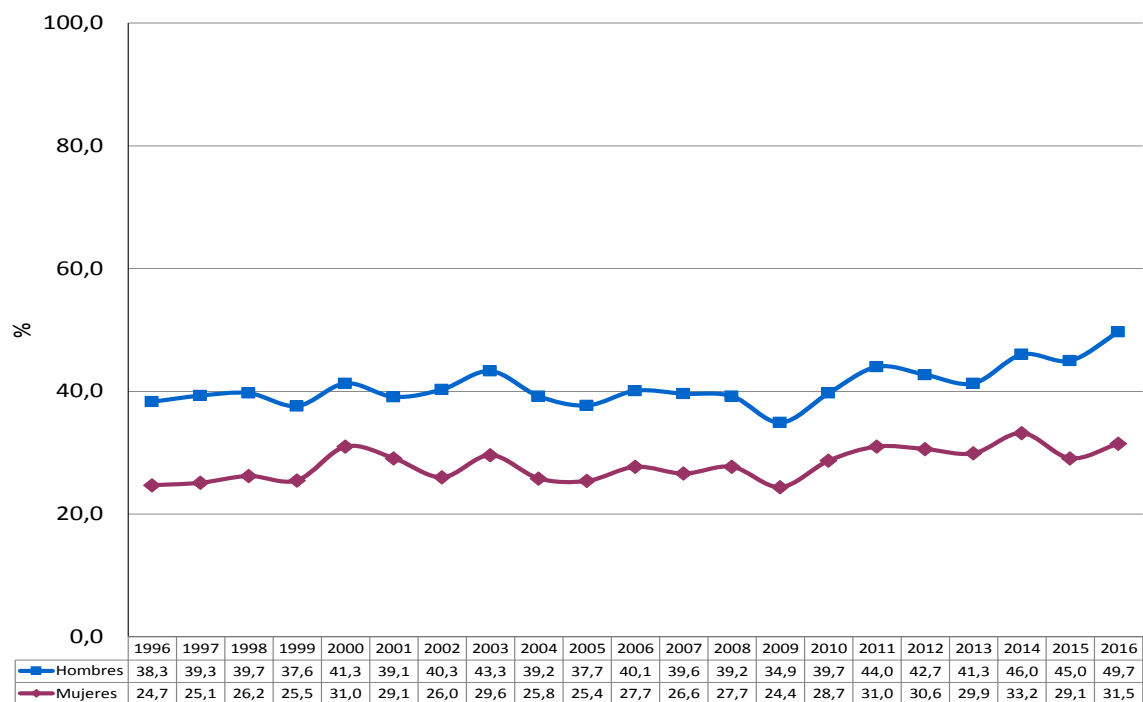
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 4. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <2 raciones de fruta al día. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2016



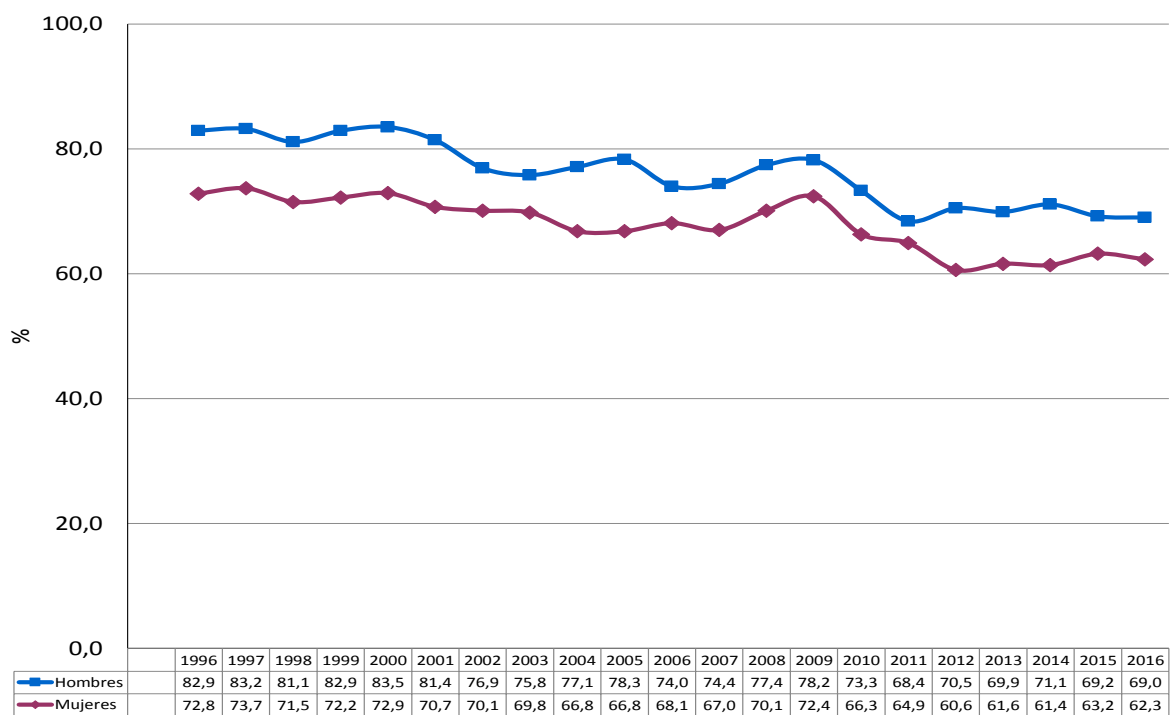
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 5. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <1 ración de verdura al día. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



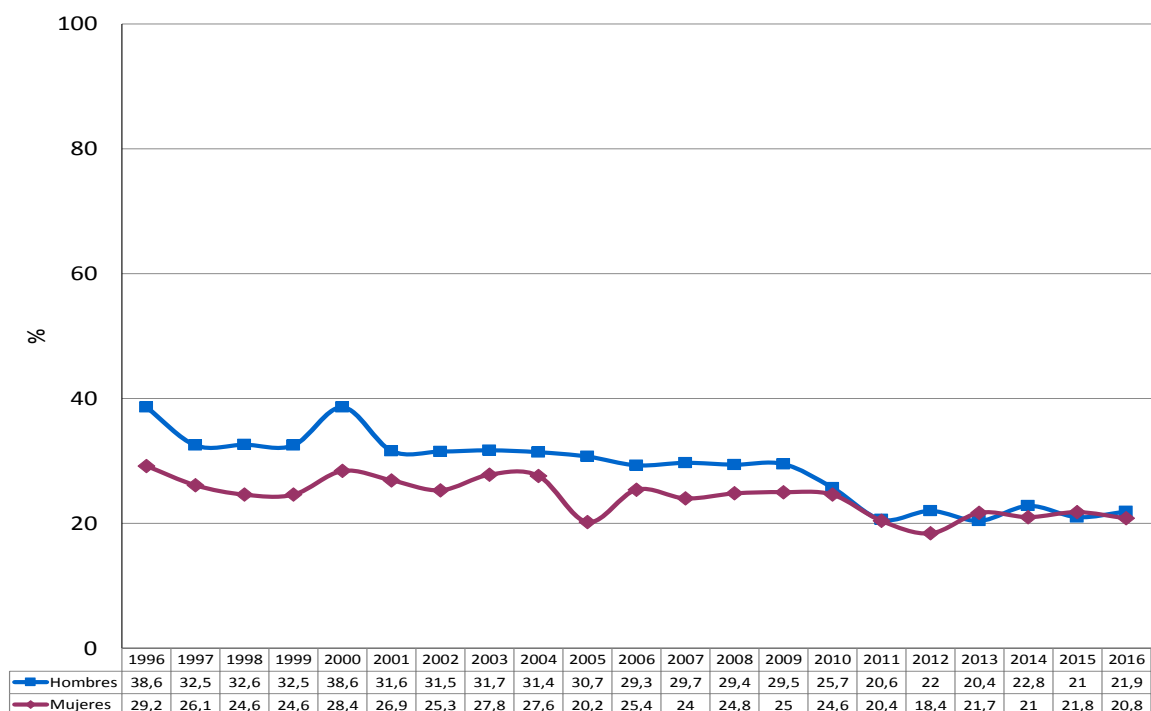
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 6. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo ≥ 2 raciones de productos cárnicos al día. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



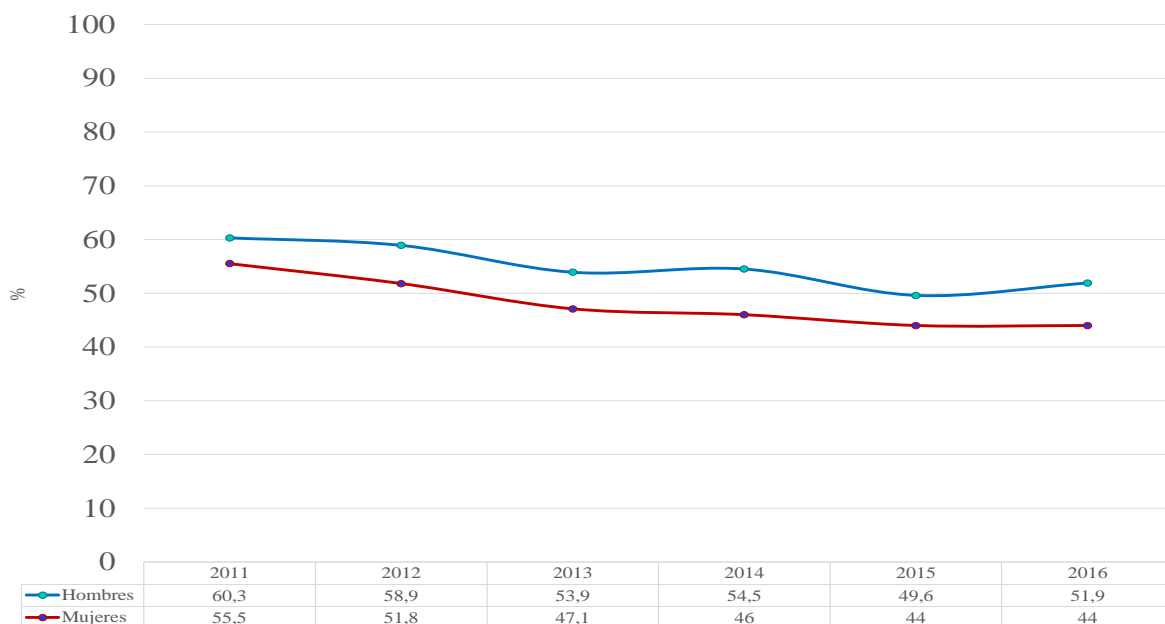
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 7. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo ≥ 2 raciones de bollería al día. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 8. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de bebidas industriales* todos o casi todos los días. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 2011-2016**



*Bebidas industriales: zumos envasados y refrescos. **Todos o casi todos los días: 5 o más días a la semana

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

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

El 18,6% de los chicos y el 37,0% de las chicas consideraron que tenían exceso de peso o que estaban obesos.

El 29,7% de los jóvenes afirmó haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 19,4% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizaron dietas para adelgazar aproximadamente 2 veces y media más frecuentemente que los chicos (28,1% y 11,3% respectivamente).

En los años 2015/2016 comparando con el promedio de 1996/1997, la proporción de jóvenes que realizaron dietas para adelgazar se incrementó un 74,3% en los chicos y disminuyó ligeramente en las chicas un 1% (Figura 9).

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%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	27,5 (25,6-29,5)	18,6 (16-21,6)	37 (34,1-40,1)	27,0 (23,6-30,7)	27,0 (24,7-29,5)
Realización de dietas en los últimos 12 meses	29,7 (27,6-31,9)	22,5 (19,3-26,1)	37,4 (34,8-40,1)	30,1 (27,6-32,7)	27,0 (23,6-30,8)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	19,4 (17,3-21,6)	11,3 (8,8-14,3)	28,1 (25,3-31)	20,1 (17,4-23,1)	18,0 (14,8-21,7)
No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	5,7 (4,6-7,0)	2 (1,3-2,9)	9,7 (7,9-11,9)	5,1 (3,6-7,3)	5,9 (4,3-8,0)
Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	2,7 (2,1-3,4)	0,7 (0,3-1,6)	4,9 (3,8-6,2)	2,8 (1,9-4,1)	2,3 (1,6-3,3)
Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	2,2 (1,6-3,1)	0,9 (0,5-1,6)	3,6 (2,5-5,2)	1,8 (1,0-3,2)	1,2 (0,7-2,1)

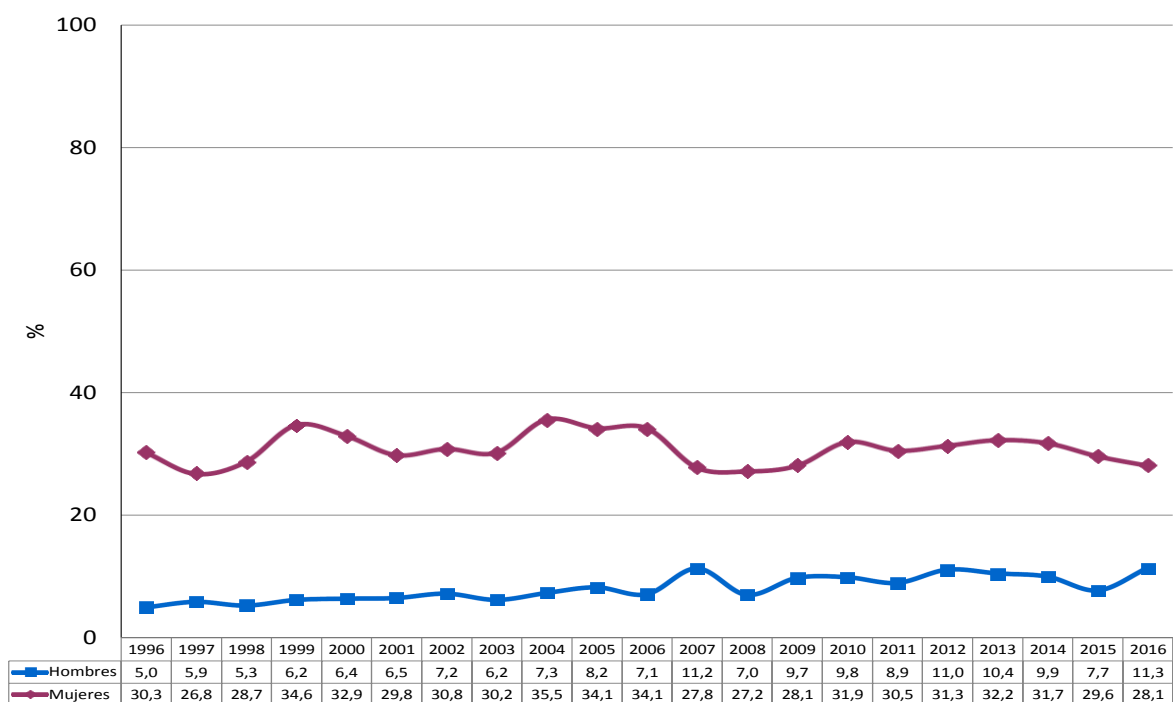
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

En esta encuesta se ha continuado con las preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario incluidas en el cuestionario desde 1999¹³, 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 2,8% de los chicos y el 13,1% de las chicas respondió afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 3,0% del total de mujeres respondió a dos y el 1,1% a los tres). Concretamente, durante el último año el 9,7% de las chicas no había ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 4,9% se había provocado vómitos para perder peso, y un 3,6% había utilizado diuréticos, laxantes o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

Figura 9. Evolución de la proporción de jóvenes que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.4. SOBREPESO Y OBESIDAD

Para la estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad se empleó el Índice de Masa Corporal (IMC), estimado a partir de los datos de peso y talla corporales referidos por la persona encuestada. El IMC se calculó como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m²). Para determinar la presencia de sobrepeso u obesidad se emplearon los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al.⁹. 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 superior a la referida¹⁰. El 15,2 % de los jóvenes tenían sobrepeso y el 2,4% obesidad, siendo el sobrepeso dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

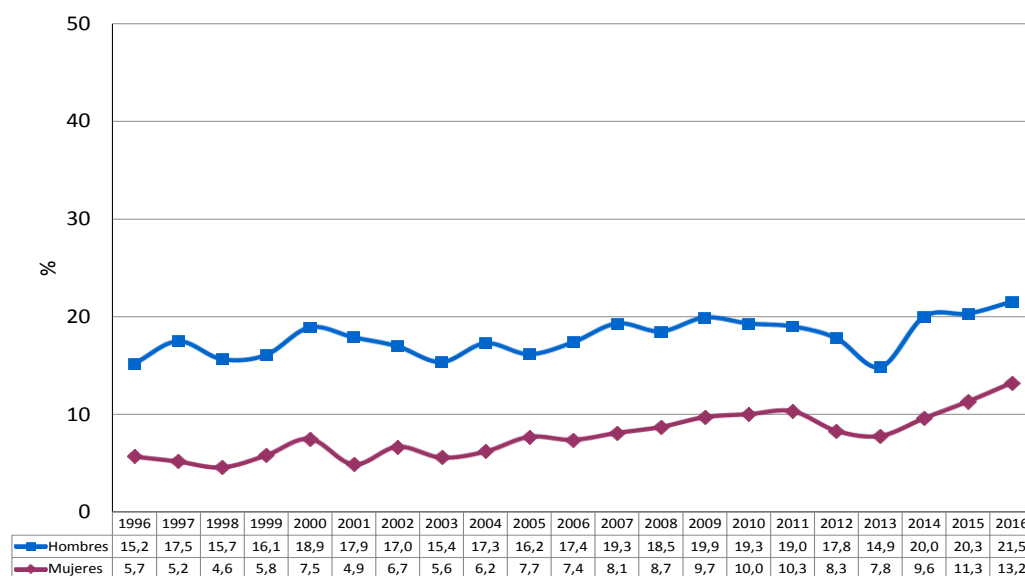
La evolución de la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad entre 1996/1997 y 2015/2016 presentó un incremento del 124,8 % en las chicas y del 21,1 % en los chicos (Figura 10).

Tabla 6. Proporción de jóvenes con sobrepeso y obesidad*, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Sobrepeso	15,2 (13,5-17,0)	19,3 (16,6-22,4)	10,5 (8,7-12,7)	13,1 (10,7-16,0)	16,5 (13,9-19,4)
Obesidad	2,4 (1,6-3,7)	2,2 (1,3-3,8)	2,7 (1,7-4,3)	2,6 (1,6-4,4)	1,7 (0,9-3,0)

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

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 10. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*. Población escolarizada en 4º de ESO⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016

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

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.5. CONSUMO DE TABACO

En el Figura 11 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, el 18,1 % refirió fumar con mayor o menor asiduidad, un 68,3 % no ha fumado nunca y el 13,6% eran exfumadores. Del total de jóvenes, el 6,9% indicó fumar diariamente y el 4,8% fumar alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 11,7% de fumadores habituales.

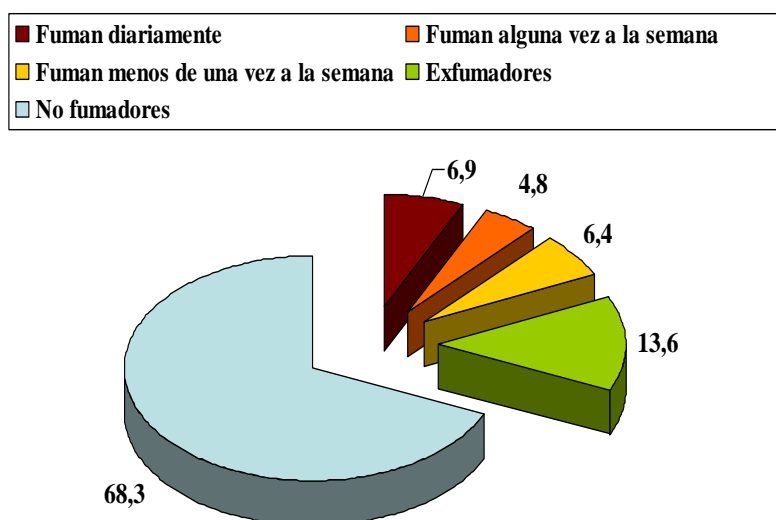
La proporción de jóvenes que indicó fumar diariamente, en la actualidad, fue mayor en las mujeres (8,3 %) que en los hombres (5,6 %) y la prevalencia se incrementó rápidamente con la edad: el 6,5 % de los jóvenes de 16 años fumaba diariamente frente al 4,1% de los que tenían 15 años.

La prevalencia de consumo superior a 10 cigarrillos, en fumadores y exfumadores, al día fue un 1,1 % en hombres y 1,2 % en mujeres.

El 5% del total de entrevistados refirió tener **permiso de los padres** para fumar, aumentando al 37,5 % en aquellos jóvenes que fumaban diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar fue mayor si los padres fumaban. Cuando no fumaba ninguno refirió tener permiso el 3,4 %, cuando fumaba alguno de los dos, el 6,2 %, mientras que cuando fumaban ambos padres lo tenían el 9,4 %. 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 ambos padres fumaban, el consumo de tabaco de forma diaria de los hijos se observó en el 14,5%, reduciéndose al 8,9 % cuando fumaba sólo uno de los progenitores y al 4,3% cuando no fumaba ninguno.

Al comparar el promedio de consumo diario de los dos últimos años (2015/2016) frente a los dos primeros (1996/1997), se observó una disminución porcentual muy importante en la proporción de jóvenes con este consumo. En concreto, una disminución del 68,3% en los chicos y del 69,6 % en las chicas (Figura 12).

Figura 11. Consumo de tabaco. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 2016.



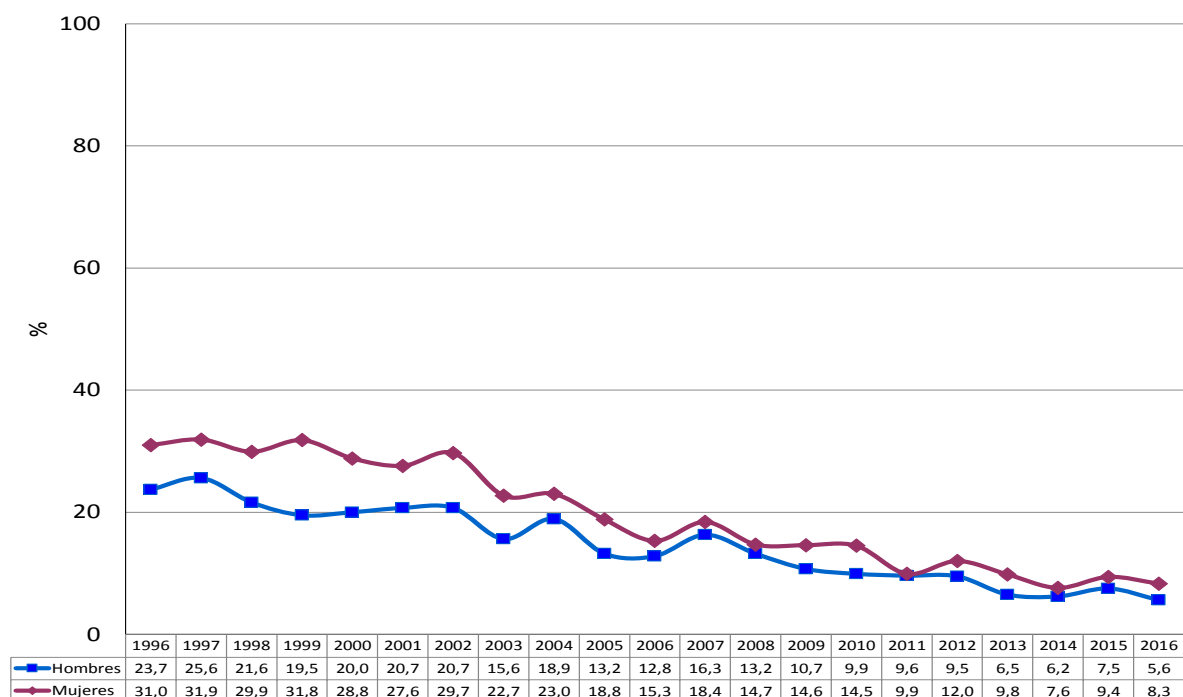
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 7. Proporción de jóvenes fumadores diarios y permiso de los padres para fumar, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

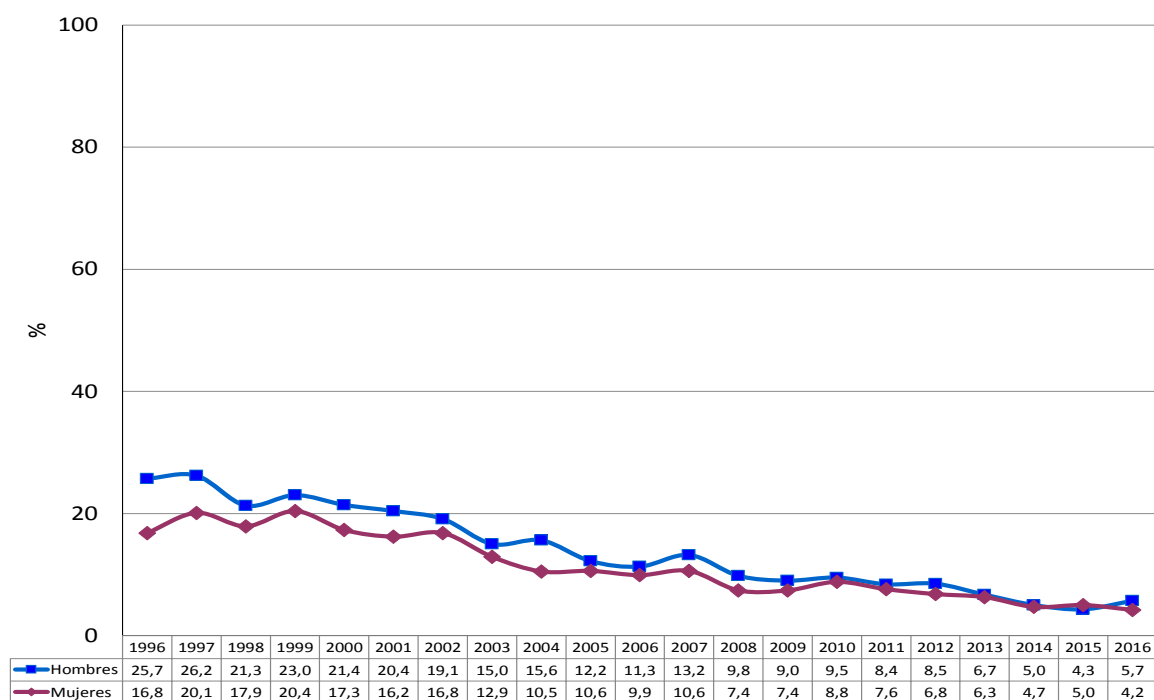
	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Fumadores diarios	6,9 (5,4-8,9)	5,6 (3,7-8,5)	8,3 (6,6-10,5)	4,1 (2,9-5,7)	6,5 (4,8-8,8)
Fumadores >10 cigarrillos	1,1 (0,7-1,7)	1,1 (0,5-2,2)	1,2 (0,6-2,2)	0,6 (0,3-1,6)	1,0 (0,4-2,0)
Permiso de los padres para fumar	5,0 (3,8-6,5)	5,7 (4,0-8,0)	4,2 (2,9-6,2)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

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%. * Incluye los que dicen que sí y que les dejan algunas veces.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 12. Evolución de la prevalencia de fumadores diarios. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 13. Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

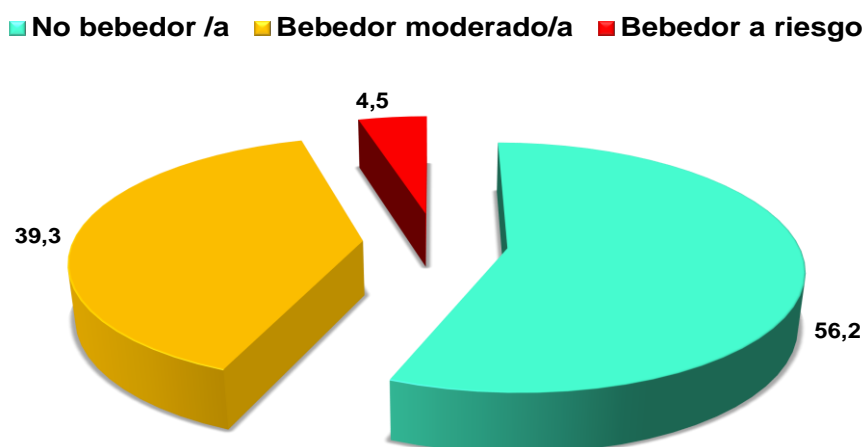
4.6 . CONSUMO DE ALCOHOL

El 52,2 % de los jóvenes había consumido algún tipo de bebida alcohólica en los 30 días previos a la entrevista y el 7,8% (8,9 % de los chicos y 6,6 % de las chicas) había ingerido alcohol 6 o más días. El **consumo medio** de bebidas alcohólicas supuso en esta población una ingesta de 52,9 cc de alcohol puro semanal (52,9 cc/semana en los chicos y 53,0 cc/semana en las chicas). Se observó un incremento del consumo con la edad, con 40,0 cc de consumo semanal en los adolescentes de 15 años y 51,2 cc/semana en los de 16 años. La bebida que más contribuye al consumo de alcohol fue el combinado o cubata, que representó un 58,0 %.

Siguiendo el criterio utilizado en la población adulta para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol, se han considerado bebedores/as moderados/as aquellos sujetos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc en el caso de los hombres, y de 1-29 cc en el caso de las 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 4,5 % de los jóvenes fueron clasificados como **bebedores a riesgo**, el 39,3 % como bebedores moderados y el 56,2 % como no bebedores (Figura 14). La proporción de bebedores a riesgo fue notablemente superior en mujeres (6,4 %) que en hombres (2,6%), y un poco inferior a los 15 años (3,5%) comparado con los 16 años (3,8%).

Figura 14. Clasificación según la cantidad de alcohol consumido*. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 2016



*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 chicos y ≥ 30 cc. en chicas.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

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 31,0 % de los

entrevistados afirmó haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo ligeramente superior en las mujeres (31,6 %) que en los hombres (30,5 %), y más frecuente en los jóvenes de 16 años (29,0 %) que en los de 15 años (25,6 %).

El 39,5 % afirmó haberse emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses y el 19,8% en los últimos 30 días. Por último, el 17,1 % de los jóvenes había viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol.

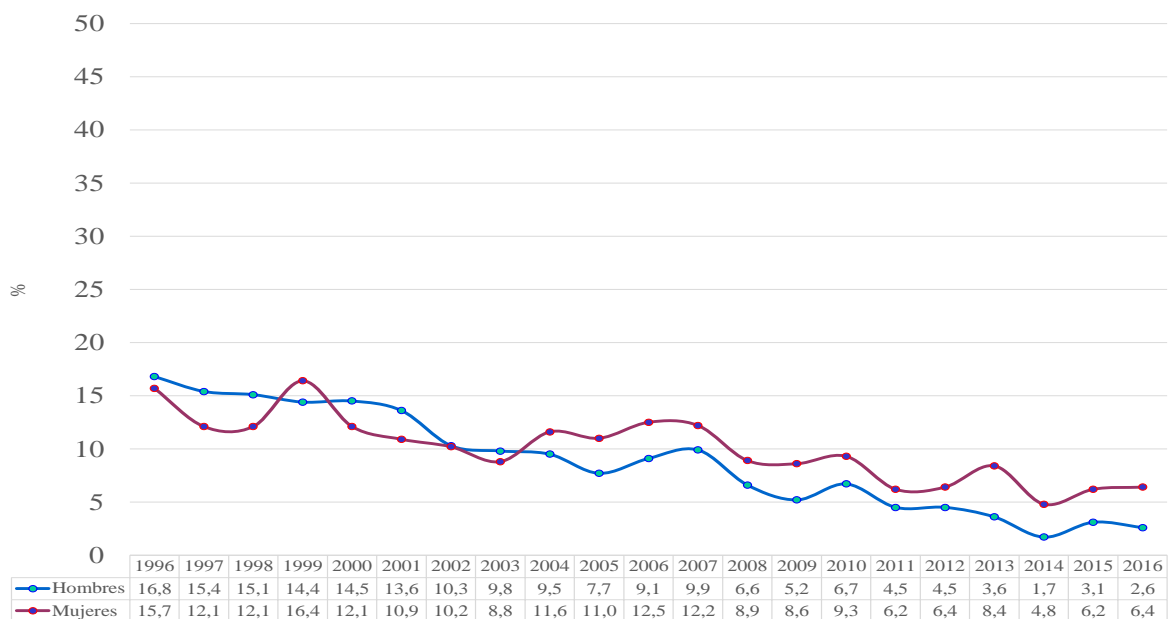
La disminución del consumo de alcohol fue también muy importante, siguiendo un patrón temporal similar al del tabaco. Comparando los dos últimos años (2015/2016) con los dos primeros (1996/1997), el descenso de mayor magnitud se observó en los bebedores de riesgo, con una disminución en el porcentaje de jóvenes con este consumo del 81,3% en los chicos y del 47,9% en las chicas. El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes. Hay que destacar que los descensos observados en los diferentes indicadores fueron, en términos relativos, mayores en los chicos que en las chicas (descenso en el porcentaje con un consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días del 33,8% en los chicos y del 13,5 % en las chicas; descenso en el porcentaje de jóvenes que se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses del 28,3 % en los chicos y del 15,8 % en las chicas; y descenso en el porcentaje que ha viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor se encontraba bajo los efectos del alcohol del 22,9 % en los chicos y del 13,4% en las chicas) (Figuras 15-18).

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%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2016.

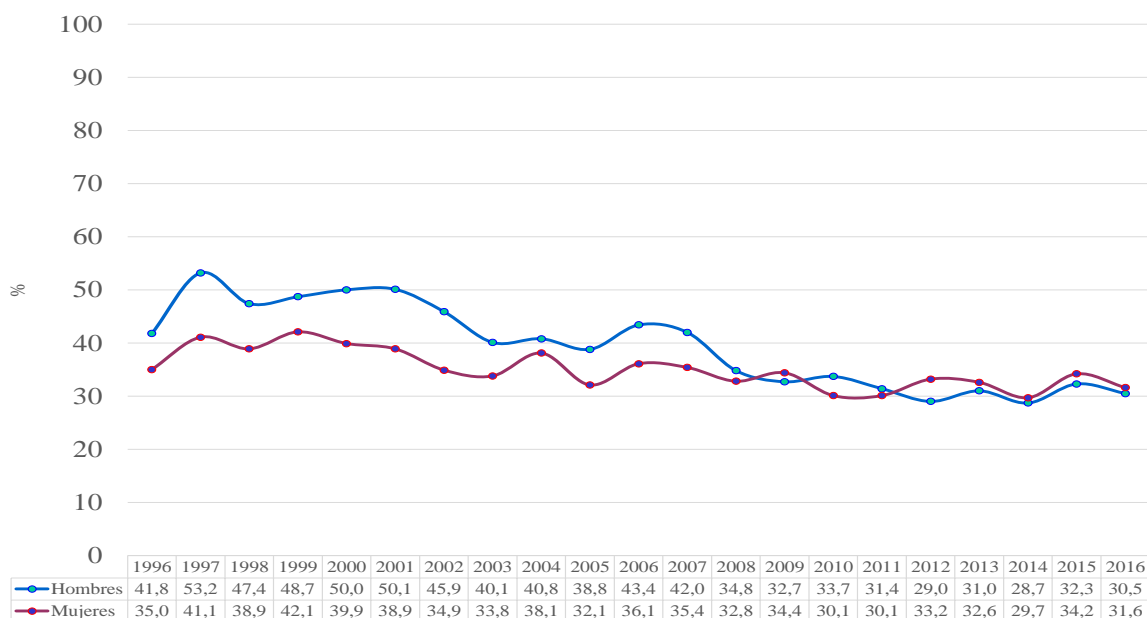
	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	4,5 (3,6-5,5)	2,6 (1,7-4,2)	6,4 (5,1-8,1)	3,5 (2,4-5,0)	3,8 (2,7-5,4)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	31,0 (27,8-34,4)	30,5 (26,6-34,7)	31,6 (27,8-35,7)	25,6 (22,4-29,1)	29,04 (25,0-33,3)
Borrachera en los últimos doce meses	39,7 (36,6-42,9)	36,7 (32,8-40,8)	42,9 (38,8-47,0)	34,5 (30,8-38,4)	39,6 (35,3-44,2)
Borrachera en los últimos 30 días	19,8 (17,0-22,8)	18,0 (14,5-22,2)	21,6 (18,4-25,2)	15,2 (12,2-18,8)	19,2 (15,6-23,5)
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	17,1 (14,9-19,5)	16,6 (13,7-19,9)	17,6 (14,9-20,7)	13,3 (10,1-17,3)	15,0 (12,7-17,7)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 15. Evolución de la proporción de bebedores a riesgo*. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016

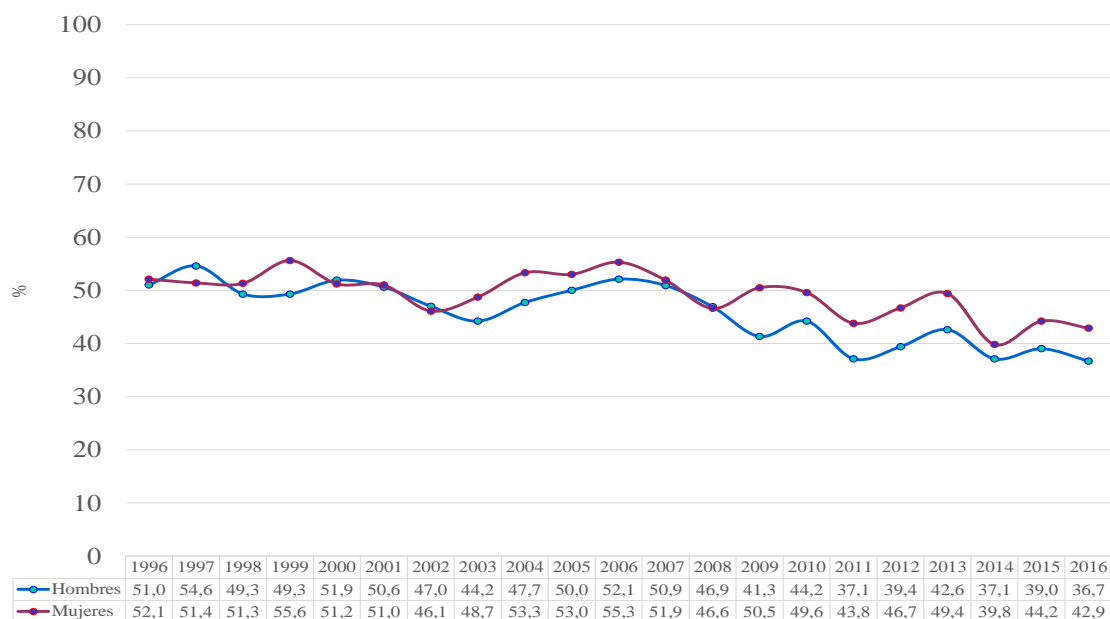
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 16. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de alcohol excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016

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

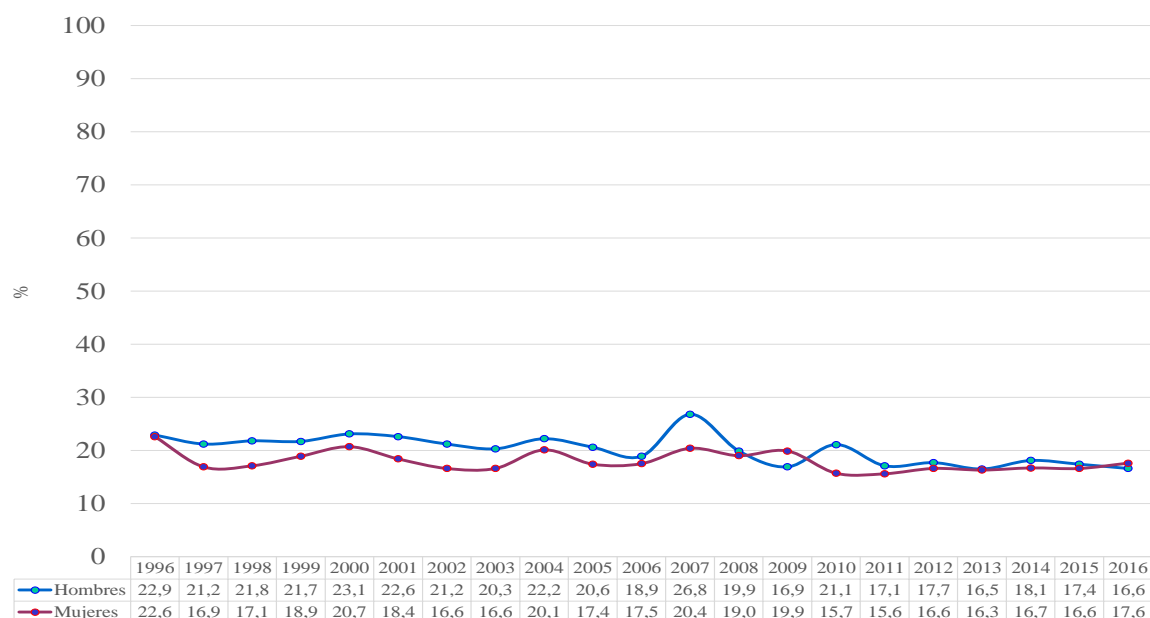
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 17. Evolución de la proporción de jóvenes que se han emborrachado en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 18. 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 escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2015



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.7 CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continuó siendo el hachís, refiriendo su consumo alguna vez durante los últimos 12 meses un 10,9 % (alguna vez en los últimos 12 meses + alguna vez en los últimos 30 días) de los jóvenes y alguna vez en los últimos 30 días el 5,7%. La segunda sustancia más frecuentemente consumida fueron los tranquilizantes sin prescripción, con un consumo en los últimos 12 meses en el 2,6 % de los jóvenes. La droga menos consumida fue la heroína y las sustancias volátiles, con un 0,2% de prevalencia en ambos casos.

De forma agregada, el consumo de alguna de las sustancias, el 13,0 % de los jóvenes había realizado en los doce últimos meses algún consumo de alguna de estas sustancias y un 6,7 % en los últimos 30 días.

Al 17,7% de los jóvenes les habían **ofrecido drogas** en los últimos 12 meses, y a un 6,2 % en los últimos 30 días.

Entre 1996/1997 y 2015/2016 el consumo de drogas de uso ilegal descendió en un rango que fue desde el 13,8 % en el caso de los tranquilizantes sin prescripción, hasta el 93,9 % en el caso de los alucinógenos.

En los gráficos siguientes, hay que tener en cuenta que en todas las sustancias para las que se registran prevalencias de consumo muy bajas (cocaína, heroína, speed o anfetaminas, éxtasis u otras drogas de diseño, alucinógenos y sustancias volátiles), pequeños cambios absolutos pueden traducirse en grandes cambios relativos (Figura 19).

Tabla 9. Proporción de jóvenes con consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	2,6 (1,9-3,5)	1,8 (1,1-2,8)	3,4 (2,3-5,1)	2,8 (1,8-4,5)	2,2 (1,4-3,3)
Hachís	10,9 (9,1-12,9)	12,0 (9,8-14,6)	9,7 (7,5-12,4)	7,9 (5,8-10,6)	10,3 (7,9-13,3)
Cocaína	0,5 (0,2-1,2)	0,8 (0,3-1,9)	0,2 (0,1-0,7)	0,3 (0,1-1,1)	0,8 (0,3-2,5)
Heroína	0,2 (0-0,5)	0,2 (0-0,8)	0,1 (0-0,8)	0,1 (0-0,9)	-
Speed o anfetaminas	0,3 (0,1-0,6)	0,3 (0,1-0,9)	0,2 (0,1-0,9)	0,4 (0,1-1,2)	0,2 (0,1-1,0)
Éxtasis u otras drogas de diseño	0,3 (0,1-0,6)	0,3 (0,1-1,0)	0,2 (0,1-0,9)	0,4 (0,1-1,2)	0,2 (0,1-1,0)
Alucinógenos	0,4 (0,2-0,8)	0,4 (0,2-1,0)	0,2 (0,1-1,4)	0,4 (0,1-1,2)	0,1 (0,0-0,9)
Sustancias volátiles	0,2 (0-0,5)	0,3 (0,1-0,9)	0 (0-0)	0,1 (0,0-0,9)	0,2 (0,1-1,0)

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

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

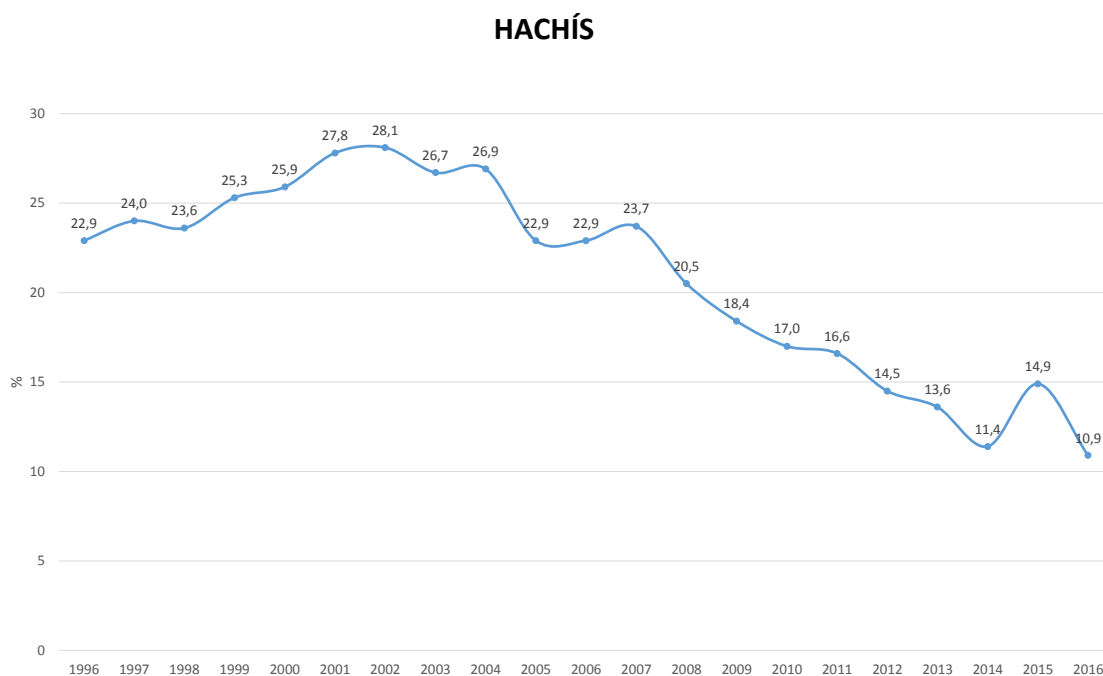
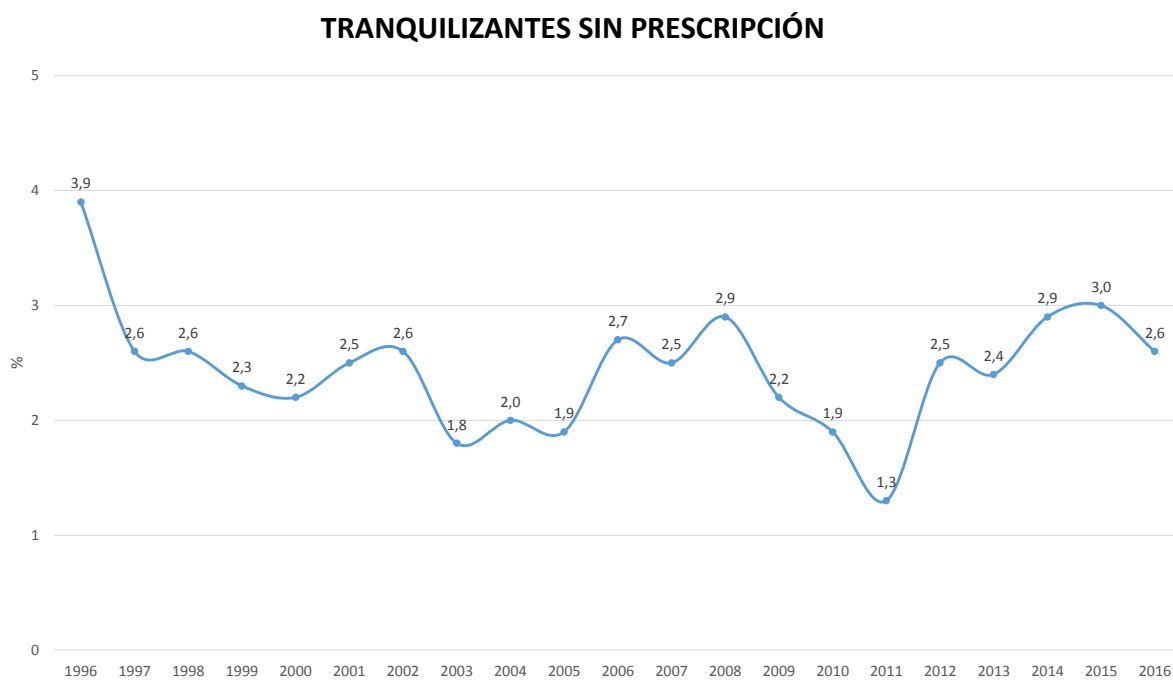
Tabla 10. Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	17,7 (15,5-20,0)	18,9 (16,2-22,0)	16,4 (13,6-19,5)	15,9 (13,1-19,2)	17,8 (15,0-20,9)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	6,2 (5,1-7,6)	7,4 (5,7-9,6)	5,0 (3,5-7,0)	5,3 (3,8-7,2)	6,0 (4,4-8,2)

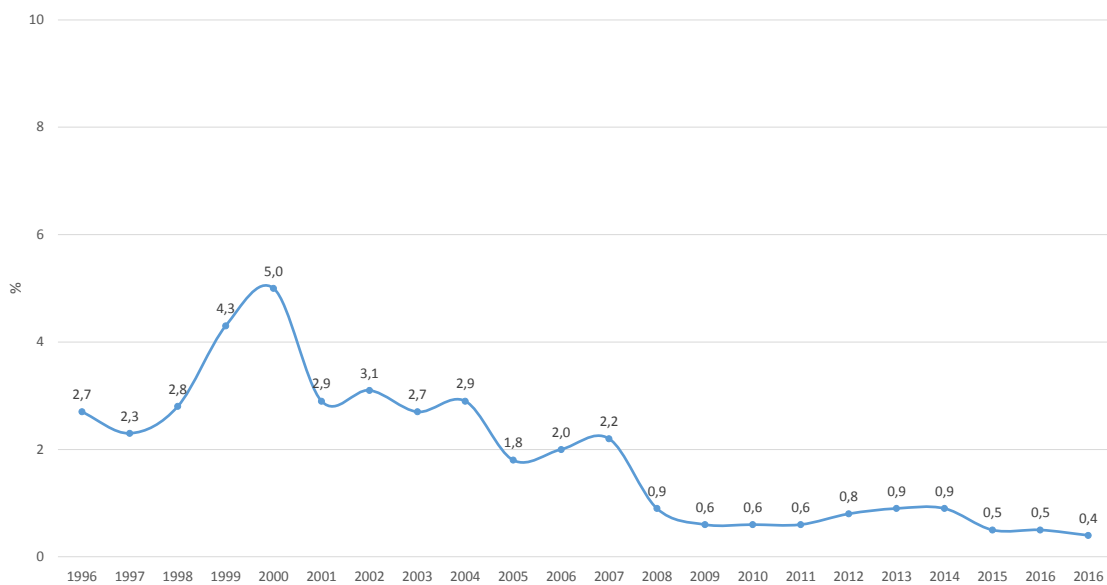
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

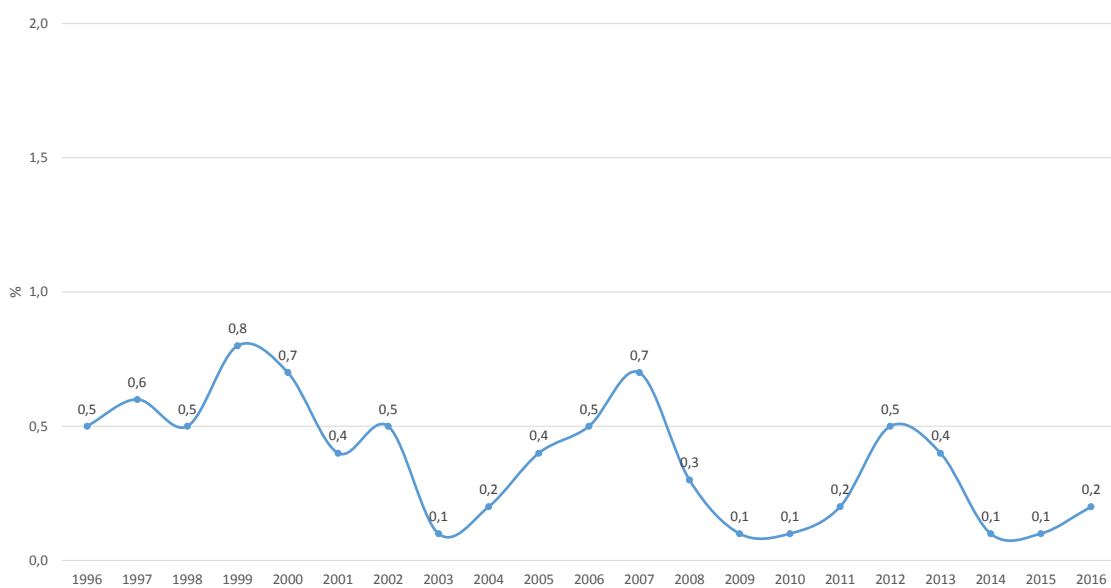
Figura 19. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



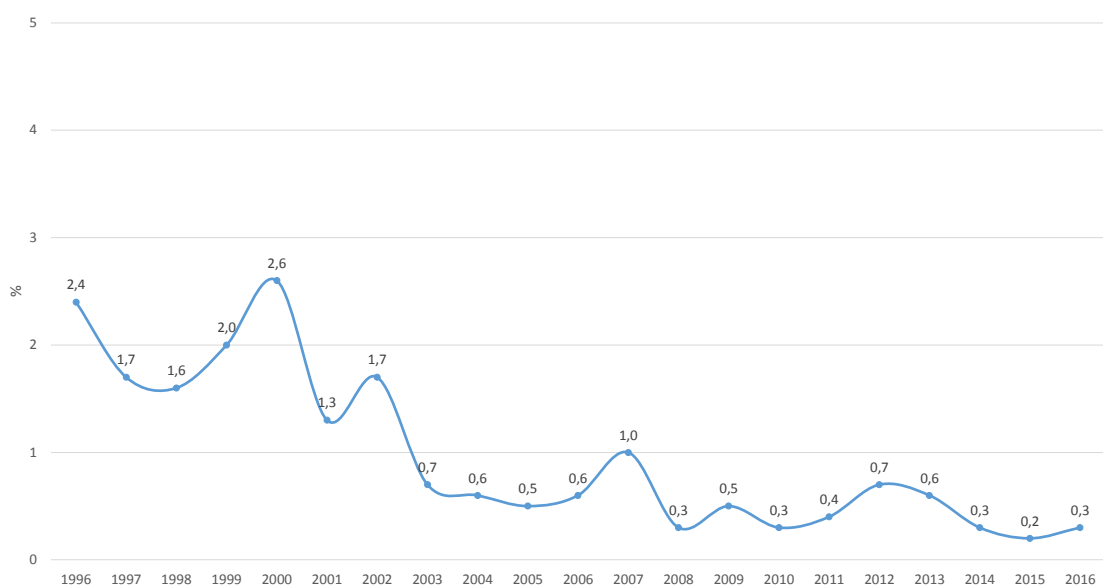
COCAÍNA



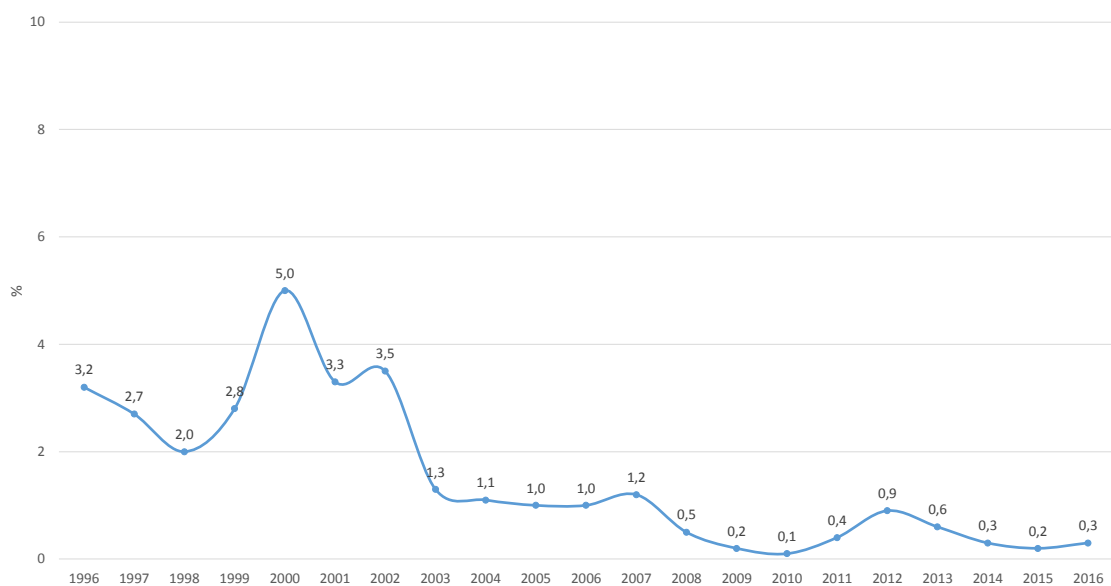
HEROÍNA



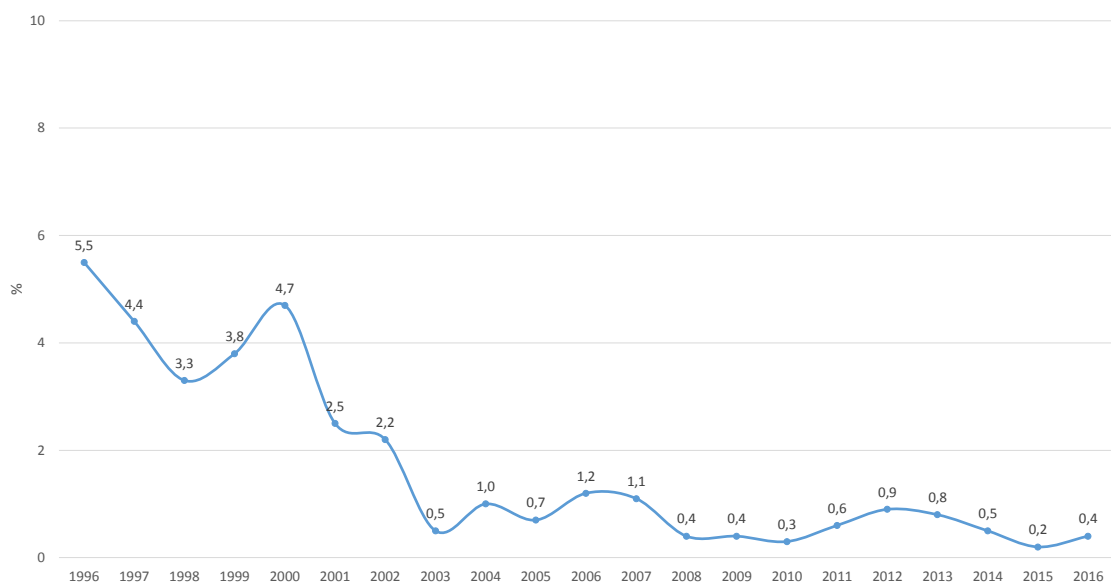
SPEED O ANFETAMINAS



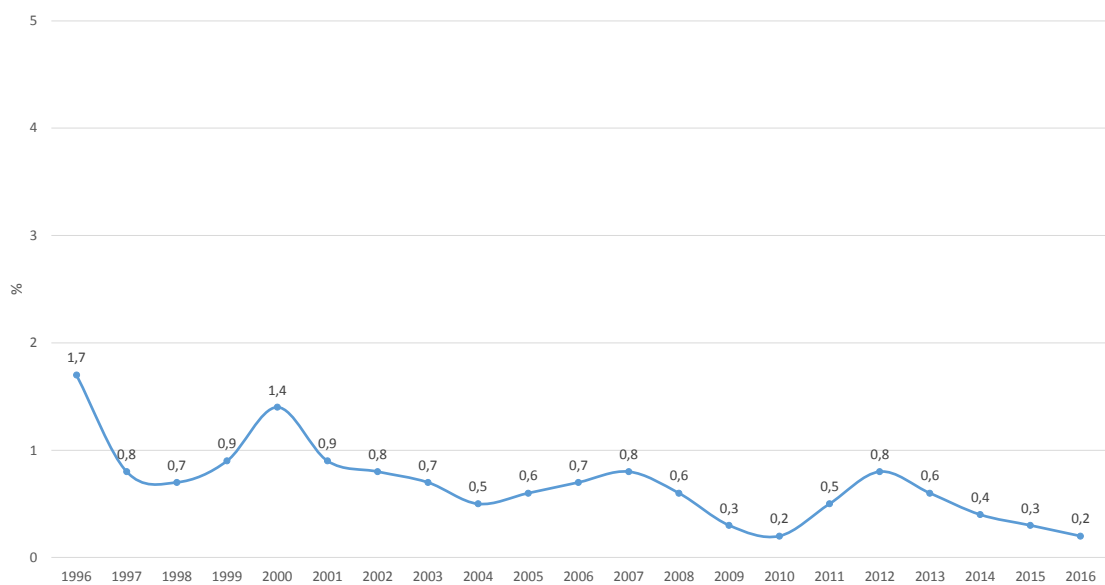
ÉXTASIS U OTRA DROGA DE DISEÑO



ALUCINÓGENOS



SUSTANCIAS VOLÁTILES



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.8. RELACIONES SEXUALES

El 27,7% de los jóvenes habían tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (29% de los chicos y 26,4 % de las chicas). En los jóvenes de 16 años este porcentaje fue del 14,8 % frente al 15,7 % en los de 15 años.

Un 80,2% utilizaron el **preservativo** durante la última relación sexual. Un 14,1 % han utilizado métodos anticonceptivos ineficaces **durante la última relación sexual** (pues no utilizaron ningún método, o utilizaron marcha atrás, el método de Ogino, o no sabían con seguridad que método habían utilizado) ¹¹.

Tabla 11. Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos ineficaces durante la última relación sexual, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

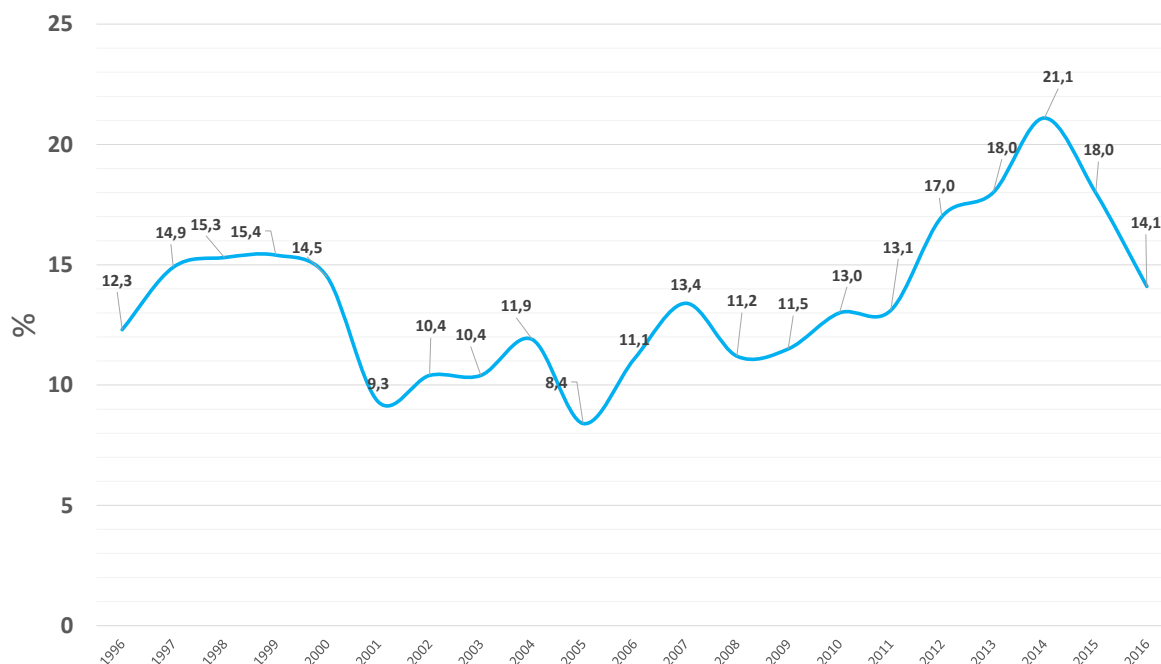
	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	27,8 (24,4-31,5)	29,1 (25,1-33,5)	26,5 (22,9-30,4)	15,7 (13,3-18,4)	24,8 (21,0-29,1)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	81,3 (76,6-85,2)	83,8 (79,4-87,5)	78,2 (71,0-84,1)	86,0 (78,5-91,0)	81,2 (73,2-87,2)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	14,1 (11,5-19,1)	14,9 (11,5-19,1)	13,2 (9,1-18,7)	13,3 (8,3-20,8)	14,2 (9,2-21,3)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

En la evolución de este indicador, no utilización de anticonceptivos eficaces, se observó una mejora entre 2001 y 2005. En 2016 se ha producido una mejora en relación a los dos años previos, volviendo a % similares a 2011, tendencia que hay que seguir en años próximos (figura 20). De forma conjunta la comparación de con los dos años iniciales de la serie 1996/1997 y 2015/2016, registramos un empeoramiento importante observándose un 18,01 % más de jóvenes que no emplearon métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual (Figura 20).

Figura 20. Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su última relación sexual. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



*Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.9. VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DE LAS RELACIONES DE PAREJA

La violencia en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública¹²⁻¹⁵. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-J.

Para detectar la presencia de violencia por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te dio una bofetada, patadas, o te lastimó físicamente de alguna manera?
- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te impuso conductas de tipo sexual que tú rechazabas?

Entre 2011 y 2013, estas preguntas se dirigieron a todos los jóvenes, con las siguientes opciones de respuesta:

- Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo.
- Sí, la chica con el que estoy o estaba saliendo.
- No.
- No he salido con ningún chico/a.
- No estoy seguro/No puedo contestar.

Desde 2014, estas preguntas se dirigieron sólo a los jóvenes que, en una pregunta previa, respondieron estar saliendo o haber salido con alguien durante el último año, quedando, por tanto, como opciones de respuesta a las preguntas sobre violencia, las siguientes:

- Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo.
- Sí, la chica con el que estoy o estaba saliendo.
- No.
- No estoy seguro/No puedo contestar.

Se consideró que existía violencia cuando se respondió afirmativamente a cualquiera de las situaciones descritas en las preguntas anteriores. Para las estimaciones no se tuvieron en cuenta los sujetos que respondieron a ambas preguntas “no estar seguros/no poder contestar” (25 sujetos, el 1,3 % de la muestra total de 1966 entrevistados), aquellos que dejaron ambas preguntas en blanco (circunstancia que en 2016 no presentó ningún sujeto), o cualquier combinación de las anteriores (no estar seguros/no poder contestar en una de las preguntas y en blanco la otra, circunstancia que en 2016 no presentó ningún sujeto). Los sujetos que respondieron no haber salido con ningún/a chico/a en el periodo indicado (38,50% de la muestra total de los 1968 entrevistados) o aquellos que dejaron esa pregunta sin responder (1,3 % de la muestra total de los 1968 entrevistados) no se consideraron en el denominador.

En 2016, entre la población juvenil que tenía o había tenido alguna pareja durante el último año, un 3,5% (3,5% de los chicos y 3,6% de las chicas) afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física (violencia física) y un 5,1% (2,8% de los chicos y 7,5% de las chicas) haber sufrido alguna agresión de tipo sexual (violencia sexual) por parte de su pareja o expareja.

El 7,6% de los jóvenes con pareja o expareja en los últimos 12 meses, habían sido víctimas de algún tipo de violencia física y/o sexual por parte de sus parejas o exparejas (5,5 % de los chicos y 9,8 % de las chicas).

Considerando el periodo del que se dispone de información hasta el momento (años 2011-2016), en comparación con los dos primeros años de la serie (2011/2012), la violencia física y/o sexual durante los dos últimos años (2014/2016) disminuyó un 3,8% en los chicos y aumentó un 16,9 % en las chicas (Figura 21).

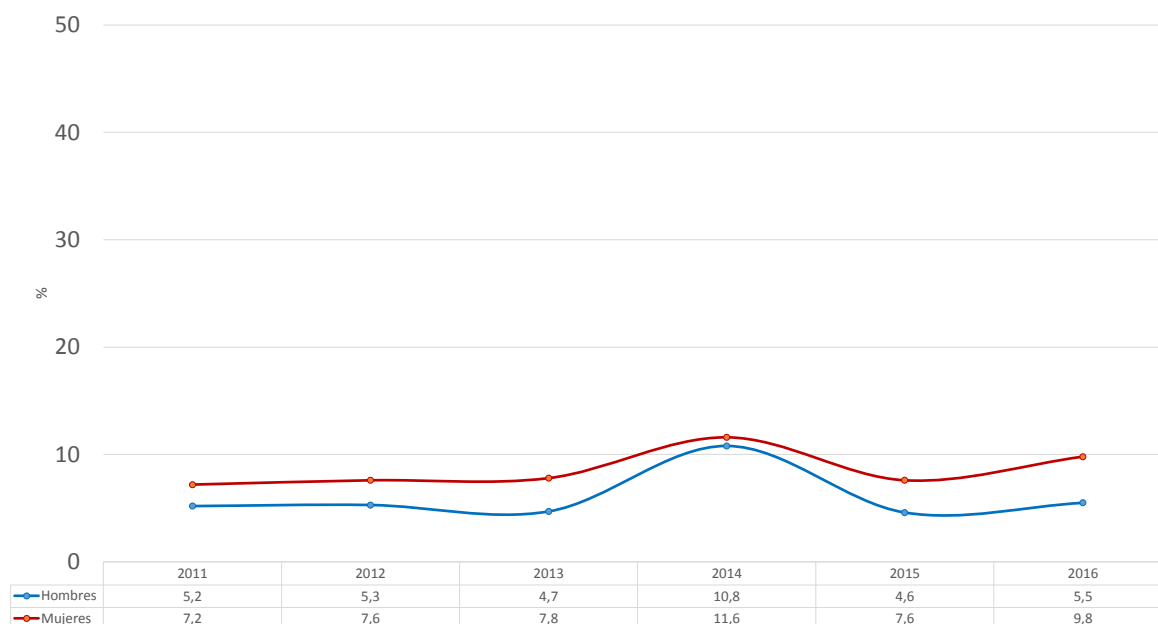
Tabla 12. Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja. Proporción de jóvenes con pareja o expareja que en el último año sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL	Edad (años)			
		Hombre	Mujer	15	16
Violencia física	3,6 (2,7-4,8)	3,5 (2,4-5,2)	3,6 (2,4-5,4)	2,1 (1,1-4,2)	2,2 (1,2-4,3)
Violencia sexual	5,6 (4,2-7,5)	3,1 (2,0-4,9)	8,2 (5,9-11,1)	4,9 (2,8-8,3)	4,9 (2,9-8,0)
TOTAL: violencia física y/o sexual	7,6 (6,1-9,5)	5,5 (4,2-7,3)	9,8 (7,4-12,8)	5,8 (3,7-9,0)	6,5 (4,4-9,4)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 21. Evolución de la proporción de jóvenes con pareja o expareja que sufrieron violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja en el último año. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 2011-2016.



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.10. ACCIDENTES

El 14,6% de los jóvenes entrevistados había tenido en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo 2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Respecto a la descripción del espacio o situación en los que se produjo el último accidente, en los chicos la situación/lugar más frecuente fue el centro deportivo (28,0%), seguido de la casa (21,8%) y la calle (17,6%). En las mujeres, los accidentes se originaron fundamentalmente en casa (39,3%) seguido la calle (14,6%) y el centro deportivo (11,2 %) u otro lugar (11,2%).

La frecuencia de accidentes ha venido reduciéndose tanto en chicos como en chicas, principalmente, desde 2004/2005 (Figura 22). El descenso global registrado entre 1996/1997 y 2014/2016 fue del 17,0% en los chicos y del 24,8% en las chicas (Figura 22).

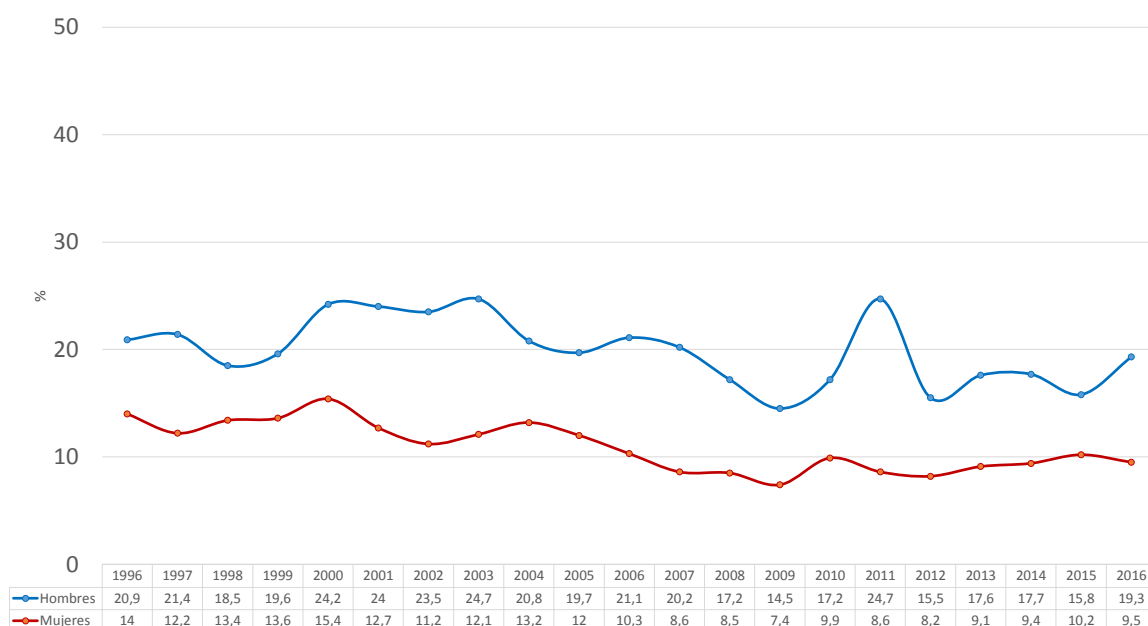
Tabla 13. Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Algún accidente en los últimos 12 meses	14,6 (12,9-16,5)	19,3 (16,9-22,1)	9,5 (7,5-12,0)	13,1 (10,6-16,1)	14,5 (12,0-17,3)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 22. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.11. SEGURIDAD VIAL

En los usuarios de coches, el 14,5% de los jóvenes entrevistados no utilizó “siempre” el cinturón de seguridad al viajar por ciudad. Este porcentaje fue del 9,4% en la circulación por carretera.

En los que utilizan la moto la no utilización del casco fue muy alta, dado que todavía el 44,3 % refirió “no ponérselo siempre”.

En los que usan la bicicleta, la utilización del **casco** continuó siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 84,3% de los jóvenes señaló “no utilizarlo habitualmente”.

La situación sobre estos hábitos relacionados con la seguridad vial empezaron a mejorar de forma notable en torno a 2004 y, aunque más lentamente desde 2008 y no de forma homogénea, globalmente han seguido mejorando (Figuras 23-25).

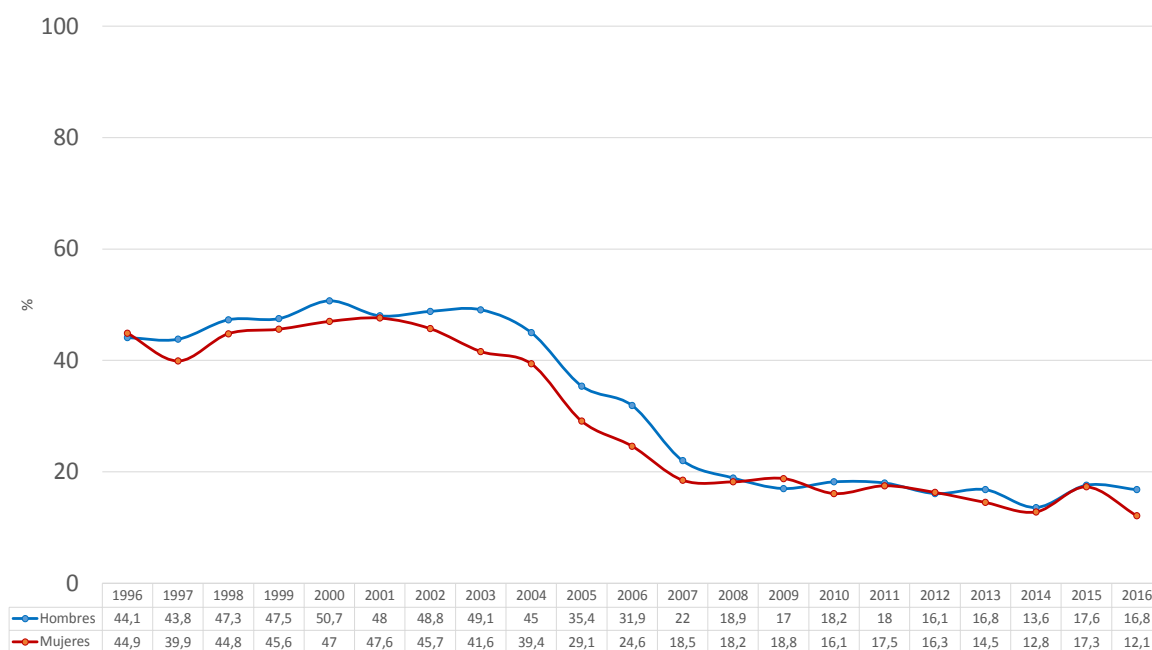
Tabla 14. Proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	14,5 (12,7-16,6)	16,8 (14,3-19,7)	12,1 (9,7-14,9)	11,9 (9,5-14,9)	15,5 (13,2-18,2)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	9,4 (7,8-11,4)	10,5 (8,2-13,3)	8,3 (6,3-10,9)	7,7 (5,6-10,5)	9,4 (8,0-11,1)
No utilización del casco en moto	44,3 (39,9-48,8)	46,7 (41,7-51,7)	41,0 (34,1-48,2)	44,5 (38,5-50,6)	41,4 (35,3-47,8)
No utilización del casco en bicicleta	84,3 (81,7-86,6)	83,6 (80,6-86,2)	85,2 (81,1-88,5)	83,3 (78,8-87,0)	83,4 (79,9-86,3)

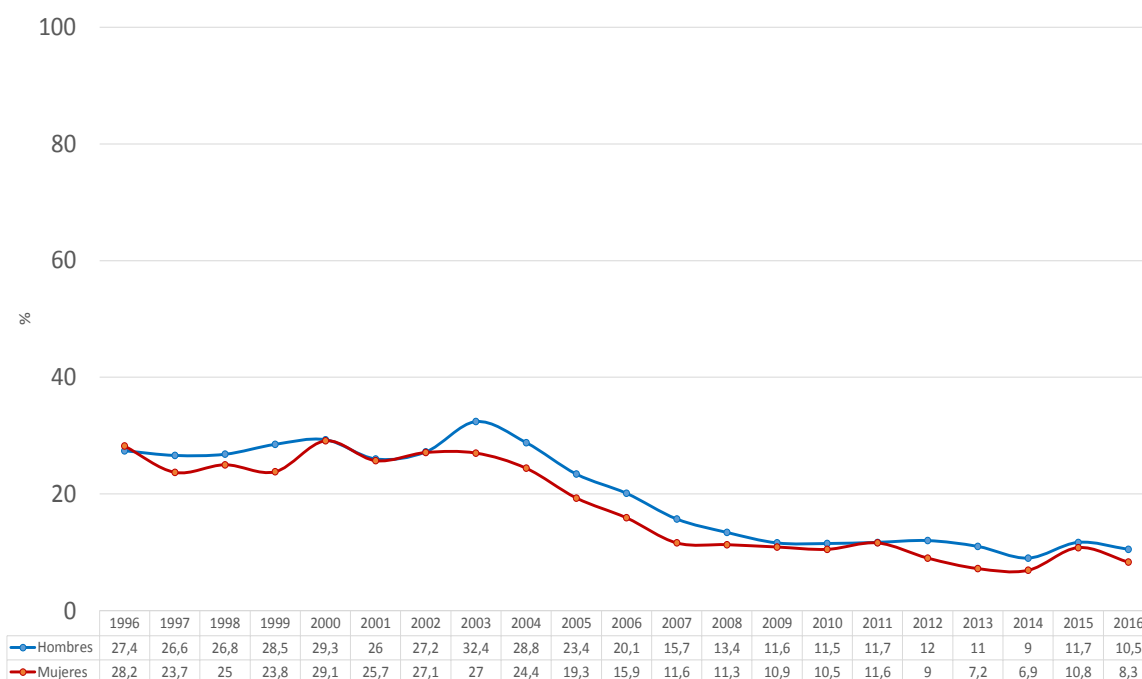
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

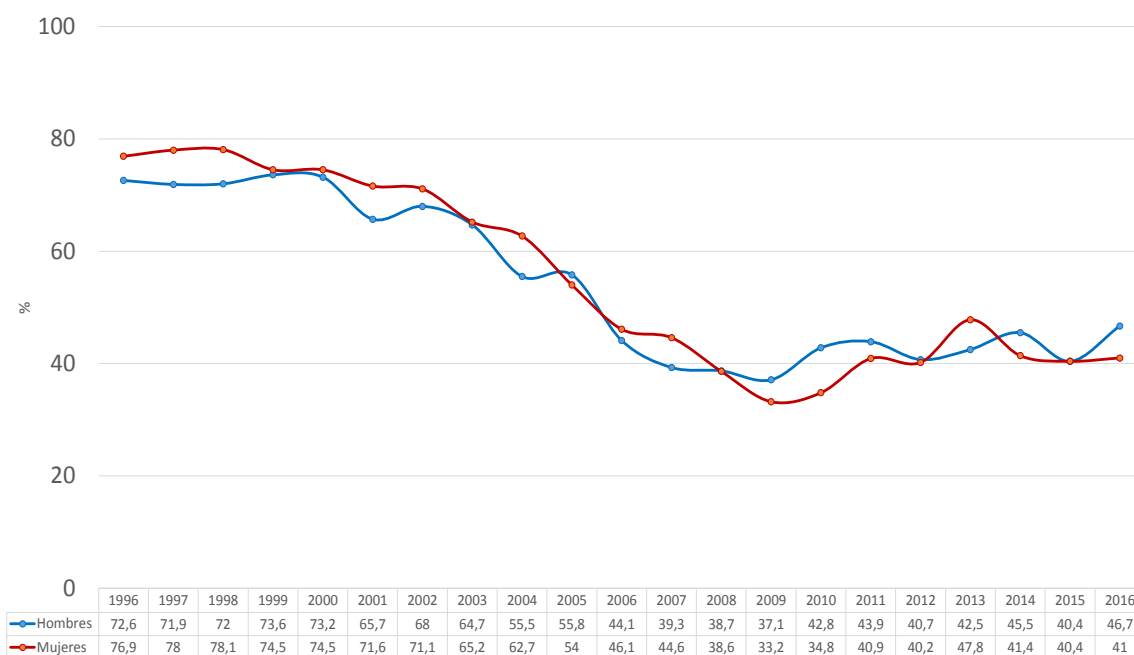
Figura 23. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 24. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 25. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el casco en moto. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.12. INFORMACION SOBRE TEMAS DE SALUD

La proporción de jóvenes que **no** había recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, osciló entre el 18,5% sobre el alcohol y el 53,8 % en el caso del SIDA.

Desde 1996, excepto en el SIDA, la situación ha mejorado, disminuyendo progresivamente la proporción de jóvenes que indicaron no haber recibido información sobre diversos temas de salud en los centros escolares, en especial sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas de comercio ilegal (Figura 26). Estudiando los dos últimos años (2015/2016) frente a los dos primeros (1996/1997), las **menores** mejoras se observaron 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 2015/2016 señalaron no haber recibido información un 29,1% más de jóvenes que en 1996/1997) (Figura 26).

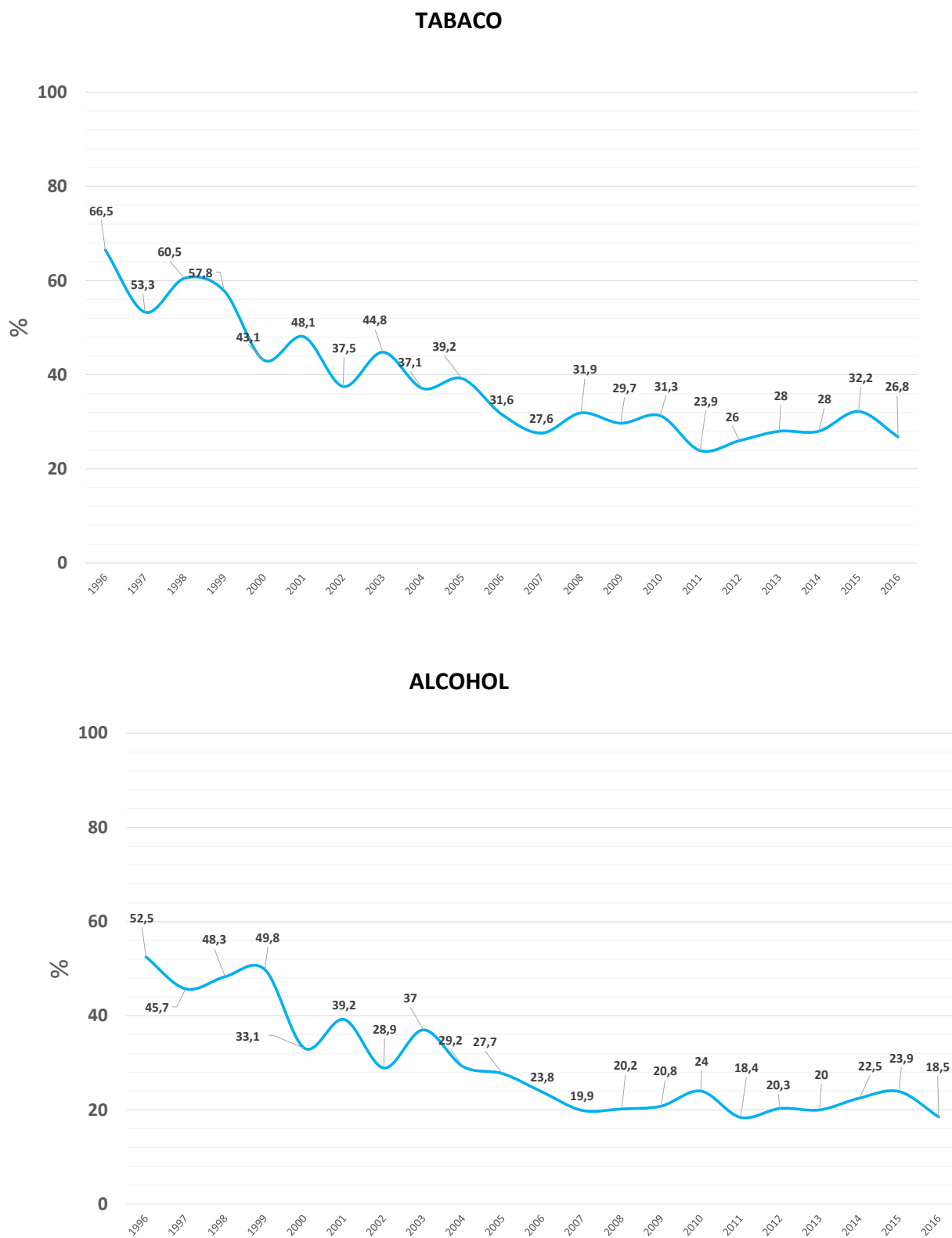
Tabla 15. Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

Tabaco	26,8 (21,6-32,8)
Alcohol	18,5 (13,7-24,5)
Drogas de comercio ilegal	20,1(15,5-25,8)
Métodos anticonceptivos	31,2 (25,5-37,4)
SIDA	53,8 (45,8-61,6)
Enfermedades de transmisión sexual	33,8 (27,2-41,0)
Accidentes	43,6 (37,1,8-50,4)

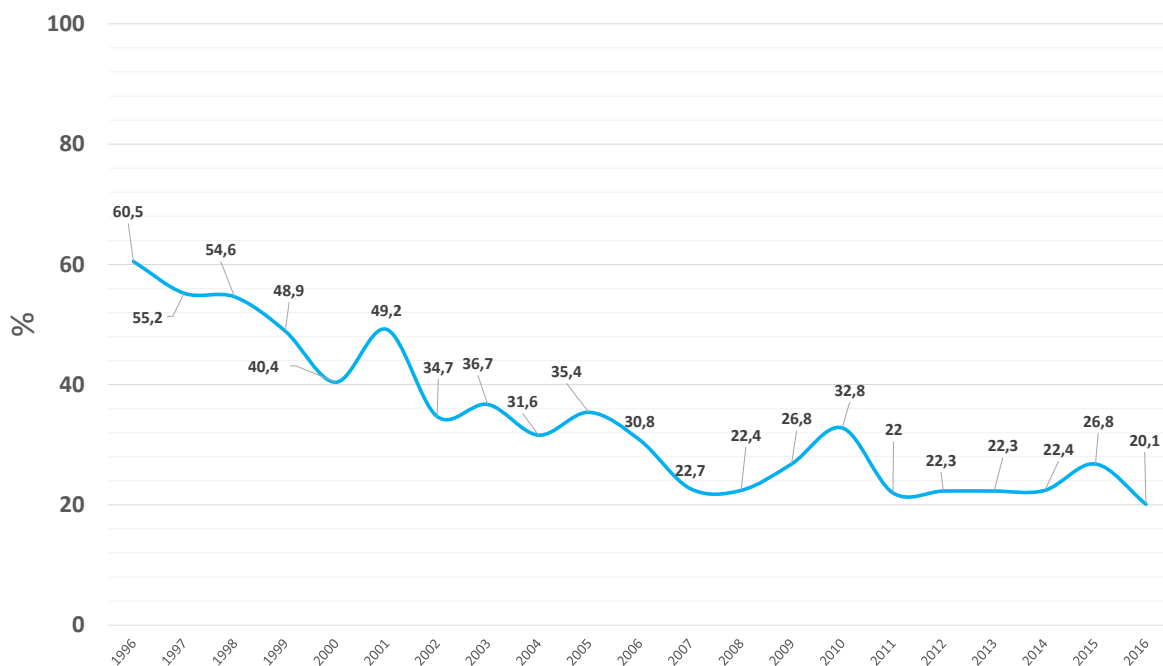
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

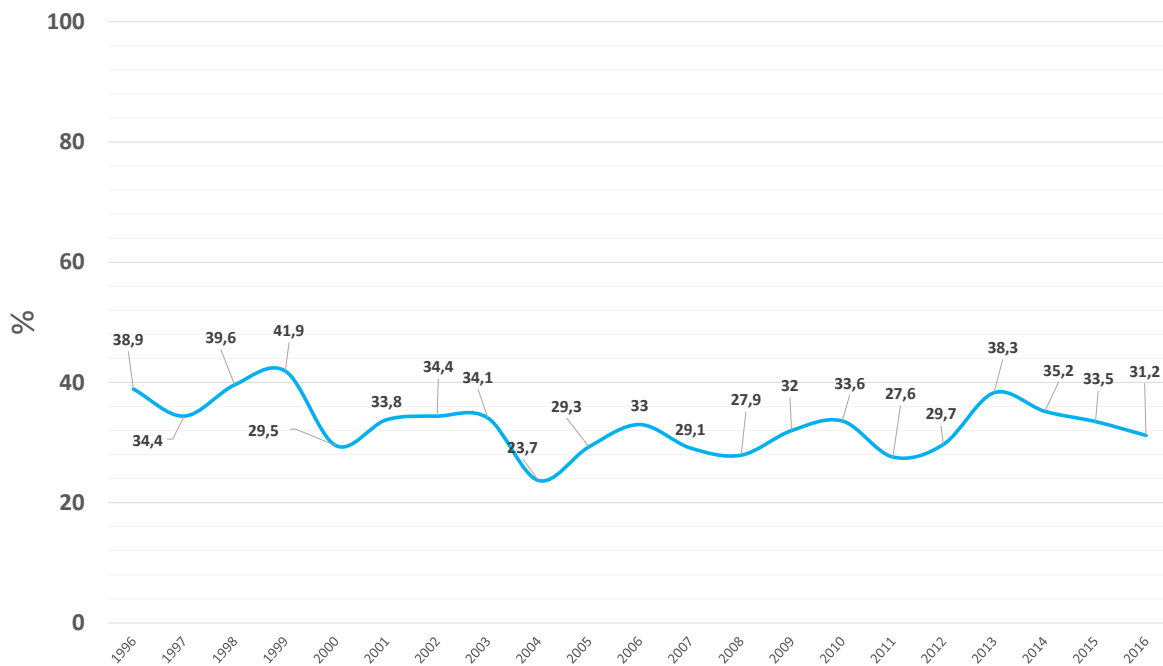
Figura 26. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 1996-2016



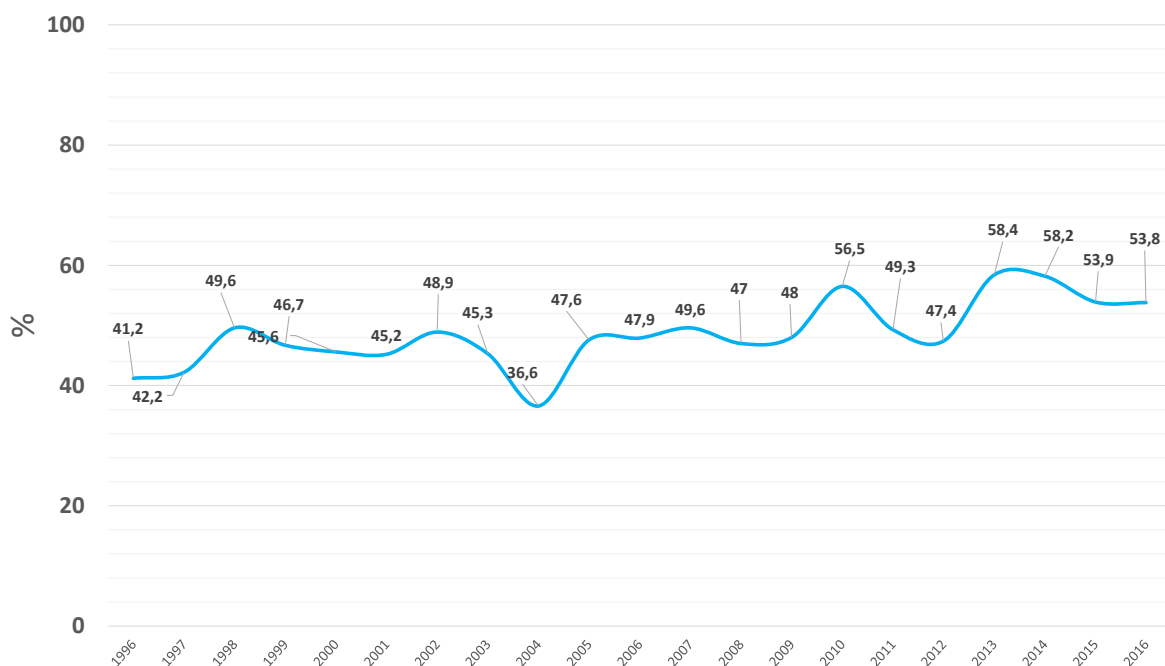
DROGAS DE COMERCIO ILEGAL



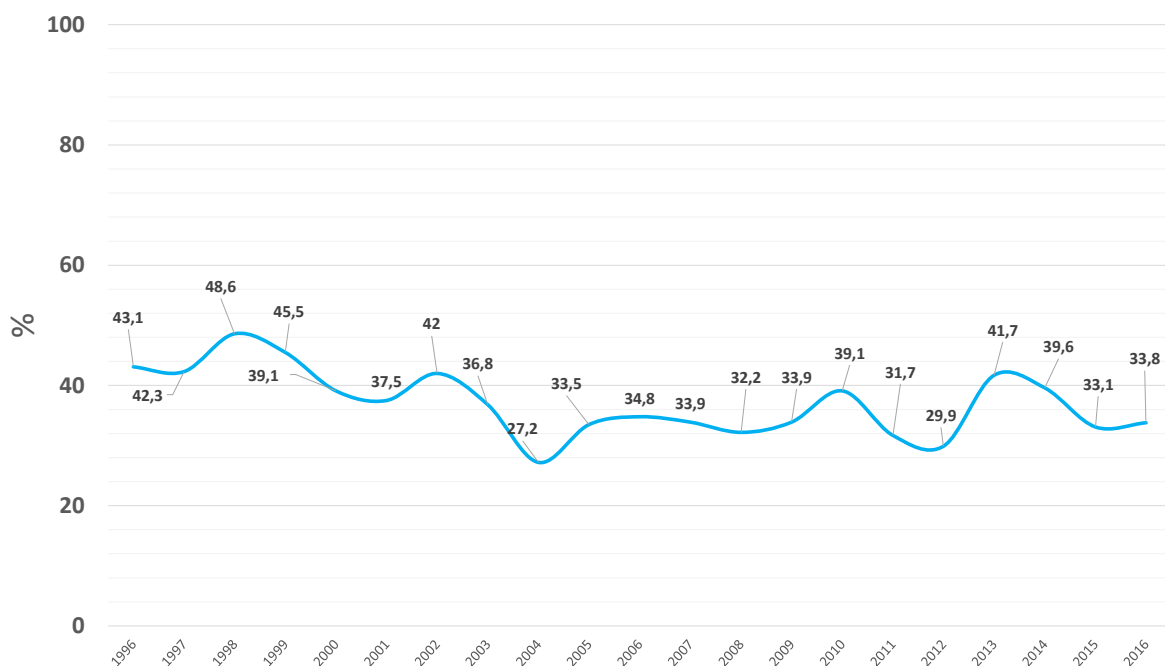
METODOS ANTICONCEPTIVOS

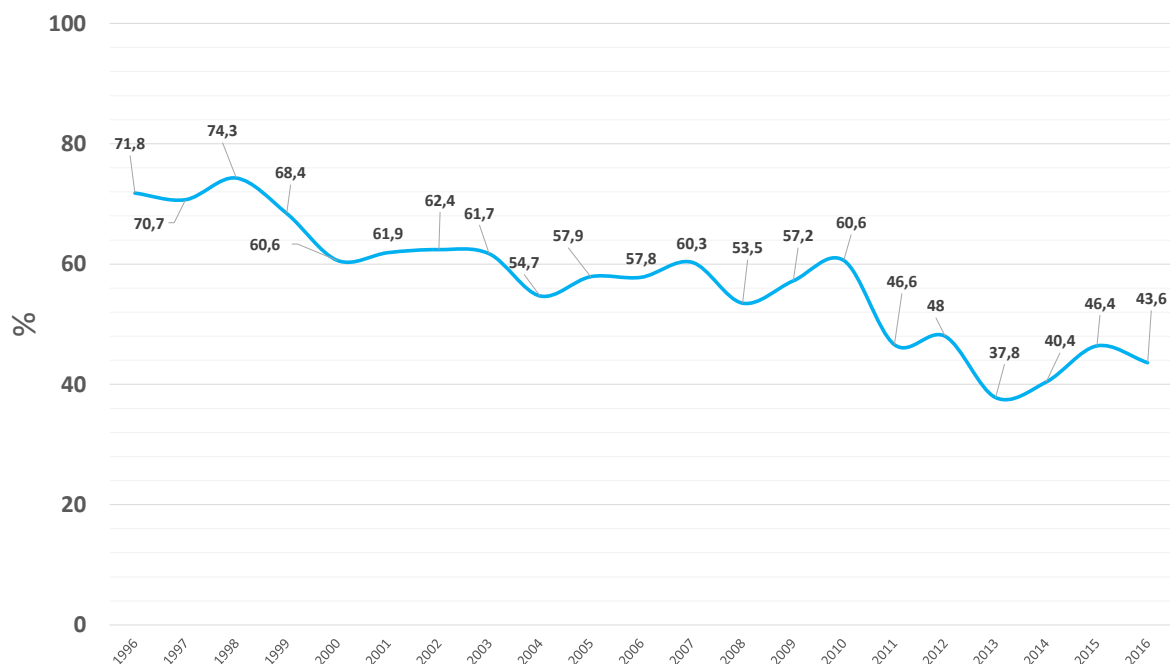


SIDA



ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL



ACCIDENTES

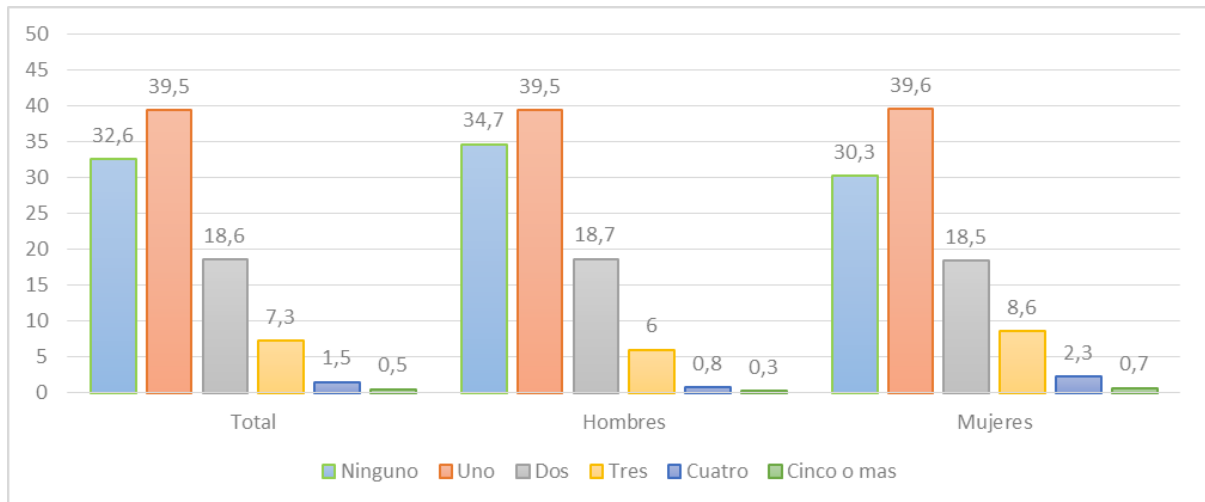
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.13. 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 o más días a la semana ejercicio físico intenso (sedentarismo); consumir menos de tres veces al día fruta o verdura junto al consumo de dos o más de productos cárnicos a día; 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 67,4 % del total de jóvenes presentó algún factor de riesgo (uno o más). El 39,5% un factor de riesgo, el 18,6% dos, el 7,3 % tres, el 1,5 % cuatro y el 0,5% cinco o más. La agregación de estos comportamientos de riesgo fue ligeramente más frecuente en las chicas que en los chicos (Figura 27).

Figura 27. Agrupación de factores de riesgo*. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid, 2016



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

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.14. 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 en el período 2015/2016 respecto a las de 1996/1997 o 2011/2012, en el caso de algunos indicadores más recientes.

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 16-21 se recogen los indicadores que presentaron cambios porcentuales (incrementos o disminuciones) superiores al 10%. En el resto de indicadores (no tabulados) se registraron cambios inferiores al 10%.

Por ejemplo, el incremento del 75,2% del primer indicador de la Tabla 16, realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses en los hombres, resulta de calcular la diferencia entre la prevalencia promedio de este indicador en 2015/2016 y la prevalencia promedio en 1996/1997, expresando el resultado en porcentaje.

Tabla 16. Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2015/2016 respecto a 1996/1997 (ó 2011/2012)* mayor de un 10%. Hombres. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2016.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+75,2
Consumo <3 raciones de leche y derivados al día	+29,9
Consumo < 2 raciones de fruta al día	+28,2
Sobrepeso y obesidad	+27,8
Consumo <1 ración de verduras al día	+22,0%
No realización de actividad física intensa 3 o más días/semana	+18,3

El periodo de referencia de inicio de la serie en el caso de los indicadores señalados con el símbolo del asterisco () es 2011/2012, pues dichos indicadores comenzaron a medirse en 2011.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 17. Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2015/2016 respecto a 1996/1997 (ó 2011/2012)* mayor de un 10%. Mujeres. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2016.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Sobrepeso y obesidad	+118,3
Consumo < 2 raciones de fruta al día	+23,0
Consumo <1 ración de verduras al día	+22,0
Violencia física y/o sexual*	+17,6
Consumo <3 raciones de leche y derivados al día	+17,3
No realización de actividad física intensa 3 o más días/semana	+12,5

El periodo de referencia de inicio de la serie en el caso de los indicadores señalados con el símbolo del asterisco () es 2011/2012, pues dichos indicadores comenzaron a medirse en 2011.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 18. Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2015/2016 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Hombres. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2016.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alcohol de riesgo	-82,3
Permiso de los padres para fumar	-80,7
Consumo de tabaco de forma diaria	-73,4
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-60,9
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-58,8
No utilización del casco en moto	-39,7
Consumo \geq 2 raciones de bollería al día	-39,7
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días	-33,8
Borrachera en los últimos 12 meses	-28,3
Viajar en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	-22,9
Accidentes en los últimos doce meses	-17
Consumo \geq 2 raciones de productos cárnicos al día	-16,8
Ingesta de bebidas industriales \geq 5 días/semana (todos o casi todos los días)*	-14,8

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 19. Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2015/2016 respecto a 1996/1997 o 2011/2012* mayor de un 10%. Mujeres. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2016.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Permiso de los padres para fumar	-75,1
Consumo de tabaco de forma diaria	-71,8
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-65,3
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-63,1
Consumo de alcohol de riesgo	-54,7
No utilización del casco en moto	-47,4
Accidentes en los últimos doce meses	-24,8
Consumo ≥ 2 raciones de bollería al día	-23
Ingesta de bebidas industriales ≥ 5 días/semana (todos o casi todos los días)*	-17,9
Borrachera en los últimos 12 meses	-15,8
Consumo ≥ 2 raciones de productos cárnicos al día	-14,3
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días	-13,5
Viajar en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	-13,4

El periodo de referencia de inicio de la serie en el caso de los indicadores señalados con el símbolo del asterisco () es 2011/2012, pues dichos indicadores comenzaron a medirse en 2011.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 20. Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2015/2016 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Totales. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

Indicador	Cambio porcentual (%)
No utilización de métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	+18,0

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 21. Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2015/2016 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Totales. Población escolarizada en 4º de ESO ⁽¹⁾. Comunidad de Madrid 2016.

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses	-135
Consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	-93,9
Consumo de speed o anfetaminas en los últimos 12 meses	-87,8
Consumo de cocaína en los últimos 12 meses	-80
Consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	-80
Consumo de heroína en los últimos 12 meses	-72,7
Consumo de hachís en los últimos 12 meses	-45
Consumo de tranquilizantes sin prescripción en los últimos 12 meses	-13,8

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

5. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS Salud de los adolescentes. *WHO*.
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/(accessed 30 August 2017).
2. Strong JP, Malcom GT, McMahan CA, et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults: implications for prevention from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study. *JAMA* 1999; 281: 727–735.
3. Nicklas TA, Duvillard SP von, Berenson GS. Tracking of Serum Lipids and Lipoproteins from Childhood to Dyslipidemia in Adults: The Bogalusa Heart Study. *Int J Sports Med* 2002; 23: 39–43.
4. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la Asociación Médica Americana para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
5. Dirección General de salud Pública. Servicio de Informes de Salud y Estudios CM. Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid. *madrid.org*.
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DBE+Enero+2016.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352919385596&ssbinary=true> (accessed 11 September 2017).
6. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Epidemiología. Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 1. Volumen 22. Enero 2016. *madrid.org*.
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DBE+Enero+2016.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352919385596&ssbinary=true> (accessed 11 September 2017).
7. Dirección General de salud Pública. Servicio de Epidemiología. Informes SIVFRENT Juvenil 1996-2016. *madrid.org*.
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142352860738&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vest=1159289986941 (accessed 30 August 2017).
8. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
9. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240.
10. Galán I, Gandarillas A, Febrel C, Meseguer CM. Validación del peso y la talla autodeclarados en población adolescente. *Gac Sanit* 2001; 15:490-497.
11. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: World Health Organization, 2010.

12. O'Leary KD, Slep AM. Prevention of partner violence by focusing on behaviors of both young males and females. *Prev Sci* 2012; 13(4): 329-39
13. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013; 10(5): e1001439.
14. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S4, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *J Adolesc Health* 2014; 54(1): 3-13.
15. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science* 2013; 340: 1527-8.



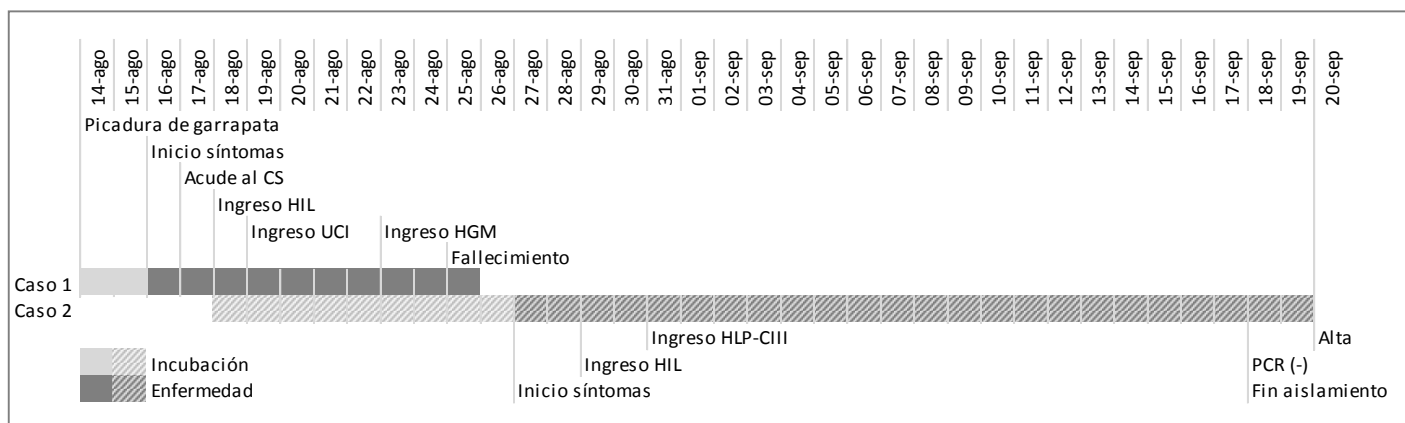
INFORME:

MEDIDAS DE CONTROL ADOPTADAS TRAS LA IDENTIFICACIÓN DE DOS CASOS CONFIRMADOS AUTÓCTONOS DE FIEBRE HEMORRÁGICA CRIMEA-CONGO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

1. INTRODUCCIÓN

El día 1 de septiembre se confirmaron dos casos de Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) en la Comunidad de Madrid. El primer caso presentó los primeros síntomas el 16 de agosto e ingresó el 18 con fiebre elevada, diarrea, plaquetopenia e hipertransaminemia. El día 19 fue trasladado a la UCI por empeoramiento y el día 25 falleció tras desarrollar una insuficiencia hepática grave. Como antecedente de riesgo, el caso había encontrado una garrapata no adherida en una rodilla tras un paseo por el campo en la provincia de Ávila tres días antes. El segundo caso fue una enfermera que atendió al primer caso durante su estancia hospitalaria. Comenzó con síntomas similares el 27 de agosto, ingresó el día 29 y el día 31 fue trasladada a la Unidad de Aislamiento de Alto Nivel del Hospital La Paz – Carlos III. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta el 20 de septiembre tras la negativización de la PCR para virus de la FHCC en fluidos corporales.

Gráfico 1. Cadena de eventos del caso primario y del caso secundario de Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo en la Comunidad de Madrid.



CS: centro de salud; HIL: Hospital Infanta Leonor; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; HGM: Hospital Gregorio Marañón; HLP-CIII: Hospital La Paz-Carlos III.

La FHCC es una enfermedad causada por un virus (Nairovirus) de la familia Bunyaviridae transmitido por garrapatas^{1,2}. El vector principal son las garrapatas del género *Hyalomma*. Esta garrapata se encuentra ampliamente distribuida en el norte de África, Asia y sur y este de Europa, en los países situados por debajo de los 50º de latitud norte, que es su límite geográfico. La enfermedad es endémica en África, los Balcanes, Oriente Medio y Asia. En Europa se han identificado casos en Albania, Armenia, Bulgaria, Kazakstán, Kosovo, Rusia, Serbia, Tayikistán, Turquía, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán. En junio de 2008 se detectó el primer caso en Grecia.

Entre los huéspedes del virus figuran una amplia variedad de animales salvajes y domésticos (vacas, ovejas, cabras). El virus también se transmite por contacto con la sangre o tejidos de animales infectados durante o inmediatamente después de la matanza. La transmisión de persona a persona es posible cuando se produce un contacto estrecho con sangre, secreciones, órganos u otros líquidos corporales de personas infectadas. Se han descrito casos por transmisión nosocomial.

El virus causa graves brotes de fiebre hemorrágica viral, con tasas de letalidad del 10-40%. Los síntomas aparecen de forma súbita e incluyen fiebre, dolor de cabeza, malestar, mialgias, dolor de garganta, mareos, conjuntivitis, fotofobia, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Normalmente hay signos de hepatitis, y los pacientes muy graves pueden sufrir un rápido deterioro renal, o insuficiencia hepática o pulmonar. El diagnóstico durante los primeros días de la enfermedad se realiza mediante la detección del virus o de su ARN en muestras de sangre o tejidos. Actualmente no se dispone de vacunas para los animales ni para uso humano, por lo que las principales medidas de control están orientadas a reducir el riesgo de transmisión.

Ante la identificación de los dos casos de FHCC, la Comunidad de Madrid constituyó un comité técnico que elaboró un protocolo de actuación frente a contactos y lo difundió el día 1 de septiembre. Este protocolo establecía la distinción entre contactos de alto y bajo riesgo, que debían ser sometidos a una vigilancia activa y pasiva respectivamente durante un período de 21 días. El 9 de septiembre la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica aprobó el protocolo nacional de vigilancia de FHCC en el que se cambiaba el período de vigilancia de los contactos, pasando de 21 a 14 días³. Dicho protocolo se ha adaptado a nuestro ámbito regional⁴.

El objetivo de este informe es describir las medidas de control llevadas a cabo para reducir el riesgo de transmisión a los contactos de los dos casos identificados.

2. MÉTODOS

La identificación, clasificación y vigilancia de los contactos se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones del protocolo de actuación frente a contactos de casos de Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo de la Comunidad de Madrid.

1. *Identificación de ámbitos de exposición y asignación de tareas:* se valoraron los ámbitos donde la exposición al virus había sido posible y se asignaron las tareas de identificación, clasificación y vigilancia de los contactos, según se indica en la tabla 1. Se identificaron 10 entidades responsables.

Tabla 1. Ámbito de exposición y asignación de tareas

Ámbito de exposición	Responsables
Asistencia sanitaria	SRL de 4 centros sanitarios implicados
Laboratorio	SRL de 5 centros sanitarios implicados y SP Comunidad de Madrid y Cataluña
Familiares	SP Comunidad de Madrid y Castilla León
Funerarias	SP Comunidad de Madrid
Limpieza	SRL de 3 centros sanitarios implicados
Transporte	Residuos: SRL de la empresa implicada. Ambulancia: SRL implicado

SRL: servicio de prevención de riesgos laborales; SP: salud pública

2. *Identificación y clasificación de los contactos*

- Recogida de datos de los contactos: los responsables designados en cada ámbito de exposición identificaron y clasificaron a los contactos y recogieron los datos de identificación.

- Elaboración del censo de contactos: el Servicio de Epidemiología depuró los listados recibidos los primeros días hasta conseguir el listado definitivo de los contactos, su clasificación del riesgo y la fecha de última exposición. Los contactos en los que no figuraba la clasificación del riesgo se consideraron de alto riesgo. Para los contactos sin fecha de última exposición se asignó la fecha más tardía posible: fallecimiento del caso primario o traslado a la Unidad de Aislamiento de Alto Nivel del caso secundario.

3. *Vigilancia de los contactos*:

- Recogida de los datos de seguimiento: los responsables de la vigilancia de los contactos recogieron diariamente los datos de seguimiento de los contactos de alto riesgo, cumplimentaron la base de datos correspondiente y la enviaron al Servicio de Epidemiología en horario laboral y al Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública durante el fin de semana. Asimismo informaron sobre la aparición de sintomatología compatible en los contactos de alto y bajo riesgo.
- Revisión diaria de las temperaturas: salud pública revisó las temperaturas de los contactos de alto riesgo y realizó una valoración conjunta con los responsables del seguimiento según riesgo de exposición y la sintomatología de los contactos con 37,1°C o más grados.
- Respuesta a las demandas de los contactos: salud pública valoró la reclasificación de los contactos con síntomas compatibles a casos en investigación. Asimismo, junto con los responsables del seguimiento en cada ámbito de exposición, dieron respuesta a las demandas informativas de los contactos.
- Finalización de la vigilancia de contactos: los responsables de la vigilancia de los contactos comunicaron el final de la vigilancia a cada uno de ellos, cuando correspondía en función de la última fecha de exposición.

4. *Elaboración de informes epidemiológicos de vigilancia de contactos*

Se elaboraron informes diarios de vigilancia de los contactos con la siguiente información:

- Número de contactos vigilados por cada responsable de seguimiento y nivel de riesgo.
- Número de contactos vigilados según ámbito de exposición y nivel de riesgo.
- Número de contactos en vigilancia según fecha de seguimiento y nivel de riesgo.

El informe de vigilancia incluyó a los contactos de bajo riesgo con exposición continuada (personal atendiendo al caso secundario o manipulando sus muestras) una vez finalizada la exposición, cuando las muestras clínicas del caso secundario mostraron resultados microbiológicos negativos.

5. *Confidencialidad y privacidad*

Los datos se trataron con la máxima confidencialidad y privacidad. Las comunicaciones con los responsables se llevaron a cabo a través del correo corporativo y por vía telefónica.

3. RESULTADOS

1. *Identificación y clasificación de los contactos*:

El censo definitivo estuvo disponible a partir del día 6 de septiembre. Se recibió información de un total de 517 contactos, 374 de alto riesgo y 143 contactos de bajo riesgo. En 11 contactos no se dispuso de clasificación de la exposición por lo que se consideraron de alto riesgo y en 13 contactos del primer caso no se dispuso de fecha de última exposición por lo que consideró la fecha de fallecimiento como última exposición.

2. Seguimiento de los contactos:

El período de seguimiento de los contactos de alto riesgo abarcó 14 días (del 1 al 14 de septiembre) y el de los contactos de bajo riesgo 36 días (del 1 de septiembre al 6 de octubre). Se recibieron un total de 186 ficheros de seguimiento con datos sobre los contactos. El número de contactos seguidos por cada responsable se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Número de contactos según nivel de riesgo de la exposición.

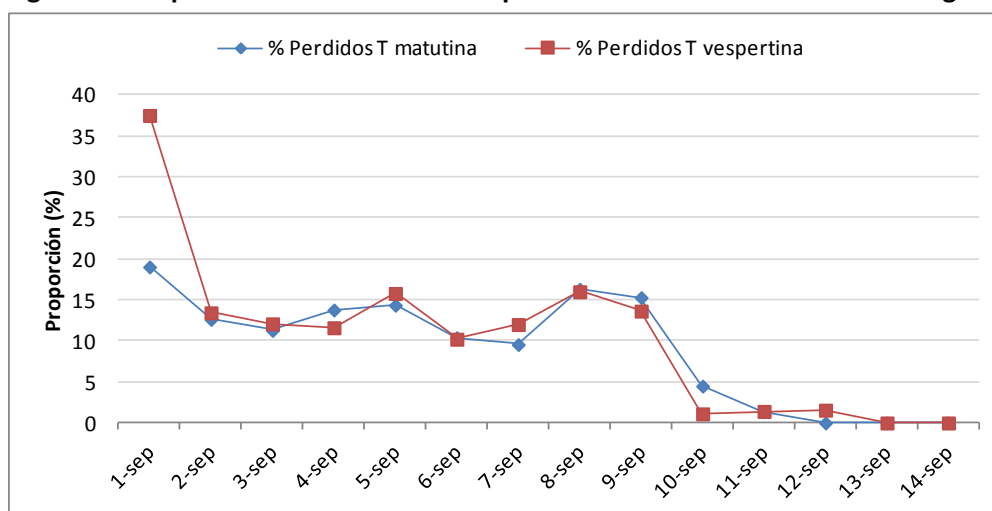
Responsable del seguimiento	Alto riesgo	Bajo riesgo
RL H Infanta Leonor	184	39
RL Gregorio Marañón	161	1
RL Hospital La Paz - Carlos III	1	60
Epidemiología de la Comunidad de Madrid	15	6
Ferrovial	0	14
RL Instituto de Salud Carlos III	0	9
RL H La Princesa/SUMMA	4	6
Epidemiología de otras CCAA	6	2
RL ASEPEYO	1	6
RL H Getafe	2	0

Las temperaturas diarias variaron en un rango de 31,0 a 38,5 grados. Las temperaturas medias fueron más altas por las noches. Un total de 19 contactos de alto riesgo y 2 contactos de bajo riesgo superaron los 37,1, en los que tras su valoración individual no fueron necesarias actuaciones adicionales.

La vigilancia de los contactos de alto riesgo supuso un seguimiento de 6.848 personas-día. Se detectaron 19 contactos con temperatura > 37,1 (incidencia: 277,45 por 100.000), de los que 5 presentaron una temperatura > 37,5 (incidencia: 73,01 por 100.000). El umbral de 37,1 se superó 9 veces en la toma de temperaturas matutinas y 17 veces en la toma de temperaturas vespertinas.

Del total de mediciones de temperatura previstas, se desconoce el valor en el 12,7% de las temperaturas matutinas y en el 14,7% de las vespertinas. Este porcentaje fue mayor el primer día de seguimiento, especialmente en las temperaturas vespertinas, descendió el segundo día, se mantuvo estable durante una semana y se redujo al final del seguimiento (figura 2).

Figura 2. Temperaturas diarias con valor perdido de los contactos de alto riesgo.



3. Consultas al Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública

Durante el período de seguimiento, se recibieron 19 consultas al Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública, correspondientes a 18 contactos, 15 por la presencia de síntomas y 4 por otras consultas relacionadas. Se llevó a cabo el aislamiento de 2 contactos de bajo riesgo que consultaron por la presencia de síntomas. Las pruebas realizadas para descartar la FHCC fueron negativas en ambos.

4. Elaboración de informes epidemiológicos de vigilancia de contactos

Se elaboraron 7 informes de vigilancia de difusión interna, de distribución entre los profesionales encargados de la gestión de la crisis.

4. DISCUSIÓN

La aparición de los dos casos de FHCC ha permitido identificar oportunidades de mejora de la vigilancia y la respuesta a las crisis de salud pública.

Se realizó una identificación rápida de contactos y de los responsables del seguimiento y la comunicación con los mismos fue fluida. Sin embargo, el sistema de intercambio de información es mejorable, ya que se manejó una elevada cantidad de datos en diferentes formatos, lo que en ocasiones generó discrepancias en la información recibida. Asimismo, la exhaustividad en la recogida de los datos de seguimiento fue alta, pero mejorable, especialmente en los primeros días. Cabe plantearse nuevas estrategias tecnológicas que permitan absorber el trabajo adicional generado por la crisis en un lapso breve de tiempo.

El elevado número de contactos de alto riesgo en seguimiento hace necesario revisar si la aplicación de los criterios de clasificación de los contactos fue adecuada y homogénea. Por ello, es necesario subrayar la importancia de una adecuada coordinación entre el equipo de gestión de la crisis y los profesionales implicados en los distintos ámbitos de actuación.

La información recogida permitió la elaboración de informes oportunos para verificar la aplicación de las medidas de control durante todo el período de seguimiento. Sin embargo en estas situaciones siempre hay un tramo para mejorar los mecanismos de devolución periódica de información a los profesionales implicados en la adopción de las medidas de control.

5. BIBLIOGRAFÍA

¹ Organización Mundial de la Salud. Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208/es/>

² European Center for Disease Prevention and Control. Crimean Congo haemorrhagic fever.
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vector-borne_diseases/tick_borne_diseases/crimean_congo/pages/index.aspx

³ Ponencias de Vigilancia Epidemiológica y Alertas. Protocolo de Vigilancia de la Fiebre Hemorrágica por virus Crimea-Congo. Versión del 9 de septiembre de 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/Crimea_Congo/docs/Protocolo_vigilanciaFHCC.pdf

⁴ Protocolo de vigilancia de la Fiebre Hemorrágica Crimea-Congo adaptado a la Comunidad de Madrid. Madrid, 9 de septiembre de 2016
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354609987358&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1161769240369



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria Comunidad de Madrid. Año 2017, semanas 18 a 21 (del 1 al 28 de mayo de 2017)

	Casos Semanas 18 a 21	Casos Semanas 1 a 21	Tasas* Semanas 18 a 21	Tasas* Semanas 1 a 21
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA				
Gripe	179	68.561	2,8	1060,2
Legionelosis	7	23	0,1	0,4
Lepra	1	2	0,0	0,0
TUBERCULOSIS	50	250	0,8	3,9
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Botulismo	1	1	0,0	0,0
Campilobacteriosis	142	828	2,2	12,8
Criptosporidiosis	5	21	0,1	0,3
E. coli productor toxina	0	5	0,0	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3	4	0,0	0,1
Giardiasis	24	138	0,4	2,1
Hepatitis A	126	603	1,9	9,3
Listeriosis	6	12	0,1	0,2
Salmonelosis (excluido Fiebre tifoidea y paratifoidea)	114	545	1,8	8,4
Shigelosis	4	21	0,1	0,3
Yersiniosis	2	37	0,0	0,6
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	17	59	0,3	0,9
Hepatitis C	12	72	0,2	1,1
Infección Chlamydia trachomatis (exc.LGV)	63	346	1,0	5,4
Linfogranuloma venéreo	2	19	0,0	0,3
Infección gonocócica **	133	693	2,1	10,7
Sífilis **	28	120	0,4	1,9
Sífilis congénita	0	1	0,0	0,0
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enfermedad meningocócica	2	11	0,0	0,2
Enfermedad invasiva por H. Influenzae	7	21	0,1	0,3
Enfermedad neumocócica invasora	38	249	0,6	3,9
Herpes Zoster	2.683	13.396	41,5	207,1
Parotiditis	73	604	1,1	9,3
P.F.A.(<15 años)***	0	2	0	0,2
Sarampión	0	0	0	0
Tos ferina	21	110	0,3	1,7
Varicela	588	2.475	9,1	38,3
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	0	4	0,0	0,1
Enfermedad por virus Chikungunya	0	7	0,0	0,1
Enfermedad por virus Zika	3	13	0,0	0,2
Fiebre Exantemática Mediterránea	3	5	0,0	0,1
Leishmaniasis	5	27	0,1	0,4
Paludismo	5	32	0,1	0,5
ANTROPOZOONOSIS				
Fiebre Q	1	7	0,0	0,1
Hidatidosis	1	3	0,0	0,0
Tularemia	1	1	0,0	0,0
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis Víricas	13	62	0,2	1,0
Otras meningitis bacterianas	1	14	0,0	0,2
ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES				
EETH ****	0	6	0,0	0,1

*Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. **Cambia la definición de caso en el protocolo.

Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas. *Encefalopatías espongiiformes transmisibles

humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico. Durante este periodo no se han notificado casos de: Síndrome respiratorio agudo grave, Cólera, Triquinosis, Difteria, Poliomielititis, Rubéola, Rubéola congénita, Tétanos, Tétanos neonatal, Fiebre Amarilla, Encefalitis transmitida por garrapata, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica vírica, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Infección congénita por virus Zika, Brucelosis, Carbunco, Leptospirosis, Toxoplasmosis congénita, Peste, Rabia.



Brotos Epidémicos. Comunidad de Madrid

Año 2017, semanas 18 a 21

(del 1 al 28 de mayo de 2017)

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.

Brotos de origen alimentario. Año 2017. Semanas 18-21

Ámbito del brote	Año 2017						Año 2016		
	Semanas 18-21			Semanas 1-21			Semanas 1-21		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	1	126	0	4	233	2	5	307	2
Restaurantes, bares y similares	9	33	6	28	196	12	28	197	9
Colectivos laborales	1	2	0	2	97	0	0	0	0
Residencias no geriátricas	1	35	0	2	74	0	1	22	0
Domicilios	4	11	3	15	48	9	27	88	21
Residencias geriátricas	0	0	0	0	0	0	1	34	0
Desconocido	0	0	0	0	0	0	1	2	0
Total	16	207	9	51	648	23	63	650	32

Brotos de origen no alimentario. Año 2017. Semanas 18-21

Tipo de brote*	Año 2017						Año 2016		
	Semanas 18-21			Semanas 1-21			Semanas 1-21		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	5	114	0	31	847	9	32	1939	4
Eritema infeccioso	3	8	0	9	87	0	1	19	0
Parotiditis	1	3	0	18	78	0	7	43	0
Conjuntivitis vírica	0	0	0	3	70	0	7	162	0
Escarlatina	1	10	0	11	69	1	6	39	0
Enfermedad mano, pie y boca	1	4	0	6	51	0	3	27	0
Hepatitis A	3	7	3	18	43	14	2	10	5
Varicela	4	23	0	10	26	0	14	216	0
Tos ferina	2	4	1	7	21	2	29	84	6
Escabiosis	0	0	0	4	17	0	1	5	0
Salmonelosis no alimentaria	1	2	0	6	14	0	5	19	3
Gripe	0	0	0	1	8	3	7	185	30
Meningitis vírica	1	2	2	1	2	2	0	0	0
Psitacosis	0	0	0	1	2	0	2	7	4
Total	22	177	6	126	1335	31	116	2755	52

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2017, semanas 18 a 21 (del 1 al 28 de mayo de 2017)

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 136 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (194.992 habitantes, 3,0% de la población). 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%2FP TSA_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 70,9% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2017.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2017.

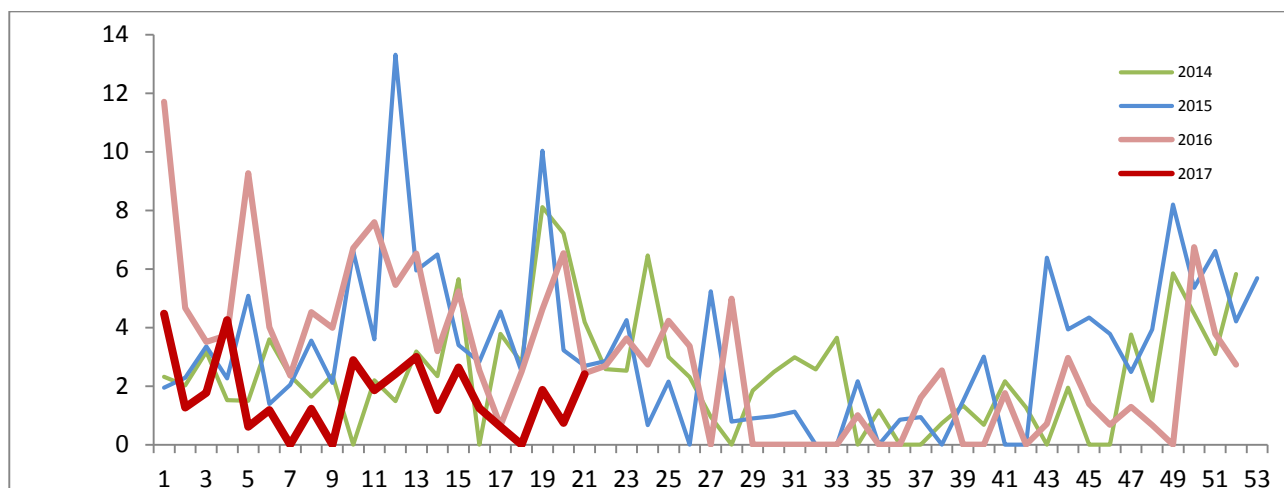
	Sem. 18 a 21 de 2017	Año 2017
Gripe*	4	1.646*
Varicela	8	52
Herpes zóster	46	249
Crisis asmáticas	119	451

^a De la semana 40 de 2016 hasta la 20 de 2017

VARICELA

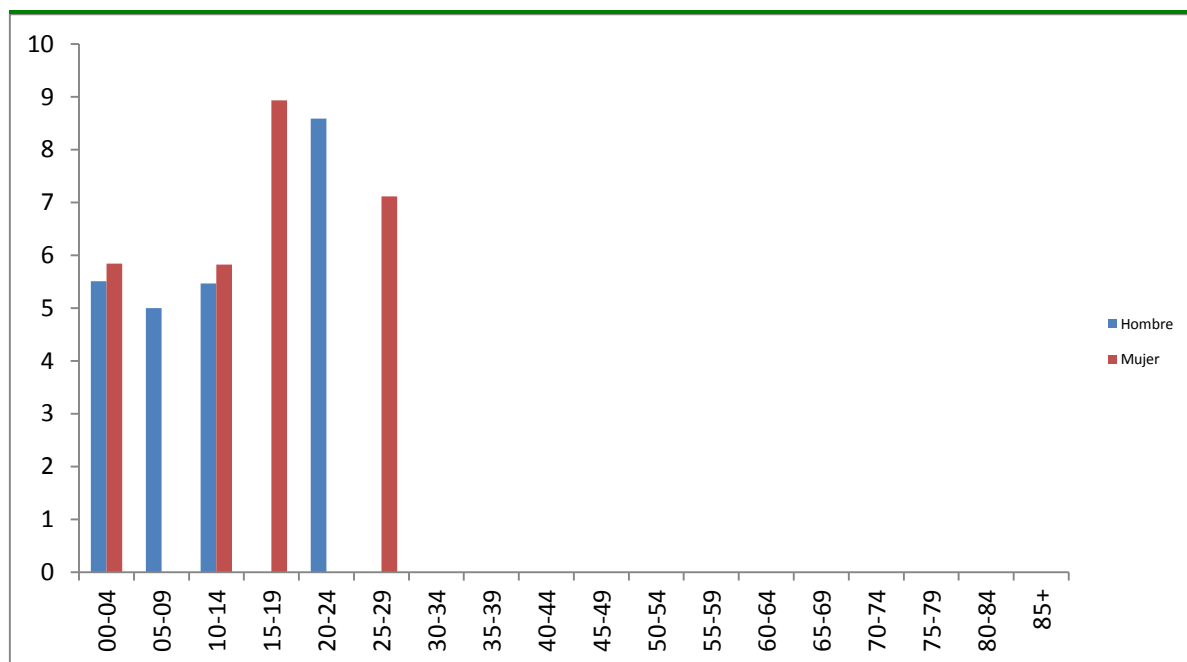
Durante las semanas 18 a 21 del año 2017 se ha declarado 8 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 5,02 casos por 100.000 personas (IC 95%: 1,29–8,76). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2014-2016 y desde la semana 1 a la 21 de 2017.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2014-2017.



De los 8 casos notificados, 4 (50%) eran hombres y 4 (50%) mujeres. 5 casos (62,50%) eran menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2017.



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 46 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2017, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 32,79 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 23,25 – 42,34). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en Madrid desde el año 2014 hasta la semana 21 de 2017. El 58,70% de los casos se dio en mujeres (27 casos). El 73,91% de los casos se dieron en mayores de 44 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zóster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2014-2017.

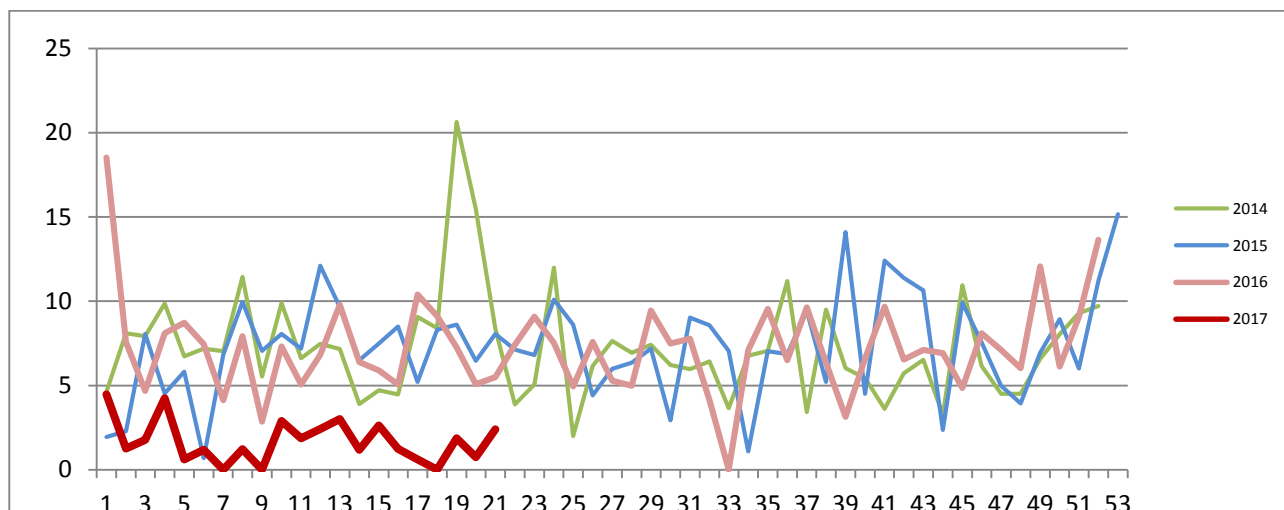
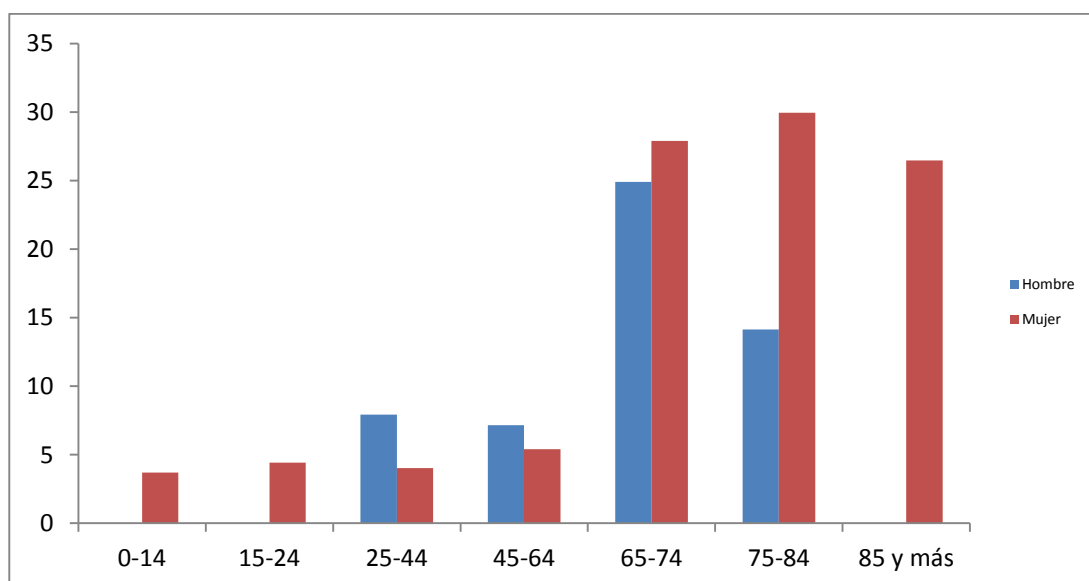
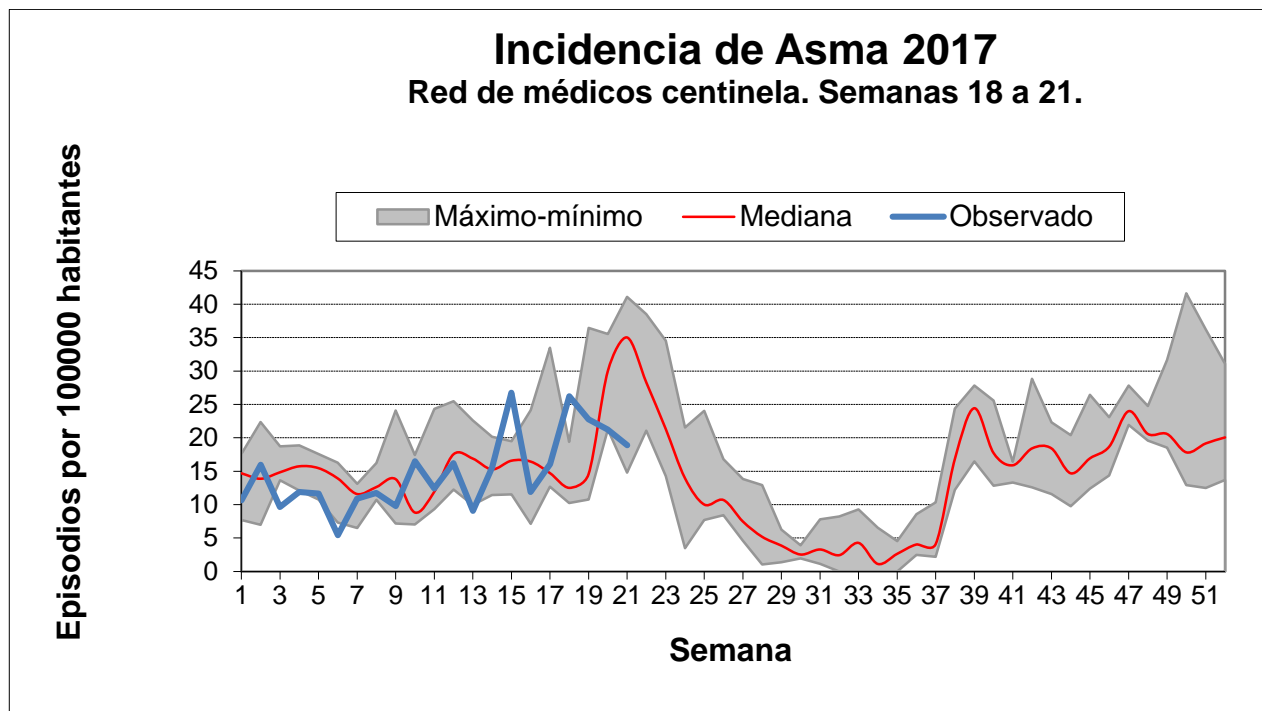


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2017.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 18 a 21 de 2017 la Red de Médicos Centinela notificó 119 episodios de asma. Se representan los episodios atendidos semanales por 100.000 habitantes, junto con el canal epidémico formado por los valores semanales máximo, mínimo y mediana de los últimos 5 años. La incidencia se corresponde con los valores esperados en esta época del año y se mantiene por debajo de la mediana del quinquenio.





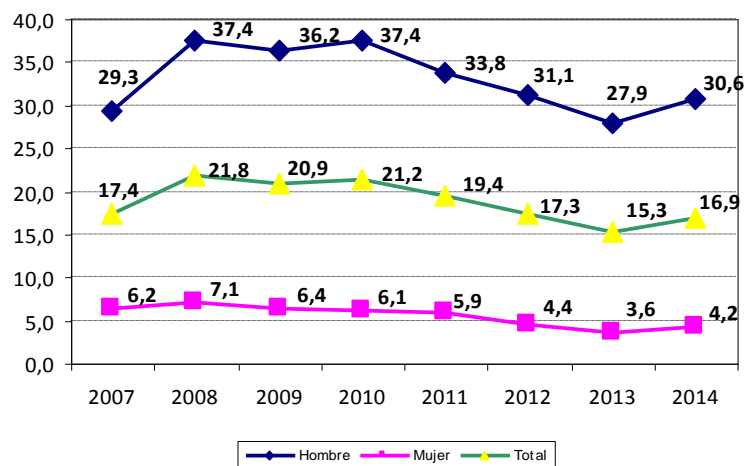
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH.

31 de mayo de 2017.

Desde el año 2007 hasta el 31 de mayo de 2017 se han notificado 10.621 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 85,1% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,1 años (DE: 10,6). El 45,3% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (311) 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.

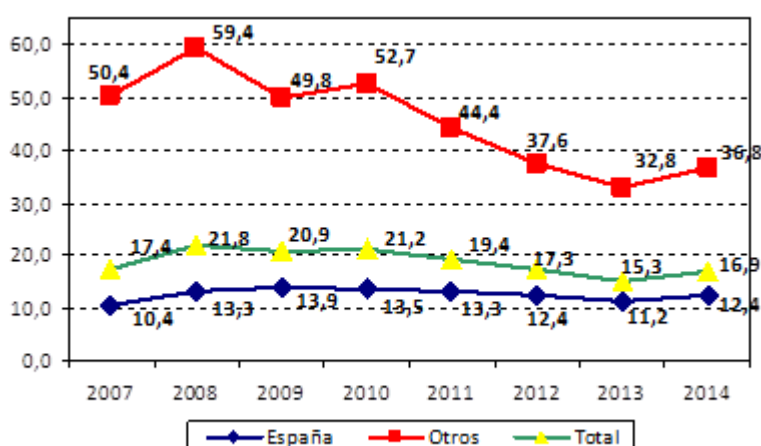


* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2007	864	81,7	194	18,3	1058
2008	1137	83,1	231	16,9	1368
2009	1121	84,2	211	15,8	1332
2010	1169	85,2	203	14,8	1372
2011	1059	84,2	199	15,8	1258
2012	974	86,8	148	13,2	1122
2013	873	87,8	121	12,2	994
2014	950	87,2	140	12,8	1090
2015*	675	88,6	87	11,4	762
2016*	202	80,2	50	19,8	252
2017*	12	92,3	1	7,7	13
Total	9036	85,1	1585	14,9	10621

* Años con datos no definitivos

Gráfico 2. Tasas de incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

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

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

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
PID	211	3,9	98	2,7	56	12,2	13	1,2
HSH	4213	78,9	2579	69,9				
HTX	455	8,5	736	20,0	354	77,0	1089	96,6
Otros	8	0,1	20	0,5	15	3,3	12	1,1
Desconocido/ N.C.	461	8,6	255	6,9	34	7,5	12	1,1
Total	5348	100	3688	100	459	100	1126	100

* PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

Retraso en el diagnóstico

El 15,8% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 13,9% en autóctonos y del 18,1% en foráneos.

Tabla 3. Porcentaje de retraso en el diagnóstico y mediana de linfocitos CD4 por año de diagnóstico

	N	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ μ l)	DT (<350 células/ μ l)	<500 células/ μ l
2007	789	344	30,5	50,6	69,3
2008	1099	392	24,9	42,9	63,1
2009	1094	403	26,1	42,9	61,0
2010	1107	407	24,0	41,5	60,6
2011	1032	382	26,9	45,9	64,1
2012	940	418	24,5	41,0	60,4
2013	837	434	23,2	39,7	57,7
2014	952	459	21,5	36,6	55,1
2015	675	447	21,5	38,4	57,2
2016-17	249	409	23,3	39,3	63,0
07-17	8774	408 (RI: 201-630)	24,8	42,1	61,1

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 8774 nuevos diagnósticos (82,6%).

La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

PEA: Presentación con enfermedad avanzada, DT: Diagnóstico tardío.

Linfocitos CD4<500: Estadios 2 y 3 del CDC (MMWR December 5, 2008/Vol.57/No.RR-10)

Tabla 4. Porcentaje de retraso en el diagnóstico de infección por VIH.

Total Comunidad de Madrid

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=7496)	22,7%	39,6%	59,1%
	Mujer (1278)	37,2%	56,6%	72,7%
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (134)	9,0%	26,1%	47,0%
	20-29 (2631)	13,8%	30,7%	51,5%
	30-39 (3266)	24,1%	41,5%	61,0%
	40-49 (1821)	33,6%	51,3%	68,5%
	>49 años (882)	44,8%	62,6%	77,6%
Mecanismo de transmisión	PID (273)	41,0%	56,4%	68,9%
	HTX (2222)	40,1%	59,5%	75,7%
	HSH (5760)	17,0%	33,7%	54,4%
País de origen	España (4917)	21,5%	37,2%	56,1%
	Otros: (3857)	29,0%	48,3%	67,5%
	1. Europa Occidental (332)	13,3%	31,6%	56,0%
	2. Europa Oriental (261)	32,6%	45,2%	59,0%
	3. América Latina y Caribe (2415)	27,8%	47,5%	67,1%
	4. África Subsahariana (667)	37,9%	60,6%	78,1%
	5. Norte de África y Oriente Medio (88)	40,9%	55,7%	64,8%

Hombres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (106)	4,7%	23,6%	47,2%
	20-29 (2293)	11,7%	28,1%	49,6%
	30-39 (2825)	21,8%	38,8%	58,7%
	40-49 (1534)	31,9%	49,4%	66,5%
	>49 años (720)	44,4%	61,5%	77,4%
Mecanismo de transmisión	PID (226)	44,7%	60,2%	71,7%
	HTX (1033)	42,7%	61,6%	77,4%
	HSH (5760)	17,0%	33,7%	54,4%
País de origen	España (4539)	20,5%	36,1%	55,3%
	Otros: (2957)	26,1%	45,1%	64,9%
	1. Europa Occidental (315)	13,7%	31,4%	55,6%
	2. Europa Oriental (186)	26,9%	39,8%	55,4%
	3. América Latina y Caribe (2006)	25,2%	44,9%	65,1%
	4. África Subsahariana (296)	41,9%	63,9%	79,7%
	5. Norte de África y Oriente Medio (73)	38,4%	50,7%	61,6%

Mujeres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (28)	25,0%	35,7%	46,4%
	20-29 (338)	28,4%	47,9%	64,5%
	30-39 (441)	39,0%	59,2%	76,2%
	40-49 (287)	42,9%	61,3%	79,4%
	>49 años (162)	45,3%	67,3%	78,4%
Mecanismo de transmisión	PID (47)	23,4%	38,3%	55,3%
	HTX (1189)	37,8%	57,8%	74,1%
País de origen	España (378)	34,1%	50,8%	64,8%
	Otros: (900)	38,6%	59,0%	76,0%
	1. Europa Occidental (17)	5,9%	35,3%	64,7%
	2. Europa Oriental (75)	46,7%	58,7%	68,0%
	3. América Latina y Caribe (409)	40,8%	59,9%	76,8%
	4. África Subsahariana (371)	34,8%	58,0%	76,8%
	5. Norte de África y Oriente Medio (15)	53,3%	80,0%	80,0%

PID: personas que se inyectan drogas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. 31 DE MAYO DE 2017.

Casos de sida. 2007-2017		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	322	76,5	99	23,5
	2008	323	73,1	119	26,9
	2009	309	77,3	91	22,7
	2010	285	76,0	90	24,0
	2011	261	80,3	64	19,7
	2012	220	77,5	64	22,5
	2013	165	78,6	45	21,4
	2014	152	80,4	37	19,6
	2015*	126	78,7	34	21,3
	2016*	47	81,0	11	19,0
	2017*	7	70,0	3	30,0
	07-17	2217	77,1	657	22,9
Edad media (años)		41,8 ± 10,5		39,7 ± 10,0	
País de origen		España: 64,8%		España: 53,0%	
Mecanismo transmisión		HSH: 44,6%		HTX: 69,3%	

Fallecidos con infección VIH. 2007-2017		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	265	80,1	66	19,9
	2008	286	79,0	76	21,0
	2009	239	78,4	66	21,6
	2010	254	79,9	64	20,1
	2011	242	83,4	48	16,6
	2012	187	77,6	54	22,4
	2013	135	79,4	35	20,6
	2014	108	77,1	32	22,9
	2015*	113	84,3	21	15,7
	2016*	24	75,0	8	25,0
	2017*	4	80,0	1	20,0
	07-17	1857	79,8	471	20,2
Edad media (años)		48,6 ± 9,9		45,6 ± 9,3	
País de origen		España: 90,4%		España: 88,1%	
Mecanismo transmisión		PID: 65,8%		PID: 65,0%	

* Años con datos no definitivos.

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

www.madrid.org/boletinepidemiologico

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública