

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8

INFORMES:

- **Vigilancia de la infección por VIH/Sida en la Comunidad de Madrid, 2009.**
- **Plan de erradicación de la poliomielitis, Comunidad de Madrid, 2009.**








BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8

Índice

INFORMES:

	- Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31/12/2009.	3
	- Plan nacional de erradicación de la poliomielitis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda. Comunidad de Madrid, año 2009.	35
	- EDO. Semanas 31 a 34 (del 1 al 28 de agosto de 2010)	44
	- Brotes Epidémicos. Semanas 31 a 34, 2009.	45
	- Red de Médicos Centinela. Semanas 31 a 34, 2009.	46

**INFORME:****VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA
COMUNIDAD DE MADRID, situación a 31/12/2009¹**

Elaborado por: Carlos Cevallos, José Verdejo, Concepción Izarra.

INDICE:

Casos de sida en la Comunidad de Madrid

Incidencia de casos diagnosticados de sida.....	5
Prevalencia de casos de sida a 31 de diciembre de 2009.....	25
Supervivencia de los casos de Sida... ..	26
Sistema de información de nuevos diagnósticos de infección por VIH.....	28
Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/sida.....	31
Vigilancia de la transmisión vertical de la infección por VIH.....	33
Bibliografía relacionada.....	33
Agradecimientos.....	34

RESUMEN

La vigilancia de la infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid (CM) se regula a través del Decreto 184/1996 de 19 de diciembre por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. (BOCM de 3 de enero de 1997); y de la Orden 372/2010 de 15 de julio por la que se modifica el sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria por infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (BOCM de 5 de agosto de 2010). La información epidemiológica sobre el VIH/sida recogida en la CM comprende:

- Vigilancia de casos de sida
- Vigilancia de la infección por el VIH
- Mortalidad en personas con infección VIH
- Vigilancia de la transmisión vertical de la infección por VIH

Hasta diciembre de 2009 se han notificado 19.571 casos de sida que en el momento del diagnóstico tienen/tenían su residencia habitual en la CM, el 59,7% están fallecidos. Desde 1996 con la aparición de la terapia combinada con antirretrovirales de gran actividad (TARGA) se produce un descenso del número de casos de sida diagnosticados, además de mejorar la supervivencia de las personas con VIH. En 2007 se diagnosticaron 360 casos de sida, en 2008, 345 y en 2009 (datos no consolidados), 262 casos.

En 2009, más del 70% de los casos son hombres y tenían entre 20 y 39 años de edad al diagnóstico. El 42,4% de los casos de sida en hombres adquirieron el VIH por relaciones homosexuales (HSH) y el 30,7% son usuarios de drogas inyectadas (UDI). En mujeres el 60,7% adquirieron el VIH por relaciones heterosexuales (HTX). El 49,6% de los casos de sida presentaban retraso diagnóstico, es decir se diagnosticaron dentro de los 12 meses posteriores al diagnóstico de VIH, este porcentaje es mayor en HSH (66,2%), en hombres HTX (72,4%) y mujeres HTX (67,1%).

Entre 2007 y 2009 se han notificado 1755 nuevos diagnósticos de infección por VIH. El 82,9% son hombres y la media de edad al diagnóstico es 36 años. El 63,9% de los diagnósticos en hombres se infectaron por vía HSH y en mujeres el 87,3% por vía HTX. El 32,3% se diagnóstico de forma tardía, tenían una cifra menor de 200 linfocitos CD4/ μ l. Este porcentaje aumenta en hombres HTX y hombres UDI.

De los 1018 niños nacidos de madre con VIH y que se conoce el momento del diagnóstico de infección VIH a la madre, sólo el 39,7% el diagnóstico fue antes del embarazo.

Registro de inoculaciones accidentales en personal sanitario con material potencialmente contaminado por VIH. Desde 1985 hasta el año 2007 este registro estaba integrado dentro del Registro Regional de Sida/VIH. A partir de esta fecha forma parte del Sistema de vigilancia de accidentes biológicos en personal de centros sanitarios, dentro de la aplicación NOTAB (Notificación de Accidentes Biológicos), gestionada por el Servicio de Salud Laboral de la D.G. de Ordenación e Inspección. Los informes publicados con información sobre accidentes laborales se pueden consultar en: ["http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142329649275&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156827010188"](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142329649275&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156827010188)

CASOS DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) 31 DE DICIEMBRE DE 2.009

Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2009 se han notificado 20.671 casos de sida al Registro de casos de la CM. El 94,7% (19.571 casos) de los pacientes residían en la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico o tienen/tenían su residencia habitual en dicha comunidad. La información que se describe en este informe corresponde a estos 19.571 casos. Se sabe que el 59,7% de los casos, es decir, 11.684, han fallecido. Durante 2008 se diagnosticaron 345 casos y en 2009, 262 casos. Los datos de 2009 todavía no están consolidados.

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) 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, los nuevos diagnósticos de casos de sida están determinados por las personas con un diagnóstico tardío de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), por las personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral y por aquellas en las que el tratamiento ha fallado (resistencias, efectos secundarios, etc.) y refleja cada vez menos la transmisión actual del VIH. Por tanto es fundamental mantener la vigilancia de los casos de sida y llevar a cabo 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. En 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 2000 los nuevos casos disminuyeron un 59%, este descenso continúa hasta 2009, entre el año 2000 y 2008 hubo un descenso del 48% en el número de nuevos casos de sida. (Tabla 1 y Gráfico 1).

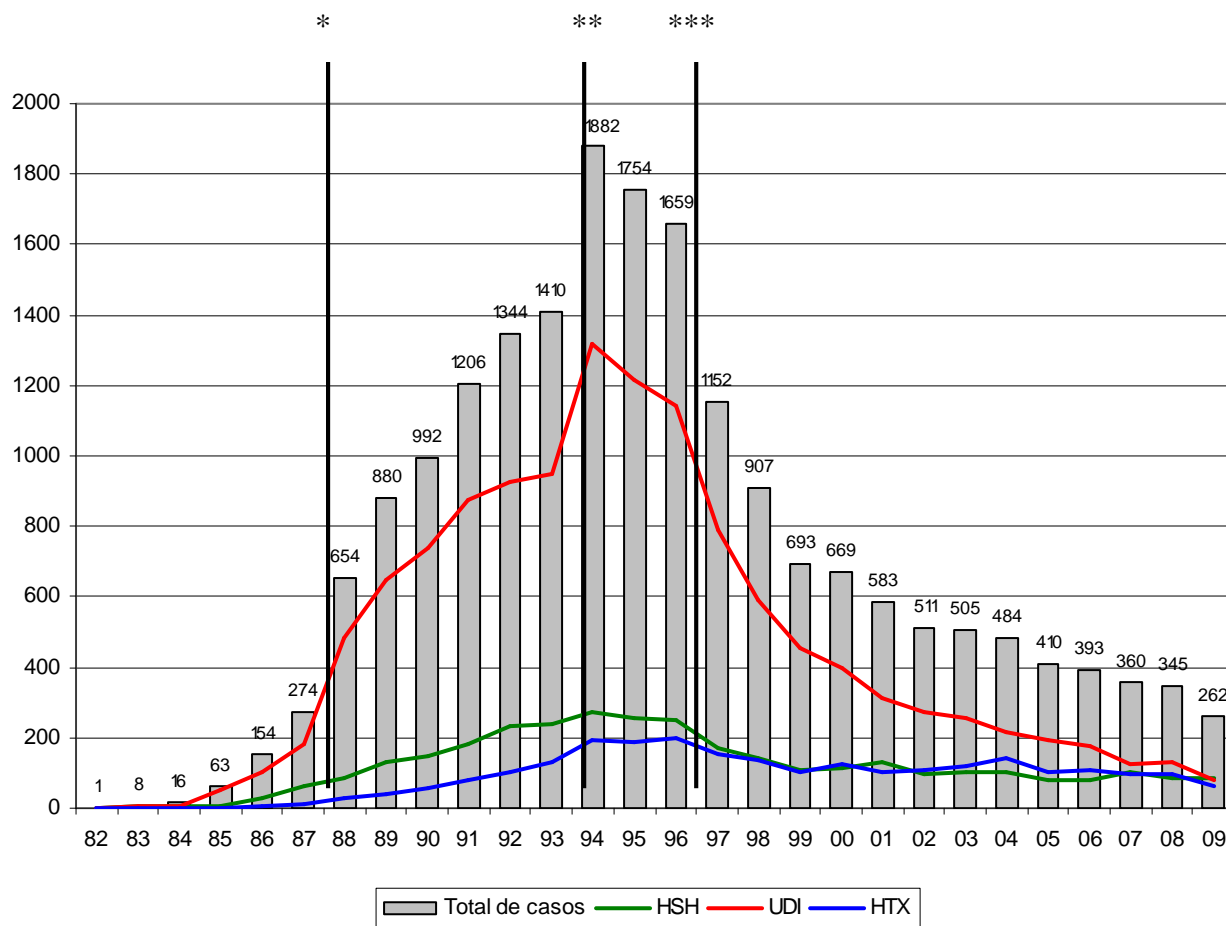
Tabla 1
Casos de sida de la CM diagnosticados y fallecidos por año.
Variación respecto al año previo.

	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	100,0
1984	16	100,0	9	350,0
1985	63	293,8	29	222,2
1986	154	144,4	72	148,3
1987	274	77,9	129	79,2
1988	654	138,7	205	58,9
1989	880	34,6	425	107,3
1990	992	12,7	525	23,5
1991	1206	21,6	668	27,2
1992	1344	11,4	872	30,5
1993	1410	4,9	1119	28,3
1994	1882	33,5	1239	10,7
1995	1754	-6,8	1346	8,6
1996	1659	-5,4	1226	-8,9
1997 ^a	1152	-30,6	612	-50,1
1998	907	-21,3	378	-38,2
1999	693	-23,6	324	-14,3
2000	669	-3,5	341	5,2
2001	583	-12,9	325	-4,7
2002	511	-12,3	303	-6,8
2003	505	-1,2	313	3,3
2004	484	-4,2	272	-13,1
2005	410	-15,3	279	2,6
2006	393	-4,1	223	-20,1
2007	360	-8,4	186	-16,6
2008	345	-4,2	181	-2,7
2009 ^b	262	-24,1	80	-55,8
Total	19571		11684	

(a) Tratamientos antirretrovirales de gran eficacia (TARGA)

(b) Los datos del año 2009 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

Gráfico 1
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009.
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)

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; UDI (Usuario de drogas inyectadas); HTX (Heterosexual)

Sexo y edad de diagnóstico

Del total de casos notificados el 79,9% son hombres. La razón de masculinidad (hombres/mujeres) es de 4,0. Entre 2004 y 2008 los nuevos diagnósticos disminuyeron un 31% en hombres y un 19% en mujeres. (Tabla 2).

Tabla 2
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009
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	
1983	7	87,5	1	12,5	8	7,0
1984	15	93,7	1	6,3	16	15,0
1985	55	87,3	8	12,7	63	6,9
1986	126	81,8	28	18,2	154	4,5
1987	233	85,0	41	15,0	274	5,7
1988	525	80,3	129	19,7	654	4,1
1989	731	83,1	149	16,9	880	4,9
1990	836	84,3	156	15,7	992	5,4
1991	994	82,4	212	17,6	1206	4,7
1992	1097	81,6	247	18,4	1344	4,4
1993	1131	80,2	279	19,8	1410	4,1
1994	1491	79,2	391	20,8	1882	3,8
1995	1420	81,0	334	19,0	1754	4,3
1996	1319	79,5	340	20,5	1659	3,9
1997	879	76,3	273	23,7	1152	3,2
1998	696	76,7	211	23,3	907	3,3
1999	533	76,9	160	23,1	693	3,3
2000	518	77,4	151	22,6	669	3,4
2001	476	81,6	107	18,4	583	4,4
2002	387	75,7	124	24,3	511	3,1
2003	405	80,2	100	19,8	505	4,1
2004	377	77,9	107	22,1	484	3,5
2005	326	79,5	84	20,5	410	3,9
2006	313	79,6	80	20,4	393	3,9
2007	282	78,3	78	21,7	360	3,6
2008	259	75,1	86	24,9	345	3,0
2009 ¹	205	78,2	57	21,8	262	3,6
TOTAL	15637	79,9	3934	20,1	19571	4,0

(1) Los datos del año 2009 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 (48,7%) ó entre 20 y 29 años (26%). Entre 2004 y 2008 han disminuido los casos diagnosticados en todos los grupos de edad pero con distinta intensidad, un 43,7% en el grupo de 20-29 años de edad al diagnóstico, 38% en aquellos entre 30-39 años, un 28,9% en los casos que tenían 50 ó más años de edad al diagnóstico y 11,2% en los casos diagnosticados con 40-49 años de edad (Tablas 3 y 4).

Tabla 3
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ^a	Datos acumulados 1982-2009
GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA^b							
<13	2	0	1	1	1	1	260
13-19	2	0	2	0	2	0	88
20-29	48	43	46	49	27	34	5089
30-39	205	164	154	118	127	89	9536
40-49	151	158	151	144	134	97	3223
50-59	51	27	25	33	44	32	909
60 y más	25	18	14	15	10	9	461
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA^c							
UDI	182	162	144	97	99	63	10226
HTX	72	58	60	50	48	31	1264
HSH	103	78	78	100	83	87	3295
HD/TF	2	1	0	0	1	1	173
Vertical	0	0	0	0	0	0	3
Desconocido/Otros	11	16	16	20	11	9	368
No consta	6	11	14	14	16	14	176
SUBTOTAL	376	326	312	281	258	205	15505
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA^c							
UDI	34	34	30	30	34	18	2421
HTX	70	47	48	46	48	34	1246
HD/TF	0	1	0	0	2	1	47
Vertical	0	0	1	0	0	1	4
Desconocido/Otros	2	1	1	1	1	0	74
No consta	0	1	0	1	1	2	27
SUBTOTAL	106	84	80	78	86	56	3819
CASOS PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)							
Vertical	2	0	0	0	1	1	237
Otros	0	0	1	1	0	0	23
SUBTOTAL	2	0	1	1	1	1	260
RETRASO DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN VIH RESPECTO AL DE SIDA^{d,e}							
Diagnóstico tardío	203	170	180	162	147	124	7426
Diagnóstico precoz	269	218	186	185	188	127	11365
PAÍS DE ORIGEN							
España	398	325	271	236	226	155	18200
Otro	86	85	122	124	119	107	1371
TOTAL	484	410	393	360	345	262	19571

(a) Los datos del año 2009 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(b) En 5 casos no consta la edad al diagnóstico de sida

(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

Tabla 4
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009
Grupos de edad por año diagnóstico de sida

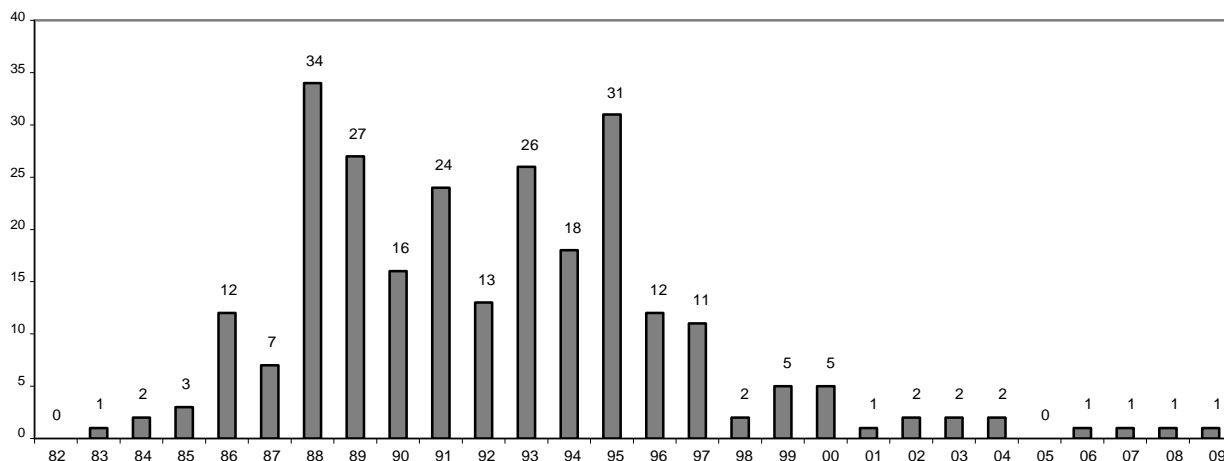
Año	No consta	<13	13-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>59	TOTAL
1982	0	0	0	0	1	0	0	0	1
1983	0	1	0	4	2	1	0	0	8
1984	0	2	1	6	3	3	1	0	16
1985	0	3	2	41	10	5	2	0	63
1986	0	12	4	81	47	9	0	1	154
1987	2	7	3	148	89	13	11	1	274
1988	0	34	3	335	219	45	12	6	654
1989	0	27	14	439	294	78	23	5	880
1990	0	16	6	443	409	79	22	17	992
1991	1	24	8	464	557	108	24	20	1206
1992	1	13	5	489	611	158	40	27	1344
1993	0	26	7	417	703	167	54	36	1410
1994	1	18	6	504	1016	234	67	36	1882
1995	0	31	6	416	972	227	62	40	1754
1996	0	12	5	353	996	207	58	28	1659
1997	0	11	1	202	647	192	68	31	1152
1998	0	2	2	152	511	165	53	22	907
1999	0	5	2	90	413	126	34	23	693
2000	0	5	0	83	373	147	39	22	669
2001	0	1	2	63	297	151	45	24	583
2002	0	2	4	64	263	121	41	16	511
2003	0	2	1	48	246	152	41	15	505
2004	0	2	2	48	205	151	51	25	484
2005	0	0	0	43	164	158	27	18	410
2006	0	1	2	46	154	151	25	14	393
2007	0	1	0	49	118	144	33	15	360
2008	0	1	2	27	127	134	44	10	345
2009 ^a	0	1	0	34	89	97	32	9	262
TOTAL	5	260	88	5089	9536	3223	909	461	19571

(a) Los datos del año 2009 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

De los casos notificados y diagnosticados en 2009, el 71% tenía entre 30 y 49 años, este porcentaje fue de 75,6% en el año 2008. La mediana de edad al diagnóstico fue de 41 años en hombres y 39 en las mujeres. En 2008 y 2009 hubo dos casos diagnosticados en menores de 13 años, un niño y una niña nacidos en África subsahariana, que adquirieron el VIH por transmisión vertical en sus países, desarrollando posteriormente sida en España.

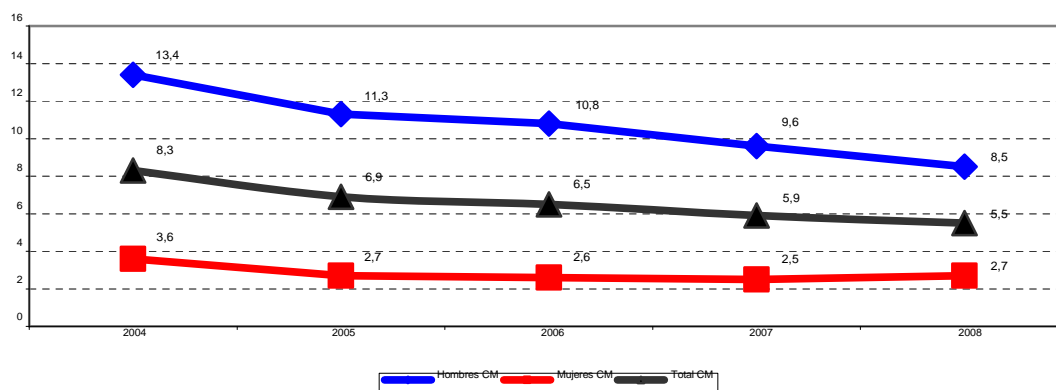
Entre 1998 y 2009 sólo se han diagnosticado 23 casos de sida pediátrico, frente a los 237 casos diagnosticados en los años previos, 19 de los 23 fueron por transmisión vertical. El gran descenso de casos de sida pediátrico observado desde la introducción de los TARGA en 1997, se debe sobre todo a la 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 31-12-2009 por año de diagnóstico de sida



Con respecto a las tasas de incidencia de casos de sida en el año 2008, éstas fueron de 8,5 por cien mil habitantes entre los hombres y de 2,7 por cien mil habitantes entre las mujeres, menores a las observadas en los años previos salvo en mujeres que se mantiene (Gráfico 3). Las tasas más altas se observaron en los hombres en todos los grupos de edad: 14,8 casos por cien mil habitantes en el grupo de 30 a 39 años, 21,7 en el de 40 a 49 años. En las mujeres las tasas más altas se observaron en el grupo de 40 a 49 con 6,0 casos por cien mil y el grupo de 30 a 39 con 6,3 casos por cien mil. Se ve un progresivo descenso por grupos de edad, siendo más acusado en hombres de 20-29 años (6,3 vs 3,4) y de 30-39 años (29,4 vs 14,8). (Gráfico 4).

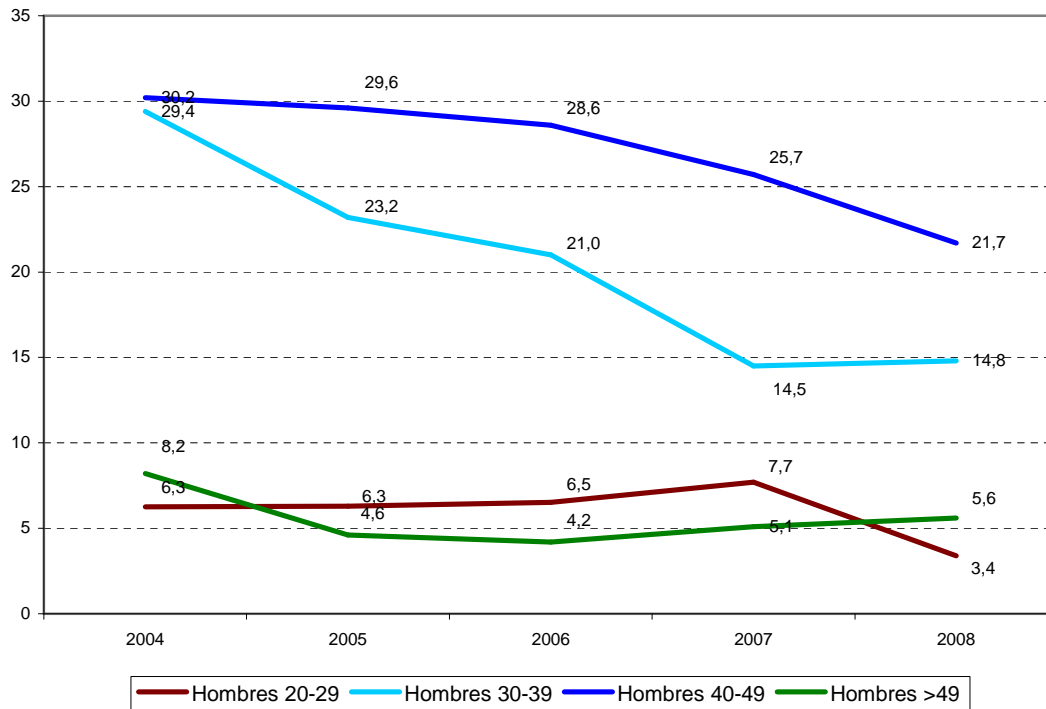
Gráfico 3
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados (2004-2008).
Tasas de incidencia de casos de sida por 100.000 habitantes y año según sexo



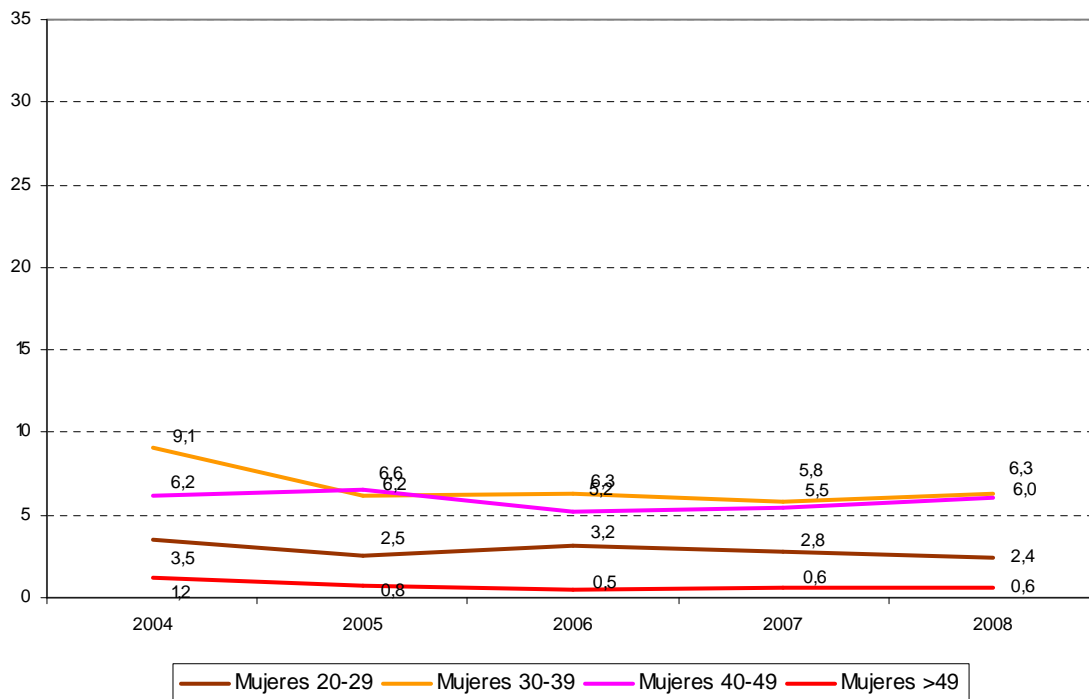
* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM

Gráfico 4
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados (2004-2008):
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 2004 y 2008, los nuevos casos de sida disminuyeron un 38,4% en el grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables (UDI), 45,6% en hombres, mientras que en mujeres se mantiene el número. En los hombres que tienen relaciones con otros hombres (HSH) disminuyó un 19,4% mientras que la transmisión por vía heterosexual (HTX) disminuyó un 33,3% en hombres y un 31,4% en mujeres. A partir del año 2002, 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 31-12-2009. Grupos de transmisión por año de diagnóstico de sida

AÑO DIAGNÓSTICO	GRUPO DE TRANSMISIÓN ^a																			
	No consta		UDI		HSH		HTX		Sexual s.e.		HD/TF		Vertical		Otros		Desconocido		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%	N	%	N	N	%	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1982-1983	0	0,0	3	33,3	4	44,4	0	0,0	0	0,0	2	22,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0
1984	0	0,0	6	37,5	4	25,0	0	0,0	0	0,0	5	31,2	0	0,0	0	0,0	1	6,3	16	100,0
1985	0	0,0	50	79,3	8	12,7	0	0,0	0	0,0	2	3,2	3	4,8	0	0,0	0	0,0	63	100,0
1986	0	0,0	105	68,2	26	16,9	5	3,3	0	0,0	11	7,1	7	4,5	0	0,0	0	0,0	154	100,0
1987	0	0,0	184	67,2	61	22,3	10	3,6	0	0,0	8	2,9	6	2,2	0	0,0	5	1,8	274	100,0
1988	3	0,5	481	73,6	84	12,8	30	4,6	0	0,0	23	3,5	29	4,4	0	0,0	4	0,6	654	100,0
1989	3	0,3	646	73,5	133	15,1	40	4,5	0	0,0	25	2,9	25	2,8	0	0,0	8	0,9	880	100,0
1990	2	0,2	739	74,5	146	14,7	57	5,8	0	0,0	19	1,9	16	1,6	1	0,1	12	1,2	992	100,0
1991	5	0,4	875	72,6	181	15,0	77	6,4	0	0,0	21	1,7	24	2,0	1	0,1	22	1,8	1206	100,0
1992	7	0,5	928	69,0	235	17,5	105	7,8	0	0,0	20	1,5	12	0,9	1	0,1	36	2,7	1344	100,0
1993	12	0,9	949	67,3	241	17,1	132	9,4	0	0,0	16	1,1	26	1,8	1	0,1	33	2,3	1410	100,0
1994	22	1,2	1320	70,1	274	14,5	194	10,3	0	0,0	19	1,0	18	1,0	3	0,2	32	1,7	1882	100,0
1995	6	0,3	1218	69,4	257	14,6	189	10,8	0	0,0	17	1,0	31	1,8	3	0,2	33	1,9	1754	100,0
1996	4	0,2	1140	68,7	252	15,2	199	12,0	0	0,0	17	1,0	11	0,7	1	0,1	35	2,1	1659	100,0
1997	5	0,4	790	68,6	170	14,7	155	13,5	0	0,0	4	0,3	10	0,9	0	0,0	18	1,6	1152	100,0
1998	9	1,0	592	65,3	142	15,7	139	15,3	0	0,0	1	0,1	3	0,3	0	0,0	21	2,3	907	100,0
1999	11	1,6	453	65,4	106	15,3	100	14,4	0	0,0	4	0,6	5	0,7	0	0,0	14	2,0	693	100,0
2000	6	0,9	398	59,5	115	17,2	124	18,5	0	0,0	2	0,3	5	0,8	2	0,3	17	2,5	669	100,0
2001	11	1,9	311	53,3	128	22,0	101	17,3	0	0,0	5	0,9	3	0,5	2	0,3	22	3,8	583	100,0
2002	10	2,0	271	53,0	97	19,0	110	21,5	0	0,0	4	0,8	3	0,6	1	0,2	15	2,9	511	100,0
2003	7	1,4	258	51,1	102	20,2	121	23,9	0	0,0	5	1,0	1	0,2	3	0,6	8	1,6	505	100,0
2004	6	1,3	216	44,6	103	21,3	142	29,3	0	0,0	2	0,4	2	0,4	1	0,2	12	2,5	484	100,0
2005	12	2,9	196	47,8	78	19,0	105	25,6	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	17	4,2	410	100,0
2006	14	3,5	174	44,3	78	19,8	108	27,5	1	0,3	1	0,3	1	0,3	1	0,3	15	3,7	393	100,0
2007	15	4,1	127	35,3	100	27,8	96	26,7	2	0,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	19	5,3	360	100,0
2008	17	4,9	133	38,5	83	24,1	96	27,8	1	0,3	3	0,9	1	0,3	1	0,3	10	2,9	345	100,0
2009 ^b	16	6,1	81	30,9	87	33,2	65	24,8	5	1,9	2	0,8	2	0,8	0	0,0	4	1,5	262	100,0
TOTAL	203	1,0	12644	64,6	3295	16,8	2500	12,8	9	0,1	241	1,2	244	1,3	22	0,1	413	2,1	19571	100,0

(a) 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; s.e: sin especificar.

(b) Los datos del año 2009 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

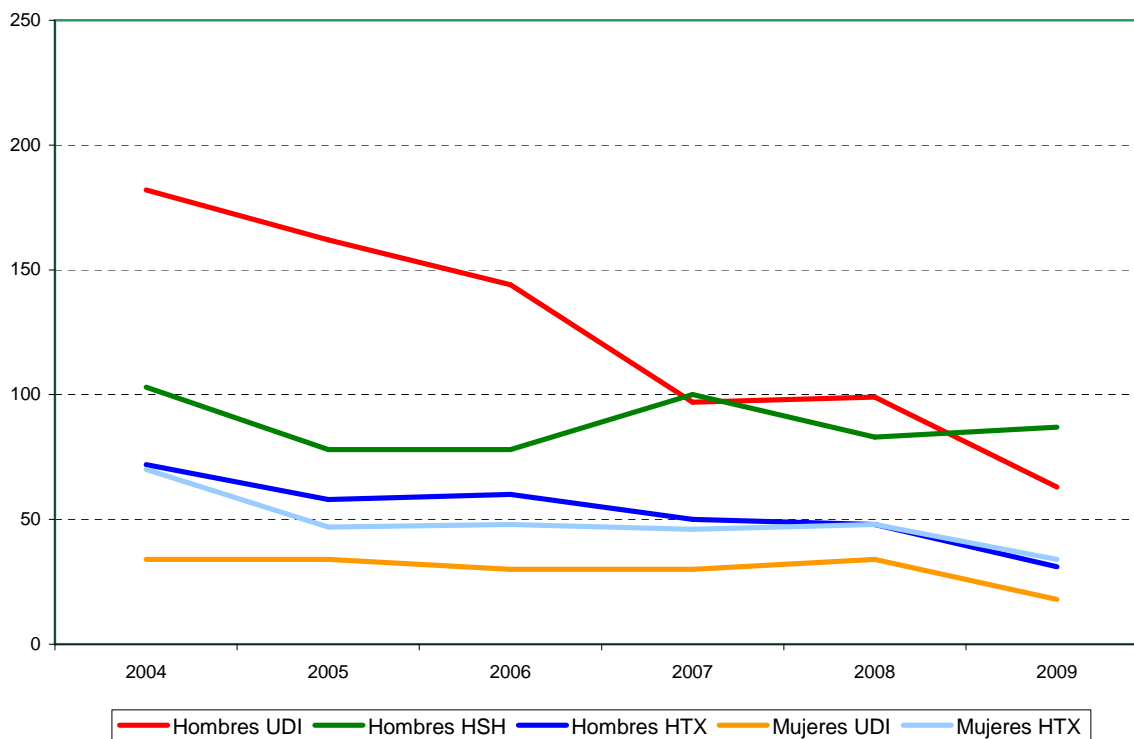
Tabla 6
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009 en
adolescentes/adultos* por año de diagnóstico de sida, sexo y grupo de transmisión^a

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	6	4	0	3	13	0	0	1	1	14
1985	43	8	0	2	53	7	0	0	7	60
1986	85	26	1	6	118	20	4	0	24	142
1987	156	61	5	8	230	28	5	4	37	267
1988	388	84	13	19	504	93	17	6	116	620
1989	537	133	18	30	718	109	22	4	135	853
1990	617	146	35	30	828	122	22	4	148	976
1991	727	181	37	41	986	148	40	8	196	1182
1992	752	235	54	51	1092	176	51	12	239	1331
1993	761	241	68	48	1118	188	64	14	266	1384
1994	1060	274	90	58	1482	260	104	18	382	1864
1995	1004	257	98	46	1405	214	91	13	318	1723
1996	914	252	99	47	1312	226	100	9	335	1647
1997	610	170	75	19	874	180	80	7	267	1141
1998	459	142	70	25	696	133	69	7	209	905
1999	354	106	48	22	530	99	52	7	158	688
2000	313	115	65	23	516	85	59	4	148	664
2001	253	128	57	37	475	58	44	5	107	582
2002	214	97	52	23	386	57	58	8	123	509
2003	223	102	60	18	403	35	61	4	100	503
2004	182	103	72	19	376	34	70	2	106	482
2005	162	78	58	28	326	34	47	3	84	410
2006	144	78	60	30	312	30	48	2	80	392
2007	97	100	50	34	281	30	46	2	78	359
2008	99	83	48	28	258	34	48	4	86	344
2009 ^b	63	87	31	24	205	18	34	4	56	261
TOTAL	10226	3295	1264	720	15505	2418	1236	152	3806	19311

* Se excluyen casos pediátricos (12 años ó menos)

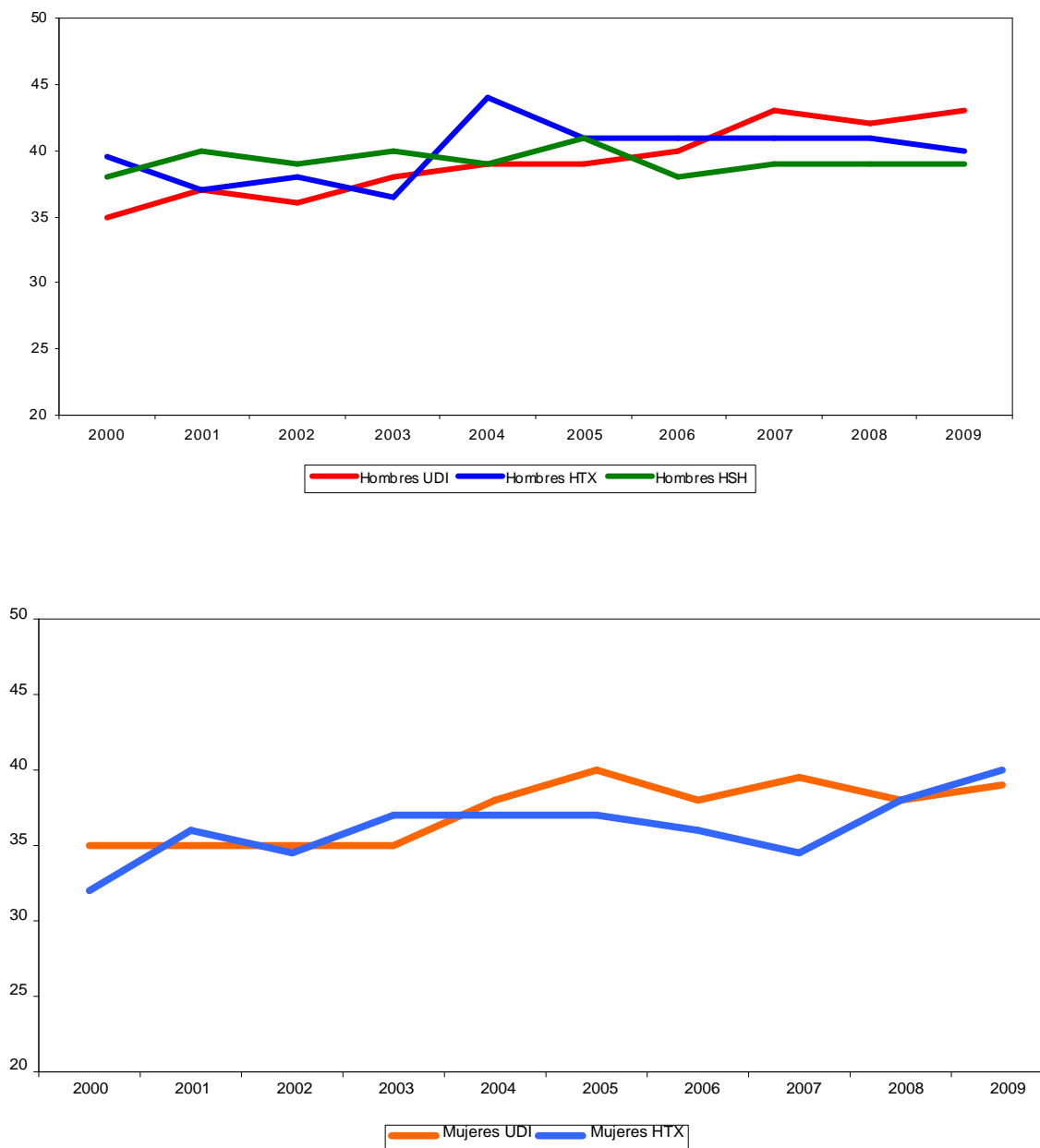
(a) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables; HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; HTX: heterosexual; Otros: Incluye los receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminados, los infectados por transmisión vertical, los que no reconocen ningún mecanismo de transmisión y aquellos en los que no consta. (b) Los datos del año 2009 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 (2004-2009)



La mediana de edad al diagnóstico de sida continúa aumentando en los hombres UDI, aunque en mujeres se observa que la mediana se mantiene estable los últimos años. En HSH y hombres que adquirieron el VIH por vía HTX se observa una tendencia estable en la mediana de edad. En las mujeres HTX la mediana presenta una tendencia irregular en estos años (Gráfico 6). En el año 2004 y 2008 la mediana de edad al diagnóstico en UDI fue de 39 y 42 años respectivamente en los hombres y de 38 años en las mujeres en ambos años, en infectados por vía HTX fue de 44 y 41 años en hombres y de 37 y 38 en mujeres y en HSH fue de 39 años en 2004 y 2008.

Gráfico 6
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009
Mediana de edad al diagnóstico de sida por sexo y grupo de transmisión 2000-2009



De los 205 casos en hombres adolescentes/adultos diagnosticados en 2009, el 30,7% (63) han sido o son UDI, 87 casos (42,4%) refieren haberse infectado por relaciones homosexuales y el 15,1% (31) por relaciones heterosexuales, estos porcentajes son diferentes a los observados en el total de casos acumulados (1982-2009): 65,9% (10226), 21,2% (3295) y 8,1% (1264) respectivamente. La mediana de edad al diagnóstico en 2009 fue de 43 años en UDI, 39 en HSH y 40 en HTX.

De las 56 mujeres adolescentes/adultas diagnosticadas de sida en el año 2009, el 32,1% (18) han sido o son UDI y el 60,7% (34) refieren haberse infectado por relaciones heterosexuales, mientras que en el total de casos acumulados suponen respectivamente el 63,4% (2421) y el 32,6% (1246) de las mujeres. La mediana de edad fue de 39 años en UDI y 40 en HTX.

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

Retraso en el diagnóstico de infección VIH

El diagnóstico precoz de la infección por VIH es fundamental para disminuir la morbimortalidad. Para diferenciar el diagnóstico precoz y tardío 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 meses.

El porcentaje de casos de adolescentes/adultos diagnosticados de sida con un diagnóstico tardío de la infección VIH ha seguido una tendencia creciente (en 1997 era de 27,5%), si bien en 2007 y 2008 disminuyó este porcentaje (46,7% y 43,9%). En 2009 volvió a subir a 49,6% de los casos. Dentro de los casos de sida con retraso diagnóstico, la mayoría corresponde a diagnósticos simultáneos de VIH y sida (Tabla 7, Gráfico 7).

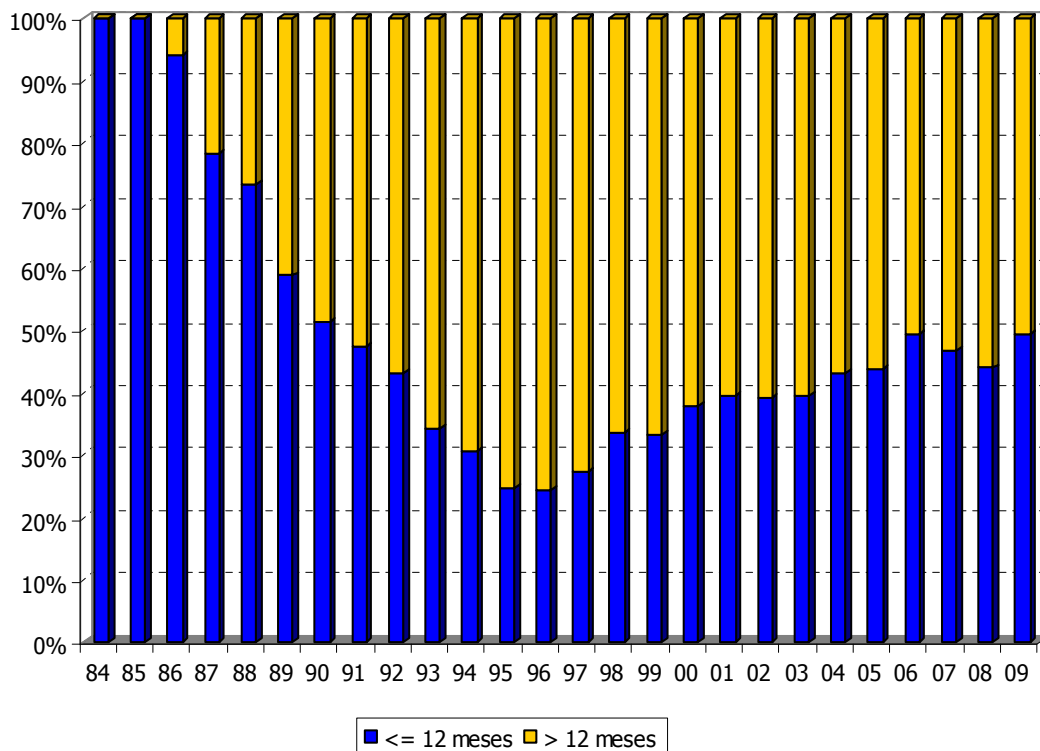
Tabla 7
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009 en
adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical.
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de sida por año diagnóstico de sida

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	%
1983	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
1984	13	100,0	0	0,0	0	0,0	13	100,0
1985	37	61,7	23	38,3	0	0	60	100,0
1986	101	72,7	30	21,6	8	5,7	139	100,0
1987	155	58,9	51	19,4	57	21,7	263	100,0
1988	326	53,7	119	19,6	162	26,7	607	100,0
1989	367	44,1	121	14,6	343	41,3	831	100,0
1990	374	39,6	112	11,8	459	48,6	945	100,0
1991	403	34,9	145	12,5	607	52,6	1155	100,0
1992	400	31,3	152	11,9	726	56,8	1278	100,0
1993	330	24,7	126	9,4	882	65,9	1338	100,0
1994	396	22,0	157	8,7	1248	69,3	1801	100,0
1995	308	18,3	106	6,3	1269	75,4	1683	100,0
1996	273	17,0	118	7,4	1214	75,6	1605	100,0
1997	225	20,1	80	7,2	812	72,7	1117	100,0
1998	241	26,9	59	6,6	596	66,5	896	100,0
1999	183	27,1	42	6,2	450	66,7	675	100,0
2000	201	30,6	48	7,3	408	62,1	657	100,0
2001	190	33,0	37	6,4	349	60,6	576	100,0
2002	161	32,2	34	6,8	305	61,0	500	100,0
2003	154	31,4	40	8,1	297	60,5	491	100,0
2004	172	36,4	31	6,6	269	57,0	472	100,0
2005	152	39,2	18	4,6	218	56,2	388	100,0
2006	157	42,9	23	6,3	186	50,8	366	100,0
2007	134	38,6	28	8,1	185	53,3	347	100,0
2008	129	38,5	18	5,4	188	56,1	335	100,0
2009 ^b	110	43,8	14	5,6	127	50,6	251	100,0
TOTAL	5694	30,3	1732	9,2	11365	60,5	18791	100,0

(a) No se incluyen casos pediátricos (edad ≤ 12 años), ni casos de adultos infectados por transmisión vertical ni 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 2009 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos.

Gráfico 7
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009
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 2004-2008 (Tabla 8), el 45,3% 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 (72%) y en los mayores de 49 años (64,3%). 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 86,3% de los hombres y un 87,7% de las mujeres, en cambio el 66,2% de los HSH tuvo un diagnóstico tardío, igual que el 72,4% de los hombres HTX y el 67,1% de las mujeres HTX.

Tabla 8
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados entre 2004 y 2009:
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de sida

	2004-2008 ^a						2009 ^a					
	≤ 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	80,0	1	20,0	5	100,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
13-19	3	50,0	3	50,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-29	144	72,0	56	28,0	200	100,0	23	71,9	9	28,1	32	100,0
30-39	299	40,6	438	59,4	737	100,0	38	44,2	48	55,8	86	100,0
40-49	258	36,2	455	63,8	713	100,0	35	37,2	59	62,8	94	100,0
50-59	106	60,6	69	39,4	175	100,0	21	67,7	10	32,3	31	100,0
60 y más	52	67,5	25	32,5	77	100,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0
MECANISMO DE TRANSMISIÓN^b												
Hombres adolescentes/adultos al diagnóstico de sida												
HSH	288	66,2	147	33,8	435	100,0	60	70,6	25	29,4	85	100,0
UDI	89	13,7	562	86,3	651	100,0	7	11,7	53	88,3	60	100,0
HTX	205	72,4	78	27,6	283	100,0	19	67,9	9	32,1	28	100,0
HD/TF	0	0,0	4	100,0	4	100,0	1	100,0	0	0,0	1	0,0
Desconocido/Otros	51	72,8	19	27,2	70	100,0	5	55,5	4	44,5	9	100,0
No consta	36	72,0	14	28,0	50	100,0	11	78,6	3	21,4	14	100,0
Subtotal	669	44,8	824	55,2	1493	100,0	103	52,3	94	47,7	197	100,0
Mujeres adolescentes/adultos al diagnóstico de sida												
UDI	19	12,3	136	87,7	155	100,0	0	0,0	18	100,0	18	100,0
HTX	167	67,1	82	32,9	249	100,0	21	63,6	12	36,4	33	100,0
HD/TF	1	33,3	2	66,7	3	100,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Vertical	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	1	0,0
Desconocido/Otros	5	83,3	1	16,7	6	100,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
No consta	1	100,0	0	0,0	1	100,0	21	38,9	33	61,1	54	100,0
Subtotal	193	46,5	222	53,5	415	100,0	0	0,0	18	100,0	18	100,0
Casos pediátricos (<13 años al diagnóstico de sida)												
HD/TF	2	100,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vertical	2	66,7	1	33,3	3	100,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Subtotal	4	80,0	1	20,0	5	100,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
PAÍS DE ORIGEN												
España	486	34,9	907	65,1	1393	100,0	54	36,2	95	63,8	149	100,0
Otro	380	73,1	140	26,9	520	100,0	70	68,0	33	32,0	103	100,0
TOTAL												
	866	45,3	1047	54,7	1913	100,0	124	49,2	128	50,8	252	100,0

(a) Hay 79 casos diagnosticados entre 2004 y 2008 sin fecha de detección de infección VIH que no se han incluido. Hay 10 casos diagnosticados en el año 2009 sin fecha de detección de infección VIH que no se han incluido. Los datos del 2009 están incompletos por retraso de la notificación.

(b) 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

Del total de pacientes diagnosticados de sida y de los cuales conocemos el país de nacimiento, el 7% no habían nacido en España. En el periodo 2004-2009 este porcentaje es del 28,5%, aumentando de un 17,8% en 2004 a 40,8% en 2009 (Tabla 9). Respecto a la tendencia, el número total de casos de sida se mantiene estable, pero dado que los casos de sida en la

población autóctona están disminuyendo, en términos relativos, el porcentaje de casos en personas nacidas fuera de España aumenta a lo largo del período (Gráfico 8). Si analizamos las tasas de incidencia de los casos de sida en personas nacidas fuera de España (Gráfico 9), vemos que éstas son mayores que las de la población nacida en España. Ambas series presentan la misma tendencia, es decir una disminución progresiva de las tasas de incidencia, salvo en el año 2006 donde se produjo un aumento de incidencia en extranjeros.

Tabla 9
Casos de sida de la CM notificados hasta 31-12-2009
y diagnosticados entre 2004 y 2009 por país de origen

AÑO DE DIAGNÓSTICO		PAÍS DE ORIGEN				TOTAL	
		ESPAÑA		OTRO			
		N	%	N	%	n	%
	2004	398	82,2	86	17,8	484	100,0
	2005	325	79,3	85	20,7	410	100,0
	2006	271	69,0	122	31,0	393	100,0
	2007	236	65,6	124	34,4	360	100,0
	2008	226	65,5	119	34,5	345	100,0
	2009^a	155	59,2	107	40,8	262	100,0
		1611	71,5	643	28,5	2254	100,0
SEXO							
	Hombres	1289	80,0	473	73,6	1762	78,2
	Mujeres	322	20,0	170	26,4	492	21,8
		1611	100,0	643	100,0	2254	100,0
GRUPO DE EDAD							
	<13	2	0,1	4	0,6	6	0,3
	13-19	2	0,1	4	0,6	6	0,3
	20-29	103	6,4	144	22,4	247	11,0
	30-39	586	36,4	271	42,1	857	38,0
	40-49	679	42,2	156	24,3	835	37,0
	50-59	157	9,7	55	8,6	212	9,4
	60+	82	5,1	9	1,4	91	4,0
		1611	100,0	643	100,0	2254	100,0
GRUPO DE TRANSMISIÓN^b							
Hombres	UDI	694	53,8	53	11,2	747	42,4
	HTX	161	12,5	158	33,4	319	18,1
	HSH	334	25,9	195	41,2	529	30,0
	HD/TF	4	0,3	3	0,7	7	0,4
	Vertical	1	0,1	1	0,2	2	0,1
	Desconocido/otros	47	3,7	36	7,6	83	4,7
	No consta	48	3,7	27	5,7	75	4,3
	SUBTOTAL	1289	100,0	473	100,0	1762	100,0
Mujeres	UDI	173	53,7	7	4,1	180	39,6
	HTX	136	42,2	157	92,3	293	56,1
	HD/TF	0	0,0	4	2,4	4	0,8
	Vertical	3	0,9	1	0,6	4	0,5
	Desconocido/otros	5	1,6	1	0,6	6	1,9
	No consta	5	1,6	0	0,0	5	1,1
	SUBTOTAL	322	100,0	170	100,0	492	100,0
	MESES ENTRE DIAGNÓSTICO VIH Y SIDA^c						
	0 – 3	475	30,8	383	61,4	858	39,6
	4 – 12	65	4,2	67	10,8	132	6,1
	> 12	1002	65,0	173	27,8	1175	54,3
		1542	100,0	623	100,0	2165	100,0

(a) Los datos del año 2009 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(b) 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

(c) Hay 89 casos diagnosticados sin fecha de detección de infección VIH que no se han incluido

Entre los pacientes diagnosticados de sida entre 2004 y 2009, con país de origen diferente a España, el 73,6% son hombres. El 41,2% de los hombres referían prácticas sexuales con otros hombres, el 33,4% de los hombres y el 92,4% de las mujeres se habían infectado por vía heterosexual, y el 11,2% de los hombres y el 4,1% de las mujeres eran UDI.

El retraso diagnóstico de infección por VIH en casos de sida es bastante mayor en la población no originaria de España, un 72,2% en esta población frente a un 35% de la población autóctona. Un 61,4% tuvo un diagnóstico simultáneo de infección VIH y de sida (3 meses o menos entre ambos).

Gráfico 8
Porcentaje de casos de sida por país de origen y año de diagnóstico

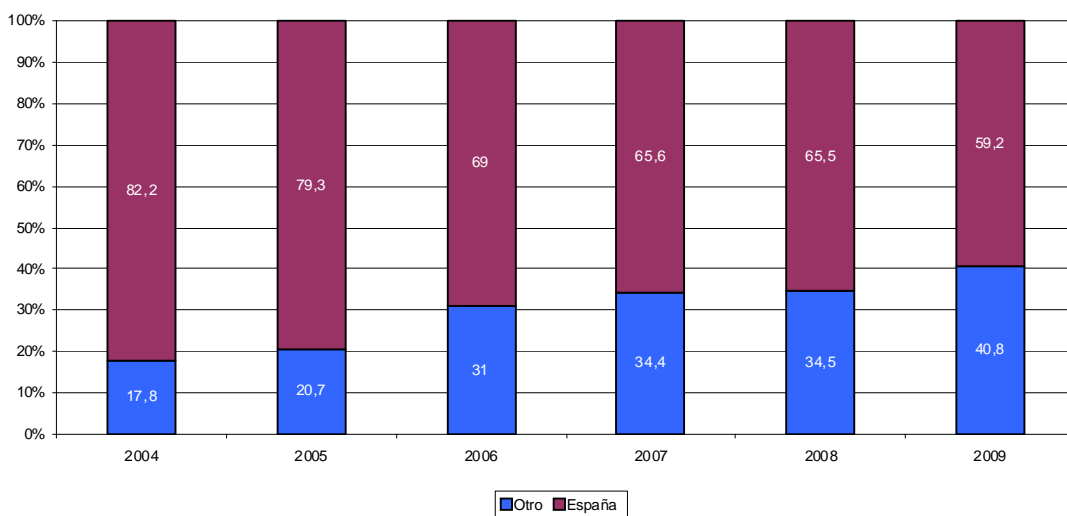
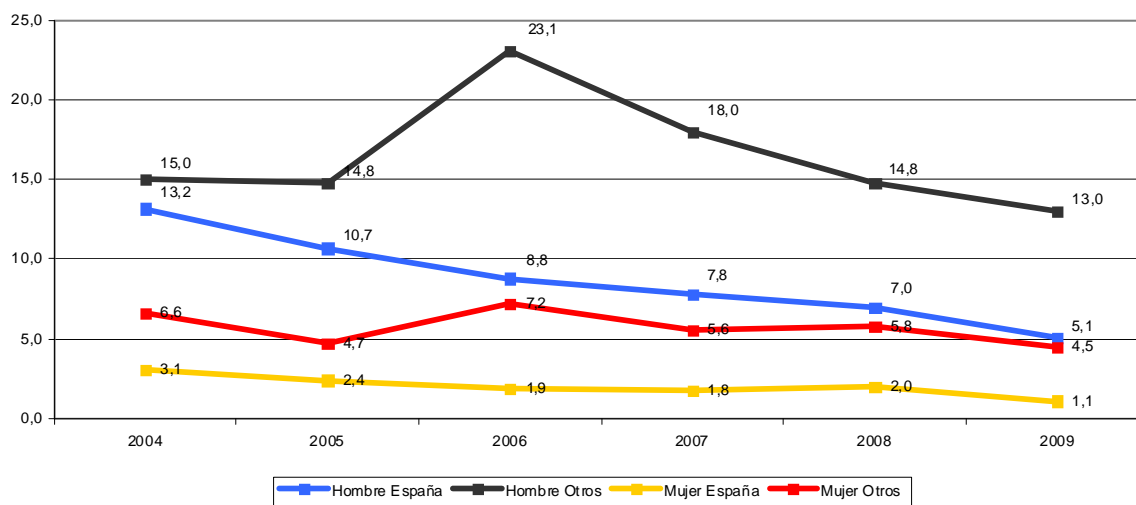


Gráfico 9
Incidencia de casos de sida por país de origen y año de diagnóstico
(Tasa x 100.000 hab.)



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. Algunas enfermedades diagnósticas de sida han aumentado en términos porcentuales como la histoplasmosis diseminada, la isosporiasis etc.. (Tablas 10 y 11).

Tabla 10
Casos de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009 en adolescentes/adultos (>12 años). Enfermedades al diagnóstico de sida. Antes (1982-1996) y después (1997-2009) de la introducción de los TARGA

	1982-1996		1997-2009 ^a	
	N	%	N	%
Candidiasis esofágica	2336	16,5	894	11,0
Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar	36	0,3	18	0,2
Coccidiomicosis diseminada	1	0,0	0	0,0
Criptococosis extrapulmonar	122	0,9	104	1,3
Herpes simple mucocutáneo crónico	134	0,9	56	0,7
Herpes simple bronco-pulmonar y/o esofágico	35	0,2	34	0,4
Criptosporidiasis intestinal	254	1,8	83	1,0
Histoplasmosis diseminada	4	0,0	22	0,3
Isosporiasis	16	0,1	15	0,2
Enfermedad por CMV	132	0,9	180	2,2
Retinitis CMV	208	1,5	78	1,0
Neumonía <i>P. jirovecii</i>	2731	19,3	1457	17,9
Toxoplasmosis cerebral	873	6,2	361	4,4
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	233	1,6	276	3,4
Enf. MAI o <i>Kansasii</i> disem/extrapulmonar	205	1,5	119	1,5
TBC diseminada/extrapulmonar	2899	20,5	1117	13,8
Otras micobacterias	79	0,6	52	0,6
Sepsis de repetición por <i>Salmonella</i>	53	0,4	14	0,2
Sarcoma de Kaposi	691	4,9	417	5,1
Linfoma cerebral primario	38	0,3	26	0,3
Linfoma no Hodgkin	312	2,2	315	3,9
Encefalopatía VIH	442	3,1	221	2,7
Caquexia VIH	889	6,3	539	6,6
Tuberculosis pulmonar (>12 años)	1008	7,1	916	11,3
Neumonías bacterianas repetición (>12 años)	373	2,6	733	9,0
Carcinoma invasivo de cervix	33	0,2	70	0,9
NÚMERO TOTAL DE CASOS^b	14137	100	8117	100

(a) Los datos del año 2009 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(b) Los casos de sida pueden tener más de una enfermedad diagnóstica

Tabla 11
Casos pediátricos (≤ 12 años) de sida de la CM notificados y diagnosticados hasta 31-12-2009. Enfermedades al diagnóstico de sida. Antes (1982-1996) y después (1997-2009) de la introducción de los TARGA

	1982-1996		1997-2009 ^a	
	N	%	n	%
Candidiasis esofágica	25	8,8	6	15,4
Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar	17	6,0	0	0,0
Herpes simple mucocutáneo crónico	4	1,4	0	0,0
Criptosporidiasis intestinal	8	2,8	0	0,0
Histoplasmosis diseminada	0	0,0	1	2,6
Enfermedad por CMV	16	5,7	1	2,6
Retinitis CMV	0	0,0	1	2,6
Neumonía <i>P. jirovecii</i>	30	10,6	7	17,9
Toxoplasmosis cerebral	0	0,0	1	2,6
TBC diseminada/extrapulmonar	3	1,1	2	5,1
Sepsis de repetición por <i>Salmonella</i>	1	0,4	0	0,0
N. Intersticial linfoide	36	12,7	0	0,0
Inf. bacteriana recurrentes graves (<13 años)	68	24,0	2	5,1
Linfoma no Hodgkin	4	1,4	2	5,1
Encefalopatía VIH	53	18,7	12	30,8
Caquexia VIH	18	6,4	4	10,2
NÚMERO TOTAL DE CASOS^b	283	100,0	39	100,0

(a) Los datos del año 2009 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(b) Los casos de sida pueden tener más de una enfermedad diagnóstica

Hepatitis C

La presencia o no de anticuerpos anti-VHC está recogida en el 62,2% de los casos diagnosticados de sida en el año 2009. De aquellos en los que consta el resultado, tienen anticuerpos anti-VHC positivos el 97% de los UDI, el 15% de los HTX y el 7,5% de los HSH.

Prevalencia de casos de sida a 31 de diciembre de 2009

A finales del año 2009 había 7.887 casos de sida de los que no se tenía constancia de su fallecimiento. La distribución por sexo muestra que el 77,1% (6.007) de los adolescentes/adultos vivos con sida son hombres, de ellos, el 26,4% son HSH, el 57% son o han sido UDI y el 12,1% se han infectado por contacto heterosexual. De las 1.780 mujeres adolescentes/adultas que viven con sida, el 41,3% se han infectado por contacto heterosexual y el 55,4% son o han sido UDI. De los 100 casos de sida vivos que fueron diagnosticados antes de los 13 años de edad, el 96% se infectaron por transmisión vertical y el resto por transfusiones o hemoderivados.

El 13,9% (1.099) de los casos de sida vivos habían nacido en un país diferente de España, de ellos, el 73,6% son hombres y el 43,6% (479 casos) se habían infectado por contacto heterosexual, un 30,7% son HSH y sólo 17,4% han sido o son UDI.

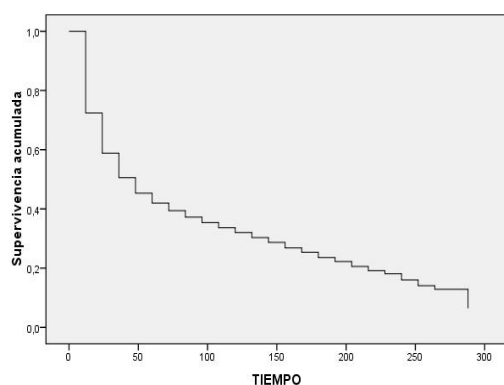
A finales del año 2009, la prevalencia de sida en la CM era de 123,5 casos/100.000 habitantes, en hombres 195,6 casos/100.000 y en mujeres 55,6 casos/100.000. (Padrón continuo 2009. Instituto de Estadística de la CM).

Supervivencia de los casos de sida. Enero 1982 – septiembre 2010

Entre 1982 y septiembre de 2010 se han atendido en la Comunidad de Madrid (CM) un total de 20.719 pacientes diagnosticados de sida. Se ha estudiado la supervivencia de la totalidad de personas con sida atendidas en la CM mediante análisis actuarial. La mediana de supervivencia ha sido de 37,2 meses (Gráfico 10)

Gráfico 10

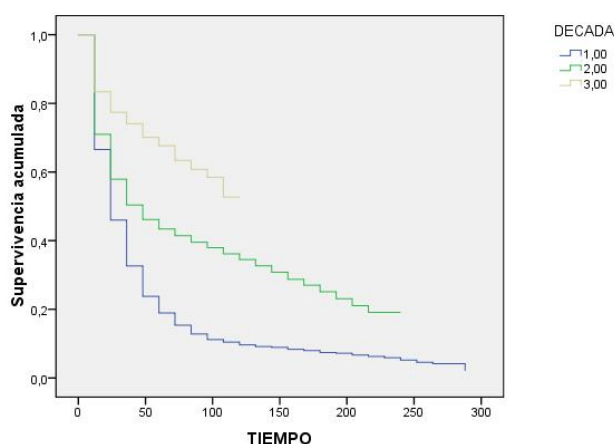
Función de supervivencia



- Década 1 (1982-1990; n = 3.342) Mediana 21.6 meses
- Década 2 (1991-2000; n = 13.339) Mediana 37.1 meses
- Década 3 (2001-2010); n = 4.029) Mediana 108.0 meses

Gráfico 11

Función de supervivencia



Se han realizado curvas y tablas de supervivencia dependiendo del sexo, edad, mecanismo de transmisión y país de origen. Los resultados se exponen en la Tabla 12. Las mujeres presentaron una mediana de supervivencia de 51,3 meses, frente a los 35,0 meses de los varones. Los pacientes con más de 50 años de edad presentaron una mediana de supervivencia menor que la de los más jóvenes (21,0 meses vs 38,4 meses). Los usuarios de drogas tienen

una mediana de supervivencia menor a la de homo y heterosexuales. Por último, los foráneos presentan una mayor supervivencia.

Tabla 12
Mediana de supervivencia en casos de sida

VARIABLE		MUESTRA (n)	MEDIANA DE SUPERVIVENCIA(meses)
<u>Sexo</u>	Hombres	16.562	35,0
	Mujeres	4.177	51,3
<u>Edad</u>	<50 años	19.437	38,4
	≥ 50 años	1.266	21,0
<u>Mecanismo de transmisión</u>	UDI	13.298	35,3
	HSH	3.468	39,8
	HTX	2.630	86,2
	Otros	658	31,7
<u>Origen</u>	Autóctonos	19.252	34,7
	Foráneos	1.467	204,5

La mediana de supervivencia de pacientes autóctonos, según mecanismo de transmisión, edad y sexo arroja unas cifras que se exponen en la Tabla 13.

Tabla 13.
Mediana de supervivencia en pacientes con sida autóctonos

Sexo	Mecanismo de transmisión	Edad (años)	Muestra (n)	Mediana supervivencia (meses)
H	UDI	<50	10.437	33,4
H	UDI	≥ 50	83	18,8
H	HSH	<50	2.484	35,5
H	HSH	≥ 50	528	21,6
H	HTX	<50	784	69,9
H	HTX	≥ 50	247	29,8
M	UDI	<50	2.486	44,7
M	UDI	≥ 50	6	11,0
M	HTX	<50	928	75,5
M	HTX	≥ 50	71	37,3

UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables; HTX: heterosexual;
HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Sistema de información de nuevos diagnósticos de Infección por VIH

En agosto de 2010 se ha publicado la Orden 372/2010 de 15 de julio de 2010 que regula la notificación de nuevos diagnósticos de VIH. En el año 2007 se puso en marcha en la Comunidad de Madrid la recogida de información epidemiológica de nuevos diagnósticos de infección por VIH siguiendo los circuitos establecidos para la vigilancia de los casos de sida. Hasta la fecha no está completamente consolidado este sistema de notificación, por lo tanto el número de nuevas infecciones diagnosticadas en este periodo parece ser mayor del que presentamos en el informe, si bien hemos observado que el patrón epidemiológico de los nuevos diagnósticos de VIH registrados es similar al encontrado en ámbitos semejantes al nuestro.

Desde el año 2007 hasta el 31 de diciembre de 2009 se han notificado 1755 nuevos diagnósticos de infección por VIH residentes en nuestra comunidad en el momento del diagnóstico. En el año 2007, 591 casos, año 2008, 645 y año 2009, 519 nuevos diagnósticos de VIH. De ellos 451 (25,7%) han desarrollado enfermedades diagnósticas de sida. El 82,9% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 36 años (DE: 10,8). En el gráfico 12 se recoge la distribución de los nuevos diagnósticos según el grupo de edad. Un 3,3% (58) sabemos que han fallecido. La distribución por mecanismo de transmisión en hombres y mujeres se encuentra recogida en la Tabla 13.

Gráfico 12
Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH por grupos de edad y sexo

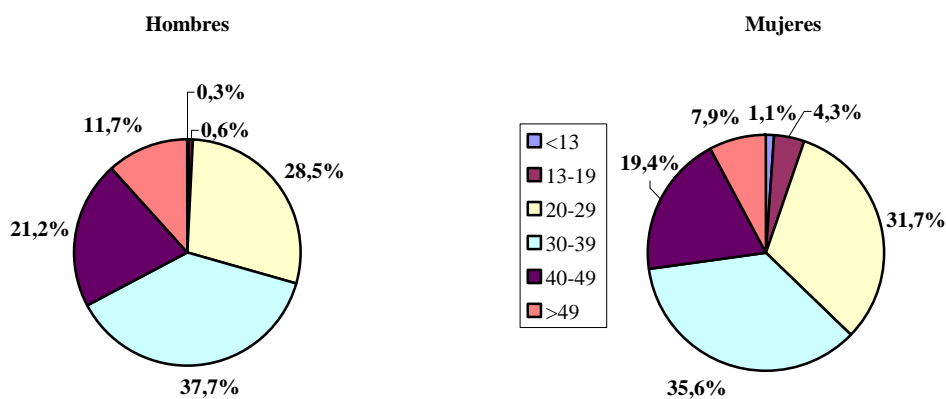


Tabla 13
Distribución según mecanismo de transmisión y sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
UDI	68	4,7	17	5,7	85	4,8
HSH	930	63,9			930	53,0
HTX	220	15,1	262	87,4	482	27,5
Sexual (s.e)	40	2,8			40	2,3
Vertical	3	0,2	4	1,3	7	0,4
Transfusión	2	0,1	2	0,7	4	0,2
Otros	2	0,1	1	0,3	3	0,2
Desconocido	32	2,2	1	0,3	33	1,9
No consta	158	10,9	13	4,3	171	9,7
Total	1455	100,0	300	100,0	1755	100,0

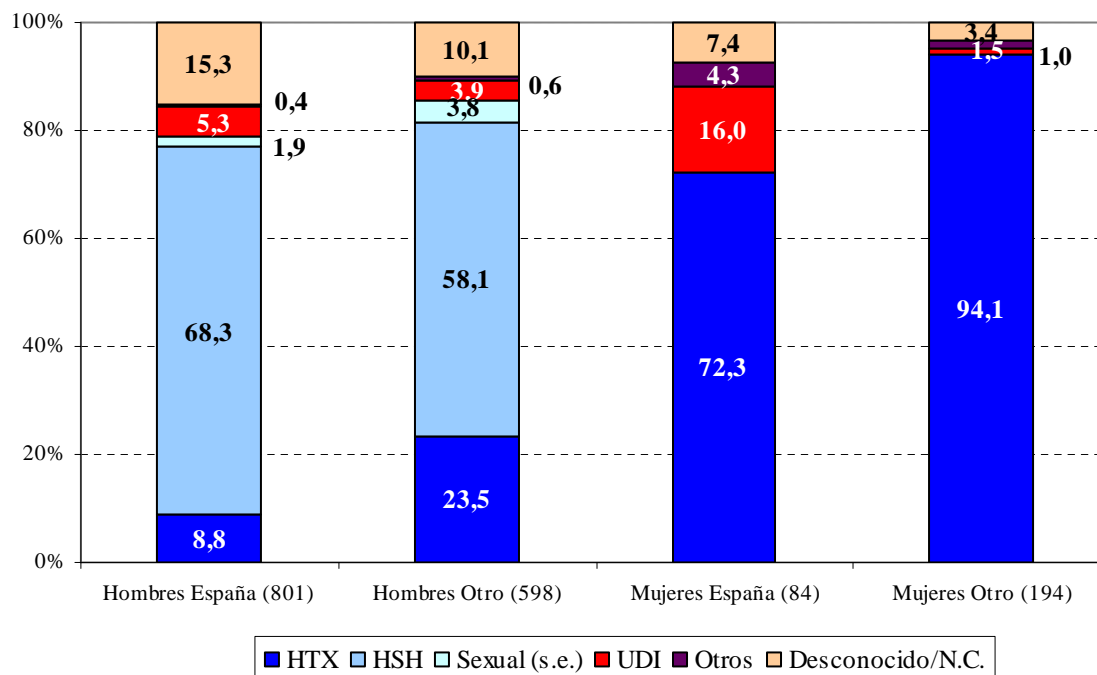
1. UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

2. Las infecciones por VIH adquiridas por transfusión se han producido en personas no originarias de España por transfusiones en su país de origen.

País de origen

El 47,4% (832) de los nuevos diagnósticos ha nacido fuera de España. De ellos el 75,2% son hombres y la media de edad al diagnóstico fue de 33,9 (DE: 9,3). El porcentaje de nuevos diagnósticos según el mecanismo de transmisión y el país de nacimiento en hombres y mujeres se recoge en el Gráfico 13.

Gráfico 13
Distribución por mecanismo de transmisión según sexo y país de nacimiento



* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

Retraso diagnóstico (RD)

Se define retraso diagnóstico en personas con infección por VIH, cuando la determinación de linfocitos CD4 más próximo al diagnóstico es inferior a 200 células/ μ l. Esta cifra indica una importante inmunosupresión del paciente y por tanto más riesgo de desarrollar infecciones oportunistas. También se ha determinado el porcentaje de personas diagnosticadas con menos de 350 células/ μ l, y por tanto con necesidad de tratamiento antirretroviral. Del total de nuevos diagnósticos de VIH notificados, en 1537 (87,6%) constaba la cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico.

El retraso diagnóstico (<200 células/ μ l) se observó en el 32,3% (497 casos) de las personas diagnosticadas y con cifras de linfocitos CD4. Este porcentaje aumenta al 49,9% si consideramos 350 células/ μ l.

Por sexo, el 31% de los hombres presentan retraso diagnóstico (<200 células/ μ l) y el 39,3% de las mujeres. Es mayor según aumenta la edad, hasta un 43,8% en personas diagnosticadas con 40-49 años y 52,4% con 50 años de edad ó más. Según el mecanismo de transmisión, el 44% de los nuevos diagnósticos en UDI presentaban RD, el 45,4% de las personas que se infectaron por vía HTX y tan sólo el 23,9% de los HSH. Al analizar el lugar de nacimiento, se observa RD en el 28,4% (231) de los nacidos en España y en el 37% (262).

En la Tabla 14 se recoge el porcentaje de retraso diagnóstico por grupos de edad y mecanismo de transmisión según hayan nacido en España o fuera de España. El RD es mayor en foráneos para todos los grupos de edad y según el mecanismo de transmisión salvo en hombres HTX; 51,4% en autóctonos y 50% foráneos. También se observa un 60% de RD en hombres foráneos mayores de 49 años y un 59,1% en mujeres foráneas de 40-49 años.

Tabla 14

Porcentaje de retraso diagnóstico (<200 células/ μ l) según la edad al diagnóstico de VIH y el mecanismo de transmisión por sexo y lugar de nacimiento.

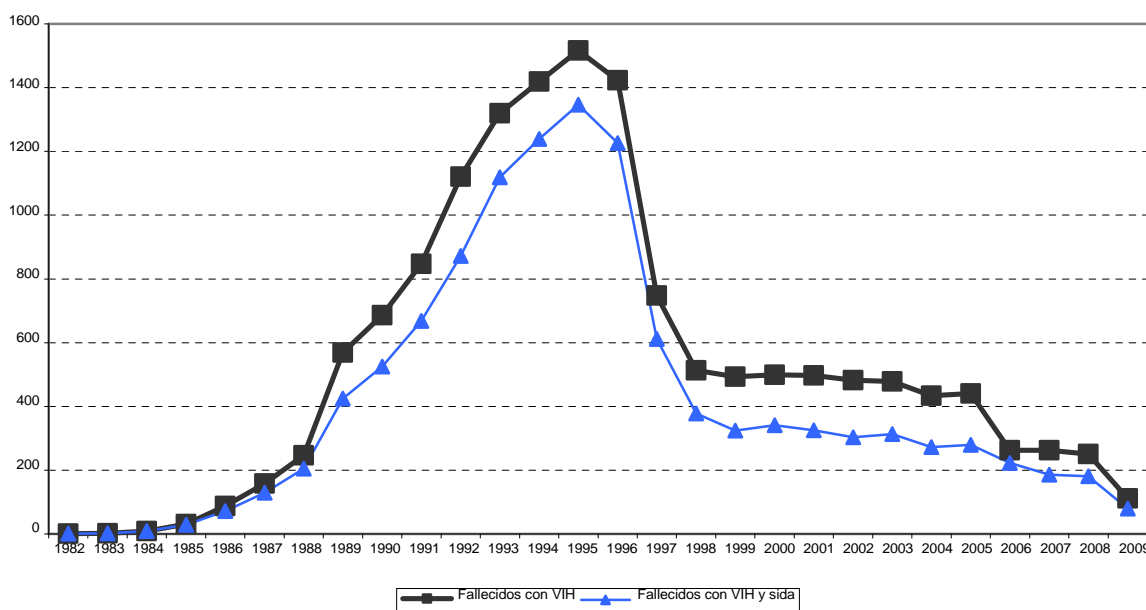
	España		Otro	
	N total	% retraso diagnóstico	N total	% retraso diagnóstico
Sexo				
Hombres	750	27,7	543	35,5
Mujeres	78	34,6	166	41,6
Edad al diagnóstico				
Hombres <13	1	0,0	0	0,0
Mujeres <13	1	0,0	1	0,0
Hombres 13-19	5	0,0	4	0,0
Mujeres 13-19	3	33,3	7	42,9
Hombres 20-29	184	14,1	166	24,7
Mujeres 20-29	8	12,5	64	37,5
Hombres 30-39	261	19,5	216	35,6
Mujeres 30-39	31	32,3	52	40,4
Hombres 40-49	168	41,1	102	44,1
Mujeres 40-49	25	48,0	22	59,1
Hombres >49	113	51,3	35	60,0
Mujeres >49	6	50,0	14	42,9
Mecanismo de transmisión				
Hombres UDI	40	47,5	20	50,0
Mujeres UDI	13	30,8	2	0,0
Hombres HSH	529	21,7	343	27,1
Hombres HTX	70	51,4	118	50,0
Mujeres HTX	59	37,3	158	42,4

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales

Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/sida

Hasta el 31 de diciembre de 2009 se han notificado 14.911 fallecimientos en pacientes con infección por VIH. De ellos, 11.684 (78,3%) habían sido diagnosticados de sida. En el Gráfico 14 vemos la evolución del número de fallecimientos, se observa un importante descenso desde 1996 relacionado con la aparición del TARGA.

Gráfico 14
Número de personas fallecidas con infección VIH, total y diagnosticadas de sida por año de fallecimiento



Desde el año 2004 se han producido 1763 fallecimientos en personas con infección por VIH, en un 69,2% de ellos habían sido diagnosticados de sida en algún momento.

La mediana de edad al fallecimiento ha aumentado en hombres de 42 años en 2004 a 46 en 2007 y de 39 a 48 en mujeres. En el Gráfico 15 se observa la distribución según edad al éxitus.

Las características de las personas fallecidas con VIH se recogen en la Tabla 15.

Gráfico 15.
Distribución según edad al fallecimiento. Comunidad de Madrid 2005-2010

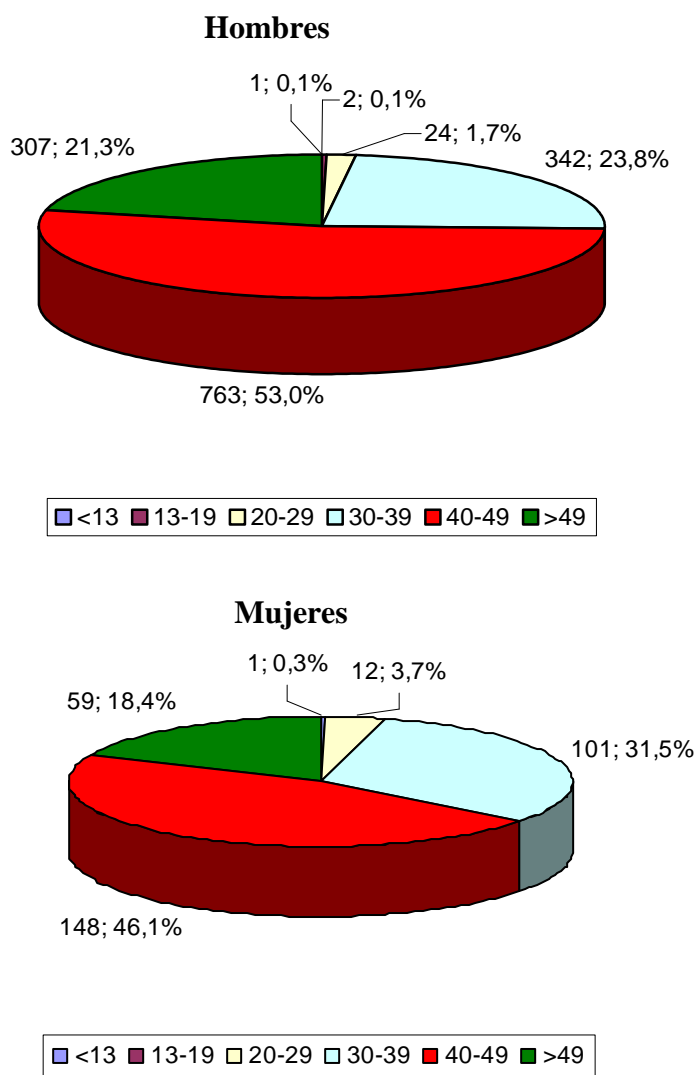


Tabla 15
Distribución de fallecidos VIH según mecanismo de transmisión y lugar de nacimiento en hombres y mujeres

	Hombres		Mujeres	
	España	Otro	España	Otro
UDI	1015	15	212	4
	74,3%	19,5%	72,3%	14,3%
HSH	151	25		
	11,1%	32,4%		
HTX	84	18	62	22
	6,2%	23,4%	21,2%	78,5%
Otros	11	2	4	1
	0,8%	2,6%	1,4%	3,6%
Desconocido/ No consta	104	17	15	1
	7,6%	22,1%	5,1%	3,6%
Total	1365	77	293	28
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales

Vigilancia de la transmisión vertical de la infección por VIH

Desde 1981 hasta el 31 diciembre 2009 se han estudiado 3.136 niños expuestos a infección vertical debido a infección por VIH de la madre.

Se dispone de información acerca del momento del diagnóstico de infección por VIH en la madre en 1018 casos (32,5%). En 404 de ellos (39,7%) se conocía el diagnóstico VIH de la madre antes del embarazo y en las madres restantes el diagnóstico se hizo durante la gestación, parto ó puerperio.

Se dispone de información completa y definitiva de 3.113 niños. El 15,6% (488 niños) fueron diagnosticados de infección por VIH secundaria a transmisión vertical. El 83,7% han sido dados de alta definitiva al descartarse infección por VIH tras presentar tres ó más determinaciones de carga viral mediante PCR con resultado negativo.

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 (Nº SS-1): 1S-15S.
3. CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(Nº RR-17): 1-19.
4. CDC. AIDS Cases, Deaths and Persons Living with AIDS by Year, 1985-2002-United States. HIV/AIDS Surveillance Report, 2002; 14.
5. CDC. Late versus early testing of VIH – 16 sites United States, 2000-2003
6. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report, 2008*. Vol. 20. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2010. 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 2009. Informe semestral nº 1, año 2009. 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 2008. Evolución 1981-2008. 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. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de la epidemia del VIH en España a partir de los sistemas de notificación de caso de las CC.AA. Actualización a 30 de junio de 2009. Disponible en:
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_nuevos_diagnosticos.jsp

Agradecimientos

Queremos expresar nuestra gratitud a todos los profesionales implicados en el diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH/sida en la Comunidad de Madrid por su colaboración en el mantenimiento y actualización del registro sin la cual no se hubiese podido elaborar este informe.



INFORME:

PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIO VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2009

RESUMEN

I. Introducción: Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la Poliomielitis en el año 2000, tres Regiones han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus en los laboratorios.

II. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2009 se han detectado en la CM 9 casos de parálisis flácida en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,94 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo es de 4 varones y 5 mujeres, el rango de edad oscila entre 2 y 13 años con una mediana de 6 años.

III. Situación en España: A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 21 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 76%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

IV. Situación de la Poliomielitis en el mundo: Después de los logros iniciales en los que se consiguió reducir el número de países endémicos de 125 a 6 y el número de casos en un 99%, de 350.000 a 784, se produjo un repunte de la enfermedad entre 2003-2008 como consecuencia de la diseminación de casos a partir de los focos epidémicos a países previamente libres de polio. En la actualidad la polio endémica se mantiene confinada en 4 países: Nigeria, India, Pakistán y Afganistán. En 2009 se han contabilizado 1.606 casos frente a los 1.651 del año anterior.

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los primeros pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos, tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. En 2010 se ha producido la primera reintroducción del virus de la polio en la región europea, originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos.

El número de países endémicos disminuyó de 125 en 1988 a 6 a finales de 2004 (India, Nigeria, Pakistán, Egipto, Afganistán y Níger) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó un 99%, de 350.000 casos en 1988 a 784 casos notificados en el año 2003.

Desde 2003 hasta 2008 fueron aumentando los casos notificados (784, 1255, 1936 y 1997 respectivamente); y en 2007 bajaron a 1307 casos. Durante 2009 se notificaron 1606 casos de polio en el mundo, 1256 (78% de los casos) en los 4 focos endémicos localizados en Nigeria, Pakistán, Afganistán e India y 350 casos en el resto de países.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere:

- mantener elevadas las coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos
- mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad, con alta sensibilidad, basado en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad adecuados, la posible existencia de casos de poliomielitis (sistema de vigilancia implantado en 43 países de la región europea)
- un plan de contención de poliovirus en los laboratorios, basado en la búsqueda, localización y control de poliovirus salvajes almacenados en los laboratorios para evitar que pudieran ser reintroducidos accidental o intencionadamente en la población

El Sistema de vigilancia de PFA en menores de 15 años, implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de PFA e inicia un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio, que permite descartar/confirmar y clasificar el caso de forma adecuada y en su caso tomar rápidamente las medidas de intervención adecuadas ante la posible existencia de casos de polio. En España se inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional.

La calidad del sistema de vigilancia se evalúa sistemáticamente mediante los indicadores establecidos por la OMS referentes a la sensibilidad y cobertura del sistema, notificación oportuna e investigación adecuada y análisis de muestras en el laboratorio. Entre estos indicadores, los dos más importantes son el indicador de sensibilidad del sistema, representado por la tasa de PFA (que ha de ser al menos de 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años) y el porcentaje de casos de PFA en los que se han tomado muestras adecuadas (dos muestras de heces recogidas en un período ≤ 14 días del inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24 horas, que ha de ser $\geq 80\%$).

El cumplimiento de estos objetivos se evalúa anualmente en cada país por un Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Polio y por la Organización Mundial de la Salud.

En este informe se describen las características de los casos notificados de PFA a la Red de Vigilancia en el año 2009, de la notificación y de los principales indicadores de situación, nacionales e internacionales.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2009

En la Comunidad de Madrid (CM) la Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM e incluye la PFA en menores de 15 años como enfermedad de notificación urgente con datos epidemiológicos básicos.

La PFA como enfermedad de declaración obligatoria tiene la siguiente definición clínica de caso: enfermedad que se caracteriza por el inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros, con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

El criterio diagnóstico de laboratorio establece el aislamiento e identificación de poliovirus en heces en laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

El procedimiento establecido en vigilancia ante un cuadro compatible con PFA en un niño con edad inferior a 15 años ingresado en un hospital, incluye las siguientes actuaciones:

- Cumplimentación del cuestionario epidemiológico específico de PFA.
- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología de Área o al Servicio de Epidemiología.
- Solicitar el envío de muestras biológicas al laboratorio de referencia para la investigación de enterovirus (en la CM al Centro Nacional de Microbiología). Se deben remitir dos muestras de heces del caso, separadas entre sí entre 24-48 horas y dentro de los quince días siguientes al inicio de la parálisis, dos muestras de suero separadas entre 2-4 semanas y una muestra de líquido cefalorraquídeo.
- Realizar la revisión clínica del caso a los 60 días de iniciado el cuadro.
- Clasificación definitiva del caso: Sospechoso, compatible, confirmado o descartado.

Este sistema de vigilancia se complementa con la notificación de Cero-Casos mensual, que se realiza contactando al finalizar el mes con los servicios hospitalarios implicados, lo que

permite comprobar que no haya habido ningún caso que por algún motivo no se hubiera notificado. Posteriormente, se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes hospitales.

Estudio descriptivo de los casos

En 2009 en la CM se han detectado 9 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,94 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Cuatro de los casos han sido notificados al sistema de vigilancia y otros 5 casos han sido recuperados en la revisión del CMBD. Todos se han clasificado como “descartados” de polio.

La distribución de los casos por sexo es de 4 varones y 5 mujeres. El rango de edad oscilaba entre 2 y 13 años, con una mediana de 6 años. En cuanto al lugar de residencia se han dado tres casos en el Área 6, dos en el Área 5 y un caso en las áreas 1, 2, 9 y 11.

Los casos de PFA notificados a la red de vigilancia han sido 4, lo que supone una incidencia de 0,42 casos por 100.000 menores de 15 años. Las notificaciones se realizaron desde los hospitales del Niño Jesús, Puerta Hierro, 12 de Octubre e Infanta Sofía, un caso en cada uno.

Los 4 casos residían en distintos municipios de Madrid: Coslada (Área 2), Pozuelo de Alarcón (Área 6), Fuente del Saz (Área 5) y Madrid (Área 11).

Los cuatro casos estaban correctamente vacunados de acuerdo con su edad. En la Comunidad de Madrid en el año 2009 la cobertura de vacunación es del 88,6% (tres dosis de VPI a los 6 meses de edad).

Sólo en uno de los casos se recogieron y enviaron muestras biológicas al Centro Nacional de Microbiología para el diagnóstico de enterovirus que resultaron negativas. En los otros tres casos no se recogieron muestras.

En cuanto al diagnóstico definitivo, en tres casos se estableció como Síndrome de Guillain-Barré y en un caso como esclerosis múltiple.

En la revisión del CMBD de los distintos hospitales correspondiente al año 2009, se encontraron cinco casos que no fueron notificados en su momento: Dos en el Hospital de La Paz residentes en el Área 5, uno en el Gregorio Marañón residente en el Área 1, uno en el Severo Ochoa residente en el Área 9 y uno en el Hospital de Madrid-Torredolones residente en el Área 6.

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia, período 2005-2009

En las Tablas 1 y 2 se presentan los indicadores de calidad del sistema de Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, durante los años 2005 a 2009.

Tabla 1. Indicadores de Calidad de la Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, años 2005 - 2009

INDICADOR	OBJETIVO	2005	2006	2007	2008	2009
Incidencia de PFA Nº de casos por cada 100.000 niños menores de 15 años	≥ 1	0,50	1,26	0,33	0,43	0,42
% PFA notificados ≤ 7 días del inicio de la parálisis	≥ 80 %	75 %	64 %	66 %	25 %	50 %
% PFA notificados ≤ 7 días del ingreso hospitalario	≥ 80 %	75 %	82 %	66 %	50 %	75 %
% PFA investigados ≤ 48 horas de la notificación	≥ 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces ≤ 14 días	≥ 80 %	100 %	64 %	33 %	50 %	25 %
% PFA con una muestra de heces ≤ 14 días		100 %	64 %	33 %	50 %	25 %
% PFA con dos muestras de heces "sin tiempo"		100 %	91 %	33 %	75 %	25 %
% PFA con seguimiento clínico ≥ 60 días	≥ 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con diagnóstico clínico	≥ 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabla 2. Indicadores de Calidad del envío y tratamiento de muestras en el Laboratorio, años 2005 - 2009

	OBJETIVO		2005	2006	2007	2008	2009
Envío de muestras al laboratorio ≤ 3 días	≥ 80 %	1ª muestra	75 %	91 %	33 %	100 %	100 %
		2ª muestra	75 %	91 %	33 %	75 %	100 %
Resultados laboratorio ≤ 28 días	≥ 80 %	1ª muestra	100 %	100 %	100 %	50 %	100 %
		2ª muestra	100 %	100 %	100 %	66 %	100 %
% Aislamientos de enterovirus no polio	≥ 10 %		0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

En relación a los indicadores relacionados con la notificación a la red de vigilancia, la incidencia registrada en 2009, 0,42 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, es similar a la registrada el año anterior (0,43) pero sigue lejos de la incidencia esperada (1 por 100.000). Se ha utilizado como denominador las poblaciones del padrón continuo publicadas por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Respecto a los indicadores de calidad relativos a la recogida de muestras adecuadas, se han obtenido dos muestras de heces en un periodo menor o igual a 14 días desde el inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24-48 horas en solo 1 caso (25%). El tiempo transcurrido entre el envío de las muestras y la recepción en el laboratorio ha sido menor de 3 días en el 100% de los casos de los que se han enviado muestras. Los resultados de laboratorio deben estar disponibles en menos de 28 días en el 80% de los casos y se cumplió con las dos muestras enviadas (100%). El porcentaje de muestras procesadas con resultados positivos de

“enterovirus no polio” que debe ser superior al 10% no se ha alcanzado, se procesaron dos muestras de heces con resultados negativos.

El indicador de seguimiento clínico a los 60 días, que debe realizarse en al menos el 80% de los casos, se completó en los 4 casos notificados (100%).

Conclusiones

En 2009 en la CM se han detectado 9 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,94 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Cuatro casos se notificaron al sistema y otros cinco casos se recuperaron en la revisión del CMBD.

La vigilancia de esta enfermedad precisa ser revisada y mejorada. Dos de los indicadores de calidad: % de casos de PFA notificados dentro de los 7 días siguientes al inicio de los síntomas (50%) y % de casos de PFA con dos muestras de heces enviadas dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis (25%) se encuentran por debajo del objetivo (80%).

La reciente reintroducción de poliovirus en una zona declarada libre de polio supone una llamada de atención, y nos indica que además de altas coberturas de vacunación, hay que mantener la vigilancia de la parálisis flácida, por otra parte ya consolidada en nuestra comunidad, como la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier sospecha de polio. Hasta que la poliomielitis no sea erradicada del mundo, sigue existiendo el riesgo de importación de poliovirus en cualquier zona declarada libre de polio.

La ausencia de casos de polio en la CM (y en España) en los últimos años, hace que la vigilancia activa de esta enfermedad esté relativamente relegada en la rutina de los notificadotes en especial cuando la mayoría de los diagnósticos definitivos son Síndrome de Guillain-Barrè. Sería necesario revisar la sistemática de la vigilancia, ya que continúa siendo muy necesaria por el riesgo de importación de poliovirus.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Vigilancia de la PFA en España

En el año 2009 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 21 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,31 por 100.000. Este número de casos es inferior a los 59 casos esperados en el conjunto del país, considerando una incidencia de PFA en menores de 15 años de al menos 1 por 100.000 habitantes. La **Tabla 3** refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

Tabla 3: Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2005 a 2009

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2005		2006		2007		2008		2009	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
Andalucía	9	0.7	7	0.6	7	0.6	8	0.6	1	0.1
Aragón	1	0.7	0	0	0	0	1	0.6	2	1.1
Asturias	3	2.7	0	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	1	0.7	2	1.3	2	1.3	4	2.5	3	1.8
Canarias	7	2.3	2	0.6	2	0.7	1	0.3	2	0.6
Cantabria	2	3.0	0	0	2	2.8	0	0	0	0
Castilla la Mancha	3	1.0	1	0.4	3	1.0	0	0	0	0
Castilla León	1	0.4	4	1.4	1	0.3	0	0	1	0.3
Cataluña	2	0.2	3	0.3	6	0.6	4	0.4	0	0
Comunidad Valenciana	5	0.8	7	1.0	8	1.1	4	0.5	3	0.4
Extremadura	3	1.7	1	0.6	1	0.6	1	0.6	0	0
Galicia	0	0	1	0.3	0	0	2	0.6	0	0
Madrid	4	0.5	11	1.2	3	0.3	4	0.4	4	0.4
Murcia	2	0.9	2	0.9	0	0	5	2.0	2	0.8
Navarra	1	1.3	0	0	1	1.1	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1.1
La Rioja	0	0	0	0	1	2.3	1	2.3	0	0
Ceuta	0	0	1	7.0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	44	0.7	42	0.7	37	0.6	35	0.5	21	0.3

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

A los 21 casos notificados al sistema de vigilancia, se añadirán los detectados por búsqueda en CMBD.

En cuanto a la distribución de casos por sexo 11 casos (52,4%) son hombres y 10 casos (47,6%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 5,4 años (DE: 3,78). El grupo de edad en que aparecieron más casos fue el grupo de 1 a 4 años (48% del total).

Todos los casos estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inactivada (VPI), excepto un niño de 5 años de nacionalidad rumana que llegó a España en el año 2009 con estado de vacunación no documentado. Este caso se diagnosticó de Síndrome de Guillain-Barré, no presentó parálisis residual y la muestra de heces fue negativa.

El 100% de los casos presentaron parálisis espinal. En el 38% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores, en el 57% la parálisis sólo afectó a las extremidades inferiores y en un 5% se carece de esta información. La progresión rápida de la parálisis se presentó en 12 casos (57%), en 6 casos (29%) la progresión fue lenta y en 3 casos (14%) se desconoce. Se detectó asimetría en 3 casos. En la revisión a los 60-90 días, 4 casos presentaban parálisis residual.

El diagnóstico definitivo fue de síndrome de Guillain-Barré / polirradiculoneuritis en el 76% de los casos y de mielitis en el 10%.

En cuanto a los cultivos celulares de las muestras de heces de casos y contactos, se analizaron un total de 23 muestras de las que el 91,3% presentaron resultados negativos. En dos muestras se aisló Adenovirus.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA

En el año 2002 la Región Europea de la OMS ha obtenido la certificación de zona libre de polio, tras haber pasado tres años desde la detección del último caso de polio indígena en la región en noviembre de 1998 en un niño turco no vacunado.

El último brote de polio salvaje indígena en la región europea se notificó en el año 1992-1993 en Holanda, tras 14 años sin la detección de ningún caso, en una comunidad de personas contrarias a la vacunación. En el brote se detectaron 71 pacientes de entre 10 días y 69 años de edad, de los cuales 2 fallecieron. El virus fue importado de la India y se limitó al grupo afectado.

Los últimos casos de polio salvaje importada en la región fueron en Bulgaria y en Georgia. Tres niños de etnia gitana se infectaron por un virus similar al que circulaba en la India, probablemente importado por algún viajero en el año 2001. El caso identificado en Georgia era un niño de 5 años de edad, no correctamente vacunado durante las campañas de vacunación masiva llevadas a cabo en ese país. Se detectó en septiembre de 2001 y el virus identificado era similar al que circulaba en la India.

En abril de 2010, el Ministerio de Salud de Tajikistán notificó a la OMS 120 casos de PFA, incluyendo 10 muertes, con fechas de inicio de síntomas desde el 26/12/2009 al 20/04/2010 y este mismo día el laboratorio regional de referencia de la OMS de poliomielitis en Moscú detectaba la presencia de poliovirus salvaje tipo 1 en 5 muestras de heces obtenidas de los casos de PFA.

V. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos: tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea.

Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación mundial, consiguieron reducir el número de casos de 350.000 a 1.189. Sin embargo la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen durante 2003-2009 a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio, así Angola, Benin, Chad, Costa de Marfil y Guinea han notificado más de 20 casos en el año 2009. A pesar de este fenómeno de diseminación internacional, la polio endémica se mantiene confinada en cuatro focos de cuatro países: India, Pakistán, Afganistán y Nigeria.

Tabla 4. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomielitis, años 2006 – 2009

Regiones de la OMS	2006		2007		2008		2009	
	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio
Africana	2.9	1189	4.2	367	4.4	912	3.9	693
Americana	0.6	0	1.2	0	1.2	0	1.1	0
Mediterráneo Este	3.9	107	4.1	58	4.6	174	4.3	172
Europea	0.9	0	1.0	0	0.9	0	0.9	0
Sudeste Asiático	4.0	701	7.2	890	7.8	565	8.4	741
Pacífico Oeste	0.8	0	1.6	0	1.4	0	1.5	0
Total Global	3.0	1997	4.3	1315	4.6	1651	4.9	1606

Fuente: OMS

Bibliografía

- Castellanos T, Masa J, Terrés M, Peña-Rey y Grupo de responsables autonómicos y de laboratorio de la Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en España. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2009. Boletín epidemiológico semanal 2010, Vol. 18, nº 13/121-128.
- World Health Organization. Global Polio Eradication initiative. <http://www.polioeradication.org> , <http://www.who.int/immunization/en/>
- World Health Organization. Number of polio cases reported globally <http://www.polioeradication.org/cascount.asp>
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Plan de Erradicación de la poliomielitis en España. <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi-pfa.jsp>

BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 31 a 34 (del 1 al 28 de agosto de 2010)



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 2010. Semanas 31-34

Lugar de consumo	Año 2010						Año 2009		
	Semanas 31-34			Semanas 1-34			Semanas 1-34		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	0	0	0	9	754	20	7	636	26
Restaurantes, bares y similares	0	0	0	22	99	9	18	144	16
Centros geriátricos	1	29	1	2	81	5	2	57	0
Domicilios	2	14	0	13	69	6	20	89	9
Centros sanitarios	0	0	0	1	69	0	1	5	0
Residencias no geriátricas	0	0	0	1	60	4	4	119	0
Centros penitenciarios	0	0	0	1	30	0	0	0	0
Otros lugares	0	0	0	2	8	0	1	10	1
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	2	89	1
Total	3	43	1	51	1170	44	55	1149	53

Brotes de origen no alimentario. Año 2010. Semanas 31-34

Tipo de brote*	Año 2010						Año 2009		
	Semanas 31-34			Semanas 1-34			Semanas 1-34		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	0	0	0	23	775	4	19	597	2
Conjuntivitis vírica	1	4	0	5	113	0	3	208	0
Eritema infeccioso	0	0	0	2	25	0	1	5	0
Parotiditis	0	0	0	5	17	0	4	8	0
Tos ferina	0	0	0	4	13	0	1	3	0
Hepatitis A	1	2	0	2	10	0	5	14	1
Escarlatina	0	0	0	2	8	0	2	5	0
Enfermedad mano-pie-boca	0	0	0	1	6	0	0	0	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Psitacosis	0	0	0	1	3	1	0	0	0
Sarampión	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Varicela	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Total	2	6	0	48	981	5	35	840	3

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2010, semanas 31 a 34
(Del 1 al 28 de agosto de 2010)

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. La actual red cuenta con 126 médicos de atención primaria que atienden a unas 180.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora además de los informes mensuales, 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, nº 5, 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.

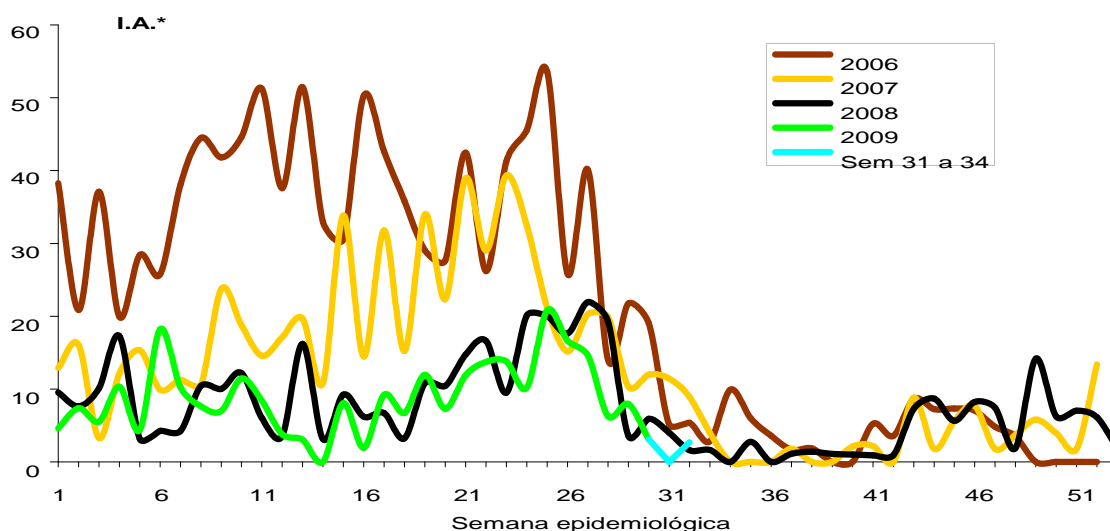
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 44,2 % (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

VARICELA

Durante las semanas 31 a 34 del año 2009 han sido declarados 3 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 3,8 casos por 100.000 personas (IC 95%: -0,5 – 8,2). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006, 2007, 2008 y hasta la semana 34 de 2009.

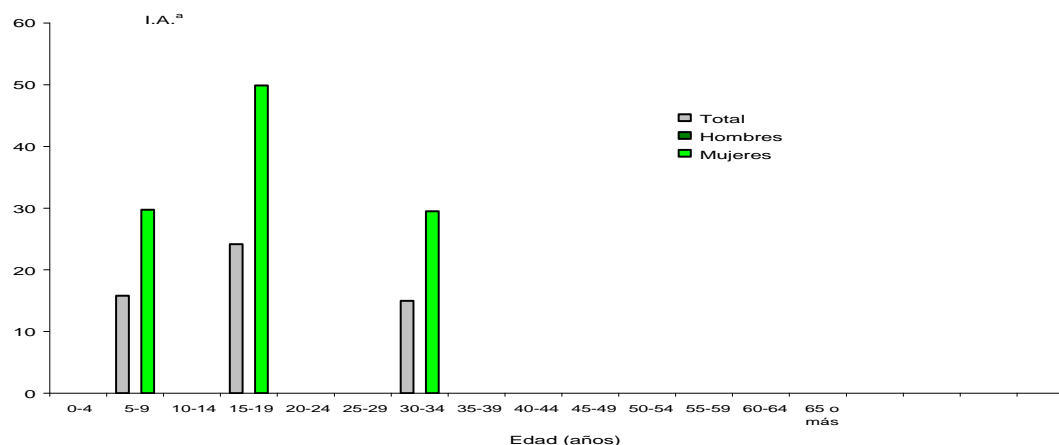
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006, 2007, 2008 y 2009



* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, los 3 han sido mujeres (100%). La edad se conoció en todos ellos: 1 (33,3%) tenían menos de 10 años y los otros 2 (66,7%) entre 15 y 34 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En ningún caso se registró complicación. La fuente de exposición y el lugar de exposición declarado fue desconocido en los tres casos.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2009

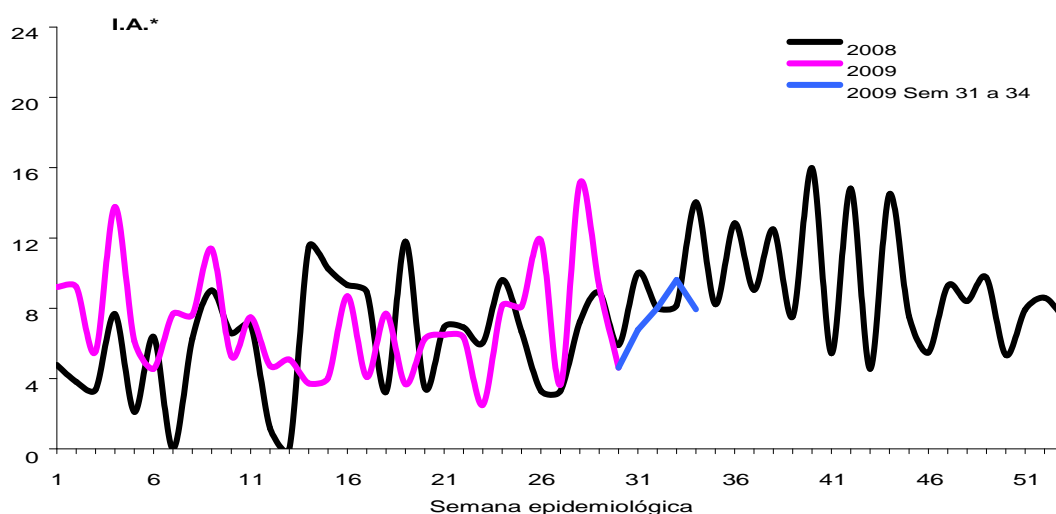


^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

HERPES ZÓSTER

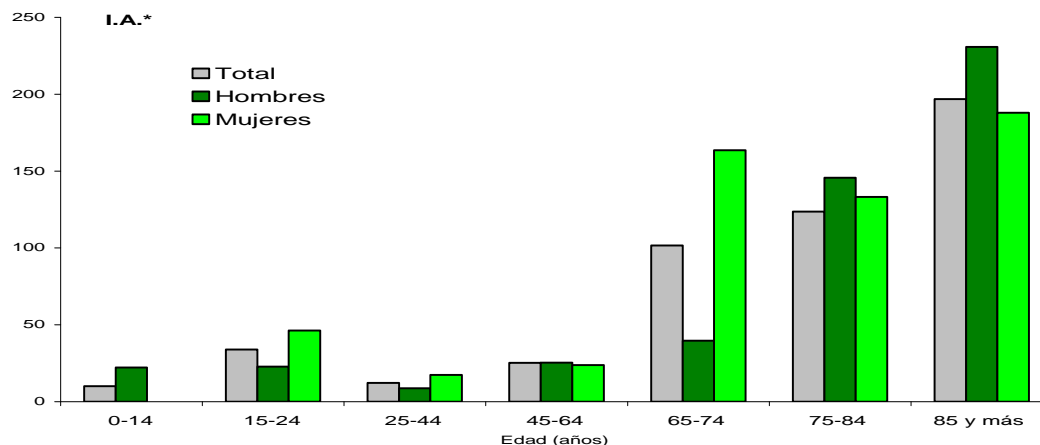
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 26 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2009, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 32,4 por 100.000 habitantes (IC 95%: 19,9 - 44,8). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008 y hasta la semana 34 de 2009. El 61,5% de los casos se dio en mujeres. El 65,4% de los casos tenían 50 años o más. La incidencia por grupos de edad y sexo 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.

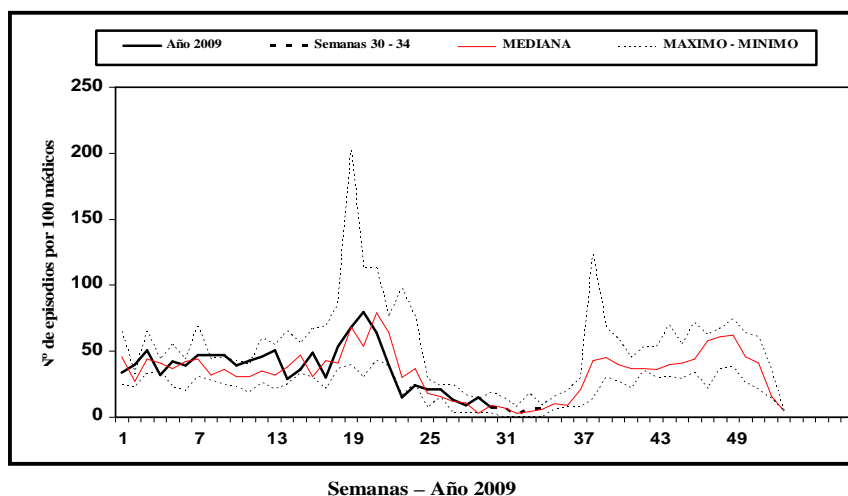
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2009



* 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 31 a 34 de 2009

	Semanas 31 a 34	Año 2009
Varicela	3	173
Herpes zoster	26	178
Crisis asmáticas	22	1159



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

