

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

2.

INFORMES:

- **Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, año 2005.**
- **Interrupciones voluntarias de embarazo realizadas en la Comunidad de Madrid, año 2005.**





Biblioteca Virtual

Comunidad de Madrid

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

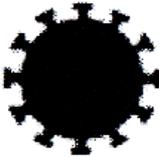
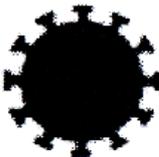
de la Comunidad de Madrid

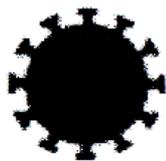
2

Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

Índice

INFORMES:

| | | |
|---|---|----|
|  | - Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2005. | 3 |
|  | - Interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), realizadas en la Ciudad de Madrid, año 2005. | 82 |
|  | - EDO. Semanas 5 a 8 (del 29 de enero al 25 de febrero de 2006) | 94 |
|  | - Brotes Epidémicos. Semanas 5 a 8, 2006. | 97 |
|  | - Red de Médicos Centinela, semanas 5 a 8, 2006. | 99 |



VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID SITUACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2005

Elaborado por: Dulce López-Gay, Concepción Izarra, Carlos Cevallos e Ignacio Vera

ÍNDICE:

| | |
|---|----|
| Resumen | 4 |
| Casos de SIDA en la Comunidad de Madrid | 6 |
| Incidencia de casos diagnosticados de SIDA | 6 |
| Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/SIDA | 29 |
| Prevalencia de casos de SIDA a 31 de diciembre de 2005 | 35 |
| Sistema de vigilancia de la infección por el VIH a través de los laboratorios ... | 37 |
| Vigilancia de la transmisión vertical de la infección por VIH | 40 |
| Accidentes con material potencialmente contaminado por el VIH | 50 |
| Sistema de vigilancia de comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH en usuarios de drogas | 56 |

RESUMEN:

La vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid (CM) se realiza actualmente, a través de:

- La vigilancia de casos de SIDA: la notificación de los casos de SIDA diagnosticados es obligatoria en la CM desde mayo de 1988 (Decreto 46/1988 de 21 de abril).
- Vigilancia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH):
 - Notificación globalizada (no nominal) de los resultados de laboratorio sobre la infección por VIH. La notificación es obligatoria en la CM desde mayo de 1988 (Decreto 46/1988 de 21 de abril).
 - Vigilancia de la infección por VIH en la población centinela de mujeres que paren un hijo vivo.
 - Vigilancia de la transmisión vertical de la infección por VIH.
- Registro de inoculaciones accidentales en personal sanitario con material potencialmente contaminado por el VIH.

Hasta diciembre de 2005 se habían notificado 17.414 casos de SIDA con residencia en la CM en el momento de su diagnóstico, el 60,6% de ellos sabemos que ha fallecido.

Desde mediados de 1996, cuando se empezaron a introducir los antirretrovirales de alta eficacia (TARGA) en el tratamiento de los infectados por VIH, diagnosticados o no de SIDA, se observa una disminución continua tanto de la incidencia de casos de SIDA como de la mortalidad asociada a la infección por VIH.

De los casos de SIDA diagnosticados en el 2005, 248 fueron notificados en ese mismo año (a finales de 2004 se habían notificado 273 casos diagnosticados ese año). De los casos diagnosticados en el 2005 (281), el 78,3% eran hombres y el 82,2% tenían entre 30 y 49 años al diagnóstico. No se diagnosticó ningún caso de SIDA pediátrico. Entre los adolescentes/adultos (13 años o más de edad), de los 220 hombres, el 52,7% se habían infectado por compartir jeringuillas al usar drogas por vía parenteral (UDVP), el 19,5% (43 casos) se habían infectado por transmisión heterosexual (HTX) y el 24,1% a través de relaciones sexuales con otros hombres (HSH); de las 61 mujeres, el 50,8% eran UDVP y el 47,5% (29 casos) HTX. En relación al país de origen, se observa que el 18,5% no eran de España aunque residieran en la CM. El 44,5% se había diagnosticado de infección por VIH en el año previo al diagnóstico de SIDA (diagnostico tardío de la infección VIH respecto al diagnóstico de SIDA).

A finales de 2005 había en la CM 6.864 casos de SIDA vivos, el 78,5% sabemos que había contactado con el sistema sanitario en los años 2004 o 2005. La prevalencia de casos de SIDA en adolescentes/adultos por 100.000 habitantes era de 209 entre los hombres y de 57 entre las mujeres. En menores de 13 años la prevalencia era de 13 casos por 100.000

Entre 1998 y diciembre de 2005 se habían notificado, por los laboratorios, 67.057 pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas. En el año 2005 se han notificado un 1% más de pruebas positivas que en el 2004. A partir de esta cifra y teniendo en cuenta la movilidad de los pacientes de SIDA entre los distintos centros y los fallecidos con infección por VIH, se estima que el número de infectados por el VIH conocidos y vivos a final de año estaría entre 21.214 y 28.260, incluidos los casos de SIDA.

Las tasas de transmisión vertical (madre-hijo) de la infección por VIH han disminuido sobre todo, tras la introducción en 1998 de los antirretrovirales de alta eficacia en la profilaxis de esta vía de transmisión, situándose en el 2,2% para el periodo entre 2001 y 2005. En estos últimos 5 años, el 88% recibieron profilaxis durante el embarazo y/o durante el periodo perinatal pero, el 0,8% no recibió ningún tipo de profilaxis. En el año 2005 se han notificado 123 niños nacidos con anticuerpos, se sabe que 2 de ellos están infectados (1,6%).

Desde 1998 no se ha notificado ninguna seroconversión por accidente en personal sanitario con material potencialmente contaminado por el VIH. Se estima que la tasa de seroconversión tras un accidente se sitúa en torno al 1 por mil.

CASOS DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) 31 DE DICIEMBRE DE 2.005

Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2005 se han notificado 18.991 casos de SIDA al Registro de casos de la CM, 17.414 casos tenían su residencia habitual en nuestra Comunidad en el momento del diagnóstico (tabla I.1), el 60,6% de ellos (10.550) sabemos que han fallecido. Hasta la fecha, se han notificado 467 casos diagnosticados durante 2004 y 281 casos durante 2005. Cuando nos referimos al último quinquenio incluimos del 2000 al 2004 y los datos del 2005 se describen aparte ya que debido al retraso en la notificación, están aún incompletos.

Incidencia de casos diagnosticados de SIDA

La incidencia de casos diagnosticados de SIDA se ve afectada por la ampliación de los criterios definitorios de SIDA (revisiones en 1985, 1987 y 1992)¹⁻³ y la aparición de la terapia combinada con antirretrovirales de gran actividad (TARGA) en 1996, que causa un retraso en el desarrollo de la enfermedad en personas infectadas además de mejorar su supervivencia. Desde entonces, la tendencia en el número de nuevos diagnósticos de casos de SIDA refleja a las personas con un diagnóstico tardío de infección por VIH, a las personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral y a aquellas en las que el tratamiento ha fallado (resistencias, efectos secundarios, etc.) y refleja cada vez menos la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por tanto es fundamental mantener la vigilancia de los casos de SIDA e iniciar una vigilancia individualizada de la infección por VIH.

Desde el inicio de la epidemia hasta 1994, la incidencia de casos de SIDA diagnosticados (gráfico I.1) aumentó de forma continua. Ese año, coincidiendo con la inclusión de la tuberculosis pulmonar, las neumonías bacterianas de repetición y el cáncer invasivo de cuello de útero como enfermedades indicativas de SIDA con fines de vigilancia epidemiológica para pacientes adolescentes /adultos (≥ 13 años de edad) se observó un gran aumento en la incidencia, un 33% respecto del año anterior. Entre el año 1994 y 1996 hubo un descenso del 11% en los nuevos diagnósticos de SIDA y tras la introducción del TARGA (1996-1997) la disminución en la incidencia anual se hizo más acentuada; entre 1996 y 1999 los nuevos casos disminuyeron un 58%, este descenso continúa aunque cada vez menos pronunciado hasta 2005; entre 1999 y 2002 el descenso fue del 26% y entre 2002 y 2004 del 6% (tabla I.2).

Género y edad de diagnóstico

Del total de casos notificados el 79,9% son hombres. La razón de masculinidad (hombres/mujeres) es de 4,0. Entre 2000 y 2004 los nuevos diagnósticos disminuyeron un 26,5% en hombres y un 33,1% en mujeres mientras que la razón de masculinidad fue de 3,3 en 2000 y 3,6 en 2004 y 2005 (tabla I.3 y gráfico I.2).

La mayoría de los casos han sido diagnosticados de SIDA cuando tenían entre 30 y 39 años de edad (49,7%) ó entre 20 y 29 años (26,9%). Entre 2000 y 2004 han disminuido los casos diagnosticados entre 30 y 39 años un 45,8% y entre 20 y 29 años han disminuido un 39,2%; los casos entre 50 y 59 años han aumentado un 20,5% y entre 40 y 49 años han aumentado un 3,5%. (tablas I.4 y I.5 y gráfico I.3).

De los casos notificados y diagnosticados en 2005, el 82,2% tenía entre 30 y 49 años, este porcentaje fue de 73,7% en el año 2004. No hubo casos diagnosticados en menores de 20 años. La mediana de edad al diagnóstico fue de 40 años en hombres y 39 en las mujeres.

Entre 1998 y 2005 sólo se han diagnosticado 18 casos de SIDA pediátrico, frente a los 235 casos diagnosticados en los años previos, 16 de los 18 fueron por transmisión vertical. El gran descenso de casos de SIDA pediátricos observado desde la introducción de los TARGA en 1997, se debe también a la efectividad de la profilaxis de la transmisión vertical con tratamientos combinados (gráfico I.4).

Con respecto a las tasas de incidencia de casos de SIDA en el año 2004, éstas fueron de 13,0 por cien mil habitantes entre los hombres y de 3,4 por cien mil habitantes entre las mujeres, menores a las observadas en los años previos (gráfico I.5). Las tasas más altas se observaron en los hombres en todos los grupos de edad: 28,3 casos por cien mil habitantes en el grupo de 30 a 39 años, 30,2 en el de 40 a 49 años y 12,8 en el de 50 a 59 años. En las mujeres las tasas más altas se observaron en el grupo de 30 a 39 con 8,5 casos por cien mil. Se ve un importante descenso en las tasas en hombres de 30-39 años en el periodo 2000-2004 (61,9 vs 28,3) (gráfico I.6).

Mecanismos de transmisión

Entre 2000 y 2004, los nuevos casos de SIDA disminuyeron un 45,3% en el grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), 40,6% en hombres y 61,6% en mujeres. En los hombres que tienen relaciones con otros hombres (HSH) disminuyó un 11,0% mientras que la transmisión por vía heterosexual (HTX) aumentó un 6,9% en hombres y un 13,8% en mujeres. En el año 2003, por primera vez el número de casos de SIDA en mujeres infectadas por transmisión heterosexual superó al de mujeres UDVP, diferencia que ha continuado en 2004 aunque tiende a igualarse en 2005 (tablas I.4, I.6 y I.7, gráficos I.7 y I.8).

La mediana de edad al diagnóstico de SIDA continúa aumentando en los UDVP y en las mujeres HTX y permanece estable en HSH. En los hombres infectados por vía HTX se observa una disminución en la mediana de edad aunque en los últimos años está aumentando (gráfico I.9). En el año 2000 y 2004 la mediana de edad al diagnóstico en UDVP fue de 35 y 39 años respectivamente en los hombres y de 35 y 38 en las mujeres, en infectados por vía HTX fue de 39 y 44 años en hombres y de 33 y 37 en mujeres y en HSH fue de 38 y 39 años en 2000 y 2004.

De los 220 casos en hombres adolescentes/adultos diagnosticados en 2005, el 52,7% (116) han sido o son UDVP, el 24,1% (53) refieren haberse infectado por relaciones homosexuales y el 19,5% (43) por relaciones heterosexuales, estos porcentajes son diferentes a los observados en el total de casos acumulados (1982-2005): 67,0% (9323), 20,5% (2850) y 7,3% (1021) respectivamente. La mediana de edad al diagnóstico fue de 39 años en UDVP, 41 en HSH y 42 en HTX.

De las 61 mujeres adolescentes/adultas diagnosticadas de SIDA en el año 2005, el 50,8% (31) han sido o son UDVP y el 47,5% (29) refieren haberse infectado por relaciones heterosexuales, mientras que en el total de casos acumulados suponen

respectivamente el 63,6% (2228) y el 28,7% (1004) de las mujeres. La mediana de edad fue de 39 años en UDVP y 35 en HTX.

Con respecto a la transmisión vertical, desde 1997 cuando se inicia la profilaxis de la transmisión vertical con TARGA, se han notificado 20 casos de SIDA transmitidos a través de esta vía, pero sólo 4 habían nacido entre 1998 y 2005. En ninguno de estos 4 niños se había realizado profilaxis durante el embarazo y solo en uno de ellos nos consta que se hiciese profilaxis durante y/o tras el parto, los 4 desarrollaron SIDA en los primeros seis meses de vida y uno de ellos ha fallecido.

De estos 20 casos, 16 se diagnosticaron en menores de 13 años y suponen el 80% (16/20) de los casos pediátricos diagnosticados entre 1998 y 2005 (tabla I.8), 3 casos se diagnosticaron con 14 años y 1 con 15 años.

Áreas sanitarias

En el año 2004 comparado con el año 2000, vemos que disminuyen los casos en todas las áreas sanitarias de residencia al diagnóstico de SIDA excepto en el área 6 y en el área 9, cuyas tasas permanecen más o menos estables. Las áreas donde más disminuyen las tasas de incidencia son la 3 y la 10. En la tabla I.9 se describen los casos de SIDA diagnosticados entre 1999 y 2005 por área sanitaria. Entre el año 2000 y 2005, en las áreas sanitarias 2, 6 y 7, el número de casos diagnosticados en HSH es mayor que en hombres UDVP, diferencia que sería mayor si consideráramos la vía de transmisión sexual (HTX más HSH) respecto a la parenteral.

Retraso en el diagnóstico de infección VIH

Para describir el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de la infección por el VIH y la enfermedad de SIDA, se utilizan los criterios del CDC que consideran un diagnóstico *precoz* de VIH aquel que se produce al menos un año antes (> 12 meses) del diagnóstico de SIDA, y diagnóstico *tardío* el que se produce durante el mismo año (≤ 12 meses) del diagnóstico de SIDA. Se han diferenciado a su vez dos períodos dentro del diagnóstico tardío: ≤ 3 meses (diagnóstico *simultáneo*) y de 4 a 12 meses⁵

Tras la introducción de los TARGA, entre 1997 y 2005, el porcentaje de casos de adolescentes/adultos diagnosticados de SIDA con un diagnóstico tardío de la infección VIH, aumenta de un 27% en 1997 al 44,5% en el año 2005. Llama la atención sobre todo, el aumento de los diagnósticos simultáneos de infección VIH y SIDA que ocurren en más del 30% de los casos desde el año 2000 (tabla I.10, gráfico I.10).

Durante el periodo 2000-2004 (tabla I.11), el 40% de los pacientes diagnosticados de SIDA se habían diagnosticado de infección por VIH en los 12 meses previos. Este porcentaje es mayor en el grupo de edad de 20 a 29 años (48,3%) y en los mayores de 49 años (64,5%). No existen diferencias significativas por género. Sin embargo, tanto en hombres como en mujeres adolescentes/adultos, varía según el mecanismo de transmisión: en los UDVP el diagnóstico es precoz en un 82,6% de los hombres y un 85,3% de las mujeres, en cambio el 64,2% de los HSH tuvo un diagnóstico tardío, igual que el 66,5% de los hombres HTX y el 63,9% de las mujeres HTX. La mediana del tiempo entre el diagnóstico de infección VIH y de SIDA entre los UDVP fue de 126 meses, mientras que para HSH fue de 2 meses y para HTX de 1 mes.

País de origen

La variable país de origen en los casos de SIDA se empezó a recoger de forma exhaustiva en el año 2001. Por ello, los análisis donde interviene esta variable sólo se refieren al periodo 2001-2005.

Entre los pacientes diagnosticados de SIDA a partir del año 2001, el 15,5% refieren un país de origen distinto a España. Este porcentaje ha aumentado entre 2001 y 2005 pasando de un 12,8% a un 18,5% (tabla I.12). Las áreas sanitarias con un mayor porcentaje de casos en inmigrantes son la 1, la 6, la 7 y la 11 (tabla I.9).

Entre los pacientes diagnosticados de SIDA entre 2001 y 2005, con país de origen diferente a España, el 71,8% son hombres. El 40,0% de los hombres referían prácticas sexuales con otros hombres, el 35,7% de los hombres y el 84,0% de las mujeres referían haberse infectado por vía heterosexual, y el 18,8% de los hombres y el 9,0% de las mujeres eran UDVP.

La mediana de edad al diagnóstico de SIDA de los hombres con prácticas homosexuales era menor que la de los nacidos en España (37 y 41 años respectivamente) al igual que la de los infectados por vía heterosexual (34 años y 43 respectivamente en los hombres y 33 años y 37 en las mujeres). Un 59,7% tuvo un diagnóstico simultáneo de infección VIH y de SIDA (3 meses o menos entre ambos). El 77,3% de los homosexuales y el 77% de los heterosexuales referían el diagnóstico de infección por VIH en el año previo al diagnóstico de SIDA.

Enfermedades indicativas de SIDA

Todas las patologías definitorias de SIDA disminuyen en números absolutos en el período posterior a la introducción de los TARGA (1998-2005), en relación al período previo a dichos tratamientos (1991-1995) excepto la histoplasmosis diseminada. (tablas I.13 y I.14).

Las enfermedades diagnósticas más frecuentes en el periodo 1997-2005 fueron la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (17,8%), la tuberculosis diseminada/extrapulmonar (13,9%) y la pulmonar (11,0%).

Se ha observado en este último periodo que existen diferencias estadísticamente significativas por género, así la esofagitis por *Cándida* fue la enfermedad diagnóstica en el 13,7% de los casos diagnosticados en mujeres y el 10,1% en hombres, las neumonías bacterianas de repetición (12,0% en los casos diagnosticados en mujeres y 8,9% en hombres), criptococosis diseminada (0,6% y 1,3% respectivamente), sarcoma de Kaposi (1,6% y 5,2%), linfoma no Hodgkin (2,3% y 4,1%) y la encefalopatía por VIH (1,2% y 3,1%).

Por grupos de edad al diagnóstico, la neumonía por *P. jiroveci* sigue siendo la enfermedad indicativa más frecuente en todos ellos, destaca en los mayores de 49 años donde esta enfermedad fue diagnóstica de SIDA en el 23,2% de ellos. La encefalopatía por VIH fue la enfermedad diagnóstica más frecuente en los casos diagnosticados cuando tenían menos de 13 años de edad (31,3%).

Según el mecanismo de transmisión, las enfermedades diagnósticas presentan similitudes en UDVP y HTX, las más frecuentes siguen siendo la neumonía por *P. jiroveci* (14,4% de los casos diagnosticados en UDVP y 21,3% en HTX) y la tuberculosis de cualquier localización (29,9% en UDVP y 21,8% en HTX), mientras que en HSH sigue siendo la neumonía por *P.jiroveci* la más frecuente (23,1%) pero en segundo lugar se encuentra el sarcoma de Kaposi (16,7%)

Hepatitis C

La presencia o no de anticuerpos anti-VHC está recogida en el 61,6% de los casos diagnosticados de SIDA en el año 2005 (80,9% de los UDVP, 45,8% de los HTX y 32,1% de los HSH). De aquellos en los que consta el resultado, tienen anticuerpos anti-VHC positivos el 94,1% de los UDVP, el 21,2% de los HTX y el 17,6% de los HSH.

Tabla I.1
Casos de SIDA notificados al Registro de la CM

| | Residencia habitual al diagnóstico de SIDA | | TOTAL |
|---------------------------------------|--|-------------------|-------|
| | Comunidad de Madrid | Otras Comunidades | |
| Casos confirmados a 31-12-2005 | 17126 | 1561 | 18687 |
| Casos pendientes de confirmar | 288 | 16 | 304 |
| TOTAL | 17414 | 1577 | 18991 |

Tabla I.2
Casos de SIDA de la CM diagnosticados y fallecidos por año.
Variación respecto al año previo.

| | Casos diagnosticados de SIDA por año | | Casos de SIDA fallecidos por año | |
|-------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| | n | % de variación respecto al año previo | n | % de variación respecto al año previo |
| 1982 | 1 | | 1 | |
| 1983 | 8 | 700,00 | 2 | 100,00 |
| 1984 | 18 | 125,00 | 9 | 350,00 |
| 1985 | 60 | 233,33 | 29 | 222,22 |
| 1986 | 151 | 151,67 | 71 | 144,83 |
| 1987 | 271 | 79,47 | 128 | 80,28 |
| 1988 | 635 | 134,32 | 204 | 59,38 |
| 1989 | 842 | 32,60 | 410 | 100,98 |
| 1990 | 936 | 11,16 | 510 | 24,39 |
| 1991 | 1161 | 24,04 | 642 | 25,88 |
| 1992 | 1263 | 8,79 | 836 | 30,22 |
| 1993 | 1350 | 6,89 | 1060 | 26,79 |
| 1994 | 1801 | 33,41 | 1166 | 10,00 |
| 1995 | 1693 | -6,00 | 1291 | 10,72 |
| 1996 | 1598 | -5,61 | 1164 | -9,84 |
| 1997 ¹ | 1116 | -30,16 | 583 | -49,91 |
| 1998 | 891 | -20,16 | 369 | -36,71 |
| 1999 | 674 | -24,35 | 321 | -13,01 |
| 2000 | 649 | -3,71 | 334 | 4,05 |
| 2001 | 571 | -12,02 | 320 | -4,19 |
| 2002 | 495 | -13,31 | 301 | -5,94 |
| 2003 | 482 | -2,63 | 303 | 0,66 |
| 2004 | 467 | -3,11 | 263 | -13,20 |
| 2005 ² | 281 | -39,83 | 232 | -11,79 |
| Total | 17414 | | 10550 ³ | |

(1) Tratamientos antirretrovirales de gran eficacia (TARGA)

(2) Los datos del año 2005 están incompletos por retraso de la notificación

(3) Incluye un caso de SIDA fallecido pero sin fecha conocida

Tabla I.3
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005
Por sexo y año de diagnóstico de SIDA

| AÑO DIAGNÓSTICO | SEXO | | | | TOTAL | | |
|--------------------|---------|-------|---------|------|-------|-------|-----------------------|
| | Hombres | | Mujeres | | n | % | Razón masculinidad |
| | N | % | n | % | | | |
| 1982 | 1 | 100,0 | | | 1 | 100,0 | |
| 1983 | 7 | 87,5 | 1 | 12,5 | 8 | 100,0 | 7,0 |
| 1984 | 17 | 94,4 | 1 | 5,6 | 18 | 100,0 | 17,0 |
| 1985 | 52 | 86,7 | 8 | 13,3 | 60 | 100,0 | 6,5 |
| 1986 | 123 | 81,5 | 28 | 18,5 | 151 | 100,0 | 4,4 |
| 1987 | 230 | 84,9 | 41 | 15,1 | 271 | 100,0 | 5,6 |
| 1988 | 509 | 80,2 | 126 | 19,8 | 635 | 100,0 | 4,0 |
| 1989 | 699 | 83,0 | 143 | 17,0 | 842 | 100,0 | 4,9 |
| 1990 | 785 | 83,9 | 151 | 16,1 | 936 | 100,0 | 5,2 |
| 1991 | 956 | 82,3 | 205 | 17,7 | 1161 | 100,0 | 4,7 |
| 1992 | 1030 | 81,6 | 233 | 18,4 | 1263 | 100,0 | 4,4 |
| 1993 | 1074 | 79,6 | 276 | 20,4 | 1350 | 100,0 | 3,9 |
| 1994 | 1423 | 79,0 | 378 | 21,0 | 1801 | 100,0 | 3,8 |
| 1995 | 1369 | 80,9 | 324 | 19,1 | 1693 | 100,0 | 4,2 |
| 1996 | 1269 | 79,4 | 329 | 20,6 | 1598 | 100,0 | 3,9 |
| 1997 | 854 | 76,5 | 262 | 23,5 | 1116 | 100,0 | 3,3 |
| 1998 | 684 | 76,8 | 207 | 23,2 | 891 | 100,0 | 3,3 |
| 1999 | 518 | 76,9 | 156 | 23,1 | 674 | 100,0 | 3,3 |
| 2000 | 498 | 76,7 | 151 | 23,3 | 649 | 100,0 | 3,3 |
| 2001 | 467 | 81,8 | 104 | 18,2 | 571 | 100,0 | 4,5 |
| 2002 | 374 | 75,6 | 121 | 24,4 | 495 | 100,0 | 3,1 |
| 2003 | 387 | 80,3 | 95 | 19,7 | 482 | 100,0 | 4,1 |
| 2004 | 366 | 78,4 | 101 | 21,6 | 467 | 100,0 | 3,6 |
| 2005 ¹ | 220 | 78,3 | 61 | 21,7 | 281 | 100,0 | 3,6 |
| TOTAL | 13912 | 79,9 | 3502 | 20,1 | 17414 | 100,0 | 4,0 |

(1) En 2005 los datos están incompletos por retraso en la notificación

Tabla I.4
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 ¹ | Datos acumulados 1982-2005 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|-------------------------------|
| GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA | | | | | | | |
| No consta | | | | | | 1 | 7 |
| <13 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | | 253 |
| 13-19 | | 3 | 3 | | 2 | | 80 |
| 20-29 | 79 | 61 | 61 | 46 | 48 | 25 | 4688 |
| 30-39 | 362 | 290 | 255 | 235 | 196 | 118 | 8656 |
| 40-49 | 143 | 148 | 117 | 145 | 148 | 113 | 2585 |
| 50-59 | 39 | 44 | 40 | 39 | 47 | 16 | 744 |
| 60 y más | 21 | 24 | 17 | 15 | 25 | 8 | 401 |
| HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA³ | | | | | | | |
| UDVP | 302 | 249 | 203 | 214 | 179 | 116 | 9323 |
| HTX | 58 | 56 | 50 | 57 | 62 | 43 | 1021 |
| HSH | 109 | 125 | 95 | 94 | 97 | 53 | 2850 |
| HD/TF | 2 | 5 | 1 | 3 | 2 | | 165 |
| Vertical | | 1 | | | | | 2 |
| Desconocido/Otros | 18 | 20 | 14 | 10 | 7 | 4 | 300 |
| No consta | 7 | 10 | 10 | 7 | 18 | 4 | 124 |
| Subtotal | 496 | 466 | 373 | 385 | 365 | 220 | 13785 |
| MUJERES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA³ | | | | | | | |
| UDVP | 86 | 56 | 56 | 34 | 33 | 31 | 2228 |
| HTX | 58 | 43 | 54 | 58 | 66 | 29 | 1004 |
| HD/TF | | | 1 | 1 | | | 41 |
| Vertical | | | 1 | | | | 2 |
| Desconocido/Otros | 4 | 4 | 3 | 1 | 2 | | 72 |
| No consta | | 1 | 5 | 1 | | 1 | 29 |
| Subtotal | 148 | 104 | 120 | 95 | 101 | 61 | 3376 |
| CASOS PEDIÁTRICOS (≤12 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA) | | | | | | | |
| Vertical | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | | 234 |
| Otros | | | | 1 | | | 19 |
| Subtotal | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | | 253 |
| RETRASO DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN VIH RESPECTO AL DE SIDA^{4,5} | | | | | | | |
| Diagnóstico tardío | 242 | 223 | 192 | 191 | 193 | 117 | 6574 |
| Diagnóstico precoz | 394 | 342 | 294 | 272 | 262 | 147 | 10205 |
| PAÍS DE ORIGEN² | | | | | | | |
| España | 589 | 498 | 417 | 403 | 393 | 229 | |
| Otro | 60 | 73 | 78 | 79 | 74 | 52 | |
| TOTAL | | | | | | | |
| | 649 | 571 | 495 | 482 | 467 | 281 | 17414 |

(1) Los datos del año 2005 están incompletos por retraso de la notificación

(2) El país de origen se recoge de forma sistemática desde el año 2001

(3) UDVP: usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (incluye a los homosexuales UDVP)

HTX: heterosexual

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

(4) Diagnóstico tardío (0-12 meses) de la infección por VIH respecto al diagnóstico de SIDA: el diagnóstico de la infección se hace entre 0 y 12 meses antes que el de SIDA

Diagnóstico precoz (≥ 12 meses) de la infección por VIH respecto al diagnóstico de SIDA: el diagnóstico de la infección se hace al menos 1 año antes que el de SIDA

(5) No se incluyen los casos pediátricos ni los casos por transmisión vertical ni aquellos casos en los que no consta la fecha de detección de anticuerpos anti-VIH y/o de diagnóstico de SIDA

Tabla I.5
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005
Grupos de edad por año diagnóstico de SIDA

| Año | No consta | <1 | 1-4 | 5-12 | 13-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | >59 | TOTAL |
|-------------------|-----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| 1982 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| 1983 | | | 1 | | | | 1 | 3 | | 2 | 1 | | | | | 8 |
| 1984 | | | 1 | 1 | | 1 | 6 | 2 | 1 | 2 | | 3 | 1 | | | 18 |
| 1985 | | 3 | | | | 2 | 17 | 21 | 8 | 2 | 3 | 2 | 2 | | | 60 |
| 1986 | | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 36 | 44 | 32 | 15 | 6 | 3 | | | 1 | 151 |
| 1987 | 2 | | 6 | 1 | | 3 | 49 | 96 | 56 | 33 | 11 | 2 | 9 | 2 | 1 | 271 |
| 1988 | | 5 | 22 | 7 | | 3 | 98 | 226 | 161 | 51 | 27 | 17 | 8 | 4 | 6 | 635 |
| 1989 | 1 | 9 | 16 | 2 | | 13 | 119 | 301 | 200 | 77 | 51 | 25 | 15 | 8 | 5 | 842 |
| 1990 | | 7 | 5 | 4 | 1 | 5 | 95 | 320 | 282 | 105 | 44 | 30 | 8 | 13 | 17 | 936 |
| 1991 | 1 | 14 | 8 | 2 | 1 | 7 | 89 | 354 | 385 | 151 | 61 | 46 | 11 | 11 | 20 | 1161 |
| 1992 | 1 | 8 | 2 | 3 | | 5 | 82 | 370 | 408 | 165 | 96 | 57 | 24 | 15 | 27 | 1263 |
| 1993 | | 11 | 13 | 2 | | 7 | 80 | 315 | 447 | 222 | 104 | 62 | 17 | 35 | 35 | 1350 |
| 1994 | 1 | 7 | 8 | 3 | 1 | 5 | 85 | 390 | 660 | 314 | 141 | 84 | 43 | 23 | 36 | 1801 |
| 1995 | | 10 | 16 | 5 | | 5 | 67 | 332 | 568 | 370 | 145 | 75 | 46 | 14 | 40 | 1693 |
| 1996 | | 4 | 2 | 6 | | 5 | 53 | 286 | 539 | 416 | 142 | 59 | 42 | 16 | 28 | 1598 |
| 1997 | | 4 | 4 | 3 | | 1 | 32 | 165 | 338 | 284 | 140 | 48 | 43 | 24 | 30 | 1116 |
| 1998 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 23 | 125 | 245 | 259 | 108 | 54 | 34 | 17 | 22 | 891 |
| 1999 | | | 1 | 4 | 1 | | 13 | 73 | 190 | 211 | 88 | 36 | 27 | 7 | 23 | 674 |
| 2000 | | 1 | 2 | 2 | | | 18 | 61 | 182 | 180 | 103 | 40 | 25 | 14 | 21 | 649 |
| 2001 | | 1 | | | | 3 | 15 | 46 | 104 | 186 | 102 | 46 | 26 | 18 | 24 | 571 |
| 2002 | | 1 | | 1 | 1 | 2 | 16 | 45 | 109 | 146 | 81 | 36 | 29 | 11 | 17 | 495 |
| 2003 | | | | 2 | | | 6 | 40 | 99 | 136 | 105 | 40 | 24 | 15 | 15 | 482 |
| 2004 | | 1 | | | | 2 | 8 | 40 | 67 | 129 | 93 | 55 | 32 | 15 | 25 | 467 |
| 2005 ¹ | 1 | | | | | | 3 | 22 | 51 | 67 | 74 | 39 | 9 | 7 | 8 | 281 |
| TOTAL | 7 | 89 | 113 | 51 | 7 | 73 | 1011 | 3677 | 5132 | 3524 | 1726 | 859 | 475 | 269 | 401 | 17414 |

(1) En 2005 los datos están incompletos por retraso en la notificación

Tabla I.6
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005
Grupos de transmisión por año de diagnóstico de SIDA

| AÑO DIAGNÓSTICO | GRUPO DE TRANSMISIÓN ² | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| | No consta | | HSH | | UDVP | | HTX | | HD/TF | | Vertical | | Otros | | Desconocido | | TOTAL | |
| | n | % | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1982 | | | 1 | 100 | | | | | | | | | | | | | 1 | 100,0 |
| 1983 | | | 3 | 37,5 | 3 | 37,5 | | | 2 | 25,0 | | | | | | | 8 | 100,0 |
| 1984 | | | 4 | 22,2 | 8 | 44,4 | | | 5 | 27,8 | | | | | 1 | 5,6 | 18 | 100,0 |
| 1985 | | | 8 | 13,3 | 47 | 78,4 | | | 2 | 3,3 | 3 | 5,0 | | | | | 60 | 100,0 |
| 1986 | | | 26 | 17,2 | 104 | 68,9 | 5 | 3,3 | 9 | 6,0 | 7 | 4,6 | | | | | 151 | 100,0 |
| 1987 | | | 61 | 22,5 | 181 | 66,8 | 10 | 3,7 | 8 | 3,0 | 6 | 2,2 | | | 5 | 1,8 | 271 | 100,0 |
| 1988 | 3 | 0,5 | 82 | 12,9 | 465 | 73,2 | 29 | 4,6 | 23 | 3,6 | 29 | 4,6 | | | 4 | 0,6 | 635 | 100,0 |
| 1989 | 3 | 0,4 | 130 | 15,4 | 614 | 72,9 | 39 | 4,6 | 23 | 2,7 | 25 | 3,0 | | | 8 | 1,0 | 842 | 100,0 |
| 1990 | 2 | 0,2 | 141 | 15,1 | 693 | 74,0 | 53 | 5,7 | 19 | 2,0 | 16 | 1,7 | 1 | 0,1 | 11 | 1,2 | 936 | 100,0 |
| 1991 | 7 | 0,6 | 177 | 15,2 | 837 | 72,1 | 74 | 6,4 | 20 | 1,7 | 24 | 2,1 | 1 | 0,1 | 21 | 1,8 | 1161 | 100,0 |
| 1992 | 6 | 0,5 | 228 | 18,0 | 856 | 67,7 | 104 | 8,2 | 20 | 1,6 | 12 | 1,0 | 1 | 0,1 | 36 | 2,9 | 1263 | 100,0 |
| 1993 | 11 | 0,8 | 235 | 17,4 | 899 | 66,6 | 131 | 9,7 | 16 | 1,2 | 26 | 1,9 | 1 | 0,1 | 31 | 2,3 | 1350 | 100,0 |
| 1994 | 22 | 1,2 | 269 | 14,9 | 1249 | 69,4 | 190 | 10,5 | 18 | 1,0 | 18 | 1,0 | 3 | 0,2 | 32 | 1,8 | 1801 | 100,0 |
| 1995 | 8 | 0,5 | 255 | 15,1 | 1163 | 68,7 | 181 | 10,7 | 17 | 1,0 | 31 | 1,8 | 3 | 0,2 | 35 | 2,0 | 1693 | 100,0 |
| 1996 | 5 | 0,3 | 246 | 15,4 | 1090 | 68,2 | 190 | 11,9 | 17 | 1,1 | 11 | 0,7 | 2 | 0,1 | 37 | 2,3 | 1598 | 100,0 |
| 1997 | 4 | 0,4 | 167 | 15,0 | 763 | 68,3 | 150 | 13,4 | 4 | 0,4 | 10 | 0,9 | | | 18 | 1,6 | 1116 | 100,0 |
| 1998 | 7 | 0,8 | 139 | 15,6 | 581 | 65,2 | 138 | 15,5 | | | 3 | 0,3 | | | 23 | 2,6 | 891 | 100,0 |
| 1999 | 11 | 1,7 | 105 | 15,6 | 439 | 65,1 | 97 | 14,4 | 4 | 0,6 | 5 | 0,7 | | | 13 | 1,9 | 674 | 100,0 |
| 2000 | 7 | 1,0 | 109 | 16,8 | 388 | 59,8 | 116 | 17,9 | 2 | 0,3 | 5 | 0,8 | 2 | 0,3 | 20 | 3,1 | 649 | 100,0 |
| 2001 | 11 | 1,9 | 125 | 21,9 | 305 | 53,4 | 99 | 17,3 | 5 | 0,9 | 2 | 0,4 | 2 | 0,4 | 22 | 3,8 | 571 | 100,0 |
| 2002 | 15 | 3,1 | 95 | 19,2 | 259 | 52,3 | 104 | 21,0 | 2 | 0,4 | 3 | 0,6 | 1 | 0,2 | 16 | 3,2 | 495 | 100,0 |
| 2003 | 8 | 1,6 | 94 | 19,5 | 248 | 51,5 | 115 | 23,9 | 5 | 1,0 | 1 | 0,2 | 2 | 0,4 | 9 | 1,9 | 482 | 100,0 |
| 2004 | 18 | 3,9 | 97 | 20,8 | 212 | 45,4 | 128 | 27,4 | 2 | 0,4 | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 | 8 | 1,7 | 467 | 100,0 |
| 2005 ¹ | 5 | 1,8 | 53 | 18,9 | 147 | 52,3 | 72 | 25,6 | | | | | | | 4 | 1,4 | 281 | 100,0 |
| TOTAL | 153 | 0,9 | 2850 | 16,4 | 11551 | 66,3 | 2025 | 11,6 | 223 | 1,3 | 238 | 1,4 | 20 | 0,1 | 354 | 2,0 | 17414 | 100,0 |

(1) En 2005 los datos están incompletos

(2) HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

UDVP: usuarios o exusuarios de drogas por vía parenteral (incluye a los homosexuales UDVP)

HTX: heterosexual

HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

Tabla I.7
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005
en adolescentes/adultos (>12 años)
por año de diagnóstico de SIDA, sexo y grupo de transmisión ¹

| Año | ADULTOS (>12 AÑOS) | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|--------------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------|
| | Hombres | | | | | Mujeres | | | | TOTAL |
| | UDVP | HSH | HTX | Otros | Subtotal | UDVP | HTX | Otros | Subtotal | |
| 1982 | | 1 | | | 1 | | | | | 1 |
| 1983 | 3 | 3 | | 1 | 7 | | | | | 7 |
| 1984 | 8 | 4 | | 3 | 15 | | | 1 | 1 | 16 |
| 1985 | 40 | 8 | | 2 | 50 | 7 | | | 7 | 57 |
| 1986 | 84 | 26 | 1 | 6 | 117 | 20 | 4 | | 24 | 141 |
| 1987 | 153 | 61 | 5 | 8 | 227 | 28 | 5 | 4 | 37 | 264 |
| 1988 | 375 | 82 | 12 | 19 | 488 | 90 | 17 | 6 | 113 | 601 |
| 1989 | 510 | 130 | 18 | 28 | 686 | 104 | 21 | 4 | 129 | 815 |
| 1990 | 575 | 141 | 32 | 29 | 777 | 118 | 21 | 4 | 143 | 920 |
| 1991 | 694 | 177 | 36 | 41 | 948 | 143 | 38 | 8 | 189 | 1137 |
| 1992 | 693 | 228 | 54 | 50 | 1025 | 163 | 50 | 12 | 225 | 1250 |
| 1993 | 714 | 235 | 67 | 45 | 1061 | 185 | 64 | 14 | 263 | 1324 |
| 1994 | 1001 | 269 | 89 | 55 | 1414 | 248 | 101 | 20 | 369 | 1783 |
| 1995 | 956 | 255 | 95 | 48 | 1354 | 207 | 86 | 15 | 308 | 1662 |
| 1996 | 871 | 246 | 95 | 50 | 1262 | 219 | 95 | 10 | 324 | 1586 |
| 1997 | 590 | 167 | 74 | 18 | 849 | 173 | 76 | 7 | 256 | 1105 |
| 1998 | 451 | 139 | 70 | 24 | 684 | 130 | 68 | 7 | 205 | 889 |
| 1999 | 342 | 105 | 47 | 21 | 515 | 97 | 50 | 7 | 154 | 669 |
| 2000 | 302 | 109 | 58 | 27 | 496 | 86 | 58 | 4 | 148 | 644 |
| 2001 | 249 | 125 | 56 | 36 | 466 | 56 | 43 | 5 | 104 | 570 |
| 2002 | 203 | 95 | 50 | 25 | 373 | 56 | 54 | 10 | 120 | 493 |
| 2003 | 214 | 94 | 57 | 20 | 385 | 34 | 58 | 3 | 95 | 480 |
| 2004 | 179 | 97 | 62 | 27 | 365 | 33 | 66 | 2 | 101 | 466 |
| 2005 ² | 116 | 53 | 43 | 8 | 220 | 31 | 29 | 1 | 61 | 281 |
| TOTAL | 9323 | 2850 | 1021 | 591 | 13785 | 2228 | 1004 | 144 | 3376 | 17161 |

(1) UDVP: usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (incluye a los homosexuales UDVP)

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

HTX: heterosexual

Otros: Incluye los receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminados, los infectados por transmisión vertical, los que no reconocen ningún mecanismo de transmisión y aquellos en los que no consta

(2) En 2005 los datos están incompletos por retraso en la notificación

Tabla I.8
Casos pediátricos (≤ 12 años) de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005, por año de diagnóstico de SIDA, género y grupos de transmisión.

| Año | Casos pediátricos (≤ 12 AÑOS) | | | | | | | | | TOTAL |
|-------------------|-------------------------------------|----|----------|-------------|----------|-----------------------------------|----|----------|----------|-------|
| | Hombres | | | | | Mujeres | | | | |
| | Grupo de transmisión ¹ | | | | Subtotal | Grupo de transmisión ¹ | | | Subtotal | |
| | HD | TF | Vertical | Desconocido | | HD | TF | Vertical | | |
| 1983 | | | | | | | 1 | | 1 | 1 |
| 1984 | 1 | | | 1 | 2 | | | | | 2 |
| 1985 | | | 2 | | 2 | | | 1 | 1 | 3 |
| 1986 | 2 | 1 | 3 | | 6 | | | 4 | 4 | 10 |
| 1987 | | | 3 | | 3 | | 1 | 3 | 4 | 7 |
| 1988 | 5 | | 16 | | 21 | | | 13 | 13 | 34 |
| 1989 | 1 | 1 | 11 | | 13 | | | 14 | 14 | 27 |
| 1990 | | | 8 | | 8 | | | 8 | 8 | 16 |
| 1991 | | | 8 | | 8 | | | 16 | 16 | 24 |
| 1992 | | | 5 | | 5 | | 1 | 7 | 8 | 13 |
| 1993 | | | 13 | | 13 | | | 13 | 13 | 26 |
| 1994 | | | 9 | | 9 | | | 9 | 9 | 18 |
| 1995 | | | 15 | | 15 | | | 16 | 16 | 31 |
| 1996 | | | 6 | 1 | 7 | | | 5 | 5 | 12 |
| 1997 | | 1 | 4 | | 5 | | | 6 | 6 | 11 |
| 1998 | | | | | | | | 2 | 2 | 2 |
| 1999 | | | 3 | | 3 | 1 | | 1 | 2 | 5 |
| 2000 | | | 2 | | 2 | | | 3 | 3 | 5 |
| 2001 | | | 1 | | 1 | | | | | 1 |
| 2002 | | | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 2 |
| 2003 | 1 | | 1 | | 2 | | | | | 2 |
| 2004 | | | 1 | | 1 | | | | | 1 |
| 2005 ² | | | | | | | | | | |
| Subtotal | 10 | 3 | 112 | 2 | 127 | 1 | 3 | 122 | 126 | 253 |

(1) HD: receptores de hemoderivados contaminados

TF: receptores de transfusiones contaminadas

(2) En 2005 los datos están incompletos por retraso de la notificación

Tabla I.9
Casos de SIDA en la CM: por Área Sanitaria de residencia al diagnóstico de SIDA
2000-2005

| | AREA SANITARIA | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| TOTAL | 438 | 171 | 161 | 350 | 235 | 193 | 377 | 163 | 96 | 120 | 418 |
| GRUPO DE EDAD | | | | | | | | | | | |
| <13 | 2 | | | 2 | | | 1 | 1 | | 1 | 4 |
| 13-19 | 2 | 1 | | 2 | | 1 | 1 | | | | |
| 20-29 | 41 | 10 | 25 | 24 | 22 | 20 | 50 | 21 | 16 | 20 | 37 |
| 30-39 | 202 | 82 | 82 | 176 | 123 | 88 | 169 | 85 | 46 | 65 | 222 |
| 40-49 | 140 | 45 | 41 | 114 | 63 | 53 | 105 | 37 | 21 | 23 | 115 |
| 50-59 | 28 | 25 | 8 | 23 | 22 | 21 | 39 | 11 | 11 | 7 | 20 |
| 60 y más | 23 | 8 | 5 | 9 | 5 | 10 | 12 | 8 | 2 | 4 | 20 |
| CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN ¹ | | | | | | | | | | | |
| HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS | | | | | | | | | | | |
| UDVP | 241 | 51 | 62 | 171 | 93 | 49 | 98 | 69 | 25 | 55 | 204 |
| HTX | 45 | 20 | 16 | 39 | 29 | 42 | 25 | 20 | 22 | 15 | 38 |
| HSH | 55 | 54 | 14 | 59 | 47 | 58 | 145 | 21 | 20 | 14 | 71 |
| TF/HD | 1 | 2 | 1 | | 1 | | 4 | 1 | 1 | 1 | |
| VERTICAL | 1 | | | | | | | | | | |
| DESC / OTROS | 14 | 1 | 10 | 4 | 5 | | 13 | 1 | 5 | 4 | 14 |
| NO CONSTA | 2 | 4 | 4 | 7 | 4 | 4 | 16 | 3 | | 1 | 8 |
| SUBTOTAL | 359 | 132 | 107 | 280 | 179 | 153 | 301 | 115 | 73 | 90 | 335 |
| MUJERES ADOLESCENTES/ADULTAS | | | | | | | | | | | |
| UDVP | 47 | 15 | 24 | 32 | 27 | 13 | 41 | 14 | 5 | 15 | 36 |
| HTX | 28 | 24 | 29 | 35 | 26 | 24 | 27 | 33 | 17 | 13 | 40 |
| TF/HD | | | | | | 1 | | | 1 | | |
| VERTICAL | | | | 1 | | | | | | | |
| DESC / OTROS | 1 | | | | 2 | 1 | 6 | | | 1 | 2 |
| NO CONSTA | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 |
| SUBTOTAL | 77 | 39 | 54 | 68 | 56 | 40 | 75 | 47 | 23 | 29 | 79 |
| CASOS PEDIÁTRICOS (≤ 12 AÑOS) | | | | | | | | | | | |
| TF/HD | | | | | | | | | | | 1 |
| VERTICAL | 2 | | | 2 | | | 1 | 1 | | 1 | 3 |
| SUBTOTAL | 2 | | | 2 | | | 1 | 1 | | 1 | 4 |
| AÑO DE DIAGNÓSTICO | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 83 | 42 | 48 | 85 | 55 | 30 | 89 | 37 | 16 | 32 | 84 |
| 2001 | 92 | 37 | 26 | 62 | 37 | 41 | 78 | 35 | 16 | 20 | 84 |
| 2002 | 68 | 32 | 28 | 63 | 36 | 28 | 69 | 19 | 24 | 26 | 69 |
| 2003 | 78 | 25 | 23 | 55 | 39 | 29 | 54 | 27 | 18 | 20 | 70 |
| 2004 | 70 | 20 | 26 | 57 | 46 | 39 | 60 | 28 | 17 | 13 | 64 |
| 2005 | 47 | 15 | 10 | 28 | 22 | 26 | 27 | 17 | 5 | 9 | 47 |
| INCIDENCIA (Nº CASOS / 100.000 HABITANTES) ² | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 24,4 | 19,0 | 33,7 | 31,3 | 16,6 | 12,3 | 31,8 | 18,0 | 9,0 | 24,3 | 23,7 |
| 2004 | 18,9 | 8,5 | 15,8 | 19,3 | 12,5 | 12,8 | 20,5 | 12,5 | 8,8 | 8,7 | 16,0 |
| PAÍS DE ORIGEN (2001-2005) ³ | | | | | | | | | | | |
| % DE FUERA DE ESPAÑA | 11,0 | 15,5 | 24,8 | 9,0 | 16,7 | 22,1 | 18,4 | 15,1 | 22,5 | 19,3 | 12,3 |

- (1) UDVP: usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (incluye a los homosexuales UDVP)
 HTX: heterosexual
 HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas
- (2) Fuente población: Padrón continuo 2000-2005. Instituto de Estadística de la CM
- (3) Desde el año 2001 se recoge el país de origen de forma exhaustiva

Tabla I.10
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005 en
adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical.
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de SIDA por año diagnóstico de SIDA

| AÑO DE DIAGNÓSTICO DE SIDA | MESES ENTRE EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH Y EL DE SIDA 1982-2005 | | | | | | TOTAL ¹ | |
|----------------------------------|---|-------------|-------------|------------|-----------------------|-------------|--------------------|--------------|
| | Diagnóstico Tardío | | | | Diagnóstico precoz | | | |
| | 0 - 3 | | 4 - 12 | | > 12 | | n | % |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| 1982 | | | 1 | 100,0 | | | 1 | 100,0 |
| 1983 | 2 | 28,6 | 5 | 71,4 | | | 7 | 100,0 |
| 1984 | 9 | 56,2 | 6 | 37,5 | 1 | 6,3 | 16 | 100,0 |
| 1985 | 33 | 57,9 | 22 | 38,6 | 2 | 3,5 | 57 | 100,0 |
| 1986 | 100 | 73,0 | 29 | 21,2 | 8 | 5,8 | 137 | 100,0 |
| 1987 | 155 | 59,4 | 50 | 19,1 | 56 | 21,5 | 261 | 100,0 |
| 1988 | 321 | 54,3 | 113 | 19,1 | 157 | 26,6 | 591 | 100,0 |
| 1989 | 357 | 44,7 | 113 | 14,2 | 328 | 41,1 | 798 | 100,0 |
| 1990 | 360 | 39,9 | 104 | 11,5 | 438 | 48,6 | 902 | 100,0 |
| 1991 | 391 | 35,0 | 142 | 12,7 | 584 | 52,3 | 1117 | 100,0 |
| 1992 | 389 | 32,2 | 148 | 12,2 | 672 | 55,6 | 1209 | 100,0 |
| 1993 | 316 | 24,6 | 122 | 9,5 | 848 | 65,9 | 1286 | 100,0 |
| 1994 | 383 | 22,2 | 156 | 9,0 | 1190 | 68,8 | 1729 | 100,0 |
| 1995 | 305 | 18,7 | 102 | 6,3 | 1220 | 75,0 | 1627 | 100,0 |
| 1996 | 264 | 17,0 | 115 | 7,4 | 1173 | 75,6 | 1552 | 100,0 |
| 1997 | 219 | 20,2 | 78 | 7,2 | 787 | 72,6 | 1084 | 100,0 |
| 1998 | 234 | 26,6 | 59 | 6,7 | 587 | 66,7 | 880 | 100,0 |
| 1999 | 175 | 26,5 | 43 | 6,5 | 442 | 67,0 | 660 | 100,0 |
| 2000 | 194 | 30,6 | 48 | 7,5 | 394 | 61,9 | 636 | 100,0 |
| 2001 | 188 | 33,3 | 34 | 6,0 | 342 | 60,7 | 564 | 100,0 |
| 2002 | 159 | 32,8 | 33 | 6,8 | 293 | 60,4 | 485 | 100,0 |
| 2003 | 150 | 32,4 | 41 | 8,9 | 272 | 58,7 | 463 | 100,0 |
| 2004 | 164 | 36,0 | 29 | 6,4 | 262 | 57,6 | 455 | 100,0 |
| 2005 ² | 108 | 40,7 | 10 | 3,8 | 147 | 55,5 | 265 | 100,0 |
| TOTAL | 4976 | 29,6 | 1603 | 9,6 | 10203 | 60,8 | 16782 | 100,0 |

(1) No se incluyen 253 casos pediátricos (edad ≤ 12 años), ni 4 casos de adultos infectados por transmisión vertical ni 375 casos en los que no consta la fecha de detección de anticuerpos anti-VIH o la fecha de diagnóstico de SIDA.

(2) En el 2005 los datos están incompletos por el retraso en la notificación

Tabla I.11
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados entre 2000 y 2005:
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de SIDA

| | 2000-2004 ¹ | | | | | | 2005 ² | | | | | |
|--|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
| | ≤ 12 meses | | > 12 meses | | Total | | ≤ 12 meses | | > 12 meses | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA | | | | | | | | | | | | |
| No consta | | | | | | | 1 | 100,0 | | | 1 | 100,0 |
| <13 | 5 | 45,5 | 6 | 54,5 | 11 | 100,0 | | | | | | |
| 13-19 | 5 | 71,4 | 2 | 28,6 | 7 | 100,0 | | | | | | |
| 20-29 | 141 | 48,3 | 151 | 51,7 | 292 | 100,0 | 17 | 68,0 | 8 | 32,0 | 25 | 100,0 |
| 30-39 | 433 | 33,0 | 881 | 67,0 | 1314 | 100,0 | 37 | 33,6 | 73 | 66,4 | 110 | 100,0 |
| 40-49 | 266 | 38,7 | 422 | 61,3 | 688 | 100,0 | 45 | 42,1 | 62 | 57,9 | 107 | 100,0 |
| 50-59 | 128 | 62,7 | 76 | 37,3 | 204 | 100,0 | 12 | 80,0 | 3 | 20,0 | 15 | 100,0 |
| 60 y más | 68 | 68,0 | 32 | 32,0 | 100 | 100,0 | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 | 7 | 100,0 |
| HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA³ | | | | | | | | | | | | |
| HSH | 333 | 64,2 | 186 | 35,8 | 519 | 100,0 | 38 | 76,0 | 12 | 24,0 | 50 | 100,0 |
| UDVP | 195 | 17,4 | 925 | 82,6 | 1120 | 100,0 | 19 | 17,4 | 90 | 82,6 | 109 | 100,0 |
| HTX | 187 | 66,5 | 94 | 33,5 | 281 | 100,0 | 30 | 75,0 | 10 | 25,0 | 40 | 100,0 |
| HD/TF | 4 | 30,8 | 9 | 69,2 | 13 | 100,0 | | | | | | |
| Vertical | 1 | 100,0 | | | 1 | 100,0 | | | | | | |
| Desconocido/Otros | 53 | 76,8 | 16 | 23,2 | 69 | 100,0 | 4 | 100,0 | | | 4 | 100,0 |
| No consta | 32 | 71,1 | 13 | 28,9 | 45 | 100,0 | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 4 | 100,0 |
| Subtotal | 805 | 39,3 | 1243 | 60,7 | 2048 | 100,0 | 94 | 45,4 | 113 | 54,6 | 207 | 100,0 |
| MUJERES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA³ | | | | | | | | | | | | |
| UDVP | 38 | 14,7 | 221 | 85,3 | 259 | 100,0 | 3 | 10,7 | 25 | 89,3 | 28 | 100,0 |
| Heterosexual | 175 | 63,9 | 99 | 36,1 | 274 | 100,0 | 20 | 69,0 | 9 | 31,0 | 29 | 100,0 |
| HD/TF | 2 | 100,0 | | | 2 | 100,0 | | | | | | |
| Vertical | | | 1 | 100,0 | 1 | 100,0 | | | | | | |
| Desconocido/Otros | 14 | 100,0 | | | 14 | 100,0 | | | | | | |
| No consta | 7 | 100,0 | | | 7 | 100,0 | 1 | 100,0 | | | 1 | 100,0 |
| Subtotal | 236 | 42,4 | 321 | 57,6 | 557 | 100,0 | 24 | 41,4 | 34 | 58,6 | 58 | 100,0 |
| CASOS PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA) | | | | | | | | | | | | |
| HD/TF | 1 | 100,0 | | | 1 | 100,0 | | | | | | |
| Vertical | 4 | 40,0 | 6 | 60,0 | 10 | 100,0 | | | | | | |
| Subtotal | 5 | 45,5 | 6 | 54,5 | 11 | 100,0 | | | | | | |
| PAÍS DE ORIGEN | | | | | | | | | | | | |
| España | 787 | 34,9 | 1467 | 65,1 | 2254 | 100,0 | 76 | 35,2 | 140 | 64,8 | 216 | 100,0 |
| Otro | 259 | 71,5 | 103 | 28,5 | 362 | 100,0 | 42 | 85,7 | 7 | 14,3 | 49 | 100,0 |
| TOTAL | 1046 | 40,0 | 1570 | 60,0 | 2616 | 100,0 | 118 | 44,5 | 147 | 55,5 | 265 | 100,0 |

- (1) Hay 48 casos diagnosticados entre 2000 y 2004 sin fecha de detección de infección VIH y/o fecha de diagnóstico de SIDA que no se han incluido
- (2) Hay 16 casos diagnosticados en el año 2005 sin fecha de detección de infección VIH y/o fecha de diagnóstico de SIDA que no se han incluido. Los datos del 2005 están incompletos por retraso de la notificación.
- (3) UDVP: usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (incluye a los homosexuales UDVP)
 HTX: infectados por vía heterosexual
 HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

Tabla I.12
Casos de SIDA de la CM notificados hasta 31-12-2005
y diagnosticados entre 2001 y 2005 por país de origen

| | | PAÍS DE ORIGEN | | | | TOTAL | |
|---|---|----------------|-------|------|-------|-------|-------|
| | | ESPAÑA | | OTRO | | | |
| | | N | % | n | % | n | % |
| AÑO DE DIAGNÓSTICO | | | | | | | |
| | 2001 ¹ | 497 | 87,2 | 73 | 12,8 | 570 | 100,0 |
| | 2002 | 415 | 84,2 | 78 | 15,8 | 493 | 100,0 |
| | 2003 | 402 | 83,7 | 78 | 16,3 | 480 | 100,0 |
| | 2004 | 392 | 84,1 | 74 | 15,9 | 466 | 100,0 |
| | 2005 ² | 229 | 81,5 | 52 | 18,5 | 281 | 100,0 |
| SEXO | | | | | | | |
| | Hombres | 1554 | 80,3 | 255 | 71,8 | 1809 | 79,0 |
| | Mujeres | 381 | 19,7 | 100 | 28,2 | 481 | 21,0 |
| GRUPO DE EDAD (en años) | | | | | | | |
| | No consta | 1 | 0,05 | | | 1 | 0,04 |
| | <13 | | | | | | |
| | 13-19 | 5 | 0,2 | 3 | 0,8 | 8 | 0,4 |
| | 20-29 | 156 | 8,1 | 85 | 23,9 | 241 | 10,5 |
| | 30-39 | 936 | 48,4 | 158 | 44,6 | 1094 | 47,8 |
| | 40-49 | 590 | 30,5 | 81 | 22,8 | 671 | 29,3 |
| | 50-59 | 164 | 8,5 | 22 | 6,2 | 186 | 8,1 |
| | 60 y más | 83 | 4,3 | 6 | 1,7 | 89 | 3,9 |
| GRUPO DE TRANSMISIÓN³ | | | | | | | |
| Hombres | UDVP | 913 | 58,7 | 48 | 18,8 | 961 | 53,1 |
| | HTX | 177 | 11,4 | 91 | 35,7 | 268 | 14,8 |
| | HSH | 362 | 23,3 | 102 | 40,0 | 464 | 25,6 |
| | HD/TF | 9 | 0,6 | 2 | 0,8 | 11 | 0,6 |
| | Vertical | 1 | 0,1 | | | 1 | 0,1 |
| | Desconocido/otros | 50 | 3,2 | 5 | 2,0 | 55 | 3,1 |
| | No consta | 42 | 2,7 | 7 | 2,7 | 49 | 2,7 |
| | Subtotal | 1554 | 100,0 | 255 | 100,0 | 1809 | 100,0 |
| Mujeres | UDVP | 201 | 52,7 | 9 | 9,0 | 210 | 43,6 |
| | HTX | 166 | 43,6 | 84 | 84,0 | 250 | 52,0 |
| | HD/TF | | | 2 | 2,0 | 2 | 0,4 |
| | Vertical | 1 | 0,3 | | | 1 | 0,2 |
| | Desconocido/otros | 7 | 1,8 | 3 | 3,0 | 10 | 2,1 |
| | No consta | 6 | 1,6 | 2 | 2,0 | 8 | 1,7 |
| | Subtotal | 381 | 100,0 | 100 | 100,0 | 481 | 100,0 |
| | MESES ENTRE DIAGNÓSTICO VIH Y SIDA⁴ | | | | | | |
| | 0 – 3 | 561 | 29,8 | 209 | 59,7 | 770 | 34,5 |
| | 4 – 12 | 101 | 5,4 | 46 | 13,1 | 147 | 6,6 |
| | > 12 | 1222 | 64,8 | 95 | 27,2 | 1317 | 58,9 |
| | Subtotal | 1884 | 100,0 | 350 | 100,0 | 2234 | 100,0 |
| TOTAL | | 1935 | 84,5 | 355 | 15,5 | 2290 | 100,0 |

(1) En el año 2001 se empieza a recoger de forma exhaustiva el país de origen

(2) En 2005 los datos están incompletos por retraso en la notificación

(3) UDVP: usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (incluye a los homosexuales UDVP)

HTX: heterosexual

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

(4) No se incluyen los casos en los que el año de diagnóstico de la infección por VIH y/o de SIDA no constan

Tabla I.13
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005
en adolescentes/adultos (>12 años).
Enfermedades al diagnóstico de SIDA.
Antes (1982-1996) y después (1997-2005) de la introducción de los TARGA

| | 1982-1996 | | 1997-2005 ¹ | | p |
|---|-----------|-------|------------------------|-------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Candidiasis esofágica | 2253 | 16,63 | 678 | 10,86 | <0,05 |
| Candidiasis traqueo-broco-pulmonar | 35 | 0,26 | 13 | 0,21 | 0,61 |
| Coccidiomicosis diseminada | 1 | 0,01 | | 0,00 | 0,69 |
| Criptococosis extrapulmonar | 119 | 0,88 | 70 | 1,12 | 0,11 |
| Herpes simple mucocutáneo crónico | 131 | 0,97 | 47 | 0,75 | 0,16 |
| Herpes simple broco-pulmonar y/o esofágico | 34 | 0,25 | 21 | 0,34 | 0,35 |
| Criptosporidiasis intestinal | 238 | 1,75 | 61 | 0,98 | <0,05 |
| Histoplasmosis diseminada | 4 | 0,03 | 16 | 0,26 | <0,05 |
| Isosporiasis | 16 | 0,12 | 9 | 0,14 | 0,79 |
| Enfermedad por CMV | 126 | 0,93 | 117 | 1,87 | <0,05 |
| Retinitis CMV | 199 | 1,47 | 65 | 1,04 | <0,05 |
| Neumonía P.Carini | 2630 | 19,41 | 1114 | 17,85 | <0,05 |
| Toxoplasmosis cerebral | 828 | 6,11 | 274 | 4,39 | <0,05 |
| Leucoencefalopatía multifocal progresiva | 225 | 1,66 | 217 | 3,48 | <0,05 |
| Enf. MAI o Kansasi disem/extrapulmonar | 196 | 1,45 | 95 | 1,52 | 0,72 |
| TBC diseminada/extrapulmonar | 2726 | 20,12 | 871 | 13,95 | <0,05 |
| Otras micobacterias | 76 | 0,56 | 44 | 0,70 | 0,26 |
| Sepsis de repetición por Salmonella | 53 | 0,39 | 13 | 0,21 | 0,052 |
| N. Intersticial linfoide | | | 1 | 0,02 | 0,69 |
| Inf. bacteriana recurrentes graves (≤13 años) | | | 1 | 0,02 | 0,69 |
| Sarcoma de Kaposi | 675 | 4,98 | 277 | 4,44 | 0,17 |
| Linfoma primario de cerebro | 36 | 0,26 | 18 | 0,29 | 0,89 |
| Linfoma no Hodgkin | 306 | 2,26 | 230 | 3,68 | <0,05 |
| Encefalopatía VIH | 424 | 3,13 | 169 | 2,71 | 0,11 |
| Caquexia VIH | 868 | 6,40 | 480 | 7,69 | <0,05 |
| Tuberculosis pulmonar (>12 años) | 951 | 7,02 | 687 | 11,01 | <0,05 |
| Neumonías bacterianas repetición (>12 años) | 368 | 2,71 | 600 | 9,61 | <0,05 |
| Carcinoma invasivo de cerviz | 31 | 0,23 | 54 | 0,86 | <0,05 |
| NÚMERO TOTAL DE CASOS² | 13549 | 100,0 | 6242 | 100,0 | |

(1) En 2005 los datos están incompletos por retraso en la notificación

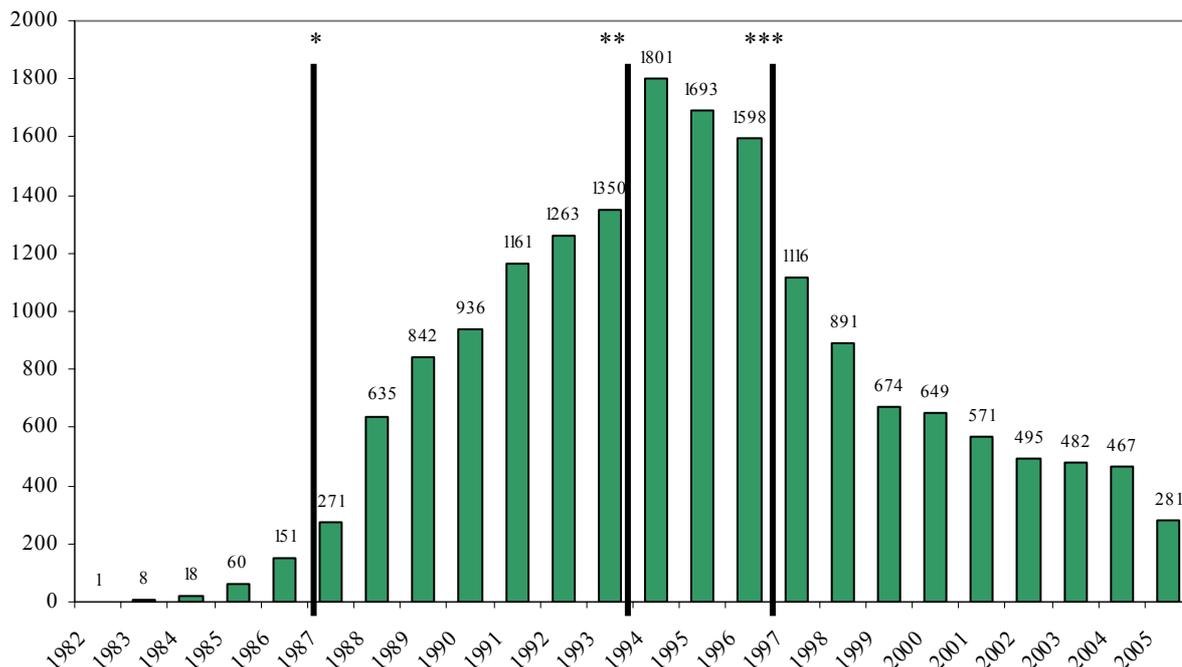
(2) Se incluyen 7 casos en los que no consta la edad

Tabla I.14
Casos pediátricos (≤ 12 años) de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005.
Enfermedades al diagnóstico de SIDA.
Antes (1982-1996) y después (1997-2005) de la introducción de los TARGA

| | 1982-1996 | | 1997-2005 ¹ | | p |
|--|------------|---------------|------------------------|---------------|-------|
| | N | % | n | % | |
| Candidiasis esofágica | 25 | 8,90 | 6 | 18,75 | 0,14 |
| Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar | 17 | 6,05 | | | 0,30 |
| Herpes simple mucocutáneo crónico | 4 | 1,42 | | | 0,87 |
| Criptosporidiasis intestinal | 7 | 2,49 | | | 0,78 |
| Histoplasmosis diseminada | | | 1 | 3,12 | 0,18 |
| Enfermedad por CMV | 16 | 5,69 | | | 0,33 |
| Retinitis CMV | | | 1 | 3,12 | 0,18 |
| Neumonía P.Carinii | 30 | 10,68 | 6 | 18,75 | 0,28 |
| Toxoplasmosis cerebral | | | 1 | 3,13 | 0,18 |
| TBC diseminada/extrapulmonar | 3 | 1,07 | | | 0,71 |
| Sepsis de repetición por Salmonella | 1 | 0,36 | | | 0,18 |
| N. Intersticial linfoide | 36 | 12,81 | | | 0,06 |
| Inf. bacteriana recurrentes graves (≤ 13 años) | 68 | 24,20 | 2 | 6,25 | <0,05 |
| Linfoma no Hodgkin | 4 | 1,42 | 2 | 6,25 | 0,22 |
| Encefalopatía VIH | 52 | 18,50 | 10 | 31,25 | 0,13 |
| Caquexia VIH | 18 | 6,41 | 3 | 9,38 | 0,79 |
| NÚMERO TOTAL DE CASOS | 281 | 100,00 | 32 | 100,00 | |

(1) En 2005 los datos están incompletos por retraso en la notificación

Gráfico I.1
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005



*1987-88: revisión de las enfermedades indicativas de SIDA y los criterios diagnósticos de las mismas ²

** 1993-94: revisión de las enfermedades indicativas de SIDA ³⁻⁴

*** 1997: en el segundo semestre de 1996 se inician los tratamientos combinados con antirretrovirales de gran actividad (TARGA)

Gráfico I.2
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005:
Por sexo y año de diagnóstico de SIDA

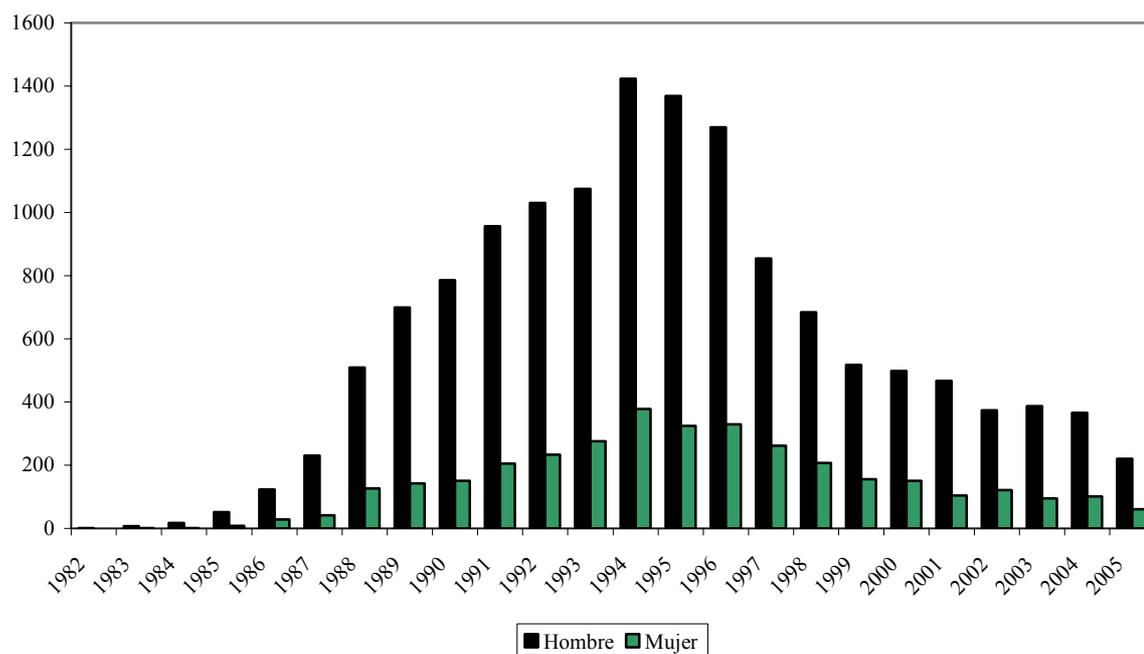


Gráfico I.3
Evolución de los casos de SIDA de la CM:
Por grupo de edad y año de diagnóstico de SIDA (1982-2005)

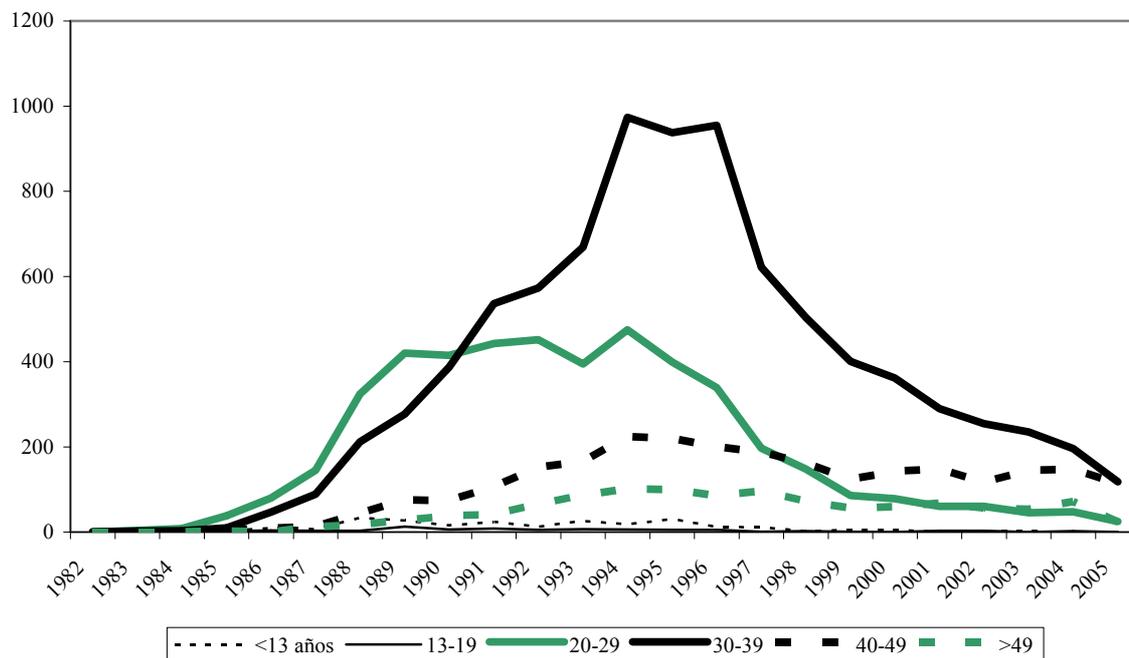


Gráfico I.4
Casos pediátricos (≤ 12 años) de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005 por año de diagnóstico de SIDA

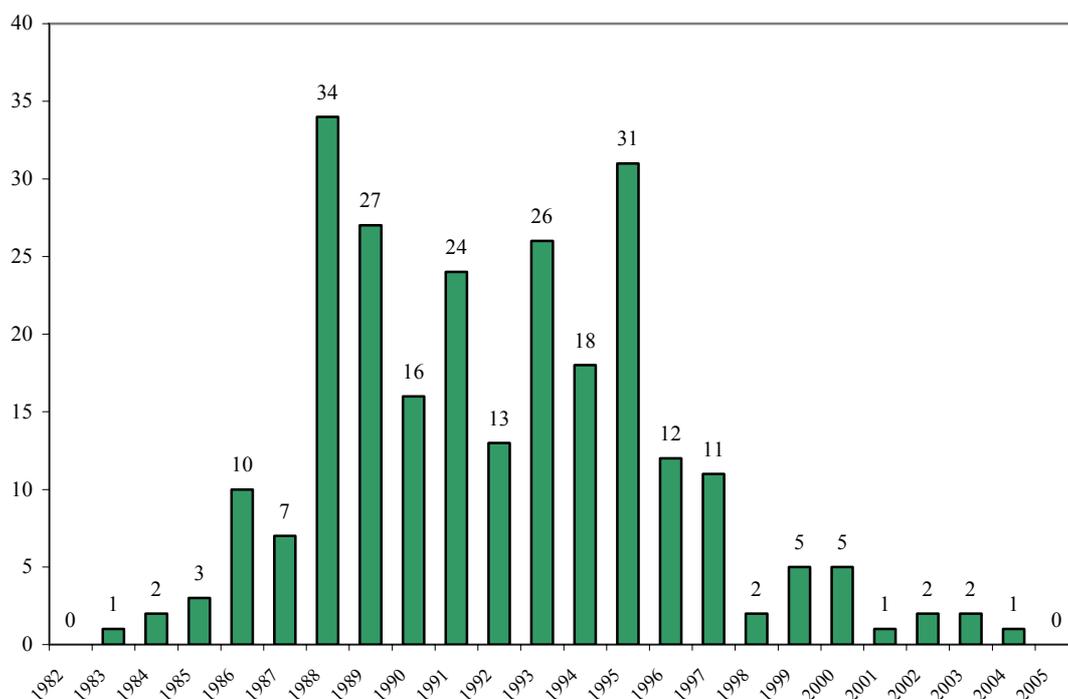
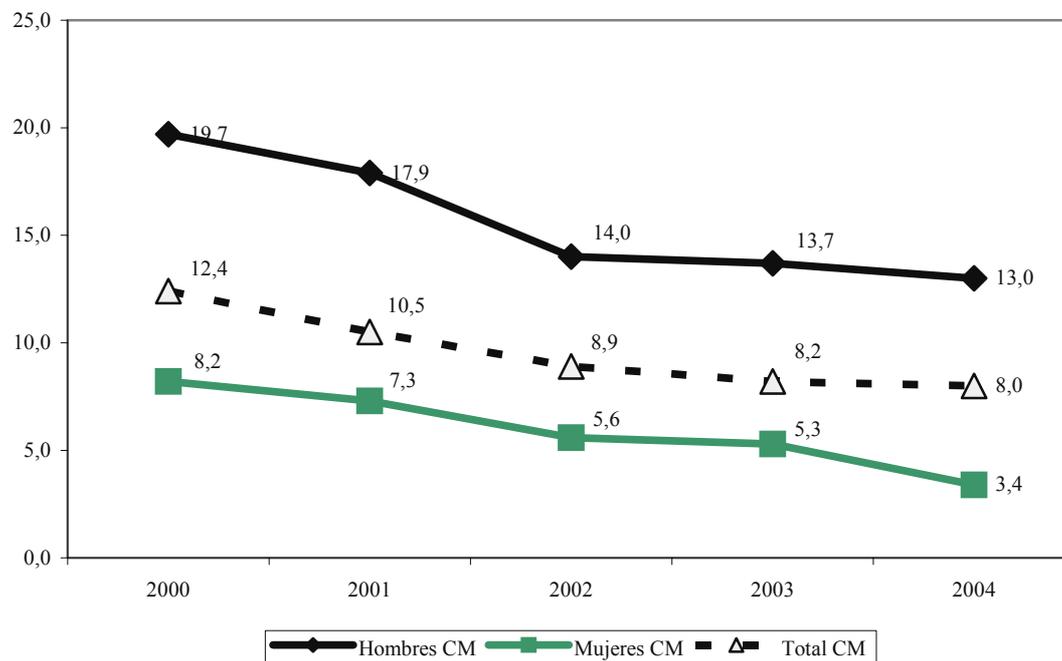
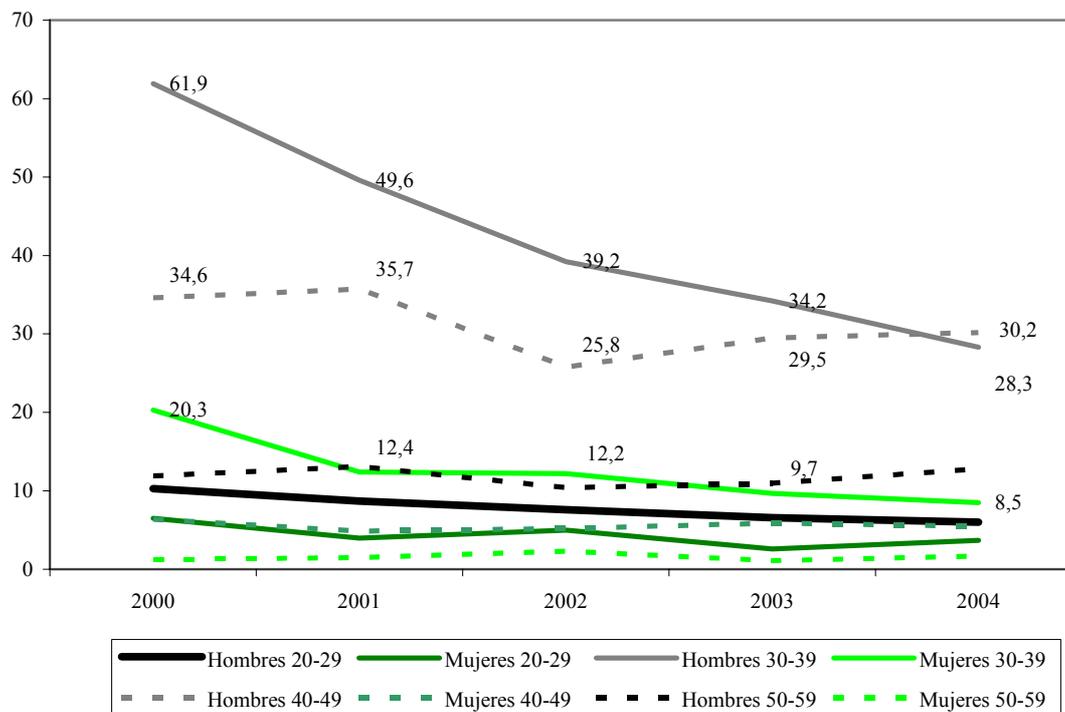


Gráfico I.5
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004.
Tasas de incidencia de casos de SIDA por 100.000 habitantes y año según sexo



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

Gráfico I.6
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004:
Tasas de incidencia de casos de SIDA por 100.000 habitantes
según sexo y grupo de edad al diagnóstico



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

Gráfico I.7
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005.
Por grupo de transmisión y año de diagnóstico

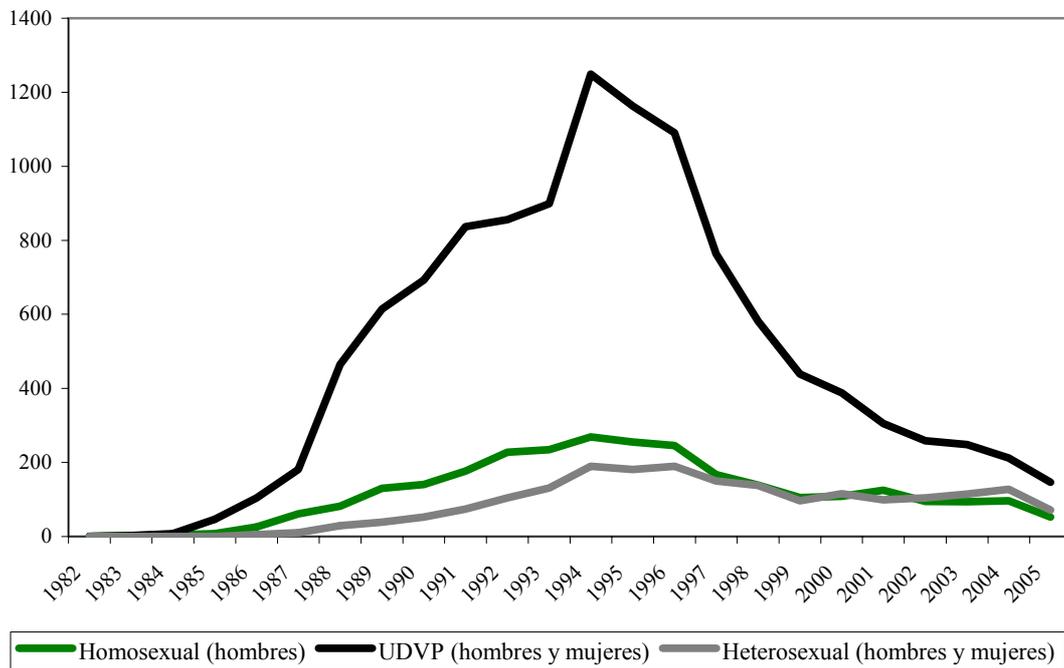


Gráfico I.8
Evolución de los casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados
por género y grupo de transmisión (2000-2005)

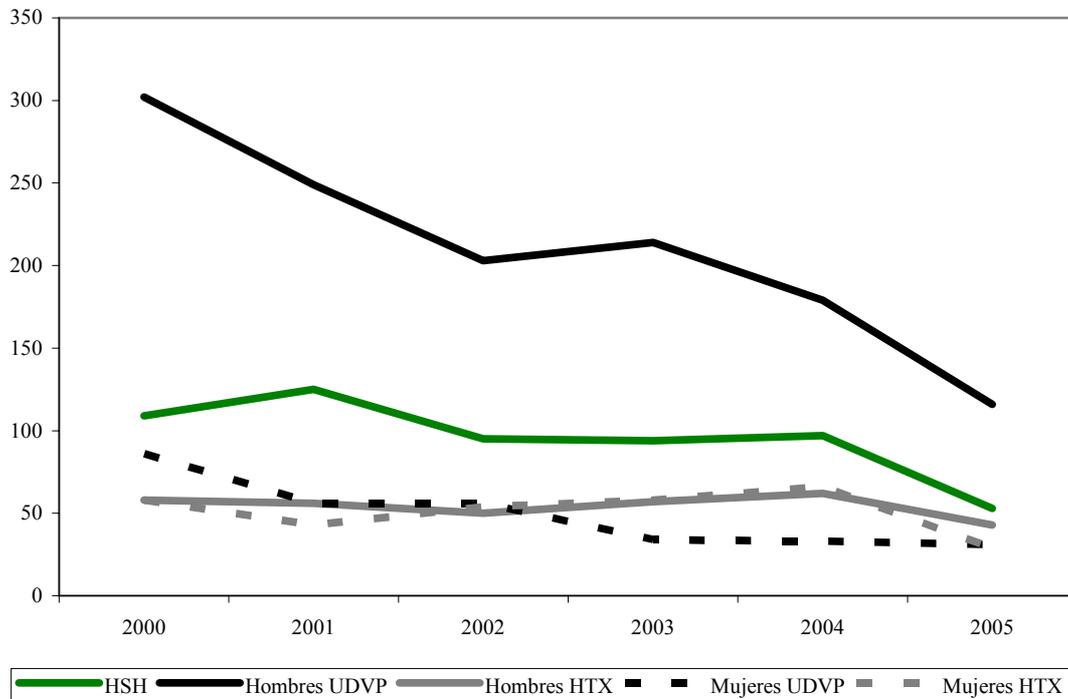


Gráfico I.9
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005
Mediana de edad al diagnóstico de SIDA por sexo y grupo de transmisión

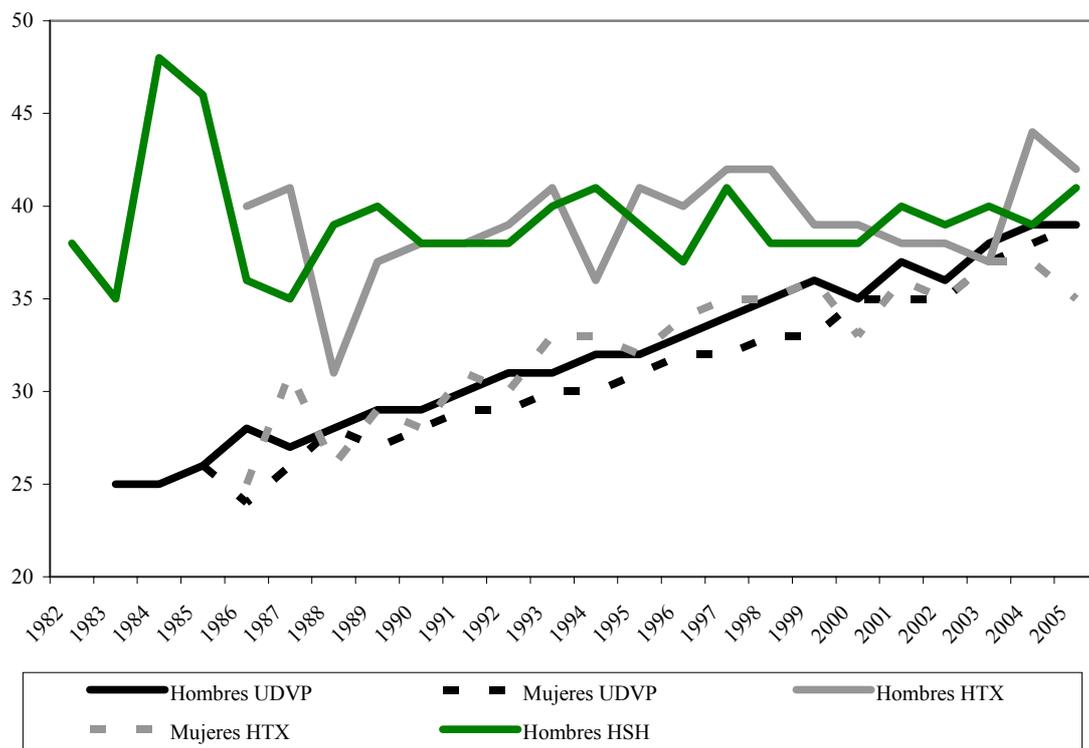
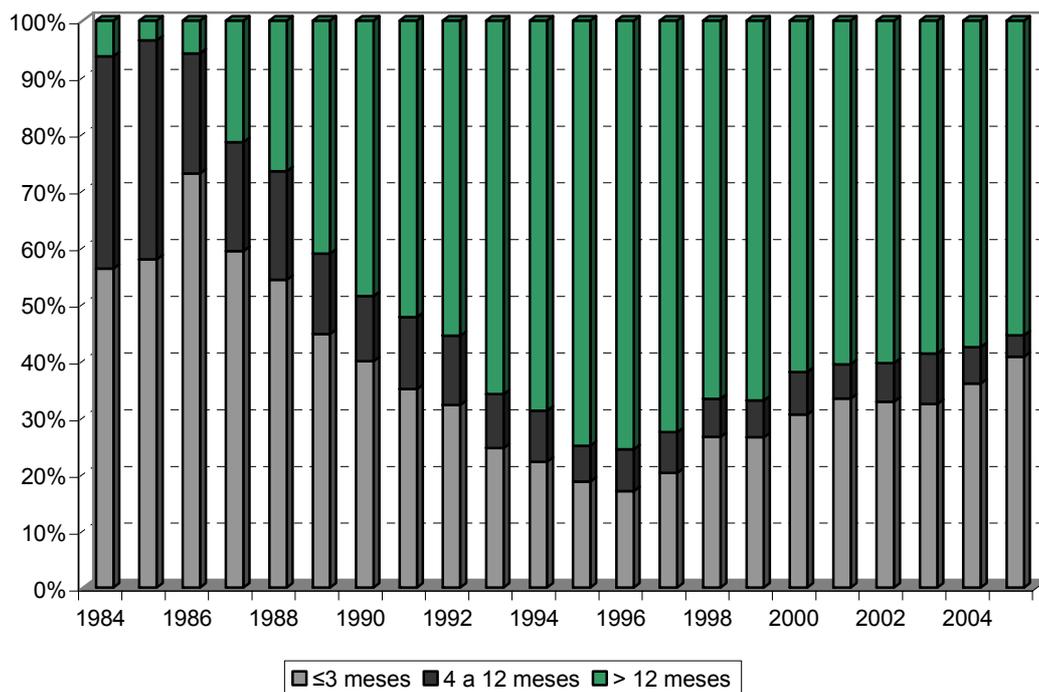


Gráfico I.10
Casos de SIDA de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2005
en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical.
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de SIDA por año diagnóstico de SIDA



Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/SIDA

Hasta la aparición de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia (TARGA), la vigilancia de la epidemia a partir de la mortalidad asociada al VIH/SIDA tenía la ventaja frente a la vigilancia a partir de los casos de SIDA de no estar influida por las sucesivas revisiones de la definición de caso¹⁻³. Actualmente, la evolución de la mortalidad asociada al VIH/SIDA refleja la accesibilidad y eficacia de estos nuevos tratamientos así como la buena marcha de los programas de prevención.

Desde el año 1982 hasta diciembre de 2005 se sabe que han fallecido 13.564 personas residentes en la CM con diagnóstico de infección por VIH (con o sin SIDA). El 82,3% eran hombres. El 79,7% tenían entre 25 y 44 años. El 77,8% de los fallecidos eran casos de SIDA.

Tras la introducción de los TARGA, en 1996, la mortalidad de los pacientes infectados por el VIH ha ido disminuyendo todos los años. En los primeros años, entre 1996 y 1999, disminuyó un 64% (72% entre los diagnosticados de SIDA y 12% entre los no SIDA), a partir de ese año, la disminución es menos llamativa aunque continua (tabla I.15, gráfico I.11). La distribución de los fallecidos entre 1999 y 2004, así como el total acumulado, por grupos de edad, género y categoría de transmisión se describe en las tablas I.16 (casos de SIDA fallecidos) y I.17 (infectados VIH no SIDA). Los datos del año 2005 están todavía incompletos por lo que no se incluyen en el análisis.

Entre 2000 y 2004 los fallecidos infectados por VIH (con y sin SIDA) han disminuido un 13% (los notificados al registro de SIDA han disminuido un 21,3% mientras los no notificados han aumentado un 4,4%). Esta disminución ha sido del 14,0% entre los hombres y del 7,7% entre las mujeres (gráfico I.12). En cuanto a la categoría de transmisión, la mortalidad ha disminuido un 23,7% en los HSH y un 15,1% entre los UDVP mientras que ha aumentado un 2,1% en los HTX (gráfico I.13). El 64,5% de los fallecidos eran casos de SIDA mientras que el 28% habían fallecido sin desarrollar patologías indicativas de SIDA. En el 7,5% se desconocía esta información. La mediana de edad al fallecimiento ha aumentado de 39 años en 2000 a 42 en 2004 tanto en los casos como en los no notificados como caso (gráfico I.14). Este aumento se observa en ambos sexos (hombres de 39 a 42 y mujeres de 37 a 39 años) y en todos los grupos de transmisión (UDVP de 38 a 41, hombres HTX de 44 a 56, mujeres HTX de 38 a 39 y HSH de 45 a 50 años).

De los 389 fallecidos en el año 2005, el 59,6% eran casos de SIDA y el 25% fallecieron sin desarrollar SIDA (el 20% de ellos por hepatopatía). En el 15,5% está pendiente de completar esta información.

Tabla I.15
Fallecidos con infección VIH residentes en la CM,
según hayan sido diagnosticados o no de SIDA 1982-2005

| | FALLECIDOS CON VIH/SIDA | | | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| | Casos de SIDA fallecidos | | Infectados VIH (NO SIDA) fallecidos | | TOTAL VIH/SIDA fallecidos | |
| | n | % de variación respecto al año previo | N | % de variación respecto al año previo | n | % de variación respecto al año previo |
| No consta | 1 | | | | 1 | |
| 1982 | 1 | | | | 1 | |
| 1983 | 2 | 100,0 | | | 2 | 100,0 |
| 1984 | 9 | 350,0 | | | 9 | 350,0 |
| 1985 | 29 | 222,2 | 2 | | 31 | 244,4 |
| 1986 | 71 | 144,8 | 16 | 700,0 | 87 | 180,6 |
| 1987 | 128 | 80,3 | 29 | 81,3 | 157 | 80,5 |
| 1988 ¹ | 204 | 59,4 | 42 | 44,8 | 246 | 56,7 |
| 1989 | 410 | 101,0 | 145 | 245,2 | 555 | 125,6 |
| 1990 | 510 | 24,4 | 162 | 11,7 | 672 | 21,1 |
| 1991 | 642 | 25,9 | 179 | 10,5 | 821 | 22,2 |
| 1992 | 836 | 30,2 | 249 | 39,1 | 1085 | 32,2 |
| 1993 | 1060 | 26,8 | 201 | -19,3 | 1261 | 16,2 |
| 1994 ¹ | 1166 | 10,0 | 180 | -10,4 | 1346 | 6,7 |
| 1995 | 1291 | 10,7 | 171 | -5,0 | 1462 | 8,6 |
| 1996 ² | 1164 | -9,8 | 196 | 14,6 | 1360 | -7,0 |
| 1997 ² | 583 | -49,9 | 137 | -30,1 | 720 | -47,1 |
| 1998 | 369 | -36,7 | 136 | -0,7 | 505 | -29,9 |
| 1999 | 321 | -13,0 | 172 | 26,5 | 493 | -2,4 |
| 2000 | 334 | 4,0 | 159 | -7,6 | 493 | 0,0 |
| 2001 | 320 | -4,2 | 172 | 8,2 | 492 | -0,2 |
| 2002 | 301 | -5,9 | 178 | 3,5 | 479 | -2,6 |
| 2003 | 303 | 0,7 | 165 | -7,3 | 468 | -2,3 |
| 2004 | 263 | -13,2 | 166 | 0,6 | 429 | -8,3 |
| 2005 ³ | 232 | -11,8 | 157 | -5,4 | 389 | -9,3 |
| TOTAL | 10550 | | 3014 | | 13564 | |

(1) Se amplían las enfermedades indicativas de SIDA.

(2) Se inician los TARGA a mediados de 1996.

(3) En 2005 los datos están incompletos.

Tabla I.16
Casos de SIDA fallecidos por año de fallecimiento

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Datos acumulados 1982-2005 |
|--|------|------|------|------|------|------|----------------------------------|
| GRUPOS DE EDAD (en años) AL FALLECIMIENTO | | | | | | | |
| No consta | | | | | | | 4 |
| <13 | | | 1 | 2 | 1 | | 147 |
| 13-19 | | 1 | | 1 | | | 36 |
| 20-29 | 20 | 8 | 9 | 6 | 11 | 4 | 2106 |
| 30-39 | 162 | 174 | 123 | 127 | 91 | 69 | 5422 |
| 40-49 | 106 | 104 | 128 | 121 | 113 | 112 | 1969 |
| 50-59 | 31 | 21 | 31 | 28 | 27 | 31 | 542 |
| 60 y más | 15 | 12 | 9 | 18 | 20 | 16 | 324 |
| MUJERES ADOLESCENTES/ADULTAS AL FALLECIMIENTO | | | | | | | |
| UDVP | 45 | 59 | 38 | 53 | 32 | 28 | 1292 |
| HTX | 14 | 15 | 7 | 16 | 14 | 10 | 447 |
| Otros ¹ | 1 | 1 | 1 | | 3 | | 96 |
| Subtotal | 60 | 75 | 46 | 69 | 49 | 38 | 1835 |
| HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL FALLECIMIENTO | | | | | | | |
| UDVP | 191 | 190 | 179 | 172 | 151 | 141 | 6080 |
| HTX | 24 | 9 | 11 | 19 | 18 | 17 | 478 |
| HSH | 43 | 36 | 51 | 33 | 32 | 30 | 1600 |
| Otros ¹ | 16 | 10 | 13 | 8 | 12 | 6 | 406 |
| Subtotal | 274 | 245 | 254 | 232 | 213 | 194 | 8564 |
| PEDIÁTRICOS (≤12 AÑOS AL FALLECIMIENTO) | | | | | | | |
| Vertical | | | 1 | 1 | 1 | | 137 |
| Otros | | | | 1 | | | 10 |
| Subtotal | | | 1 | 2 | 1 | | 147 |
| PAÍS DE ORIGEN² | | | | | | | |
| España | 326 | 313 | 290 | 288 | 248 | 219 | |
| Otro | 8 | 7 | 11 | 15 | 15 | 13 | |
| Total | 334 | 320 | 301 | 303 | 263 | 232 | 10550 |

- (1) Incluyen infectados por transfusión o hemoderivados contaminados, infectados por transmisión vertical, de forma de transmisión desconocida u otra y aquellos en los que no consta la forma de transmisión
- (2) El país de origen se recoge de forma sistemática desde 2001
- (3) En 4 casos no se conoce la edad de fallecimiento

Tabla I.17
Fallecidos infectados por VIH que no están notificados como casos de SIDA
por año de fallecimiento

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Datos acumulados 1982-2005 |
|--|------|------|------|------|------|------|----------------------------|
| GRUPOS DE EDAD (en años) AL FALLECIMIENTO | | | | | | | |
| No consta | 1 | | | | | 1 | 19 |
| <13 | | 1 | | | | | 1 |
| 13-19 | | | | 1 | | | 11 |
| 20-29 | 5 | 4 | 11 | 5 | 1 | 2 | 651 |
| 30-39 | 84 | 84 | 74 | 58 | 54 | 54 | 1422 |
| 40-49 | 52 | 62 | 73 | 77 | 78 | 72 | 659 |
| 50-59 | 11 | 9 | 8 | 10 | 20 | 12 | 130 |
| 60 y más | 6 | 12 | 12 | 14 | 13 | 16 | 121 |
| MUJERES ADOLESCENTES/ADULTAS AL FALLECIMIENTO | | | | | | | |
| UDVP | 14 | 25 | 18 | 16 | 15 | 20 | 346 |
| HTX | 3 | 5 | 6 | 9 | 7 | 6 | 68 |
| Otros ¹ | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 3 | 70 |
| Subtotal | 18 | 31 | 29 | 26 | 23 | 29 | 484 |
| HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL FALLECIMIENTO | | | | | | | |
| UDVP | 109 | 104 | 107 | 106 | 106 | 94 | 1946 |
| HTX | 7 | 10 | 9 | 8 | 8 | 7 | 98 |
| HSH | 16 | 12 | 19 | 9 | 13 | 7 | 145 |
| Otros ¹ | 9 | 14 | 14 | 16 | 16 | 20 | 321 |
| Subtotal | 141 | 140 | 149 | 139 | 143 | 128 | 2510 |
| PEDIÁTRICOS (≤12 AÑOS AL FALLECIMIENTO) | | | | | | | |
| Vertical | | 1 | | | | | 1 |
| Subtotal | | 1 | | | | | 1 |
| PAÍS DE ORIGEN² | | | | | | | |
| España | 158 | 166 | 174 | 161 | 162 | 155 | |
| Otro | 1 | 6 | 4 | 4 | 4 | 2 | |
| Total | 159 | 172 | 178 | 165 | 166 | 157 | 3014 ⁽³⁾ |

- (1) Incluyen infectados por transfusión o hemoderivados contaminados, infectados por transmisión vertical, de forma de transmisión desconocida u otra y aquellos en los que no consta la forma de transmisión
- (2) El país de origen se recoge de forma sistemática desde 2001
- (3) Se incluyen 19 infectados de los que no se conoce la edad de fallecimiento

Gráfico I.11
Fallecidos con infección VIH residentes en la CM
según hayan sido diagnosticados o no de SIDA
1982-2005

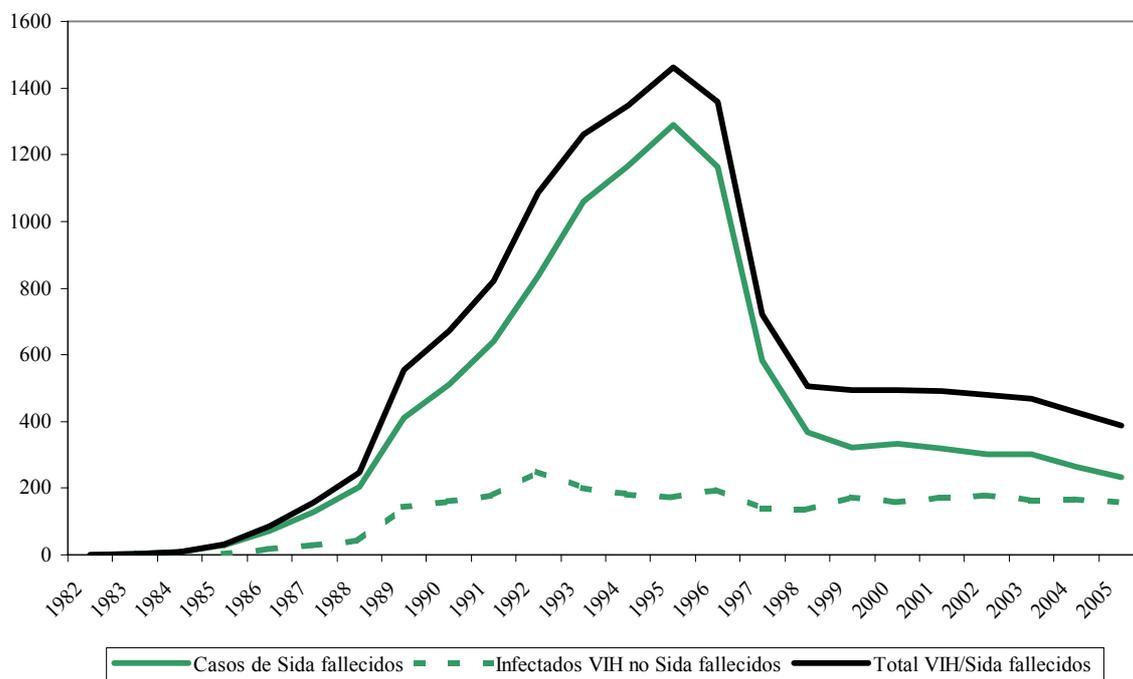


Gráfico I.12
Fallecidos con infección VIH, haya sido o no diagnosticados de SIDA, por sexo
1982-2005

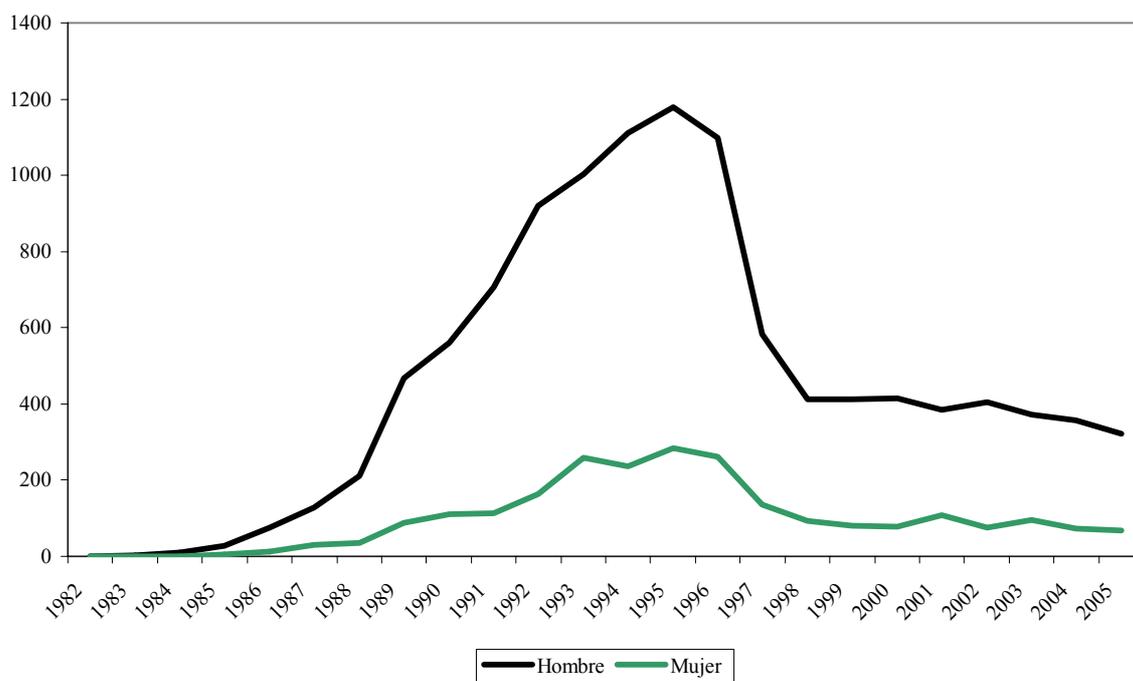


Gráfico I.13
Fallecidos con infección VIH según haya sido diagnosticados o no de SIDA por grupo de transmisión 1982-2005

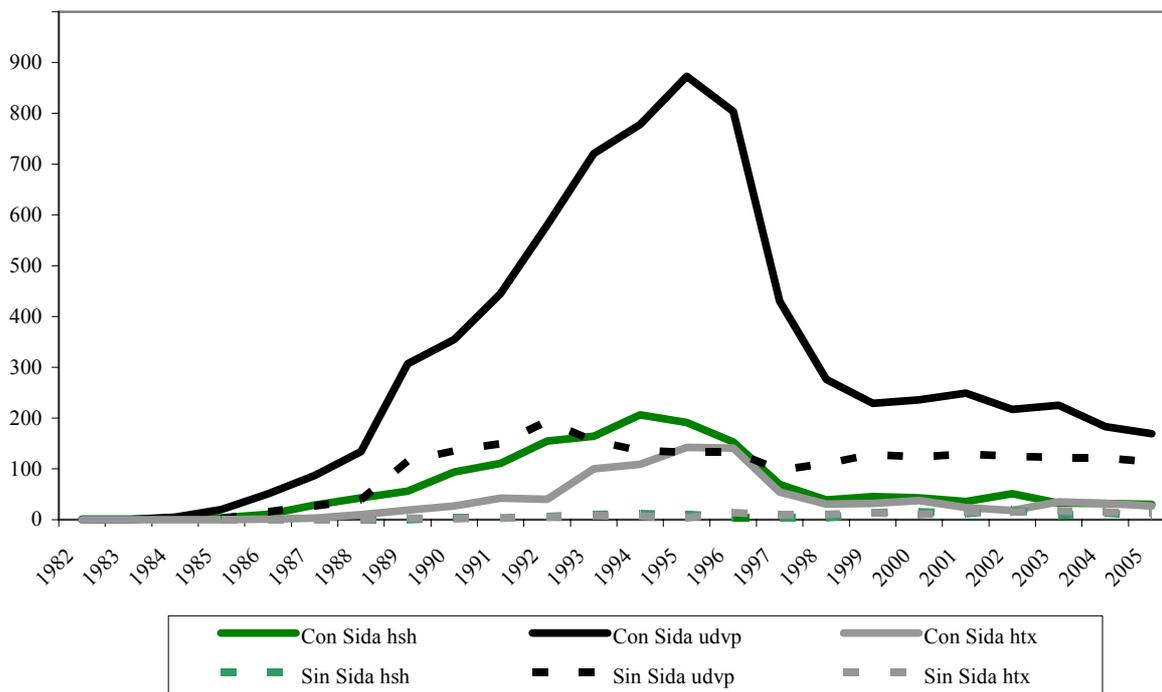
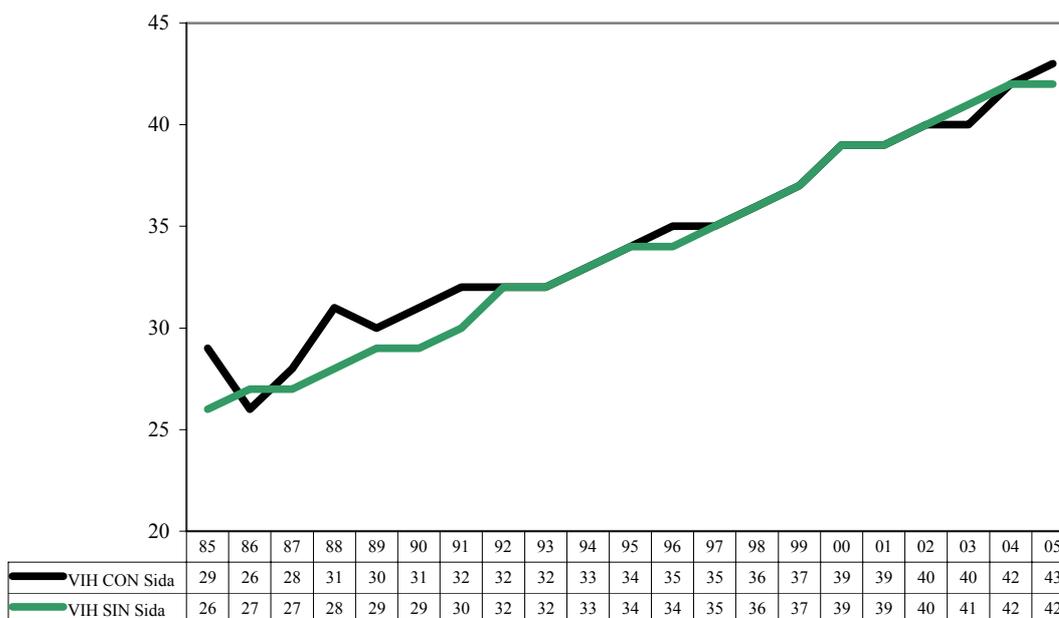


Gráfico I.14
Fallecidos con infección VIH. Mediana de edad al fallecimiento según hayan sido diagnosticados o no de SIDA. 1985-2005.



Prevalencia de casos de SIDA a 31 de diciembre de 2005

A finales del año 2005 había 6.864 casos de SIDA de los que no se tenía constancia de su fallecimiento. El 12,1% había tenido contacto por última vez con el sistema sanitario antes del año 2001 y el 78,5% en 2004 ó 2005.

De los 6.864 casos de SIDA, el 53,3% tenía entre 30 y 39 años al diagnóstico y el 1,4% eran casos pediátricos. La distribución por género muestra que el 77,2% (5.224) de los adolescentes/adultos vivos con SIDA son hombres, de ellos, el 23,9% son HSH, el 62% son o han sido UDVP y el 10,4% se han infectado por contacto heterosexual. De las 1.542 mujeres adolescentes/adultas que viven con SIDA, el 36,1% se han infectado por contacto heterosexual y el 60,7% son o han sido UDVP. De los 97 casos de SIDA vivos que fueron diagnosticados antes de los 13 años de edad, el 97,9% (95 casos) se infectaron por transmisión vertical y el resto por transfusiones o hemoderivados. (tabla I.18).

A finales del año 2005, la prevalencia de SIDA en adolescentes /adultos en la CM es de 129,9 casos/100.000 habitantes (en hombres 209 casos/100.000 y en mujeres 56,9 casos/100.000) y la tasa en niños (≤ 12 años) es de 12,8 casos/100.000 (padrón continuo 2005. Instituto de Estadística de la CM).

Tabla I.18: Prevalencia de casos de SIDA a final de año

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|------|------|------|------|------|------|
| GRUPO DE EDAD (en años) AL DIAGNÓSTICO DE SIDA | | | | | | |
| No consta | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| < 13 años | 95 | 96 | 97 | 96 | 96 | 97 |
| 13-19 | 32 | 33 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| 20-29 | 1467 | 1476 | 1487 | 1474 | 1480 | 1487 |
| 30-39 | 3302 | 3404 | 3493 | 3569 | 3606 | 3660 |
| 40-49 | 773 | 865 | 925 | 1009 | 1081 | 1162 |
| 50-59 | 207 | 234 | 255 | 277 | 295 | 306 |
| 60 y más | 82 | 96 | 106 | 107 | 123 | 114 |
| MUJERES ADOLESCETES/ADULTAS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA | | | | | | |
| UDVP | 933 | 930 | 948 | 928 | 923 | 936 |
| HTX | 369 | 395 | 441 | 480 | 517 | 557 |
| Otros | 35 | 40 | 49 | 52 | 56 | 49 |
| Subtotal | 1337 | 1365 | 1438 | 1460 | 1496 | 1542 |
| HOMBRES ADOLESCETES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA | | | | | | |
| UDVP | 3049 | 3102 | 3129 | 3164 | 3173 | 3241 |
| HSH | 963 | 1051 | 1096 | 1154 | 1210 | 1249 |
| HTX | 344 | 390 | 427 | 464 | 498 | 543 |
| Otros | 173 | 203 | 213 | 231 | 246 | 192 |
| Subtotal | 4529 | 4746 | 4865 | 5013 | 5127 | 5225 |
| PEDIÁTRICOS (≤ 12 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA) | | | | | | |
| Vertical | 93 | 94 | 95 | 94 | 94 | 95 |
| Otros | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Subtotal | 95 | 96 | 97 | 96 | 96 | 97 |
| PAÍS DE ORIGEN (1) | | | | | | |
| España | 5709 | 5892 | 6020 | 6128 | 6240 | 6295 |
| Otro | 252 | 315 | 380 | 441 | 479 | 569 |
| Total | 5961 | 6207 | 6400 | 6569 | 6719 | 6864 |

(1) El país de origen se recoge de forma sistemática desde 2001

Bibliografía

1. CDC. Current trends: revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting. United States. MMWR 1985; 34:373-375.
2. CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987; 36 (Nº SS-1): 1S-15S.
3. CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(Nº RR-17): 1-19.
4. CDC. AIDS Cases, Deaths and Persons Living with AIDS by Year, 1985-2002-United States. HIV/AIDS Surveillance Report, 2002; 14.
5. CDC. Late versus early testing of VIH – 16 sites United States, 2000-2003
6. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report, 2004*. Vol. 16. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2005:[inclusive page numbers]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm>.
7. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, Registros Autonómicos de Casos de SIDA, Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización a 31 de Diciembre de 2005. Informe semestral nº 2, año 2005. Disponible en <http://cne.isciii.es/htdocs/SIDA/>
8. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, Centro Nacional de Epidemiología. Evolución de la mortalidad por VIH/SIDA 1981-2001 en España. Disponible en <http://cne.isciii.es/htdocs/SIDA/mortalidad.pdf>

SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH A TRAVÉS DE LOS LABORATORIOS 31 de diciembre de 2005

Entre 1988 y el 31 de diciembre de 2005, los laboratorios de la Comunidad de Madrid (CM) han notificado 67.057 pruebas positivas de detección de anticuerpos anti-VIH (tabla II.1, gráfico II.1 y 2). El 83% de las pruebas VIH positivas han sido notificadas por los laboratorios hospitalarios. Posiblemente gran parte de las pruebas notificadas por los centros extra-hospitalarios son notificadas también por los hospitales cuando los infectados acuden allí, lo mismo que ocurre cuando una persona infectada acude a otro hospital. Sin embargo, al ser la notificación a este sistema globalizada y totalmente anónima, es imposible cuantificar las duplicidades tanto entre distintos laboratorios como dentro de un mismo laboratorio.

Entre 1992 y 2003 se observa un descenso continuo en el número de pruebas VIH positivas notificadas. Sin embargo, en los años 2004 y 2005 se observa un incremento respecto al año previo (tabla II.1).

Para hacer una aproximación, aunque grosera, al posible número de personas seropositivas con residencia en nuestra Comunidad, lo haremos a partir del número de pruebas positivas notificadas por los laboratorios entre 1988 y finales de 2005 y teniendo en cuenta las posibles duplicidades entre laboratorios y el número de fallecidos en ese periodo.

De los casos de SIDA diagnosticados entre 1988 y 2005 sólo el 61,6% ha sido notificado por un solo hospital. Si la notificación de SIDA hubiese sido anónima, posiblemente estaríamos sobreestimando en alrededor del 35% el número de casos. Además, el 5% residían fuera de la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico.

Cuando un paciente cambia de centro, posiblemente, se repite la prueba. Por ello, aplicamos estas correcciones al número de pruebas positivas notificadas. Por otro lado, le restamos el porcentaje correspondiente a los residentes fuera de la CM y por último, restamos también los 13.275 infectados por VIH residentes en la CM que ya han fallecido. Estimamos, así, el número de seropositivos vivos a finales de 2005.

Para calcular el límite superior de la estimación utilizamos todas las pruebas positivas notificadas, para calcular el límite inferior utilizamos solo las pruebas notificadas por los laboratorios hospitalarios, para obviar las duplicidades entre laboratorios extrahospitalarios y hospitales.

El número de seropositivos vivos, residentes en nuestra Comunidad, a finales de 2005 estaría entre 21.214 y 28.260 incluidos los casos de SIDA pero no aquellos infectados por VIH que no se han hecho la prueba y no conocen por tanto su estado serológico frente al VIH.

Tabla II.1: Número de pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas notificadas por los laboratorios de la Comunidad de Madrid por año

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | TOTAL 1988- 2005 |
|--|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|------------------------|
| La Paz | 693 | 746 | 416 | 433 | 365 | 387 | 263 | 263 | 159 | 156 | 142 | 81 | 76 | 89 | 106 | 81 | 5476 |
| Puerta de Hierro | 105 | 168 | 151 | 114 | 85 | 30 | 65 | 49 | 60 | 48 | 56 | 54 | 59 | 62 | 73 | 55 | 1440 |
| Santa Cristina | 40 | 52 | 35 | 38 | 13 | 13 | 6 | 10 | 9 | 12 | 7 | 2 | 3 | 11 | 8 | 3 | 341 |
| Princesa | 97 | 89 | 113 | 80 | 92 | 111 | 76 | 72 | 83 | 50 | 54 | 54 | 50 | 38 | 41 | 57 | 1347 |
| Gregorio Marañón | 693 | 649 | 679 | 519 | 421 | 361 | 499 | 446 | 434 | 394 | 397 | 549 | 412 | 292 | 155 | 145 | 8636 |
| Ramón y Cajal | 175 | 630 | 573 | 466 | 340 | 391 | 401 | 290 | 240 | 185 | 143 | 132 | 179 | 144 | 197 | 135 | 5374 |
| Carlos III | 488 | 558 | 620 | 126 | 374 | 195 | 144 | 163 | 204 | 88 | 75 | 48 | 53 | 68 | 71 | 87 | 4668 |
| Severo Ochoa | 138 | 173 | 163 | 116 | 93 | 80 | 75 | 75 | 64 | 54 | 41 | 49 | 53 | 47 | 29 | 40 | 1621 |
| Clínico San Carlos | 0 | 876 | 997 | 554 | 582 | 369 | 252 | 190 | 102 | 166 | 195 | 226 | 211 | 204 | 196 | 202 | 5912 |
| 12 Octubre | 1068 | 1013 | 829 | 600 | 444 | 353 | 263 | 302 | 508 | 510 | 386 | 371 | 314 | 324 | 408 | 418 | 9774 |
| Getafe | 341 | 119 | 198 | 132 | 134 | 67 | 86 | 92 | 60 | 42 | 56 | 56 | 50 | 49 | 57 | 60 | 2025 |
| Fundación Jiménez Díaz | 249 | 205 | 226 | 243 | 226 | 178 | 198 | 188 | 173 | 175 | 142 | 187 | 67 | 126 | 154 | 163 | 3151 |
| Móstoles | 261 | 316 | 268 | 209 | 116 | 149 | 170 | 160 | 104 | 53 | 55 | 52 | 31 | 42 | 37 | 38 | 2611 |
| Príncipe de Asturias | 281 | 456 | 496 | 261 | 145 | 176 | 141 | 82 | 55 | 78 | 108 | 48 | 79 | 52 | 43 | 73 | 2899 |
| Fundación Alcorcón | | | | | | | | | 3 | 55 | 50 | 67 | 31 | 55 | 62 | 49 | 372 |
| Fuenlabrada | | | | | | | | | | | | | | | 20 | 15 | 35 |
| TOTAL LABORATORIOS HOSPITALARIOS | 4629 | 6050 | 5764 | 3891 | 3430 | 2860 | 2639 | 2382 | 2258 | 2066 | 1907 | 1976 | 1668 | 1603 | 1657 | 1621 | 55682 |
| Sandoval | 693 | 746 | 416 | 433 | 365 | 387 | 263 | 263 | 159 | 156 | 142 | 81 | 76 | 89 | 155 | 201 | 4388 |
| Ayuntamiento Madrid | 615 | 668 | 525 | 389 | 182 | 130 | 113 | 95 | 175 | 135 | 96 | 39 | 78 | 68 | 66 | 74 | 3805 |
| TOTAL LABORATORIOS EXTRAHOSPITALARIOS | 1638 | 1736 | 1442 | 1088 | 577 | 441 | 388 | 324 | 436 | 293 | 242 | 186 | 206 | 207 | 221 | 275 | 11375 |
| TOTAL | 6267 | 7786 | 7206 | 4979 | 4007 | 3301 | 3027 | 2706 | 2694 | 2359 | 2149 | 2162 | 1874 | 1810 | 1878 | 1896 | 67057 |
| % de variación respecto al año previo | +23,05 | +24,24 | -7,45 | -30,90 | -19,52 | -17,62 | -8,30 | -10,60 | -0,44 | -12,44 | -8,90 | +0,60 | -13,32 | -3,42 | +3,76 | +0,96 | |

Gráfico II.1: Número de pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas notificadas por laboratorios de la Comunidad de Madrid: Enero 1988-Diciembre 2005

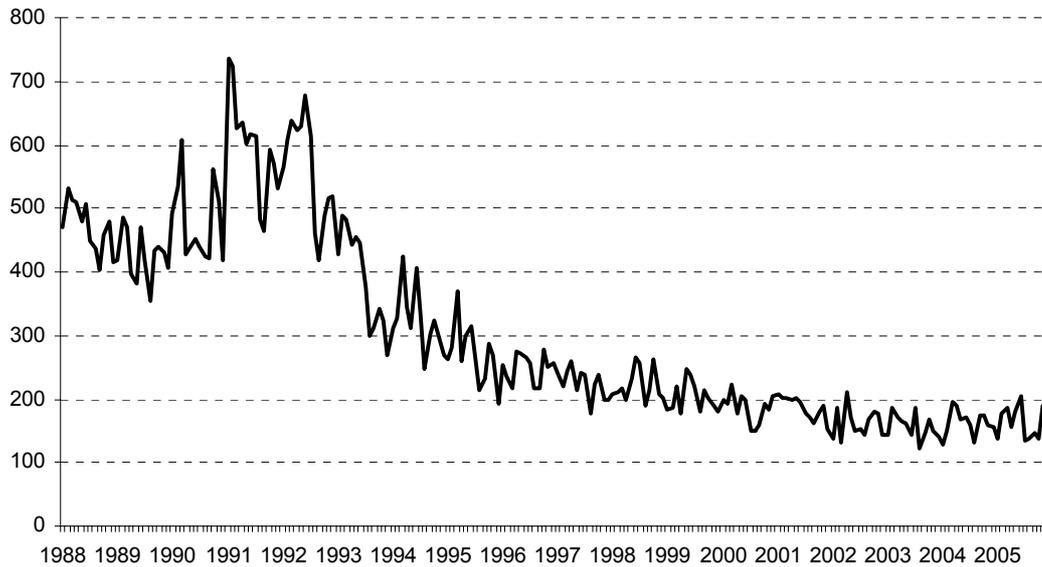
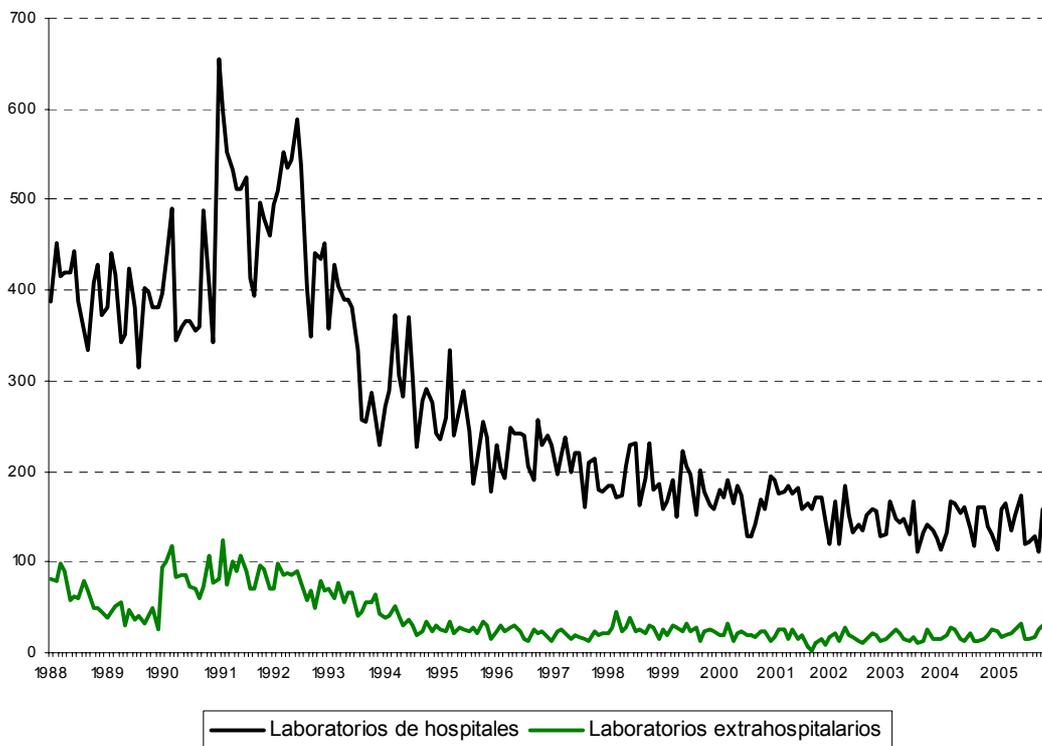


Gráfico II.2: Número de pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas notificadas según tipo de laboratorio de la Comunidad de Madrid: Enero 1988-Diciembre 2005



VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) Niños nacidos seropositivos con residencia en la CM 1984-2005

Entre enero de 1984 y diciembre del 2005 se han notificado 2.827 niños nacidos con anticuerpos anti-VIH; el 5,0% de ellos residían fuera de nuestra Comunidad (tabla III.1, gráfico III.1). Se considera que los niños han seronegativizado cuando la PCR correspondiente al tercer mes tras el nacimiento es negativa. Se consideran perdidos en el seguimiento cuando a los 15 meses del nacimiento no se conoce su situación.

Del total de niños nacidos con anticuerpos anti-VIH el 16,5% se han infectado. Sin embargo, el porcentaje de infectados entre los niños residentes fuera de la CM es significativamente mayor que entre los residentes en nuestra Comunidad (53,5% y 14,5% respectivamente; $p = 0,000$) (tabla III.2).

La evolución de los 2.685 niños nacidos seropositivos entre el año 1984 y el 2005 con residencia materna en la CM se resume en la tabla III.3. De estos, el 73,6% han seronegativizado, el 8,6% han desarrollado en algún momento una o más enfermedades indicativas de SIDA y el 5,8% han fallecido (el 5,0% con diagnóstico de SIDA, el 0,2% infectados por el VIH y el 0,6% en estadio de expuestos, por causas no relacionadas con la infección de VIH). El 9,6% se han perdido en el seguimiento (0,6% infectados y 9,0% expuestos) y el 1,6% trasladaron su domicilio fuera de nuestra Comunidad (0,5% diagnosticados de SIDA, 0,5% infectados sin SIDA y 0,6% expuestos).

La no coincidencia con el Registro de SIDA en el número de casos por transmisión vertical, se debe a que aquí hablamos de niños nacidos con residencia materna en la CM en el momento del parto y los casos de SIDA se contabilizan como casos de la CM sólo si residen aquí, al diagnóstico de SIDA, independientemente de donde residiesen al nacer.

El 58,6% de las madres de estos niños eran o habían sido usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP) y el 26,8% se había infectado por transmisión heterosexual (HTX). En el 14,2% el grupo de transmisión materno se desconoce o no consta. Desde el año 2002 las madres infectadas por transmisión heterosexual superan en número absoluto a las madres usuarias o ex-usuarias de drogas por vía parenteral (tabla III.4, gráficos III.2A y 2B).

Desde el año 2001 se está recogiendo de forma sistemática el país de origen de las madres. Entre 2001 y 2005 se han notificado 604 niños nacidos con anticuerpos anti-VIH, en el 13% la madre era inmigrante y el 92,4% de ellas se había infectado por transmisión heterosexual (el 37,8% de las madres españolas se habían infectado por esta vía, $p=0,000$).

De los 525 niños nacidos en los últimos cinco años (2001-2005) y con madres de España, se ha infectado el 1,7% mientras que de los 79 niños con madres de otro país de origen se ha infectado el 5,1% ($p=0,056$).

Las tasas de transmisión vertical de la infección por VIH disminuyen a partir del año 1995 con la introducción de la profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo, parto y periodo neonatal en embarazos de riesgo. La utilización del AZT, primero, y de los tratamientos antirretrovirales de gran efectividad, después, han hecho disminuir las tasas de transmisión de un 22,1% (IC95%: 19,7 – 24,3%) antes de 1995 a un 17,9% (IC95%: 13,6 – 23,1%) entre 1995 y 1997 y a un 2,7 (IC 95%: 1,7 – 3,9%) en el periodo 1998-2005 (gráfico III.3).

El descenso del número de casos de SIDA en niños infectados por transmisión vertical a partir de 1998, refleja la efectividad de las terapias combinadas con antirretrovirales en la profilaxis de la transmisión vertical y retrasando el desarrollo de SIDA en los niños infectados (gráfico III.4). De los 21 casos diagnosticados de SIDA desde 1998, 4 habían nacido entre 2000 y 2004.

Entre 1998 y 2005 se observa una tendencia decreciente, aunque no significativa, de la tasa de transmisión vertical por año de nacimiento. La tasa de transmisión es más alta entre mujeres inmigrantes que entre españolas (6,2% vs 2,3%, $p=0,049$) y entre mujeres infectadas por transmisión heterosexual que entre las UDVP y entre aquellas en las que no consta el grupo de transmisión (4,6%, 1,5% y 1,1% respectivamente, $p=0,014$). Para el análisis multivariante se utilizó la regresión logística con las variables anteriores mas una de profilaxis: la tasa de infección estaba relacionada de forma significativa con el año de nacimiento y la realización de profilaxis durante el embarazo, intraparto y durante el periodo neonatal (tabla III.5).

En los últimos 5 años (2001-2005), nacieron 604 niños con anticuerpos anti-VIH (tabla III.6). El 77,1% recibieron profilaxis pre y perinatal, el 5% profilaxis intraparto y neonatal y el 6,1% profilaxis neonatal. El 0,8% no recibieron profilaxis de ningún tipo. En el 11,0% se desconocen los datos relativos a la profilaxis. El 79,4% de las madres inmigrantes recibieron profilaxis prenatal frente al 92,8% de las españolas ($p=0,000$). No existen diferencias significativas respecto a la profilaxis perinatal. Respecto al grupo de transmisión materna, aquellas en las que no consta la vía de transmisión son las que con menos frecuencia recibieron profilaxis. Las madres que se habían infectado al compartir jeringuillas por el uso de drogas por vía parenteral (UDVP) recibieron con más frecuencia profilaxis prenatal, intraparto y profilaxis neonatal que las infectadas por vía heterosexual (90,5%, 92,9% y 97,1% respectivamente las UDVP y 92,9%, 86,3% y 92,6% las HTX, $p<0,05$).

De los 123 niños nacidos de madres residentes en nuestra Comunidad en el año 2005, nos consta que el 42,3% de las madres conocían su infección previamente al embarazo y el 20,3% no. De las 25 mujeres que no conocían su situación previamente, el 56% eran inmigrantes y el 84% se habían infectados por transmisión heterosexual. Al 68% de ellas (17/25) se les debió detectar la infección durante el embarazo ya que recibieron profilaxis prenatal, intraparto y postnatal. Al 24% (6/25) se les debió detectar en el parto pues no recibieron profilaxis prenatal pero sí intraparto y/o postnatal. Uno no realizó profilaxis en ningún momento y de otro desconocemos estos datos.

En 22 de los niños nacidos en 2005, se desconoce la información relativa a la profilaxis, al haberse obtenido sus datos del CMBD.

Entre los años 2001 y 2005 se infectaron 13 niños por transmisión vertical (2,2% del total): 5 (38,5%) no habían recibido ninguna profilaxis y otros 5 no habían recibido profilaxis durante el embarazo aunque si intraparto y/o neonatal. En los 3 restantes se desconoce esta información.

A finales de 2005, había 250 niños en seguimiento, el 52,4% eran niñas y el 25% (62) mayores de 15 años. El 34% (85) han desarrollado en algún momento una o más enfermedades indicativas de SIDA, el 48% (120) están infectados por el VIH y el 18% (45) está en estadio de expuestos (tabla III.3).

La categoría clínica e inmunológica de estos niños se resume en la tabla III.7 Hay que tener en cuenta que una vez que los niños se clasifican en una categoría, aunque con los tratamientos mejore su situación, ya no bajan de categoría. Esta tabla pues, nos indica los pacientes que alguna vez han estado en esas categorías aunque actualmente hayan mejorado desde el punto de vista clínico.

Según los datos recogidos en los CMBD de los hospitales de la Comunidad de Madrid correspondientes a los años 2001 a 2005, de las mujeres infectadas por VIH que tuvieron un hijo en ese periodo, el 66% lo hicieron por cesárea, en el 84% la infección por VIH era asintomática, el 11% estaban diagnosticadas de hepatitis C crónica y el 17% eran portadoras de hepatitis C

Tabla III.1
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH notificados por año de nacimiento y residencia de la madre.

| | Comunidad de Madrid | | Otras CCAA | | Total | |
|--------------|---------------------|-------------|------------|------------|-------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 1984 | 20 | 90,9 | 2 | 9,1 | 22 | 100,0 |
| 1985 | 36 | 92,3 | 3 | 7,7 | 39 | 100,0 |
| 1986 | 80 | 95,2 | 4 | 4,8 | 84 | 100,0 |
| 1987 | 142 | 96,6 | 5 | 3,4 | 147 | 100,0 |
| 1988 | 145 | 96,7 | 5 | 3,3 | 150 | 100,0 |
| 1989 | 149 | 96,1 | 6 | 3,9 | 155 | 100,0 |
| 1990 | 121 | 92,4 | 10 | 7,6 | 131 | 100,0 |
| 1991 | 195 | 97,5 | 5 | 2,5 | 200 | 100,0 |
| 1992 | 198 | 95,7 | 9 | 4,3 | 207 | 100,0 |
| 1993 | 153 | 92,2 | 13 | 7,8 | 166 | 100,0 |
| 1994 | 137 | 91,9 | 12 | 8,1 | 149 | 100,0 |
| 1995 | 119 | 91,5 | 11 | 8,5 | 130 | 100,0 |
| 1996 | 119 | 94,4 | 7 | 5,6 | 126 | 100,0 |
| 1997 | 92 | 93,9 | 6 | 6,1 | 98 | 100,0 |
| 1998 | 104 | 96,3 | 4 | 3,7 | 108 | 100,0 |
| 1999 | 123 | 93,2 | 9 | 6,8 | 132 | 100,0 |
| 2000 | 148 | 95,5 | 7 | 4,5 | 155 | 100,0 |
| 2001 | 139 | 95,9 | 6 | 4,1 | 145 | 100,0 |
| 2002 | 106 | 96,4 | 4 | 3,6 | 110 | 100,0 |
| 2003 | 125 | 97,7 | 3 | 2,3 | 128 | 100,0 |
| 2004 | 111 | 94,1 | 7 | 5,9 | 118 | 100,0 |
| 2005 | 123 | 96,9 | 4 | 3,1 | 127 | 100,0 |
| Total | 2685 | 95,0 | 142 | 5,0 | 2827 | 100,0 |

Tabla III.2
Transmisión vertical del VIH en niños nacidos seropositivos notificados según el año de nacimiento y el lugar de residencia de la madre.

| | Infectados con residencia materna en la CM | | Infectados con residencia materna fuera de la CM | |
|--------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | n | % respecto a los nacidos con anti-VIH | n | % respecto a los nacidos con anti-VIH |
| 1984 | 19 | 95,0% | 2 | 100,0% |
| 1985 | 25 | 69,4% | 3 | 100,0% |
| 1986 | 25 | 31,3% | 4 | 100,0% |
| 1987 | 23 | 16,2% | 3 | 60,0% |
| 1988 | 27 | 18,6% | 5 | 100,0% |
| 1989 | 30 | 20,1% | 6 | 100,0% |
| 1990 | 23 | 19,0% | 4 | 40,0% |
| 1991 | 40 | 20,5% | 2 | 40,0% |
| 1992 | 39 | 19,7% | 8 | 88,9% |
| 1993 | 25 | 16,3% | 10 | 76,9% |
| 1994 | 28 | 20,4% | 7 | 58,3% |
| 1995 | 26 | 21,8% | 5 | 45,5% |
| 1996 | 18 | 15,1% | 3 | 42,9% |
| 1997 | 15 | 16,3% | 4 | 66,7% |
| 1998 | 4 | 3,8% | 2 | 50,0% |
| 1999 | 3 | 2,4% | 4 | 44,4% |
| 2000 | 6 | 4,1% | 1 | 14,3% |
| 2001 | 4 | 2,9% | 1 | 16,7% |
| 2002 | 1 | ,9% | 1 | 25,0% |
| 2003 | 2 | 1,6% | | |
| 2004 | 4 | 3,6% | 1 | 14,3% |
| 2005 | 2 | 1,6% | | |
| Total | 389 | 14,5% | 76 | 53,5% |

Tabla III.3
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
por año de nacimiento y situación actual

| | SITUACIÓN ACTUAL | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|--------------|------------------|-----------|-----------|-------------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-------------|
| | EN SEGUIMIENTO | | | NEGATIVOS | PERDIDOS | | A OTRA CCAA | | | FALLECIDOS | | | |
| | Infectados | SIDA | Expuestos | | Infectados | Expuestos | Infectados | SIDA | Expuestos | Infectados | SIDA | Expuestos | |
| 1984 | 2 | 5 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 6 | 0 | 20 |
| 1985 | 2 | 6 | 0 | 9 | 2 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 12 | 0 | 36 |
| 1986 | 3 | 3 | 0 | 46 | 3 | 7 | 1 | 2 | 0 | 0 | 13 | 2 | 80 |
| 1987 | 2 | 6 | 0 | 97 | 4 | 18 | 1 | 1 | 1 | 0 | 9 | 3 | 142 |
| 1988 | 5 | 3 | 0 | 98 | 0 | 18 | 1 | 0 | 1 | 1 | 17 | 1 | 145 |
| 1989 | 7 | 8 | 0 | 90 | 2 | 27 | 0 | 0 | 2 | 0 | 13 | 0 | 149 |
| 1990 | 5 | 5 | 0 | 73 | 0 | 24 | 1 | 2 | 0 | 1 | 9 | 1 | 121 |
| 1991 | 10 | 10 | 0 | 120 | 1 | 33 | 3 | 1 | 1 | 0 | 15 | 1 | 195 |
| 1992 | 15 | 10 | 0 | 123 | 1 | 32 | 0 | 0 | 2 | 0 | 13 | 2 | 198 |
| 1993 | 6 | 8 | 0 | 105 | 1 | 21 | 0 | 0 | 2 | 0 | 10 | 0 | 153 |
| 1994 | 12 | 5 | 0 | 99 | 0 | 9 | 2 | 0 | 0 | 0 | 9 | 1 | 137 |
| 1995 | 11 | 4 | 0 | 83 | 1 | 7 | 2 | 0 | 2 | 2 | 6 | 1 | 119 |
| 1996 | 10 | 7 | 0 | 91 | 0 | 8 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 119 |
| 1997 | 10 | 2 | 0 | 71 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 92 |
| 1998 | 3 | 0 | 0 | 90 | 0 | 9 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 104 |
| 1999 | 3 | 0 | 0 | 108 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 123 |
| 2000 | 4 | 2 | 0 | 135 | 0 | 5 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 148 |
| 2001 | 2 | 1 | 0 | 135 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 139 |
| 2002 | 1 | 0 | 0 | 104 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 106 |
| 2003 | 2 | 0 | 0 | 119 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 125 |
| 2004 | 3 | 0 | 1 | 104 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 111 |
| 2005 | 2 | 0 | 44 | 76 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 123 |
| Total | 120 | 85 | 45 | 1977 | 17 | 242 | 14 | 13 | 16 | 6 | 134 | 16 | 2685 |

Tabla III.4
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
por año de nacimiento y grupo de transmisión materna

| | Grupo de transmisión de la madre | | | | | | | | | | Total | |
|--------------|----------------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|----------|-----------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| | No consta/ Desconocido | | ADVP | | Transfundida | | Vertical | | Heterosexual | | n | % |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| 1984 | 1 | 5,0% | 18 | 90,0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 5,0% | 20 | 100,0% |
| 1985 | 3 | 8,3% | 29 | 80,6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 11,1% | 36 | 100,0% |
| 1986 | 10 | 12,5% | 63 | 78,8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 7 | 8,8% | 80 | 100,0% |
| 1987 | 28 | 19,7% | 106 | 74,6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 8 | 5,6% | 142 | 100,0% |
| 1988 | 19 | 13,1% | 110 | 75,9% | 1 | 0,7% | 0 | 0% | 15 | 10,3% | 145 | 100,0% |
| 1989 | 13 | 8,7% | 118 | 79,2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 18 | 12,1% | 149 | 100,0% |
| 1990 | 15 | 12,4% | 87 | 71,9% | 1 | 0,8% | 0 | 0% | 18 | 14,9% | 121 | 100,0% |
| 1991 | 21 | 10,8% | 136 | 69,7% | 0 | 0% | 0 | 0% | 38 | 19,5% | 195 | 100,0% |
| 1992 | 23 | 11,6% | 129 | 65,2% | 1 | 0,5% | 0 | 0% | 45 | 22,7% | 198 | 100,0% |
| 1993 | 12 | 7,8% | 96 | 62,7% | 1 | 0,7% | 0 | 0% | 44 | 28,8% | 153 | 100,0% |
| 1994 | 10 | 7,3% | 98 | 71,5% | 0 | 0% | 0 | 0% | 29 | 21,2% | 137 | 100,0% |
| 1995 | 27 | 22,7% | 63 | 52,9% | 1 | 0,8% | 0 | 0% | 28 | 23,5% | 119 | 100,0% |
| 1996 | 15 | 12,6% | 64 | 53,8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 40 | 33,6% | 119 | 100,0% |
| 1997 | 12 | 13,0% | 44 | 47,8% | 1 | 1,1% | 0 | 0% | 35 | 38,0% | 92 | 100,0% |
| 1998 | 11 | 10,6% | 61 | 58,7% | 0 | 0% | 0 | 0% | 32 | 30,8% | 104 | 100,0% |
| 1999 | 17 | 13,8% | 65 | 52,8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 41 | 33,3% | 123 | 100,0% |
| 2000 | 25 | 16,9% | 77 | 52,0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 46 | 31,1% | 148 | 100,0% |
| 2001 | 19 | 13,7% | 60 | 43,2% | 1 | 0,7% | 0 | 0% | 59 | 42,4% | 139 | 100,0% |
| 2002 | 11 | 10,4% | 37 | 34,9% | 0 | 0% | 1 | 0,9% | 57 | 53,8% | 106 | 100,0% |
| 2003 | 23 | 18,4% | 51 | 40,8% | 0 | 0% | 0 | 0% | 51 | 40,8% | 125 | 100,0% |
| 2004 | 21 | 18,9% | 36 | 32,4% | 0 | 0% | 0 | 0% | 54 | 48,6% | 111 | 100,0% |
| 2005 | 46 | 37,4% | 26 | 21,1% | 1 | 0,8% | 0 | 0% | 50 | 40,7% | 123 | 100,0% |
| Total | 382 | 14,2% | 1574 | 58,6% | 8 | 0,3% | 1 | 0% | 720 | 26,8% | 2685 | 100,0% |

Tabla III.5
Variables relacionadas con la transmisión vertical del VIH 2001-2005

| | n | β | Exp β | IC 95% exp β | p |
|----------------------------|-----|---------|-------------|--------------------|-------|
| UNIVARIANTE | | | | | |
| Año nacimiento | 979 | - 0.093 | 0.911 | 0.763 – 1.089 | 0.305 |
| País de origen | | | | | |
| | 898 | | 1 | | |
| España | 898 | | 1 | | |
| Otro | 81 | 1.010 | 2.747 | 1.008 – 7.491 | 0.048 |
| Transmisión materna | | | | | |
| | 413 | | 1 | | |
| UDVP | 413 | | 1 | | |
| HTX | 390 | 1.189 | 3.282 | 1.289 – 8.357 | 0.013 |
| Otros/NC | 176 | - 0.249 | 0.780 | 0.156 – 3.901 | 0.762 |
| Profilaxis antirretroviral | | | | | |
| | 719 | | 1 | | 0.000 |
| Embarazo parto y neonato | 719 | | 1 | | 0.000 |
| Solo parto y neonato | 17 | 4.341 | 76.821 | 11.891 – 496.318 | 0.000 |
| Solo neonato | 4 | 4.783 | 119.500 | 8.402 – 1699.568 | 0.000 |
| Ninguna | 6 | 27.085 | 5.8E+11 | 0.000 - | 0.999 |
| MULTIVARIANTE | | | | | |
| Año nacimiento | 746 | - 1.282 | 0.278 | 0.094 – 0.819 | 0.020 |
| Profilaxis antirretroviral | | | | | |
| | 719 | | 1 | | 0.014 |
| Embarazo parto y neonato | 719 | | 1 | | 0.014 |
| Solo parto y neonato | 17 | 9.466 | 12915.227 | 37.838 - 4408298 | 0.001 |
| Solo neonato | 4 | 10.672 | 43138.042 | 57.310 – 3.2E+07 | 0.002 |
| Ninguna | 6 | 32.971 | 2.1E+14 | 0.000 - | 0.999 |

Tabla III.6
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
en los últimos 5 años
(2001-2005)

| | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | TOTAL | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Total | 139 | | 106 | | 125 | | 111 | | 122 | | 603 | |
| Grupo de transmisión de la madre | 60 | 43,2 | 37 | 34,9 | 51 | 40,8 | 36 | 32,4 | 26 | 21,1 | 210 | 34,8 |
| UDVP | 58 | 42,4 | 57 | 53,8 | 51 | 40,8 | 54 | 48,6 | 50 | 40,7 | 271 | 44,9 |
| HTX | 20 | 14,4 | 12 | 11,3 | 23 | 18,4 | 21 | 18,9 | 47 | 38,2 | 123 | 20,4 |
| Otros/NC | | | | | | | | | | | | |
| Madre Inmigrante | 6 | 4,3 | 20 | 18,9 | 15 | 12,0 | 14 | 12,6 | 24 | 19,5 | 79 | 13,1 |
| Profilaxis antirretroviral | | | | | | | | | | | | |
| Prenatal: | | | | | | | | | | | | |
| Si | 122 | 87,8 | 89 | 84,0 | 98 | 78,4 | 80 | 72,1 | 77 | 62,6 | 466 | 77,2 |
| No | 5 | 3,6 | 9 | 8,5 | 6 | 4,8 | 17 | 15,3 | 9 | 7,3 | 46 | 7,6 |
| No consta | 12 | 8,6 | 8 | 7,5 | 21 | 16,8 | 14 | 12,6 | 37 | 30,1 | 92 | 15,2 |
| Intraparto: | | | | | | | | | | | | |
| Si | 122 | 87,8 | 90 | 84,1 | 100 | 80,0 | 91 | 82,0 | 93 | 75,6 | 496 | 82,1 |
| No | 1 | 0,7 | - | - | - | - | 5 | 4,5 | 3 | 2,4 | 9 | 1,5 |
| No consta | 16 | 11,5 | 16 | 15,0 | 25 | 20,0 | 15 | 13,5 | 27 | 22,0 | 99 | 16,4 |
| Neonatal: | | | | | | | | | | | | |
| Si | 126 | 90,6 | 101 | 95,3 | 115 | 92,0 | 97 | 87,4 | 94 | 76,4 | 533 | 88,2 |
| No | 1 | 0,7 | 1 | 0,9 | - | - | 3 | 2,7 | 2 | 1,6 | 7 | 1,2 |
| No consta | 12 | 8,6 | 4 | 3,8 | 10 | 8,0 | 11 | 9,9 | 27 | 22,0 | 64 | 10,6 |
| Niños infectados | 4 | 2,9 | 1 | 0,9 | 2 | 1,6 | 4 | 3,6 | 2 | 1,6 | 13 | 2,2 |

Tabla III.7
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
en seguimiento a finales de 2005

| | | CATEGORIA INMUNOLOGICA | | | | TOTAL |
|-------------------|---|------------------------|----|----|----|-------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| CATEGORIA CLINICA | N | - | 7 | 2 | - | 9 |
| | A | - | 33 | 24 | 13 | 70 |
| | B | - | 8 | 20 | 24 | 52 |
| | C | - | 9 | 14 | 51 | 74 |
| | E | 45 | - | - | - | 45 |
| TOTAL | | 45 | 57 | 60 | 88 | 250 |

Gráfico III.1
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH notificados por año de nacimiento y residencia de la madre

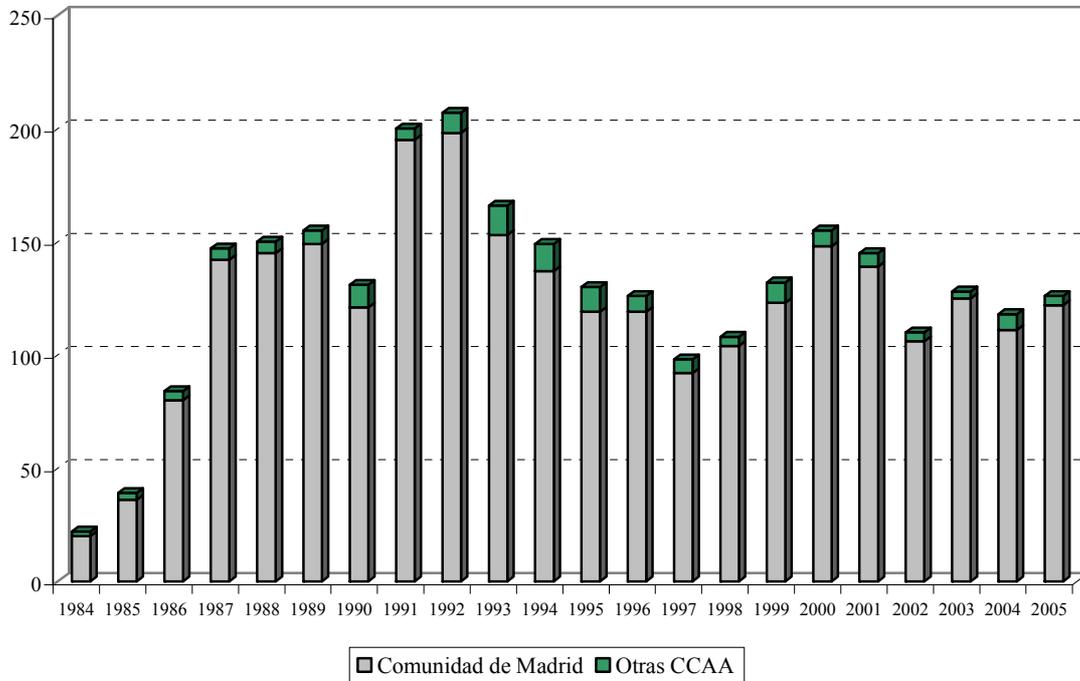


Gráfico III.2 A
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
Porcentaje de grupos de transmisión materna por año de nacimiento

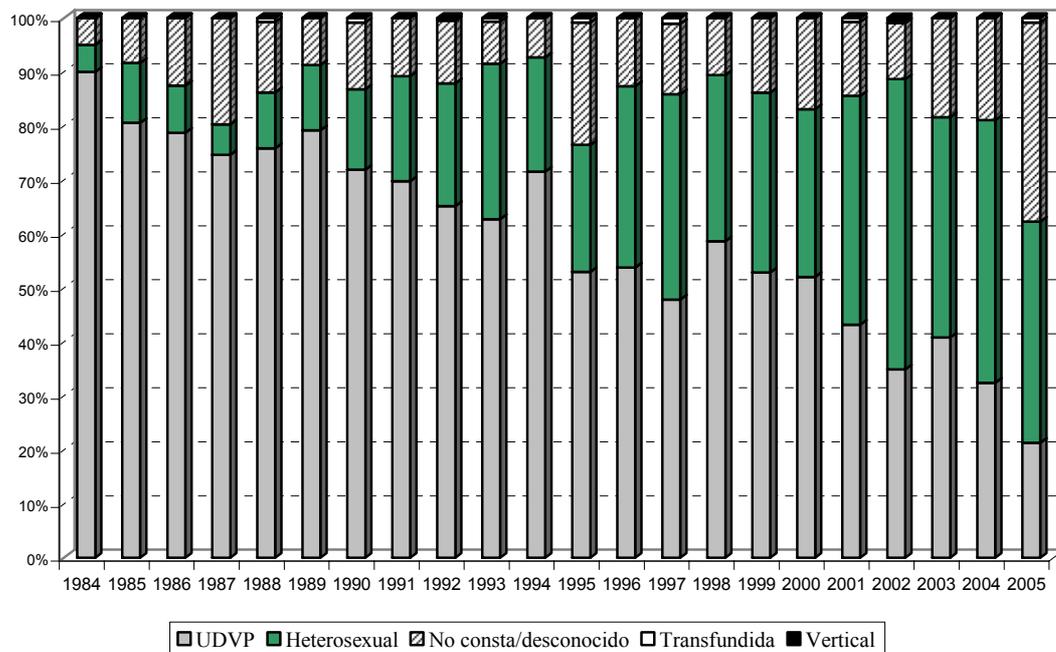


Gráfico III.2 B
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
Grupos de transmisión materna por año de nacimiento

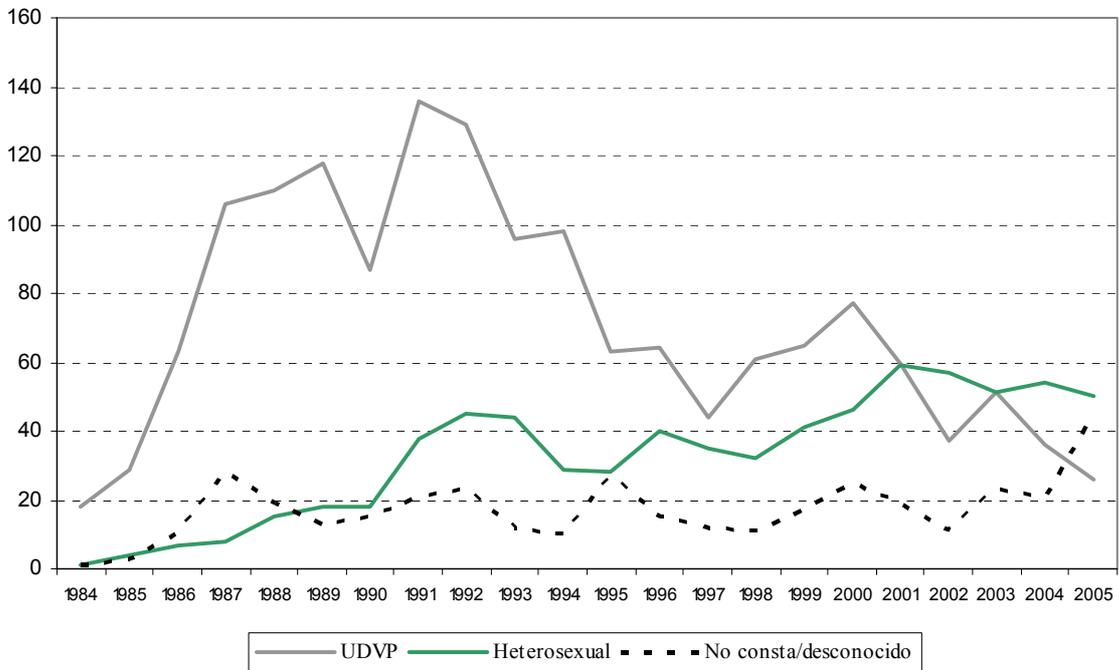


Gráfico III.3
Tasas de transmisión vertical de la infección por el VIH en niños seropositivos
notificados con residencia en la Comunidad de Madrid por año de nacimiento

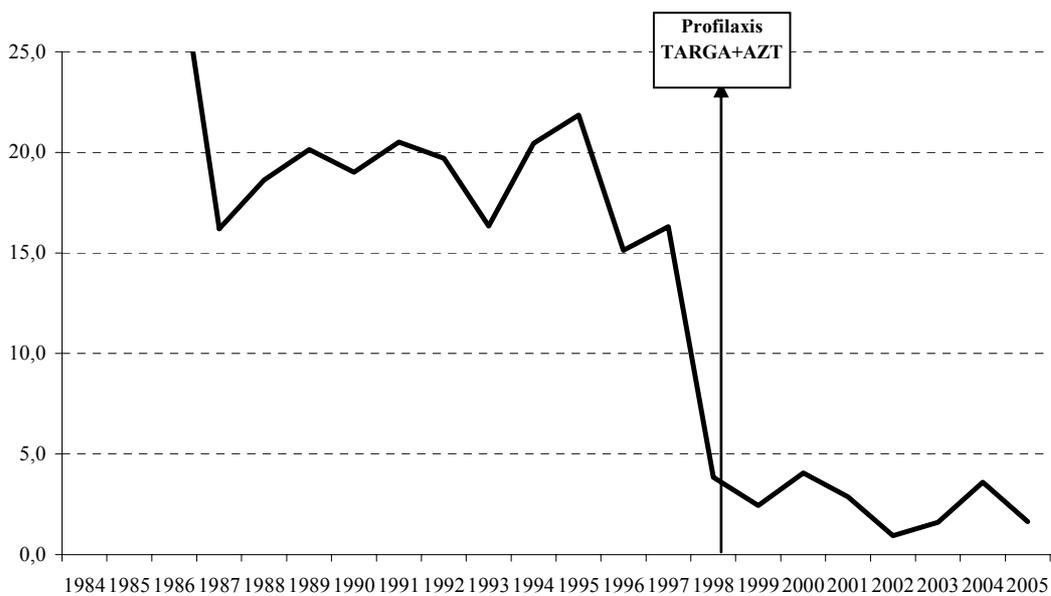
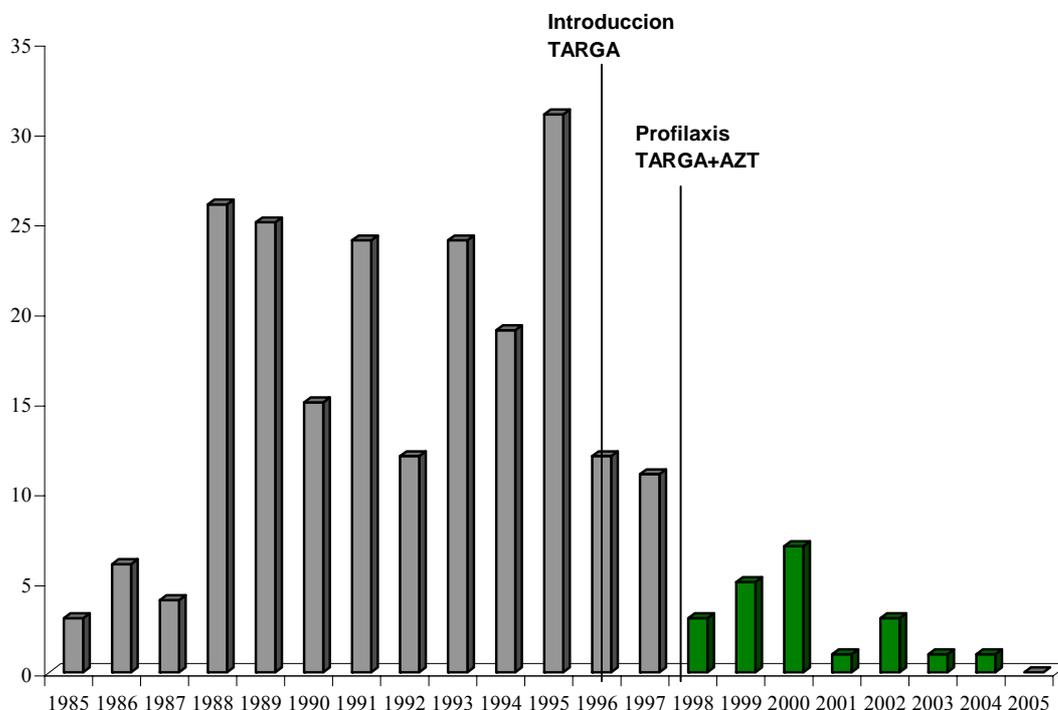


Gráfico III.4
Casos de SIDA infectados por transmisión vertical diagnosticados por año



ACCIDENTES CON MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO POR EL VIH EN PERSONAL SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 de diciembre de 2005

Desde 1985 hasta diciembre de 2005 se han notificados 2.922 accidentes con material potencialmente contaminado por el VIH en personal sanitario de la CM. De estos, 3 resultaron en seroconversión (años 1990, 1992 y 1998).

El 75% de los accidentes ocurrieron en mujeres. La mediana de edad de las personas accidentadas fue de 31 años. El 74% de los accidentes fueron inoculaciones (pinchazos o heridas con objetos cortantes). El 58% fueron personal o estudiantes de enfermería, el 21% médicos o estudiantes de medicina y el 13% auxiliares sanitarios. El 50% de los accidentes ocurrieron en el área clínica, el 18% en la quirúrgica y el 11% en urgencias.

La muestra, fuente del posible contagio, fue la sangre en el 95% de las inoculaciones y en el 88% de los contactos mucocutáneos.

Para incluir un accidente en el registro es necesario que la fuente sea conocida como positiva y que la determinación basal del accidentado sea negativa documentada. El seguimiento considera la determinación de anticuerpos anti-VIH en los 3, 6 y 12 meses después del accidente. Si no se realiza una de las determinaciones en el seguimiento, se asume como negativa si una posterior es negativa. Solo se considera finalizado el seguimiento cuando se realiza la detección del duodécimo mes post-accidente.

Se considera abandono del seguimiento cuando el notificador así lo comunica o si a los 24 meses del accidente no se comunica la actualización correspondiente al mes 12 del seguimiento.

Según los criterios anteriores, el 47% de los accidentados abandonaron el seguimiento: el 36% tras el control basal y el 41% tras el control del sexto mes. El 2,7% continúa en seguimiento. De estos, el 37% ya han realizado el control del sexto mes. El 50% ha finalizado el seguimiento (control del duodécimo mes realizado). La tasa de transmisión es del 1,03 por mil (IC 95%: 0,22-2,99 por mil) (tabla IV.1)

En la tabla IV.2 se resumen las características de los accidentes notificados, ocurridos entre 2000 y 2005 y de los acumulados desde 1985.

Desde 1992, año en el que se notificaron el mayor número de accidentes (259), hasta el año 2005, los accidentes han disminuido un 71%. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que 3 hospitales han dejado de notificar al registro: 1 en 1998, 1 en 1999 y 1 en 2000. En el año 1998, último año en que estos tres hospitales notificaron, sus notificaciones supusieron el 34% del total de ese año.

En el año 2005, por primera vez se han notificado más accidentes por contacto cutáneomucoso que por inoculación (tabla IV.2, gráfico IV.1). Desde el año 2001, se observa un aumento de los accidentes en las áreas clínicas y una disminución en las áreas de urgencias y quirúrgica (gráfico IV.2). Asimismo se observa un mayor número de accidentes notificados entre el personal de enfermería (gráfico IV.3).

Tabla IV.1
Accidentes en personal sanitario de la Comunidad de Madrid con material potencialmente contaminado por VIH. Resultados globales a 31 de diciembre de 2005

| | | Situación | | | TOTAL | |
|--------------------------|-----|----------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|----------------|
| | | En seguimiento | Fin del seguimiento VIH (-) | Fin del seguimiento VIH (+) | | Abandono |
| Sólo detección basal | (-) | 33 | | | 506 | 539 |
| Detección a los 3 meses | (-) | 17 | | | 309 | 326 |
| Detección a los 6 meses | (-) | 29 | 3 | | 572 | 604 |
| | (+) | | | 3 | | 3 |
| Detección a los 12 meses | (-) | | 1450 | | | 1450 |
| TOTAL | | 79 2,7% | 1453 49,7% | 3 0,1% | 1387 47,5% | 2922 100,0% |

Tabla IV.2
Accidentes en personal sanitario de la Comunidad de Madrid con material potencialmente contaminado por VIH por año

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Total acumulado 1985-2005 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|
| Sexo | | | | | | | |
| No consta | | | | | | | 1 |
| Hombre | 27 | 15 | 19 | 22 | 13 | 10 | 715 |
| Mujer | 51 | 48 | 41 | 37 | 62 | 63 | 2206 |
| Grupo de edad | | | | | | | |
| No consta | 11 | 9 | 5 | 15 | 9 | 8 | 347 |
| <20 | | | | | | 1 | 24 |
| 20-24 | | 3 | 5 | 5 | 4 | 6 | 300 |
| 25-29 | 14 | 11 | 10 | 8 | 20 | 17 | 581 |
| 30-34 | 16 | 8 | 4 | 7 | 5 | 7 | 499 |
| 35-39 | 11 | 9 | 11 | 5 | 8 | 7 | 377 |
| 40-44 | 12 | 7 | 12 | 4 | 5 | 10 | 321 |
| 45-49 | 8 | 8 | 6 | 4 | 13 | 9 | 218 |
| 50-54 | 1 | 5 | 4 | 9 | 6 | 6 | 123 |
| 55-59 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 84 |
| 60 y más | 3 | 1 | 1 | | 2 | | 48 |
| Tipo de accidente | | | | | | | |
| No consta | | 1 | | | | | 15 |
| Pinchazo | 53 | 35 | 37 | 34 | 40 | 30 | 2013 |
| Herida con objeto cortante | 6 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 139 |
| Contacto con mucosas | | | 6 | 1 | 2 | | 57 |
| Contacto con conjuntivas | 1 | | | 1 | | 2 | 82 |
| Contacto con piel | 18 | 24 | 13 | 21 | 30 | 37 | 616 |
| Categoría profesional | | | | | | | |
| No consta | | | | | | | 12 |
| Médic@s/estudiantes | 25 | 20 | 24 | 22 | 24 | 12 | 618 |
| Enfermer@s/estudiantes | 30 | 30 | 30 | 27 | 42 | 48 | 1696 |
| ATL | 2 | 6 | 5 | 2 | 2 | 3 | 94 |
| Auxiliares sanitarios | 13 | 5 | 1 | 7 | 6 | 5 | 388 |
| Celadores | 3 | 1 | | 1 | 1 | 4 | 63 |
| Personal de limpieza | 1 | | | | | | 22 |
| Otros | 4 | 2 | | | | 1 | 29 |
| Área donde ocurrió el accidente | | | | | | | |
| No consta | | | | | | | |
| Urgencias | 6 | 3 | 3 | 9 | 3 | 3 | 77 |
| Clínica | 10 | 11 | 10 | 6 | 7 | 9 | 320 |
| Quirúrgica | 22 | 19 | 15 | 23 | 31 | 36 | 1475 |
| Laboratorio | 20 | 12 | 21 | 11 | 15 | 9 | 524 |
| Cuidados Especiales | 7 | 6 | 3 | 4 | 10 | 5 | 265 |
| | 13 | 12 | 8 | 6 | 9 | 11 | 261 |
| Seguimiento | | | | | | | |
| En seguimiento | | | | | 8 | 71 | 79 |
| Fin del seguimiento VIH - | 26 | 28 | 16 | 31 | 41 | 1 | 1453 |
| Fin del seguimiento VIH + | | | | | | | 3 |
| Abandono | 52 | 35 | 44 | 28 | 26 | 1 | 1387 |
| (abandono con VIH - al 6º mes) | (23) | (17) | (24) | (16) | (13) | (1) | (572) |
| TOTAL | 78 | 63 | 60 | 59 | 75 | 73 | 2922 |

Gráfico IV.1
Accidentes notificados en personal sanitario de la CM, con material potencialmente contaminado por el VIH por año

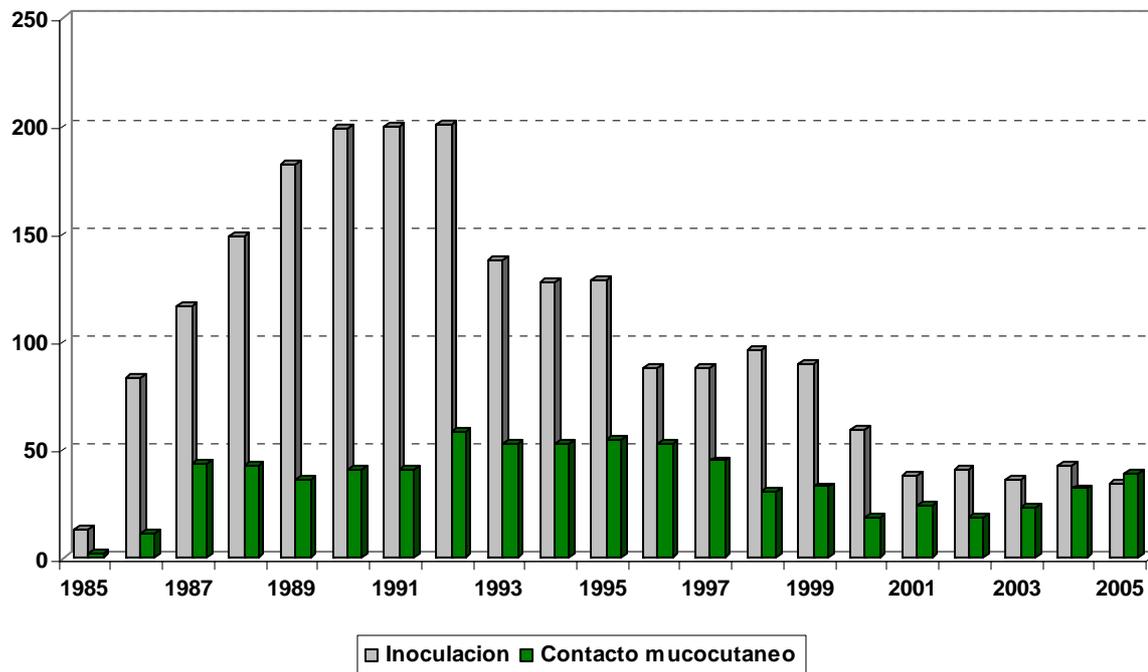


Gráfico IV.2
Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según el área donde se produjo el accidente y el año.

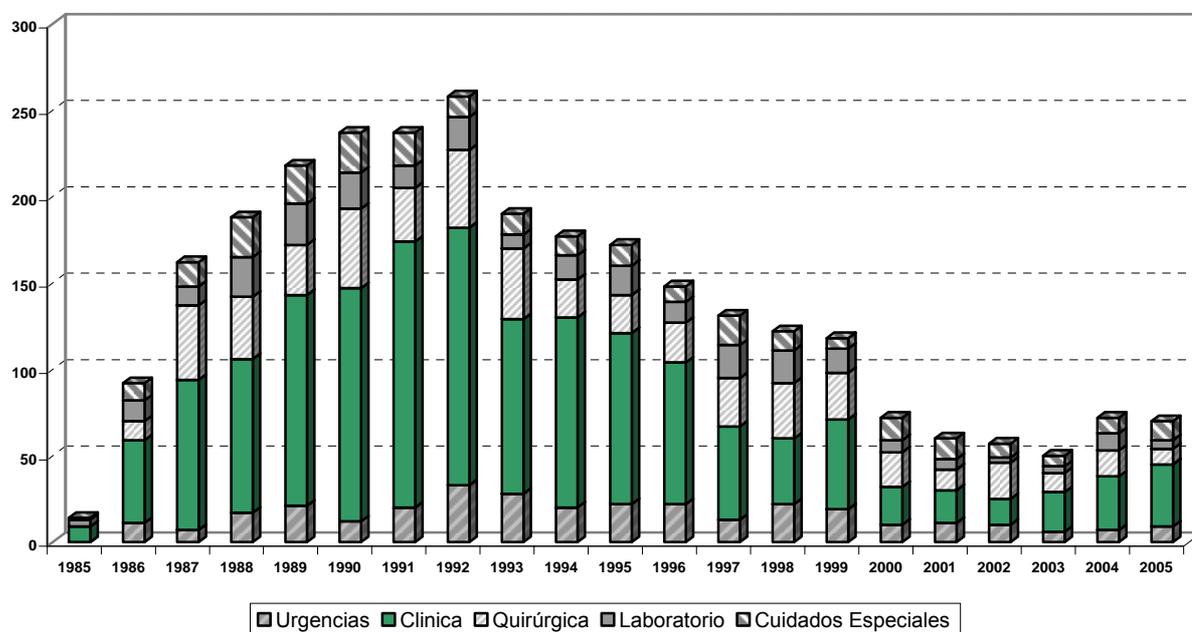


Gráfico IV.3
Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según el grupo profesional y el año.

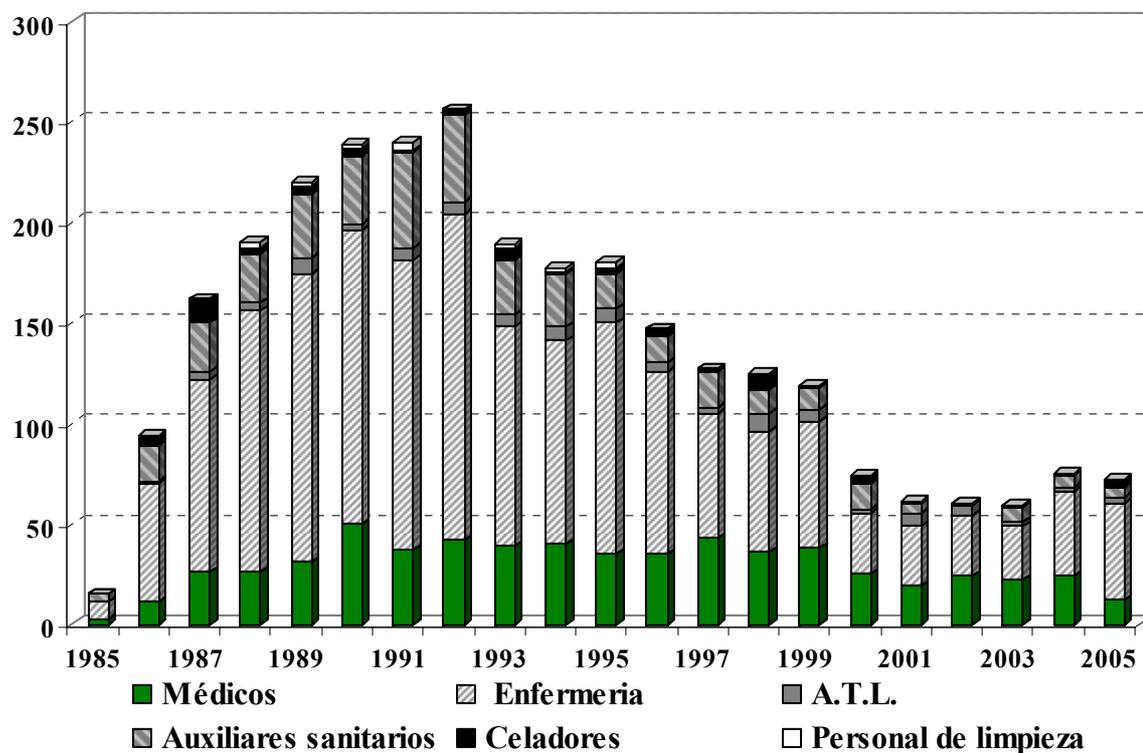


Gráfico IV.4
Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según tipo de accidente y categoría profesional.

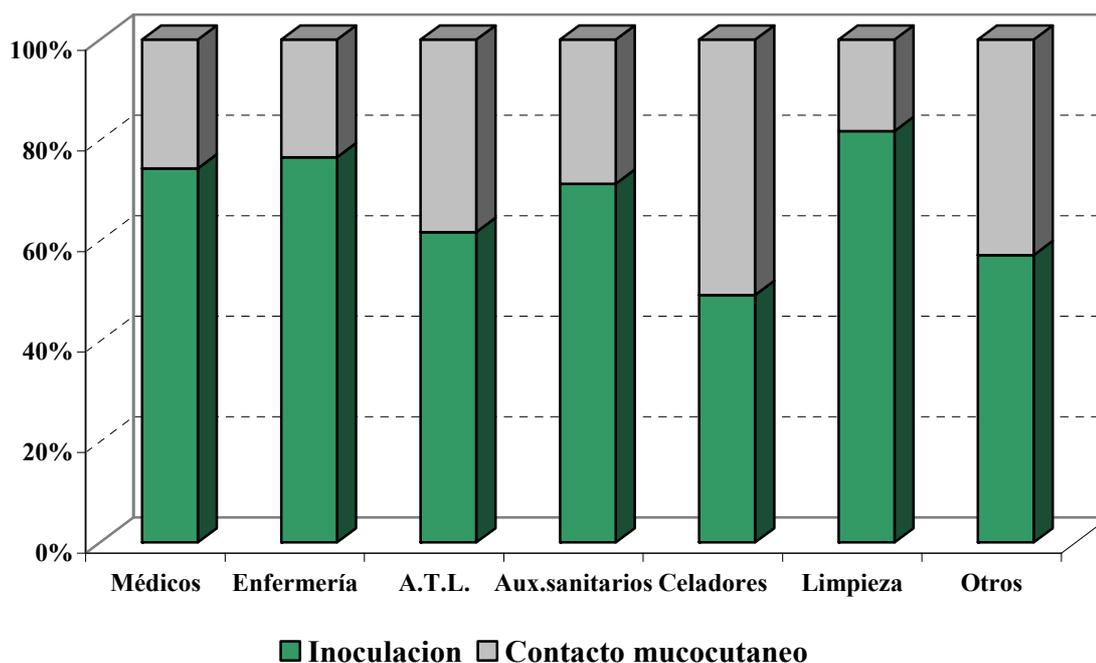
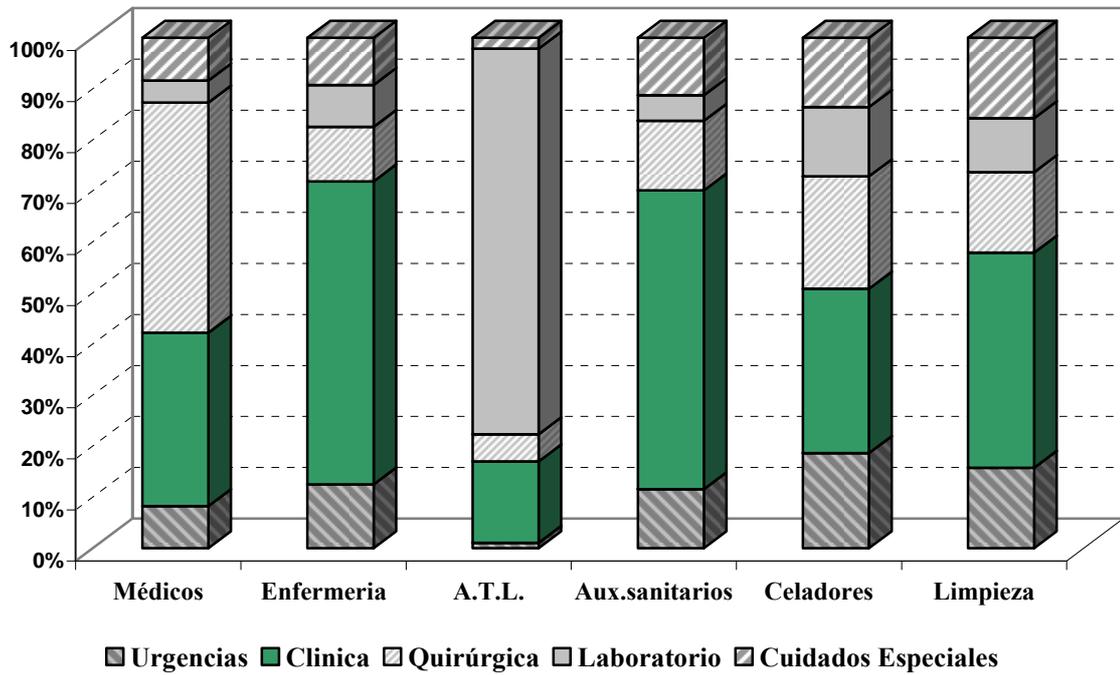


Gráfico IV.5
Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según área donde ocurrió el accidente y categoría profesional.



SISTEMA DE VIGILANCIA DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO RELACIONADOS CON LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN USUARIOS DE DROGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. CORTE TRANSVERSAL CORRESPONDIENTE AL AÑO 2004.

Elaborado por Dulce López-Gay, Emilia Condes, Concha Izarra, Carlos Cevallos, Ignacio Vera

INTRODUCCIÓN

El modo de consumo de drogas ilegales, así como su condición de marginalidad, provocó la aparición de formas de consumo sin las condiciones de higiene adecuadas: uso compartido de las jeringuillas, de las drogas una vez preparadas y de la parafernalia de la preparación. Estos modos de consumo facilitaron la transmisión de determinadas enfermedades: Hepatitis B y C, abscesos, endocarditis, y fue la causa más frecuente de expansión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en España durante los años 70 y 80, extendiéndose rápidamente esta infección en el colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), suponiendo el 66,6% de todos los casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) diagnosticados hasta el 31 de Diciembre de 2004 en nuestra comunidad (1-3).

Dentro de las diferentes estrategias llevadas a cabo desde la administración para la asistencia a toxicómanos y, en concreto a UDVP, se encuentran: centros ambulatorios de asistencia, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, centros que realizan programas de mantenimiento con metadona, ensayos clínicos con heroína, programas de mantenimiento con buprenorfina, y programas de reducción del daño encaminados a actuar sobre drogodependientes activos y cuya finalidad es minimizar los daños a nivel del estado de salud (transmisión de VIH, VHB, VHC, etc) asociados al consumo de drogas, pero que también realizan intervenciones de carácter social y psicológico (centros de emergencia social, unidades móviles, oficinas de farmacia, programas de intercambio de jeringuillas y salas de inyección segura o de venopunción). Aunque gracias a estos programas el número de nuevas infecciones por el VIH detectadas en UDVP ha disminuido en los últimos años, la tasa de prevalencia en este colectivo sigue siendo muy alta, por lo que pequeñas variaciones en los modos de consumo pueden provocar grandes aumentos en la incidencia de la infección (4-9).

El sistema de vigilancia implantado por la Comunidad de Madrid a partir de 1999 para conocer los comportamientos de riesgo entre los usuarios de drogas ilegales en consumo activo, es a través de un cuestionario anual que se pasa a aquellos usuarios localizados en su medio. Se dispone así de una serie temporal que permite analizar la evolución de la prevalencia de los diferentes consumos y los perfiles de consumidores y de esta forma buscar las estrategias adecuadas para reducir los problemas relacionados con ellos.

El objetivo de este estudio es describir el perfil sociodemográfico, de consumo de drogas, de utilización de recursos asistenciales así como la relación entre la forma de consumo de drogas y la infección por el VIH para poder estimar su prevalencia en este medio. También se analizarán las variaciones producidas en todas estas variables a lo largo de los años.

MÉTODOS

Durante el mes de Diciembre de 2004 se realizó un estudio transversal a través de un trabajo de campo en forma de encuesta en usuarios de drogas activos, similar a los años anteriores. Al no disponer de un marco muestral adecuado a partir del cual seleccionar los sujetos del estudio, se utilizaron diferentes estrategias de muestreo no aleatorias. Las zonas de muestreo se eligieron de acuerdo a las de mayor incidencia de consumidores de drogas diagnosticados de SIDA cubriendo toda la Comunidad de Madrid (desde Alcalá de Henares, hasta Móstoles). En Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz, se utilizaron muestreos en bola de nieve, y en el resto muestreos dirigidos en zonas de reunión de los consumidores (parques públicos, zonas de venta, paradas de las “cundas” que acuden a los hipermercados de las drogas y dispositivos de asistencia social). En el hipermercado de la droga se utilizó un procedimiento de muestreo secuencial (se eligió uno de cada diez toxicómanos que pasaban cerca del dispositivo) para evitar sesgos introducidos por los entrevistadores.

Se pidió consentimiento informado a todos los participantes antes de pasar la encuesta. Los criterios de inclusión eran: individuos mayores de 18 años que hubieran consumido en el último mes heroína, cocaína o mezcla de las dos drogas cualquiera que fuera la vía de consumo.

Las variables del estudio incluían aspectos sociodemográficos (sexo, edad, nacionalidad, situación de pareja, laboral, personal y estancias en prisión), aspectos relacionados con el consumo de drogas, prácticas de riesgo asociadas al VIH así como la utilización de servicios de atención a drogodependientes y de otros recursos sanitarios. El cuestionario fue similar en todos los años, incluyendo alguna variable adicional a lo largo de ellos. Se realizó un curso de formación a los entrevistadores para garantizar la homogeneidad en la recogida de la información. Se realizaron encuestas todos los días de la semana y con un horario flexible, y para fomentar la participación se ofreció una pequeña compensación económica o en especies.

Para conseguir una precisión del 0,06 en la estimación de la prevalencia, mediante un intervalo de confianza asintótico Normal del 95% bilateral, asumiendo que la prevalencia era del 45% fue necesario incluir al menos 267 individuos en el estudio. Para la estimación de los IC de las prevalencias y aunque no se trataba de muestreo aleatorio, se realizó bajo ese supuesto. En el análisis estadístico se utilizaron diferentes medidas de resumen: para las variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencia, en las variables cuantitativas medidas de tendencia central, media y desviación estándar cuando las variables presentaban una distribución normal y mediana y rango cuando presentaban sesgos importantes en su distribución. En el análisis bivariado se utilizó la prueba de chi cuadrado en variables cualitativas, y t-Student en variables cuantitativas con distribución normal o Wilcoxon o Mann-Whitney cuando la distribución no lo era. En el análisis multivariado se realizó regresión logística. Cuando las variables estaban en relación con el tiempo se realizó análisis de supervivencia de Kaplan Meier, con pruebas de contraste de Log Rank. El nivel de significación en todas las pruebas fue de $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 302 consumidores de drogas que respondieron correctamente al cuestionario, por lo que todos fueron incluidos para el análisis de datos.

En la tabla 1 podemos observar los aspectos sociodemográficos. El 82,8% de los encuestados son varones, con una mediana de edad de 37 años. La media de edad en los hombres era de 36,85 y en mujeres de 35,56 no presentando entre los 2 grupos diferencias estadísticamente significativas. El 7,6% (23) no son de origen español, de ellos 8 son de Europa del Este, 5 de Portugal y 4 de Marruecos.

El 43% de los encuestados no viven en un domicilio fijo; la calle (25,5%) y los recursos sociales (11,3%) son lugares de residencia frecuentes. El 60% no tienen pareja estable (definida ésta como relación con más de 6 meses de duración) y el nivel de estudios en el 77% de los casos no supera el graduado escolar. El 4,3% de los casos refiere estudios superiores.

Los parados son el grupo mayoritario (56%), manifiestan trabajo fijo o eventual el 28% y son jubilados o pensionistas el 11,6%. En cuanto a la situación económica, el trapicheo es la actividad más frecuente (34,4%), un 30,5% reconoce realizar algún trabajo remunerado, el 25,8% vive de prestaciones sociales y el 27,5% recibe dinero de actividades no regladas. Reconocen estancias en la cárcel casi la mitad de los encuestados con una mediana de 29 meses.

La tabla 2 nos muestra los datos de edad en relación a la historia de consumo. El 82,8% consumen mezcla de heroína y cocaína, el 79,8% heroína y el 95,7% consumen cocaína. La edad media de inicio de consumo es de 19,6 (desviación estándar de 5,4) y la de inicio de consumo intravenoso es de 20,8 años (desviación estándar de 6,2) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$). El consumo de mezcla tiene una media de edad ligeramente mayor que las otras dos (20,2 años frente a 18,3 y 18,6). En cuanto al inicio de consumo IV también son ligeramente mayores los que se inician consumiendo mezcla IV (20,9 frente a 19,6 y 20,4) de los que inician el consumo con heroína y cocaína IV.

Si analizamos ahora la utilización de la vía parenteral, también en la tabla 2 observamos que el 51% de los que habían consumido alguna vez mezcla de heroína y cocaína iniciaron el consumo de esta droga utilizando la vía IV, a lo largo del tiempo de consumo el porcentaje de los que utilizan esta vía aumenta hasta un 67%. En el caso de la heroína estos porcentajes son del 43% y 66% y en el de la cocaína del 36% y 57% respectivamente. No se encuentran diferencias significativas ($p>0,05$) entre los porcentajes de mezcla y de heroína sola.

En el gráfico 1 podemos observar el tiempo que transcurre desde el inicio del consumo de mezcla de heroína y cocaína y su uso por vía parenteral. La mediana de tiempo hasta el consumo de mezcla IV es de 0 años (el 51% comienzan el consumo de mezcla por esa vía). También podemos ver estas curvas de supervivencia estratificadas según el sexo, comprobando que no hay diferencias entre hombres y mujeres para un nivel de significación del 95%, siendo la mediana para hombres es de 0 años y para mujeres de 1 año (Log Rank 0,447).

En el gráfico 2 y 3 tenemos el mismo análisis pero para heroína y cocaína respectivamente. La mediana hasta el consumo de heroína IV es de 2 años (para hombres de 1 y para mujeres de 5 Log Rank 0,458) y de cocaína IV de 6 años (para hombres de 5 y para mujeres no puede calcularse ya que más del 50% no llegan a consumirla por esa vía, Log Rank 0,030) mostrando en este caso diferencias significativas.

En cuanto a la asociación entre el tipo de droga consumida alguna vez y el consumo de cualquier droga por vía intravenosa, vemos en la tabla 3 que consumir heroína y mezcla de heroína y cocaína está relacionado con el consumo intravenoso en algún momento, mientras que el consumo de cocaína y el consumo intravenoso son dos variables independientes. El consumo de mezcla aumenta el riesgo (OR) del consumo IV en 48,48 veces (IC 95% 14,6-160,9) y el consumo de heroína lo aumenta en $OR=11,54$ (IC95% 5,76-23,08). Estos coeficientes quedan ajustados en el análisis multivariante, ya que los encuestados pueden consumir cualquier tipo de droga, siendo para la mezcla de $OR=24,73$ (IC95% 6,77-90,32) y para heroína $OR=2,91$ (IC 95% 1,19-7,08).

La droga consumida en el último mes y la vía de administración utilizada podemos verla en el gráfico 4. Por vía intravenosa la mezcla de heroína y cocaína es la más utilizada. El 25,6% se han inyectado en el último mes, y los que no lo han hecho llevan una mediana de 78 meses sin hacerlo, con un rango entre 3 meses y 22 años en algún caso. La cocaína fue la droga más utilizada por vía inhalada o fumada. El 79,1% de los encuestados compró droga en los poblados y el 47% en el barrio. Otras drogas consumidas en el último mes predominantemente son alcohol y hachís, con un consumo diario de más de 30% en los dos casos. Las drogas menos consumidas son anfetaminas y éxtasis (gráfico 5).

Para comprobar la concordancia entre lo consumido en el último mes y en el último día recurrimos a los gráficos 6 y 7. Tanto media como mediana de las dosis diarias consumidas son superponibles en las diferentes drogas y su forma de consumo en los dos periodos de tiempo. En ambos periodos la droga más consumida por vía parenteral es la mezcla de heroína y cocaína (19% cuando se refieren al último mes y 15% al referirse al último día) y la más consumida esnifada o fumada es la cocaína sola (82% y 68% respectivamente).

Cuando analizamos el modo de consumo intravenoso, observamos que en el último mes 76 individuos (25,2%) han consumido por esa vía. El 98,7% de ellos, utilizan jeringas nuevas y las adquieren en diferentes sitios: en unidades móviles (74%), en la narcosala (49%) a vendedores (32%) y en las farmacias (18%) (gráfico 8).

El 36,8% reutilizan sus jeringas con una mediana de 2 veces antes de tirarlas y el 2,6% utilizan jeringas que recogen del suelo. El 11,8% (9 / 76) comparten jeringuillas, 3 utilizan jeringas ya utilizadas por otros, 3 pasan sus jeringas ya usadas a otros y 3 hacen ambas cosas.

De los que refieren no utilizar jeringuillas ya usadas por otros (70 / 76), el 10% comparten el material de preparación y cogen la dosis de una jeringuilla ya usada y el 43% solo comparten material de preparación (tabla 4).

Del total de consumidores por vía intravenosa en el último mes, el 38,2% (29 / 76) tienen prácticas seguras de inyección: no utilizan jeringuillas utilizadas por otros ni pasan las suyas ya usada, ni comparten el material de preparación de las dosis, ni cogen droga disuelta desde una jeringuilla ya usada ni la pasan con la suya (tabla 4). De los 47 restantes el 62% refieren “no tener” prácticas de riesgo por su forma de consumo.

De los 6 encuestados que utilizan jeringuillas ya usadas por otros, 3 lo hicieron en los poblados, 2 en la calle, 1 en su casa y 1 en casa de amigos. Recibieron las jeringuillas ya usadas, 5 de una persona y 1 de dos. Reconocen recibir la jeringuilla: 3 de la pareja habitual, 3 de amigos, 1 de un conocido y otro de un desconocido. De los que comparten, 3 de ellos nunca limpian la jeringa

antes de utilizarla, 1 la mitad de las veces y dos siempre lo hacen antes de reutilizarla. El método más frecuentemente utilizado para la limpieza es el agua corriente según 3 de ellos, y uno utiliza lejía. Además, 2 utilizan también jeringas encontradas en el suelo y el método para su limpieza es el agua corriente y todos ellos reutilizan sus propias jeringas con una frecuencia de 1-3 veces; de estos 6 hay 5 que dicen tener “poco riesgo” de infectarse por sus prácticas de consumo.

El 40% de los encuestados utilizan más de 120 jeringas al mes y el 34% menos de 30 jeringas al mes.

Actualmente están en programa de mantenimiento con metadona (PMM) un 37,3% de los encuestados, aunque un 57,3% ha estado en algún programa en los últimos 2 años. El gráfico 9 muestra los sistemas más utilizados en ese tiempo. El más frecuente es el programa de mantenimiento con metadona (73%), seguido del CAD, UAD, CAID (62%).

Las diferencias entre el grupo de encuestados en programa de mantenimiento con metadona (PMM) en el momento de la entrevista, del grupo que no se encuentran en el programa en este momento las vemos en la tabla 5. En cuanto a la edad de los que están en programa vemos que las frecuencias van aumentando con el aumento del tramo de edad, siendo el porcentaje mayor en los encuestados a partir de 35 años (presentando diferencias significativas entre los tramos de edad en los 2 grupos). La situación laboral también marca diferencias entre los dos grupos, siendo más frecuentes los parados en el grupo de metadona que los que no está en PMM (65,8% frente a 50%), mientras que fijos y eventuales tienen una mayor frecuencia entre los que no están en metadona (5 y 9% respectivamente, frente a 16,5 y 20%). Los que están en programa de metadona con mayor frecuencia han estado en algún momento en la cárcel (66,7%) frente a (39,3%). La droga de inicio para el grupo en programa de metadona suele ser con más frecuencia la mezcla de heroína y cocaína (60,5% frente a 36,7%), mientras que los individuos que inician su consumo con cocaína están con menor frecuencia en el grupo de metadona que los que no están en programa de mantenimiento de metadona (22,8% frente a 36,7%) presentando diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Se observa un mayor porcentaje de individuos que han llegado a consumir drogas intravenosas en el grupo de metadona, mostrando entre los dos grupos diferencias estadísticamente significativas. Consumen drogas IV en el momento de estar incluidos en PMM un 31,6% frente a un 21,3% de los que no están en programa ($p < 0,05$). El número medio de dosis consumidas en el último mes no se diferencia en los dos grupos cuando la vía es fumada o esnifada, pero el número de picos de heroína o cocaína en el grupo sin metadona es mayor ($p < 0,05$); el número de picos de mezcla en los dos grupos en el último mes no muestra diferencias. El último día los dos grupos han consumido mezcla y cocaína en porcentajes similares y en lo que varían es en el consumo de heroína siendo mucho menor en los de PMM. También muestran diferencias el uso de determinadas drogas concomitantemente, como hachís, “tranquis” y éxtasis. Referirse seropositivo también es una característica más frecuente entre los que están en metadona 51% frente al 26,5% de los que no lo están ($p < 0,05$).

Con respecto a la infección VIH, reconocen haberse realizado la prueba 249 encuestados (82,4%) y el 97,6% conocen el resultado. El 42,4% de los que saben el resultado de la prueba son positivos, por lo que la prevalencia de infección VIH autorreferida oscila entre 36,06% y 48,71% para un intervalo de confianza del 95%. En el gráfico 10 observamos que más del 50% de los que se realizaron una serología VIH lo hicieron en el año 2004, el 14,4% en el 2003 y el 8,8% en el 2002. Un 10% aproximadamente realizaron la serología antes del año 96.

En cuanto a las diferencias entre el grupo que se autodefine como VIH (+) y el que lo hace como VIH (-) (tabla 7) encontramos como variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) que los pacientes refieren problemas de salud con más frecuencia en el grupo VIH (+) y que acuden con más frecuencia al Centro de Salud. Cuando la pareja es estable, el uso de preservativo no se diferencia en los dos grupos, pero hay más parejas seropositivas en el grupo de VIH (+). Es mayor el porcentaje de VIH (+) que tienen parejas ocasionales, pero no hay diferencias en el uso de preservativo entre los dos grupos. Hay un mayor porcentaje de VIH (+) que han estado en la cárcel (74% vs 42%), aunque el tiempo en la cárcel no muestra diferencias significativas entre los dos grupos. En cuanto a las variables relacionadas con el consumo y las prácticas de riesgo VIH observamos que hay un mayor porcentaje de individuos que han consumido por vía IV en el grupo de VIH (+) autorreferidos (92% versus 58%). La edad de inicio de consumo de drogas y del consumo IV son menores en el grupo de individuos VIH (+), mostrando en todos ellos diferencias significativas. Compartir jeringas repartiendo a otros y recibiendo de otros son las variables que muestran diferencias entre los dos grupos, mientras que compartir material y drogas no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los que se autorrefieren VIH (+) y los VIH (-). Hay un mayor porcentaje de encuestados VIH (+) en programa de metadona (56% vs 36%).

En la regresión logística las variables relacionadas con ser seropositivo son los meses de consumo intravenoso, los meses de estancia en la cárcel y el tener pareja estable seropositiva (tabla 7).

COMPARACIÓN A LO LARGO DE LOS ÚLTIMOS AÑOS

Desde que se iniciaron estos estudios de prevalencia en el año 1999 se han ido viendo pequeñas modificaciones a lo largo de los años (tabla 8 y 9). El porcentaje de varones se ha mantenido alrededor del 80% en todos ellos, aunque la mediana de edad está presentando una ligera tendencia al alza (con diferencias estadísticamente significativas entre ellos).

La droga más consumida es la cocaína que a lo largo de estos años parece mantenerse estabilizada (no muestra diferencias significativas en todo el periodo $p = 0,605$). La heroína que se consumía más en los primeros años parece mostrar un descenso importante, mientras que el consumo de mezcla tuvo un pequeño repunte en el 2001 y 2002 pero ahora vuelve a sus porcentajes iniciales en torno al 80% como al principio del estudio (gráfico 11), mostrando diferencias significativas en todo el periodo.

En cuanto a la forma de consumo de estas drogas, la cocaína muestra un descenso importante en el último periodo consumida por vía parenteral, pasando de un 72% a un 57% (gráfico 12). Por su parte la mezcla por vía IV ha sufrido un ligero aumento desde los primeros años y la heroína muestra ligeras oscilaciones a lo largo de todo el periodo hasta mantenerse como al principio (mostrando diferencias entre los distintos años en estos dos tipos de droga).

En el mes previo a la encuesta las 3 drogas muestran una ligera tendencia a ir disminuyendo (predominantemente heroína y cocaína IV), mientras que la mezcla de las dos se mantiene en todo el periodo (gráfico 13). En términos generales el consumo intravenoso tiende a disminuir en los últimos años (mostrando diferencias significativas en todo el periodo, $p < 0,05$) y por otra parte las conductas de consumo libre de riesgo están aumentando encontrando un cruce entre las dos curvas en el último periodo del estudio (gráfico 14).

En lo que se refiere a las prevalencias de infección VIH autorreferidas, podemos decir que en la actualidad llegan al 42,4% en el año 2004, cuando en el año 1999 partíamos de unas prevalencias del 31,6% (gráfico 15), aunque no existen diferencias en todos estos años ($p=0,506$). En todo el periodo estas prevalencias son a expensas de los varones, sobre todo en el último año (gráfico 16).

En cuanto al uso en general de preservativo en todos los encuestados, observamos a lo largo de todos estos años que en la pareja estable existe un elevado porcentaje que nunca utilizan el preservativo (en torno al 50%) y un bajo porcentaje que lo utilizan siempre (entre el 20 y el 30%). La decisión del uso de preservativo en la pareja estable no muestra diferencias a lo largo del periodo estudiado ($p=0,062$). En lo que se refiere a las parejas ocasionales hasta un 20% no utilizan preservativo nunca, aunque este porcentaje ha disminuido ligeramente en el último año y el porcentaje de utilizar el preservativo siempre no supera el 70% (gráfico 17).

DISCUSIÓN

Para intentar prevenir la infección por el VIH en el colectivo de UDVP se utilizan diferentes estrategias: reducción del uso de drogas intravenosas, reducción del riesgo de estas prácticas, creación de campañas de prevención de transmisión sexual (sexo seguro disminuyendo el número de parejas o protección durante la relación) y por último obteniendo la oportunidad de dar educación sobre la infección por el VIH y cuidados médicos a estos individuos. A pesar de todo ello y aunque las nuevas infecciones por VIH han disminuido en este colectivo, la tasa de prevalencia sigue siendo alta.

Para poder llegar al grupo de consumidores activos y poder estudiar su seroprevalencia se recurrió a un cuestionario pasado en una media de 15 minutos a individuos mayores de 18 años que frecuentaban las zonas de consumo y que habían consumido drogas en el último mes. Todos aquellos a los que se les propuso realizar la encuesta participaron, probablemente por la pequeña compensación económica que recibían y aunque este hecho pueda suponer un sesgo hacia los individuos más marginados, hizo que ninguno rechazara la participación. La muestra representaba la población de estudio ya que se pretendía llegar directamente a la población de usuarios de drogas actualmente activos, y aunque no dispongamos de una adecuada aleatorización, partíamos de aquellos que se acercaban a los hipermercados de la droga y de esta forma poder inferir a una población verdaderamente activa. Por otra parte, realizar la encuesta todos los días de la semana, sin limitaciones y a cualquier hora favorecería la representatividad de la muestra y con ello la extrapolación de los datos. El gráfico de consumo de drogas en el último mes y en el último día nos permite ver la concordancia de los datos y así reducir el sesgo de memoria que pudiera existir.

El alto grado de marginalidad es una de las características más llamativa de la muestra encuestada. Las 2/3 partes son mayores de 35 años, 1/3 no tienen una casa donde vivir, teniendo que recurrir a la calle o a recursos sociales. El nivel de estudios en más del 75% de los encuestados no supera el graduado escolar/EGB. Más de la mitad de los individuos son parados y la forma más frecuente de conseguir dinero es a través del trapicheo, venta de cosas robadas y una cuarta parte vive de lo que consigue de prestaciones sociales. Además, casi el 50% de los encuestados ha estado en algún momento en la cárcel.

Aunque la droga más consumida es la cocaína, la edad de inicio de consumo menor sigue siendo para la heroína, tanto esnifada como pinchada. En los últimos años se ha producido un descenso en el consumo de heroína, probablemente gracias a los programas de sustitución de heroína por opiáceos orales. En cuanto a la forma de consumo el descenso de consumo intravenoso se ha producido con la cocaína, ya que, aunque no existen programas de sustitución, probablemente se

han modificado los hábitos de consumo para mejorar los sistemas de transmisión de VIH. La droga que se asocia más al consumo intravenoso es la heroína y la mezcla de heroína y cocaína, coincidiendo su inicio de consumo por vía intravenosa con más frecuencia cuando se consume mezclada.

Actualmente de los 76 individuos encuestados que consumen por vía intravenosa en el último mes, 47 (62%) no lo hacen de forma segura, ya que aunque la mayoría no comparten jeringuillas, si comparten droga preparada por otros o material para su preparación. No está bien estudiado el riesgo de transmisión de VIH por compartir estos materiales y aunque a partir de 2000 se incorporaron depósitos estériles para la preparación de las drogas, todavía se sigue preparando de forma no higiénica. Las prácticas de coger droga disuelta de una jeringa usada o coger droga de recipientes donde otros habían metido jeringas usadas, al igual que en otros países, están bastante extendidas entre este colectivo y actualmente su prevalencia es mayor que la de inyectarse con jeringas ajenas. Estas conductas pueden desempeñar un papel relevante en la transmisión de determinadas infecciones (VIH, VHC, VHB) entre los inyectores (10-12). La amplia oferta de jeringas estériles gratuitas y la simplicidad de los mensajes preventivos “una jeringa una dosis”, han contribuido al rechazo a compartir jeringas (13), pero no otros materiales de inyección. El proceso de uso compartido de material de inyección es a veces complejo y tiene que ver con la forma de comprar y repartir la droga. Es frecuente que la compra se haga en común y se disuelva luego en una sola jeringa usada. Para que se produzca un abandono de este tipo de conductas es importante que los mensajes sean explícitos y adaptados a la realidad de las prácticas de inyección. Conseguir jeringas nuevas en las zonas de hipermercados de la droga parece lo más cómodo para los consumidores, ya que lo hacen con más frecuencia en los coches de intercambio (74,6%). Una de las dudas que nos asalta es si el número de jeringas que se ofertan en los programas es suficiente dado el alto porcentaje de individuos que reutilizan sus propias jeringuillas (casi un 40%) y el número de veces que utilizan éstas antes de tirarlas.

El 38% está actualmente en programa de mantenimiento con metadona. En su mayoría son individuos que han consumido por vía intravenosa en algún momento y que se iniciaron con más frecuencia en la droga con el consumo de mezcla. El consumo que actualmente diferencia al grupo de metadona de los que no están incluidos en el programa es la cantidad de droga pinchada (heroína y cocaína mayor en el grupo que no toma metadona), no mostrando diferencias en cuanto a ninguna de las drogas fumada o esnifada. La reducción del uso de drogas intravenosas ocurre de forma temprana al inicio del tratamiento con metadona. Brooner describe en 1998 el uso de drogas intravenosas con una media de 24,08 días en los 30 días previos a la admisión en el PMM y un mes después de iniciado el programa encuentra una media de 13,70 días de consumo intravenoso. También describe una reducción en el uso de jeringas compartidas que pasa de 4,63 días de media el mes previo al programa a 1,93 días después de un mes en PMM (14). Se ha conseguido crear programa de baja exigencia que permiten disminuir la cantidad de droga consumida por vía intravenosa (en el último día hay un menor porcentaje de consumo de heroína en los encuestados en metadona, aunque siguen consumiendo IV mezcla y cocaína), no obstante sigue existiendo un mayor porcentaje de individuos que consumen por esta vía en el grupo de metadona. La introducción de metadona como tratamiento de drogodependencia a opiáceos ha supuesto un gran avance en la prevención de la infección VIH. De los 33 estudios revisados por Sorensen y Copeland, 28 incluían los PMM como método de prevención de esta infección (15). Encontrar un mayor porcentaje de individuos VIH en este grupo no contradice lo anterior, ya que al entrar en estos programas se les realiza estudios serológicos. Ya en 1987 Tidone refiere una mayor incidencia de infección VIH en los PMM (8/13 frente a 13/61 $p < 0,01$) sugiriendo que el tratamiento con metadona puede prevenir la transmisión por VIH (16).

Estar infectado por el VIH está directamente relacionado con la estancia en prisión y son variables que predicen la infección por VIH los meses de consumo intravenoso y los meses de

estancia en la cárcel (a mayor tiempo, mayor es el riesgo de infectarse en los dos casos). Además, parece importante resaltar que por cada mes de consumo intravenoso el riesgo de contagio de VIH es el mismo que por cada mes de estancia en la cárcel. Para disminuir el riesgo de infección VIH en el medio penitenciario es necesario seguir fomentando los programas de asistencia a toxicómanos en estos centros(17). Para estimar la prevalencia de infección VIH en este colectivo nos hemos tenido que basar en el conocimiento de los resultados de la serología por parte de los sujetos, por tanto es posible que haya una subestimación de la misma, tanto por desconocimiento, como por la ocultación de la seropositividad; sin embargo otros estudios han demostrado una aceptable validez de la autonotificación del estado serológico (18). Se ha encontrado un elevado porcentaje de individuos que se realizaron la prueba en el último año. Esto no quiere decir que el que se lo realizó en el 2004, no tuviera otra serología previa.

La edad de inicio de consumo intravenoso parece una de las variables destacadas en predecir la infección VIH (19) y ello está relacionado con las mayores posibilidades de realizar conductas de riesgo cuanto mayor es el tiempo de permanencia en la subcultura de la droga tal como han demostrado otros estudios (20-23). A parte de la vía de administración de sustancias tóxicas hay que tener en cuenta que en el colectivo de UDVP las relaciones sexuales son una moneda de cambio habitual a la hora de financiarse la adicción. En este sentido no sólo hay que pensar en la prostitución, sino en las dificultades de planificar un sexo seguro tanto bajo los efectos de estas sustancias, como en situaciones de síndrome de abstinencia (2,24). En este estudio, de los individuos que se reconocen VIH (+) refieren no utilizar el preservativo de forma habitual con parejas ocasionales el 21,4%, mientras que un 16,7% afirman repartir jeringas suyas a otros y un 20% las adquieren de otros. Parece que no existe una gran concienciación de los riesgos de transmisión del VIH tanto por vía sexual como parenteral.

En cuanto al uso de preservativo en la muestra de seropositivos, en lo que se refiere a la pareja estable, el 71,4% no siempre utilizan preservativo. Parece importante concienciar a esta población en la importancia del uso del condón no solo con las parejas ocasionales, sino también con su pareja habitual. De los 17 encuestados seropositivos que tienen pareja también seropositiva, 11 (65%) nunca utilizan preservativo y un 21% de los que tienen pareja seronegativa nunca los utilizan. Por tanto la información sobre la transmisión sexual del VIH y el uso de preservativo es un tema a incorporar en los programas de prevención orientados a usuarios de drogas (25), teniendo en cuenta que tener pareja estable seropositiva aumenta el riesgo de infección VIH en 2,81 veces a no tenerla.

Si comparamos la seroprevalencia VIH autorreferida en los últimos años observamos un aumento, que no significa necesariamente un aumento del número de infectados VIH ya que las pruebas se han realizado con más frecuencia en el último año, esto parece indicar una mejora en las campañas dirigidas a la realización de la prueba entre los usuarios.

En conclusión parece que la heroína es la droga con la que se inicia su consumo en edades más tempranas. El consumo intravenoso se produce sobre todo a expensas de heroína y mezcla y sin estar exento completamente de riesgo para el VIH, aunque se va produciendo un descenso en los últimos años gracias no sólo a los programas de metadona, sino también por intercambio de jeringuillas y de material estéril para la preparación. Se ha observado una elevación de la prevalencia del VIH, sobre todo en los últimos años, pero probablemente por las campañas dirigidas a la realización de la prueba. El tiempo de consumo intravenoso y el tiempo de estancia en la cárcel son factores pronósticos para la infección VIH. Sería necesaria la utilización de preservativo no sólo con las parejas ocasionales, sino también en las relaciones con la pareja estable, por lo que habría que ser más explícito en los programas de prevención orientados a usuarios de drogas con respecto a la transmisión sexual.

TABLA 1.
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS EN LA
COMUNIDAD DE MADRID.
DICIEMBRE 2004

| | N=302 (%) |
|--|--------------------|
| GÉNERO | |
| Masculino | 250 (82,8%) |
| Femenino | 50 (16,6%) |
| EDAD | |
| 19-24 | 13 (4,3%) |
| 25-29 | 39 (12,9%) |
| 30-34 | 55 (18,2%) |
| 35-39 | 88 (29,1%) |
| 40-44 | 78 (25,8%) |
| Más de 44 | 29 (9,6%) |
| NACIONALIDAD | |
| Española | 279 (92,4%) |
| Otras | 23 (7,6%) |
| DONDE HAN VIVIDO DURANTE EL ÚLTIMO MES | |
| En la calle | 77 (25,5%) |
| En casa (domicilio fijo) | 172 (57,0%) |
| En casa (sin domicilio fijo) | 90 (29,8%) |
| Recursos sociales | 34 (11,3%) |
| En la cárcel | 1 (0,3%) |
| SITUACIÓN DE PAREJA | |
| Viven solos | 141 (46,7%) |
| Estable con convivencia | 75 (24,8%) |
| Estable sin convivencia | 47 (15,6%) |
| Viudedad | 2 (0,7%) |
| Separado | 31 (10,3%) |
| Otras | 3 (1,0%) |
| No consta | 3 (1,0%) |
| NIVEL DE ESTUDIOS | |
| Ninguno | 78 (25,8%) |
| Graduado escolar/EGB | 155 (51,3%) |
| Formación profesional | 21 (7,0%) |
| Grado Medio | 35 (11,6%) |
| Grado Superior | 13 (4,3%) |
| SITUACIÓN LABORAL EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO | |
| Trabajo fijo | 37 (12,3%) |
| Trabajo eventual | 47 (15,6%) |
| Parado | 169 (56,0%) |
| Jubilado/Pensionista | 35 (11,6%) |
| No consta | 14 (4,6%) |
| CÓMO OBTIENE HABITUALMENTE EL DINERO | |
| Trabajo remunerado | 92 (30,5%) |
| Prestaciones sociales | 78 (25,8%) |
| Actividades no regladas | 83 (27,5%) |
| Trapicheo | 104 (34,4%) |
| De compañero/a, familiares | 82 (27,2%) |
| Sexo por dinero (prostitución) | 7 (2,3%) |
| Venta de cosas robadas | 39 (12,9%) |
| HA ESTADO ALGUNA VEZ EN LA CÁRCEL | 150 (49,7%) |

TABLA 2.
HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS EN LA
COMUNIDAD DE MADRID.
DICIEMBRE 2004.

| | | HEROÍNA+COCAÍNA | HEROÍNA | COCAÍNA |
|--|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Número de consumidores | | 250 | 241 | 289 |
| % consumidores | | 82,8% | 79,8% | 95,7% |
| HISTORIA DE CONSUMO | | | | |
| Edad al inicio del consumo | Mediana | 19 | 18 | 18 |
| | Media (IC 95%) | 20,20 (19,24-21,15) | 18,35 (17,57-19,13) | 18,63 (17,94-19,33) |
| Nº de estos consumidores que han utilizado alguna vez la vía parenteral | | 168 (67,2%) | 160 (66,4%) | 165 (57,1%) |
| Nº de consumidores que coinciden el inicio de consumo de esa droga y la vía IV | | 127 (50,8%) | 103 (42,7%) | 104 (36,0%) |
| Edad al inicio del consumo por vía parenteral | Mediana | 19 | 18 | 19 |
| | Media (IC 95%) | 20,86 (19,78-21,93) | 19,58 (18,61-20,55) | 20,38 (19,41-21,34) |

TABLA 3.
ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO INTRAVENOSO DE CUALQUIER DROGA Y EL TIPO
DE DROGA CONSUMIDA ALGUNA VEZ.
DICIEMBRE 2004.

| TIPO DROGA | CONSUMO IV de cualquier droga | OR (CONSUMO IV) | OR ajustado (CONSUMO IV) | p-valor |
|-------------------|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------------|
| Heroína+cocaína | 74,8% | 48,48 (14,60-160,99) | 24,73 (6,77-90,32) | 0,000 |
| Heroína | 73,8% | 11,54 (5,76-23,08) | 2,91 (1,19-7,08) | 0,019 |
| Cocaína | 62,2% | - | - | 0,294 |

TABLA 4.
COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO DE ADQUIRIR LA INFECCIÓN
POR EL VIH. DICIEMBRE 2004.

| | | Comparte material de preparación de la dosis y coge droga disuelta de jeringa ya usada | Comparte material de preparación de la dosis pero no coge droga disuelta de jeringa ya usada | No comparte material de preparación de la dosis pero si coge droga disuelta de jeringa ya usada | No comparte material de preparación de la dosis ni coge droga disuelta de jeringa ya usada | Total |
|--------------------------------------|----|--|--|---|--|-------|
| Utiliza jeringas ya usadas por otros | Si | 3 | 0 | 1 | 2 | 6 |
| | No | 7 | 30 | 0 | 33 ⁽¹⁾ | 70 |
| Total | | 10 | 30 | 1 | 35 | 76 |

⁽¹⁾ 2 de ellos pasan su jeringa ya usada a otros y 2 pasan droga desde su jeringa ya usada a otros.

TABLA 5.
DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE CONSUMO ENTRE ENCUESTADOS EN
PROGRAMA DE METADONA Y LOS QUE NO LO ESTÁN. DICIEMBRE 2004.

| | | Metadona=114 | No Metadona=188 | p-valor | |
|---|----------------------|--------------|-----------------|---------|--------|
| Género | Hombre | 87,7% | 79,7% | 0,152 | |
| Edad | 19-24 | 4,3% | 4,3% | 0,000* | |
| | 25-29 | 2,6% | 19,0% | | |
| | 30-34 | 13,0% | 21,0% | | |
| | 35-39 | 39,0% | 23,0% | | |
| | 40-44 | 27,2% | 25,0% | | |
| | >44 | 14,0% | 7,0% | | |
| Situación laboral | Fijo | 5,3% | 16,5% | 0,000* | |
| | Eventual | 8,8% | 19,7% | | |
| | Parado | 65,8% | 50,0% | | |
| | Jubilado/pensionista | 14,9% | 9,6% | | |
| | No consta | 5,2% | 4,2% | | |
| Cárcel | Si | 66,7% | 39,3% | 0,000* | |
| Droga inicio | Mezcla | 60,5% | 36,7% | 0,000* | |
| | Heroína | 16,6% | 18,6% | | |
| | Cocaína | 22,8% | 36,7% | | |
| Droga IV en algún momento | Si | 86% | 49% | 0,000* | |
| Droga IV en el último mes | Si | 31,6% | 21,3% | 0,046* | |
| Consumo en el último mes: tipo de droga y nº medio de dosis/día | Mezcla | rayas/chinos | 3,87 | 4,02 | 0,845 |
| | | picos | 4,61 | 6,71 | 0,132 |
| | Heroína | rayas/chinos | 2,79 | 3,26 | 0,366 |
| | | picos | 1,90 | 4 | 0,028* |
| | Cocaína | rayas/chinos | 4,70 | 6,21 | 0,353 |
| | | picos | 3,33 | 5,13 | 0,036* |
| Droga en el último día | Mezcla | 50,9% | 46,8% | 0,493 | |
| | Heroína | 6,1% | 28,2% | 0,000* | |
| | Cocaína | 76,3% | 69,7% | 0,212 | |
| Otras drogas actualmente | Alcohol | 62,3% | 61,7% | 0,920 | |
| | Hachís | 58,7% | 70,7% | 0,033* | |
| | “Tranquis” | 53,5% | 32,4% | 0,000* | |
| | Extasis | 0,9% | 9,6% | 0,003* | |
| | Anfetas | 0,0% | 1,2% | 0,270 | |
| VIH+ autorreferido | Positivo | 50,8% | 23,9% | 0,002* | |

*p <0,05 diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 6.
COMPARACIONES EN ESTADO DE SALUD Y PRACTICAS DE RIESGO ENTRE
ENCUESTADOS VIH (+) Y VIH (-).
DICIEMBRE 2004.

| | | VIH (+)=103 | VIH (-)=140 | p-valor |
|--|--|-------------|--------------------|---------|
| UTILIZACIÓN DE RECURSOS EN LOS 6 MESES PREVIOS A LA ENTREVISTA | | | | |
| Han tenido problemas salud | | 49,5% | 31,4% | 0,004* |
| ¿Dónde ha acudido por sus problemas de salud? | Centro salud | 42,7% | 25,7% | 0,005* |
| | Médico del CAD, CAID | 39,8% | 28,6% | 0,066 |
| | Centro de salud mental | 3,9% | 4,3% | 0,876 |
| PRACTICAS DE RIESGO EN RELACIONES SEXUALES en los 6 meses previos | | | | |
| Pareja estable | | | | |
| Tienen pareja estable | | 41,7% | 52,9% | 0,087 |
| Uso del condón | Nunca | 38,1% | 59,5% | 0,083 |
| | Siempre | 28,6% | 20,3% | |
| Conoce tu pareja tu situación VIH? | Si | 95,3% | 86,5 | 0,247 |
| | No | 4,7% | 9,5% | |
| | NS/NC | 0,0% | 4,1% | |
| Pareja es seropositiva? | Si | 39,5% | 13,5% ^o | 0,006* |
| | NS/NC | 4,7% | 6,8% | |
| Tu pareja se inyecta drogas? | | 51,2% | 34,2% | 0,073 |
| Pareja ocasional | | | | |
| Ha tenido pareja/s ocasional/es? | | 44,7% | 22,4% | 0,000* |
| Uso del condón | Nunca | 7,1% | 17,9% | 0,295 |
| | Siempre | 78,6% | 64,3% | |
| Se inyecta droga alguna de sus parejas ocasionales? | Si | 52,4% | 82,2% | 0,078 |
| | NS/NC | 40,5% | 7,1% | |
| Riesgo percibido por sus prácticas sexuales: Ninguno | | 64,1% | 69,3% | 0,696 |
| ESTANCIA EN CÁRCEL | | | | |
| Estancia en la cárcel | | 73,8% | 42,1% | 0,000* |
| Total meses en prisión (media) | | 60,24 | 44,48 | 0,135 |
| PRACTICAS DE RIESGO RELACIONADAS CON EL CONSUMO | | | | |
| Consumo IV en algún momento | | 92,2% | 57,8% | 0,000* |
| Edad inicio consumo (media) | | 18,13 | 20,54 | 0,000* |
| Edad inicio consumo IV (media) | | 19,02 | 22,62 | 0,000* |
| De los que consumen en el último mes | Nº que consumen el último mes | 29,1% | 28,6% | 0,925 |
| | Reutilizan su propia jeringa | 50,0% | 27,5% | 0,054 |
| | Cogen jeringas del suelo | 6,7% | 0,0% | 0,124 |
| | Utilizan jeringa usada por otro | 20,0% | 0,0% | 0,003* |
| | Pasan su jeringa ya usada | 16,7% | 2,5% | 0,036* |
| | Comparten material de preparación de dosis | 53,3% | 47,5% | 0,629 |
| | Cogen droga de jeringa ya usada | 20,0% | 7,5% | 0,122 |
| | Reparten droga de su jeringa usada | 20,0% | 10,0% | 0,237 |
| En Metadona cuando se hace la entrevista | | 56,3% | 36,4% | 0,002* |

*p <0,05 diferencias estadísticamente significativas

TABLA 7.
FACTORES RELACIONADOS CON LA INFECCIÓN VIH AUTORREFERIDA
DICIEMBRE 2004

| | OR | OR AJUSTADO | IC 95% | P valor |
|-----------------------------------|-------|-------------|---------------|---------|
| Meses de consumo intravenoso | 1,010 | 1,010 | (1,007-1,013) | 0,000 |
| Meses de estancia en cárcel | 1,010 | 1,008 | (1,002-1,013) | 0,009 |
| Tener pareja estable seropositiva | 2,570 | 2,807 | (1,101-7,155) | 0,031 |

TABLA 8.
COMPARACIÓN EN LOS DIFERENTES AÑOS
DE LA HISTORIA DE CONSUMO Y EL REALIZADO EN EL ÚLTIMO MES.

| | | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2004 | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Tamaño muestral | | 395 | 539 | 310 | 300 | 302 | |
| Sexo: Hombres | | 79,2% | 78,8% | 81,0% | 77,7% | 82,8% | |
| Edad en la entrevista: mediana | | 32 | 33 | 33 | 36 | 37 | |
| media | | 32,7 | 33,3 | 33,8 | 35,7 | 36,6 | |
| desviación estándar (DS) | | 6,2 | 6,1 | 5,5 | 5,9 | 6,9 | |
| HISTORIA DE CONSUMO | Cocaína+heroína | % usuarios mezcla | 84,1% | 86,1% | 91,9% | 91,7% | 82,8% |
| | | % usuarios mezcla parenteral | 61,7% | 60,5% | 69,7% | 70,3% | 67,2% |
| | | Edad inicio: mediana | 22 | 19 | 18 | 18 | 19 |
| | Media | 23,6 | 20,7 | 20,0 | 19,6 | 20,2 | |
| | DS | 7,3 | 6,5 | 5,9 | 6,1 | 5,6 | |
| | Heroína | Edad inicio IV: mediana | 22 | 20 | 19 | 20 | 19 |
| | | media | 23,6 | 22,5 | 21,3 | 21,7 | 20,9 |
| | | DS | 7,3 | 8,3 | 6,5 | 7,3 | 6,3 |
| | Cocaína | % usuarios heroína | 98,5% | 93,1% | 96,8% | 94,0% | 79,8% |
| | | % usuarios heroína parenteral | 67,9% | 62,5% | 68,4% | 72,0% | 66,4% |
| | | Edad inicio: mediana | 18 | 17 | 17 | 17 | 18 |
| | media | 19,9 | 18,6 | 17,6 | 18,2 | 18,3 | |
| | DS | 6,04 | 5,3 | 4,5 | 5,2 | 4,5 | |
| | Cocaína | Edad inicio IV: mediana | 20 | 19 | 18 | 18,5 | 18 |
| | | media | 21,2 | 20,8 | 19,7 | 20,2 | 19,6 |
| DS | | 6,8 | 6,9 | 6,0 | 6,8 | 5,6 | |
| Cocaína | % usuarios cocaína | 96,7% | 96,5% | 96,8% | 97,7% | 95,7% | |
| | % usuarios cocaína parenteral | 69,3% | 64,9% | 71,6% | 72,3% | 57,1% | |
| | Edad inicio: mediana | 18 | 18 | 17 | 17 | 18 | |
| media | 20,8 | 19,4 | 18,1 | 18,5 | 18,6 | | |
| DS | 6,1 | 5,6 | 4,5 | 4,9 | 4,9 | | |
| Cocaína | Edad inicio IV: mediana | 21 | 20 | 19 | 19 | 19 | |
| | media | 22,4 | 21,8 | 20,4 | 21,0 | 20,4 | |
| | DS | 6,7 | 6,8 | 6,0 | 6,8 | 5,6 | |
| CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES | Cocaína + heroína | % respecto a los que han consumido alguna vez mezcla | 68,6% | 73,3% | 70,0% | 62,5% | 68,0% |
| | | % que consumen esnifada respecto a los que han consumido alguna vez mezcla | 25,7% | 59,0% | 46,8% | 43,3% | 58,4% |
| | | % que consumen IV respecto a los que han consumido alguna vez mezcla | 38,2% | 39,5% | 39,7% | 31,3% | 23,2% |
| | Heroína | Nº picos/día: mediana | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| | | media | 5,1 | 4,1 | 5,9 | 5,9 | 5,9 |
| | | DS | 4,6 | 3,4 | 5,9 | 6,0 | 5,8 |
| | Cocaína | % respecto a los que han consumido alguna vez heroína | 86,1% | 72,7% | 78,7% | 51,1% | 46,1% |
| | | % que consumen esnifada respecto a los que han consumido alguna vez heroína | 63,3% | 69% | 64,8% | 41,1% | 42,3% |
| | | % que consumen IV respecto a los que han consumido alguna vez heroína | 35,7% | 22,9% | 26,1% | 18,4% | 11,2% |
| | Cocaína | Nº picos/día: mediana | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | media | 5 | 2,5 | 2,8 | 3,6 | 3,2 |
| | | DS | 4,9 | 1,9 | 2,3 | 4,0 | 3,9 |
| | Cocaína | % respecto a los que han consumido alguna vez cocaína | 86,1% | 82,9% | 77,4% | 75,8% | 93,1% |
| | | % que consumen esnifada respecto a los que han consumido alguna vez cocaína | 51,6% | 65,1% | 58,7% | 64,8% | 86,2% |
| | | % que consumen IV respecto a los que han consumido alguna vez cocaína | 49,6% | 41,8% | 36,8% | 34,1% | 18,7% |
| Cocaína | Nº picos/día: mediana | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | |
| | media | 5 | 3,4 | 4,8 | 3,9 | 4,1 | |
| | DS | 4,7 | 2,9 | 6 | 3,7 | 3,9 | |

* Datos de 2003 no disponibles

TABLA 9.
COMPARACIÓN EN LOS DIFERENTES AÑOS
DE LAS PRÁCTICAS DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN VIH.
FORMAS DE CONSUMO ENTRE LOS QUE SE INYECTAN EN EL ÚLTIMO MES.

| Año | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2004 | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|-------|
| Número de entrevistados | 395 | 539 | 310 | 300 | 302 | |
| Número de entrevistados que se inyectaban el último mes (% respecto al total de entrevistados) | 220 (55,7%) | 238 (44,1%) | 142 (45,8%) | 124 (41,3%) | 76 (23,2%) | |
| Conducta de consumo libres de riesgos (ni utilizan ni pasan material usado, ni reutilizan jeringas ni las cogen del suelo) | 26,4% | 23,1% | 11,3% | 29,0% | 38,2% | |
| Utilizan jeringas nuevas | 99,5% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 98,7% | |
| Obtienen jeringas nuevas: | | | | | | |
| en farmacias | 14,5% | 19,7% | 31,7% | 29,8% | 18,4% | |
| de vendedores | 20,5% | 41,2% | 52,8% | 34,7% | 31,6% | |
| en dispositivos móviles | 53,6% | 81,9% | 80,3% | 71,8% | 73,7% | |
| centro fijo en el poblado | 90,0% | --- | 51,4% | 37,1% | 48,7% | |
| Reutilizas tu propia jeringa | 27,3% | 39,5% | 58,5% | 43,5% | 36,8% | |
| Nº de veces que se utiliza una jeringa antes de desecharla : mediana | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| Utilizan jeringas del suelo | 0,9% | 2,1% | 5,6% | 3,2% | 2,6% | |
| Utilizan jeringas usadas antes por otro | 6,8% | 5,9% | 9,2% | 8,1% | 7,9% | |
| Pasan sus jeringas ya usadas a otros | 10,0% | 6,3% | 6,3% | 5,6% | 7,9% | |
| Comparten el material con el que preparan la dosis | 57,5% | 60,1% | 67,6% | 55,7% | 52,6% | |
| Cogen droga disuelta de una jeringa ya usada | 5,5% | 12,2% | 10,6% | 7,3% | 14,5% | |
| Pasan droga disuelta desde su jeringa ya usada | 10,5% | 10,1% | 9,9% | 8,9% | 14,5% | |
| Nº de jeringas que utilizan al mes: | | | | | | |
| <30 | 19,0% | 38,2% | 20,4% | 41,1% | 34,2% | |
| 30-120 | 25,5% | 28,2% | 32,4% | 24,2% | 25,0% | |
| 120 y mas | 55,5% | 33,2% | 47,2% | 33,9% | 40,0% | |
| UTILIZACIÓN DEL CONDÓN | | | | | | |
| Con la pareja estable | Siempre | --- | 29,8% | 23,3% | 25,7% | 19,2% |
| | Nunca | --- | 52,3% | 51,9% | 51,4% | 51,4% |
| Con parejas ocasionales | Siempre | --- | 71,0% | 60,3% | 66,3% | 64,2% |
| | Nunca | --- | 14,8% | 21,6% | 21,4% | 11,7% |
| SITUACIÓN RESPECTO A LA INFECCIÓN VIH | | | | | | |
| Se han hecho la prueba del VIH | 85,1% | 86,5% | 92,9% | 94,3% | 82,5% | |
| Prevalencia VIH+ autorreferida | 31,6% | 35,4% | 38,8% | 38,5% | 42,4% | |
| Prevalencia VIH+ en saliva | 34,8% | --- | 46,7% | 44,7% | --- | |
| En programa de metadona | 15,1% | 34,3% | 26,1% | 48,7% | 37,7% | |
| Están en tratamiento médico (de los que se afirman VIH+) | --- | 35,8% | 43,1% | 56,9% | 61,2% | |
| * Datos de 2003 no disponibles | | | | | | |

GRÁFICO 1: TIEMPO HASTA EL CONSUMO INTRAVENOSO DE MEZCLA.
(Log Rank= 0,447).

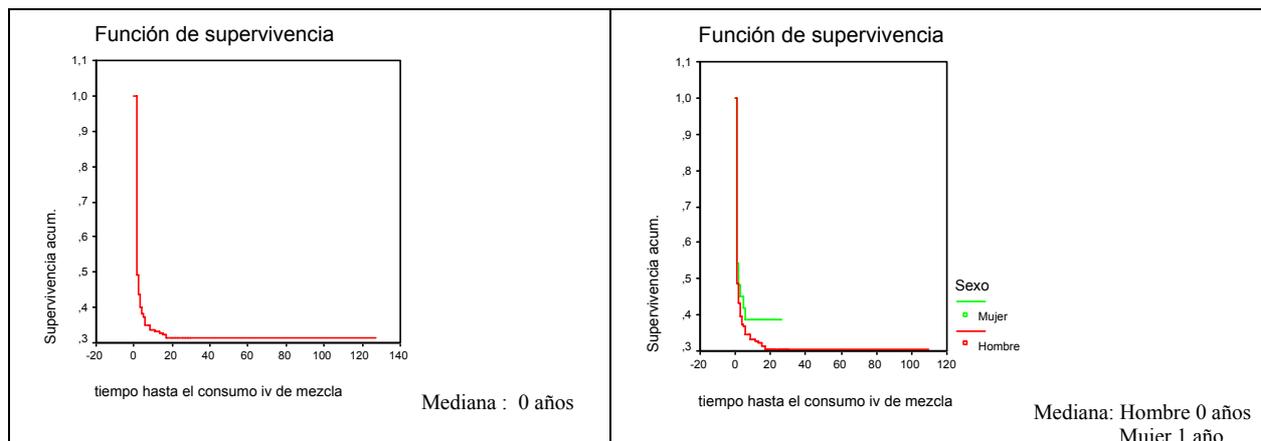


GRÁFICO 2: TIEMPO HASTA EL CONSUMO INTRAVENOSO DE HEROÍNA.
(Log Rank= 0,458).

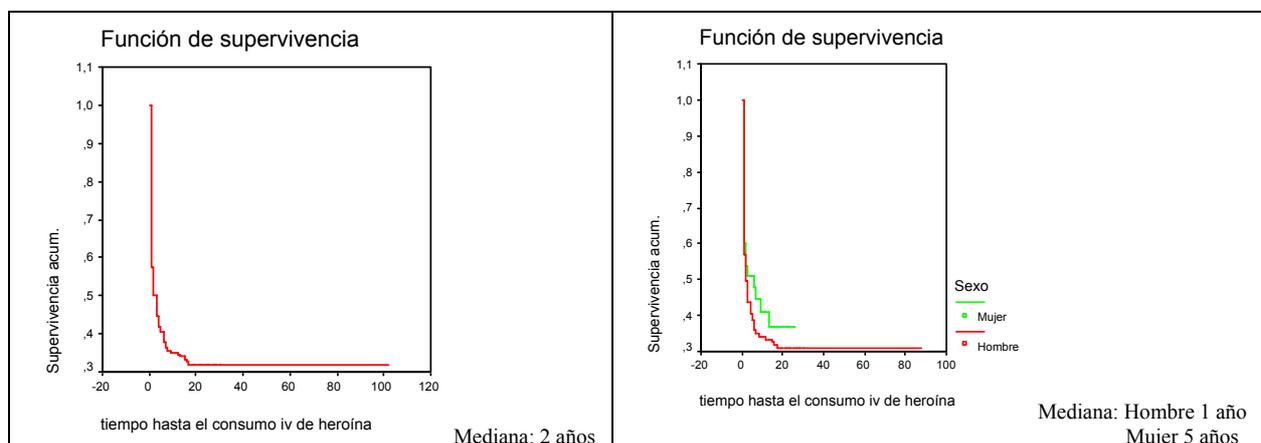


GRÁFICO 3: TIEMPO HASTA EL CONSUMO INTRAVENOSO DE COCAÍNA.
(Log Rank= 0,030).

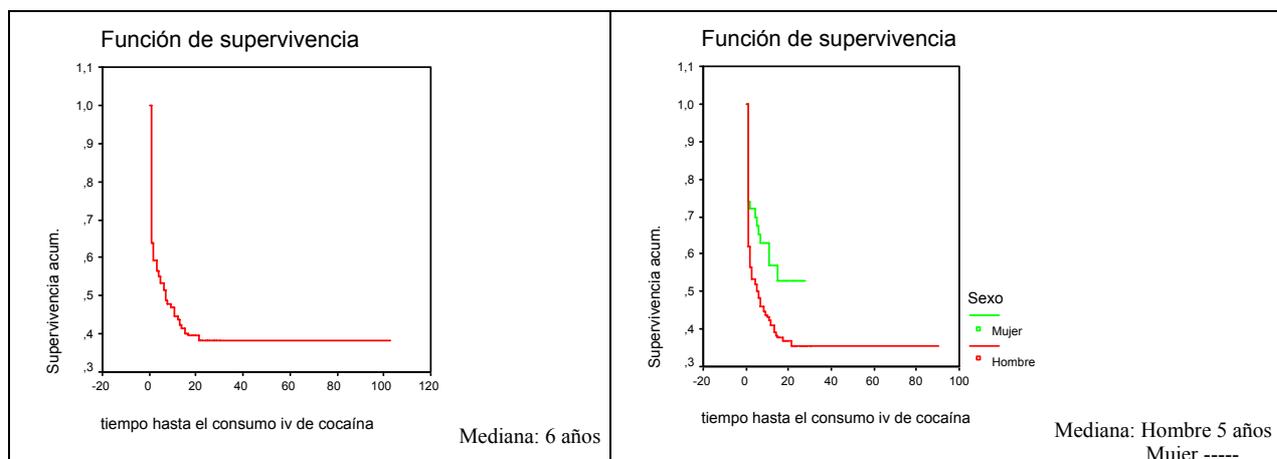


GRAFICO 4.
CUANTIFICACIÓN DEL CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES
SEGÚN EL TIPO DE DROGA.
MEDIANA Y RANGO DE CONSUMO AL DÍA EN EL ÚLTIMO MES.
DICIEMBRE 2004.

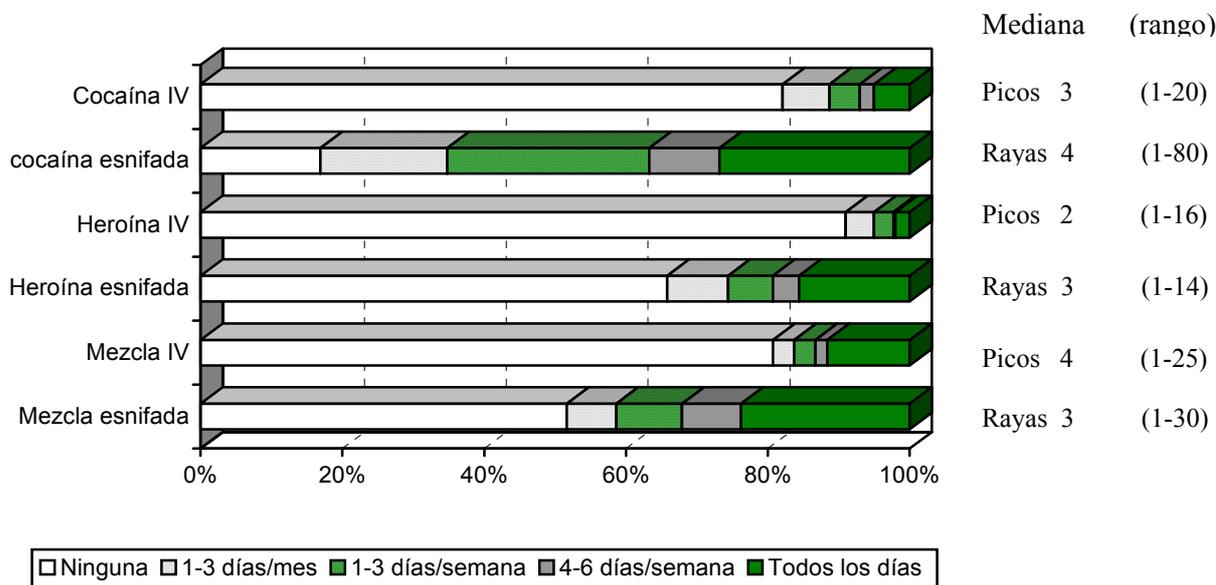


GRÁFICO 5.
CONSUMO DE OTRAS DROGAS EN EL ÚLTIMO MES
DICIEMBRE 2004

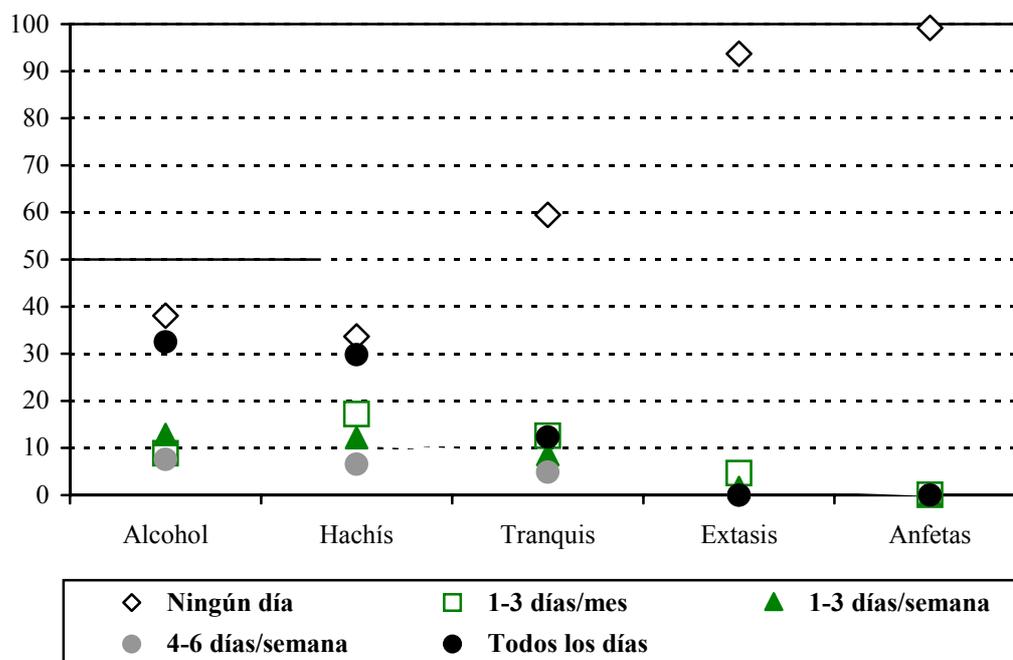


GRÁFICO 6.
MEDIA DEL NÚMERO DE DOSIS CONSUMIDAS DE LAS DIFERENTES DROGAS SEGÚN LA FORMA DE CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES Y EN EL ÚLTIMO DÍA. DICIEMBRE 2004

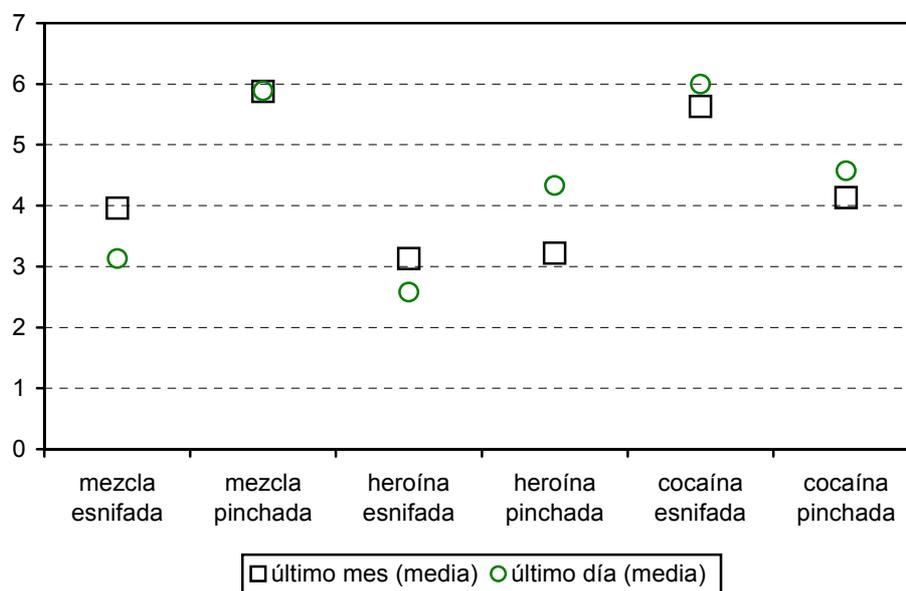
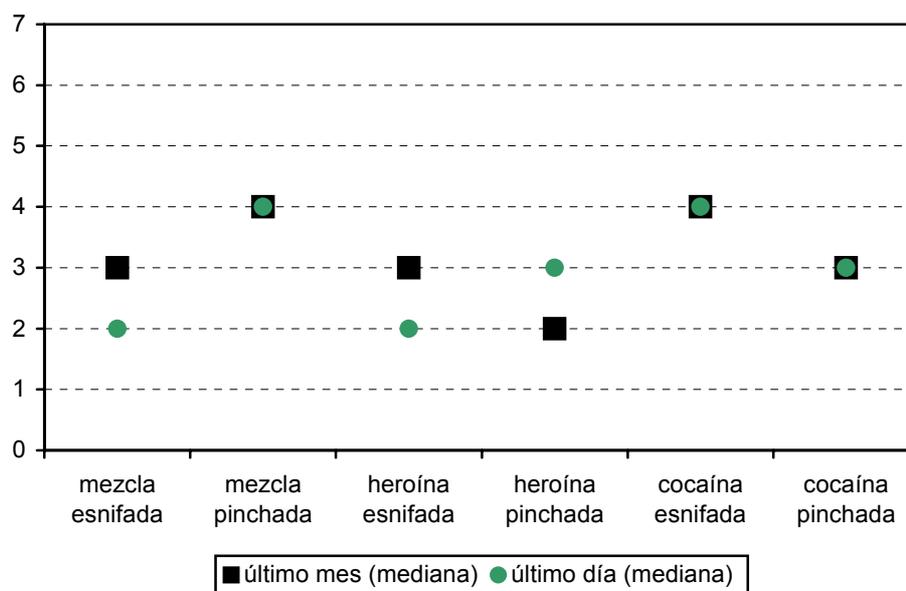
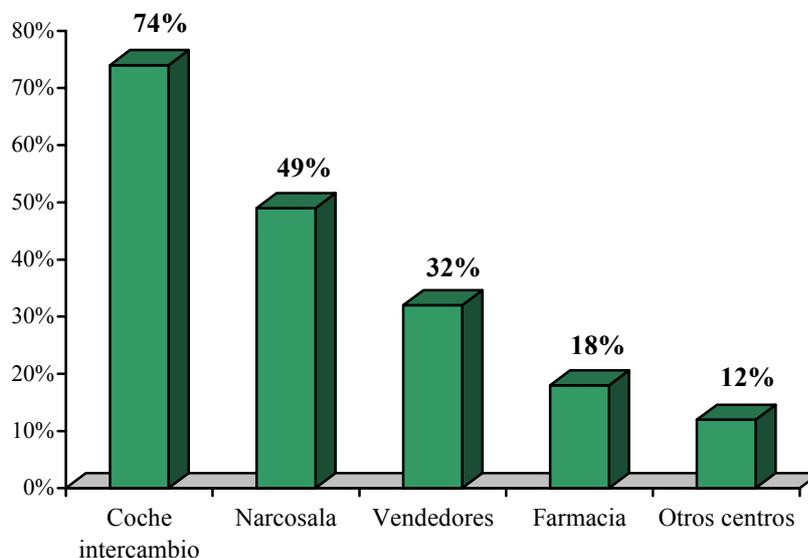


GRÁFICO 7.
MEDIANA DEL NÚMERO DE DOSIS CONSUMIDAS DE LAS DIFERENTES DROGAS SEGÚN LA FORMA DE CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES Y EN EL ÚLTIMO DÍA. DICIEMBRE 2004



**GRÁFICO 8:
LUGARES DE ADQUISICIÓN DE JERINGAS NUEVAS.
DICIEMBRE 2004.**



**GRÁFICO 9.
SISTEMAS DE DESINTOXICACIÓN MÁS UTILIZADOS
EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS.
DICIEMBRE 2004.**

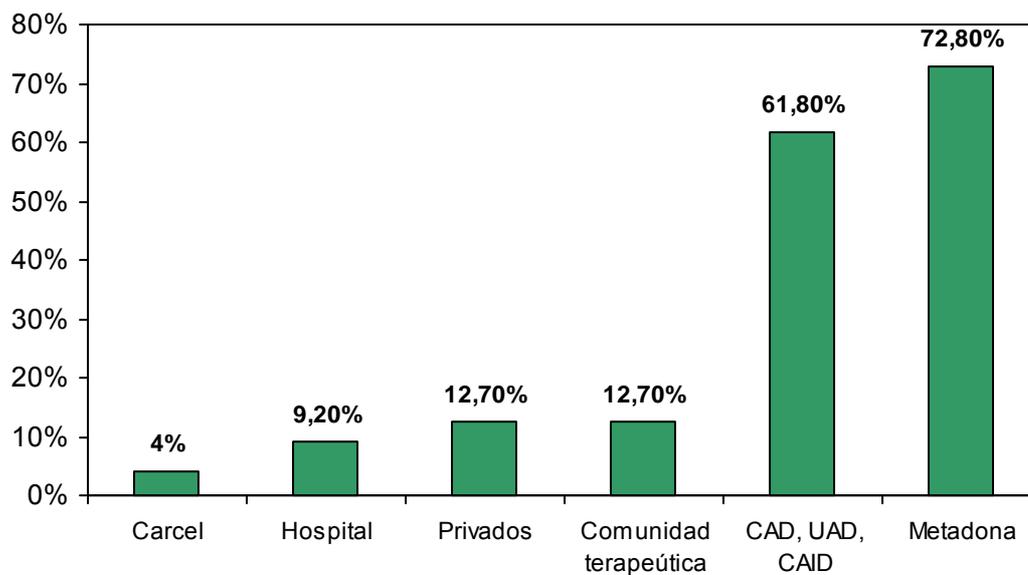


GRÁFICO 10.
DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE DE ESTUDIO SEROLÓGICO DEL VIH
AUTORREFERIDO POR ÚLTIMO AÑO DE REALIZACIÓN.
DICIEMBRE 2004.

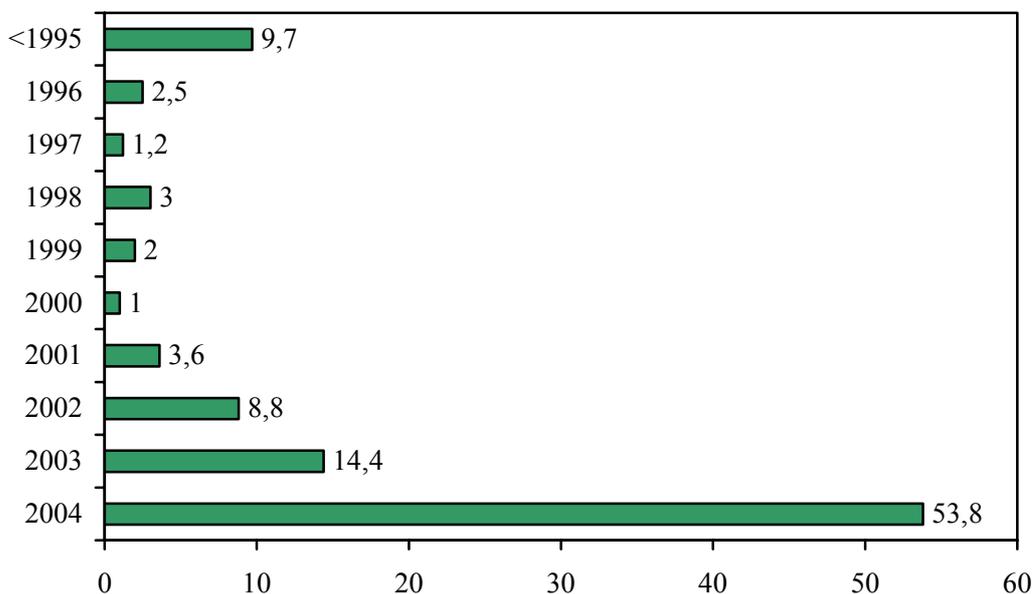
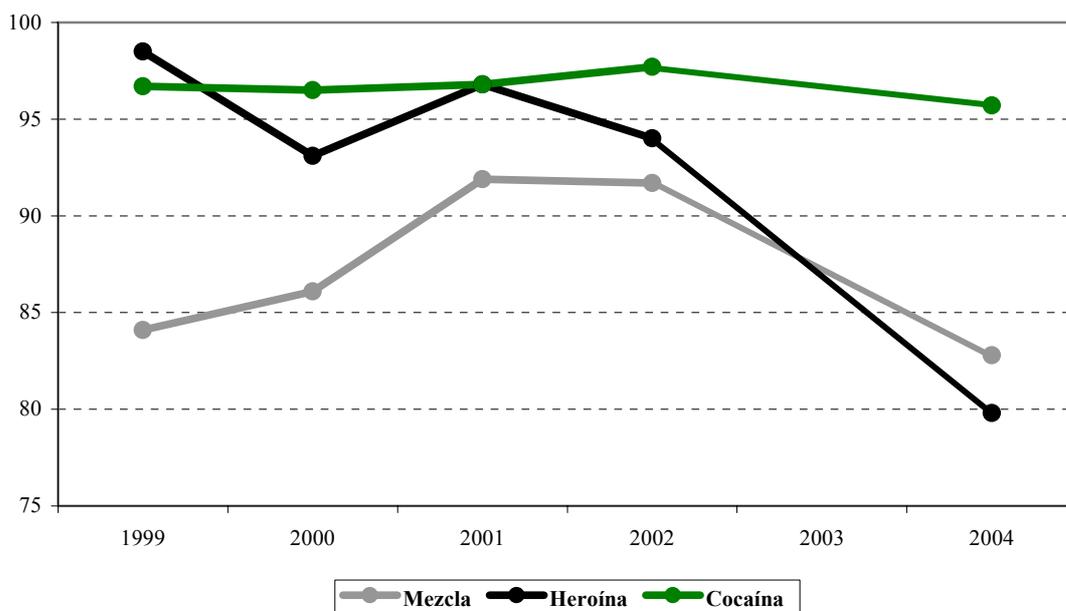


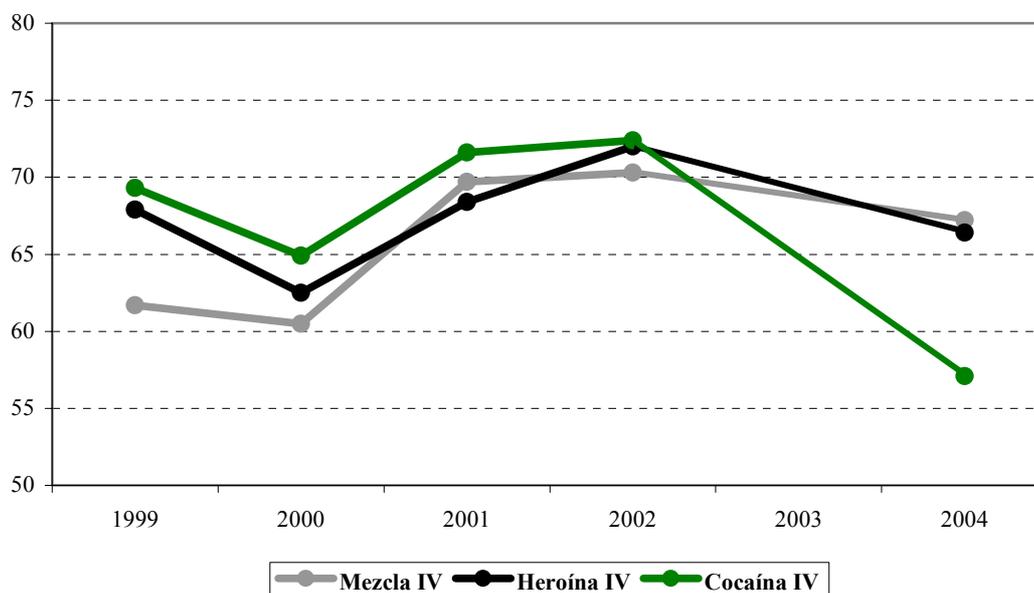
GRÁFICO 11.
PORCENTAJE DE ENCUESTADOS SEGÚN EL TIPO DE DROGA QUE CONSUMEN Y AÑO
DE LA ENCUESTA.*



del 2003 no disponibles

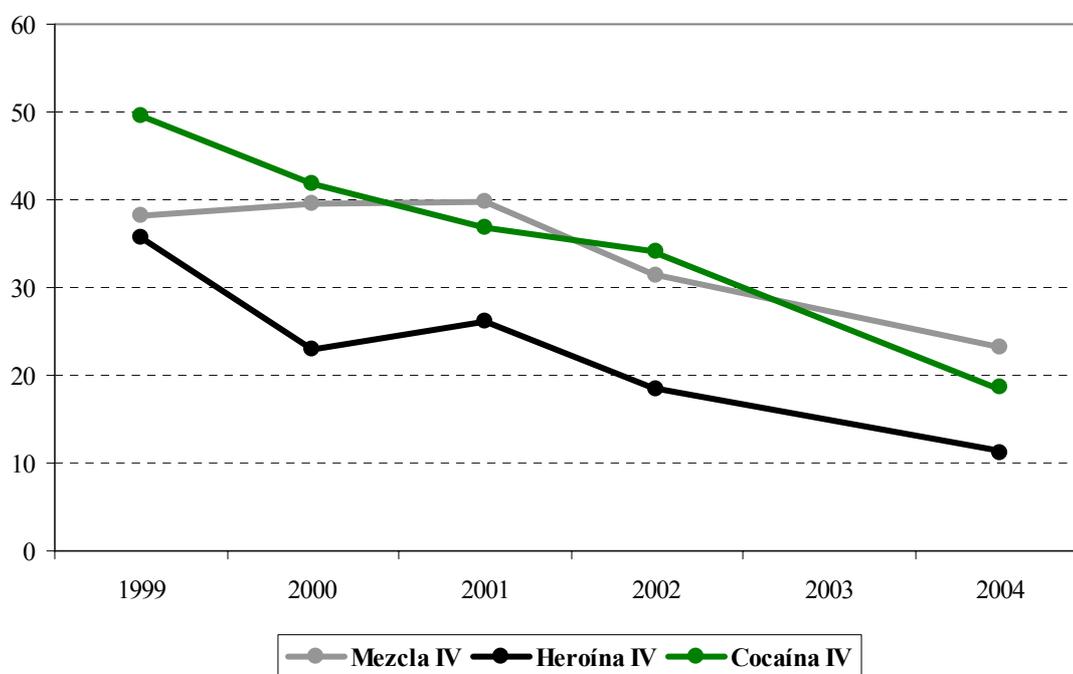
* Datos

GRÁFICO 12.
PORCENTAJE DE ENCUESTADOS SEGÚN EL TIPO DE DROGA INTRAVENOSA QUE CONSUMEN Y AÑO DE LA ENCUESTA.



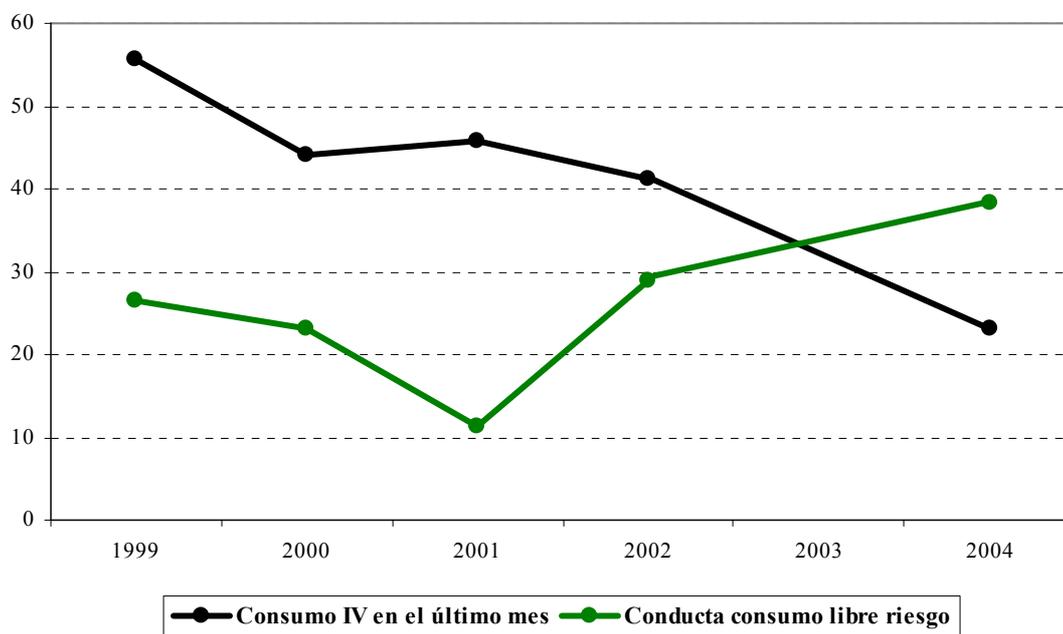
* Datos del 2003 no disponibles

GRÁFICO 13.
PORCENTAJE QUE CONSUMEN POR VÍA INTRAVENOSA EN EL ÚLTIMO MES PREVIO A LA ENCUESTA RESPECTO A LOS QUE HAN CONSUMIDO ALGUNA VEZ EN LOS DIFERENTES AÑOS*.



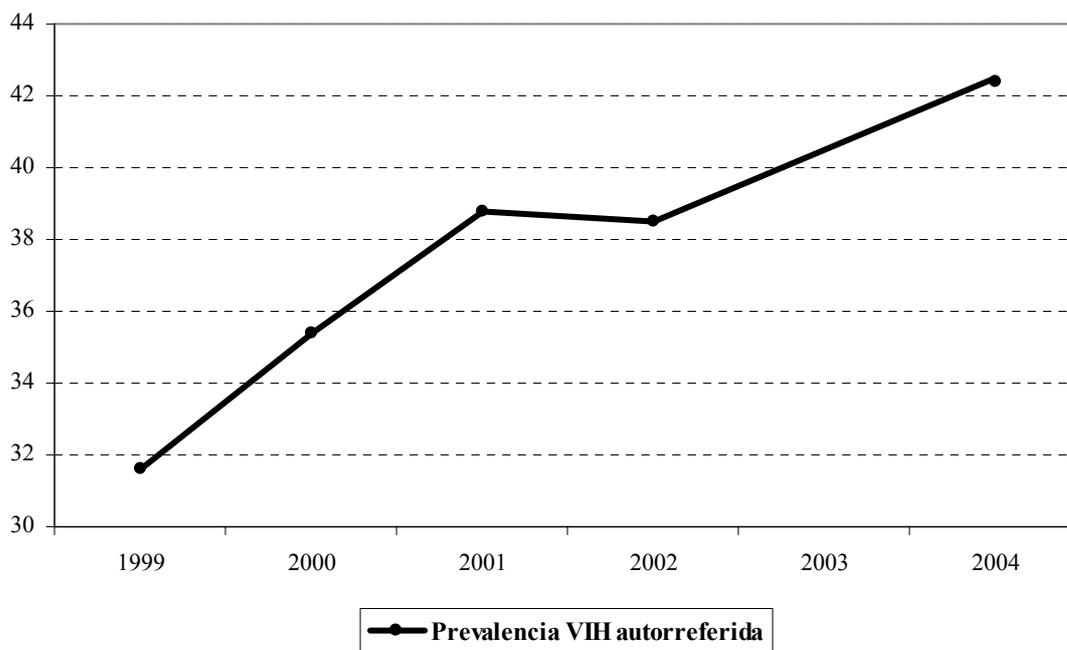
* Datos del 2003 no disponibles

GRÁFICO 14.
CONSUMO INTRAVENOSO EN EL ÚLTIMO MES PREVIO A LA ENCUESTA Y
CONDUCTAS DE CONSUMO INTRAVENOSO LIBRE DE RIESGO EN LOS DIFERENTES
AÑOS.*



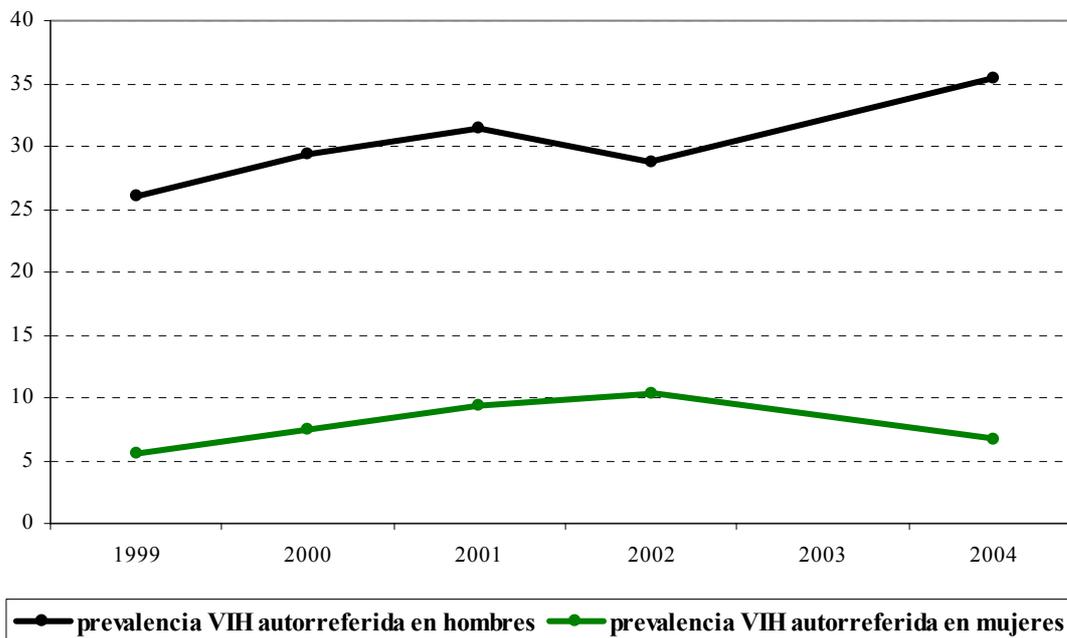
- Datos del 2003 no disponibles

GRÁFICO 15.
PREVALENCIA DE INFECCIÓN VIH AUTORREFERIDA
EN LOS DIFERENTES AÑOS *.



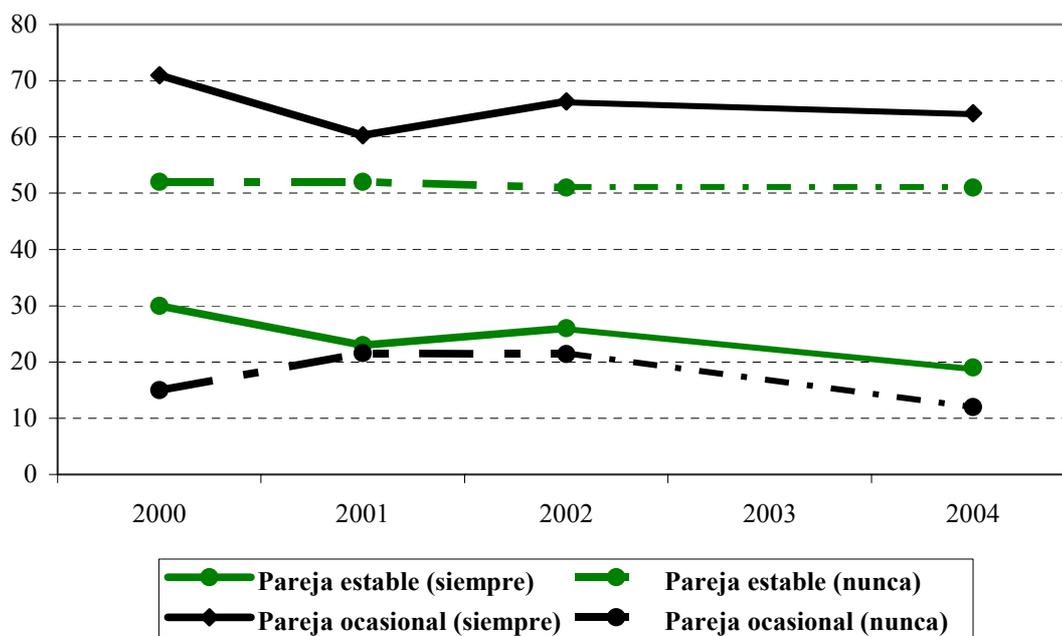
- * Datos del 2003 no disponibles

GRÁFICO 16.
PREVALENCIA DE INFECCIÓN VIH AUTORREFERIDA ESTRATIFICADA POR GÉNERO
EN LOS DIFERENTES AÑOS *.



* Datos del 2003 no disponibles

GRÁFICO 17.
UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVO CON PAREJA ESTABLE Y OCASIONAL.
EN LOS DIFERENTES AÑOS *.



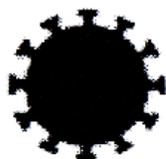
BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez M, Godoy P. Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). *Rev Esp Salud Publica*. 1999;73:375-81.
2. Panda S, Suresh Kumar M, Lokabiraman S, Jayashree K, Satagopan MC, Solomon S, et al. Risk factors for HIV Infection in injection drug users and evidence for onward transmission of HIV to their sexual partners in Chennai, India. *J Acquir Immune Def Syndr*. 2005;39:9-15.
3. Consejería de Sanidad. Instituto de Salud Pública. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informe: Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH-SIDA en la Comunidad de Madrid hasta 31 de Diciembre de 2004. 2005;11:14.
4. Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, Morgado MG, Hacker MA. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2005;100:91-6.
5. Des J, Perlis T, Arasteh K, Torian LV, Beatrice S, Milliken J, et al. HIV incidence among injection drug users in New York City, 1990 to 2002: use of serologic test algorithm to assess expansion of HIV prevention services. *Am J Public Health*. 2005;95:1439-44.
6. Dolan KA, Wodak AD, Hall WD. Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug Alcohol Rev*. 1998; 17:153-8.
7. Bravo MJ, Barrio G., de la Fuente de Hoz, Royuela L, Colomo C, Rodríguez A. Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para la monitorización de la infección por VIH y las prácticas de riesgo en usuarios de drogas inyectables. Evolución de la prevalencia de la infección por VIH y de las prácticas de riesgo de inyección entre inyectores de drogas infectados o no por el VIH de tres ciudades españolas. *Rev Clin Esp*. 2000;2000:355-9.
8. Marco Martínez J, Barba Martín R, Gómez Rodrigo J., García Meabe B, Joya D, Cabrera S et al. Cambios en el perfil de los pacientes VIH positivos. ¿Qué ha pasado en los últimos cinco años? *An Med Interna*. 2000;17:174-7.
9. González-Celador R, Sacristán-Salgado A, Valero LF, Sáenz-González MC. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la provincia de Salamanca (1985-2002). *Enferm Infecc Microbiol Clín*. 2004;22:272-8.
10. Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Grund JP, Goldstein MF, et al. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS*. 1993;7:1653-60. Erratum in *AIDS*. 1994 8(1):following 4.
11. Des Jarlais DC. "Single-use" needles and syringes for the prevention of infection

- among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1998; 18:S52-6.
12. Miller CL, Tyndall M, Spittal P, Li K, Palepu A, Schechter MT. Risk-taking behaviors among injecting drug users who obtain syringes from pharmacies, fixed sites, and mobile van needle exchange. *J Urban Health.* 2002; 79:257-65.
 13. Gibson DR, Braud R, Anderson K, Kahn J, Perales D, Urydz J. Two-to sixfold decreased odds of HIV risk behavior associated with use of syringe exchange. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;31:237-42.
 14. Brooner R, Kidorf M, King V, Beilenson P, Suikis D, Vlahov D. Drug abuse treatment success among needle exchange participants. *Public Health Reports.* 1998;113:129-139.
 15. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Depend.* 2000;59:17-31.
 16. Tidone L, Sileo F, Goglio A, Borra GC. AIDS in Italy. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1987;13:485-6.
 17. Rotily M, Delorme C, Galinier A, Escaffre N, Moatti JP. HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injection drug users. *Press Med.* 2000;29:1549-56.
 18. McCusker J, Stoddard AM, McCarthy E. The validity of self-reported HIV antibody test result. *Am J Public Health.* 1992;82:567-9.
 19. Backmund M, Meyer K, Henkel C, Reimer J, Wachtler M, Schutz CG. Risk factors and predictors of human immunodeficiency virus infection among injection drug users. *Eur Addict Res.* 2005;11:138-44.
 20. Rodés A, Vall M, Casabona J, Nuez M, Rabella N, Mitrani L. Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los comportamientos asociados a su transmisión entre los usuarios de drogas por vía parenteral seleccionados en la calle. *Med Clin (Barc).* 1998;111:372-7.
 21. Zunzunegui MV, Rodríguez MA, Sarasqueta C. Drogadicción intravenosa y riesgo de infección por el VIH en Madrid 1990 *Gac Sanit* 1993;7:2-11.
 22. Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente L, Colomo C, Royuela L, Estebanez P. Conductas de riesgo para la transmisión del VIH entre usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringas en Madrid, 1993. *Gac Sanit* 1996;10:261-73.
 23. Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D, Titus S, Shi Q, Perlis, Jose B, Friedman SR. HIV incidence among injection drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet.* 1996;348:987-91.
 24. Ruiz I, Hernandez-Aguado I, Rebagliato M, Aviño MJ, Pérez-Hoyos S, García de la Hera M, et al. Determinants of condom use among intravenous drug users in Spain.

Eur J Public Health. 1996;6:270-4.

25. Romero M, Zunzunegui MV, Perea E, Gornemann I, Fernandez A. Uso consistente del condón entre los usuarios de drogas por vía intravenosa y sus parejas estables. Gac Sanit. 1999; 13:96-101.



INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZOS (IVE) REALIZADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) AÑO 2005.

Elaborado por Concepción Izarra Pérez, Dulce López-Gay, Ignacio Vera, Carlos Cevallos

RESUMEN

En el año 2005 se han notificado 20.759 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) desde los centros sanitarios públicos y privados de la Comunidad de Madrid. El 83% se realizaron a mujeres residentes en nuestra Comunidad. Continua así, la tendencia ascendente observada sobre todo a partir de 1998.

En cuanto a las IVE en residentes en la CM, en el 2005, la tasa de IVE en mujeres de 15 a 44 años fue del 12 por mil.

De las mujeres residentes en la CM a las que se realizó una IVE, el 53% eran extranjeras. La mediana de edad fue de 27 años. El 47% no tenían hijos y el 66% era la primera vez que abortaban voluntariamente. El 3% de todas ellas, había realizado otra IVE en el mismo año.

El 71% no había acudido en los 2 años previos a ningún servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos y el 62% obtuvo información sobre la posibilidad de realizar esta IVE fuera de los circuitos sanitarios.

El 21,5% de las IVE fueron sufragadas por la Administración Sanitaria. El 98,3% se realizaron en centros privados debidamente autorizados.

El motivo para la IVE fue el peligro para la salud física y/o psíquica de la embarazada en el 98% de los casos y la presunción de graves taras para el feto en el 2%. Una de las IVE fue debida a violación denunciada.

El 61,6% de las IVE se practicaron en las primeras 8 semanas de gestación y el 6,5% después de la semana 15.

INTRODUCCIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se despenalizó parcialmente 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 inició en el año 1986 (Orden Ministerial 16 de junio de 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986). Están obligados a notificar los centros públicos y privados en los que se realizan IVE, el médico responsable de la intervención envía los cuestionarios normalizados de notificación a la Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Anualmente, el registro de IVE de la Comunidad de Madrid remite la información al registro nacional (Ministerio de Sanidad y Consumo).

La información que se presenta procede de las notificaciones de los centros públicos y privados, que cuentan con autorización para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo, de la Comunidad de Madrid. No están incluidas en esta información las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid a las que se les ha practicado una interrupción voluntaria del embarazo fuera de nuestra comunidad.

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

RESULTADOS

En el año 2005 se han notificado al registro 20.759 IVE. El 17% (3.514) se realizaron a mujeres que residían fuera de nuestra Comunidad. De ellas, el 39,8% residían en provincias limítrofes y el 9,2% en otros países. Entre las mujeres residentes fuera de la CM, las IVE atendieron con mayor frecuencia a motivos fetales (13,8% vs 2,2% en residentes en la CM, $p=0,000$) o a violación denunciada (3 IVE vs 1 en residentes de la CM).

Respecto al año 2004, el número de IVE realizadas en la CM durante el año 2005 ha aumentado un 6,9% entre las mujeres residentes en la CM y un 6,2% entre las no residentes.

IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid.

En el año 2005, se han notificado 17.245 IVE en mujeres residentes en la CM.

El número de IVE en mujeres residentes en la CM continúa con una tendencia creciente, el número de IVE pronosticadas por el modelo sería de 18.214 (IC95%: 14.761-22.034) en 2006 y de 19.004 (IC95%: 14.940-23.558) en 2007. (gráfico1).

Se han realizado 17.145 IVE a mujeres entre 15 y 44 años. De ellas, el 53,1% fueron a mujeres residentes en la CM pero nacidas fuera de España mientras que, según el padrón continuo de 2005 el 21,8% de las mujeres de la CM en ese grupo de edad nacieron fuera de España.

La tasa de IVE por 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años) continúa aumentando situándose en el año 2005 en un 12,1 por mil (gráfico 2). Si consideramos solo las mujeres nacidas en España la tasa se sitúa en un 7,0 por mil mientras que entre las nacidas fuera alcanza un 29,5 por mil.

Por grupos de edad, las tasas más altas de IVE por mil mujeres corresponden al grupo entre 20 y 29 años con un 18,3 por mil (9,9 por mil entre las nacidas en España y 43,6 por mil entre las de fuera). Entre las nacidas fuera de España, en el grupo de 15 a 19 años la tasa llega a un 30 por mil y entre los 20 y 34 años las tasas son entre 4 y 5 veces más altas que entre las nacidas en España (gráfico 3).

En el año 2005, de los municipios con más de 20.000 mujeres en edad fértil, Madrid (14,6 por mil) y Torrejón de Ardoz (13,8 por mil), superan la tasa global de la CM (12,1), Getafe es el municipio con la tasa más baja (8,2 por mil) (tabla 1).

1.- Datos sociodemográficos.

Los datos sociodemográficos se resumen en las tablas 2 y 3.

De las 17.245 IVE realizadas a mujeres residentes en la CM, el 53% corresponde a mujeres nacidas fuera de España. En el 1,5% se desconoce el país de origen.

Las tasas de IVE son más altas en mujeres nacidas fuera de España en todos los grupos de edad. Sin embargo, el número absoluto de españolas es mayor que el de extranjeras entre las menores de 21 y mayores de 37 años (gráfico 4). En cuanto a la distribución por edad, el 11,2% eran adolescentes (<20 años) y el 0,3% mayores de 44 años. La mediana de edad fue, como en el año 2004, de 27 años tanto en mujeres españolas como en extranjeras.

En el momento de la IVE, el 38% de las españolas y el 58% de las extranjeras convivían en pareja.

En cuanto al nivel de estudios, el 1,0% de las españolas eran analfabetas o no tenían estudios mientras que el 23,5% tenían estudios superiores. Entre las extranjeras estos porcentajes eran del 2,3% y 10,8%, respectivamente. Por otro lado, las extranjeras refieren con más frecuencia tener recursos económicos propios (75,3% vs 65,8%).

En cuanto al número de hijos vivos en el momento de la IVE, el 60,5% de las españolas no tenían hijos frente al 35,5% de las extranjeras. Entre las que tenían hijos, el 34,5% de las españolas y el 44% de las extranjeras habían tenido su último hijo 6 o más años atrás.

El 72,5% de las mujeres españolas y el 59,7% de las extranjeras no se habían sometido a una IVE con anterioridad. Se habían sometido a más de una IVE previa el 7,3% de las españolas y el 13,8% de las extranjeras (de éstas, 8 habían tenido 10 o más IVE previas). El 9,1% de las mujeres que habían abortado previamente, habían recurrido en el mismo año a otra IVE.

En los 2 años previos a la IVE, el 64,2% de las mujeres españolas y el 77,7% de las extranjeras, no habían acudido a un servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos.

2.- Datos de la intervención.

Los datos de la intervención se resumen en la tabla 4.

El porcentaje de mujeres que se informó de la posibilidad de realizar la IVE en un centro sanitario fue del 37,7%. Las mujeres que acuden a informarse a un centro sanitario público aumentan de forma continuada, pasando de un 25,1% en el año 2001 a un 30,2% en 2005. Un 62,2% obtienen esta información fuera de los circuitos sanitarios (Prensa, Internet, amigos, etc.).

Un 2,4% de las mujeres españolas y un 1,1% de las extranjeras fueron atendidas para la realización de la IVE en un centro público.

El 20,2% de las IVE realizadas en centros privados fueron sufragadas por la Administración Sanitaria.

Para el 97,8% de las mujeres, el peligro para su salud física o psíquica fue el motivo de la IVE. Para el 2,0% (350 casos) la presunción de graves taras en el feto y en el 0,2% (32 casos) se daban ambos motivos. La presunción de graves taras en el feto es más frecuente en mujeres a

partir de los 30 años, en españolas (3,7% vs 0,6%) y a partir de la semana 15 de gestación (25%). En una, el motivo referido fue la violación denunciada (tabla 5).

De las 382 mujeres cuyo motivo para la IVE incluía la presunción de graves taras en el feto, las causas más frecuentes fueron: síndrome de Down o trisomía 21 (25,9% - 99 casos), síndrome de Edwards o trisomía 18 (7,6% - 29 casos), otras cromosomopatías (12,6% - 48 casos), oligohidramnios (8,6% - 33), hidrocefalia congénita (6,8% - 26 casos), malformación cardíaca (6,0% - 23 casos), linfangioma (4,7% - 18 casos) y la infección por VIH de la embarazada (0,8% - 3 casos).

El 61,6% de las IVE se practicaron dentro de las primeras 8 semanas de gestación (IVE precoz) y el 6,5% después de las 15 semanas (IVE tardía). El 1,3% se practicaron con ≥ 21 semanas. Las IVE tardías (> 15 semanas de gestación) son más frecuentes en menores de 15 años (17% de las españolas menores de 15 años y 28% de las menores de 15 años con otro país de origen) (tabla 6, gráfico 5).

De las IVE por motivo fetal, el 80% se realizaron tardíamente (después de la semana 15 de gestación). De las realizadas por peligro para la salud de la embarazada solo el 4,9% fueron IVE tardías.

El método de intervención más frecuente para la realización de la IVE es la aspiración, utilizado en el 82,9% de los casos. La RU-486 solo se utilizó en el 4,0% de los casos.

Tabla 1.
IVE en mujeres residentes en la CM
Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) por municipio
1998-2005

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

* Población: Padrón continuo 1998-2005 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

Tabla 2.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM. Características sociodemográficas por país de origen.
Año 2005

| | | País de origen | | | | | | Total | |
|------------------------------------|---------------------------------|----------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | | España | | Otro país | | No consta | | n | % |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Grupos de edad | 10-14 | 29 | 0,4 | 25 | 0,3 | 0 | 0,0 | 54 | 0,3 |
| | 15-19 | 1141 | 14,5 | 695 | 7,6 | 38 | 15,1 | 1874 | 10,9 |
| | 20-24 | 1869 | 23,8 | 2400 | 26,2 | 71 | 28,2 | 4340 | 25,2 |
| | 25-29 | 1736 | 22,1 | 2705 | 29,6 | 66 | 26,2 | 4507 | 26,1 |
| | 30-34 | 1428 | 18,2 | 1912 | 20,9 | 60 | 23,8 | 3400 | 19,7 |
| | 35-39 | 1139 | 14,5 | 1059 | 11,6 | 13 | 5,2 | 2211 | 12,8 |
| | 40-44 | 479 | 6,1 | 328 | 3,6 | 4 | 1,6 | 811 | 4,7 |
| | 45 o más | 29 | 0,4 | 19 | 0,2 | 0 | 0,0 | 48 | 0,3 |
| Convive en pareja | Si | 3015 | 38,4 | 5290 | 57,9 | 93 | 36,9 | 8398 | 48,7 |
| | No | 4790 | 61,0 | 3815 | 41,7 | 159 | 63,1 | 8764 | 50,8 |
| | No consta | 45 | 0,6 | 38 | 0,4 | 0 | 0,0 | 83 | 0,5 |
| Estado civil | Soltera | 5655 | 72,0 | 5963 | 65,2 | 200 | 79,4 | 11818 | 68,5 |
| | Casada | 1539 | 19,6 | 2587 | 28,3 | 41 | 16,3 | 4167 | 24,2 |
| | Viuda | 46 | 0,6 | 47 | 0,5 | 0 | 0,0 | 93 | 0,5 |
| | Divorciada | 270 | 3,4 | 293 | 3,2 | 1 | 0,4 | 564 | 3,3 |
| | Separada | 330 | 4,2 | 247 | 2,7 | 10 | 4,0 | 587 | 3,4 |
| | No consta | 10 | 0,1 | 6 | 0,1 | 0 | 0,0 | 16 | 0,1 |
| Nivel de instrucción | Analfabeta/sin estudios | 76 | 1,0 | 214 | 2,3 | 0 | 0,0 | 290 | 1,7 |
| | Primer grado | 1267 | 16,1 | 1948 | 21,3 | 20 | 7,9 | 3235 | 18,8 |
| | Segundo grado | 4603 | 58,6 | 5910 | 64,6 | 151 | 59,9 | 10664 | 61,8 |
| | Tercer grado | 1844 | 23,5 | 991 | 10,8 | 78 | 31,0 | 2913 | 16,9 |
| | Inclasificable | 40 | 0,5 | 65 | 0,7 | 3 | 1,2 | 108 | 0,6 |
| | No consta | 20 | 0,3 | 15 | 0,2 | 0 | 0,0 | 35 | 0,2 |
| Situación laboral | Empresaria con empleados | 107 | 1,4 | 20 | 0,2 | 3 | 1,2 | 130 | 0,8 |
| | Empresaria sin empleados | 128 | 1,6 | 77 | 0,8 | 4 | 1,6 | 209 | 1,2 |
| | Asalariada | 4825 | 61,5 | 6702 | 73,3 | 175 | 69,4 | 11702 | 67,9 |
| | Pensionista | 31 | 0,4 | 6 | 0,1 | 0 | 0,0 | 37 | 0,2 |
| | Estudiante | 1134 | 14,4 | 401 | 4,4 | 28 | 11,1 | 1563 | 9,1 |
| | Desempleada | 901 | 11,5 | 1041 | 11,4 | 27 | 10,7 | 1969 | 11,4 |
| | Ama de casa | 671 | 8,5 | 844 | 9,2 | 12 | 4,8 | 1527 | 8,9 |
| | Otras | 45 | 0,6 | 47 | 0,5 | 3 | 1,2 | 95 | 0,6 |
| | No consta | 8 | 0,1 | 5 | 0,1 | 0 | 0,0 | 13 | 0,1 |
| Ingresos económicos propios | Si | 5168 | 65,8 | 6885 | 75,3 | 183 | 72,6 | 12236 | 71,0 |
| | No | 2555 | 32,5 | 2086 | 22,8 | 65 | 25,8 | 4706 | 27,3 |
| | No consta | 127 | 1,6 | 172 | 1,9 | 4 | 1,6 | 303 | 1,8 |
| Total | | 7850 | 100,0 | 9143 | 100,0 | 252 | 100,0 | 17245 | 100,0 |

Tabla 3.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM. Características sociodemográficas por país de origen
Año 2005

| | | País de origen | | | | | | Total | |
|--|--|----------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | | España | | Otro país | | No consta | | n | % |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Número de hijos vivos | No hijos | 4750 | 60,5 | 3246 | 35,5 | 188 | 74,6 | 8184 | 47,5 |
| | 1 | 1547 | 19,7 | 2851 | 31,2 | 40 | 15,9 | 4438 | 25,7 |
| | 2 | 1143 | 14,6 | 2008 | 22,0 | 21 | 8,3 | 3172 | 18,4 |
| | 3 | 313 | 4,0 | 694 | 7,6 | 2 | 0,8 | 1009 | 5,9 |
| | 4 o más | 97 | 1,2 | 344 | 3,7 | 1 | 0,4 | 442 | 2,5 |
| | Total de las que tienen hijos vivos | | | | | | | | |
| Si tiene hijos: años desde el último parto | En el mismo año | 136 | 4,4 | 188 | 3,2 | 5 | 7,8 | 329 | 3,6 |
| | 1 | 572 | 18,4 | 839 | 14,2 | 14 | 21,9 | 1424 | 15,7 |
| | 2 | 447 | 14,4 | 675 | 11,4 | 7 | 10,9 | 1129 | 12,5 |
| | 3 | 363 | 11,7 | 571 | 9,7 | 8 | 12,5 | 942 | 10,4 |
| | 4 | 276 | 8,9 | 505 | 8,6 | 3 | 4,7 | 784 | 8,6 |
| | 5 | 228 | 7,4 | 509 | 8,6 | 5 | 7,8 | 742 | 8,2 |
| | 6 o más | 1070 | 34,5 | 2598 | 44,1 | 21 | 32,8 | 3689 | 40,7 |
| | No consta año | 8 | 0,3 | 13 | 0,2 | 1 | 1,6 | 22 | 0,2 |
| Total de las que tienen hijos vivos | | | | | | | | | |
| Número de IVE previas | Ninguna | 5691 | 72,5 | 5457 | 59,7 | 158 | 62,7 | 11306 | 65,6 |
| | 1 | 1589 | 20,2 | 2421 | 26,5 | 67 | 26,6 | 4077 | 23,6 |
| | 2 | 420 | 5,4 | 825 | 9,0 | 20 | 7,9 | 1265 | 7,3 |
| | 3 | 98 | 1,2 | 254 | 2,8 | 6 | 2,4 | 358 | 2,1 |
| | 4 | 52 | 0,7 | 178 | 1,9 | 1 | 0,4 | 231 | 1,3 |
| | 6 o más | 0 | 0,0 | 8 | 0,1 | 0 | 0,0 | 8 | 0,0 |
| Total de las que tienen hijos vivos | | | | | | | | | |
| Si ha tenido IVE previas: años desde la última | En el mismo año | 180 | 8,3 | 349 | 9,5 | 10 | 10,6 | 539 | 9,1 |
| | 1 | 443 | 20,5 | 1005 | 27,3 | 27 | 28,7 | 1475 | 24,8 |
| | 2 | 315 | 14,6 | 644 | 17,5 | 3 | 3,2 | 962 | 16,2 |
| | 3 | 244 | 11,3 | 455 | 12,3 | 10 | 10,6 | 709 | 11,9 |
| | 4 | 172 | 8,0 | 298 | 8,1 | 6 | 6,4 | 476 | 8,0 |
| | 5 | 165 | 7,6 | 298 | 8,1 | 10 | 10,6 | 473 | 8,0 |
| | 6 o más años | 630 | 29,1 | 591 | 16,0 | 27 | 28,7 | 1248 | 21,0 |
| | No consta año | 10 | 0,5 | 46 | 1,2 | 1 | 1,1 | 57 | 1,0 |
| Total de las que han tenido IVE previas | | | | | | | | | |
| Uso de servicios sanitarios de anticoncepción en los últimos 2 años | Si, público | 1784 | 22,7 | 1523 | 16,7 | 73 | 29,0 | 3380 | 19,6 |
| | Si, privado | 921 | 11,7 | 311 | 3,4 | 53 | 21,0 | 1285 | 7,5 |
| | Otros | 99 | 1,3 | 180 | 2,0 | 2 | 0,8 | 281 | 1,6 |
| | No | 5037 | 64,2 | 7106 | 77,7 | 124 | 49,2 | 12267 | 71,1 |
| | No consta | 9 | 0,1 | 23 | 0,3 | 0 | 0,0 | 32 | 0,2 |
| Total | | | | | | | | | |
| Total | | 7850 | 100,0 | 9143 | 100,0 | 252 | 100,0 | 17245 | 100,0 |

Tabla 4.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Datos de la intervención por país de origen
Año 2005

| | | País de origen | | | | | | Total | |
|---|---|----------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | | España | | Otro país | | No consta | | n | % |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Dónde se informó de la posibilidad de esta IVE | Centro sanitario público | 2355 | 30,0 | 2816 | 30,8 | 36 | 14,3 | 5207 | 30,2 |
| | Centro sanitario privado | 692 | 8,8 | 575 | 6,3 | 28 | 11,1 | 1295 | 7,5 |
| | Otros | 4798 | 61,1 | 5746 | 62,8 | 188 | 74,6 | 10732 | 62,2 |
| | No consta | 5 | 0,1 | 6 | 0,1 | 0 | 0,0 | 11 | 0,1 |
| Tipo de Centro | Público | 185 | 2,4 | 104 | 1,1 | 0 | 0,0 | 289 | 1,7 |
| | Privado | 7665 | 97,6 | 9039 | 98,9 | 252 | 100,0 | 16956 | 98,3 |
| Motivo de la IVE | Peligro para la salud de la embarazada | 7526 | 95,9 | 9085 | 99,4 | 251 | 99,6 | 16862 | 97,8 |
| | Presunción de graves taras fetales | 294 | 3,7 | 55 | 0,6 | 1 | 0,4 | 350 | 2,0 |
| | Violación denunciada | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| | Peligro para la salud de la embarazada y feto con graves taras | 30 | 0,4 | 2 | 0,0 | 0 | 0,0 | 32 | 0,2 |
| Semanas de gestación | ≤ 8 semanas (precoz) | 4992 | 63,6 | 5395 | 59,0 | 228 | 90,5 | 10615 | 61,6 |
| | >8 y ≤ 15 semanas | 2283 | 29,1 | 3208 | 35,1 | 22 | 8,7 | 5513 | 32,0 |
| | > 15 semanas (tardío) | 575 | 7,3 | 540 | 5,9 | 2 | 0,8 | 1117 | 6,5 |
| Método de la intervención | Aspiración | 6726 | 85,7 | 7523 | 82,3 | 45 | 17,9 | 14294 | 82,9 |
| | Dilatación | 304 | 3,9 | 238 | 2,6 | 2 | 0,8 | 544 | 3,2 |
| | Legrado | 361 | 4,6 | 1132 | 12,4 | 2 | 0,8 | 1495 | 8,7 |
| | RU-486 | 334 | 4,3 | 150 | 1,6 | 203 | 80,6 | 687 | 4,0 |
| | Otros | 125 | 1,5 | 100 | 1,1 | 0 | 0,0 | 225 | 1,2 |
| Financiación pública | No | 6208 | 79,1 | 7082 | 77,5 | 240 | 95,2 | 13530 | 78,5 |
| | Si | 1642 | 20,9 | 2061 | 22,5 | 12 | 4,8 | 3715 | 21,5 |
| Total | | 7850 | 100,0 | 9143 | 100,0 | 252 | 100,0 | 17245 | 100,0 |

Tabla 5.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Motivo de la IVE por grupos de edad, país de origen y semanas de gestación
Año 2005

| | | Motivo de la IVE | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------|--|--------|-----------------------|-------|------------------------|-----|---------------------------------|------|-------|--------|
| | | peligro para la salud de la embarazada | | peligro taras fetales | | embarazo por violación | | peligro salud embarazada y feto | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Grupo de edad (años) | 10-14 | 54 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 54 | 100,0% |
| | 15-19 | 1869 | 99,7% | 4 | ,2% | 0 | ,0% | 1 | ,1% | 1874 | 100,0% |
| | 20-24 | 4325 | 99,7% | 15 | ,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 4340 | 100,0% |
| | 25-29 | 4462 | 99,0% | 40 | ,9% | 1 | ,0% | 4 | ,1% | 4507 | 100,0% |
| | 30-34 | 3265 | 96,0% | 122 | 3,6% | 0 | ,0% | 13 | ,4% | 3400 | 100,0% |
| | 35-39 | 2087 | 94,4% | 114 | 5,2% | 0 | ,0% | 10 | ,5% | 2211 | 100,0% |
| | 40-44 | 755 | 93,1% | 52 | 6,4% | 0 | ,0% | 4 | ,5% | 811 | 100,0% |
| | ≥45 | 45 | 93,8% | 3 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 48 | 100,0% |
| País de origen | España | 7526 | 95,9% | 294 | 3,7% | 0 | ,0% | 30 | ,4% | 7850 | 100,0% |
| | Otro país | 9085 | 99,4% | 55 | ,6% | 1 | ,0% | 2 | ,0% | 9143 | 100,0% |
| | No consta | 251 | 99,6% | 1 | ,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 252 | 100,0% |
| Semanas de gestación | ≤ 8 (precoz) | 10609 | 99,9% | 2 | ,0% | 0 | ,0% | 4 | ,0% | 10615 | 100,0% |
| | > 8 hasta 15 | 5431 | 98,5% | 68 | 1,2% | 1 | ,0% | 13 | ,2% | 5513 | 100,0% |
| | >15 (tardío) | 822 | 73,6% | 280 | 25,1% | 0 | ,0% | 15 | 1,3% | 1117 | 100,0% |
| Total | | 16862 | 97,8% | 350 | 2,0% | 1 | ,0% | 32 | ,2% | 17245 | 100,0% |

Tabla 6
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Semanas de gestación por país de origen y grupo de edad
Año 2005

| País de origen | Grupo de edad | Semanas de gestación en el momento de la IVE | | | | | | | |
|-------------------|---------------|--|-------|-----------------|-------|--------------------------|-------|-------|--------|
| | | ≤ 8 semanas (IVE precoz) | | >8 a 15 semanas | | ≥15 semanas (IVE tardío) | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| España | 10-14 | 12 | 41,4% | 12 | 41,4% | 5 | 17,2% | 29 | 100,0% |
| | 15-19 | 670 | 58,7% | 401 | 35,1% | 70 | 6,1% | 1141 | 100,0% |
| | 20-24 | 1228 | 65,7% | 561 | 30,0% | 80 | 4,3% | 1869 | 100,0% |
| | 25-29 | 1176 | 67,7% | 466 | 26,8% | 94 | 5,4% | 1736 | 100,0% |
| | 30-34 | 888 | 62,2% | 393 | 27,5% | 147 | 10,3% | 1428 | 100,0% |
| | 35-39 | 684 | 60,1% | 329 | 28,9% | 126 | 11,1% | 1139 | 100,0% |
| | 40-44 | 311 | 64,9% | 117 | 24,4% | 51 | 10,6% | 479 | 100,0% |
| | ≥45 | 23 | 79,3% | 4 | 13,8% | 2 | 6,9% | 29 | 100,0% |
| | Subtotal | 4992 | 63,6% | 2283 | 29,1% | 575 | 7,3% | 7850 | 100,0% |
| Otro país | 10-14 | 8 | 32,0% | 10 | 40,0% | 7 | 28,0% | 25 | 100,0% |
| | 15-19 | 328 | 47,2% | 297 | 42,7% | 70 | 10,1% | 695 | 100,0% |
| | 20-24 | 1378 | 57,4% | 867 | 36,1% | 155 | 6,5% | 2400 | 100,0% |
| | 25-29 | 1664 | 61,5% | 897 | 33,2% | 144 | 5,3% | 2705 | 100,0% |
| | 30-34 | 1161 | 60,7% | 663 | 34,7% | 88 | 4,6% | 1912 | 100,0% |
| | 35-39 | 636 | 60,1% | 375 | 35,4% | 48 | 4,5% | 1059 | 100,0% |
| | 40-44 | 208 | 63,4% | 93 | 28,4% | 27 | 8,2% | 328 | 100,0% |
| | ≥45 | 12 | 63,2% | 6 | 31,6% | 1 | 5,3% | 19 | 100,0% |
| | Subtotal | 5395 | 59,0% | 3208 | 35,1% | 540 | 5,9% | 9143 | 100,0% |
| No consta el país | 10-14 | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| | 15-19 | 35 | 92,1% | 3 | 7,9% | 0 | ,0% | 38 | 100,0% |
| | 20-24 | 62 | 87,3% | 9 | 12,7% | 0 | ,0% | 71 | 100,0% |
| | 25-29 | 64 | 97,0% | 1 | 1,5% | 1 | 1,5% | 66 | 100,0% |
| | 30-34 | 52 | 86,7% | 8 | 13,3% | 0 | ,0% | 60 | 100,0% |
| | 35-39 | 12 | 92,3% | 0 | ,0% | 1 | 7,7% | 13 | 100,0% |
| | 40-44 | 3 | 75,0% | 1 | 25,0% | 0 | ,0% | 4 | 100,0% |
| | ≥45 | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| | Subtotal | 228 | 90,5% | 22 | 8,7% | 2 | ,8% | 252 | 100,0% |
| Total | 10-14 | 20 | 37,0% | 22 | 40,7% | 12 | 22,2% | 54 | 100,0% |
| | 15-19 | 1033 | 55,1% | 701 | 37,4% | 140 | 7,5% | 1874 | 100,0% |
| | 20-24 | 2668 | 61,5% | 1437 | 33,1% | 235 | 5,4% | 4340 | 100,0% |
| | 25-29 | 2904 | 64,4% | 1364 | 30,3% | 239 | 5,3% | 4507 | 100,0% |
| | 30-34 | 2101 | 61,8% | 1064 | 31,3% | 235 | 6,9% | 3400 | 100,0% |
| | 35-39 | 1332 | 60,2% | 704 | 31,8% | 175 | 7,9% | 2211 | 100,0% |
| | 40-44 | 522 | 64,4% | 211 | 26,0% | 78 | 9,6% | 811 | 100,0% |
| | ≥45 | 35 | 72,9% | 10 | 20,8% | 3 | 6,3% | 48 | 100,0% |
| | Total | 10615 | 61,6% | 5513 | 32,0% | 1117 | 6,5% | 17245 | 100,0% |

Gráfico 1.
IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid.
Serie temporal del número de IVE enero 1987-diciembre 2005.
IVE pronosticadas para los años 2006 y 2007

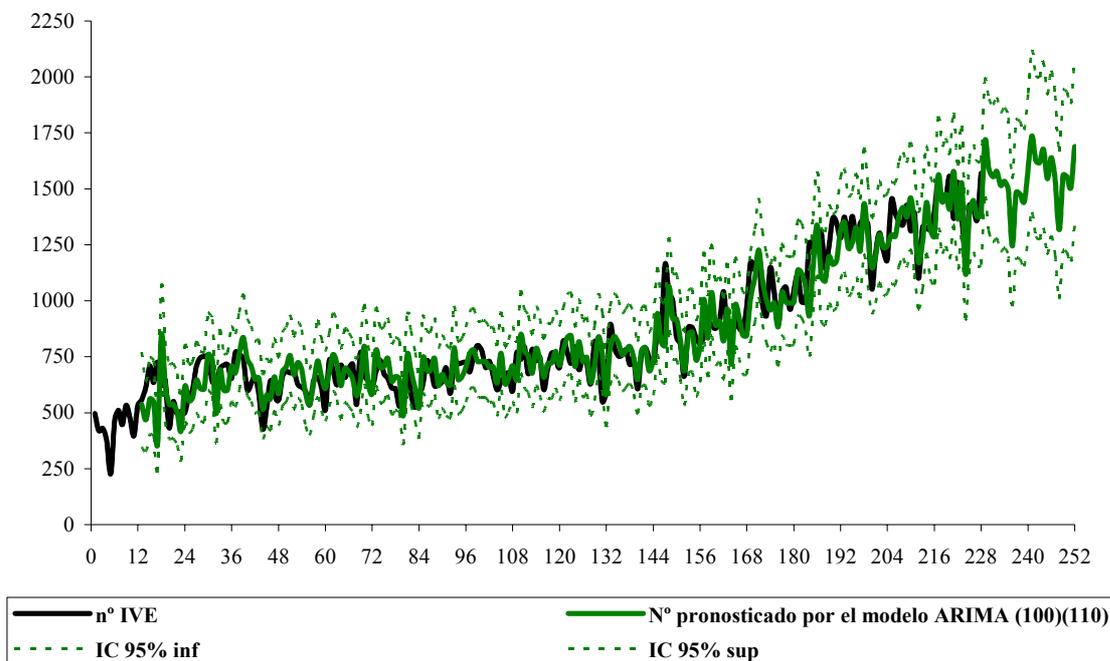
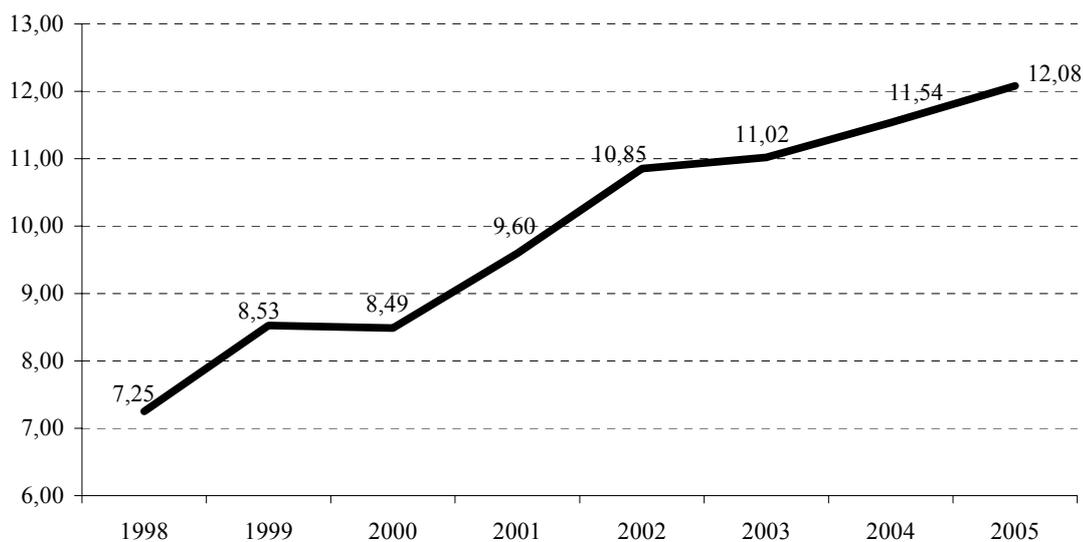
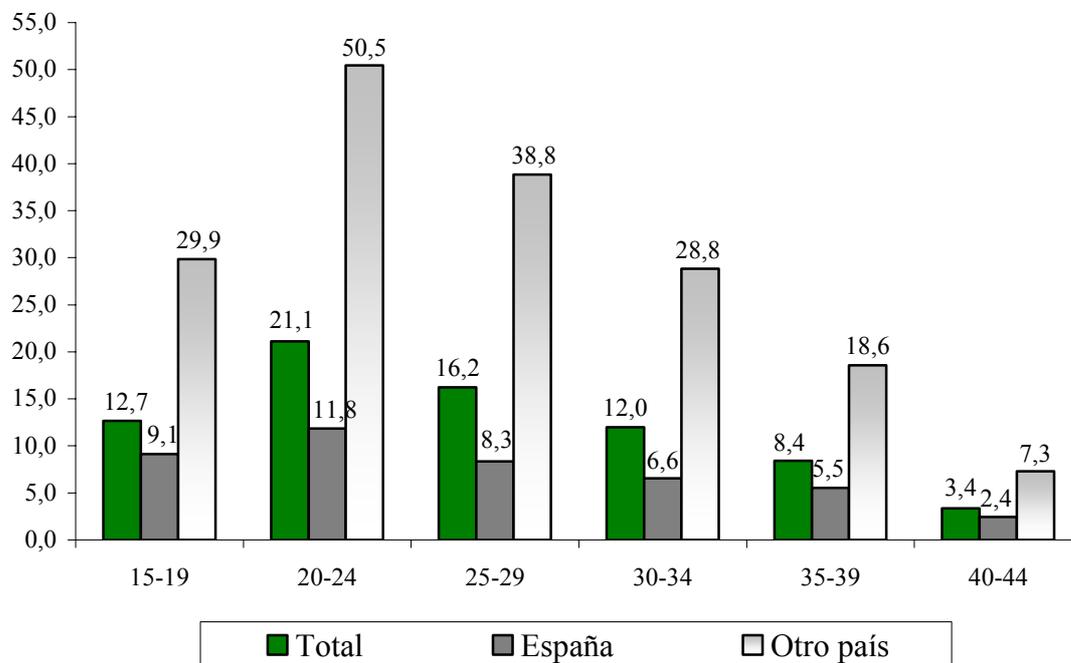


Grafico 2.
IVE en mujeres residentes en la CM
Evolución de la tasa de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años).
1998-2005.



* Población: Padrón continuo 1998-2005 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

Grafico 3.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil
Según país de nacimiento y grupo de edad
Año 2005



*

Población: Padrón continuo 1998-2005 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

Gráfico 4.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Distribución según edad y país de origen
Año 2005

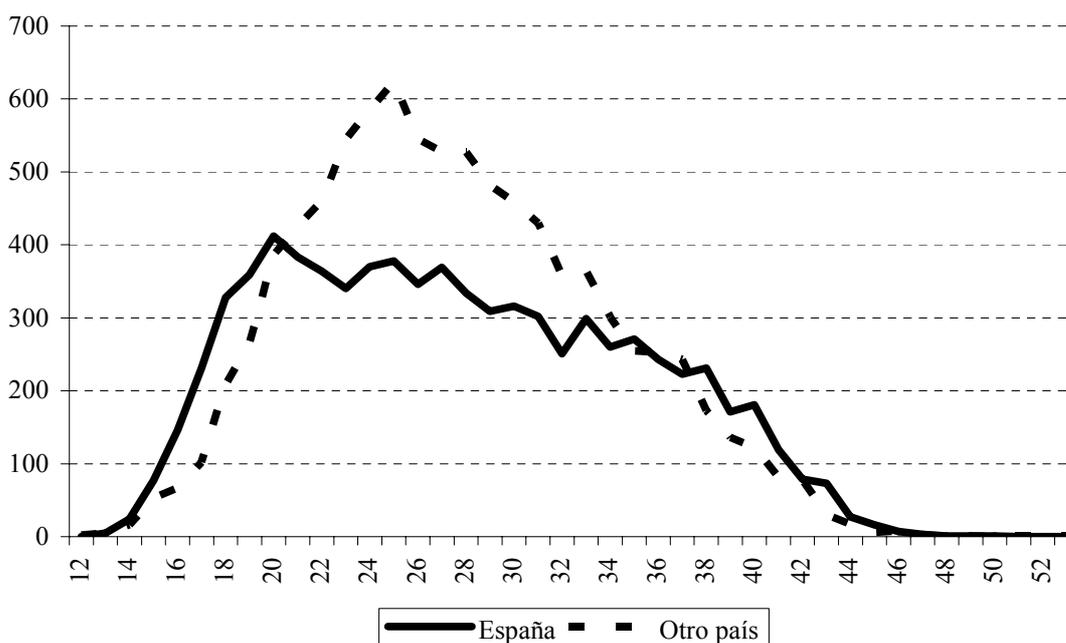
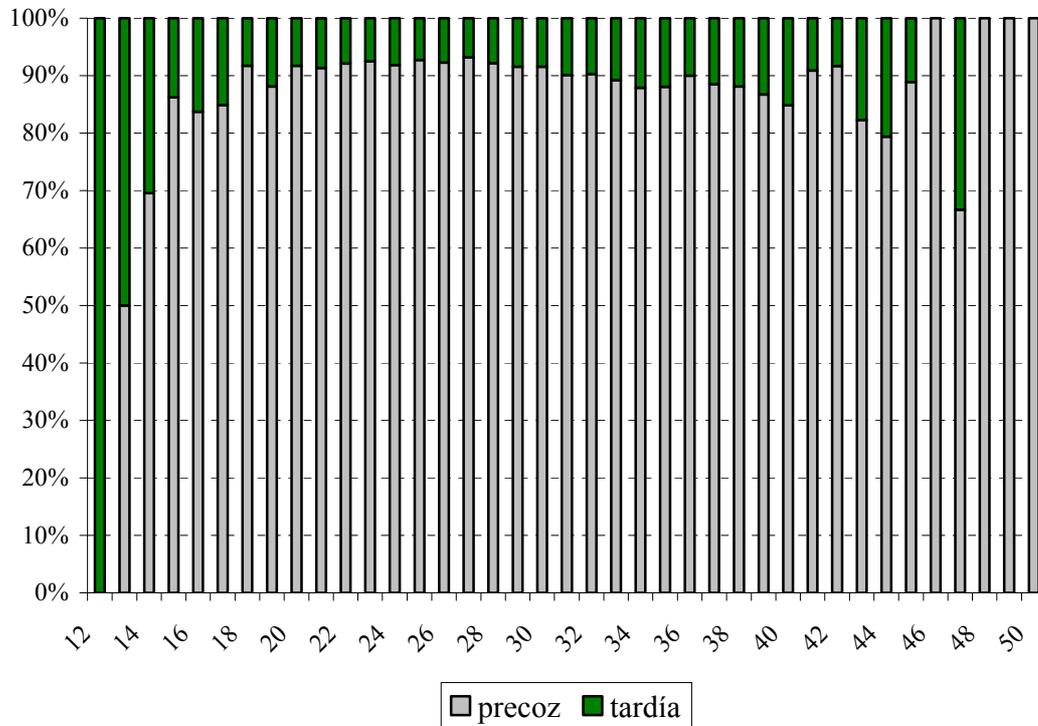


Gráfico 5.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
IVE precoz (≤ 8 semanas de gestación) e IVE tardía (>15 semanas de gestación)
según la edad de la mujer
Año 2005





ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2006, semanas 5 a 8
(del 29 de enero al 25 de febrero 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.

HEPATITIS A

Durante el año 2006 se han notificado 21 casos de hepatitis A, lo que supone una incidencia acumulada de 0,35 casos por 100.000 habitantes, 4 casos menos que los notificados durante ese mismo período del año 2005 (incidencia de 0,44 casos por 100.000 habitantes). Las áreas sanitarias con mayor incidencia han sido la 2 y la 7, con 1,13 y 1,08 casos por 100.000 habitantes respectivamente. En la semana 6 se ha notificado un brote familiar con tres afectados.

En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor incidencia se ha observado en el distrito de Aranjuez (Área 11) con 3,64 casos por 100.000 habitantes, seguido de Chamartín (Área 2) con 1,42 casos por 100.000 habitantes, Centro (Área 7) con 1,38 casos por 100.000 habitantes, Salamanca (Área 2) con 1,33 casos por 100.000 habitantes y Chamberí (Área 7) con 1,31 casos por 100.000 habitantes.

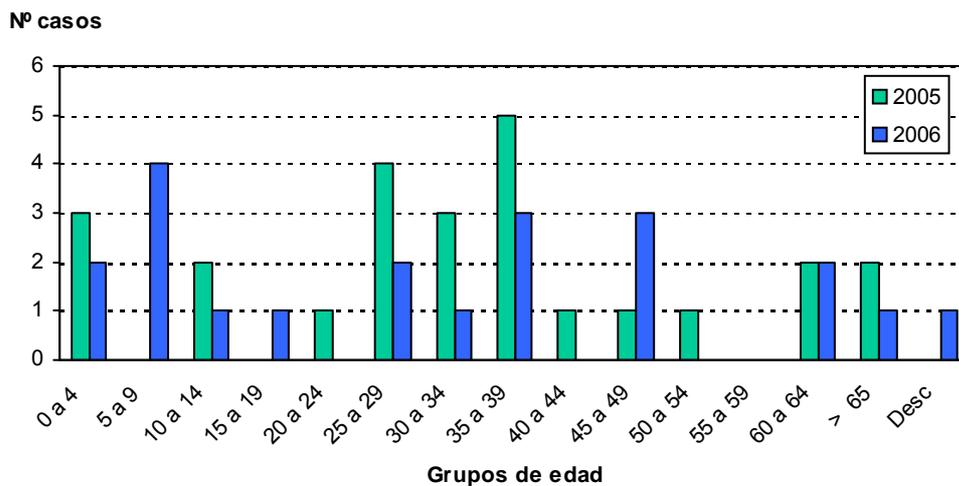
En 2 casos no se conocía el sexo, y el 68,4% de los casos restantes eran varones. En cuanto a la edad, no disponía de información en un caso, y en los 20 casos restantes, el rango osciló entre los 3 y los 74 años; el 40,0% se presentó en el grupo de edad de 0 a 19 años, el 30,0% en el grupo de 25 a 39 años y el 30,0% en los mayores de 45 años. En el gráfico nº 1 aparece la distribución de casos de hepatitis A por grupos de edad, en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 8 de los años 2006 y 2005.

El 95,2% de los casos se clasificó como confirmado y el 4,8% restante como sospechoso/probable. La confirmación se realizó a través de las pruebas serológicas.

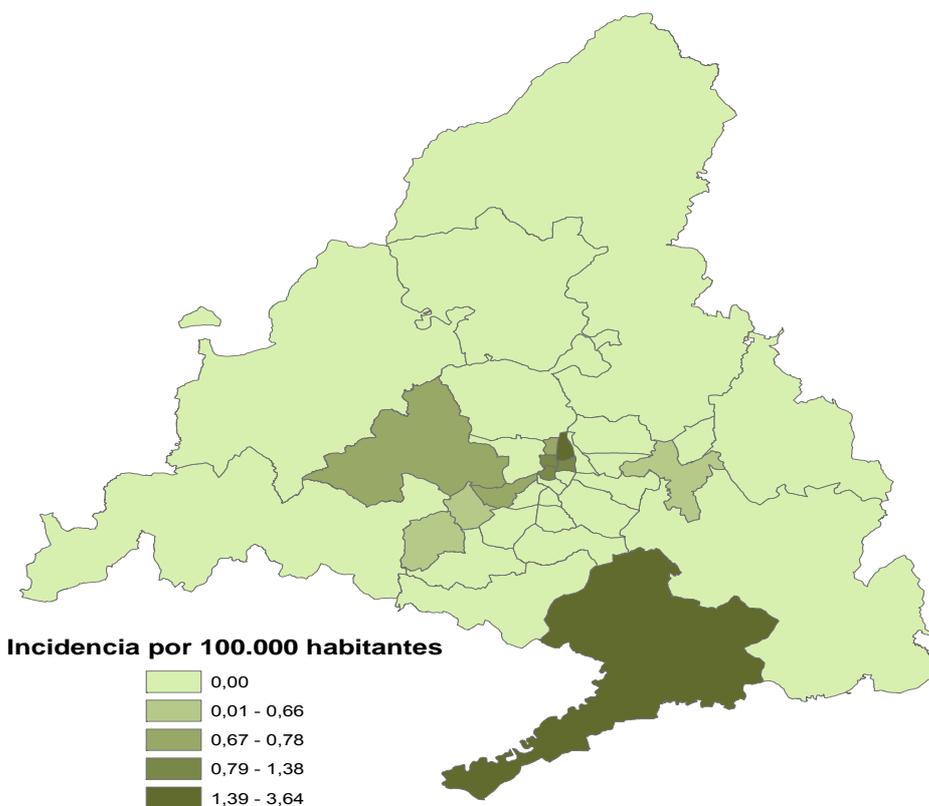
El 47,6% de los casos no estaba vacunado y en el resto de los casos no se conocía el estado vacunal.

Cuatro casos se registraron como asociados a otros casos del entorno familiar, tres de los cuales pertenecían al brote notificado. No se recogió la existencia de ningún factor de riesgo conocido, aunque en dos casos constaba el antecedente de viajes internacionales a países de riesgo para la transmisión de la hepatitis A.

Gráfico 1. HEPATITIS A. Casos notificados en las semanas 1 a 8. Distribución por grupos de edad. Años 2006 y 2005. Comunidad de Madrid.



Mapa 1.- HEPATITIS A. Incidencia Acumulada por distritos sanitarios. Semanas 1- 8. Año 2006. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2006, semanas 5 a 8 (29 enero a 25 de febrero)

| Enfermedades | AREA 1 | | AREA 2 | | AREA 3 | | AREA 4 | | AREA 5 | | AREA 6 | | AREA 7 | | AREA 8 | | AREA 9 | | AREA 10 | | AREA 11 | | TOTAL*** | |
|--------------------------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
| | Sem. | Acumu. | Sem. | Acumu. |
| Inf que causan meningitis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enf. meningocócica | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 15 | 23 |
| Enf. inv. H. influenzae | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Meningitis bacterianas, otras | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 1 | 3 | 10 | 18 |
| Meningitis víricas | 4 | 6 | 4 | 8 | 3 | 5 | 0 | 2 | 2 | 2 | 14 | 18 | 2 | 2 | 10 | 14 | 7 | 9 | 1 | 2 | 4 | 5 | 51 | 73 |
| Hepatitis víricas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis A | 0 | 0 | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 6 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 17 | 21 |
| Hepatitis B | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 8 | 13 | 20 |
| Hepatitis víricas, otras | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 11 | 17 |
| Enf transmisión alimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Botulismo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cólera | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Disentería | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| F. tifoidea y paratifoidea | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Triquinosis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enf transmisión respiratoria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gripe | 489 | 790 | 955 | 1491 | 428 | 717 | 711 | 990 | 1649 | 2452 | 1159 | 1678 | 1526 | 3030 | 1431 | 2285 | 323 | 601 | 191 | 271 | 1214 | 2074 | 10076 | 16379 |
| Legionelosis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Varicela | 574 | 935 | 359 | 603 | 598 | 1123 | 308 | 522 | 429 | 805 | 548 | 879 | 382 | 602 | 274 | 483 | 242 | 548 | 56 | 114 | 509 | 853 | 4279 | 7467 |
| Enf transmisión sexual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Infección Gonocócica | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 9 | 17 |
| Sífilis | 0 | 0 | 4 | 5 | 0 | 0 | 3 | 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 5 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 6 | 10 | 20 | 31 |
| Antropozoonosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brucelosis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Leishmaniasis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Rabia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enf prevenibles inmunización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Difteria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Parotiditis | 0 | 1 | 4 | 5 | 4 | 13 | 5 | 6 | 3 | 3 | 7 | 10 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 0 | 1 | 6 | 8 | 35 | 54 |
| Poliomielitis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rubéola | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Sarampión | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 6 | 6 | 1 | 1 | 4 | 4 | 27 | 27 |
| Tétanos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tos ferina | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 6 |
| Enf importadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre amarilla | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Paludismo | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 12 |
| Peste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tifus exantemático | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tuberculosis * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TB respiratoria* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| TB, otras* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Enf notificad sist especiales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E.E.T.H. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Lepra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Rubéola congénita | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Sífilis congénita | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Tétanos neonatal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| P.F.A. (< 15 años) | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Poblaciones ** | 717.326 | | 438.035 | | 329.782 | | 563.398 | | 709.642 | | 592.297 | | 547.894 | | 446.743 | | 387.885 | | 301.514 | | 770.313 | | 5.804.829 | |
| Cobertura de Médicos | 78,49 % | | 83,60% | | 95,71 % | | 95,02 % | | 73,42% | | 80,01% | | 72,46 % | | 75,39 % | | 67,39% | | 73,03 % | | 71,56 % | | 78,32 % | |

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2004 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Area no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ninguna área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 5 a 8 (del 29 de enero al 25 de febrero 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.

Brotes de origen alimentario. Año 2006. Semanas 5-8

| Área | Localización | Ámbito | Exp. | Enf. | Vehículo sosp. | Agente causal |
|------|------------------------|-----------------|------|------|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Madrid (Moratalaz) | Colegio | 30 | 13 | Chocolatinas | Desconocido |
| 2 | Madrid (Chamartín) | Familiar | 5 | 5 | Tortilla de patatas | <i>S. enteritidis</i> |
| 4 | Madrid (Ciudad Lineal) | Familiar | 4 | 2 | Chorizo frito | Desconocido |
| 6 | Majadahonda | Familiar/Asador | 2 | 2 | Pollo asado / Croquetas | Desconocido |
| 6 | Madrid (Moncloa) | Catering | 7 | 6 | Desconocido | <i>Salmonella sp</i> |

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

Brotes de origen no alimentario. Año 2006. Semanas 5-8

| Area | Tipo de brote | Localización | Ámbito | Exp. | Enf. | Agente causal |
|------|---------------|----------------------|-----------------------|------|------|------------------|
| 2 | Parotiditis | Coslada | Colegio | 25 | 2 | V. parotiditis* |
| 3 | GEA | Meco | Residencia PPMM | 145 | 25 | Virus* |
| 5 | GEA | Madrid (Fuencarral) | Familiar | 4 | 3 | Virus* |
| 6 | GEA | Madrid (Moncloa) | Colegio Mayor | 85 | 14 | Desconocido |
| 8 | GEA | Móstoles | Residencia PPMM | 370 | 74 | <i>Norovirus</i> |
| 9 | GEA | Leganés | I. sanitaria | 152 | 27 | <i>Norovirus</i> |
| 11 | GEA | Madrid (Carabanchel) | Centro de día PPMM | 82 | 29 | Desconocido |

*Agente causal no confirmado por laboratorio
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos; GEA: Gastroenteritis aguda

**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2006. Semanas 5-8 y datos acumulados hasta la semana 8**

| Brotes de origen alimentario | Nº brotes | | Nº casos | |
|--|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | Sem 5-8 | Acum. | Sem 5-8 | Acum. |
| <i>Lugar de consumo</i> | | | | |
| Bares, restaurantes y similares | 1 | 4 | 6 | 19 |
| Domicilio | 3 | 4 | 9 | 12 |
| Centros escolares | 1 | 3 | 13 | 74 |
| Total | 5 | 11 | 28 | 105 |
| Brotes de origen no alimentario | Sem 5-8 | Acum. | Sem 5-8 | Acum. |
| Gastroenteritis aguda | 6 | 14 | 172 | 561 |
| Hepatitis A | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Parotiditis | 1 | 2 | 2 | 9 |
| Total | 7 | 17 | 174 | 573 |
| TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS | 12 | 28 | 202 | 678 |

Se han notificado 5 **brotes de origen alimentario** ocurridos entre el 29 de enero y el 25 de febrero de 2006. Dos de los 28 enfermos de estos brotes requirieron ingreso hospitalario en relación a un cuadro de salmonelosis tras el consumo de diversos alimentos elaborados, al menos en parte, en un establecimiento que no disponía de la correspondiente licencia urbanística municipal. El mayor número de brotes ocurridos en este periodo ha sucedido en el ámbito familiar, es decir, relacionado con alimentos preparados en domicilios particulares, aunque en uno de los casos los alimentos sospechosos consumidos en el domicilio habían sido adquiridos ya elaborados en un establecimiento.

Han ocurrido también 7 **brotes de origen no alimentario**. Casi todos ellos (6 brotes) han correspondido a cuadros de gastroenteritis aguda con probable transmisión directa (persona-persona). El número de personas afectadas en estos brotes ha sido elevado, al corresponder casi todos ellos a colectivos cerrados (residencias de ancianos, hospitales, colegios mayores). Sin embargo, no se han producido ingresos hospitalarios ya que el cuadro clínico ha presentado las características clínicas y evolutivas propias de un proceso de origen vírico. Además de los brotes de gastroenteritis, también se ha notificado un pequeño brote de parotiditis (sólo 2 casos) entre alumnos de un colegio público de Coslada.

Desde el comienzo del año hasta la semana 8 de 2006, se han notificado 28 brotes epidémicos, 678 casos asociados y 3 ingresos hospitalarios. La mitad de estos brotes y 82,7% de los enfermos corresponden a brotes de gastroenteritis aguda no relacionados con el consumo de alimentos o agua. Los colectivos implicados en este tipo de brotes han sido 8 centros geriátricos, 3 instituciones sanitarias cerradas, 1 colegio mayor, 1 concentración deportiva y 1 grupo familiar. En 6 de ellos se confirmó mediante coprocultivo el origen vírico del brote, 5 por norovirus y 1 por rotavirus. El segundo lugar en frecuencia lo ocupan los brotes de origen alimentario (39,3% de todos los brotes). También se han notificado 2 brotes de parotiditis, ambos en centros escolares, y 1 brote de hepatitis A de ámbito familiar.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2006, semanas 5 a 8
(Del 29 de enero al 25 de febrero 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 31 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, 2004" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2005, Vol. 10, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/agosto2005.pdf>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/noticias/pdf/GRIPE05.pdf>

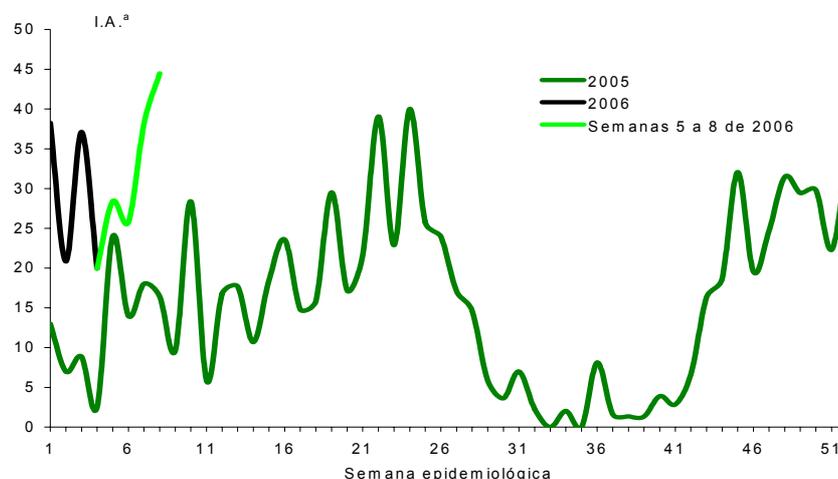
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 78,5 %, siendo la cobertura durante el año 2006 del 70,8 %.

VARICELA

Durante las semanas 5 a 8 del año 2006 han sido declarados 106 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 136,8 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 110,8 – 162,8). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y el año 2005.

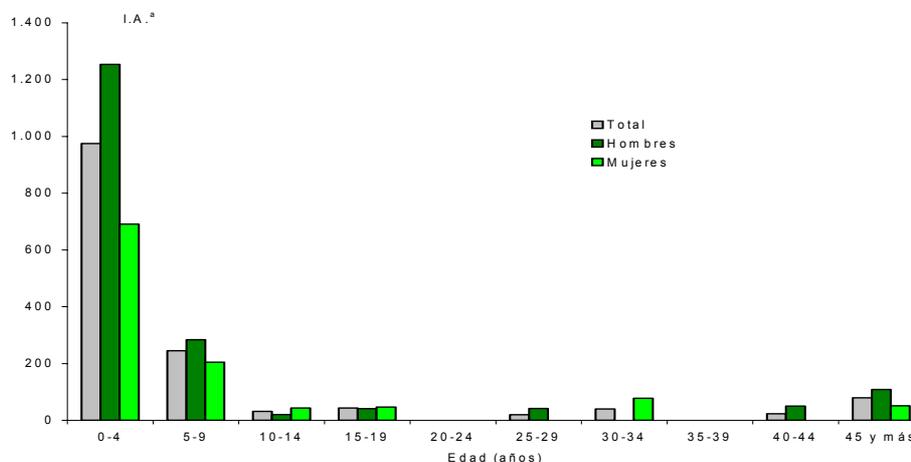
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El 62,3 % de los casos (66) se dio en hombres, y el 37,7 (40) en mujeres. El 96,1 % de todos los casos notificados se produjo en individuos con 30 o menos 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 5 a 8 de 2006.



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En el 45,3 % de los casos (48) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela y en un caso el contacto con un caso de herpes zoster; 38 casos (35,8%) se dieron en el seno de un brote, y en el 16,0 % (17 casos) la fuente se desconocía; el lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 50,9 % de los casos; el hogar lo fue en 17 casos, y en 33 casos (35,0 %) el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 5 a 8 del año 2006.

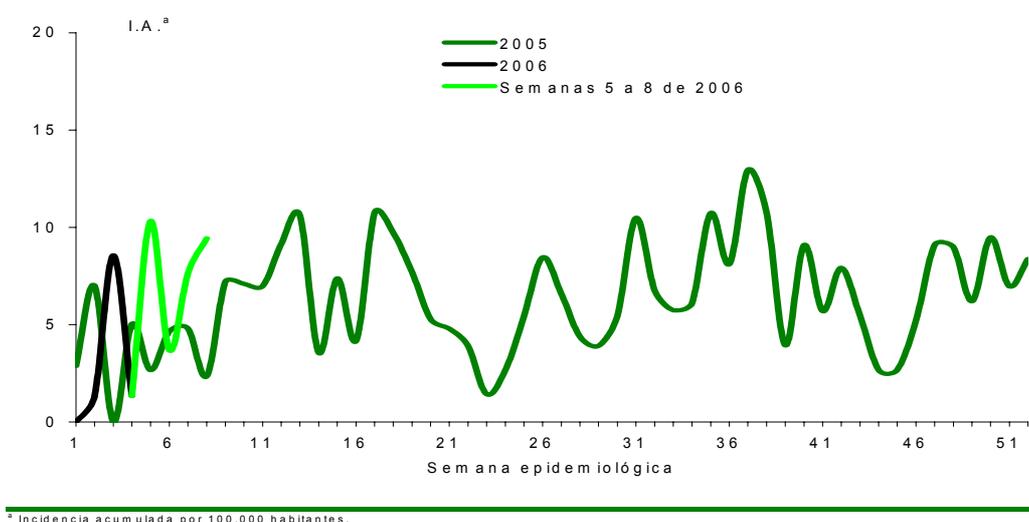
| | n | (%) |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Fuente de exposición | | |
| Caso de varicela | 48 | (45,3) |
| Caso de herpes zóster | 1 | (0,9) |
| Brote de varicela | 38 | (35,8) |
| Desconocido | 19 | (17,9) |
| Total | 106 | (100) |
| Lugar de exposición | | |
| Guardería | 19 | (17,9) |
| Colegio | 35 | (33,0) |
| Hogar | 17 | (16,0) |
| Trabajo | 0 | (0,0) |
| Desconocido | 35 | (33,0) |
| Total | 106 | (100) |

Como únicas complicaciones se registraron en este período una infección bacteriana en una niña de 13 años, y una complicación ocular en una niña de 6 años.

HERPES ZÓSTER

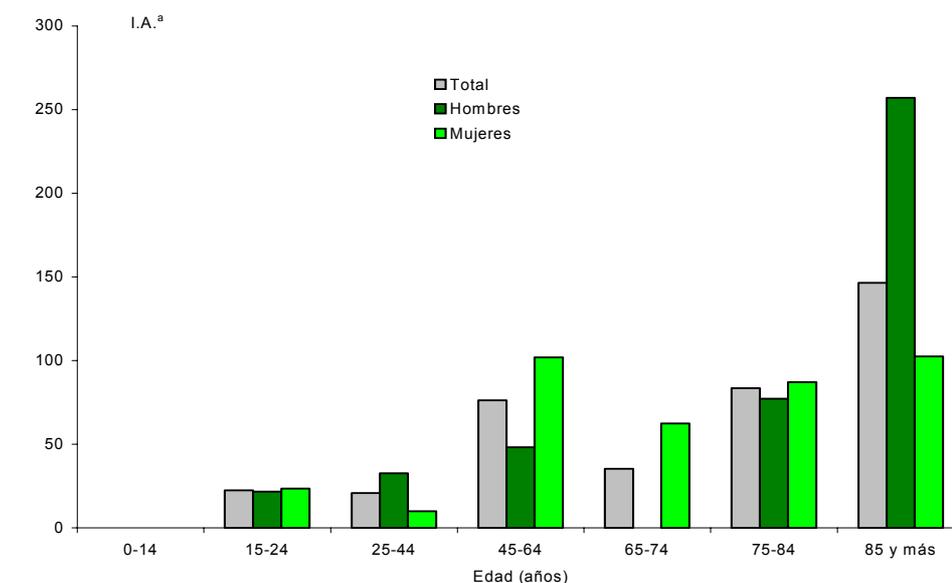
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 24 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 5 a 8, lo que representa una incidencia acumulada de 31,0 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 18,6 – 43,4). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2005 y 2006. 15 de los casos (62,5 %) se notificaron en mujeres, y 9 (37,5 %) en hombres. La edad mediana fue de 54 años. Todos los casos se dieron en personas mayores de 15 años, y el 73,9 % se dio en personas mayores de 40 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 5 a 8 de 2006.



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

CRISIS ASMÁTICAS

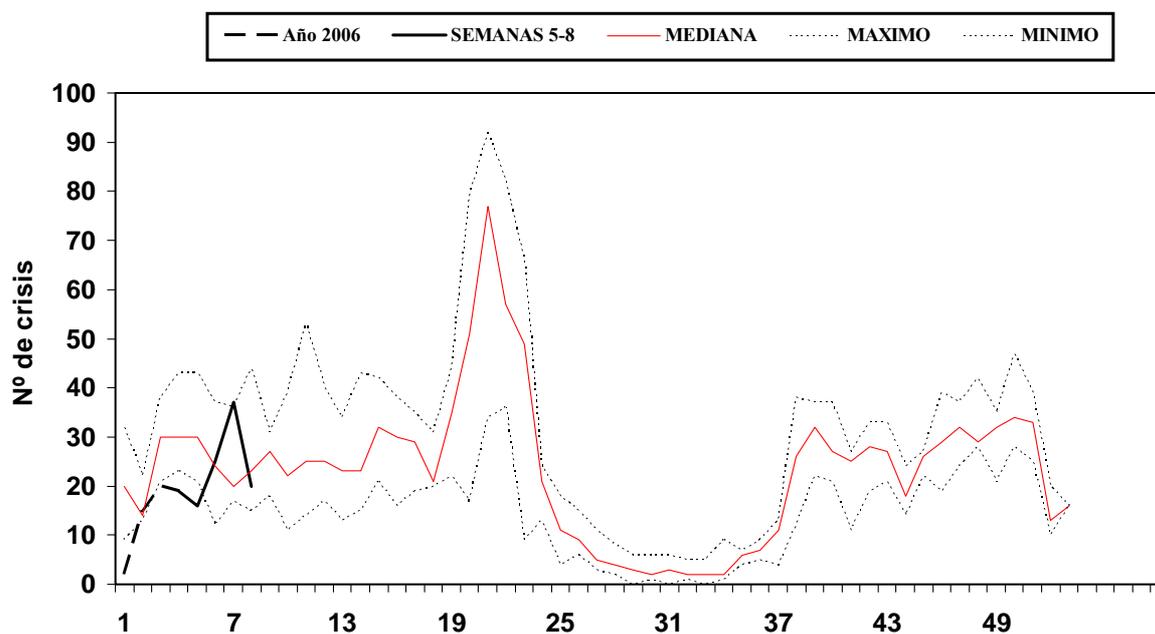


TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 5 a 8 de 2006.

| | Semanas 5 a 8 | Año 2006 |
|--------------------|---------------|----------|
| Gripe ^a | 59 | 139 |
| Varicela | 106 | 170 |
| Herpes zoster | 24 | 32 |
| Crisis asmáticas | 98 | 154 |

^a Desde la semana 40 de 2005 hasta la 20 de 2006.

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.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

(una vez en esta dirección ir a:
Consejería de Sanidad y Consumo -> Publicaciones
-> Boletín Epidemiológico.)

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