Madrid

2009

Informe

del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid

SaludMadrid

Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid

Objetivo 4

La salud de los jóvenes

4

Objetivo 4. La salud de los jóvenes

Para el año 2020, los jóvenes de la región deberán disfrutar de un mayor nivel de salud y estar más capacitados para cumplir su función en la sociedad.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Los Estados Miembros establecen medidas y estructuras adecuadas para proteger a los niños como miembros vulnerables de la sociedad, tal y como declaraba la Convención de las Naciones Unidas para los Derechos del Niño;*
- *Las políticas públicas garantizan la creación de entornos físicos, sociales y económicos seguros y capaces de proporcionar apoyo, haciendo que las decisiones más sanas sean las decisiones más fáciles;*
- *Todas las decisiones políticas del sector público se revisan con el fin de evaluar su impacto sobre la salud de los niños, los adolescentes y sus familias, así como sobre sus expectativas profesionales;*
- *Las políticas en materia de educación y empleo facilitan el acceso de los jóvenes a un nivel educativo óptimo y al mercado laboral;*
- *Los servicios sanitarios, educativos y sociales trabajan juntos con el fin de contrarrestar las causas del deterioro de la autoestima entre los jóvenes, de mejorar su capacidad para hacer frente a los acontecimientos difíciles de la vida y construir y mantener relaciones sociales, de responder a sus requisitos psicosociales y de llegar a los jóvenes marginados;*

La salud de los jóvenes debe de analizarse desde el punto de vista de la adquisición o prevalencia de hábitos que pueden tener una influencia en la salud. El impacto sobre los indicadores de morbimortalidad necesariamente es reducido en comparación con otras edades, si exceptuamos las causas externas y fundamentalmente los accidentes de tráfico.

4.1. Mortalidad

En el año 2006, las principales causas de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años son, como en años anteriores, los tumores y las causas externas (figura 4.1). Los primeros son preponderantes en las mujeres, y las segundas entre los varones (figura 4.2). Los tumores más frecuentes como causa de defunción son las leucemias y el cáncer de encéfalo. Entre las causas externas, destacan en estas edades los accidentes de tráfico.

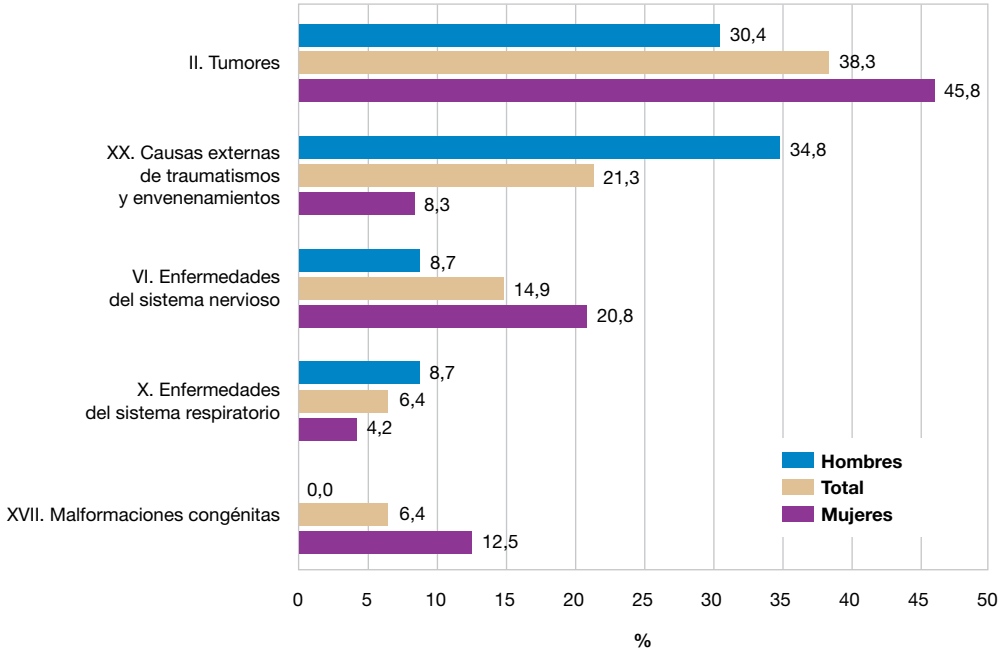


Figura 4.1. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

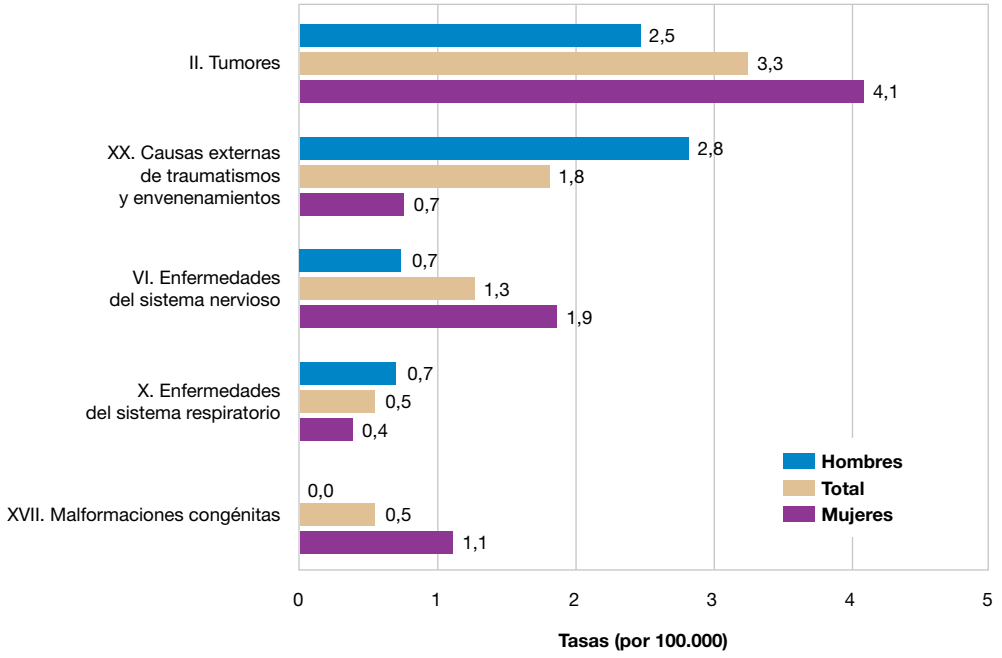


Figura 4.2. Principales causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años, por sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Entre los 15 y los 34 años, las causas externas y los tumores siguen siendo, ahora por este orden, las principales causas de defunción (figura 4.3). Las tasas de mortalidad son, en este grupo de edad, claramente mayores en hombres que en mujeres (especialmente en las causas externas, donde muere una mujer por cada cinco varones, con unas tasas respectivamente de 5,2 y 26,4 por cien mil) (figura 4.4). Los accidentes de tráfico, los suicidios y homicidios, y el grupo de otros accidentes son los más frecuentes dentro del conjunto de las causas externas. Junto a ellos, dentro de la lista reducida de causas de defunción, debe destacarse la presencia de una rúbrica inespecífica, el paro cardiaco, con un 10,2% del total de fallecimientos a esas edades.

Figura 4.3. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

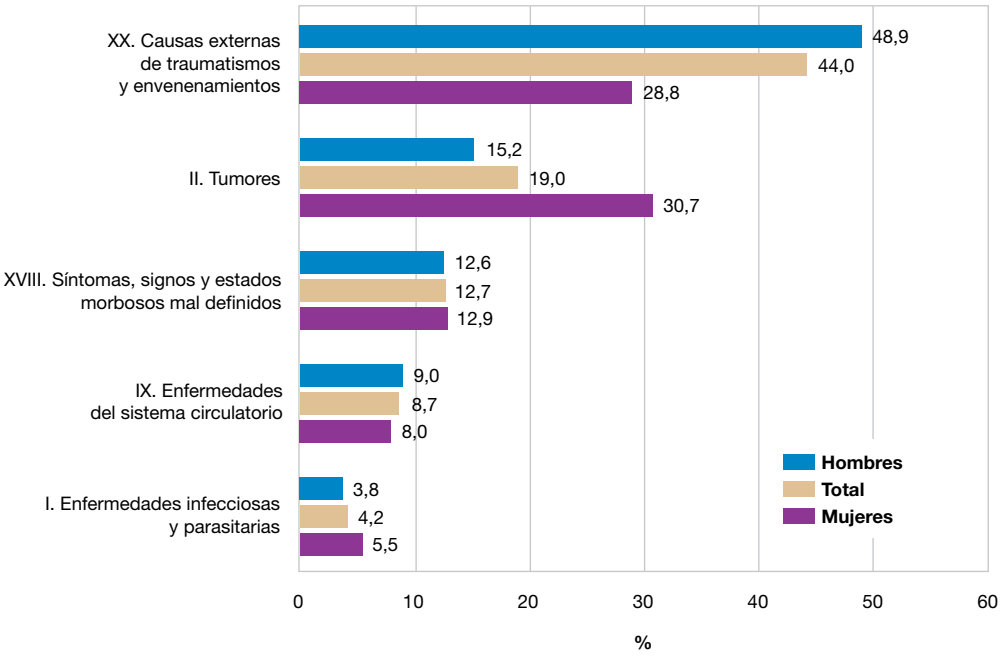
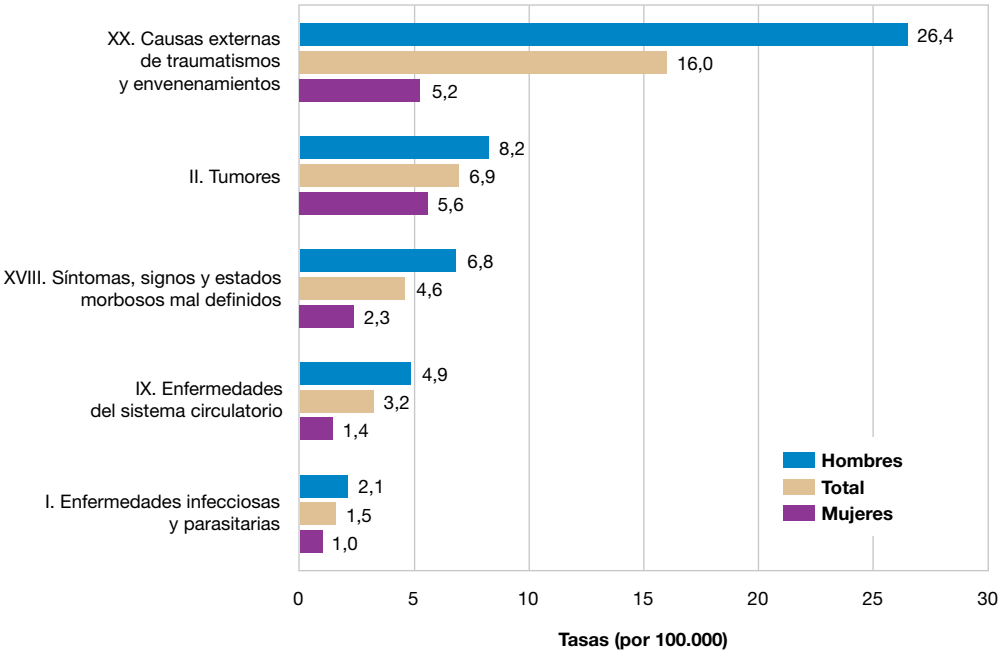


Figura 4.4. Principales causas de mortalidad en personas de 15 a 34 años, por sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



4.2. Morbilidad

4.2.1. Morbilidad en Atención Primaria

En el año 2007 en torno al 70% de la población de 5 a 14 años ha sido atendida en Atención Primaria (tabla 4.1) sin que se observen diferencias por sexo, pero sí por Áreas de Salud. En el grupo de edad de 15 a 34 años el porcentaje se mantiene entre las mujeres, mientras en los hombres disminuye por debajo del 60%, manteniéndose las diferencias según Área. El porcentaje de población extranjera, en ambos grupos de edad, que ha acudido a Atención Primaria ha sido menor que el de población española (tabla 4.2).

	Hombres		Mujeres		Total	
Área	N	%	N	%	N	%
5-14 años						
1	27.841	75,6	26.130	74,6	53.971	75,1
2	12.132	64,9	11.267	64,2	23.399	64,5
3	14.236	71,9	13.167	71,5	27.403	71,7
4	18.121	67,1	16.934	66,3	35.055	66,7
5	25.528	67,6	24.133	67,3	49.661	67,4
6	25.779	65,2	24.723	65,3	50.502	65,3
7	11.063	49,7	10.641	50,0	21.704	49,9
8	15.852	70,8	14.911	71,2	30.763	71,0
9	16.639	83,2	15.657	82,6	32.296	82,9
10	13.167	76,7	12.458	76,3	25.625	76,5
11	27.911	71,1	26.529	70,7	54.440	70,9
CM	208.269	69,3	196.550	68,9	404.819	69,1
15-34 años						
1	65.737	58,4	80.276	72,0	146.013	65,2
2	33.372	51,0	44.206	63,0	77.578	57,2
3	38.825	57,5	46.148	70,2	84.973	63,8
4	44.103	53,7	56.439	67,6	100.542	60,7
5	60.410	53,7	76.951	66,1	137.361	60,0
6	48.049	51,1	63.580	63,5	111.629	57,5
7	38.112	38,8	48.999	48,9	87.111	43,9
8	46.391	57,6	54.604	70,9	100.995	64,1
9	47.864	67,4	55.863	81,7	103.727	74,4
10	36.676	62,1	42.377	74,1	79.053	68,0
11	73.817	55,7	92.186	69,5	166.003	62,6
CM	533.356	54,7	661.629	67,3	1.194.985	61,0

Tabla 4.1. Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria, según grupo de edad, Área de Salud y sexo. Población de 5-34 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
5-14 años						
Extranjeros	30.828	60,3	29.794	60,3	60.622	60,3
Españoles	176.972	70,9	166.380	70,6	343.352	70,8
Desconocido	469		376		845	
Total	208.269	69,3	196.550	68,9	404.819	69,1
15-34 años						
Extranjeros	122.854	47,7	177.573	65,2	300.427	56,7
Españoles	409.658	57,1	482.816	68,0	892.474	62,5
Desconocido	844		1.240		2.084	
Total	533.356	54,7	661.629	67,3	1.194.985	61,0

Tabla 4.2. ***Personas (% de población) con historia activa en Atención Primaria, según grupo de edad, origen y sexo. Población de 5-34 años. Comunidad de Madrid, 2007.***

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

En ambos grupos de edad la morbilidad atendida ha sido fundamentalmente aguda, y las patologías respiratorias han sido las más frecuentes, seguidas en el caso de los más pequeños por los problemas generales o inespecíficos y los problemas cutáneos, sin que se observen grandes diferencias por sexo (figura 4.5). En el grupo de 15 a 34 años a la patología respiratoria le siguen en frecuencia los problemas relacionados con los aparatos digestivo y locomotor, y en las mujeres aparecen entre los episodios más frecuentes los relativos a la planificación familiar, embarazo y parto y al aparato genital femenino y las mamas (figura 4.6). El 7,3% de los episodios de atención en pacientes de 5 a 14 años y el 8,4% en los de 15 a 34 años han correspondido a patología crónica.

El motivo de consulta más frecuente son las infecciones respiratorias agudas superiores, seguido en el grupo de 5 a 14 años por otros síntomas y diagnósticos relacionados con procesos infecciosos de vías respiratorias (tos, faringitis, fiebre, amigdalitis, otitis, etc.) (tabla 4.3). En los jóvenes de 15 a 34 años las infecciones intestinales inespecíficas aparecen como el segundo episodio de atención más frecuente. En el caso de las mujeres la contracepción oral, el embarazo y las cistitis ocupan el tercer, cuarto y quinto puestos, desplazando a las rinitis alérgicas, la sintomatología lumbar y las faringitis, que son las que ocupan esos puestos en los hombres (tabla 4.4).

Figura 4.5. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 5-14 años, agrupada en grandes grupos de causas, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2007

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios

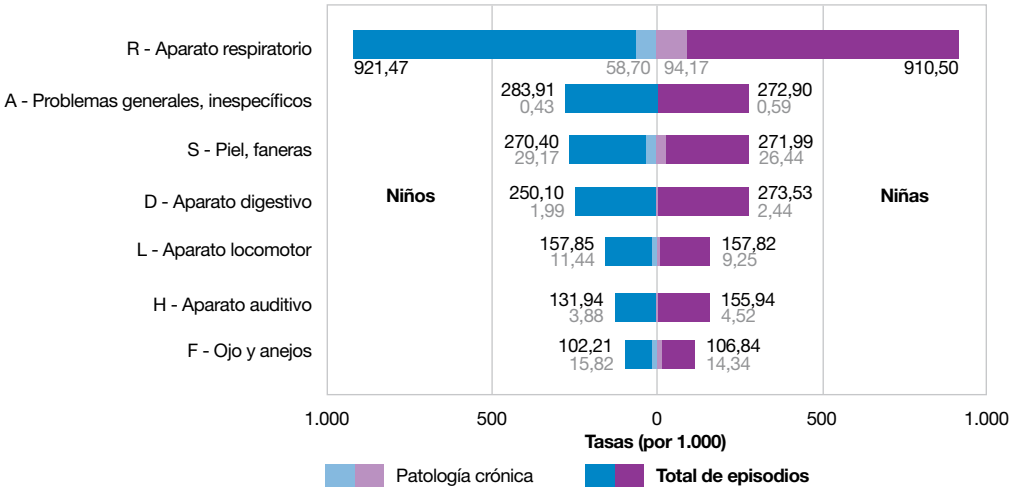
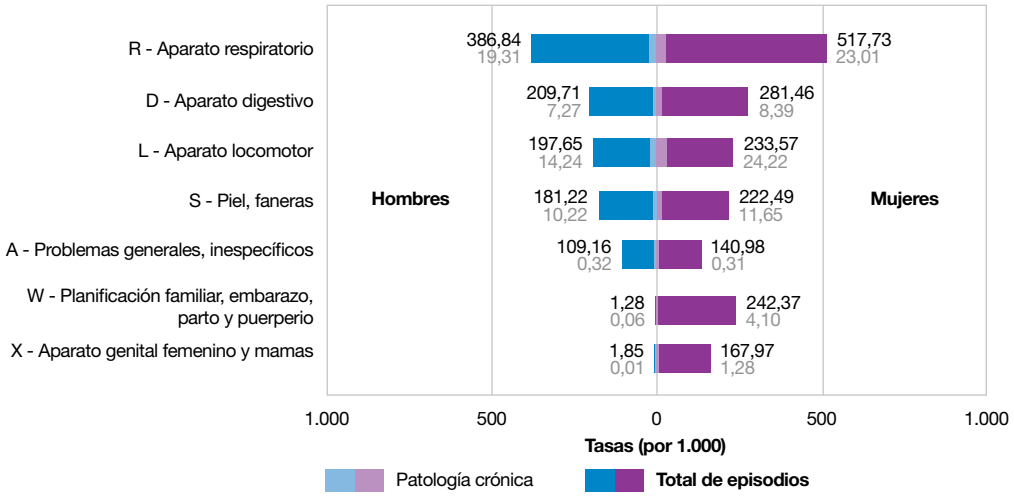


Figura 4.6. Morbilidad atendida en Atención Primaria en la edad de 15-34 años, agrupada en grandes grupos de causas, según sexo. Tasa total y por patología crónica, por mil. Comunidad de Madrid, 2007

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



	Total				Hombres		Mujeres	
	N	%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infección respiratoria aguda superior	250.821	17,9	1	428,0	1	412,9	1	444,0
R05-Tos	49.621	3,5	2	84,7	2	85,9	3	83,4
R72-Faringitis/amigdalitis estreptocócica	48.600	3,5	3	82,9	4	80,5	2	85,5
A03-Fiebre	46.640	3,3	4	79,6	3	82,2	5	76,9
R76-Amigdalitis aguda	44.335	3,2	5	75,7	6	72,4	4	79,1
H71-Otitis media/miringitis aguda	42.685	3,0	6	72,8	7	70,3	6	75,5
R96-Asma	39.508	2,8	7	67,4	5	80,4	10	53,8
D73-Infección intestinal inespecífica	37.821	2,7	8	64,5	8	64,8	7	64,2
A97-Sin enfermedad	33.759	2,4	9	57,6	9	58,3	9	56,9
D01-Dolor abdominal general/retortijones	32.445	2,3	10	55,4	10	48,1	8	63,0
A77-Otras enfermedades virales	23.611	1,7	11	40,3	12	38,6	11	42,0
R97-Rinitis alérgica	22.838	1,6	12	39,0	11	44,6	13	33,0
H01-Dolor de oído/oreja	17.453	1,2	13	29,8	20	24,3	12	35,5
S88-Dermatitis de contacto/alérgica	17.356	1,2	14	29,6	18	28,4	14	30,9
S16-Contusión/magulladura	17.303	1,2	15	29,5	13	33,2	17	25,7
Total	1.402.283	100		2.393,1		2.382,8		2.403,9

Tabla 4.3. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 5-14 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid 2007.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	Total				Hombres		Mujeres	
	N	%	Orden	Tasa	Orden	Tasa	Orden	Tasa
R74-Infección respiratoria aguda superior	490.915	13,7	1	250,7	1	209,1	1	292,0
D73-Infección intestinal inespecífica	172.027	4,8	2	87,8	2	82,3	2	93,4
R97-Rinitis alérgica	75.961	2,1	3	38,8	3	36,0	6	41,6
W11-Contracepción oral, en la mujer	75.717	2,1	4	38,7	-		3	76,8
L03-Signos/síntomas lumbares	63.449	1,8	5	32,4	4	27,3	7	37,5
R72-Faringitis/amigdalitis estreptocócica	61.384	1,7	6	31,3	5	26,7	8	36,0
W78-Embarazo	57.001	1,6	7	29,1	-		4	57,8
U71-Cistitis/otras infecciones urinarias	51.035	1,4	8	26,1	73	3,9	5	48,0
L01-Signos/síntomas del cuello	50.546	1,4	9	25,8	12	16,4	9	35,1
R76-Amigdalitis aguda	49.241	1,4	10	25,1	6	21,6	12	28,7
P01-Sensación ansiedad/tensión	46.258	1,3	11	23,6	18	13,8	10	33,4
S18-Laceración/herida incisa	28.554	0,8	26	14,6	7	19,6	60	9,6
R96-Asma	38.742	1,1	14	19,8	8	18,1	18	21,4
R80-Gripe	33.655	0,9	16	17,2	9	17,8	32	16,6
S16-Contusión/magulladura	29.019	0,8	24	14,8	10	17,6	49	12,0
Total	3.572.989	100		1.824,6		1.362,2		2.283,5

Tabla 4.4. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 15-34 años, según sexo. Número, distribución porcentual, número de orden y tasas por mil. Comunidad de Madrid 2007.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

4.2.2. Morbilidad hospitalaria

Según se puede observar en el primer capítulo del Informe, la población de 5 a 14 años es el grupo de edad con la menor tasa de morbilidad hospitalaria (42,03 por mil). Las principales causas son las respiratorias y las digestivas. En los varones también destacan por su frecuencia las enfermedades genitourinarias (tabla 4.5 y figura 4.7).

En el grupo de edad de 15-34 años el principal motivo de alta hospitalaria fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, incluyendo también el parto normal. En los hombres las causas más frecuentes de alta hospitalaria fueron las enfermedades digestivas y las causas externas (tabla 4.6 y figura 4.8).

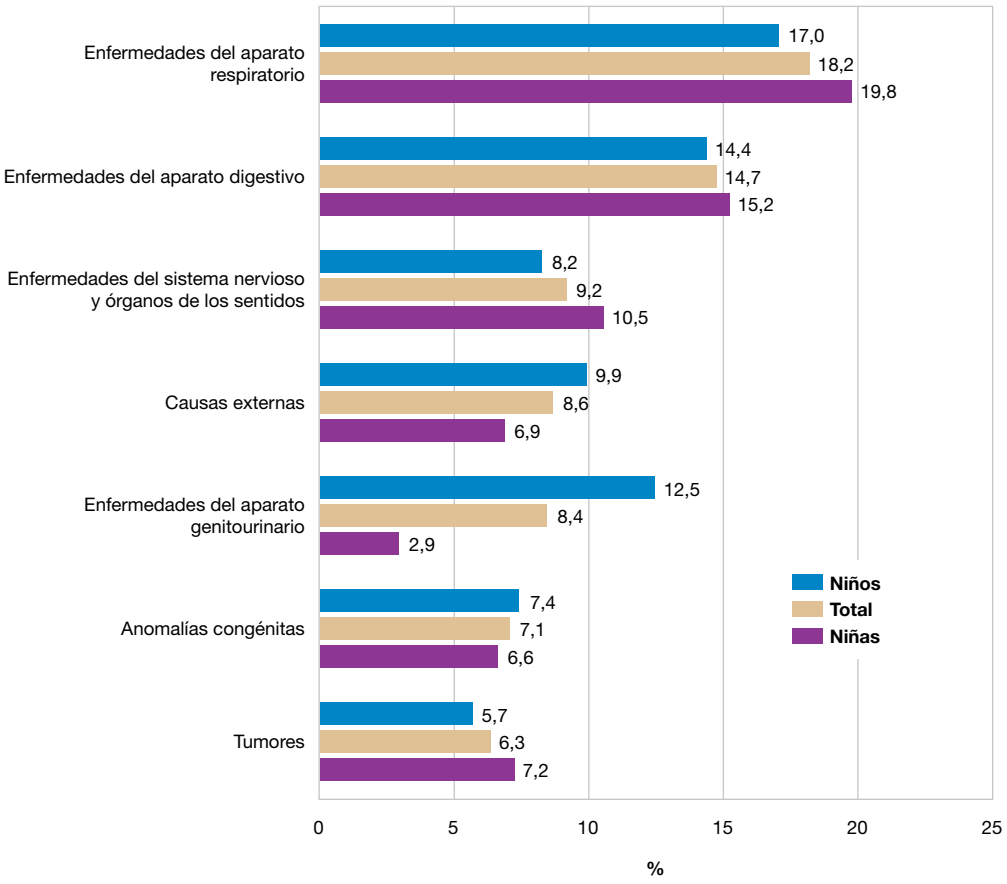
Tabla 4.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	N	Tasa
Enfermedades del aparato respiratorio	4.356	7,64
Enfermedades del aparato digestivo	3.533	6,20
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	2.202	3,86
Causas externas	2.066	3,63
Enfermedades del aparato genitourinario	2.018	3,54
Anomalías congénitas	1.692	2,97
Tumores	1.520	2,67
Total	23.953	42,03

Figura 4.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 5 a 14 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



	N	Tasa
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	76.937	41,70
Enfermedades del aparato digestivo	15.494	8,40
Tumores	14.584	7,90
Enfermedades del aparato genitourinario	11.967	6,49
Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	10.655	5,77
Enfermedades del sistema osteomuscular y conjuntivo	9.967	5,40
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	9.067	4,91
Causas externas	8.697	4,71
Total	188.797	102,32

Tabla 4.6. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

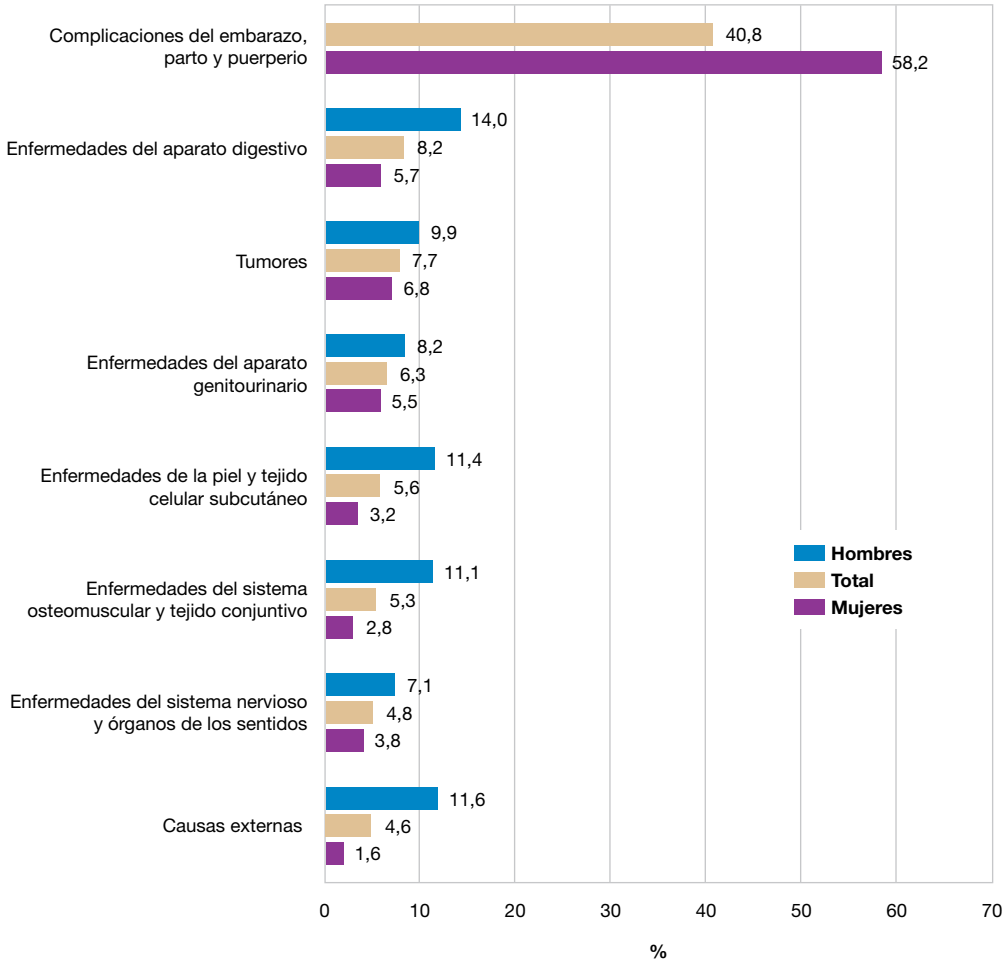


Figura 4.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 15 a 34 años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

4.3. Factores determinantes

En los jóvenes tiene gran interés el análisis de la prevalencia de hábitos que pueden tener una influencia en la salud tanto actual como futura. En la Comunidad de Madrid, el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J), 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. Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en 4º de la ESO. 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. A continuación se analizan diversos indicadores del año 2007 presentando también la evolución temporal de los mismos. Se agrupan en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales e información sobre temas de salud. Otros aspectos que también se recogen en el SIVFRENT-J como la accidentabilidad y la seguridad vial se presentan en el capítulo 9 de este Informe.

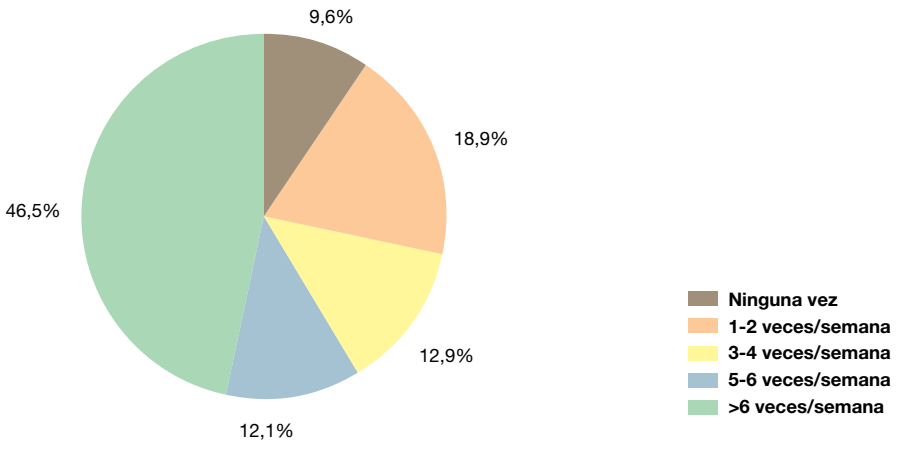
4.3.1. Ejercicio físico

Si consideramos la frecuencia de realización de actividades vigorosas o intensas, la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 28,5%, destacando que un 9,6% no realizan ninguna vez estas actividades (figura 4.9). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 11,7% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 44,4% de las chicas.

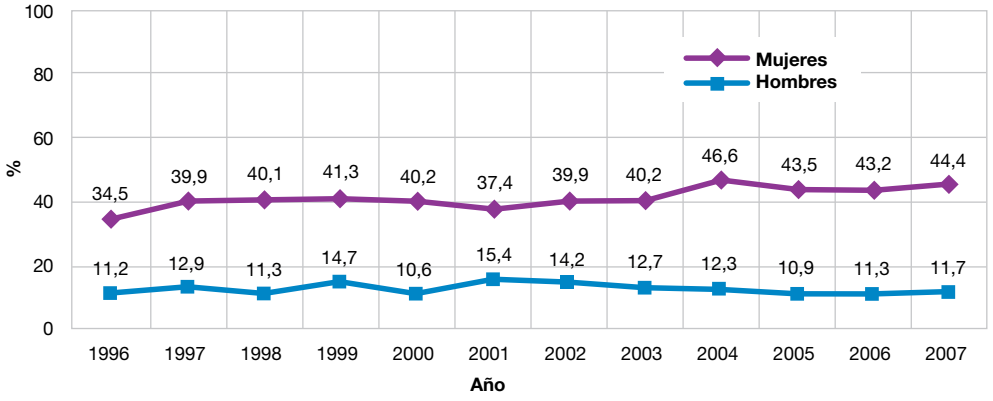
Comparando la estimación promedio del 2006-2007 con la de 1996-1997, de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (figura 4.10), se observa un incremento porcentual del 17,7% en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.

Figura 4.9. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal, en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



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



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

Figura 4.10. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

4.3.2. Alimentación

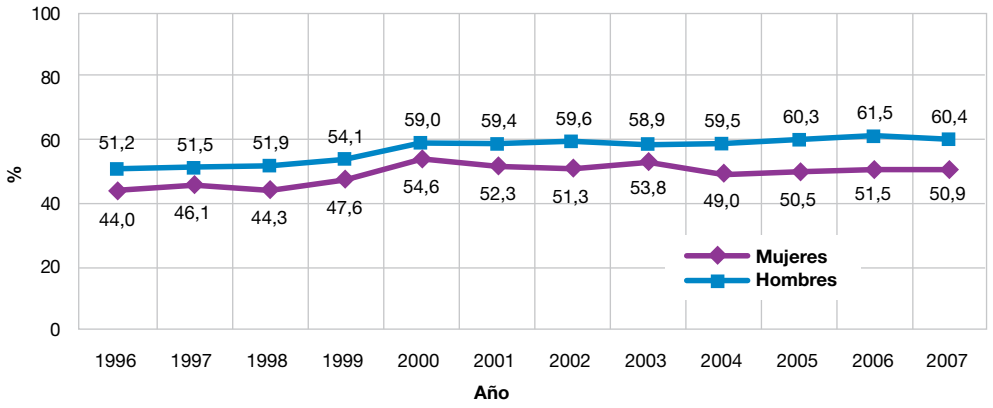
Como en años anteriores, se mantiene un patrón de consumo alimentario con un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto de ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje importante de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas (figura 4.11).

Comparando el promedio 2006-2007 frente a 1996-1997 se observa un consumo de leche y derivados lácteos muy similar. Tampoco se observan grandes variaciones en el consumo de verduras y hortalizas si bien hay un aumento de la proporción de jóvenes que no consumen al menos 2 raciones de fruta al día, del 18,7% en los chicos y 13,7% en las chicas. Valorando conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras, grupo de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, se observa que alrededor de 1 de cada 2 jóvenes no alcanza a consumir 3 raciones/día (el 53,6% de los chicos y el 41,1% de las chicas). Aún siendo muy elevada, la proporción de jóvenes que consumen 2 o más raciones diarias de productos cárnicos ha descendido ligeramente, un 10,7% en chicos y un 7,8% en chicas. En el consumo de galletas y bollería en los chicos se observa una disminución del 17,0% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, y en las chicas del 10,7%.

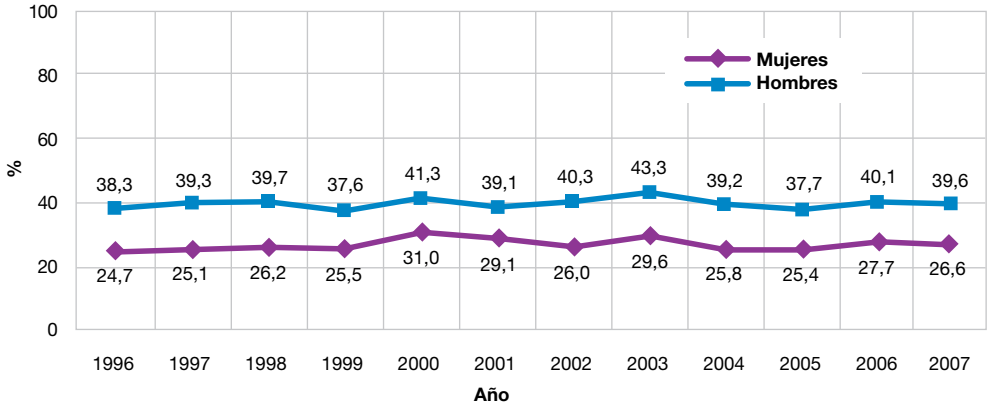
Figura 4.11. Evolución de los hábitos alimentarios en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

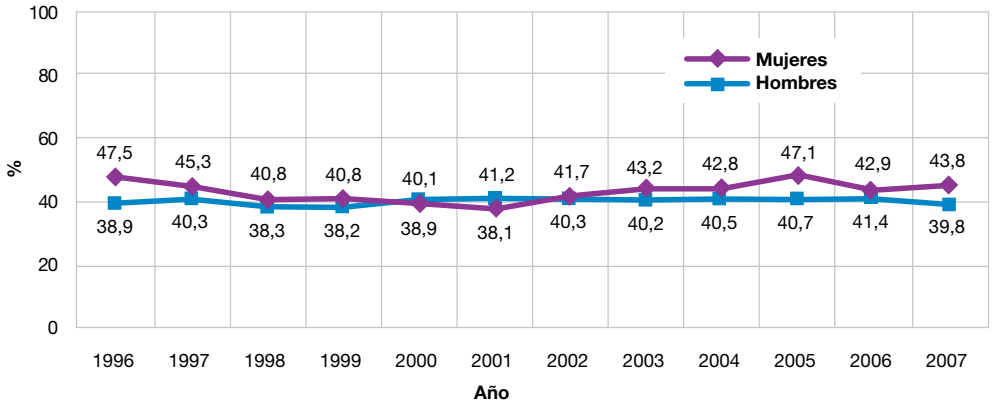
Consumo de menos de 2 raciones de fruta al día



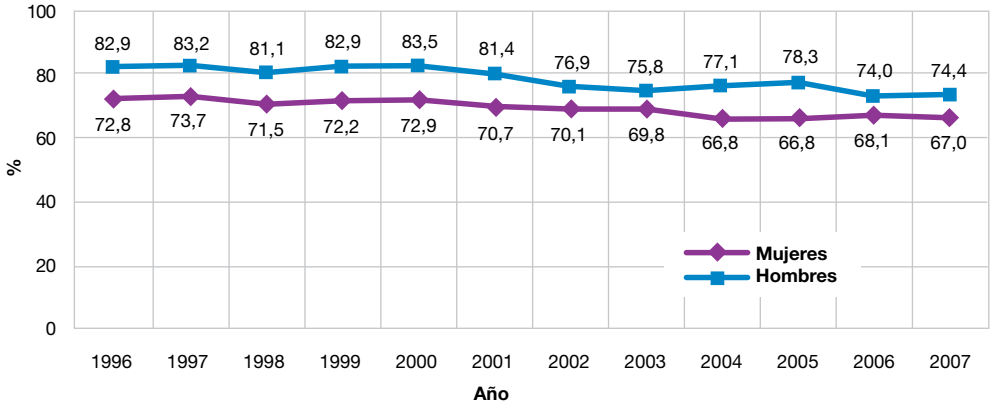
Consumo de menos de una ración de verdura al día



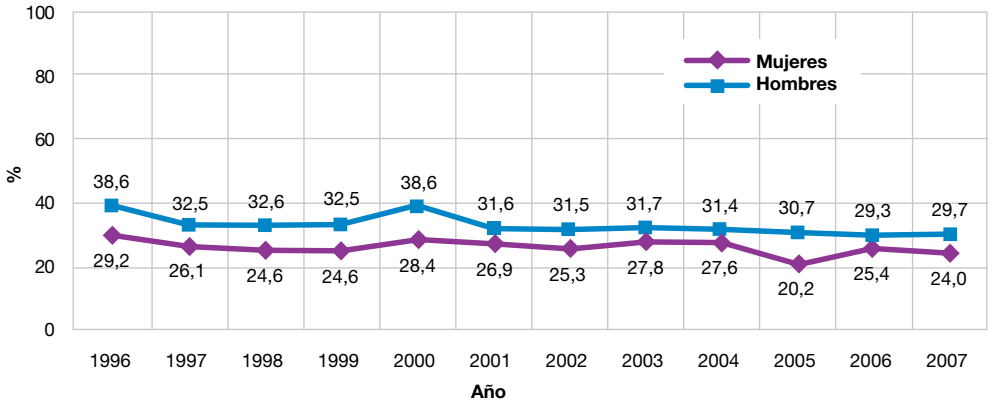
Consumo de menos de 3 raciones de leche y derivados al día



Consumo de 2 ó más raciones de productos cárnicos al día



Consumo de 2 ó más raciones de bollería al día

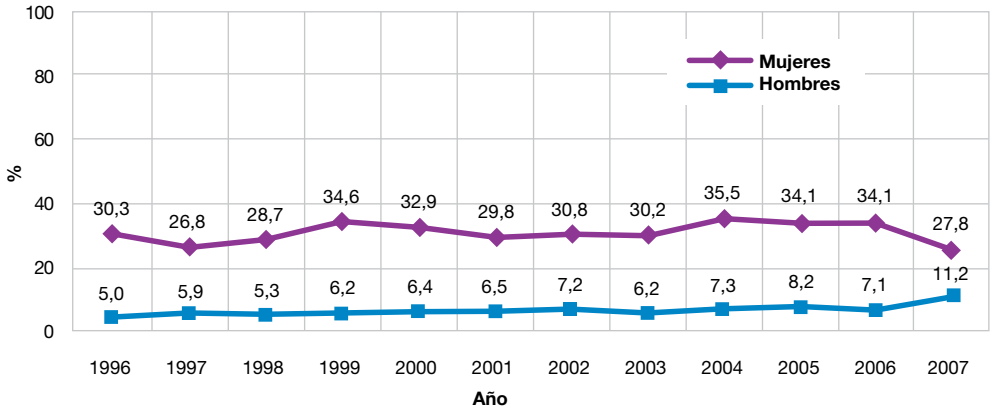


En los años 2006-2007 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de chicos que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 67,9%. En las chicas este incremento es del 8,4% (figura 4.12).

Desde 1999, el SIVFRENT-J incluye preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, 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. En 2007 el 4,4% de los chicos y el 16,0% de las chicas ha respondido afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 3,4% del total de mujeres responde a dos y el 1,7% a los tres). Concretamente, durante el último año el 9,9% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 8,4% se han provocado vómitos para perder peso, y un 4,6% han utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

Figura 4.12. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

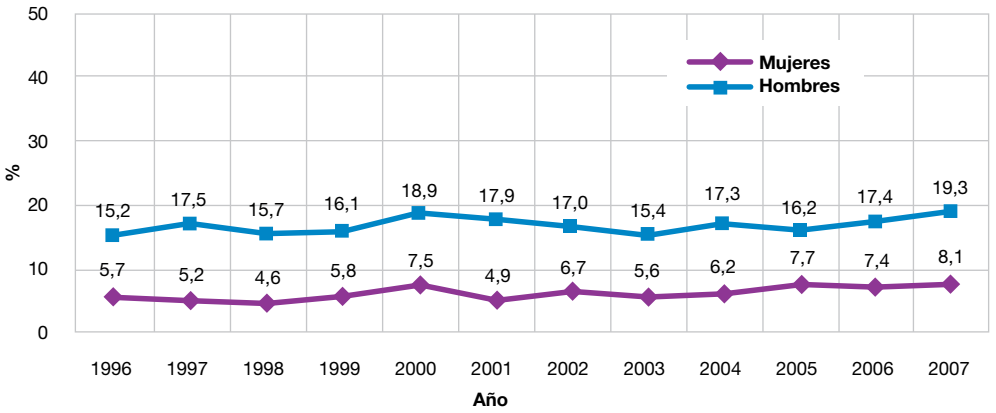


4.3.3. Sobrepeso y obesidad

Según los datos de peso y talla referidos por los entrevistados en el SIVFRENT-J, un 19,3% de los chicos y el 8,1% de las chicas tiene sobrepeso u obesidad (figura 4.13). Al comparar la frecuencia observada en 2006-2007 respecto a 1996-1997 se observa un incremento del 12,2% en los hombres, aumentando en las mujeres un 42,2%.

Figura 4.13. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) con sobrepeso u obesidad, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En 2008 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realizó un estudio para determinar la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Fue un estudio epidemiológico poblacional, de diseño transversal, observacional, multicéntrico realizado en 2.916 escolares, 51,08% niñas y 48,92% niños, de edades comprendidas entre los 6 y 18 años de 60 colegios de la Comunidad.

La existencia de sobrepeso y de obesidad se estimó a través del índice de masa corporal (IMC= peso Kg/ talla m^2). Dado que el IMC varía con la edad y el sexo durante todo el período de crecimiento se ha utilizado para definir el sobrepeso y la obesidad los puntos de corte del estudio en-Kid (IMC ≥ al percentil 85: sobrepeso / IMC ≥ al percentil 97: obesidad) y se han referenciado a tablas nacionales (Curvas y Tablas de Crecimiento de la Fundación Faustino Orbegozo Izaguirre 2004).

La prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población escolar de 6 a 18 años de la Comunidad de Madrid es del 7,37% y del 10,73% respectivamente, sin diferencia significativa entre niños y niñas (tabla 4.7 y figura 4.14). Globalmente la sobrecarga ponderal, valorando conjuntamente el sobrepeso y obesidad, presentaba una prevalencia del 18,11%.

	N	%	IC *
Sobrepeso	313	10,73	9,61 – 11,86
Obesidad	215	7,37	6,42 – 8,32
Sobrepeso / Obesidad	528	18,11	16,71 – 19,50
Normopeso	2.388	81,89	80,50 – 83,29

* Intervalo de confianza al 95 %

Tabla 4.7. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares (6 a 18 años). Comunidad de Madrid, 2008.

Fuente: Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad de Investigación y Prevención en Nutrición y Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Subdirección de Sanidad Ambiental y Epidemiología.

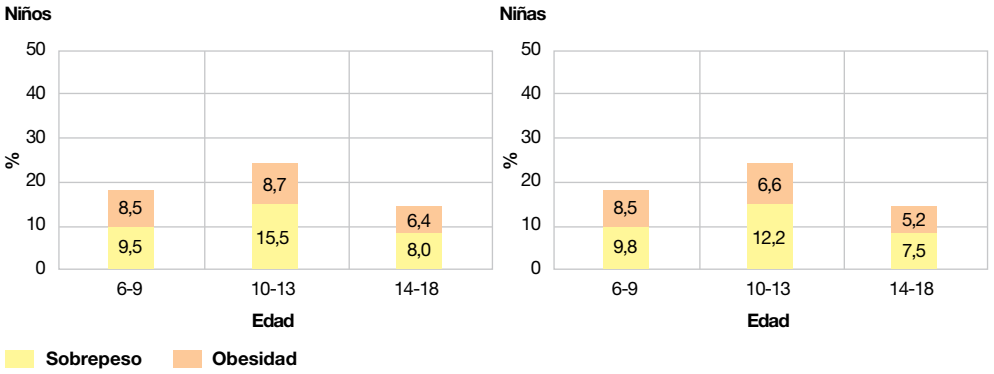


Figura 4.14. Prevalencia de sobrepeso y de obesidad en escolares (6 a 18 años) según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2008.

Fuente: Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad de Investigación y Prevención en Nutrición y Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Subdirección de Sanidad Ambiental y Epidemiología.

4.3.4. Tabaco

Globalmente, de los jóvenes de 15 ó 16 años, el 32,3% fuma con mayor o menor asiduidad, un 54,7% no fuman, y el 13,0% son ex fumadores (figura 4.15). El 17,3% fuma diariamente, y el 8,4% fuma alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 25,7% de fumadores habituales. La proporción de jóvenes que fuma diariamente es superior en las mujeres (18,4%) que en los hombres (16,3%), y la prevalencia se incrementa rápidamente con la edad: el 17,2% de los jóvenes de 16 años y 8,3% en los de 15 años. La prevalencia del consumo excesivo de tabaco, definido como un consumo superior a 10 cigarrillos al día, es del 4,6% en hombres y 3,9% en mujeres.

Si comparamos el promedio de consumo de los dos últimos años frente a los dos primeros, se observa una disminución porcentual del 41,0% en los chicos y del 46,4% en las chicas (figura 4.16). Sin embargo, conviene llamar la atención que durante el 2007 se ha producido, tanto en hombres como en mujeres, un incremento moderado respecto a los datos del 2006, cortándose el descenso que venía observándose desde los primeros años de estudio.

El 11,9% del total de entrevistados tienen permiso de los padres para fumar (figura 4.17), aumentando al 42,4% en aquellos jóvenes que fuman diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar es mayor en el caso de que los padres fumen.

Figura 4.15. Consumo de tabaco en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

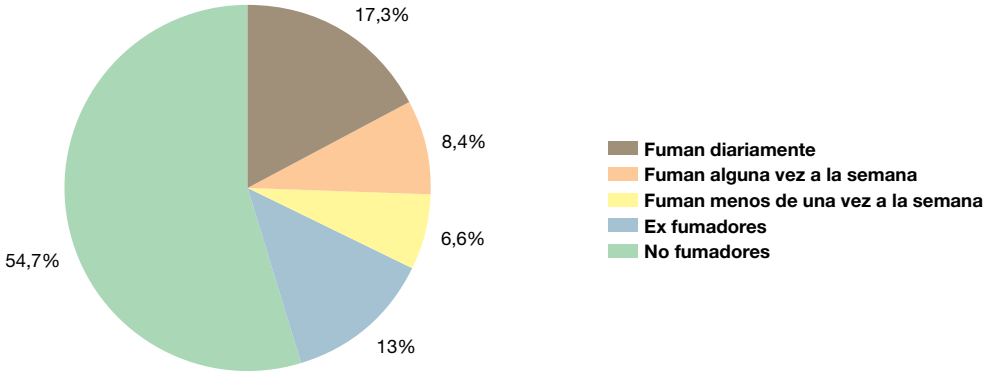


Figura 4.16. Evolución de la proporción de fumadores diarios en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

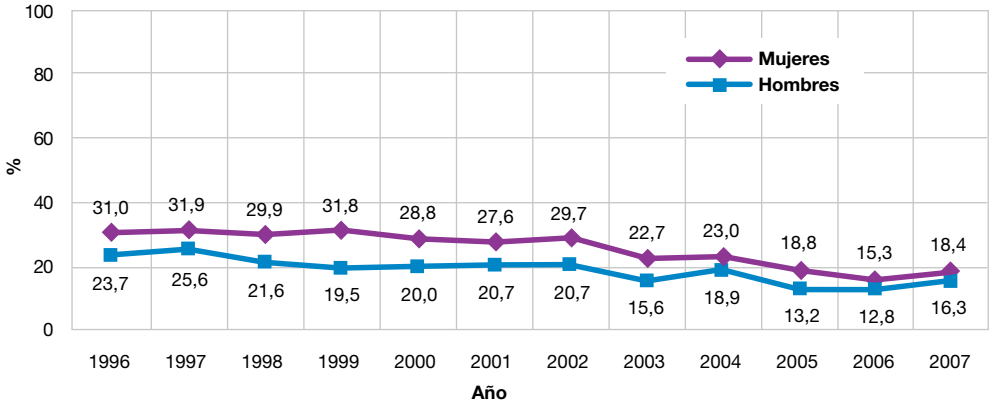
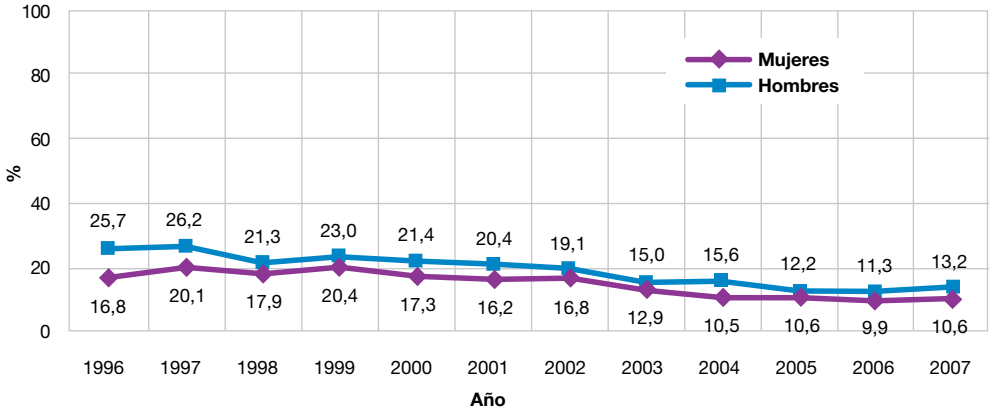


Figura 4.17. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) con permiso de los padres para fumar, según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



4.3.5. Alcohol

Siguiendo el criterio utilizado en la población adulta para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol, se ha considerado como bebedores/as moderados/as aquellos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc. en hombres y de 1-29 cc. en mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc. o más y de 30 cc. o más respectivamente. Globalmente, el 11,6% de los jóvenes son clasificados como bebedores a riesgo, el 50,5% como bebedores moderados, y el 37,9% como no bebedores (figura 4.18).

El consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (adaptación del término anglosajón "binge drinking"), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 38,6% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días. Desde el 2003, año en el que se alcanzó la prevalencia más baja para el conjunto de indicadores de alcohol, se observa un ligero incremento de los bebedores de riesgo, así como la frecuencia de borracheras. Destaca este último año el incremento de los jóvenes que han viajado en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol (23,4%) (figura 4.19).

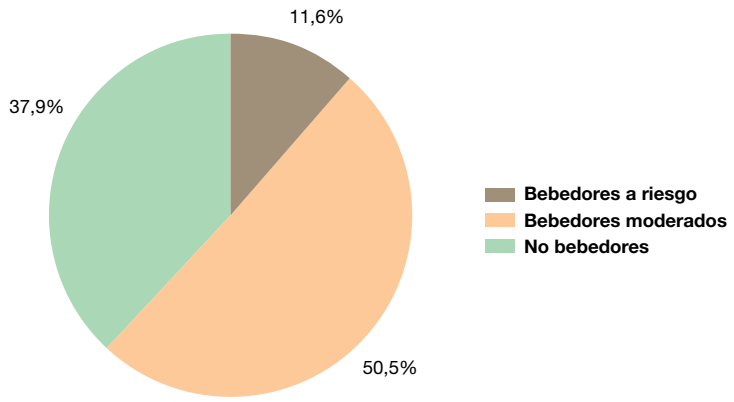


Figura 4.18. Consumo de alcohol* en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

*Bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol de 50 cc. o más en los chicos y de 30 cc. o más en las chicas
Bebedores moderados: consumo diario de alcohol de 1-49 cc. en los chicos y de 1-29 cc. en las chicas

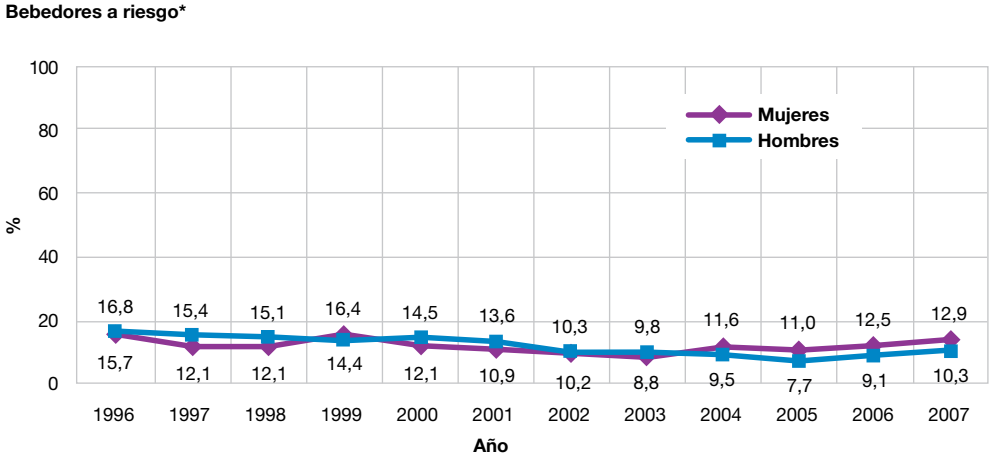


Figura 4.19. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

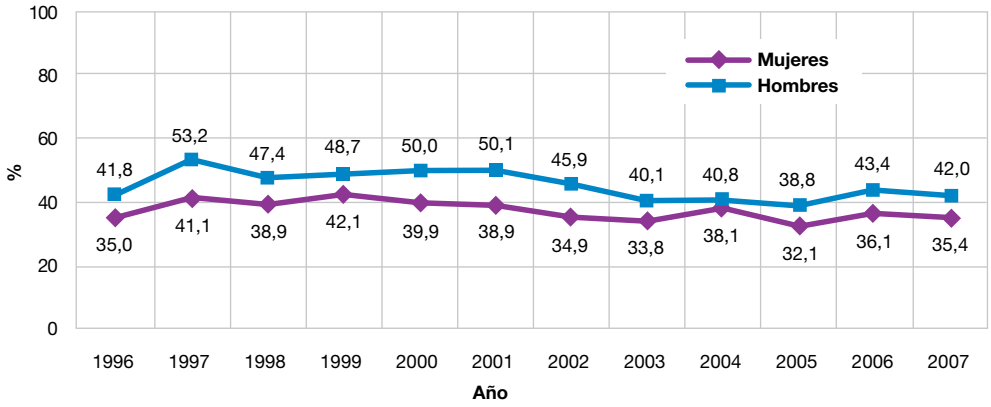
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

*Bebedores a riesgo: consumo diario de alcohol de 50 cc. o más en los chicos y 30 cc. o más en las chicas

Figura 4.19. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

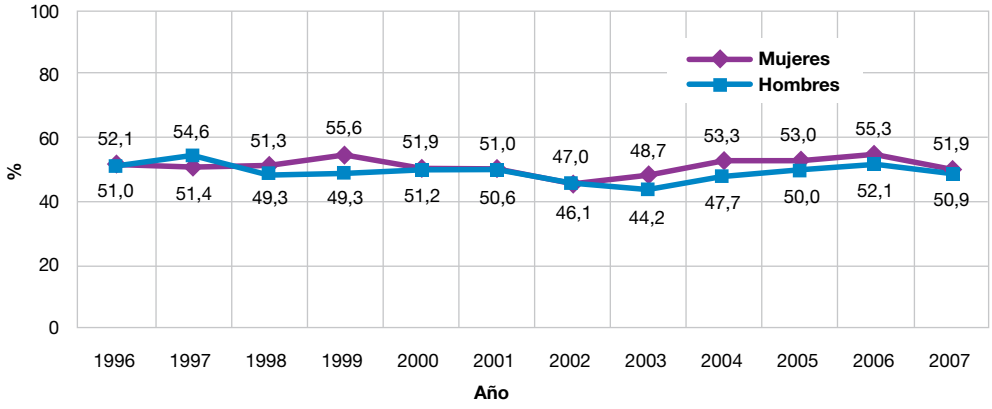
Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Consumo excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días

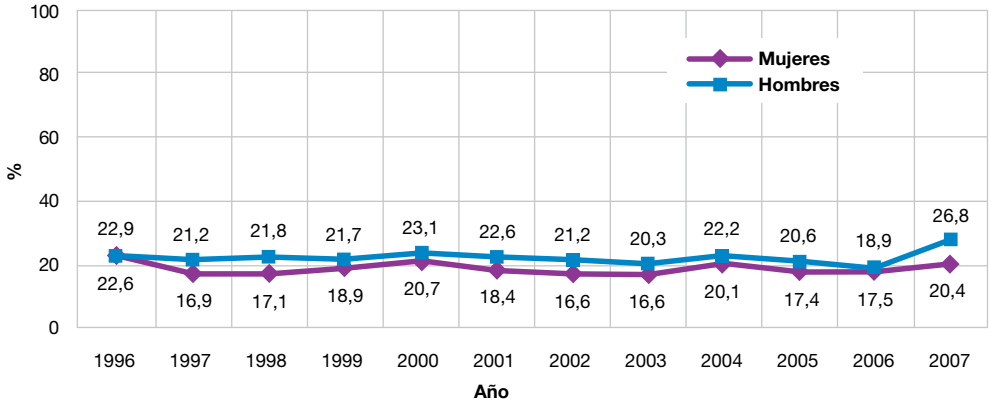


*Consumo excesivo: consumo de 60 cc. o más de alcohol en una misma ocasión

Borrachera en los últimos 12 meses



Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol



4.3.6. Drogas de comercio ilegal

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 23,7% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 16,5% en los últimos 30 días. De forma agregada, el 25,1% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 17,5% en los últimos 30 días.

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

El descenso del consumo de estas sustancias, cuyo valor más bajo se alcanzó para muchas de ellas en el 2005, vuelve a incrementarse ligera a moderadamente en este último año (figura 4.20).

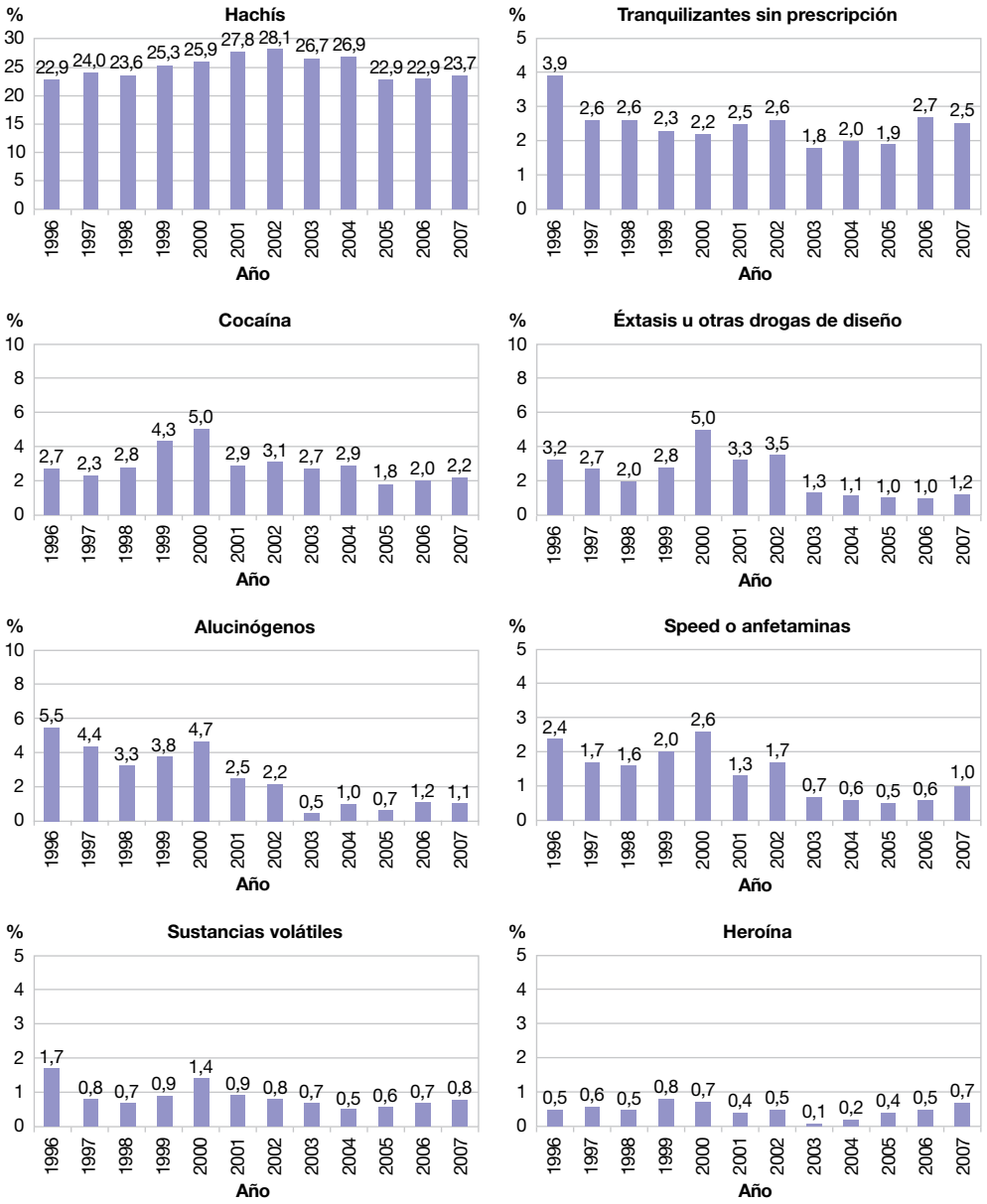


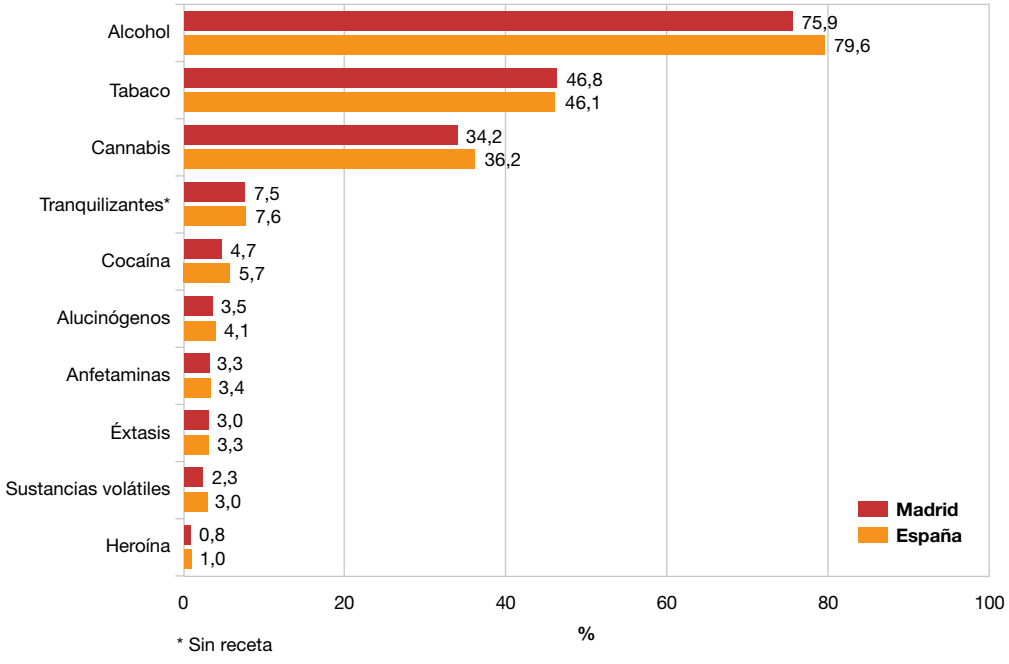
Figura 4.20. Evolución del consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, en jóvenes (15-16 años). Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

En 2006 se ha realizado una nueva Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar para la Comunidad Autónoma de Madrid. Como en encuestas previas la realización de la encuesta se ha guiado por la metodología establecida en el Proyecto Español de Encuestas Escolares sobre Drogas (PEEED). Según esta encuesta, exceptuando el tabaco, las prevalencias de consumo de las distintas sustancias en la Comunidad de Madrid están ligeramente por debajo de las de España en las tres frecuencias de consumo: alguna vez (figura 4.21), último año y últimos 30 días. En general, la proporción de consumidores aumenta con la edad entre los 14 y los 18 años en todas las sustancias (figura 4.22), y en general, los jóvenes aprecian los problemas derivados del consumo habitual de las drogas (figura 4.23). Un 85,9% de los estudiantes de 14 a 18 años manifiesta estar perfecta o suficientemente informado en relación con el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo. Destaca que la información sobre las drogas que se hace en las aulas de Madrid varía según el tipo de enseñanza que se recibe. Así, mientras que el 79,7% de los alumnos de E.S.O. afirman haber recibido esta instrucción, para Ciclos Formativos de Grado Medio dicho porcentaje sólo llega al 42,8% de alumnos.

Figura 4.21. Prevalencias de consumo experimental de drogas en jóvenes (14-18 años). Comunidad de Madrid y España, 2006.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid, 2006. Elaboración: Agencia Antidroga.



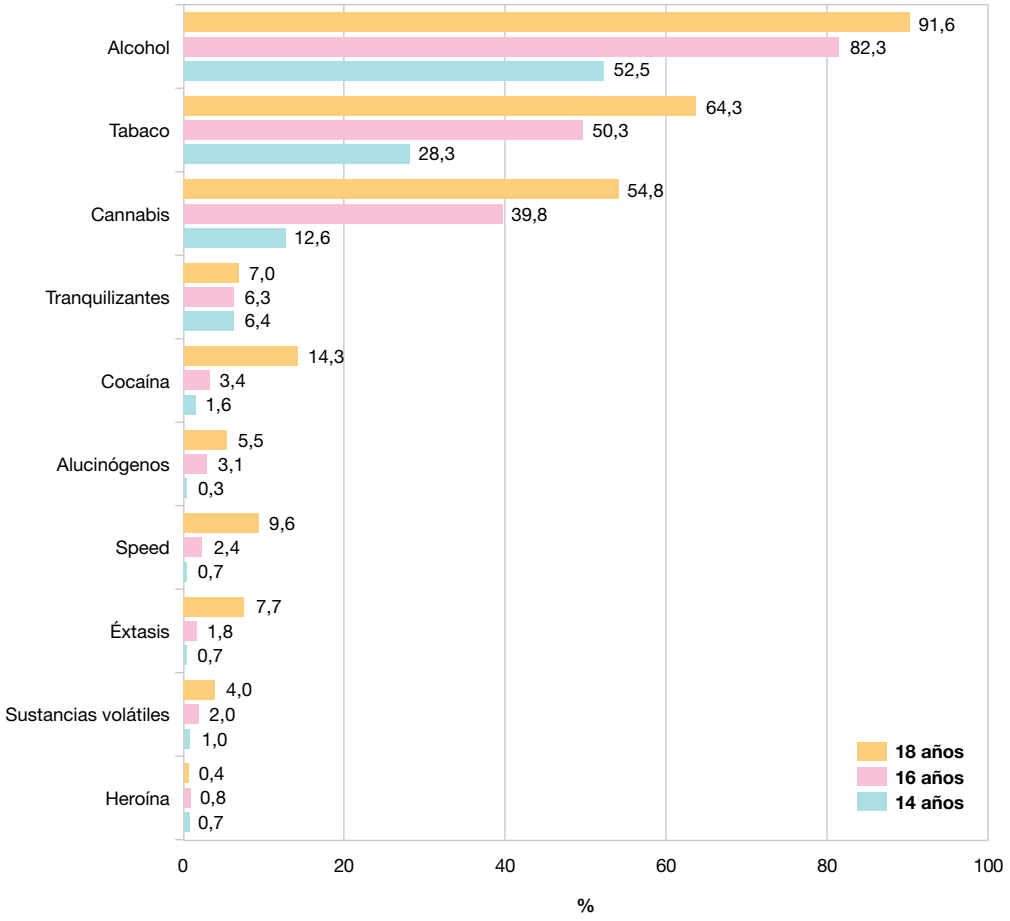


Figura 4.22. Proporción de jóvenes (14-18 años) consumidores (alguna vez) de drogas, según edad. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid, 2006. Elaboración: Agencia Antidroga.

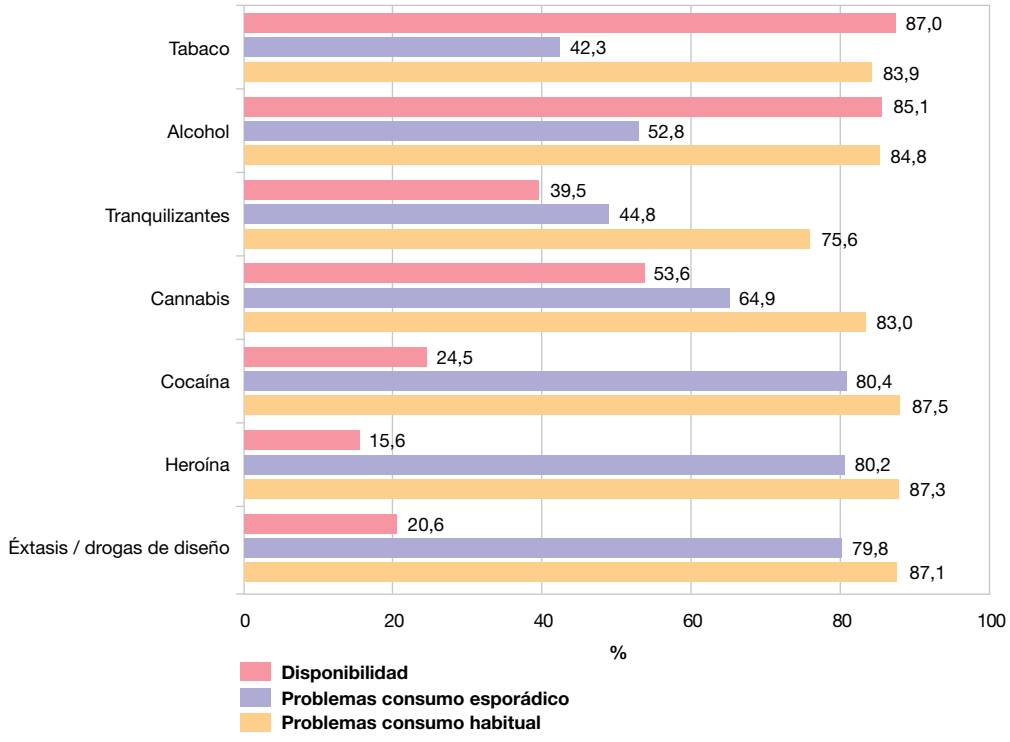


Figura 4.23. Proporción de problemas percibidos y disponibilidad de diferentes drogas en jóvenes (14-18 años). Comunidad de Madrid, 2006.

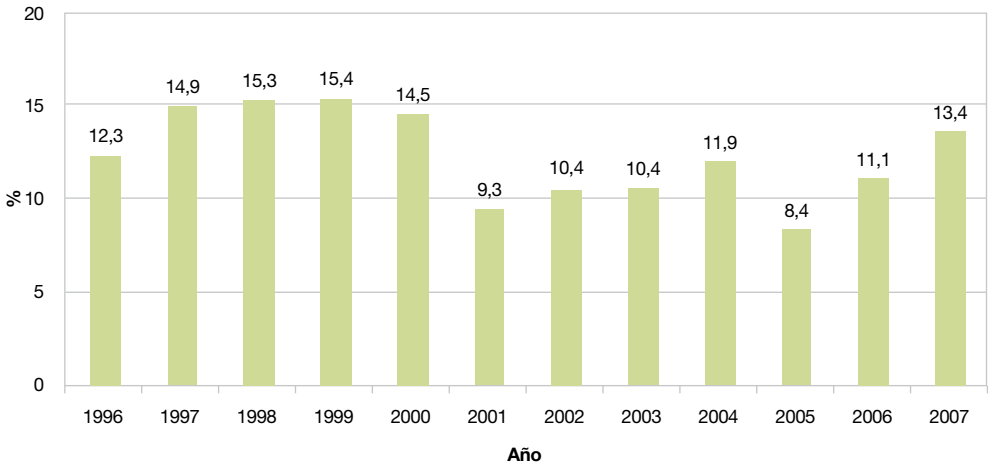
Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar, Comunidad de Madrid, 2006. Elaboración: Agencia Antidroga.

4.3.7. Sexualidad responsable

El 35,4% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Un 84,0% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. Un 13,4% no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual. La estimación de este indicador en el año 2007 es la más alta desde el año 2001 (figura 4.24).

Figura 4.24. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su ultima relación sexual. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



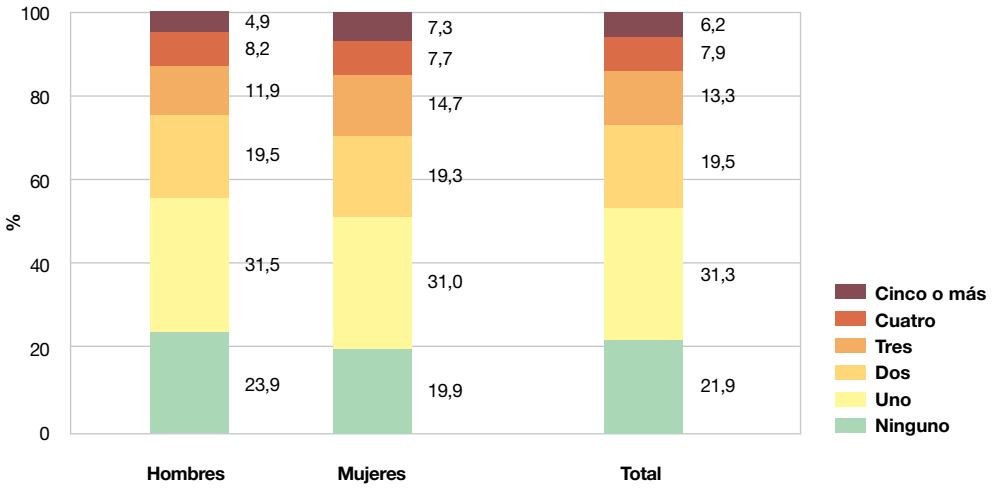
*Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo

4.3.8. Agregación de factores de riesgo

El 78,1% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 19,5% de ellos tienen dos, el 13,3% tres, el 7,9% cuatro, y el 6,2% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (figura 4.25).

Figura 4.25. Agrupación de factores de riesgo* en jóvenes (15-16 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



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

4.3.9. 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 60,3% en el caso de los accidentes hasta el 19,9% sobre el consumo de alcohol.

Desde 1996, excepto para el SIDA, ha aumentado globalmente la información sobre la salud que reciben los jóvenes en los centros escolares, en especial sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal (figura 4.26).

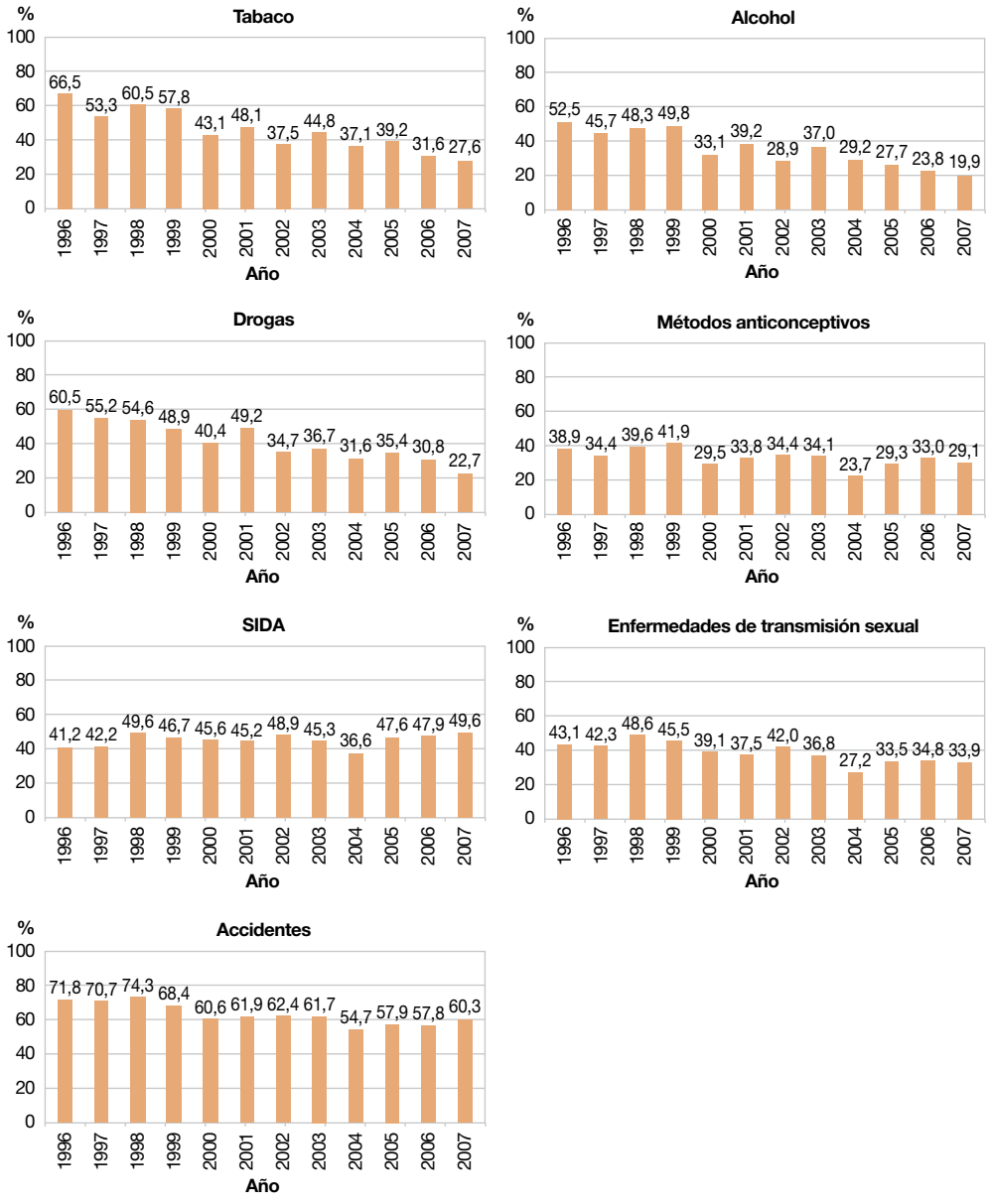


Figura 4.26. Evolución de la proporción de jóvenes (15-16 años) que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Comunidad de Madrid, 1996-2007.

Fuente: SIVFRENT-J. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

4.4. Enfermedad celíaca

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune, caracterizada por la inflamación de la mucosa, atrofia vellosa e hiperplasia de las criptas intestinales. Es el resultado de la activación de la respuesta inmunológica, en personas genéticamente susceptibles, frente a la exposición al gluten, proteína presente en cereales como el trigo, la cebada, el centeno y la avena. Afecta tanto a niños como a adultos.

Hasta hace poco tiempo la EC se consideraba un proceso casi exclusivo de la primera infancia con una presentación clínica típica y cuyo diagnóstico sólo era posible mediante biopsia intestinal. Desde la década de los 70, en la que comenzaron a desarrollarse nuevos métodos analíticos con los distintos anticuerpos relacionados con la EC, éstos cada vez tienen una mayor especificidad y sensibilidad. A partir de ese momento, el concepto, diagnóstico y conocimiento de la EC ha cambiado de forma radical. De la misma manera, la utilización de estos marcadores serológicos en estudios de screening ha cambiado el panorama epidemiológico de forma sustancial.

Se caracteriza por cursar de forma activa con la aparición de algún síntoma clásico (diarrea crónica, anorexia, distensión abdominal, pérdida de peso, vómitos, irritabilidad, letargia, crisis celíaca) o con mayor frecuencia en forma monosintomática, silente, latente ó potencial. Su detección es fundamental ya que los casos no diagnosticados presentan múltiples problemas de salud, disminución de la calidad de vida y un riesgo aumentado de enfermedades autoinmunes y enfermedades malignas.

En estudios poblacionales de screening de esta enfermedad se han utilizado distintos marcadores serológicos. Los anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana clase IgA se consideran, en la actualidad, los marcadores más útiles por su alta sensibilidad (95-98%) y especificidad (94-97%) por lo que existe un acuerdo generalizado entre la comunidad científica para utilizarlos como test de screening.

Debido a las distintas formas de presentación y a la gran variabilidad en la evolución clínica de la EC, la prevalencia en la población general es muy difícil de estimar.

Los datos publicados hasta el momento sugieren que la EC está ampliamente infradiagnosticada, solo 1 de cada 5-10 casos está diagnosticado. Así mismo, existe una evidencia científica creciente de que se trata de una enfermedad más común de lo que previamente se creía.

En España no hay datos fidedignos sobre la verdadera prevalencia de esta patología en la población general.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad ha llevado a cabo en 2008 un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de la EC en nuestro medio y así adaptar los recursos sanitarios y poder ofrecer un mejor servicio a los pacientes diagnosticados de esta enfermedad.

Se trata de un estudio epidemiológico, poblacional, de diseño transversal, observacional, multicéntrico y de ámbito autonómico para determinar la prevalencia de la EC en la población escolar de 6 a 18 años de la Comunidad de Madrid y conocer la relación entre celíacos diagnosticados y celíacos totales en esta población.

Mediante el screening serológico de 2.919 niños/as se han identificado 24 casos de enfermedad celíaca silente que se han confirmado mediante biopsia intestinal, lo que implica una prevalencia de enfermedad celíaca no reconocida de 0,86 por cada 100 sujetos (IC95%: 0,52-1,21). En la

población estudiada habían sido diagnosticados previamente al estudio, es decir conocían que eran celíacos, 13 niños. Considerando que se han diagnosticado 24 casos en el estudio, la prevalencia total (37 casos) de enfermedad celíaca en los escolares de 6 a 18 años en la Comunidad de Madrid es de 1,27 por cada 100 sujetos (IC95%: 0,86-1,68) (figura 4.27).

La relación entre EC diagnosticada y EC total es de 1:2,8, es decir, aproximadamente de cada 3 celíacos sólo 1 sabe que tiene la enfermedad. La relación entre EC diagnosticada y EC no diagnosticada de 1:1,8.

La edad media era superior en los celíacos detectados por estudio (12,96 ± 3,38 años) que en los ya diagnosticados previamente (10,21± 3,66 años).

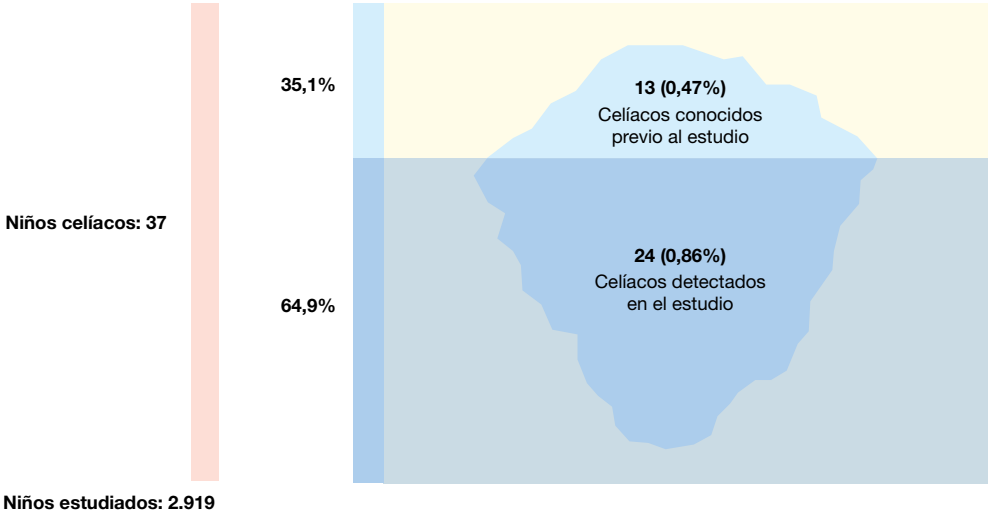


Figura 4.27. Efecto Iceberg: Relación celíacos conocidos/ celíacos detectados. Población de 6 a 18 años. Comunidad de Madrid, 2008.

Fuente: Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de enfermedad celíaca en la población escolar de la Comunidad de Madrid. Elaboración: Unidad de Investigación y Prevención en Nutrición y Salud. Subdirección General De Promoción De La Salud Y Prevención. Subdirección de Sanidad Ambiental y Epidemiología.

Conclusiones

1. La prevalencia estimada de enfermedad celíaca silente en la población infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid es alta: 0,86 por cada 100 sujetos o, lo que es lo mismo, 1 de cada 116 niños padece la enfermedad y no lo sabe.

2. La prevalencia total (casos diagnosticados previamente al estudio y casos diagnosticados en el estudio) es de 1,27 por cada 100 es decir, 1 de cada 79 niños de nuestra Comunidad es celíaco.

3. En nuestro estudio encontramos una relación de celíacos diagnosticados y enfermedad celíaca total de 1:2,8 en este grupo de población. Este hecho es debido probablemente a la concienciación, sensibilización y difusión que existe en nuestra Comunidad. Aunque esta relación sea muy buena, ya que tenemos muchos celíacos diagnosticados, podemos estimar que en la población de entre 6 y 18 años (704.097) de la Comunidad de Madrid, 8.942 tienen EC y de éstos 6.055 no están diagnosticados.

4. Los celíacos conocidos previamente al estudio tienen edades significativamente menores que los detectados en él. Probablemente, esto es debido a que en la población de menor edad son más frecuentes la formas más sintomáticas, lo que implica un mayor número de diagnósticos y que durante la segunda infancia y la adolescencia son mucho más frecuentes las formas monosintomáticas y silentes; por otra parte, el ratio de diagnósticos actualmente es muy superior al de hace 10 ó 15 años.

4.5. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se despenalizó en España, a través de la Ley Orgánica 9/1985 en tres supuestos concretos:

• Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.

• Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado.

• Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación.

La vigilancia epidemiológica de las IVE se realiza a partir del año 1986 (Orden Ministerial 16 de junio de 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986),estando obligados a notificar todos los centros que realizan dichas IVE, sean públicos o privados.

De las 26.432 IVE notificadas que se realizaron en 2007 en la Comunidad de Madrid, el 83,3% (22.013) correspondieron a mujeres con residencia en nuestra Comunidad. A continuación se detalla la información referente a estas mujeres. No se incluye información de las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado una interrupción del embarazo fuera de la misma.

IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid

En el año 2007, se han notificado 22.013 IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. La tasa de IVE en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2007 en un 14,7 por mil (tabla 4.8 y figura 4.28).

Tabla 4.8. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) en grandes municipios. 1998-2007.

Fuente: Registro Regional de IVE y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Alcalá de Henares	6,45	7,66	5,81	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40
Alcobendas	5,84	6,49	7,22	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87
Alcorcón	5,77	6,29	7,01	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52
Fuenlabrada	6,54	7,03	6,91	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65
Getafe	4,23	5,60	5,46	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07
Leganés	6,54	6,85	7,22	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62
Madrid	8,43	10,11	10,32	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81
Móstoles	6,32	6,47	7,00	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19
Parla	5,81	6,84	5,87	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86
Torrejón de Ardoz	6,45	7,00	8,99	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90
Resto de la CM	5,69	6,88	6,08	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34
Total de la CM	7,25	8,53	8,49	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68

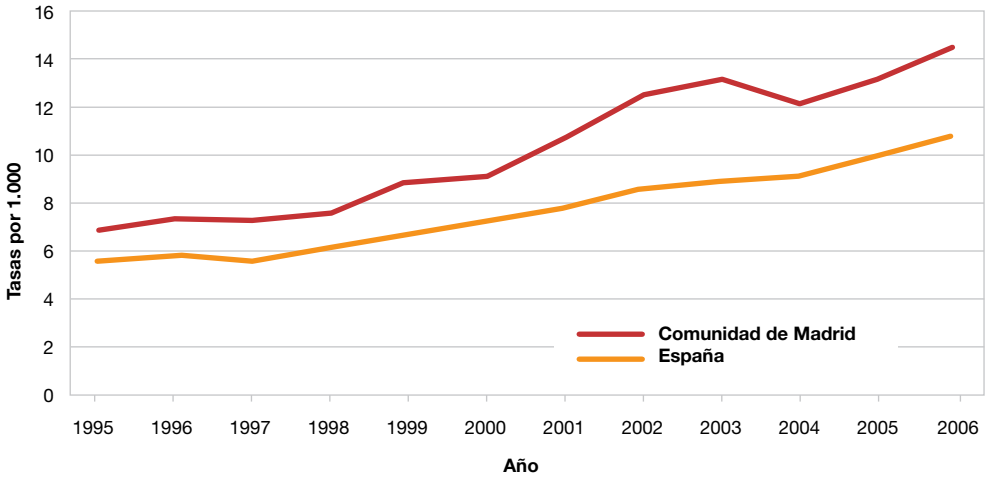


Figura 4.28. IVE. Tasas por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años). Comunidad de Madrid y España. 1995-2006.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

El 59,5% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España, siendo la tasa de 35,4 por mil mientras que para las españolas fue 8,2. En las tablas 4.9, 4.10 y 4.11 se presentan las características principales de las mujeres a las que se realizó una IVE, diferenciando por país de origen.

Tabla 4.9. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características sociodemográficas por país de origen. Año 2007.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	34	0,4	29	0,2	0	0,0	63	0,3
	15-19	1.264	14,4	1.185	9,1	8	7,1	2.457	11,2
	20-24	2.103	23,9	3.363	25,7	25	22,3	5.491	24,9
	25-29	1.863	21,2	3.734	28,5	29	25,9	5.626	25,6
	30-34	1.641	18,7	2.700	20,6	25	22,3	4.366	19,8
	35-39	1.297	14,7	1.578	12,0	20	17,9	2.895	13,2
	40-44	542	6,2	490	3,7	5	4,5	1.037	4,7
	45 o más	49	0,5	26	0,2	0	0,0	75	0,3
	No consta	2	0,0	1	0,0	0	0,0	3	0,0
Convive en pareja	Si	3.465	39,4	7.383	56,3	47	42,0	10.895	49,5
	No	5.263	59,8	5.584	42,6	54	48,2	10.901	49,5
	No consta	67	0,8	139	1,1	11	9,8	217	1,0
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	69	0,8	274	2,1	0	0,0	343	1,6
	Primer grado	982	11,2	2.299	17,5	25	22,3	3.306	15,0
	Segundo grado	5.399	61,4	9.021	68,9	50	44,6	14.470	65,7
	Tercer grado	2.300	26,1	1.409	10,7	33	29,5	3.742	17,0
	Inclasificable	6	0,1	14	0,1	0	0,0	20	0,1
	No consta	39	0,4	89	0,7	4	3,6	132	0,6
Ingresos económicos propios	Si	6.192	70,4	9.978	76,1	86	76,8	16.256	73,8
	No	2.413	27,4	2.752	21,0	21	18,7	5.186	23,6
	Desconocido	190	2,2	376	2,9	5	4,5	571	2,6
Total		8.795	100	13.106	100	112	100	22.013	100

Tabla 4.10. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Antecedentes obstétricos por país de origen. Año 2007.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	5.439	61,8	4.719	36,0	59	52,6	10.217	46,4
	1	1.717	19,5	4.075	31,1	28	25,0	5.820	26,5
	2	1.246	14,2	2.793	21,3	19	17,0	4.058	18,4
	3	297	3,4	979	7,5	5	4,5	1.281	5,8
	4 o más	96	1,1	540	4,1	1	0,9	637	2,9
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	155	4,6	202	2,4	0	0,0	357	3,0
	1	604	18,1	1.145	13,6	4	7,5	1.753	14,9
	2	509	15,2	1.019	12,2	11	20,7	1.539	13,0
	3	399	11,9	850	10,1	3	5,7	1.252	10,6
	4	306	9,1	742	8,9	9	17,0	1.057	9,0
	5	245	7,3	669	8,0	5	9,4	919	7,8
	6 o más	1.129	33,6	3.746	44,6	18	34,0	4.893	41,5
	No consta año	8	0,2	16	0,2	3	5,7	27	0,2
Total de las que tienen hijos vivos		3.355	100,0	8.389	100,0	53	100,0	11.797	100,0
Número de IVE previas	Ninguna	6.289	71,5	7.308	55,8	75	67,0	13.672	62,1
	1	1.854	21,1	3.962	30,2	24	21,4	5.840	26,5
	2	473	5,4	1.255	9,6	6	5,4	1.734	7,9
	3	121	1,3	358	2,7	5	4,5	484	2,2
	4 o más	58	0,7	223	1,7	2	1,7	283	1,3
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	189	7,5	572	9,9	0	0,0	761	9,1
	1	578	23,1	1.578	27,2	10	27,0	2.166	26,0
	2	409	16,3	1.002	17,3	3	8,1	1.414	16,9
	3	252	10,1	677	11,6	3	8,1	932	11,2
	4	238	9,5	501	8,7	4	10,8	743	8,9
	5	160	6,4	354	6,1	4	10,8	518	6,2
	6 o más años	665	26,5	1.072	18,5	11	29,8	1.748	21,0
	No consta año	16	0,6	42	0,7	2	5,4	60	0,7
Total		8.795	100	13.106	100	112	100	22.013	100

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Tipo de Centro	Público	45	0,5	54	0,4	29	25,9	128	0,6
	Privado	8.750	99,5	13.052	99,6	83	74,1	21.885	99,4
Financiación pública	No	6.996	79,5	10.032	76,5	70	62,5	17.098	77,7
	Si	1.799	20,5	3.074	23,5	42	37,5	4.915	22,3
Semanas de gestación	≤ 8 semanas (precoz)	5.940	67,5	7.863	60,0	71	63,4	13.874	63,0
	>8 y ≤ 15 semanas	2.268	25,8	4.451	34,0	29	25,9	6.748	30,7
	> 15 semanas (tardía)	587	6,7	792	6,0	12	10,7	1.391	6,3
Método de la intervención	Aspiración	7.528	85,6	11.026	84,1	62	55,4	18.616	84,6
	Dilatación	295	3,4	353	2,7	3	2,7	651	2,9
	Legrado	453	5,2	1.285	9,8	3	2,7	1.741	7,9
	RU-486	386	4,3	252	1,9	36	32,1	674	3,1
	Otros	133	1,5	190	1,5	8	7,1	331	1,5
Total		8.795	100	13.106	100	112	100	22.013	100

Tabla 4.11. IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. Características de la intervención por país de origen. Año 2007.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

El 98% de las mujeres, abortaron por peligro para la salud física o psíquica de la embarazada y para las 447 mujeres que lo hicieron por presunción o confirmación de graves taras fetales, la causa más común, fue el Síndrome de Down en 138 casos. Dos se realizaron por motivo de violación denunciada.

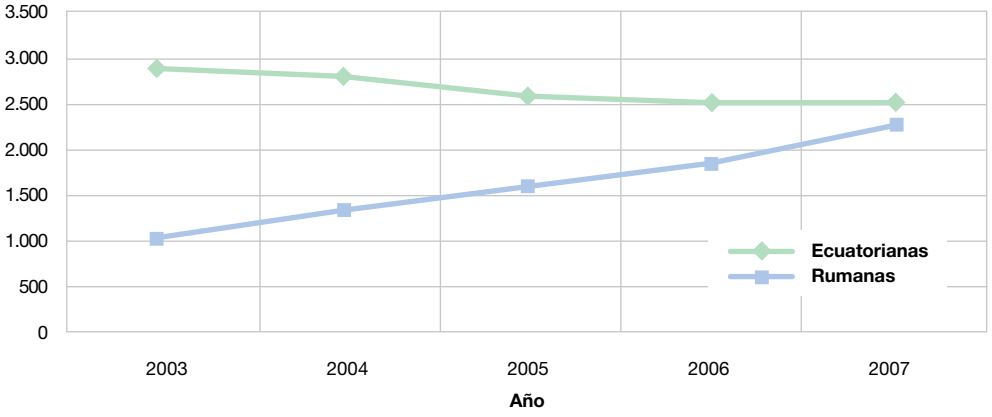
En los 2 años anteriores a la IVE, el 72,6% del total de las mujeres (en 2006 un 66,7%), no habían acudido a ningún servicio para el control de la anticoncepción (67,7% españolas y 76,1% extranjeras) y de las que sí lo habían hecho, un 18,6% fue a centros públicos (un 22,3% en 2006). Se constata pues un aumento del número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos.

Población inmigrante

Desde el año 2003, en que se empieza a recoger la variable país de nacimiento, se pueden ver diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. Podemos observar así los colectivos de mujeres inmigrantes más numerosos en nuestra comunidad: las procedentes de Ecuador y Rumanía. En ambos casos el número de mujeres en edad fértil procedentes tanto de Rumanía, como de Ecuador ha sufrido un incremento paulatino, pero el número de abortos tiene una tendencia al descenso mantenida en el caso de las mujeres procedentes de Ecuador, mientras que el número de mujeres rumanas a las que se realiza una IVE tiene un aumento también constante, llegando a duplicarse (figura 4.29).

Figura 4.29. Número de IVE en ecuatorianas y rumanas residentes en la Comunidad de Madrid. 2003-2007.

Fuente: Registro Regional de IVE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Destacan también dentro del grupo de mujeres que se han sometido a 4 o más IVE, las diferencias en los porcentajes que corresponden a cada una de estas dos poblaciones (en 2007, 0,3% en ecuatorianas y 6,8% en rumanas). Las mujeres rumanas representan el 10,2% del total de las mujeres del registro con residencia en la CM y sólo en un 40,8% era su primera IVE.

Un estudio realizado mediante encuestas a mujeres que abortaron en la Comunidad de Madrid arroja datos que refuerzan las diferencias existentes entre los colectivos de mujeres latinas y europeas del este: las razones que aducen todas las mujeres para no solicitar asesoramiento anticonceptivo son para un 50% no considerarlo un asunto prioritario, no saber donde acudir (30,8%) y tener dificultades, sobre todo de horarios, para acudir a dichos servicios. Para un 34,8% de las mujeres latinas la oposición de su pareja al uso del preservativo o la dificultad de negociar dicho uso, es uno de los principales problemas; sin embargo para un 46% de las mujeres del este, el asesoramiento anticonceptivo es innecesario dado que un 10% de las mismas confiesa que se puede recurrir al aborto.

4.6. Conclusiones y recomendaciones

En el análisis de la morbimortalidad en jóvenes destacan por su frecuencia y por su posibilidad de prevención las causas externas, y dentro de éstas fundamentalmente las relacionadas con accidentes de tráfico por vehículos a motor.

Los resultados del SIVFRENT dirigido a población juvenil en 2007 ponen de manifiesto que la frecuencia de numerosos factores de riesgo asociados con las conductas o hábitos de salud sigue siendo muy alta en la Comunidad de Madrid. Aunque en numerosos indicadores se han realizado importantes progresos desde los objetivos de salud pública, los relacionados con el balance energético evolucionan negativamente, especialmente en la población femenina.

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años, seguido por el tabaco. Conviene llamar la atención sobre el reciente repunte de consumo de tabaco y alcohol que habrá que vigilar estrechamente.

La tendencia del consumo de drogas de comercio ilegal, cuyo valor más bajo se alcanzó para muchas de ellas en el 2005, vuelve a incrementarse ligera a moderadamente en 2007. Un porcentaje alto de los jóvenes manifiesta haber recibido información sobre las drogas, si bien este porcentaje es menor en los alumnos de los Ciclos Formativos de Grado Medio que en los alumnos de E.S.O.

A partir del estudio sobre prevalencia de enfermedad celíaca se recomienda la búsqueda activa de casos en población de riesgo. Dada la alta prevalencia de esta enfermedad, un mayor conocimiento de ésta y disponer en la actualidad de métodos de screening sencillos y accesibles llevará a un aumento en la detección de casos, con consecuencias beneficiosas en la salud de esta población, incrementando su calidad y esperanza de vida. Además se debe considerar cuidadosamente la relación coste/beneficio del screening de toda la población infantil tras un período suficiente de exposición al gluten dado que cumple todos los criterios de enfermedad susceptible de screening en la población: la alta prevalencia, la dificultad para el diagnóstico a partir de los síntomas o signos específicos, sus posibles complicaciones cuando no se diagnostica, la disponibilidad, sensibilidad y especificidad y bajo coste de los métodos de screening y la evidencia de que es una enfermedad “curable” con una dieta exenta de gluten.

La tasa de IVE en mujeres en edad fértil (15-44 años) muestra una tendencia ascendente situándose en el año 2007 en un 14,7 por mil. El 59,5% de las IVE realizadas a residentes en la Comunidad de Madrid corresponden a mujeres nacidas fuera de España. Se constata un aumento del número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos, así como diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. Habría que promover campañas informativas acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos para la población inmigrante, adoptando distintos abordajes en materia de prevención que tengan en cuenta sus necesidades desde la diferencia de sus claves culturales. La Atención Primaria parece el nivel más adecuado para llegar a esta población por lo que se debería dotar con los suficientes recursos tanto materiales como humanos para llevar a cabo estos programas.