

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

4.

INFORMES:

- Análisis de las interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE2008).



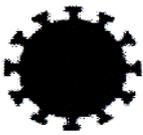
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

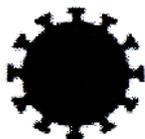
de la Comunidad de Madrid

4

Índice

INFORMES:

	- Análisis de las interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE2008).	3
	- EDO. Semanas 13 a 17 (del 29 de marzo al 2 de mayo de 2009).	30
	- Brotes Epidémicos. Semanas 13 a 17, 2009.	31
	- Red de Médicos Centinela. Semanas 13 a 17, 2009.	32



INFORME:

Análisis de las interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE2008)

Elaborado por Concepción Izarra, Carlos Cevallos, José Verdejo.

RESUMEN

En 2008 se notificaron 26.613 IVE en la Comunidad de Madrid (CM). El 82,8% se realizaron a mujeres residentes en nuestra Comunidad y de estas, el 23,9% se financiaron por la Administración Sanitaria.

De las mujeres residentes en la CM. a las que se les practicó una IVE, el 61% tenían un país de nacimiento distinto a España, el 11,3% eran menores de 20 años (en 2007: 11,8%) y el 49,9% tenían entre 20 y 29 años; sólo en el 2,0% se refiere causa de malformación fetal como motivo de la IVE y 2 se realizaron por motivo de violación denunciada. El 58,6% de las IVE se hicieron dentro de las primeras 8 semanas de gestación (IVE precoz) y el 6,4% después de la semana 15 (IVE tardía).

La tasa de IVE es de 14,95 por mil mujeres en edad fértil (15-44 años), habiendo eliminado para su cálculo aquellas IVE realizadas a menores de 15 ó mayores de 44 (139).

INTRODUCCIÓN

Según la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio, el aborto quedó despenalizado en España para tres supuestos y en 1986, comenzó la vigilancia epidemiológica para el mismo (Orden Ministerial de junio 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986). Están obligados a notificar todos los centros que realizan IVE, sean públicos o privados. La información generada por el registro se transmite al Ministerio de Sanidad y Política Social con una periodicidad anual.

Los datos son recogidos en un cuestionario según protocolo normalizado. En 2008 las notificaciones se recibieron tanto en papel como en formato electrónico compatible; se recibieron hasta el 20 de febrero de 2009. Una vez recibidos los cuestionarios se procede a la codificación, grabación, depuración y análisis de los datos para la elaboración de informes y recomendaciones.

Este registro, no recoge los datos de las mujeres, que siendo residentes de la CM, han recurrido al aborto fuera de la misma.

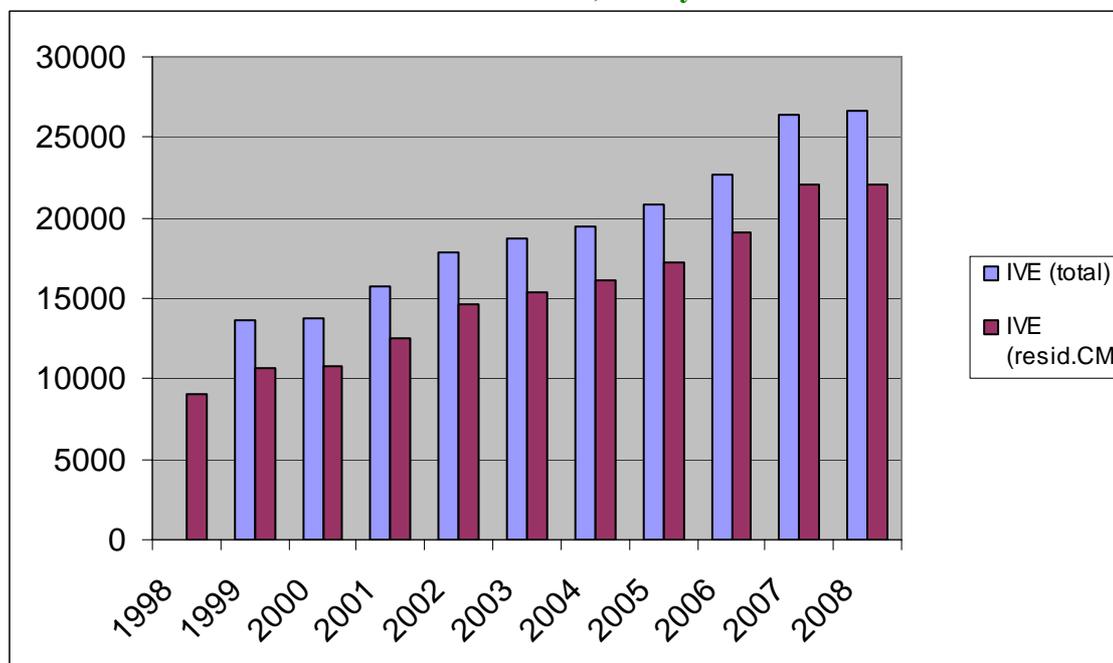
RESULTADOS

En 2008 se notificaron 26.613 IVE en la Comunidad de Madrid (CM). El 82,8% se realizaron a mujeres residentes en nuestra Comunidad y de estas, el 23,9% se financiaron por la Administración Sanitaria. Las declaraciones fueron realizadas por 6 clínicas privadas autorizadas y por el H. de Móstoles. De las 6 clínicas notificadoras, una de ellas reinició su actividad en el mes de noviembre tras 11 meses de cierre cautelar desde diciembre de 2007.

Evolución del número de IVE notificadas en la CM. 1998/2008

Se sigue manteniendo el porcentaje de mujeres que desde otras comunidades u otros países acuden a la nuestra para la práctica del aborto voluntario (17%, igual que en 2007).

Gráfico 1. Evolución del número de IVE, total y residentes en la C.Madrid.



Se ha llevado a cabo una revisión del CMBD 2008 (635 CIE-9 MC), de esta forma se ha detectado que en el conjunto de hospitales públicos se realizaron 167 IVE frente a las 3 notificadas y que de clínicas privadas aparecen 10 IVE que no han notificado.

IVE EN MUJERES NO RESIDENTES EN LA CM.

En 2008 se practicaron 4.534 IVE a mujeres con domicilio fuera de la CM, lo que representa el 17% del total (26.613). El 50% de estas mujeres eran residentes en la comunidad de Castilla- La Mancha y un 3,6% vivían fuera de España, mayoritariamente en Portugal.

Desde que hace 2 años se reinstaurase en Portugal la ley de aborto hasta las 10 semanas de gestación, la afluencia a clínicas madrileñas de mujeres residentes en ese país ha disminuido considerablemente: en 2006 representaba un 9%, en 2007 un 6% y en 2008 un 2,3%.

Al 1,8% de las mujeres residentes en la CM se les realizó una IVE por presunción de graves taras fetales, sin embargo en mujeres no residentes, ese motivo representó el 11,5% lo que lleva aparejado un mayor porcentaje de IVE tardías (25,3% vs. 6,5% en mujeres residentes).

En cuanto a la edad, al igual que ocurre con las mujeres residentes en la CM, el porcentaje mayoritario es el comprendido entre 20-29 años (45,4%).

El 41% tenían un país de nacimiento distinto a España (en las IVE de las mujeres residentes en la CM, este porcentaje fue del 61%).

IVE EN MUJERES RESIDENTES EN LA CM.

De las mujeres residentes en la CM. a las que se les practicó una IVE, el 61% tenían un país de nacimiento distinto a España (según el padrón continuo de 2008 el 27,6% de mujeres en edad fértil nacieron en otros países). El 11,3% eran menores de 20 años (en 2007: 11,8%) y el 49,9% tenían entre 20 y 29 años; sólo en el 2,0% se refiere causa de malformación fetal como motivo de la IVE y 2 se realizaron por motivo de violación denunciada. El 58,6% de las IVE se hicieron dentro de las primeras 8 semanas de gestación (IVE precoz) y el 6,4% después de la semana 15 (IVE tardía).

Como se ha reflejado en el **gráfico 2**, la tasa por mil mujeres en edad fértil (15-44 años) es 14,95 pero contemplando únicamente a las mujeres nacidas en España, esta tasa se reduce a 8,02 por mil y sin embargo para las mujeres originarias de otros países, la tasa es de 33,14 por mil (inferior a 2007 que fue de 35,37). Para este cálculo se han eliminado aquellas IVE realizadas a menores de 15 ó mayores de 44 (139).

Gráfico 2. Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). 1998/2008.



*Población: Padrón continuo 1998-2008 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

En cuanto a las tasas por municipios con más de 20.000 mujeres en edad fértil, como en años anteriores Torrejón de Ardoz presentó la tasa más alta (19,14x mil) mientras que Alcorcón, también como viene ocurriendo todos los años tuvo la tasa más baja (9,43x mil).

Tabla 1

Para la variable “financiación pública” también se observaron diferencias importantes entre estas poblaciones con >20.000 mujeres en edad fértil (ver **tabla 2**).

Tabla 1. IVE en mujeres residentes en la CM
Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) por municipio
Decenio (1998-2008)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ALCALA HENARES	6,45	7,66	5,81	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40	14,00
ALCOBENDAS	5,84	6,49	7,22	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87	15,19
ALCORCON	5,77	6,29	7,01	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52	9,43
FUENLABRADA	6,54	7,03	6,91	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65	12,02
GETAFE	4,23	5,60	5,46	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07	11,13
LEGANES	6,54	6,85	7,22	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62	12,19
MADRID	8,43	10,11	10,32	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81	17,77
MOSTOLES	6,32	6,47	7,00	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19	11,00
PARLA	5,81	6,84	5,87	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86	17,41
TORREJON ARDOZ	6,45	7,00	8,99	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90	19,14
RESTO DE LA CM	5,69	6,88	6,08	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34	11,82
TOTAL DE LA CM	7,25	8,53	8,49	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68	14,95

* Población: Padrón continuo 1998-2008 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid)

Tabla 2. INFORMACIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA IVE SEGÚN MUNICIPIOS

	Información sobre IVE en centros sanitarios públicos	IVE financiada públicamente
ALCALA HENARES	49,2%	46,3%
ALCOBENDAS	39,5%	31,2%
ALCORCON	25,3%	22,9%
FUENLABRADA	33,8%	31,1%
GETAFE	41,2%	32,6%
LEGANES	43,2%	39,3%
MADRID	27,4%	21,9%
MOSTOLES	21,8%	18,1%
PARLA	39,2%	31,0%
TORREJON ARDOZ	39,2%	35,5%
TOTAL DE LA CM	29,4%	23,9%

Datos sociodemográficos

Se describen a continuación las características sociodemográficas de las 22.030 mujeres a las que se les practicó una IVE en 2008. Estos datos se encuentran resumidos en las **tablas 3 y 4**.

Origen: el 61% correspondió a mujeres que nacieron en un país distinto a España; aunque este porcentaje siga aumentando con respecto a las mujeres nacidas en España, habría que decir que para el grupo de mujeres extranjeras, la tasa de IVE por 1.000 mujeres en edad fértil ha disminuido en más de 2 puntos con respecto a 2007.

Edad: Por edad, el 11,2% eran adolescentes (<20 años) y el 50% estaban comprendidas entre los 20-29 años. Se mantiene año tras año la mediana de edad en 27 años tanto para autóctonas como para las mujeres de otras procedencias.

Convivencia en pareja: En el momento de la IVE casi la mitad de las mujeres convivían en pareja, el 39,6% de las españolas y el 54,9% de las extranjeras.

Nivel de Instrucción: En cuanto al nivel de estudios para las mujeres españolas el analfabetismo o la falta de escolarización representa el 1,3% y los estudios superiores el 27,4 y para las mujeres de otros países, el 2,1% y el 11,8%, respectivamente.

Situación laboral e ingresos económicos: Un alto porcentaje de las mujeres refieren ser asalariadas; esta situación es más frecuente en mujeres extranjeras (71,7%) que en españolas (63,3%) y también es mayor el porcentaje de mujeres extranjeras en situación de desempleo (14,3 frente a 13,6% de españolas). De esta situación laboral se desprende que la autonomía económica sea mayor en las mujeres originarias de otros países (74,7% vs. 68,6%).

Tabla 3. Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM. Características sociodemográficas por país de origen Año 2008

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	29	0,3	38	0,3	67	0,2
	15-19	1195	14,0	1225	9,1	2420	11,0
	20-24	2010	23,4	3324	24,7	5334	24,2
	25-29	1904	22,2	3756	27,9	5660	25,7
	30-34	1624	18,9	2819	21,0	4443	20,2
	35-39	1250	14,6	1715	12,7	2965	13,5
	40-44	528	6,2	541	4,0	1069	4,9
	45 o más	35	0,4	37	0,3	72	0,3
Convive en pareja	Si	3394	39,6	7382	54,9	10776	48,9
	No	5159	60,1	6042	44,9	11201	50,9
	No consta	22	0,3	31	0,2	53	0,2
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	110	1,3	280	2,1	390	1,8
	Primer grado	1232	14,4	2429	18,1	3661	16,7
	Segundo grado	4866	56,9	9097	67,6	13963	63,4
	Tercer grado	2350	27,4	1592	11,8	3942	18,0
	Inclasificable	3	0,0	57	0,4	15	0,1
Ingresos económicos propios	Si	5883	68,6	10049	74,7	15932	72,3
	No	2461	28,7	2944	21,9	5405	24,5
	Desconocido	231	2,7	462	3,4	693	3,2
Total		8575	100	13455	100	22030	100

Tabla 4. Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la CM. Características sociodemográficas por país de origen- Año 2008

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	5312	61,9	4965	36,9	10279	46,6
	1	1696	19,8	4286	31,9	5980	27,1
	2	1190	13,9	2744	20,4	3934	17,9
	3	272	3,2	1001	7,4	1273	5,8
	4 o más	105	1,2	459	3,4	564	2,6
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	139	4,2	210	2,5	349	3,0
	1	634	19,5	1124	13,2	1758	15,0
	2	491	15,1	988	11,6	1479	12,6
	3	390	11,9	851	10,1	1241	10,5
	4	307	9,4	765	9,0	1072	9,1
	5	245	7,5	643	7,6	888	7,5
	6 o más	1055	32,3	3902	45,9	4957	42,2
	No consta año	4	0,1	7	0,1	11	0,1
Total de las que tienen hijos vivos		3265	100,0	8490	100,0	11755	100,0
Número de IVE previas	Ninguna	5983	69,8	7259	53,9	13243	60,1
	1	1805	21,0	3941	29,3	5746	26,0
	2	545	6,4	1414	10,5	1959	8,9
	3	156	1,8	494	3,7	650	3,0
	4 o más	86	1,0	346	2,6	432	2,0
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	226	8,7	610	9,8	836	9,5
	1	560	21,6	1734	28,0	2294	26,1
	2	419	16,1	1143	18,5	1562	17,8
	3	290	11,2	707	11,4	997	11,3
	4	215	8,3	528	8,5	743	8,5
	5	160	6,2	332	5,3	492	5,6
	6 o más años	715	27,6	1128	18,2	1843	21,0
No consta año	7	0,3	13	0,3	20	0,2	
Total de las que han tenido IVE previas		2592	100,0	6195	100,0	8787	100,0
Total		8575		13455		22030	

Número de hijos: El 63% de las mujeres extranjeras tenían hijos en el momento de la IVE y un 3,4% de ellas 4 o más; para las mujeres españolas estos datos varían significativamente: solo un 38% tenían hijos y un 1,2%, cuatro ó más.

Abortos voluntarios anteriores: Para el 70% de las mujeres españolas y el 54% de otro país, la IVE notificada fue la primera; en el otro extremo, para el 2% representó la cuarta o más (18 mujeres más de 9 veces). Un 9,5% de las que tenían IVE anteriores, habían abortado en el mismo año.

Datos de la intervención y utilización de recursos sanitarios

Se describen a continuación las características de la intervención y la utilización de recursos. Estos datos se encuentran resumidos en la **Tabla 5**.

Utilización de servicios para control de la anticoncepción: Globalmente (66,3%) de las mujeres no habían acudido a ningún centro sanitario para control de anticoncepción en los 2 años previos a esta IVE, con un porcentaje ligeramente más elevado en el caso de mujeres no españolas. El 23,6% acudieron a un centro de la red pública para control de su reproducción frente a un 8,7 que lo hizo en centros privados.

Información acerca de los recursos de IVE: El 63,3% de las mujeres acceden al recurso de la IVE con información obtenida fuera de los servicios sanitarios, solo un 36,7% de las mujeres se informaron por esta vía, mientras que el resto la obtiene ya sea por los medios de comunicación o a través de amigos o familiares.

Tabla 5. Datos de la intervención por país de origen. IVE 2008

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	
		n	%	n	%		
Tipo de Centro	Público	1	0,0	2	0,0	3	0,0
	Privado	8574	100,0	13452	100,0	22027	100,0
Financiación pública	No	6653	77,6	10108	75,1	16762	76,1
	Si	1922	22,4	3346	24,9	5268	23,9
Semanas de gestación	≤ 8 semanas (precoz)	5415	63,1	7476	55,6	12891	58,6
	>8 y ≤ 15 semanas	2603	30,4	5116	38,0	7719	35,0
	> 15 semanas(tardía)	557	6,5	862	6,4	1419	6,4
Método de la intervención	Aspiración	7605	88,7	12263	91,1	19869	90,2
	Dilatación	286	3,3	453	3,4	739	3,4
	Legrado	228	2,7	335	2,5	563	2,6
	RU-486	334	3,9	224	1,7	558	2,5
	Otros	122	1,4	179	1,3	301	1,3
Total		8575	100,0	13455	100,0	22030	100,0

Motivo: De las 22.030 mujeres a las que se realizó una IVE en 2008, un 1,8% fue por graves taras fetales, fundamentalmente cromosomopatías (la causa de aborto para el 27,3% de las mujeres a las que se les practicó una IVE por presunción de graves taras fetales, fue síndrome de Down). Para dos mujeres el motivo del aborto fue violación denunciada.

Semanas de gestación: Casi un 60% de las mujeres que abortaron voluntariamente, lo hicieron dentro de las 8 primeras semanas y en solo un 6,4% la intervención se realizó después de la semana 15 (IVE tardía); estas IVE tardías están en relación fundamentalmente con las malformaciones fetales como motivo del aborto; también las menores de 20 años acceden más tarde a la IVE (9% IVE tardía).

Método de intervención: En el 90% de los casos se empleó la aspiración/miniaspiración como método para la interrupción del embarazo y, pese a que como se ha reflejado anteriormente el 58,6% de las mujeres recurrieron a la IVE precoz (<9 semanas), en solo un 2,5% de las IVE se utilizó como método la RU-486 (abortivo oral).

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

En 2008 respecto a años anteriores parece que se ha estabilizado la tasa de IVE en mujeres en edad fértil residentes en la CM. La proporción de IVE en mujeres extranjeras vs. autóctonas sigue creciendo. Considerando las mujeres nacidas fuera de España, la tasa por mil mujeres en edad fértil en ellas ha disminuido, este indicador hay que interpretarlo considerando el aumento de población inmigrante en la CM.

Cuando hablamos de tasas por municipios con más de 20.000 mujeres en edad fértil, como indican diferentes estudios sobre salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes, las mujeres originarias de Europa del Este son las que mayor tasa de IVE de repetición presentan y quizás eso explique que Torrejón de Ardoz obtenga la tasa más alta habida cuenta que el 22% de sus mujeres inmigrantes en edad fértil provienen de esos países mientras que para Alcorcón, que presenta la tasa más baja, las mujeres de Europa del Este representan el 15%¹.

Como queda reflejado en la tabla 2, la financiación pública de la IVE varía entre diferentes poblaciones madrileñas. En los Servicios Sanitarios Públicos se informa tanto sobre los aspectos relacionados con la interrupción como sobre aspectos relativos a recursos como la financiación. En la tabla se observa como, en los municipios con mayores niveles de información, se recurre más frecuentemente a la IVE financiada públicamente. Así, en lo referente a la financiación pública, el rango osciló entre el 46,3% de Alcalá de Henares y el 18,1% de Móstoles; en estas localidades, la información pública sobre IVE fue, respectivamente, de 49,2% y del 21,8%.

Es por ello que la Atención Primaria de Salud cobra una enorme importancia tanto en la prevención de embarazos no deseados a través de programas específicos para los diferentes grupos poblacionales, como en la protocolización de recursos y posterior derivación a los centros donde se realizan las IVE, por lo que habrá que dotar a la misma de los recursos necesarios para llevar a cabo esta tarea multidisciplinar.

En este sentido, existen experiencias con resultados positivos como es el caso de Andalucía donde en A. Primaria tienen un “boletín de derivación” a las clínicas donde se efectúan los abortos así como protocolos para mujeres repetidoras y colocación de DIU “in situ”².

Otro dato que llama la atención es el poco uso que en España en general y en la C. Madrid, se hace de los abortivos orales; como ha quedado reflejado en la tabla 5, habiendo casi un 60% de IVE precoz, el uso de la RU-486, ha sido del 2,5%. En este sentido tenemos enormes diferencias con el resto de países europeos, según datos de sus Ministerios de Sanidad, la RU-486 se utilizó en Francia (2004) en el 42% de las IVE, en Portugal (2007) 66,7% y en Reino Unido (2008) 38%. También existen diferencias con otras comunidades españolas: En el País Vasco la RU es el método empleado en el 29% de las IVE³.

Por otra parte, aunque la subnotificación observada tras consultar el CMBD de 2008 sea pequeña, el conocimiento de las características de las mujeres que recurren al aborto, es lo que permite intervenir y prevenir otros embarazos no deseados.

REFERENCIAS

1. M. Orjuela, E. Ronda, E. Regidor. Contribución de la inmigración al incremento de las IVE. *Med Clin (Barc.)* 2009; 133:213-216.
2. E. Vizuite, La IVE en Andalucía: logros y retos. *Jornadas Aborto: derecho y salud. Federación de Planificación Familiar Estatal. Mayo 2009 (en prensa).*
3. R. Lertxundi. Atención a la IVE en Euskadi y Navarra: diferencias y contrastes. *Jornadas Aborto: derecho y salud. Federación de Planificación Familiar Estatal. Mayo 2009 (en prensa).*



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud.

Comunidad de Madrid Año 2009, semanas 13 a 17 (del 29 de Marzo al 2 de Mayo 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.																						
Inf que causan meningitis																										
Enf. meningocócica	1	5	0	2	1	3	0	2	2	5	0	0	0	3	0	2	0	0	0	3	0	2	4	27		
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2		
Meningitis bacterianas, otras	0	0	1	2	1	1	0	0	1	3	1	1	0	2	2	2	1	2	0	0	0	2	7	15		
Meningitis víricas	1	4	1	2	0	2	1	2	7	7	7	14	1	7	2	6	12	19	3	7	11	23	39	93		
Enf. neumocócica invasora	9	51	0	13	4	12	7	28	4	24	5	29	8	29	7	18	7	17	0	13	11	39	64	277		
Hepatitis víricas																										
Hepatitis A	0	2	1	5	0	3	4	8	4	8	1	8	14	53	3	20	3	13	0	8	4	39	35	168		
Hepatitis B	2	3	4	6	1	2	0	1	3	6	2	8	1	8	0	2	0	1	1	2	0	10	14	49		
Hepatitis víricas, otras	0	1	0	3	0	1	0	3	0	2	0	0	2	4	0	0	1	1	0	0	2	5	5	21		
Enf transmisión alimentos																										
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4		
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3		
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf transmisión respiratoria																										
Gripe	35	2237	25	1848	24	2815	40	2008	82	4222	66	3624	96	2844	15	2414	13	1413	13	397	70	3536	479	27368		
Legionelosis	0	0	0	2	0	1	0	1	0	3	0	1	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0	1	12		
Varicela	299	671	152	435	130	368	93	333	155	666	248	626	85	256	87	275	81	213	48	130	154	576	1532	4550		
Enf transmisión sexual																										
Infección Gonocócica	0	1	0	2	0	3	0	2	4	8	3	8	7	18	1	1	0	2	2	3	2	12	19	61		
Sífilis	0	5	2	8	1	5	1	4	3	14	2	11	11	28	3	6	3	7	1	2	2	28	29	118		
Antropozoonosis																										
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1	2	7		
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	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	0	0
Parotiditis	1	10	2	4	7	21	5	10	7	31	6	19	4	17	5	12	4	9	0	7	12	30	54	173		
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	0	0
Rubéola	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	6		
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1		
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tos ferina	1	2	1	1	0	6	2	3	0	0	1	3	0	0	1	4	1	3	4	5	2	6	13	34		
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	0	0
Paludismo	1	1	2	4	1	8	0	1	2	3	0	0	0	3	1	1	3	8	0	3	1	2	11	34		
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	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	0	0
Tuberculosis *																										
TB respiratoria*	17	43	3	15	3	10	10	23	9	40	8	33	10	41	8	28	5	24	8	19	28	77	112	361		
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	0	0
Enf notificado sist especiales																										
E.E.T. H.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3		
Lepra	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
P.F.A. (<15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
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	74,74%		65,32%		100,00%		78,07%		100,58%		100,00%		97,14%		70,26%		54,40%		18,02%		79,47%		79,91%			

* 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 13 a 17 (del 29 de marzo al 2 de mayo 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.

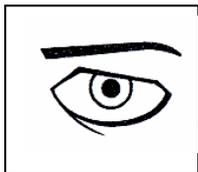
Brotes de origen alimentario. Año 2009. Semanas 13 a 17 (fecha de inicio de síntomas)

Lugar de consumo	Año 2009						Año 2008		
	Semanas 13 – 17			Semanas 1-17			Semanas 1-17		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Comedores de empresa	0	0	0	1	111	1	0	0	0
Centros educativos	0	0	0	2	80	0	0	867	0
Restaurantes, bares y similares	4	15	3	10	39	5	9	34	1
Domicilios	3	10	3	7	26	4	10	53	5
Centros sanitarios	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Residencias de P. Mayores	0	0	0	0	0	0	2	62	0
Otras residencias	0	0	0	0	0	0	3	44	3
Centros penitenciarios	0	0	0	0	0	0	2	65	0
Otros lugares	0	0	0	0	0	0	2	38	0
Total	7	25	6	21	261	10	34	1163	9

Brotes de origen no alimentario. Año 2009. Semanas 13-17 (fecha de inicio de síntomas)

Tipo de brote*	Año 2009						Año 2008		
	Semanas 13-17			Semanas 1-17			Semanas 1-17		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	5	149	0	12	342	2	8	295	0
Conjuntivitis vírica	0	0	0	3	194	0	0	0	0
Onicomadecis	0	0	0	3	17	0	0	0	0
Hepatitis A	1	3	0	5	14	2	2	18	0
Meningitis vírica	0	0	0	3	7	7	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	1	6	3	1	6	3	0	0	0
Escarlatina	1	2	0	2	5	0	1	4	0
Parotiditis	0	0	0	2	4	0	1	10	0
Escabiosis	0	0	0	2	4	0	4	65	0
Neumonía bacteriana	0	0	0	1	4	3	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	1	3	0	1	2	2
Total	8	160	3	35	600	17	17	394	2

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2009, semanas 13 a 17
(Del 29 de marzo al 2 de mayo de 2009)**

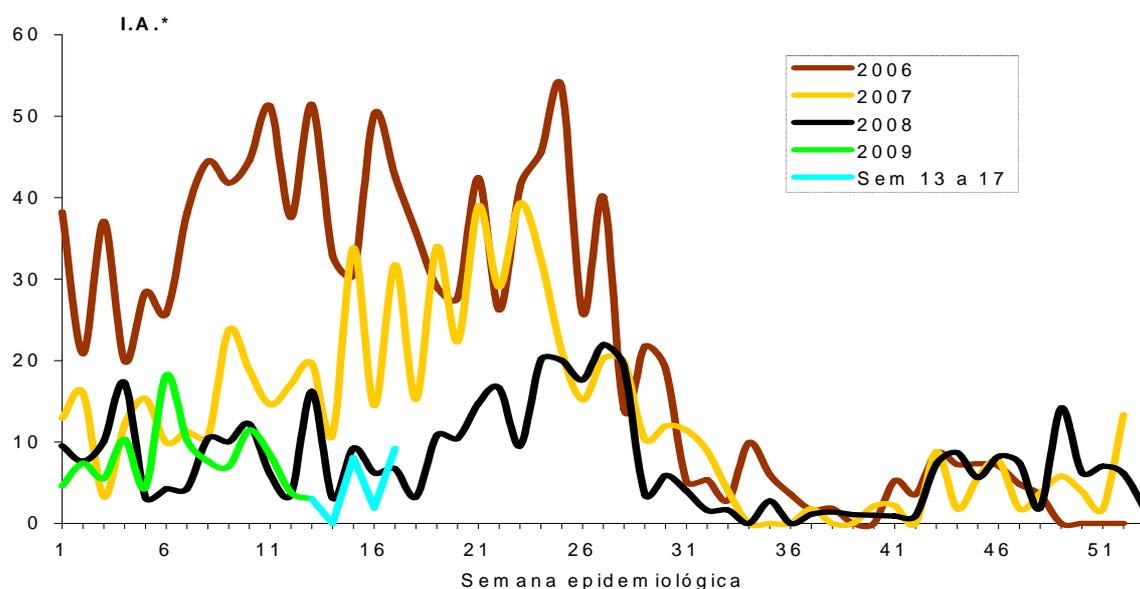
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid.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

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

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 51 % (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

VARICELA

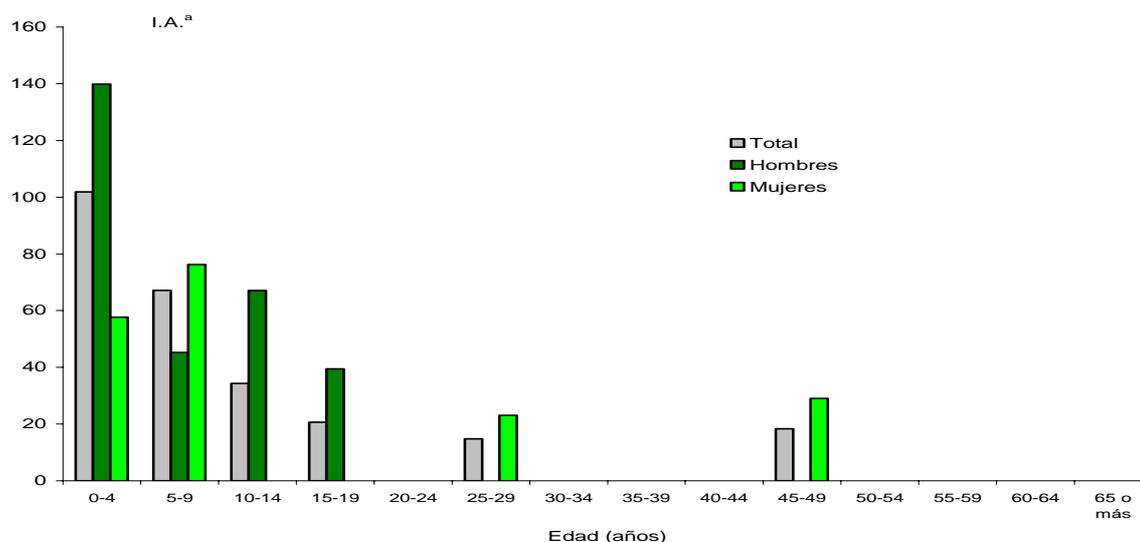
Durante las semanas 13 a 17 del año 2009 han sido declarados 22 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 21,9 casos por 100.000 personas (IC 95%: 12,5 – 31,3). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006, 2007, 2008 y hasta la semana 17 de 2009.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006, 2007, 2008 y 2009

* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, 12 se dieron en hombres (54,5%). La edad se conoció en todos los casos menos uno (95,5%): 15 (71,4%) tenían menos de 10 años, 4 (19,1%) de 10 a 20 años y 2 (9,6%) de 25 a 50 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. Sólo se registró un caso con complicaciones (infección bacteriana)..

En 8 casos (36,4%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, en 1 caso el contacto fue un caso de herpes zoster (4,5%); 2 casos (9,1%) se dieron en el seno de un brote, y en 11 casos (50,0%) la fuente se desconocía. El lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 31,8% de los casos, el hogar en el 9,1% y en el 59,1% 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 13 a 17 de 2009

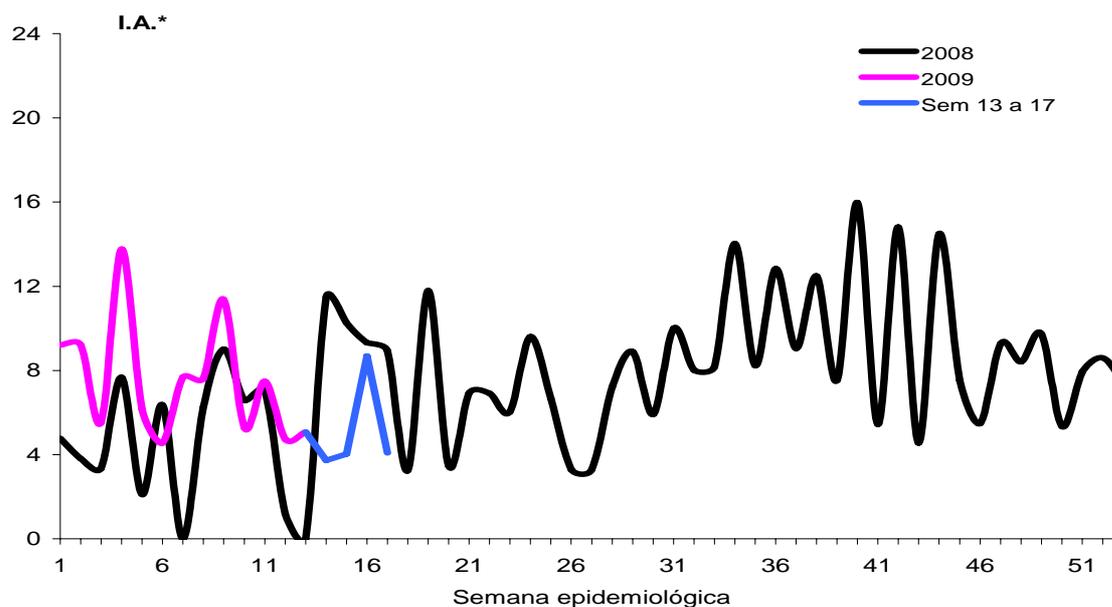
^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 13 a 17 del año 2009.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	8	(36,4)
Caso de herpes zóster	1	(4,5)
Brote de varicela	2	(9,1)
Desconocido	11	(50,0)
Total	22	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	0	(0,0)
Colegio	7	(31,8)
Hogar	2	(9,1)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	13	(59,19)
Total	22	(100)

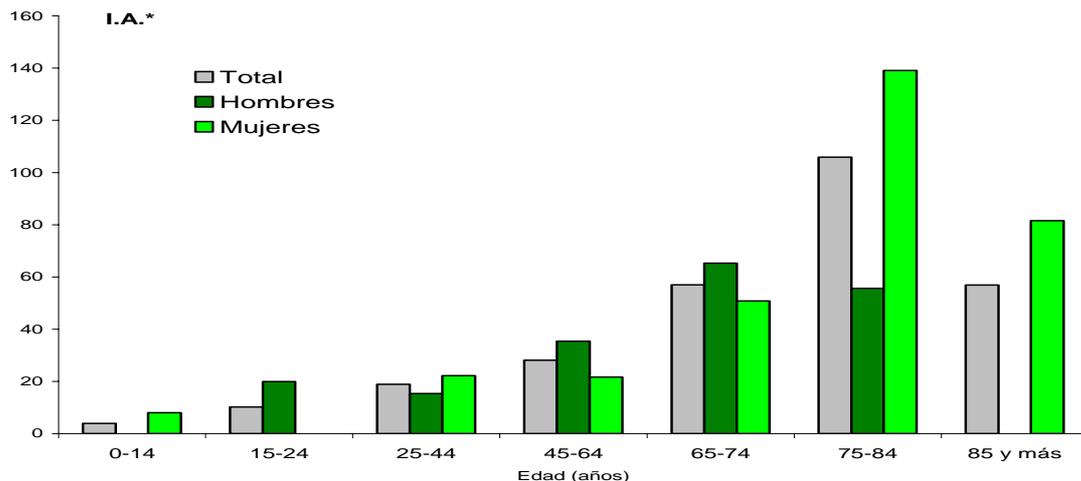
HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 25 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 13 a 17 de 2009, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 23,6 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 13,7 - 33,4). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008 y hasta la semana 17 de 2009. El 60 % de los casos se dio en mujeres. El 63,6 % 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 2008 y 2009.

* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

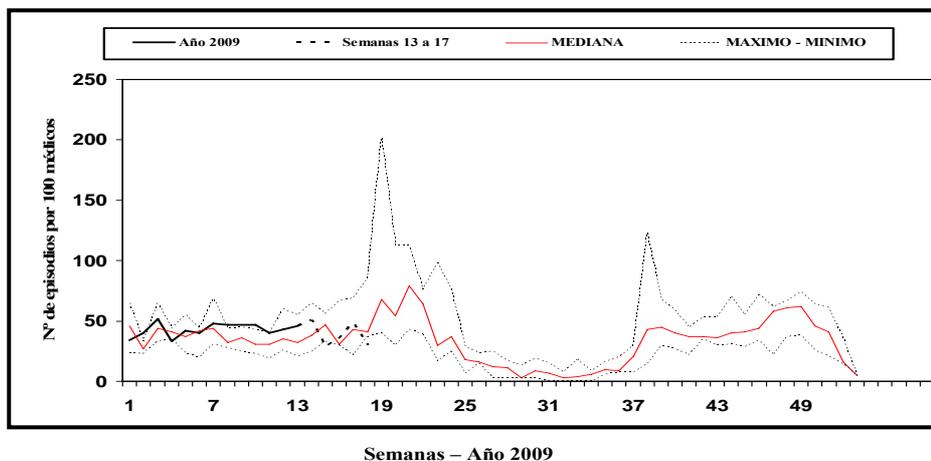
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 13 a 17 de 2009



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2009 Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 13 a 17 de 2009.

	Semanas 13 a 17	Año 2009
Gripe ^a	46	1079
Varicela	22	110
Herpes zoster	25	128
Crisis asmáticas	195	707

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

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

Solicitudes:

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

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



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

