

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

## de la Comunidad de Madrid

**SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN**  
**Dirección General de Atención Primaria**



# Nº 2.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 2. Volumen 21. Febrero 2015

## INFORMES:

- **Hábitos alimentarios, dieta y actividad física en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN.**
- **Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2014.**



Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid



**Edita:**

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de Atención Primaria  
[www.madrid.org/boletinepidemiologico](http://www.madrid.org/boletinepidemiologico)

**Coordina:**

Servicio de Epidemiología  
C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta  
28035 Madrid  
E-mail: [isp.boletin.epidemia@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemia@salud.madrid.org)

**Edición:** Julio 2015

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

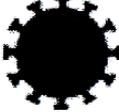
# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

## Nº 2.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 2. Volumen 21. Febrero 2015

### ÍNDICE:

	<i>Hábitos alimentarios, dieta y actividad física en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN.</i>	5
	<i>Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2014.</i>	32
	<i>EDO. Semanas 6 a 9 (del 2 de febrero al 1 de marzo de 2015).</i>	43
	<i>Brotos Epidémicos. Semanas 6 a 9, 2015.</i>	44
	<i>Red de Médicos Centinela, semanas 6 a 9, 2015.</i>	45
	<i>Vigilancia epidemiología del VIH/SIDA, febrero 2015.</i>	49



## INFORME:

# HÁBITOS ALIMENTARIOS, DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE 4 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. ESTUDIO ELOIN

## Resultados del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil, (ELOIN). 2012-2013.

*Informe elaborado por Honorato Ortiz (honorato.ortiz@salud.madrid.org)<sup>1</sup>, José Ignacio Cuadrado<sup>1</sup>, Susana Belmonte (Servicio de Nutrición), María Esteban (Servicio de Estudios e Informes), Olga Cortés (CS Canillejas), Iñaki Galán (Centro Nacional de Epidemiología), Karimen León (R3 Medicina Preventiva y SP), Ana Rosich (CS Monterozas), Ana Gandarillas<sup>1</sup>, María Ordobás<sup>1</sup> y con la colaboración de los pediatras de la Red de Médicos Centinela (RMC)<sup>2</sup>.*

*Servicio de Epidemiología<sup>1</sup>. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.*

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	7
2. INTRODUCCIÓN .....	8
3. METODOLOGÍA .....	10
4. RESULTADOS .....	11
4.1. Lactancia y hábitos de alimentación .....	12
4.1.1. Lactancia materna .....	12
4.1.2. Hábitos alimentarios: desayuno, almuerzo y picoteo .....	14
4.2. Características de la dieta. Ingesta de alimentos y nutrientes. Adecuación a las recomendaciones .....	15
4.2.1. Frecuencia de consumo de los distintos alimentos y bebidas .....	15
4.2.2. Ingesta de energía y nutrientes .....	20
4.3. Actividades aire libre, actividad física, sueño, TV y ordenadores .....	23
4.3.1. Actividades al aire libre .....	23

4.3.2. Actividad física .....	24
4.3.3. Horas de sueño .....	26
4.3.4. Televisión, ordenadores y consolas de videojuegos .....	27
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	28
6. BIBLIOGRAFÍA .....	30

---

<sup>2</sup>**RMC:** Candela Agis, Luis Alfonso Alonso, María del Castillo Antonaya, Celina Arana, Amelia Astray, Juan José, Borraz, Juan Bravo, Ana Cabello, Eva María Cabrero, Marisol Canelón (†), María Lourdes Calleja M<sup>a</sup> Laura Casado, Dayami Casanova M<sup>a</sup> Jesús Esparza, Isabel Ferriz, Gema García, Juan García, M<sup>a</sup> Luisa García Ruiz, Pablo Gómez, M<sup>a</sup> Cruz Gómez-Limón, Marta González, Ángel Hernández, Marien Lorente, José Galo Martínez, M<sup>a</sup> Victoria Martínez, Francisca Mechero, M<sup>a</sup> Teresa Morales, Carmen Piris, Águeda Quadrado, Carlos Quiroga, Loreto Rey, Ana Rodríguez, María Rosich, Feliciano Rubio, María Jesús Sastre, Isabel Torres y Manuela Uña.

## 1.- RESUMEN

**Antecedentes y objetivos:** La obesidad infantil es un problema creciente de salud pública. La ingesta inadecuada de alimentos y el sedentarismo son los factores más conocidos y estudiados para entender la complejidad de la aparición de la obesidad infantil. En este informe se presentan los resultados de la encuesta sobre hábitos de alimentación, características de la dieta, actividad física, horas de sueño y uso de la televisión/ordenadores y videoconsolas, en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid (CM).

**Metodología:** Los datos proceden del Estudio ELOIN. Se trata de un estudio observacional prospectivo de cohortes de base poblacional, realizado a través de la Red de médicos centinela (RMC). Es una cohorte dinámica, representativa de la población de 4 años de edad de la CM, con mediciones de seguimiento que se realizarán a los 6, 9, 12 y 14 años de edad. La recogida de datos a los 4 años de entrada en la cohorte se realizó entre enero de 2012 y diciembre de 2013, a través de dos procedimientos consecutivos: a) exploración física por parte de los 31 pediatras de la RMC y b) entrevista telefónica asistida por ordenador a los padres sobre la alimentación y estilos de vida de los niños/as. Para la evaluación de la dieta se elaboró un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo (CFCA). Se agruparon las variables en: hábitos alimentarios (alimentación en el primer año de vida, frecuencia de desayuno, uso establecimientos de comida rápida), características de la dieta (ingesta de alimentos, nutrientes y adecuación de las ingestas recomendadas), actividad física, horas de sueño y uso de pantallas (TV, ordenadores y videoconsolas). Para este estudio descriptivo se utilizó únicamente la información del cuestionario de la entrevista telefónica a los padres.

**Resultados:** De los 3.186 niños/as de 4 años explorados por los pediatras, fueron incluidos 2.627 que disponían de entrevista telefónica familiar. La media de edad fue de 48,6 meses (DE: 1,6), el 50,8% eran varones.

*Lactancia materna:* la gran mayoría (88,1%) de ellos recibieron lactancia materna al nacer. La prevalencia de lactancia materna a los 3 y 6 meses de edad fue de 70,6% y 47% respectivamente. En cuanto a la lactancia materna exclusiva, el 61,8% la recibió al menos durante 3 meses.

*Hábitos alimentarios:* el 97,5% de los niños/as acostumbraba a desayunar todos los días. Un 12,5% de ellos realizaba habitualmente un desayuno incompleto (tomar únicamente un vaso de leche o una pieza de fruta). El 60,3% comía en el colegio y un 10,9% no tomaba ningún alimento a media mañana.

*Características de la dieta:* La ingesta media de energía fue de 1.993,1 kcal/persona/día, siendo superior a la ingesta diaria recomendada (1.800 kcal/persona/día), tanto en niños como en niñas.

Los alimentos más consumidos fueron los lácteos y derivados (4,4 raciones/día; 614 gramos/persona/día), frutas (2,0 raciones/día; 279,3 gramos/persona/día), verduras y hortalizas (1,7 raciones/día; 156,5 gramos/persona/día) y carnes (105,8 gr/persona/día). Un elevado porcentaje de la población infantil de 4 años consume un

número de raciones menor a las recomendadas en cereales (81,4%), verduras y hortalizas (70,9%), y frutas fresca (87,2%). Por el contrario, más del 75% de los niños consumen la cantidad de raciones recomendadas en productos lácteos (81,7%), carnes magras (94%), legumbres (76,8%) y pescados (74,3%).

1.1 En cuanto al perfil de la dieta de macronutrientes, se observó que la dieta media de la población infantil de la CM se desvía de las recomendaciones, siendo elevada en proteínas y lípidos (107%) y baja en hidratos de carbono (81,7%). Este desequilibrio también aparece en el perfil lipídico, con una ingesta excesiva de ácidos grasos saturados. Los índices de calidad de la grasa no alcanzan las recomendaciones establecidas.

En general, el aporte de minerales es adecuado y cubre de forma general las ingestas recomendadas (IR) con excepción del cinc. En cuanto a las vitaminas, se registró un consumo medio insuficiente para la vitamina D y vitamina E, existiendo un porcentaje de población con posible riesgo de ingesta insuficiente recomendada de vitamina D y E.

*Actividades al aire libre y actividad física:* el 78,7% de los niños salían a jugar fuera de casa al menos una hora diaria, porcentaje que asciende al 95,6% los fines de semana y festivos. La mayoría de la población infantil de 4 años practicaba gimnasia en el horario escolar, pero más de la mitad no realizaba actividad física fuera del horario escolar. Solo un 15% de los niños/as había realizado al menos 5 horas de actividad física global a la semana.

*Horas de sueño:* La mayoría de la población infantil (92%) duerme diariamente un número de horas adecuado, sin embargo en torno al 10% duerme menos de 10 horas diariamente.

*Uso de TV, ordenadores y videoconsolas:* El 95% de los niños suele ver la televisión o usar ordenadores o videoconsolas diariamente. Entre semana el 37,8% de los niños dedica al menos 2 horas (considerado el máximo recomendado) a estas actividades; este porcentaje aumenta al 82% en los fines de semana y festivos.

**Conclusiones.** Los resultados de la encuesta del Estudio ELOIN sobre alimentación y actividad física muestran que es necesario seguir trabajando en conseguir una dieta más sana y equilibrada, aumentando el consumo de cereales, frutas y verdura. Además hay que fomentar la actividad física a diario y reducir el tiempo de uso de pantallas de TV, ordenadores y videojuegos, sobre todo en los fines de semana.

## 2.- INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud pública creciente que suele iniciarse en la infancia y que se produce por un desequilibrio energético entre la cantidad de energía ingerida y la consumida. Los determinantes sociales, la ingesta inadecuada de alimentos y el sedentarismo son los factores más implicados y estudiados para conocer la complejidad de la aparición de la obesidad infantil<sup>1,2</sup>.

Sus causas son complejas, pero recientes revisiones sistemáticas de estudios prospectivos muestran asociación inversa entre exceso de peso y actividad física total, asociación positiva con el tiempo dedicado a ver la televisión e insuficiente evidencia con la dieta y los hábitos alimentarios<sup>3,4</sup>.

Las razones principales que explican la creciente epidemia de obesidad infantil en nuestra sociedad son los cambios producidos en los hábitos o estilos de vida en medio de un contexto social y ambiental favorable, lo que se ha dado en llamar ambiente obesogénico. En las últimas décadas, se ha producido una **pérdida progresiva de hábitos alimentarios saludables** y una gran **disminución del tiempo que niños y niñas dedican a la práctica diaria de actividad física, así como un aumento del tiempo dedicado a actividades de tipo sedentario**<sup>5</sup>.

La encuesta de nutrición infantil de la CM 2001/2002 en población de 5 a 12 años, mostró la existencia de desequilibrios en la dieta en relación a las recomendaciones nutricionales. Se observó una ingesta excesiva de proteínas, grasas saturadas y colesterol y un déficit de hidratos de carbono y fibra. En cuanto a micronutrientes se detectó una ingesta media menor a la recomendada de zinc, ácido fólico y vitaminas D y E<sup>6</sup>.

En la Comunidad de Madrid, a través del sistema de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (SIVFRENT juvenil y adulto), se ha podido comprobar que en los últimos años los indicadores referidos a la obesidad y sus factores determinantes, como el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios, han tenido una evolución desfavorable<sup>6</sup>.

Dado que en la Consejería de Sanidad no se disponía de un sistema de vigilancia de la obesidad infantil y de sus factores de riesgo, en el año 2012 se inició el Estudio longitudinal de obesidad infantil (ELOIN). A través del primer informe del ELOIN<sup>7</sup>, se mostró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en los niños de 4 años fue de 6,4 % (en niños 6,5% y en niñas 6,4%) y un 17,3% de sobrepeso (17,4% en niños y 17,2% en niñas). La prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) fue del 23,7%, por lo que aproximadamente uno de cada cuatro niños de 4 años de la CM tenían exceso de peso.

Destacando, que el nivel educativo y la clase social presentaron un gradiente inverso: a menor nivel educativo y menor nivel socioeconómico familiar se detectaba una mayor frecuencia de obesidad.

Este segundo informe del ELOIN, se centra en describir las características de los factores de riesgo de sobrepeso y obesidad referidos a los hábitos de alimentación (lactancia materna, desayuno, establecimientos de comida rápida, etc.), características de la dieta, actividad física, horas de sueño y uso de la televisión/ordenadores y videoconsolas en la población infantil de 4 años de la CM.

### 3.- METODOLOGÍA

Los datos para la elaboración del presente informe fueron recogidos en el estudio ELOIN, cuyos objetivos y métodos fueron publicados en un informe anterior<sup>7</sup>. Se trata de un estudio observacional prospectivo de cohortes de base poblacional, constituido por una cohorte basal dinámica representativa de la población de 4 años de edad de la CM, con seguimiento hasta los 14 años de edad y con mediciones de seguimiento periódicas a los 6, 9, 12 y 14 años de edad. La cohorte está constituida por los niños nacidos en el períodos del 15-1-2008 al 30-10-2009. Este estudio se enmarca entre los llevados a cabo por la Red de Médicos Centinela de la CM.

La selección muestral se realizó mediante muestreo por conglomerados, tomando como unidad de referencia las Zonas Básicas de Salud. Se definieron 14 estratos según variables sociodemográficas y socioculturales (unidades de primera etapa). Se estimó la población total requerida y se le asignó a cada estrato, de manera proporcional, el tamaño de las respectivas poblaciones. En cada estrato se llevó a cabo la selección de los médicos de atención primaria. En cada estrato se seleccionaron consecutivamente los médicos de familia y pediatras mediante un muestreo aleatorio simple hasta que se alcanzó la población mínima requerida. La población atendida por los médicos seleccionados (unidades de segunda etapa) fue la muestra de población a vigilar, que en su conjunto es aproximadamente el 3% de la población menor de 15 años de la CM.

La recogida de datos se desarrolló en dos etapas consecutivas: a) exploración física realizada por los 31 pediatras centinela en los centros de salud y b) entrevista telefónica a los padres de los niños a través de un cuestionario sobre alimentación y estilos de vida. Los padres dieron el consentimiento informado por escrito. La entrevista se realizó a la persona responsable de la alimentación del niño. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Se elaboró un cuestionario epidemiológico propio adaptado para ser utilizado en entrevista telefónica asistida por ordenador (sistema CATI<sup>8</sup>). El apartado de hábitos de alimentación y estilos de vida incluyó preguntas y escalas validadas, tomadas de encuestas de salud previas (Encuesta Nacional de Salud, encuesta sobre estilos de vida del alumnado europeo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), y la cohorte del estudio infantil y medio ambiente (INMA). Para evaluación de la dieta se elaboró un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo (CFCA-ELOIN) adaptado con datos de la encuesta de nutrición infantil de la CM<sup>9</sup>, a partir de cuestionario validado de Gorgojo Jiménez y Martín Moreno<sup>10</sup>. A partir de los 12 grandes grupos (leches y derivados, cereales y derivados; legumbres; verduras y hortalizas; huevos, carnes y pescados; precocinados y preelaborados; frutas; bollería y pastelería; aceites y grasas añadidas, bebidas; misceláneas; y suplementos vitamínicos y hierro) se seleccionaron 124 ítem de alimentos. Para cada alimento se preguntó la frecuencia de consumo (diario, semanal, mensual o anual) en el último año, teniendo en cuenta también si el consumo era estacional. Se establecieron raciones estándar y a partir de tablas de composición de alimentos españolas, tablas de Olga Moreiras<sup>11</sup>, se calculó el consumo día/persona de energía, macro y micronutrientes. Para el cálculo de la ingesta diaria de macro y micronutrientes se han utilizado los siguientes valores

de conversión: proteínas: 4 kcal/g; lípidos: 9 kcal/g; hidratos de carbono: 4 kcal/g; fibra: 2 kcal/g. Las recomendaciones de referencia son las del consenso 2007 de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>12</sup>. Con las entrevistadoras se realizaron dos sesiones de entrenamiento antes de pasar a la aplicación definitiva del cuestionario. Se realizaron controles externos para comprobar su coherencia y reproducibilidad.

En el cuestionario completo, además de variables sociodemográficas de la familia y medidas antropométricas referidas, se incluyeron variables de hábitos alimentarios: lactancia materna, frecuencia de desayuno diario, comidas realizadas habitualmente, días a la semana que come en el colegio, frecuencia de asistencia a restaurantes de comida rápida; estilos de vida: tiempo de sueño; tiempo de salida a zonas de juego al aire libre; tiempo de actividad física en centro escolar y fuera del horario escolar; tiempo dedicado a ver la televisión, videojuegos y ordenadores de lunes a viernes y fines de semana y festivos. Además se preguntó sobre las condiciones del barrio para actividades habituales (pasear, jugar, hacer deporte, etc.).

**Análisis estadístico:** se estimaron las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y para variables cuantitativas, media y desviación estándar en el supuesto de una distribución normal, junto con el intervalo de confianza al 95%. Por sexo y total. Se estableció el nivel de significación estadística en  $p < 0,05$ . Los análisis se realizaron con el programa SPSS 21.

## 4.- RESULTADOS

De los 4.571 niños de la población de 4 años incluidos en la cohorte fueron explorados 3.186 (tasa de respuesta 69,7%). De ellos, fueron incluidos en el estudio 2.627 que disponían de entrevista telefónica familiar. La media de edad fue de 48,6 meses (DE: 1,6), el 50,8% eran varones. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra estudiada. Las entrevistas telefónicas se realizaron entre febrero de 2013 y diciembre de 2014 y fueron respondidas por la madres (87%), padre (12%) y otros (1%). La edad media del entrevistado/a fue de 38,3 años (DE: 5,5); el 63,3% tenía entre 35 y 44 años de edad. En cuanto al tamaño de la familia, la mayoría de los hogares, incluyendo al niño/a referido en el estudio, estaban formados por 3 personas (25,1%) y 4 personas (50,7%).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada.  
Estudio ELOIN 2012-2013**

	Total (n=2627)		Niños (n=1334)		Niñas (n=1293)	
	media	DE	media	DE	media	DE
<b>Edad del niño/a (en meses)</b>	48,6	1,6	48,6	1,6	48,6	1,5
<b>Edad de la madre, (en años)</b>	37,9	5,4	38,1	5,4	37,8	5,5
<b>Edad del padre (en años)</b>	37,2	5,3	37,4	5,3	37,1	5,3
<b>Peso del niño/a en Kg.</b>	17,0	2,5	17,2	2,4	16,9	2,5
<b>Talla del niño/a en cm</b>	103,4	4,4	103,9	4,4	103,0	4,3
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	15,9	1,6	15,9	1,5	15,9	1,7
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nivel educativo de la madre:</b>						
Primarios o inferiores	93	3,5	54,0	4,0	39,0	3,0
Secundarios, primer grado	541	20,6	279,0	20,9	262,0	20,3
Secundarios, segundo grado	890	33,9	436,0	32,7	454,0	35,1
Universitarios, técnicos	354	13,5	171,0	12,8	183,0	14,2
Universitarios superiores	745	28,4	392,0	29,4	353,0	27,3
No sabe / No contesta	4	0,2	2,0	0,1	2,0	0,2
<b>País de nacimiento de la madre:</b>						
España	1.940	73,8	989,0	74,1	951,0	73,5
Latinoamérica	375	14,3	181,0	13,6	194,0	15,0
Resto países	312	11,9	164,0	12,3	148,0	11,4
<b>Clase social cabeza familia:</b>						
I. Directivos, profesionales universitarios	494	18,8	256,0	19,2	238,0	18,4
II. Directivos y técnicos de apoyo	485	18,5	238,0	17,8	247,0	19,1
III. Apoyo a la gestión/supervisores	514	19,6	269,0	20,2	245,0	18,9
IV. Trabajadores manuales cualificados	866	33,0	428,0	32,1	438,0	33,9
V. Trabajadores manuales no cualificados	234	8,9	129,0	9,7	105,0	8,1
No trabaja/Nunca trabajó	19	0,7	6,0	0,4	13,0	1,0
No sabe / No contesta	15	0,6	8,0	0,6	7,0	0,5

DE: Desviación Estándar; IMC: Índice de Masa Corporal

Fuente: Estudio ELOIN. Red de médicos centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

## 4.1 Lactancia y hábitos de alimentación

### 4.1.1 Lactancia materna

El 88,1% de la población infantil recibió lactancia materna alguna vez. El promedio de la duración de lactancia materna total (exclusiva y mixta) recibida fue de 7,4 meses (DE: 8,5 y mediana: 5 meses). El 70,6% de las mujeres refirieron haber amamantado a su hijo/a al menos durante 3 meses. La prevalencia de lactancia materna a los seis meses descendió al 47%. Tabla 2.

Las razones referidas por la madre por las que no inició lactancia materna fueron: problemas de salud de la madre (27,4%), deseo propio de no dar el pecho (24,8%) y no subida de la leche (22,1%).

**Tabla 2. Lactancia materna en los primeros meses de vida. Población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

	Total (2.626)		Niños (1.334)	Niñas (1.292)
	n	%	%	%
Nunca	273	11,9	12,8	10,9
Al menos un mes	2.175	82,8	81,5	84,1
Al menos 3 meses	1.855	70,6	68,4	73,0
Al menos 4 meses	1.668	63,5	61,5	65,6
Al menos 6 meses	1.236	47,0	44,8	49,4

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Si nos referimos a la lactancia materna exclusiva (LME), definida como la alimentación basada solo en leche materna como único alimento y bebida, la prevalencia de LME al inicio fue del 88,1%, decayendo al 61,8% a los 3 meses y al 17,2% a los 6 meses. Por sexo los indicadores son ligeramente superiores en niñas que en niños (Tabla 3).

**Tabla 3. Lactancia materna exclusiva. Población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

	Total (2.301)		Niños (1.163)	Niñas (1.138)
	n	%	%	%
Nunca	273	11,9	12,8	10,9
Al menos un mes	1.843	80,1	78,5	81,7
Al menos 3 meses	1.421	61,8	58,7	64,9
Al menos 4 meses	1.118	48,6	45,7	51,6
Al menos 6 meses	396	17,2	16,0	18,5

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

En la Tabla 4, se muestra la clasificación de las razones dadas por las madres para el abandono de la lactancia materna. La razón referida con más frecuencia fue la producción insuficiente de leche o hipogalactia (31,6%), seguida de la incorporación al trabajo (21,6%).

**Tabla 4.- Motivos referidos por la madre por los que finalizó la lactancia materna. Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013**

Motivos	Total (2.193)		Niños (1.106)	Niñas (1.087)
	n	%	%	%
Producción insuficiente de leche	694	31,6	33,4	29,9
Incorporación al trabajo	474	21,6	19,9	23,4
Destete espontáneo del niño. Pérdida de interés	332	15,1	15,5	14,8
Por deseo propio de la madre	274	12,5	12,7	12,3
Escasa ganancia de peso del niño/a	105	4,8	5,2	4,4
Problemas con el pecho (grietas, mastitis, etc.).	79	3,6	3,9	3,3
Problemas de salud en la madre	77	3,5	2,9	4,1
Problemas salud en el niño/a	38	1,7	1,7	1,7
Consejo/indicación de un profesional sanitario	36	1,6	1,5	1,7
Incomodidad de la madre para dar el pecho	23	1,0	0,8	1,3
Otros motivos	60	2,7	2,5	2,9

Fuente: Estudio ELOIN. Red médicos centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

#### 4.1.2 Hábitos alimentarios: desayuno, lugar del almuerzo y picoteo

En la entrevista, se preguntó a los padres sobre si el niño desayunaba habitualmente y si desayunaba algo más de un vaso de leche o zumo de frutas (desayuno completo). Según los padres, el 97,5% de sus niños/as acostumbraban a desayunar habitualmente todos los días. (Tabla 5).

A la pregunta de si los niños desayunaban algo más de un vaso de leche o zumo, la frecuencia de los que no desayunaban nunca o algunos días a la semana ascendió al 12,5%, siendo superior en niñas (15,2%) que en niños (10,0%).

**Tabla 5. Frecuencia con la que acostumbran a desayunar algo más que un vaso de leche o zumo de frutas los niños/as de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013**

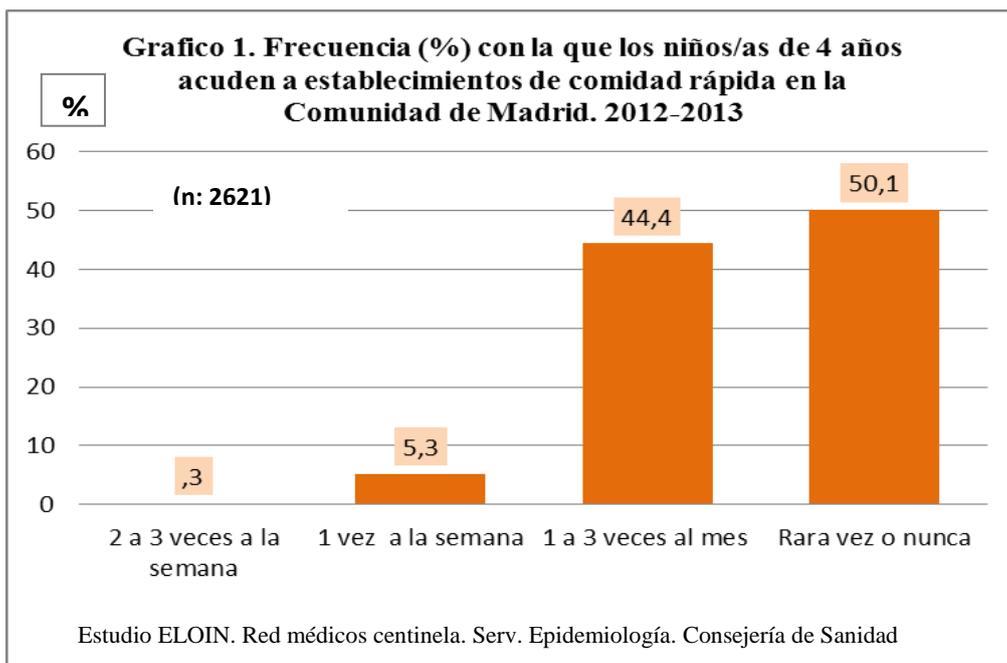
	Total de la muestra (2.626)		Niños (1.334)	Niñas (1.292)
	N	%	%	%
Nunca	157	6,0	4,8	7,2
Algunos días (1-3 días)	172	6,5	5,2	8,0
Casi todos los días (4-6 días)	49	1,9	2,1	1,8
Todos los días de la semana	2.248	85,6	88,1	83,1

Fuente: Estudio ELOIN. Red Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

El 10,9% de los niños/as no tomaban ningún alimento a media mañana (tentempié) en el recreo escolar, y aproximadamente el 4% de los padres refirieron que sus hijos tomaban habitualmente alimentos entre horas (picoteo).

El 60,3 % comía a mediodía en el colegio todos los días lectivos.

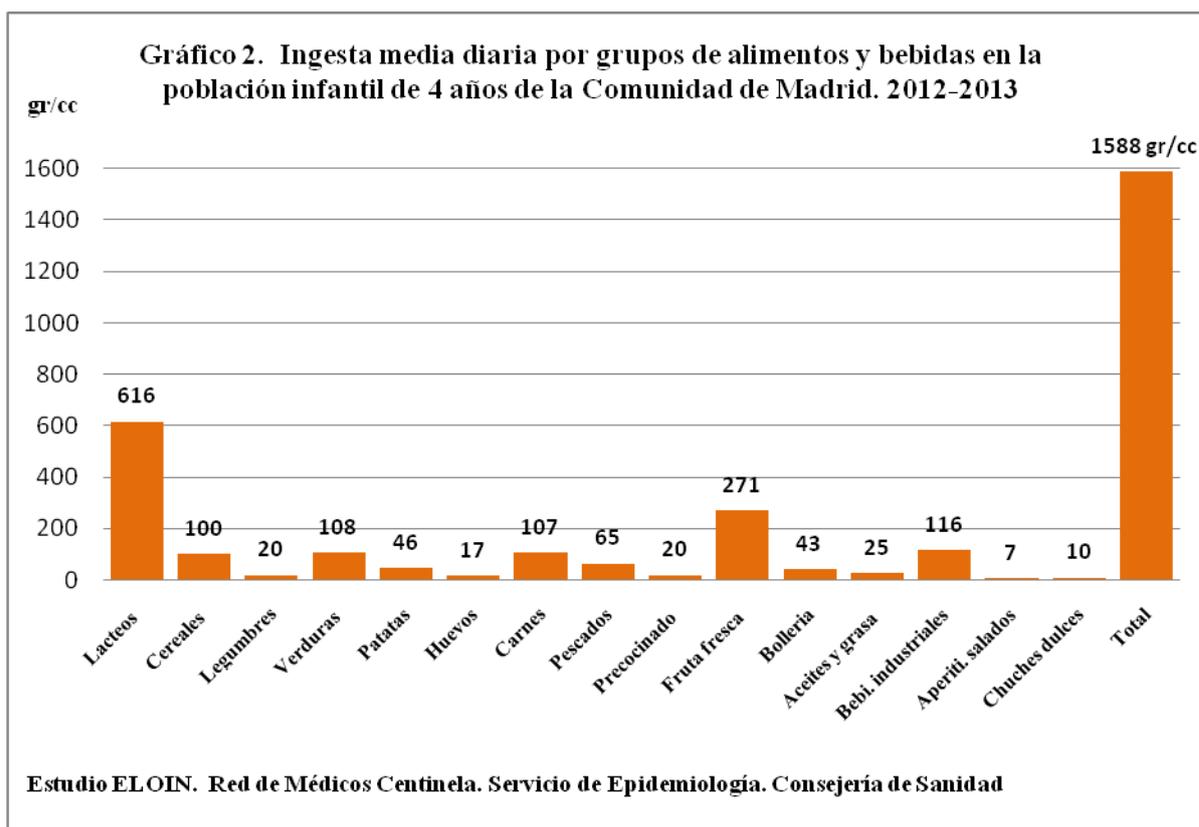
En cuanto a la frecuentación de locales de comida rápida (hamburgueserías, pizzerías, perritos calientes, etc.), los resultados muestran que el 44,4 % de los niños/as comían o cenaban de 1 a 3 veces al mes en estos establecimientos, mientras que el 50,1% lo hacían rara vez o nunca. Un 5,5% comieron en este tipo de locales 1-3 veces a la semana (Gráfico 1).



## 4.2 Características de la dieta. Ingesta de alimentos y nutrientes. Cumplimiento de recomendaciones

### 4.2.1 Frecuencia de consumo de los distintos alimentos y bebidas

La ingesta media total diaria de alimentos en la población de 4 años de la Comunidad de Madrid fue de 1.588,5 gramos/persona/día. En las tablas 6 y 7 se muestra la distribución detallada de la ingesta de distintos alimentos y grupos de alimentos, las raciones medias y el cumplimiento de las recomendaciones. El consumo total de alimentos fue ligeramente mayor en niños (1.612,3 g/persona/día) que en niñas (1.564 g/persona/día). En el gráfico 2 se presenta la ingesta media de los principales alimentos y grupos de alimentos.



**Lácteos.** La ingesta media de productos lácteos fue de 4,4 raciones al día y supuso una ingesta de 616,3 g/persona/día. El 81% de la población infantil alcanzó la frecuencia recomendada de 2-4 raciones al día de leche y derivados. El grupo de lácteos aportó el 38,6% de la ingesta alimentaria diaria total. Respecto al tipo de leche, la entera fue consumida habitualmente por el 75% de los niños seguida de la semidesnatada (23,4%). Únicamente, 1,6% consumía leche desnatada.

**Cereales:** El consumo medio del grupo de alimentos de cereales fue de 3,1 raciones día, con una ingesta de 100,2 g/persona/día (6% de la ingesta diaria total), de los cuales 58,5 gramos procedían del pan (consumido por el 99,1% de los niños). El 18,3% de la población alcanzó las recomendaciones de 4-6 raciones día. El patrón de consumo fue similar en ambos sexos. El 99,5% y el 82% de los niños consumían respectivamente arroz y pasta de manera diaria o semanal. El 81,5% de los niños consume habitualmente cereales en el desayuno.

**Frutas:** La ingesta media de fruta fresca fue de 1,9 raciones día y 271 gramos/persona/día (17% de la ingesta total). Únicamente el 12,8 % alcanzó la recomendación de consumir tres o más raciones de fruta al día.

Las frutas consumidas de manera diaria o semanal son la naranja, manzana y plátano seguido del melón y las cerezas en época estacional. Un 88% de los niños consumía en alguna ocasión zumos de fruta preparados en casa.

**Verduras y hortalizas:** La ingesta media diaria de verduras y hortalizas fue de 1,7 raciones (no están incluidas las patatas) y supuso la ingesta de 108 gramos diarios (104,7 gramos y 111,5 gramos en niños y niñas respectivamente). El 29% alcanzaron las recomendaciones de consumir al menos dos raciones/día.

Las verduras más consumidas fueron los puerros, calabacines, berenjenas, judías verdes y zanahorias.

**Carnes:** El consumo medio agrupado de carne (filete de cerdo/ternera, pollo, conejo, pavo, hamburguesa, otras carnes) y derivados (embutidos y salchichas) fue de 106,5 g/persona/día. La mayoría de los niños (99,7%) consumió de manera habitual alguna cantidad del grupo de las carnes, siendo las más consumidas las de ternera, cerdo y pollo. El consumo medio semanal de carnes magras, de ave y huevos fueron de 7,2; 2,3 y 2,2 raciones respectivamente.

**Pescados:** La ingesta media semanal de pescado fue de 4,3 raciones, de manera que un 74,3% de la población alcanzó la recomendación de consumir pescado 3-4 raciones a la semana. La mayoría de los niños consumieron pescado blanco (97,9%) y azul (79,8%). La ingesta media de pescado fue de 65,1 g/persona/día (49,4 g/persona de pescado blanco y 10,5 g/persona/día de pescado azul).

**Golosinas dulces y saladas:** La ingesta media de chucherías dulces y saladas fue de 9,7 y 6,8 gramos/día respectivamente. La mayoría de los niños consumían este tipo de productos. Un 5% de los niños consumieron diariamente chucherías dulces y 1,4% saladas.

**Bebidas comerciales azucaradas:** La ingesta media de bebidas comerciales procesadas de elaboración industrial (refrescos y zumos) fue de 116 cc/persona/día, lo que supuso el 7,3% de la ingesta alimentaria total diaria. El 83,5% de los niños consumían habitualmente zumos comerciales y el 58,3% refrescos.

**Aceites y grasas:** Se observó una ingesta media de aceites y grasas añadidas de 25,4 g/persona/día (aproximadamente 3 raciones día). El 14% cumplió con la ingesta recomendada diaria. El aceite de oliva fue el más utilizado, de manera que un 98,5% de los niños/as consumen alguna cantidad de aceite de oliva mientras que el 24,1% consumió alguna cantidad de otros aceites.

**Tabla 6. Ingesta de raciones por grupos de alimentos y cumplimiento de recomendaciones en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

Grupos de alimentos	Número de raciones consumidas (media)			Población (%) que cumple las raciones recomendadas			Frecuencia raciones recomendada *
	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	
Leche y derivados <sup>1</sup>	4,4	4,3	4,2	81,7	82,9	80,4	≥ 3 raciones día
Pan, cereales, arroz, pasta y patatas <sup>1</sup>	3,1	3,1	3,1	18,6	18,1	19,0	4-6 raciones /día
Legumbres <sup>2</sup>	2,8	2,8	2,8	76,8	77,2	76,5	2-4 rac. semana
Verduras y hortalizas <sup>1</sup>	1,7	1,6	1,8	29,1	29,0	29,2	≥ 2 raciones día
Carnes magras <sup>2</sup>	7,2	7,2	7,2	94,0	93,5	94,5	3-4 rac. semana
Carnes de aves <sup>2</sup>	2,3	2,3	2,2	32,7	33,3	32,1	3-4 rac. semana
Embutidos y carnes grasas <sup>3</sup>	1,1	1,1	1,1	32,6	34,1	31,2	ocasional/moderado
Huevos <sup>2</sup>	2,2	2,3	2,2	30,7	31,6	29,7	3-4 rac. semana
Pescados <sup>2</sup>	4,3	4,2	4,3	74,3	72,7	75,9	3-4 rac. semana
Frutas <sup>1</sup>	1,9	1,8	1,8	12,8	13,4	12,1	≥ 3 raciones día
Dulces, snack y refrescos <sup>3</sup>	2,8	2,8	2,7	32,6	34,1	31,1	ocasional/moderado
Aceite de oliva <sup>1</sup>	2,2	2,3	2,1	14,4	16,3	12,5	3-6 raciones día

\*Recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>1</sup>Consumo diario; <sup>2</sup>consumo semanal; <sup>3</sup>consumo ocasional; DE: desviación estándar  
Fuente: Estudio ELOIN. Red de médicos centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

**Tabla 7. Ingesta media diaria de alimentos en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

Grupo/ Alimento (gramos/persona/día)	Total (n: 2627)					Niños (n= 1334)					Niñas (n= 1293)				
	Ingesta Media	DE	Percentil			Ingesta Media	DE	Percentil			Ingesta Media	DE	Percentil		
			25	50	75			25	50	75			25	50	75
<b>I- Leches y derivados lácteos</b>	616,3	305,1	449,8	584,4	747,1	630,2	322,0	466,0	591,5	761,1	601,9	285,9	436,9	576,3	734,4
Leches	396,2	260,4	215,7	403,7	457,1	405,0	280,5	215,7	403,7	503,3	387,1	237,7	215,7	401,8	455,0
Yogures	123,4	98,5	53,6	125,0	125,0	127,1	110,3	53,6	125,0	125,0	119,5	84,6	53,6	125,0	125,0
Quesos	30,7	28,7	12,0	24,3	38,7	29,3	26,7	11,8	23,6	37,1	32,1	30,7	12,2	25,0	40,7
Otros productos lácteos	84,2	91,7	21,2	59,8	117,7	86,3	92,9	21,5	61,0	122,9	82,1	90,5	20,8	59,8	114,1
<b>II- Cereales y derivados</b>	100,9	100,1	71,5	92,4	117,9	100,7	64,0	72,6	92,9	117,9	101,1	126,9	70,4	91,7	117,9
Arroz	8,2	5,3	4,3	8,6	8,6	8,4	5,7	4,3	8,6	8,6	8,1	4,8	4,3	8,6	8,6
Pasta	14,4	10,8	8,6	17,1	17,1	14,1	10,7	8,6	17,1	17,1	14,8	10,9	8,6	17,1	17,1
Pan	58,5	47,3	35,7	57,1	71,4	59,8	55,3	35,7	57,1	71,4	57,1	37,3	35,7	54,4	70,5
Cereales desayuno	18,6	85,6	4,3	12,9	25,7	17,3	21,0	4,3	12,9	25,7	20,1	120,1	4,3	12,9	25,7
<b>III- Legumbres</b>	19,9	8,4	14,3	19,3	24,8	19,8	8,3	14,3	20,5	24,8	20,1	8,6	14,3	19,3	24,8
<b>IV-Verduras y hortalizas</b>	154,5	92,5	104,3	138,9	188,4	152,4	68,2	105,7	140,0	187,2	156,6	112,2	101,7	136,4	188,8
Verduras y hortalizas	108,0	85,6	62,1	93,1	135,7	104,7	60,1	61,4	93,4	135,2	111,5	105,5	62,9	93,1	136,2
Patatas	46,4	23,2	28,6	42,9	57,1	47,7	22,7	31,9	42,9	57,1	45,2	23,8	28,6	42,9	57,1
<b>V- Huevos, carnes y pescados</b>	194,4	58,5	156,2	189,4	226,1	194,6	58,1	154,4	190,3	227,3	194,3	59,0	157,3	188,6	224,3
Huevos	16,5	7,5	15,1	15,1	22,7	16,6	7,1	15,1	15,1	22,7	16,4	7,9	15,1	15,1	22,7
Carnes	106,5	37,9	81,2	102,2	126,6	107,2	37,6	81,9	104,0	128,2	105,8	38,3	80,4	101,5	125,0
Carnes de cerdo	37,9	22,1	23,9	35,2	48,6	23,7	12,7	14,3	28,6	28,6	23,2	12,9	14,3	28,6	28,6
Carne de vacuno	23,5	12,8	14,3	28,6	28,6	37,8	21,2	24,5	35,2	48,6	38,0	23,0	23,8	35,2	48,6
Otras carnes	12,8	10,5	6,2	10,0	16,5	13,1	10,4	6,6	11,2	17,4	12,4	10,6	6,1	9,9	16,4
Pescados	65,1	30,6	45,7	62,2	81,3	64,2	29,9	44,3	61,0	81,5	65,9	31,3	46,7	63,2	81,2
Pescado blanco	49,4	25,3	40,0	40,0	60,0	49,1	25,1	40,0	40,0	60,0	49,6	25,5	40,0	40,0	60,0
Pescado azul	10,5	10,1	3,0	9,0	12,9	10,1	9,9	3,0	8,7	12,9	11,0	10,2	3,0	9,0	15,4
Moluscos y crustáceos	3,4	4,3	0,0	2,7	4,7	3,2	4,1	0,0	2,3	4,7	3,5	4,6	0,8	2,7	4,9
<b>VI- Precocinados o preelaborados</b>	20,0	19,0	6,7	16,0	27,8	21,3	19,6	7,7	16,7	29,8	18,7	18,2	6,0	15,0	26,4
<b>VII- Frutas</b>	279,3	170,5	165,3	248,0	361,1	279,3	171,1	164,8	249,3	361,5	279,3	169,9	166,1	247,7	359,6
Fruta fresca	271,0	167,7	160,2	237,9	349,6	271,7	168,4	160,2	239,9	351,1	270,3	167,1	160,3	235,8	349,0
Otras frutas	10,2	13,4	2,8	6,3	12,6	9,9	13,7	2,7	6,2	12,4	10,4	13,0	3,2	6,6	12,9
<b>VIII- Bollería y pastelería</b>	42,9	27,9	24,1	37,2	55,2	45,7	30,6	25,3	39,4	59,4	40,0	24,6	22,9	35,5	50,6
Galletas	20,5	19,0	7,3	15,0	28,3	22,5	21,0	8,1	17,1	30,0	18,4	16,4	6,8	13,5	25,7
Bollos-pasteles	11,0	15,3	1,5	6,6	14,3	11,7	17,0	1,5	7,0	15,5	10,3	13,4	1,4	6,1	13,5
<b>IX-Aceites y grasas añadidas</b>	25,4	28,2	21,4	22,9	26,4	26,1	39,3	21,4	22,9	27,1	24,7	4,8	21,4	22,9	26,4
Aceite de oliva	21,9	28,6	20,0	21,4	24,3	22,7	39,6	20,0	21,4	24,3	21,1	6,5	20,0	21,4	24,3
Otros aceites	2,4	5,1	0,0	0,0	0,0	2,3	5,2	0,0	0,0	0,0	2,5	5,0	0,0	0,0	0,0
Mantequilla y manteca	0,5	1,3	0,0	0,0	0,7	0,5	1,4	0,0	0,0	0,3	0,6	1,3	0,0	0,0	0,7
Margarina	0,6	1,5	0,0	0,0	0,5	0,6	1,5	0,0	0,0	0,7	0,6	1,4	0,0	0,0	0,3
<b>X-Bebidas</b>	116,0	127,9	28,6	85,7	171,4	123,3	136,5	28,6	85,7	200,0	108,4	118,0	28,6	85,7	156,2
Refrescos	24,1	51,0	0,0	6,7	28,6	25,7	48,6	0,0	6,7	28,6	22,5	53,4	0,0	6,7	28,6
Zumos no naturales de fruta	91,8	107,1	13,3	57,1	114,3	97,5	116,2	13,3	57,3	142,9	86,0	96,5	13,3	57,1	114,3
<b>XI-Misceláneas</b>	19,9	32,0	8,3	14,4	22,9	20,4	38,9	8,1	14,7	23,4	19,4	22,8	8,5	14,3	22,6
Aperitivos salados	6,8	6,8	2,7	5,7	11,4	6,8	6,9	2,7	5,7	11,4	6,8	6,6	2,7	5,7	11,4
Chucherías dulces	9,8	30,2	1,0	4,3	10,2	10,3	37,4	1,0	4,2	10,6	9,4	20,3	1,0	4,3	10,0
Salsas	1,4	1,7	0,2	0,9	1,7	1,4	1,6	0,2	0,9	1,9	1,4	1,8	0,2	0,9	1,7
Tomate frito	13,1	11,7	7,1	14,3	14,3	13,5	10,0	7,1	14,3	14,3	12,7	13,2	7,1	14,3	14,3
<b>Total</b>	<b>1588,5</b>	<b>494,0</b>	<b>1282,9</b>	<b>1510,6</b>	<b>1802,2</b>	<b>1612,3</b>	<b>514,5</b>	<b>1308,4</b>	<b>1525,1</b>	<b>1822,0</b>	<b>1564,0</b>	<b>470,9</b>	<b>1260,9</b>	<b>1493,8</b>	<b>1770,6</b>

DE: desviación estándar

Fuente: Estudio ELOIN. Red de médicos centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

## 4.2.2 Ingesta de energía y nutrientes y adecuación de la dieta

**4.2.2.1 Energía y macronutrientes:** En la Tabla 8 se presenta el consumo diario de energía y nutrientes totales y por sexo. La ingesta media diaria de energía en los niños de 4 años de la Comunidad de Madrid fue de 1.993,1 Kcal/persona/día (DE: 460,3). Por sexo la ingesta media en niños fue de 2.018,4 Kcal/persona/día y en niñas 1.967,0 Kcal/persona/día.

Si consideramos que las necesidades energéticas medias en este grupo de edad son de 1.800 Kcal/persona/día (calculadas para una actividad moderada) se observa que las ingestas medias consumidas cubren un 110,7% de las ingestas medias recomendadas, siendo similar en niños y en niñas (tabla 8). Más de la mitad de los niños/as tienen una ingesta por encima de 1.900 Kcal.

**Tabla 8. Ingesta de energía y nutrientes en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

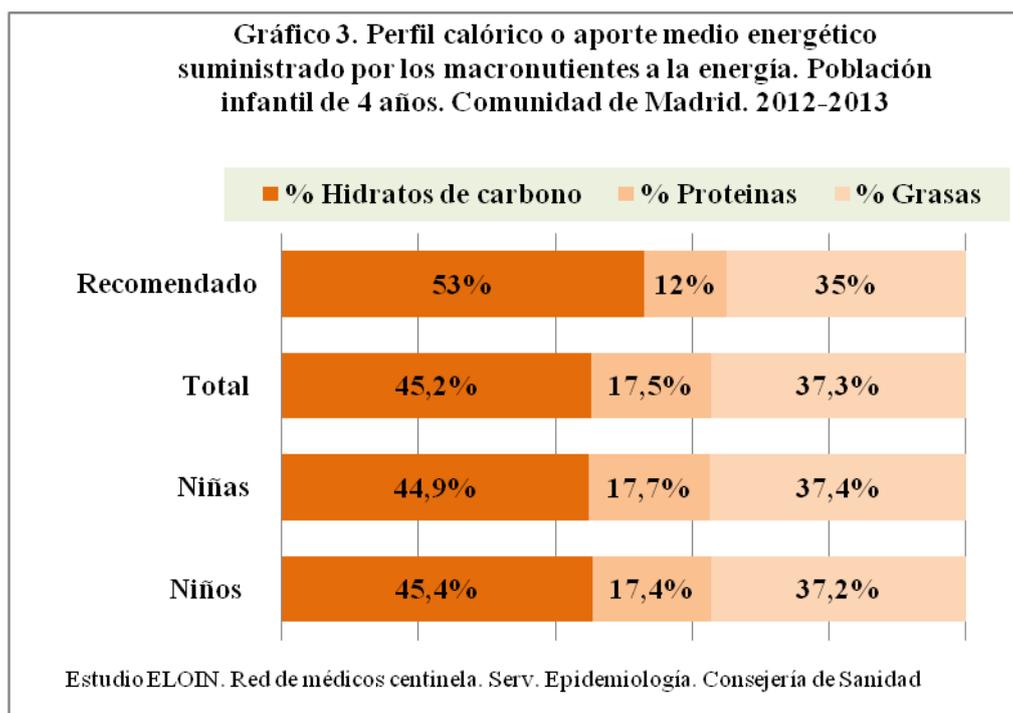
Grupo/ Alimento (g/persona/día)	Ingesta (persona/día). N: 2627					Niños (n= 1334)					Niñas (n= 1293)				
	Ingesta Media	DE	Percentil			Ingesta Media	DE	Percentil			Ingesta Media	DE	Percentil		
			25	50	75			25	50	75			25	50	75
Energía total, Kcal.	1993,1	460,3	1678,6	1928,9	2212,5	2018,4	464,1	1701,3	1947,7	2239,8	1967,0	455,2	1652,9	1908,1	2191,5
Hidratos de carbono (gr)	226,9	66,6	184,4	216,4	255,4	231,3	69,0	189,0	220,2	260,0	222,2	63,8	180,2	212,2	250,0
Proteínas (gr)	87,5	24,6	72,7	84,4	97,8	88,0	24,9	73,5	85,2	97,8	86,9	24,3	71,6	83,3	97,7
Lípidos totales (gr)	82,4	20,1	69,1	79,6	92,1	83,2	20,3	69,8	80,3	92,6	81,4	19,7	68,3	78,5	91,7
Ácidos grasos satura.(gr)	26,8	8,3	21,5	25,7	30,5	27,2	8,5	21,9	26,1	31,0	26,4	8,0	21,1	25,2	29,9
Á.G. monoinsaturados (gr)	33,9	7,3	28,9	32,8	37,8	34,2	7,4	29,3	33,1	38,1	33,5	7,2	28,5	32,7	37,3
Á.G. poliinsaturados (gr)	8,7	2,9	6,8	8,1	10,1	8,7	2,7	6,9	8,1	10,1	8,7	3,1	6,8	8,0	10,1
Colesterol total (mg)	319,0	94,7	255,9	304,3	362,6	323,1	96,7	259,8	308,0	366,3	314,8	92,6	253,8	301,4	359,7
Fibra (gr)	16,4	6,6	12,8	15,3	18,6	16,4	6,2	12,9	15,3	18,6	16,5	7,1	12,8	15,4	18,7
<b>Minerales y vitaminas</b>															
Calcio (mg)	1135,7	424,8	890,7	1083,8	1309,1	1153,9	443,2	912,6	1094,1	1325,8	1116,9	404,1	872,3	1076,8	1297,9
Hierro (mg)	12,9	8,8	10,4	12,0	14,0	12,9	5,9	10,5	12,1	14,1	13,0	11,0	10,3	11,9	14,0
Iodo, µg	403,7	236,9	242,1	410,1	468,7	412,0	255,1	244,2	411,6	493,6	395,3	216,2	239,3	408,3	452,5
Magnesio (mg)	290,6	84,1	238,0	278,5	325,6	294,2	86,4	241,9	280,0	328,6	286,9	81,5	232,2	276,2	321,7
Zinc (mg)	9,8	3,2	7,8	9,4	11,1	9,9	3,2	8,0	9,5	11,2	9,7	3,1	7,7	9,2	11,0
Sodio (mg)	1819,1	1073,8	1408,6	1689,0	2025,3	1825,7	942,4	1435,1	1696,0	2022,6	1812,4	1194,7	1382,4	1684,6	2030,5
Potasio (mg)	3232,4	965,0	2638,4	3075,2	3619,2	3257,6	971,4	2670,1	3102,8	3621,3	3206,4	957,9	2607,6	3042,4	3617,6
Tiamina (mg)	1,4	0,4	1,1	1,3	1,6	1,4	0,4	1,1	1,3	1,6	1,4	0,4	1,1	1,3	1,6
Riboflavina (mg)	2,0	0,7	1,6	1,9	2,3	2,1	0,7	1,6	2,0	2,3	2,0	0,7	1,6	1,9	2,3
Niacina (mg)	29,4	7,7	24,5	28,2	33,2	29,5	7,8	24,5	28,4	33,3	29,3	7,6	24,5	28,1	33,1
Vitamina B6 (mg)	2,1	2,8	1,6	1,9	2,2	2,1	2,1	1,6	1,9	2,2	2,2	3,4	1,6	1,9	2,2
Ácido Fólico, µg	240,9	90,0	182,3	226,7	282,0	240,7	87,3	182,1	228,8	282,6	241,2	92,7	183,0	224,8	281,5
Vitamina B12, µg	5,6	1,9	4,4	5,4	6,5	5,6	1,8	4,5	5,3	6,5	5,6	2,1	4,4	5,4	6,4
Vitamina C (mg)	139,0	75,4	90,9	126,8	172,2	139,4	75,7	91,2	129,1	173,3	138,5	75,1	90,2	124,5	171,0
Vitamina A (µg)	851,2	525,1	595,9	767,1	989,1	853,1	524,5	603,8	767,0	999,3	849,2	526,0	590,1	767,3	979,6
vitamina D ( µg)	3,0	1,7	1,9	2,8	3,8	3,0	1,7	1,8	2,7	3,9	3,1	1,7	1,9	2,8	3,8
Vitamina E (mg)	6,6	3,6	4,4	5,6	8,0	6,5	3,6	4,4	5,6	7,8	6,7	3,6	4,4	5,7	8,2

DE: desviación estándar

Fuente: Estudio ELOIN. Red de médicos centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

La ingesta media diaria de macronutrientes por persona/día fue 226,9 g de hidratos de carbono; 87,5 g de proteínas, 82,4 g de lípidos y 16,4 g de fibra.

Respecto al perfil calórico o aporte medio energético suministrado por los macronutrientes, el 45,2% de la energía total diaria procedió de los hidratos de carbono, el 17,5 % de las proteínas y el 37,3 % de los lípidos (Gráfico 3).



Si consideramos los patrones de una dieta equilibrada (según los objetivos nutricionales de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria), el 10-12% de la energía debe provenir de las proteínas, 35% de los lípidos y el 55% de los hidratos de carbono), se observa que la dieta media de la población infantil de la Comunidad de Madrid se desvía de las recomendaciones, de manera que la dieta de los niños es elevada en consumo de proteínas y de lípidos y de bajo consumo en hidratos de carbono (Gráfico 3). Este desequilibrio también aparece en la ingesta de los diferentes tipos de lípidos, con un consumo excesivo de ácidos grasos saturados (AGS) y una ingesta menor de la recomendada de ácidos grasos monoinsaturados (AGM) y poliinsaturados (AGP).

En relación al índice de calidad de la grasa, el índice AGP/AGS es de 0,34 (DE: 0,16), resultando ser muy inferior a las recomendaciones para una dieta saludable que debe ser mayor o igual a 0,5.

Considerando el índice (AGP+AGM)/AGS, que mide la razón entre ácidos grasos insaturados y saturados, se detectó una mala calidad de la grasa ingerida ya que el índice alcanza un valor medio de 1,66 (DE: 0,33) y debería ser igual o superior a 2 que

es el valor recomendado. El 90% de los niños tendrían un índice (AGP+AGM)/AGS por debajo del valor recomendado.

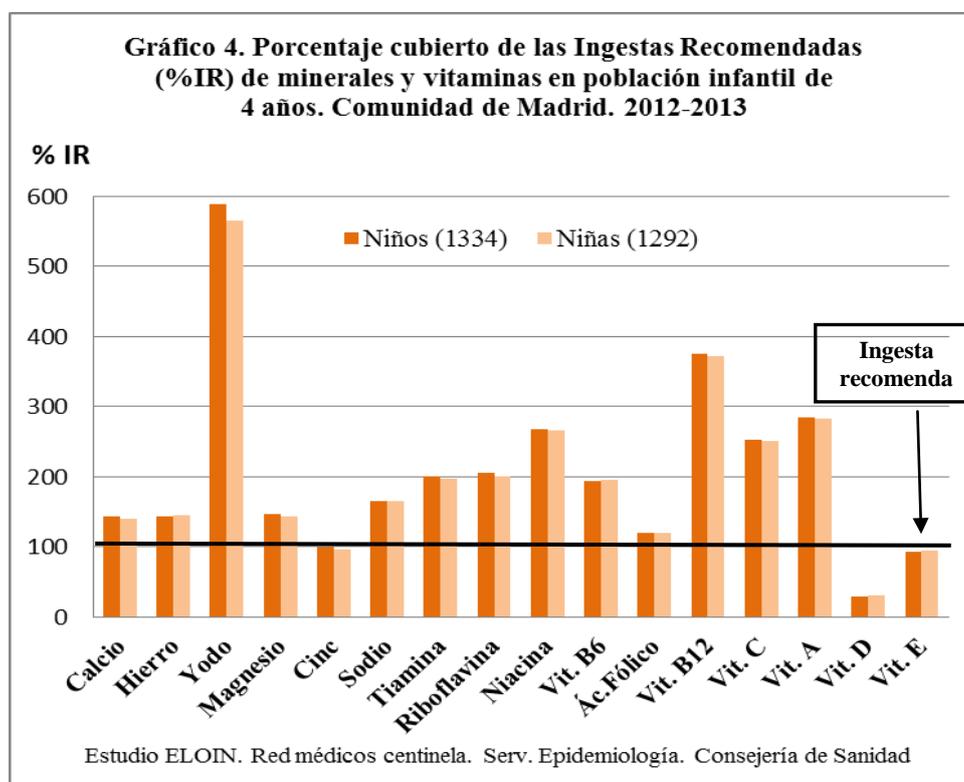
La ingesta media de colesterol fue de 319 mg/persona/día. El valor medio alcanzado fue superior al recomendado para seguir una dieta saludable (<300 mg/día). Más del 50% de la población infantil no cumple con una dieta saludable en colesterol (P50: 304,3 mg).

El consumo medio de fibra, que alcanzó la cifra de 16,4 g/persona/día, también fue inferior a las recomendaciones establecidas que deben alcanzar la cantidad de 22 g/persona/día.

#### 4.2.2.2 Micronutrientes: minerales y vitaminas

En la tabla 8 se presenta el consumo medio por persona de los minerales (Calcio, Hierro, Yodo, Magnesio, Cinc, Sodio, Potasio y Fosforo) y vitaminas (Riboflavina, Niacina, Vitamina B6, Ácido Fólico, Vitamina B12, Vitamina C, Vitamina A, Vitamina D y Vitamina E).

Las ingestas medias de minerales y vitaminas registradas se encontraban por encima de las recomendadas con suficiente margen, excepto para el cinc, la vitamina D y vitamina E, con unas ingestas medias que representaba el 98,1%, 30,2% y 94% de las recomendadas respectivamente (Gráfico 4).



En cuanto a la ingesta insuficiente de minerales (tabla 9), el 27,8% (25,2% en niñas y 30,5% en niños) de la población registró ingestas de cinc por debajo del 80% de las recomendadas, seguido del calcio (5,9%), sodio (1,4%), yodo (1,3%) y hierro (1,1%). Respecto a las vitaminas, el 98% y 49% de la población consumieron Vitamina D y E por debajo del 80% de las ingesta recomendadas respectivamente. Para el ácido fólico, un 13,9% de la población estudiada presentó una ingesta por debajo del 80% de la ingesta recomendada.

**Tabla 9. Ingestas Recomendadas (%IR) de minerales y vitaminas con posible riesgo de ingesta inadecuada en la población de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

	Totales (2626)		Niños (1334)		Niñas (1292)	
	% IR	< 80 % IR	% IR	< 80 % IR	% IR	< 80 % IR
Calcio (mg)	142,0	5,9	144,2	5,6	139,6	6,3
Hierro (mg)	143,9	1,1	142,9	1,0	144,8	1,2
Yodo (µg)	576,8	1,3	588,5	1,5	564,7	1,0
Magnesio (mg)	145,3	0,8	147,1	0,5	143,5	1,0
Cinc (mg)	98,1	27,8	99,1	25,2	97,0	30,5
Sodio (mg)	165,4	1,4	166,0	1,5	164,8	1,4
Tiamina (mg)	198,6	0,2	200,0	0,2	197,2	0,2
Riboflavina (mg)	203,1	0,5	205,8	0,5	200,4	0,5
Niacina, mg	267,6	0	268,5	0	266,8	0
Vitamina B6 (mg)	194,4	0,3	193,3	0,3	195,5	0,4
Ácido Fólico (mg)	120,5	13,9	120,3	14,3	120,6	13,5
Vitamina B12 (mg)	373,9	-	374,8	-	373,0	-
Vitamina C (mg)	252,7	2,7	253,5	3,2	251,8	2,2
Vitamina A (mg)	283,7	0,5	284,4	0,5	283,1	0,4
Vitamina D (mg)	30,2	98,9	30,0	98,9	30,5	99,0
Vitamina E (mg)	94,0	49,9	92,7	51,1	95,5	48,6

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

### 4.3. Actividades al aire libre, actividad física, descanso y uso de televisión y ordenadores

#### 4.3.1 Actividades al aire libre

Sobre el tiempo dedicado entre semana a actividades como jugar en el parque o zonas de juego al aire libre, el 78,7% de los niños salían a jugar fuera de casa al menos una hora diaria, porcentaje que asciende al 95,6% los fines de semana y festivos. (Tabla 10).

**Tabla 10. Tiempo que dedica habitualmente la población de 4 años a salir al parque o zonas de juego al aire libre. Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

	Total (2621)		Niños (1330)	Niñas (1281)
	n	%	%	%
<b>Entre semana. De lunes a viernes</b>				
Rara vez o nunca	131	5,1	5,2	5,1
Menos de una hora/día	425	16,2	15,6	16,8
Alrededor de 1 hora/día	1072	40,9	39,8	42,1
Alrededor de 2 horas/día	719	27,4	28,7	26,1
Alrededor de 3 horas/día	176	6,7	7,0	6,4
Cuatro horas y más/día	96	3,7	3,8	3,6
<b>Fines de semana y festivos</b>				
Rara vez o nunca	60	2,3	2,6	2,2
Menos de una hora/día	56	2,1	1,9	2,4
Alrededor de 1 hora/día	357	13,6	12,0	15,2
Alrededor de 2 hora/día	1.031	39,3	39,6	38,9
Alrededor de 3 hora/día	605	23,1	22,6	23,5
Cuatro horas y más/día	515	19,6	21,5	17,7

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

#### 4.3.2 Actividad física

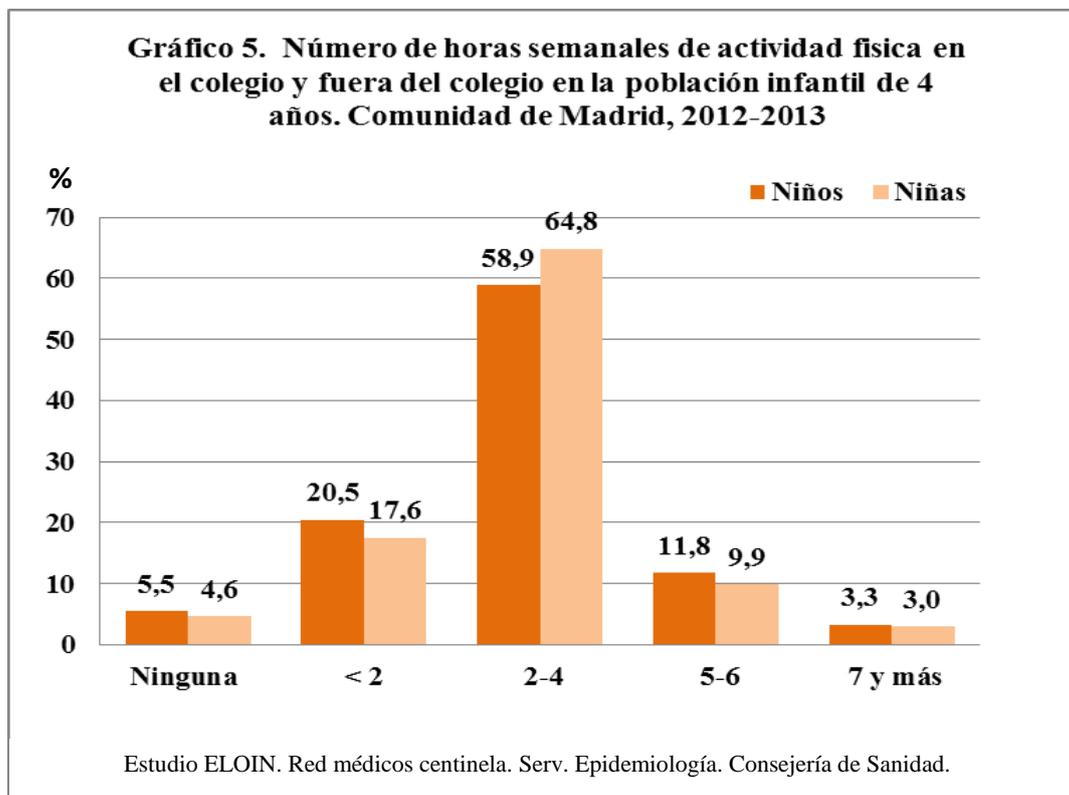
En la tabla 11 se muestra cómo la mayoría (94,7%) de la población 4 años de la Comunidad de Madrid practicaba gimnasia o predeporte dentro del horario escolar, como asignatura docente (un 31,6% realizaba una hora/semana, 42,2% dos horas/semana y 16,9% tres o más horas a la semana). El 4,3% de los niños/as no realizaban ninguna hora semanal de gimnasia o predeporte en el colegio. Por el contrario, más de la mitad (53,0%) no solían dedicar ningún tiempo a practicar, de manera habitual, actividades deportiva fuera del horario escolar en tiempo libre, siendo similar en niños (53,2%) y en niñas (52,7%). El patrón más frecuente de los que practicaban actividad física (AF) fuera del horario escolar fue de dos horas/semana (17,4%), seguido de una hora/semana (14,4%).

**Tabla 11. Número de horas semanales de gimnasia o predeporte escolar y extraescolar en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

	Total (2627)		Niños (1334)	Niñas (1293)
	n	%	%	%
<b>Actividades de gimnasia/predeporte escolar</b>				
Ninguna actividad	113	4,3	5,0	3,6
Media hora a la semana	28	1,1	1,2	0,9
Una hora/semana	830	31,6	30,1	33,1
Dos horas/semana	1109	42,2	41,8	42,6
Tres horas/semana	328	12,5	12,5	12,5
Cuatro horas o más/semana	116	4,4	4,5	4,3
NS/NC	103	3,9	4,8	3,0
<b>Actividades deportivas extraescolares</b>				
Ninguna actividad	1389	53,0	53,2	52,7
Media hora a la semana	89	3,4	3,3	3,5
Una hora/semana	378	14,4	14,3	14,5
Dos horas/semana	456	17,4	16,4	18,4
Tres horas/semana	195	7,4	7,9	7,0
Cuatro horas o más/semana	116	4,4	4,9	4,0

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Si tenemos en cuenta toda la AF (escolar y extraescolar), el 5,1% de los niños/as de la CM no realizaba ejercicio físico ni en el colegio ni fuera del mismo. El gráfico 5 muestra el total de AF; el patrón más frecuente en ambos sexos fue la práctica de 2 a 4 horas semanales. El 15,1% de los niños y el 12,9% de las niñas realizaban 5 y más horas semanales de AF a la semana.



En cuanto a la percepción global de los padres respecto a la actividad física de sus hijos, teniendo en cuenta toda la actividad física que realizaban, el 22,7% respondieron que sus hijos/as eran poco o moderadamente activos. El porcentaje de niños bastante activos o muy activos fue superior en niños que en niñas (tabla 12).

**Tabla 12. Percepción de los padres de la actividad física que realizaba su hijo/a de 4 años en la Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

	Total (2624)		Niños (1332)	Niñas (1292)
	n	%	%	%
<b>Sedentario</b> sentado casi siempre, sin practica de actividad física (AF)	10	0,4	0,2	0,5
<b>Poco activo:</b> actividades sentado, escasa AF	68	2,6	2,6	2,6
<b>Moderadamente activo:</b> poco tiempo sentado, ligera AF	518	19,7	17,6	21,9
<b>Bastante activo:</b> casi siempre de pie, frecuente AF	1033	39,4	41,2	37,5
<b>Muy activo:</b> siempre de pie/moviéndose, intensa AF	995	37,9	38,4	37,5

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Con respecto a la facilidad para realizar actividad deportiva, más del 80% de los encuestados indicaron que cerca del domicilio disponían de algún polideportivo, cancha deportiva al aire libre, gimnasio y parque o zona verde. Además, el 90,9% de los padres respondieron que las instalaciones del barrio eran buenas o muy buenas para realizar actividades habituales como dar paseos, jugar en el parque o pasear en bicicleta.

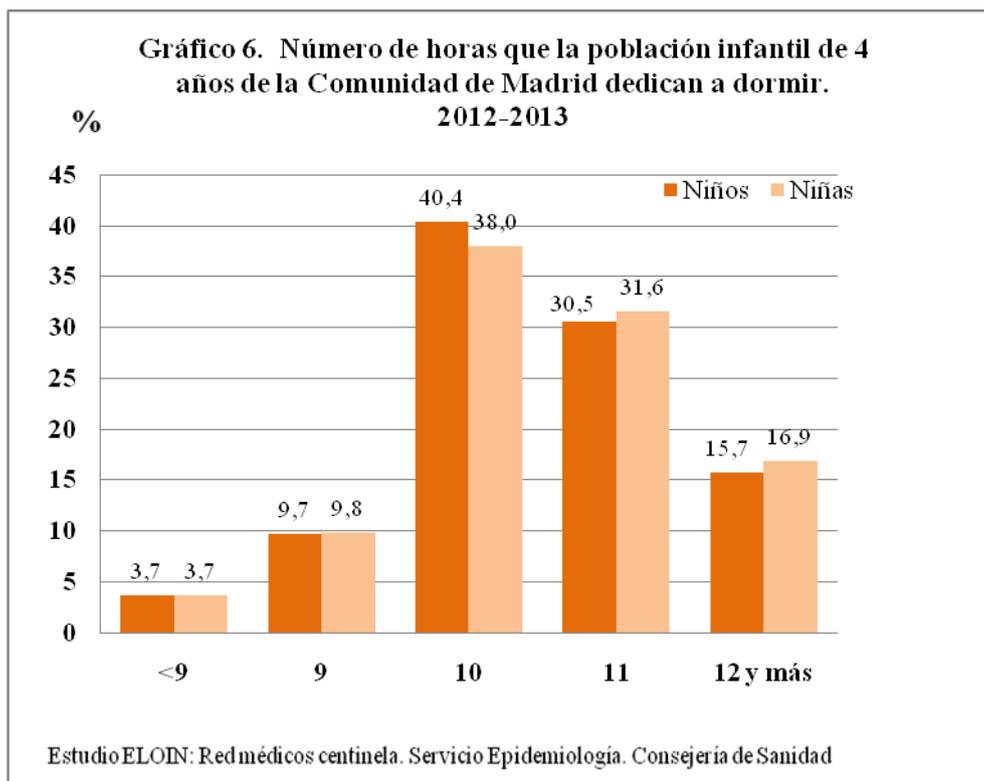
**Tabla 13: Frecuencia de instalaciones deportivas cerca del domicilio familiar (entre 200 y 2000 metros). Comunidad de Madrid. Estudio ELOIN 2012-2013.**

Tipo de instalación	n	%
Gimnasio	2.225	85,7
Polideportivo cubierto	2.126	80,9
Piscina	2.236	85,1
Cancha deportiva al aire libre	2.242	85,3
Campo de futbol	2.057	78,3
Zona para patinar	1.724	65,6
Zona verde, parque, zona de juego	2.593	98,7

Fuente: Estudio ELOIN. Red de Médicos Centinela. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

#### 4.3.3 Horas de sueño.

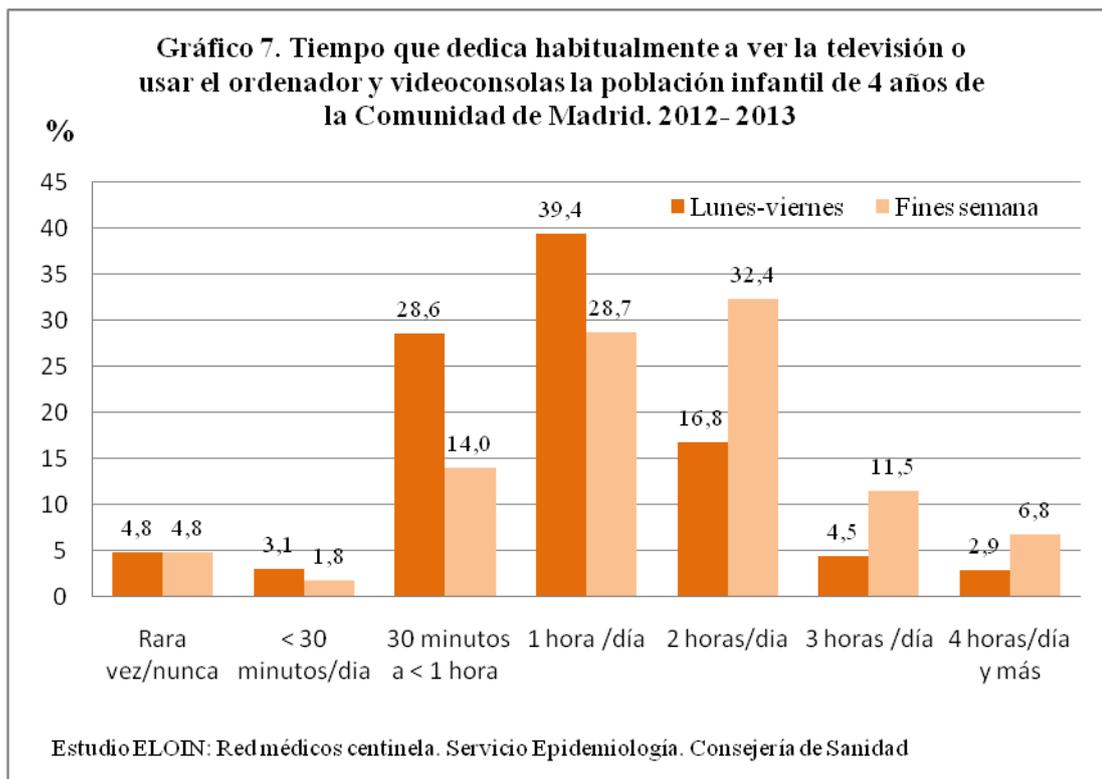
En cuanto a los hábitos de sueño, la población infantil de 4 años duerme como media 10,5 horas diarias. En torno al 50% de los niños/as duerme 11 o más horas; el 13% duermen 9 horas o menos.



#### 4.3.4 Televisión, ordenadores y consolas de videojuegos

El 92% de los padres indicaron que la familia y sus hijos disponían al menos de un ordenador personal en casa. En el 69,6% de las familias existen en casa normas para limitar a los niños/as el uso de la televisión y los ordenadores todos o casi todos los días.

El 95,2% de los padres respondieron que sus hijos solían ver la TV o jugaban con ordenador o videoconsolas. Entre semana, de lunes a viernes, el 37,8% de los niños pasaban al menos dos horas diarias viendo la televisión o usaban el ordenador (videos, DVD o internet), mientras que los fines de semana la cifra alcanzaba al 82% de los niños. El 42% dedicaba alrededor de 3 horas o más al día a esta actividad los fines de semana. El 4,8% rara vez o nunca veía la televisión o usaban el ordenador (Gráfico 7).



## 5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los indicadores de lactancia materna deberían ser mejorados ya que la prevalencia de lactancia materna a los 3 y 6 meses de edad fue de 70,6 % y 47% respectivamente.

La ingesta media de energía (1.993,1 Kcal/persona/día) observada fue superior a las ingestas diarias recomendadas para la población infantil española de 4 años (1.800 Kcal/persona/día). Si tenemos en cuenta que más del 50% de los niños/as tienen ingestas superiores a los 1900 Kcal/día, esta situación podría estar favoreciendo el desarrollo de sobrepeso y obesidad en una parte considerable de la población infantil.

Un alto porcentaje de la población infantil de 4 años consume un número menor de raciones a las recomendadas de cereales, verduras y hortalizas y frutas frescas. Por el contrario, más del 75% de los niños consumen el número de raciones recomendadas en productos lácteos, carnes magras, legumbres y pescados.

En cuanto al perfil de la dieta, se observa que la dieta media de la población infantil de la CM se desvía de las recomendaciones, de manera que es elevada en proteínas y lípidos y baja ingesta de hidratos de carbono. Este desequilibrio también aparece en el consumo de los diferentes tipos de lípidos, con un exceso de ácidos grasos saturados y bajo consumo de mono y polinsaturados. Los índices de calidad de la grasa no alcanzan las recomendaciones establecidas.

El aporte de los minerales con la dieta consumida es adecuado y cubre de forma general las ingestas recomendadas (IR) establecidas con excepción del cinc. En cuanto a las vitaminas, para la mayoría de ellas, la ingesta es suficiente salvo para la vitamina D y vitamina E, existiendo un porcentaje elevado de población con posible ingesta insuficiente de dichas vitaminas.

La mayoría de la población infantil de 4 años practicaban AF en el horario escolar, pero más de la mitad no solían realizar AF fuera del horario escolar.

La mayoría de la población infantil de 4 años dedicaban al menos 2 horas a ver la TV o usar ordenadores y videoconsolas.

## Recomendaciones

Las principales recomendaciones deberán ir dirigidas a reforzar las acciones en el medio educativo y sobre todo en el medio familiar donde residen la mayor parte de los condicionantes para los comportamientos relacionados con la alimentación y la actividad física. Entre ellas, destacamos las siguientes:

- Promover una alimentación más equilibrada en la población infantil para mejorar el patrón dietético: fomentar la realización de un desayuno diario completo y variado, aumentar el consumo de frutas y verduras, reducir el consumo de grasas saturadas de las carnes rojas y de los productos precocinados y reducir el consumo de productos de alto valor energético de bollería y de bebidas azucaradas comerciales.
- Dado que el 60% de los niños almuerzan en los comedores escolares se continuará y ampliará la evaluación y control de los menús de los comedores garantizando una dieta equilibrada.
- Promocionar la lactancia materna como factor favorecedor del crecimiento y desarrollo infantil óptimos.
- Promover la práctica de actividad física diaria desde los primeros años de la infancia. Aumentar la actividad física en el medio escolar y en el tiempo libre de manera que tengamos en el horizonte que todos los niños realicen ejercicio físico al menos una hora al día todos los días de la semana.
- Promocionar y habilitar ambientes seguros que promuevan las actividades infantiles al aire libre y la actividad física (parques, áreas verdes, gimnasios, colegios, etc.).
- Promover una vida activa en los niños, limitando hábitos y comportamientos sedentarios: fomentar en el entorno familiar el uso responsable de TV y pantallas, adecuando a la edad tanto el tiempo como el lugar de uso.

**AGRADECIMIENTOS:** Agradecemos sinceramente a las empresas Demométrica y Sondaxe que realizan las encuestas telefónicas y su contribución técnica a la mejora del estudio; a Enrique Barceló y Luis Miguel Blanco que nos aportan los datos procedentes de la tarjeta sanitaria individual; a Belén Zorrilla por sus aportaciones al documento, a Lucía Diez-Gañán por su contribución en el diseño del estudio, a Guadalupe Otero por sus mejoras en el tratamiento de texto, y sobre todo a las familias participantes por su generosa y contribución al estudio ELOIN.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO International Obesity TaskForce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004;5(Suppl 1):4-85.
2. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet* 2010 May 15;375(9727):1737-1748.
3. S.J. te Velde, F van Nassau, L Uijtdeuwillingen, M, M van Stralen, G. Cardon, M. De Craemer et al. Energy balance-related behaviours associated with overweight and obesity in preschool children: a systematic review of prospective studies. *Obesity reviews* 2012, 13 (suppl.1):56-74.
4. Van Stralen MM, te Velde SJ, van Nassau F, Brug J, Grammatikaki E, Maes L, et al. Weight status of European preschool children and associations with family demographics and energy balance-related behaviours: a pooled analysis of six European studies. *Obes Rev* 2012 Mar;13 Suppl 1:29-41.
5. Gutierrez-Fisac JL, Ropyo-Bordonada MA, Rodriguez-Artalejo F. Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de la obesidad. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl1 ): 48-54.
6. Diez-Gañán L. Hábitos de Salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2013. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2014; 20 (4):3-41. Madrid: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.
7. Honorato Ortiz, José Ignacio Cuadrado, Karimen León. Diseño del estudio ELOIN y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2014; 20 (10): 68-91. Madrid: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.
8. Nicholls II W, Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyeberg LE, Massey JT, Nicholls II W, Waksberg J Editores. *Telephone survey methodology*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.

9. Díez-Gañán L, Galán Labaca I, León Domínguez CM, Zorrilla Torras B. Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad; 2008.
10. Gorgojo Jiménez L, Martín Moreno JM. Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, Mataix Verdú J, editores. Nutrición y salud pública. Barcelona: Masson-Salvat, 1995; 120-125.
11. Olga Moreiras, Ángeles Carbajal, Luisa Cabrera, Carmen Cuadrado. Tablas de composición de alimentos. Ediciones Pirámides (Grupo Anaya). 15ª edición. Madrid 2011.
12. Verónica Dapcich, Gema Salvador Castell, Lourdes Rivas Barba, Carmen Pérez Rodrigo, Javier Aranceta Bartrina y Lluís Serra Majem. Consejos para una alimentación saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en [https://www.semfyc.es/pfw\\_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia\\_a\\_limentacion.pdf](https://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_a_limentacion.pdf).



## INFORME:

# INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2014

## RESUMEN

En 2014 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.327 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y de ellas, 16.491 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.733 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras CCAA y 103 en otros países. Del total de mujeres residentes, el 54,3% tenían país de nacimiento distinto a España (56,3% en 2013). La media de edad fue de 29,2 años  $\pm$  7,2. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 20,13 por mil mujeres, por debajo del año 2013 en que la tasa de este grupo fue 24,01 por mil mujeres. Más de la mitad de las mujeres (53,8%) tienen hijos/as a su cargo y el 47,9% convive en pareja. Para el 56,6% era su primera IVE. El 84,6% de las mujeres residentes en la CM abortó por petición propia y el 3,6% por taras fetales. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 69,8% de las mujeres residentes y el 5,3% fueron IVE tardías (>15 semanas). La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue del 11,98 en 2014, menor que la correspondiente a 2013, 13,89 por mil mujeres.

## 1.- INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

Las IVE están reguladas por la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. El seguimiento de las mismas se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica tal y como establece la Orden Ministerial de junio de 1986.

Desde los centros públicos y privados que realizan IVE, el médico responsable de la intervención comunica los datos según protocolo normalizado. En la Comunidad de Madrid (CM), el Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, es el responsable de la consolidación y del análisis a nivel regional. Una vez consolidada la información se traslada al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los datos de las IVE notificadas se refieren tanto a mujeres residentes en la CM como a no residentes en la Región pero que, por diversas razones, se han desplazado desde otras comunidades u otros países para la IVE. Dicha vigilancia tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE en la CM e identificar aquellos grupos de mayor

riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados y prevenir la interrupción de los mismos.

En este informe se describen las IVE notificadas en la CM en 2014. Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

## 2.- RESULTADOS

En 2014 se notificaron al Registro de la CM 19.327 IVE, cifra inferior en un 16,7% a la correspondiente a 2013 que fue de 23.208 ( $p < 0,005$ ).

El 14,7% (2.836) de las IVE notificadas correspondieron a mujeres no residentes en la CM y que procedían de otra provincia ó de otro país. Las mujeres no residentes en la CM provienen de otras CCAA, 2.733, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 103 de otros países, la mayor parte tiene su residencia en Portugal y Francia.

Las características, de las mujeres que vienen a la CM para la IVE desde otras Comunidades u otros países, mantienen algunas diferencias con las residentes en la CM; el hecho de que el 10,3% de ellas accedan a la IVE por fetos con taras fetales (3,6% en residentes), lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (21,0% vs. 5,3%).

### 2.1.- IVE en mujeres españolas y foráneas residentes en la Comunidad de Madrid, 2014

En 2014 se notificaron 16.491 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 16.315 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 11,98 por mil mujeres en este grupo de edad.

#### Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos están recogidos en las tablas 1 y 2.

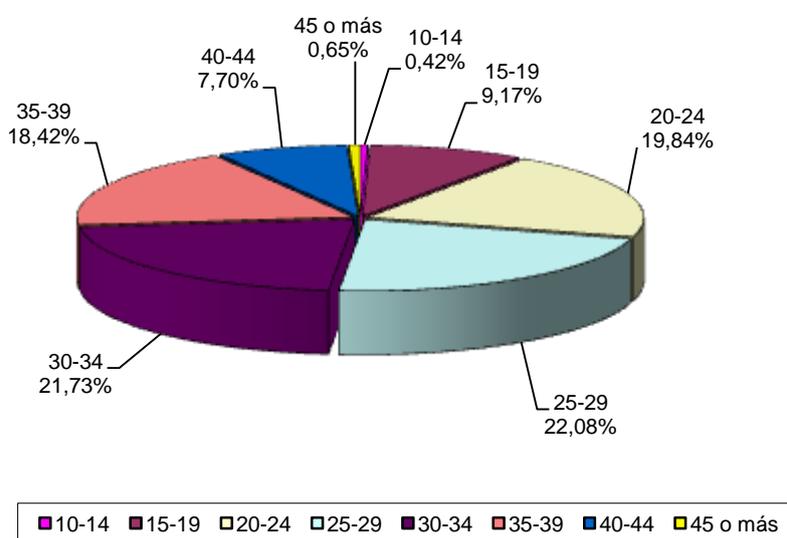
**País de nacimiento:** Del total de IVE notificadas el 45,7% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (7.538) y el 54,3% restante a mujeres foráneas con residencia en la CM, de las que un 18,0% son mujeres nacidas en Ecuador y en segundo lugar las nacidas en Rumania que representan el 15,0%. El 17,9% de las mujeres foráneas habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 2,4% en el mismo año de la IVE.

**Edad:** La media de edad fue de 29,2 años  $\pm$  7,2, sin diferencias significativas entre españolas y foráneas. El 1,1% de las IVE notificadas en 2014, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,4% (69 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (107 mujeres) más de 44 años. Un 9,6% tenían menos de 20 años (figura 1).

**Ingresos económicos:** El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 61,2%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de las foráneas. En las mujeres sin recursos económicos propios, los ingresos proceden en primer lugar de la familia y en segundo de la pareja.

**Situación Laboral:** Aumenta ligeramente el porcentaje de mujeres asalariadas, que fue del 55,5% frente al 54,7% del 2013; este ítem, tiene mayor representación en mujeres foráneas (57,0%), que en españolas (53,8%). El 22,7% son demandantes de empleo y el 4,9% se dedican a tareas domésticas.

**Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2014.**



**Nivel de instrucción:** En cuanto al nivel de instrucción académica, aumenta el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2013 (19,5% en 2014 y 18,3% en 2013) y disminuye el de mujeres analfabetas ó carentes de estudios de 0,5% en 2014 a 0,6% en 2013. Según país de nacimiento encontramos diferencias, mostrando para las

españolas menor porcentaje de mujeres sin estudios (0,3% vs. 0,6% en foráneas) y mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios (28,6% vs. 11,9% en foráneas) ( $p < 0,005$ ).

**Convivencia:** La mayoría de las mujeres refieren convivir en pareja (47,9%) (con y sin hijos), siendo este porcentaje mayor en las mujeres foráneas. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 53,8% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

**Hijos e IVE previa:** Un 43,8% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2014 no tenían hijos y un 2,4% tenían 4 ó más. El porcentaje de mujeres foráneas con hijos en el momento de la IVE es mayor que de mujeres españolas (66,8% vs. 43,7%). Un 2,5% de las mujeres que tenían hijos, habían parido en 2014.

Para el 56,6% de las mujeres era su primera IVE y un 1,9% había abortado en 4 ó más ocasiones. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres foráneas que en mujeres españolas (53,2% vs. 31,7%). El 3% de las mujeres había abortado más de una vez en 2014.

**Métodos anticonceptivos:** Aunque ha disminuido respecto a 2013, más de la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2014 (52,1%) refería usar métodos anticonceptivos (MA). El porcentaje es de 60,6% en el caso de las mujeres nacidas en España y 45,0% para las foráneas. Una amplia mayoría de las que dicen usar MA, eligen métodos de barrera (62,1%).

**Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres (I). Comunidad de Madrid, año 2014.**

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	42	0,6	27	0,3	69	0,4
	15-19	785	10,4	727	8,1	1512	9,3
	20-24	1565	20,8	1706	19,1	3271	19,8
	25-29	1567	20,8	2075	23,1	3642	22,1
	30-34	1445	19,2	2139	23,9	3584	21,7
	35-39	1424	18,8	1613	18,0	3037	18,4
	40-44	662	8,8	607	6,8	1269	7,7
	45 o más	48	0,6	59	0,7	107	0,6
Convivencia	Sola	1156	15,3	1637	18,3	2793	16,9
	En pareja	3274	43,4	4620	51,6	7894	47,9
	Con familia	2807	37,3	2307	25,8	5114	31,0
	Otras personas	297	3,9	379	4,2	676	4,1
	N/C	4	0,1	10	0,1	14	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	26	0,3	57	0,6	83	0,5
	Primer grado	847	11,2	814	9,1	1661	10,1
	ESO y equivalentes	2307	30,6	3343	37,4	5650	34,3
	Bachiller/ciclos FP	2196	29,1	3664	40,9	5860	35,5
	Escuelas univ/Facultades	2153	28,6	1063	11,9	3216	19,5
	Inclasificable	4	0,1	3	0,0	7	0,0
	N/C	5	0,1	9	0,1	14	0,1
Ingresos económicos propios	Si	4483	59,5	5613	62,7	10096	61,2
	No	3054	40,5	3340	37,3	6394	38,8
	Desconocido	1	0,0	0	0,0	1	,0
Procedencia de los ingresos	Pareja	765	25,0	1151	34,5	1916	30,0
	Familiares	1786	58,5	1487	44,5	3273	51,1
	Otros	394	12,9	578	17,3	972	15,2
	N/C	110	3,6	124	3,7	234	3,7
	Total (Sin ingresos)	3055		3340		6395	
<b>Total</b>		<b>7538</b>	<b>100</b>	<b>8953</b>	<b>100</b>	<b>16491</b>	<b>100</b>

**Tabla 2. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres (II). Comunidad de Madrid, año 2014.**

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4249	56,3	2968	33,2	7217	43,8
	1	1690	22,4	2775	31,0	4465	27,1
	2	1197	15,9	2174	24,2	3371	20,4
	3	292	3,9	750	8,4	1042	6,3
	4 o más	110	1,5	286	3,2	396	2,4
Número de IVE previas	Ninguna	5149	68,3	4187	46,8	9336	56,6
	1	1622	21,5	2966	33,1	4588	27,8
	2	529	7,1	1195	13,3	1724	10,5
	3	162	2,1	363	4,1	525	3,2
	4 o más	76	1,0	242	2,7	318	1,9
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año	192	8,0	311	6,5	503	7,1
	1	462	19,3	967	20,3	1429	20,0
	2	380	15,9	754	15,8	1134	15,8
	3	250	10,5	612	12,8	862	12,0
	4	189	7,9	458	9,7	647	9,0
	5	142	5,9	333	7,0	475	6,6
	Más de 5 años	774	32,5	1331	27,9	2105	29,5
<b>Total</b>		<b>2389</b>		<b>4766</b>		<b>7155</b>	
<b>Total</b>		<b>7538</b>	<b>100</b>	<b>8953</b>	<b>100</b>	<b>16491</b>	<b>100</b>

## Datos de la intervención

Los datos de la intervención están recogidos en la tabla 3.

**Información y financiación de la IVE:** El 54,0% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2014 fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios.

La financiación pública alcanzó en 2014 al 68,6% de las IVE (70,5% en españolas y 67,1% para las mujeres foráneas).

Ambas variables mantienen una tendencia ascendente desde la entrada en vigor de la ley ahora vigente (febrero de 2010).

**Semanas de gestación:** En 2014 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 69,8%, dato que va en aumento en los últimos años y que en 2013 fue un 65,7%; en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 5,3, en 2013 había sido menor 4,8.

El colectivo de mujeres españolas aumentó su porcentaje en IVE tardía (6,1% en 2014 vs 5,4% en 2013) y el de mujeres de otros países el de la IVE precoz (68,5% en 2014 vs 63,7% en 2013).

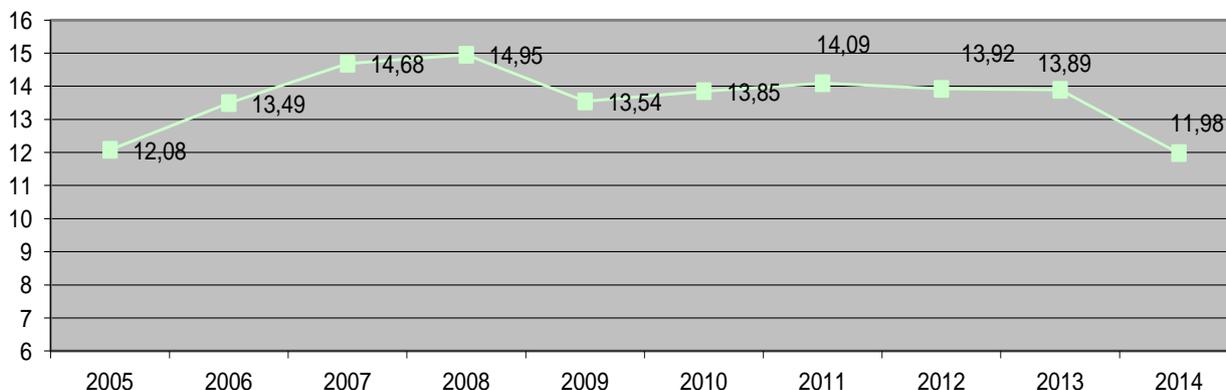
El 17,4% de las mujeres menores de 15 años (n=69) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 72,9% de las mayores de 44 años (n=107) lo hacen antes de las 9 semanas (tabla 4).

**Motivo:** El supuesto de la ley vigente, “A petición de la mujer”, ocupó un porcentaje del 84,6% de las IVE notificadas y el de “Graves taras fetales” fue del 3,6%, 26 de estos casos eran incompatibles con la vida.

## 2.2 Evolución del registro IVE en la Comunidad de Madrid, 2005-2014

**Tasa anual:** Entre 2005 y 2014 la tasa anual de IVE por mil mujeres entre 15 y 44 años muestra un patrón ascendente hasta 2008 (14,95 por mil mujeres) valor máximo de la serie. Desde 2009 en que descendió y hasta 2013, presenta pequeñas oscilaciones, en 2014 el descenso es mayor, pasando de 13,89 en 2013 a 11,98 por mil mujeres entre 15 y 44 años en 2014 (figura 2).

**Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2005-2014.**



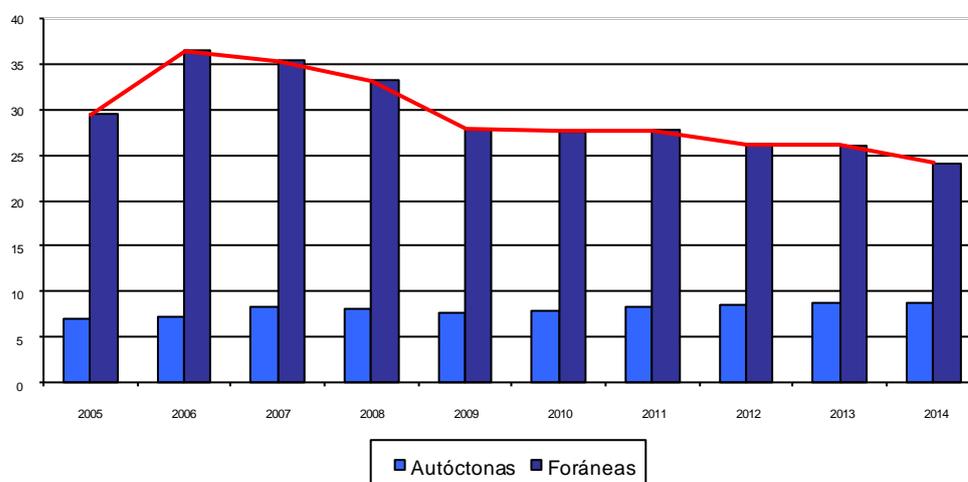
**Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención.  
Comunidad de Madrid, año 2014.**

		País de origen				Total	
		España		Otro país			
		n	%	n	%	n	%
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	C. Sanitario Público	2945	39,1	3670	41,0	6615	40,1
	C. Sanitario Privado	953	12,6	1348	15,1	2301	14,0
	Tfno. Información Usuario	153	2,0	401	4,4	554	3,4
	Amigos/familiares	1713	22,7	1778	19,8	3491	21,1
	Medios comunicación	19	0,3	113	1,3	132	0,8
	Internet	1749	23,2	1610	18,0	3359	20,4
	N/C	6	0,1	33	0,4	39	0,2
Uso de métodos anticonceptivos (MA) actualmente	Sí	4566	60,6	4030	45,0	8596	52,1
	No	2970	39,4	4923	55,0	7893	47,9
	N/C	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Semanas de gestación	6 ó menos	2758	36,5	2786	31,1	5544	33,6
	7	1627	21,6	2050	22,9	3677	22,3
	8	997	13,2	1301	14,5	2298	13,9
	9-10	856	11,4	1330	14,9	2186	13,3
	11-12	417	5,5	645	7,2	1062	6,4
	13-15	420	5,6	437	4,9	857	5,2
	16-20	329	4,4	326	3,6	655	4,0
	21 ó más	134	1,8	78	0,9	212	1,3
Motivo de la IVE	A petición mujer	6251	82,9	7694	85,9	13945	84,5
	Riesgo salud física o psíquica mujer	833	11,1	1129	12,6	1962	11,9
	Graves anomalías fetales	433	5,7	125	1,4	558	3,4
	Anomalías fetales incompatibles vida	21	0,3	5	0,1	26	0,2
<b>Total</b>		<b>7538</b>	<b>100</b>	<b>8953</b>	<b>100</b>	<b>16491</b>	<b>100</b>

**Tasa/país de nacimiento:** Si analizamos la evolución entre 2005 y 2014 de las tasas por país de nacimiento, en las mujeres foráneas el descenso comenzó en 2007 siendo mayor en 2009 y manteniéndose desde entonces y siendo más acusado entre 2013 y 2014. Las tasas para españolas en 2013 fueron de 8,78 IVE por mil mujeres y en 2014 de 8,85 IVE por mil mujeres; en mujeres foráneas en 2013 fue de 26,13 por mil mujeres y en 2014 de 24,13 por mil mujeres (figura 3).

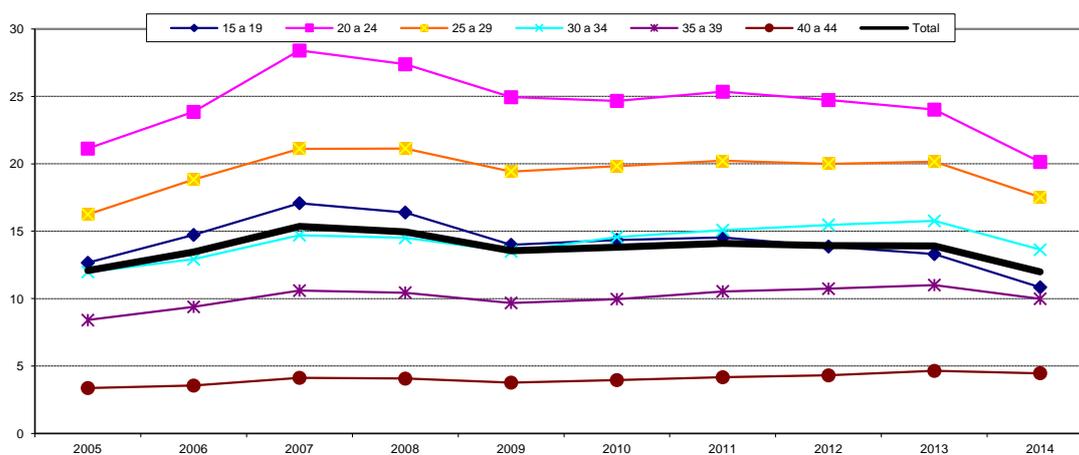
**Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, año 2014.**

Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	9-15 semanas		<9 semanas (precoz)		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15 años	29	42,0	28	40,6	12	17,4	69	100,0
15-19 años	446	29,5	995	65,8	71	4,7	1512	100,0
20-24 años	839	25,6	2302	70,4	130	4,0	3271	100,0
25-29 años	881	24,2	2612	71,7	149	4,1	3642	100,0
30-34 años	878	24,5	2496	69,6	210	5,9	3584	100,0
35-39 años	718	23,6	2125	70,0	194	6,4	3037	100,0
40-44 años	289	22,8	883	69,6	97	7,6	1269	100,0
>44 años	25	23,4	78	72,9	4	3,7	107	100,0
<b>Total</b>	<b>4105</b>	<b>24,9</b>	<b>11519</b>	<b>69,9</b>	<b>867</b>	<b>5,3</b>	<b>16491</b>	<b>100,0</b>

**Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años por país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2005-2014.**

**Grupos de edad:** En todos los grupos de edad la frecuencia aumenta hasta 2007. La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2007 alcanzó 28,4 por mil mujeres, en 2013 la tasa registrada ha sido 24,01 por mil mujeres. También se ha registrado descenso en el grupo entre 15 y 19 años (17,1 por mil mujeres en 2007 frente a 13,30 por mil mujeres en 2013) (figura 4).

**Figura 4. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2004-2013.**



**Tasa/municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil:** Como en los últimos años, solo los municipios de Madrid y Parla, presentan tasas por encima de la media. En 2014 Alcorcón es el municipio con menor tasa (9,44 IVE por mil mujeres) (tabla 4).

**Tabla 4. Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, año 2004-2013.**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A. HENARES	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09	10,73
ALCOBENDAS	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51	11,16
ALCORCON	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82	9,44
FUENLABRADA	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41	10,15
GETAFE	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26	10,84
LEGANES	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88	10,67
MADRID	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07	14,32
MOSTOLES	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07	10,74
PARLA	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89	14,03
T. ARDOZ	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89	11,93
RESTO CM	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11	8,96
<b>TOTAL CM</b>	<b>12,08</b>	<b>13,49</b>	<b>14,68</b>	<b>14,95</b>	<b>13,54</b>	<b>13,80</b>	<b>14,09</b>	<b>13,92</b>	<b>13,89</b>	<b>11,98</b>

## 2.3 Datos de la notificación

Las notificaciones de las IVE descritas en este informe provienen de las 7 clínicas autorizadas en la CM para la práctica de la IVE, a las que se añaden 9 IVE que fueron informadas desde los Hospitales Públicos.

Para completar la situación, aunque no se incluyen en este informe, se ha seleccionado el código 635 de la CIE-9MC: aborto legalmente inducido, en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y Cirugía Ambulatoria de la Comunidad de Madrid (CMBD) correspondiente al año 2014, encontrándose registradas otras 165 IVE. Además el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad informó de otras 21 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

## 3.- CONCLUSIONES

En 2014 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.327 IVE, un 16,7% menos que las registradas en 2013. De ellas 16.491 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid, que representan una tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años del 11,98 por mil mujeres, dos puntos por debajo de la correspondiente a 2013 (13,89 por mil mujeres). Es posible que parte de este descenso obedezca a la no notificación de IVE farmacológicas, que en otras CCAA donde existen protocolos de seguimiento para éstas, por ejemplo en Cataluña, representaron el 29% de su total y en la C. Valenciana el 23%.

La mayoría de la IVE (82,1%) fue a mujeres de 20 a 39 años. Y más de la mitad (54,3%) eran foráneas.

Más de la mitad de las mujeres (53,8%) tienen hijos/as a su cargo y casi la mitad (47,9%) convive en pareja. Para el 56,6% era su primera IVE.

Mayoritariamente en 2014 las mujeres (84,6%) se han acogido al primer supuesto de la ley: “a petición de la mujer” (<15 semanas). El 3,6% de los abortos fueron motivados por anomalías fetales.



## Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2015, semanas 6 a 9 (del 2 de febrero al 1 de marzo de 2015)

	Casos Semanas 6 a 9	Casos Acumulados Semanas 1 a 9	Tasas* Semanas 6 a 9	Tasas* Acumulados Semanas 1 a 9
<b>Infecciones que causan meningitis</b>				
Enfermedad meningocócica	6	12	0,1	0,2
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	2	6	0,0	0,1
Meningitis bacterianas, otras	4	12	0,1	0,2
Meningitis víricas	6	18	0,1	0,3
Enfermedad neumocócica invasora	71	119	1,1	1,8
<b>Hepatitis víricas</b>				
Hepatitis A	2	7	0,0	0,1
Hepatitis B	8	10	0,1	0,2
Hepatitis víricas, otras				
<b>Enfermedades transmisión por alimentos</b>				
Botulismo	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	2	3	0,0	0,0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0
<b>Enfermedades transmisión respiratoria</b>				
Gripe	42543	105671	659,1	1637,2
Legionelosis	8	19	0,1	0,3
Varicela	433	1049	6,7	16,3
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>				
Infección Gonocócica	42	92	0,7	1,4
Sífilis	22	47	0,3	0,7
<b>Antropozoonosis</b>				
Brucelosis	1	1	0,0	0,0
Leishmaniasis	7	11	0,1	0,2
Rabia	0	0	0	0
<b>Enfermedades prevenibles inmunización</b>				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	38	96	0,6	1,5
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	27	61	0,4	0,9
<b>Enfermedades importadas</b>				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	3	10	0,0	0,2
Peste	0	0	0	0
<b>Tuberculosis</b>				
Tuberculosis	68	120	1,1	1,9
<b>Enfermedades notificadas por sistemas especiales</b>				
Encefalopatía Espongiforme trans. humana	1	1	0,0	0,0
Lepra	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0
Parálisis flácida aguda (<15 años)	0	0	0	0

\* Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



## BROTOS EPIDÉMICOS

### COMUNIDAD DE MADRID

#### SEMANAS 6 a 9 (del 2 febrero al 1 de marzo de 2015)

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.

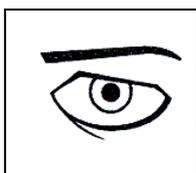
#### Brotes de origen alimentario. Año 2015. Semanas 6-9

Lugar de consumo	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 6-9			Semanas 1-9			Semanas 1-9		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	4	143	1	6	156	1	3	9	3
Centros educativos	0	0	0	1	25	1	2	70	0
Domicilios	2	8	4	3	16	4	4	12	1
Residencias no geriátricas	0	0	0	1	6	0	0	0	0
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	1	4	0
Otros lugares	0	0	0	0	0	0	1	17	0
Residencias geriátricas	0	0	0	0	0	0	1	41	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>151</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>203</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>153</b>	<b>5</b>

#### Brotes de origen no alimentario. Año 2015. Semanas 6-9

Tipo de brote*	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 6-9			Semanas 1-9			Semanas 1-9		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	3	125	3	6	186	6	7	398	6
Conjuntivitis vírica	3	76	0	4	79	0	1	70	0
Varicela	3	15	0	5	28	1	2	30	1
Tos ferina	5	11	2	8	17	3	4	13	2
Parotiditis	2	4	0	2	4	0	1	2	0
Escarlatina	1	4	0	1	4	0	1	6	0
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Escabiosis	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Legionelosis	1	2	2	1	2	2	0	0	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>237</b>	<b>7</b>	<b>29</b>	<b>325</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>519</b>	<b>9</b>

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



## RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2015, semanas 6 a 9  
(Del 2 de febrero al 1 de marzo de 2015)**

*Esta sección incluye información mensual procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 122 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (170.450 habitantes, 2,6% de la población). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública.*

[http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina\\_me=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_servicioPrincipal&vest=1265618561630](http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina_me=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630)

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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 81,2% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2015.

**TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 6 a 9 de 2015.**

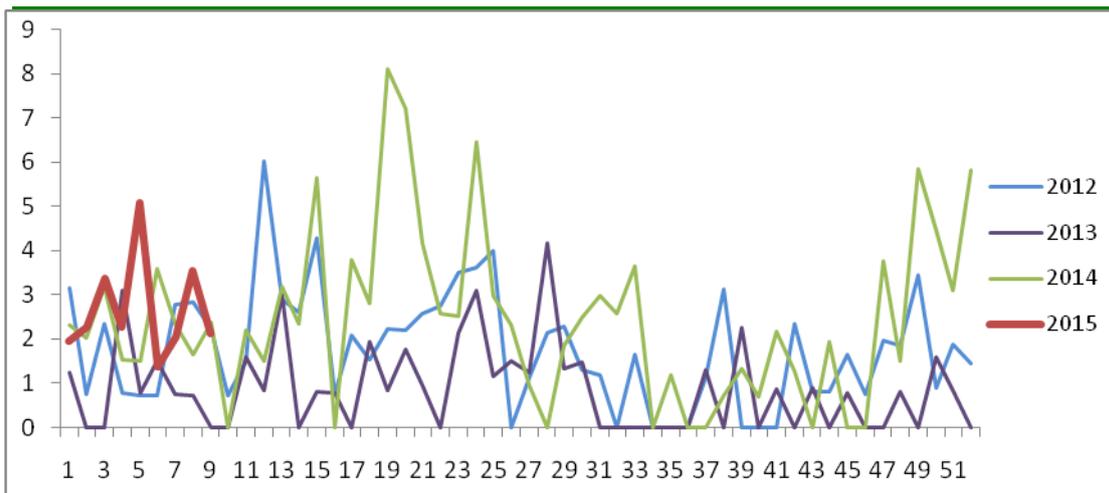
	Sem. 6 a 9 de 2015	Año 2015
Gripe*	733	2147*
Varicela	13	31
Herpes zoster	35	64
Crisis asmáticas	67	160

<sup>a</sup> De la semana 40 de 2014 hasta la 20 de 2015

## VARICELA

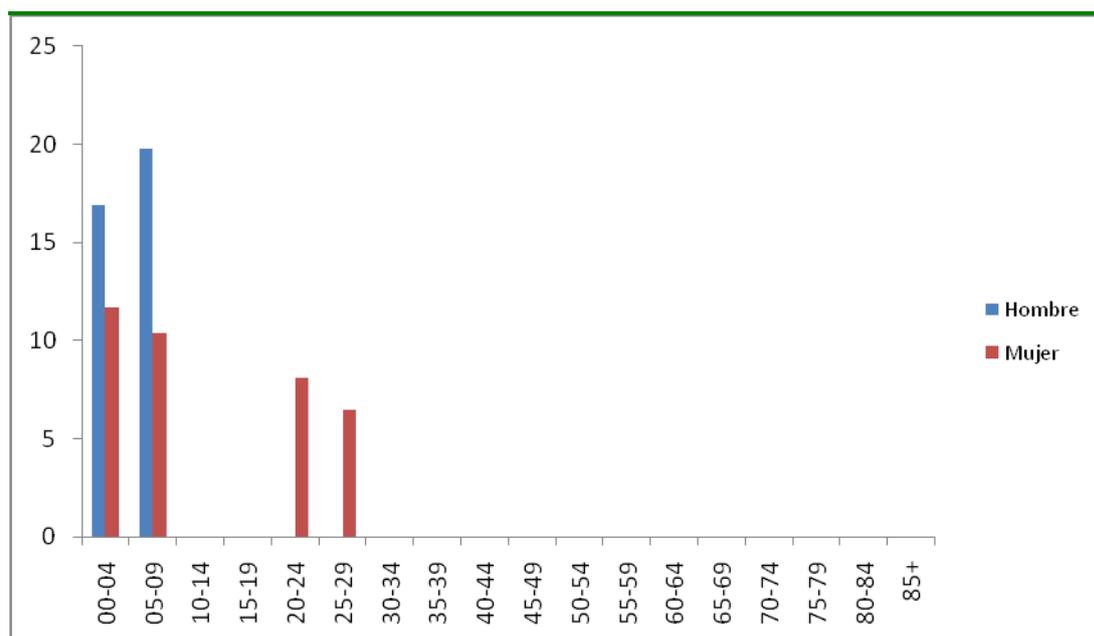
Durante las semanas 6 a 9 del año 2015 se han declarado 13 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 9,11 casos por 100.000 personas (IC 95%: 4,17 – 14,05). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2012-2014 y desde la semana 1 a la 9 de 2015.

**GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2012-2015.**



De los 13 casos notificados, 7 (54%) eran hombres y 6 (46%) mujeres. El 84% de los casos son menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

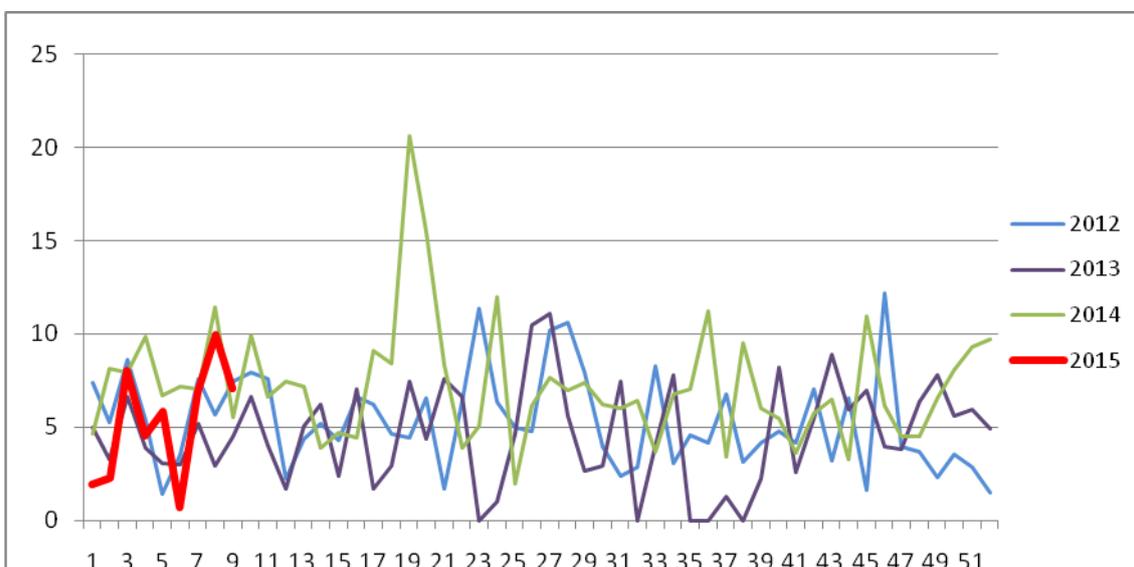
**GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 6 a 9 de 2015**



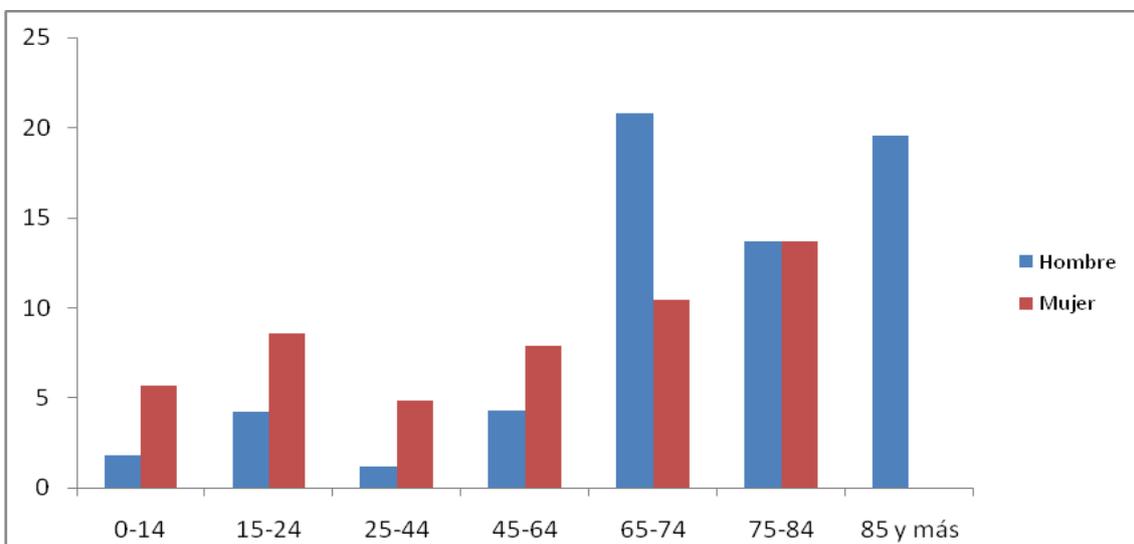
## HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 35 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 6 a 9 de 2015, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 24,54 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 16,42 – 32,65). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2012 hasta la semana 9 de 2015. El 60% de los casos se dio en mujeres (21 casos). El 66% de los casos se dieron en mayores de 44 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el gráfico 4.

**GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2012-2015.**

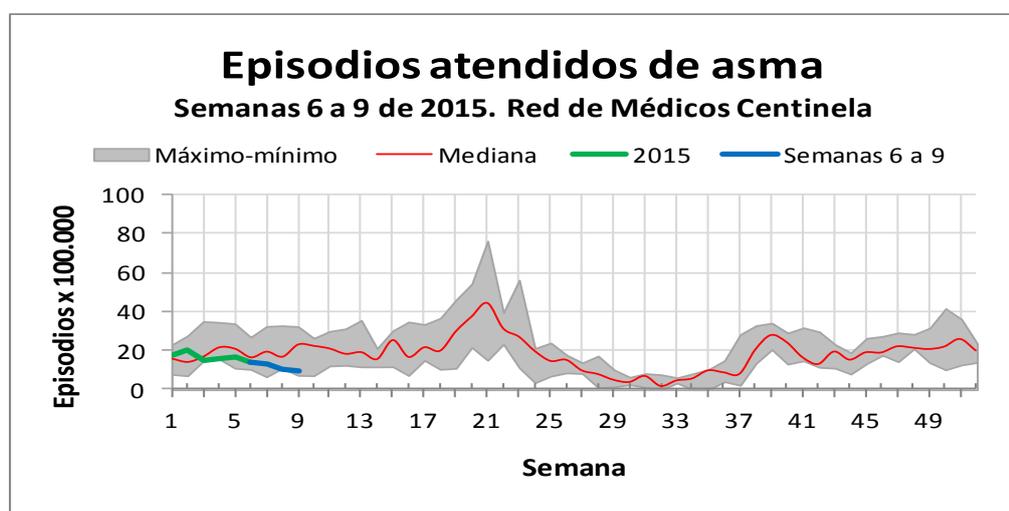


**GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 6 a 9 de 2015.**



## CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 6 a 9 de 2015 la Red de Médicos Centinela notificó 67 episodios de asma (48 corresponden a menores de 15 años y 19 a mayores de 14). Se representan los episodios atendidos semanales por 100.000 habitantes, junto con el canal epidémico formado por los valores semanales máximo, mínimo y mediana de los últimos 5 años. La incidencia fue baja, como es habitual en esta época del año.



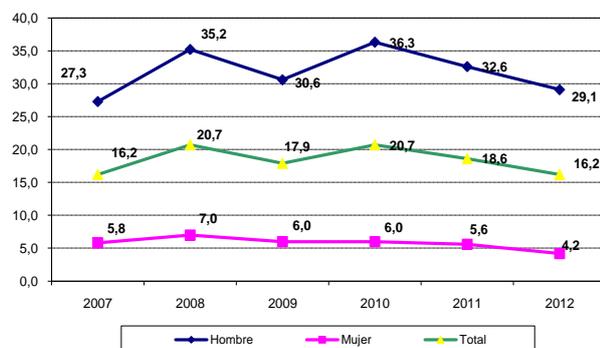


## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

### CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. Febrero 2015.

Desde el año 2007 hasta el 31 de enero de 2015 se han notificado 8.155 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 84,4% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,6). El 45,5% habían nacido fuera de España. Un 3% (246) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

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

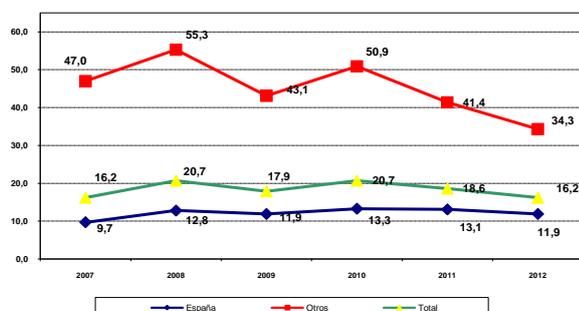


\* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.  
Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 12,3; H: 22,4; M: 3,0

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

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
<b>2007</b>	804	81,6	181	18,4	985
<b>2008</b>	1069	82,5	227	17,5	1296
<b>2009</b>	947	82,8	197	17,2	1144
<b>2010</b>	1135	85,0	200	15,0	1335
<b>2011</b>	1021	84,4	188	15,6	1209
<b>2012</b>	910	86,5	142	13,5	1052
<b>2013*</b>	701	87,5	100	12,5	801
<b>2014-15*</b>	292	87,7	41	12,3	333
<b>Total</b>	6879	84,4	1276	15,6	8155

\*Años no consolidados

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

\* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.  
Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 12,3; E: 9,2; O: 25,7

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

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
UDI	187	4,6	76	2,7	47	12,3	9	1,0
HSH	3131	77,2	1949	69,2				
HTX	378	9,3	596	21,1	297	77,5	865	96,9
Otros	8	0,2	15	0,5	16	4,2	8	0,9
Desconocido /N.C.	354	8,7	185	6,5	23	6,0	11	1,2
Total	4058	100	2821	100	383	100	893	100

\* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

## Retraso en el diagnóstico

El 16,7% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 14,7% en autóctonos y del 19% en foráneos.

**Tabla 3.**

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

	N	Infecciones agudas y recientes	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/μl)	DT (<350 células/μl)	<500 células/μl
2007	776	4	341	31,2	51,2	70,5
2008	1084	7	391	24,9	42,7	63,6
2009	976	19	367	28,2	46,0	64,1
2010	1098	14	397	24,3	42,3	61,5
2011	1015	21	369	27,3	46,5	64,5
2012	918	32	402	24,4	41,6	60,7
2013	719	40	414	22,9	40,1	59,2
2014	281	32	361	24,9	42,3	60,5
07 -14	6867	169	384 (RI: 185-589)	26,1	44,2	63,3

\* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 6.867 nuevos diagnósticos (84,2%).

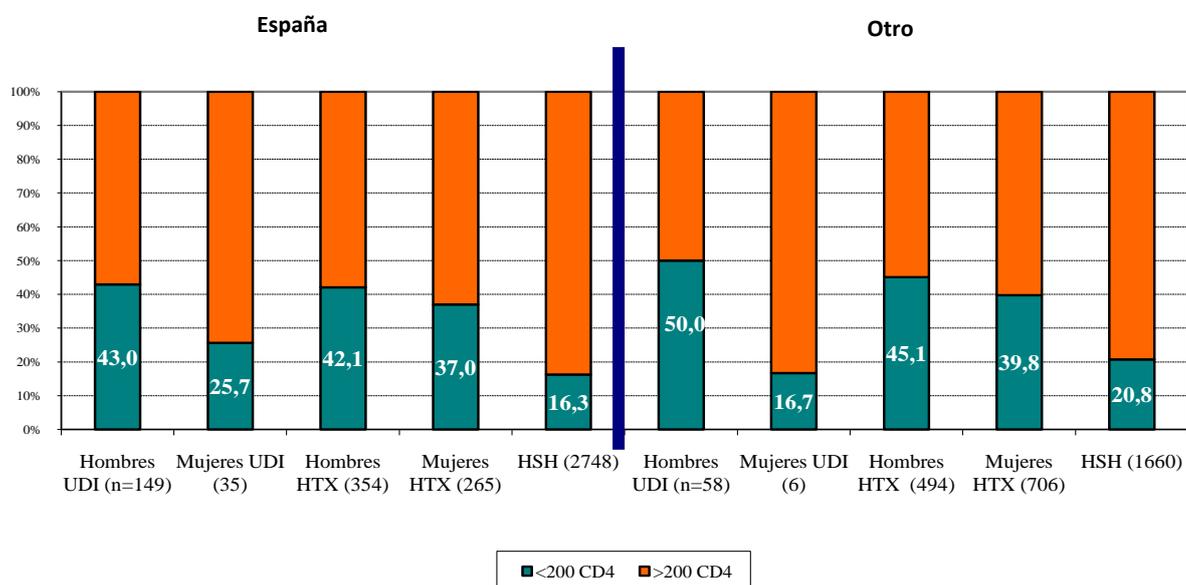
La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

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

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

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=5823)	23,9%	41,7%	61,3%
	Mujer (1044)	38,2%	58,0%	74,0%
Edad al diagnóstico de VIH	13-19 años (101)	9,9%	23,8%	42,6%
	20-29 (2032)	14,9%	33,0%	54,6%
	30-39 (2580)	25,3%	43,4%	62,6%
	40-49 (1428)	35,4%	54,0%	71,6%
	>49 años (698)	45,0%	62,8%	77,7%
Mecanismo de transmisión	UDI (248)	41,5%	58,5%	70,2%
	HTX (1819)	41,3%	60,8%	76,9%
	HSH (4408)	18,0%	35,7%	56,6%
País de origen	España (3806)	22,6%	39,1%	58,1%
	Otros: (3061)	30,4%	50,5%	69,7%
	1. Europa Occidental (261)	13,8%	33,0%	58,2%
	2. Europa Oriental (212)	35,4%	48,1%	60,4%
	3. América Latina y Caribe (1934)	29,1%	49,7%	69,3%
	4. África Subsahariana (520)	40,6%	62,9%	80,8%
5. Norte de África y Oriente Medio (62)	43,5%	61,3%	72,6%	

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

**Gráfico 3. Porcentaje de casos con presentación con enfermedad avanzada de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.**

UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.  
(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. Febrero 2015.**

Casos de sida. 2007-2014		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	314	76,0	99	24,0
	2008	315	73,3	115	26,7
	2009	304	77,4	89	22,6
	2010	275	75,8	88	24,2
	2011	246	79,6	63	20,4
	2012	206	76,0	65	24,0
	2013*	140	77,3	41	22,7
	2014*	57	79,2	15	20,8
	07-14	1857	76,4	575	23,6
Edad media (años)		41,6 ± 10,4		39,6 ± 9,8	
País de origen		España: 65,5%		España: 54,4%	
Mecanismo transmisión		HSH: 43,2%		HTX: 67,5%	

Fallecidos con infección VIH. 2007-2014		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	260	80,0	65	20,0
	2008	279	78,8	75	21,2
	2009	215	77,9	61	22,1
	2010	233	80,1	58	19,9
	2011	234	83,6	46	16,4
	2012	174	78,0	49	22,0
	2013*	83	78,3	23	21,7
	2014*	24	72,7	9	27,3
	07-14	1502	79,6	386	20,4
Edad media (años)		47,9 ± 9,7		45,0 ± 9,7	
País de origen		España: 90,9%		España: 87,0%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,6%		UDI: 64,0%	

\* Años no consolidados.

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

**[www.madrid.org/boletinepidemiologico](http://www.madrid.org/boletinepidemiologico)**

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



[www.madrid.org](http://www.madrid.org)