

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

12.

INFORMES:

- **Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid.**
- **Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, año 2007.**






BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

12

Índice

INFORMES:

	- Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31/12/2007.	3
	- Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, informe del año 2007.	35
	- EDO. Semanas 49 a 53 (del 30 de noviembre de 2008 al 3 de enero de 2009)	68
	- Brotes Epidémicos. Semanas 49 a 53, 2008.	69
	- Red de Médicos Centinela, semanas 49 a 53, 2008.	70



INFORME:

VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Situación a 31 de diciembre de 2007

Elaborado por: Carlos Cevallos, Fátima Cortés, Concepción Izarra, Isabel Viudez, José Verdejo.

INDICE:

Casos de sida en la Comunidad de Madrid.....	4
Incidencia de casos diagnosticados de Sida.....	4
Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/Sida.....	26
Prevalencia de casos de Sida a 31 de diciembre de 2007.....	32
Conclusiones.....	33
Bibliografía relacionada.....	33

CASOS DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) 31 DE DICIEMBRE DE 2.007

Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2007 se han notificado 19.856 casos de Sida al Registro de casos de la CM, 18.232 casos tenían su residencia habitual en nuestra Comunidad en el momento del diagnóstico, el 60,4% de ellos (11.006) se sabe que han fallecido. Durante 2006 se diagnosticaron 363 casos y en 2007, 287 casos.

Toda la información que a continuación se describe, corresponde a los casos notificados al Registro de VIH/sida de la CM hasta el 31 de diciembre de 2007.

INCIDENCIA DE CASOS DIAGNOSTICADOS DE SIDA

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

Desde el inicio de la epidemia hasta 1994, la incidencia de casos de sida diagnosticados aumentó de forma continua. Este último año, coincidiendo con la inclusión de la tuberculosis pulmonar, las neumonías bacterianas de repetición y el cáncer invasivo de cuello de útero como enfermedades indicativas de sida con fines de vigilancia epidemiológica para pacientes adolescentes/adultos (>12 años de edad), se observó un gran aumento en la incidencia, un 33% respecto del año anterior. Entre el año 1994 y 1996 hubo un descenso del 11% en los nuevos diagnósticos de sida y tras la introducción del TARGA (1996-1997) la disminución en la incidencia anual se hizo más acentuada; entre 1996 y 1999 los nuevos casos disminuyeron un 57%, este descenso continúa hasta 2007, entre 1999 y 2006 hubo un descenso del 47% en el número de nuevos casos de sida. (Tabla 1 y Gráfico 1).

Tabla 1
Casos de sida de la CM diagnosticados y fallecidos por año.
Variación respecto al año previo

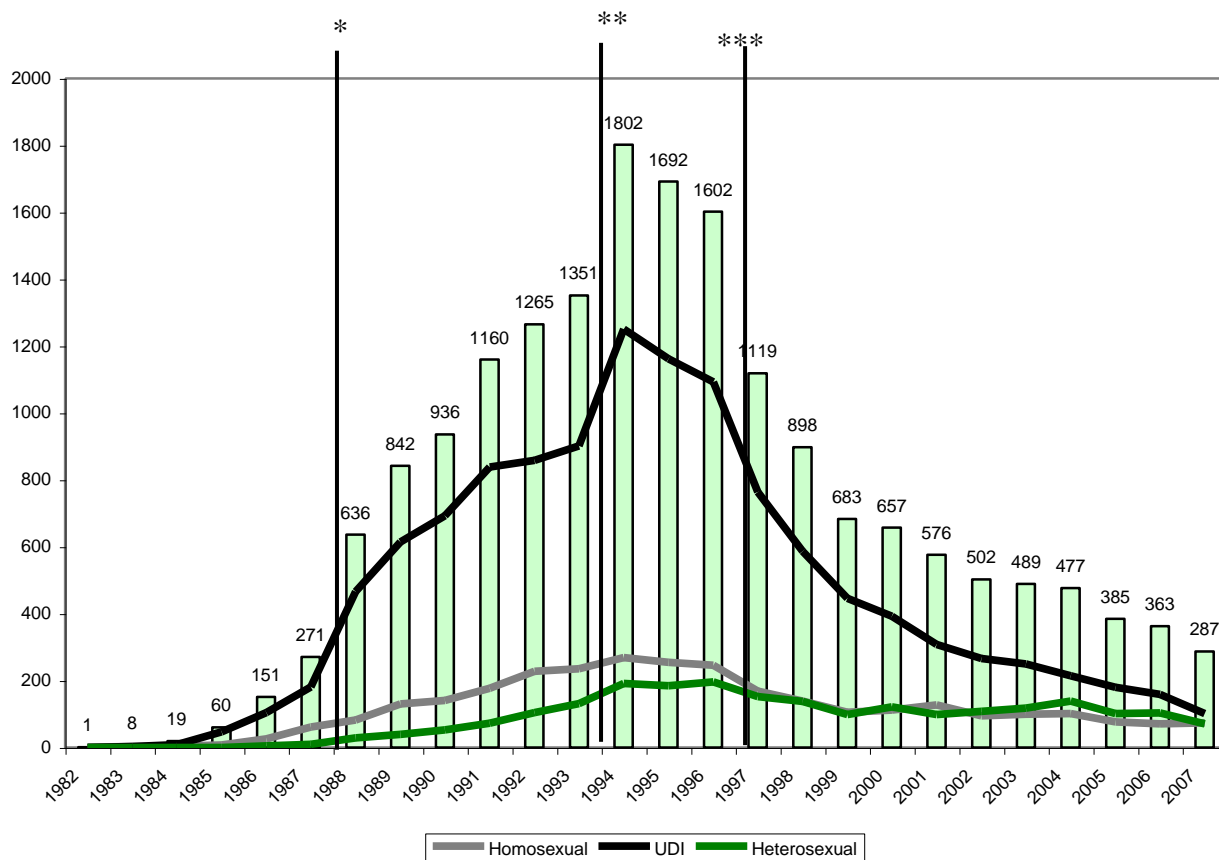
	Casos diagnosticados de sida por año		Casos de sida fallecidos por año	
	N	% de variación respecto al año previo	N	% de variación respecto al año previo
1982	1		1	
1983	8	700	2	100
1984	19	137,50	9	350
1985	60	215,79	29	222,22
1986	151	151,67	71	144,83
1987	271	79,47	128	80,28
1988	636	134,69	204	59,38
1989	842	32,39	410	100,98
1990	936	11,16	510	24,39
1991	1160	23,93	642	25,88
1992	1265	9,05	836	30,22
1993	1351	6,80	1061	26,91
1994	1802	33,38	1167	9,99
1995	1692	-6,10	1289	10,45
1996	1602	-5,32	1167	-9,46
1997 ^a	1119	-30,15	586	-49,79
1998	898	-19,75	371	-36,69
1999	683	-23,94	323	-12,94
2000	657	-3,81	335	3,72
2001	576	-12,33	323	-3,58
2002	502	-12,85	301	-6,81
2003	489	-2,59	309	2,66
2004	477	-2,45	267	-13,59
2005	385	-19,29	272	1,87
2006	363	-5,71	219	-19,49
2007 ^b	287	-20,94	173	-21,00
Total	18232		11006 ^c	

(a) Tratamientos antirretrovirales de gran eficacia (TARGA)

(b) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(c) Incluye un caso de sida fallecido pero sin fecha conocida

Gráfico 1
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007.
Total de casos y distribución según mecanismo de transmisión por año de diagnóstico



* 1987-88: revisión de las enfermedades indicativas de sida y los criterios diagnósticos de las mismas
 ** 1993-94: revisión de las enfermedades indicativas de sida
 *** 1997: en el segundo semestre de 1996 se inician los tratamientos combinados con antirretrovirales de gran actividad (TARGA)

Sexo y edad de diagnóstico

Del total de casos notificados el 79,8% son hombres. La razón de masculinidad (hombres/mujeres) es de 4. Entre 2002 y 2006 los nuevos diagnósticos disminuyeron un 24% en hombres y un 39% en mujeres mientras que la razón de masculinidad oscila anualmente entre 3 y 4. En 2007 esta razón fue de 3,4 (Tabla 2).

Tabla 2
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007
Por sexo y año de diagnóstico de sida

AÑO DIAGNÓSTICO	SEXO				TOTAL		
	Hombres		Mujeres		N	%	Razón masculinidad
	N	%	N	%			
1982	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
1983	7	87,5	1	12,5	8	100,0	7,0
1984	18	94,7	1	5,3	19	100,0	18,0
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	510	80,2	126	19,8	636	100,0	4,0
1989	699	83,0	143	17,0	842	100,0	4,9
1990	785	83,9	151	16,1	936	100,0	5,2
1991	955	82,3	205	17,7	1160	100,0	4,7
1992	1031	81,5	234	18,5	1265	100,0	4,4
1993	1075	79,6	276	20,4	1351	100,0	3,9
1994	1425	79,1	377	20,9	1802	100,0	3,8
1995	1366	80,7	326	19,3	1692	100,0	4,2
1996	1272	79,4	330	20,6	1602	100,0	3,9
1997	855	76,4	264	23,6	1119	100,0	3,2
1998	690	76,8	208	23,2	898	100,0	3,3
1999	526	77,0	157	23,0	683	100,0	3,4
2000	506	77,0	151	23,0	657	100,0	3,4
2001	472	81,9	104	18,1	576	100,0	4,5
2002	379	75,5	123	24,5	502	100,0	3,1
2003	393	80,4	96	19,6	489	100,0	4,1
2004	372	78,0	105	22,0	477	100,0	3,5
2005	304	79,0	81	21,0	385	100,0	3,8
2006	288	79,3	75	20,7	363	100,0	3,8
2007 ¹	222	77,4	65	22,6	287	100,0	3,4
TOTAL	14556	79,8	3676	20,2	18232	100,0	4,0

(1) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

La mayoría de los casos han sido diagnosticados de sida cuando tenían entre 30 y 39 años de edad (49,2%) ó entre 20 y 29 años (26,3%). Entre 2002 y 2006 han disminuido los casos diagnosticados un 45,3% en el grupo de 30-39 años de edad al diagnóstico, 32,1% en aquellos mayores de 50 años y 30,2% en los casos que tenían entre 20 y 29 años de edad al diagnóstico. Sin embargo ha aumentado un 15,1% los casos diagnosticados cuando tenían entre 40 y 49 años de edad. (Tablas 3 y 4).

Tabla 3
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ^a	Datos acumulados 1982-2007
GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA							
No consta							6
<13	2	2	2	0	1	1	256
13-19	4	0	2	0	2	0	83
20-29	63	46	47	42	44	35	4795
30-39	258	239	199	154	141	99	8963
40-49	119	147	152	149	137	113	2886
50-59	40	40	50	23	24	28	808
60 y más	16	15	25	17	14	11	435
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA^c							
UDI	209	217	180	148	132	74	9598
HTX	52	58	71	55	57	36	1150
HSH	95	100	101	77	71	74	3035
HD/TF	2	3	2	1	0	0	167
Vertical	0	0	0	0	0	0	2
Desconocido/Otros	13	9	10	17	16	17	343
No consta	7	4	7	6	11	21	133
SUBTOTAL	378	391	371	304	287	222	14428
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA^c							
UDI	57	33	34	32	27	27	2289
HTX	56	60	68	46	46	35	1116
HD/TF	2	1	0	1	0	0	44
Vertical	1	0	0	0	1	0	3
Desconocido/Otros	3	1	2	1	1	1	72
No consta	3	1	0	1	0	1	24
SUBTOTAL	122	96	104	81	75	64	3548
CASOS PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)							
Vertical	2	1	2	0	0	0	235
Otros	0	1	0	0	1	1	21
SUBTOTAL	2	2	2	0	1	1	256
RETRASO DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN VIH RESPECTO AL DE SIDA^{d,e}							
Diagnóstico tardío	193 39,2%	191 40,5%	201 43,3%	160 44,3%	172 51,0%	140 50,9%	6960
Diagnóstico precoz	299	281	263	201	165	135	10601
PAÍS DE ORIGEN^b							
España	416	407	398	307	253	193	17200
Otro	86	82	79	78	110	94	1032
TOTAL							
	502	489	477	385	363	287	18232

(a) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

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

(c) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables

HTX: heterosexual

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

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

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

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

(e) 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 4
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007
Grupos de edad por año diagnóstico de sida

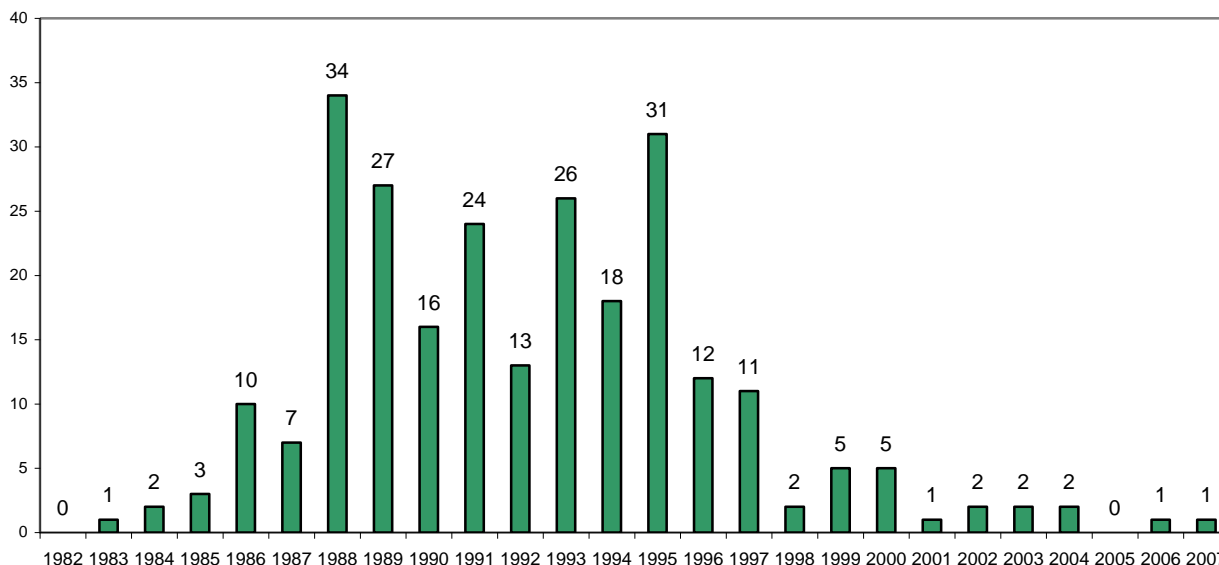
Año	No consta	<13	13-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	TOTAL
1982	0	0	0	0	1	0	0	0	1
1983	0	1	0	4	2	1	0	0	8
1984	0	2	1	9	3	3	1	0	19
1985	0	3	2	38	10	5	2	0	60
1986	0	10	4	80	47	9	0	1	151
1987	2	7	3	145	89	13	11	1	271
1988	0	34	3	324	212	45	12	6	636
1989	1	27	13	420	277	76	23	5	842
1990	0	16	6	415	387	74	21	17	936
1991	1	24	8	442	536	107	22	20	1160
1992	1	13	5	452	575	153	39	27	1265
1993	0	26	7	395	670	166	52	35	1351
1994	1	18	6	477	974	224	66	36	1802
1995	0	31	5	399	939	218	60	40	1692
1996	0	12	5	338	958	204	57	28	1602
1997	0	11	1	200	623	187	67	30	1119
1998	0	2	2	149	508	162	53	22	898
1999	0	5	1	88	406	126	34	23	683
2000	0	5	0	81	365	146	38	22	657
2001	0	1	3	62	291	150	45	24	576
2002	0	2	4	63	258	119	40	16	502
2003	0	2	0	46	239	147	40	15	489
2004	0	2	2	47	199	152	50	25	477
2005	0	0	0	42	154	149	23	17	385
2006	0	1	2	44	141	137	24	14	363
2007 ^a	0	1	0	35	99	113	28	11	287
TOTAL	6	256	83	4795	8961	2886	808	435	18232

(a) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

De los casos notificados y diagnosticados en 2007, el 73,9% tenía entre 30 y 49 años, este porcentaje fue de 76,6% en el año 2006. La mediana de edad al diagnóstico fue de 42 años en hombres y 38 en las mujeres. Hubo un caso diagnosticado en menores de 13 años, por transfusión en una niña que había nacido y se infectó en un país africano.

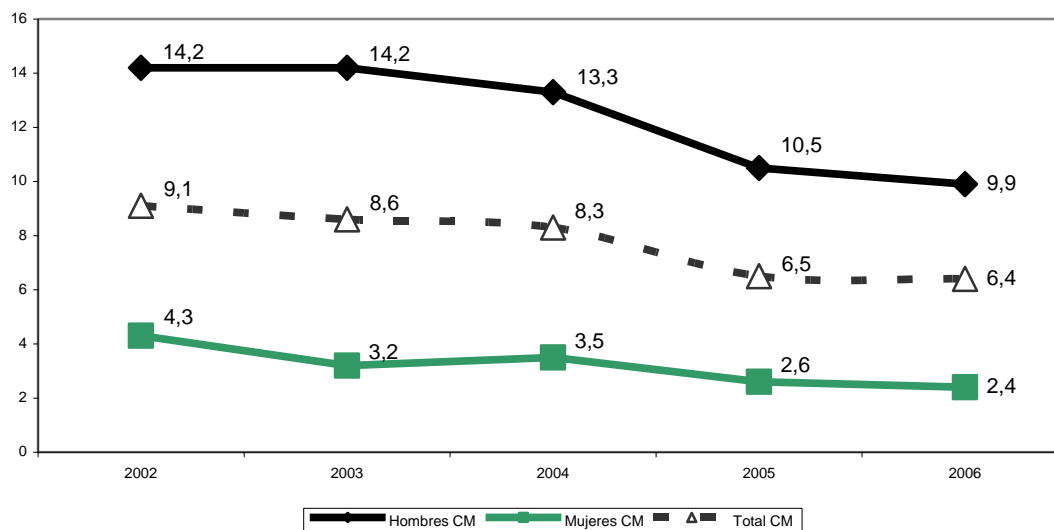
Entre 1998 y 2007 sólo se han diagnosticado 21 casos de sida pediátrico, frente a los 235 casos diagnosticados en los años previos, 17 de los 21 fueron por transmisión vertical. El gran descenso de casos de sida pediátricos observado desde la introducción de los TARGA en 1997, se debe sobre todo a la efectividad de la profilaxis de la transmisión vertical con tratamientos combinados (Gráfico 2).

Gráfico 2
Casos pediátricos (12 años ó menos) de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007 por año de diagnóstico de sida



Con respecto a las tasas de incidencia de casos de sida en el año 2006, éstas fueron de 9,9 por cien mil habitantes entre los hombres y de 2,4 por cien mil habitantes entre las mujeres, menores a las observadas en los años previos (Gráfico 3). Las tasas más altas se observaron en los hombres en todos los grupos de edad: 19,2 casos por cien mil habitantes en el grupo de 30 a 39 años, 25,9 en el de 40 a 49 años. En las mujeres las tasas más altas se observaron en el grupo de 30 a 39 con 5,8 casos por cien mil. Se ve un importante descenso en las tasas en hombres de 30-39 años (40,3 vs 19,2) y en mujeres de 30-39 años (12,4 vs 5,8) en el periodo 2002-2006 (Gráfico 4).

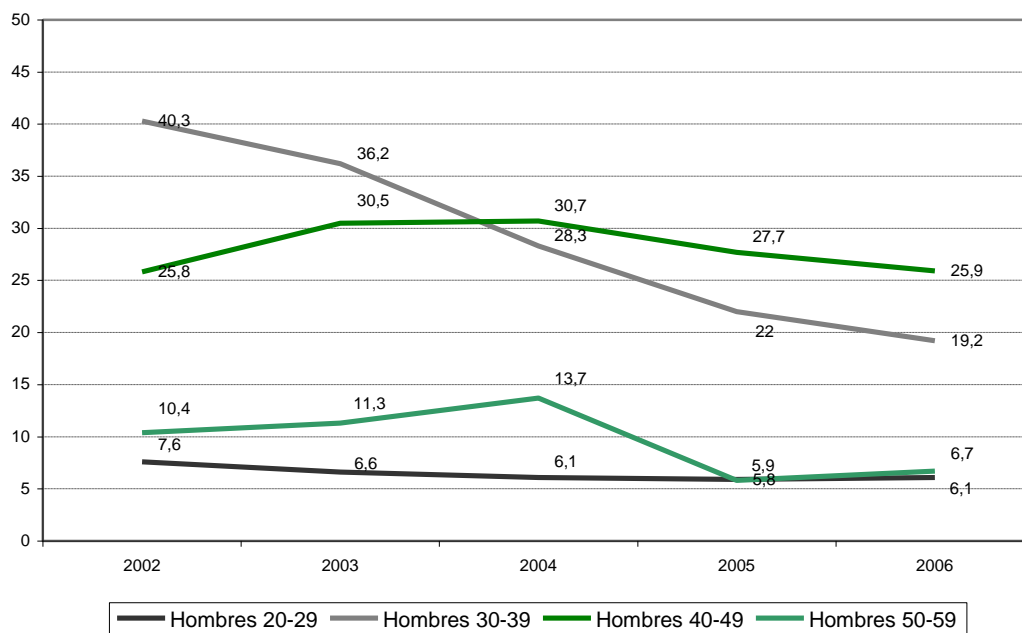
Gráfico 3
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados (2002-2006).
Tasas de incidencia de casos de sida por 100.000 habitantes y año según sexo



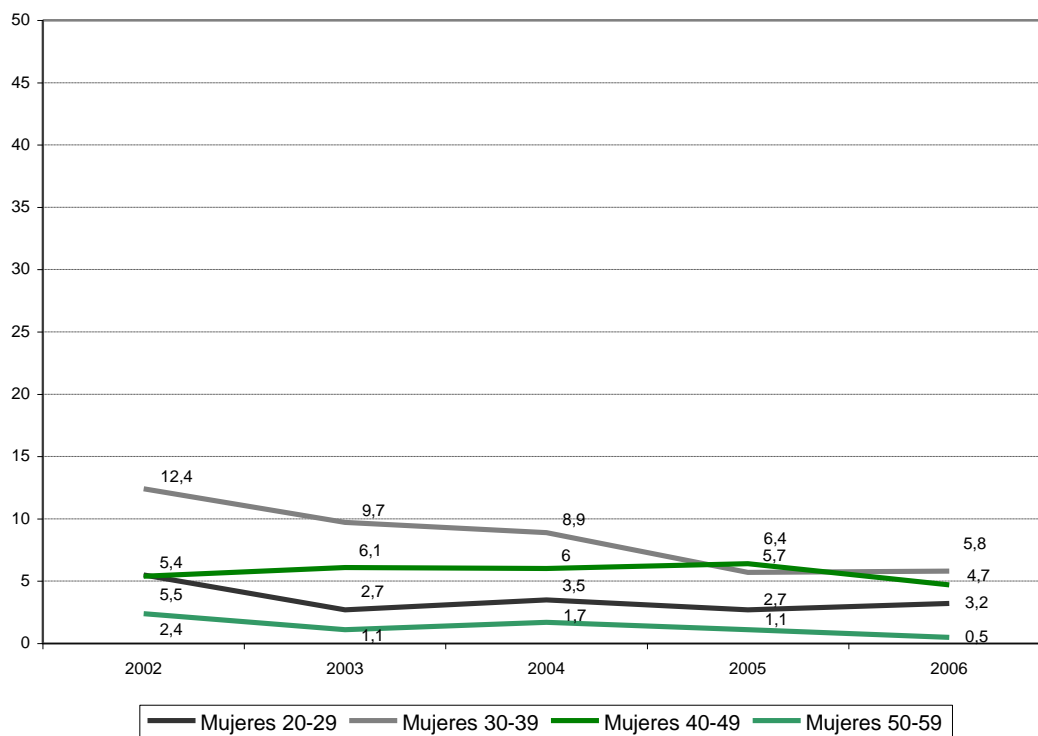
* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM

Gráfico 4
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados (2002-2006):
Tasas de incidencia de casos de sida por 100.000 habitantes
según sexo y grupo de edad al diagnóstico

Hombres



Mujeres



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

Mecanismo de transmisión

Entre 2002 y 2006, los nuevos casos de sida disminuyeron un 40,2% en el grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables (UDI), 36,8% en hombres y 52,6% en mujeres. En los hombres que tienen relaciones con otros hombres (HSH) disminuyó un 25,3% mientras que la transmisión por vía heterosexual (HTX) aumentó un 9,6% en hombres y disminuyó un 17,8% en mujeres. A partir del año 2003, el número de casos de sida en mujeres infectadas por transmisión heterosexual supera al de mujeres UDI. (Tablas 3, 5 y 6, Gráficos 1 y 5).

Tabla 5
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007
Grupos de transmisión por año de diagnóstico de sida

AÑO DIAGNÓSTICO	GRUPO DE TRANSMISIÓN ^b																	
	No consta		HSH		UDI		HTX		HD/TF		Vertical		Otros		Desconocido		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1982	0	0,0	1	100,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
1983	0	0,0	3	37,5	3	37,5	0	0,0	2	25	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0
1984	0	0,0	4	21,0	9	47,4	0	0,0	5	26,3	0	0,0	0	0,0	1	5,3	19	100,0
1985	0	0,0	8	13,3	47	78,4	0	0,0	2	3,3	3	5,0	0	0,0	0	0,0	60	100,0
1986	0	0,0	26	17,2	104	68,9	5	3,3	9	6,0	7	4,6	0	0,0	0	0,0	151	100,0
1987	0	0,0	61	22,5	181	66,8	10	3,7	8	3,0	6	2,2	0	0,0	5	1,8	271	100,0
1988	3	0,5	82	12,9	466	73,2	29	4,6	23	3,6	29	4,6	0	0,0	4	0,6	636	100,0
1989	3	0,4	130	15,4	614	72,9	39	4,6	23	2,7	25	3,0	0	0,0	8	1,0	842	100,0
1990	2	0,2	141	15,1	693	74,0	53	5,7	19	2,0	16	1,7	1	0,1	11	1,2	936	100,0
1991	5	0,4	177	15,3	838	72,2	73	6,3	20	1,7	24	2,1	1	0,1	22	1,9	1160	100,0
1992	6	0,5	228	18,0	858	67,8	104	8,2	20	1,6	12	0,9	1	0,1	36	2,9	1265	100,0
1993	9	0,6	235	17,4	901	66,7	131	9,7	16	1,2	26	1,9	1	0,1	32	2,4	1351	100,0
1994	21	1,2	269	14,9	1251	69,4	191	10,6	18	1,0	18	1,0	3	0,2	31	1,7	1802	100,0
1995	6	0,3	255	15,1	1162	68,7	185	10,9	17	1,0	31	1,8	3	0,2	33	2,0	1692	100,0
1996	3	0,2	246	15,4	1093	68,2	196	12,2	17	1,1	11	0,7	2	0,1	34	2,1	1602	100,0
1997	3	0,3	168	15,0	764	68,3	152	13,6	4	0,3	10	0,9	0	0,0	18	1,6	1119	100,0
1998	8	0,9	139	15,5	587	65,4	138	15,4	1	0,1	3	0,3	0	0,0	22	2,4	898	100,0
1999	11	1,6	105	15,4	446	65,3	99	14,5	4	0,6	5	0,7	0	0,0	13	1,9	683	100,0
2000	5	0,8	112	17,0	392	59,6	122	18,6	2	0,3	5	0,8	2	0,3	17	2,6	657	100,0
2001	10	1,7	127	22,1	308	53,5	99	17,2	5	0,9	2	0,3	2	0,3	23	4,0	576	100,0
2002	10	2,0	95	18,9	266	53,0	108	21,5	4	0,8	3	0,6	1	0,2	15	3,0	502	100,0
2003	5	1,0	100	20,5	250	51,1	118	24,1	5	1,0	1	0,2	2	0,4	8	1,7	489	100,0
2004	7	1,5	101	21,2	214	44,9	139	29,1	2	0,4	2	0,4	1	0,2	11	2,3	477	100,0
2005	7	1,8	77	20,0	180	46,8	101	26,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0	18	4,7	385	100,0
2006	11	3,0	71	19,5	159	43,8	103	28,4	1	0,3	1	0,3	1	0,3	16	4,4	363	100,0
2007 ^a	22	7,7	74	25,8	101	35,2	71	24,7	1	0,3	0	0,0	0	0,0	18	6,3	287	100,0
TOTAL	157	0,9	3035	16,6	11887	65,2	2266	12,4	230	1,3	240	1,3	21	0,1	396	2,2	18232	100,0

(a) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

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

UDI: usuarios o exusuarios de drogas inyectables

HTX: heterosexual

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

Tabla 6
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007
en adolescentes/adultos*
por año de diagnóstico de sida, sexo y grupo de transmisión^a

Año	ADULTOS (>12 AÑOS)									
	Hombres					Mujeres				TOTAL
	UDI	HSH	HTX	Otros	Subtotal	UDI	HTX	Otros	Subtotal	
1982	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
1983	3	3	0	1	7	0	0	0	0	7
1984	9	4	0	3	16	0	0	1	1	17
1985	40	8	0	2	50	7	0	0	7	57
1986	84	26	1	6	117	20	4	0	24	141
1987	153	61	5	8	227	28	5	4	37	264
1988	376	82	12	19	489	90	17	6	113	602
1989	510	130	18	28	686	104	21	4	129	815
1990	575	141	32	29	777	118	21	4	143	920
1991	695	177	35	40	947	143	38	8	189	1136
1992	694	228	54	50	1026	164	50	12	226	1252
1993	716	235	67	44	1062	185	64	14	263	1325
1994	1003	269	89	55	1416	248	102	18	368	1784
1995	954	255	96	46	1351	208	89	13	310	1661
1996	874	246	99	46	1265	219	97	9	325	1590
1997	591	168	74	17	850	173	78	7	258	1108
1998	456	139	70	25	690	131	68	7	206	896
1999	348	105	48	22	523	98	51	6	155	678
2000	306	112	64	22	504	86	58	4	148	652
2001	251	127	57	36	471	57	42	5	104	575
2002	209	95	52	22	378	57	56	9	122	500
2003	217	100	58	16	391	33	60	3	96	487
2004	180	101	71	19	371	34	68	2	104	475
2005	148	77	55	24	304	32	46	3	81	385
2006	132	71	57	27	287	27	46	2	75	362
2007 ^b	74	74	36	38	222	27	35	2	64	286
TOTAL	9598	3035	1150	645	14428	2289	1116	143	3548	17976

* Se excluyen casos pediátricos (12 años ó menos)

(a) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables

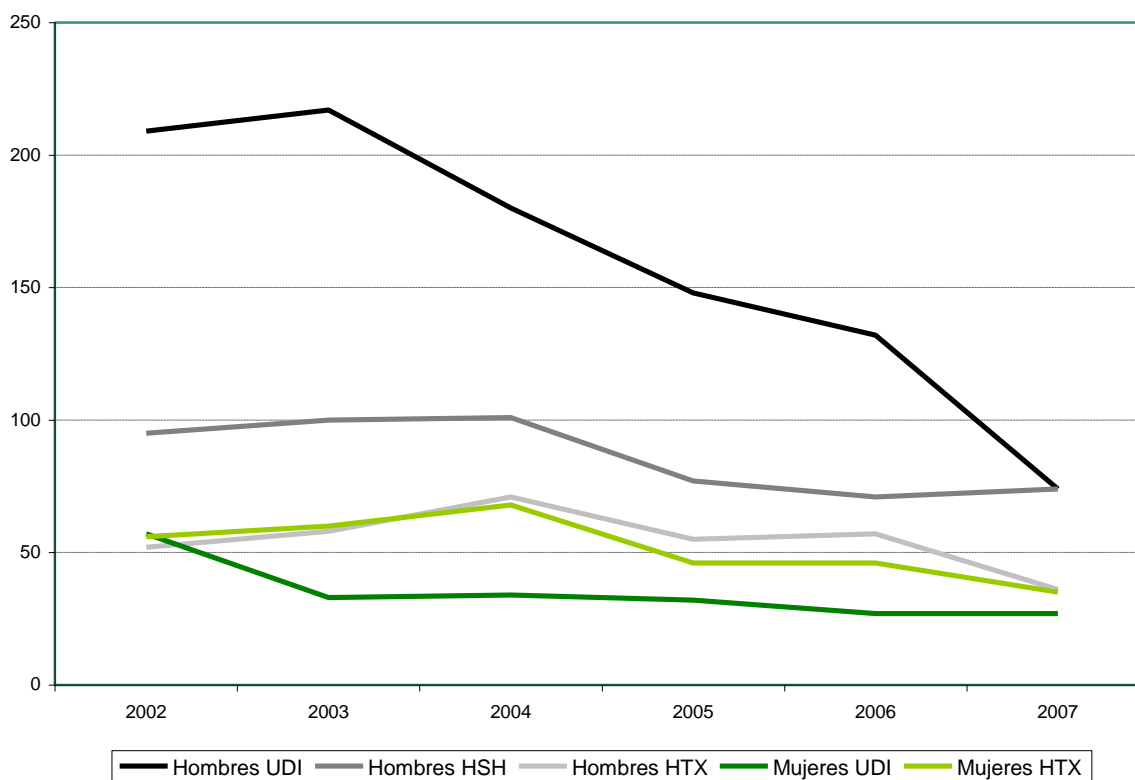
HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

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

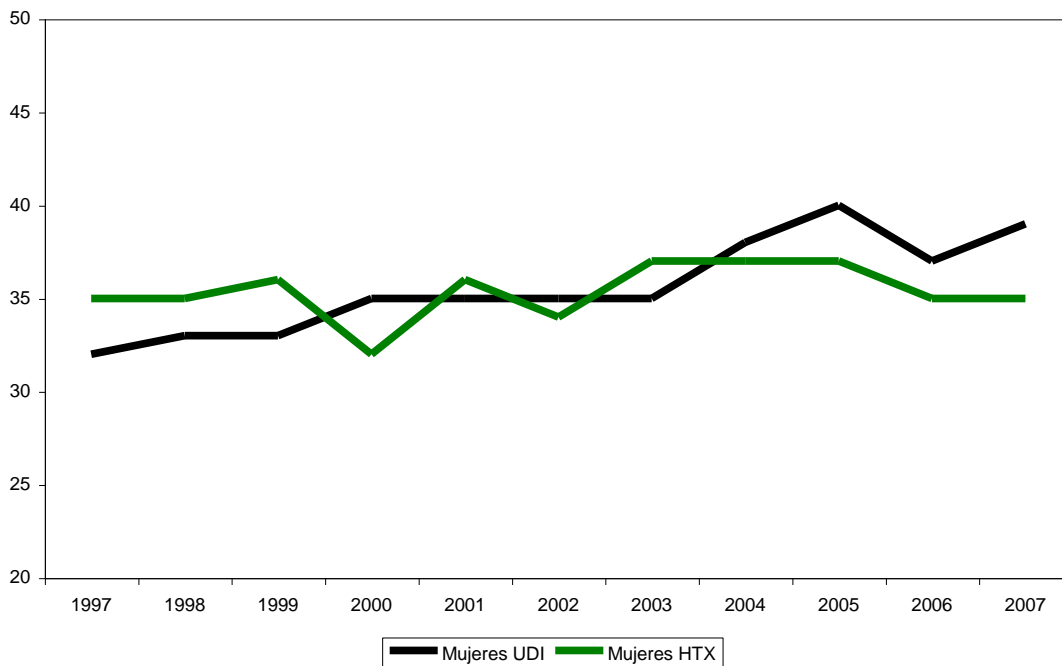
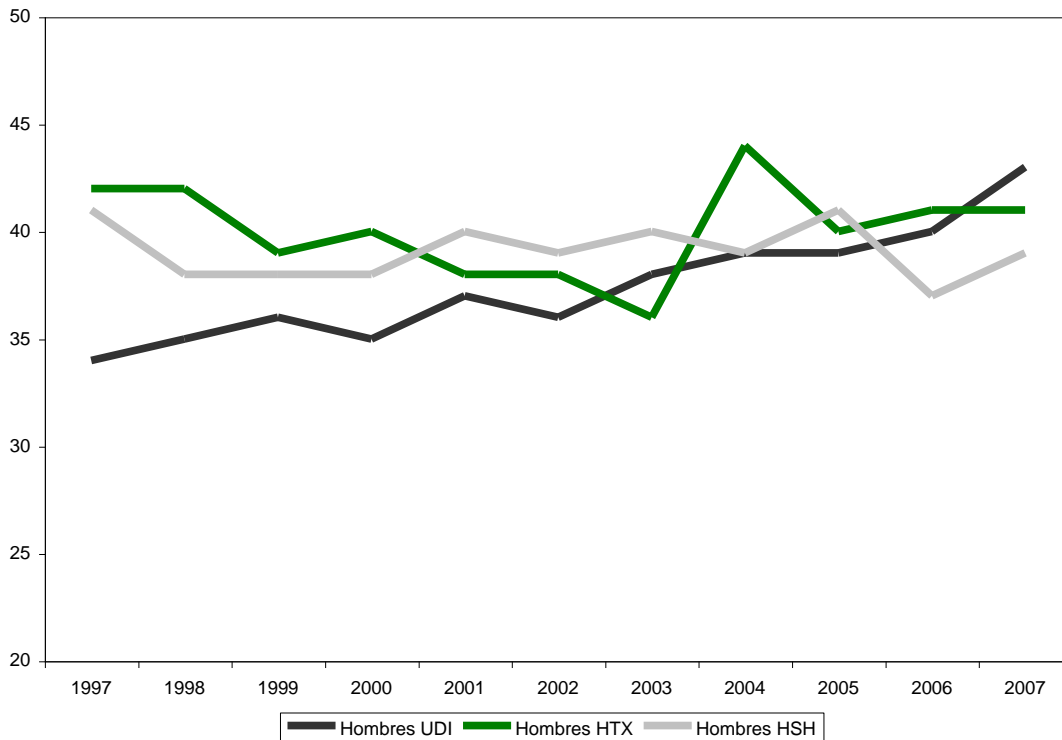
(b) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

Gráfico 5
Evolución de los casos de sida de la CM notificados y diagnosticados por sexo y grupo de transmisión (2002-2007)



La mediana de edad al diagnóstico de sida continúa aumentando en los UDI. En hombres HSH permanecía estable pero en los últimos años se observa una disminución. En los hombres infectados por vía HTX se observa una disminución en la mediana de edad aunque en los últimos años la tendencia es irregular, con un aumento respecto a la mediana hace 5 años. En las mujeres HTX aunque la mediana de edad iba en aumento, los últimos tres años se aprecia una disminución de la misma (Gráfico 6). En el año 2002 y 2006 la mediana de edad al diagnóstico en UDI fue de 36 y 40 años respectivamente en los hombres y de 35 y 37 en las mujeres, en infectados por vía HTX fue de 38 y 41 años en hombres y de 34 y 35 en mujeres y en HSH fue de 39 y 37 años en 2002 y 2006.

Gráfico 6
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007
Mediana de edad al diagnóstico de sida por sexo y grupo de transmisión (1997-2007)



De los 222 casos en hombres adolescentes/adultos diagnosticados en 2007, el 33,3% (74) han sido o son UDI, igual número de personas y porcentaje (74 casos, 33,3%) refieren haberse infectado por relaciones homosexuales y el 16,2% (36) por relaciones heterosexuales, estos porcentajes son diferentes a los observados en el total de casos acumulados (1982-2006): 67% (9524), 20,8% (2961) y 7,8% (1114) respectivamente. La mediana de edad al diagnóstico fue de 43 años en UDI, 39 en HSH y 41 en HTX.

De las 64 mujeres adolescentes/adultas diagnosticadas de sida en el año 2007, el 42,2% (27) han sido o son UDI y el 54,7% (35) refieren haberse infectado por relaciones heterosexuales, mientras que en el total de casos acumulados suponen respectivamente el 64,9% (2262) y el 31% (1081) de las mujeres. La mediana de edad fue de 39 años en UDI y 35 en HTX.

Estas diferencias en los porcentajes reflejan un cambio en los mecanismos de transmisión del VIH.

Con respecto a la transmisión vertical, desde 1997 cuando se inicia la profilaxis de la transmisión vertical con TARGA, se han notificado 22 casos de sida transmitidos a través de esta vía, pero sólo 5 habrían nacido entre 1998 y 2007.

Áreas sanitarias

En el año 2006 comparado con el año 2002, se ve que disminuyen los casos en todas las áreas sanitarias de residencia al diagnóstico de sida. Las áreas donde más disminuyen las tasas de incidencia son la 4 y la 10. En la Tabla 7 se describen los casos de sida diagnosticados entre 2002 y 2007 por área sanitaria. Entre el año 2002 y 2007, en las áreas sanitarias 2, 6 y 7, el número de casos diagnosticados en HSH es mayor que en hombres UDI, diferencia que sería mayor si consideráramos la vía de transmisión sexual (HTX más HSH) respecto a la inyectable. En las áreas 3, 8 y 9 también se observa que la vía sexual es más frecuente que la de uso de drogas inyectables. En mujeres es más frecuente la vía HTX que UDI salvo en el área 1 que ocurre lo contrario.

Tabla 7
Casos de sida en la CM: por Área Sanitaria de residencia al diagnóstico de sida 2002-2007*

	AREA SANITARIA										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
TOTAL	384	129	149	243	197	160	329	134	97	111	345
GRUPO DE EDAD											
<13	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
13-19	1	1	0	2	0	1	1	0	0	1	0
20-29	29	13	23	17	20	22	48	16	11	17	34
30-39	161	56	64	105	79	66	140	52	50	56	155
40-49	142	37	48	100	72	42	93	43	22	29	117
50-59	28	15	10	12	22	21	36	14	11	5	18
60 y más	22	7	3	6	4	8	12	7	3	3	18
CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN ^a											
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS											
UDI	201	34	43	115	72	37	66	34	22	45	149
HTX	43	14	30	32	23	33	29	22	26	17	40
HSH	52	46	21	37	44	51	133	21	21	12	63
HD/TF	0	1	0	0	1	0	2	1	1	1	1
VERTICAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DESC / OTROS	10	0	8	5	4	3	19	4	5	8	12
NO CONSTA	1	4	0	2	6	1	22	3	0	4	6
SUBTOTAL	307	99	102	191	150	125	271	85	75	87	271
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTAS											
UDI	46	7	14	21	22	6	26	8	5	7	29
HTX	27	23	29	29	23	26	28	40	16	16	40
HD/TF	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0
VERTICAL	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
DESC / OTROS	1	0	1	0	1	1	2	0	0	1	1
NO CONSTA	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1
SUBTOTAL	76	30	46	51	47	35	58	48	22	24	71
CASOS PEDIÁTRICOS (≤ 12 AÑOS)											
HD/TF	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
VERTICAL	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
SUBTOTAL	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
AÑO DE DIAGNÓSTICO											
2002	69	32	29	62	36	28	69	18	25	30	70
2003	76	24	25	56	40	29	59	27	20	22	70
2004	72	22	26	57	49	40	59	29	17	13	67
2005	60	18	21	31	25	27	53	25	12	14	64
2006	59	19	26	22	33	28	52	14	13	12	34
2007	48	14	22	15	14	8	37	21	10	20	40
INCIDENCIA (Nº CASOS / 100.000 HABITANTES) ^b											
2002	10,1	7,5	9,5	11,4	5,3	5,2	12,8	4,2	6,8	10,5	9,6
2006	7,9	4,3	7,4	3,8	4,5	4,4	9,6	3,0	3,3	3,8	4,2
PAÍS DE ORIGEN											
% DE FUERA DE ESPAÑA	13,8	21,7	36,9	11,1	18,3	32,5	22,2	26,1	24,7	31,5	18,6

* Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(a) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables

HTX: heterosexual

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

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

(b) Fuente población: Padrón continuo 2002-2007. Instituto de Estadística de la CM

Retraso en el diagnóstico de infección VIH

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

El porcentaje de casos de adolescentes/adultos diagnosticados de sida con un diagnóstico tardío de la infección VIH, aumenta de un 27,4% en 1997 al 50,9% en el año 2007. 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 2001. (Tabla 8, Gráfico 7).

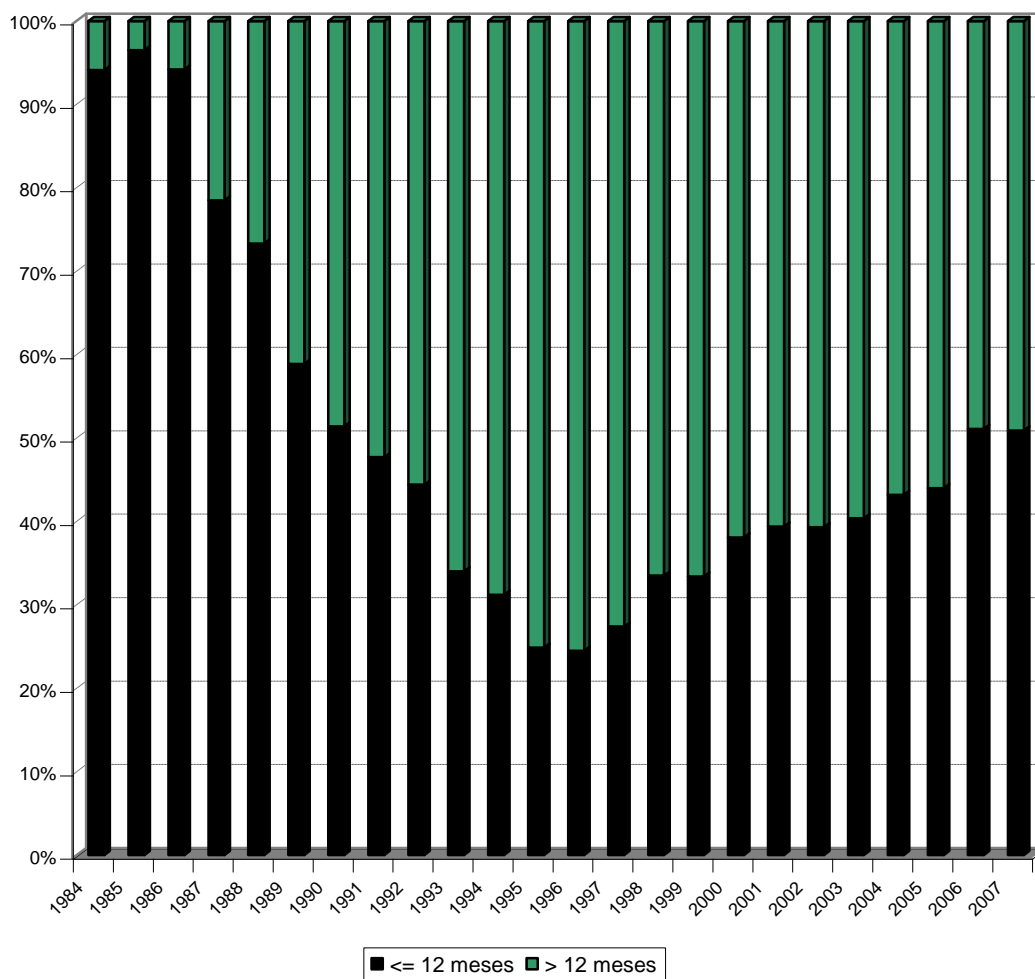
Tabla 8
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007 en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical.
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de sida por año diagnóstico de sida

AÑO DE DIAGNÓSTICO DE SIDA	MESES ENTRE EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH Y EL DE SIDA						TOTAL ^a	
	Diagnóstico Tardío				Diagnóstico precoz			
	0 - 3		4 - 12		> 12		n	%
	n	%	N	%	N	%		
1982	0	0	1	100	0	0	1	100,0
1983	2	28,6	5	71,4	0	0,0	7	100,0
1984	10	58,8	6	35,3	1	5,9	17	100,0
1985	33	57,9	22	38,6	2	3,5	57	100,0
1986	100	73,0	29	21,2	8	5,8	137	100,0
1987	155	59,4	50	19,1	56	21,5	261	100,0
1988	321	54,2	113	19,1	158	26,7	592	100,0
1989	357	44,7	113	14,2	328	41,1	798	100,0
1990	360	39,9	104	11,5	438	48,6	902	100,0
1991	391	35,0	142	12,7	584	52,3	1117	100,0
1992	390	32,2	148	12,2	673	55,6	1211	100,0
1993	316	24,5	122	9,5	849	66,0	1287	100,0
1994	385	22,2	156	9,0	1192	68,8	1733	100,0
1995	304	18,7	102	6,2	1223	75,1	1629	100,0
1996	266	17,1	116	7,4	1175	75,5	1557	100,0
1997	220	20,2	78	7,2	789	72,6	1087	100,0
1998	238	26,8	59	6,7	590	66,5	887	100,0
1999	180	27,0	43	6,4	445	66,6	668	100,0
2000	199	30,8	47	7,3	400	61,9	646	100,0
2001	188	33,1	36	6,3	345	60,6	569	100,0
2002	160	32,6	33	6,7	298	60,7	491	100,0
2003	151	31,9	40	8,5	282	59,6	473	100,0
2004	170	36,5	31	6,7	264	56,8	465	100,0
2005	141	39,3	17	4,7	201	56,0	359	100,0
2006	148	44,2	23	6,9	164	48,9	335	100,0
2007 ^b	118	42,9	22	8,0	135	49,1	275	100,0
TOTAL	5303	30,2	1658	9,4	10600	60,4	17561	100,0

(a) No se incluyen 256 casos pediátricos (edad ≤ 12 años), ni 5 casos de adultos infectados por transmisión vertical ni 405 casos en los que no consta la fecha de detección de anticuerpos anti-VIH o la fecha de diagnóstico de sida.

(b) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos.

Gráfico 7
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007
en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical.
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de sida por año diagnóstico de sida



Durante el periodo 2002-2006 (Tabla 9), el 43,1% de los pacientes diagnosticados de sida se habían diagnosticado de infección por VIH en los 12 meses previos. Este porcentaje es mayor en el grupo de edad de 20 a 29 años (63,4%) y en los mayores de 49 años (63,4%). Sin embargo, tanto en hombres como en mujeres adolescentes/adultos, varía según el mecanismo de transmisión: en los UDI el diagnóstico es precoz en un 83,6% de los hombres y un 83,5% de las mujeres, en cambio el 63,8% de los HSH tuvo un diagnóstico tardío, igual que el 71,2% de los hombres HTX y el 69,4% de las mujeres HTX. La mediana del tiempo entre el diagnóstico de infección VIH y de sida entre los UDI fue de 133 meses, mientras que para HSH fue de 2 meses y para HTX de 1 mes.

Tabla 9
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados entre 2002 y 2007:
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de sida

	2002-2006 ^a						2007 ^b					
	≤ 12 meses		> 12 meses		Total		≤ 12 meses		> 12 meses		Total	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA												
<13	4	57,1	3	42,9	7	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
13-19	5	62,5	3	37,5	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-29	147	63,4	85	36,6	232	100,0	25	75,8	8	24,2	33	100,0
30-39	344	36,1	609	63,9	953	100,0	45	46,9	51	53,1	96	100,0
40-49	257	37,9	421	62,1	678	100,0	44	40,7	64	59,3	108	100,0
50-59	105	61,0	67	39,0	172	100,0	18	66,7	9	33,3	27	100,0
60 y más	56	68,3	26	31,7	82	100,0	8	72,7	3	27,3	11	100,0
MECANISMO DE TRANSMISIÓN^c												
Hombres adolescentes/adultos al diagnóstico de sida												
HSH	277	63,8	157	36,2	434	100,0	48	67,6	23	32,4	71	100,0
UDI	138	16,4	705	83,6	843	100,0	6	8,7	63	91,3	69	100,0
HTX	205	71,2	83	28,8	288	100,0	29	80,6	7	19,4	36	100,0
HD/TF	1	14,3	6	85,7	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vertical	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconocido/Otros	45	75,0	15	25,0	60	100,0	12	70,6	5	29,4	17	100,0
No consta	19	61,3	12	38,7	31	100,0	15	75,0	5	25,0	20	100,0
Subtotal	685	41,2	978	58,8	1663	100,0	110	51,6	103	48,4	213	100,0
Mujeres adolescentes/adultos al diagnóstico de sida												
UDI	29	16,5	147	83,5	176	100,0	2	7,7	24	92,3	26	100,0
HTX	186	69,4	82	30,6	268	100,0	27	79,4	7	20,6	34	100,0
HD/TF	3	75,0	1	25,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vertical	0	0,0	2	100,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconocido/Otros	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
No consta	3	75,0	1	25,0	4	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Subtotal	229	49,6	233	50,4	462	100,0	30	48,4	32	51,6	62	100,0
Casos pediátricos (<13 años al diagnóstico de sida)												
HD/TF	2	100,0	0	0,0	2	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Vertical	2	40,0	3	60,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Subtotal	4	57,1	3	42,9	7	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
PAÍS DE ORIGEN												
España	603	35,3	1107	64,7	1710	100,0	69	37,7	114	62,3	183	100,0
Otro	315	74,6	107	25,4	422	100,0	72	77,4	21	22,6	93	100,0
TOTAL	918	43,1	1214	56,9	2132	100,0	141	51,1	135	48,9	276	100,0

- (a) Hay 84 casos diagnosticados entre 2002 y 2006 sin fecha de detección de infección VIH y/o fecha de diagnóstico de sida que no se han incluido
- (b) Hay 11 casos diagnosticados en el año 2007 sin fecha de detección de infección VIH y/o fecha de diagnóstico de sida que no se han incluido. Los datos del 2007 están incompletos por retraso de la notificación.
- (c) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables
 HTX: infectados por vía heterosexual
 HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

País de origen

La variable país de origen en los casos de sida se empezó a recoger de forma exhaustiva en el año 2001. Por ello, los análisis donde interviene esta variable sólo se refieren al periodo 2001-2007. Entre los pacientes diagnosticados de sida a partir del año 2001, el 19,6% refieren un país de origen distinto a España. Este porcentaje ha aumentado entre 2001 y 2007 pasando de un 13% a un 32,8% (Tabla 10). Las áreas sanitarias con un mayor porcentaje de casos en personas inmigrantes son la 3, 6 y 10 (Tabla 7).

Tabla 10
Casos de sida de la CM notificados hasta 31-12-2007
y diagnosticados entre 2001 y 2007 por país de origen

AÑO DE DIAGNÓSTICO		PAÍS DE ORIGEN				TOTAL	
		ESPAÑA		OTRO		n	%
		N	%	N	%		
	2001^a	501	87,0	75	13,0	576	100,0
	2002	417	83,1	85	16,9	502	100,0
	2003	407	83,2	82	16,8	489	100,0
	2004	398	83,4	79	16,6	477	100,0
	2005	307	79,7	78	20,3	385	100,0
	2006^b	253	69,7	110	30,3	363	100,0
	2007	193	67,2	94	32,8	287	100,0
		2476	80,4	603	19,6	3079	100,0
SEXO							
	Hombres	1991	80,4	439	72,8	2430	78,9
	Mujeres	485	19,6	164	27,2	649	21,1
		2476	100,0	603	100,0	3079	100,0
GRUPO DE EDAD							
	<13	6	0,3	3	0,5	9	0,3
	13-19	6	0,3	5	0,8	11	0,4
	20-29	189	7,6	150	24,9	339	11,0
	30-39	1125	45,4	256	42,4	1381	44,8
	40-49	830	33,5	137	22,7	967	31,4
	50-59	208	8,4	42	7,0	250	8,1
	60+	112	4,5	10	1,7	122	4,0
		2476	100,0	0,2	100,0	3067	100,0
GRUPO DE TRANSMISIÓN ^c							
Hombres	UDI	1146	57,6	65	14,8	1211	49,8
	HTX	234	11,7	152	34,6	386	15,9
	HSB	475	23,9	170	38,7	645	26,6
	HD/TF	10	0,5	5	1,1	15	0,6
	Vertical	5	0,2	0	0,0	5	0,2
	Desconocido/otros	76	3,8	27	6,2	103	4,2
	No consta	45	2,3	20	4,6	65	2,7
	SUBTOTAL	1991	100,0	439	100,0	2430	100,0
Mujeres	UDI	256	52,8	11	6,7	267	41,1
	HTX	209	43,1	144	87,8	353	54,4
	HD/TF	0	0,0	5	3,1	5	0,8
	Vertical	4	0,8	0	0,0	4	0,6
	Desconocido/otros	10	2,1	3	1,8	13	2,0
	No consta	6	1,2	1	0,6	7	1,1
	SUBTOTAL	485	100,0	164	100,0	649	100,0
MESES ENTRE DIAGNÓSTICO VIH Y SIDA							
	0 – 3	718	30,1	363	61,5	1081	36,3
	4 – 12	130	5,4	74	12,6	204	6,8
	> 12	1541	64,5	153	25,9	1694	56,9
		2389	100,0	590	100,0	2979	100,0

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

(b) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(c) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables

HTX: heterosexual

HSB: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

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

Entre los pacientes diagnosticados de sida entre 2001 y 2007, con país de origen diferente a España, el 72,8% son hombres. El 38,7% de los hombres referían prácticas sexuales con otros hombres, el 34,6% de los hombres y el 87,8% de las mujeres se habían infectado por vía heterosexual, y el 14,8% de los hombres y el 6,7% de las mujeres eran UDI.

La mediana de edad al diagnóstico de sida de los hombres con prácticas homosexuales era menor que la de los de España (37 y 41 años respectivamente) al igual que la de los infectados por vía heterosexual (35 años y 43 respectivamente en los hombres y 33 años y 38 en las mujeres). Un 61,5% tuvo un diagnóstico simultáneo de infección VIH y de sida (3 meses o menos entre ambos). En el 79,7% de los casos heterosexuales y el 73,2% de los casos en homosexuales se notificó el diagnóstico de infección por VIH en los 12 meses anteriores al diagnóstico de sida.

Enfermedades indicativas de sida

Las patologías definitorias de sida más frecuentes son las tuberculosis pulmonar ó la diseminada, la neumonía por *P. jirovecii* y la candidiasis esofágica. Todas las patologías definitorias de sida disminuyen en números absolutos en el período post-TARGA, en relación al período pre-TARGA excepto la histoplasmosis diseminada, la leucoencefalopatía multifocal progresiva y la enfermedad por Citomegalovirus (Tabla 11 y 12). De las 20 histoplasmosis diagnosticadas entre 1997 y 2005, 17 (16 adultos y 1 niño) se sabe que fueron en personas con país de origen distinto a España (15 de ellos de América del Sur y Central).

Tabla 11
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007
en adolescentes/adultos (>12 años).
Enfermedades al diagnóstico de sida.
Antes (1982-1996) y después (1997-2007) de la introducción de los TARGA

	1982-1996		1997-2007 ^a	
	N	%	n	%
Candidiasis esofágica	2255	16,6	781	10,9
Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar	35	0,3	17	0,2
Coccidiomicosis diseminada	1	0,0	0	0,0
Criptococosis extrapulmonar	119	0,9	85	1,2
Herpes simple mucocutáneo crónico	132	1,0	49	0,7
Herpes simple bronco-pulmonar y/o esofágico	34	0,3	25	0,3
Criptosporidiasis intestinal	237	1,7	70	1,0
Histoplasmosis diseminada	4	0,0	19	0,3
Isosporiasis	16	0,1	12	0,2
Enfermedad por CMV	126	0,9	147	2,0
Retinitis CMV	200	1,5	73	1,0
Neumonía <i>P. jirovecii</i>	2629	19,4	1302	18,2
Toxoplasmosis cerebral	830	6,1	315	4,4
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	225	1,7	251	3,5
Enf. MAI o <i>Kansasi</i> disem/extrapulmonar	196	1,4	106	1,5
TBC diseminada/extrapulmonar	2726	20,1	986	13,8
Otras micobacterias	76	0,6	50	0,7
Sepsis de repetición por <i>Salmonella</i>	53	0,4	14	0,2
Sarcoma de Kaposi	675	5,0	338	4,7
Linfoma cerebral primario	36	0,3	21	0,3
Linfoma no Hodgkin	306	2,3	270	3,8
Encefalopatía VIH	424	3,1	198	2,8
Caquexia VIH	867	6,4	524	7,3
Tuberculosis pulmonar (>12 años)	954	7,0	785	11,0
Neumonías bacterianas repetición (>12 años)	368	2,7	658	9,2
Carcinoma invasivo de cerviz	32	0,2	60	0,8
NÚMERO TOTAL DE CASOS^b	13556	100,0	7156	100,0

(a) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(b) Se incluyen 6 casos en los que no consta la edad

Tabla 12
Casos pediátricos (≤ 12 años) de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2007.
Enfermedades al diagnóstico de sida.
Antes (1982-1996) y después (1997-2007) de la introducción de los TARGA

	1982-1996		1997-2007 ^a	
	N	%	n	%
Candidiasis esofágica	25	8,9	6	16,2
Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar	17	6	0	0,0
Herpes simple mucocutáneo crónico	4	1,4	0	0,0
Criptosporidiasis intestinal	7	2,5	0	0,0
Histoplasmosis diseminada	0	0,0	1	2,7
Enfermedad por CMV	16	5,7	0	0,0
Retinitis CMV	0	0,0	1	2,7
Neumonía <i>P. jirovecii</i>	30	10,7	7	18,9
Toxoplasmosis cerebral	0	0,0	1	2,7
TBC diseminada/extrapulmonar	3	1,1	1	2,7
Sepsis de repetición por <i>Salmonella</i>	1	0,4	0	0,0
N. Intersticial linfoide	36	12,8	0	0,0
Inf. bacteriana recurrentes graves (<13 años)	68	24,2	2	5,4
Linfoma no Hodgkin	4	1,4	2	5,4
Encefalopatía VIH	52	18,5	12	32,5
Caquexia VIH	18	6,4	4	10,8
NÚMERO TOTAL DE CASOS	281	100	37	100,0

(a) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

Hepatitis C

La presencia o no de anticuerpos anti-VHC está recogida en el 64,1% de los casos diagnosticados de sida en el año 2007 (89,1% de los UDI, 59,1% de los HTX y 51,3% de los HSH). De aquellos en los que consta el resultado, tienen anticuerpos anti-VHC positivos el 96,7% de los UDI, el 19% de los HTX y el 5,3% de los HSH.

MORTALIDAD EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH/SIDA

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

Desde el año 1982 hasta diciembre de 2007 se sabe que han fallecido 14.133 personas residentes en la CM con diagnóstico de infección por VIH (con o sin sida). El 82,4% eran hombres. El 77,9% tenían entre 25 y 44 años. El 77,9% de los fallecidos eran casos de sida.

Tras la introducción de los TARGA, en 1996, la mortalidad de los pacientes infectados por el VIH ha ido disminuyendo todos los años. En los primeros años, entre 1996 y 1999, disminuyó un 63,9% (72,3% entre los diagnosticados de sida y 14,2% entre los no sida), a partir de ese año, la disminución es menos llamativa aunque continua (Tabla 13, Gráfico 8). La distribución de los fallecidos entre 1999 y 2007, así como el total acumulado, por grupos de edad, sexo y categoría de transmisión se describe en las Tablas 14 (casos de sida fallecidos) y 15 (infectados VIH no sida). Los datos del año 2007 están todavía incompletos.

Entre 2002 y 2006 los fallecidos infectados por VIH (con y sin sida) han disminuido un 45,6% (los casos de sida han disminuido un 27,2% mientras los no casos han disminuido un 76,5%). Esta disminución ha sido del 46,4% entre los hombres y del 41,3% entre las mujeres (Gráfico 9). En cuanto a la categoría de transmisión, la mortalidad ha disminuido un 60,9% en los HSH, un 45% entre los UDI y un 41,2% en HTX (Gráfico 10). El 65,8% de los fallecidos eran casos de sida mientras que el resto habían fallecido sin desarrollar patologías indicativas de sida. La mediana de edad al fallecimiento ha aumentado de 40 años en 2002 a 44 en los casos y a 45 en los no casos en 2006 (Gráfico 11). Este aumento se observa en ambos sexos (hombres de 41 a 44 y mujeres de 38 a 41 años) y por mecanismo de transmisión aumenta en hombres UDI de 40 a 44, mujeres UDI de 38 a 41, mujeres HTX de 38 a 41. Se mantiene en HSH (46 años) y se observa una disminución de la mediana en hombres que se infectaron por vía HTX, de 52 a 46.

De los 245 fallecidos en el año 2007, el 70,6% eran casos de sida. El número de personas que fallecieron con VIH sin desarrollar sida fue de 72 (el 25% de ellos fallecieron por hepatopatía).

Tabla 13
Fallecidos con infección VIH residentes en la CM,
según hayan sido diagnosticados o no de sida 1982-2007

	FALLECIDOS CON VIH/SIDA					
	Casos de sida fallecidos		Infectados VIH (no sida) fallecidos		TOTAL VIH/sida fallecidos	
	N	% de variación respecto al año previo	N	% de variación respecto al año previo	n	% de variación respecto al año previo
No consta	1		1		2	
1982	1		0		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 ^a	204	59,4	42	44,8	246	56,7
1989	410	101	144	242,9	554	125,2
1990	510	24,4	161	11,8	671	21,1
1991	642	25,9	179	11,2	821	22,4
1992	836	30,2	250	39,7	1086	32,3
1993	1061	26,9	201	-19,6	1262	16,2
1994 ^a	1167	10	180	-10,4	1347	6,7
1995	1289	10,5	170	-5,6	1459	8,3
1996	1167	-9,5	197	15,9	1364	-6,5
1997 ^b	586	-49,8	136	-31,0	722	-47,1
1998	371	-36,7	135	-0,7	506	-29,9
1999	323	-12,9	169	25,2	492	-2,8
2000	335	3,7	158	-6,5	493	0,2
2001	323	-3,6	173	9,5	496	0,6
2002	301	-6,8	179	3,5	480	-3,2
2003	309	2,7	165	-7,8	474	-1,3
2004	267	-13,6	162	-1,8	429	-9,5
2005	272	1,9	164	1,2	436	1,6
2006	219	-19,5	42	-74,4	261	-40,1
2007 ^c	173	-21	72	71,4	245	-6,1
TOTAL	11006		3127		14133	

(a) Se amplían las enfermedades indicativas de sida.

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

(c) Los datos del año 2007 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

Tabla 14
Casos de sida fallecidos por año de fallecimiento

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Datos acumulados 1982-2007
GRUPOS DE EDAD AL FALLECIMIENTO							
No consta							4
<13	1	2	1	0	0	0	146
13-19	0	1	0	0	1	0	37
20-29	9	7	11	6	5	4	2121
30-39	124	127	93	81	49	25	5518
40-49	127	123	113	133	128	115	2232
50-59	31	28	29	32	23	24	595
60 y más	9	21	20	20	13	5	353
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTAS AL FALLECIMIENTO							
UDI	38	53	32	31	31	22	1350
HTX	7	16	14	12	7	11	472
Otros ^a	1	0	3	1	1	0	95
Subtotal	46	69	49	44	39	33	1917
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL FALLECIMIENTO							
UDI	179	174	155	156	131	107	6350
HTX	12	21	19	21	13	7	511
HSH	51	35	32	38	25	15	1651
Otros ^a	12	8	11	13	10	11	427
Subtotal	254	238	217	228	179	140	8939
PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL FALLECIMIENTO)							
Vertical	1	1	1	0	0	0	136
Otros	0	1	0	0	0	0	10
Subtotal	1	2	1	0	0	0	146
PAÍS DE ORIGEN^b							
España	290	294	253	252	208	165	10774
Otro	11	15	14	20	11	8	232
Total	301	309	267	272	219	173	11006 ^c

(a) 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

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

(c) En 4 casos no se conoce la edad de fallecimiento

Tabla 15
Infectados por VIH sin criterio de sida fallecidos
por año de fallecimiento

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Datos acumulados 1985-2007
GRUPOS DE EDAD AL FALLECIMIENTO							
No consta							22
<13	0	0	0	0	0	0	1
13-19	0	1	0	0	0	0	11
20-29	11	5	1	1	1	0	650
30-39	75	58	55	58	11	13	1445
40-49	73	76	76	73	16	45	720
50-59	8	11	17	13	10	8	147
60 y más	12	14	12	19	4	6	132
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTAS AL FALLECIMIENTO							
UDI	18	16	15	19	3	10	363
HTX	6	9	8	6	0	2	72
Otros ^a	5	1	0	3	2	1	72
Subtotal	29	26	23	28	5	13	507
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL FALLECIMIENTO							
UDI	107	106	109	100	23	40	2019
HTX	9	8	8	7	0	1	102
HSB	19	9	13	7	2	7	155
Otros ^a	15	16	9	23	12	11	321
Subtotal	150	139	139	136	37	59	2597
PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL FALLECIMIENTO)							
Vertical	0	0	0	0	0	0	1
Subtotal	0	0	0	0	0	0	1
PAÍS DE ORIGEN^b							
España	174	161	158	160	42	69	--
Otro	5	4	4	4	0	3	--
Total	179	165	162	164	42	72	3127 ^c

(a) 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

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

(c) En 22 infectados no se conoce la edad de fallecimiento

Gráfico 8
Fallecidos con infección VIH residentes en la CM según hayan sido diagnosticados o no de sida 1982-2007

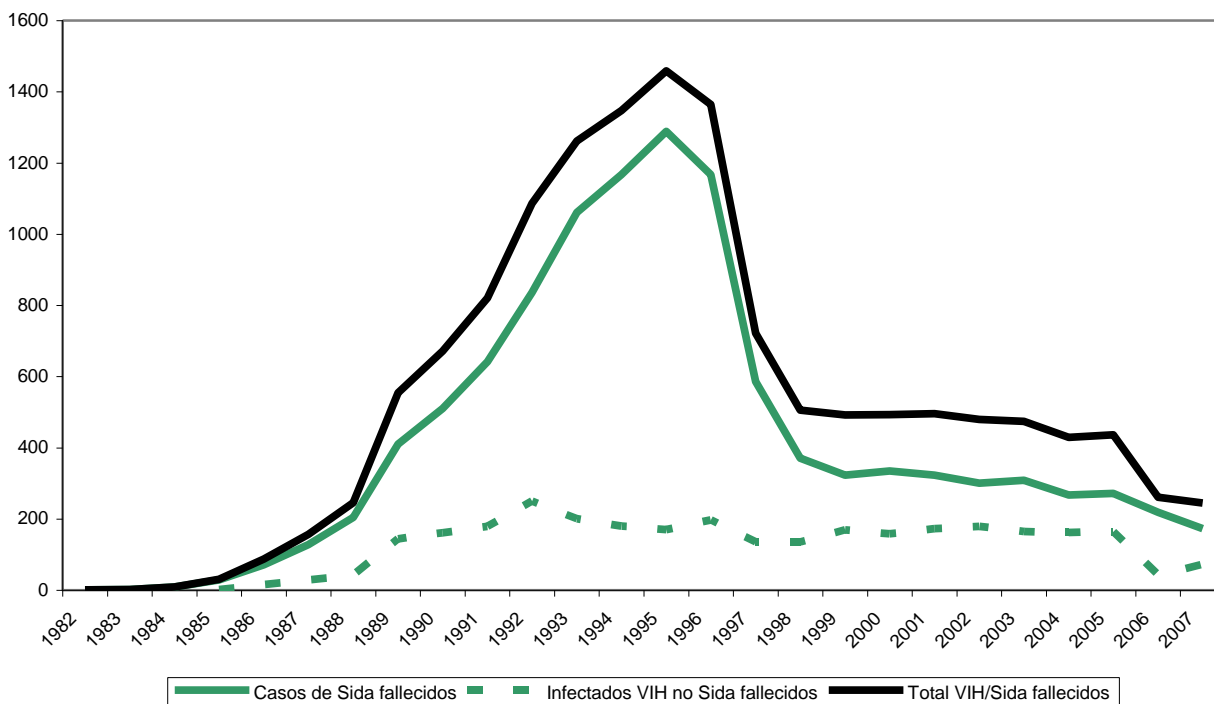


Gráfico 9
Fallecidos con infección VIH, haya sido o no diagnosticados de sida, por sexo 1982-2007

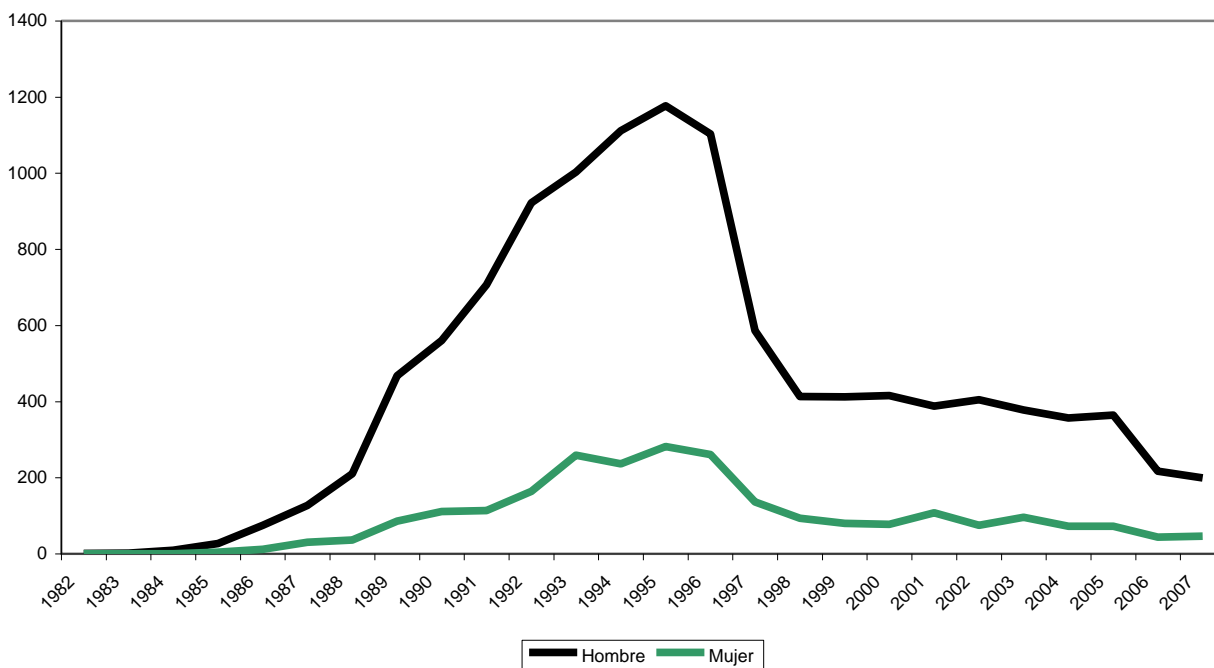


Gráfico 10
Fallecidos con infección VIH según haya sido diagnosticados o no de sida por grupo de transmisión 1982-2007

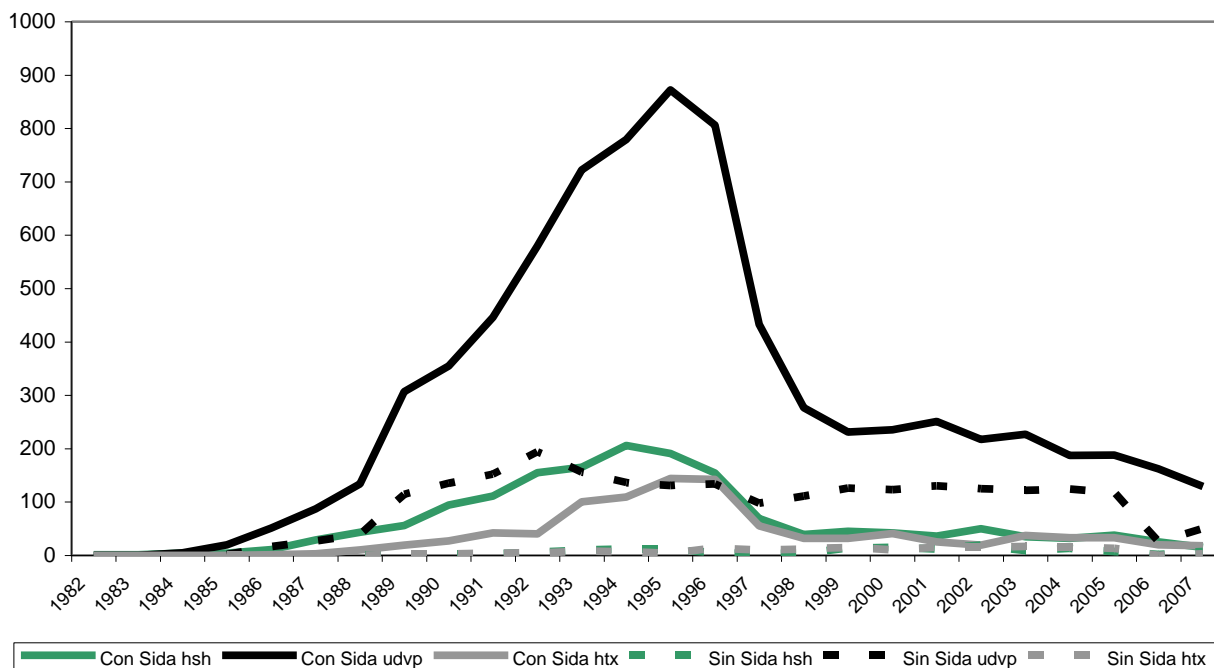
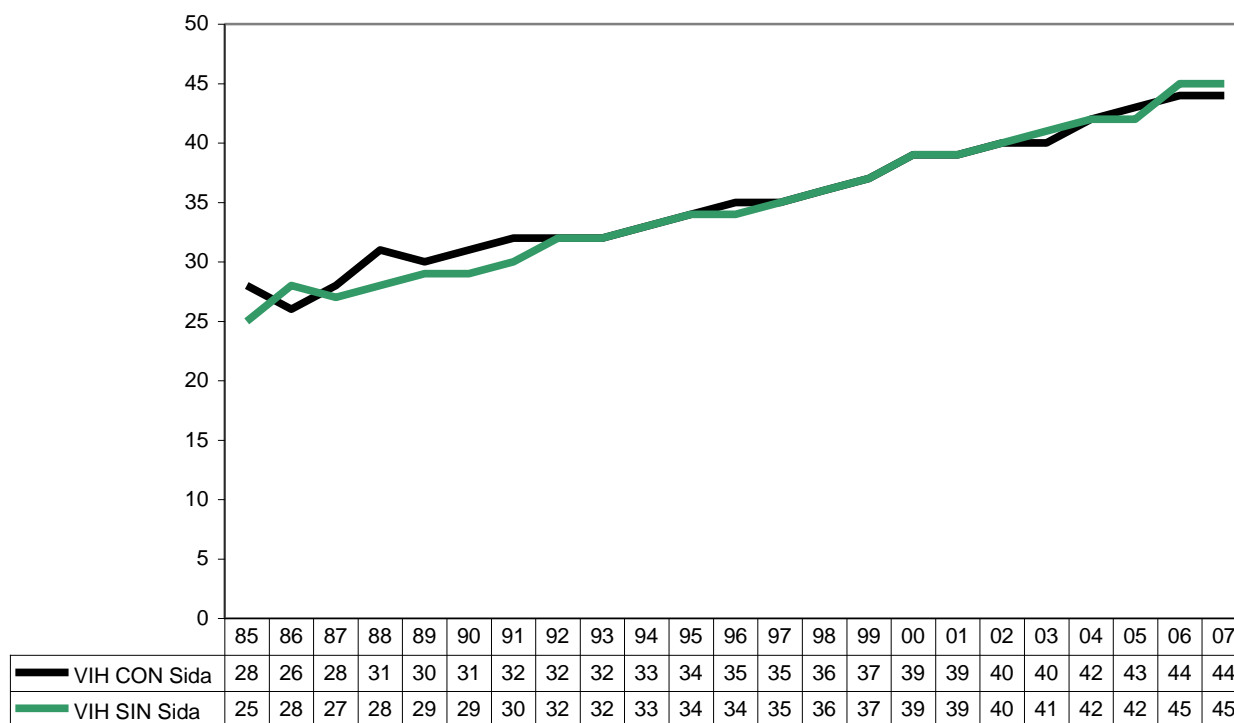


Gráfico 11
Fallecidos con infección VIH. Mediana de edad al fallecimiento según hayan sido diagnosticados o no de sida. 1985-2007



PREVALENCIA DE CASOS DE SIDA A 31 DE DICIEMBRE DE 2007

A finales del año 2007 había 7.223 casos de sida de los que no se tenía constancia de su fallecimiento. El 51,7% tenía entre 30 y 39 años al diagnóstico y el 1,4% eran casos pediátricos. La distribución por sexo muestra que el 76% (5.488) de los adolescentes/adultos vivos con sida son hombres, de ellos, el 25,2% son HSH, el 59,1% son o han sido UDI y el 11,6% se han infectado por contacto heterosexual. De las 1.636 mujeres adolescentes/adultas que viven con sida, el 39,4% se han infectado por contacto heterosexual y el 57,6% son o han sido UDI. De los 99 casos de sida vivos que fueron diagnosticados antes de los 13 años de edad, el 95,9% (95 casos) se infectaron por transmisión vertical y el resto por transfusiones o hemoderivados. Además 79 de ellos son ya adolescentes ó adultos a finales de 2007 (Tabla 16).

La prevalencia de sida a finales de 2007 en adolescentes /adultos en la CM es de 136,1 casos/100.000 habitantes (en hombres 217,4 casos/100.000 y en mujeres 60,9 casos/100.000) y la tasa en menores de 13 años es de 2,5 casos/100.000 (Padrón continuo 2007. Instituto de Estadística de la CM).

Tabla 16: Prevalencia de casos de sida a final de año

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
GRUPO DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA						
No consta	3	3	4	4	3	5
< 13 años	97	96	96	97	97	99
13-19	34	34	34	34	33	36
20-29	1487	1474	1480	1487	1502	1528
30-39	3493	3569	3606	3660	3695	3733
40-49	925	1009	1081	1162	1255	1344
50-59	255	277	295	306	323	350
60 y más	106	107	123	114	118	128
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTAS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA						
UDI	948	928	923	936	931	942
HTX	441	480	517	557	608	644
Otros	49	52	56	49	48	50
Subtotal	1438	1460	1496	1542	1587	1636
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA						
UDI	3129	3164	3173	3241	3250	3244
HSH	1096	1154	1210	1249	1298	1384
HTX	427	464	498	543	596	637
Otros	213	231	246	192	198	223
Subtotal	4865	5013	5127	5225	5342	5488
PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)						
Vertical	95	94	94	95	94	95
Otros	2	2	2	2	3	4
Subtotal	97	96	96	97	97	99
PAÍS DE ORIGEN (a)						
España	6020	6128	6240	6295	6354	6423
Otro	380	441	479	569	672	800
Total	6207	6400	6569	6864	7026	7223

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

CONCLUSIONES

Persiste el aumento de casos donde el intervalo entre el diagnóstico de VIH y de sida es inferior a doce meses. Los diagnósticos tardíos se relacionan con la transmisión sexual del virus. Esto influye en un diagnóstico tardío en mujeres, grupos de edad jóvenes (20-29 años) y en mayores de 50 años. Además es más frecuente en personas originarias de fuera de España donde la transmisión es en su mayoría sexual, comparada con los autóctonos, donde la infección ha sido más frecuente en UDI.

El importante retraso diagnóstico hace conveniente fortalecer la detección precoz de la infección por VIH. El personal sanitario tiene un importante papel en esta estrategia de prevención secundaria. Todas las personas sexualmente activas que hayan mantenido relaciones sexuales sin protección serían candidatas a que se les ofrezca una prueba diagnóstica, también aquellas que comparten materiales de inyección intravenosa.

El aumento de casos de sida cuyo mecanismo de transmisión fue mantener relaciones sexuales sin protección junto al repunte que se está produciendo en el número de infecciones de transmisión sexual diagnosticadas, hace necesaria abordar la historia sexual en la anamnesis para conocer las conductas que pueden poner en riesgo frente al VIH, pero también para detectar estas infecciones importantes por si mismas y facilitadoras de la transmisión del VIH.

El aumento del porcentaje de casos de sida por transmisión heterosexual, especialmente en mujeres, junto a un importante retraso diagnóstico de VIH por esta vía y al aumento de infecciones por VIH de transmisión HTX visto en estudios en consultas de infecciones por transmisión sexual, hace que no sólo se deben seguir desarrollando actividades de prevención en UDI y en HSH, sino que se debe intensificar la prevención de la transmisión HTX, además de visualizar y prevenir la infección en mujeres, en especial sobre perfiles de prácticas HTX de riesgo y los condicionantes socioculturales de género que sustentan estas prácticas.

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA

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 (N° 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(N° RR-17): 1-19.
4. CDC. AIDS Cases, Deaths and Persons Living with AIDS by Year, 1985-2002-United States. HIV/AIDS Surveillance Report, 2002; 14.
5. CDC. Late versus early testing of VIH – 16 sites United States, 2000-2003

6. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report, 2006*. Vol. 18. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2008. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/>
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 30 de Junio de 2008. Informe semestral nº 1, año 2008. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp
8. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad por VIH/sida en España Año 2005. Evolución 1981-2005. Disponible en <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/mortalidad.pdf>
9. Pan American Health Organization, Organización Panamericana de la Salud. HIV-related language: PAHO 2006 Update (pages 1 to 5). Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS (páginas 6 a 11). Actualización a 9 de agosto de 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/English/AD/FCH/AI/HIVLANGUAGE.PDF>
10. Orientaciones terminológicas del ONUSIDA. Programa conjunto de las Naciones Unidas. Actualización a marzo de 2007. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1336-terminologyguide_es.pdf
11. Velasco Arias, Sara, en colaboración con la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (Ministerio de Sanidad y Consumo). La transmisión heterosexual del VIH/Sida en España. Revisión Epidemiológica. Salud 6. 1ª Edición 2003.
12. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Sistemas de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH autonómicos, Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2007. Actualización 30 de junio de 2008.



REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Informe del año 2007

SUMARIO

	Pág
RESUMEN.....	36
1.- INTRODUCCIÓN.....	36
2.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	37
3.- RESULTADOS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2007.....	38
3.1.- DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES	38
3.1.1.-Distribución espacial	39
3.1.2.-Localización anatómica de la enfermedad	39
3.1.3.-Factores de riesgo asociados.....	43
3.1.4.-Nivel asistencial.....	43
3.1.5.-Evolución de los casos	45
3.1.6.-Estudios de contactos	46
3.2.- TUBERCULOSIS INFANTIL	47
3.3.- TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH	50
3.4.- TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS	51
3.5.- TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS	55
3.6.- EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1997 A 2007	55
4.- DISCUSIÓN	60
5.- CONCLUSIONES	61
6.- BIBLIOGRAFÍA	62
7.- ANEXO 1: ORDEN 130/2001, DE 29 DE MARZO.....	62
8.- ANEXO 2: PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB.....	67

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este informe es presentar un análisis descriptivo de los casos de tuberculosis registrados durante el año 2007 en la Comunidad de Madrid.

Resultados: En los últimos años la incidencia anual de tuberculosis se ha estabilizado. La incidencia anual registrada en 2007 en la Comunidad de Madrid ha sido de 16,9 casos por 100.000 habitantes. El 45,7% de los casos detectados han sido personas nacidas fuera de España siendo su procedencia fundamentalmente de América del Sur.

El grupo de edad con mayor incidencia corresponde al de 25 a 34 años, en el que el 66,5% de los casos han nacido fuera de España. La incidencia en menores de 15 años ha sido de 8,8 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia de tuberculosis por Áreas Sanitarias varía entre los 7,5 casos por 100.000 habitantes del Área 6 y los 22,2 registrados en el Área 11. El distrito con mayor incidencia ha sido Centro con 34,1 casos por 100.000 habitantes. La incidencia registrada en el municipio de Madrid ha sido de 18,0 casos por 100.000 habitantes.

La situación de riesgo asociada a la tuberculosis detectada con más frecuencia ha sido el tabaquismo (24,4%), seguida de la infección por VIH/SIDA (10,8%) y del alcoholismo (9,7%).

La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (74%), siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 12,5 casos por 100.000 habitantes.

El nivel asistencial donde se realiza con mayor frecuencia el diagnóstico es en la atención especializada, el 84,9% de los casos inician el tratamiento en este nivel. El 68% de los casos cursan con ingreso hospitalario.

El seguimiento del 45,3% de los casos se realiza en atención especializada. En el 8% de los casos se han instaurado medidas para mejorar el cumplimiento del tratamiento. La mediana de la demora diagnóstica para los casos de localización pulmonar con baciloscopia positiva de esputo ha sido de 36 días.

Se dispone de antibiograma del 85,6% de los cultivos positivos (787), resultando el 8,6% de los casos resistentes a uno o más fármacos de primera línea.

Discusión: La incidencia en la Comunidad de Madrid en 2007 ha disminuido respecto a 2006, manteniéndose por debajo a la registrada en otros ámbitos del Estado Español, si bien se puede considerar elevada en relación a la registrada en otras regiones de Europa Occidental. El cambio en la demografía está produciendo un cambio en el patrón de presentación de esta enfermedad, de manera que el origen extranjero es muy frecuente entre los casos.

1.- INTRODUCCIÓN

En el marco del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, la estrategia fundamental para la Vigilancia Epidemiológica se lleva a cabo a través del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, implantado en la Comunidad de Madrid desde el año 1994 y que presenta como característica esencial la descentralización, ya que se articula en torno a las Secciones de Epidemiología de los Servicios de Salud Pública de Área Sanitaria. La consolidación de los casos a nivel regional se realiza en el Servicio de Epidemiología. Esta forma de trabajo puede establecerse en virtud de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. La regulación normativa del Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid se establece en la Orden 130/2001, de

29 de marzo, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 6 de abril de 2001 (anexo 1).

El objetivo general del Registro es mejorar el conocimiento de la tuberculosis y su evolución en la Comunidad de Madrid, mediante la búsqueda activa de casos, a fin de identificar los grupos de riesgo y evaluar las intervenciones de prevención y control de la enfermedad.

Los objetivos específicos del Registro son:

- 1.- Estimar la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid y en cada Área Sanitaria; general y específica por sexo, grupo de edad, distrito de residencia, localización anatómica, así como la frecuencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia y/o cultivo positivo.
- 2.- Estimar la prevalencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid y en cada Área Sanitaria, a través del seguimiento de los casos incidentes detectados por el Registro.
- 3.- Describir los factores y situaciones de riesgo asociadas a la tuberculosis según las variables de persona, lugar de residencia, tiempo y localización de la enfermedad.
- 4.- Estudiar la frecuencia de realización de estudios de contactos en convivientes de pacientes de tuberculosis pulmonar y su resultado.

Desde que se implantó el Registro, además de los informes que se elaboran en cada una de las Áreas Sanitarias, se elaboran informes anuales para el ámbito Regional que son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. El último publicado corresponde al Informe del Registro de Casos de Tuberculosis 2006 en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2007; 12(13):3-36.

En este informe se presenta un análisis descriptivo de los casos registrados durante el año 2007 y que tenían su residencia en la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico.

2- MATERIAL Y MÉTODOS

Las fuentes de información del Registro son:

- 1 - Los médicos de familia y especialistas mediante la declaración al Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- 2 - Los Laboratorios de Microbiología de la Comunidad de Madrid que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado, y/o pruebas de sensibilidad de micobacterias.
- 3 - El sistema de información constituido por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización.
- 4 - Otras fuentes: El Registro Regional de Casos de Sida de la Comunidad de Madrid. Instituciones Penitenciarias, Funerarias, Servicios Hospitalarios de Anatomía Patológica, Admisión, Farmacia, etc.

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa/recogida pasiva de los datos en las fuentes mencionadas. El cierre de la información para cada año, se realiza a 30 de junio del año siguiente, con objeto de incluir información sobre el seguimiento del tratamiento.

Para cada caso se cumplimenta un cuestionario (anexo 2) con las variables contempladas en el Registro, por parte del personal sanitario responsable de la notificación, o bien a partir de todos los datos que se recogen en la Sección de Epidemiología del Área Sanitaria desde las distintas fuentes de información.

Para su inclusión en el Registro, se considera caso de tuberculosis: al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y/o cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis* o al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses, o menos si se le retira el mismo por efectos secundarios o fallece.

El análisis de la información se realiza para cada Área Sanitaria en la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública. En el Servicio de Epidemiología se lleva a cabo el análisis de la información regional incluyendo la comparación entre Áreas.

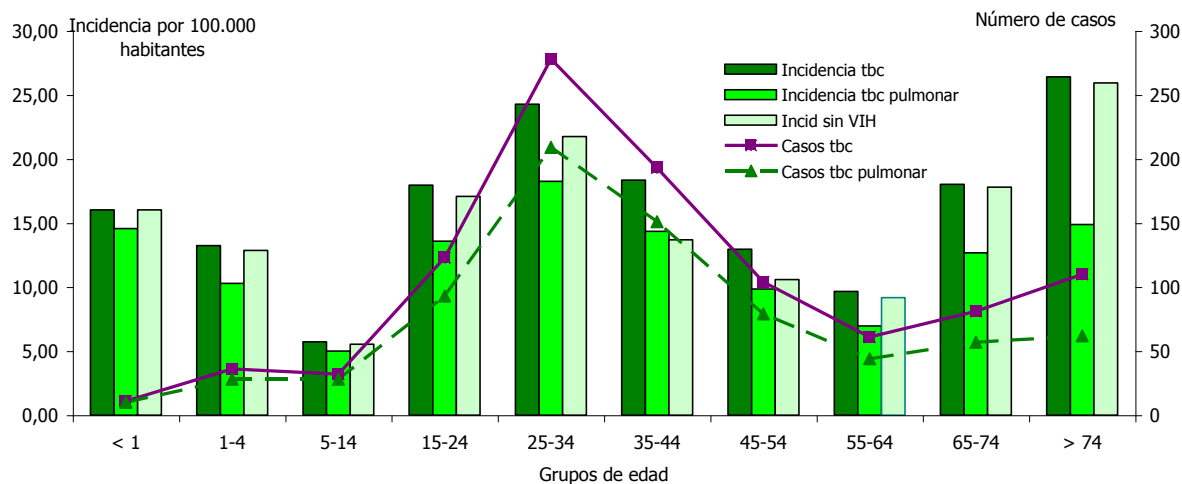
Es importante puntualizar que a medida que pasa el tiempo se detectan algunos casos que inicialmente no se habían localizado, este hecho condiciona que las cifras de incidencia anual correspondientes a años anteriores se incrementen; esta situación se refleja en el análisis de comparación por años, cuyos datos pueden mostrar diferencias respecto a las que figuran en informes anuales ya publicados.

En el análisis espacial siempre se considera el Área y el Distrito Sanitario donde está ubicado el domicilio del caso. Para el cálculo de la incidencia se han utilizado las poblaciones correspondientes al padrón continuo de 2007. El análisis de los datos se ha realizado con el programa informático SPSS (versión 16.0 para Windows).

3.- RESULTADOS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2007

3.1. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES

FIGURA 1
Incidencia anual y número de casos de tuberculosis específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



En el año 2007 fueron registrados 1.056 casos de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, de los que 27 eran residentes en otras Comunidades Autónomas; estos casos han sido excluidos del análisis de resultados, que se ha realizado con los 1029 casos restantes, hallándose una incidencia anual de tuberculosis en la Comunidad de Madrid de 16,92 casos por 100.000 habitantes.

El primer nivel asistencial desde donde se ha notificado esta enfermedad ha sido principalmente desde especializada (863 casos, 83,9%), seguido de Atención Primaria (110 casos, 10,7%).

La incidencia de tuberculosis más elevada se observa en el grupo de edad de mayores de 74 años (26,41 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de edad de 25 a 34 años (24,28 casos por 100.000 habitantes). En menores de 1 año, hay 11 casos lo que supone una incidencia en ese grupo de 16,0 casos por 100.000 habitantes. Si excluimos del análisis a aquellas personas VIH (+), el pico de incidencia en los adultos jóvenes (de 35 a 44 años) se suaviza pasando a ser la tasa de 18,35 a 13,69 casos por 100.000 habitantes. (Figura 1).

Según el género, hay un predominio masculino, con 597 casos en hombres (58%), con una incidencia de 20,25 casos por 100.000, frente a 432 mujeres (42%), con una incidencia de 13,78 casos por 100.000.

El 45,7 de los casos de tuberculosis han sido personas nacidas fuera de España. El 46% de ellos con una edad comprendida entre los 25 y 44 años.

De todos los casos registrados el 76,5% son confirmados, es decir, tienen un cultivo positivo al complejo *M. tuberculosis* en alguna muestra biológica de cualquier localización.

3.1.1. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

La incidencia de tuberculosis por Áreas Sanitarias varía entre los 7,5 casos por 100.000 habitantes del Área 6 y los 22,2 registrados en el Área 11. Se observa una disminución de la incidencia con respecto a los resultados del año 2006 en todas las Áreas excepto en la 3, 4 y 9 (Tabla 1).

El distrito sanitario con la incidencia más elevada es el distrito Centro con 34,1 casos por 100.000 habitantes (22% menos que el año anterior), seguido de Carabanchel con 30,0 casos por 100.000 habitantes (un 6 % más que el año anterior). Por otra parte, la menor incidencia fue registrada en el distrito de Moncloa, con 4,3 casos por 100.000 habitantes. De los 34 distritos sanitarios de la Comunidad de Madrid, en 12 de ellos se han observado un aumento de la incidencia con respecto al año 2006: Moratalaz, Salamanca, Alcalá de Henares, Torrejón de Ardoz, Ciudad Lineal, San Blas, Tetuán, Majadahonda, Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe y Carabanchel, mientras que en el resto la incidencia ha sido menor que el año anterior.

En el municipio de Madrid se han detectado 563 casos, con una incidencia de 18,0 casos por 100.000 habitantes, un 7% inferior a la observada en el año 2006 (19,4 casos por 100.000 habitantes).

En 21 casos se desconoce el Área Sanitaria de residencia. El número de casos que viven en un albergue ha disminuido (7 en 2006; 2 en 2007) al igual que los que residen en centros penitenciarios (19 en 2006; 17 en 2007).

3.1.2. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD

De los 1029 casos de tuberculosis, 761 presentaron localización pulmonar (74%); entre éstos, 6 (0,6%) presentaron además otra localización asociada. La incidencia de tuberculosis pulmonar ha sido de 12,5 casos por 100.000 habitantes, siendo el 60% de éstos hombres y el grupo de edad más afectado el de 25 a 34 años (18,3 casos por 100.000 hab.).

La localización es exclusivamente extrapulmonar en el 26% de los casos (Figura 2). De las formas extrapulmonares, la más frecuente es la tuberculosis de otra forma respiratoria (83 casos), seguida por la forma linfática con 76 casos (Figura 3).

TABLA 1

Incidencia de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

Área - Distrito Sanitario			Población	Casos*	Incidencia por 10 ⁵	% de variación 2006-2007
ÁREA	1	Sur-Este	752.687	142	18,87	-2,74
	1.1	Arganda	156.646	12	7,66	-40,00
	1.2	Moratalaz	169.161	41	24,24	78,26
	1.3	Retiro	122.981	12	9,76	0,00
	1.4	Vallecas	303.899	77	25,34	-15,38
ÁREA	2	Centro_Norte	444.557	47	10,57	-4,08
	2.1	Coslada	158.550	14	8,83	-30,00
	2.2	Salamanca	144.274	20	13,86	81,82
	2.3	Chamartín	141.733	12	8,47	-33,33
ÁREA	3	Este	350.313	70	19,98	18,64
	3.1	Alcalá de Henares	237.137	41	17,29	36,67
	3.2	Torrejón de Ardoz	113.176	29	25,62	3,57
ÁREA	4	Noreste	575.937	77	13,37	10,00
	4.1	Ciudad Lineal	222.747	34	15,26	47,83
	4.2	San Blas	150.417	26	17,29	18,18
	4.3	Hortaleza	202.773	17	8,38	-32,00
ÁREA	5	Norte	752.006	81	10,77	-2,41
	5.1	Alcobendas	279.723	29	10,37	45,00
	5.2	Colmenar Viejo	113.379	6	5,29	-60,00
	5.3	Tetuán	148.845	29	19,48	11,54
	5.4	Fuencarral	210.059	17	8,09	-5,56
ÁREA	6	Oeste	650.956	49	7,53	-14,04
	6.1	Majadahonda	304.250	23	7,56	27,78
	6.2	Collado Villalba	231.281	21	9,08	-16,00
	6.3	Moncloa	115.425	5	4,33	-64,29
ÁREA	7	Centro-Oeste	532.912	109	20,45	-23,78
	7.1	Centro	135.103	46	34,05	-22,03
	7.2	Chamberí	145.213	21	14,46	0,00
	7.3	Latina	252.596	42	16,63	-32,26
ÁREA	8	Sur-Oeste I	472.572	90	19,04	-3,23
	8.1	Móstoles	214.306	32	14,93	-15,79
	8.2	Alcorcón	166.553	41	24,62	13,89
	8.3	Navalcarnero	91.713	17	18,54	-5,56
ÁREA	9	Sur Oeste II	397.579	84	21,13	13,51
	9.1	Leganés	182.431	36	19,73	-12,20
	9.2	Fuenlabrada	215.148	48	22,31	54,84
ÁREA	10	Sur I	328.701	57	17,34	-6,56
	10.1	Parla	169.401	34	20,07	-10,53
	10.2	Getafe	159.300	23	14,44	9,52
ÁREA	11	Sur II	823.469	183	22,22	-10,73
	11.1	Aranjuez	156.232	19	12,16	-20,83
	11.2	Arganzuela	146.844	20	13,62	-20,00
	11.3	Villaverde	143.353	33	23,02	-29,79
	11.4	Carabanchel	243.568	73	29,97	5,80
	11.5	Usera	133.472	38	28,47	-5,00
		Área desconocida/Prisión/Albergue		21/17/2		
		Total	6.081.689	1029	16,92	-7,21
		Residentes otras CC.AA.		27		
		Total		1056		

* A menudo la suma de casos por Distrito es menor que la del Área correspondiente, pues se conoce el Área de residencia pero no el Distrito.

FIGURA 2

Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

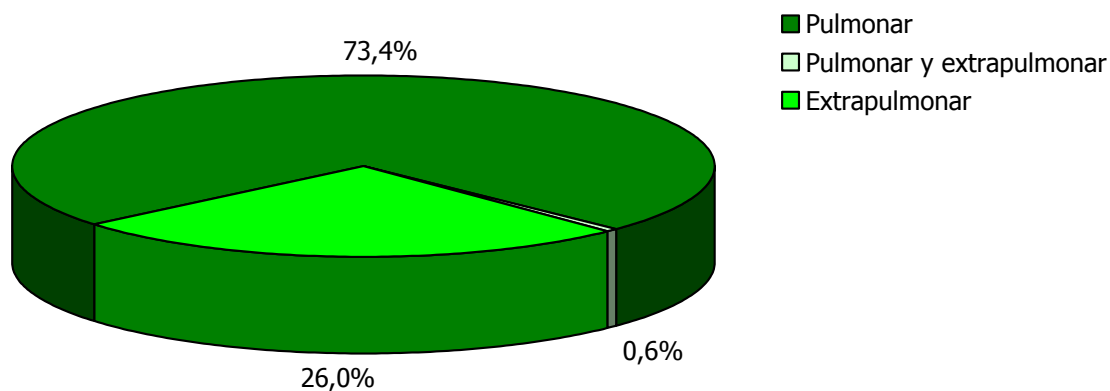
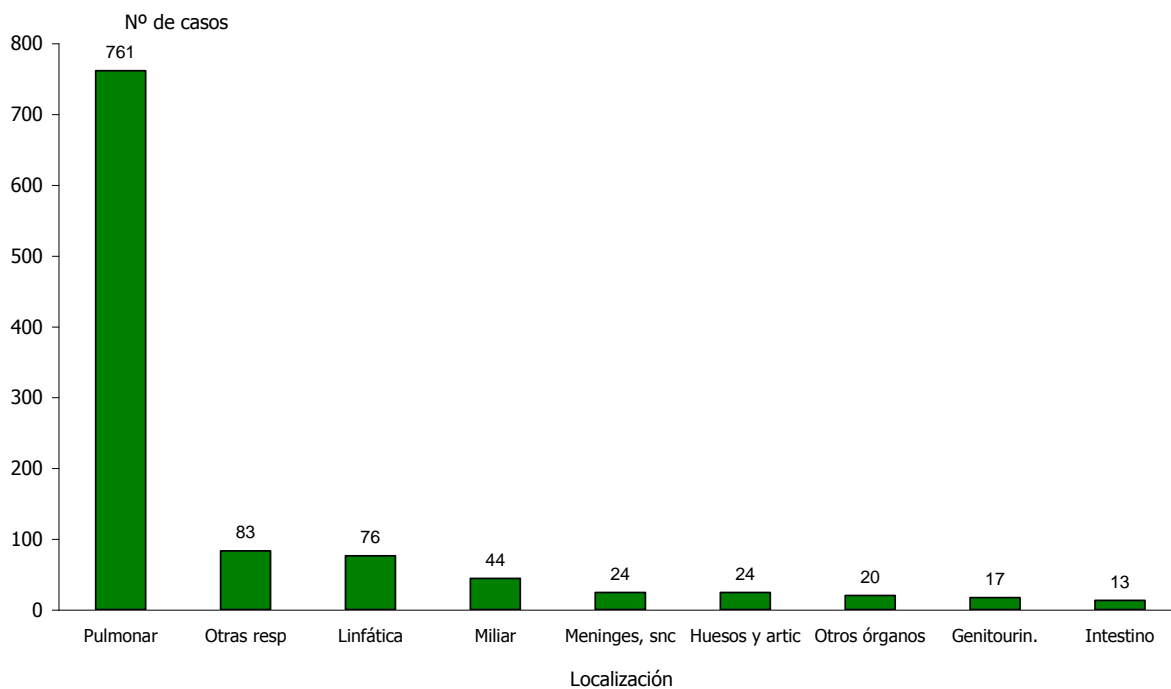


FIGURA 3

Distribución de los casos de tuberculosis según la localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



*Un caso puede tener más de una localización

Si se consideran los casos con área de residencia asignada, las formas pulmonares representan el 74,0% de todas las formas de tuberculosis en la Comunidad de Madrid; esta proporción oscila entre las Áreas, situándose entre el 58,4% en el Área 4 y el 84,2% en el Área 11. La incidencia de tuberculosis con localización pulmonar también es diferente en

función del Área Sanitaria, y varía entre 5,38 casos por 100.000 habitantes en el Área 6 y 18,70 casos por 100.000 habitantes en el Área 11 (Tabla 2).

TABLA 2

Incidencia de tuberculosis pulmonar y porcentaje de casos con localización pulmonar sobre el total de casos de tuberculosis por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

ÁREA SANITARIA	Nº DE CASOS DE TBC PULMONAR	INCIDENCIA DE TBC PULMONAR POR 10 ⁵	% DE TBC PULMONAR SOBRE TOTAL TBC
1 Sur-Este	89	11,82	62,7
2 Centro_Norte	39	8,77	83,0
3 Este	52	14,84	74,3
4 Noreste	45	7,81	58,4
5 Norte	63	8,38	77,8
6 Oeste	35	5,38	71,4
7 Centro-Oeste	75	14,07	68,8
8 Sur-Oeste I	65	13,75	72,2
9 Sur Oeste II	65	16,35	77,4
10 Sur I	46	13,99	80,7
11 Sur II	154	18,70	84,2
Área Desc./Prisión/Calle	16/15/2	-	-
Total	761	12,51	74,0

De los 761 casos con tuberculosis pulmonar, 388 (51,0%) han presentado baciloscopia de esputo positiva, lo que supone una incidencia de 6,38 casos por 100.000 habitantes. De los casos con baciloscopia positiva, el 86,6% tienen cultivo positivo. El diagnóstico de certeza mediante cultivo positivo de esputo se ha establecido en 612 casos, el 80,4% (Tabla 3).

En 502 casos de tuberculosis con localización pulmonar (66,0%) se pudo observar una radiografía torácica indicativa de tuberculosis, siendo desconocido el valor para esta variable en 201 casos (26,4%).

TABLA 3

Resultado de las pruebas microbiológicas realizadas a los casos de tuberculosis pulmonar. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

BACILOSCOPIA ESPUTO	CULTIVO DE ESPUTO			% cultivos positivos
	Positivo	Negativo	Total	
Positivo	336	52	388	86,6%
Negativo	276	97	373	74,0%
Total	612	149	761	80,4%
% baciloscopias positiva	54,9%	34,9%	51,0%	

3.1.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La situación de riesgo asociada a la tuberculosis, detectada con más frecuencia ha sido el tabaquismo (24,4%), seguida por la infección por VIH/SIDA (10,8%), el alcoholismo (9,7%) y el antecedente de enfermedad inmunosupresora (6,4%) (Tabla 4). Lo más destacable es que han aumentado tanto los casos VIH+ como los que padecen alcoholismo un 16 y 21% respectivamente. El resto de factores de riesgo considerados no muestra diferencias sustanciales con los datos del año anterior excepto el antecedente de enfermedad inmunosupresora que pasa por delante de la situación social desfavorecida (chabolismo e indigencia) y de la diabetes.

El Registro Regional de Casos de la Comunidad de Madrid registró 17 casos con domicilio al inicio del tratamiento en centros penitenciarios ubicados en la Comunidad de Madrid, y son 29 casos los que refieren tener antecedente de estancia en prisión en los dos años anteriores al inicio del tratamiento.

En 150 casos (14,6%) se ha recogido información acerca de la existencia de un contacto previo con algún enfermo de tuberculosis. De las formas de contacto registradas la más frecuente es la convivencia con un enfermo: 83 casos (55,3%).

TABLA 4

Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según situación de riesgo asociada y grupo de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

SITUACIÓN DE RIESGO	% SEGÚN GRUPOS DE EDAD					% SOBRE EL TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	Todas las edades
Tabaquismo (N=251)	0,8	7,6	58,2	23,5	10,0	24,4
VIH-SIDA (n=111)	1,8	5,4	70,3	19,8	2,7	10,8
Alcoholismo (n=100)	0,0	5,0	54,0	31,0	10,0	9,7
Enf. Inmunosup. (n=66)	3,0	4,5	48,5	18,2	25,8	6,4
Desfavorecidos socialmente (n=47)	4,3	8,5	48,9	25,5	12,8	4,6
Neoplasia (n=43)	0,0	4,7	14,0	11,6	69,8	4,2
Diabetes (n=38)	0,0	0,0	23,7	31,6	44,7	3,7
Uso de drogas (n=30)	0,0	6,7	76,7	16,7	0,0	2,9
Gastrectomía (n=12)	0,0	8,3	41,7	8,3	41,7	1,2
Silicosis (n=8)	0,0	12,5	37,5	12,5	37,5	0,8

3.1.4. NIVEL ASISTENCIAL

El nivel asistencial en el que con mayor frecuencia se ha iniciado el tratamiento corresponde al Hospital (incluyendo las consultas externas hospitalarias) en un 84,9% de los casos, seguido por la Atención Especializada Extrahospitalaria (4,8%) y Atención Primaria (2,7%). El 1,8% de los pacientes iniciaron tratamiento en otros lugares como Sanidad Penitenciaria, otras CCAA, etc. El lugar de inicio del tratamiento se desconoce en el 9,8% de los casos (Tabla 5).

En cuanto al seguimiento, el nivel asistencial en el que éste se ha realizado con más frecuencia ha sido también el Hospital, incluyendo las consultas externas hospitalarias el 45,3% de los casos, seguido de Atención Especializada Extrahospitalaria el 15,1% de los casos. Este dato se desconoce en el 32,1% de los casos (Tabla 6).

En las Tablas 5 y 6 se muestran además los porcentajes de inicio y seguimiento de tratamiento en los diferentes niveles asistenciales distribuidos por Áreas, observándose diferencias notables entre ellas. No se incluyen los casos que al comenzar el tratamiento tenían como residencia la calle, la cárcel o un albergue.

En 83 casos (8,0%) se ha instaurado alguna medida para la mejora del cumplimiento del tratamiento en régimen ambulatorio. Esta medida ha consistido en un tratamiento directamente observado o en un seguimiento semanal con entrega gratuita de medicamentos y/o utilización de algún incentivo.

TABLA 5

Distribución porcentual según el nivel asistencial de inicio del tratamiento por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

ÁREA	INICIO TRATAMIENTO					Total n
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	% desc.	
1	88,0	5,6	2,8	0,0	3,5	142
2	76,6	0,0	2,1	2,1	19,1	47
3	92,9	1,4	4,3	0,0	1,4	70
4	89,6	0,0	1,3	1,3	7,8	77
5	85,2	11,1	0,0	0,0	3,7	81
6	81,6	2,0	6,1	2,0	8,2	49
7	74,3	0,0	0,9	2,8	22,0	109
8	83,3	1,1	1,1	0,0	14,4	90
9	91,7	3,6	0,0	0,0	4,8	84
10	71,9	17,5	1,8	0,0	8,8	57
11	77,6	6,6	6,6	1,6	7,7	183
TOTAL	84,9	4,8	2,7	1,8	9,8	989

TABLA 6

Distribución porcentual según el nivel asistencial de seguimiento del tratamiento por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

ÁREA	SEGUIMIENTO TRATAMIENTO					Total n
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	% desc.	
1	76,1	7,7	4,2	0,0	7,7	142
2	55,3	0,0	2,1	0,0	42,6	47
3	40,0	17,1	10,0	0,0	32,9	70
4	33,8	24,7	2,6	1,3	37,7	77
5	67,9	14,8	8,6	0,0	4,9	81
6	55,1	4,1	6,1	4,1	30,6	49
7	12,8	0,9	3,7	0,0	80,7	109
8	61,1	6,7	1,1	1,1	26,7	90
9	73,8	9,5	0,0	0,0	16,7	84
10	22,8	42,1	14,0	0,0	19,3	57
11	18,6	29,5	8,2	0,5	42,6	183
TOTAL	45,3	15,1	5,5	0,5	32,1	989

Se ha calculado la demora diagnóstica, considerada como el tiempo transcurrido entre la fecha de comienzo de los síntomas y la fecha de comienzo del tratamiento. Estos datos son conocidos en 755 casos. La mediana de esta demora diagnóstica se ha estimado en 33 días, dos días menos que la obtenida en el año 2006. De los casos que corresponden a tuberculosis con baciloscopia de esputo positiva (388), la mediana de la demora diagnóstica es de 36 días, dos días más que en el año anterior (Tabla 7). El 68,0% de los casos han sido hospitalizados.

En la Tabla 8 pueden observarse el número de casos y el porcentaje de hospitalización según cada Área Sanitaria. No se incluyen aquellos que al principio del tratamiento tenían como residencia la calle, la prisión o un albergue.

TABLA 7

Tiempo transcurrido en días desde la fecha de inicio de síntomas hasta la de inicio de tratamiento. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

PERCENTIL	Todos los casos	Casos de tuberculosis con baciloscopia de esputo (+)
P 25	14 días	15 días
P 50	33 días	36 días
P 75	71 días	80 días

TABLA 8

Distribución porcentual de casos hospitalizados según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

ÁREA SANITARIA	Nº DE CASOS HOSPITALIZADOS	% DEL TOTAL DE CASOS
1	121	85,2
2	22	46,8
3	52	74,3
4	54	70,1
5	61	75,3
6	35	71,4
7	71	65,1
8	60	66,7
9	61	72,6
10	27	47,4
11	109	59,6
Total	673	68,0

3.1.5. EVOLUCIÓN DE LOS CASOS

De los 1029 casos registrados se dispuso de información sobre su seguimiento en el 45,9%. Fecha de fin de tratamiento la disponemos en 429 casos (41,7%), 11 casos se trasladaron a otra Comunidad Autónoma (1,1%) y 32 se han perdido (3,1%).

En cuanto a los 429 casos en los que se conoce la fecha de finalización del tratamiento, 379 (88,3%) han sido por haber completado el tratamiento, 37 (8,6%) fallecieron por otras causas incluida Sida, 7 (1,6%) han muerto por tuberculosis y a 6 pacientes (1,4%) se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa.

Además se han registrado incidencias que no han permitido la finalización del tratamiento (abandonos, recaídas, reinicios de tratamiento) en 26 pacientes.

Se ha calculado la proporción de casos curados de la siguiente forma: en el numerador figuran los casos en los que se ha registrado la curación (379), y en el denominador: los curados (379), los que presentaron alguna incidencia que impidió el alta (26), los muertos por tuberculosis (7), y aquellos en los que se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa (6), el porcentaje obtenido es de 90,7%.

Son casos iniciales, es decir, nunca habían recibido tratamiento contra la tuberculosis con anterioridad 753 casos (73,2%). Si lo habían hecho 62 casos (6,0%). Este dato es desconocido para el resto de enfermos.

3.1.6. ESTUDIOS DE CONTACTOS

En 445 casos (43,2%) se conoce el dato de si se ha realizado o no estudio de contactos (Figura 4), y de ellos el estudio se realizó en 384 (86,3%). Si se tienen en cuenta sólo los casos con localización pulmonar, se tiene constancia de si se ha hecho o no estudio de contactos en 363 casos (47,8%) (Figura 5). Entre éstos se ha realizado el estudio de contactos en 330 casos (90,9%).

FIGURA 4
Distribución del total de casos de tuberculosis según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



FIGURA 5

Distribución de los casos de tuberculosis pulmonar según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



En la Tabla 9 se observa el resultado de los estudios de contactos realizados en los casos con tuberculosis pulmonar. Se detectaron 787 contactos, es decir, 3,6 contactos por caso de los que 2,2 eran convivientes, 0,9 eran no convivientes y 0,5 pertenecían a un colectivo.

Distribución de los casos de tuberculosis pulmonar según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	471	58,6	38,0	3,4
No convivientes	210	79,5	19,5	1,0
Colectivo	106	71,7	28,3	0,0

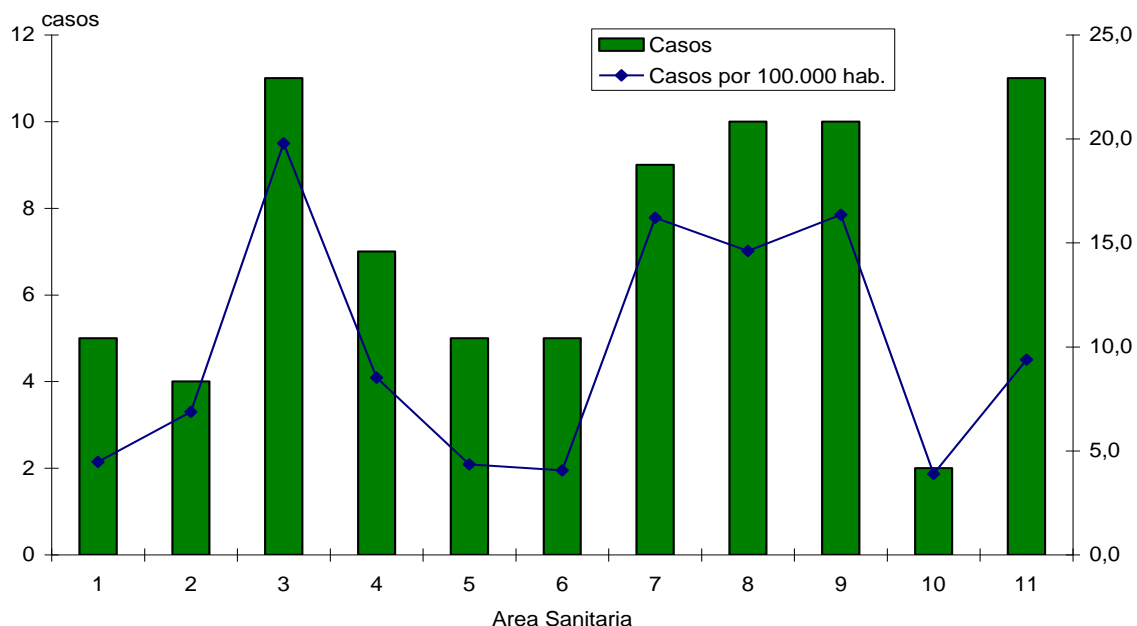
3.2. TUBERCULOSIS INFANTIL

En 2007 se han registrado 79 casos de tuberculosis en niños menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 8,78 casos por 100.000 habitantes en este grupo de edad. Esta cifra es mayor a la observada el año anterior (7,30 casos por 100.000 habitantes). En menores de 5 años la tasa de incidencia ha sido de 13,8 casos por 100.000 habitantes.

De los 79 casos, 34 son hombres (43,0%) y 54 mujeres (57,0%). Según el país de origen 37 (46,8%) son de origen extranjero y 42 (53,2%) nacidos en España.

FIGURA 6

Incidencia de tuberculosis infantil según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

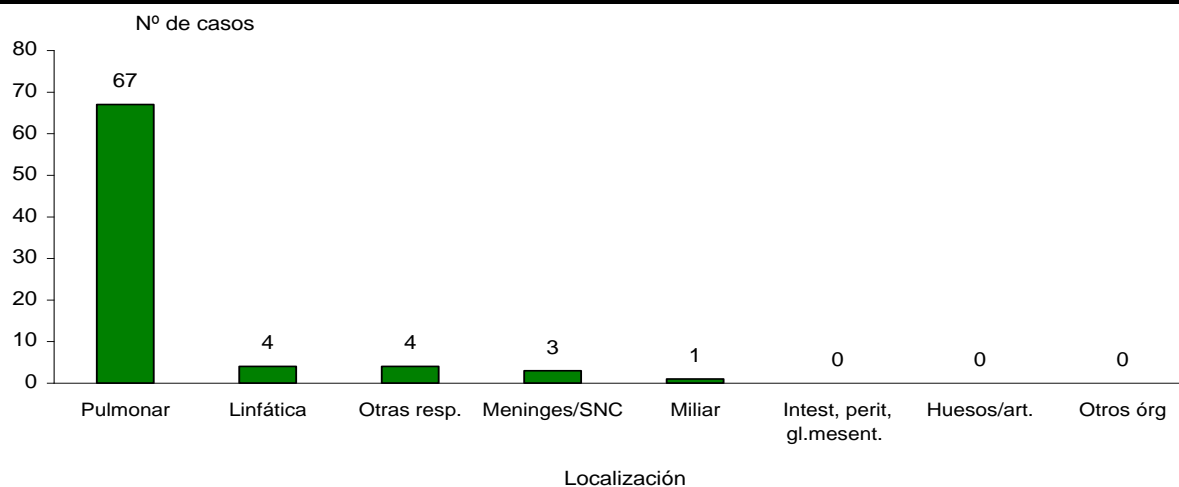


La mayor incidencia de tuberculosis infantil se ha registrado en el área 3 con 19,8 casos por 100.000 habitantes, seguida de las áreas 9 y 7 con 16,4 y 16,2 casos por 100.000 habitantes respectivamente. La menor incidencia se ha registrado en el área 10 donde se han detectado dos casos (0,84 casos por 100.000 habitantes) (Figura 6).

En cuanto a la localización anatómica el 84,8% de los casos registrados tenía localización pulmonar. 3 casos han presentado localización meníngea, siendo los tres menores de 5 años. La tasa de incidencia para esta localización en el grupo de edad de 0 a 4 años ha sido de 0,88 casos por 100.000 habitantes (Figura 7).

FIGURA 7

Distribución de los casos de tuberculosis infantil según la localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



Del total de niños enfermos de tuberculosis, la prueba de la tuberculina fue positiva en 61 niños (77,2%). La radiografía de tórax fue indicativa de tuberculosis en 48 casos (60,8%), este dato era desconocido en 22 casos (27,8%). Respecto a la confirmación microbiológica en 37 (46,8%) casos se aisló *Micobacterium tuberculosis* mediante cultivo.

Los datos de antecedentes de contacto con una persona enferma de tuberculosis se conoce en 44 casos y de ellos 29 (65,9%) un contacto con un conviviente y 11 (25,0%) con un contacto frecuente no conviviente.

Respecto al antecedente de tuberculosis, el 91% de los casos se han considerado iniciales, es decir, nunca antes han recibido tratamiento contra la tuberculosis, del resto no se tiene información.

Sobre el estudio de contactos se tiene información sobre 43 casos, de los cuales sólo en dos no se realizó dicho estudio. De los 41 restantes, en 34 (83%) se realizó el estudio de contactos en el momento del diagnóstico y en 7 (17%) ya se había realizado con anterioridad por tratarse de casos secundarios. En 36 casos se desconoce si se ha realizado o no el estudio de contactos (Figura 8).

En la Tabla 10 se muestran los resultados de los estudios de contactos realizados. Se detectaron 86 contactos lo que supone una media de 1,1 contactos por caso, de los que 0,7 eran convivientes, 0,3 no convivientes.

FIGURA 8
Distribución de los casos de tuberculosis infantil según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

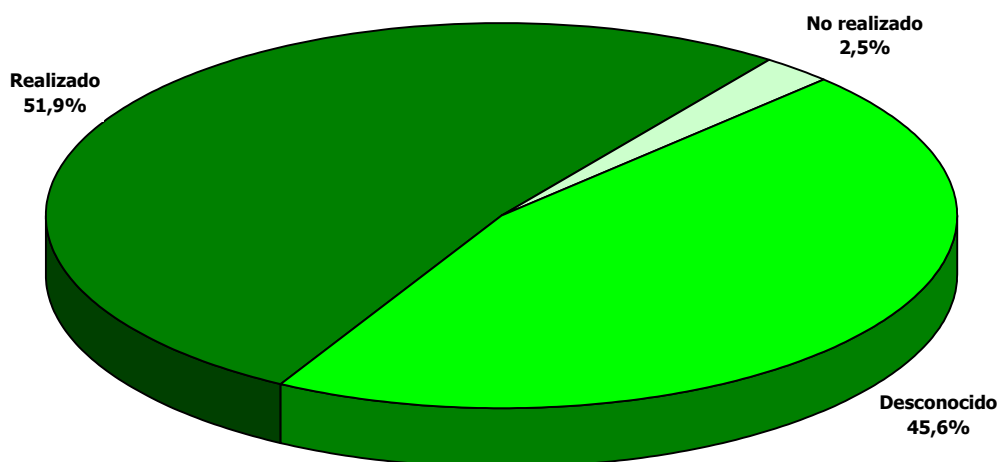


TABLA 10
Resultado de los estudios de contactos de los casos de tuberculosis infantil. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	59	57,6	37,3	5,1
No convivientes	23	73,9	26,1	0,0
Colectivo	4	100,0	0,0	0,0

3.3. TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH

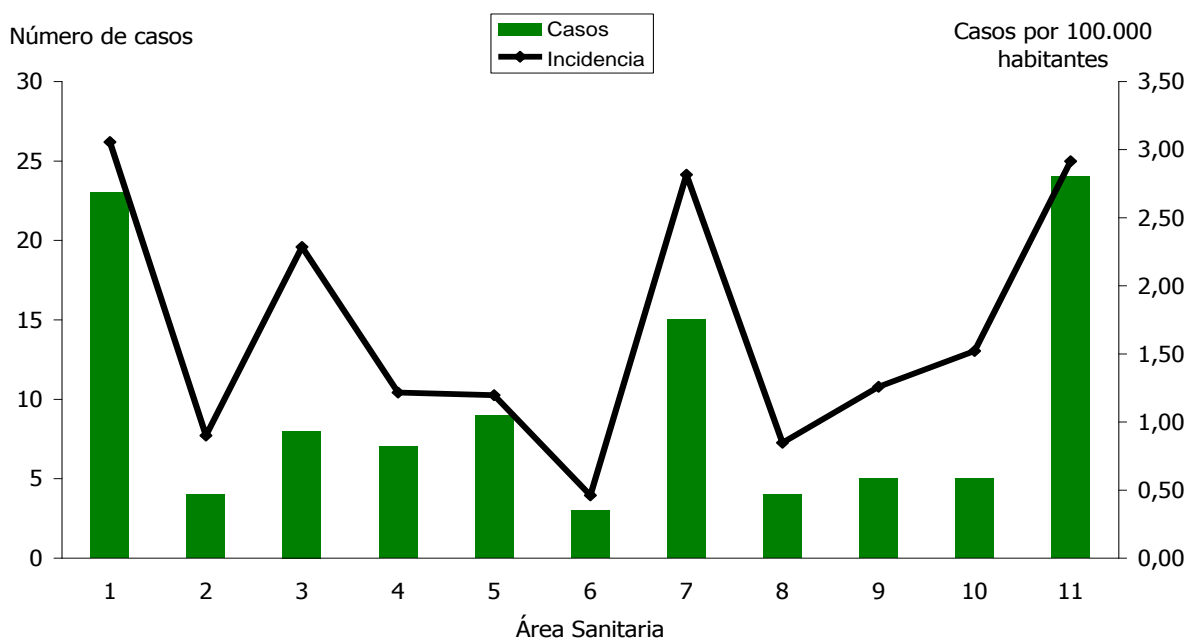
De los 1029 casos de tuberculosis registrados en 2007 en Madrid, 111 (10,8%) se han producido en personas infectadas por el VIH, lo que representa una incidencia de tuberculosis asociada a la infección por VIH de 1,8 casos por 100.000 habitantes, cifra similar al año anterior (1,7 casos por 100.000 habitantes).

La incidencia específica por edad más elevada se da en el grupo de 35 y 44 años (4,7 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de edad de 25 a 34 años (2,5 casos por 100.000 habitantes) y de 45 a 54 años (2,4 casos por 100.000 habitantes). En cuanto al género, 85 casos (76,6%) se han registrado en hombres y 26 (23,4%) en mujeres.

Por Áreas Sanitarias, las mayores incidencias se han registrado en las Áreas 1 (3,1 casos por 100.000 habitantes), y áreas 11 y 7 con 2,9 y 2,8 casos por 100.000 habitantes respectivamente (Figura 9).

FIGURA 9

Incidencia de tuberculosis y VIH según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



Han presentado tuberculosis pulmonar 69 casos (62,2%), asociada o no a otra localización. En 27 de ellos (39,1%) se ha obtenido una baciloscopia de esputo positiva, y en 56 (81,2%) se ha realizado diagnóstico de certeza con cultivo de esputo positivo.

De las localizaciones extrapulmonares las formas más frecuente han sido la tuberculosis miliar con 21 casos (18,9%) y la linfática con 13 casos (11,7%).

Del total de casos en 69 de ellos (62,2%) se registró una radiografía torácica, y en 48 (77,4%), ésta fue indicativa de tuberculosis.

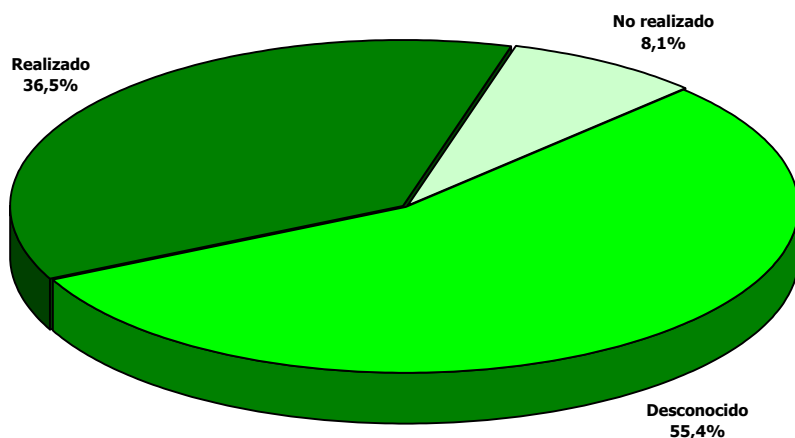
La variable de antecedente de contacto con un enfermo de tuberculosis ha sido afirmativo en 9 casos (8,1%), siendo 5 de ellos convivientes.

Enfermos iniciales eran 81 casos, un 73,0%; 6 casos (5,4%) habían padecido tuberculosis con anterioridad y del resto no se dispone de esta información.

El estudio de contactos se ha realizado en 29 casos, y en 8 no se ha realizado. En el resto, esta información se desconoce (Figura 10).

FIGURA 10

Distribución de los casos de tuberculosis en VIH (+) según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



3.4. TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS

En el año 2007, del total de los 1029 casos de tuberculosis, 470 se dieron en personas nacidas fuera de España, esto supone un 45,7% de los casos, un 6% más que el año anterior. Su procedencia es fundamentalmente de América (45,0% de los casos) y dentro de éstos el 93,0% de América del Sur. Le sigue en frecuencia África (26,5%) y Europa (23,1%). Por países, los que aportan un mayor número de casos son Rumania (87 casos), Bolivia (72 casos), Marruecos (63 casos), Ecuador (50 casos) y Perú (45 casos) (Tabla 11).

La tasa de incidencia de tuberculosis en extranjeros ha sido de 44,40 casos por 100.000 habitantes teniendo en cuenta que el número de extranjeros empadronados en la Comunidad de Madrid este año ha sido de 1,058.591 habitantes.

TABLA 11

Distribución de los casos de tuberculosis en población inmigrante según continente y país de origen más frecuente. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

CONTINENTE	PAÍS	Nº DE CASOS DE TBC	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DE
AMÉRICA		214	45,5
AMÉRICA DEL NORTE		0	0,0
AMÉRICA CENTRAL Y DEL CARIBE		15	3,2
	Rep. Dominicana	11	2,3
	Otros	4	0,9
AMÉRICA DEL SUR		199	42,3
	Rep. Bolivia	72	15,3
	Rep. Ecuador	50	10,6
	Rep. Perú	45	9,6
	Rep. Colombia	12	2,6
	Otros	20	4,3
ÁFRICA		126	26,8
	Reino de Marruecos	63	13,4
	Rep. Guinea Ecuatorial	27	5,7
	Rep. Fed. Nigeria	13	2,8
	Otros	23	4,9
EUROPA		110	23,4
UNIÓN EUROPEA		99	21,1
	Rumanía	87	18,5
	Otros	12	2,6
RESTO EUROPA		11	2,3
ASIA		17	3,6
Desconocido		2	0,4
TOTAL		470	100

En la Figura 11 se presenta la distribución de los casos por género y grupo de edad, 263 casos se han detectado en hombres (56%). La edad mediana de los casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España fue de 30 años, en un rango de 0 a 90 años, siendo el 75% de ellos menores de 39 años. El 39,4% de los casos pertenece al grupo de edad entre 25 y 34 años. Sin embargo, el grupo de edad donde los casos de tuberculosis en extranjeros suponen una mayor proporción con respecto a todos, es el de 15 a 24 años, en el que los casos de tuberculosis en extranjeros son el 70,7% del total (Figura 12). En menores de 1 año se han dado 3 casos y entre 1 y 4 años 12 casos, lo que implica el 32% del total de casos para ese grupo de edad en la Comunidad de Madrid.

FIGURA 11

Distribución de los casos de tuberculosis en extranjeros según género y grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

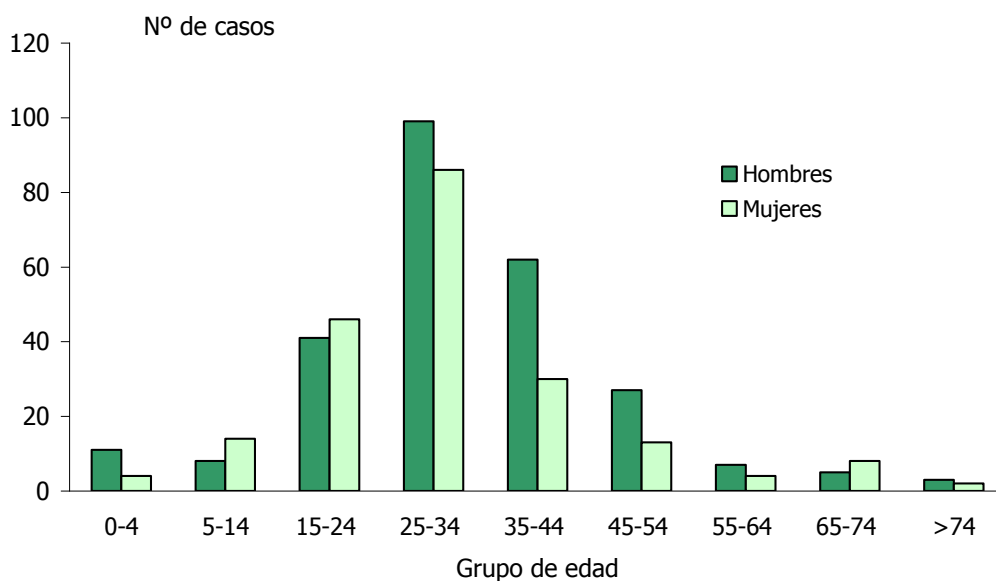
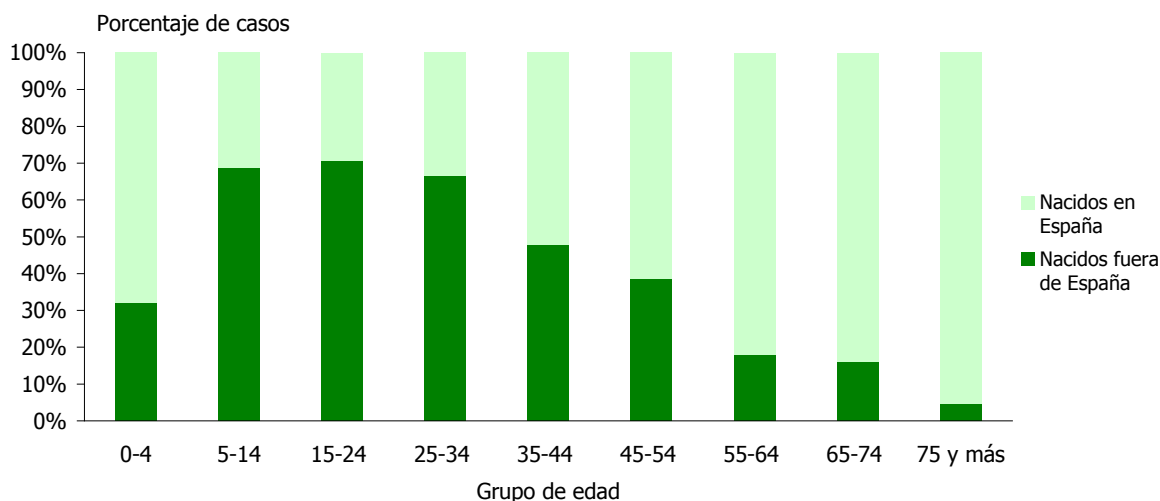


FIGURA 12

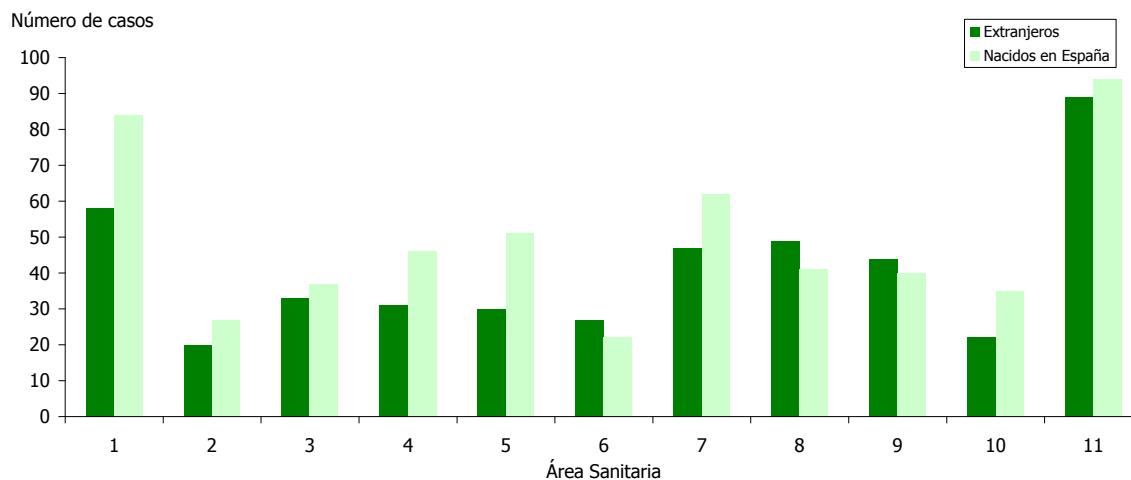
Tuberculosis según lugar de nacimiento por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



Según la distribución por el Área Sanitaria (Figura 13), las áreas con mayor número de casos son el área 11 (89 casos), siendo residentes el 37% en el distrito sanitario de Carabanchel; el área 1 con 58 casos (el 60% del distrito Vallecas) y el área 8 con 49 casos (47% distrito Alcorcón).

FIGURA 13

Distribución de los casos de tuberculosis en extranjeros frente a los nacidos en España por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.



En relación a la localización anatómica, 370 de los 470 casos (78,7%) presentaron tuberculosis pulmonar. De dichas formas pulmonares, en 213 (57,6%) se registró un resultado positivo en la baciloscopia de esputo, y en 306 (82,7%) había un cultivo de esputo positivo. Se tienen datos sobre resultado de radiografía de tórax en 340 personas, y en 297 de ellas (87,4%) había hallazgos indicativos de tuberculosis.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de tuberculosis en personas no nacidas en España, el más frecuente después del tabaco (20,2% de los casos), es la infección por VIH- SIDA con 44 casos (9,4%), seguido por el alcoholismo con 40 casos (8,5%) y la indigencia y/o chabolismo con 25 casos (5,3%).

Eran enfermos iniciales en el momento del diagnóstico 354 casos, el 92% de los casos en los que se conocía este dato (385).

79 casos referían antecedente de contacto con un caso de tuberculosis, siendo la forma más frecuente el contacto con un conviviente (46 casos, 58%).

En cuanto al lugar de inicio del tratamiento, iniciaron el tratamiento en el hospital 389 casos (83%), se desconoce el dato en 39 casos, y 322 (68,5%) requirieron ser hospitalizados. El lugar de seguimiento fue en el nivel hospitalario en 200 casos (42,6%) siendo este dato desconocido en 151 casos (32,1%).

La realización o no de estudio de contactos es desconocida en 266 casos (56,6%). De los casos con valor conocido de esta variable, el estudio se efectuó en 176 casos (86,3%). Para las 213 personas con baciloscopia positiva, la variable estudio de contactos se recogió en 109 casos (51%), y en 98 (90%) se realizó el estudio.

Se recogieron variables de seguimiento en 219 pacientes. Finalizaron el tratamiento 181 casos (82,6%) de los cuales 171 pacientes completaron el tratamiento, 7 murieron por otra causa incluida el Sida, 1 murió por tuberculosis y a otro se le retiró el tratamiento por prescripción facultativa. En el 11,7% de los extranjeros se tomaron medidas para la mejora del cumplimiento del tratamiento (HTO, TDO o supervisado) y en 15 casos se registró alguna incidencia que impidió la finalización de éste (abandono, recaída, etc).

3.5. TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

De los 1029 casos de tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2007, se dispuso de resultado de cultivo positivo en 787 (76,5%), de los cuales se obtuvieron resultados del estudio de sensibilidad ante los fármacos usados habitualmente como tratamiento de la enfermedad (isoniacida, rifampicina, etambutol, estreptomina y etionamida) en 674 de ellos (85,6%).

De esos 674 casos, 58 (8,6%) han sido registrados como resistentes a uno o más fármacos de primera línea. Se ha observado resistencia a isoniacida en 41 casos (6,1%), a rifampicina en 24 (3,6%), a etambutol en 12 (1,8%) y a estreptomina en 20 casos (3,0%). Se ha detectado resistencia a por lo menos rifampicina e Isoniacida en 21 casos (3,1%).

En la Tabla 12 pueden observarse los casos en los que se conoce el resultado del antibiograma, los casos en los que se ha detectado resistencia a algún fármaco y los que presentaban resistencia al menos a isoniacida y rifampicina, distribuidos según algunos grupos de interés.

TABLA 12

Casos de tuberculosis resistentes a fármacos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2007.

	CASOS CON RESULTADO CULTIVO POSITIVO	CASOS CON RESULTADO CONOCIDO DEL ANTILOGRAMA	CASOS RESISTENTES A UNO O MÁS FÁRMACOS	CASOS RESISTENTES AL MENOS A ISONIACIDA Y RIFAMPICINA
Todos los casos	n=787	674	58	21
VIH (+)	n=83	72	7	3
Extranjeros	n=372	330	33	15
Recaídas/abandonos/fracasos	n= 20	20	5	2

De los 674 pacientes con antibiograma conocido, 518 (76,9%) no tenían antecedente previo de tratamiento por lo que se consideraron casos iniciales. De estos 518, según el país de origen 260 eran nacidos en España y 258 en países extranjeros. La resistencia primaria a isoniazida se registró en 8 casos españoles (3,1%) y en 28 extranjeros (8,9%).

3.6. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1997 A 2007

Desde el año 1997 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La incidencia anual de tuberculosis en todas sus formas ha disminuido un 44% desde 1997. Sin embargo, esta reducción no ha sido uniforme, sino que ha oscilado entre el 12,6% de disminución en 1998 con respecto a 1997, la disminución del 0,4% registrada entre 1998 y 1999, el aumento del 13% en 2005 respecto de 2004 y la disminución de nuevo en 2007 respecto a 2006 del 8,5%. La reducción media anual entre 1997 y 2007 ha sido del 4,4%. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva también han descendido desde 1997, un 39% y 44%, respectivamente. (Tabla 13 y Figura 14).

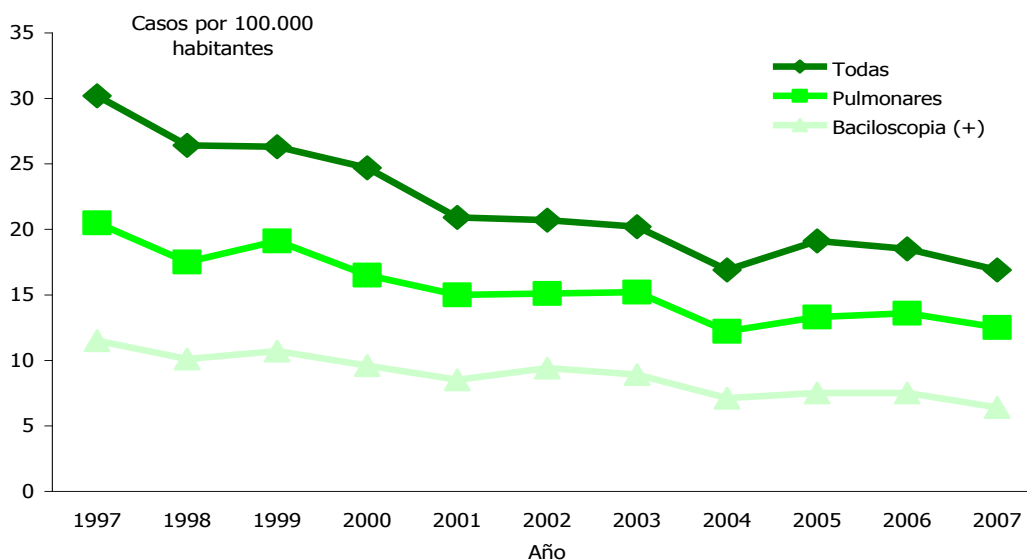
Tabla 13

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1997-2007.

INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES											
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Todas	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9
Pulmonares	20,5	17,5	19,1	16,5	15,0	15,1	15,2	12,2	13,3	13,6	12,5
Baciloscopia (+)	11,5	10,1	10,7	9,6	8,5	9,4	8,9	7,1	7,5	7,5	6,4

Figura 14

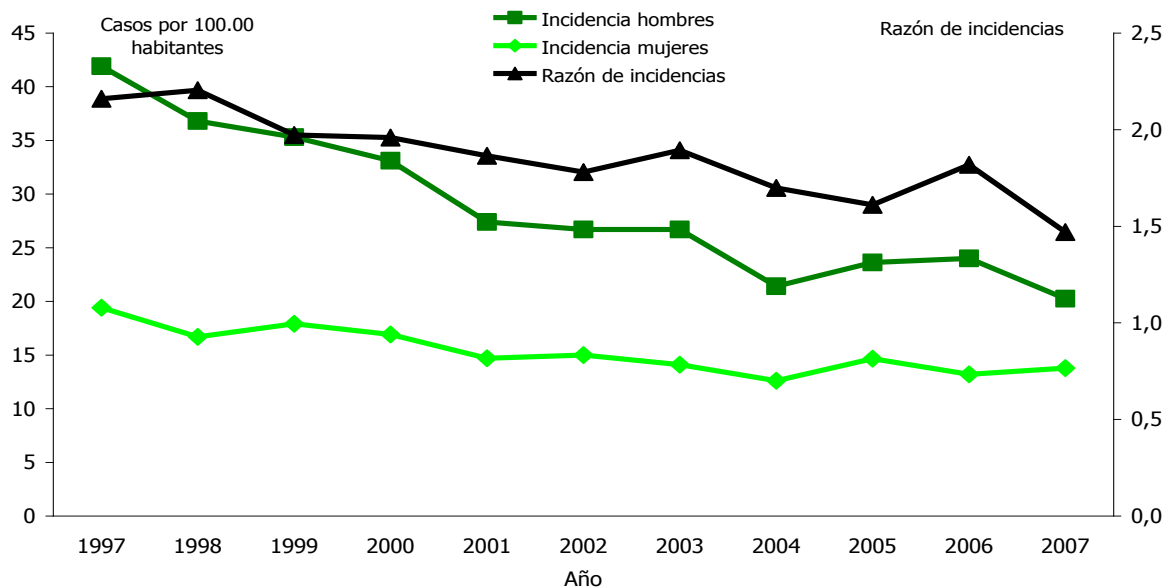
Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1997-2007.



En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva desde 1997, reduciéndose en un 52% hasta 2007. En mujeres esta disminución ha sido de un 29%. La incidencia en todo el periodo de estudio es siempre mayor en hombres que en mujeres. Este año la incidencia en hombres ha disminuido respecto a 2006 (16%), y ha aumentado en mujeres (4%). Este año por tanto disminuye la razón de incidencias a 1,5 que en 2006 había sido de 1,8 (Figura 15).

Figura 15

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por género. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1997-2007.



En cuanto a la distribución por edades (Tabla 14), en todos los grupos desde 1997, se ha producido una disminución global de la incidencia salvo en los menores de 15 años. El mayor descenso global se ha producido en el grupo de 55 a 64 años, en el que la incidencia ha disminuido un 61%, seguido del grupo de 25 a 34 en el que la incidencia ha disminuido un 54%.

El grupo de edad mayor de 74 años, es el grupo de edad con mayor incidencia desde 1998, seguido del de 25 a 34 años a excepción únicamente de los años 2002, 2005 y 2006 en el que se invirtió el orden. La tasa de incidencia para este grupo de edad en 2007 ha sido de 26,4 casos por 100.000 hab., seguido del grupo de 25 a 34 años con 24,3 casos por 100.000 hab.

TABLA 14

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1997-2007

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0-4	11,9	15,0	14,1	15,0	16,2	11,2	14,0	9,2	13,7	11,1	13,8
5-14	5,4	5,3	5,3	4,4	5,9	4,8	7,1	4,5	5,9	4,9	5,7
15-24	18,9	16,8	15,0	14,7	18,8	17,7	19,0	15,5	18,8	18,5	18,0
25-34	53,1	38,5	38,8	32,4	28,5	28,8	27,5	22,8	26,7	25,9	24,3
35-44	38,9	34,7	35,4	34,1	26,1	26,1	24,6	20,3	22,1	23,3	18,3
45-54	20,7	20,9	22,0	20,1	15,5	15,6	16,0	13,1	13,2	17,7	13,0
55-64	24,8	23,0	19,5	19,9	10,4	16,9	12,6	13,5	11,7	12,4	9,7
65-74	32,9	33,6	29,0	26,3	23,2	21,0	16,6	16,8	19,3	16,8	18,0
75 y más	49,4	41,4	48,7	43,9	34,4	25,7	31,2	27,0	21,8	22,0	26,4
Todas	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9

La evolución de la incidencia según Áreas y Distritos Sanitarios puede verse en la Tabla 15. En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo a la de la Comunidad, con un descenso sostenido desde el año 1994, salvo en 2003 cuando el municipio de Madrid se desmarca con un aumento de la incidencia de un 4% (Figura 16).

Desde 1997 a 2007 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH/SIDA ha disminuido del 27,7% a un 9,3%, y también de forma paralela se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas del 17,2% a un 3,9% en el mismo periodo. Sin embargo en 2007, los casos de tuberculosis en pacientes con VIH aumenta un 16% y en usuarios de drogas disminuye un 26%. En los pacientes con alcoholismo la tendencia ha sido ligeramente ascendente desde 1996 hasta 2003, año en el que parece que ésta se invierte. (Figura17)

TABLA 15

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de Comunidad de Madrid. Periodo 1997-2007

Área - Distrito Sanitario			1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ÁREA	1	Sur-Este	35,5	25,3	22,9	22,5	22,4	21,6	24,1	19,2	23,3	19,6	18,9
	1.1	Arganda	26,0	22,5	8,3	11,8	20,6	5,6	10,4	11,9	12,5	13,7	7,7
	1.2	Moratalaz	27,9	22,5	19,1	20,4	24,5	22,4	17,6	17,4	22,9	13,5	24,2
	1.3	Retiro	14,9	12,5	14,9	18,3	10,7	12,9	18,3	13,6	20,7	9,7	9,8
	1.4	Vallecas	50,5	33,0	32,6	28,4	26,9	29,8	35,3	25,7	29,0	30,0	25,3
ÁREA	2	Centro_Norte	22,1	19,9	14,4	15,2	15,0	14,3	14,9	10,5	14,0	11,1	10,6
	2.1	Coslada	19,2	24,0	18,4	16,8	10,8	17,6	16,9	10,0	13,8	13,0	8,8
	2.2	Salamanca	26,8	25,4	14,8	12,0	23,7	14,4	14,2	14,8	12,6	7,4	13,9
	2.3	Chamartín	19,2	10,4	10,4	16,3	10,5	10,8	13,4	6,4	15,6	12,9	8,5
ÁREA	3	Este	28,2	22,2	18,9	21,1	19,6	20,9	19,6	16,4	17,9	16,9	20,0
	3.1	Alcalá de Henares	28,2	21,6	21,0	19,4	17,3	17,1	18,5	15,2	17,7	12,6	17,3
	3.2	Torrejón de Ardoz	28,2	23,6	14,6	24,8	24,5	28,7	21,9	18,7	17,4	25,0	25,6
ÁREA	4	Noreste	30,2	23,7	23,5	21,9	21,1	15,9	15,3	16,5	15,7	12,2	13,4
	4.1	Ciudad Lineal	28,1	22,9	15,0	22,9	20,4	19,0	12,6	17,5	18,3	10,2	15,3
	4.2	San Blas	40,2	29,3	39,4	26,0	23,5	17,6	17,7	17,3	16,2	14,8	17,3
	4.3	Hortaleza	25,8	20,1	23,0	17,8	19,1	10,3	16,3	14,7	12,3	12,6	8,4
ÁREA	5	Norte	21,6	16,3	22,3	15,5	9,9	8,7	11,4	8,6	12,4	11,3	10,8
	5.1	Alcobendas	14,0	13,5	15,5	10,0	8,2	9,8	7,0	6,0	9,1	7,4	10,4
	5.2	Colmenar Viejo	15,3	12,5	16,7	20,9	4,2	6,2	4,9	7,6	6,5	13,4	5,3
	5.3	Tetuán	32,5	20,7	31,8	12,6	22,6	11,2	20,4	11,6	14,0	17,6	19,5
	5.4	Fuencarral	24,1	17,6	23,6	21,1	5,4	6,8	6,7	10,2	10,7	8,7	8,1
ÁREA	6	Oeste	23,8	22,1	19,0	25,0	15,2	16,7	13,4	11,7	10,6	9,0	7,5
	6.1	Majadahonda	22,4	14,0	16,2	20,7	13,2	13,8	10,6	9,4	11,7	6,1	7,6
	6.2	Collado Villalba	23,7	34,0	26,6	28,1	18,5	20,1	14,3	14,7	10,9	11,1	9,1
	6.3	Moncloa	26,5	19,6	13,7	27,5	13,8	17,1	18,2	11,2	7,6	12,0	4,3
ÁREA	7	Centro-Oeste	34,0	37,1	35,4	34,8	29,5	33,6	26,8	22,8	24,9	26,4	20,5
	7.1	Centro	54,9	67,4	58,2	65,7	40,7	53,9	38,0	28,9	29,6	42,0	34,0
	7.2	Chamberí	27,2	23,1	23,1	25,1	27,1	24,7	17,0	17,2	21,0	14,1	14,5
	7.3	Latina	27,0	30,9	31,7	25,4	25,3	28,0	26,5	22,4	23,4	24,5	16,6
ÁREA	8	Sur-Oeste I	28,3	22,1	18,8	13,8	18,5	15,3	19,1	11,9	10,6	19,8	19,0
	8.1	Móstoles	26,7	22,1	13,6	11,1	20,3	11,3	19,7	17,2	5,6	17,6	14,9
	8.2	Alcorcón	18,8	13,2	19,5	11,9	15,0	18,0	16,2	7,7	9,8	21,9	24,6
	8.3	Navalcarnero	27,9	19,2	15,7	3,5	19,4	11,1	17,0	6,2	9,3	20,2	18,5
ÁREA	9	Sur Oeste II	24,5	22,2	25,4	23,9	19,7	21,5	19,2	9,0	19,2	18,7	21,1
	9.1	Leganés	21,4	22,0	25,5	23,8	19,0	24,7	17,0	6,7	16,0	22,5	19,7
	9.2	Fuenlabrada	27,0	22,4	25,3	24,1	20,4	18,6	18,2	11,0	22,0	14,5	22,3
ÁREA	10	Sur I	33,7	21,7	28,5	16,1	18,1	17,9	16,7	13,6	15,7	19,1	17,3
	10.1	Parla	38,7	26,4	27,4	17,9	15,4	20,6	24,7	14,4	12,3	23,4	20,1
	10.2	Getafe	29,3	18,2	29,3	14,0	19,8	14,9	9,0	12,8	17,8	13,4	14,4
ÁREA	11	Sur II	27,4	27,7	30,8	28,0	26,5	23,6	25,6	27,5	24,5	25,5	22,2
	11.1	Aranjuez	15,7	18,9	22,0	19,9	14,7	21,4	21,7	22,3	13,1	16,4	12,2
	11.2	Arganzuela	26,2	28,8	32,3	27,9	23,3	20,6	30,2	23,8	19,8	17,3	13,6
	11.3	Villaverde	30,8	30,0	30,8	30,8	27,6	21,8	27,8	26,23	35,1	32,9	23,0
	11.4	Carabanchel	24,3	25,7	28,5	29,8	31,7	28,5	20,2	28,71	26,4	28,8	30,0
	11.5	Usera	37,8	34,3	40,5	27,3	30,0	18,4	30,9	35,52	26,6	30,3	28,5
Total			30,3	26,4	26,3	24,8	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9

Figura 16

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis en el Municipio y la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1997-2007.

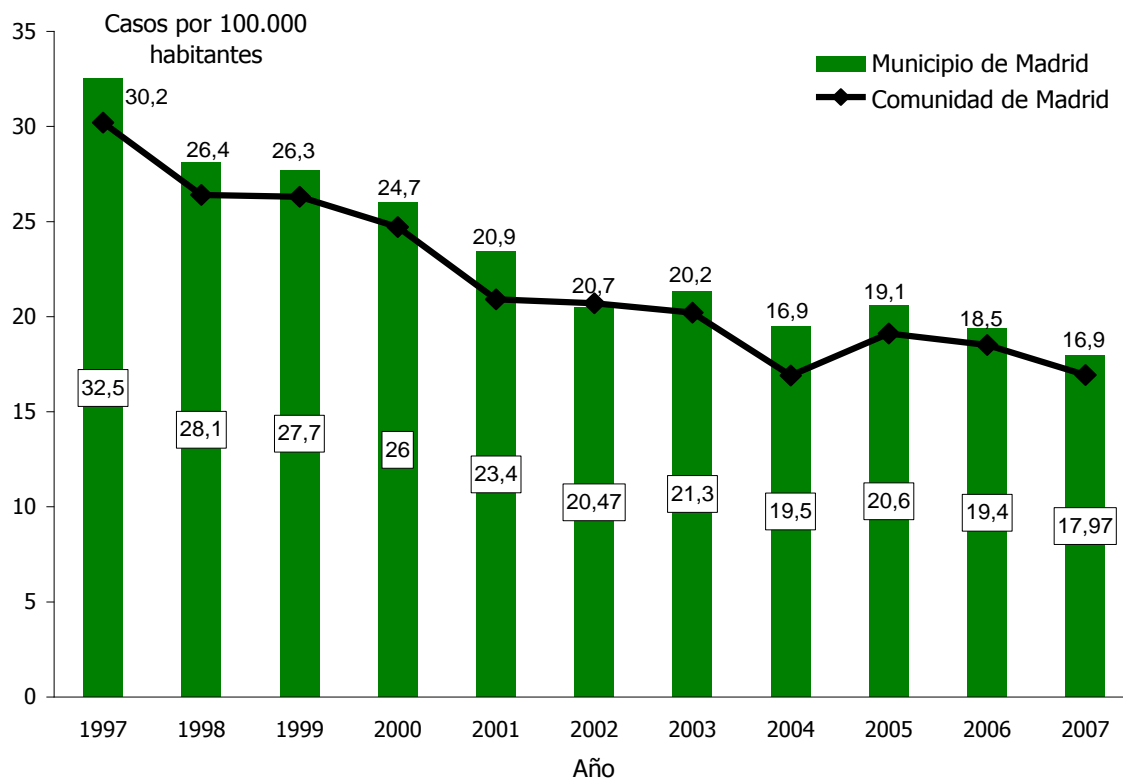


Figura 17

Evolución de la proporción de casos de tuberculosis VIH (+), usuarios de drogas y alcoholismo. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1997-2007.

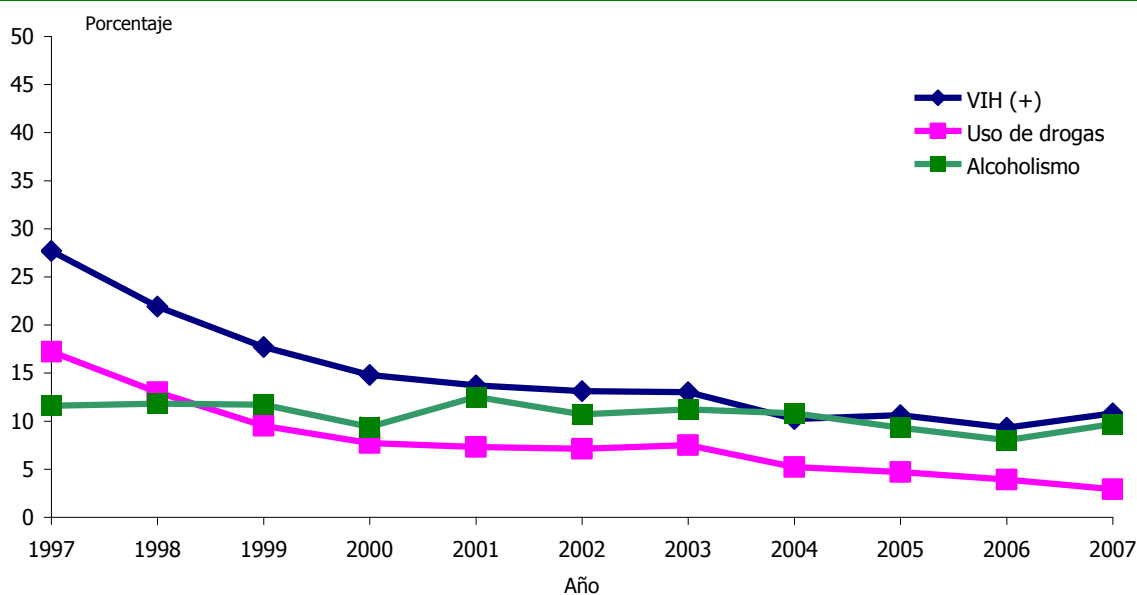
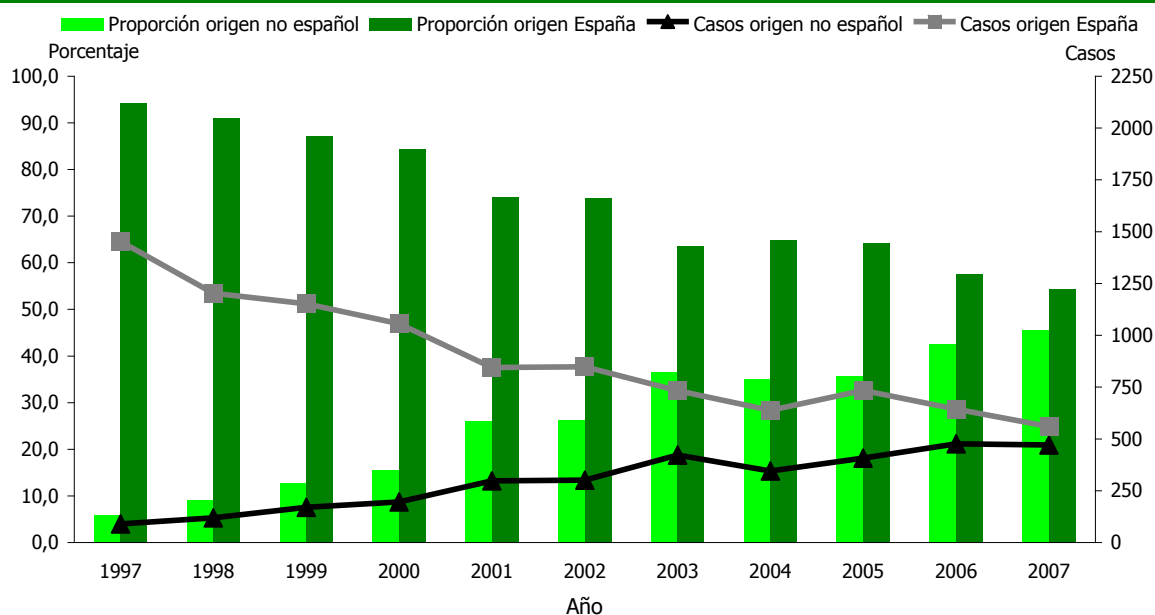


Figura 18

Evolución de la proporción y el número de casos de tuberculosis según el país de procedencia. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1997-2007.



La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 1997 (5,8%). En el año 2007 la proporción de extranjeros ha sido de 45,7%. (Figura 18).

4.- DISCUSIÓN

La incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid ha disminuido en 2007 respecto a 2006 un 7%, pasando de 18,50 casos por 100.000 habitantes a 16,92 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de tuberculosis pulmonar también ha disminuido ligeramente (13,6 casos por 100.000 habitantes en 2006 y 12,5 en 2007). Para el mismo año, la tasa de incidencia en España ha sido de 18,21 por 100.00 habitantes. Madrid ocupa un lugar intermedio respecto a las tasas de incidencia por comunidades autónomas (tasas más elevadas en Galicia (32,95) y Cataluña (23,80) y más bajas en Castilla-La Mancha (9,96) y Navarra (11,72)).

Si se compara la incidencia en el municipio de Madrid respecto a otras ciudades españolas como Barcelona, la incidencia registrada en Madrid, 17,97 casos de tuberculosis por 100.000, es inferior a la de Barcelona en este mismo año, 31,13 casos por 100.000 habitantes (1).

La incidencia en la Región Europea de la OMS presenta grandes diferencias entre países, siendo los más afectados los países de Europa del Este, y los menos San Marino, Mónaco y los países de la antigua Unión Europea. Entre estos países, en los últimos años la mayor incidencia suele registrarse en los países mediterráneos (2).

La incidencia de tuberculosis más elevada se observa en el grupo de edad de mayores de 74 años (26,41 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de edad de 25 a 34 años (24,28 casos por 100.000 habitantes). Se ha detectado una elevación de la incidencia de tuberculosis en las edades más tempranas, la tuberculosis en edad pediátrica que en 2006 tenía

una incidencia 7,30 casos por 10⁵ habitantes, ha pasado a 8,78 casos por 10⁵ habitantes en 2007.

El cambio demográfico de la Comunidad de Madrid en los últimos años, está condicionando que los casos de tuberculosis en población extranjera sean una proporción importante del total de casos, 45,7% en 2007, superior al 31% de España para el mismo periodo.

En el origen del fenómeno migratorio se incluyen factores sociales y económicos, y además, la mayoría de los extranjeros proceden de países donde la incidencia y prevalencia de tuberculosis es más elevada que la correspondiente a los países de destino, lo cual se ha relacionado con el incremento de tuberculosis (2). Esta situación va a producir, también en nuestro medio, modificaciones en el patrón epidemiológico de la enfermedad especialmente en el centro de las grandes ciudades (3). De hecho, en el patrón de resistencias a fármacos de primera línea ya se han observado diferencias entre la población autóctona y la extranjera. La resistencia primaria a isoniazida en población extranjera (8,9%) ha sido casi tres veces superior a de la población española (3,1%).

La parte más importante de la colaboración de los profesionales asistenciales con el Registro Regional, es el papel que desarrollan como notificadores. La mejora en la notificación de los casos es uno de los objetivos de los responsables de la Vigilancia Epidemiológica, que debe de compartirse con los clínicos para lograr una mejora de la declaración y en consecuencia de la información. Las declaraciones de los médicos son la primera fuente de detección de casos para el Registro. Sin embargo todavía hay un tramo de mejora en la notificación de los casos, y en la recogida de información en algunas de las variables básicas.

El porcentaje de casos con información respecto a la evolución y seguimiento del tratamiento, 46% en 2007, es mejorable y por tanto los datos a este respecto son difíciles de interpretar. Esta carencia hace difícil alcanzar uno de los objetivos del Registro, la estimación fiable de la prevalencia. También es muy mejorable la información disponible respecto a los estudios de contactos, que sólo se ha registrado en el 43,2% de los casos.

También las variables de evolución y las relacionadas con los estudios de contactos, son fundamentales para realizar el seguimiento de las intervenciones encaminadas al control de la enfermedad, y son de difícil acceso sin la colaboración de los sanitarios responsables del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

5.- CONCLUSIONES

- 1.- El Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid ha funcionado durante 2007 de forma adecuada.
- 2.- En la Comunidad de Madrid la incidencia de tuberculosis en los últimos años se ha estabilizado. La incidencia anual estimada para 2007 ha sido de 16,92 casos por 10⁵ habitantes.
- 3.- El grupo de edad con mayor incidencia corresponde al mayores de 75 años. A continuación se sitúa el comprendido entre 25 a 34 años, con una proporción importante de ellos nacidos fuera de España.
- 4.- El 45,7% de los casos de tuberculosis han sido personas nacidas fuera de España. Su procedencia es fundamentalmente América del Sur.
- 5.- Es necesario reforzar los mecanismos de coordinación entre la Red de Vigilancia Epidemiológica y los responsables de la atención médica de los enfermos, ya que existen variables de gran interés, como son los datos de seguimiento o los datos del estudio de contactos, que son especialmente difíciles de obtener sin la colaboración de los sanitarios responsables del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Orcau A, Rius C, García de Olalla P, Cayla J. La tuberculosis en Barcelona. Informe 2007. Agencia de salud Pública. Ayuntamiento de Barcelona. Disponible en http://www.aspb.es/quefem/docs/Tuberculosis_2007.pdf
- 2.- EuroTB. Surveillance of tuberculosis in Europa 2005: <http://www.eurotb.org/rapports/2005/>.
- 3.- Vallès X, Sánchez F, Pañella H, García de Olalla P, Jansà JM, Caylà JA. Tuberculosis importada: una enfermedad importada en países industrializados. Med Clín (Barc) 2002; 118: 376-378.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a todos los notificadores ya que sin ella no sería posible disponer de esta información epidemiológica.

7.- ANEXO 1

Orden 130/2001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis

1309 ORDEN 13012001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad, por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis como sistema específico de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.

La Comunidad de Madrid, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27.4 de su Estatuto de Autonomía, tiene atribuida, en el marco de la legislación básica del Estado, el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y la ejecución en materia de Sanidad e Higiene.

Mediante Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, le fueron transferidas a la Comunidad de Madrid las funciones relativas al estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que inciden, positiva y negativamente, en la salud humana.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, creó la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, estableciendo en su artículo 2, que uno de los sistemas de información que integran dicha Red, es el Registro de Tuberculosis; creándose, a raíz de ello, mediante el Decreto 133/1997, de 16 de octubre, el fichero automatizado de datos de carácter personal, "Registro de Tuberculosis". Asimismo, la Orden 911997, de 15 de enero, regula como enfermedad de declaración obligatoria, la tuberculosis, en sus distintas variantes de presentación clínica.

Por otro lado, mediante la Orden 145/1995, de 8 de febrero, se creó la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid renovada y actualizada mediante Orden 130/2000, de 30 de marzo, entre cuyas funciones se encuentra la promoción, coordinación y supervisión del desarrollo y

funcionamiento de dicho Programa. Además, mediante Resolución 173/2000, de 2 de octubre, de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, se creó la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, una de cuyas funciones es la de asesoría al Registro Regional de Casos de Tuberculosis.

El Registro Regional de Casos de Tuberculosis, que en el marco de dicho Programa constituye una herramienta fundamental para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, ha venido experimentando, desde su implantación en el año 1994, un creciente desarrollo como consecuencia de la gestión descentralizada de las notificaciones y búsqueda activa de casos a través de los Servicios de Salud Pública de Área, así como la cada vez más eficiente interacción de la Salud Pública con las Redes Asistenciales.

En consecuencia, se hace necesaria una regulación normativa del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, desarrollando a tales efectos el mencionado Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

En uso de las facultades atribuidas en la Disposición Final Primera del citado Decreto 184/1996, y en el artículo 41.d) de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid.

DISPONGO

Artículo Primero

Objeto

La presente Orden tiene por objeto la regulación, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, del Registro Regional de Casos de Tuberculosis (en adelante Registro de Tuberculosis) como sistema específico para la vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el marco de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo Segundo

Fines del Registro

La vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, se hará a través del Registro de Tuberculosis, cuya principal finalidad es conocer las características de la enfermedad, su incidencia, prevalencia y evolución; así como contribuir a evaluar las intervenciones del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Artículo Tercero

Dependencia Orgánica

El Registro de Tuberculosis dependerá orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Artículo Cuarto

De la gestión

El Registro de Tuberculosis será gestionado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, como responsable de la vigilancia epidemiológica de nivel regional, el cual será a su vez asistido y asesorado por la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

En el ámbito de las Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid, serán los correspondientes Servicios de Salud Pública de Área los responsables de la vigilancia epidemiológica de primer nivel de los casos de tuberculosis y la transmisión de la información al referido Registro.

Artículo Quinto

De la notificación del caso de enfermedad tuberculosa

1. Están obligados a la notificación de los casos de enfermedad tuberculosa: Los médicos generales y especialistas, conforme a lo previsto en el artículo 4.2 de la Orden 9/1997, de 15 de enero; los Laboratorios de Microbiología que realicen baciloscopia y/o cultivo y/o tipado de micobacterias, Servicios de Anatomía Patológica y Servicios de Medicina Preventiva.
2. Constituyen fuentes complementarias de información para el Registro de Tuberculosis, entre otras, las siguientes:
 - a) El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, a través de los Servicios de Admisión.
 - b) Servicios de Farmacia Hospitalaria.
 - c) El Registro Regional de SIDA/VIH.
 - d) Sistemas de Información de Sanidad Penitenciaria.
 - e) Sistemas de Información de Sanidad Militar.
 - f) Los Servicios de Prevención de Empresas (Salud Laboral).
 - g) Sistema de Información de la Dirección General de Salud Pública sobre los servicios efectuados por las Empresas Funerarias de la Comunidad de Madrid.
3. Además de su carácter obligatorio, la notificación se realizará con carácter urgente en aquellos casos de enfermedad tuberculosa que cursen con baciloscopia de esputo positiva.
4. La notificación o, en su caso, declaración, de los casos de enfermedad tuberculosa, se ajustará al protocolo de notificación que se establezca por la Dirección General de Salud Pública, que deberá contener, al menos, la información que se indica en el Anexo a esta Orden.
5. La notificación a que se ha hecho referencia en los apartados precedentes, deberá enviarse a los Servicios de Salud Pública del Área correspondiente, o en su defecto al Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.
6. Asimismo están obligados a facilitar la búsqueda activa de casos, todos los responsables de las fuentes de información indicadas en el apartado 2 de este artículo, y en especial los Directores de los Centros Sanitarios implicados.

Artículo Sexto

De la notificación del seguimiento del caso de enfermedad tuberculosa

Por parte del médico responsable del seguimiento evolutivo y de la adhesión al tratamiento del caso de enfermedad tuberculosa, se notificará a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área, las informaciones más relevantes, tales como: Finalización del tratamiento y causas que la han motivado; aparición de resistencias antibióticas; derivación, pérdida del caso y cualquier otra información que, a juicio del médico, sea importante desde el punto de vista de salud pública.

Artículo Séptimo

De la realización de los estudios de contactos y su notificación

1. El médico responsable del caso de enfermedad tuberculosa está obligado a que se realice el correspondiente estudio de contactos, así como de su notificación a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área.
2. En el supuesto de que el caso índice se refiera a un colectivo (colegio, empresa, residencia de ancianos, etcétera), el médico responsable coordinará previamente su actuación con la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública de Área.

Artículo Octavo

De la difusión de la información

1. La información generada a partir de los datos del Registro Regional de Tuberculosis, será publicada en el "Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid", y asimismo será difundida a través de los Informes de los Servicios de Salud Pública de las Áreas cuando los casos en cuestión se refieran a cada una de dichas Áreas sin perjuicio de cualquier otro medio de difusión que proceda.
2. Dicha información se basará, en todo caso, en la consideración conjunta de datos disociados, preservándose absolutamente el deber de confidencialidad a que se alude en el artículo siguiente

Artículo Noveno

De la confidencialidad de los datos

La Dirección General de Salud Pública velará por el estricto cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad de los datos obrantes en el fichero "Registro de Tuberculosis", creado mediante Decreto 133/1997, de 16 de octubre, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 13/1995, de 21 de abril, de Regulación del Uso de la Informática en el Tratamiento de Datos Personales por la Comunidad de Madrid, modificada mediante Ley 13/1997, de 16 de junio, el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal y la Ley 12/1995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Artículo Décimo

Régimen Sancionador

El incumplimiento de lo establecido en esta orden, constituirá infracción de carácter sanitario y dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 32 al 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta a la Dirección General de Salud Pública para dictar cuantas Resoluciones resulten necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Orden.

Segunda

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Dada en Madrid, a 29 de marzo de 2001

El Consejero de Sanidad
JOSÉ IGNACIO ECHANIZ

Epígrafes que obligatoriamente habrán de figurar en el protocolo de notificación de tuberculosis.

- Datos de la notificación.
- Fuentes de información.
- Datos de identificación del paciente.
- Datos sobre el diagnóstico de la enfermedad.
- Datos de laboratorio.
- Situaciones de riesgo asociadas.
- Situación previa al inicio del tratamiento del episodio de entrada al Registro.
- Evolución dentro del episodio que ha motivado la entrada al Registro.
- Salida del Registro.
- Estudio de contactos.

8.- ANEXO 2: Protocolo de notificación de casos de Tuberculosis



PROTOCOLO DE NOTIFICACION DE CASOS DE TUBERCULOSIS



DATOS DEL NOTIFICADOR:
 Área de notificación: _____ Fecha: _____
 Notificador: _____
 Centro notificador: _____ Idioma: _____
 Fuente notificación: ECG _____ Laboratorio _____ Atas _____ A. Patológica _____ Sida _____ Otras (especificar) _____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL CASO:
 Nombre y apellidos: _____ N.º Historia: _____
 Fecha nacimiento: _____ Local: _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____
 Domicilio Calle: _____ Municipio: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Área: _____ Distrito: _____ Teléfono: _____
 País de origen (en extranjeros): _____ Fecha llegada: _____
 Ocupación: _____ Centro trabajo o colectivo: _____
 Domicilio del trabajo o del colectivo: _____

DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD:
 Fecha inicio de síntomas: _____ Fecha inicio tratamiento: _____
 Se inició el tratamiento en: Hospital _____ Atención Primaria _____ Especialista extrahospitalario _____ Otros (especificar) _____
 Se ha iniciado tratamiento supervisado: SÍ _____ No _____ Centro sanitario: _____
 Hospitalización: SÍ _____ No _____ Centro hospitalario: _____ Espacializado extrahospitalario: _____ Otros (especificar) _____
 Lugar de seguimiento: Hospital _____ Atención Primaria _____ Espacializado extrahospitalario _____ Otros (especificar) _____

Localización 1:	Localización 2:	Localización 3:
1. Pulmonar	1. Pulmonar	1. Pulmonar
2. Otra respiratoria	2. Otra respiratoria	2. Otra respiratoria
3. Meningea o SNC	3. Meningea o SNC	3. Meningea o SNC
4. Intraocular	4. Intraocular	4. Intraocular
5. Oseocartilag.	5. Oseocartilag.	5. Oseocartilag.
6. Genitourinaria	6. Genitourinaria	6. Genitourinaria
7. Otros órganos	7. Otros órganos	7. Otros órganos
8. Miliar	8. Miliar	8. Miliar
9. Limitada	9. Limitada	9. Limitada
10. No procede	10. No procede	10. No procede
99. Desconocido	99. Desconocido	99. Desconocido

Mantoux: En mm: _____ Positivo _____ Negativo _____ Desconocido _____ Otra prueba diagnóstica (especificar) _____
 Radiología tórax: Indicativa de TD: _____ No indicativa de TD: _____ No realizada _____ Desconocido _____
 Cero react: SÍ _____ No _____

DATOS DE LABORATORIO:

1ª Muestra: Espulo	Microscopía: (+) _____ (-) _____ Pendiente _____	Tipo de Mibobacteria:	1. DR-NA
	Cultivo: (+) _____ (-) _____ Pendiente _____		2. M. Tuberculosis
			3. M. Bovis
2ª Muestra:	(+) (especificar si se necesario): _____	4. M. Africanum	4. LCH
	Microscopía: (+) _____ (-) _____ Pendiente _____	Estudio de Resistencias:	5. HEMOCULTIVO
	Cultivo: (+) _____ (-) _____ Pendiente _____		6. BROCADOASPIRADO (BAS)
			7. LIOJUDO ARTICULAR
3ª Muestra:	(+) (especificar si se necesario): _____	- No resistentes	8. LIOJUDO PERITONEAL
	Microscopía: (+) _____ (-) _____ Pendiente _____	Resistente a:	9. OTRA NO BIOPSIA (ESPECIFICAR)
	Cultivo: (+) _____ (-) _____ Pendiente _____	Isoniacida	10. BIOPSIA PLEURAL/PULMONAR
		Rifampina	11. BIOPSIA OSTEARTICULAR
		Etaambutol	12. BIOPSIA ADENOPIAS
		Estreptomina	13. BIOPSIA RENAL (Incluyendo FAAF de ganglio)
		Litramicos	14. BIOPSIA MEDULA ÓSEA
		Otros	15. OTRA BIOPSIA (ESPECIFICAR)

SITUACIONES DE RIESGO ASOCIADAS:
 Contacto con enfermo TB: SÍ _____ No _____ N.º de años desde el contacto: _____
 Forma de contacto: Comensal _____
 Frecuencia no conviviente: _____
 Habitación comoda: _____
 Laboral: _____
 Deportivas: _____
 Otras (especificar): _____

Tuberculosis: SÍ _____ No _____ Desconocido _____	Chalosismo: SÍ _____ No _____
Anticuerpos anti-VII: (+) _____ (-) _____ Desconocido _____	Indigencia: SÍ _____ No _____
Alcalosis: SÍ _____ No _____	Miopia como: SÍ _____ No _____
Usuario de drogas por vía parenteral: SÍ, actualmente o en últimos 2 años _____	Estancia en penitenciaría en los 2 últimos años: SÍ _____ No _____
Es-UVVI desde hace 2 años: SÍ _____ No _____	Centro: _____
Gastritis: SÍ _____ No _____	Pertenece a uno de los siguientes colectivos:
Immunosupresión: SÍ _____ No _____	- Centro escolar: SÍ _____ No _____
Diabetes: SÍ _____ No _____	- Residencia: SÍ _____ No _____
Sífilis: SÍ _____ No _____	- Comunidad terapéutica: SÍ _____ No _____
Neoplasia: SÍ _____ No _____	- Albergue: SÍ _____ No _____
Otros (especificar): _____	- Prisión: SÍ _____ No _____
	- Otros (especificar): _____

DATOS DE SEGUIMIENTO:
 Resumen evolutivo: Recaida _____ Crónica _____ Abandono tratamiento _____ Fracaso terapéutico _____ Forma de tratamiento: _____
 Conclusión por: Alta por curación _____ Tratado _____ Exitus por TB _____ Exitus por otra causa _____ Otros (especificar): _____

ESTUDIO DE CONTACTOS:

	Convivientes	No convivientes	Colectivos	Número de convivientes por el caso
Realizada	SÍ _____ No _____	SÍ _____ No _____	SÍ _____ No _____	_____

Número de contactos estudiados:
 No enfermo/infectado: _____
 Mortales (+): _____
 Enfermos: _____

OBSERVACIONES:

ENVIAR AL DIAGNÓSTICO



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud
Comunidad de Madrid Año 2008, semanas 49 a 53 (del 30 de noviembre de 2008 al 3 de enero de 2009)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	2	19	2	6	0	3	1	4	0	7	0	7	0	6	1	5	0	6	0	2	0	5	6	70	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	2	2	9	
Meningitis bacterianas, otras	1	3	0	5	0	6	0	2	0	9	1	4	0	4	0	4	0	6	0	1	1	15	3	59	
Meningitis víricas	1	12	0	6	0	14	0	5	3	26	0	17	2	16	2	39	1	45	2	9	7	55	18	247	
Enf. neumocócica invasora	0	71	1	19	2	38	11	66	5	49	4	68	2	74	3	55	9	61	6	41	8	115	51	670	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	0	15	4	12	3	9	1	8	3	38	1	17	13	102	4	25	4	35	4	20	8	42	45	329	
Hepatitis B	0	11	1	19	0	4	0	6	0	11	4	16	1	25	0	10	0	10	1	8	2	39	9	163	
Hepatitis víricas, otras	0	3	1	17	1	3	0	1	0	5	1	18	1	16	0	2	1	8	1	3	2	23	8	101	
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	1	0	1	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0	1	0	2	0	0	0	3	0	0	0	3	1	15	
F. tifoidea y paratifoidea	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	9	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	1317	3689	941	3066	1522	4020	978	2930	2699	7917	2203	6595	1465	6623	1556	3743	776	2328	214	804	1665	7426	15352	49165	
Legionelosis	0	6	0	5	0	0	0	3	1	10	2	8	0	7	3	10	1	13	0	4	0	5	7	73	
Varicela	124	1428	72	986	124	1365	109	931	316	2402	92	1670	59	959	83	1004	51	805	7	94	140	2495	1178	14141	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	1	7	0	10	0	8	1	8	0	37	0	24	3	56	0	5	0	11	0	3	3	32	8	203	
Sífilis	3	14	1	23	2	11	1	25	4	58	7	32	5	78	4	17	2	18	2	9	6	59	37	346	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	3	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	2	9	
Leishmaniasis	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	5	0	0	0	2	1	15	
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	1	50	2	42	4	75	4	56	11	109	7	80	8	75	7	57	2	26	3	20	4	70	55	674	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	11	
Sarampión	0	4	0	0	0	0	0	7	0	2	0	1	0	0	0	20	0	0	0	0	0	2	0	36	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Tos ferina	0	2	1	6	2	23	0	6	1	7	2	19	0	7	0	4	0	6	0	6	3	22	9	111	
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	7	0	6	2	9	0	3	0	1	0	6	0	3	1	7	2	32	1	6	1	9	7	89	
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*	3	133	3	46	3	51	6	68	3	107	4	72	11	126	2	66	7	75	0	42	17	216	59	1033	
TB, otras*	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 notificad sist especiales																									
E. E. T. H.	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	8	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A.0(<0150años)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	
Poblaciones**	752.687	444.557	350.313	575.937	752.006	650.956	532.912	472.572	397.579	328.701	823.469	6.081.689													
Cobertura de Médicos	73,88%	12,70%	100,00%	72,52%	100,00%	100,00%	100,00%	71,06%	60,77%	21,46%	72,34%	75,94%													

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2007 *** 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 49 a 53 (del 30 de noviembre de 2008 al 3 de enero de 2009)

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.

Brotos de origen alimentario.

Año 2008. Semanas 49-53 y datos acumulados hasta la semana 53

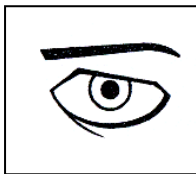
Lugar de consumo	Año 2008						Año 2007		
	Semanas 49-53			Semanas 1-53			Semanas 1-52		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	0	0	0	12	1316	2	13	729	5
Restaurantes, bares y similares	3	26	0	39	244	13	28	500	10
Domicilios	1	2	1	34	168	24	26	108	32
Instituciones penitenciarias	0	0	0	2	115	0	1	39	0
Residencias de ancianos	0	0	0	3	100	0	2	47	1
Otras residencias	0	0	0	5	88	3	2	43	0
Comedores de empresa	0	0	0	1	22	0	1	3	0
Centros sanitarios	0	0	0	1	2	2	0	0	0
Otros lugares	0	0	0	5	56	1	4	13	1
Desconocido	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total	4	28	1	103	2113	45	77	1482	49

Brotos de origen no alimentario.

Año 2008. Semanas 49-53 y datos acumulados hasta la semana 53

Tipo de brote*	Año 2008						Año 2007		
	Semanas 49-53			Semanas 1-53			Semanas 1-52		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	1	30	0	27	1060	3	33	997	12
Varicela	0	0	0	2	84	0	0	0	0
Escabiosis	0	0	0	5	73	0	6	60	0
Escarlatina	0	0	0	6	36	0	1	5	0
Hepatitis A	2	4	0	11	29	1	10	38	4
Parotiditis	0	0	0	5	26	1	29	516	0
Viriasis inespecífica	0	0	0	1	11	0	0	0	0
Exantema vírico	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Eritema infeccioso	0	0	0	1	7	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	2	4	2	9	44	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	4	0	1	7	0
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	4	0	0	0	0
Conjuntivitis vírica	0	0	0	1	3	0	1	43	0
Rubéola	0	0	0	1	2	0	1	2	0
Total	3	34	0	65	1348	7	91	1712	16

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2008, semanas 49 a 53
(Del 30 de noviembre de 2008 al 3 de enero de 2009)**

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. 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, 2006" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de mayo 2007, Vol. 13, n° 5, disponible en www.madrid.org). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en la misma página de internet.

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

La cobertura de notificación alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 52,2% (n° de semanas en que se ha enviado notificación con o sin casos / n° de semanas teóricas x 100).

Nota aclaratoria:

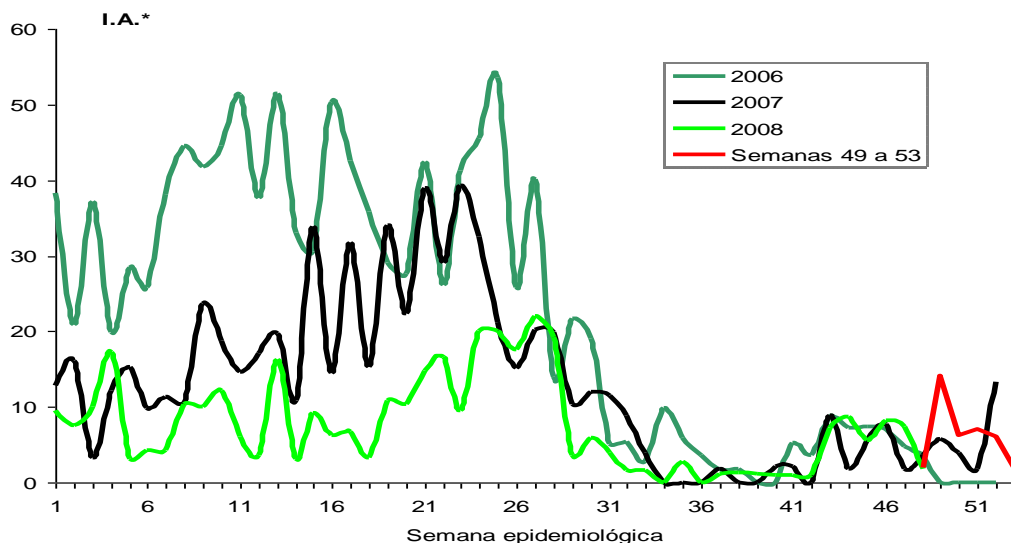
A partir de 2008 se amplía la Red de Médicos Centinela con el objetivo de ajustar su representatividad al aumento y cambios sociodemográficos que se han dado en la población de la Comunidad de Madrid en los últimos años. La actual red contará con 130 médicos de atención primaria que atienden a unas 170.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). La incorporación de los nuevos médicos será progresiva durante 2008, y comenzarán a notificar varicela, herpes-zóster y crisis asmáticas desde el momento de su incorporación, aquellos que además notifiquen gripe lo harán a partir de la temporada 2008-2009.

Coincidiendo con este cambio en la Red de Médicos Centinela, y para mantener la comparabilidad con el período anterior, el gráfico de crisis asmáticas reflejará los episodios ponderados por 100 notificadores, sustituyendo al número absoluto de crisis utilizado hasta ahora.

VARICELA

Durante las semanas 49 a 53 del año 2008 han sido declarados 37 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 39,1 casos por 100.000 personas (IC 95%: 26,6 - 51,6). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006, 2007 y hasta la semana 53 de 2008.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006, 2007 y 2008

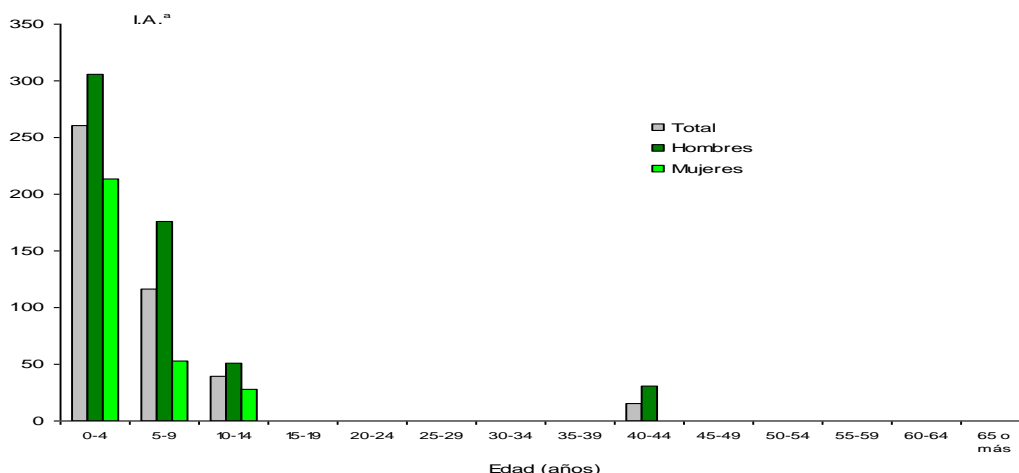


* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, 24 se dieron en hombres (64,9%). La edad se conoció en 33 casos, de los que 29 (87,9%) tenían menos de 10 años, en 4 (10,8%) se desconocía la edad. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. No se registraron complicaciones en ninguno de los casos. Uno se dio en un paciente inmunodeprimido.

En 13 casos (35,2%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, 6 casos (16,2%) se dieron en el seno de un brote, 4 casos (10,8%) se dieron tras contacto con un caso de herpes zoster y en 14 casos (37,8%) la fuente se desconocía. El lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 32,4% de los casos, el hogar en el 16,2% y en el 51,4% el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 53 de 2008



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

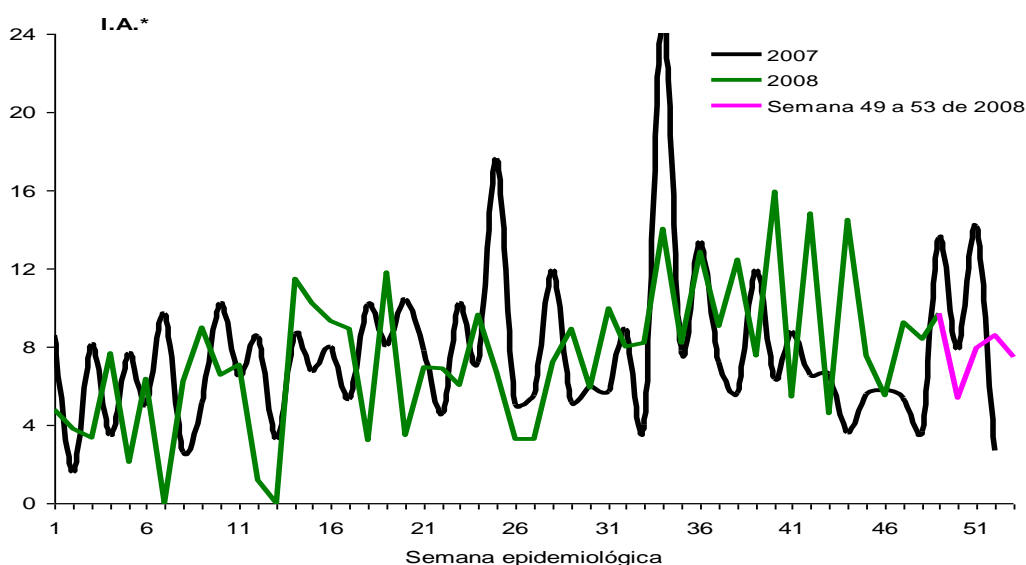
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 53 del año 2008.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	13	(35,2)
Caso de herpes zóster	4	(10,8)
Brote de varicela	6	(16,2)
Desconocido	14	(37,8)
Total	37	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	2	(5,4)
Colegio	10	(27,0)
Hogar	6	(16,2)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	19	(51,4)
Total	37	(100)

HERPES ZÓSTER

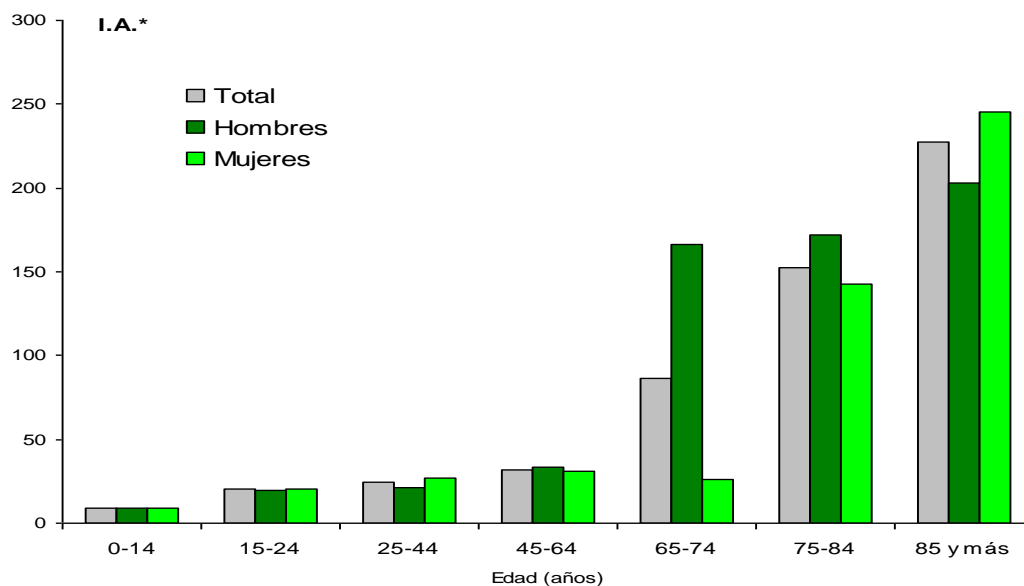
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 37 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 49 a 53 de 2008, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 42,4 por 100.000 habitantes (IC 95%: 29,2 - 55,6). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2007 y hasta la semana 53 de 2008. El 51,4% de los casos se dio en mujeres. El 64,7% de los casos fueron mayores de 50 años, la incidencia por grupos de edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2007 y 2008.



* 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 49 a 53 de 2008



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2008 Red de Médicos Centinela

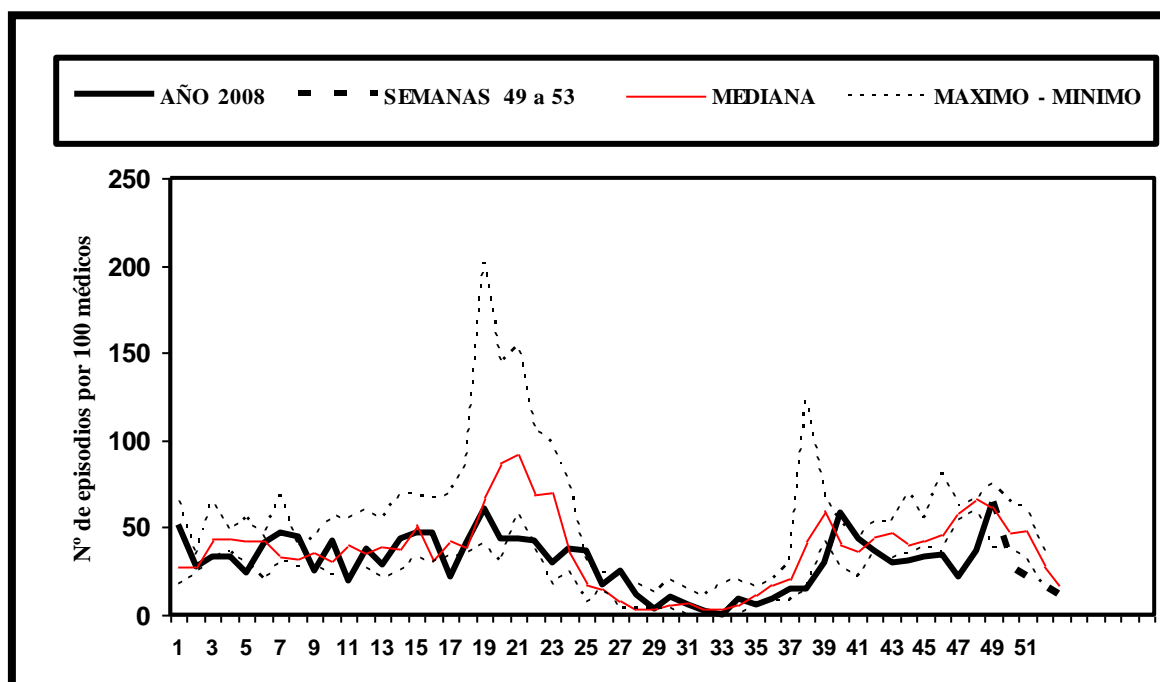


TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 53 de 2008.

	Semanas 49 a 53	Año 2008
Gripe ^a	347	433
Varicela	37	441
Herpes zoster	37	388
Crisis asmáticas	139	1579

^a Desde la semana 40 de 2008 hasta la 20 de 2009



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

Solicitudes:

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

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



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

