

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

4.

INFORMES:

- **Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007.**
- **Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE 2007).**



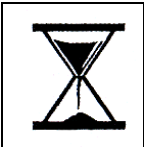




BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

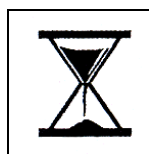
de la Comunidad de Madrid

4

Índice

INFORMES:

	- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007.	3
	- Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE 2007).	44
	- EDO. Semanas 14 a 17 (del 30 de marzo al 26 de abril de 2008)	54
	- Brotes Epidémicos. Semanas 14 a 17, 2008.	55
	- Red de Médicos Centinela. Semanas 14 a 17, 2008.	56

**INFORME:****HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA
COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2007.****Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a
enfermedades no transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) 2007****ÍNDICE:**

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	6
4. Resultados.....	7
4.1. Ejercicio físico.....	8
4.2. Alimentación.....	10
4.3. Dietas para adelgazar y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario.....	13
4.4. Sobrepeso y obesidad.....	17
4.5. Consumo de tabaco.....	18
4.6. Consumo de alcohol.....	21
4.7. Consumo de drogas de comercio ilegal.....	25
4.8. Relaciones sexuales.....	29
4.9. Accidentes.....	30
4.10. Seguridad vial.....	31
4.11. Información sobre temas de salud.....	34
4.12. Agregación de factores.....	38
4.13. Evolución de los indicadores.....	39
5. Bibliografía.....	42

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 2000 individuos escolarizados en 4º de la ESO en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de salud pública. En este informe analizamos los indicadores agrupados en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentabilidad y seguridad vial.

Resultados: El 44,4% de las chicas y el 11,7% de los chicos no realizan al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas. El consumo de alimentos mantiene un patrón con escaso consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería y chucherías saladas: un 55,5% no consume al menos dos raciones de fruta al día y un 32,8% no consume al menos una de verdura; el 70,6% consumen dos o más raciones diarias de productos cárnicos, y el 26,9% dos o más de galletas o productos de bollería. En estas edades la percepción de la imagen corporal tiene gran importancia: uno de cada cuatro jóvenes percibe que tiene un exceso de peso y uno de cada cinco ha realizado dietas para adelgazar en el último año. El balance real, estimado con los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes, describe que un 19,3% de los chicos y el 8,1% de las chicas tienen sobrepeso u obesidad.

El 17,3% fuma diariamente, siendo este hábito un poco más frecuente en las mujeres, 18,4%, que en los hombres, 16,3%. La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida es de un 11,6%. Este consumo se realiza principalmente en fines de semana, lo que da lugar a frecuentes ingestas agudas: el 38,6% ha realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón "binge drinking") y el 29,2% afirma que se ha emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente es el hachís, con un 23,7% de consumidores en los últimos 12 meses. El 26,0% refiere que le han ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 12,6% en los últimos 30 días.

El 35,4% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 13,4% no han utilizado métodos de prevención del embarazo eficaces durante la última relación.

Un 14,2% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses y la utilización del casco en moto es baja, ya que todavía el 41,7% de los jóvenes que utilizan este vehículo no emplea siempre esta protección.

Las tendencias globales desde 1996 muestran una gran mejora en numerosos indicadores, siendo especialmente importante la disminución del consumo de tabaco y de drogas de comercio ilegal. Sin embargo conviene destacar el incremento del consumo de tabaco en el 2007 después de un descenso constante desde 1996, que puede interpretarse como que probablemente se ha alcanzado un mínimo de consumo que es difícil de modificar. Por otro lado, aunque la situación actual del consumo de alcohol es mucho mejor que la de hace 11 años, desde el año 2003 se observa también un cambio en la tendencia, incrementándose

moderadamente los indicadores de consumo. También es favorable la utilización del cinturón de seguridad en el coche y el casco en moto. Por el contrario, empeoran diversos indicadores relacionados con el balance energético: se observa más sedentarismo en las mujeres, y menor consumo de fruta fresca. En relación con esto, aumenta también la frecuencia de sobrepeso y obesidad, sobre todo en las mujeres.

Conclusiones: Los resultados del SIVFRENT dirigido a población juvenil 2007 ponen de manifiesto que la frecuencia de numerosos factores asociados con las conductas o hábitos de salud sigue siendo muy alta en la Comunidad de Madrid. Aunque en numerosos indicadores se han realizado importantes progresos desde los objetivos de salud pública, los relacionados con el balance energético evolucionan negativamente, especialmente en la población femenina. Conviene llamar la atención sobre el reciente repunte de consumo de tabaco y alcohol que habrá que vigilar estrechamente.

Esta información debe facilitar la toma de decisiones en la planificación de las actividades de prevención y promoción que permitan mejorar el control de estos factores en los jóvenes de nuestra región.

2.- INTRODUCCIÓN

Aunque la adolescencia y juventud se considera una etapa de la vida saludable, hay que tener presente que entre los 15 y 29 años se produce el 1% de la mortalidad total y cerca del 15% de los ingresos hospitalarios de nuestra región. Por otro lado, uno de cada tres adolescentes tiene algún problema de salud crónico y un 6,5% algún tipo de incapacidad, principalmente relacionadas con problemas de salud mental o de tipo respiratorio ¹.

Algunos problemas de salud tienen especial importancia en la edad juvenil: ejemplo de ello son los embarazos no deseados donde en la Comunidad de Madrid se producen en la actualidad 2198 interrupciones voluntarias del embarazo al año en menores de 20 años, el 11,5% del total, habiéndose duplicado su frecuencia en los últimos 7 años ²; los trastornos del comportamiento alimentario, o la accidentabilidad. También en esta época se adquieren determinados comportamientos ³, que se trasladan a la edad adulta provocando consecuencias a medio y largo plazo como ocurre con las enfermedades cardiovasculares o degenerativas si estos factores no se modifican ⁴⁻⁷.

Durante el año 2007 se ha realizado la doceava encuesta seriada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) ⁸⁻¹⁹, cuyo objetivo es el de 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 nueve años de estudio.

Como en años anteriores, el trabajo de campo de esta encuesta fue realizado colaborativamente con la Dirección General de Centros Docentes de la Consejería de Educación.

3. METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Población escolarizada en 4º de ESO de la Comunidad de Madrid.

3.2. DISEÑO MUESTRAL

La **muestra** es de conglomerados bietápica con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares, y las de segunda, por las aulas. Los **criterios de estratificación** han sido: la zona geográfica (Madrid y resto de municipios) y la titularidad de los centros escolares (públicos y privados).

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

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

El **tamaño muestral** ha sido de 1839 entrevistas distribuidas en 85 aulas de 44 centros escolares.

La **técnica de entrevista** se ha basado en un cuestionario autoadministrado en aula, cuya duración media de cumplimentación fue de 35 minutos.

El **período de realización** de las entrevistas se ha desarrollado durante abril de 2007.

3.3. CUESTIONARIO

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

3.4. PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES

El error estándar del estimador se ha calculado teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo de conglomerados, mediante el programa STATA versión 10.0²⁰.

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, ocho no colaboraron en el estudio. Un 12,0% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta y 22 cuestionarios se descartaron durante el control de inconsistencias. La **tasa de respuesta global** fue del 73,5%.

En el análisis de resultados referidos a los totales y género se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Sin embargo, al elaborar el análisis según la edad se ha decidido comparar únicamente los jóvenes de 15 y 16 años, no exponiendo información estratificada para los que tienen 17 años o más. Esta decisión se justifica porque los de 17 o más años no son representativos del conjunto de jóvenes de estas edades escolarizados en la Comunidad de Madrid, sino que corresponden a aquellos estudiantes que por diferentes circunstancias han repetido uno o más cursos, y presentan probablemente unos indicadores con prevalencias mucho más elevadas que el conjunto de jóvenes de 17 o más años.

TABLA 1. Tamaño, tasa de respuesta y características de la muestra del SIVFRENT-J 2007

Tamaño muestral:	
Nº estudiantes	1839
Nº Colegios	44
Nº aulas	85
Tasa de respuesta (%)	
Colegios	84,6
Estudiantes	86,9
Global	73,5
Género (%)	
Hombres	48,6
Mujeres	51,4
Edad (%)	
15	42,4
16	35,8
17 y más	21,8
Titularidad (%)	
Pública	49,8
Privada	50,2

4.1. EJERCICIO FÍSICO

Una gran parte de los jóvenes, un 78,5%, realizan alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar la mayoría de los días. Sin embargo, un 5,1% de los chicos y un 13,6% de las chicas no llegan a realizar algún tipo de actividad de forma regular al menos 3 veces a la semana.

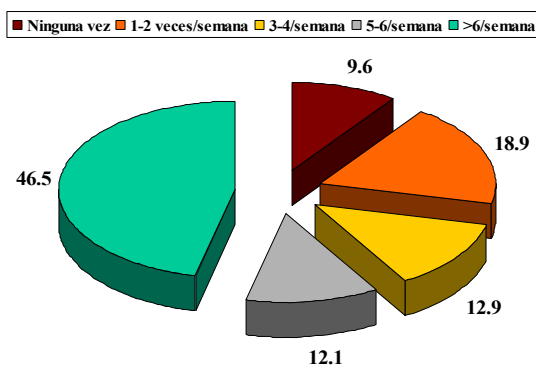
Si consideramos la frecuencia de realización de **actividades vigorosas o intensas** (definidas en esta encuesta como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo), la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 28,5%, destacando que un 9,6% no realizan ninguna vez estas actividades (gráfico 1). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 11,7% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 44,4% de las chicas.

En la tabla 3 podemos apreciar las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas con al menos una periodicidad semanal. En los chicos, el deporte más frecuentemente practicado con gran diferencia sobre el siguiente es el fútbol, dado que un 71,3% lo practica alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar el baloncesto. En las chicas, el baile/ballet es la actividad preferida, seguido del footing y baloncesto.

Comparando la estimación promedio del 2006-2007 con la de 1996-1997, de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (gráfico 2), se observa un incremento porcentual del 17,7% en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.

Gráfico 1

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



Fuente: SIVFRENT-J 2007. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

TABLA 2. Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico 3 o más días a la semana, según género y edad

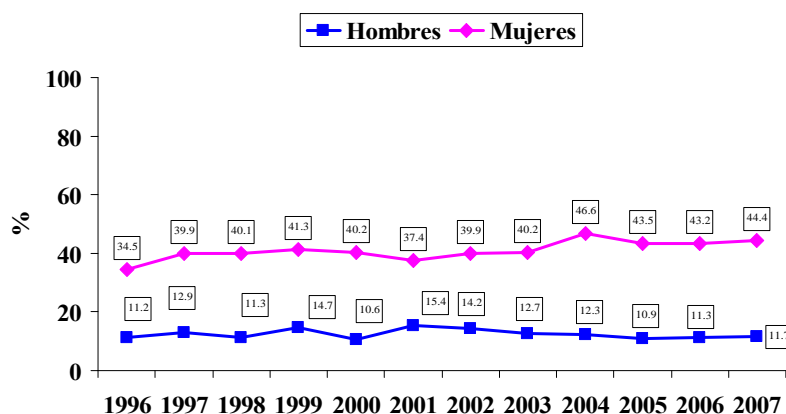
	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	9,5 (±1,7)*	5,1 (±1,5)	13,6 (±2,7)	7,9 (±2,3)	10,0 (±2,5)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	28,5 (±2,6)	11,7 (±2,1)	44,4 (±3,7)	26,3 (±3,3)	27,1 (±4,1)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 3. Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género

HOMBRES		MUJERES	
1. Fútbol	71,3%	1. Baile/ballet	30,3%
2. Baloncesto	45,9%	2. Footing	23,0%
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	41,2%	3. Baloncesto	21,6%
4. Footing	40,6%	4. Aerobic	19,5%
5. Bicicleta	28,3%	5. Natación	18,5%

Gráfico 2

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO REALIZAN EJERCICIO FÍSICO INTENSO* 3 O MAS DÍAS A LA SEMANA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007

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

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

4.2. ALIMENTACIÓN

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

LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS

El consumo de este grupo de alimentos es de 3,6 raciones diarias, correspondiendo aproximadamente la mitad al consumo de leche y la otra a los derivados lácteos (yogur y queso).

El 15,2% de los jóvenes no llegan a consumir una ración de leche al día, y un 59,2% no alcanza las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche descremada o parcialmente descremada es muy frecuente: un 58,6 % de las chicas y un 45,9% de los chicos que toman este producto lo consumen de forma habitual con menor cantidad de grasa.

Con el aporte de derivados lácteos el consumo de este grupo de alimentos tiende a incrementarse, aunque todavía un 41,9% de los jóvenes consumen menos de tres raciones diarias.

En la actualidad el consumo de leche y derivados lácteos es muy similar al de 1996 (gráfico 3).

FRUTA Y/O ZUMOS

El consumo medio de fruta es de 1,7 raciones diarias, que se ve incrementado a 3,2 si incluimos los zumos. Un 29,0% de los jóvenes no llegan a consumir una ración diaria de fruta, y un 55,5% no ingiere las dos recomendadas. Tanto el consumo medio como la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones de fruta al día, continua siendo superior en las chicas que en los chicos.

Si comparamos el promedio 2006-2007 frente a 1996-1997, se observa un aumento de la proporción de jóvenes que no consumen al menos 2 raciones de fruta al día, del 18,7% en los chicos y 13,7% en las chicas (gráfico 4).

VERDURA Y HORTALIZAS

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) es de 1,4 raciones diarias. Un 32,8% de los jóvenes consumen menos de una ración diaria. Su consumo es mucho más frecuente en las chicas que en los chicos, tanto a nivel de ingesta media, como en la proporción de jóvenes que consumen menos de una ración al día.

La evolución de este indicador no describe grandes variaciones (gráfico 5).

Valorando conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras, grupo de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que alrededor de 1 de cada 2 jóvenes no alcanza a consumir 3 raciones/día (el 53,6% de los chicos y el 41,1% de las chicas).

CARNE Y DERIVADOS

El consumo medio agrupado de carne (filete de ternera/vaca/cerdo, pollo, hamburguesa, otras carnes) y derivados (embutidos y salchichas), es de 3,1 raciones diarias. El consumo de embutidos es de 1,1 raciones diarias.

La frecuencia de consumo es superior en los chicos que en las chicas, tanto de forma media como en la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones diarias.

Aún siendo muy elevada, la proporción de jóvenes que consumen 2 o más raciones diarias de productos cárnicos ha descendido ligeramente, un 10,7% en chicos y un 7,8 en chicas (gráfico 6).

GALLETAS Y BOLLERÍA

El consumo de este tipo de alimentos es de 1,2 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que lo consumen dos o más veces al día es de un 26,9%, observándose una mayor frecuencia en los chicos (29,7%) que en las chicas (24,0%).

En los chicos se observa una disminución del 17,0% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas del 10,7% (gráfico 7).

OTROS ALIMENTOS

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

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

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

El consumo de estos productos continúa muy extendido en la población adolescente. El 14,2% de los chicos y el 16,1% de las chicas consumen chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Los jóvenes con elevados consumos de este producto tienen un perfil alimentario más desequilibrado, con mayor ingesta de productos cárnicos y menor de fruta y verdura.

Como en años anteriores, se mantiene un patrón de consumo alimentario con un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto de ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje importante de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas.

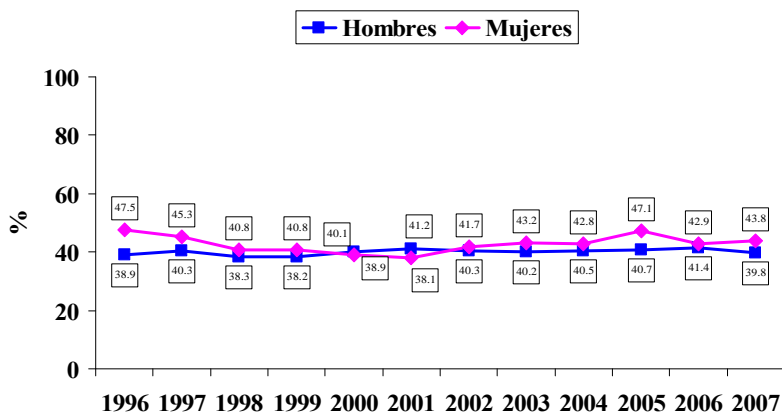
TABLA 4. Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
% Consumo <1 ración de leche/día	15,2 (±1,9)*	12,1 (±2,7)	18,0 (±2,7)	11,4 (±2,3)	15,5 (±3,4)
% Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	41,9 (±2,8)	39,8 (±3,9)	43,8 (±3,6)	39,9 (±3,9)	42,9 (±3,7)
% Consumo <2 raciones de fruta/día	55,5 (±2,9)	60,4 (±3,3)	50,9 (±3,7)	51,3 (±4,5)	56,5 (±4,8)
% Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	32,8 (±3,3)	39,6 (±4,6)	26,6 (±3,5)	30,3 (±4,5)	30,0 (±4,0)
% Consumo ≥2 raciones productos cárnicos/día	70,6 (±2,5)	74,4 (±2,5)	67,0 (±4,0)	68,4 (±3,9)	71,4 (±3,8)
% Consumo ≥2 raciones de galletas, bollería/día	26,9 (±2,1)	29,7 (±2,6)	24,0 (±2,8)	23,7 (±2,9)	27,0 (±3,6)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 3

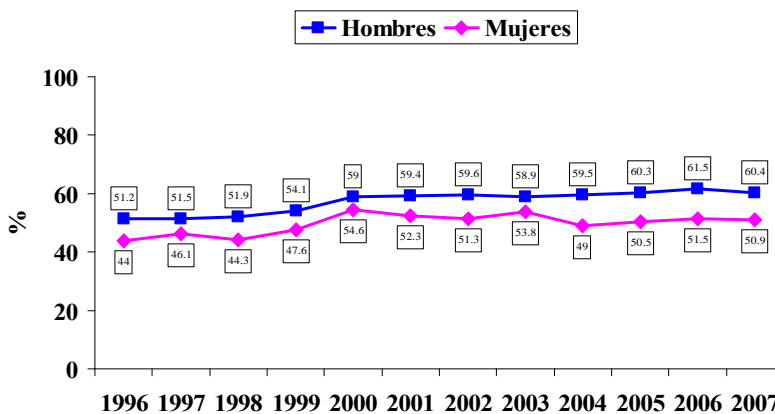
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <3 RACIONES DE LECHE Y DERIVADOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

Gráfico 4

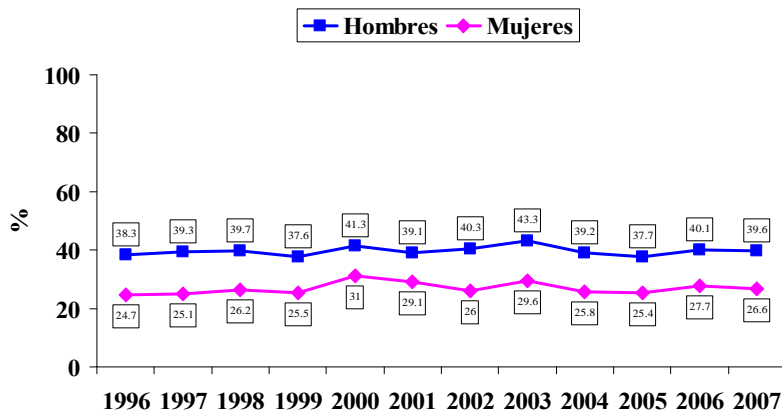
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <2 RACIONES DE FRUTA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

Gráfico 5

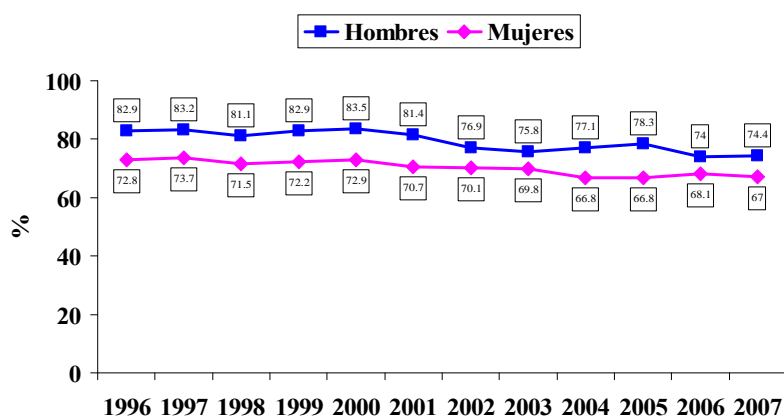
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <1 RACIÓN DE VERDURA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

Gráfico 6

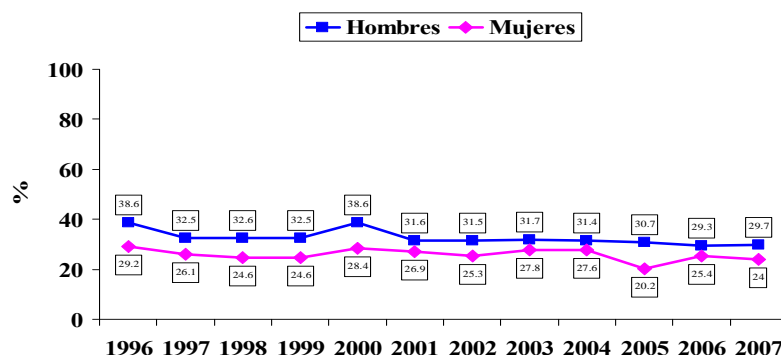
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE ≥ 2 RACIONES DE PRODUCTOS CÁRNICOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

Gráfico 7

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE
 >=2 RACIONES DE BOLLERÍA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS.
 COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

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

El 17,9% de los chicos y el 32,8% de las chicas consideran que tienen exceso de peso o que están obesos.

El 28,3% de los jóvenes afirma haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 19,7% han llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizan 2,5 veces más frecuentemente dietas para adelgazar que los chicos, alcanzando una prevalencia del 27,8%.

En los años 2006-2007 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de chicos que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 67,9%. En las chicas este incremento es del 8,4% (gráfico 8).

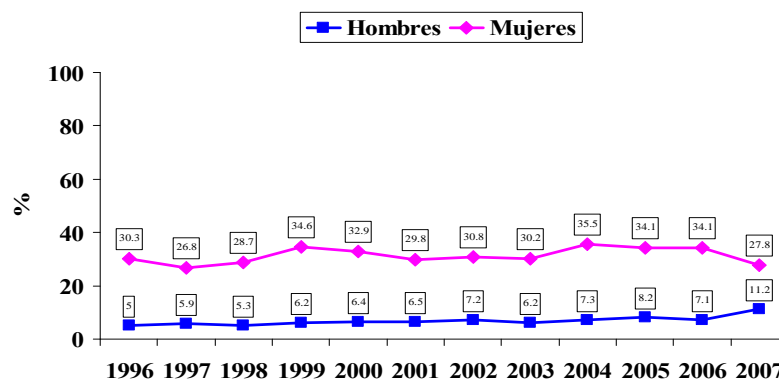
En esta encuesta se ha continuado con las preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario incluidas en el cuestionario desde 1999, con objeto de conocer la frecuencia de determinadas conductas encaminadas a evitar un incremento de peso. Se estima la proporción de personas que no han ingerido ningún alimento en 24 horas, aquellas que se han provocado vómitos, así como las que han utilizado laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses.

El 4,4% de los chicos y el 16,0% de las chicas responde afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 3,4% del total de mujeres responde a dos y el 1,7% a los tres). Concretamente, durante el último año el 9,9% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 8,4% se han provocado vómitos para perder peso, y un 4,6% han utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

TABLA 5. Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	25,5 (±2,3)*	17,9 (±2,5)	32,8 (±3,0)	23,7 (±2,9)	25,3 (±3,7)
Realización de dietas en los últimos 12 meses	28,3 (±2,7)	19,5 (±3,5)	36,8 (±3,1)	25,7 (±3,7)	27,5 (±3,5)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	19,7 (±2,3)	11,2 (±2,7)	27,8 (±3,0)	17,4 (±2,9)	19,8 (±3,9)
No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	6,7 (±1,1)	3,4 (±1,1)	9,9 (±2,0)	4,4 (±1,4)	6,3 (±2,1)
Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	4,8 (±0,8)	1,0 (±0,7)	8,4 (±1,7)	4,8 (±1,7)	4,3 (±1,5)
Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	2,7 (±0,8)	0,8 (±0,5)	4,6 (±1,5)	2,3 (±1,2)	1,7 (±1,2)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 8**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007**

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

4.4. SOBREPESO Y OBESIDAD

Se ha calculado el Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso en Kg/talla en m², a partir de los datos de peso y talla referidos por el entrevistado. Para estimar el sobrepeso y obesidad se ha utilizado los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al.²¹. Conviene mencionar que la magnitud, al estar basada en datos subjetivos, está infraestimada respecto a la prevalencia observada en mediciones objetivas²⁰. Teniendo en cuenta el error de medida para el sobrepeso y obesidad de forma conjunta, la prevalencia real sería un 50% superior a la observada de forma subjetiva²².

El 12,1% y 1,6% de los jóvenes tiene sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo aproximadamente el doble de frecuente en los hombres que en las mujeres en el caso del sobrepeso y del triple para la obesidad.

La evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad muestra un incremento del 12,2% en los hombres, aumentando en las mujeres un 42,2% al comparar la frecuencia observada en 2006-2007 respecto a 1996-1997 (gráfico 9)

TABLA 6. Proporción de jóvenes con sobrepeso y obesidad¹, según género y edad

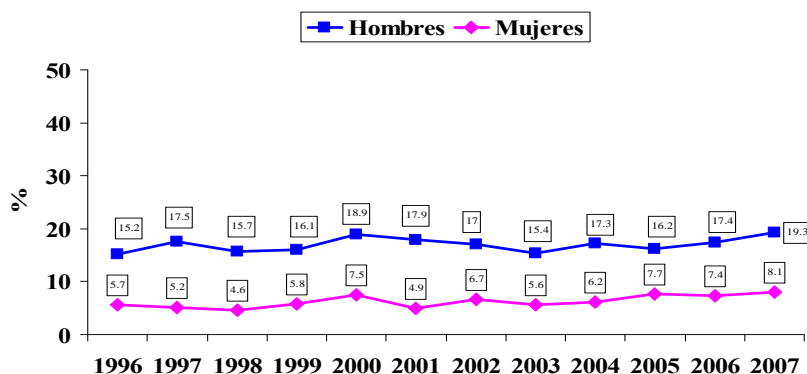
	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Sobrepeso	12,1 (±1,6)*	16,8 (±2,5)	7,4 (±1,7)	12,0 (±2,4)	12,5 (±2,5)
Obesidad	1,6 (±0,7)	2,5 (±1,3)	0,7 (±0,6)	1,6 (±0,9)	1,6 (±1,1)

* Intervalo de confianza al 95%

¹ Según puntos de corte internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

Gráfico 9

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON SOBREPESO U OBESIDAD*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

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

4.5. CONSUMO DE TABACO

En el gráfico 10 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, el 32,3% fuma con mayor o menor asiduidad, un 54,7% no fuman, y el 13,0% son exfumadores. Del total de jóvenes, el 17,3% fuma diariamente, y el 8,4% fuma alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 25,7% de fumadores habituales.

La proporción de jóvenes que **fuma diariamente** es superior en las mujeres (18,4%) que en los hombres (16,3%), y la prevalencia se incrementa rápidamente con la edad: el 17,2% de los jóvenes de 16 años fuma diariamente frente al 8,3% en los que tienen 15 años.

La prevalencia del **consumo excesivo** de tabaco, definido como un consumo superior a 10 cigarrillos al día, es del 4,6% en hombres y 3,9% en mujeres.

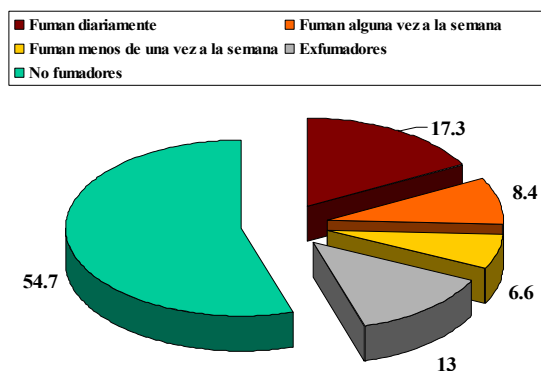
El 11,9% del total de entrevistados tienen **permiso de los padres** para fumar, aumentando al 42,4% en aquellos jóvenes que fuman diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar es mayor en el caso de que los padres fumen. Cuando no fuma ninguno tienen permiso el 7,9%, cuando fuma uno el 14,6%, y cuando fuman los dos el 25,4%.

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 uno de los padres fuma el consumo de tabaco (de forma diaria) de los hijos es del 21,1%, aumentando al 33,3% en el caso de que fumen ambos, mientras que cuando ninguno fuma la frecuencia se reduce al 12,4%.

Si comparamos el promedio de consumo de los dos últimos años frente a los dos primeros, se observa una disminución porcentual del 41,0% en los chicos y del 46,4% en las chicas. Sin embargo, conviene llamar la atención que durante el 2007 se ha producido, tanto en hombres como en mujeres, un incremento moderado respecto a los datos del 2006, cortándose el descenso que venía observándose desde los primeros años de estudio (gráfico 11).

Gráfico 10

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



Fuente: SIVFRENT-J 2007. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

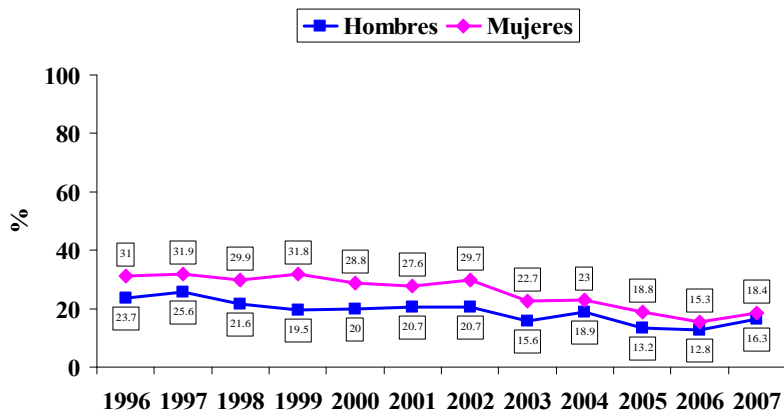
TABLA 7. Proporción de jóvenes fumadores diarios y permiso de los padres para fumar, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Fumadores diarios	17,3 (±3,3)*	16,3 (±4,6)	18,4 (±3,2)	8,3 (±2,4)	17,2 (±3,0)
Fumadores >10 cigarrillos	4,2 (±1,5)	4,6 (±2,4)	3,9 (±1,3)	1,7 (±1,0)	4,2 (±2,0)
Permiso de los padres para fumar	11,9 (±2,5)	13,2 (±3,9)	10,6 (±2,1)	6,1 (±1,8)	9,7 (±2,9)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 11

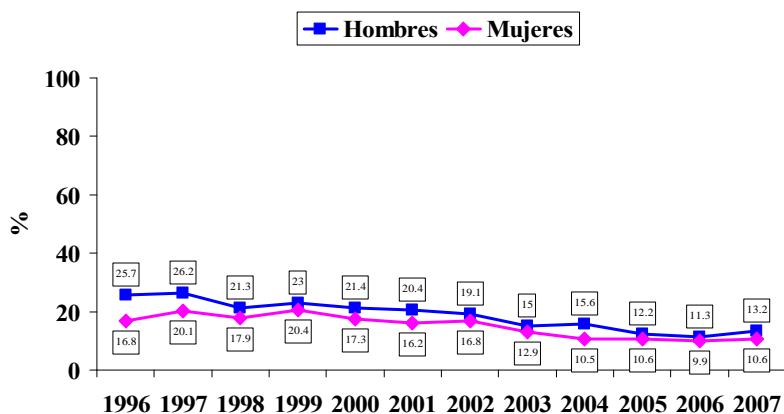
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE FUMADORES DIARIOS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

Gráfico 12

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON PERMISO DE LOS PADRES PARA FUMAR. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El 62,6% de los jóvenes ha consumido algún tipo de bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la entrevista, y el 16,1% (18,8% de los chicos y 13,6% de las chicas) ha ingerido alcohol 6 o más días.

El **consumo medio** de bebidas alcohólicas supone una ingesta de 103 cc. de alcohol puro semanal. Los chicos, con una media de 122 cc., tienen un consumo superior al de las chicas (86 cc.). Asimismo, se observa un incremento del consumo, 102 cc. frente a 77 cc., en los chicos de 16 años respecto a los de 15.

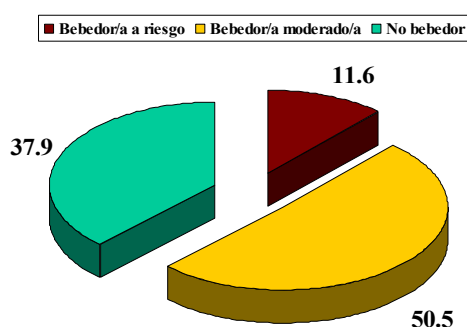
La bebida consumida con mayor frecuencia, tanto en los chicos como en las chicas, es el combinado o cubata que representa el 54% del total del alcohol puro consumido.

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

Globalmente, el 11,6% de los jóvenes son clasificados como **bebedores a riesgo**, el 50,5% como bebedores moderados, y el 37,9% como no bebedores (gráfico 13). La proporción de bebedores a riesgo es ligeramente superior en mujeres que en hombres, y en jóvenes de 16 años (11,5%) frente a los de 15 (6,9%).

Gráfico 13

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



Fuente: SIVFRENT-J 2007. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

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

El **consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión** (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 38,6% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo un poco más frecuente en los hombres que en las mujeres (42,0% frente al 35,4%), y en los jóvenes de 16 años (37,9%) respecto a los de 15 (32,1%).

El 51,4% afirma haberse **emborrachado** alguna vez en los últimos 12 meses, y el 29,2% en los últimos 30 días.

Por último, el 23,4% de los jóvenes ha **viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol**.

Desde el 2003, año en el que se alcanzó la prevalencia más baja para el conjunto de indicadores de alcohol, se observa un ligero incremento de los bebedores de riesgo, así como la frecuencia de borracheras. Destaca este último año el incremento de los jóvenes que han viajado en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol (gráficos 14-17).

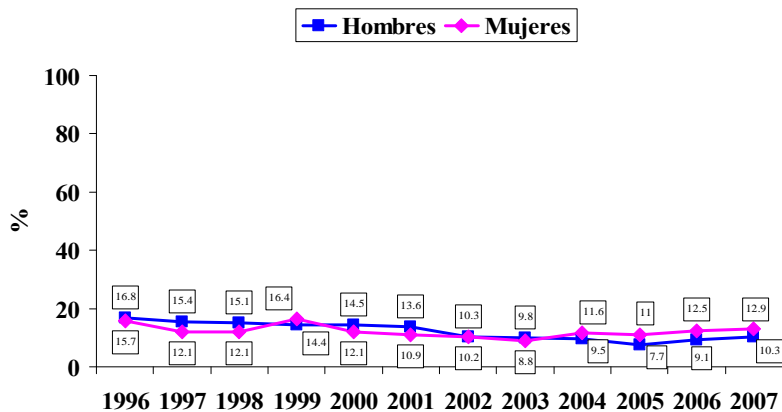
TABLA 8. Proporción de bebedores a riesgo, de consumo excesivo de alcohol y de haber viajado con el conductor bajo los efectos del alcohol, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	11,6 (±2,3)*	10,3 (±2,9)	12,9 (±3,0)	6,9 (±2,0)	11,5 (±3,3)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	38,6 (±3,7)	42,0 (±4,8)	35,4 (±4,5)	32,1 (±4,5)	37,9 (±4,8)
Borrachera en los últimos doce meses	51,4 (±3,5)	50,9 (±5,1)	51,9 (±4,2)	45,3 (±3,6)	52,3 (±5,6)
Borrachera en los últimos 30 días	29,2 (±4,0)	31,4 (±4,7)	27,3 (±4,9)	23,2 (±4,6)	30,5 (±5,1)
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	23,4 (±2,8)	26,8 (±3,3)	20,4 (±3,2)	16,3 (±2,7)	24,7 (±3,6)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 14

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*.
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007

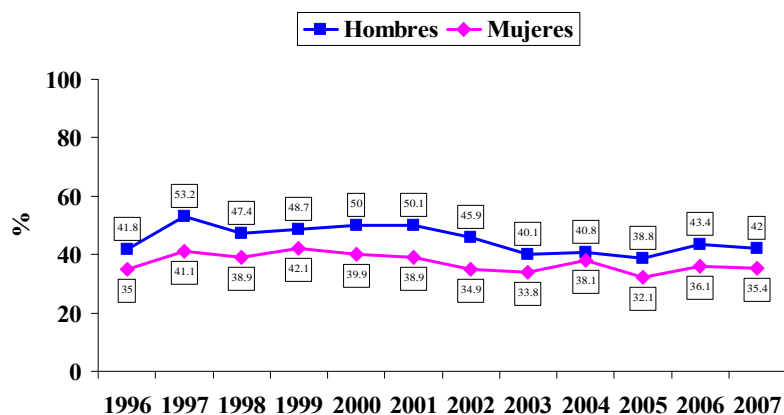


Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

Gráfico 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO EXCESIVO*
EN UNA MISMA OCASIÓN EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16
AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007

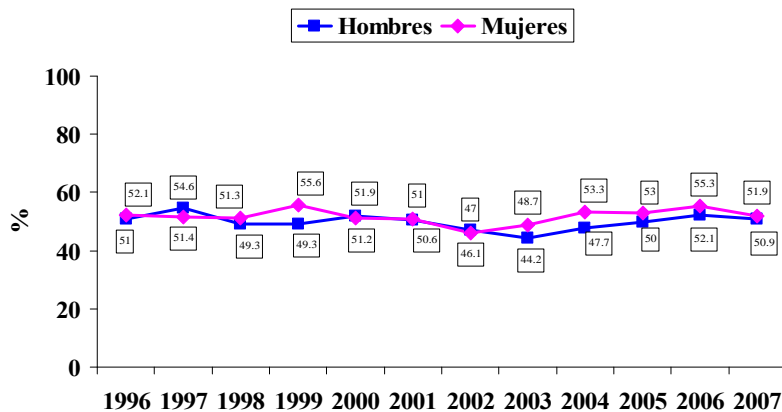


Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

Gráfico 16

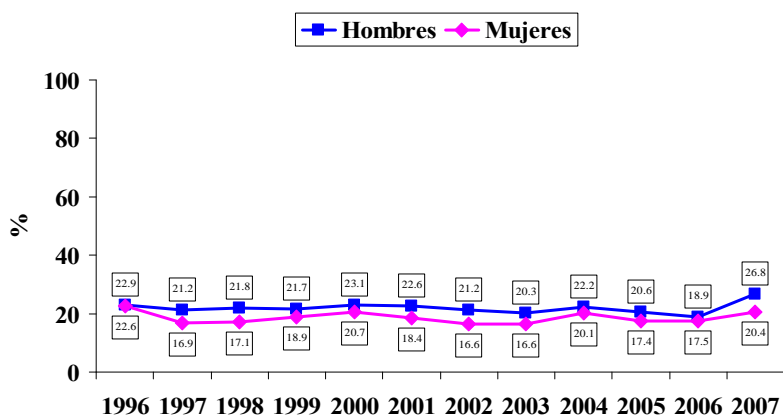
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE SE HAN EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

Gráfico 17

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN VIAJADO EN UN VEHÍCULO CON EL CONDUCTOR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

4.7. CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 23,7% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 16,5% en los últimos 30 días. La segunda sustancia son los tranquilizantes sin prescripción, con un consumo en los últimos 12 meses del 2,5%. La droga menos consumida es la heroína, con una frecuencia del 0,7%.

De forma agregada, el 25,1% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 17,5% en los últimos 30 días.

Al 26,0% de los jóvenes les han **ofrecido drogas** en los últimos 12 meses, y a un 12,6% en los últimos 30 días.

El descenso del consumo de estas sustancias, cuyo valor más bajo se alcanzó para muchas de ellas en el 2005, vuelve a incrementarse ligera a moderadamente en este último año (gráfico 18).

TABLA 9. Proporción de jóvenes con consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	2,5 (±0,7)*	2,2 (±1,1)	2,9 (±1,0)	2,2 (±1,1)	2,9 (±1,4)
Hachís	23,7 (±3,0)	25,8 (±4,0)	21,8 (±3,1)	18,2 (±3,5)	23,9 (±5,1)
Cocaína	2,2 (±0,9)	2,8 (±1,3)	1,7 (±0,8)	0,3 -	2,0 (±1,0)
Heroína	0,7 (±0,5)	1,0 (±0,9)	0,3 -	0,1 -	0,9 0,8
Speed o anfetaminas	1,0 (±0,6)	1,6 (±1,1)	0,5 0,5	0,4 0,4	1,4 (±1,0)
Extasis u otras drogas de diseño	1,2 (±0,7)	1,5 (±1,2)	1,0 (±0,7)	0,4 -	1,2 (±1,0)
Alucinógenos	1,1 (±0,6)	1,7 (±1,0)	0,5 -	0,4 -	1,2 (±1,0)
Sustancias volátiles	0,8 (±0,6)	1,6 (±1,0)	0,1 -	0,9 0,8	0,6 -

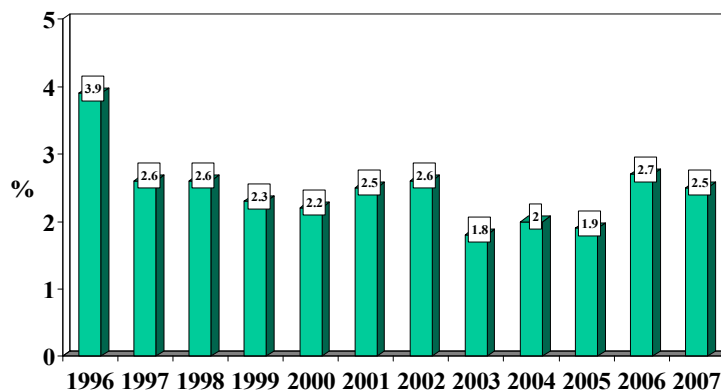
* Intervalo de confianza al 95%; ** Variación superior al 100%

TABLA 10. Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	26,0 (±2,7)*	29,9 (±3,3)	22,4 (±3,4)	24,1 (±3,2)	25,2 (±3,9)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	12,6 (±2,1)	16,0 (±2,8)	9,5 (±2,1)	10,9 (±2,9)	11,8 (±2,4)

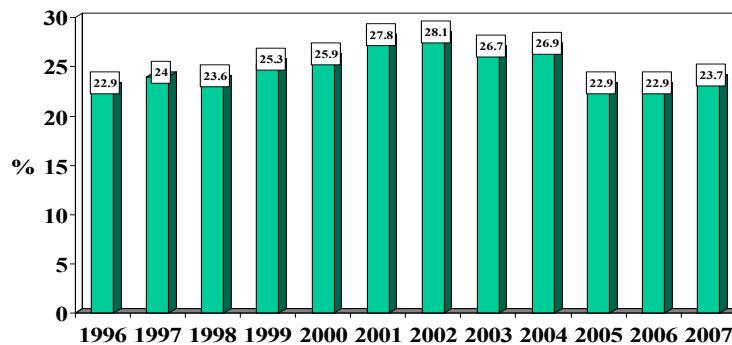
* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 18. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2007.

TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN

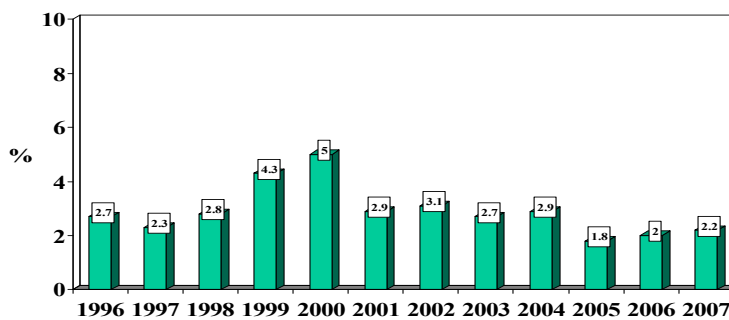
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

HACHÍS



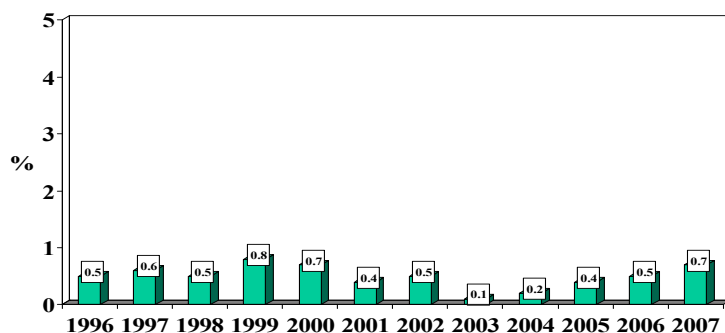
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

COCAÍNA



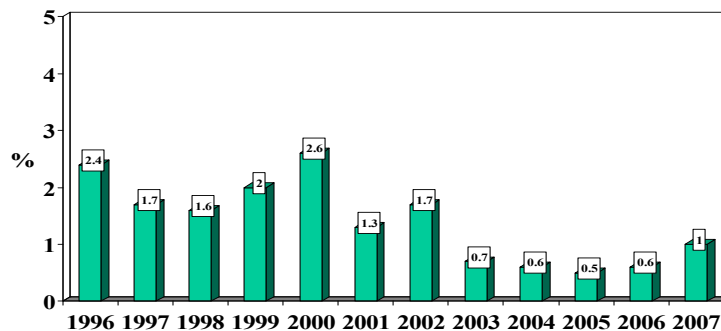
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

HEROÍNA



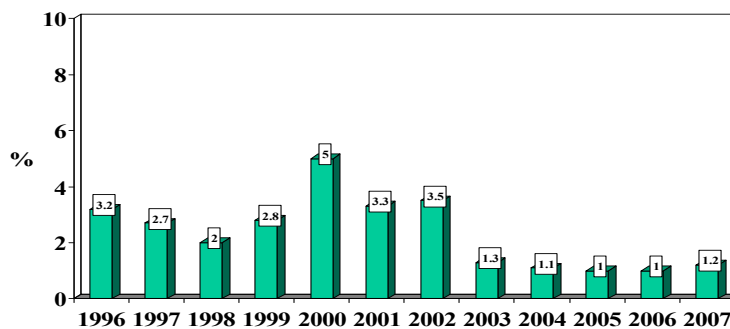
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SPEED O ANFETAMINAS



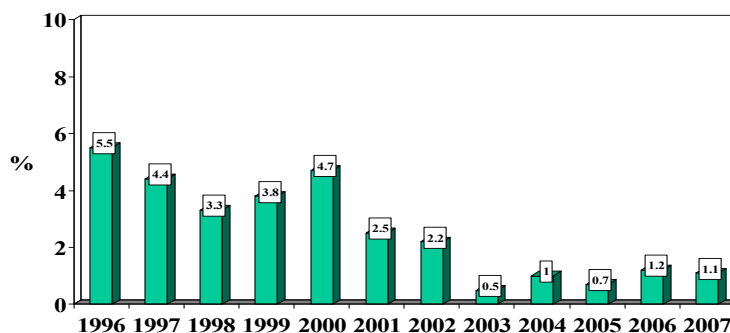
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE DISEÑO



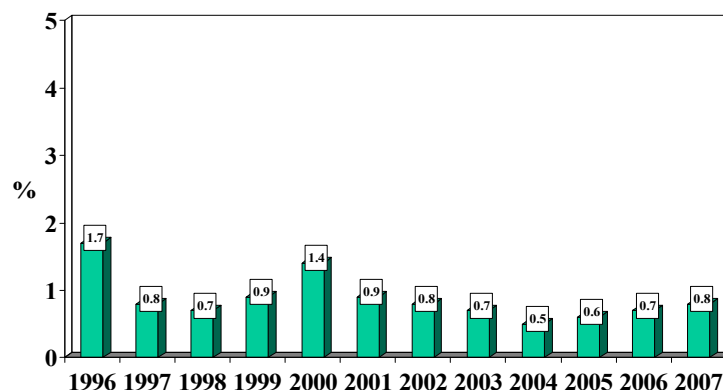
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ALUCINÓGENOS



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

SUSTANCIAS VOLÁTILES



Fuente: SIVRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.8. RELACIONES SEXUALES

El 35,4% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es superior en los chicos (40,1%) que en las chicas (31,0%), así como en los jóvenes de 16 años (33,4%) frente a los de 15 (19,9%).

Un 84,0% utilizaron el **preservativo** durante la última relación sexual.

Un 13,4% **no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual** (ningún método, marcha atrás, o no sabe con seguridad). La estimación de este indicador en el año 2007 es la más alta desde el año 2001 (gráfico 19).

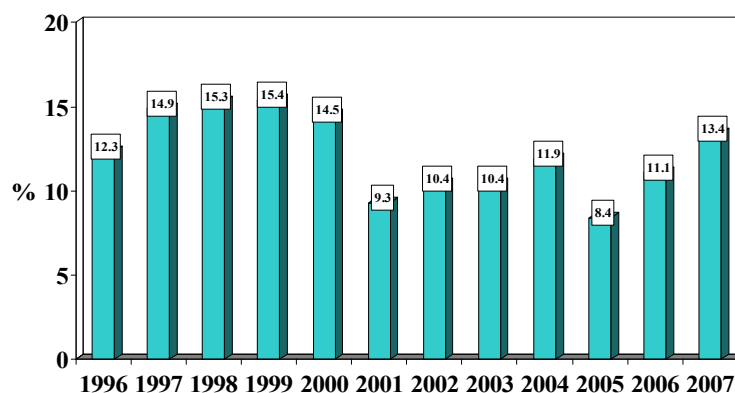
TABLA 11. Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	35,4 (±3,8)*	40,1 (±5,1)	31,0 (±3,7)	19,9 (±3,0)	33,4 (±4,4)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	84,0 (±3,4)*	84,2 (±4,6)	83,7 (±4,0)	88,7 (±5,5)	82,4 (±4,9)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	13,4 (±3,3)	14,5 (±4,1)	12,1 (±4,0)	10,7 (±5,0)	13,0 (±5,0)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 19

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO HAN UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EFICACES* EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

* Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo.

4.9. ACCIDENTES

El 14,2% de los jóvenes entrevistados ha tenido en los últimos 12 meses algún accidente que ha requerido tratamiento médico, siendo 2,3 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la descripción del espacio o situación donde se produce el último accidente, en los chicos, casi uno de cada dos accidentes tienen relación con la práctica deportiva o con ir en moto (un 20,2 % en ambos) y en tercer lugar en la calle o zonas recreativas (19,1%). En las mujeres se originan fundamentalmente en el hogar (25,3%) seguido de los accidentes en el centro de estudios (17,7%) o en moto (16,5%).

En los chicos no se observan grandes variaciones de la frecuencia de accidentes a lo largo de la serie, mientras que en las chicas se han reducido un 27,9% (gráfico 20).

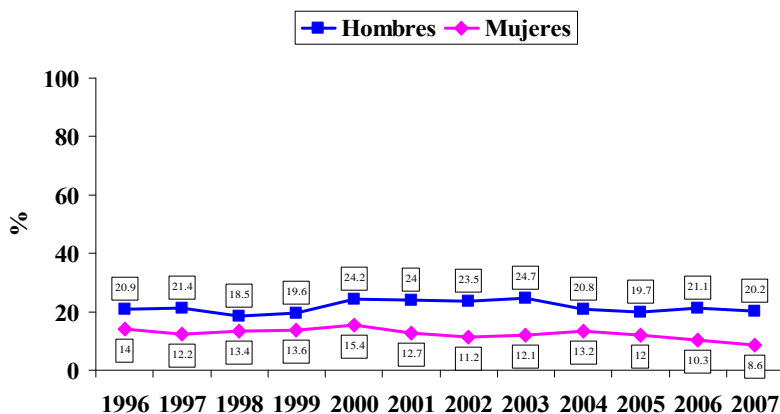
TABLA 12. Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Algún accidente en los últimos 12 meses	14,2 (±2,0)*	20,2 (±3,4)	8,6 (±1,8)	13,5 (±2,4)	13,7 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 20

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

4.10. SEGURIDAD VIAL

El 20,1% de los jóvenes entrevistados no utiliza siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Este porcentaje es del 13,6% en la circulación por carretera.

La no utilización del **casco en moto** es muy alta, dado que el 41,7% todavía no se lo pone siempre.

La utilización del **casco en bicicleta** continua siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 93,6% de los jóvenes no lo utiliza habitualmente.

El 2007 ha sido el año en que se ha producido las prevalencias más bajas de toda la serie, con un rango de descenso del 33% al 50% (gráficos 21-23).

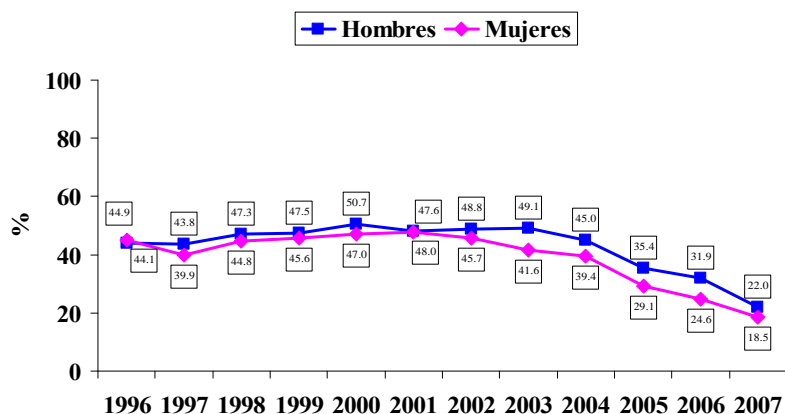
TABLA 13. Proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	20,1 (±1,9)*	22,0 (±2,2)	18,5 (±3,3)	16,8 (±3,1)	21,2 (±2,8)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	13,6 (±1,6)	15,7 (±2,3)	11,6 (±2,6)	10,4 (±2,0)	12,9 (±2,9)
No utilización del casco en moto	41,7 (±4,0)	39,3 (±4,2)	44,6 (±5,5)	42,1 (±5,3)	42,3 (±6,3)
No utilización del casco en bicicleta	93,6 (±1,4)	93,5 (±2,1)	93,9 (±2,2)	93,2 (±2,3)	93,9 (±2,1)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 21

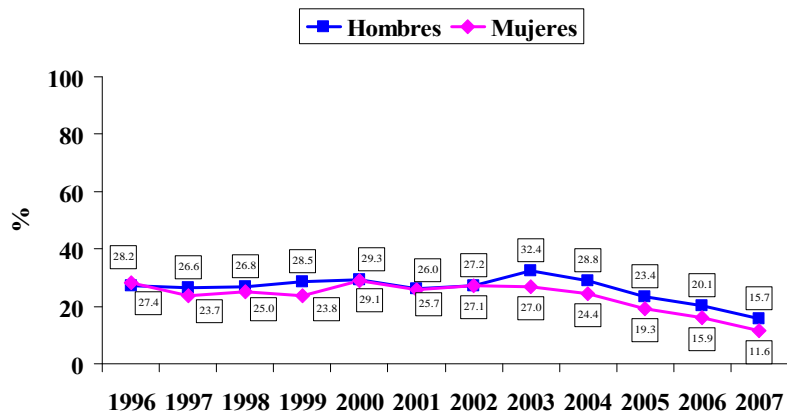
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CIUDAD. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

Gráfico 22

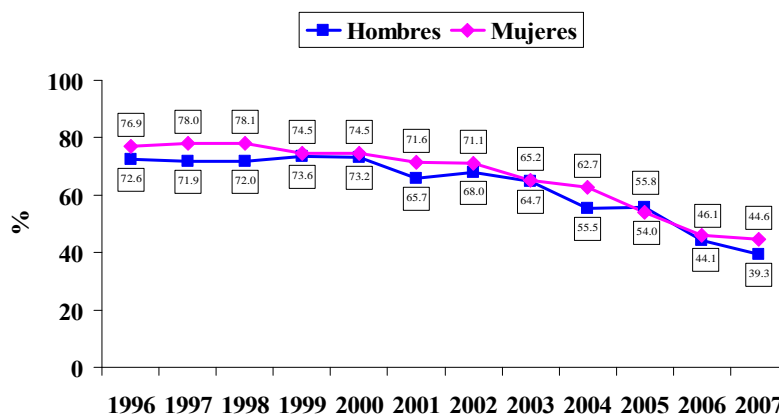
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CARRETERA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

Gráfico 23

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CASCO EN MOTO. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2007



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

4.11. INFORMACION SOBRE TEMAS DE SALUD

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, oscila desde el 60,3% en el caso de los accidentes hasta el 19,9% sobre el consumo de alcohol.

Desde 1996, excepto el SIDA, ha mejorado globalmente la información sobre la salud que reciben los jóvenes en los centros escolares, en especial del consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal (gráfico 24).

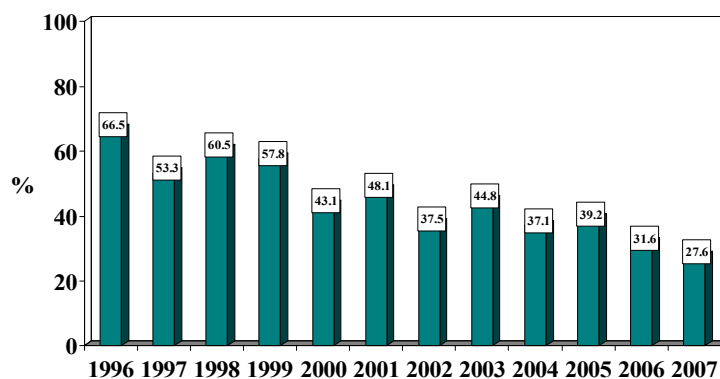
TABLA 14. Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares

Tabaco	27,6	(±4,5)*
Alcohol	19,9	(±4,4)
Drogas de comercio ilegal	22,7	(±5,3)
Métodos anticonceptivos	29,1	(±6,1)
SIDA	49,6	(±6,7)
Enfermedades de transmisión sexual	33,9	(±6,0)
Accidentes	60,3	(±7,2)

* Intervalo de confianza al 95%

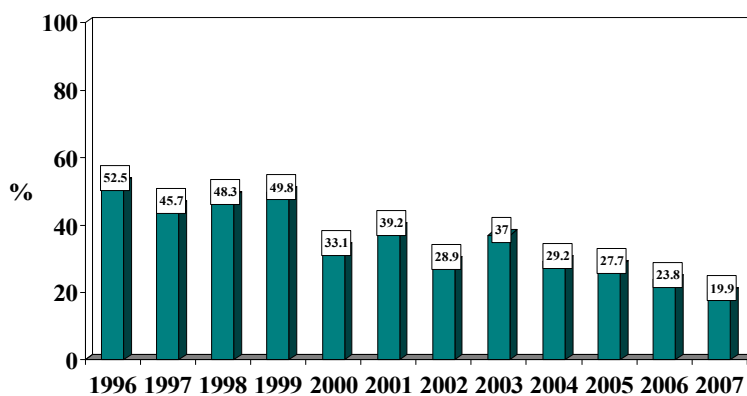
Gráfico 24. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2007.

TABACO



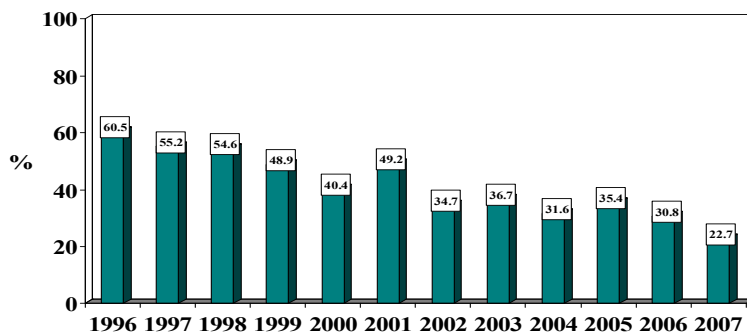
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ALCOHOL



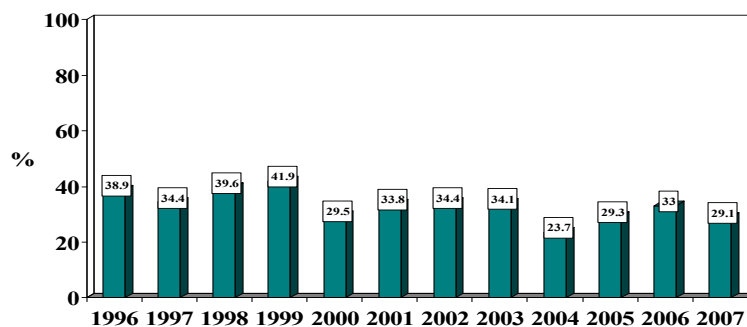
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

DROGAS



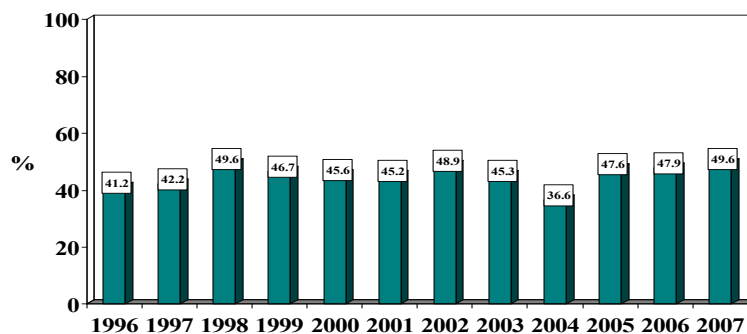
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



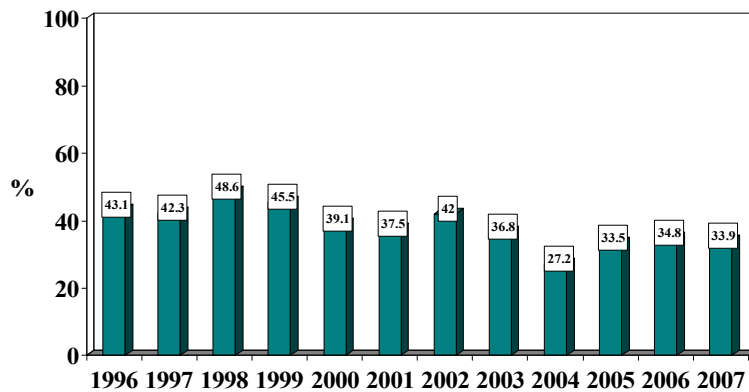
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SIDA



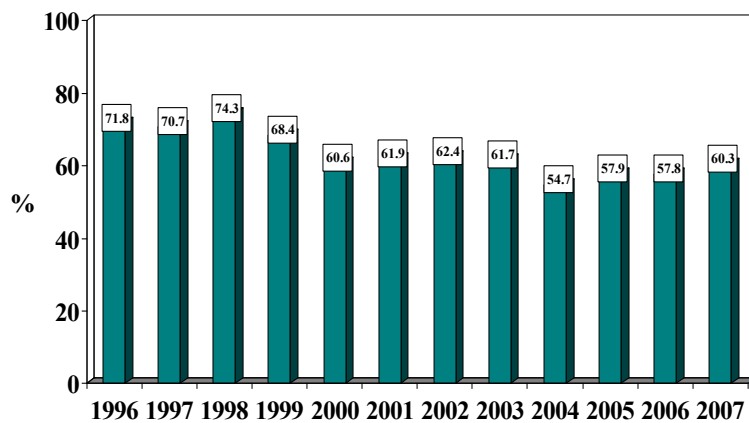
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



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

ACCIDENTES



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

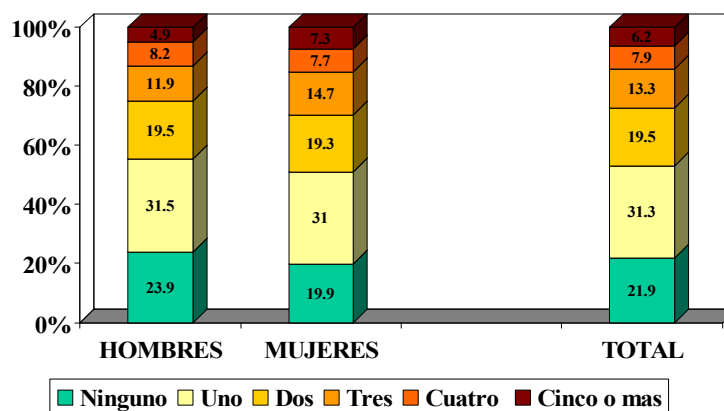
4.12. AGREGACIÓN DE FACTORES

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

El 78,1% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 19,5% de ellos tienen dos, el 13,3% tres, el 7,9% cuatro, y el 6,2% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (gráfico 25).

Gráfico 25

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



Fuente: SIVFRENT-J 2007. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

4.13. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

A continuación, se reproduce sintéticamente la evolución de los principales indicadores, expresando el cambio porcentual de la razón de prevalencias del período 2006-2007 respecto al de 1996-1997. Se diferencia la evolución para hombres y mujeres, a excepción de los indicadores de drogas de comercio ilegal y la utilización de métodos anticonceptivos eficaces, ya que en estos últimos el escaso poder estadístico solo posibilita el análisis de forma conjunta. En las tablas 15-19 se describen los incrementos y disminuciones porcentuales superiores e inferiores a un 10%. El resto de indicadores (no tabulados) fluctúan entre estos dos valores.

Por ejemplo, el incremento del 67,9% del primer indicador de la tabla 15, realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses en los hombres, resulta de dividir la prevalencia promedio de este indicador del año 2006-2007 entre la prevalencia promedio de 1996-1997 y expresado en porcentaje.

Tabla 15. Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2006-2007 respecto a 1996-1997. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+67,9
Consumo < 2 raciones de fruta/día	+18,7
Sobrepeso y Obesidad	+ 12,2

Tabla 16. Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2006-2007 respecto a 1996-1997. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Sobrepeso y obesidad	+42,2
Ejercicio intenso <3 días a la semana	+17,7
Consumo de < 2 raciones de fruta al día	+13,7

Tabla 17. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2006-2007 respecto a 1996-1997. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Permiso de los padres para fumar	-52,8
No utilización del casco en moto	-42,3
Consumo de tabaco de forma diaria	-41,0
Consumo de alcohol de riesgo	- 39,8
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-38,6
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-33,6
Consumo de ≥ 2 raciones de bollería/día	-17,0
Consumo de ≥ 2 raciones de cárnicos/día	-10,7
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión	-10,1

Tabla 18. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2006-2007 respecto a 1996-1997. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	- 49,2
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-47,1
Consumo de tabaco de forma diaria	-46,4
Permiso de los padres para fumar	-44,4
No utilización del casco en moto	-41,5
Accidentes	-27,9
Consumo de < 3 raciones de leche y derivados/día	-10,9
Consumo de ≥ 2 raciones de bollería/día	-10,7

Tabla 19. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2006-2007 respecto a 1996-1997. Totales

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	- 76,8
Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses	-62,7
Consumo de speed o anfetaminas en los últimos 12 meses	-61,0
Consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	-40,0
Consumo de tranquilizantes sin prescripción en los últimos 12 meses	-20,0
Consumo de cocaína	-16,0

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Sawyer SM, Bowes G. Adolescence on the health agenda. *Lancet* 1999; 354 (suppl 2):3134.
2. Izarra C, Moratilla L, Cevallos C, Cortés F. Interrupciones voluntarias del embarazo. Comunidad de Madrid, año 2006. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2007, 13 (Feb):3-14.
3. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
4. Strong JP, Malcom GT, McMahan A, et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults. *JAMA* 1999; 281: 727-735.
5. Nicklas TA, von Duvillard SP, Berenson GS. Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: the Bogalusa Heart Study. *Int J Sports Med* 2002; 23 (Suppl 1): S39-S43.
6. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-482.
7. Kvaavik E, Tell GS, Klepp KL. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 1212-1218.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1999. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1999, 6 (6):3-31.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996, 4(12):3-15.
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996, 4 (22):3-16.
11. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1997. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1997, 5 (8):3-17.
12. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 1998, 5 (20):3-21.

13. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2000. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2000, 6 (12):3-32.
14. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2001. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2001, 7 (11):3-40.
15. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2002. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2002, 8 (11):3-42.
16. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2003, 9 (10):35-74.
17. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2004, 12 (9):3-41.
18. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2005, 11 (Dic):3-42.
19. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2006. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2006, 11 (Nov):3-42.
20. StataCorp. 2007. Stata Statistical Software: Release 10 College Station, TX: Stata Corporation.
21. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320:1-6.
22. Galán I, Gandarillas A, Febrel C, Meseguer CM. Validación del peso y la talla autodeclarados en población adolescente. Gac Sanit 2001; 15:490-497



INFORME:

INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD DE MADRID (IVE 2007)

Informe elaborado por Concepción Izarra Pérez, Fátima Cortés Fernández, Carlos Cevallos García.

RESUMEN

De las 26.432 IVE notificadas que se realizaron en 2007 en la Comunidad de Madrid, el 83,3% (22.013) correspondieron a mujeres con residencia en nuestra Comunidad, de ellas, el 60,0% referían un país de origen distinto a España, el 11,8% eran menores de 20 años, el 50,5% tenían entre 20 y 29 años y el 33,0% entre 30 y 39 años.

En el 2,0% se refiere una causa fetal como motivo de la IVE y 2 se realizaron por motivo de violación denunciada.

El 0,6% se realizó en un hospital público (128) y fueron financiadas por la Administración un 22,3%.

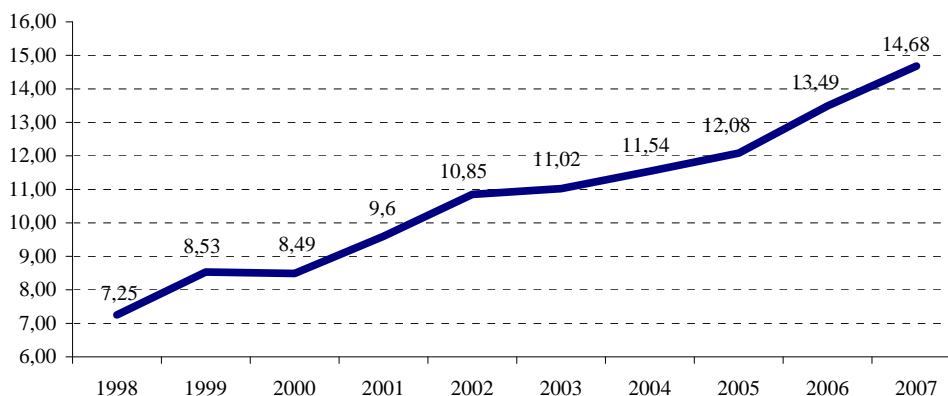
Para el 62,1% ésta era su 1ª IVE, y en el momento de la IVE, el 53,6% de las mujeres, tenían hijos (el 64% en el caso de mujeres extranjeras).

En cuanto a autonomía económica, el 73,8% de las mujeres tenían ingresos económicos propios.

Un 26,1% de mujeres españolas y un 10,7% de extranjeras tenían estudios universitarios, mientras que el 0,8 y el 2,1%, respectivamente, referían ser analfabetas o sin estudios.

La tasa de IVE realizadas en residentes en la CM, es de 14,68 por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). En las mujeres españolas, ésta baja a 8,24 por mil y, sin embargo para las mujeres de países diferentes a España, la tasa es de 35,37 por mil.

Gráfico 1.
IVE en mujeres residentes en la CM
Evolución de la tasa de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años).
1998-2007.



* Población: Padrón continuo 1998-2007 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica de las IVE se inició en el año 1986 desde que, según la ley orgánica 9/1985 de 5 de julio, se despenalizara el aborto para algunos supuestos.

Están obligados a notificar todos los centros que realizan dichas interrupciones voluntarias del embarazo, sean públicos o privados.

No están incluidas en esta información las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado una interrupción del embarazo fuera de la misma.

El incremento paulatino de la población inmigrante en la Comunidad de Madrid en los últimos años hace necesario tener en consideración a este colectivo en el análisis de la información, con objeto de detectar diferencias socioculturales asociadas a las IVE y diseñar programas específicos de prevención.

Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE).

Para llevar a cabo el mantenimiento y gestión del registro de interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid se obtiene la información de las 7 Clínicas privadas autorizadas (2 de ellas cesaron su actividad en los primeros días de diciembre), del Hospital público Príncipe de Asturias, hasta mayo en que cesó su actividad y algunas IVE por malformación fetal del Hospital de Móstoles (15) y del Hospital de Fuenlabrada (14).

Este registro, no recoge los datos de las mujeres, que siendo residentes de la CM, han recurrido al aborto fuera de la misma. En el registro de 2007, faltan también aquellos boletines de notificación relativos a las IVE efectuadas en las clínicas C.B.Medical y Clínica Mayrit en los días de diciembre anteriores a su cierre.

Los datos son recogidos en hojas para la notificación según un protocolo normalizado. Aunque desde 2003 en la Comunidad de Madrid se venía recogiendo la variable “país de origen”, no es hasta este año que tras un acuerdo entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad, se incluyeron 3 variables en la hoja de notificación: “país de nacimiento”, “año de llegada” y “nacionalidad”.

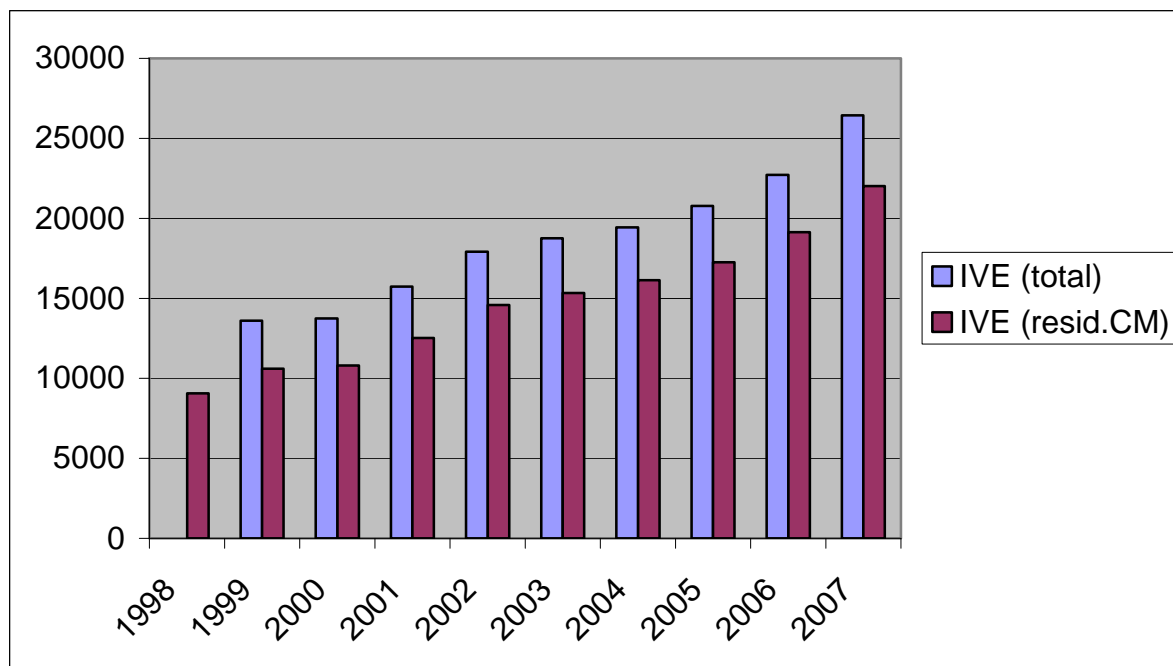
Se realiza la codificación, grabación, depuración y análisis de datos, informes y recomendaciones.

La información generada por el registro se transmite al Ministerio de Sanidad y Consumo con una periodicidad anual.

Evolución en el número de IVE notificadas al registro de la C. M.

El porcentaje de mujeres que desde otras CCAA acuden a la Comunidad de Madrid para abortar, va descendiendo en este decenio, pasando de un 22% en 2000, a un 17% en 2007, lo que nos hace pensar en la mayor accesibilidad de las mujeres en sus respectivos lugares de residencia.

Evolución del nº de IVE notificadas al registro de la C. Madrid (1998/2007)

**Mujeres no residentes en la C. M.**

Un 16,7% de las IVE realizadas en Madrid en el año 2007, correspondió a mujeres que no residían en esta comunidad.

De ellas el 48,6% provenían de las provincias limítrofes (Toledo, Guadalajara, etc.) y el 6% de otros países, fundamentalmente Portugal. Tan solo el 20% habían acudido a control de métodos anticonceptivos en los 2 años anteriores a este aborto, un 15% era < de 20 años y para un 10,8%, el motivo de su interrupción del embarazo, fue por presunción de graves taras fetales; en las mujeres de la CM, este porcentaje disminuye hasta el 2%. Este mayor porcentaje de IVE por taras fetales, hace que aumente el porcentaje de IVE tardía (>15 semanas de gestación), que para este grupo de mujeres es de 26,2%.

De estas mujeres, un 59,1% fueron españolas, frente al 40% en las mujeres residentes en nuestra comunidad.

Mujeres residentes en la C. M.

Del 83,3% del total de IVE realizadas, que son las que corresponden a mujeres con residencia en la C. M. (23013), el 59,5% habían nacido en otro país diferente a España, mientras que según el padrón continuo, el 25,9% de las mujeres en edad fértil (15-44 años), tienen otro país de procedencia.

Como ha quedado reflejado en el gráfico1, la tasa para las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid es de 14,68 por mil mujeres en edad fértil.

De los municipios con más de 20.000 mujeres en edad fértil, según la tabla1, Torrejón de Ardoz arroja la tasa más alta, seguida del municipio Madrid y la tasa más baja de la comunidad, corresponde a Alcorcón, al igual que en 2006.

Tabla 1.
IVE en mujeres residentes en la CM
Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) por municipio
Decenio (1998-2007)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ALCALA DE HENARES	6,45	7,66	5,81	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40
ALCOBENDAS	5,84	6,49	7,22	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87
ALCORCON	5,77	6,29	7,01	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52
FUENLABRADA	6,54	7,03	6,91	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65
GETAFE	4,23	5,60	5,46	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07
LEGANES	6,54	6,85	7,22	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62
MADRID	8,43	10,11	10,32	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81
MOSTOLES	6,32	6,47	7,00	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19
PARLA	5,81	6,84	5,87	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86
TORREJON DE ARDOZ	6,45	7,00	8,99	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90
RESTO DE LA CM	5,69	6,88	6,08	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34
TOTAL DE LA CM	7,25	8,53	8,49	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68

* Población: Padrón continuo 1998-2007 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

Datos sociodemográficos

Estos datos están reflejados en las tablas 2 y 3.

Edad: pese al aumento de IVE tanto en tasas como en números absolutos, debemos decir que el mismo no se ha producido a expensas de las mujeres menores de 20 años, ya que mantienen los mismos porcentajes de 2006. El grupo de edad de 20 a 29 años aporta más de la mitad de las IVE notificadas (50,5%).

Tabla 2.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Características sociodemográficas por país de origen.
Año 2007

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	34	0,4%	29	0,2%	0	0,0%	63	0,3%
	15-19	1264	14,4%	1185	9,1%	8	7,1%	2457	11,2%
	20-24	2103	23,9%	3363	25,7%	25	22,3%	5491	24,9%
	25-29	1863	21,2%	3734	28,5%	29	25,9%	5626	25,6%
	30-34	1641	18,7%	2700	20,6%	25	22,3%	4366	19,8%
	35-39	1297	14,7%	1578	12,0%	20	17,9%	2895	13,2%
	40-44	542	6,2%	490	3,7%	5	4,5%	1037	4,7%
	45 o más	49	0,5%	26	0,2%	0	0,0%	75	0,3%
	No consta	2	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
Convive en pareja	Si	3465	39,4%	7383	56,3%	47	42,0%	10895	49,5%
	No	5263	59,8%	5584	42,6%	54	48,2%	10901	49,5%
	No consta	67	0,8%	139	1,1%	11	9,8%	217	1,0%
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	69	0,8%	274	2,1%	0	0,0%	343	1,6%
	Primer grado	982	11,2%	2299	17,5%	25	22,3%	3306	15,0%
	Segundo grado	5399	61,4%	9021	68,9%	50	44,6%	14470	65,7%
	Tercer grado	2300	26,1%	1409	10,7%	33	29,5%	3742	17,0%
	Inclasificable	6	0,1%	14	0,1%	0	0,0%	20	0,1%
	No consta	39	0,4%	89	0,7%	4	3,6%	132	0,6%
Ingresos económicos propios	Si	6192	70,4%	9978	76,1%	86	76,8%	16256	73,8%
	No	2413	27,4%	2752	21,0%	21	18,7%	5186	23,6%
	Desconocido	190	2,2%	376	2,9%	5	4,5%	571	2,6%
Total		8795	100,0%	13106	100,0%	112	100,0%	22013	100,0%

Convivencia en pareja: Del total de mujeres, la mitad (49,5%) refieren convivir en pareja y al igual que en años anteriores, el porcentaje más alto está dentro del colectivo de mujeres extranjeras (56,3% Vs. 39,4%).

Nivel de instrucción: el nivel de estudios refleja un menor porcentaje de mujeres analfabetas o sin estudios que en años anteriores, así como también baja el porcentaje de mujeres con estudios superiores tanto en autóctonas como en mujeres de otros países.

Situación laboral: El 70,4% de las mujeres eran asalariadas (66% de las españolas). Tan solo un 1,5% referían ser empresarias, un 8% estudiantes (12,8% de las españolas) y un 9% del total, se dedicaban a las tareas domésticas, “sus labores”.

Ingresos económicos propios: Un alto porcentaje de las mujeres, 73,8%, refiere ser autónoma económicamente; son más las mujeres de otros países las que mantienen esta autonomía económica frente a las mujeres españolas. Los porcentajes se mantienen en los mismos parámetros que en 2006.

Tabla 3.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Características sociodemográficas por país de origen
Año 2007

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	5439	61,8%	4719	36,0%	59	52,6%	10217	46,4%
	1	1717	19,5%	4075	31,1%	28	25,0%	5820	26,5%
	2	1246	14,2%	2793	21,3%	19	17,0%	4058	18,4%
	3	297	3,4%	979	7,5%	5	4,5%	1281	5,8%
	4 o más	96	1,1%	540	4,1%	1	0,9%	637	2,9%
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	155	4,6%	202	2,4%	0	0,0%	357	3,0%
	1	604	18,1%	1145	13,6%	4	7,5%	1753	14,9%
	2	509	15,2%	1019	12,2%	11	20,7%	1539	13,0%
	3	399	11,9%	850	10,1%	3	5,7%	1252	10,6%
	4	306	9,1%	742	8,9%	9	17,0%	1057	9,0%
	5	245	7,3%	669	8,0%	5	9,4%	919	7,8%
	6 o más	1129	33,6%	3746	44,6%	18	34,0%	4893	41,5%
	No consta año	8	0,2%	16	0,2%	3	5,7%	27	0,2%
Total de las que tienen hijos vivos		3355	100,0%	8389	100,0%	53	100,0%	11797	100,0%
Número de IVE previas	Ninguna	6289	71,5%	7308	55,8%	75	67,0%	13672	62,1%
	1	1854	21,1%	3962	30,2%	24	21,4%	5840	26,5%
	2	473	5,4%	1255	9,6%	6	5,4%	1734	7,9%
	3	121	1,3%	358	2,7%	5	4,5%	484	2,2%
	4 o más	58	0,7%	223	1,7%	2	1,7%	283	1,3%
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	189	7,5%	572	9,9%	0	0,0%	761	9,1%
	1	578	23,1%	1578	27,2%	10	27,0%	2166	26,0%
	2	409	16,3%	1002	17,3%	3	8,1%	1414	16,9%
	3	252	10,1%	677	11,6%	3	8,1%	932	11,2%
	4	238	9,5%	501	8,7%	4	10,8%	743	8,9%
	5	160	6,4%	354	6,1%	4	10,8%	518	6,2%
	6 o más años	665	26,5%	1072	18,5%	11	29,8%	1748	21,0%
	No consta año	16	0,6%	42	0,7%	2	5,4%	60	0,7%
Total de las que han tenido IVE previas		2507	100,0%	5798	100,0%	37	100,0%	8342	100,0%
Total		8795	100,0%	13106	100,0%	112	100,0%	22013	100,0%

Antecedentes

Número de hijos: En el momento de la IVE tenían hijos vivos el 64% de las mujeres nacidas fuera de España, mientras que baja el porcentaje al 38,2% en el caso de mujeres autóctonas. Un 4,1% de mujeres extranjeras referían tener 4 hijos o más y en el caso de las mujeres españolas el porcentaje con 4 o más hijos es de 1,1%. Para un 3%, el año del último parto era el mismo que el de la IVE que se notifica.

Número de IVE anteriores: Para el 62,1% de las mujeres, este aborto que se notifica, era el primero (71,5% de españolas vs. 55,8% en extranjeras). En el mismo año 2007,

abortaron en más de una ocasión el 9,1% de las mujeres con IVE previa. En este capítulo merece destacarse a las mujeres rumanas que representan el 10,2% del total de las mujeres del registro con residencia en la CM y para las que sólo en un 40,8% era su primera IVE y de las que un 6,8% habían pasado por esta experiencia en 4 ocasiones o más, (ocho mujeres 10 veces y una 15 veces).

Datos de la intervención y utilización de recursos sanitarios (tabla 4)

Utilización de servicios de control de anticoncepción: En los 2 años anteriores a esta IVE, el 72,6% del total de las mujeres (en 2006 un 67,7%), no habían acudido a ningún servicio para el control de la anticoncepción (67,7% españolas y 76,1% extranjeras) y de las que sí lo han hecho, un 18,6% han acudido a centros públicos; en el año 2006, acudieron a un centro público un 22,3% de las mujeres. Se constata pues que año tras año aumenta el nº de mujeres sin control de métodos anticonceptivos, siendo esta tendencia más acusada en el caso de las mujeres españolas.

Información sobre la primera IVE: Cada año aumenta el porcentaje de mujeres que son informadas desde fuera de los circuitos sanitarios de la posibilidad del recurso de la IVE, 59,2%; esta información se obtiene a través de amigos, familiares, internet...

Tabla4.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Datos de la intervención por país de origen
Año 2007

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Tipo de Centro	Público	45	0,5%	54	0,4%	29	25,9%	128	0,6%
	Privado	8750	99,5%	13052	99,6%	83	74,1%	21885	99,4%
Financiación pública	No	6996	79,5%	10032	76,5%	70	62,5%	17098	77,7%
	Si	1799	20,5%	3074	23,5%	42	37,5%	4915	22,3%
Semanas de gestación	≤ 8 semanas (precoz)	5940	67,5%	7863	60,0%	71	63,4%	13874	63,0%
	>8 y ≤ 15 semanas	2268	25,8%	4451	34,0%	29	25,9%	6748	30,7%
	> 15 semanas (tardía)	587	6,7%	792	6,0%	12	10,7%	1391	6,3%
Método de la intervención	Aspiración	7528	85,6%	11026	84,1%	62	55,4%	18616	84,6%
	Dilatación	295	3,4%	353	2,7%	3	2,7%	651	2,9%
	Legrado	453	5,2%	1285	9,8%	3	2,7%	1741	7,9%
	RU-486	386	4,3%	252	1,9%	36	32,1%	674	3,1%
	Otros	133	1,5%	190	1,5%	8	7,1%	331	1,5%
Total		8795	100,0%	13106	100,0%	112	100,0%	22013	100,0%

Tipo de centro: Un 0,5% de las mujeres españolas y un 0,4% de las mujeres nacidas en otros países, fueron atendidas en un hospital público para la interrupción de su embarazo.

Financiación pública: Para el 22,3% de las mujeres, la IVE fue financiada desde la administración sanitaria, siendo esta financiación más alta para las mujeres inmigrantes.

Motivo de la interrupción y causas: El 98% de las mujeres, abortaron por peligro para la salud física o psíquica de la embarazada y para las 447 mujeres que lo hicieron por presunción o confirmación de graves taras fetales, la causa más común, fue el Síndrome de Down en 138 casos.

Semanas de gestación: Al 63% de las mujeres se les practicó el aborto dentro de las 8 primeras semanas de gestación (IVE precoz) y al 6,3% después de la semana 15 (IVE tardía); las mujeres que recurren al aborto por taras fetales y las mujeres < de 20 años son las que dan un mayor porcentaje de IVE tardía. Al 8,1% de las menores de 20 años se le realizó una IVE de más de 15 semanas frente al 6,1% del resto de las mujeres.

El 64,3% de las mujeres que abortaron por peligro para la salud de la embarazada lo hicieron en las primeras 8 semanas de gestación y solo un escaso 0,7% cuando el aborto se practica por taras fetales.

Método de intervención: Para un 84,6% de las IVE que se practicaron este año a mujeres residentes en la C.M., el método de interrupción que se utilizó fue aspiración o miniaspiración, en el 7,9% de los casos se utilizó el legrado y RU (abortivo oral), en el 3,1 de las interrupciones.

TAMEF (Tasa de abortividad en mujeres en edad fértil): El número de IVE por cada 1000 mujeres en edad fértil fue para 2007 de 15,4. Esta tasa es casi 2 puntos mayor que la de 2006 (13,5).

Conclusiones y discusión:

Un año más se produce un importante incremento en el nº absoluto de IVE y en las tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil, aunque el porcentaje de IVE en menores de 20 años, se ha estabilizado en un 11,5% (igual que en el año 2006).

Menores de 20 años: Uno de los objetivos del Plan Juvenil de Atención Sanitaria a la Sexualidad, elaborado por el gobierno madrileño en 2005, es garantizar que desde el sistema sanitario público se preste asesoramiento y apoyo en caso de embarazo no deseado de adolescentes y jóvenes.

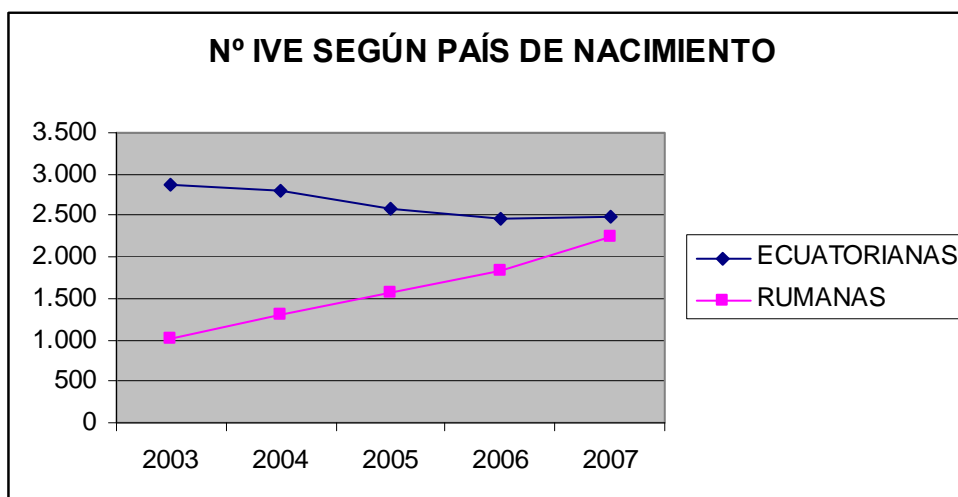
Más de un 80% de las menores de 20 años que abortaron voluntariamente en 2007, no habían acudido a ningún centro para el control de anticoncepción en los 2 años previos y el 40% se informó en un centro público sobre la posibilidad de la realización de la IVE; estos datos no tienen ninguna variación con respecto a los de 2005, cuando se elaboró el Plan.

Por otra parte, un estudio realizado por la Clínica Dator, "Interrupción del Embarazo en menores de 21 años", corrobora estos datos con información acerca de que 3 de cada 4 chicas no ha ido a ninguna consulta de PF o ginecología en el año previo a la IVE.

Con estos datos se ve la necesidad de poner en marcha las medidas contempladas en el Plan Juvenil de Atención Sanitaria a la Sexualidad: A) Protocolizar el asesoramiento y apoyo a las adolescentes y jóvenes embarazadas desde el Sistema Sanitario Público...B) Informar de la red de recursos de ayuda en la CM...C) Elaborar protocolos sobre asesoramiento y apoyo postaborto (asegurando su implantación en todos los centros donde se realice esta práctica)...D) Asegurar que en cada una de las Áreas de Salud, exista un centro sanitario

donde se realicen IVE...E) Garantizar el cumplimiento de la legislación vigente en todos los centros en que se realicen IVE.

Población inmigrante: Según el padrón continuo de la Comunidad de Madrid para el año 2007, la población de mujeres inmigrantes en edad fértil aumentó en un 28,2% con respecto al año 2006. Sin embargo, el incremento de las que recurrieron a una IVE es del 12,3%.



Desde el año 2003, en que se empieza a recoger la variable país de nacimiento, se pueden ver diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. Podemos observar así las dos comunidades más numerosas dentro del colectivo de inmigrantes en nuestra comunidad: las mujeres procedentes de Ecuador y Rumania. En ambos casos el número de mujeres en edad fértil procedentes tanto de Rumania, como de Ecuador ha sufrido un incremento paulatino, pero el número de abortos tiene una tendencia al descenso mantenida en el caso de las mujeres procedentes de Ecuador, mientras que el número de mujeres rumanas a las que se realiza una IVE tiene un aumento también constante, llegando a duplicarse.

Destacan también dentro del grupo de mujeres que se han sometido a 4 o más IVE, las diferencias en los porcentajes que corresponden a cada una de estas dos poblaciones.

PORCENTAJE DE MUJERES CON 4 O MÁS IVE ANTERIORES

PAIS NACIMIENTO	2003	2004	2005	2006	2007
ECUATORIANAS	0,3	0,5	0,5	0,6	0,3
RUMANAS	6,1	8,6	7,5	7,5	6,8

Un estudio realizado mediante encuestas a mujeres que abortaron en la Comunidad de Madrid arroja datos que refuerzan las diferencias existentes entre los colectivos de mujeres latinas y europeas del este: Las razones que aducen todas las mujeres para no solicitar asesoramiento anticonceptivo son para un 50% no considerarlo un asunto prioritario, no saber donde acudir (30,8%) y tener dificultades, sobre todo de horarios, para acudir a dichos

servicios. Para un 34,8% de las mujeres latinas la oposición de su pareja al uso del preservativo o la dificultad de negociar dicho uso, es uno de los principales problemas; sin embargo para un 46% de las mujeres del este, el asesoramiento anticonceptivo es innecesario dado que un 10% de las mismas confiesa que *se puede recurrir al aborto*.

Así pues, nos encontramos ante distintos abordajes en materia de prevención una vez conocidas las necesidades desde la diferencia de sus claves culturales.

Por otra parte la mayor frecuentación sanitaria de las mujeres, especialmente para las emigrantes es la Atención Primaria, por lo que desde allí habría que promover campañas informativas acerca de la Planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos (MA), dotando a la misma de suficientes recursos tanto materiales como humanos.

BIBLIOGRAFÍA

1 Informes de Salud. Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunitat Valenciana 2006. Nº 103.

2 Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2 (volumen 10 febrero, 2004). Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, años 2001-2003.

3 Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 3 (volumen 11 marzo, 2005). Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, año 2004.

4 Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2 (volumen 12 febrero, 2006). Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, año 2005.

5 Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2 (volumen 13 febrero, 2007). Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, año 2006.

6 Plan Juvenil de Atención Sanitaria a la Sexualidad en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Marzo, 2005.

7 J.M. Sánchez; R. Sánchez; P. Alarcón; Y. Serrano; L. Esteban; S. Sánchez; P. Montejo; F. Trapero; A. Cunill. Estudio Interrupción del embarazo en menores de 21 años. Clínica Dator, 2006.

8 C. Izarra; I. del Río; D. López-Gay; L. Mazarrasa; A. Llacer; A. Castelló; C. Morales; F. Bolumar. Conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos (MA) en mujeres autóctonas e inmigrantes que solicitan interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en la Comunidad de Madrid (CM).



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud.

Comunidad de Madrid Año 2008, semanas 14 a 17 (del 30 de marzo al 26 de abril de 2008)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***			
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.		
Inf que causan meningitis																										
Enf. meningocócica	1	12	1	1	1	3	0	0	0	4	2	4	2	4	0	1	0	2	0	2	3	3	10	36		
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	2	5		
Meningitis bacterianas, otras	0	0	0	2	1	4	0	0	1	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1	5	4	17		
Meningitis víricas	1	2	0	0	0	6	0	2	1	2	4	6	2	3	2	6	0	8	0	0	2	11	14	48		
Enf. neumocócica invasora	7	28	3	7	5	18	8	36	1	18	7	31	7	46	2	30	4	20	2	7	12	48	60	298		
Hepatitis víricas																										
Hepatitis A	1	2	1	2	0	2	0	0	1	4	0	2	1	7	2	2	0	0	0	1	0	2	6	24		
Hepatitis B	0	5	2	7	0	0	1	4	0	4	0	3	5	14	0	6	0	1	0	1	1	16	9	62		
Hepatitis víricas, otras	0	0	2	7	0	0	0	1	0	1	2	9	1	5	0	2	0	0	0	0	0	8	5	33		
Enf transmisión alimentos																										
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5		
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3		
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3		
Enf transmisión respiratoria																										
Gripe	27	2115	42	1948	34	2221	36	1744	235	4505	81	3872	202	4475	30	1960	0	1146	17	456	77	4468	781	28910		
Legionelosis	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	3	0	1	1	4	0	0	0	0	2	13		
Varicela	99	418	93	362	93	364	70	324	264	823	188	815	121	433	93	428	0	92	3	37	171	656	1195	4752		
Enf transmisión sexual																										
Infección Gonocócica	0	0	1	3	0	3	0	0	5	12	2	8	5	18	0	1	0	0	1	1	1	5	16	52		
Sífilis	1	4	0	4	0	3	1	4	3	23	3	7	8	29	1	3	0	4	0	1	4	19	21	102		
Antropozoonosis																										
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	7		
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Enf prevenibles inmunización																										
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Parotiditis	2	10	4	21	3	26	4	14	3	41	3	30	2	25	6	20	6	6	0	4	9	26	38	227		
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Rubéola	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		
Tos ferina	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	4	12		
Enf importadas																										
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Paludismo	0	1	0	0	1	4	1	2	0	1	0	2	1	2	0	2	1	9	0	0	0	2	4	25		
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tuberculosis *																										
TB respiratoria*	7	38	4	16	4	20	6	24	11	36	3	24	9	39	9	32	0	15	5	16	16	60	75	331		
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Enf notificad sist especiales																										
E.E.T. H.	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3		
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
P.F.A.0(<0150años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Poblaciones**	752.687		444.557		350.313		575.937		752.006		650.956		532.912		472.572		397.579		328.701		823.469		6.081.689			
Cobertura de Médicos	70,02%		39,64%		100,00%		56,38%		100,57%		99,46%		71,73%		69,50%		10,42%		57,63%		67,03%					

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2007 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 14 a 17 (del 30 de marzo al 26 de abril de 2008)

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

Brotes de origen alimentario. Año 2008.

Semanas 14-17 y datos acumulados hasta la semana 17

Lugar de consumo	Año 2008						Año 2007		
	Semanas 14-17			Semanas 1-17			Semanas 1-17		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	4	575	0	8	862	0	3	209	2
Instituciones penitenciarias	0	0	0	2	115	0	0	0	0
Domicilios	2	9	0	9	43	5	8	34	4
Residencias de ancianos	0	0	0	2	34	0	3	47	1
Restaurantes, bares y similares	3	14	1	9	35	1	9	62	1
Otras residencias	2	28	3	3	44	3	1	14	0
Otros lugares	1	32	0	2	38	0	1	4	1
Total	12	658	4	35	1171	9	25	370	9

Brotes de origen no alimentario. Año 2008.

Semanas 14-17 y datos acumulados hasta la semana 17

Tipo de brote*	Año 2008						Año 2007		
	Semanas 14-17			Semanas 1-17			Semanas 1-17		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	2	48	0	7	292	0	11	338	7
Escabiosis	1	3	0	2	15	0	1	12	0
Viriasis inespecífica	0	0	0	1	11	0	0	0	0
Hepatitis A	1	5	0	1	5	0	1	2	1
Molusco contagioso	0	0	0	1	4	0	0	0	0
Escarlatina	0	0	0	1	4	0	0	0	0
Varicela	0	0	0	1	4	0	0	0	0
Total	4	56	0	14	335	0	13	352	8

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2008, semanas 14 a 17
(Del 30 de marzo al 26 de abril de 2008)

Esta sección incluye información 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. Actualmente cuenta con la colaboración de 40 Médicos Generales y 30 Pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2005" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de julio 2006, Vol. 12, nº 7, disponible en <http://www.madrid.org>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en la misma página de internet.

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 período estudiado ha sido del 56 % (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

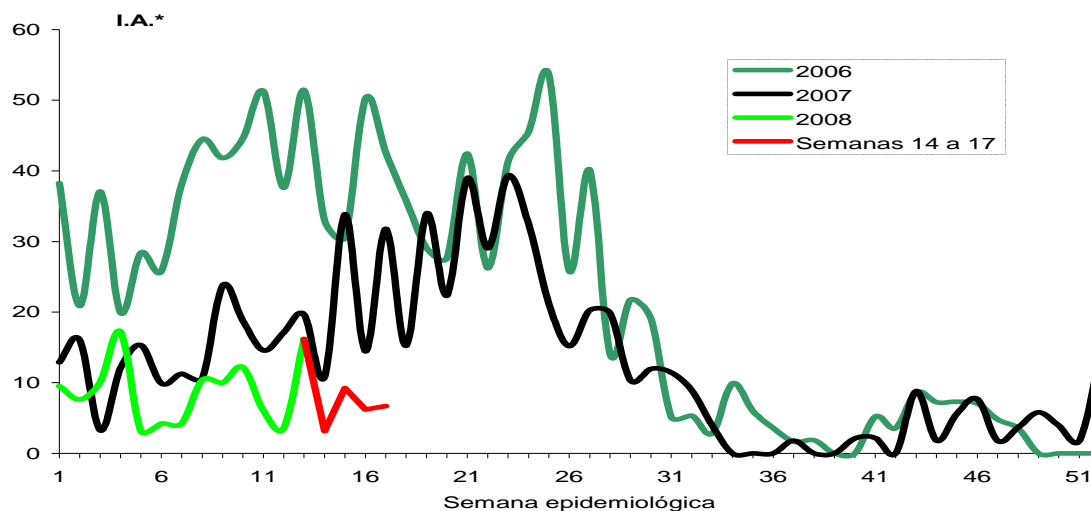
Nota aclaratoria:

A partir de 2008 se amplía la Red de Médicos Centinela con el objetivo de ajustar su representatividad al aumento y cambios sociodemográficos que se han dado en la población de la Comunidad de Madrid en los últimos años. La actual red contará con 130 médicos de atención primaria que atienden a unas 170.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). La incorporación de los nuevos médicos será progresiva durante 2008, y comenzarán a notificar varicela, herpes-zóster y crisis asmáticas desde el momento de su incorporación, aquellos que además notifiquen gripe lo harán a partir de la temporada 2008-2009.

Coincidiendo con este cambio en la Red de Médicos Centinela, y para mantener la comparabilidad con el período anterior, el gráfico de crisis asmáticas reflejará los episodios ponderados por 100 notificadores, sustituyendo al número absoluto de crisis utilizado hasta ahora.

VARICELA

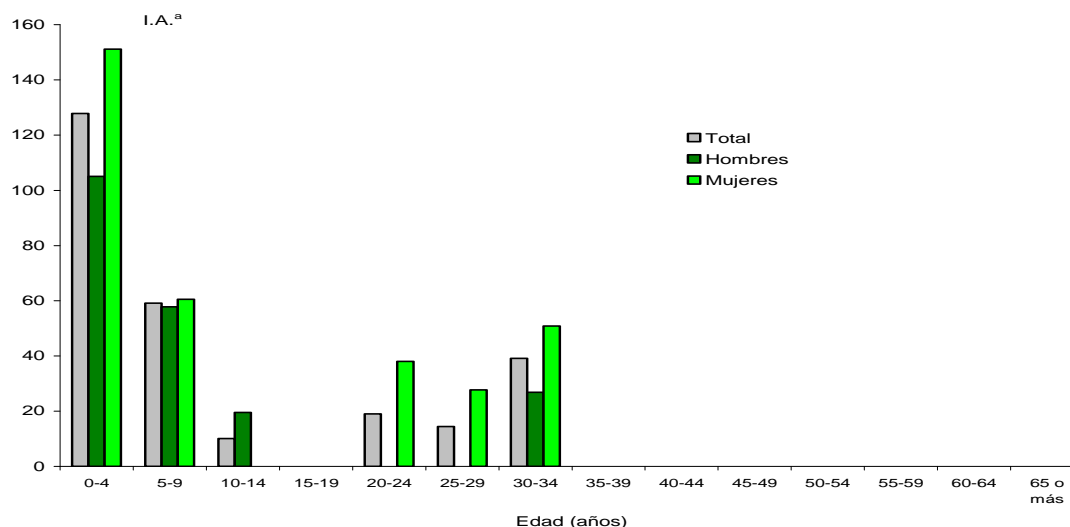
Durante las semanas 14 a 17 del año 2008 han sido declarados 24 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela. La incidencia acumulada del período ha sido de 24,5 casos por 100.000 personas (IC 95%: 14,7 - 34,2). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006, 2007 y hasta la semana 17 de 2008.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006, 2007 y 2008

* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, 10 se dieron en hombres (41,7%), y 14 en mujeres (58,3%). En 18 casos (75,0%) la edad fue inferior a 10 años y los 6 casos restantes tenían una edad inferior a 35 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. Sólo se registró un caso con complicaciones (infección bacteriana). Ninguno de los casos se dio en pacientes inmunodeprimidos y ninguno fue derivado a atención especializada.

En 13 casos (54,2%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, 3 casos (12,5%) se dieron en el seno de un brote, y en 8 casos (33,3%) la fuente se desconocía. El lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 45,8% de los casos, y en el 41,7% el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 5 a 9 de 2008

ª Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

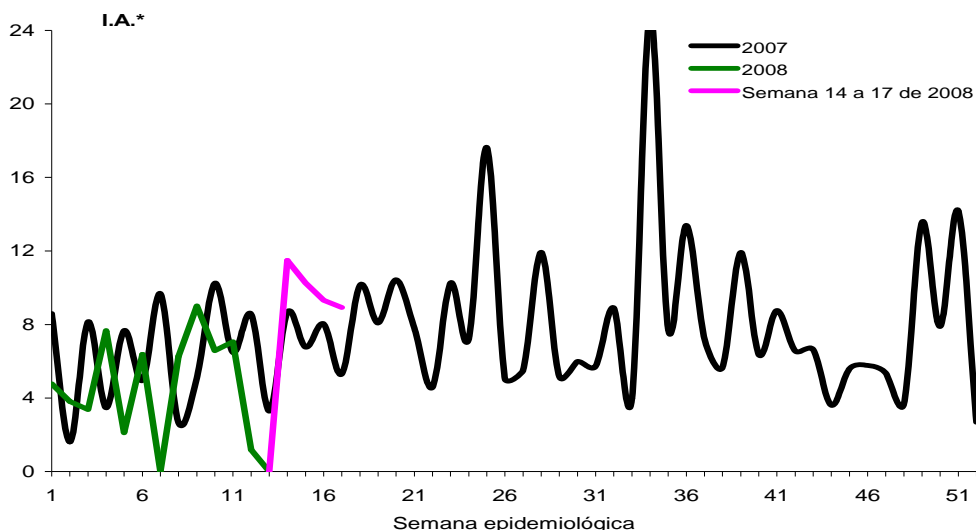
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 del año 2008.

	n	%
Fuente de exposición		
Caso de varicela	13	54,2
Caso de herpes zóster	0	0,0
Brote de varicela	3	12,5
Desconocido	8	33,3
Total	24	100,0
Lugar de exposición		
Guardería	1	4,1
Colegio	10	41,7
Hogar	3	12,5
Trabajo	0	0,0
Desconocido	10	41,7
Total	24	100,0

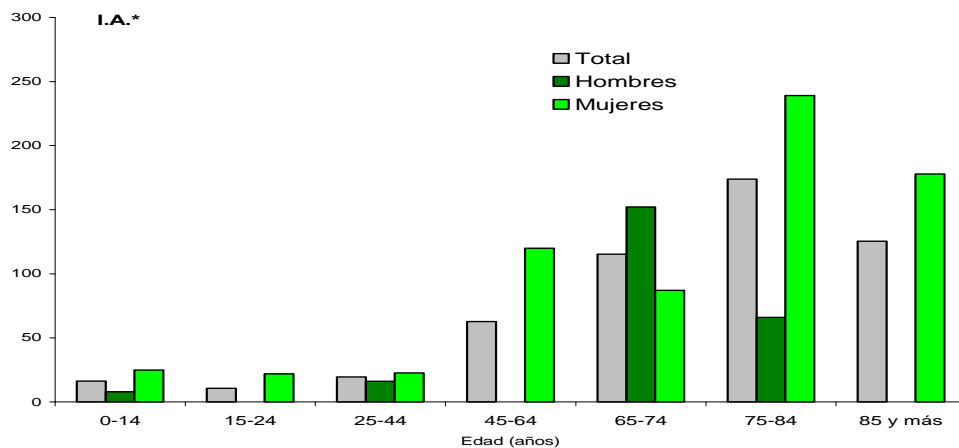
HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 38 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2008, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 41,3 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 27,8 - 54,8). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en la Comunidad de Madrid durante 2007 y hasta la semana 17 de 2008. El 76,3 % de los casos se dio en mujeres. El 61,1 % de los casos fueron mayores de 50 años, la incidencia por grupos de edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2007 y 2008.

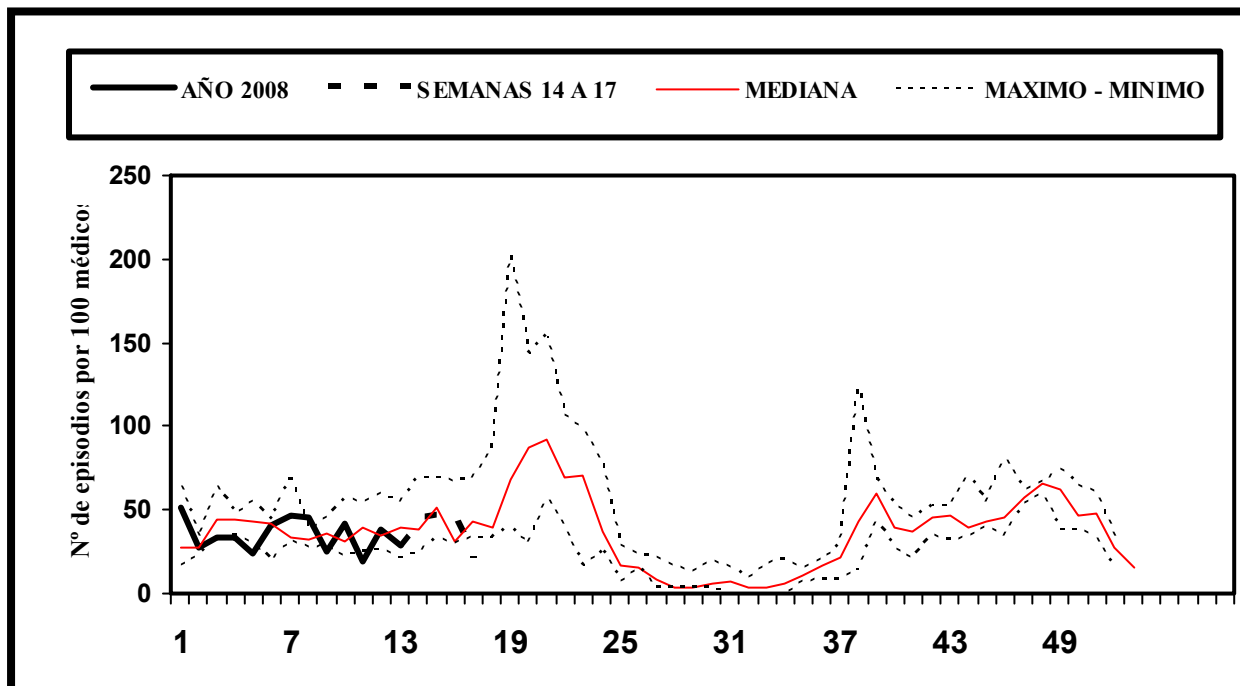


* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 5 a 9 de 2008

* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

**TABLA 2.** Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2008.

	Semanas 14 a 17	Año 2008
Gripe	6	358 ^a
Varicela	24	117
Herpes zoster	38	88
Crisis asmáticas	160	616

^a Desde el inicio de la temporada de gripe (desde la semana 40 de 2007).



La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

Sanidad -> Portal de Salud -> Profesional -> Información técnica
-> Salud Pública -> Boletín Epidemiológico

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."