

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

3.

INFORMES:

- **Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, año 2004.**
- **Interrupciones voluntarias de embarazo realizadas en la Comunidad de Madrid, año 2004.**

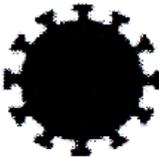
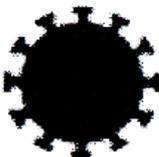
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

3

Índice

INFORMES:

	- Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2004.	3
	- Interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), realizadas en la Ciudad de Madrid, año 2004.	71
	- EDO. Semanas 9 a 13 (del 27 de febrero al 2 de abril de 2005)	83
	- Brotes Epidémicos. Semanas 9 a 13, 2005.	87
	- Red de Médicos Centinela, semanas 9 a 13, 2005.	89

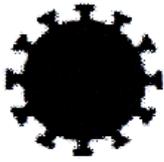


Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

Tirada: 2.900 ejemplares
Edición: 04/05

Depósito Legal: M-26.256-1989
Imprime: B.O.C.M.

ISSN: 1135-3155



VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID SITUACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2004

Elaborado por: Dulce López-Gay, Concepción Izarra Pérez

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	33
Prevalencia de casos de Sida a 31 de diciembre de 2004	39
Supervivencia de los casos de Sida diagnosticados entre 1997 y 2000	40
Vigilancia de la infección por el VIH a través de los laboratorios	44
Vigilancia de la transmisión vertical de la infección por VIH	47
Accidentes con material potencialmente contaminado por el VIH	57
Prevalencia de anticuerpos frente al VIH en madres de recién nacidos	63

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 2004 se habían notificado 16.966 casos de Sida con residencia en la CM en el momento de su diagnóstico, el 60,4% 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, aunque el descenso es menor a partir del año 2000.

En el año 2004 se notificaron 347 casos de Sida diagnosticados en ese año (a finales de 2003 se habían notificado 338 casos diagnosticados ese año). El 80% eran hombres. El 72% tenían entre 30 y 49 años al diagnóstico. Sólo se diagnosticó un caso pediátrico infectado por transmisión vertical. Entre los adolescentes/adultos (13 años o más de edad), de los 276 hombres, el 45% se habían infectado por compartir jeringuillas al usar drogas por vía parenteral (UDVP), el 17% (47 casos) se habían infectado por transmisión heterosexual (HTX) y el 29% a través de relaciones sexuales con otros hombres (HSH); de las 70 mujeres, el 29% eran UDVP y el 64% (45 casos) HTX. En relación al país de origen, se observa que el 14% no eran de España aunque residieran en la CM. El 40% se había diagnosticado de infección por VIH, en el año previo al diagnóstico de Sida.

A finales de 2004 había en la CM 6.719 casos de Sida vivos, el 81% había contactado con el sistema sanitario en los años 2003 o 2004. La prevalencia de casos de Sida en adolescentes/adultos por 100.000 habitantes era de 209 entre los hombres y de 56 entre las mujeres. En menores de 13 años la prevalencia era de 13 casos por 100.000

Hasta diciembre de 2004 se habían notificado, por los laboratorios, 65.145 pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas. En el año 2004 se han notificado un 3% más de pruebas positivas que en el 2003. 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 20.000 y 25.000, incluidos los casos de Sida.

La prevalencia acumulada de infección por VIH, entre 1996 y 2003, en mujeres de la CM que paren un hijo vivo es del 2,23 por mil (223 por 100.000).

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 3% para el periodo entre 1998 y 2004 y son más altas para aquellos niños cuya madre se infectó por vía HTX (5%) que para las UDVP (1,5%). En los últimos 4 años, el 89% recibieron profilaxis durante el embarazo y/o durante el periodo perinatal pero, el 1,3% no recibió ningún tipo de profilaxis. En el año 2004 se han notificado 98 niños nacidos con anticuerpos, se sabe que 4 de ellos están infectados (4%).

De los accidentes ocurridos 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. Desde 1998 no se ha notificado ninguna seroconversión.

CASOS DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) 31 DE DICIEMBRE DE 2.004

Hasta el 31 de diciembre de 2004 se habían notificado 18.505 casos de Sida al Registro de casos de la CM, 16.966 casos tenían su residencia habitual en nuestra Comunidad en el momento del diagnóstico (Tabla I.1), el 60,4% de ellos sabemos que han fallecido.

Incidencia de casos diagnosticados de Sida

La incidencia de casos diagnosticados de Sida se ve afectada por la ampliación de los criterios definatorios de Sida (revisiones en 1985, 1987 y 1992)¹⁻³ y la aparición de tratamientos cada vez más efectivos que retrasan el desarrollo de la enfermedad en personas infectadas.

Desde la introducción de la terapia combinada con antirretrovirales de gran actividad (TARGA) a partir del segundo semestre de 1996, las tendencias de la incidencia de Sida reflejan cada vez menos las tendencias de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Desde entonces, las tendencias de los diagnósticos de casos de Sida reflejan cada vez más a las personas con un diagnóstico tardío de infección por VIH, a las personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral y a aquellos en los que el tratamiento ha fallado (resistencias, efectos secundarios, etc.). Por todo lo anterior, aunque es fundamental la vigilancia de la infección por el VIH, sigue siendo importante la vigilancia de los casos de Sida.

La incidencia de casos de Sida diagnosticados (Gráfico I.1) aumentó desde 1982 hasta 1994, año en el que se incluyeron 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). Entre el año 1994 y 1997 se observa un descenso del 38% en los nuevos diagnósticos de Sida. Tras la introducción de los TARGA (1996-1997) la disminución en la incidencia anual continúa; entre 1997 y 1999 los nuevos casos disminuyeron un 40%, este descenso continúa aunque cada vez menos pronunciado hasta el 2004, entre el 2002 y 2003 el descenso ha sido del 4,5% (Tabla I.2 y I.3). Los datos de 2004, debido al retraso en la notificación, están aún incompletos.

Edad

Entre 1998 y 2003 solo se han diagnosticado 17 casos de Sida pediátrico, 15 de ellos por transmisión vertical. El gran descenso de casos de Sida pediátricos observado desde la introducción de los TARGA en 1997, se debe sobre todo a la efectividad de la profilaxis de la transmisión vertical con tratamientos combinados (Gráfico I.2).

Por grupos de edad, entre 1999 y 2003 han disminuido los casos entre 20 y 29 años un 43% y los mayores de 59 años un 32% aunque en este último grupo se observa un incremento en 2004; los casos entre 40 y 49 años han aumentado un 13%. El 70% de los casos diagnosticados en el año 2003 tenían entre 30 y 44 años (Gráfico I.3, Tabla I.4).

La mediana de edad al diagnóstico de Sida continúa aumentando en los usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y en las mujeres infectadas por vía heterosexual (HTX) mientras que permanece estable en los hombres infectados por vía HTX y en los que tienen relaciones con otros hombres (HSH) (Gráfico I.4). En el año 2003 la mediana de edad al

diagnóstico en UDVP ha sido de 38 años en los hombres y 36 en las mujeres y en infectados por vía HTX ha sido de 37 años en ambos géneros mientras que en HSH es de 40 años.

De los casos notificados y diagnosticados en el 2004, el 61,6% tenían entre 30 y 44 años y solo 1 fue un niño que se había infectado por transmisión vertical. La mediana de edad fue de 40 años en los hombres (39 en HSH y en UDVP y 40 en HTX) y de 38 años en las mujeres (37 en UDVP y en HTX).

Género

Del total de casos notificados el 80% son hombres, la razón de masculinidad (hombres/mujeres) es de 4,0. Entre 1999 y 2003 la razón de masculinidad aumentó de 3,3 a 4,1 y en los casos diagnosticados en el 2004 fue de 4,0 (Tabla I.5).

Entre 1999 y 2003 los nuevos diagnósticos disminuyen un 26,6% en hombres y un 40,6% en mujeres (Gráfico I.5).

Tasas de incidencia

En el año 2003 las tasas de incidencia de casos de Sida fueron de 13,7 por cien mil habitantes entre los hombres y de 5,3 por cien mil habitantes entre las mujeres, similares a las observadas en el año 2002 (Gráfico I.6). Las tasas más altas se observaron en los hombres en todos los grupos de edad: 34,2 casos por cien mil habitantes en el grupo de 30 a 39 años, 29,5 en el de 40 a 49 años y 11 en el de 50 a 59 años. En las mujeres las tasas más altas se observaron en el grupo de 30 a 39 con 9,7 casos por cien mil (Gráfico I.7).

Categorías de transmisión

Entre 1999 y 2003, los nuevos casos de Sida disminuyeron un 59% en el grupo de UDVP (40% en hombres y 65% en mujeres), un 13% en HSH (Gráfico I.8 y I.9, Tablas I.3 y I.6). La categoría de exposición HTX aumenta un 17% en hombres y un 10% en mujeres. En el año 2003, por primera vez el número de casos de Sida en mujeres infectadas por transmisión heterosexual supera al de mujeres UDVP, diferencia que continúa en el 2004 (Gráfico I.2, Tabla I.7).

De los 275 casos en hombres adolescentes/adultos diagnosticados en el 2004, el 45,5% han sido o son UDVP, el 17% refieren haberse infectado por relaciones heterosexuales y el 29% por relaciones homosexuales, porcentajes muy diferentes a los observados en el total de casos acumulados (1982-2004): 67%, 7% y 20,6% respectivamente.

De las 70 mujeres adolescentes/adultas diagnosticadas de Sida en el año 2004, el 28,6% han sido o son UDVP y el 64,3% refieren haberse infectado por relaciones heterosexuales, mientras que en el total de casos acumulados suponen respectivamente el 66,5% y el 30% de las mujeres.

Transmisión vertical

Desde 1997, cuando se inicia la profilaxis de la transmisión vertical con TARGA, se han diagnosticado 20 casos de Sida por transmisión vertical pero solo 4 habían nacido entre los años 1998 y 2004. En ninguno de esos 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 los 20 casos infectados por transmisión vertical y diagnosticados entre 1998 y 2004, 16 se diagnosticaron en menores de 13 años y suponen el 89% (16/18) de los casos pediátricos diagnosticados en esos años (Gráfico I.9, Tabla I.8) y 4 casos se diagnosticaron en adolescentes/adultos: 3 con 14 años y 1 con 15 años.

Localización geográfica

Por área sanitaria de residencia al diagnóstico de Sida, en el año 2003 respecto al año 1999, disminuyen los casos en todas las áreas sanitarias excepto en el área 6 cuya tasa aumenta 2 casos por 100.000 habitantes y en el área 8 que permanece más o menos estable. Las áreas donde más disminuyen las tasas de incidencia son la 11, 7, 3 y 1 (Gráfico I.10).

En la Tabla I.8 se describen los casos de Sida diagnosticados entre 1999 y 2004 por área sanitaria.

País de origen

La variable país de origen en los casos de Sida se empieza a recoger de forma exhaustiva en el año 2001, por ello, los análisis donde interviene esta variable solo se refieren al periodo 2001-2004.

De los pacientes diagnosticados de Sida desde el año 2001, el 14,3% refieren un país de origen distinto a España, las áreas sanitarias con un mayor porcentaje de casos en inmigrantes son la 3, 6, 7 y 9 (Tabla I.9). Entre 2001 y 2003 este porcentaje ha aumentado de un 12,4% a un 16% (Tabla I.10).

En el año 2004, de los 49 casos que refieren un país de origen distinto de España el 37% son mujeres. El 42% de los hombres y el 89% de las mujeres se habían infectado por vía heterosexual, el 48,5% de los hombres referían prácticas sexuales con otros hombres y solo el 6% del total eran UDVP. La mediana de edad al diagnóstico de Sida de los hombres con prácticas homosexuales era menor que la de los de España (32 y 40 años respectivamente) mientras que la de los infectados por vía heterosexual era la misma (40 años los hombres y 37 las mujeres). El 91% de los homosexuales y el 72,4% de los heterosexuales referían el diagnóstico de infección por VIH en el año previo al diagnóstico de Sida, aunque se desconoce si realmente se trata de un diagnóstico tardío o si conocían antes su estado serológico.

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 periodos dentro del diagnóstico tardío: menos de 4 meses de diferencia entre ambos intervalos: diagnóstico *simultáneo* y de 4 a 12 meses⁵

El 39% de todos los casos diagnosticados en adolescentes/adultos hasta la fecha, se habían diagnosticado de infección por VIH en el año previo (diagnóstico tardío), este porcentaje ha aumentado en los últimos años llegando al 42% en el año 2004.

Tras la introducción de los TARGA, entre 1997 y 2004, el porcentaje de casos de adolescentes/adultos diagnosticados de Sida con un diagnóstico tardío de la infección VIH, aumenta de un 27% en 1997 a más del 40% durante los últimos 3 años. 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 (Gráficos I.11 y I.12, Tabla I.11).

En los últimos 5 años (Tabla I.12), el porcentaje de pacientes diagnosticados de Sida con un diagnóstico tardío de infección VIH ha aumentado de un 33% en 1999 a un 42% en el año 2004, sobre todo por los diagnósticos simultáneos que han aumentado del 26 al 36%. La mediana del tiempo entre el diagnóstico de infección VIH y de Sida entre los UDVP diagnosticados de Sida en este periodo fue de 111 meses, mientras que para HTX y HSH fue de 2 meses.

Para determinar que variables estaban relacionadas con un diagnóstico tardío de la infección por VIH se realizó un análisis de regresión logística, con los 1817 casos de adultos no infectados por transmisión vertical diagnosticados entre 2001 y 2004 (no se incluyeron 49 casos en los que se desconocía la fecha de diagnóstico de la infección). Se analizaron estos años porque fue a partir de 2001 cuando se recoge de forma sistemática la variable país de origen. El diagnóstico tardío de la infección VIH no estaba relacionado con el sexo ni con la edad y sí con el grupo de transmisión (HTX: OR 9,2; HSH: OR 8,8; otros OR 13) y con el país de origen (inmigrantes OR 2). Los resultados se muestran en la tabla I.13.

Enfermedades indicativas de Sida

Todas las patologías definatorias de Sida disminuyen en números absolutos en el período posterior a la introducción de los TARGA (1998-2003), en relación al período previo a dichos tratamientos (1991-1995) excepto la histoplasmosis diseminada. (Gráficos I.13 y I.14, Tabla I.14).

De las 15 histoplasmosis diagnosticadas entre 1997 y 2004, 11 (10 adultos y 1 niño) se sabe que fueron en personas con país de origen distinto a España (10 de Centro o Sudamérica)

Entre 2001 y 2004, se diagnosticaron 1866 casos de Sida en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical, el 79,5% eran hombres, el 14,3% inmigrantes y el 39,8% se habían diagnosticado de infección VIH en el año previo al diagnóstico de Sida. Respecto al grupo de transmisión el 50,2% eran UDVP, el 21,4% HTX y el 21,0% HSH. Se utiliza un modelo de regresión logística binaria para determinar que variables estaban relacionadas con el diagnóstico de las distintas enfermedades indicativas de Sida. La variable dependiente fue la presencia o no de la patología indicativa y las covariables la edad (cuantitativa), el sexo, el año de diagnóstico, el país de origen España o no, el grupo de transmisión y si el diagnóstico de la infección VIH fue precoz o tardío (categóricas). Los resultados se muestran en la tabla I.15.

Estaban más frecuentemente asociadas a los casos cuyo país de origen no era España, la criptococosis (OR 3,5), la histoplasmosis (OR 27,9) y la tuberculosis extrapulmonar/diseminada (OR 2,7) y pulmonar (OR 2,1); y a un diagnóstico tardío de la infección la neumonía por *P. Carinii* (OR 1,6) y la toxoplasmosis cerebral (OR 1,8).

Hepatitis C

La presencia o no de anticuerpos anti-VHC está recogida en el 45% de los casos diagnosticados de Sida en el año 2004 (71% de los UDVP, 35% de los HTX y 21% de los HSH).

De aquellos en los que consta el resultado, tienen anticuerpos anti-VHC positivos el 97% de los UDVP, el 22% de los HTX y el 23,5% 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 31-12-2004	16813	1530	18343
Casos pendientes de confirmar	153	9	162
TOTAL	16966	1539	18505

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	934	10,93	511	24,63
1991	1161	24,30	641	25,44
1992	1262	8,70	836	30,42
1993	1350	6,97	1060	26,79
1994	1799	33,26	1165	9,91
1995	1688	-6,17	1290	10,73
1996	1595	-5,51	1165	-9,69
1997 (1)	1112	-30,28	583	-49,96
1998	888	-20,14	369	-36,71
1999	670	-24,55	321	-13,01
2000	646	-3,58	334	4,05
2001	566	-12,38	320	-4,19
2002	492	-13,07	299	-6,56
2003	470	-4,47	301	0,67
2004 (2)	347	-26,17	197	-34,55
Total	16966		10247 (3)	

(1) Tratamientos antirretrovirales de gran eficacia (TARGA)

(2) Los datos del año 2004 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 31-12-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (1)	Datos acumulados 1982-2004
GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA							
No consta						1	7
<13	5	5	1	2	2	1	252
13-19	1		2	4		1	80
20-29	86	79	59	59	46	37	4640
30-39	398	361	289	252	228	139	8461
40-49	123	142	147	119	140	111	2424
50-59	35	38	44	40	39	36	715
60 y más	22	21	24	16	15	21	387
PAÍS DE ORIGEN (2)							
España	642	588	496	417	395	298	16347
Otro	28	58	70	75	75	49	619
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA (3)							
UDVP	339	300	245	204	203	125	9117
HTX	47	56	55	48	55	47	951
HSH	105	109	124	96	91	81	2775
TF/HD	3	2	5	1	3	1	165
Vertical			1				2
Desconocido/Otros	9	18	21	12	12	3	300
No consta	9	7	11	11	12	19	127
SUBTOTAL	512	492	462	372	376	276	13437
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA (3)							
UDVP	97	86	56	55	34	20	2181
HTX	50	59	41	53	55	45	948
TF/HD				1	1		41
Vertical	1			1			2
Desconocido/Otros	3	4	4	3	1	1	73
No consta	2		2	5	1	4	32
SUBTOTAL	153	149	103	118	92	70	3277
CASOS PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)							
Vertical	4	5	1	2	1	1	233
Otros	1				1		19
SUBTOTAL	5	5	1	2	2	1	252
RETRASO DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN VIH RESPECTO AL DE SIDA (4,5)							
Diagnóstico tardío	217	241	218	190	195	139	6395
Diagnóstico precoz	438	392	341	290	256	189	9944
TOTAL	670	646	566	492	470	347	16966

(1) Los datos del año 2004 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 (\geq 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.4
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004
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	94	318	283	105	44	30	8	13	17	934
1991	1	14	8	2	1	7	90	353	384	152	61	46	11	11	20	1161
1992	1	8	2	3		5	82	370	407	165	96	57	24	15	27	1262
1993		11	13	2		7	80	315	447	222	104	62	17	35	35	1350
1994	1	7	7	3	1	5	85	391	659	314	141	83	43	23	36	1799
1995		10	16	5		5	68	329	568	370	144	74	45	14	40	1688
1996		4	2	6		6	53	283	540	415	141	59	42	15	29	1595
1997		4	4	3		1	32	164	337	284	138	49	43	24	29	1112
1998			1	1	1	1	23	125	242	259	108	54	34	17	22	888
1999			1	4	1		13	73	188	210	88	35	27	8	22	670
2000		1	2	2			18	61	183	178	101	41	25	13	21	646
2001		1				2	14	45	106	183	102	45	26	18	24	566
2002		1		1	1	3	15	44	108	144	83	36	29	11	16	492
2003				2			6	40	94	134	101	39	24	15	15	470
2004 (1)	1	1				1	6	31	47	92	75	36	24	12	21	347
TOTAL	7	89	112	51	7	73	1005	3635	5051	3410	1626	798	457	258	387	16966

(1) En el 2004 los datos están incompletos por retraso en la notificación

Tabla I.5
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004
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	783	83,8%	151	16,2%	934	100,0%	5,2
1991	955	82,3%	206	17,7%	1161	100,0%	4,6
1992	1030	81,6%	232	18,4%	1262	100,0%	4,4
1993	1074	79,6%	276	20,4%	1350	100,0%	3,9
1994	1422	79,0%	377	21,0%	1799	100,0%	3,8
1995	1365	80,9%	323	19,1%	1688	100,0%	4,2
1996	1264	79,2%	331	20,8%	1595	100,0%	3,8
1997	851	76,5%	261	23,5%	1112	100,0%	3,3
1998	682	76,8%	206	23,2%	888	100,0%	3,3
1999	515	76,9%	155	23,1%	670	100,0%	3,3
2000	494	76,5%	152	23,5%	646	100,0%	3,3
2001	463	81,8%	103	18,2%	566	100,0%	4,5
2002	373	75,8%	119	24,2%	492	100,0%	3,1
2003	378	80,4%	92	19,6%	470	100,0%	4,1
2004 (1)	277	79,8%	70	20,2%	347	100,0%	4,0
TOTAL	13564	79,9%	3402	20,1%	16966	100,0%	4,0

(1) En el 2004 los datos están incompletos por retraso en la notificación

Tabla I.6
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004
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	100,0					0	0,0							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	78,3			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	691	74,0	52	5,6	19	2,0	16	1,7	2	0,2	11	1,2	934	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	18,1	855	67,7	104	8,2	20	1,6	12	1,0	1	0,1	36	2,9	1262	100,0
1993	11	0,8	235	17,4	898	66,5	131	9,7	16	1,2	26	1,9	1	0,1	32	2,4	1350	100,0
1994	22	1,2	269	15,0	1248	69,4	190	10,6	18	1,0	17	0,9	2	0,1	33	1,8	1799	100,0
1995	8	0,5	254	15,0	1158	68,6	182	10,8	17	1,0	31	1,8	3	0,2	35	2,1	1688	100,0
1996	5	0,3	243	15,2	1091	68,4	187	11,7	17	1,1	11	0,7	2	0,1	39	2,4	1595	100,0
1997	2	0,2	167	15,0	758	68,2	147	13,2	5	0,4	10	0,9	1	0,1	22	2,0	1112	100,0
1998	7	0,8	140	15,8	576	64,9	138	15,5	0	0,0	3	0,3			24	2,7	888	100,0
1999	11	1,6	105	15,7	436	65,1	97	14,5	4	0,6	5	0,7			12	1,8	670	100,0
2000	7	1,1	109	16,9	386	59,8	115	17,8	2	0,3	5	0,8	2	0,3	20	3,1	646	100,0
2001	13	2,3	124	21,9	301	53,2	96	17,0	5	0,9	2	0,4	2	0,4	23	4,1	566	100,0
2002	16	3,3	96	19,5	259	52,6	101	20,5	2	0,4	3	0,6	1	0,2	14	2,8	492	100,0
2003	13	2,8	91	19,4	237	50,4	110	23,4	5	1,1	1	0,2	2	0,4	11	2,3	470	100,0
2004 (1)	23	6,6	81	23,3	145	41,8	92	26,5	1	0,3	1	0,3			4	1,2	347	100,0
TOTAL	159	0,9	2775	16,4	11298	66,6	1899	11,2	223	1,3	237	1,4	20	0,1	355	2,1	16966	100,0

(1) En el 2004 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 31-12-2004
en adolescentes/adultos (>12 años)
por año de diagnóstico de Sida, sexo y grupos de transmisión ⁽¹⁾

Año	ADULTOS (>12 AÑOS)									
	Hombres					Mujeres				TOTAL
	UDVP	HSH	HTX	Otros	Subtotal	UDVP	HTX	Otros	Subtotal	
1982		1			1					1
1983	2	3		2	7					7
1984	8	4		3	15			1	1	16
1985	33	8		9	50	7			7	57
1986	77	26	1	13	117	20	4		24	141
1987	145	60	5	15	225	28	5	4	37	262
1988	363	82	12	31	488	90	17	6	113	601
1989	497	130	18	40	685	104	21	4	129	814
1990	555	141	31	48	775	118	21	4	143	918
1991	679	177	36	54	946	144	38	8	190	1136
1992	680	228	54	63	1025	161	50	12	223	1248
1993	704	235	67	55	1061	185	64	14	263	1324
1994	986	268	89	69	1412	248	101	20	369	1781
1995	942	254	96	58	1350	206	86	15	307	1657
1996	860	243	92	62	1257	221	95	10	326	1583
1997	580	167	72	27	846	171	75	9	255	1101
1998	441	140	70	31	682	129	68	7	204	886
1999	338	105	47	22	512	97	50	6	153	665
2000	296	109	56	31	492	86	59	4	149	641
2001	242	124	55	41	462	56	41	6	103	565
2002	202	96	48	26	372	55	53	10	118	490
2003	203	91	55	27	376	34	55	3	92	468
2004 (2)	125	80	47	23	275	20	45	5	70	345
TOTAL	8958	2772	951	750	13431	2180	948	148	3276	16707

- (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 el 2004 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
31-12-2004
Por año de diagnóstico de Sida, sexo 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			8	8	17
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 (2)			1		1					1
Subtotal	10	3	112	2	127	1	3	121	125	252

(1) HD: receptores de hemoderivados contaminados

TF: receptores de transfusiones contaminadas

(2) En el 2004 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: 1999-2004

	AREA SANITARIA										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
TOTAL	485	183	183	368	249	164	429	166	102	141	471
GRUPO DE EDAD											
<13	3	1		2		1	1	1		1	6
13-19	2	1		2		1	1				
20-29	54	10	31	31	26	13	58	22	21	20	42
30-39	240	90	96	201	138	80	195	90	53	77	268
40-49	138	48	41	97	58	43	107	36	16	29	114
50-59	28	21	7	25	19	19	51	11	10	8	21
60 y más	20	12	8	10	8	7	16	6	2	6	20
CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN (1)											
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS											
UDVP	270	58	80	175	103	42	115	78	35	71	231
HTX	39	21	16	39	26	35	27	19	20	13	39
HSH	60	57	19	62	48	46	165	19	16	16	73
TX/HD	1	2	1				5	1	1	1	2
VERTICAL	1										
DESC / OTROS	18	2	10	3	5		13		4	6	11
NO CONSTA	2	5	1	7	4	6	20	4	1	1	14
SUBTOTAL	391	145	127	286	186	129	345	121	77	108	370
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTAS											
UDVP	61	15	26	41	35	13	44	16	5	17	45
HTX	27	20	28	37	25	19	31	28	18	13	45
TX/HD						1			1		
VERTICAL		1		1							
DESC / OTROS	1		1		2		6		1	2	2
NO CONSTA	2	1	1	1	1	1	2				3
SUBTOTAL	91	37	56	80	63	34	83	44	25	32	95
CASOS PEDIÁTRICOS (≤ 12 AÑOS)											
TX/HD						1					1
VERTICAL	3	1		2			1	1		1	5
SUBTOTAL	3	1		2		1	1	1		1	6
AÑO DE DIAGNÓSTICO											
1999	116	33	43	65	60	15	94	26	21	34	116
2000	83	42	48	84	54	30	89	37	16	31	84
2001	91	37	26	60	36	42	79	34	16	20	83
2002	69	33	29	61	34	28	69	19	24	26	67
2003	72	24	24	55	39	29	55	27	17	19	67
2004	54	14	13	43	26	20	43	23	8	11	54
PAÍS DE ORIGEN (2001-2004)											
% DE FUERA DE ESPAÑA	10,5	12,0	22,8	6,8	15,6	18,5	17,5	16,5	23,1	17,1	11,1
DISTRITO SANITARIO											
1	32	55	104	125	60	50	241	102	50	72	32
2	79	67	79	131	14	63	62	50	52	69	52
3	49	61		112	104	51	125	14			110
4	325				71		1				159
5											116
INCIDENCIA (Nº CASOS / 100.000 HABITANTES) (2)											
1999	17,8	8,1	15,6	12,7	9,5	3,3	18,1	6,4	5,9	13,1	17,3
2003	10,2	5,5	7,5	9,8	5,6	5,1	10,0	6,2	4,5	6,5	8,9

(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 1999-2003. Instituto de Estadística de la CM

Tabla I.10
Casos de Sida de la CM notificados hasta 31-12-2004
y diagnosticados entre 2001 y 2004 por país de origen

		PAÍS DE ORIGEN				TOTAL	
		ESPAÑA		OTRO		n	%
		n	%	n	%		
AÑO DE DIAGNÓSTICO							
	2001(1)	496	87,6%	70	12,4%	566	100,0
	2002	417	84,8%	75	15,2%	492	100,0
	2003	395	84,0%	75	16,0%	470	100,0
	2004 (2)	298	85,9%	49	14,1%	347	100,0
			85,7%		14,3%		100,0
SEXO							
	Hombres	1300	80,9	191	71,0	1491	79,5
	Mujeres	306	19,1	78	29,0	384	20,5
			100,0		100,0		100,0
GRUPO DE EDAD							
	No consta			1	0,4	1	0,1
	<13	5	0,3	1	0,4	6	0,3
	13-19	4	0,2	3	1,1	7	0,4
	20-29	137	8,5	64	23,8	201	10,7
	30-39	784	48,8	124	46,1	908	48,4
	40-49	460	28,6	57	21,2	517	27,6
	50-59	144	9,0	15	5,6	159	8,5
	60+	72	4,5	4	1,5	76	4,1
			100,0		100,0		100,0
MESES ENTRE DIAGNÓSTICO VIH Y SIDA							
	0 - 3	476	30,4	142	54,2	618	33,8
	4 - 12	91	5,8	38	14,5	129	7,1
	> 12	997	63,7	82	31,3	1079	59,1
			100,0		100,0		100,0
GRUPO DE TRANSMISIÓN (3)							
Hombres	UDVP	746	57,4	31	16,2	777	52,1
	HTX	139	10,7	66	34,6	205	13,7
	HSH	310	23,8	82	42,9	392	26,3
	HD/TF	8	0,6	3	1,6	11	0,7
	Vertical	5	0,4			5	0,3
	Desconocido/otros	45	3,5	3	1,6	48	3,2
	No consta	47	3,6	6	3,1	53	3,6
	SUBTOTAL	1300	100,0	191	100,0	1491	100,0
Mujeres	UDVP	155	50,7	10	12,8	165	43,0
	HTX	133	43,5	61	78,2	194	50,5
	HD/TF			2	2,6	2	0,5
	Vertical	2	0,7			2	0,5
	Desconocido/otros	6	2,0	3	3,8	9	2,3
	No consta	10	3,3	2	2,6	12	3,1
	SUBTOTAL	306	100,0	78	100,0	384	100,0
TOTAL		1606	85,7	269	14,3	1875	100,0

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

(2) En el 2004 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

Tabla I.11
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004 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 1982-2004						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	56,3	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	19,2	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	361	40,1	103	11,4	436	48,4	900	100,0
1991	390	34,9	141	12,6	585	52,4	1116	100,0
1992	387	32,1	147	12,2	672	55,7	1206	100,0
1993	316	24,6	122	9,5	848	65,9	1286	100,0
1994	381	22,1	156	9,0	1190	68,9	1727	100,0
1995	304	18,7	102	6,3	1216	75,0	1622	100,0
1996	264	17,0	115	7,4	1171	75,5	1550	100,0
1997	217	20,1	79	7,3	785	72,6	1081	100,0
1998	234	26,7	60	6,8	583	66,5	877	100,0
1999	173	26,4	44	6,7	438	66,9	655	100,0
2000	193	30,5	48	7,6	392	61,9	633	100,0
2001	186	33,3	32	5,7	341	61,0	559	100,0
2002	158	32,9	32	6,7	290	60,4	480	100,0
2003	153	33,9	42	9,3	256	56,8	451	100,0
2004 (2)	118	36,0	21	6,4	189	57,6	328	100,0
TOTAL	4812	29,5	1583	9,7	9944	60,9	16339	100,0

(1) No se incluyen 252 casos pediátricos (edad ≤ 12 años), ni 4 casos de adultos infectados por transmisión vertical ni 371 casos en los que no consta la fecha de detección de anticuerpos anti-VIH o la fecha de diagnóstico de Sida.

(2) En el 2004 los datos están incompletos por el retraso en la notificación

CASOS PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)												
Vertical		100,0	2	100,0	2	100,0			1	100,0	1	100,0
HD/TF	10	%	3	%	13	%				%		%
SUBTOTAL	10	23,1	5	23,1	15	100,0			1	100,0	1	100,0
		%		%		%				%		%
		33,3		33,3		100,0						100,0
		%		%		%				%		%
TOTAL												
	172	61,8	106	38,2	279	100,0	18	57,4	14	42,6	32	100%
	9	%	7	%	6	%	9	%	0	%	9	

- (1) Hay 48 casos diagnosticados entre 1999 y 2003 sin fecha de detección de infección VIH y/o fecha de diagnóstico de Sida que no se han incluido
- (2) Hay 18 casos diagnosticados en el año 2004 sin fecha de detección de infección VIH y/o fecha de diagnóstico de Sida que no se han incluido. Los datos del 2004 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.13

VARIABLES RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN VIH EN LOS CASOS DE SIDA DE LA C.M. DIAGNOSTICADOS ENTRE 2001 Y 2004.
Modelo de regresión logística

	Diagnóstico tardío (0-12 meses)	Diagnóstico precoz (>12 meses)	Exp β (OR)	IC 95%	p
	n	n			
País de origen					
España	563	994	1		
Otro	178	82	1,973	1,436-2,709	0,000
Grupo de transmisión (1)					
UDVP	141	768	1		
HTX	261	131	9,236	6,945-12,282	0,000
HSH	245	139	8,802	6,666-11,622	0,000
Otros	94	38	12,966	8,528-19,715	0,000

- (1) 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

Tabla I.14
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004.
Enfermedades al diagnóstico de Sida
antes (1982-1996) y después (1997-2004) de la introducción de los TARGA

	Casos en adolescentes/adultos (>12 años)		Casos pediátricos (≤ 12 años)	
	1982-1996	1997-2004 ⁽¹⁾	1982-1996	1997-2004 ⁽¹⁾
Candidiasis esofágica	2254	611	25	6 *
Candidiasis traqueo-broco-pulmonar	35	10*	17	
Coccidiomicosis diseminada	1			
Criptococosis extrapulmonar	119	66*		
Herpes simple mucocutáneo crónico	131	45*	4	
Herpes simple broco-pulmonar y/o esofágico	34	19*		
Criptosporidiasis intestinal	237	61	7	
Histoplasmosis diseminada	4	14		1
Isosporiasis	16	8*		
Enfermedad por CMV	126	100	16	
Retinitis CMV	198	60		1
Neumonía P.Carinii	2627	1017	30	6
Toxoplasmosis cerebral	828	257		1
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	225	187		
Enf. MAI o Kansasi disem/extrapulmonar	196	87*		
TBC diseminada/extrapulmonar	2723	807	3	
Otras micobacterias	76	36*		
Sepsis de repetición por Salmonella	53	13	1	
N. Intersticial linfoide			35	
Inf. bacterianas recurrentes graves (≤12 años)			68	2*
Sarcoma de Kaposi	676	259		
Linfoma primario de cerebro	36	17*		
Linfoma no Hodgkin	306	214	4	2
Encefalopatía VIH	424	155	52	10
Caquexia VIH	868	445	18	3
Tuberculosis pulmonar (>12 años)	951	649		
Neumonías bacterianas repetición (>12 años)	367	557		
Carcinoma invasivo de cervix	31	51		
NÚMERO TOTAL DE CASOS ⁽²⁾	11552	5162	223	29

(1) En el 2004 los datos están incompletos por retraso en la notificación

(2) En los adultos se incluyen 7 casos en los que no consta la edad

(*) Disminución no significativa

Tabla I.15
Casos de Sida de la C.M. diagnosticados entre 2001 y 2004.
VARIABLES RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES INDICATIVAS DE SIDA
(Modelo de regresión logística)

	Si	No	Exp β (OR)	IC 95%	p
Esofagitis por Cándida					
Grupo de transmisión:					
UDVP	110	827	1		
HTX	54	345	1,197	0,840-1,705	0,319*
HSH	28	363	0,602	0,390-0,931	0,022
Otros	17	122	1,056	0,603-1,851	0,849*
Criptococosis extrapulmonar / diseminada					
Edad			1,044	1,009-1,080	0,014
País de origen:					
España	19	1580	1		
Otros	8	259	3,496	1,460-8,373	0,005
Herpes simple mucocutáneo crónico					
Grupo de transmisión:					
UDVP	4	933	1		
HTX	9	390	5,317	1,627-17,369	0,006
HSH	8	383	4,814	1,441-16,082	0,011
Otros	0	139	--		
Histoplasmosis extrapulmonar / diseminada					
País de origen:					
España	2	1597	1		
Otros	9	258	27,868	5,988-129,700	0,000
Enfermedad por CMV					
Grupo de transmisión:					
UDVP	17	920	1		
HTX	4	395	0,576	0,191-1,732	0,326*
HSH	13	378	1,956	0,931-4,106	0,076*
Otros	9	130	4,084	1,766-9,442	0,001
Neumonía por P. Carinii					
Sexo:					
Mujer	96	286	1		
Hombre	289	1195	0,734	0,541-0,994	0,046
Diagnóstico de infección VIH:					
Precoz	177	899	1		
Tardío	198	543	1,606	1,227-2,101	0,001
País de origen:					
España	342	1257	1		
Otros	43	224	0,487	0,336-0,706	0,000
Grupo de transmisión:					
UDVP	147	790	1		
HTX	108	291	1,629	1,160-2,290	0,005
HSH	95	296	1,638	1,178-2,278	0,003
Otros	35	104	1,516	0,959-2,397	0,075*
Toxoplasmosis cerebral					
Diagnóstico de infección VIH:					
Precoz	45	1031	1		
Tardío	55	686	1,837	1,224-2,756	0,003
Leucoencefalopatía multifocal progresiva					
País de origen:					
España	64	1535	1		
Otros	1	266	0,097	0,014-0,687	0,020
Tuberculosis extrapulmonar / diseminada					
País de origen:					
España	195	1404	1		
Otros	73	194	2,739	2,007-3,738	0,000

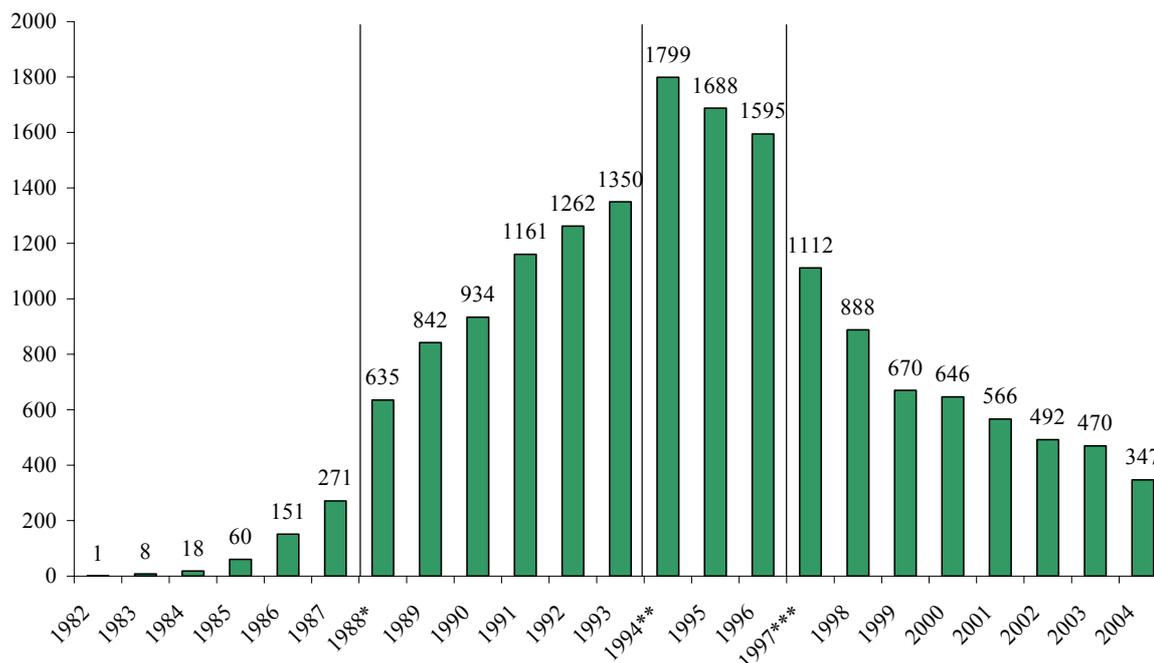
* p>0,05 no significativa

Tabla I.15 (Continuación):
Casos de Sida de la C.M. diagnosticados entre 2001 y 2004.
VARIABLES RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES INDICATIVAS DE SIDA
(Modelo de regresión logística)

	Si	No	Exp β (OR)	IC 95%	p
Sarcoma de Kaposi					
Grupo de transmisión:					
UDVP	10	927	1		
HTX	10	389	2,617	1,055-6,491	0,038
HSH	80	311	26,309	13,049-53,042	0,000
Otros	8	131	6,450	2,443-17,026	0,000
Linfoma no Hodgkin					
Diagnóstico de infección VIH:					
Precoz	54	1022	1		
Tardío	30	711	0,534	0,320-0,891	0,016
País de origen:					
España	78	1521	1		
Otros	7	260	0,420	0,177-0,996	0,049
Grupo de transmisión:					
UDVP	30	907	1		
HTX	13	386	1,608	0,794-3,255	0,187*
HSH	30	361	3,633	2,064-6,394	0,000
Otros	12	127	3,933	1,831-8,450	0,000
Encefalopatía VIH					
Edad			1,052	1,028-1,077	0,000
Diagnóstico de infección VIH:					
Precoz	40	1036	1		
Tardío	18	723	0,515	0,286-0,928	0,027
Año de diagnóstico:					
2001	16	548	1		
2002	8	481	0,597	0,252-1,414	0,241*
2003	14	454	1,010	0,478-2,132	0,980*
2004	21	324	2,128	1,086-4,170	0,028
Síndrome caquéctico asociado al VIH					
Grupo de transmisión:					
UDVP	80	857	1		
HTX	43	356	1,262	0,847-1,881	0,253*
HSH	31	360	0,752	0,471-1,201	0,233*
Otros	4	135	0,338	0,122-0,939	0,037
Tuberculosis pulmonar					
País de origen:					
España	189	1410	1		
Otros	36	231	2,144	1,394-3,297	0,001
Grupo de transmisión:					
UDVP	160	777	1		
HTX	29	370	0,310	0,197-0,488	0,000
HSH	21	370	0,249	0,153-0,406	0,000
Otros	15	124	0,504	0,276-0,922	0,026
Neumonías de repetición					
Diagnóstico de infección VIH:					
Precoz	164	912	1		
Tardío	17	724	0,242	0,140-0,419	0,000
Grupo de transmisión:					
UDVP	158	781	1		
HTX	12	387	0,277	0,148-0,518	0,000
HSH	10	381	0,225	0,115-0,439	0,000
Otros	6	133	0,454	0,190-1,083	0,075*

* p>0,05 no significativa

Gráfico I.1
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004



*1988: revisión de las enfermedades indicativas de Sida y los criterios diagnósticos de las mismas ²

** 1994: 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 pediátricos (≤ 12 años) de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004 por año de diagnóstico de Sida

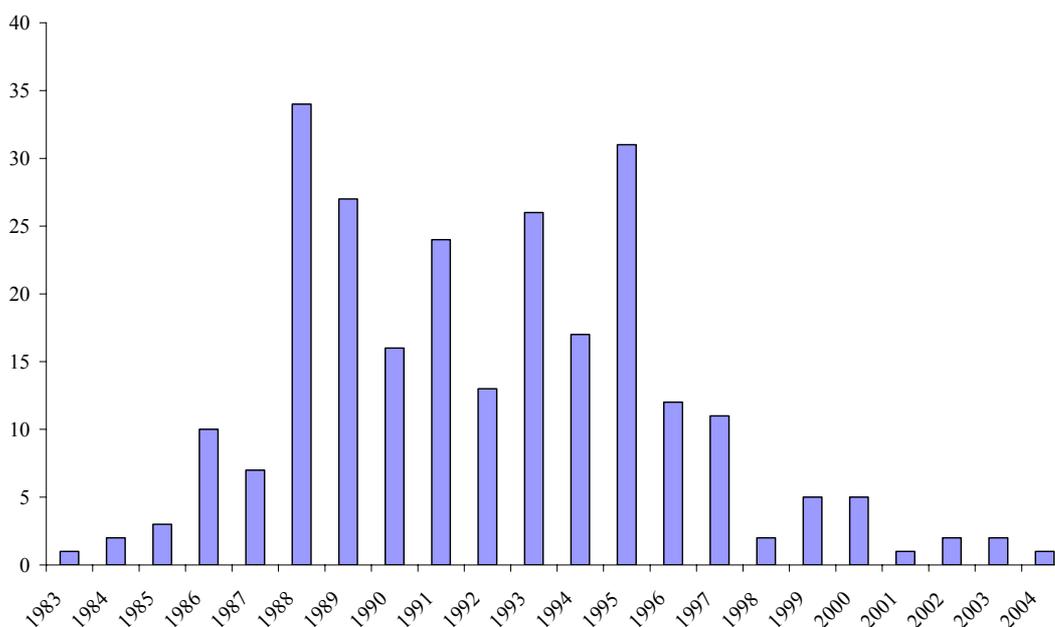


Gráfico I.3
Evolución de los casos de Sida de la CM:
Por grupo de edad y año de diagnóstico de Sida (1982-2004)

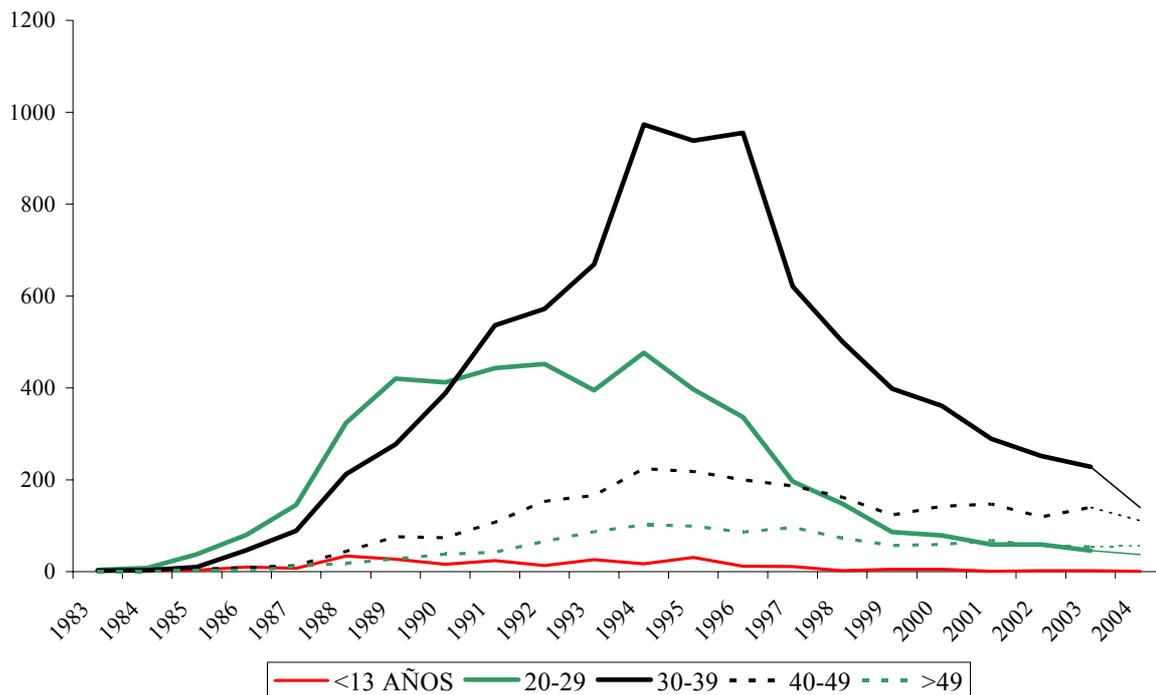


Gráfico I.4
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004
Mediana de edad al diagnóstico de Sida por sexo y grupo de transmisión

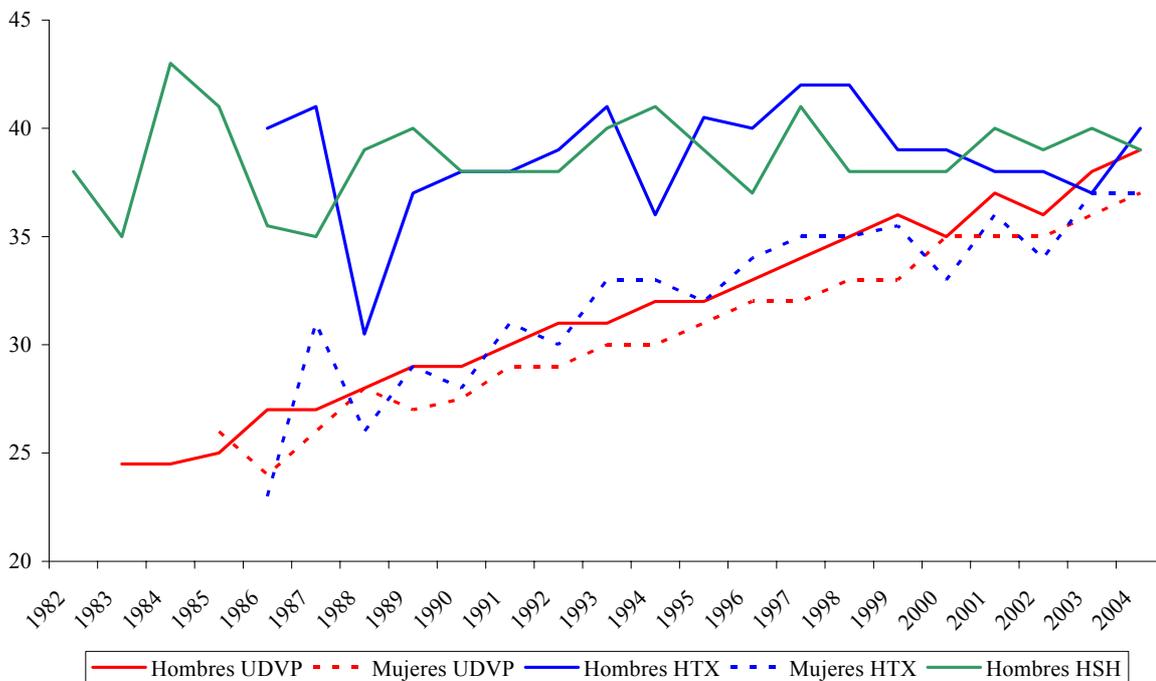


Gráfico I.5
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004:
Por sexo y año de diagnóstico de Sida

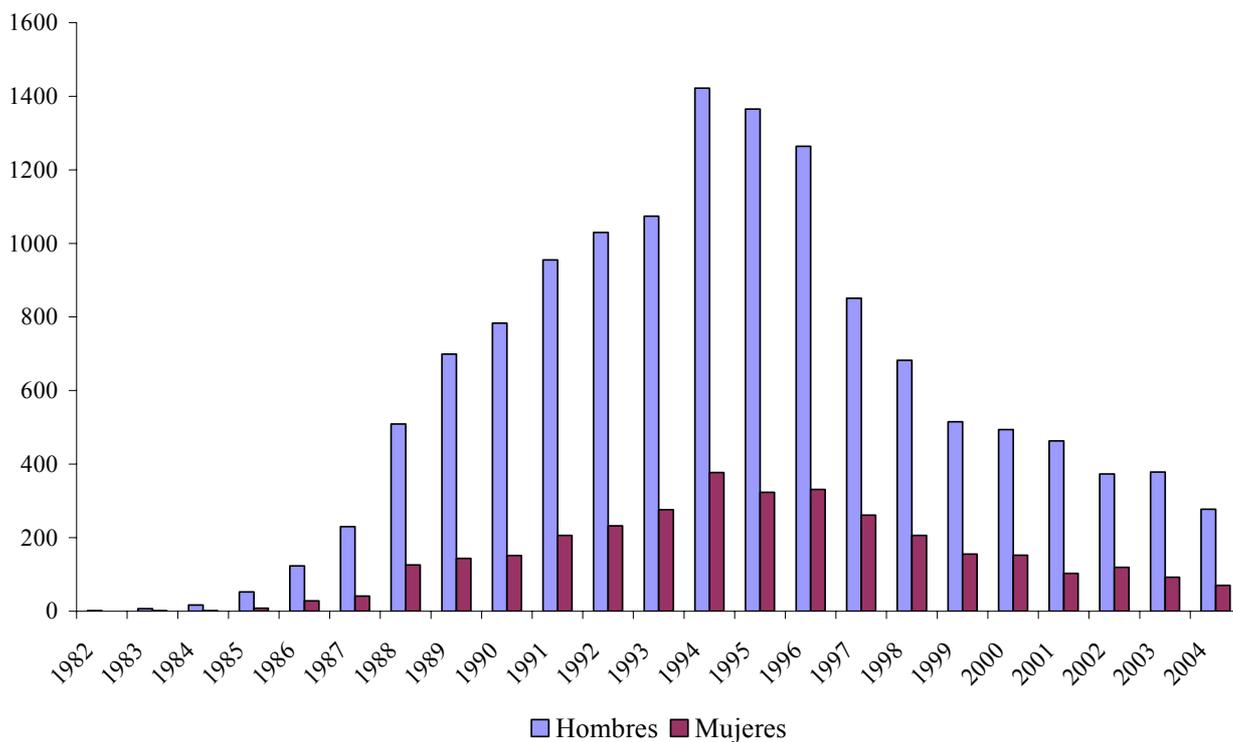
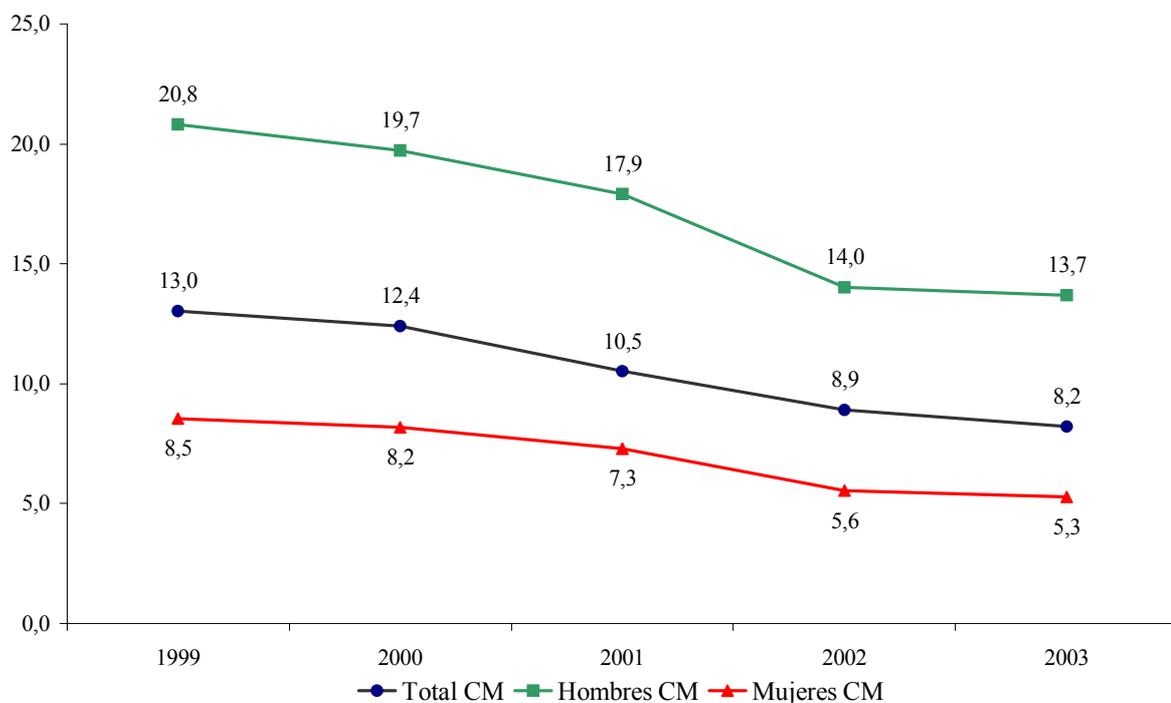
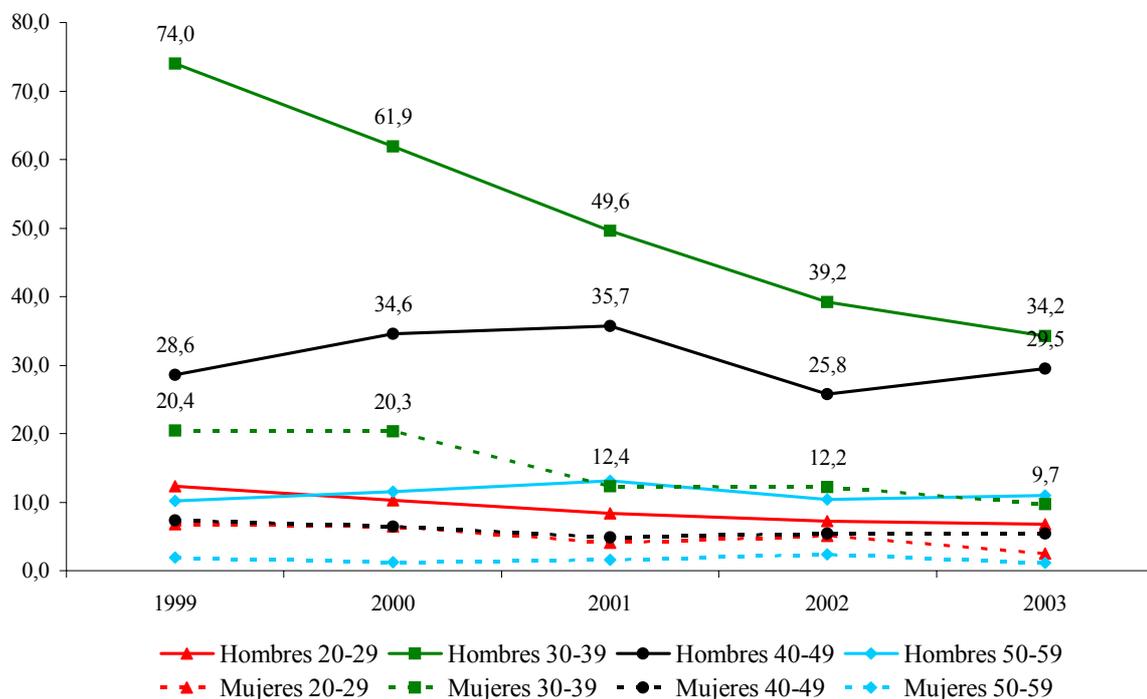


Gráfico I.6
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004.
Tasas de incidencia de casos de Sida por 100.000 habitantes y año según sexo



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

Gráfico I.7
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004:
Tasas de incidencia de casos de Sida por 100.000 habitantes según sexo y grupo de edad



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

Gráfico I.8
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004.
Por grupo de transmisión y año de diagnóstico

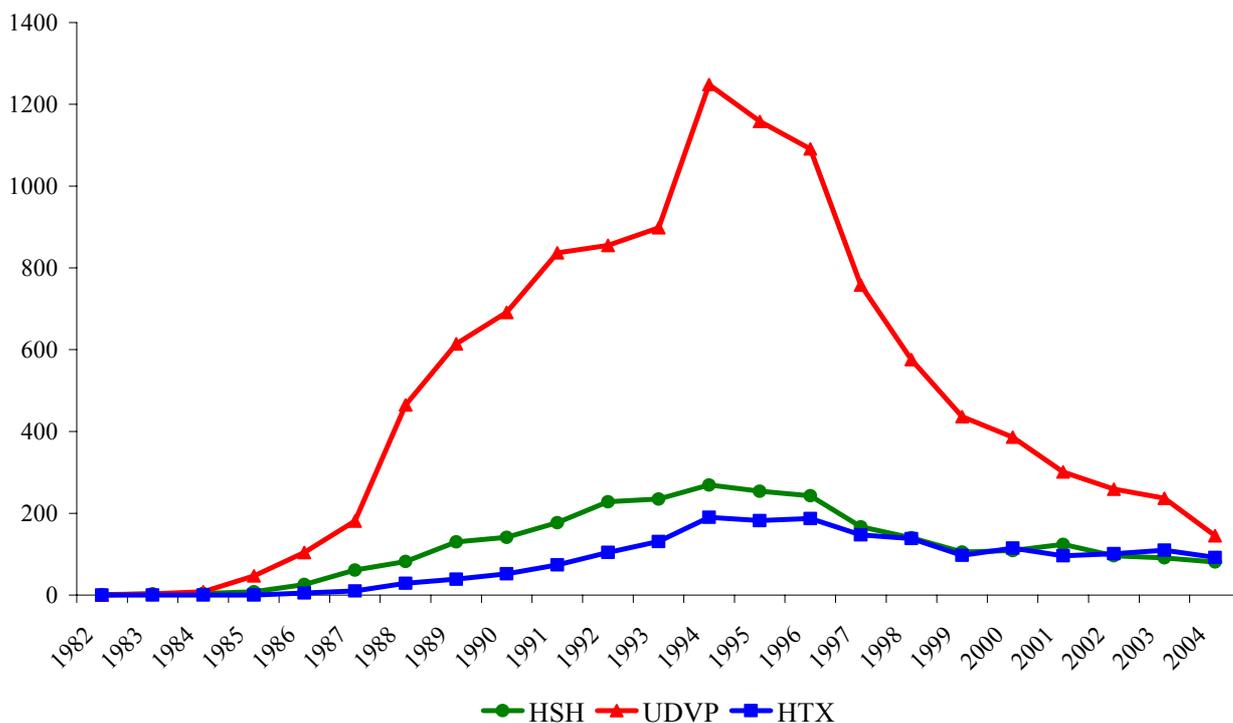


Gráfico I.9
Evolución de los casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados entre 1999 y 2004 por sexo y grupo de transmisión

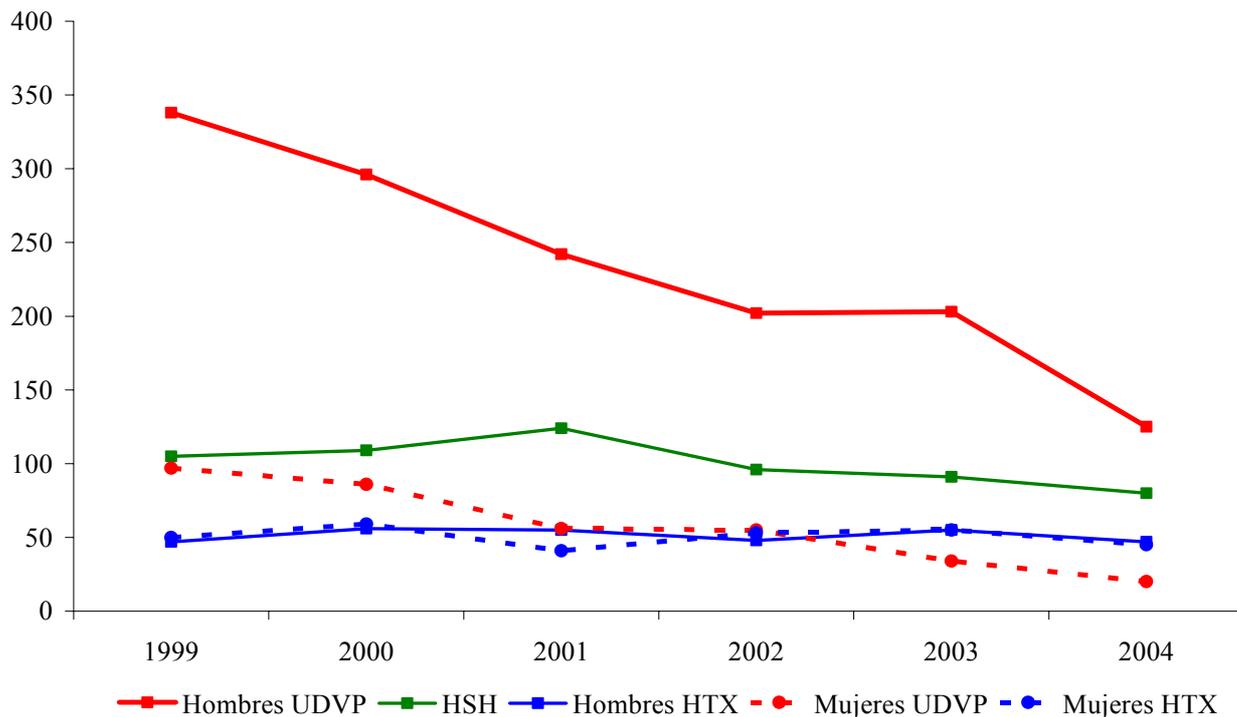
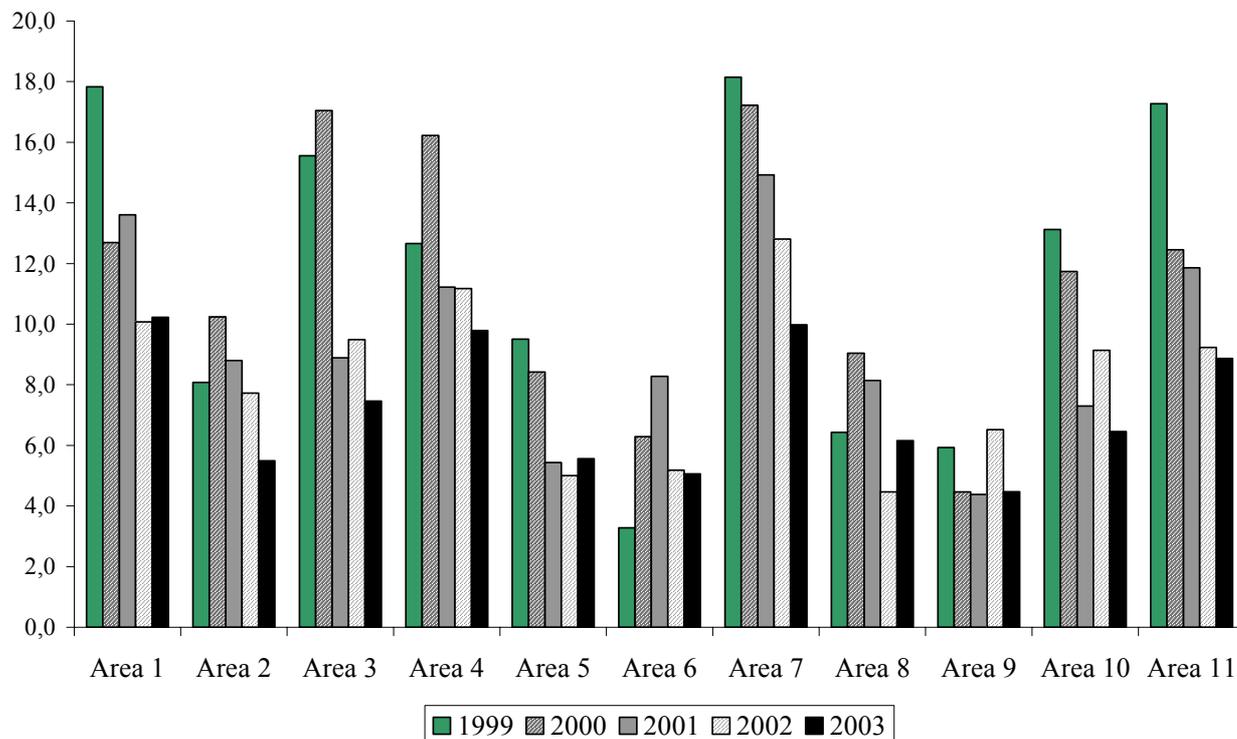


Gráfico I.10
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004. Tasas de incidencia por Área Sanitaria de residencia al diagnóstico de Sida (1999-2003)*



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

Gráfico I.11
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004
en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical.
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de Sida por año diagnóstico de Sida

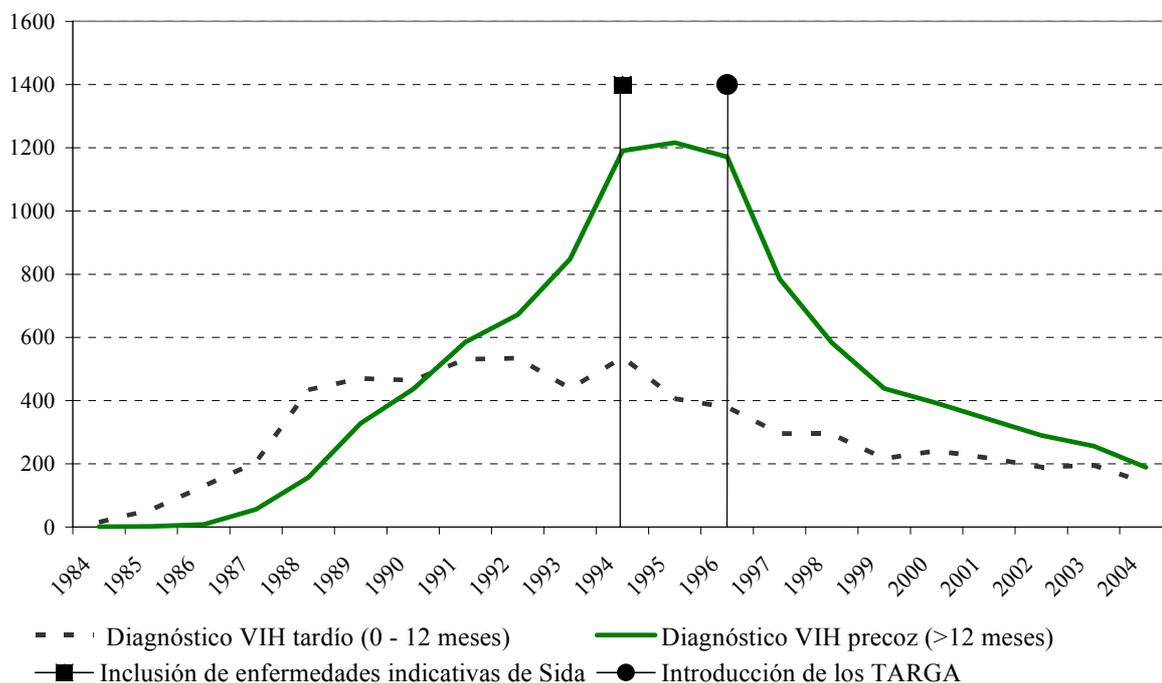


Gráfico I.12
Casos de Sida de la CM notificados y diagnosticados entre 1997 y 2003
en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical.
% de casos con retraso en el diagnóstico de la infección VIH respecto al de Sida

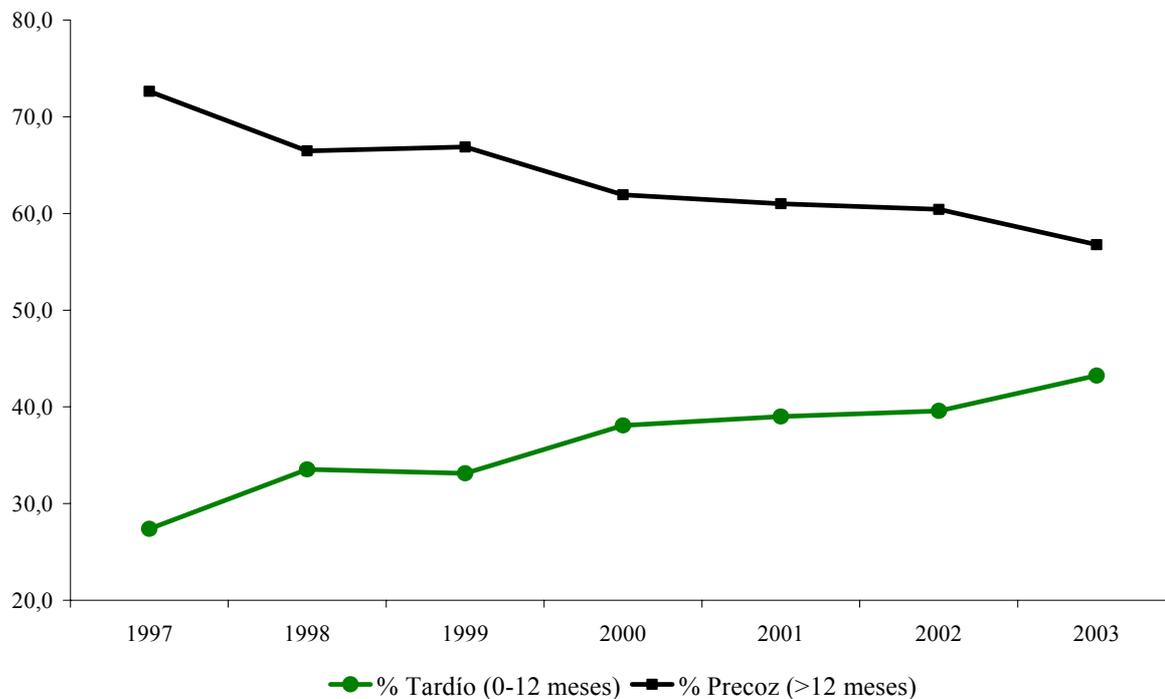


Gráfico I.13
Casos de Sida PEDIÁTRICOS (≤ 12 años) de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004
Enfermedades al diagnóstico de Sida antes y después de la introducción de los TARGA

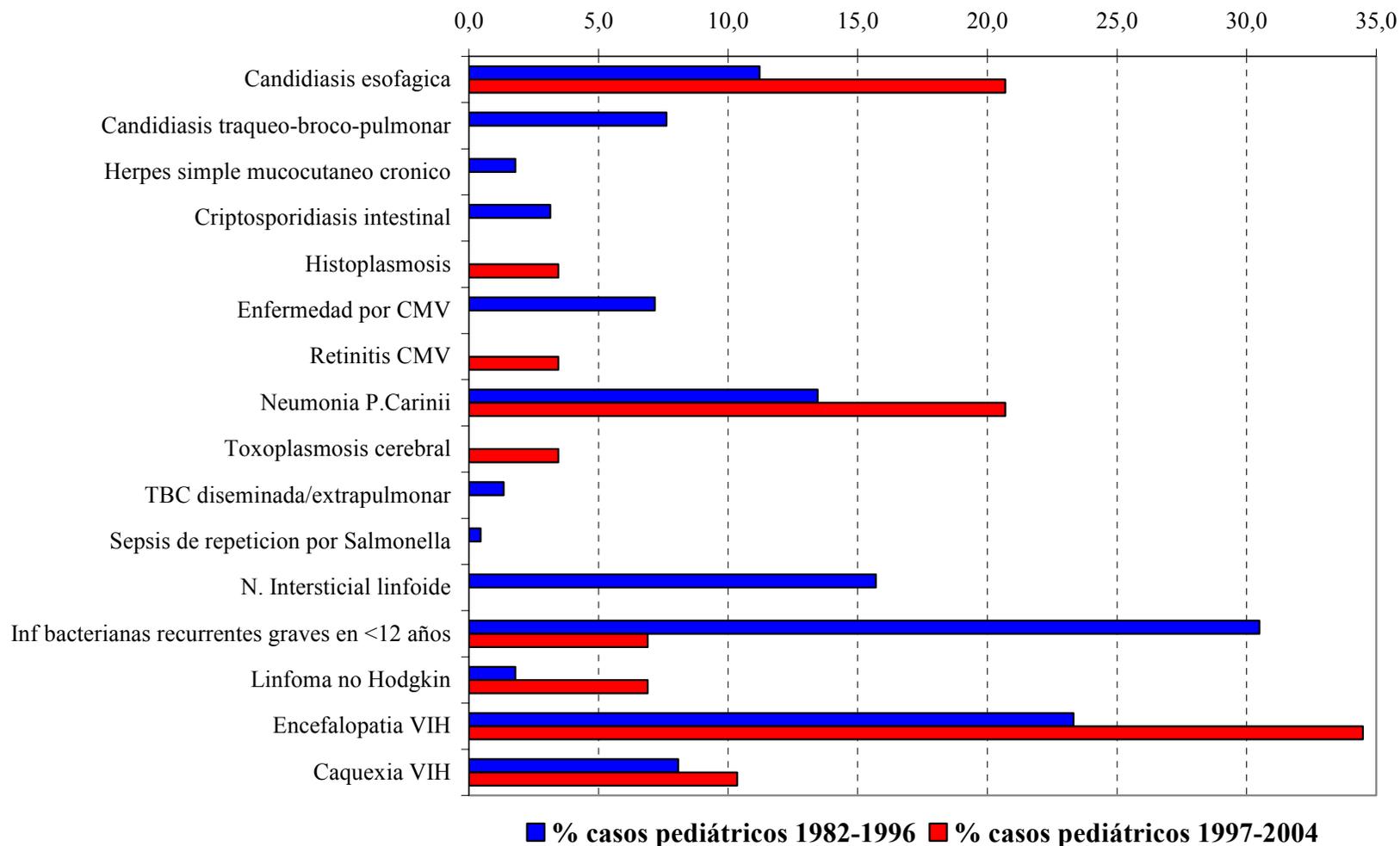
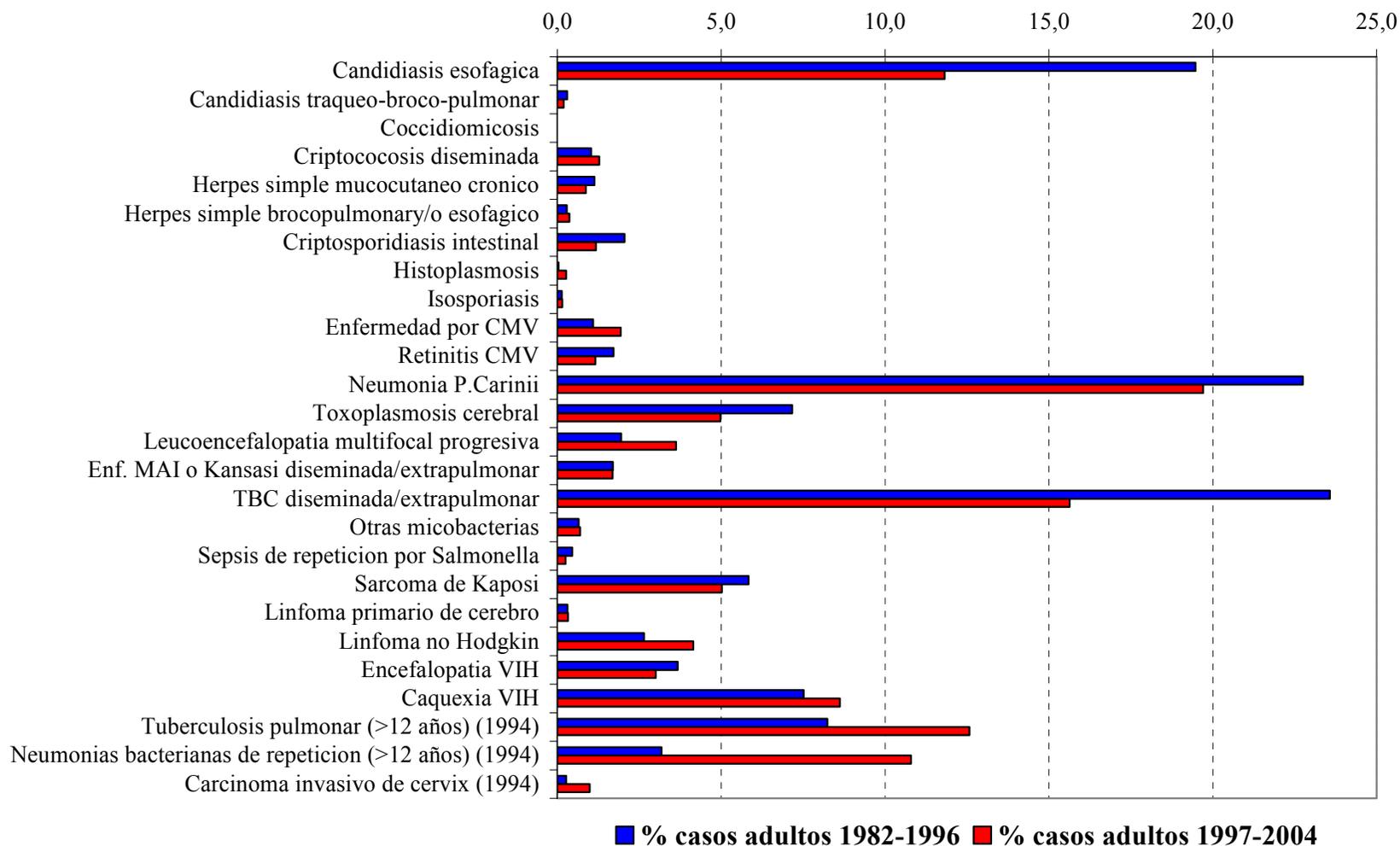


Gráfico I.14
Casos de Sida en ADOLESCENTES/ADULTOS (>12 años) de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2004
Enfermedades al diagnóstico de Sida antes y después de la introducción de los TARGA



Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/Sida

Hasta la aparición de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia (TARGA), la mortalidad asociada al VIH/Sida para la vigilancia de la evolución de la epidemia, tenía la ventaja de no estar influida, como la vigilancia de los casos de Sida, por la ampliación de los criterios de definición de casos de Sida (1,2,3). 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 2004 se sabe que han fallecido 13.034 personas residentes en la CM con diagnóstico de infección por VIH (82,3% hombres y 17,7% mujeres, el 80,4% entre 25 y 44 años). El 78,6% se han notificado al Registro como casos de Sida.

Los datos del año 2004 están todavía incompletos por lo que no se incluyen en el análisis.

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 13% entre los no Sida), a partir de ese año, la disminución es menos llamativa aunque continúa (Gráfico I.15, Tabla I.16)

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.17 (casos de Sida fallecidos) y I.18 (infectados VIH no Sida).

Entre 1999 y 2003 los fallecidos infectados por VIH (Sida y no Sida) han disminuido un 5,3% (el 6% los notificados al registro de Sida y el 4% los no notificados). Los hombres disminuyeron un 10% pero las mujeres aumentaron un 16% (Gráfico I.16). Por categoría de transmisión disminuyen los HSH un 42% y los UDVP un 2%, los HTX aumentan un 8,7% (Gráfico 17). La mediana de edad al fallecimiento ha aumentado de 37 años en 1999 a 40 en 2003 en los casos de Sida y a 41 en los no notificados como caso (Gráfico I.18), este aumento se observa en ambos sexos (hombres de 39 a 41 y mujeres de 36 a 39) y en todos los grupos de transmisión (UDVP de 37 a 40, HTX de 39 a 42 y HSH de 42 a 51).

De los 1436 fallecidos infectados por VIH entre el año 2001 y 2003, el 64% había desarrollado alguna enfermedad definitiva de Sida, el 30% no había desarrollado Sida y el 6% no se ha localizado.

Tabla I.16
Fallecidos con infección VIH residentes en la CM, según hayan sido diagnosticados o no de Sida 1982-2004

	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
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	511	24,6	161	11,0	672	21,1
1991	641	25,4	179	11,2	820	22,0
1992	836	30,4	245	36,9	1081	31,8
1993	1060	26,8	199	-18,8	1259	16,5
1994 ⁽¹⁾	1165	9,9	177	-11,1	1342	6,6
1995	1290	10,7	168	-5,1	1458	8,6
1996 ⁽²⁾	1165	-9,7	194	15,5	1359	-6,8
1997 ⁽²⁾	583	-50,0	128	-34,0	711	-47,7
1998	369	-36,7	132	3,1	501	-29,5
1999	321	-13,0	171	29,5	492	-1,8
2000	334	4,0	161	-5,8	495	0,6
2001	320	-4,2	172	6,8	492	-0,6
2002	299	-6,6	180	4,7	479	-2,6
2003	301	0,7	164	-8,9	465	-2,9
2004 ⁽³⁾	197	-34,6	120	-26,8	317	-31,8
TOTAL	10247 ⁽⁴⁾		2787 ⁽⁴⁾		13034 ⁽⁴⁾	

(1) Se amplían las enfermedades indicativas de Sida.

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

(3) En el 2004 los datos están incompletos.

(4) Incluyen un caso de Sida y dos no Sida fallecidos pero sin fecha

Tabla I.17
Casos de Sida fallecidos por año de fallecimiento

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Datos acumulados 1982-2004
Grupos de edad al fallecimiento							
No consta							4
<13				1	2	1	147
13-19			1		1		36
20-29	24	19	9	9	7	8	2094
30-39	179	156	172	122	125	68	5322
40-49	84	114	105	128	123	89	1847
50-59	25	30	20	31	25	21	497
60 y más	9	15	13	8	18	10	300
País de origen (§)							
España	313	326	313	289	287	116	
Otro	8	8	7	10	14	11	
Mujeres adolescentes/adultas al fallecimiento							
UDVP	39	45	59	37	54	25	1258
HTX	14	14	15	7	16	8	431
Otros (&)	3	1	1	1		1	93
Subtotal	56	60	75	45	70	34	1782
Hombres adolescentes/adultos al fallecimiento							
UDVP	187	190	189	175	168	116	5788
HTX	18	23	9	11	18	13	1565
HSH	45	43	36	51	33	25	453
Otros (&)	15	18	11*	16	10*	8	512**
Subtotal	265	274	245	253	229	162	8318
Pediátricos (<13 años al fallecimiento)							
Vertical					1		137
Otros				1	1	1	10***
Subtotal				1	2	1	147
Total	321	334	320	299	301	197	10247

§ El país de origen se recoge de forma sistemática desde 2001

& 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

* Incluyen un caso infectado por transmisión vertical

** Incluyen dos casos infectados por transmisión vertical

*** Incluyen 8 casos infectados por transfusiones y/o hemoderivados contaminados y 2 casos desconocidos

Tabla I.18
Infectados por VIH NO notificados como casos de Sida fallecidos
por año de fallecimiento

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Datos acumulados 1985-2004
Grupos de edad al fallecimiento							
No consta		1					22
<13			1				2
13-19					1		9
20-29	15	4	4	10	5	1	639
30-39	94	86	82	75	58	44	1341
40-49	48	54	64	73	76	61	573
50-59	10	10	9	9	11	10	109
60 y más	5	6	12	13	13	4	92
País de origen (§)							
España			166	175	160	116	
Otro			6	5	4	4	
Mujeres adolescentes/adultas al fallecimiento							
UDVP	17	14	25	18	16	11	323
HTX	5	3	5	6	8	4	57
Otros (&)	3	1	1	5		2	69
Subtotal	25	18	31	29	24	17	449
Hombres adolescentes/adultos al fallecimiento							
UDVP	109	110	105	109	107	78	1821
HTX	9	7	10	9	8	4	87
HSH	14	16	12	19	9	11	136
Otros (&)	14	10	13	14	16*	10	292*
Subtotal	146	143	140	151	140	103	2336
Pediátricos (<13 años al fallecimiento)							
Vertical			1				1
Otros							1
Subtotal			1				2
Total	171	161	172	180	165	120	2787

§ El país de origen se recoge de forma sistemática desde 2001

& 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

* Incluyen un caso infectado por transmisión vertical

Gráfico I.15
Fallecidos con infección VIH residentes en la CM según hayan sido diagnosticados o no de Sida 1982-2004

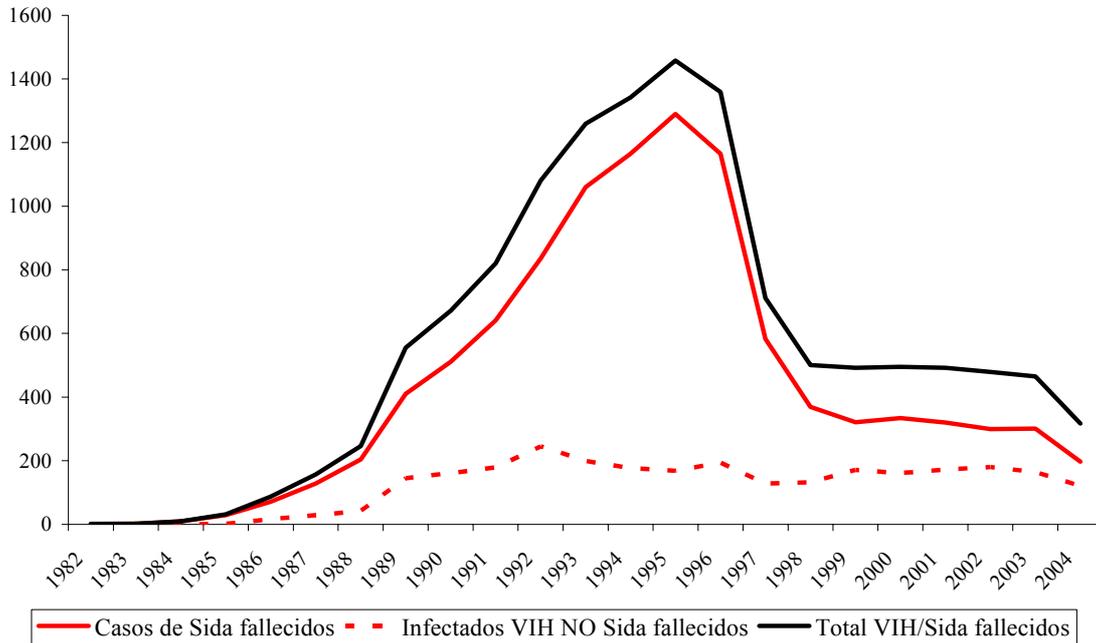


Gráfico I.16
Fallecidos con infección VIH, haya sido o no diagnosticados de Sida, por sexo

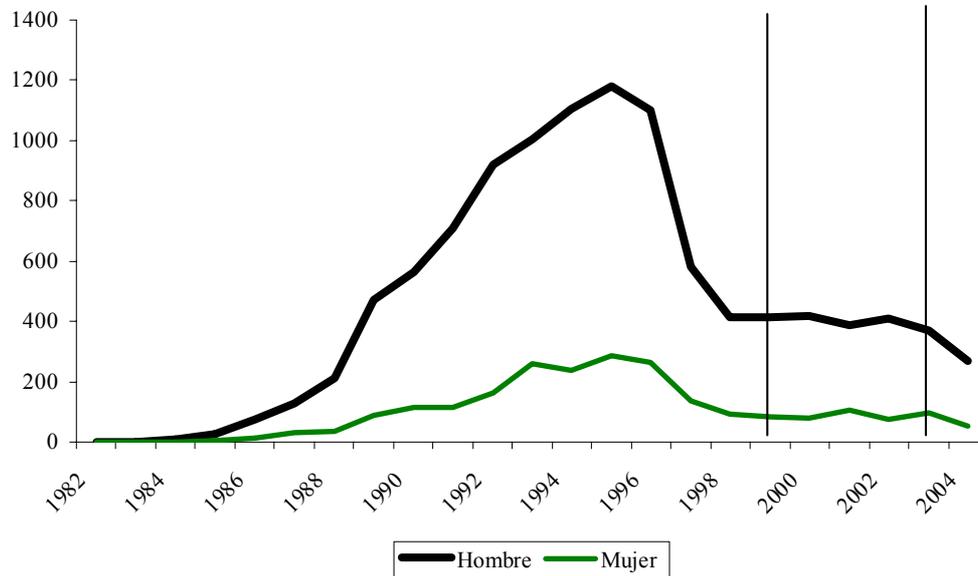


Gráfico I.17
Fallecidos con infección VIH según haya sido diagnosticados o no de Sida por grupo de transmisión

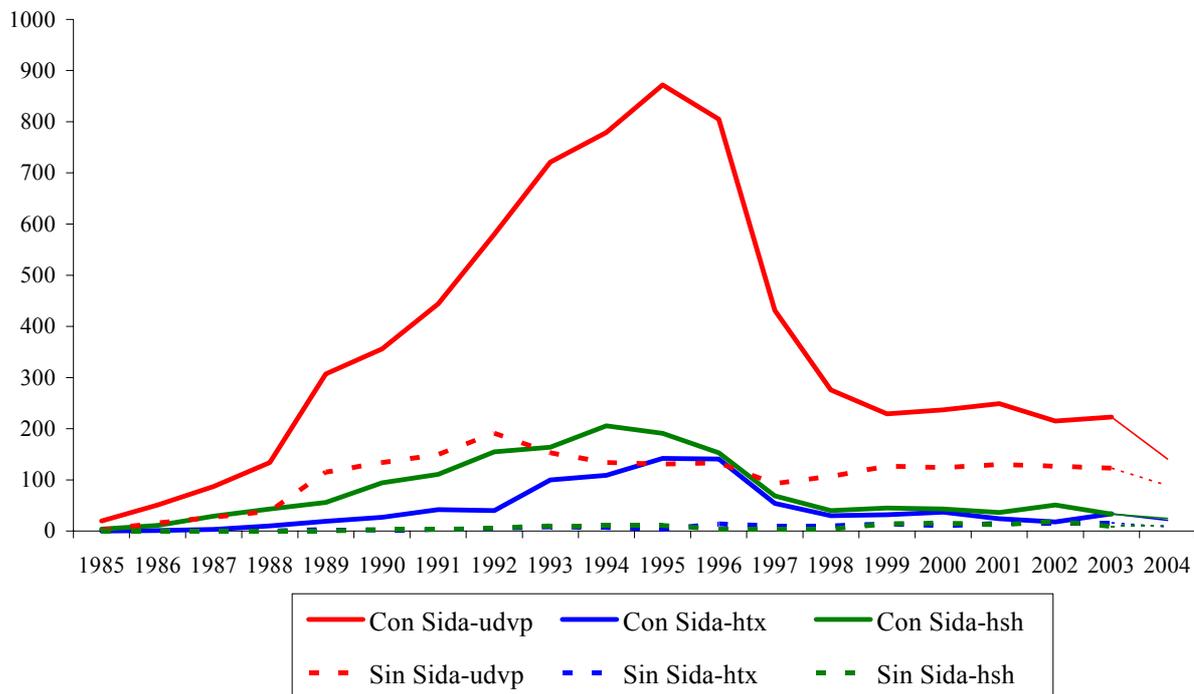
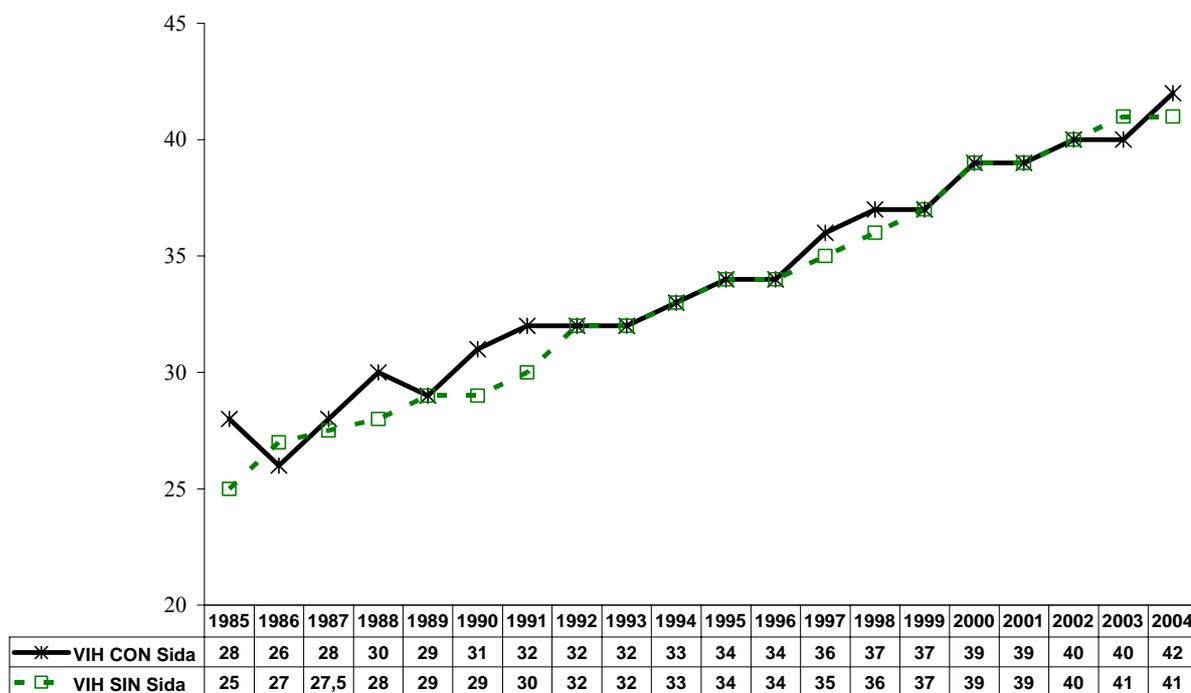


Gráfico I.18
Fallecidos con infección VIH. Mediana de edad al fallecimiento según hayan sido diagnosticados o no de Sida. 1985-2004.



Prevalencia de casos de Sida a 31 de diciembre de 2004

A finales del año 2004 había 6.719 casos de Sida de los que no se tenía constancia de su fallecimiento. El 11% había tenido contacto por última vez con el sistema sanitario antes del año 2000 y el 81% en 2003 o 2004.

De los 6.719 casos de Sida, el 54% tenía entre 30 y 39 años al diagnóstico y el 1,4% eran casos pediátricos. La distribución por género muestra que el 76% (5.127) de los adolescentes/adultos vivos con Sida son hombres, de ellos, el 24% son HSH, el 62% son o han sido UDVP y el 10% se han infectado por contacto heterosexual. De las 1.496 mujeres adolescentes/adultas que viven con Sida, el 35% se han infectado por contacto heterosexual y el 62% son o han sido UDVP. De los 96 niños (edad < 13 años) vivos con Sida, el 97,9% (94 casos) se infectaron por transmisión vertical y el resto por transfusiones o hemoderivados. (Tabla I.19).

A finales del año 2004, la prevalencia de Sida en adolescentes /adultos en la CM es de 129 casos/100.000 habitantes (en hombres 209 casos/100.000 y en mujeres 56 casos/100.000) y la tasa en niños (< 13 años) es de 13 casos/100.000 (Proyecciones de población del Instituto de Estadística de la CM).

Tabla I.19: Prevalencia de casos de Sida a final de año

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Grupo de edad al diagnóstico de Sida						
No consta	3	3	3	3	3	4
< 13 años	90	95	96	97	96	96
13-19	33	32	33	34	34	34
20-29	1447	1467	1476	1487	1474	1480
30-39	3111	3302	3404	3493	3569	3606
40-49	700	773	865	925	1009	1081
50-59	191	207	234	255	277	295
60 y más	74	82	96	106	107	123
País de origen (1)						
España	5447	5709	5892	6020	6128	6240
Otro	202	252	315	380	441	479
Mujeres adolescentes/adultas al diagnóstico de Sida						
UDVP	892	933	930	948	928	923
HTX	324	369	395	441	480	517
Otros	32	35	40	49	52	56
Subtotal	1248	1337	1365	1438	1460	1496
Hombres adolescentes/adultos al diagnóstico de Sida						
UDVP	2943	3049	3102	3129	3164	3173
HSH	897	963	1051	1096	1154	1210
HTX	311	344	390	427	464	498
Otros	160	173	203	213	231	246
Subtotal	4311	4529	4746	4865	5013	5127
Pediátricos (<13 años al diagnóstico de Sida)						
Vertical	88	93	94	95	94	94
Otros	2	2	2	2	2	2
Subtotal	90	95	96	97	96	96
Total	5649	5961	6207	6400	6569	6719

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

Supervivencia de los casos de Sida diagnosticados entre 1997 y 2000

Entre 1997 y 2000 se diagnosticaron y notificaron 3316 casos de Sida residentes en la CM. Para el estudio de supervivencia (Kaplan-Meier), la fecha de entrada fue la del diagnóstico de Sida y la fecha fin de seguimiento el 31 de diciembre de 2002, se garantizaba así un seguimiento mínimo de 24 meses tras el diagnóstico.

Al final del seguimiento 947 habían fallecido (28,5%), 27 habían cambiado su residencia a otra comunidad (0,8%) y 357 se habían perdido en el seguimiento (10,8%).

No había diferencias significativas en la supervivencia desde el diagnóstico de Sida (Tabla I.20) por año de diagnóstico, ni entre los hombres infectados por vía heterosexual y los infectados por prácticas sexuales con otros hombres, ni entre los distintos grupos de transmisión en los casos pediátricos.

Los hombres tenían menor supervivencia que las mujeres ($p = 0.003$) (Gráfico 19) y los usuarios de drogas que los infectados por vía sexual, tanto entre hombres ($p = 0.000$) como entre mujeres ($p = 0.009$) (Gráfico I.20 y I.21). La supervivencia disminuye conforme aumenta la edad al diagnóstico de Sida (Gráfico I.22).

Tabla I.20
Supervivencia desde el diagnóstico de Sida.
Casos de Sida residentes en la CM y diagnosticados entre 1997 y 2000

	Probabilidad de sobrevivir pasados (meses) desde el diagnóstico de Sida					
	n	0 meses	12 meses	24 meses	36 meses	p
Año de diagnóstico						0.344
1997	1112	95.1	80.8	75.0	71.2	
1998	888	95.6	84.9	80.8	76.9	
1999	670	94.9	80.5	76.4	73.5	
2000	646	95.5	80.3	75.9	72.8	
Grupo de edad al diagnóstico de Sida						0.000
<13	23	91.3	87.0	87.0	87.0	
13-19	4	100.0	100.0	100.0	100.0	
20-29	509	95.7	86.3	82.9	80.9	
30-39	1881	96.3	85.1	79.9	76.1	
40-49	614	94.3	75.7	70.9	66.9	
50-59	191	91.6	68.5	64.7	60.3	
60 y más	94	86.2	55.7	48.8	46.5	
Mujeres adolescentes/adultas						0.009
UDVP	483	97.3	86.2	79.4	74.4	
HTX	252	94.4	86.3	82.9	80.6	
Otras	26	96.2	61.7	57.3	57.3	
Subtotal	761	96.3	85.5	79.8	75.9	
Hombres adolescentes/adultos						0.000
UDVP	1655	94.7	80.9	75.7	71.6	
HSH	521	97.3	83.4	79.8	77.5	
HTX	245	96.7	81.7	79.6	76.8	
Otros	111	84.7	60.2	58.3	56.2	
Subtotal	2532	95.0	80.6	76.1	72.6	
Pediátricos (<13 años al diagnóstico de Sida)						0.079
Vertical						
Otros	21	95.2	90.5	90.5	90.5	
Subtotal	2	50.0	50.0	50.0	50.0	
	23	91.3	87.0	87.0	87.0	
Total	3316	95.3	81.8	77.0	73.5	

Gráfico I.19

Supervivencia desde el diagnóstico de Sida 1997-2000

Adolescentes/adultos por sexo

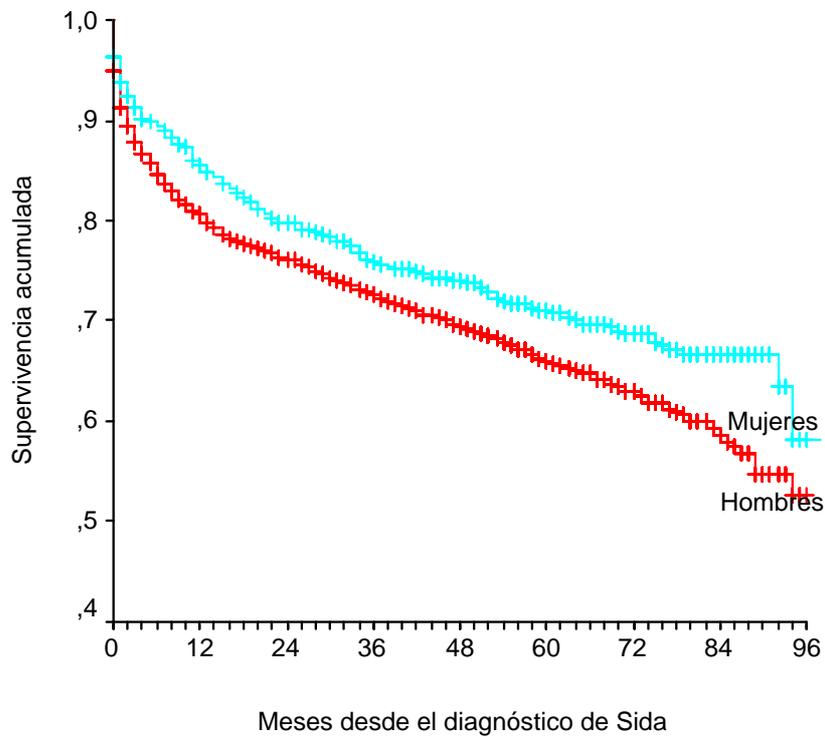


Gráfico I.20

Supervivencia desde el diagnóstico de Sida 1997-2000

Hombres adolescentes/adultos por grupo de transmisión

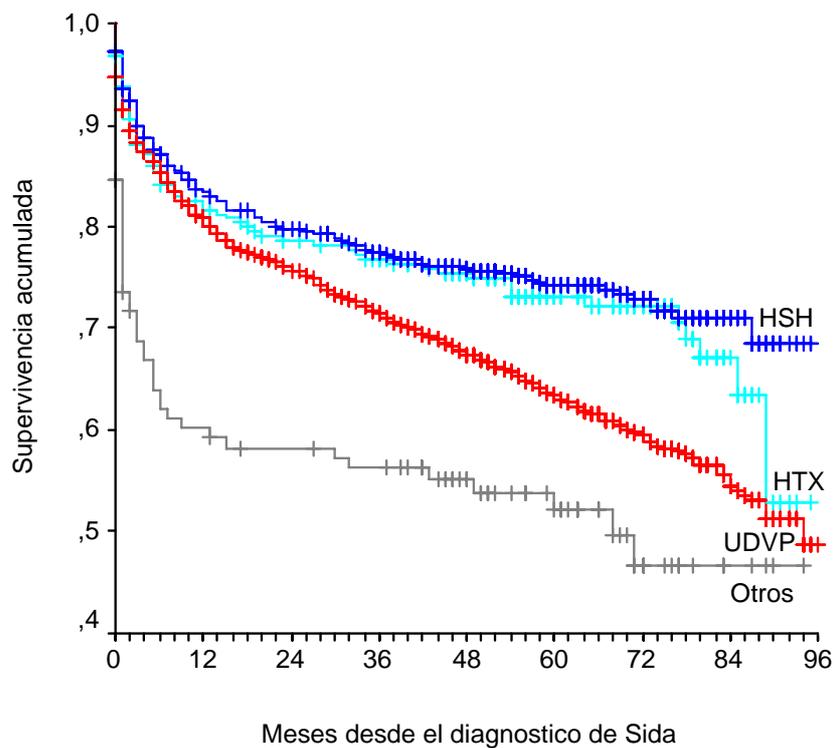


Gráfico I.21

Supervivencia desde el diagnóstico de Sida 1997-2000

Mujeres adolescentes/adultas por grupo de transmisión

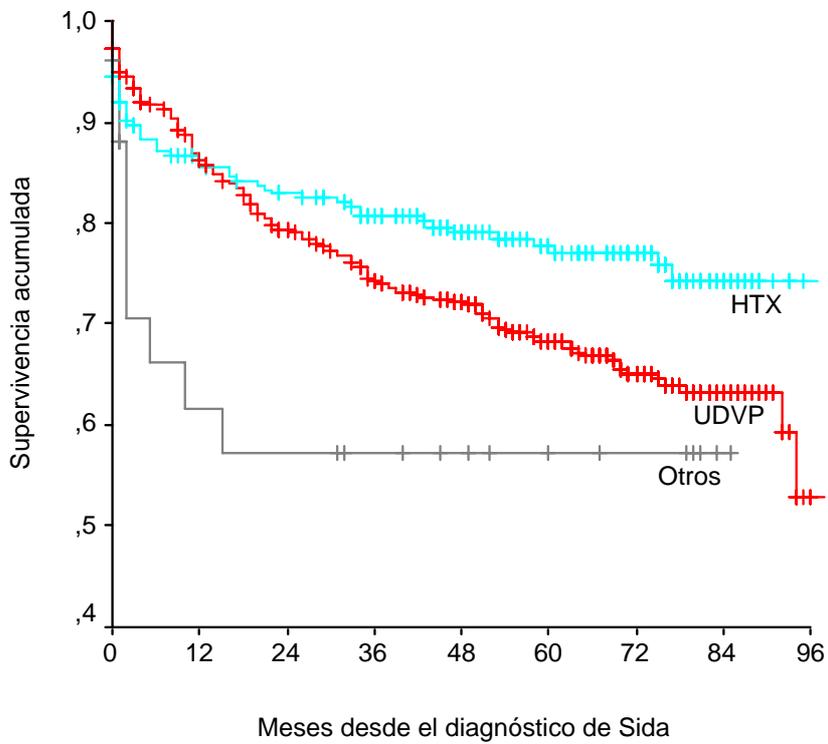
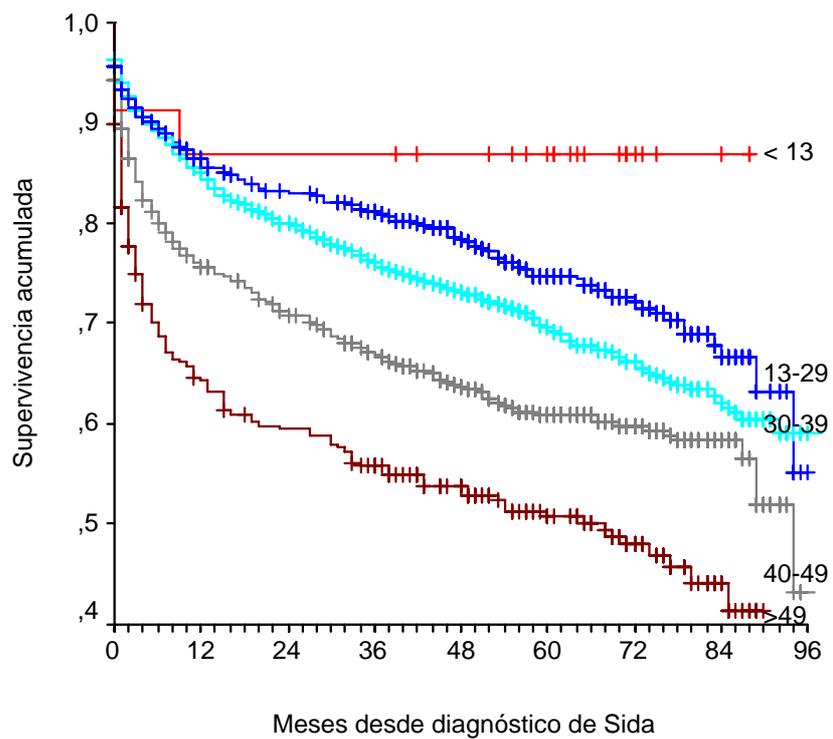


Gráfico I.22

Supervivencia desde el diagnóstico de Sida 1997-2000

Por grupos de edad



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. CDC. Cases of HIV infection and AIDD in de United States, HIV/AIDS Surveillance Report, 2003 (Vol.15). Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention; 2004. 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 2004. Informe semestral nº 2, año 2004. Disponible en http://cne.isciii.es/htdocs/sida/informe_sida.pdf
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 2004

Hasta el 31 de diciembre de 2004, se han notificado 65.145 pruebas positivas de detección de anticuerpos anti-VIH (Tabla II.1, Gráfico II.1 y 2). Desde los laboratorios hospitalarios se han notificado el 83% de las pruebas VIH positivas. 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 estas duplicidades entre distintos laboratorios y así como las repeticiones dentro de un mismo laboratorio.

Entre 1992 y 2003 se observa un descenso continuo en el número de pruebas VIH positivas notificadas. En el año 2004 se ha producido un incremento del 3% respecto al año 2003 (Tabla II.1).

De los 16457 casos de Sida notificados al registro regional y diagnosticados entre los años 1988 y 2004, el 26,6% han sido notificados por 2 hospitales diferentes, el 8% por 3 y el 2,7% por 4 o más hospitales diferentes, esto supone que si la notificación de caso de Sida fuese anónima se podrían haber notificado un 34% más de casos. Además, el 8,3% de los casos eran de fuera de nuestra Comunidad. Si se aplican estas correcciones al número de pruebas positivas notificadas por los laboratorios, se puede tener una estimación del número de seropositivos diagnosticados en nuestra Comunidad.

Se sabe además, que entre 1988 y finales de 2004 fallecieron 12.747 personas residentes en la C.M. infectadas por VIH (diagnosticadas o no de Sida). Aplicando estas correcciones se podría estimar el número de seropositivos vivos en nuestra comunidad a finales de 2004. Según que la estimación se haga sobre el número de pruebas positivas notificadas por los laboratorios hospitalarios o sobre el total de pruebas positivas notificadas, el número estimado de seropositivos vivos estaría entre 13.228 y 18.911, además de los 6.719 casos de Sida vivos estimados. Es decir, por cada caso de Sida conocido y vivo habría 2 o 3 infectados por VIH que se han hecho la prueba. No se incluyen 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 CM: 1988-2004

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
La Paz	596	424	693	746	416	433	365	387	263	263	159	156	142	81	76	89	106	5395
Puerta de Hierro	106	100	105	168	151	114	85	30	65	49	60	48	56	54	59	62	73	1385
Santa Cristina	41	38	40	52	35	38	13	13	6	10	9	12	7	2	3	11	8	338
Princesa	106	84	97	89	113	80	92	111	76	72	83	50	54	54	50	38	41	1290
Gregorio Marañón	842	749	693	649	679	519	421	361	499	446	434	394	397	549	412	292	155	8491
Ramón y Cajal	357	396	175	630	573	466	340	391	401	290	240	185	143	132	179	144	197	5239
Carlos III	724	582	488	558	620	126	374	195	144	163	204	88	75	48	53	68	71	4581
Severo Ochoa	161	170	138	173	163	116	93	80	75	75	64	54	41	49	53	47	29	1581
Clínico San Carlos	350	240	0	876	997	554	582	369	252	190	102	166	195	226	211	204	180	5694
12 Octubre	704	959	1068	1013	829	600	444	353	263	302	508	510	386	371	314	324	408	9356
Getafe	249	177	341	119	198	132	134	67	86	92	60	42	56	56	50	49	57	1965
Fundación Jiménez Díaz	121	130	249	205	226	243	226	178	198	188	173	175	142	187	67	126	154	2988
Móstoles	276	274	261	316	268	209	116	149	170	160	104	53	55	52	31	42	37	2573
Príncipe de Asturias	112	213	281	456	496	261	145	176	141	82	55	78	108	48	79	52	43	2826
Fundación Alcorcón											3	55	50	67	31	55	62	323
Fuenlabrada																	20	20
TOTAL LABORATORIOS HOSPITALARIOS	4745	4536	4629	6050	5764	3891	3430	2860	2639	2382	2258	2066	1907	1976	1668	1603	1641	54045
Sandoval	596	424	693	746	416	433	365	387	263	263	159	156	142	81	76	89	106	5395
Ayuntamiento Madrid	294	63	615	668	525	389	182	130	113	95	175	135	96	39	78	68	66	3731
TOTAL LABORATORIOS EXTRAHOSPITALARIOS	1118	557	1638	1736	1442	1088	577	441	388	324	436	293	242	186	206	207	221	11100
TOTAL	5863	5093	6267	7786	7206	4979	4007	3301	3027	2706	2694	2359	2149	2162	1874	1810	1862	65145
% de variación respecto al año previo		-13,13	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	2,87	

Gráfico II.1: Número de pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas notificadas por laboratorios de la CM: Enero 1988-Diciembre 2004

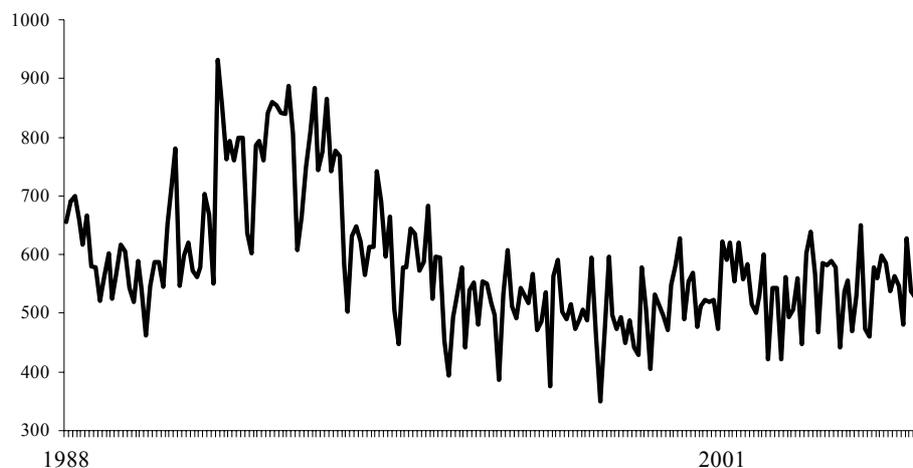
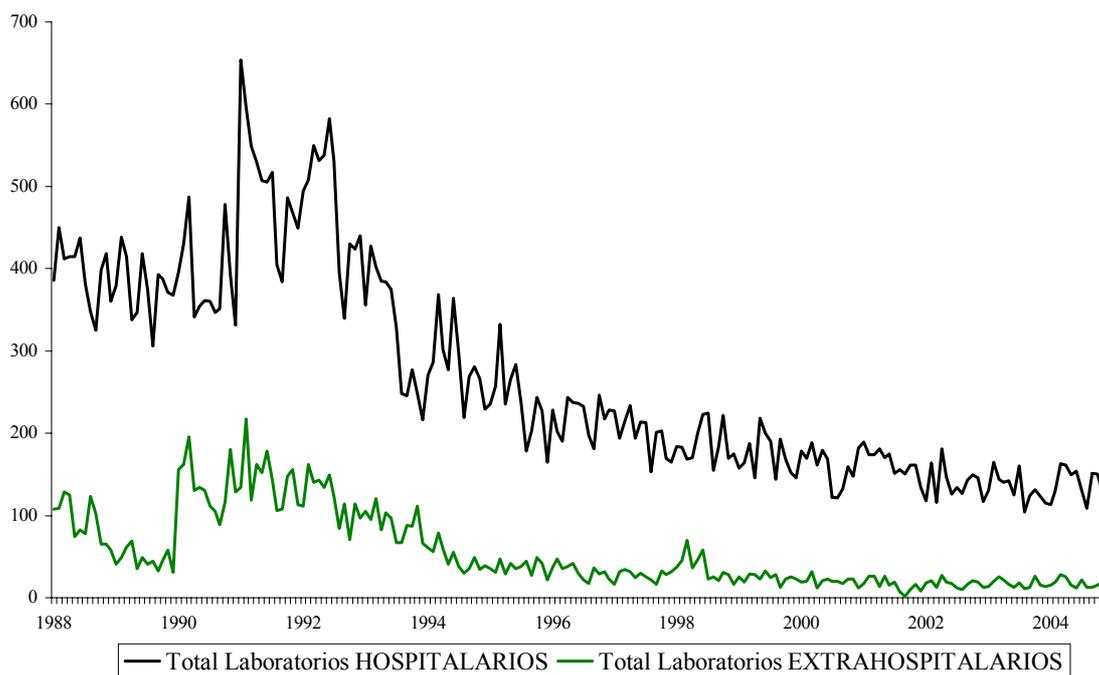


Gráfico II.2: Número de pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH positivas notificadas según tipo de laboratorio de la CM: Enero 1988-Diciembre 2004



Bibliografía

- 1.- Secretaría del Plan Nacional sobre Sida, Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia del Sida y VIH en España. Sistema de información sobre nuevas infecciones por el VIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH. Disponible en http://cne.isciii.es/htdocs/sida/nuevos_diagnosticos.htm.

VIGILANCIA DE LA TRANSMISION VERTICAL DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) Niños nacidos seropositivos con residencia en la CM 1984-2004

Entre enero de 1984 y diciembre del 2004 se han notificado 2.677 niños nacidos con anticuerpos anti-VIH; el 5,0% de ellos residían fuera de nuestra Comunidad (Tabla III.1, Gráfico III.1). Del total, el porcentaje de infectados entre los niños con residencia fuera de la CM es significativamente mayor que entre los residentes en nuestra Comunidad (54,1% y 15,1% respectivamente; $p = 0,000$) (Tabla III.2).

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.

La evolución de los 2.542 niños nacidos seropositivos entre el año 1984 y el 2004 y con residencia en la CM, se resume en la Tabla III.3. El 71,9% han seronegativizado, el 9,1% han desarrollado en algún momento una o más enfermedades indicativas de Sida y el 6,1% han fallecido (el 5,3% 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 10,0% se han perdido en el seguimiento y el 1,7% trasladaron su domicilio fuera de nuestra Comunidad.

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 61,1% de las madres de estos niños eran o habían sido usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP) y el 26,3% se había infectado por transmisión heterosexual (HTX). En el 12,3% el grupo de transmisión materno se desconoce o no consta. Desde el año 2002 el grupo de transmisión heterosexual supera en número absoluto a las UDVP (Tabla III.4, Gráfico III.2A y 2B).

Desde el año 2001 se está recogiendo de forma sistemática el país de origen de las madres. Entre 2001 y 2004 se han notificado 462 niños nacidos con anticuerpos anti-VIH, en el 12% la madre era inmigrante y todas ellas se habían infectado por vía heterosexual.

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. Primero la utilización del AZT y luego de los tratamientos antirretrovirales de gran efectividad, han disminuido las tasas de transmisión de un 20,9% (IC95%: 18,6 – 23,5%) antes de 1995 a un 17,6% (IC95%: 13,4 – 22,8%) entre 1995 y 1997 y a un 2,9 (IC 95%: 1,8 – 4,3%) en el periodo 1998-2004 (Gráfico III.3).

Entre 1998 y 2004 no se observan diferencias significativas en las tasas de transmisión ni por año de nacimiento, ni entre españolas e inmigrantes. Si existen diferencias significativas ($p = 0,031$) según el grupo de transmisión materna: entre madres UDVP la tasa de transmisión es del 1,5%, entre infectadas por transmisión heterosexual del 4,7% y entre aquellas de otro grupo/no consta del 1,9%.

La efectividad de las terapias combinadas con antirretrovirales en los niños infectados por transmisión vertical se refleja en el descenso del número de casos de Sida infectados por esta vía y diagnosticados a partir de 1998 (Gráfico III.4), de los 21 casos diagnosticados, 4 habían nacido entre 2000 y 2004.

Entre el año 2000 y el 2004 (Tabla III.5), el 80,7% recibieron profilaxis pre y perinatal, el 8,5% sabemos que recibieron profilaxis perinatal y el 1,3% no recibieron profilaxis ni la madre ni el hijo, en el 9,5% desconocemos estos datos. El 66% de las madres inmigrantes recibieron profilaxis prenatal frente al 82% 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 e intraparto que las infectadas por vía heterosexual (88,7% y 90,2% las UDVP y 80,2% y 82% las HTX, $p<0,05$), sin embargo no existen diferencias significativas en cuanto a la profilaxis postnatal.

De los 98 niños nacidos en el 2004 con residencia en la CM, el 62,2% de las madres conocían su infección previamente al embarazo y el 22,4% no. De las 22 mujeres que no conocían su situación previamente, el 32% eran inmigrantes y el 91% se habían infectados por transmisión heterosexual; al 50% (11/22) se les detectó durante el embarazo y recibieron profilaxis prenatal, intraparto y postnatal, al 36,4% (8/22) se les debió detectar en el parto pues no recibieron profilaxis prenatal pero sí intraparto y/o postnatal y el 13,6% (3/22) no recibieron profilaxis en ningún momento.

Entre 2000 y 2004 se infectaron 17 niños por transmisión vertical (2,8% del total) que suponen: el 62,5% (5 / 8) de los que no habían recibido ninguna profilaxis, el 10,3% (6 / 58) de los que no nos consta este dato, el 17,9% (5 / 28) de los que se sabe que no habían recibido profilaxis prenatal pero sí perinatal y el 0,2% (1 / 492) de los que habían hecho la profilaxis completa.

Los niños infectados nacidos en 2002 y 2003 fueron notificados durante el año 2004.

A finales de 2004 hay notificados 237 niños que están en seguimiento, el 43,5% son varones y el 15,6% (37) tienen más de 15 años. El 35,4% han desarrollado en algún momento de su evolución una o más enfermedades indicativas de Sida, el 49,4% están infectados por el VIH y el 15% está en estadio de expuestos (Tabla III.3).

La categoría clínica e inmunológica de estos niños se resume en la Tabla III.6 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 2003, de las mujeres infectadas por VIH que tuvieron un hijo en ese periodo, el 70% lo hicieron por cesárea, el 29% refería dependencia a drogas, en el 88% la infección por VIH era asintomática, el 11% estaban diagnosticadas de hepatitis C crónica y el 21% 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	96,1%	8	3,9%	206	100,0%
1993	153	92,2%	13	7,8%	166	100,0%
1994	137	91,9%	12	8,1%	149	100,0%
1995	118	90,8%	12	9,2%	130	100,0%
1996	119	94,4%	7	5,6%	126	100,0%
1997	92	94,8%	5	5,2%	97	100,0%
1998	104	96,3%	4	3,7%	108	100,0%
1999	123	93,9%	8	6,1%	131	100,0%
2000	148	95,5%	7	4,5%	155	100,0%
2001	139	96,5%	5	3,5%	144	100,0%
2002	107	96,4%	4	3,6%	111	100,0%
2003	118	97,5%	3	2,5%	121	100,0%
2004	98	93,3%	7	6,7%	105	100,0%
Total	2542	95,0%	135	5,0%	2677	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 de la CM		Infectados de fuera de la CM	
	n	%	n	%
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%	7	87,5%
1993	24	15,7%	10	76,9%
1994	28	20,4%	7	58,3%
1995	25	21,2%	6	50,0%
1996	18	15,1%	3	42,9%
1997	15	16,3%	3	60,0%
1998	4	3,8%	2	50,0%
1999	3	2,4%	3	37,5%
2000	6	4,1%	1	14,3%
2001	4	2,9%		
2002	1	,9%	1	25,0%
2003	2	1,7%		
2004	4	4,1%	1	14,3%
Total	385	15,1%	73	54,1%

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		1	2			2		2	6		20
1985	2	6		9	2	2		3			12		36
1986	3	3		46	3	7	1	2			13	2	80
1987	2	6		97	4	18	1	1	1		9	3	142
1988	5	3		98		18	1		1	1	17	1	145
1989	7	8		90	2	27			2		13		149
1990	5	5		73		24	1	2		1	9	1	121
1991	10	10		120	1	33	3	1	1		15	1	195
1992	15	10		123	1	32			2		13	2	198
1993	5	8		106	1	21			2		10		153
1994	12	5		99		9	2				9	1	137
1995	11	3		83	1	7	2		2	2	6	1	118
1996	10	7		91		8		1	2				119
1997	10	2		71		5	1	1			1	1	92
1998	3			90		9	1		1				104
1999	3			108		11						1	123
2000	4	2		135		5			2				148
2001	2	1		135			1						139
2002	1			104		2							107
2003	2			115								1	118
2004	3		36	58							1		98
Total	117	84	36	1852	17	238	14	13	16	6	134	15	2542

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%					1	5,0%	20	100,0%
1985	3	8,3%	28	77,8%					5	13,9%	36	100,0%
1986	10	12,5%	63	78,8%					7	8,8%	80	100,0%
1987	28	19,7%	106	74,6%					8	5,6%	142	100,0%
1988	19	13,1%	110	75,9%	1	,7%			15	10,3%	145	100,0%
1989	13	8,7%	119	79,9%					17	11,4%	149	100,0%
1990	15	12,4%	87	71,9%	1	,8%			18	14,9%	121	100,0%
1991	21	10,8%	137	70,3%					37	19,0%	195	100,0%
1992	23	11,6%	128	64,6%	1	,5%			46	23,2%	198	100,0%
1993	12	7,8%	97	63,4%	1	,7%			43	28,1%	153	100,0%
1994	10	7,3%	98	71,5%					29	21,2%	137	100,0%
1995	27	22,9%	63	53,4%	1	,8%			27	22,9%	118	100,0%
1996	15	12,6%	64	53,8%					40	33,6%	119	100,0%
1997	13	14,1%	43	46,7%	1	1,1%			35	38,0%	92	100,0%
1998	11	10,6%	61	58,7%					32	30,8%	104	100,0%
1999	17	13,8%	65	52,8%					41	33,3%	123	100,0%
2000	25	16,9%	77	52,0%					46	31,1%	148	100,0%
2001	19	13,7%	60	43,2%	1	,7%			59	42,4%	139	100,0%
2002	11	10,3%	38	35,5%			1	,9%	57	53,3%	107	100,0%
2003	8	6,8%	56	47,5%					54	45,8%	118	100,0%
2004	12	12,2%	34	34,7%					52	53,1%	98	100,0%
Total	313	12,3%	1552	61,1%	7	,3%	1	,0%	669	26,3%	2542	100,0%

Tabla III.5
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	148		139		107		118		98		610	
Grupo de transmisión de la madre												
UDVP	77	52,0	60	43,2	38	35,5	56	47,5	34	34,7	265	43,4
HTX	46	31,1	59	42,4	57	53,3	54	45,8	52	53,1	268	43,9
Otros/NC	25	16,9	20	14,4	12	11,2	8	6,8	12	12,2	77	12,7
Madre Inmigrante	6	4,1	6	4,3	20	18,7	15	12,7	14	14,3	56	9,2
Profilaxis antirretroviral												
Prenatal:												
Si	118	79,7	122	87,8	89	83,2	94	79,7	69	70,4	492	80,7
No	9	6,1	5	3,6	9	8,4	5	4,2	16	16,3	44	7,2
No consta	21	14,2	12	8,6	9	8,4	19	16,1	13	13,3	74	12,1
Intraparto:												
Si	118	79,7	122	87,8	90	84,1	95	80,5	78	79,6	503	82,5
No	3	2,0	1	0,7	1	0,9	0	-	6	6,1	11	1,9
No consta	27	18,2	16	11,5	16	15,0	23	19,5	14	14,3	96	15,7
Neonatal:												
Si	121	81,8	126	90,6	102	95,3	110	93,2	85	86,7	544	89,2
No	3	2,0	1	0,7	1	0,9	0	-	3	3,1	8	1,3
No consta	24	16,2	12	8,6	4	3,7	8	6,8	10	10,2	58	9,5
Niños infectados	6	4,1	4	2,9	1	0,9	2	1,7	4	4,1	17	2,8

Tabla III.6
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
en seguimiento a finales de 2004

		CATEGORIA INMUNOLOGICA				TOTAL
		0	1	2	3	
CATEGORIA CLINICA	N		6	2		8
	A		32	25	13	70
	B		8	20	23	51
	C		9	14	49	72
	E	36				36
TOTAL		36	55	61	85	237

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

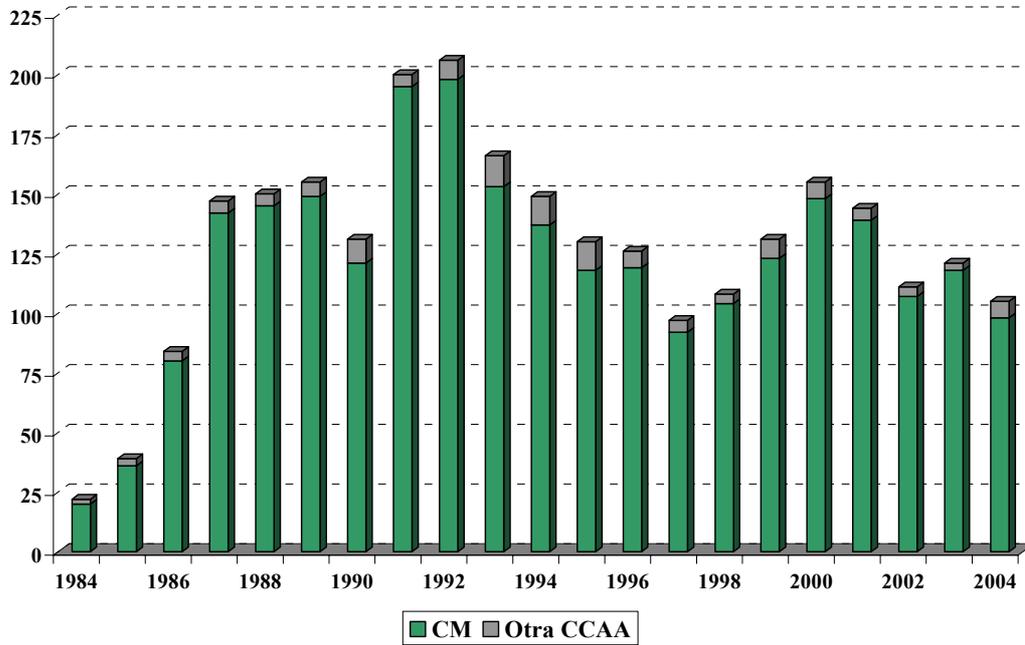


Gráfico III.2 A
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
Porcentaje de grupos de transmisión materna por año de nacimiento

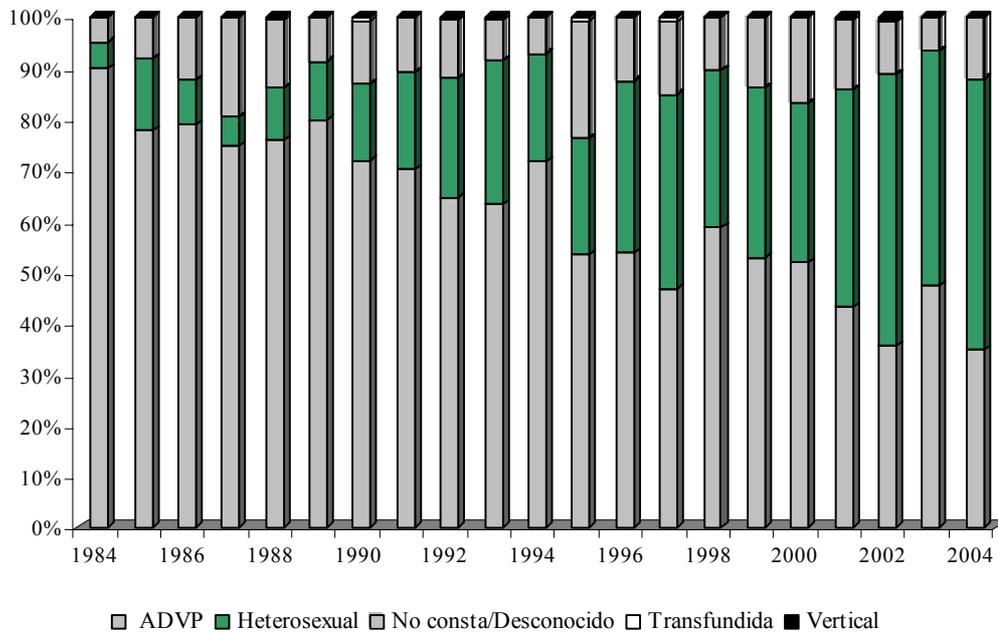


Gráfico III.2 B
Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH con residencia en la CM
Grupos de transmisión materna por año de nacimiento

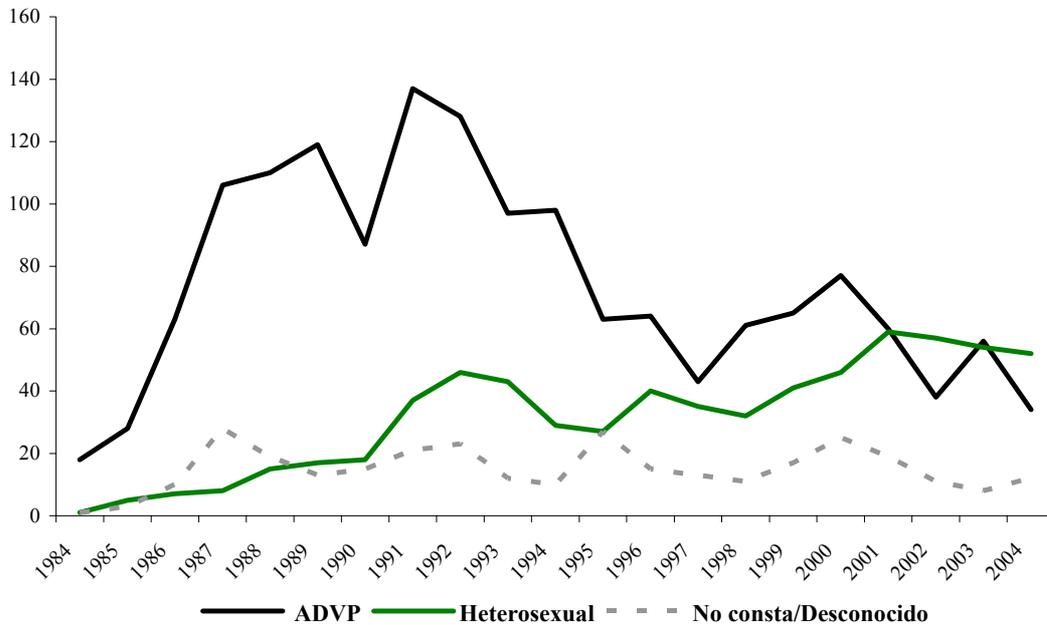


Gráfico III.3
Tasas de transmisión vertical de la infección por el VIH en niños seropositivos
notificados con residencia en la Comunidad de Madrid por año de nacimiento

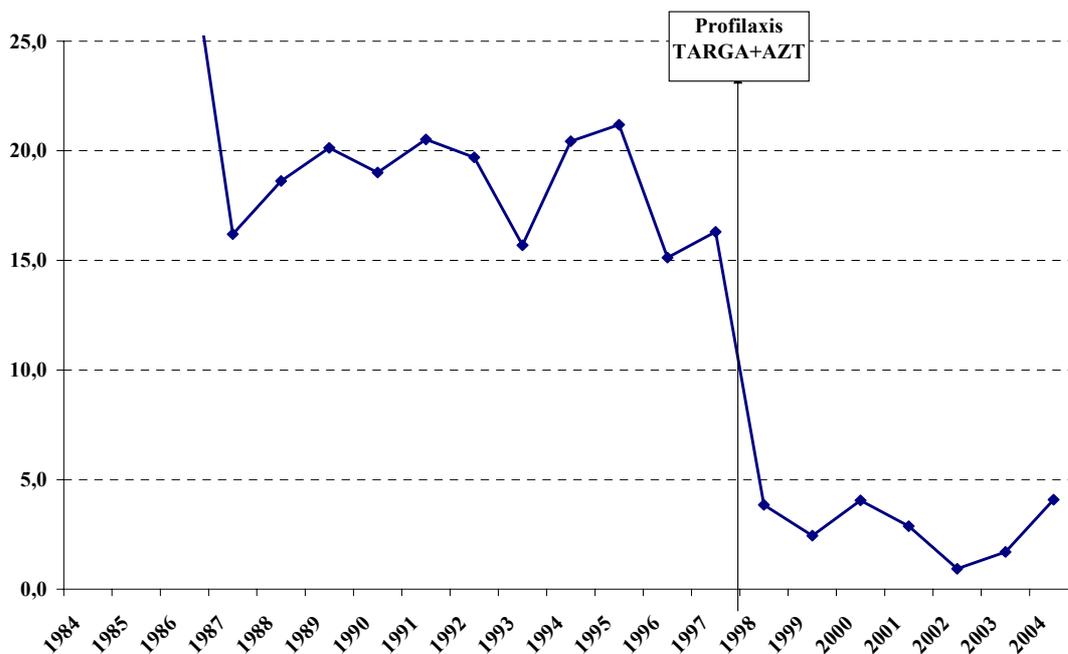
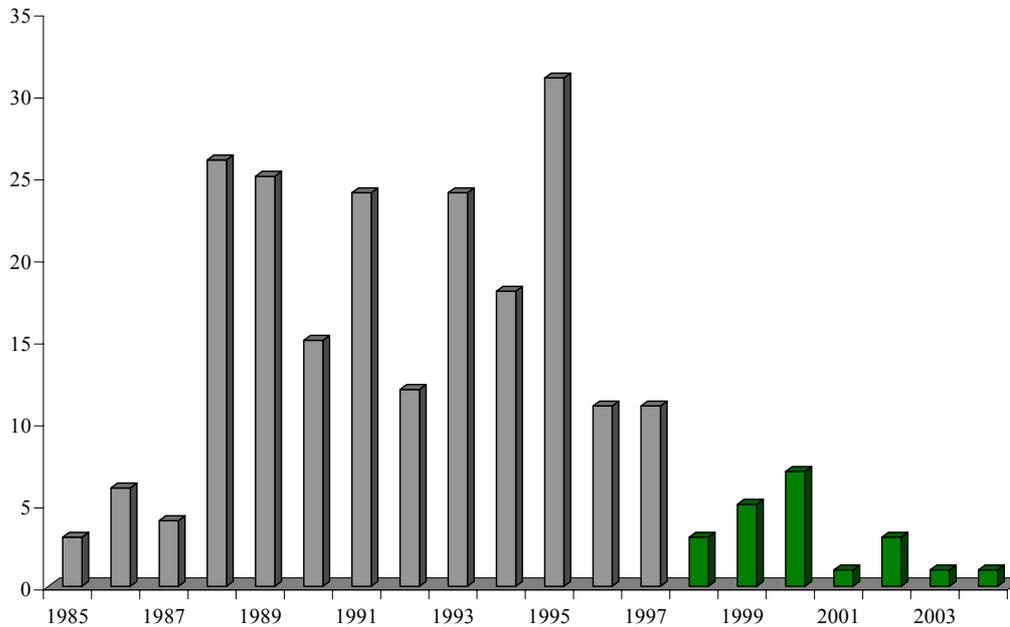


Tabla III.4
Casos de Sida infectados por transmisión vertical diagnosticados por año



Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. Enhanced Perinatal Surveillance- United States, 1999-2001. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2004: 5-21. Special Surveillance Report 4. (<http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrsupp.htm>)

ACCIDENTES CON MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO POR EL VIH EN PERSONAL SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID 31 de diciembre de 2004

Desde 1985 hasta diciembre de 2004, se han notificados 2.847 accidentes con material potencialmente contaminado por el VIH en personal sanitario de la CM, tres 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 33 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 13,4% 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 89% 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 doceavo mes post-accidente.

Se considera abandono, 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 39% de los accidentes notificados abandonaron el seguimiento, de ellos el 40% tras haberse realizado únicamente el control basal y el 39% con el control del sexto mes negativo; están en seguimiento el 11%, de ellos el 48% con el control del sexto mes realizado y el 50% ha terminado el seguimiento (control del 12 mes realizado). La tasa de transmisión es del 1,05 por mil (IC 95%: 0,22-3,08 por mil) (Tabla IV.1)

En la Tabla IV.2 se resumen las características de los accidentes notificados, ocurridos entre 1999 y 2004 y acumulados desde 1985.

Desde 1992, año en el que se notificaron el mayor número de accidentes (259), hasta el año 2004, los accidentes notificados han disminuido un 72%. Hay que tener en cuenta, que tres hospitales han dejado de notificar al registro, uno en el año 1998, otro en 1999 y el tercero en el año 2000. En el año 1998, último año en que estos tres hospitales notificaron, sus notificaciones supusieron el 34% del total de ese año.

Entre 1992 y 2004, en número absoluto, los accidentes por inoculación accidental han disminuido más que en los que ocurren por contacto mucocutáneo (79,6% y 46,6% respectivamente) (Gráfico IV.1). Por área donde ocurrieron los accidentes, éstos han

disminuido un 80% en el área clínica, un 82% en urgencias un 69% en el área quirúrgica, un 47% en laboratorios, y un 25% en las unidades de cuidados especiales (Gráfico IV.2). Por categoría profesional han disminuido un 73% en el personal de enfermería mientras que entre los médicos han disminuido un 48% (Gráfico IV.3).

Esta disminución, refleja la buena práctica de medidas preventivas universales en el medio sanitario, pero también refleja la subnotificación de los accidentes ocurridos.

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 2004

		Situación				TOTAL
		En seguimiento	Fin del seguimiento VIH (-)	Fin del seguimiento VIH (+)	Abandono	
Sólo detección basal	(-)	78			444	522
Detección a los 3 meses	(-)	86			234	320
Detección a los 6 meses	(-)	154			437	591
	(+)			3		3
Detección a los 12 meses	(-)		1411			1411
TOTAL		318 11,1%	1411 49,6%	3 0,1%	1115 39,2%	2847 100,0%

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

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total acumulado 1985-2004
Sexo							
No consta							1
Hombre	45	27	15	19	22	11	703
Mujer	77	51	49	41	37	61	2143
Grupo de edad							
No consta	5	11	9	5	15	9	339
<20							23
20-24	12		3	5		4	294
25-29	28	14	12	10	5	20	564
30-34	22	16	8	4	8	5	493
35-39	10	11	9	11	7	6	368
40-44	15	12	7	12	5	5	311
45-49	14	8	8	6	4	12	208
50-54	3	1	5	4	4	6	117
55-59	8	2	2	2	9	3	82
60 y más	5	3	1	1	2	2	48
Tipo de accidente							
No consta							15
Pinchazo	80	53	36	37	34	38	1983
Herida con objeto cortante	10	6	3	4	2	3	135
Contacto con mucosas	3			6	1	2	57
Contacto con conjuntivas	2	1			1		80
Contacto con piel	27	18	24	13	21	29	577
Categoría profesional							
No consta							12
Médic@s/estudiantes	38	25	20	24	22	22	605
Enfermer@s/estudiantes	62	30	30	30	27	43	1649
ATL	6	2	6	5	2	2	91
Auxiliares sanitarios	11	13	5	1	7	4	381
Celadores		3	1		1	1	59
Personal de limpieza	1	1					22
Otros	4	4	2				28
Área donde ocurrió el accidente							
No consta	5	6	3	3	9	3	73
Urgencias	19	10	11	10	6	6	310
Clínica	51	23	19	15	23	30	1438
Quirúrgica	27	20	13	21	11	14	515
Laboratorio	14	6	6	3	4	10	260
Cuidados Especiales	6	13	12	8	6	9	250
TOTAL	122	78	64	60	59	72	2847

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

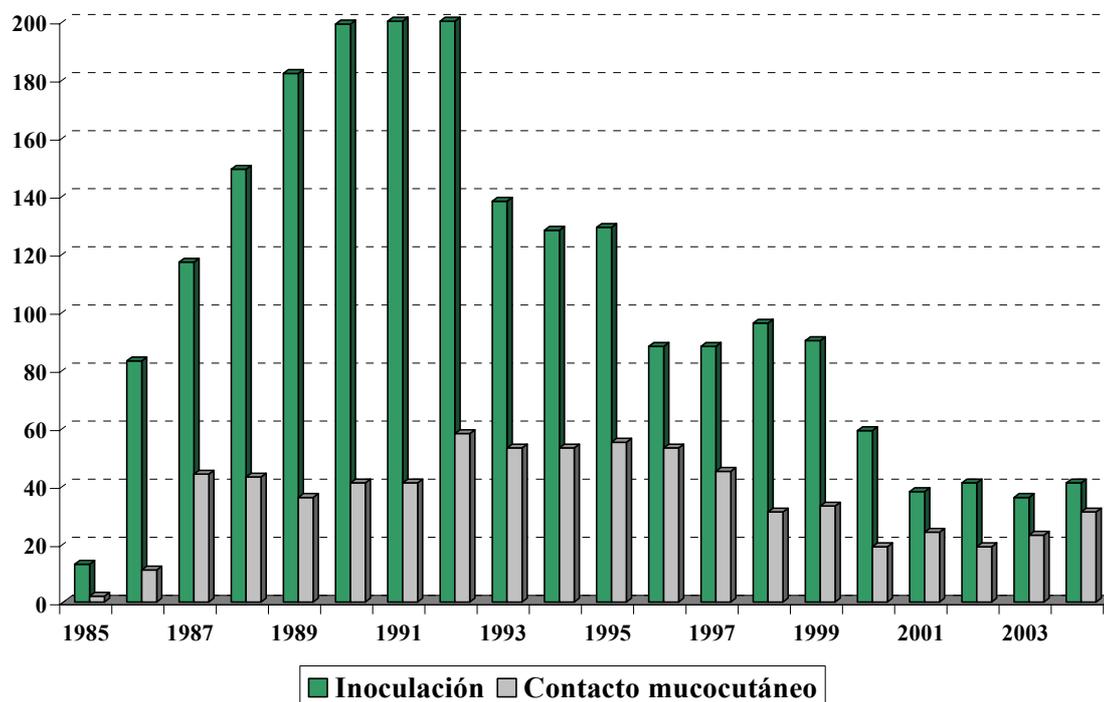


Gráfico IV.2
Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según el área donde se produjo el accidente y el año.

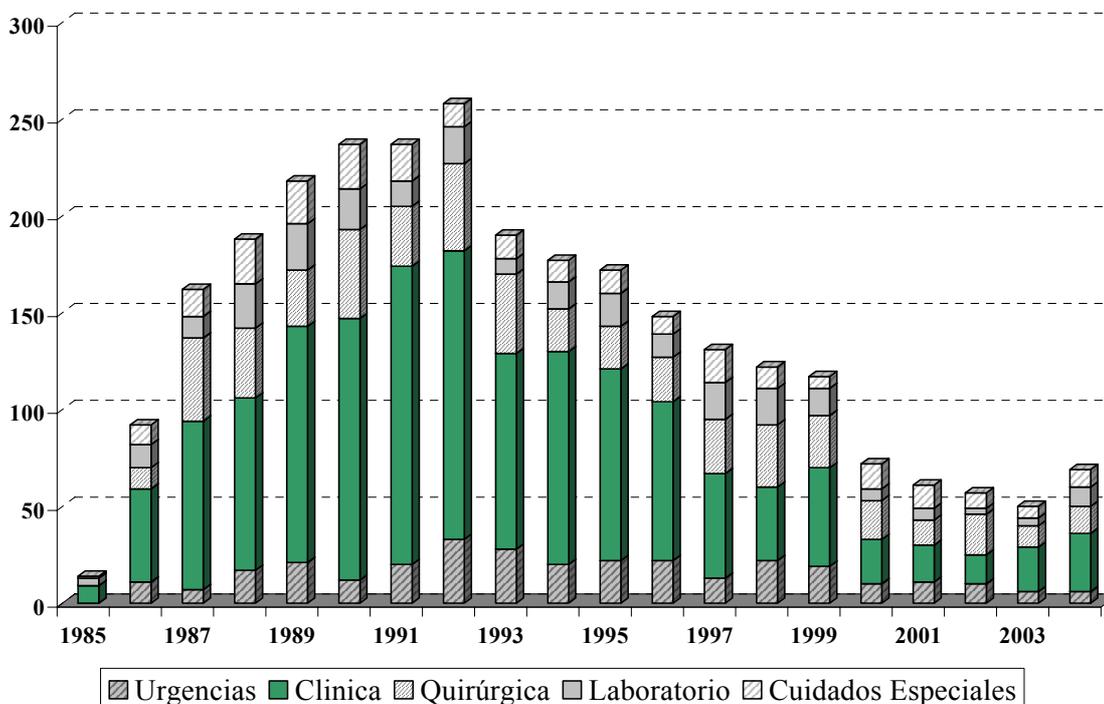


Gráfico IV.3
Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según el grupo profesional y el año.

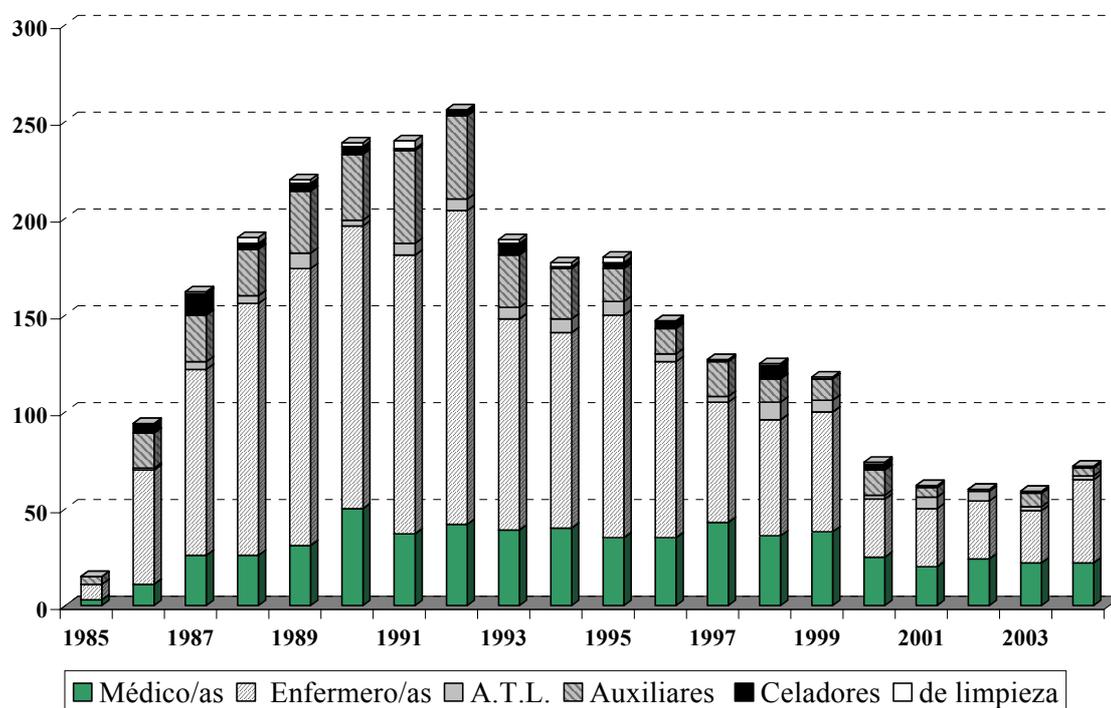


Gráfico IV.4
Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según tipo de accidente y categoría profesional.

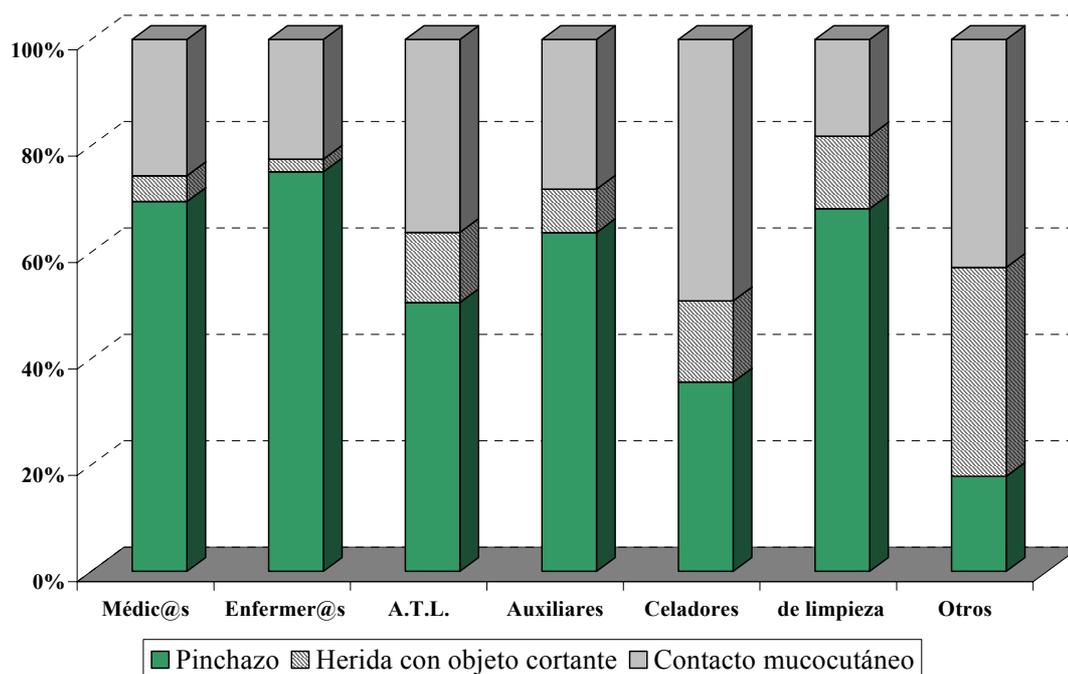
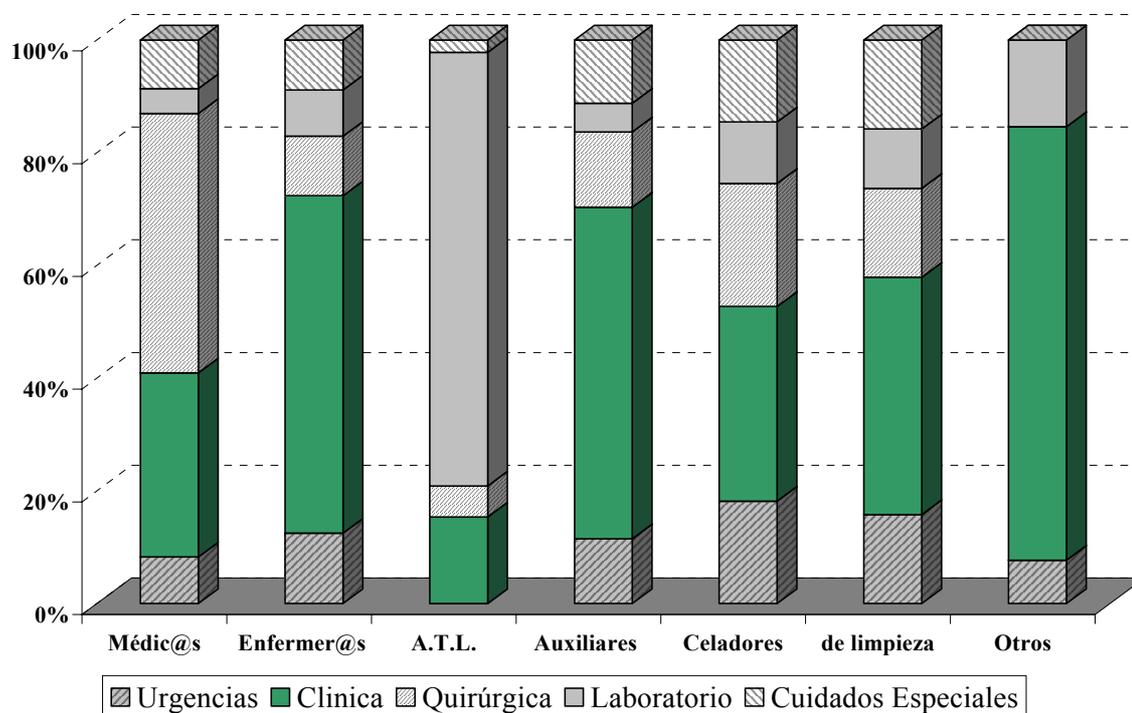


Gráfico IV.5
Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según área donde ocurrió el accidente y categoría profesional.



PREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE AL VIH EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 1996 - 2003*

Introducción

La estimación de la prevalencia de la infección por VIH en la población general, presenta enormes dificultades, siendo por tanto necesario, estimarla en grupos seleccionados de la población, las denominadas poblaciones centinelas. Una vez seleccionada la población centinela, para la obtención de las muestras, se utiliza la metodología de estudios anónimos no relacionados, que consiste en tomar una muestra de sangre sobrante, de una muestra extraída originalmente para otros objetivos, y se somete a una prueba de detección del VIH, después de la eliminación de toda información que permita identificar el origen de la muestra. Este método es el mejor para la detección del VIH en vigilancia epidemiológica, ya que reduce el sesgo de participación al mínimo.

La elección de la población centinela de mujeres que dan a luz un hijo/a vivo/a, se debe a la accesibilidad a las muestras residuales de sangre seca del cribado neonatal de metabolopatías congénitas y a la alta cobertura del programa de prevención de minusvalías (>99%). Ya que los anticuerpos detectados en neonatos son anticuerpos maternos transferidos pasivamente en el útero, el estudio de las muestras de neonatos permite estimar la prevalencia de infección por VIH en sus madres. Pero, este método presenta algunas limitaciones, ya que debido a su carácter anónimo, no permite identificar los grupos de transmisión de las mujeres seropositivas, ni se pueden generalizar los resultados a todas las mujeres en edad fértil ya que no se incluyen los abortos ni conocemos la fecundidad de las mujeres infectadas con VIH.

Objetivos

1. Estimar la tendencia de la prevalencia de la infección por VIH, en las mujeres que paren un hijo vivo en la Comunidad de Madrid.
2. Identificar diferencias en la prevalencia por grupos de edad materna y lugar de residencia
3. Identificar los hospitales que atienden mayor número de madres infectadas

Material y método

Encuesta seroepidemiológica realizada por el procedimiento del anónimo no relacionado utilizando las muestras residuales anonimizadas de sangre seca impregnada en papel, que se extraen, a partir de las 48 horas de vida, a todos los recién nacidos vivos, en los Hospitales Públicos y Privados de la CM., para el Plan de Prevención de Minusvalías (1).

Se analizaron los restos de sangre correspondientes a todas las tarjetas que se registraron en durante los meses de junio de 1996 hasta diciembre de 1997, excepto las tarjetas separadas en su momento por resultado dudoso o positivo en el cribado neonatal de metabolopatías congénitas ó por bajo peso del neonato correspondientes a los meses de junio, julio, agosto y septiembre de

* Elena Dulín Iñiguez. Responsable del Laboratorio de Cribado Neonatal del Plan de Prevención de Minusvalías de la Comunidad de Madrid, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

1996. A partir de enero de 1998 se analizan las muestras correspondientes a los primeros 15 días de cada mes.

Las tarjetas se almacenaron a -20°C , durante al menos un año tras su recepción, hasta su análisis.

Las determinaciones se llevaron a cabo en el Laboratorio de Cribado Neonatal del Plan de Prevención de Minusvalías de la Comunidad de Madrid (Hospital General Universitario Gregorio Marañón).

Para la detección de anticuerpos anti-VIH-1 y VIH-2 en las muestras, se utiliza una prueba de ELISA. Las muestras reactivas se someten a un segundo ELISA y aquellas doblemente reactivas o dudosas se confirman con un Western-Blot (WB).

Las variables que se recogen para el análisis son: año de nacimiento, edad de la madre, código postal y hospital de nacimiento.

Las seroprevalencias de infección y sus intervalos de confianza al 95% se calcularon por la distribución de Poisson y la evolución temporal mediante tendencias.

Resultados

Entre junio de 1996 y diciembre del 2003, se obtuvieron 261.726 tarjetas de niños nacidos en la Comunidad de Madrid, 6.807 (2,6%) madres tenían su residencia fuera de la CM, en 545 (0,2%) no consta la provincia de residencia de la madre, tampoco consta la edad en el 7% ni el hospital de nacimiento en el 1%.

En 2.915 (1,1%) tarjetas, faltó muestra para el análisis de detección de anticuerpos anti-VIH por Elisa y su confirmación por Western-Blot (WB). Del total de 258.811 muestras analizadas con Elisa y WB, el 99,78% fueron negativas y el 0,22% dieron un WB positivos (en 2 muestras el WB fue indeterminado) (Tabla 1).

En el análisis sólo se incluyen las muestras con Elisa negativo (VIH -) y las que dieron un Western-Blot positivo (VIH +). La prevalencia acumulada no muestra diferencias significativas entre las residentes en la CM (2,23 por mil; IC 95%: 2,05-2,42) y las de otras provincias (2,09 por mil; IC 95%: 1,14-3,51) (Tabla 2, Gráfico 1).

Entre los años 1998 y 2003, el análisis de la prevalencia muestra una tendencia cuadrática, detectándose un máximo en el año 1999 (prevalencia de 2,88 por mil) y a partir de ahí una tendencia decreciente que continúa hasta el año 2003 (1,50 por mil). (Gráfico 2).

De las madres con residencia en la CM, el 82% tenían entre 25 y 39 años en el momento de parir. La prevalencia más elevada de anticuerpos anti-VIH positivos se detecta en aquellas muestras en las que no consta la edad de la madre. No se han detectado anticuerpos en los grupos de edad menores de 15 años y mayores de 44. Entre las mujeres de 15 a 44 años, no existen diferencias significativas de la prevalencia con respecto a la edad ($p = 0,345$), respecto al año es más alta entre 1999 y 2001 ($p = 0,011$) (Tabla 3, Gráfico 3).

Del total de las tarjetas analizadas correspondientes a mujeres en las que se refería residencia conocida en la Comunidad de Madrid y en las que constaba el código postal, el 49,5% pertenecían al municipio de Madrid y el 25% a uno de los nueve municipios con una población de mujeres en edad fértil (15-44 años) superior a 20.000 (Tabla 4). Las prevalencias acumuladas más altas de estos municipios corresponden a Parla (3,92 por mil), Torrejón de Ardoz (3,40 por mil), Móstoles (2,96 por mil) y Madrid (2,78 por mil) y las más bajas corresponden a Alcobendas (1,07 por mil) y Leganés (0,89 por mil). Si se consideran las áreas sanitarias de estos municipios, las áreas 3 y 10 presentan un pico en el año 2001 (>5 por mil), en el área 8 y en el municipio de Madrid se observa un pico (~ 4 por mil) en el año 1999 (Gráfico 4).

Los hospitales que presentan una prevalencia acumulada más elevadas son el Gregorio Marañón, el 12 de Octubre, Móstoles y La Paz (Tabla 5). En los dos últimos años las prevalencias más altas se han detectado en los hospitales Doce de Octubre y de Móstoles con 5 por mil o más.

Tabla 1.
Resultados de la detección de anticuerpos anti-VIH madres de recién nacidos (1996-2003)

		Residentes en la Comunidad de Madrid			Total
		No consta	Si	No	
Muestra insuficiente	Primer Elisa no realizado	38	2753	113	2904
	Elisa positivo y WB no realizado		9	2	11
1º y 2º Elisa positivos y WB indeterminado			2		2
Elisa negativo		502	251050	6678	258230
Elisa y WB positivos		5	560	14	579
Total		545 (0,2%)	254374 (97,2%)	6807 (2,6%)	261726 (100,0%)

Tabla 2.
Prevalencia por mil de anticuerpos anti-VIH en madres de recién nacidos según año y residencia de la madre (1996 – 2003)

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total acumulado
CM	Nº muestras válidas	22639	48122	25356	27407	29686	31237	32584	34579	251610
	Positivos	46	101	47	79	82	82	71	52	560
	Prevalencia por mil	2,03	2,10	1,85	2,88	2,76	2,63	2,18	1,50	2,23 (IC95%: 2,05-2,42)
Otras CCAA	Nº de muestras	579	1279	733	715	818	796	834	938	6692
	Positivos	3	3	1	1	1		4	1	14
	Prevalencia por mil	5,18	2,35	1,36	1,40	1,22		4,80	1,07	2,09 (IC 95%: 1,14-3,51)
No consta	Nº de muestras	63	119	101	45	37	48	56	38	507
	Positivos		1	1			2	1		5
	Prevalencia por mil		8,40	9,90			41,67	17,86		9,86 (IC 95%: 3,20-23,01)

Tabla 3.
Prevalencia por mil (IC 95%) de anticuerpos anti-VIH positivos en madres de recién nacidos con residencia en la C.M. por año y grupo de edad de la madre

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	No consta	Total
1996	6,56 (0,80-23,68)	2,09 (0,43-6,10)	2,70 (1,54-4,38)	1,09 (0,50-2,06)	0,65 (0,01-2,36)		4,34 (2,37-7,28)	2,03 (1,48-2,71)
1997		3,19 (1,53-5,87)	2,50 (1,70-3,55)	1,56 (1,05-2,24)	0,85 (0,31-1,85)		4,69 (3,04-6,93)	2,10 (1,71-2,55)
1998	2,84 (0,07-15,83)	1,84 (0,38-5,38)	2,03 (1,08-3,48)	1,18 (0,61-2,05)	1,45 (0,53-3,17)	1,90 (0,05-0,59)	5,25 (2,62-9,39)	1,85 (1,36-2,46)
1999	2,31 (0,06-12,87)	1,55 (1,89-8,63)	2,43 (1,39-3,95)	2,83 (1,93-3,99)	1,45 (0,58-2,99)		8,66 (4,85-14,28)	2,88 (2,28-3,59)
2000	1,94 (0,05-10,80)	1,81 (0,49-4,64)	2,05 (1,15-3,38)	2,37 (1,58-3,40)	2,32 (1,24-3,97)	8,96 (3,60-18,47)	13,68 (7,29-23,40)	2,76 (2,20-3,43)
2001	1,62 (0,04-9,03)	2,42 (0,89-5,27)	2,06 (1,15-3,40)	2,62 (1,80-3,68)	2,05 (1,09-3,50)	5,85 (1,90-13,65)	8,96 (4,10-17,00)	2,63 (2,09-3,26)
2002		2,68 (1,08-5,53)	1,98 (1,11-3,27)	1,39 (0,82-2,19)	2,00 (1,07-3,42)	6,42 (2,36-13,97)	9,02 (4,66-15,75)	2,18 (1,70-2,75)
2003		2,66 (1,07-5,47)	1,16 (0,53-2,19)	1,08 (0,61-1,78)	1,95 (1,06-3,27)	2,84 (0,60-8,31)	3,25 (0,89-7,39)	1,50 (1,12-1,97)
Total acumulado	1,41 (0,52-3,06)	2,67 (1,97-3,54)	2,12 (1,77-2,52)	1,77 (1,52-2,05)	1,66 (1,30-2,08)	3,61 (2,26-5,47)	6,09 (4,97-7,39)	2,23 (2,05-2,42)

Tabla 4.
Prevalencia (por mil) de anticuerpos anti-VIH en madres de recién nacidos por año y municipio de residencia de la madre

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total acumulado (IC95%)
Madrid municipio	2,80	2,85	2,19	3,82	3,50	2,53	2,85	1,76	2,78 (2,49-3,08)
Alcalá de Henares (área 3)	6,09			1,19	2,09	5,32	5,36	0,85	2,52 (1,56-3,86)
Alcobendas (área 5)		2,63	2,41	2,18					1,07 (0,30-2,75)
Alcorcón (área 8)	1,78	0,82	0,00	1,27	1,16	3,39	2,01	2,87	1,70 (0,88-2,97)
Fuenlabrada (área 9)	2,11	2,03	2,65	1,69	0,80	1,61	0,74	1,50	1,63 (0,95-2,61)
Getafe (área 10)					3,52	6,39	1,13	1,11	1,57 (0,75-2,88)
Leganés (área 9)		1,49	1,66			2,39		1,09	0,89 (0,33-1,95)
Móstoles (área 8)		3,46	1,08	6,43	5,30	1,07	2,95	2,78	2,96 (1,92-4,37)
Parla (área 10)	5,78	1,29	2,59	2,53	3,96	4,02	7,35	4,75	3,92 (2,24-6,37)
Torrejón de Ardoz (área 3)	2,09	4,98	3,77	3,51	3,13	8,38	--	--	3,40 (2,01-5,37)
Resto de la CM	0,53	0,83	1,52	1,81	1,91	1,91	1,01	0,91	1,28 (1,02-1,58)
Total de la CM	2,03	2,10	1,85	2,88	2,76	2,63	2,18	1,50	2,23 (2,05-2,42)

Tabla 5.
Prevalencia (por mil) de anticuerpos anti-VIH en madres de recién nacidos por año y centro que remitió la tarjeta

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total acumulado (IC95%)
Gregorio Marañón	6,00	5,67	4,90	8,24	7,32	5,66	4,20	2,42	5,39 (4,37-6,57)
La Paz	4,28	3,47	3,22	6,03	5,76	3,85	3,45	1,50	3,82 (3,21-4,51)
Santa Cristina	0,93	1,37	2,54	3,51	2,15	1,25	0,61	3,08	1,90 (1,20-2,85)
Universitario de Getafe	3,30	1,00	1,01	2,52	2,35	7,14	3,40	1,90	2,72 (1,82-3,90)
Fundación Jiménez Díaz	2,98	5,36	2,30	5,89	5,79	2,67	2,49	1,28	3,49 (2,03-5,58)
Clínico San Carlos		5,79	1,93	2,38	3,31	2,90	1,39	0,67	2,60 (1,67-3,88)
Doce de Octubre	2,47	3,92	3,49	5,20	5,05	4,66	6,32	4,87	4,46 (3,67-5,37)
Fundación Alcorcón					2,19	2,07	2,66	1,70	1,66 (0,76-3,16)
General de Móstoles	1,68	2,58	1,08	8,51	7,65	2,40	5,29	5,28	3,87 (2,68-5,41)
Severo Ochoa	0,77	1,54	2,92	0,72	1,44	1,97	1,17	1,70	1,54 (0,94-2,37)
Príncipe de Asturias	3,47	1,83	0,89	3,27	2,47	7,76	2,62	0,60	2,84 (1,95-3,99)
Resto de hospitales	0,23	0,16	0,31	0,10	0,48	0,26	0,17	0,16	0,23 (0,14-0,35)
Total de la CM	2,03	2,10	1,85	2,88	2,76	2,63	2,18	1,50	2,23 (2,05-2,42)

Gráfico 1.
Prevalencia (por mil) de anticuerpos anti-VIH en madres de recién nacidos según año y residencia de la madre

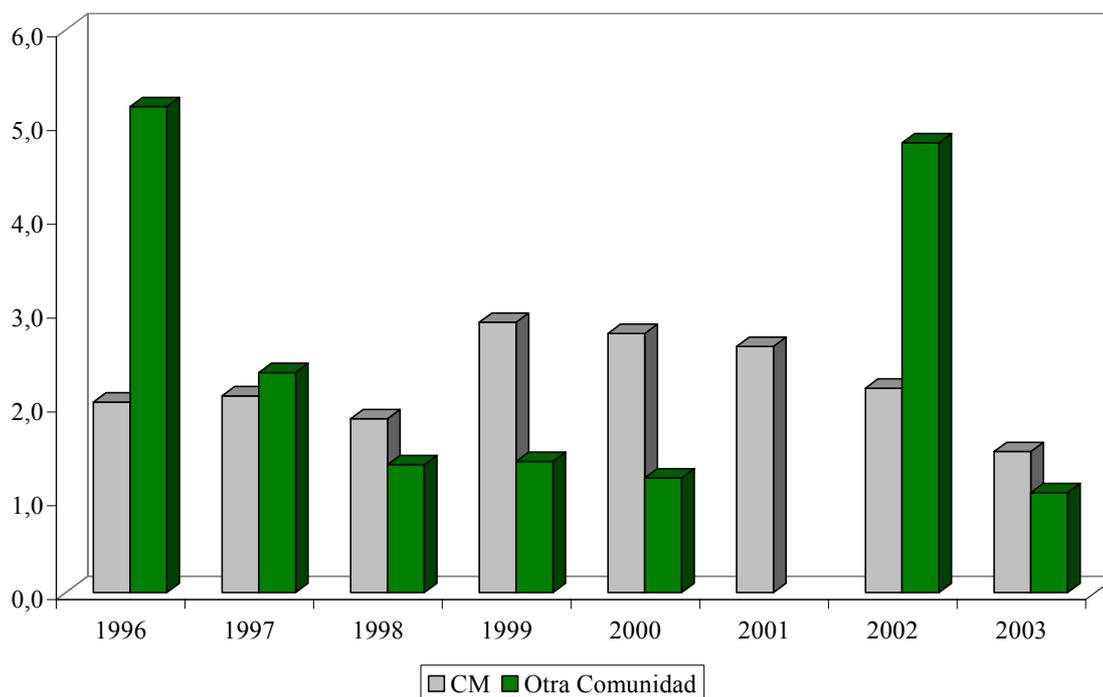


Gráfico 2.
Evolución de la prevalencia de la infección por el VIH en madres de recién nacidos residentes en la CM 1998 - 2003

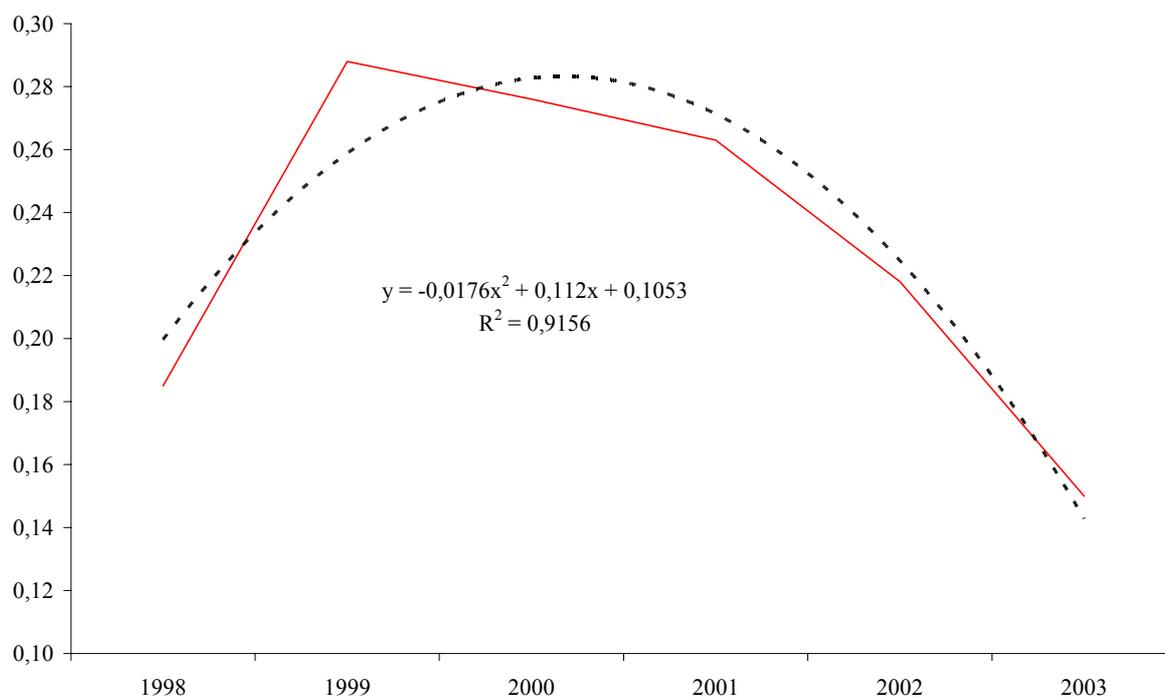


Gráfico 3.
Prevalencia (por mil) de anticuerpos anti-VIH positivos en madres de recién nacidos con residencia en la CM por año y grupo de edad de la madre

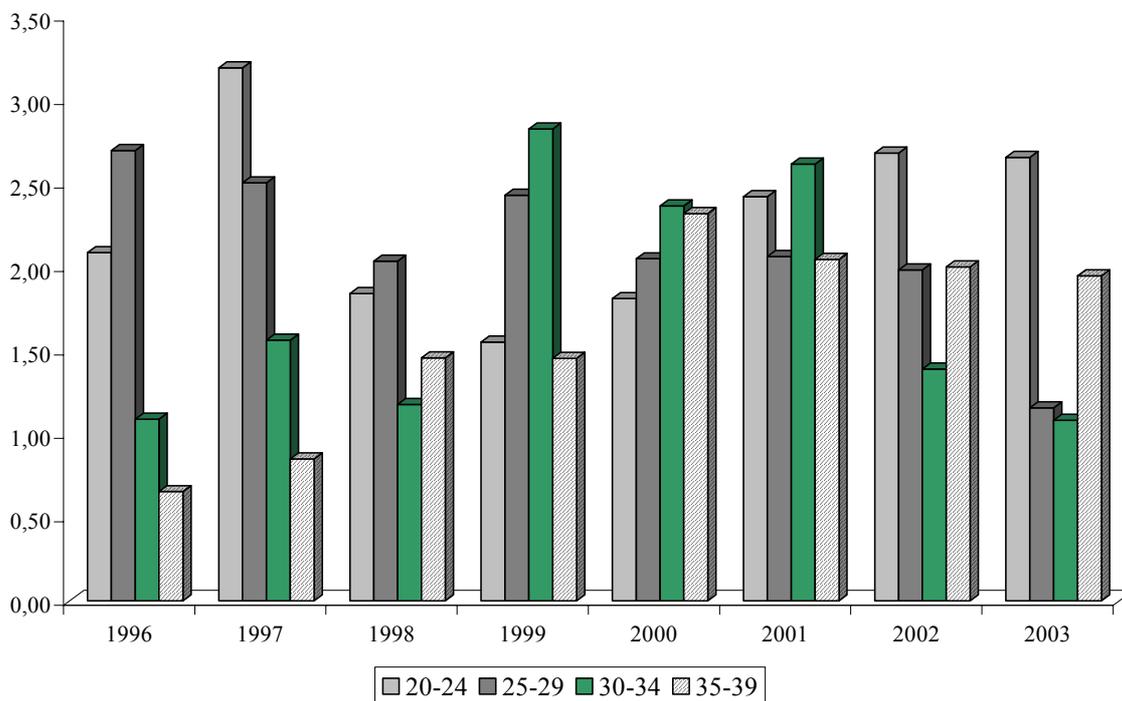
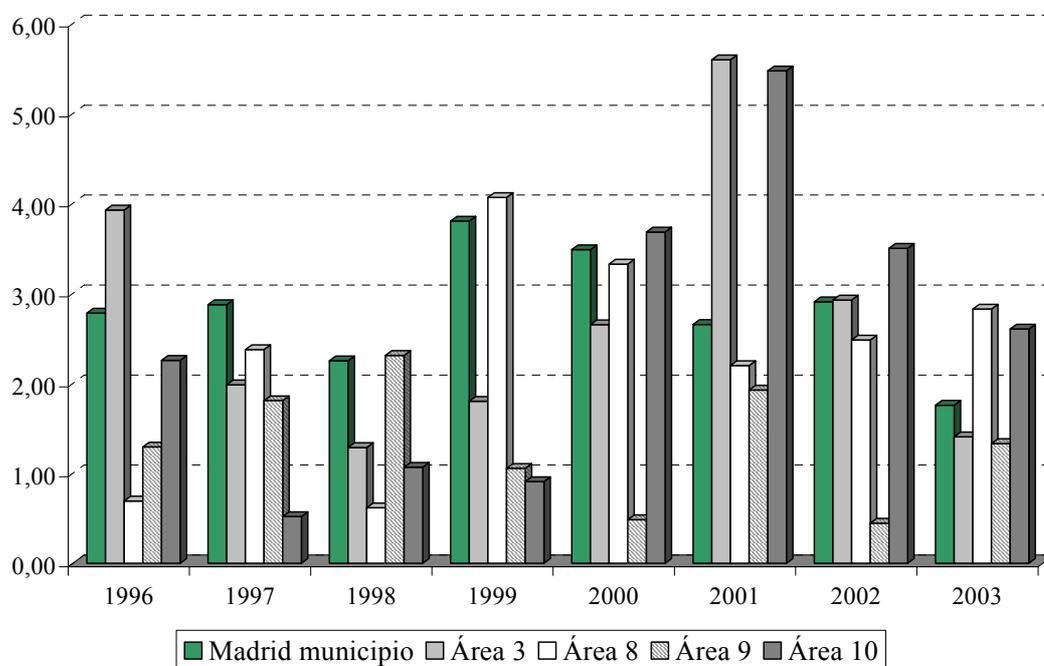
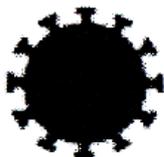


Gráfico 4.
Prevalencia (por mil) de anticuerpos anti-VIH en madres de recién nacidos por municipio / área sanitaria de residencia de la madre



Bibliografía

1. Dulín Iñiguez, Elena. Prevalencia de anticuerpos frente al VIH en mujeres que dan a luz un hijo vivo en la Comunidad de Madrid, mediante estudio anónimo no relacionado. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Volumen 8, nº 7, Julio,2002 (49-56)
2. Dulín Iñiguez, Elena. Vigilancia de la prevalencia de la infección por VIH en mujeres que dan a luz un hijo vivo. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Volumen 9, nº 5, Mayo 2003 (63-65)
3. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología. Estudio anónimo no relacionado sobre la prevalencia de anticuerpos anti-VIH 1 y 2 en recién nacidos de 8 Comunidades Autónomas. Años 1996 – 2003. Disponible en http://cne.isciii.es/htdocs/sida/anr_nacidos.htm



INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZOS (IVE) REALIZADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) AÑO 2004.

Elaborado por Dulce López-Gay, Concepción Izarra Pérez

RESUMEN

En el año 2004 se han notificados 19.438 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) desde los centros sanitarios públicos y privados de la Comunidad de Madrid (CM), el 83% se realizaron a mujeres residentes en nuestra Comunidad. Continúa así, la tendencia ascendente observada sobre todo a partir de 1998.

Referente a las IVE en residentes en la CM, la tasa de IVE en el 2004 en mujeres de 15 a 44 años fue del 11,5 por mil, la tasa más alta se observa en el grupo de 20 a 24 años (20,1 por mil); en el grupo de 15 a 19 años, la tasa ha venido aumentando de manera continuada desde el año 1996, siendo la tasa de 11,3 por mil en el 2004.

De las mujeres residentes en la CM a las que se realizó una IVE, el 52% eran extranjeras, la mediana de edad fue de 27 años, el 48% no tenían hijos, el 67% era la primera vez que abortaban voluntariamente y el 3% del total, había realizado otra IVE en el mismo año.

El 68% no había acudido en los 2 años previos a ningún servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos y el 61% obtuvo información sobre la posibilidad de realizar esta IVE fuera de los circuitos sanitarios.

El 20% de las IVE fueron sufragadas por la Administración Sanitaria. El 97% se realizaron en centros privados debidamente autorizados.

El motivo para la IVE fue en el 98% el peligro para la salud física y/o psíquica de la embarazada y en el 2% la presunción de graves taras en el feto. Hubo 4 IVE por violación denunciada.

El 59% de las IVE se practicaron en las primeras 8 semanas de gestación y el 7,2% 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. En el año 2004 notificaron IVE dos hospitales públicos (uno de los cuales cesó su actividad en junio de 2004) y 6 clínicas privadas. 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 2004 se han notificado al registro 19.438 IVE, el 17% (3.309) se realizaron a mujeres que residían fuera de nuestra Comunidad (un 29% en provincias limítrofes y un 11% en otros países). En un alto porcentaje de IVE practicadas a mujeres de fuera de la CM (14%), el motivo de la misma ha sido la presunción de graves taras fetales, y estas IVE se suelen realizar con más semanas de gestación.

Respecto al año 2003, el número de IVE notificadas ha aumentado un 5,2% entre las mujeres residentes en la CM, mientras que entre las no residentes, ha disminuido un 3%.

IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid.

El número de IVE en mujeres residentes en la CM presenta una tendencia creciente con un componente estacional de periodicidad anual. Si continua esta tendencia, el número de IVE pronosticadas por el modelo para 2005 serían de 17.028, solo de residentes de la CM (entre 13.640 y 20.795 con un intervalo de confianza del 95%). (Gráfico1).

La tasa de IVE por 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años) continúa aumentando situándose en el año 2004 en un 11,5 por mil (Gráfico 2).

Mientras que, según el padrón continuo de 1 de enero de 2004, el 17,4% de las mujeres en edad fértil (15-44 años) residentes en la CM son extranjeras, el 52% de las IVE practicadas y

notificadas en el 2004 corresponden a este colectivo. Así, cuando solo se consideran las mujeres españolas, la tasa de IVE disminuye a un 6,4 por mil.

Por grupos de edad, las tasas más altas de IVE por mil mujeres corresponden al grupo entre 20 y 29 años. Llama la atención el incremento observado en el grupo de edad de 15 a 19 años, que ha pasado de 4,5 por mil en 1996 a 11,3 en 2004 (Gráfico 3).

Las tasas de IVE en mujeres de 15 a 44 años se han obtenido para los municipios con una población de mujeres superior a 20.000 en este rango de edad. Se han obtenido las tasas para los años en los que existen datos del padrón continuo: 1998 a 2003. Los datos por municipios del año 2004 aún no están disponibles. Las tasas más altas han correspondido a los municipios de Alcalá de Henares, Madrid y Torrejón de Ardoz, estos dos últimos municipios tienen una tasa por encima del total de la CM desde 2002. En el año 2003, la tasa ha disminuido respecto a 2002 en Alcobendas, Alcorcón, Leganés y Móstoles, pero habrá que esperar para confirmar esta tendencia (Tabla 1, Gráfico 4).

1.- Datos sociodemográficos.

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

De las 16.129 IVE realizadas a mujeres residentes en la CM, el 52% corresponde a extranjeras y en el 2,4% se desconoce el país de origen.

Por grupos de edad, el 0,3% de las mujeres que realizaron una IVE tenían menos de 15 años, el 51,7% entre 20-29 y el 0,3% más de 44 años. Al comparar el patrón de la distribución de las IVE por grupos de edad y país de origen, se observa que estas son más frecuentes en extranjeras entre los 20 y 34 años (Gráfico 5). La mediana de edad ha sido de 27 años tanto en mujeres españolas como en extranjeras.

En el momento de la IVE, el 40% de las españolas y el 58% de las extranjeras convivían en pareja.

Respecto al nivel de estudios, el 1,5% de las españolas son analfabetas o no tienen estudios y el 22,7% tienen estudios superiores, para las extranjeras estos porcentajes son del 2,3% y 12,2% respectivamente.

Las extranjeras refieren con más frecuencia tener recursos económicos propios (72,8% vs 65,6%).

El 47,8% de las mujeres no tenían hijos vivos en el momento de la IVE, el 8,2% tenía de 3 a 5 y el 0,5% 6 o más. De las que tenían hijos, el 1,9% parieron el mismo año de la IVE y un 21%, habían tenido su último hijo 6 o más años antes. En relación al país de origen se observa que el 60,1% de las españolas no tenían hijos en el momento del aborto y el 5,3% tenía tres o más. Sin embargo, entre las extranjeras el 35,7% no tenían hijos y el 11,9% tenían tres o más.

Las mujeres que abortaron voluntariamente por primera vez fueron el 66,5% (72,4% de las españolas y 61,3% de las extranjeras). El 1,3% habían recurrido a la IVE en más de 4 ocasiones con anterioridad (0,6% de las españolas y 2,2% de las extranjeras). El 9,9% de las

mujeres que habían abortado con anterioridad, recurrieron a la IVE el mismo año que la IVE actual.

En los 2 años previos a la IVE, el 61% de las mujeres españolas y el 75% 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 es del 38,4%. 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 29,0% en 2004. Un 61,4% obtienen esta información fuera de los circuitos sanitarios (Prensa, Internet, amigos, etc.).

Un 3,5% de las mujeres españolas y un 2% de las extranjeras fueron atendidas para la realización de la IVE en los hospitales públicos (dos hasta junio de 2004 y solo uno desde entonces).

El 19,8% de las IVE practicadas en 2004, las sufragó la Administración Sanitaria (el 2,7% se realizó en hospitales públicos y el 17,1% en clínicas privadas).

Para el 97,8% de las mujeres, el peligro para su salud física o psíquica fue el motivo de la IVE y para el 2,1% (350 casos) la presunción de graves taras en el feto. En 4, el motivo referido fue la violación denunciada.

Las causas fetales más frecuentes fueron: la trisomía 21 (32% - 112 casos) el linfangioma (5,1% - 18 casos), la anencefalia (4% - 14 casos), la hidrocefalia, (3,7% - 13 casos) y la infección por VIH de la embarazada (3,4% -12 casos).

El 59,1% de las IVE se practicaron dentro de las primeras 8 semanas de gestación (IVE precoz) y el 7,2% después de las 15 semanas (IVE tardía); el 1,5% fueron con ≥ 21 semanas. Las IVE de ≤ 8 semanas fueron más frecuentes en las mujeres de 25 a 34 años ($> 60\%$) y las tardías en el grupo de 10 a 14 años (21,2%) (Gráfico 6).

De las IVE por motivo fetal, el 80% se realizaron tardíamente (después de la semana 15 de gestación), mientras que de aquellas realizadas por otros motivos solo el 8,7% fueron IVE tardías.

El método de intervención más frecuente para la realización de la IVE es la aspiración, utilizado en el 81,2% de los casos.

CONCLUSIONES

- Se está produciendo un incremento paulatino en la tendencia de las interrupciones voluntarias del embarazo. Este *aumento paulatino en las tasas de incidencia* hace necesario replantearse las acciones encaminadas a disminuir las interrupciones voluntarias del embarazo. Ya que las actuaciones actuales o son insuficientes o no están diseñadas adecuadamente para incidir en los colectivos más vulnerables.

- El hecho de que *más del 50% de las IVE realizadas corresponda a mujeres emigrantes*, hace pensar en las dificultades que los programas de prevención y promoción de la salud encuentran para adecuarse a las características socioculturales de este colectivo no homogéneo. Un enfoque socio-sanitario integrador es fundamental para desarrollar estrategias preventivas y asistenciales en general, y también en relación a la salud reproductiva y a la prevención de embarazos no deseados.
- El *incremento continuo de la tasa de IVE en menores de 20 años* y la asunción por los adolescentes de conductas sexuales de riesgo al inicio de las mismas (2), alerta sobre la necesidad de readecuar los programas de educación afectivo-sexual dirigidos a adolescentes que les proporcione la formación necesaria para obtener unas relaciones sexuales satisfactorias y seguras y que eviten los embarazos no deseados y por tanto las IVE.
- En los últimos años, *más de la mitad de las mujeres a las que se les realizó la IVE no habían acudido a un servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos*.

En resumen y dada la situación actual parece imprescindible el apoyo institucional al desarrollo de nuevas experiencias e iniciativas que acerquen la oferta sanitaria a los grupos más vulnerables mediante la reducción activa de las barreras de accesibilidad dando a conocer a las mujeres extranjeras la oferta y el derecho a la utilización de los servicios de Planificación Familiar, sin olvidar las dificultades que se perciben en algunos colectivos de emigrantes para abordar en las consultas médicas cuestiones en relación con la sexualidad o la anticoncepción.

Es necesario elaborar programas para la reducción de IVE, teniendo en cuenta la perspectiva de género que involucre a la pareja, cuando exista, articulando estrategias que le incluyan como persona con responsabilidad en la prevención de embarazos no deseados.

La Atención Primaria debe de ser una pieza clave en los Programas de Prevención de las IVE, en especial asesorando en planificación familiar y en métodos anticonceptivos.

Tabla 1.
Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil por municipio
1998-2004

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

* Población: Padrón continuo 1998-2003. Del año 2004 solo disponemos de poblaciones para el total de la Comunidad

Tabla 2.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Año 2004.
Características sociodemográficas por país de origen

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	22	,3%	30	,4%			52	,3%
	15-19	989	13,4%	655	7,8%	34	8,8%	1678	10,4%
	20-24	1796	24,4%	2281	27,2%	126	32,6%	4203	26,1%
	25-29	1613	21,9%	2407	28,7%	108	27,9%	4128	25,6%
	30-34	1354	18,4%	1750	20,9%	85	22,0%	3189	19,8%
	35-39	1061	14,4%	957	11,4%	29	7,5%	2047	12,7%
	40-44	489	6,6%	292	3,5%	5	1,3%	786	4,9%
	45 o más	35	,5%	11	,1%			46	,3%
Convive en pareja	Si	2944	40,0%	4849	57,8%	133	34,4%	7926	49,1%
	No	4377	59,5%	3496	41,7%	253	65,4%	8126	50,4%
	No consta	38	,5%	38	,5%	1	,3%	77	,5%
Estado civil	Soltera	5176	70,3%	5307	63,3%	312	80,6%	10795	66,9%
	Casada	1554	21,1%	2528	30,2%	56	14,5%	4138	25,7%
	Viuda	32	,4%	55	,7%	2	,5%	89	,6%
	Divorciada	257	3,5%	270	3,2%	3	,8%	530	3,3%
	Separada	321	4,4%	195	2,3%	14	3,6%	530	3,3%
	No consta	19	,3%	28	,3%			47	,3%
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	115	1,6%	191	2,3%	2	,5%	308	1,9%
	Primer grado	740	10,1%	1320	15,7%	15	3,9%	2075	12,9%
	Segundo grado	4783	65,0%	5803	69,2%	251	64,9%	10837	67,2%
	Tercer grado	1668	22,7%	1022	12,2%	119	30,7%	2809	17,4%
	Inclasificable	12	,2%	11	,1%			23	,1%
	No consta	41	,6%	36	,4%			77	,5%
Situación laboral	Empresaria con empleados	69	,9%	23	,3%	3	,8%	95	,6%
	Empresaria sin empleados	141	1,9%	163	1,9%	3	,8%	307	1,9%
	Asalariada	4386	59,6%	5794	69,1%	258	66,7%	10438	64,7%
	Pensionista	37	,5%	7	,1%			44	,3%
	Estudiante	1057	14,4%	422	5,0%	55	14,2%	1534	9,5%
	Parada	930	12,6%	1094	13,1%	51	13,2%	2075	12,9%
	Ama de casa	681	9,3%	819	9,8%	15	3,9%	1515	9,4%
	Otras	47	,6%	47	,6%	1	,3%	95	,6%
	No consta	11	,1%	14	,2%	1	,3%	26	,2%
Ingresos económicos propios	Si	4831	65,6%	6101	72,8%	269	69,5%	11201	69,4%
	No	2307	31,3%	2017	24,1%	103	26,6%	4427	27,4%
	No consta	221	3,0%	265	3,2%	15	3,9%	501	3,1%
Total		7359	100,0%	8383	100,0%	387	100,0%	16129	100,0%

Tabla 3.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Año 2004.
Características sociodemográficas por país de origen

		País de origen						Total	
		España		Otro país		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Número de hijos vivos	Ninguno	4424	60,1%	2996	35,7%	283	73,1%	7703	47,8%
	1	1479	20,1%	2569	30,6%	55	14,2%	4103	25,4%
	2	1072	14,6%	1823	21,7%	37	9,6%	2932	18,2%
	3	271	3,7%	664	7,9%	10	2,6%	945	5,9%
	4 o más	113	1,5%	331	3,9%	2	,5%	446	2,8%
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	140	4,8%	165	3,1%	5	4,8%	310	3,7%
	1	536	18,3%	739	13,7%	22	21,2%	1297	15,4%
	2	379	12,9%	657	12,2%	8	7,7%	1044	12,4%
	3	332	11,3%	548	10,2%	19	18,3%	899	10,7%
	4	269	9,2%	572	10,6%	5	4,8%	846	10,0%
	5	220	7,5%	407	7,6%	11	10,6%	638	7,6%
	6 o más	1053	35,9%	2282	42,4%	34	32,7%	3369	40,0%
	No consta	6	,2%	17	,3%			23	,3%
Total de las que tienen hijos vivos		2935	100,0%	5387	100,0%	104	100,0%	8426	100,0%
Número de IVE previas	Ninguna	5327	72,4%	5137	61,3%	266	68,7%	10730	66,5%
	1	1515	20,6%	2150	25,6%	90	23,3%	3755	23,3%
	2	379	5,2%	703	8,4%	17	4,4%	1099	6,8%
	3	99	1,3%	212	2,5%	9	2,3%	320	2,0%
	4	26	,4%	108	1,3%	3	,8%	137	,8%
	5	8	,1%	31	,4%	1	,3%	40	,2%
	6 o más	5	,1%	42	,5%	1	,3%	48	,3%
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	165	8,1%	355	10,9%	15	12,4%	535	9,9%
	1	455	22,4%	921	28,4%	25	20,7%	1401	26,0%
	2	321	15,8%	574	17,7%	22	18,2%	917	17,0%
	3	211	10,4%	366	11,3%	13	10,7%	590	10,9%
	4	184	9,1%	268	8,3%	10	8,3%	462	8,6%
	5	125	6,2%	173	5,3%	7	5,8%	305	5,7%
	6 o más años	556	27,4%	525	16,2%	29	24,0%	1110	20,6%
	No consta	14	,7%	62	1,9%			76	1,4%
Total de las que han tenido IVE previas		2031	100,0%	3244	100,0%	121	100,0%	5396	100,0%
Uso de servicios sanitarios de anticoncepción en los últimos 2 años	Si, público	1711	23,3%	1523	18,2%	102	26,4%	3336	20,7%
	Si, privado	1061	14,4%	379	4,5%	103	26,6%	1543	9,6%
	Otros	56	,8%	166	2,0%	1	,3%	223	1,4%
	No	4506	61,2%	6285	75,0%	179	46,3%	10970	68,0%
	No consta	25	,3%	30	,4%	2	,5%	57	,4%
Total		7359	100,0%	8383	100,0%	387	100,0%	16129	100,0%

Tabla 4.
Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM.
Año 2004.
Datos de la intervención por país de origen

		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	2103	28,6%	2501	29,8%	69	17,8%	4673	29,0%	
	Centro sanitario privado	871	11,8%	611	7,3%	39	10,1%	1521	9,4%	
	Otros	4369	59,4%	5258	62,7%	278	71,8%	9905	61,4%	
	No consta	16	,2%	13	,2%	1	,3%	30	,2%	
Tipo de Centros	Públicos	259	3,5%	179	2,1%			438	2,7%	
	Privados	7100	96,5%	8204	97,9%	387	100,0%	15691	97,3%	
IVE financiadas por la Admón. Sanitaria	Si	En centros públicos	259	3,5%	179	2,1%			438	2,7%
		En centros privados	1194	16,2%	1552	18,5%	10	2,6%	2756	17,1%
	No	5906	80,3%	6652	79,4%	377	97,4%	12935	80,2%	
Motivo de la IVE	Peligro para la salud de la embarazada	7057	95,9%	8331	99,4%	387	100,0%	15775	97,8%	
	Presunción de graves taras fetales	227	3,1%	36	,4%			263	1,6%	
	Peligro para la salud de la embarazada y feto con graves taras	72	1,0%	15	,2%			87	,5%	
	Violación denunciada	3	,0%	1	,0%			4	,0%	
Semanas de gestación	Precoz: ≤ 8 semanas	4557	61,9%	4619	55,1%	359	92,8%	9535	59,1%	
	> 8 y ≤ 15 semanas	2189	29,7%	3211	38,3%	24	6,2%	5424	33,6%	
	Tardío: > 15 semanas	611	8,3%	552	6,6%	4	1,0%	1167	7,2%	
	No consta	2	,0%	1	,0%			3	,0%	
Método de la intervención	Aspiración	6115	83,1%	6921	82,6%	61	15,8%	13097	81,2%	
	Dilatación	315	4,3%	220	2,6%	1	,3%	536	3,3%	
	Legrado	466	6,3%	956	11,4%	1	,3%	1423	8,8%	
	RU-486	334	4,5%	181	2,2%	324	83,7%	839	5,2%	
	Inyección intravenosa	107	1,5%	88	1,0%			195	1,2%	
	Inyección intrauterina	2	,0%	2	,0%			4	,0%	
	Histerotomía	3	,0%					3	,0%	
	Histerectomía			1	,0%			1	,0%	
	Otros	17	,2%	14	,2%			31	,2%	
Total		7359	100,0%	8383	100,0%	387	100,0%	16129	100,0%	

Grafico 1.
IVE en mujeres residentes en la CM
Evolución del número de IVE.
1987-2004

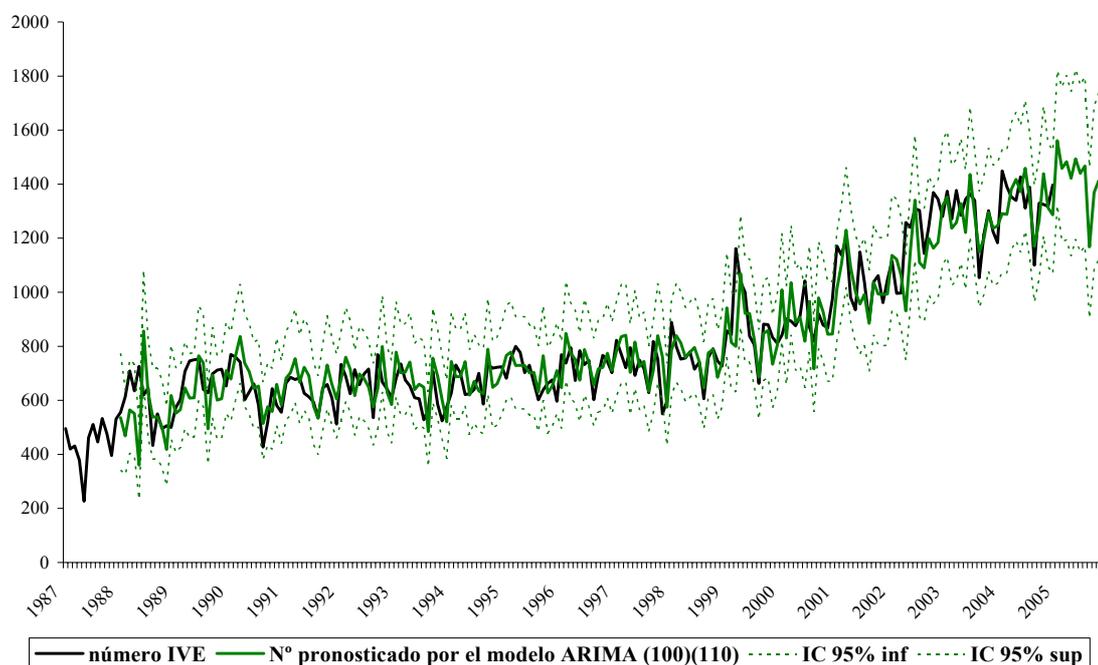


Grafico 2.
IVE en mujeres residentes en la CM
Evolución de la tasa de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años).
1991-2004.

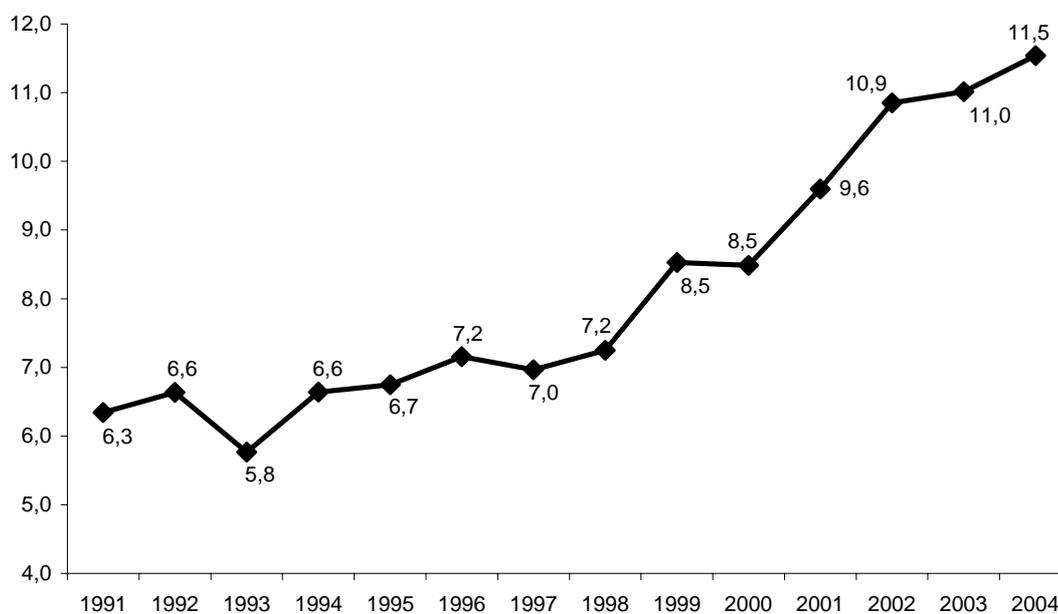
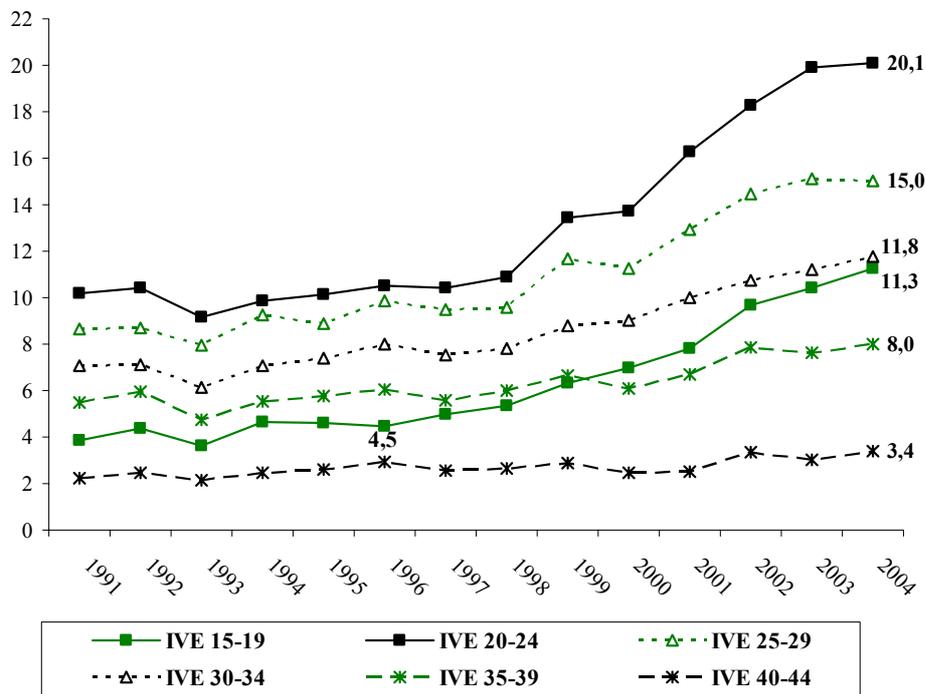


Grafico 3.
IVE en mujeres residentes en la CM
Tasas por mil mujeres en edad fértil por grupos de edad.
1991-2004.



*Población: Padrón continuo

Grafico 4.
IVE en mujeres residentes en la CM
Tasas por mil mujeres en edad fértil por municipios.
1998-2004.

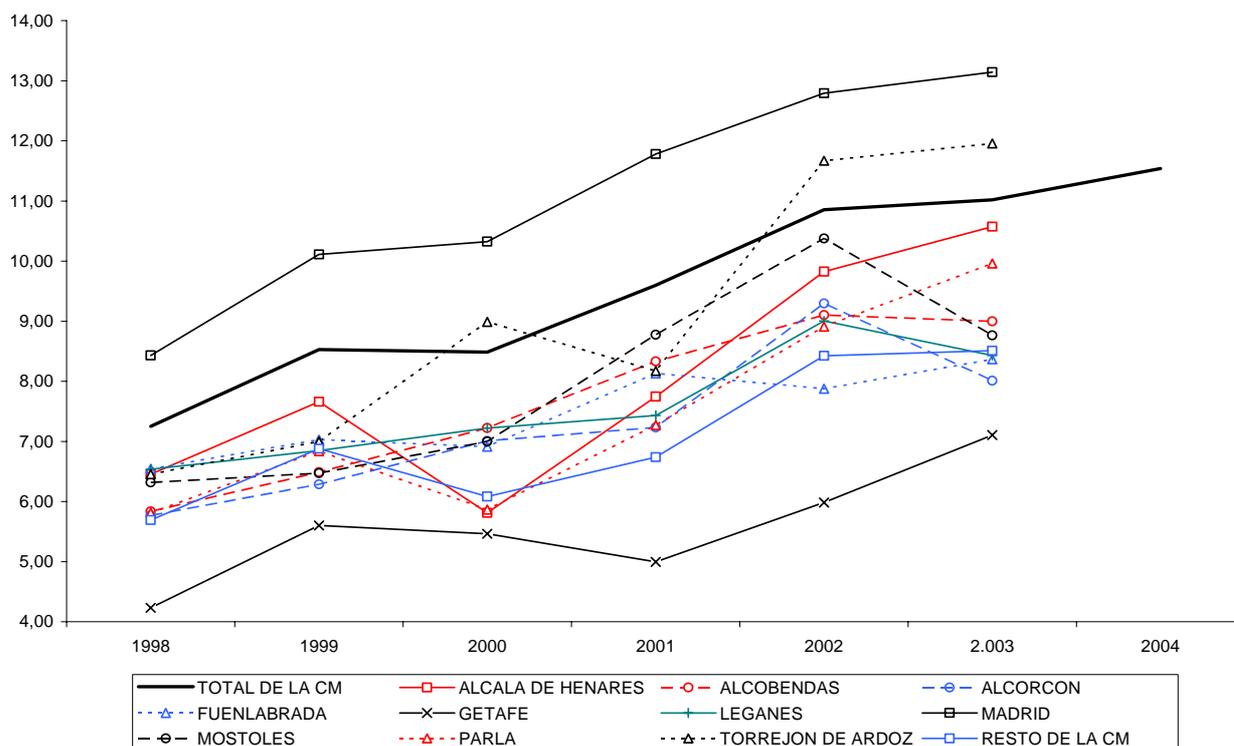


Gráfico 5.
IVE en mujeres residentes en la CM, por edad y por país de origen.
Año 2004

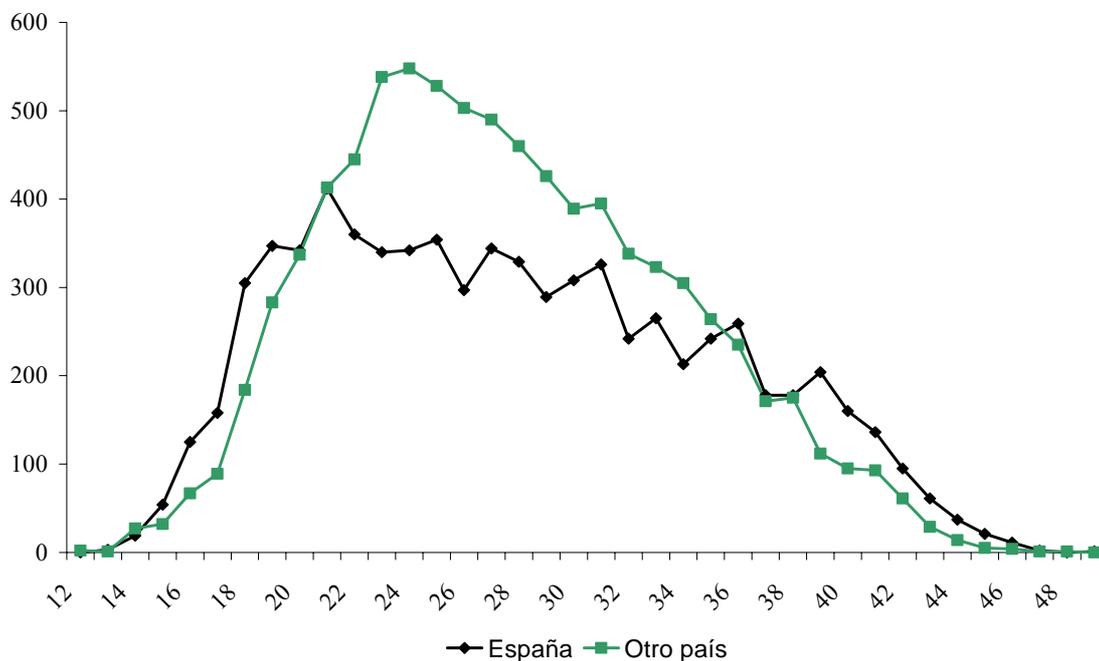
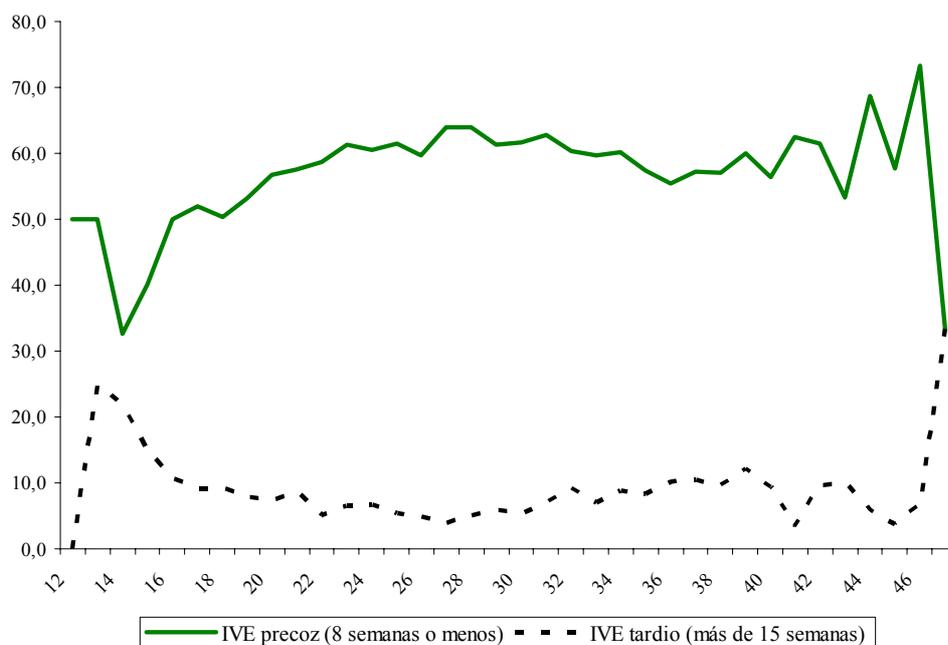


Gráfico 6.
IVE en mujeres residentes en la CM, por edad y semanas de gestación.
Año 2004



BIBLIOGRAFÍA

1. Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, años 2001 a 2003. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2 (volumen 10 febrero, 2004). Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletín/index.htm>
2. Plan de atención sanitaria a la sexualidad juvenil. Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Marzo, 2005.
3. Lete I, et al. La salud reproductiva: datos y reflexiones. Gaceta Sanitaria 2004;18(Supl 1):170-4.
Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2004/sespas2004p170-174.pdf>
4. Jansà Josep M., García de Olalla Patricia Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gaceta Sanitaria 2004;18(Supl 1):207-13.
Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2004/sespas2004p207-213.pdf>
5. Bruguera Moreno M^a Concepción. Salud reproductiva: Conductas de riesgo, embarazos y ETS en adolescentes. Libro de Ponencias del XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Cáceres. 5-6 de abril de 2002.
Disponible en: <http://www.spapex.org/spapex/adolescencia02/ponencias.htm>



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2005, semanas 9 a 13
(del 27 de febrero al 2 de abril de 2005)**

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.

BROTE COMUNITARIO DE RUBÉOLA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2005.

En las primeras semanas del año 2005 se detectó un incremento en el número de casos confirmados de rubéola en el marco del Plan de Eliminación del Sarampión de la Comunidad de Madrid. Los casos estaban apareciendo fundamentalmente en población joven, muchos de ellos de procedencia latinoamericana. Ante la situación detectada y, considerando las características similares del brote que se produjo en el año 2003¹, se decidió reforzar las medidas de vigilancia epidemiológica: información del problema al sistema asistencial, notificación urgente de los casos sospechosos, confirmación serológica de los casos en el Laboratorio Regional de Salud Pública, identificación de posibles casos asociados y contactos cercanos y recomendación de vacunación de los contactos susceptibles.

Entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2005 se han detectado 431 casos de rubéola, de los que el 83,5% han sido confirmados serológicamente o por vínculo epidemiológico. Se aprecia un aumento progresivo en el número de casos a partir de la tercera semana de enero, que alcanza el máximo en la segunda semana de marzo (figura 1). A partir de la segunda semana de abril se observa un descenso continuado. La incidencia acumulada de rubéola en todo el período analizado de 2005 es de 7,54 casos por 100.000 habitantes, cifra 15,6 veces mayor que la incidencia anual media del período 1998-2004 (0,48).

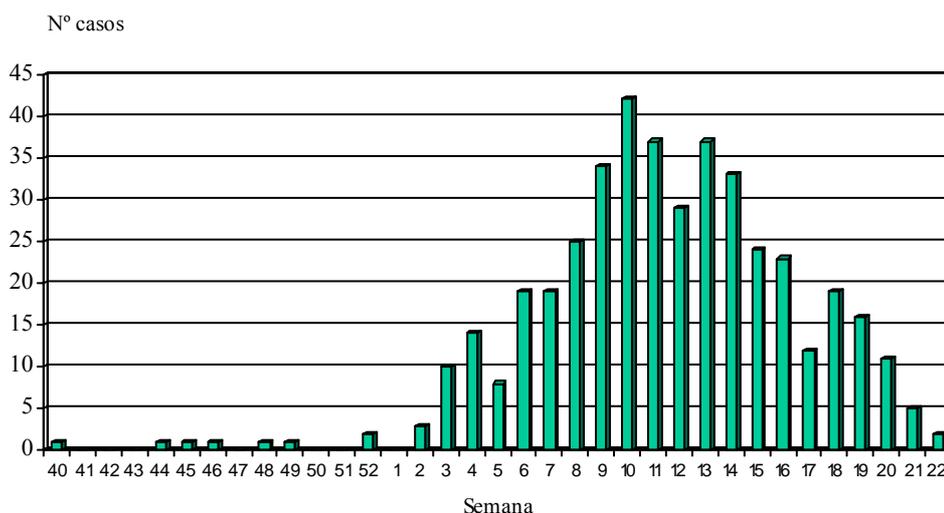
La incidencia más alta se ha producido en la población de 20 a 29 años de edad. El 42,9% son mujeres, de las que el 91,8% están en edad fértil. El 58,3% de los casos detectados proceden de fuera de España, la mayoría de países latinoamericanos. El 39,3% de los hombres y el 84,4% de las mujeres son inmigrantes. Del total de casos, el 33,2% son mujeres inmigrantes en edad fértil y el 5,6% mujeres autóctonas en edad fértil. Sólo el 5,1% de los casos refieren antecedentes de vacunación. En el 22,0% de los casos se ha encontrado vínculo epidemiológico con otro caso, agrupados en 42 cadenas de transmisión de 2 a 4 casos. Desde el 1 de enero de 2005 se han notificado 3 interrupciones voluntarias del embarazo por riesgo de Síndrome de Rubéola Congénita.

La importancia de la rubéola desde el punto de vista de la salud pública se debe a los efectos teratogénicos de la infección primaria en las mujeres embarazadas. El Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) puede aparecer hasta en el 90% de los hijos de madres infectadas en las primeras 11 semanas de la gestación y hasta en el 20% cuando la infección ocurre en las primeras 20 semanas². Por ello, las medidas de intervención poblacional que se han puesto en marcha van dirigidas especialmente a las mujeres en edad fértil: se ha difundido a los

profesionales sanitarios información sobre las recomendaciones actuales de vacunación en población infantil y mujeres en edad fértil y se están iniciando estrategias de captación de mujeres inmigrantes en edad fértil para recomendarles la vacunación.

En España, la rubéola es una enfermedad de declaración obligatoria semanal con datos epidemiológicos básicos^{3 4}. La vacuna frente a la rubéola se comenzó a administrar a finales de los 70 mediante campañas escolares dirigidas a niñas de 11 años. En 1980 se comenzó a administrar la vacuna triple vírica a los niños y niñas de 15 meses, en 1996 se introdujo una segunda dosis a los 11 años y en 1999 se adelantó esta dosis a los 4 años de edad. Según los datos de la III Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid (1999-2000)⁵, la prevalencia de anticuerpos frente a rubéola en la población de 2 a 60 años es superior al 95% en todos los grupos de edad. Sin embargo, se observan diferencias de susceptibilidad entre hombres y mujeres. Cerca del 99% de las mujeres de 16-20 años presentan anticuerpos frente a rubéola, mientras la prevalencia en los hombres de este grupo de edad es del 93,1%. La seroprevalencia en mujeres entre 16 y 45 años es de 98,6% (IC 95; 96,8%-99,4%). Estos datos son compatibles con la diferente distribución de casos en hombres y mujeres autóctonos. Sin embargo, la susceptibilidad a la rubéola probablemente es mayor en los adultos residentes en nuestra Comunidad y que nacieron en países sin políticas de vacunación en el pasado, tal y como muestran distintos estudios de seroprevalencia⁶, lo que conlleva un mayor riesgo de SRC en esta población. En la Comunidad de Madrid, el 10,4% de la población empadronada es de origen extranjero y el 5,8% procede de países latinoamericanos⁷. El mantenimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias de vacunación frente a rubéola de estos grupos de población susceptible es fundamental para abordar el control del SRC, en consonancia con las recientes recomendaciones de la OMS⁸.

Figura 1. Nº de casos de rubéola por semana de inicio de los síntomas detectados entre el 3 de octubre de 2004 y el 31 de mayo de 2005 en la Comunidad de Madrid

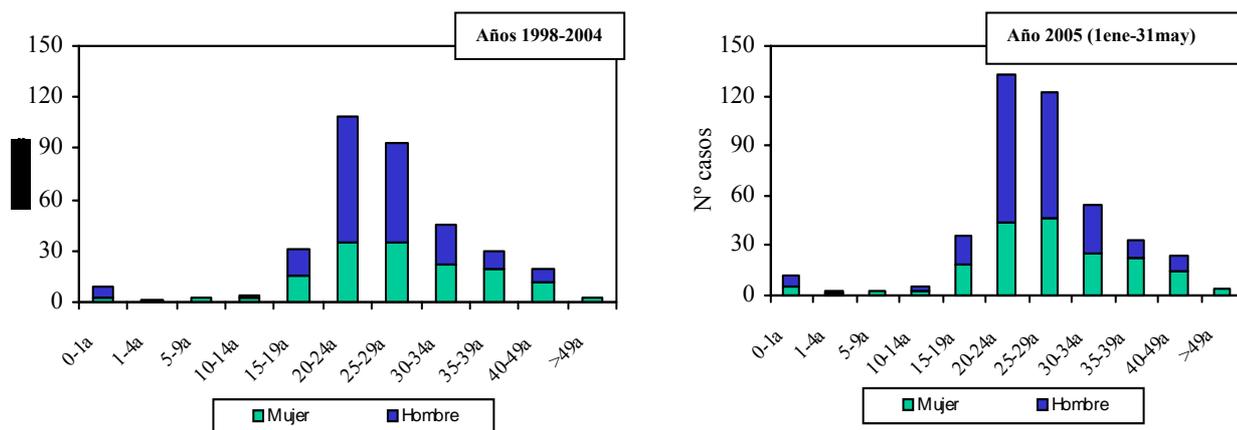


*La semana 22 sólo incluye datos hasta el 31 de mayo (3 días)

Fuente: Sistema de Notificación de EDO de la CM

Figura 2

Casos de rubéola detectados en la Comunidad de Madrid por grupo de edad y sexo.



BIBLIOGRAFÍA

¹ Lemos C, Ramírez R, Ordobás M, Herrera D, García-Comas L, Martínez-Navarro F. New features of rubella in Spain: the evidence of an outbreak. *Eurosurveillance monthly* 2004; volume 9, issue 4.

² Plotkin SA, Rubella eradication. *Vaccine* 2001; 19: 3311-3319

³ Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/95, de 28 de Diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm.21, 24/1/1996

⁴ Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Orden 9/1997, de 15 de enero de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el desarrollo del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, ^{BOCM} n° 18; 22 de enero de 1997

⁵ III Encuesta de Serovigilancia de la CM. *Boletín Epidemiológico de la CM* 2002; vol. 8 (5).

⁶ Cutts FT, Robertson SE, Díaz-Ortega JL, Samuel, R. Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries, part 1: burden of disease from CRS. *Bulletin OMS* 1997; 75(1): 55-68

⁷ Desván. Banco de datos estructurales. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Datos a 1 de enero de 2003. <http://infomadrid/desvan/desvan/desvan.html>

⁸ World Health Organization, 2003. Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO

Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2005, semanas 9 a 13 (27 febrero a 2 de abril)

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	4	8	1	2	0	1	1	4	1	2	0	2	3	5	4	9	1	2	1	2	2	5	18	42	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4	
Meningitis bacterianas, otras	0	0	0	1	0	0	2	2	3	5	1	2	1	1	4	4	2	2	0	0	1	3	15	21	
Meningitis víricas	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	1	4	0	1	2	5	1	2	1	2	1	4	8	23	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	0	0	0	4	0	0	4	6	1	6	0	0	3	13	4	4	2	2	1	1	1	5	16	41	
Hepatitis B	2	5	2	2	1	1	0	0	0	2	2	2	2	7	2	3	1	2	0	1	7	12	19	37	
Hepatitis víricas, otras	1	2	0	1	3	6	1	2	1	2	2	4	5	6	1	2	1	3	1	2	4	9	20	40	
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	
Triquinosis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	970	8388	1418	11545	604	6462	1063	8245	2963	19632	2031	12409	2862	16677	2423	17544	733	7429	523	5081	2131	15804	17725	129234	
Legionelosis	0	0	0	0	1	1	2	3	1	2	2	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	6	13	
Varicela	172	421	252	524	105	246	153	372	168	461	259	580	206	363	285	558	111	256	299	471	444	895	2454	5147	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	0	0	0	0	1	1	3	1	1	1	2	0	3	0	0	1	2	2	2	0	0	6	14	
Sífilis	0	2	1	2	0	1	1	1	3	5	0	3	3	6	2	2	1	1	0	1	5	10	16	34	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Leishmaniasis	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	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	3	7	1	4	4	10	1	6	6	15	3	8	3	8	2	3	2	4	1	4	4	8	27	73	
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	4	5	2	4	11	19	35	46	5	7	46	64	25	35	8	11	1	2	2	5	34	43	173	241	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tos ferina	0	1	2	4	4	6	1	1	0	0	0	0	1	2	4	1	1	0	0	1	8	11	26		
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	0	2	6	1	1	0	1	0	1	0	2	1	6	0	5	0	0	0	3	4	25	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	
Poblaciones **	704.030		436.986		321.576		561.912		701.564		573.249		551.242		438.715		380.230		294.236		755.202		5.718.942		
Cobertura de Médicos	72,78 %		85,91 %		91,49 %		98,39 %		87,12 %		77,92%		67,28 %		82,27 %		64,92 %		75,83 %		58,49 %		77,28 %		

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2003

*** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 9 a 13 (del 27 de febrero al 2 de abril de 2005)

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 2005. Semanas 9-13

Area	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
2	Madrid (Salamanca)	Restaurante	4	2	Cordero	Desconocido
4	Madrid (Hortaleza)	Mixto	2	2	Carne	Desconocido
5	Cabanillas de la Sierra	Colegio	58	38	Carne	<i>C. perfringens</i>
5	Cobeña	Residencia PPM	134	33	Desconocido	Desconocido
7	Madrid (Chamberí)	Restaurante	11	11	Desconocido	Desconocido
7	Madrid (Chamberí)	Familiar	5	5	Tortilla patatas	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Latina)	Mixto	3	3	Tortilla (industrial)	<i>S. enteritidis</i>
11	Madrid (Villaverde)	Familiar	4	4	Huevos fritos	<i>Salmonella sp</i>

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

Brotes de origen no alimentario. Año 2005. Semanas 9-13

Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	Escabiosis	Rivas-Vaciamadrid	Familiar	6	6	<i>S. scabiei</i> *
4	Hepatitis A	Madrid (Ciudad Lineal)	Colegio	350	5	VHA
6	Legionelosis/Pontiac	Galapagar	Familiar	9	9	<i>L. pneumophila</i>
11	Psitacosis	Madrid (Arganzuela)	Familiar	3	3	<i>C. psitacci</i>

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

Se han notificado 8 brotes de origen alimentario ocurridos entre las semanas epidemiológicas 9 y 13. Los casos asociados han sido 98, de los cuales 71 (72,4%) han ocurrido en una Residencia de Ancianos y en un Colegio. En éste último brote se confirmó la contaminación de carne de cocido por *Clostridium perfringens*. En otros 3 brotes el alimento implicado fue huevo cocinado, todos ellos producidos por *Salmonella*. En este periodo, 9 personas ingresaron en centros hospitalarios como consecuencia de brotes relacionados con el consumo de alimentos.

**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2005. Semanas 9-13 y datos acumulados hasta la semana 13**

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 9-13	Acum.	Sem 9-13	Acum.
<i>Lugar de consumo</i>				
Bares, restaurantes y similares	2	6	13	27
Domicilio	4	8	14	32
Centros escolares	1	2	38	58
Comedor de empresa	0	1	0	58
Residencias PPM	1	1	33	33
Otros	0	1	0	80
Total	8	19	98	288
Brotes de origen no alimentario	Sem 9-13	Acum.	Sem 9-13	Acum.
Gastroenteritis aguda	0	6	0	307
Escabiosis	1	3	6	11
Escarlatina	0	1	0	10
Rubéola	0	1	0	3
Molusco contagioso	0	2	0	12
Eritema infeccioso	0	1	0	3
Hepatitis A	1	2	5	8
Legionelosis	1	1	9	9
Psitacosis	1	1	3	3
Total	4	18	23	366
TOTAL BROTES NOTIFICADOS	12	37	121	654

Durante las semanas epidemiológicas 9 y 13 de 2005 fueron detectados 4 **brotes de origen no alimentario**, 23 casos asociados y 3 ingresos hospitalarios. El brote de escabiosis ocurrió en el entorno familiar de un asentamiento en la carretera de Valencia, y afectó a 4 adultos y 2 niños. El brote de hepatitis A afectó a alumnos de 4-6 años de un colegio público del municipio de Madrid, sin que se detectara ninguna fuente de exposición común. Como medida de control se indicó la vacunación de todo el colectivo. Nueve personas residentes en Galapagar presentaron diferentes cuadros clínicos que fueron diagnosticados como Fiebre de Pontiac (8 casos) y Enfermedad del Legionario (1 caso); siete de los casos fueron confirmados por laboratorio (Ag *L. pneumophila* en orina). El único antecedente común a todos los casos era la utilización de una piscina de burbujas en el domicilio particular de uno de los afectados. Por último, en el mes de marzo se ha producido un brote de psitacosis que ha afectado a 3 personas de una misma familia, todos ellos con antecedentes de haber cuidado a dos loros "agapornis". El diagnóstico se confirmó en uno de los casos mediante serología específica.

Hasta la semana 13 del **año 2005** han ocurrido 37 brotes en la Comunidad de Madrid, con 654 casos asociados y 21 ingresos hospitalarios. Los *brotes de origen alimentario* han ocurrido más frecuentemente en domicilios particulares (8 brotes) y en establecimientos de restauración (6 brotes), aunque el mayor número de casos ha correspondido a una asociación de minusválidos (80 enfermos), centros escolares y comedores de empresa (58 casos cada uno). Hasta este momento se ha confirmado el agente causal en el 47,4% de los brotes: 6 brotes por *Salmonella*, 2 por *C. perfringens* y 1 por *S. aureus*. Los *brotes de origen no alimentario* más frecuentes son las gastroenteritis aguda (6 brotes; 307 casos), seguidos de los brotes de escabiosis (3 brotes, 1 en una Residencia de Ancianos y 2 de ámbito familiar), de molusco contagioso (un brote en una piscina pública y otro en un colegio) y de Hepatitis A (uno en un colegio y otro en una familia). Los brotes de gastroenteritis han ocurrido en Residencias de Ancianos (3 brotes), colegios/guarderías (2 brotes) y en domicilios particulares (1 brote).



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2005, semanas 9 a 13
(Del 27 de febrero al 2 de abril de 2005)

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 33 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, 2003" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2004, Vol. 10, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/Agosto2004.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/gripe04.pdf>

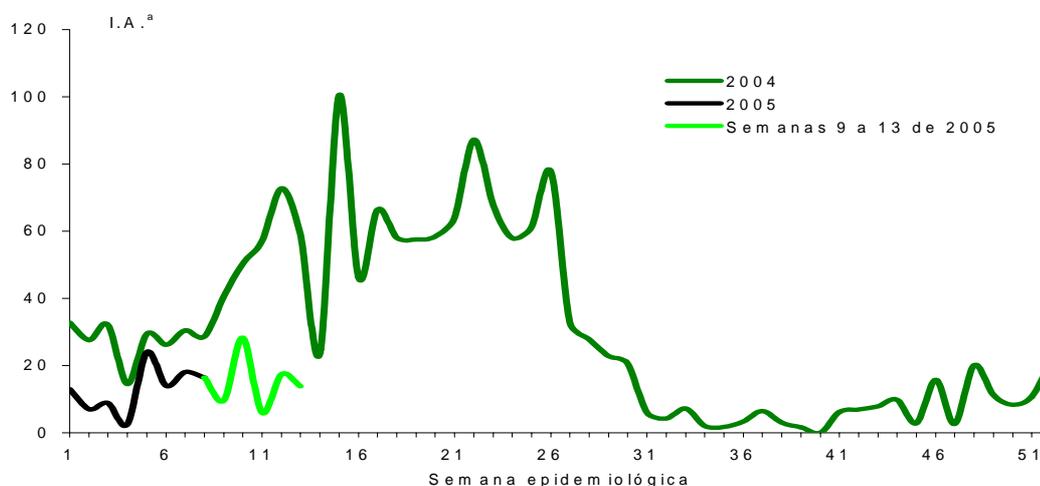
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 75,7 %, siendo la cobertura a lo largo del año 2005 del 78,4 %. Para la gripe, la cobertura alcanzada en este período ha sido del 88 %.

VARICELA

Durante las semanas 9 a 13 del año 2005 han sido declarados 55 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 72,4 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 53,3 – 91,5). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y el año 2004.

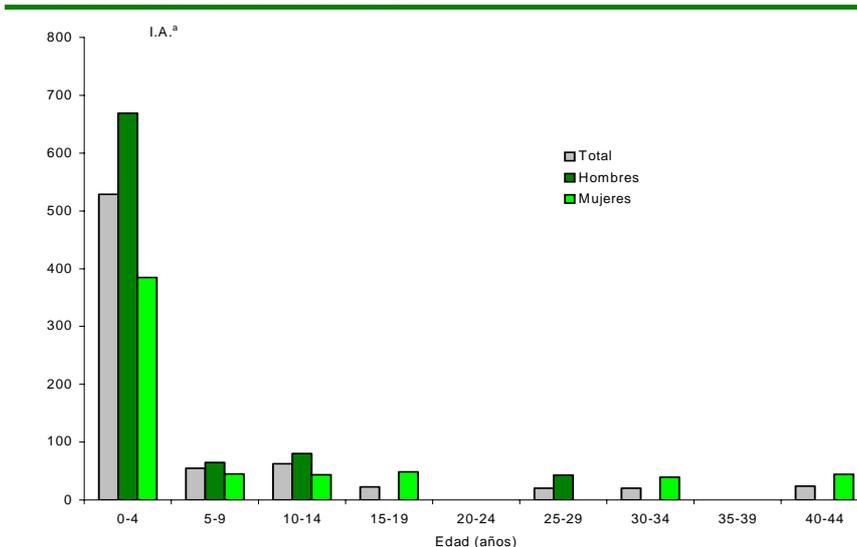
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

Por género, fueron notificados 34 casos (61,8 %) en hombres y 21 (38,2 %) en mujeres. Entre los hombres, la incidencia acumulada fue de 92,7 por 100.000 (IC 95 %: 61,5 – 123,8), y entre las mujeres fue de 53,5 por 100.000 (IC 95 %: 30,6 – 76,3). El 91 % los casos se produjo en menores de 15 años, donde la incidencia acumulada es de 192,2 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 139,0 – 245,5). Se notificaron cuatro casos en mayores de 15 años, tres mujeres de 18, 30 y 40 años, y un hombre de 26. En el gráfico 2 se muestran 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 9 a 13 de 2005.



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

En el 52,7 % de los casos (29) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, en 3 casos fue el contacto con un caso de herpes zóster, y 6 casos (10,9 %) adquirieron la enfermedad en el seno de un brote; en el 30,9 % (17 casos) se desconocía la fuente; en el 56,4 % de los casos el lugar de exposición fueron la guardería o el colegio, en el 12,7 % fue el hogar, y en el 30,9 % 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 9 a 13 del año 2005.

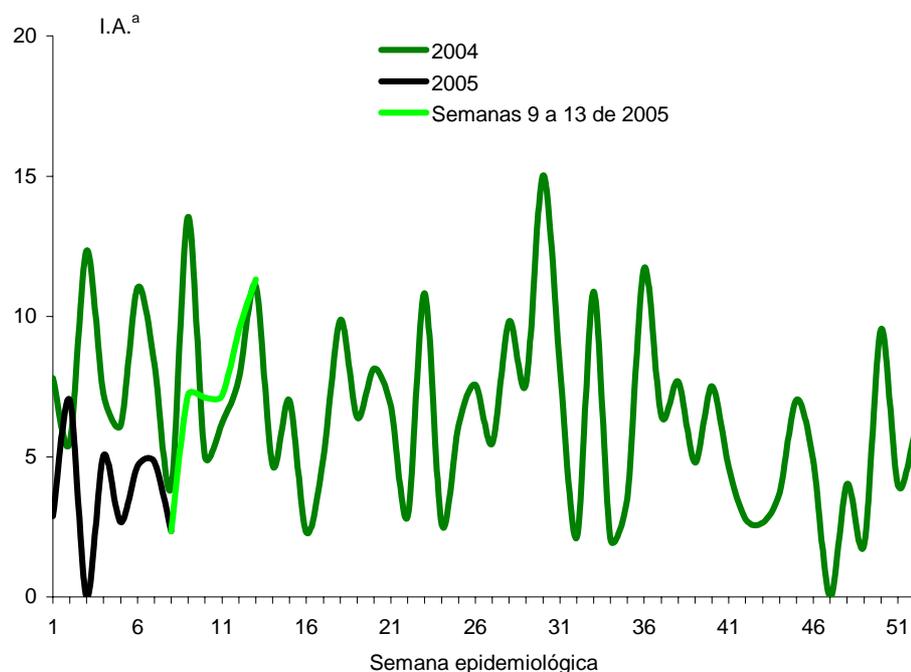
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	29	(52,7)
Caso de herpes zóster	3	(5,5)
Brote de varicela	6	(10,9)
Desconocido	17	(30,9)
Total	55	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	11	(20,0)
Colegio	20	(36,4)
Hogar	7	(12,7)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	17	(30,9)
Total	55	(100)

Se registraron 4 infecciones bacterianas, todas ellas en menores de 15 años. Uno de ellos era un niño de 6 meses, al que también se le diagnosticaron una neumonía y una celulitis generalizada. Un caso requirió de Atención Especializada.

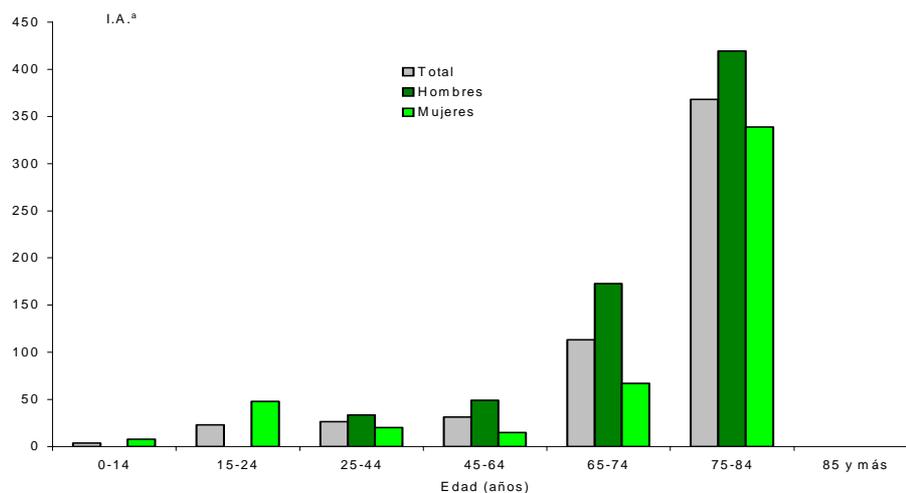
HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 32 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 9 a 13, lo que representa una incidencia acumulada de 42,1 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 27,5– 56,7). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2003 y 2004. Por género, los casos se repartieron al 50 %. La edad mediana fue de 71,5 años, y se notificaron 5 casos en personas menores de 40 años, uno de ellos en una niña de 12 años. Como puede observarse en el Gráfico 4, la incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad, aunque en el período estudiado no ha sido notificado ningún caso en mayores de 84 años.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

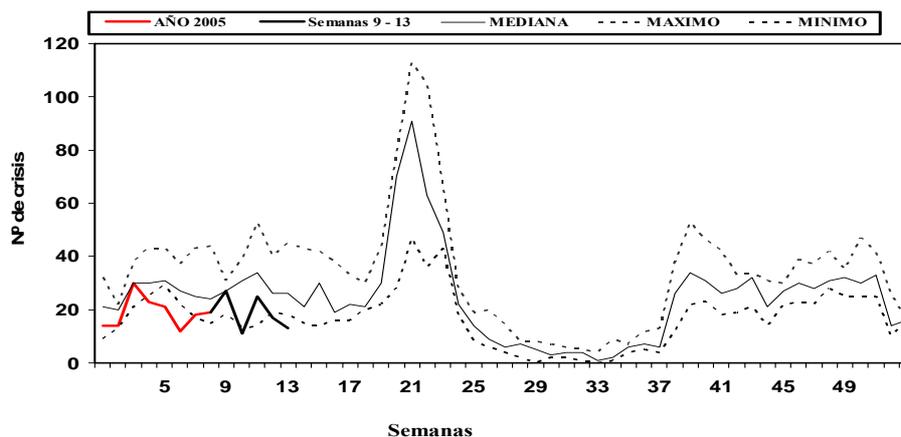
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 9 a 13 de 2005.

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

CRISIS ASMÁTICAS

Crisis asmáticas. Año 2005

Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 9 a 13 de 2004.

	Semanas 9 a 13	Año 2005
Gripe ^a	110	940
Varicela	55	138
Herpes zoster	32	56
Crisis asmáticas	93	244

^a Desde la semana 40 de 2004.

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: boletin.epidemiologico@madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>

(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín epidemiológico
->números disponibles en la red.)

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."