

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

11.

INFORMES:

- **Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2006.**







BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

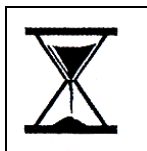
de la Comunidad de Madrid

11

Índice

INFORMES:

	- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2006.	3
	- EDO. Semanas 44 a 47 (del 29 de octubre al 25 de noviembre de 2006)	37
	- Brotes Epidémicos. Semanas 44 a 47, 2006.	40
	- Red de Médicos Centinela, semanas 44 a 47, 2006.	42



INFORME:

**HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA
COMUNIDAD DE MADRID, 2006**

**RESULTADOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN POBLACIÓN
JUVENIL (SIVFRENT-J) 2006**

Índice:

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	6
3. Metodología.....	6
4. Resultados.....	7
4.1. Ejercicio físico.....	8
4.2. Alimentación.....	10
4.3. Dietas para adelgazar y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario.....	15
4.4. Sobrepeso y obesidad.....	17
4.5. Consumo de tabaco.....	18
4.6. Consumo de alcohol.....	20
4.7. Consumo de drogas de comercio ilegal.....	25
4.8. Relaciones sexuales.....	29
4.9. Accidentes.....	30
4.10. Seguridad vial.....	31
4.11. Información sobre temas de salud.....	34
4.12. Agregación de factores.....	37
4.13. Evolución de los indicadores.....	38
5. Bibliografía.....	41

1. RESUMEN

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

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

Resultados: El 43,2% de las chicas y el 11,3% de los chicos no realizan al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas. El consumo de alimentos mantiene un patrón con escaso consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería y chucherías saladas: un 56,1% no consume al menos dos raciones de fruta al día y un 33,5% no consume al menos una de verdura; el 70,8% consumen dos o más raciones diarias de productos cárnicos, y el 27,2% dos o más de galletas o productos de bollería. En estas edades la percepción de la imagen corporal tiene gran importancia: uno de cada cuatro jóvenes percibe que tiene un exceso de peso y uno de cada cinco ha realizado dietas para adelgazar en el último año. El balance real, estimado con los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes, describe que un 17,4% de los chicos y el 7,4% de las chicas tienen sobrepeso u obesidad.

El 14,1% fuma diariamente, siendo este hábito un poco más frecuente en las mujeres, 15,3%, que en los hombres, 12,8%. La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida es de un 10,9%. Este consumo se realiza principalmente en fines de semana, lo que da lugar a frecuentes ingestas agudas: el 39,5% ha realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón “binge drinking”) y el 30,0% afirma que se ha emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente es el hachís, con un 22,9% de consumidores en los últimos 12 meses. El 27,1% refiere que le han ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 11,5% en los últimos 30 días.

El 28,8% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 11,1% no han utilizado métodos de prevención del embarazo eficaces durante la última relación.

Un 15,3% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses y la utilización del casco en moto es baja, ya que todavía el 25,9% de los jóvenes que utilizan este vehículo no emplea habitualmente protección.

Las tendencias globales desde 1996 muestran una gran mejora en numerosos indicadores, siendo especialmente importante la disminución del consumo de tabaco y de drogas de comercio ilegal. Aunque la situación actual del consumo de alcohol es mucho mejor que la de hace 11 años, desde el año 2003 se observa un cambio en la tendencia, incrementándose moderadamente los indicadores de consumo. También es favorable la utilización del cinturón de seguridad en el coche y el casco en moto. Por el contrario, empeoran diversos indicadores relacionados con el balance energético: se observa más sedentarismo en las mujeres, y menor

consumo de fruta fresca. En relación con esto, aumenta también la frecuencia de sobrepeso y obesidad, sobre todo en las mujeres.

Conclusiones: El SIVFRENT dirigido a población juvenil pone de manifiesto en el 2006 que la frecuencia de numerosos factores asociados con las conductas o hábitos de salud sigue siendo muy alta en la Comunidad de Madrid. Aunque se han realizado importantes progresos en numerosos indicadores que evolucionan positivamente hacia la consecución de los objetivos de salud pública, los relacionados con el balance energético lo hacen negativamente, especialmente en la población femenina. Esta información debe facilitar la toma de decisiones en la planificación de las actividades de prevención y promoción que permitan mejorar el control de estos factores en los jóvenes de nuestra región.

2.- INTRODUCCIÓN

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

Algunos problemas de salud como los embarazos no deseados (en la Comunidad de Madrid se producen 1928 interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años), los trastornos del comportamiento alimentario, o la accidentabilidad, cobran especial importancia y frecuencia en la edad juvenil. También en esta época se adquieren determinados comportamientos ², que se trasladan a la edad adulta provocando consecuencias a medio y largo plazo como ocurre con las enfermedades cardiovasculares o degenerativas si estos factores no se modifican ³⁻⁶.

Durante el año 2006 se ha realizado la onceava encuesta seriada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) ⁷⁻¹⁷, cuyo objetivo es el de conocer la evolución de los principales factores de riesgo ligados al comportamiento. La estructura del cuestionario y la similar metodología utilizada, permite comparar los diferentes indicadores durante estos nueve años de estudio.

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

3. METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

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

3.2. DISEÑO MUESTRAL

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

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

La **selección** de las unidades de primera etapa (centros escolares) se ha realizado con probabilidad proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados. La selección de las unidades de segunda etapa ha sido constante, muestreando dos aulas por centro escolar.

Como **fuentes de datos** para la selección muestral se ha utilizado el censo de centros escolares facilitado por la Consejería de Educación.

El **tamaño muestral** ha sido de 1954 entrevistas distribuidas en 95 aulas de 48 centros escolares.

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

El **período de realización** de las entrevistas se ha desarrollado durante abril de 2006.

3.3. CUESTIONARIO

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

3.4. PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES

El error estándar del estimador se ha calculado teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo de conglomerados, mediante el programa STATA versión 6.0¹⁸.

4. RESULTADOS

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

Todos los centros inicialmente seleccionados colaboraron en el estudio. Un 13,4% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta y 9 cuestionarios se descartaron durante el control de inconsistencias. La **tasa de respuesta global** fue del 86,2%.

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

TABLA 1
Tamaño, tasa de respuesta y características de la muestra del SIVFRENT-J 2006

Tamaño muestral:	
N° estudiantes	1954
N° Colegios	48
N° aulas	95
Tasa de respuesta (%)	
Colegios	100
Estudiantes	86,2
Global	86,2
Género (%)	
Hombres	46,6
Mujeres	53,4
Edad (%)	
15	46,4
16	36,9
17 y más	16,7
Titularidad (%)	
Pública	50,7
Privada	49,3

4.1. EJERCICIO FÍSICO

Una gran parte de los jóvenes, un 76,9%, realizan alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar la mayoría de los días. Sin embargo, un 5,2% de los chicos y un 14,4% de las chicas no llegan a realizar algún tipo de actividad de forma regular al menos 3 veces a la semana.

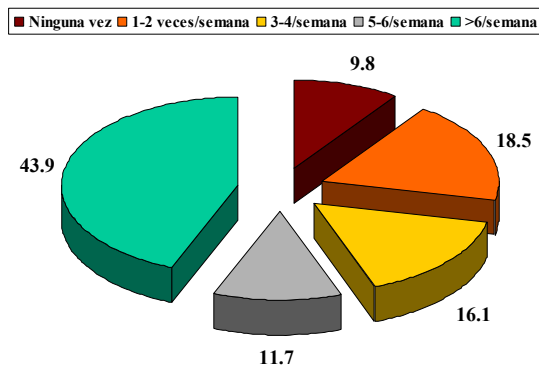
Si consideramos la frecuencia de realización de **actividades vigorosas o intensas** (definidas en esta encuesta como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo), la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 28,4%, destacando que un 9,8% no realizan ninguna vez estas actividades (gráfico 1). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 11,3% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 43,2% de las chicas.

En la tabla 3 podemos apreciar las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas con al menos una periodicidad semanal. En los chicos, el deporte más frecuentemente practicado con gran diferencia sobre el siguiente es el fútbol, dado que un 69,1% lo practica alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar el baloncesto. En las chicas, el baile/ballet es la actividad preferida, seguido de las pesas/gimnasia con aparatos.

Comparando la estimación promedio del 2005-2006 con la de 1996-1997, de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (gráfico 2), se observa un incremento porcentual del 16,5% en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.

Gráfico 1

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



Fuente: SIVFRENT-J 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

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

TABLA 2

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

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	10,1 (±1,8)*	5,2 (±1,4)	14,4 (±3,1)	14,4 (±2,3)	10,3 (±1,9)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	28,4 (±2,9)	11,3 (±2,2)	43,2 (±4,6)	28,9 (±4,0)	28,3 (±3,5)

* Intervalo de confianza al 95%

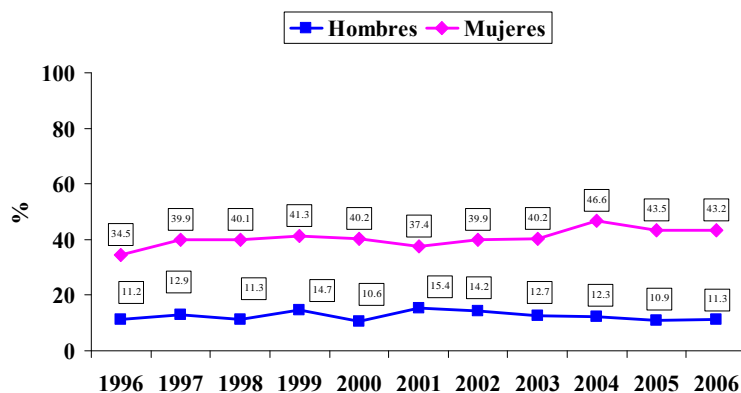
TABLA 3

Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género

HOMBRES		MUJERES	
1. Fútbol	69,1%	1. Baile/ballet	31,0%
2. Baloncesto	42,7%	2. Pesas/Gimnasia con aparatos	19,0%
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	35,5%	3. Footing	18,9%
4. Footing	32,0%	4. Baloncesto	17,9%
5. Bicicleta	29,8%	5. Natación	17,4%

Gráfico 2

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO REALIZAN EJERCICIO FÍSICO INTENSO* 3 O MAS DÍAS A LA SEMANA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

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

4.2. ALIMENTACIÓN

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

LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS

El consumo de este grupo de alimentos es de 3,5 raciones diarias, correspondiendo aproximadamente la mitad al consumo de leche y la otra a los derivados lácteos (yogur y queso).

El 14,4% de los jóvenes no llegan a consumir una ración de leche al día, y un 57,8% no alcanza las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche descremada o parcialmente descremada es muy frecuente: un 60,2% de las chicas y un 44,0% de los chicos que toman este producto lo consumen de forma habitual con menor cantidad de grasa.

Con el aporte de derivados lácteos el consumo de este grupo de alimentos tiende a incrementarse, aunque todavía un 42,2% de los jóvenes consumen menos de tres raciones diarias.

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

FRUTA Y/O ZUMOS

El consumo medio de fruta es de 1,7 raciones diarias, que se ve incrementado a 3,2 si incluimos los zumos. Un 28,2% de los jóvenes no llegan a consumir una ración diaria de fruta, y un 56,1% no ingiere las dos recomendadas. Tanto el consumo medio como la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones de fruta al día, continua siendo superior en las chicas que en los chicos.

Si comparamos el promedio 2005-2006 frente a 1996-1997, se observa un aumento de la proporción de jóvenes que no consumen al menos 2 raciones de fruta al día, del 18,6% en los chicos y 13,2% en las chicas (gráfico 4).

VERDURA Y HORTALIZAS

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) es de 1,4 raciones diarias. Un 33,5% de los jóvenes consumen menos de una ración diaria. Su consumo es mucho más frecuente en las chicas que en los chicos, tanto a nivel de ingesta media, como en la proporción de jóvenes que consumen menos de una ración al día.

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

Valorando conjuntamente el consumo de fruta y verduras, grupo de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que alrededor de 1 de cada 2 jóvenes no alcanza a consumir 3 raciones/día (el 56,7% de los chicos y el 41,9% de las chicas).

CARNE Y DERIVADOS

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

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

Aún siendo muy elevada, la proporción de jóvenes que consumen 2 o más raciones diarias de productos cárnicos ha descendido ligeramente, un 8,3% en chicos y chicas (gráfico 6).

GALLETAS Y BOLLERÍA

El consumo de este tipo de alimentos es de 1,2 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que lo consumen dos o más veces al día es de un 27,2%, observándose una mayor frecuencia en los chicos (29,3%) que en las chicas (25,4%). No se encuentran diferencias según la edad.

En los chicos se observa una disminución del 15,6% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas del 17,5% (gráfico 7).

OTROS ALIMENTOS

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

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

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

El consumo de estos productos continúa muy extendido en la población adolescente. El 15,6% de los chicos y el 17,4% de las chicas consumen chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Los jóvenes con elevados consumos de este producto tienen un perfil alimentario más desequilibrado, con mayor ingesta de productos cárnicos y menor de fruta y verdura.

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

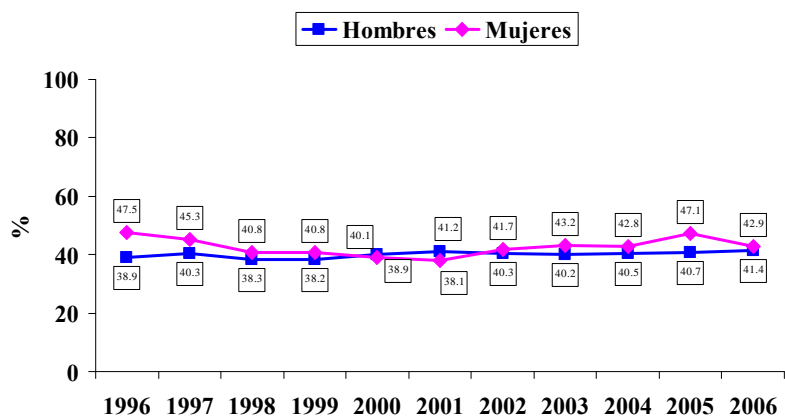
TABLA 4
Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
% Consumo <1 ración de leche/día	14,4 (±1,7)*	10,0 (±2,1)	18,3 (±2,3)	12,1 (±2,4)	15,5 (±2,8)
% Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	42,2 (±2,1)	41,4 (±3,0)	42,9 (±2,7)	39,3 (±3,3)	43,7 (±3,8)
% Consumo <2 raciones de fruta/día	56,1 (±2,9)	61,5 (±3,6)	51,5 (±4,1)	54,8 (±3,8)	56,0 (±3,2)
% Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	33,5 (±3,1)	40,1 (±3,7)	27,7 (±3,2)	33,3 (±3,5)	32,5 (±4,2)
% Consumo ≥2 raciones productos cárnicos/día	70,8 (±2,2)	74,0 (±3,1)	68,1 (±3,0)	70,5 (±3,0)	69,8 (±3,4)
% Consumo ≥2 raciones de galletas, bollería/día	27,2 (±2,3)	29,3 (±3,0)	25,4 (±3,3)	26,8 (±2,9)	26,0 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 3

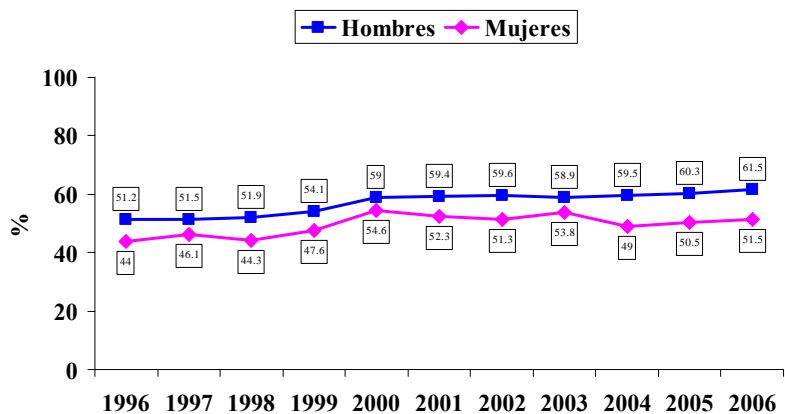
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <3 RACIONES DE LECHE Y DERIVADOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

Gráfico 4

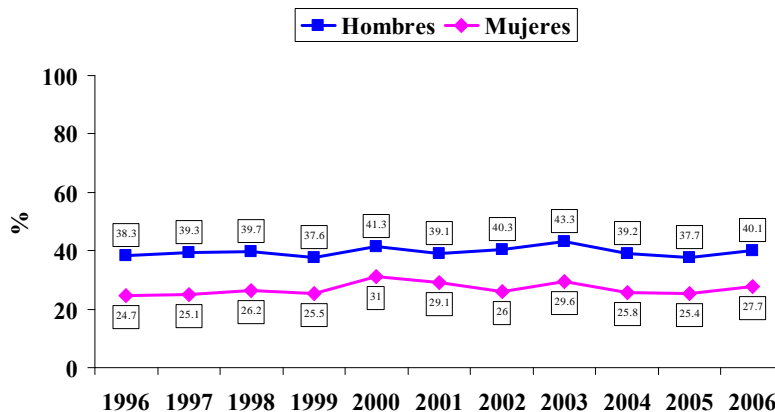
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <2 RACIONES DE FRUTA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

Gráfico 5

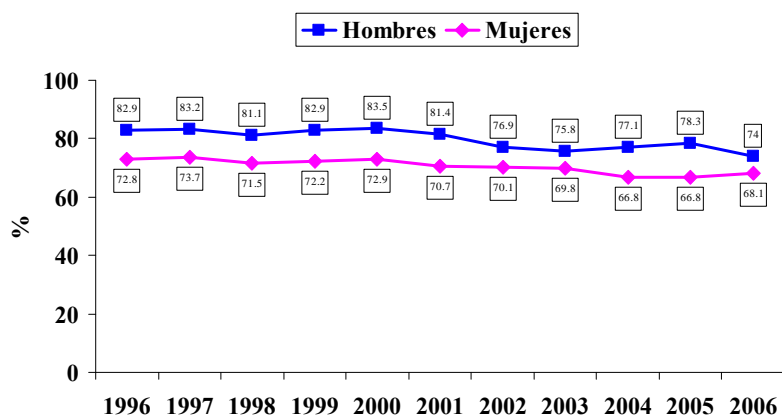
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <1 RACIÓN DE VERDURA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

Gráfico 6

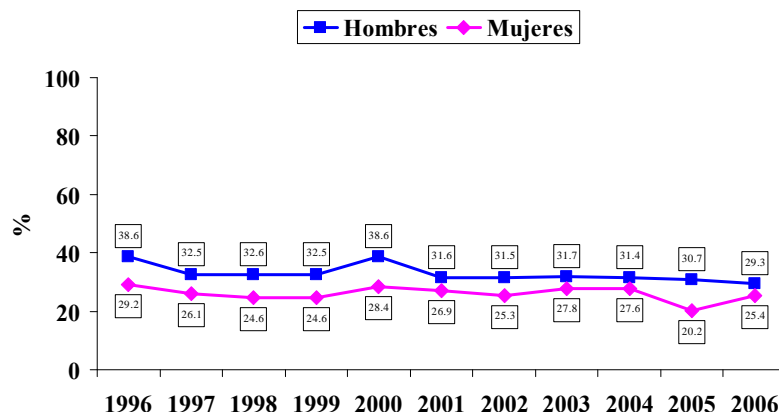
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE >=2 RACIONES DE PRODUCTOS CÁRNICOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

Gráfico 7

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE
 ≥2 RACIONES DE BOLLERÍA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS.
 COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

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

El 15,9% de los chicos y el 33,3% de las chicas consideran que tienen exceso de peso o que están obesos.

El 29,0% de los jóvenes afirma haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 21,5% han llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizan 4,8 veces más frecuentemente dietas para adelgazar que los chicos, alcanzando una prevalencia del 34,1%.

En los años 2005-2006 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de chicos que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 40,4%. En las chicas este incremento es del 19,4% (gráfico 8).

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

El 3,6% de los chicos y el 17,7% de las chicas responde afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 5,3% del total de mujeres responde a dos y el 1,4% a los tres). Concretamente, durante el último año el 12,2% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 9,5% se han provocado vómitos para perder peso, y un 4,8% han utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

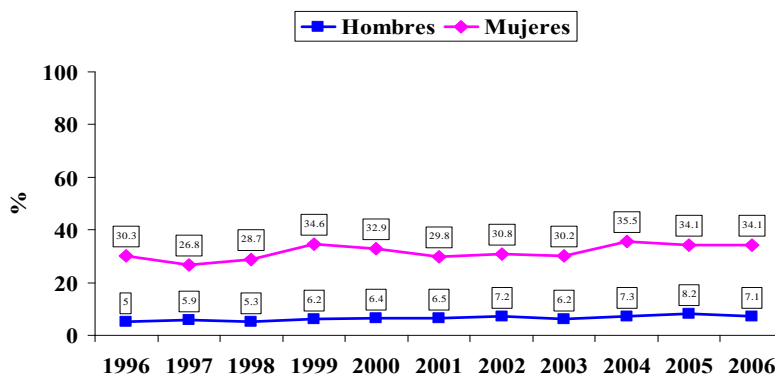
TABLA 5
Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	25,1 (±2,5)*	15,9 (±2,3)	33,3 (±3,0)	24,7 (±3,1)	24,5 (±3,5)
Realización de dietas en los últimos 12 meses	29,0 (±2,4)	14,4 (±2,2)	41,9 (±3,5)	26,7 (±3,4)	32,2 (±3,8)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	21,5 (±2,0)	7,1 (±1,6)	34,1 (±3,1)	19,7 (±3,1)	24,5 (±3,3)
No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	7,9 (±1,4)	3,0 (±1,0)	12,2 (±2,3)	6,1 (±1,5)	9,8 (±2,1)
Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	5,4 (±1,4)	1,1 (±0,5)	9,1 (±2,4)	5,4 (±1,9)	5,1 (±1,7)
Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	2,9 (±0,8)	0,8 (±0,5)	4,8 (±1,4)	2,5 (±1,1)	3,5 (±1,3)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 8

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

4.4. SOBREPESO Y OBESIDAD

Se ha calculado el Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso en Kg/talla en m², a partir de los datos de peso y talla referidos por el entrevistado. Para estimar el sobrepeso y obesidad se ha utilizado los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al.¹⁹. Conviene mencionar que la magnitud, al estar basada en datos subjetivos, está infraestimada respecto a la prevalencia observada en mediciones objetivas²⁰. Teniendo en cuenta el error de medida para el sobrepeso y obesidad de forma conjunta, la prevalencia real sería un 50% superior a la observada de forma subjetiva²⁰.

El 11,0% y 1,1% de los jóvenes tiene sobrepeso y obesidad, siendo aproximadamente el doble de frecuente ambas estimaciones en los hombres que en las mujeres.

La evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad muestra bastante estabilidad en los hombres. Por el contrario, las mujeres presentan un incremento del 38,5% al comparar la frecuencia observada en 2005-2006 respecto a 1996-1997 (gráfico 9)

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

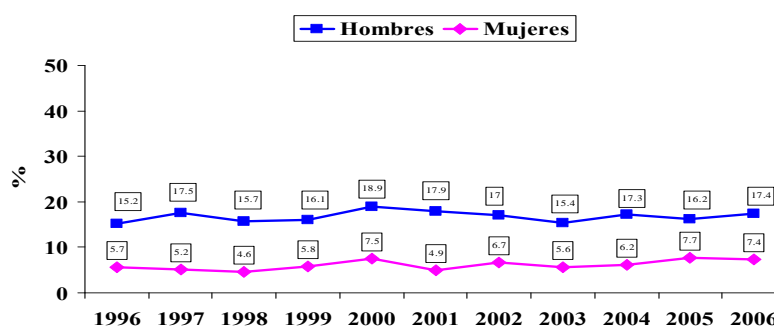
	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Sobrepeso	11,0 (±1,9)*	15,5 (±3,0)	6,9 (±1,7)	10,3 (±2,6)	9,7 (±2,2)
Obesidad	1,1 (±0,4)	1,8 (±0,9)	0,5 (±0,4)	0,7 (±0,5)	1,5 (±0,8)

* Intervalo de confianza al 95%

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

Gráfico 9

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON SOBREPESO U OBESIDAD*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

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

4.5. CONSUMO DE TABACO

En el gráfico 10 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, el 29,8% fuma con mayor o menor asiduidad, un 54,3% no fuma, y el 15,9% son exfumadores. Del total de jóvenes, el 14,1% fuma diariamente, y el 8,9% fuma alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 23,1% de fumadores habituales.

La proporción de jóvenes que **fuma diariamente** es superior en las mujeres (15,3%) que en los hombres (12,8%), y la prevalencia se incrementa rápidamente con la edad: el 13,8% de los jóvenes de 16 años fuma diariamente frente al 10,1% en los que tienen 15 años.

La prevalencia del **consumo excesivo** de tabaco, definido como un consumo superior a 10 cigarrillos al día, es del 3,3% en hombres y 3,1% en mujeres.

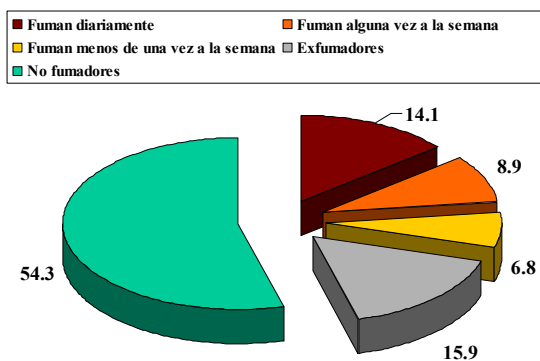
El 10,5% del total de entrevistados tienen **permiso de los padres** para fumar, aumentando al 35,6% en aquellos jóvenes que fuman diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar es mayor en el caso de que los padres fumen. Cuando no fuma ninguno tienen permiso el 7,2%, cuando fuma uno el 14,6%, y cuando fuman los dos el 17,6%.

La influencia del entorno familiar a la hora de adquirir determinadas conductas de salud se manifiesta claramente en el caso del consumo de tabaco. Cuando uno de los padres fuma el consumo de tabaco (de forma diaria) de los hijos es del 17,6%, aumentando al 24,6% en el caso de que fumen ambos, mientras que cuando ninguno fuma la frecuencia se reduce al 10,4%.

Si comparamos el promedio de los dos últimos años frente a los dos primeros se observa una disminución porcentual del 47,3% en los chicos y del 45,8% en las chicas (gráfico 11). La permisividad de los padres respecto al consumo de tabaco de los hijos continua descendiendo, habiéndose reducido a la mitad el número de jóvenes que tienen permiso para fumar respecto a una década atrás (gráfico 12).

Gráfico 10

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



Fuente: SIVFRENT-J 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

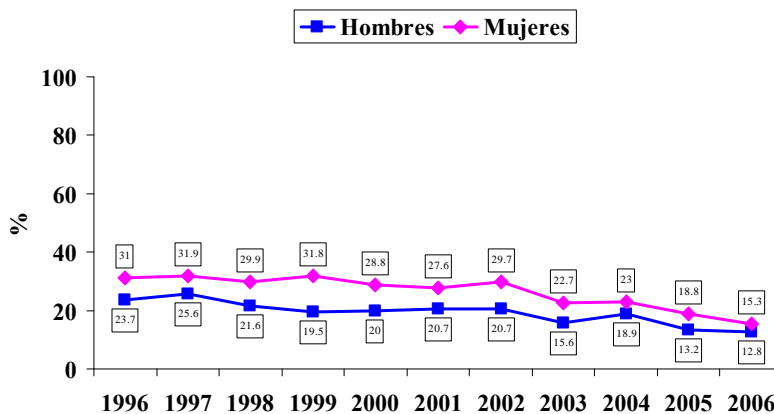
TABLA 7
Proporción de jóvenes fumadores diarios y permiso de los padres para fumar, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Fumadores diarios	14,1 (±2,5)*	12,8 (±3,1)	15,3 (±3,2)	10,1 (±2,5)	13,8 (±3,0)
Fumadores >10 cigarrillos	3,2 (±0,9)	3,3 (±1,1)	3,1 (±1,3)	0,7 (±0,5)	4,4 (±1,6)
Permiso de los padres para fumar	10,5 (±1,4)	11,3 (±1,9)	9,9 (±2,0)	7,4 (±1,4)	9,8 (±1,7)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 11

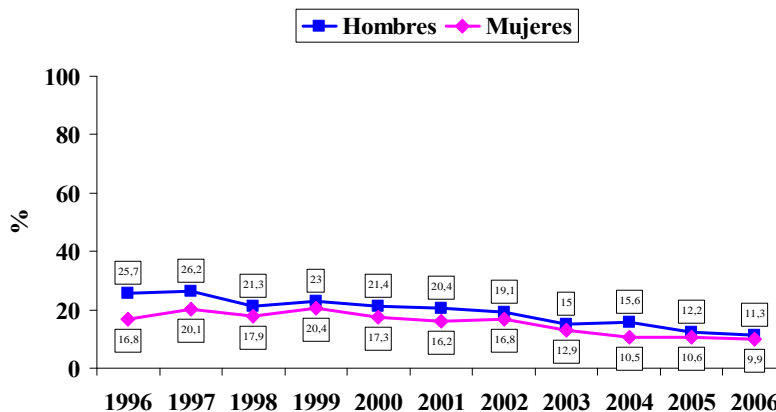
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE FUMADORES DIARIOS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

Gráfico 12

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON PERMISO DE LOS PADRES PARA FUMAR. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

4.6 . CONSUMO DE ALCOHOL

El 64,6% de los jóvenes ha consumido algún tipo de bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la entrevista, y el 15,0% (18,5% de los chicos y 11,9% de las chicas) ha ingerido alcohol 6 o más días.

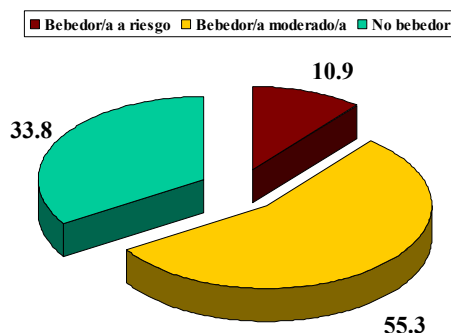
El **consumo medio** de bebidas alcohólicas supone una ingesta de 105 cc. de alcohol puro semanal. Los chicos, con una media de 123 cc., tienen un consumo superior al de las chicas (90 cc.). Asimismo, se observa un incremento del consumo, 114 cc. frente a 82 cc., en los chicos de 16 años respecto a los de 15.

La bebida consumida con mayor frecuencia, tanto en los chicos como en las chicas, es el combinado o cubata.

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

Globalmente, el 10,9% de los jóvenes son clasificados como **bebedores a riesgo**, el 55,3% como bebedores moderados, y el 33,8% como no bebedores (gráfico 13). La proporción de bebedores a riesgo es ligeramente superior en mujeres que en hombres, y en jóvenes de 16 años (12,0%) frente a los de 15 (7,5%).

Gráfico 13

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

Fuente: SIVFRENT-J 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

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

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

El **consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión** (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 39,5% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo un poco más frecuente en los hombres que en las mujeres (43,4% frente al 36,1%), y en los jóvenes de 16 años (42,1%) respecto a los de 15 (33,5%).

El 53,8% afirma haberse **emborrachado** alguna vez en los últimos 12 meses, y el 30,0% en los últimos 30 días.

Por último, el 18,1% de los jóvenes ha **viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol**.

A pesar de que la prevalencia actual de consumo de alcohol es inferior a la de los primeros años de la serie (disminución relativa de los bebedores a riesgo de un 47,8% en los chicos y un 15,1% en las chicas), desde el 2003 se aprecia un ligero o moderado incremento de los principales indicadores de consumo, especialmente el de intoxicación o borracheras (gráficos 14-17).

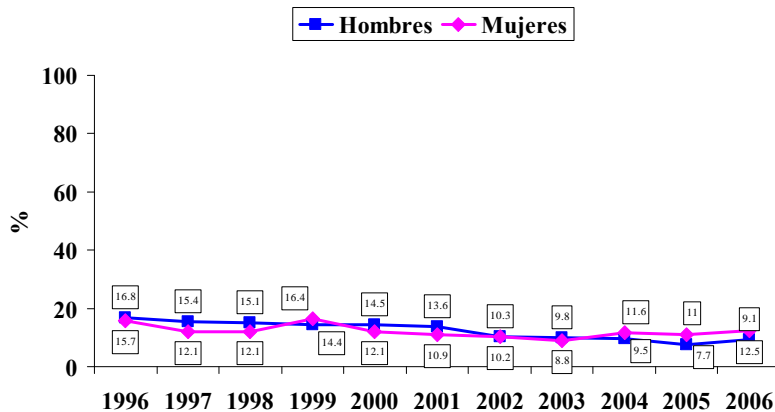
TABLA 8
Proporción de bebedores a riesgo, de consumo excesivo de alcohol y de haber viajado con el conductor bajo los efectos del alcohol, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	10,9 (±2,0)*	9,1 (±2,3)	12,5 (±2,7)	7,5 (±2,3)	12,0 (±2,5)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	39,5 (±2,9)	43,4 (±4,5)	36,1 (±3,4)	33,5 (±3,7)	42,1 (±4,4)
Borrachera en los últimos doce meses	53,8 (±3,5)	52,1 (±4,9)	55,3 (±4,1)	47,6 (±5,2)	57,2 (±4,1)
Borrachera en los últimos 30 días	30,0 (±3,1)	31,3 (±4,3)	28,8 (±3,4)	25,2 (±3,9)	31,4 (±3,9)
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	18,1 (±2,2)	18,9 (±3,0)	17,5 (±2,7)	12,3 (±2,2)	18,9 (±3,0)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 14

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006

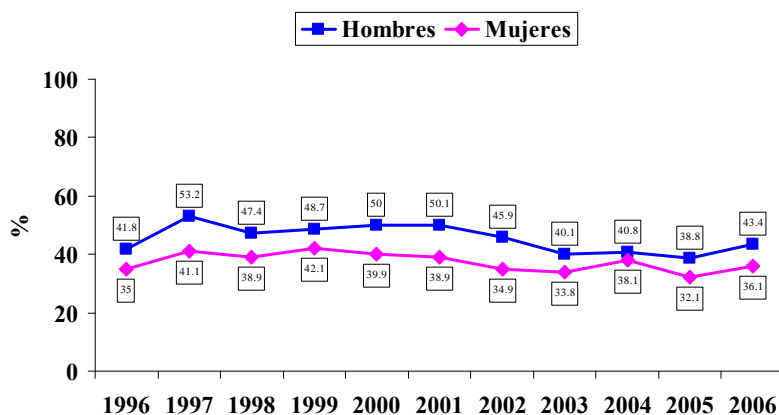


Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

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

Gráfico 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO EXCESIVO* EN UNA MISMA OCASIÓN EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006

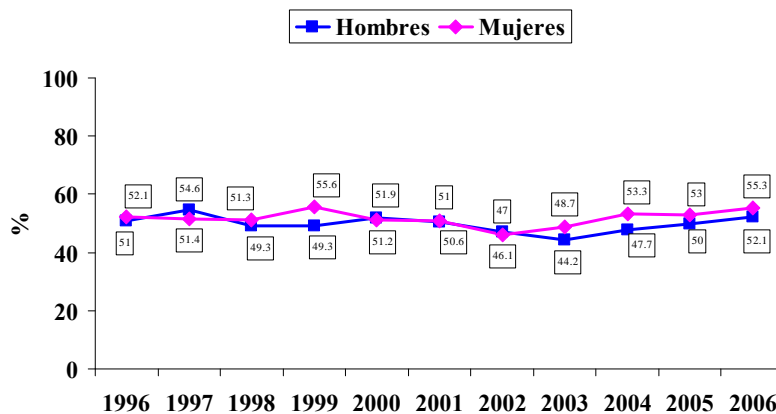


Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

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

Gráfico 16

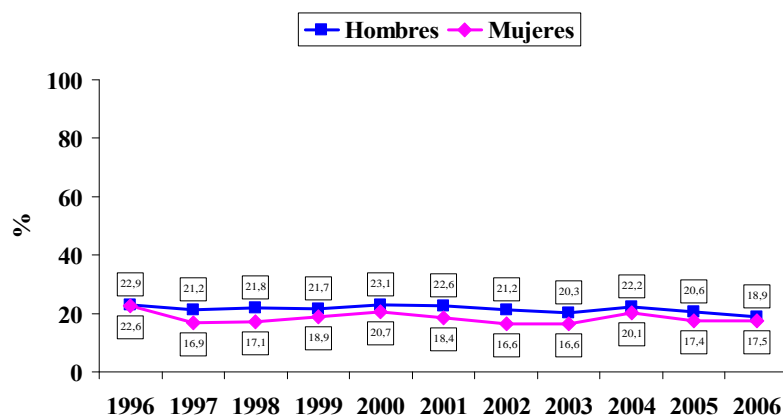
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE SE HAN EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

Gráfico 17

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN VIAJADO EN UN VEHÍCULO CON EL CONDUCTOR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

4.7. CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 22,9% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 14,1% en los últimos 30 días. La segunda sustancia son los tranquilizantes sin prescripción, con un consumo en los últimos 12 meses del 2,7%. La droga menos consumida es la heroína, con una frecuencia del 0,5%.

De forma agregada, el 25,1% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 15,0% en los últimos 30 días.

Al 27,1% de los jóvenes les han **ofrecido drogas** en los últimos 12 meses, y a un 11,5% en los últimos 30 días.

El descenso del consumo de estas sustancias observado hasta el año pasado, parece que se ha frenado en el 2006 (gráfico 18).

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

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	2,7 (±0,7)*	1,8 (±0,9)	3,5 (±1,1)	2,5 (±0,9)	3,4 (±1,3)
Hachís	22,9 (±2,6)	24,3 (±4,0)	21,8 (±2,7)	18,0 (±3,4)	25,6 (±3,8)
Cocaína	2,0 (±0,9)	1,4 (±0,9)	2,6 (±1,2)	0,6 (±0,5)	2,1 (±1,3)
Heroína	0,5 (±0,3)	0,9 (±0,7)	0,1 -	0,3 -	0,6 0,5
Speed o anfetaminas	0,6 (±0,4)	0,9 (±0,6)	0,3 -	0 -	1,0 (±0,7)
Extasis u otras drogas de diseño	1,0 (±0,6)	0,9 (±0,6)	1,1 (±0,7)	0 -	1,8 (±1,1)
Alucinógenos	1,2 (±0,7)	1,4 (±0,9)	1,1 (±0,7)	0,1 -	1,7 (±0,9)
Sustancias volátiles	0,7 (±0,5)	1,2 (±1,0)	0,2 -	0,4 -	1,0 (±0,7)

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

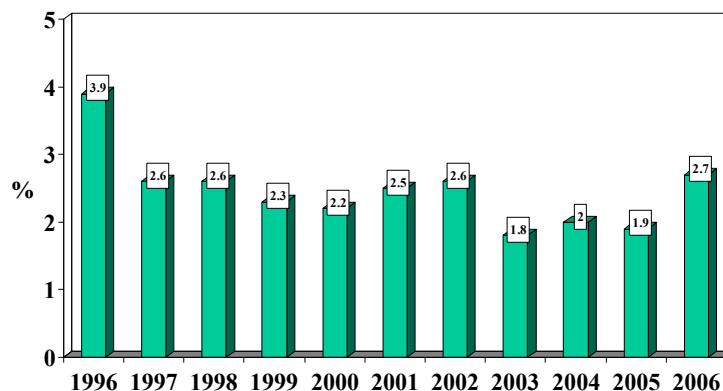
TABLA 10
Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	27,1 (±2,3)*	30,3 (±3,7)	24,3 (±2,8)	25,1 (±3,1)	28,0 (±3,7)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	11,5 (±1,8)	13,9 (±3,0)	9,4 (±1,9)	9,9 (±2,4)	12,6 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

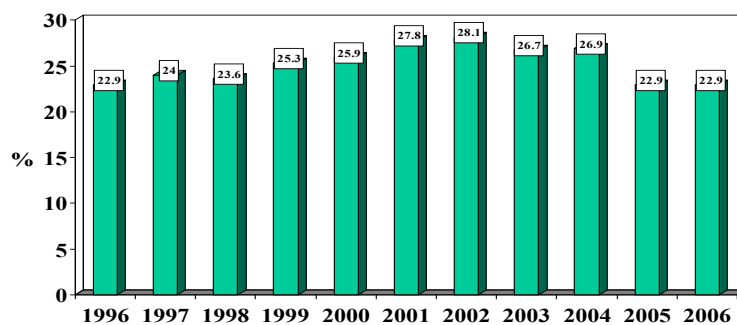
Gráfico 18. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2006.

TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN



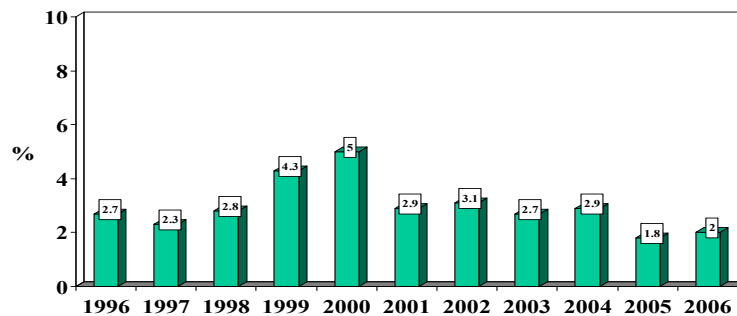
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

HACHÍS



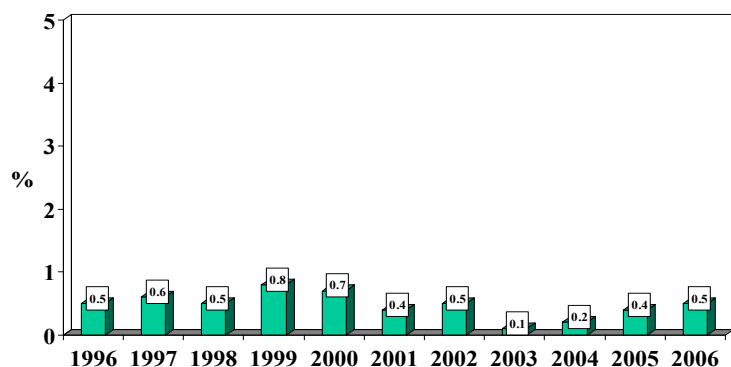
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

COCAÍNA



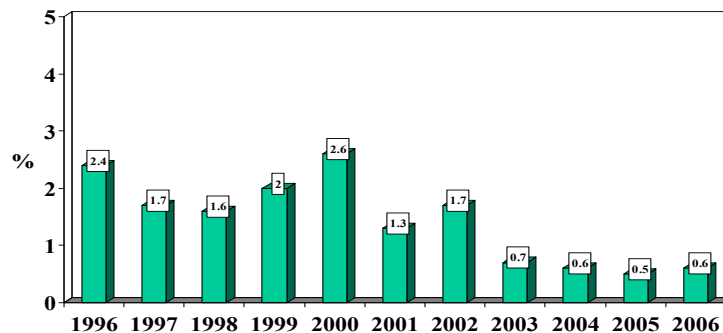
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

HEROÍNA



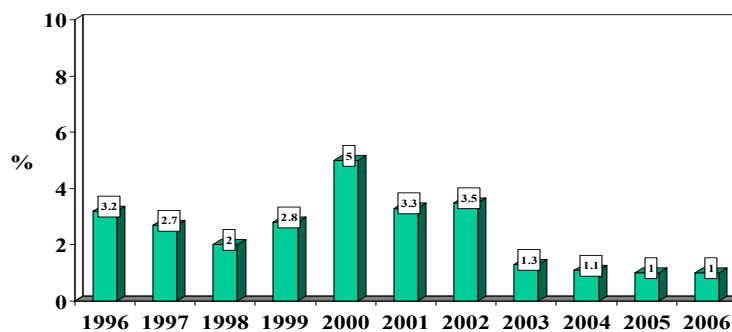
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

SPEED O ANFETAMINAS



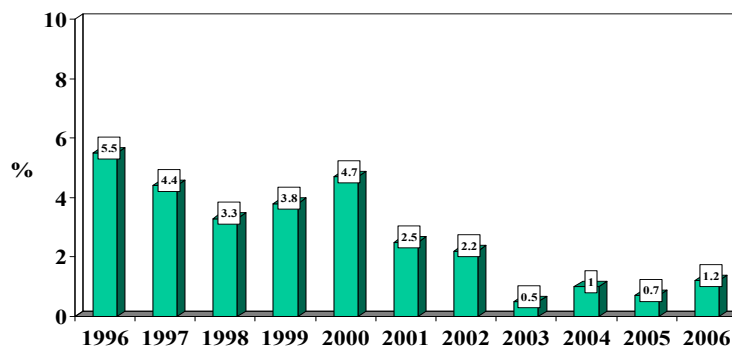
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE DISEÑO



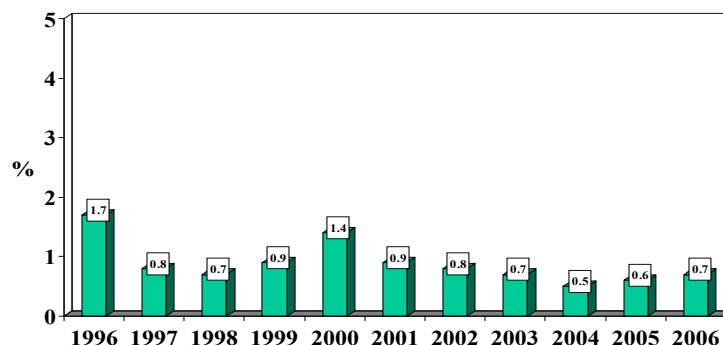
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ALUCINÓGENOS



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

SUSTANCIAS VOLÁTILES



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

4.8. RELACIONES SEXUALES

El 28,8% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es ligeramente superior en los chicos (30,1%) que en las chicas (27,6%), así como en los jóvenes de 16 años (31,5%) frente a los de 15 (17,0%).

Un 85,4% utilizaron el **preservativo** durante la última relación sexual.

Un 11,2% **no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual** (ningún método, marcha atrás, o no sabe con seguridad). La estimación de este indicador en el año 2006 es similar a la de los últimos años de la serie, aunque más alta que la del 2005 (gráfico 19).

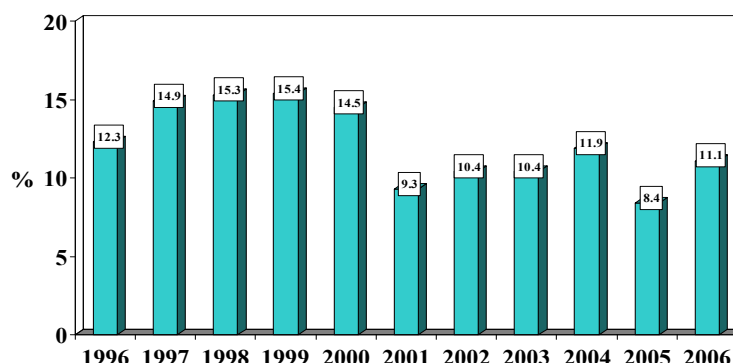
TABLA 11
Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	28,8 (±2,1)*	30,1 (±3,1)	27,6 (±2,7)	17,0 (±2,8)	31,5 (±3,1)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	85,4 (±2,8)*	88,5 (±4,5)	82,5 (±3,7)	88,7 (±4,7)	86,0 (±4,4)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	11,2 (±2,4)	10,4 (±4,0)	12,2 (±3,7)	10,6 (±4,4)	10,9 (±3,9)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 19

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO HAN UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EFICACES* EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid
 * Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo.

4.9. ACCIDENTES

El 15,3% de los jóvenes entrevistados ha tenido en los últimos 12 meses algún accidente que ha requerido tratamiento médico, siendo el doble de frecuente en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la descripción del espacio o situación donde se produce el último accidente, en los chicos uno de cada tres accidentes tienen relación con la práctica deportiva o con ir en moto (un 21,9% y 20,3% respectivamente). En las mujeres se originan fundamentalmente en el hogar (28,0%) seguido de los accidentes de moto (15,9%).

En los chicos no se observan grandes variaciones de la frecuencia de accidentes a lo largo de la serie, mientras que en las chicas se han reducido un 14,9% (gráfico 20).

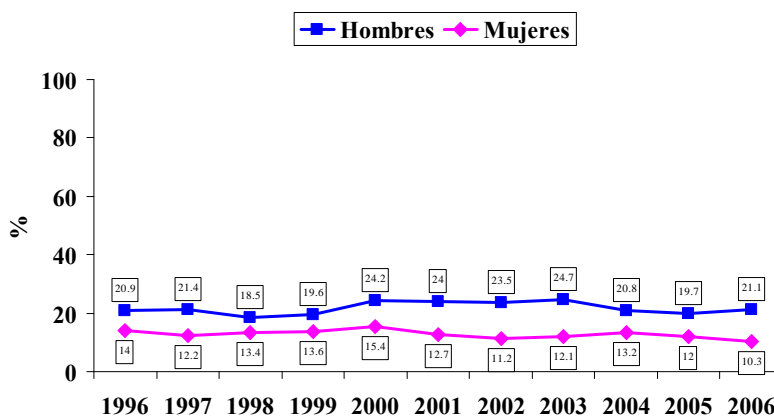
TABLA 12
Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Algún accidente en los últimos 12 meses	15,3 (±1,7)*	21,1 (±2,8)	10,3 (±2,0)	14,6 (±2,7)	14,9 (±2,8)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 20

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

4.10. SEGURIDAD VIAL

El 8,8% de los jóvenes entrevistados no utiliza habitualmente el cinturón de seguridad por ciudad. Este porcentaje es del 4,3% en la circulación por carretera.

La no utilización del **casco en moto** es muy alta, dado que el 25,9% todavía no se lo pone habitualmente.

La utilización del **casco en bicicleta** continúa siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 92,5% de los jóvenes no lo utiliza habitualmente.

El 2006 ha sido el año en que globalmente la prevalencia de la no utilización del cinturón de seguridad por ciudad y carretera, ha sido más baja (gráficos 21-22). Desciende también la no utilización del casco en moto en ambos sexos (gráfico 23).

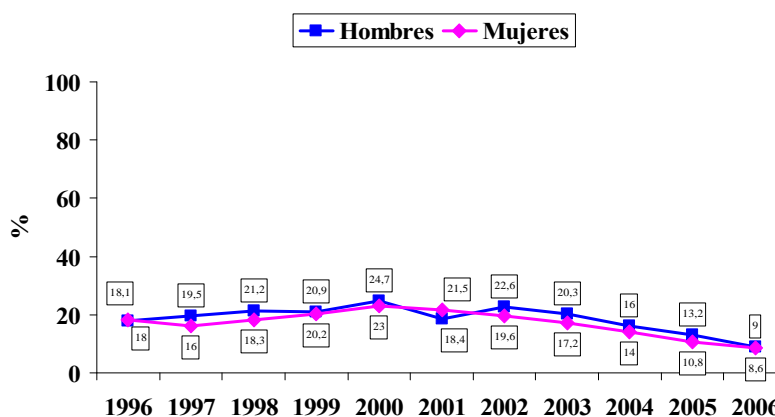
TABLA 13
Proporción de jóvenes que no utilizan cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	8,8 (±2,1)*	9,0 (±2,8)	8,6 (±2,1)	6,4 (±2,3)	10,9 (±3,8)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	4,3 (±1,1)	4,7 (±1,5)	3,9 (±1,3)	3,5 (±1,5)	4,6 (±1,7)
No utilización del casco en moto	25,9 (±3,9)	27,1 (±5,2)	24,6 (±4,1)	25,7 (±4,8)	25,5 (±5,6)
No utilización del casco en bicicleta	92,5 (±1,5)	91,3 (±2,4)	94,2 (±2,0)	91,7 (±2,2)	93,3 (±2,3)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 21

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN* EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CIUDAD DE FORMA HABITUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006

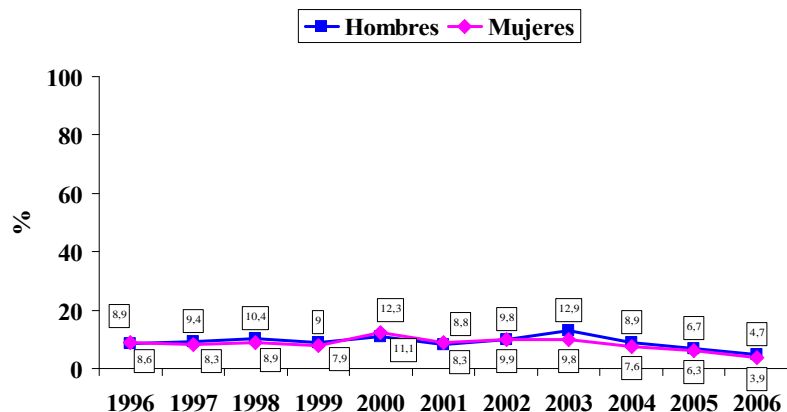


Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

* No utilización del cinturón de seguridad: "nunca" o "algunas veces"

Gráfico 22

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN* EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CARRETERA DE FORMA HABITUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006

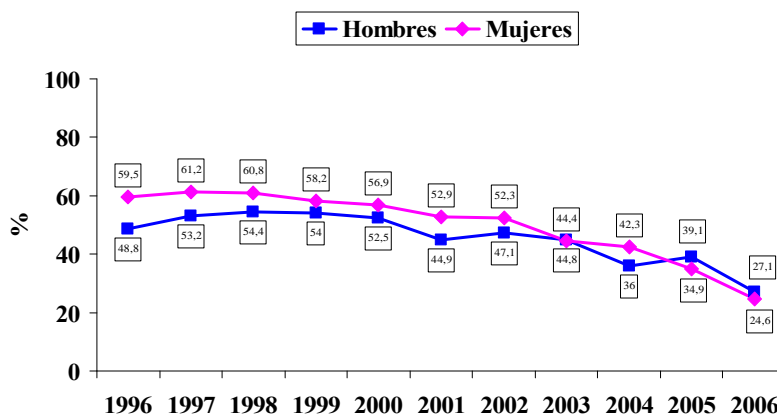


Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

* No utilización del cinturón de seguridad: "nunca" o "algunas veces"

Gráfico 23

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN* EL CASCO EN MOTO DE FORMA HABITUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2006



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

* No utilización del casco: "nunca" o "algunas veces"

4.11. INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, oscila desde el 57,8% en el caso de los accidentes hasta el 23,8% sobre el consumo de alcohol.

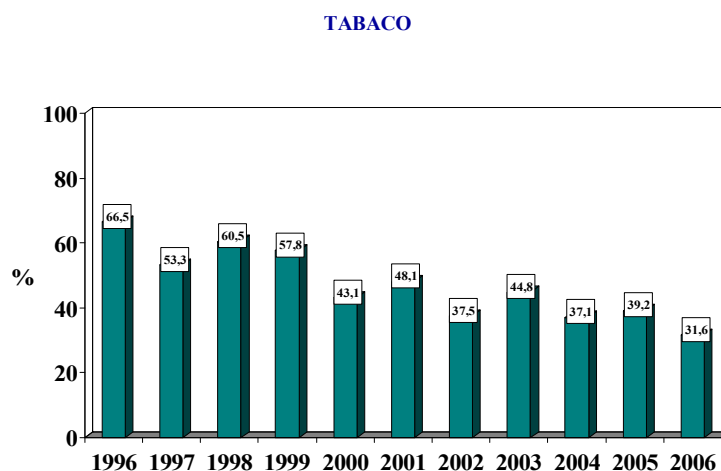
Desde 1996 ha mejorado globalmente la información sobre la salud que reciben los jóvenes en los centros escolares, en especial del consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal (gráfico 24).

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

Tabaco	31,6	(±6,0)*
Alcohol	23,8	(±5,9)
Drogas de comercio ilegal	30,8	(±5,1)
Métodos anticonceptivos	33,0	(±6,5)
SIDA	47,9	(±6,0)
Enfermedades de transmisión sexual	34,8	(±6,1)
Accidentes	57,8	(±5,0)

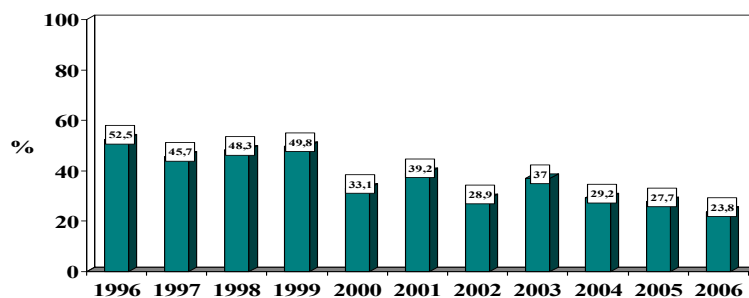
* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 24. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2006.



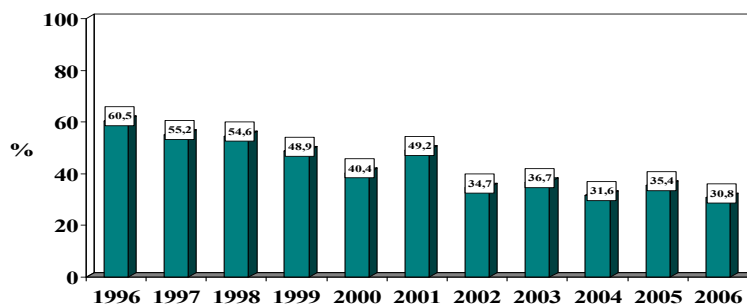
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ALCOHOL



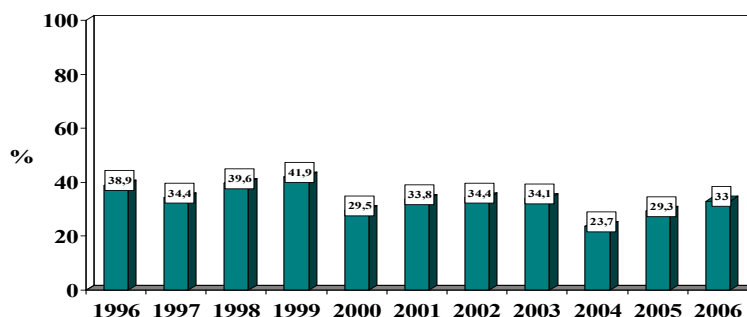
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

DROGAS



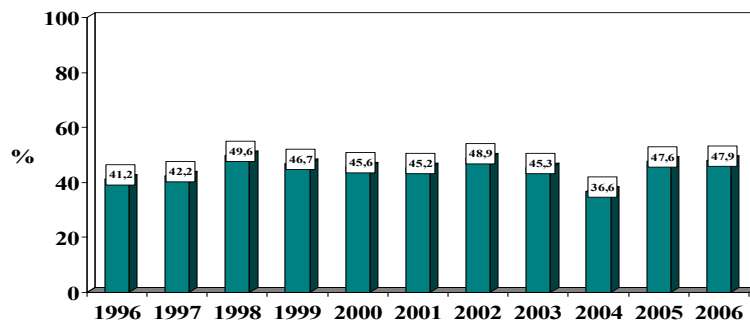
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



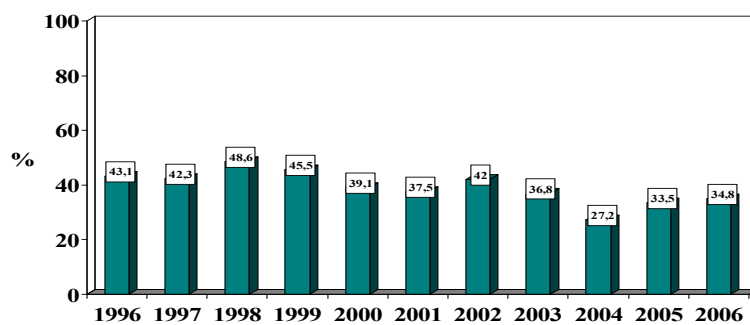
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

SIDA



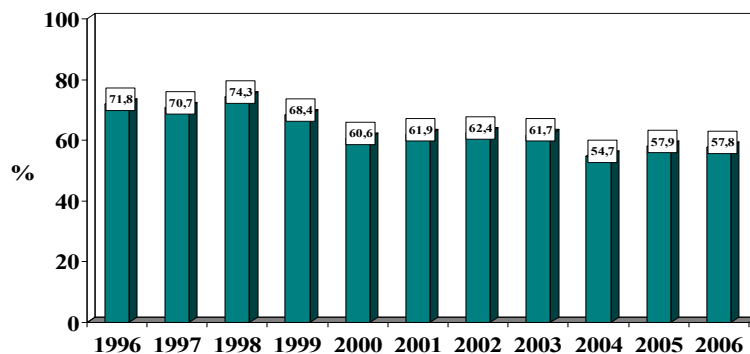
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



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

ACCIDENTES



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

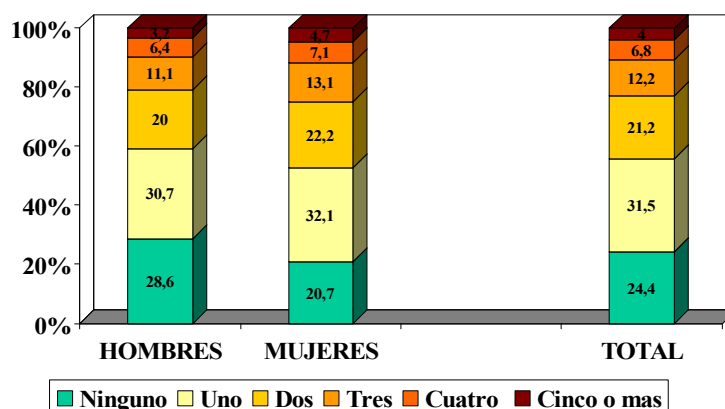
4.12. AGREGACIÓN DE FACTORES

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

El 75,6% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 21,2% de ellos tienen dos, el 12,2% tres, el 6,8% cuatro, y el 4,0% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (gráfico 25).

Gráfico 25

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



Fuente: SIVFRENT-J 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

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

4.13. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

A continuación, se reproduce sintéticamente la evolución de los principales indicadores, expresando el cambio porcentual de la razón de prevalencias del período 2005-2006 respecto al de 1996-1997. Se diferencia la evolución para hombres y mujeres, a excepción de los indicadores de drogas de comercio ilegal y la utilización de métodos anticonceptivos eficaces, ya que en estos últimos el escaso poder estadístico solo posibilita el análisis de forma conjunta. En las tablas 15-19 se describen los incrementos y disminuciones porcentuales superiores e inferiores a un 10%. El resto de indicadores (no tabulados) fluctúan entre estos dos valores.

Por ejemplo, el incremento del 40,4% del primer indicador de la tabla 15, realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses en los hombres, resulta de dividir la prevalencia promedio de este indicador del año 2005-2006 entre la prevalencia promedio de 1996-1997 y expresado en porcentaje.

Tabla 15
Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2005-2006 respecto a 1996-1997. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+40,4
Consumo < 2 raciones de fruta/día	+18,6

Tabla 16
Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2005-2006 respecto a 1996-1997. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Sobrepeso y obesidad	+38,5
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+19,4
Ejercicio intenso <3 días a la semana	+16,5
Consumo de < 2 raciones de fruta al día	+13,2

Tabla 17
Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2005-2006 respecto a 1996-1997. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Permiso de los padres para fumar	-54,7
Consumo de alcohol de riesgo	- 47,8
Consumo de tabaco de forma diaria	-47,3
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-40,8
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-36,7
No utilización del casco en moto	-35,1
Consumo de ≥ 2 raciones de bollería/día	-15,6
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión	-13,5
Viajar en vehículo con conductor bajo los efectos del alcohol	-10,4

Tabla 18
Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2005-2006 respecto a 1996-1997. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
No utilización del casco en moto	- 50,7
Consumo de tabaco de forma diaria	-45,8
Permiso de los padres para fumar	-44,4
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-43,1
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-40,7
Consumo de ≥ 2 raciones de bollería/día	-17,5
Consumo de alcohol de riesgo	-15,1
Accidentes	-14,9
Viajar en vehículo con conductor bajo los efectos del alcohol	-11,6
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión	-10,4

Tabla 19
Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2005-2006 respecto a 1996-1997. Totales

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	- 80,8
Consumo de speed o anfetaminas en los últimos 12 meses	-73,2
Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses	-64,1
Consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	-48,0
Consumo de tranquilizantes sin prescripción en los últimos 12 meses	-29,2
No utilización de métodos anticonceptivos eficaces en la última relación sexual	-28,3
Consumo de cocaína	-24,0
Consumo de heroína en los últimos 12 meses	-18,2

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Sawyer SM, Bowes G. Adolescence on the health agenda. *Lancet* 1999; 354 (suppl 2):3134.
2. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
3. Strong JP, Malcom GT, McMahan A, et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults. *JAMA* 1999; 281: 727-735.
4. Nicklas TA, von Duvillard SP, Berenson GS. Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: the Bogalusa Heart Study. *Int J Sports Med* 2002; 23 (Suppl 1): S39-S43.
5. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-482.
6. Kvaavik E, Tell GS, Klepp KL. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 1212-1218.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1999. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1999, 6 (6):3-31.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996, 4(12):3-15.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996, 4 (22):3-16.
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1997. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1997, 5 (8):3-17.
11. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 1998, 5 (20):3-21.
12. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2000. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2000, 6 (12):3-32.
13. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2001. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2001, 7 (11):3-40.
14. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2002. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2002, 8 (11):3-42.

15. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2003, 9 (10):35-74.
16. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2004, 12 (9):3-41.
17. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2005, 11 (Dic):3-42.
18. StataCorp. 1999. Stata Statistical Software: Release 6.0 College Station, TX: Stata Corporation.
19. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320:1-6.
20. Galán I, Gandarillas A, Febrel C, Meseguer CM. Validación del peso y la talla autodeclarados en población adolescente. Gac Sanit 2001; 15:490-497

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2006, semanas 44 a 47
(del 29 de octubre al 25 de noviembre de 2006)**

Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.

OTRAS HEPATITIS VÍRICAS (HEPATITIS C, DELTA Y E)

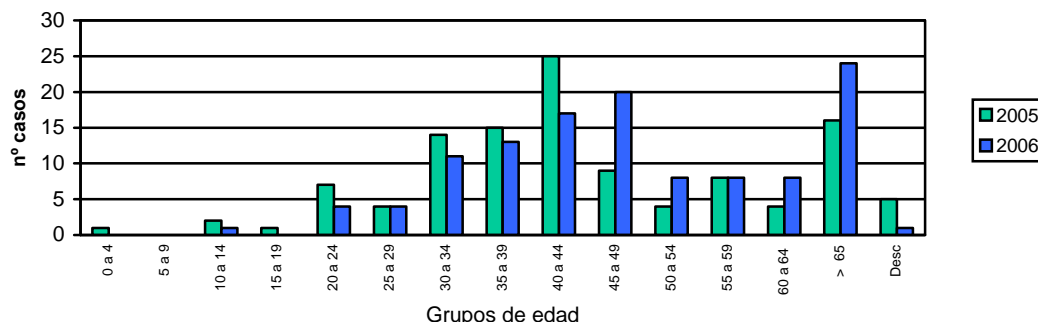
Durante el año 2006 se han notificado 119 casos de otras hepatitis víricas, lo que supone una incidencia acumulada de 2 casos por 100.000 habitantes, 4 casos más que los notificados durante ese mismo período del año 2005 (incidencia de 1,93 casos por 100.000 habitantes). El mayor número de casos se observó durante la semana 38 y 46 (6 casos). Las áreas sanitarias con mayor incidencia han sido la 9 y 11, con 5,82 y 3,26 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el mapa nº 1 se presentan incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor incidencia se ha observado, en el distrito de Fuenlabrada (área 9) con 7,95 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Carabanchel (área 11) con 4,60 casos por 100.000 habitantes, y del distrito Usera (área 11) con 4,56 casos por 100.000 habitantes.

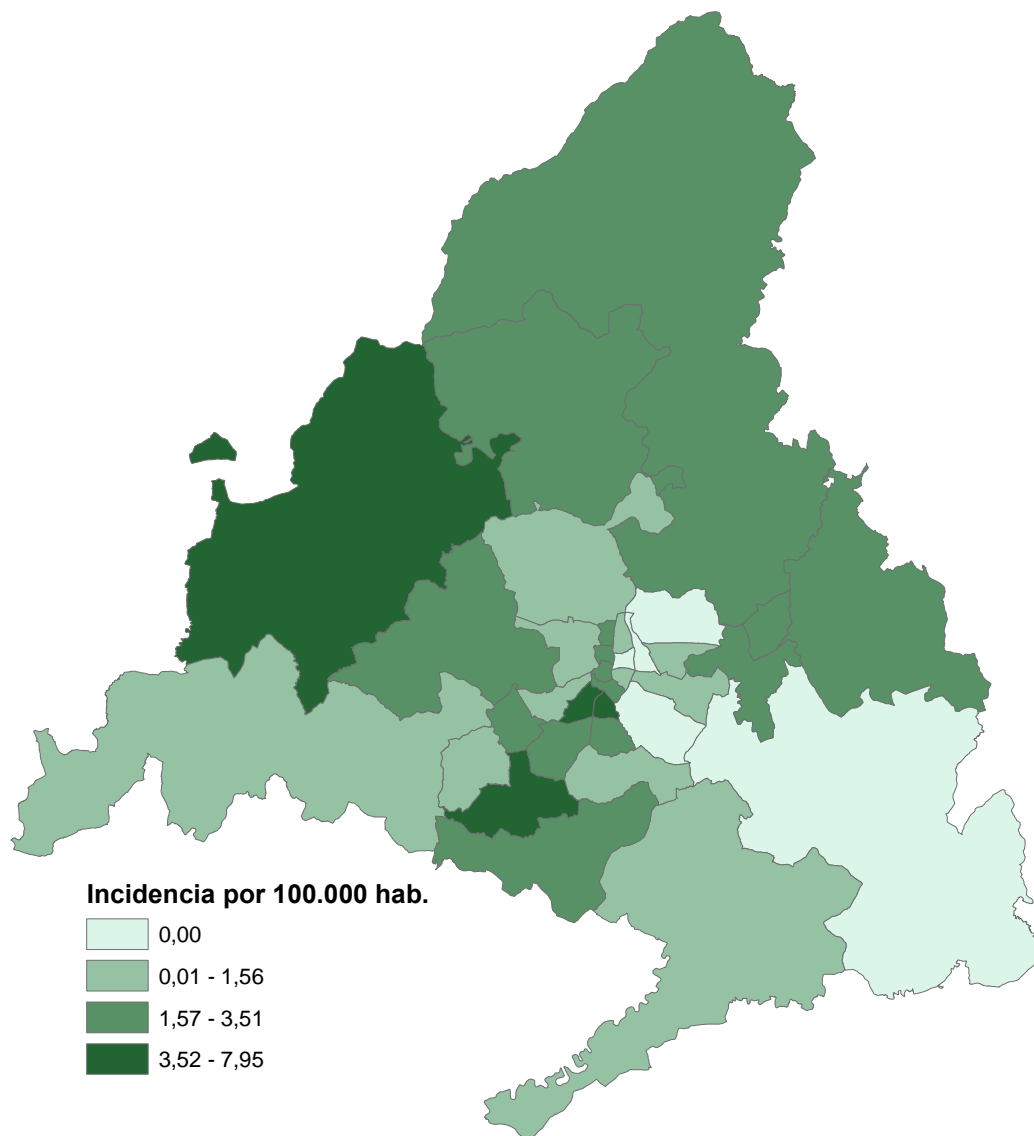
Teniendo en cuenta el género, el 51,3% de los casos se observó en hombres. El 51,2% de los casos se presentó en el grupo de edad de 30 a 49 años (gráfico 1).

Durante el periodo de estudio se ha notificado un caso de hepatitis E y 106 casos de hepatitis C lo que supone una incidencia por 100.000 habitantes de 1,78, los 12 casos restantes son hepatitis sin filiar. Se dispone de información sobre antecedentes de riesgo en las hepatitis C, así en 6 casos se ha recogido el antecedente de consumo de drogas por vía parenteral, 2 casos asociados a punciones accidentales con material contaminado y en un caso se sospecha la transmisión vertical madre-hijo.

Gráfico 1.- Otras hepatitis víricas. Casos notificados en las semanas 1 a 47. Distribución por grupos de edad. Años 2005 y 2006. Comunidad de Madrid.



**Mapa 1.- Otras Hepatitis Víricas. Incidencia Acumulada por distritos sanitarios.
Semana 1- 47. Año 2006. Comunidad de Madrid.**





BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 44 a 47 (del 29 de octubre al 25 de noviembre de 2006)

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.

Entre las semanas 44 y 47 han ocurrido 4 **brotes de origen alimentario**. El de mayor número de casos ha correspondido a un brote de gastroenteritis causado por *Salmonella* en un colegio público. Los casos aparecieron a lo largo de un periodo epidémico amplio (21 días), por lo que no se puede descartar que hayan participado otros mecanismos de transmisión además de una fuente común alimentaria. Los dos ingresos hospitalarios de los que se ha tenido conocimiento en este periodo correspondieron a casos aparecidos tras un corto periodo de incubación posterior al consumo de diversos alimentos (ostras, langostinos, lenguado, flan con nata) en un restaurante del Área 11. No se tuvo conocimiento de otros casos relacionados con el mismo restaurante, aunque la sintomatología moderada, sin fiebre, y la buena evolución clínica pudo condicionar que los afectados no solicitaran asistencia médica. No se llegó a identificar el agente causal responsable.

Brotes de origen alimentario. Año 2006. Semanas 44-47

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Madrid (Moratalaz)	Colegio	573	22	Desconocido	<i>Salmonella sp</i>
9	Leganés	Restaurante	4	3	Navajas plancha	Desconocido
11	Madrid (Arganzuela)	Restaurante	2	2	Desconocido	Desconocido
11	Madrid (Carabanchel)	Centro de internamiento	136	7	Varitas de pescado	Histamina*

*Agente causal no confirmado por laboratorio. Exp = Expuestos; Enf = Enfermos

Los **brotes de origen no alimentario** recogidos en este periodo han sido 5, con 116 casos asociados y 5 ingresos hospitalarios. Los brotes de gastroenteritis aguda han afectado a colectivos considerados de especial trascendencia: un centro escolar (con afectación de 12 niños menores de un año, dos de ellos hospitalizados) y una residencia de personas mayores (con 77 casos identificados, la mayoría de ellos ancianos internos). También se han notificado un brote de exantema súbito, sin confirmación microbiológica, y un brote de bronquiolitis por virus respiratorio sincitial que motivó dos ingresos hospitalarios, ambos brotes en escuelas infantiles. Por último, se produjo otra hospitalización en un niño afectado de neumonía. La sospecha etiológica fue *M. pneumoniae* y a lo largo de un mes llegaron a producirse otros ocho casos similares en niños de 6 a 10 años del mismo colegio. La notificación del brote a los Servicios de Salud Pública se produjo cuando ya habían aparecido todos los casos.

Brotos de origen no alimentario. Año 2006. Semanas 44-47

Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
3	Neumonía	Alcalá de Henares	Colegio	25	9	Mycoplasma*
9	GEA	Leganés	E. Infantil	17	14	Rotavirus
11	GEA	Madrid (Carabanchel)	Residencia PPMM	640	77	Virus*
11	Exantema vírico	Ciempozuelos	E. Infantil	96	14	Virus*
11	Bronquiolitis	Madrid (Usera)	E. Infantil	20	2	VRS

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp = Expuestos; Enf = Enfermos; GEA = Gastroenteritis aguda; PPMM = Personas mayores; VRS = Virus Respiratorio Sincitial

Desde el comienzo del año hasta la semana epidemiológica 47 de 2006 se han notificado un total de 186 brotes, 4.213 casos asociados y 102 hospitalizaciones. Los brotes de origen alimentario suponen hasta ahora el 56,5% de los brotes, el 45,2% de los casos y el 68,6% de los ingresos hospitalarios por brotes. En los establecimientos de restauración es donde se ha producido el mayor número de brotes notificados, con un número también importante de hospitalizaciones (24 ingresos). Los brotes relacionados con centros escolares son, sin embargo, los que afectan a mayor número de personas, casi siempre menores de edad: 59,9% de todos los casos asociados a brotes de origen alimentario. Los brotes de ámbito familiar destacan por el número de ingresos hospitalarios (37), aunque no quiere decir esto que la gravedad clínica sea mayor en general en este tipo de brotes, sino que es probable que muchos brotes en los que no se ven implicados colectivos (restaurantes, colegios, etc.) no lleguen a conocimiento de las autoridades sanitarias a no ser que la sintomatología o sus complicaciones deriven en hospitalización. Hay que recordar la obligatoriedad de notificar lo antes posible toda sospecha de brote. Los brotes de origen no alimentario constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, aunque destacan los brotes que cursan con cuadro clínico de gastroenteritis aguda y probable transmisión directa persona a persona. La gran mayoría de estos brotes se relacionan con virus (2 brotes confirmados por Rotavirus, 17 por Norovirus y otros 23 sin confirmación por laboratorio), aunque también se ha identificado *S. enteritidis* en un brote ocurrido en 3 niños pequeños asistentes a un colegio y *S. flexnerii* en 8 menores de 14 años residentes en un asentamiento de chabolas con deficientes condiciones higiénico-sanitarias. Este último brote originó 6 ingresos hospitalarios. Además de estos brotes de gastroenteritis, se ha recibido notificación de 20 agregaciones de casos de parotiditis vinculadas a diversos colectivos (centros educativos, centros laborales, grupos familiares y de amigos, etc.) y 5 brotes de hepatitis A (uno de ellos con afectación de 7 niños de 1-3 años asistentes a una guardería y 18 familiares adultos convivientes, y otros dos brotes relacionados con un viaje a Centroamérica y con un grupo amplio de población de etnia gitana en situación de realojo).

N° de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.

Año 2006. Semanas 44-47 y datos acumulados hasta la semana 47

Brotes de origen alimentario	N° brotes		N° casos	
	Sem 44-47	Acum.	Sem 44-47	Acum.
Bares, restaurantes y similares	2	45	5	439
Familiar	0	37	0	157
Centros escolares y similares	1	15	22	1139
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	28
Otras Residencias	0	2	0	66
Centros penitenciarios o de internamiento	1	3	7	72
Ámbito desconocido	0	1	0	2
Total	4	105	34	1903
Brotes de origen no alimentario	Sem 44-47	Acum.	Sem 44-47	Acum.
Gastroenteritis aguda	2	49	91	1991
Hepatitis A	0	5	0	53
Parotiditis	0	20	0	209
Tos ferina	0	2	0	7
Neumonía bacteriana	1	3	9	15
Conjuntivitis	0	1	0	19
Exantema vírico	1	1	14	14
Bronquiolitis	1	1	2	2
Total	5	81	116	2310
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	9	186	150	4213



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2006, semanas 44 a 47
(Del 29 de octubre al 25 de noviembre de 2006)**

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

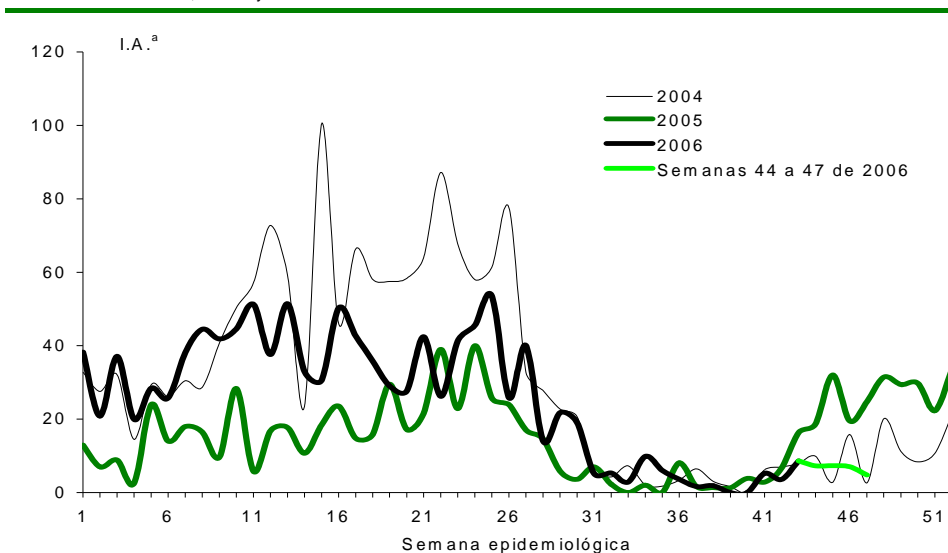
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 57,9 %. La cobertura durante el año 2006 es del 62,3 %.

VARICELA

Durante las semanas 44 a 47 del año 2006 han sido declarados 15 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 26,2 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 13,0 – 39,5). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2004, 2005 y 2006.

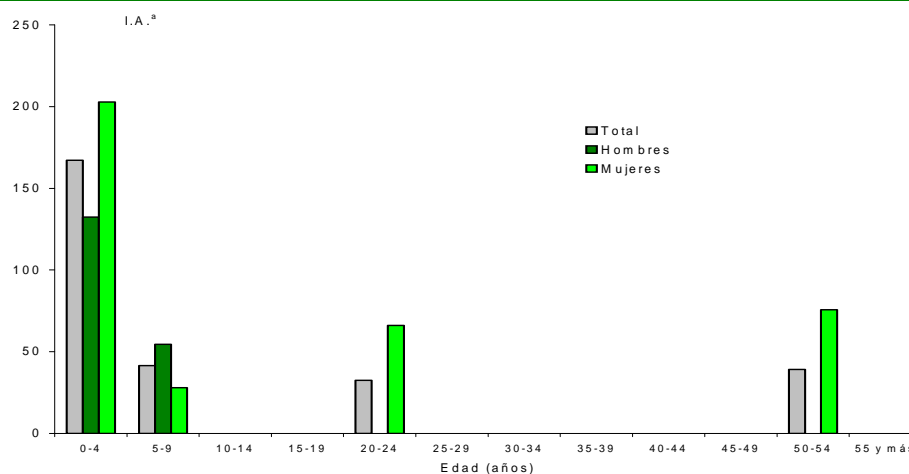
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004, 2005 y 2006.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, el 60 % se dio en mujeres, y el 40 % en hombres. El 86,7 % de los casos registrados fueron en niños menores de 10 años. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 47 de 2006.



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En 9 de los casos se carecía de información sobre la exposición. En 4 de los casos se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, en otro la fuente notificada fue el contacto con un caso de herpes zóster, y en otro, un brote de varicela; el lugar de exposición declarado fue el hogar en 1 caso, y la guardería o el colegio en otros 4 (Tabla 1).

TABLA 1
Fuente y lugar de exposición de casos de varicela.
Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 47 del año 2006.

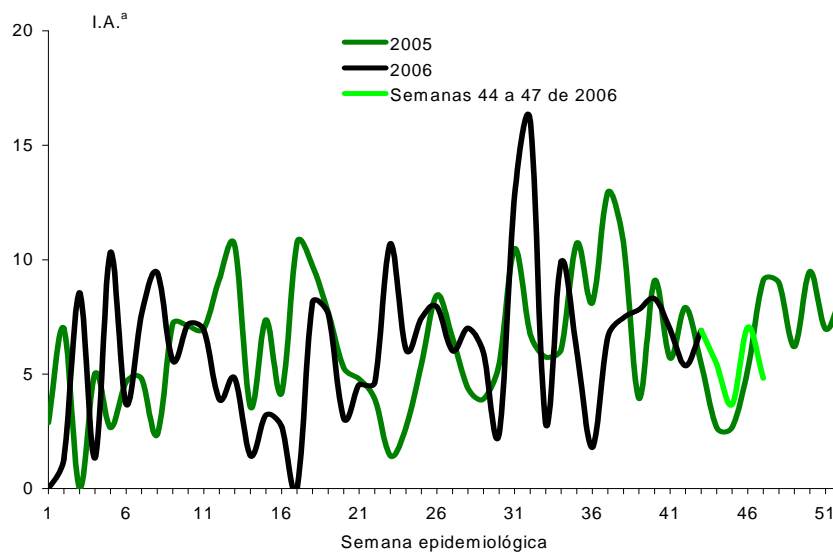
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	4	(26,7)
Caso de herpes zóster	1	(6,7)
Brote de varicela	1	(6,7)
Desconocido	9	(60,0)
Total	15	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	2	(13,3)
Colegio	2	(13,3)
Hogar	1	(6,7)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	10	(66,7)
Total	15	(100)

No se registraron complicaciones en el período de estudio.

HERPES ZÓSTER

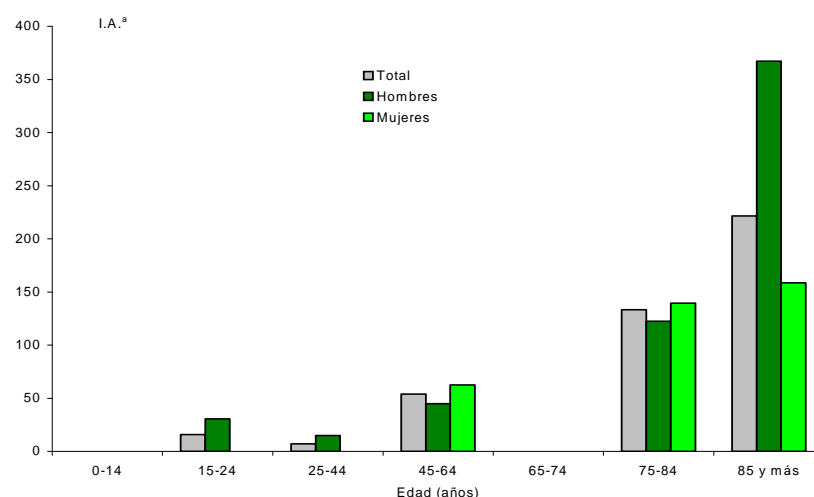
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 12 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 44 a 47, lo que representa una incidencia acumulada de 21,0 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 9,1 – 32,9). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2005 y 2006. La mitad de los casos se dio en mujeres, y la otra mitad en hombres. El 83,3 % de los casos se dio en personas mayores de 45 años. La incidencia por grupos de mayor edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 47 de 2006.



^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

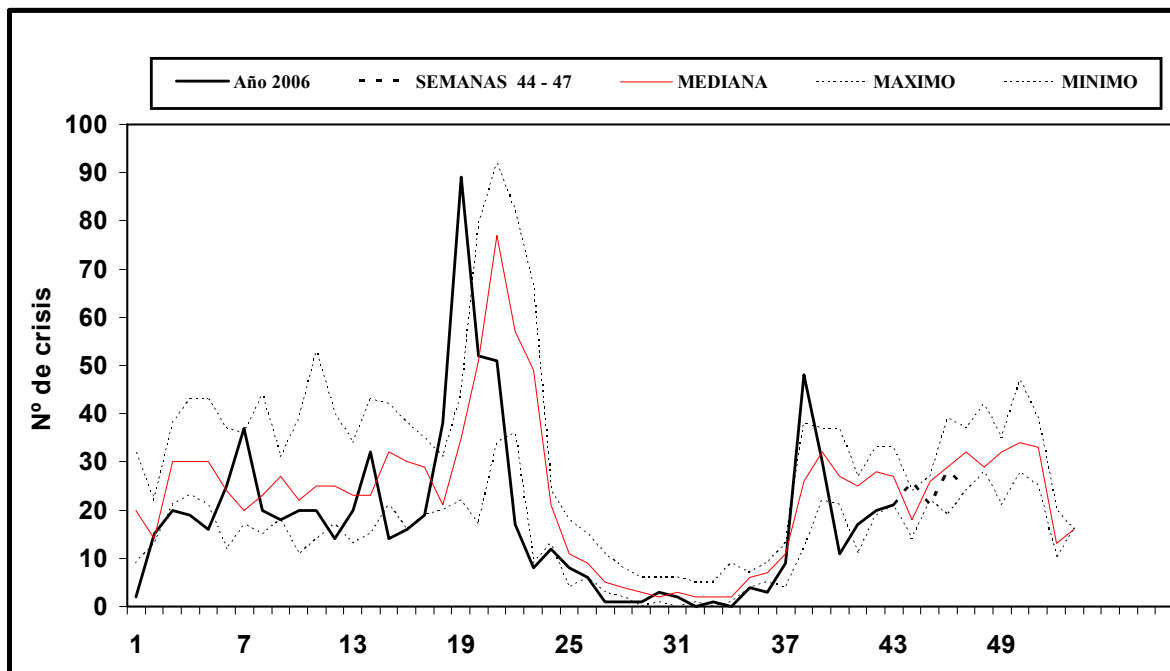


TABLA 2
 Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid.
 Semanas 44 a 47 de 2006.

	Semanas 44 a 47	Año 2006
Gripe ^a	11	12
Varicela	15	731
Herpes zoster	12	166
Crisis asmáticas	100	906

^a Desde la semana 40 de 2006 hasta la 20 de 2007.

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

Solicitudes:

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

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

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