

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

2.

INFORMES:

- **Infecciones que causan meningitis.
Comunidad de Madrid, año 2010.**
- **Informe sobre las interrupciones
voluntarias del embarazo notificadas en
la Comunidad de Madrid, 2010.**



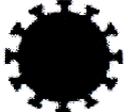
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

2

Índice

INFORMES:

	Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2010.	3
	Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid, 2010.	25
	EDO. Semanas 5 a 8 (del 30 de enero al 26 de febrero de 2011)	42
	Brotos Epidémicos. Semanas 5 a 8, 2011.	43
	Red de Médicos Centinela, semanas 5 a 8, 2011.	44
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, febrero 2011.	48

**INFORME:****INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS
COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2010****INDICE**

Resumen	3
Introducción	4
Objetivos	5
Material y métodos	5
Resultados	6
Enfermedad meningocócica	8
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	13
Otras meningitis bacterianas	14
Meningitis vírica	15
Comparación con el año 2009	17
Discusión	20
Conclusiones y recomendaciones.....	22
Bibliografía	23

RESUMEN

Antecedentes: Las meningitis infecciosas son procesos de gran relevancia sanitaria y social debido a que afectan fundamentalmente a niños previamente sanos, y presentan una importante gravedad y letalidad. Algunas de estas enfermedades están incluidas en el calendario vacunal.

Objetivos: Determinar la incidencia y letalidad de las infecciones que causan meningitis, notificadas en la Comunidad de Madrid en el año 2010. Comparar dicha incidencia con la observada en el año anterior.

Material y métodos: Se calculan tasas de incidencia por 100.000 habitantes brutas, específicas por sexo y grupo de edad. Se compara la incidencia del año 2010 con la del año anterior mediante el riesgo relativo (RR).

Resultados: En el año 2010 la incidencia de enfermedad meningocócica ha sido de 0,64 casos por 100.000, la de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* de 0,13, la del grupo de otras meningitis bacterianas de 0,77 y la de la meningitis vírica de 3,15. El grupo de edad más afectado por estos procesos es el de los menores de 5 años y sobre todo los menores de un año. La letalidad ha sido de 9,8% para la enfermedad meningocócica y de 2,0% para el grupo de otras meningitis bacterianas, no habiéndose registrado este año ningún fallecimiento por meningitis víricas ni por enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. En el año 2010 se ha registrado un caso secundario de enfermedad meningocócica y se ha producido un fracaso vacunal de vacuna antimeningocócica C conjugada.

Al comparar con el año anterior se ha observado una reducción de la incidencia de la meningitis vírica y de la enfermedad meningocócica, así como de la letalidad del grupo de otras meningitis bacterianas.

Conclusiones: Este grupo de patologías son endémicas en nuestro medio, mostrando ciertas oscilaciones en su incidencia y letalidad. La patología más frecuente, como es habitual, ha sido la meningitis vírica y la que ha presentado la mayor letalidad la enfermedad meningocócica. La notificación urgente de las enfermedades que cuentan con medidas de intervención sobre los contactos cercanos permite realizar una actuación oportuna y evitar los casos secundarios. Es importante cumplir las recomendaciones de vacunación frente a estas enfermedades, tanto en población general como en los grupos de riesgo, para prevenir las enfermedades y reducir su gravedad.

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid se incluyen entre las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) un grupo de enfermedades infecciosas transmisibles que se analizan de forma conjunta porque todas ellas producen meningitis. Estas enfermedades son: la enfermedad meningocócica, la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, la enfermedad neumocócica invasora, el grupo de otras meningitis bacterianas y la meningitis vírica. En la actualidad para la mayoría de estas enfermedades se dispone de vacunación. Además en las dos primeras se dispone de otra medida de salud pública, como es la administración de quimioprofilaxis para evitar la aparición de casos secundarios.

La meningitis es la inflamación de las meninges que se identifica por la elevación del número de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo (LCR). La meningitis aguda se define clínicamente por un síndrome que se caracteriza por la instauración brusca de síntomas meníngeos. La cefalea acompañada de signos de irritación meníngea (signos de Kerning y/o Brudzinski), es un síntoma temprano, que puede ser seguido por confusión y coma.

El síndrome de meningitis aguda puede ser producido por diferentes agentes infecciosos, o constituir una manifestación de enfermedades no infecciosas. Los virus constituyen la principal causa del síndrome de meningitis aséptica aguda, que comprende aquellas meningitis, especialmente con pleocitosis linfocítica, cuya causa no es evidente después de la evaluación inicial y las tinciones y cultivos de rutina del LCR.

En la actualidad los enterovirus son la principal causa reconocible del síndrome de meningitis aséptica, siendo responsable del 85-95% de los casos en los que se identifica un agente patógeno. Los enterovirus presentan una distribución mundial. En los climas templados muestran un claro patrón estacional en verano y otoño, mientras que en las zonas tropicales y subtropicales presentan una elevada incidencia durante todo el año.

En nuestro medio los principales patógenos causantes de meningitis bacterianas son *Neisseria meningitidis* (meningococo) y *Streptococcus pneumoniae* (neumococo). Tras la introducción de la vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b la importancia de este patógeno en producir enfermedad invasiva y especialmente meningitis se ha visto muy reducida.

La enfermedad meningocócica invasora se puede presentar también en forma de sepsis, bacteriemia (meningococemia), neumonía, artritis séptica, pericarditis e infección pélvica; algunas de ellas muy raras. La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* además de meningitis se puede presentar en forma de sepsis, epiglotitis, neumonía, artritis séptica, celulitis, pericarditis, empiema y osteomielitis; si bien estas formas son menos frecuentes.

Como se ha comentado la mayoría de estas enfermedades cuenta con vacunación. Frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C en la última década se han realizado tres campañas de vacunación masiva. La primera en otoño del año 1997 con vacuna antimeningocócica A+C de polisacárido capsular, dirigida a los niños y jóvenes de la Comunidad de Madrid, desde los 18 meses hasta los 19 años de edad. La segunda campaña se efectuó en otoño del año 2000, con vacuna conjugada frente a meningococo C, dirigida a

niños menores de 6 años. Además en noviembre del año 2000 esta última vacuna se incluyó en el calendario vacunal, con una pauta de vacunación basada en tres dosis administradas a los 2, 4 y 6 meses de edad. La tercera campaña de vacunación se efectuó en septiembre de 2004 en el grupo de edad de 10 a 19 años, con vacuna conjugada. En noviembre de 2006 se modificó la pauta de la vacuna antimeningocócica C conjugada recomendándose tres dosis a los 2, 4 y 15 meses de edad.

La vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b se incluyó en el calendario vacunal en octubre del año 1998, con una pauta de vacunación primaria basada en cuatro dosis, administradas a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad.

Las recomendaciones de salud pública ante la detección de un caso de enfermedad meningocócica tienen por objeto evitar los casos secundarios y se basan en la actuación sobre los contactos íntimos, mediante la administración de quimioprofilaxis antibiótica. En los casos producidos por meningococos de serogrupos vacunables (C, A, Y, W135) se recomienda también la vacunación a los contactos íntimos de los casos. En la actualidad en nuestro medio el serogrupo vacunable más frecuente es el serogrupo C.

La definición de contacto íntimo es independiente de la edad, así como las recomendaciones de quimioprofilaxis antibiótica y vacunación (en caso de que el serogrupo causante de la enfermedad sea vacunable). Si bien, como los niños pequeños presentan un mayor riesgo de enfermar, las medidas de prevención son más importantes en ellos.

En cuanto a la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, desde salud pública se recomienda la quimioprofilaxis antibiótica y la vacunación a los contactos íntimos menores de 5 años no vacunados o vacunados de forma incompleta. Los contactos íntimos mayores de 5 años y los adultos recibirán sólo quimioprofilaxis. En los colectivos donde no haya menores de 5 años no vacunados, no es necesario realizar ninguna medida de intervención.

OBJETIVOS

Determinar la incidencia y letalidad en el año 2010 de las siguientes enfermedades de declaración obligatoria (EDO) que cursan fundamentalmente como meningitis: enfermedad meningocócica, enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, otras meningitis bacterianas y meningitis vírica. Comparar dichos parámetros con los presentados en el año 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tasas de incidencia: Se calculan tasas brutas y específicas por grupos de edad, para las distintas enfermedades. Las tasas se calculan por 100.000 habitantes. La población se obtiene del Padrón continuo de habitantes.

Riesgo relativo (RR): Se comparan las tasas de incidencia del año 2010 con las del año anterior, mediante el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Letalidad: Se compara la letalidad de las diferentes enfermedades, en los años 2009 y 2010, mediante el test de Chi cuadrado de Mantel y Haenszel.

Estado vacunal: Se determina la situación de vacunación para aquellas enfermedades sujetas a calendario vacunal infantil y/o que han presentado intervenciones con campañas masivas de vacunación.

RESULTADOS

A continuación se presentan los datos generales para todos los procesos incluidos en este informe y después se comenta cada enfermedad por separado. La patología más frecuente es la meningitis vírica y la que presenta la mayor letalidad es la enfermedad meningocócica (tabla 1). Se afectan especialmente los varones (tabla 2) y los menores de 5 años (tabla 3).

**Tabla 1.- Infecciones que causan meningitis
Comunidad de Madrid, año 2010
Incidencia y letalidad**

Enfermedad	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad (%)
Meningitis vírica	201	3,15	0	-
Enfermedad meningocócica	41	0,64	4	9,8
Otras meningitis bacterianas	49	0,77	1	2,0
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	8	0,13	0	-

**Tabla 2.- Infecciones que causan meningitis
Comunidad de Madrid, año 2010
Distribución por sexo**

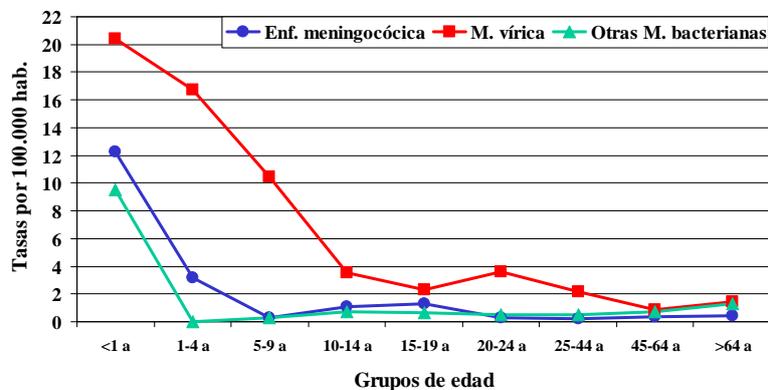
Diagnóstico	Hombre		Mujer	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Meningitis vírica	114	3,68	87	2,64
Enfermedad meningocócica	25	0,81	16	0,49
Otras meningitis bacterianas	24	0,78	25	0,76
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	5	0,16	3	0,09

**Tabla 3.- Infecciones que causan meningitis por grupos de edad
Comunidad de Madrid, año 2010**

Grupos de edad	Meningitis vírica			Enfermedad meningocócica		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	15	7,5	20,38	9	22,0	12,23
1-4	47	23,4	16,73	9	22,0	3,20
5-9	33	16,4	10,44	1	2,4	0,32
10-14	10	5,0	3,53	3	7,3	1,06
15-19	7	3,5	2,32	4	9,8	1,33
20-24	14	7,0	3,64	1	2,4	0,26
25-44	49	24,4	2,14	5	12,2	0,22
45-64	13	6,5	0,85	5	12,2	0,33
>64	13	6,5	1,41	4	9,8	0,43
Total	201	100,0	3,15	41	100,0	0,64

Grupos de edad	Otras meningitis bacterianas			Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	7	14,3	9,51	1	12,5	1,36
1-4	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
5-9	1	2,0	0,32	0	0,0	0,00
10-14	2	4,1	0,71	0	0,0	0,00
15-19	2	4,1	0,66	0	0,0	0,00
20-24	2	4,1	0,52	0	0,0	0,00
25-44	12	24,5	0,52	1	12,5	0,04
45-64	11	22,4	0,72	1	12,5	0,07
>64	12	24,5	1,30	5	62,5	0,54
Total	49	100,0	0,77	8	100,0	0,13

Fig. 1.- Infecciones que causan meningitis por grupos de edad
Comunidad de Madrid, año 2010



ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Incidencia y letalidad

En el año 2010 se han registrado en Comunidad de Madrid 41 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una incidencia de 0,64 casos por 100.000 habitantes. Se ha notificado el fallecimiento de 4 pacientes, por lo que la letalidad ha sido del 9,8% y la mortalidad de un 0,06 por 100.000 habitantes (tabla 1).

De los 41 casos de enfermedad meningocócica registrados, 32 (78,0%) se han confirmado (0,50 por 100.000) y el resto han sido sospechas clínicas (0,14 por 100.000). El serogrupo B ha producido el 50,0% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 0,25 y el serogrupo C el 18,8%, con una incidencia de 0,09. También se ha notificado un caso por serogrupo A, otro por serogrupo Y y otro por serogrupo W135. Además en otros 7 casos no se ha determinado el serogrupo (tabla 4).

La letalidad para el total de casos confirmados ha sido de un 12,5%, siendo la debida al serogrupo B del 6,3% y la del serogrupo C del 33,3%. Este año no se ha registrado ningún fallecimiento entre las sospechas clínicas (tabla 4).

Clasificación del caso

El 78,0% de los casos de enfermedad meningocócica se han confirmado mediante un diagnóstico microbiológico, siendo sospechas clínicas el 22,0% restante.

**Tabla 4.- Enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, año 2010
Incidencia y letalidad**

	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo A	1	0,02	1	100,0
Serogrupo B	16	0,25	1	6,3
Serogrupo C	6	0,09	2	33,3
Serogrupo W135	1	0,02	0	-
Serogrupo Y	1	0,02	0	-
Sin serogrupar	7	0,11	0	-
Total confirmados	32	0,50	4	12,5
Sospechas clínicas	9	0,14	0	-
Total	41	0,64	4	9,8

Distribución por sexo

La enfermedad meningocócica ha sido más frecuente en varones tanto a nivel global (61,0%), como en los casos confirmados (65,6%); sin embargo las sospechas clínicas han sido más frecuentes en mujeres (55,6%) (tablas 2 y 5).

Distribución por edad

La media de edad de los casos de enfermedad meningocócica ha sido de 22 años, siendo de 25 años en varones y de 19 años en mujeres (diferencias no significativas). No se observan diferencias significativas tampoco entre los casos confirmados y las sospechas clínicas, ni entre los casos debidos al serogrupo B y al serogrupo C.

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 43,9% de los casos. La mayor incidencia se observa en los menores de un año (12,23), seguido por el grupo de 1 a 4 años (3,20) (tabla 3 y fig. 1).

**Tabla 5.- Enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, año 2010
Distribución por sexo**

	Hombre		Mujer	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Serogrupo A	0	-	1	0,03
Serogrupo B	12	0,39	4	0,12
Serogrupo C	3	0,10	3	0,09
Serogrupo W135	1	0,03	0	-
Serogrupo Y	1	0,03	0	-
Sin serogrupar	4	0,13	3	0,09
Total confirmados	21	0,68	11	0,33
Sospechas clínicas	4	0,13	5	0,15

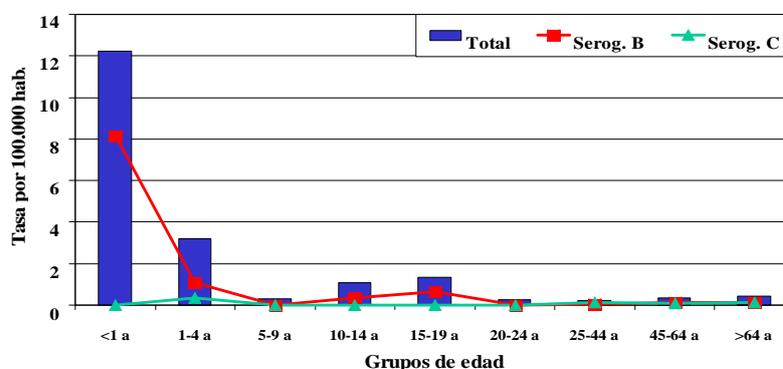
La distribución por edad muestra ciertas diferencias por serogrupo, así entre los casos debidos al serogrupo B los menores de 15 años suponen el 62,5% del total, proporción que es del 16,7% en los casos debidos al serogrupo C. La enfermedad por serogrupo B presenta la mayor incidencia en los menores de un año (8,15 casos por cien mil habitantes), seguido por los de 1 a 4 años (1,07). Sin embargo en la enfermedad por serogrupo C la mayor incidencia se observa en el grupo de 1 a 4 años (0,36), seguido por el de 25 a 44 años (0,13). En cuanto a las sospechas clínicas, el 88,9% de los casos son menores de 15 años; siendo menores de 5 años el 55,6%. La mayor incidencia de sospechas clínicas se presenta en el grupo de 1 a 4 años (1,42), seguido por los menores de un año (1,36) (tabla 6 y fig. 2).

**Tabla 6.-Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Comunidad de Madrid, año 2010**

Grupos de edad	Serogrupo B			Serogrupo C			Sin serogrupar		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	6	37,5	8,15	0	0,0	0,00	2	28,6	2,72
1-4	3	18,8	1,07	1	16,7	0,36	1	14,3	0,36
5-9	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
10-14	1	6,3	0,35	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
15-19	2	12,5	0,66	0	0,0	0,00	1	14,3	0,33
20-24	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	1	14,3	0,26
25-44	1	6,3	0,04	3	50,0	0,13	0	0,0	0,00
45-64	2	12,5	0,13	1	16,7	0,07	1	14,3	0,07
>64	1	6,3	0,11	1	16,7	0,11	1	14,3	0,11
Total	16	100,0	0,25	6	100,0	0,09	7	100,0	0,11

Grupos de edad	Total confirmados			Sospechas clínicas		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	8	25,0	10,87	1	11,1	1,36
1-4	5	15,6	1,78	4	44,4	1,42
5-9	0	0,0	0,00	1	11,1	0,32
10-14	1	3,1	0,35	2	22,2	0,71
15-19	4	12,5	1,33	0	0,0	0,00
20-24	1	3,1	0,26	0	0,0	0,00
25-44	4	12,5	0,17	1	11,1	0,04
45-64	5	15,6	0,33	0	0,0	0,00
>64	4	12,5	0,43	0	0,0	0,00
Total	32	100,0	0,50	9	100,0	0,14

Fig. 2.- Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Comunidad de Madrid, año 2010



Forma clínica de presentación de la enfermedad

La forma clínica de presentación ha sido sepsis en el 36,6% de los casos, meningitis en el 29,3%, ambas en el 26,8% y meningococemia, poliartritis y artritis en un caso cada una (2,4% respectivamente). Esta distribución difiere ligeramente para los principales serogrupos, así en los casos debidos al serogrupo B predominó la forma clínica de meningitis (43,8%) y en los debidos a serogrupo C la de sepsis (50,0%). Los casos de sospecha clínica presentaron una proporción similar de sepsis y de meningitis.

Evolución clínica

La evolución de la enfermedad meningocócica se conoce en el 90,2% de los casos, siendo favorable en el 83,8% de los mismos. Además de la letalidad que ya se ha comentado previamente, se ha informado del desarrollo de secuelas en dos casos. Se trataba de un varón de 18 años con enfermedad por serogrupo B que presentó amputación de miembro inferior y un varón de 3 años con enfermedad por meningococo sin serogrupar que presentó necrosis cutáneas.

Forma de presentación epidemiológica

En el año 2010 se han registrado tres casos asociados de enfermedad meningocócica. Se trataba de una agregación temporo-espacial de dos casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C en la misma zona básica de salud. También se ha presentado un caso secundario de serogrupo C, cuyo caso primario era un amigo suyo residente en otra Comunidad Autónoma.

Vacunación antimeningocócica

De los 6 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C registrados en el año 2010, uno (16,7%) se ha producido en el grupo diana de la vacunación con vacuna conjugada (nacidos a partir del 1 de enero de 1985). Se trataba de una niña de tres años de edad vacunada con tres dosis en el primer año de vida (a los 2, 4 y 6 meses de edad). Por lo que se trata de un caso de fracaso vacunal de vacuna antimeningocócica conjugada C.

Intervención de salud pública

Se dispone de información sobre la pertenencia a algún colectivo en el 82,9% de los casos de enfermedad meningocócica. De los 16 casos de enfermedad meningocócica que acudían a un colectivo, en 13 (81,3%) se consideró que estaba indicada la intervención de salud pública, efectuándose en todos ellos. La intervención de salud pública que se realizó fue la recomendación de quimioprofilaxis antibiótica en todos ellos y además la vacunación antimeningocócica en uno de ellos. En 12 casos (92,3%) se dispone de información sobre el nº de personas al que se efectuó quimioprofilaxis en el colectivo, siendo la mediana de contactos a los que se administró dicha quimioprofilaxis de 26 (Intervalo intercuartil=15-30).

Se dispone de información sobre la fecha de intervención en el colectivo en 12 casos (92,3%), siendo la mediana de días entre el ingreso del paciente y la intervención en el colectivo de 2,5 (Intervalo intercuartil=1,3-3,8).

ENFERMEDAD INVASIVA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*

Incidencia y letalidad

En el año 2010 se han notificado en la Comunidad de Madrid 8 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, lo que supone una incidencia de 0,13 casos por 100.000 habitantes. Este año no se ha registrado ningún fallecimiento por esta enfermedad (tabla 1).

Clasificación del caso

Todos los casos han sido confirmados mediante aislamiento microbiológico. En uno se ha identificado *Haemophilus influenzae* tipo b (incidencia 0,02), en uno *Haemophilus influenzae* no-b, en cuatro *Haemophilus influenzae* no tipificable y en los dos restantes no se ha determinado el serotipo.

Distribución por sexo

Se han presentado 5 casos en varones (62,5%) y 3 en mujeres (37,5%) (tabla 2).

Distribución por edad

La media de edad de los casos ha sido de 61 años. Sólo se ha registrado un caso en menores de 5 años (12,5%), siendo el resto de los casos de 40 o más años (87,5%)(tabla 3).

Forma clínica de presentación de la enfermedad

La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* se ha presentado en forma clínica de meningitis en tres casos (37,5%), meningitis y sepsis en dos casos (25,0%), bacteriemia en un caso (12,5%), bronquitis aguda en otro caso (12,5%) y celulitis en el caso restante (12,5%).

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 62,5% de los casos, presentando todos ellos una evolución favorable.

Forma de presentación epidemiológica

Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

Vacunación frente a *Haemophilus influenzae* tipo b

Este año se ha presentado un caso en el grupo de edad en el que se recomienda la vacunación frente a esta enfermedad. Se trataba de un niño de 10 meses de edad correctamente vacunado para su edad con tres dosis de vacuna, en el que se identificó un *Haemophilus influenzae* no tipificable, por lo que no se trataría de un fracaso vacunal.

Intervención de salud pública

Ningún caso de los notificados cumplía los criterios para intervención en el colectivo.

OTRAS MENINGITIS BACTERIANAS

Incidencia y letalidad

En el año 2010 se han notificado 49 casos de otras meningitis bacterianas, lo que supone una incidencia de 0,77 casos por 100.000 habitantes. Se ha registrado un fallecimiento por esta causa, con una letalidad por tanto de un 2,0% y una mortalidad de un 0,02 por 100.000 habitantes para este grupo de enfermedades (tabla 1).

El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Listeria monocytogenes*, que ha producido el 20,4% de los casos (incidencia 0,16). El 60% de estos pacientes presentaban antecedentes patológicos.

Clasificación del caso

De los 49 casos notificados se han confirmado un 55,1%, siendo el resto sospechas clínicas.

Agente causal

Los patógenos identificados han sido *Listeria monocytogenes* (10 casos), *Streptococcus agalactiae* (4 casos), *Staphylococcus aureus* (4 casos), *Streptococcus viridans* (1 caso), *Staphylococcus epidermidis* (1 caso), *Streptococcus bovis* (1 caso), *Neisseria sicca* (1 caso), *Serratia marcescens* (1 caso), *E. coli* y *Streptococcus constella* (1 caso), *Porphyromona endodontalis* (1 caso) y *Mycoplasma pneumoniae* (1 caso). También se ha notificado un caso de sospecha de meningitis neumocócica.

Distribución por sexo

Se observa un ligero predominio femenino con un 51% de los casos, aunque la incidencia ha sido mayor en hombre (0,78) (tabla 2). Para las meningitis por *Listeria monocytogenes* la proporción de varones fue del 60,0% y para las sospechas clínicas la proporción de casos es similar en ambos sexos.

Distribución por edad

La media de edad de los casos notificados de otras meningitis bacterianas ha sido de 41 años. La mayor incidencia se presenta en los menores de 1 año (9,51 casos por 100.000 habitantes), seguido por los mayores de 64 años (incidencia 1,30) (tabla 3 y fig. 1). La media de edad para los casos debidos a *Listeria monocytogenes* ha sido de 61 años, con la mayor incidencia en los mayores de 64 años (0,76).

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 81,6% de los casos. Se ha notificado el fallecimiento de una niña prematura de 2 meses de edad, debido a *Streptococcus agalactiae* (letalidad del 25,0% para este patógeno). Además cuatro enfermos han presentado secuelas. Se trataba de dos hombres y dos mujeres de 44 o más años de edad. Los patógenos y las secuelas que han producido han sido *Listeria monocytogenes* (hidrocefalia), *Streptococcus agalactiae* (alteración de la marcha), *Staphylococcus aureus* (trastorno cognitivo) y *Streptococcus bovis* (síndrome confusional).

Forma de presentación epidemiológica

Este año se han registrado dos casos asociados de estas patologías. Se trataba de dos casos coprimarios en dos hermanas gemelas prematuras, de dos meses de edad, que presentaron meningitis por *Streptococcus agalactiae*.

Intervención de salud pública

En el año 2010 desde Salud Pública se ha suministrado información al colectivo al que acudía el paciente en tres ocasiones, efectuándose quimioprofilaxis antibiótica a los contactos en otros dos colectivos. También se ha administrado quimioprofilaxis antibiótica a los familiares de seis de los casos (12,2%). La quimioprofilaxis antibiótica se ha administrado debido a la sospecha inicial de que se tratara de enfermedad meningocócica.

MENINGITIS VÍRICA

Incidencia y letalidad

En el año 2010 en la Comunidad de Madrid se han registrado 201 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 3,15 casos por 100.000 habitantes. Este año no se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa (tabla 1).

Clasificación del caso

La mayoría de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas (78,1%), confirmándose 44 casos (21,9%). Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (35 casos), virus Herpes simple (4 casos), virus Varicela-zoster (4 casos) y virus JC (1 caso).

Distribución por sexo

La meningitis vírica muestra un predominio masculino (56,7%), con una incidencia en varones de 3,68 casos por 100.000 (tabla 2).

Distribución por edad

La edad media de presentación de la enfermedad ha sido de 21 años. Esta enfermedad muestra un predominio en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de edad de los menores de 1 año (20,38 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (16,73) (tabla 3 y fig. 1).

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 92,0% de los pacientes. No se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa. Se han registrado secuelas en cuatro casos, tres de ellos debidos a Herpes simple y el otro en un caso de sospecha clínica. Todos los pacientes eran varones y la edad y las secuelas que presentaron fueron las siguientes: 37 años (parálisis de cuerdas vocales), 40 años (alteración de la memoria y el lenguaje), 72 años (disfasia) y 82 años (polineuropatía).

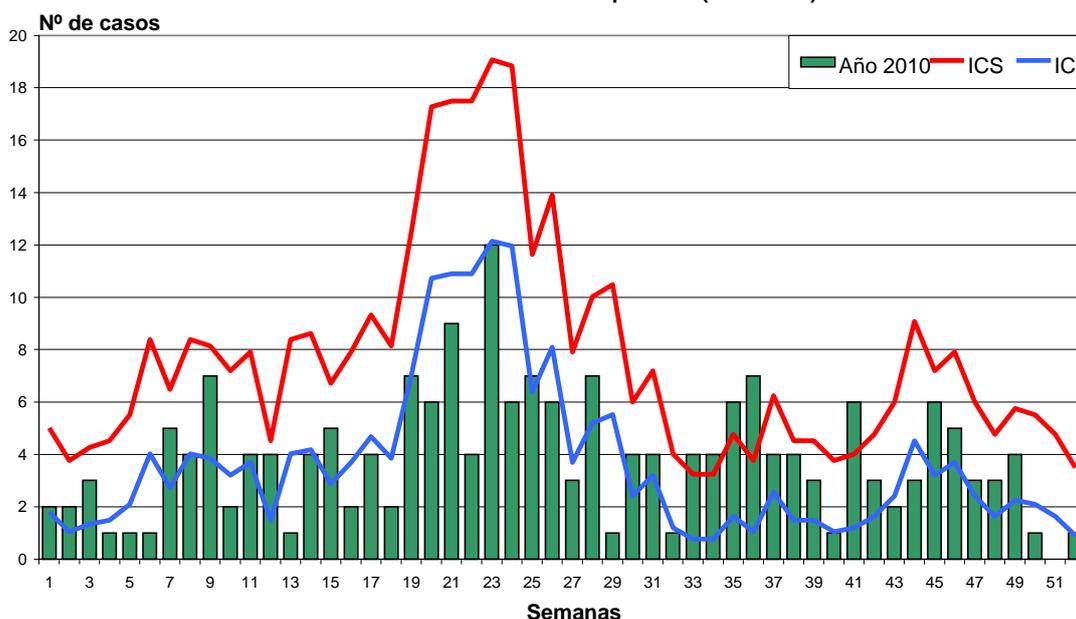
Forma de presentación epidemiológica

Se han registrado 4 casos relacionados de meningitis vírica (2,0%), asociados dos a dos. Se trataba de una agrupación de dos casos de sospecha clínica en el entorno escolar y dos casos de meningitis por enterovirus en el entorno familiar (caso primario y secundario en dos hermanas de siete años de edad).

Evolución temporal

La evolución temporal de los casos de meningitis vírica, se muestra en la figura 3. Se observa un patrón temporal con predominio a finales de primavera y comienzos del verano. Este año se ha observado un incremento del número de casos, en relación con el período 2005-2009, especialmente en las semanas 35, 36 y 41.

Fig. 3.- Meningitis vírica, año 2010
IC 95% de los casos esperados (2005-2009)



Intervención de salud pública

En el 5,0% de los casos de meningitis vírica notificados en el año 2010 se ha realizado algún tipo de intervención de salud pública en el colectivo al que acudían los pacientes, basándose fundamentalmente en la difusión de información a los centros escolares.

COMPARACIÓN CON EL AÑO 2009

Al comparar la incidencia de las infecciones que causan meningitis con la del año 2009 se observa que la meningitis vírica y la enfermedad meningocócica han disminuido y las otras meningitis bacterianas y la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* han aumentado (tabla 7).

Tabla 7.- Infecciones que causan meningitis
Comunidad de Madrid, años 2009 y 2010

Diagnóstico	2009		2010		RR (IC 95%)
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Meningitis vírica	251	3,93	201	3,15	0,80 (0,66-0,96)*
Enfermedad meningocócica	61	0,96	41	0,64	0,67 (0,45-1,00)
Otras meningitis bacterianas	41	0,64	49	0,77	1,20 (0,79-1,81)
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	5	0,08	8	0,13	1,60 (0,52-4,89)

* p<0,05

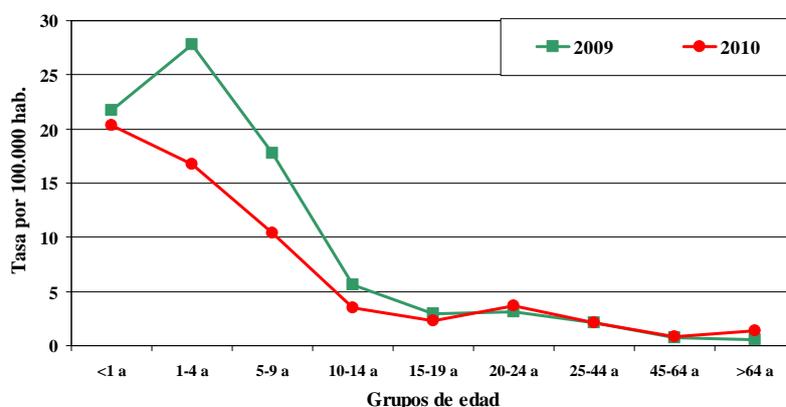
Al comparar la enfermedad meningocócica por serogrupos observamos que se ha reducido la incidencia del serogrupo B, de los otros serogrupos, del total de casos confirmados y de las sospechas clínicas; aumentando ligeramente los casos debidos al serogrupo C y aquellos en los que no se ha determinado el serogrupo (tabla 8).

**Tabla 8.- Enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, años 2009 y 2010**

Enfermedad meningocócica	2009		2010		RR (IC 95%)
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Serogrupo B	32	0,50	16	0,25	0,50 (0,13-2,00)
Serogrupo C	5	0,08	6	0,09	1,20 (0,37-3,93)
Otros serogrupos	6	0,10	3	0,04	0,50 (0,13-2,00)
Sin serogrupar	5	0,08	7	0,11	1,40 (0,44-4,41)
Total Confirmados	48	0,75	32	0,50	0,67 (0,43-1,04)
Sospecha clínica	13	0,20	9	0,14	0,69 (0,30-1,62)

Al comparar la incidencia de la meningitis vírica en el año 2010 con respecto al año 2009 observamos un patrón por edad ligeramente diferente. La incidencia más elevada en el año 2010 se ha observado en los menores de 1 año, sin embargo en 2009 la mayor incidencia se registró en el grupo de 1 a 4 años (fig. 4).

**Fig. 4.- Meningitis vírica por grupos de edad
Comunidad de Madrid, años 2009 y 2010**



Dentro del grupo de otras meningitis bacterianas, este año se ha registrado un incremento de la meningitis por *Listeria monocytogenes*, que ha supuesto el 20,4% de todas las meningitis de este grupo. La incidencia de este patógeno se ha duplicado respecto a 2009 (0,16 vs 0,06), aunque la letalidad se ha reducido, ya que este año no se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa.

En cuanto a la letalidad, al comparar el año 2010 con el año anterior se observa que la letalidad se ha reducido en el grupo de otras meningitis bacterianas y ha aumentado en la enfermedad meningocócica, aunque estas diferencias no han sido estadísticamente significativas. En cuanto a la enfermedad meningocócica, aunque la letalidad ha aumentado en el año 2010 respecto a 2009, el número de fallecidos ha sido el mismo en los dos años (tabla 9).

**Tabla 9.- Infecciones que causan meningitis
Comunidad de Madrid, años 2009 y 2010**

Diagnóstico	2009		2010	
	Fallecidos	Letalidad (%)	Fallecidos	Letalidad (%)
Meningitis vírica	0	0,0	0	0,0
Enfermedad meningocócica	4	6,6	4	9,8
Otras meningitis bacterianas	2	4,9	1	2,0
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	0	0,0	0	0,0

La letalidad de la enfermedad meningocócica para los diferentes serogrupos, en los años 2009 y 2010, se muestra en la tabla 10. Se ha mantenido similar la letalidad debida al serogrupo B y ha aumentado la debida al serogrupo C y para el total de casos confirmados.

**Tabla 10- Enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, años 2009 y 2010**

Diagnóstico	2009		2010	
	Fallecidos	Letalidad (%)	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	2	6,3	1	6,3
Serogrupo C	1	20,0	2	33,3
Otros serogrupos	0	0,0	1	33,3
Sin serogrupar	1	20,0	0	-
Total confirmados	4	8,3	4	12,5
Sospechas clínicas	0	-	0	-

DISCUSIÓN

Las patologías recogidas en este informe se presentan de forma endémica en nuestro medio, con ciertas oscilaciones anuales debidas a su patrón cíclico y en algunas ocasiones a la presentación de brotes epidémicos. Estos brotes pueden producirse por la introducción de cepas nuevas (como sucedió con el meningococo serogrupo C) o a la difusión de cepas que lleven un tiempo sin circular, lo que da lugar a la acumulación de población susceptible (como sucede con los enterovirus).

En el año 2010 las principales diferencias en estas patologías al comparar con el año anterior, han sido la disminución de la incidencia de la meningitis vírica (RR=0,80) y de la enfermedad meningocócica (RR=0,67); así como de la letalidad del grupo de otras meningitis bacterianas. La incidencia del grupo de otras meningitis bacterianas (RR=1,20) y la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* se han incrementado (RR=1,60).

El patrón de presentación de este grupo de enfermedades muestra una distribución por edad con predominio de los menores de 5 años. Las tasas más elevadas se presentan en los menores de 1 año, siendo patologías fundamentalmente pediátricas.

La incidencia de la **enfermedad meningocócica** en el año 2010 en la Comunidad de Madrid, ha sido inferior a la registrada a nivel nacional en el año 2009 (1,61 casos por 100.000 habitantes) y en otros países de nuestro entorno. Así, en Francia en el año 2009, la incidencia de la enfermedad meningocócica fue de 1,1 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia de enfermedad meningocócica invasiva en EEUU, según los datos del Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) basados en aislamientos de *Neisseria meningitidis* en el año 2009, ha sido de 0,28 casos por 100.000; inferior a la obtenida en la Comunidad de Madrid en el año 2010 para los casos confirmados (0,50).

La letalidad de la enfermedad meningocócica depende de la forma clínica de presentación de la enfermedad (la sepsis presenta mayor letalidad que la meningitis), de la edad del paciente (la letalidad aumenta con la edad) y del fenotipo del microorganismo. En el año 2010 se ha registrado una letalidad de la enfermedad similar a la observada en Francia en el año 2009 (10%) y ligeramente superior a la de España en la temporada 2008-2009 (8,3%).

En la Comunidad de Madrid, en el año 2010 se ha registrado un caso de fracaso vacunal de vacuna antimeningocócica conjugada C. Desde la introducción de la vacuna conjugada C en noviembre de 2000 hasta el año 2010 se han contabilizado un total de 16 casos de fracaso vacunal en los niños nacidos a partir de noviembre de 1994, a los que correspondía recibir la vacuna. Hasta ahora no se ha registrado ningún fracaso vacunal en niños vacunados con la nueva pauta vacunal introducida en noviembre de 2006, para mejorar la protección conferida por esta vacuna. En España, según el último informe elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, desde la introducción de la vacuna conjugada hasta febrero de 2010, se han notificado 109 fallos vacunales confirmados. En este período tampoco se ha registrado ningún fallo vacunal con la nueva pauta introducida en 2006.

En Comunidad de Madrid en el año 2010 se efectuó intervención mediante la administración de quimioprofilaxis en todos los colectivos a los que acudían los pacientes y presentaban contactos de riesgo; y sólo se ha notificado un caso secundario de enfermedad meningocócica cuyo caso primario era un amigo residente en otra Comunidad Autónoma. Por lo que podemos considerar que las medidas de salud pública frente a esta enfermedad han sido adecuadas.

La **enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*** no es una enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional, por lo que no se dispone de datos homogéneos de comparación a dicho nivel. En el año 2010 se han registrado 8 casos de esta enfermedad, pero sólo uno de ellos debido al serotipo b (serotipo vacunal), siendo *Haemophilus influenzae* no tipificables el 50% de los casos notificados. Aunque este año se ha presentado un caso en el grupo de edad en el que se recomienda la vacunación frente a esta enfermedad, no fue debido al serotipo b que es el serotipo vacunal. Tras la introducción de la vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b en el año 1998 se ha observado una incidencia muy baja de esta enfermedad en la Comunidad de Madrid.

Según información del Centro Nacional de Epidemiología, basada en datos del Sistema de Información Microbiológica del período 1993-2008, la incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* ha presentado una marcada disminución en los menores de 5 años. Sin embargo en dicho período se ha detectado un incremento del número de casos en mayores de 15 años. De todos los casos declarados en este período sólo un 18% fueron debidos a *Haemophilus influenzae* serotipo b, siendo el resto de los casos *Haemophilus influenzae* sin especificar. La evolución temporal de los casos debidos a serotipo b según la edad, muestra una disminución desde 1995 para los menores de 5 años y una estabilización en todo el período para los mayores de 15 años.

La incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en EEUU en el año 2009, según el Active Bacterial Core Surveillance (ABCs), fue de 1,6 casos por 100.000 en población general y la de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* serotipo b en menores de 5 años de 0,08 casos por 100.000.

En Europa la incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* fue de 0,28 por 100.000 en el período 1996-2000. El 44% de los casos fueron debidos a *Haemophilus influenzae* no-capsulados (0,28 por 100.000), el 28% a *Haemophilus influenzae* serotipo b (0,15 por 100.000) y un 7% fueron *Haemophilus influenzae* serotipo no-b (0,036 por 100.000). Los serotipos no-b más frecuentes fueron el serotipo f (72%) y el serotipo e (21%), con una letalidad global del 9%. Las infecciones por *Haemophilus influenzae* no-capsulados afectan principalmente a neonatos y a las personas de mayor edad, presentando una elevada letalidad (12%), especialmente en los niños (17%).

A pesar de la reducida incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* serotipo b, la elevada proporción de casos de enfermedad invasiva debidos a *Haemophilus influenzae* no-capsulados o no tipificables hace necesario mantener la vigilancia de todas las infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* en todos los grupos de edad, para poder valorar adecuadamente la evolución de la enfermedad.

En el grupo de **Otras meningitis bacterianas**, aunque este año se ha incrementado ligeramente la incidencia, sin embargo se ha reducido la letalidad. El patógeno más frecuente ha sido *Listeria monocytogenes*, con una incidencia de meningitis que este año se ha

incrementado en más del doble. Un alto porcentaje de estos pacientes presentaban antecedentes patológicos (60%). A pesar del incremento en la incidencia el número de casos ha sido pequeño (10 casos) y no se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa.

La **meningitis vírica**, cuya incidencia se ha reducida de forma significativa respecto al año 2009, presenta un patrón por edad ligeramente diferente, con afectación preferentemente de los menores de 1 año. La proporción de casos confirmados se ha incrementado respecto al año anterior (21,9% vs 11,6%). Como está descrito los enterovirus no polio han sido los principales virus causantes de esta enfermedad, identificándose en casi el 80% de los casos en los que se dispone de identificación del agente causal.

Las oscilaciones en la incidencia que se observan en esta enfermedad suelen deberse a las cepas de enterovirus circulantes. Cuando se introducen cepas nuevas o que hace algún tiempo que no circulan encuentran una gran proporción de población susceptible, que no presenta inmunidad; lo que produce un incremento en la incidencia, especialmente en población pediátrica.

Según el informe anual del Sistema de Información Microbiológica, elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, los Echovirus fueron los principales enterovirus causantes de meningitis en el año 2009. En los informes trimestrales del Sistema de Información Microbiológica, referentes al año 2010, se ha observado una reducción en el número de notificaciones de estos virus respecto al año 2009. Esto coincide con lo registrado en la Comunidad de Madrid en el año 2010.

Este año se han registrado varios casos de meningitis por virus Herpes simple que han presentado secuelas. Este virus suele producir meningoencefalitis, por lo que su gravedad es mayor que la presentada por otros virus con sólo afectación meníngea.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el año 2010 se ha observado una reducción de la incidencia de la meningitis vírica y de la enfermedad meningocócica (debido especialmente al serogrupo B), y un ligero incremento del grupo de otras meningitis bacterianas y de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*.

El año 2010 se ha realizado intervención de salud pública en todos los colectivos en los que se han registrado casos de enfermedad meningocócica, siendo la mediana de días entre el ingreso del paciente con enfermedad meningocócica y la intervención en el colectivo de 2,5 días. Sólo se ha registrado un caso secundario de esta enfermedad, cuyo caso primario residía en otra Comunidad Autónoma. La **notificación urgente** de las enfermedades que cuentan con una intervención de salud pública (especialmente la enfermedad meningocócica) permite prevenir la aparición de casos secundarios.

Este año se ha confirmado el 78,0% de los casos de enfermedad meningocócica, el 100% de los casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, el 55,1% de los casos del grupo de otras meningitis bacterianas y el 21,9% de los casos de meningitis víricas. La **confirmación diagnóstica** de los patógenos incluidos en el calendario vacunal, permite valorar la eficacia de los programas de vacunación; así como determinar las cepas que

circulan en nuestro medio. Para mejorar la identificación completa de estos patógenos (serogrupo, serotipo y subtipo) se cuenta con Laboratorios de Referencia a nivel nacional.

El año 2010 se ha presentado un caso de enfermedad meningocócica por serogrupo C en el grupo de edad en el que se recomienda la vacuna conjugada, que estaba correctamente vacunado (fracaso vacunal). La **revisión del calendario vacunal** de los pacientes que solicitan asistencia médica permite completar las recomendaciones de vacunación de las autoridades sanitarias. El cumplimiento de las recomendaciones de vacunación tanto a la población general como a los grupos de riesgo permite evitar la enfermedad y disminuir su gravedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tunkel AR, Scheld WM. Meningitis aguda. En Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Elsevier España SA, 6ª ed. Madrid, 2006.
2. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. David L. Heymann, editor. Decimotava edición. Washington, D.C.: OPS, 2005.
3. Campaña de refuerzo de la vacunación frente a la Enfermedad meningocócica por serogrupo C en la Comunidad de Madrid. Año 2004. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo.
4. Orden 1869/2006, de 10 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad de Madrid.
5. Guía para la prevención y control de las infecciones que causan meningitis. Documento Técnico de Salud Pública nº 44. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, año 1997.
6. Protocolo de actuación frente a enfermedad meningocócica. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Mayo de 2005.
7. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. Características demográficas básicas <http://infomadrid.icm.es/iestadis/fijas/otros/estructu.htm#Demograficos>
8. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2009. Bol Epidemiol Semanal 2010; Vol. 18, nº 16. <http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/boletinessemanal.jsp>
9. Parent du Châtelet I, Taha M-K, Lepoutre A, Maine C, Deghmane A-E, Lévy-Bruhl D. Les infections invasives à méningocoques en France, en 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2010 nº 31-32, p.339-343 <http://www.invs.sante.fr>
10. Informe sobre los fallos vacunales confirmados detectados en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en casos vacunados con la vacuna de meningitis C conjugada. Datos correspondientes al periodo 2000 a febrero 2010. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Febrero 2010.
11. Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Neisseria meningitidis*, 2009. <http://www.cdc.gov/abcs/reports-findings/survreports/mening09.pdf>

12. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en España. Sistema de Información Microbiológica. Años 1993-2008. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Boletín Epidemiológico Semanal 2009; Vol. 17 n°7/73-84
<http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/boletinessemanal.jsp>
13. Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Haemophilus influenzae*, 2009.
<http://www.cdc.gov/abcs/reports-findings/survreports/hib09.pdf>
14. Ladhani S, Slack MPE, Heath PT, von Gottberg A, Chandra M, Ramsay ME. Invasive *Haemophilus influenzae* disease, Europe, 1996-2006. EID 2010; 16:455-463
<http://www.cdc.gov/eid>
15. Informe anual del Sistema de Información Microbiológica. 2009. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Abril 2010.
16. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Sistema de Información Microbiológica. Informes trimestrales. Año 2010.
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sim.jsp



INFORME SOBRE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2010

Elaborado por: *M. Ordobás Gavín, C. Izarra Pérez, C. Cevallos García, J. Verdejo Ortez.*

RESUMEN

En 2010 cambió la normativa sobre las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) con la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Hasta entonces estuvo vigente la Ley Orgánica 9/1985. El principal cambio con la nueva Ley es la regulación de la interrupción del embarazo, además de por causas médicas, a petición de la embarazada dentro de las primeras catorce semanas de gestación. En este informe se describen las IVE notificadas en la Comunidad de Madrid en 2010 y la evolución de las notificaciones en los últimos 10 años.

En el año 2010 se notificaron al Registro de la CM 24.451 IVE, 12.628 se realizaron entre el 1 de enero y el 4 de julio, al amparo de la Ley Orgánica 9/1985 y el resto, 11.823 entre el 5 de julio el 31 de diciembre una vez entrada en vigor la Ley Orgánica 2/2010. De las 24.451 IVE notificadas, 4.041 (16,5%) se practicaron a mujeres no residentes en la Comunidad de Madrid. Considerando únicamente a las residentes en la CM, la tasa de IVE en 2010 en mujeres de 15 a 44 años (edad fértil) fue de 13,80 por mil. El 59,6% fueron en mujeres con país de nacimiento diferente a España. La media de edad fue de $28,26 \pm 6,8$ años y la tasa más elevada se observó en el grupo etario de 20-24 años con un valor de 24,66 por mil. El 45,3% no tenía hijos y para el 59,3% era su primera IVE. El motivo de presunción de graves taras en el feto estuvo presente en el 2,6% de las intervenciones de 2010, la petición de la mujer ó el peligro de la salud física ó psíquica de la embarazada fueron responsables del 97,4 restante. El 51,9% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,9% después de la semana 15. Entre 2001 y 2010 se han notificado 179.596 IVE en mujeres residentes en la CM. La tasa anual de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años) mostró un patrón creciente desde el año 2001 hasta el año 2008. En 2009 y 2010 la tasa ha sido similar. La evolución de la razón de tasas (tasa en foráneas/tasa en españolas) tiene tendencia descendente desde 2006, en 2010 la razón de tasas fue de 3,5.

La implantación de la nueva Ley parece no haber tenido una repercusión importante sobre la magnitud y evolución de las IVE en la CM. El alto porcentaje de IVE en extranjeras alerta acerca de la magnitud de este problema y exige el esfuerzo de intervención específica con esta población. La entrada en vigor de la nueva Ley está suponiendo un esfuerzo muy importante de adaptación de las variables registradas y de los soportes informáticos que se vienen utilizando para su explotación y análisis.

INTRODUCCIÓN

En julio de 2010 se produjo en España el cambio de la normativa de regulación de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) con la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Hasta entonces estuvo vigente la Ley Orgánica 9/1985, que despenalizaba las IVE en 3 supuestos concretos: evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, si el embarazo era consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado y si había presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto. El principal cambio con la nueva Ley es la regulación de la interrupción del embarazo, además de por causas médicas, a petición de la embarazada dentro de las primeras 14 semanas de gestación.

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 2/2010 también ha obligado a cambios en las tareas de Vigilancia Epidemiológica, debiéndose adaptar los Registros mediante la redefinición algunas variables y supresión de otras. La Vigilancia Epidemiológica de las IVE se realiza a partir de 1986 (Orden Ministerial 16 de junio de 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986). Desde los centros públicos y privados que realizan IVE, el médico responsable de la intervención envía la notificación mediante cuestionario normalizado al Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, responsable de la consolidación y del análisis de los datos a nivel regional. Cada año se remite la información al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI).

En este informe se describen las IVE notificadas en la Comunidad de Madrid (CM) en 2010 y la evolución de las notificaciones en los últimos 10 años.

Dado que la Ley Orgánica 2/2010 entró en vigor el 5 de julio, el apartado de resultados se ha dividido en tres: uno general con datos de todo el año y otros dos apartados para analizar de forma diferenciada las IVE realizadas conforme a la antigua Ley y las realizadas a partir del 5 de julio.

Los datos de las IVE se refieren a mujeres residentes y a mujeres que, por diversas razones, se han desplazado desde otras comunidades u otros países. Faltarían en este análisis, los datos de mujeres de la CM que han abortado fuera de ella; la información sobre estas IVE se remiten desde el MSPSI a las CCAA una vez consolidados los datos a nivel nacional, en 2009, según nos informó el MSPSI fueron 100 IVE. Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM. Hay que considerar que las tasas para las mujeres inmigrantes pueden estar sobreestimadas ya que algunas mujeres pueden no estar empadronadas.

RESULTADOS

En el año 2010 se notificaron al Registro de la CM 24.451 IVE, 12.628 se realizaron entre el 1 de enero y el 4 de julio, al amparo de la Ley Orgánica 9/1985 y el resto, 11.823 entre el 5 de julio el 31 de diciembre una vez entrada en vigor la Ley Orgánica 2/2010.

De las 24.451 IVE notificadas, 4.041 (16,5%) se practicaron a mujeres no residentes en la Comunidad de Madrid. Cifras muy similares a las correspondientes a 2009, año en el que se notificaron 24.334. Respecto a ese año el número de IVE disminuyó un 4,3% en las mujeres

no residentes (procedentes de otra provincia u otro país) y aumentó un 1,5% en las mujeres residentes en la CM.

Considerando únicamente las 4.041 mujeres no residentes en la CM, 3.842 mujeres residían en otras CCAA, la mayoría de la Comunidad de Castilla-La Mancha y 199 en otros países, fundamentalmente Portugal, Francia e Italia.

Entre las mujeres residentes y no residentes de la CM, se observan algunas diferencias sobre todo en las semanas de gestación y el motivo de la IVE; frente al 6,9% de IVE tardía entre las mujeres que residen en la CM, para las residentes en otras provincias es el 22% y para mujeres que vienen desde otros países, el 66,7%. Entre las mujeres no residentes en la CM, las IVE atendieron con mayor frecuencia a motivos fetales, 10,2% vs. 2,6%. Este mayor porcentaje de interrupciones del embarazo por taras fetales, incide en el retraso diagnóstico y por lo tanto en la IVE tardía (tabla 1).

Tabla 1.- Resumen de las características de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid según residencia de la mujer. Comunidad de Madrid 2010

		Residentes CM	Residentes otras Provincias	Residentes otro País
Edad	<15 años	0,3%	0,4%	2%
	>44 años	0,4%	0,5%	1%
Nivel Instrucción	Analfabetas	1,6%	1,6%	2%
	Universitarias	9,3%	7,3%	26%
Situación laboral	Asalariadas	61,3%	53,3%	57,5%
Hijos	No	45,3%	48%	62%
	3 ó más	8,3%	8,1%	8%
IVE previa	No	59,3%	68,7%	79,5%
	3 ó más	5,5%	4,1%	0,5%
Semanas gestación	<9sem.(precoz)	51,9%	47,8%	10,4%
	>15sem.(tardía)	6,9%	22,1%	66,7%
Motivo IVE	Taras fetales	2,6%	10,6%	1,5%
	Otros motivos	97,4%	89,4%	98,5%

1.- IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, año 2010

En 2010 se notificaron a este registro 20.410 intervenciones en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, que representan una tasa de 13,80 por mil mujeres en edad fértil. En la distribución según el mes de la intervención, no se aprecian variaciones importantes, distribuyéndose de forma similar a lo largo del año (tabla 2).

Tabla 2.- Distribución de las IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid según el mes de la intervención. Comunidad de Madrid 2009 y 2010

	Nº Intervenciones 2010	%	Nº Intervenciones 2009	%
Enero	1770	8.67	1868	9,3
Febrero	1811	8.87	1858	9.2
Marzo	1740	8.53	1806	9.0
Abril	1687	8.27	1835	9,1
Mayo	1709	8.37	1780	8,9
Junio	1579	7.74	1703	8,5
Julio	1544	7.56	1568	7.8
Agosto	1496	7.33	1432	7.1
Septiembre	1646	8.06	1615	8.0
Octubre	1758	8.61	1626	8.1
Noviembre	1764	8.64	1570	7.8
Diciembre	1906	9.34	1430	7.1
TOTAL	20410	100	20091	100

1.1.- Datos sociodemográficos

Del total de IVE, el 59,6% (12.170) se practicaron a mujeres foráneas. En 2010, la tasa por mil mujeres en edad fértil, para las mujeres nacidas en España fue de 7,92 por mil y para las mujeres foráneas de 27,6 por mil. Un 2,5% de este grupo de mujeres foráneas tenían como año de llegada a España el 2010 y desde 2005 había llegado el 50% de ellas.

La edad presentaba una media de $28,26 \pm 6,8$ años y por grupos de edad, el 69,1% tenían entre 20-34 años, el 0,3% fueron menores de 15 años y el 0,4% mayores de 44 años. Cuando comparamos las mujeres nacidas en España con las nacidas en otros países vemos que la proporción de intervenciones en jóvenes menores de 20 años es mayor en las españolas (tabla 2).

Respecto a la autonomía económica, el 66,6% tenían ingresos económicos propios, hay más mujeres con ingresos propios en el grupo de foráneas que en el de nacidas en España (tabla 2). En conjunto el 18,4% de las mujeres refieren estar desempleadas y el 61,3% ser asalariadas, estos porcentajes son del 17,6% y del 56,9% para las nacidas en España y del 18,9% y del 64,3% para las foráneas.

En cuanto al nivel de instrucción académica globalmente el 1,6% de las mujeres se definen como analfabetas/sin estudios y el 17,9% con estudios universitarios, si bien la proporción de universitarias es mucho mayor entre las nacidas en España que entre las foráneas (28,3% vs.10,8%) (tabla 3).

Tabla 3.- Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2010 (I)

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		N	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	38	0,5	27	0,2	65	0,3
	15-19	1068	13,0	1034	8,5	2102	10,3
	20-24	1833	22,2	2727	22,4	4560	22,4
	25-29	1788	21,7	3238	26,6	5026	24,6
	30-34	1644	19,9	2862	23,5	4506	22,1
	35-39	1301	15,8	1685	13,9	2986	14,6
	40-44	519	6,3	563	4,6	1082	5,3
	45 o más	49	0,6	34	0,3	83	0,4
Convivencia en pareja	Si	3490	42,3	6757	55,5	10247	50,2
	No	4744	57,6	5403	44,4	10147	49,7
	No consta	6	0,1	10	0,1	16	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	106	1,3	229	1,9	335	1,6
	Primer grado	979	11,9	1817	14,9	2796	13,7
	Segundo grado	4802	58,3	8746	71,9	13548	66,4
	Tercer grado	2329	28,3	1319	10,8	3648	17,9
	Inclasificable o N/C	24	0,3	59	0,5	83	0,4
Ingresos económicos propios	Si	5246	63,7	8342	68,5	13588	66,6
	No	2820	34,2	3570	29,3	6390	31,3
	Desconocido	174	2,1	258	2,1	432	2,1
Total		8240	100	12170	100	20410	100

En el momento de la IVE, el 45,3% no tenían hijos y el 2,5% tenían 4 ó más. De las mujeres que tenían hijos, un 2,8% habían tenido el último hijo durante este mismo año (2010). En relación a IVE anteriores a la actual, el 40,7% de estas mujeres tenían IVE previas y un 2,1%, 4 ó más; de ellas al 7,8% se le había practicado una IVE previa en el mismo año 2010.

Entre las mujeres foráneas hay más mujeres con hijos que entre las nacidas en España (65,0% vs. 39,3) $p < 0,05$ y también este grupo de mujeres había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE en mayor porcentaje que las autóctonas (48,1% vs. 29,8%) $p < 0,05$.

Tabla 4.- Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2010 (II)

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		N	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4984	60,3	4255	35,0	9239	45,3
	1	1732	21,0	3891	32,0	5623	27,5
	2	1150	14,0	2693	22,1	3843	18,8
	3	276	3,3	916	7,5	1192	5,8
	4 o más	98	1,2	415	3,4	513	2,5
	Total de las que tienen hijos vivos						
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	127	3,9	186	2,3	313	2,8
	1	595	18,3	1105	14,0	1700	15,2
	2	526	16,1	1053	13,3	1579	14,1
	3	399	12,2	813	10,3	1212	10,8
	4	325	9,9	533	6,7	858	7,7
	5 o más	1286	39,5	4215	53,2	5501	49,2
	No consta año	0	0,0	10	0,1	10	0,1
Total de las que tienen hijos vivos							
Número de IVE previas	Ninguna	5786	70,2	6318	51,9	12104	59,3
	1	1646	20,0	3646	29,9	5292	25,9
	2	489	5,9	1404	11,5	1893	9,3
	3	198	2,4	488	4,0	686	3,4
	4 o más	121	1,5	314	2,6	435	2,1
Total de las que tienen hijos vivos							
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	189	7,7	457	7,8	646	7,8
	1	525	21,4	1337	22,8	1862	22,4
	2	394	16,0	1138	19,4	1532	18,4
	3	299	12,2	775	13,2	1074	12,9
	4	168	6,8	528	9,0	696	8,4
	5 o más	876	35,7	1606	27,4	2482	29,9
	No consta año	3	0,1	11	0,2	14	0,2
Total de las que han tenido IVE previas							
Total		8240	100	12170	100	20410	100

1.2.- Datos de la intervención:

Un 2,6% de las IVE que se notificaron al registro en 2010 tuvo como motivo las taras fetales, la petición de la mujer ó el peligro de la salud física ó psíquica de la embarazada fueron responsables del 97,4 restante.

El 51,9% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,7% después de la semana 15. Al considerar el porcentaje de las mujeres accedieron a la IVE después de la semana 15 de gestación hay que tener en cuenta que las interrupciones del embarazo por motivo de grandes taras fetales conllevan retraso diagnóstico y por lo tanto IVE tardía.

Como en años anteriores, las adolescentes retrasan más la IVE al margen de embarazos con taras fetales, las menores de 15 años casi doblan el porcentaje (12,3%); dentro de las 8

semanas de gestación abortaron un 52% de las mujeres que se notificaron al registro, siendo las mujeres mayores de 25 años las que tienen un porcentaje mayor de IVE precoz (gráfico 1).

Para el 57,2% de las mujeres, la información para acceder a la IVE se obtuvo fuera de circuitos sanitarios, el 42,8% restante en un centro sanitario; del total el 34,9% la recibió en un centro sanitario público. Un 67,3% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2010, no habían acudido a ningún control de métodos anticonceptivos ó no usaba dichos métodos.

Respecto a la financiación, el 35,3% de las IVE que se reportaron fueron sufragadas por la Administración Sanitaria.

La distribución de las IVE por municipio de residencia, para los 10 municipios con mayor población de mujeres aparece en la tabla 5. Superan la tasa por mil mujeres en edad fértil de la CM: Alcobendas, Madrid, Parla y Torrejón de Ardoz, siendo este último municipio el de mayor tasa (17,10 por mil), la más baja, corresponde a Alcorcón (10,03 por mil). Se observaron diferencias al analizar el porcentaje intervenciones con financiación pública y el lugar donde se recibió la información sobre la IVE, siendo mayor el porcentaje intervenciones con financiación pública en aquellos municipios en los que las mujeres se informaron del acceso a la IVE en un centro sanitario público (tabla 5).

Gráfico 1.- Distribución de IVE según semanas de gestación y edad de la mujer. Comunidad de Madrid, año 2010

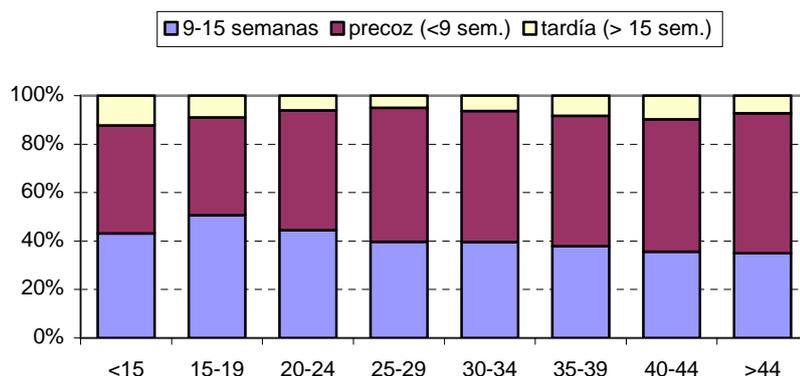


Tabla 5.- Distribución de IVE por municipio de residencia, lugar donde se recibió información sobre IVE y tipo de financiación. Comunidad de Madrid, año 2010

	Tasa x 1000 mujeres en edad fértil	Información sobre IVE en centros sanitarios públicos	IVE financiada administración sanitaria
ALCALA HENARES	12,53	53,1%	53,3%
ALCOBENDAS	14,76	47,6%	45,3%
ALCORCON	10,03	30,7%	35,3%
FUENLABRADA	11,30	40,2%	44,5%
GETAFE	11,57	47,7%	46,6%
LEGANES	10,31	42,8%	47,1%
MADRID	16,72	32,7%	33,3%
MOSTOLES	10,33	31,5%	35,8%
PARLA	15,73	44,1%	47,6%
TORREJON ARDOZ	17,10	47,3%	46,7%
TOTAL DE LA CM	13,80	34,9%	35,3%

1.3.- Datos de la notificación:

Respecto al origen de las notificaciones, en 2010 de las 20.410 intervenciones declaradas en mujeres residentes en la CM, 17 procedían de 2 hospitales públicos, y representan el 0,1% del total. Si bien la revisión del Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y Cirugía Ambulatoria (CMBD) de la Comunidad de Madrid cifra en 181 las IVE las practicadas en la red de hospitales públicos de nuestra Región.

El resto de IVE se notificaron desde las 7 clínicas privadas autorizadas para esta práctica, 3 de ellas para IVE de alto riesgo (>12 semanas); 5 estuvieron en funcionamiento todo el año, 1 comenzó su actividad en cuanto a IVE en febrero y otra el 12 de julio.

1.4.- IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, realizadas entre el 1 de enero y el 4 de julio de 2010.

En este periodo se notificaron 12.628 IVE de las que 10.541 fueron en mujeres con residencia en la CM (83,47%).

El 58,9% de las IVE notificadas en este período fueron de mujeres foráneas. La edad presentaba una media de 28,17±6,8 años. La proporción de intervenciones en jóvenes menores de 20 años es mayor en las españolas que en las nacidas en otros países (14,0% vs. 8,8%) (tabla 6).

Tabla 6.- Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2010 entre el 1 de enero y el 4 de julio (I)

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	21	0,4	15	0,2	36	0,3
	15-19	591	13,6	537	8,6	1128	10,7
	20-24	959	22,1	1389	22,5	2348	22,3
	25-29	945	21,8	1641	26,4	2586	24,5
	30-34	879	20,3	1458	23,5	2337	22,2
	35-39	647	14,9	847	13,6	1494	14,2
	40-44	268	6,1	302	4,9	570	5,4
	45 o más	22	0,5	20	0,3	42	0,4
Convive en pareja	Si	1818	42,0	3406	54,8	5224	49,6
	No	2508	57,9	2793	45,0	5301	50,3
	No consta	6	0,1	10	0,2	16	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	46	1,1	109	1,8	155	1,5
	Primer grado	435	10,0	856	13,7	1291	12,2
	Segundo grado	2666	61,5	4550	73,3	7226	68,5
	Tercer grado	1178	27,2	680	11,0	1858	17,6
	Inclasificable	7	0,2	14	0,2	21	0,2
Ingresos económicos propios	Si	2740	63,3	4251	68,5	6991	66,3
	No	1546	35,7	1861	30,0	3407	32,3
	Desconocido	46	1,0	97	1,5	143	1,4
Total		4332	100	6209	100	10541	100

El 45,6% no tenía hijos y el 2,6% refería 4 ó más hijos en el momento de la IVE, para el 58,8% era su primera IVE y un 2,2% habían abortado previamente en cuatro ó más ocasiones (tabla 7).

El 67,7% no había acudido a ningún servicio de control de métodos anticonceptivos en los 2 años previos. Según origen, en las mujeres españolas este porcentaje de es del 65,8% en las mujeres españolas y del 68,8% de las que nacieron en otro país.

El 39,3% obtuvo la información sobre la posibilidad de realizar esta IVE en un centro sanitario y el 32,1% en un centro sanitario público. Respecto a la financiación, el 32,1% de las IVE que se reportaron fueron sufragadas por la Administración Sanitaria. Según origen, la información para acceder a la IVE desde los centros sanitarios públicos es más utilizada por mujeres foráneas y también son más mujeres de ese grupo las que han recurrido a la IVE con financiación pública (34,4% vs. 28,8% en españolas).

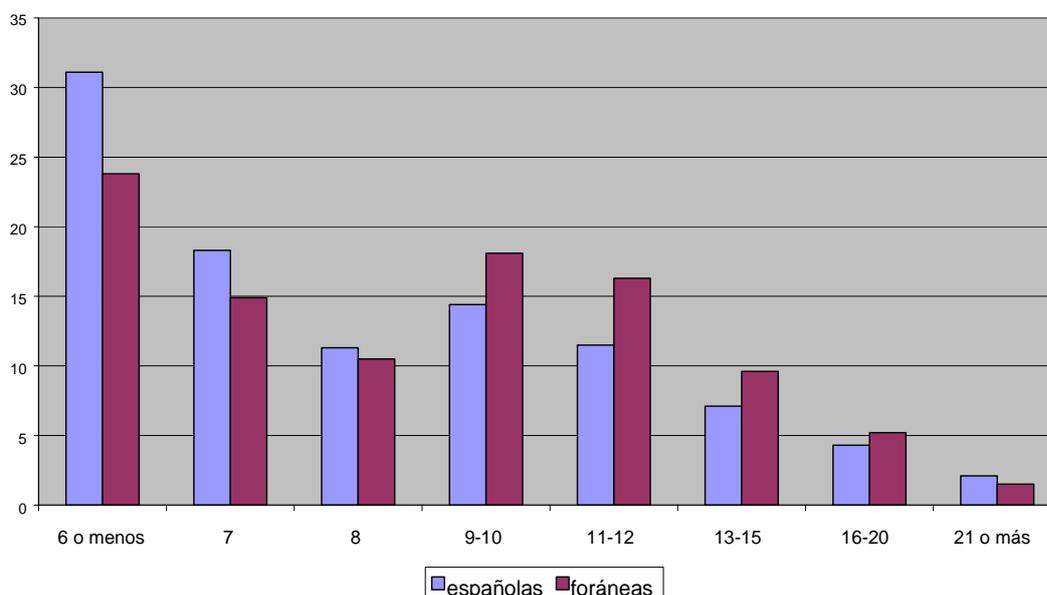
Tabla 7.- Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2010 entre el 1 de enero y el 4 de julio (II)

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	N	%		
Número de hijos vivos	No hijos	2636	60,8	2168	34,9	4802	45,6
	1	872	20,1	1992	32,1	2866	27,2
	2	626	14,5	1364	22,0	1990	18,9
	3	148	3,4	460	7,4	608	5,8
	4 o más	50	1,2	225	3,6	275	2,6
	Total de las que tienen hijos vivos						
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	11	0,6	5	0,1	16	0,3
	1	313	18,5	528	13,1	841	14,7
	2	288	17,0	562	13,9	850	14,8
	3	201	11,8	423	10,5	624	10,9
	4	168	9,9	288	7,1	456	7,9
	5 o más	717	42,2	2232	55,2	2949	51,4
	No consta año	0	0,0	3	0,1	3	0,0
	Total de las que tienen hijos vivos						
Número de IVE previas	Ninguna	3016	69,6	3180	51,2	6196	58,8
	1	893	20,6	1840	29,7	2733	25,9
	2	248	5,7	759	12,2	1007	9,6
	3	106	2,4	262	4,2	368	3,5
	4 o más	69	1,7	168	2,7	237	2,2
	Total de las que han tenido IVE previas						
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	27	2,0	68	2,2	95	2,2
	1	302	22,9	742	24,5	1044	24,0
	2	245	18,7	626	20,7	871	20,1
	3	171	13,0	419	13,8	590	13,6
	4	101	7,7	273	9,0	374	8,6
	5 o más	469	35,7	896	29,6	1365	31,4
	No consta año	1	0,0	5	0,2	6	0,1
	Total de las que han tenido IVE previas						
Total		4332	100	6209	100	10451	100

El 53,9% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,6% después de la semana 15. Según origen, el 60,7% de las IVE realizadas a mujeres españolas ocurrió con menos de 9 semanas de gestación (IVE precoz) mientras que para las mujeres foráneas el porcentaje de IVE precoz fue del 49,3%; en cuanto a la IVE tardía (más de 15 semanas de gestación) los porcentajes fueron 6,3% para las nacidas en España y del 6,7% en las nacidas en otro país (gráfico 2).

Respecto al motivo, en el 97,8% de las IVE notificadas fue por peligro para la salud de la mujer y el resto 2,8% taras fetales.

Gráfico 2.- Distribución de IVE según semanas de gestación y origen. Comunidad de Madrid, año 2010 entre el 1 de enero y el 4 de julio



1.5.- IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, realizadas entre el 5 de julio y el 31 de diciembre de 2010.

En este periodo se notificaron al registro de la CM 11.823 IVE de las que 9.869 fueron en mujeres con residencia en la CM (83,47%), idéntico porcentaje que en el primer semestre.

El 60,4% de las IVE notificadas en este segundo semestre de 2010 fueron de mujeres foráneas. La edad presentaba una media de $28,36 \pm 6,8$ años. Al igual que en el primer semestre, la proporción de intervenciones en jóvenes menores de 20 años es mayor en las españolas (12,6% vs. 8,5%) (tabla 8).

El 45,0% no tenía hijos y el 2,4% refería 4 ó más hijos en el momento de la IVE, para el 59,9% era su primera IVE y un 2,0% habían abortado previamente en cuatro ó más ocasiones (tabla 9).

El 67% no había acudido a ningún servicio de control de métodos anticonceptivos en los 2 años previos. Por origen este porcentaje es de 65,6% para las mujeres españolas y un 68,1% de las que nacieron en otro país. El 46,6% de las mujeres obtuvo la información para

acceder a la IVE en un centro sanitario y el 37,9% en un centro sanitario público. La información para acceder a la IVE desde los centros sanitarios públicos es más utilizada por mujeres foráneas (38,8 frente a 36,5% en mujeres españolas).

Tabla 8.- Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2010 entre el 5 de julio y el 31 de diciembre (I)

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	17	0,4	12	0,2	29	0,3
	15-19	477	12,2	497	8,3	974	9,9
	20-24	874	22,4	1338	22,4	2212	22,4
	25-29	843	21,6	1597	26,8	2440	24,7
	30-34	765	19,6	1404	23,5	2169	22,0
	35-39	654	16,7	838	14,1	1492	15,1
	40-44	251	6,4	261	4,4	512	5,2
	45 o más	27	0,7	14	0,3	41	0,4
Convivencia	En pareja	1672	42,8	3351	56,2	5023	50,9
	No	2236	57,2	2610	43,8	4846	49,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	60	1,6	120	2,0	180	1,8
	Primer grado	544	13,9	961	16,1	1505	15,3
	Segundo grado	2136	54,7	4196	70,4	6332	64,2
	Tercer grado	1151	29,4	639	10,7	1790	18,1
	Inclasificable o N/C	17	0,4	45	0,8	62	0,6
Ingresos económicos propios	Si	2506	64,1	4091	68,6	6597	66,9
	No	1274	32,6	1709	28,7	2983	30,2
	Desconocido	128	3,3	161	2,7	289	2,9
Total		3908	100	5961	100	9869	100

El 49,7% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,9% después de la semana 15. Una de las diferencias de la Ley Orgánica 2/2010 respecto a la anterior es que la IVE dentro de las 14 semanas de gestación, puede tener como motivo la petición de la embarazada; en los datos que estamos analizando este motivo se alegó en un 91,3% de las IVE notificadas, en el resto, el motivo de la IVE fue en el 2,9% taras fetales y en el 5,9% por peligro para la salud de la mujer.

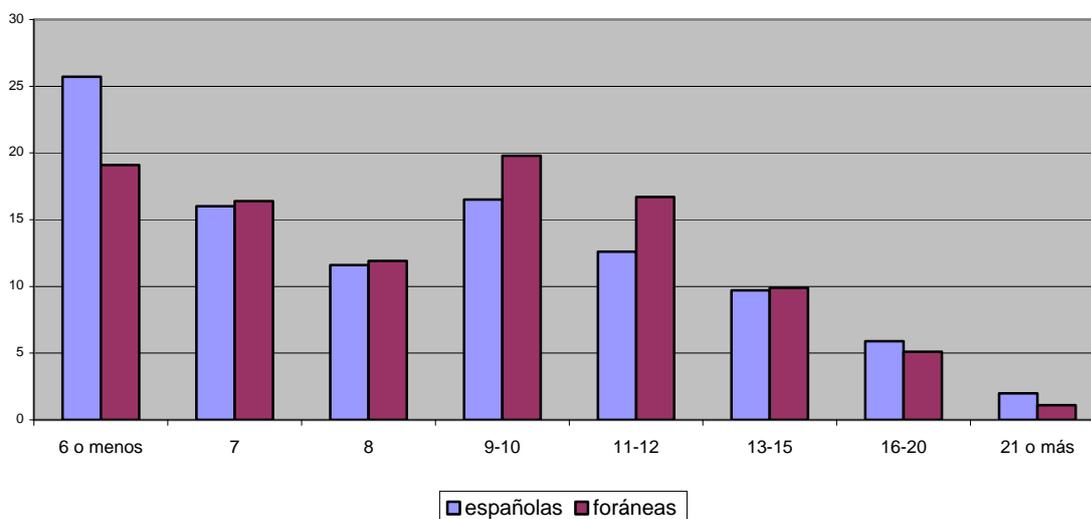
El 53,3% de las IVE realizadas a mujeres españolas ocurrió con menos de 9 semanas de gestación (IVE precoz) para las mujeres foráneas el porcentaje de IVE precoz fue del 47,4%; en cuanto a la IVE tardía (más de 15 semanas) los porcentajes son 7,9 frente a 6,2% de IVE tardía en mujeres no nacidas en España (gráfico 3).

Respecto a la financiación, en el segundo semestre, desde la entrada en vigor de la nueva Ley el 38,7% de las IVE han contado con financiación pública. Según origen, las mujeres nacidas fuera de España han recurrido a la IVE con financiación pública con mayor frecuencia que las españolas (39,2% vs. 38,0% en españolas).

Tabla 9.- Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2010 entre el 5 de julio y el 31 de diciembre (II)

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		N	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	2348	60,1	2087	35,0	4435	45,0
	1	860	22,0	1899	31,9	2759	27,9
	2	524	13,4	1329	22,3	1853	18,8
	3	128	3,3	456	7,6	584	5,9
	4 o más	48	1,2	190	3,2	238	2,4
	Si tiene hijos: años desde el último parto						
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	116	7,4	181	4,7	297	5,5
	1	282	18,1	577	14,9	859	15,8
	2	238	15,3	491	12,6	729	13,4
	3	198	12,7	390	10,1	588	10,8
	4	157	28,0	245	6,3	402	7,4
	5 o más	569	36,5	1983	51,2	2552	47,0
	No consta año	0	0,0	7	0,2	7	0,1
Total de las que tienen hijos vivos		1560	100	3874	100	5434	100
Número de IVE previas							
Número de IVE previas	Ninguna	2770	70,9	3138	52,6	5908	59,9
	1	753	19,3	1806	30,3	2559	25,9
	2	241	6,2	645	10,8	886	9,0
	3	92	2,3	226	3,8	318	3,2
	4 o más	52	1,3	146	2,5	198	2,0
	Si ha tenido IVE previas: años desde la última						
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	162	14,2	389	13,8	551	13,9
	1	223	19,6	595	21,1	818	20,7
	2	149	13,1	512	18,1	661	16,7
	3	128	11,2	356	12,6	484	12,2
	4	67	5,9	255	9,0	322	8,1
	5 o más	407	35,8	710	25,2	1117	28,2
	No consta año	2	0,2	6	0,2	8	0,2
Total de las que han tenido IVE previas		1138	100	2823	100	3961	100
Total		3908	100	5961	100	9869	100

Gráfico 3.- Distribución de IVE según semanas de gestación y origen. Comunidad de Madrid, año 2010 entre el 5 de julio y el 31 de diciembre



2.- Evolución del registro de IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, período 2001-2010.

Entre 2001 y 2010 se han notificado 179.596 IVE en mujeres residentes en la CM. La tasa anual de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años) mostró un patrón creciente desde el año 2001 (tasa 9,6 por mil) hasta el año 2008 (tasa 14,95 por mil). En 2009 y 2010 la tasa ha sido similar 13,54 por mil y 13,80 por mil respectivamente (gráfico 4). Estos datos están en concordancia con la previsión realizada a partir de un análisis de series temporales mediante modelización ARIMA, que se realizó en 2009 para los años 2010-2011-2012 donde, se pronosticó una estabilización en las notificaciones de IVE.

Gráfico 4.- Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años). Comunidad de Madrid, año 2001 a 2010

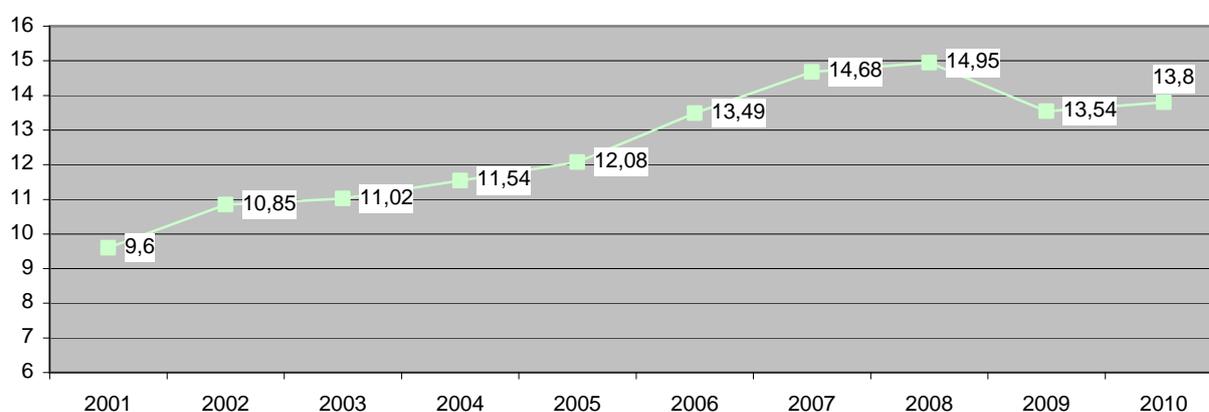
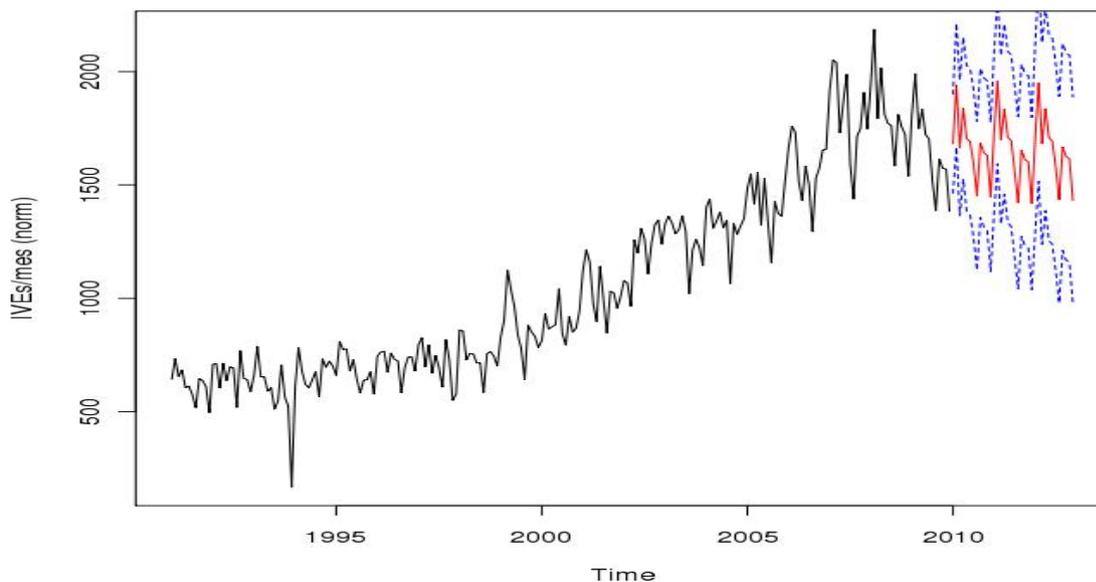
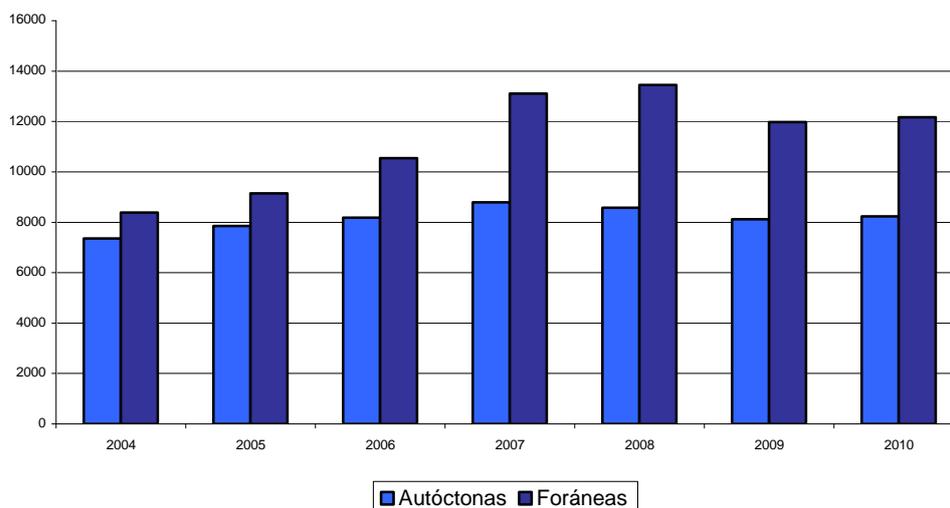


Gráfico 5.- Serie temporal del número de IVE mensual. Comunidad de Madrid, año 1990 a 2009 y pronóstico de 2010 a 2012, según modelo ARIMA



En los últimos años la inmigración ha sido muy relevante en la CM y su influencia en el Registro de IVE se puede analizar desde 2004, año en que se incorporó como variable el país de origen. En 2004 el porcentaje de IVE en mujeres foráneas fue del 52,0%, incrementándose hasta 2008 en que alcanzó el 61,1%; en 2009 sufrió una ligera disminución situándose en el 59,6%, proporción idéntica a la registrada en 2010 (gráfico 6).

Gráfico 6.- Evolución anual del número de IVE según origen. Comunidad de Madrid, años 2004-2010



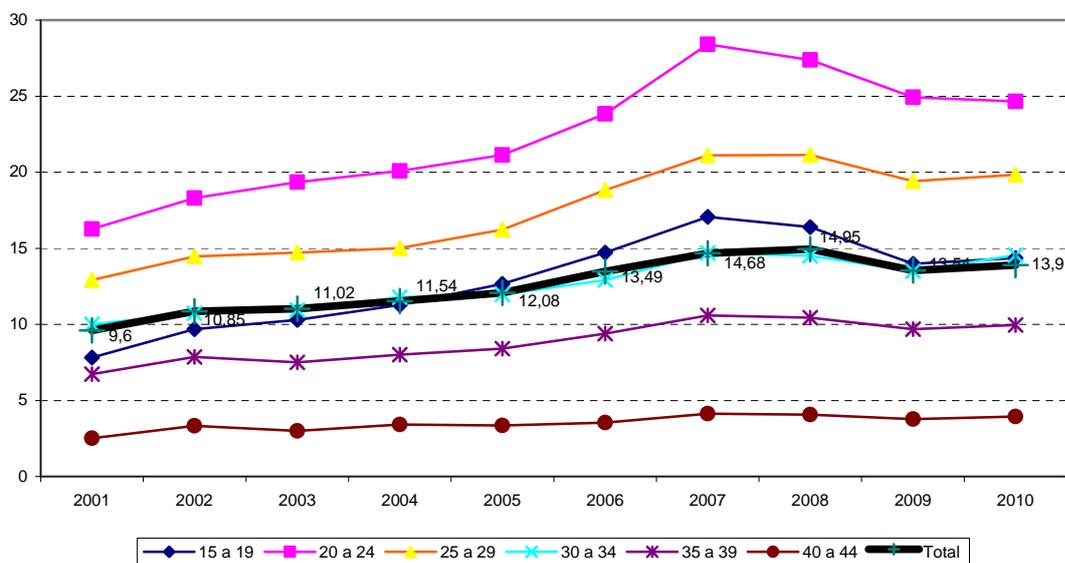
Respecto a la evolución de las tasas de IVE en mujeres en edad fértil según origen de la mujer, la razón de tasas (tasa en foráneas/tasa en españolas) tiene tendencia descendente desde 2006, en que fue de 5, valor máximo de la serie; en 2010 la razón de tasas fue de 3,5. La oscilación anual es variable tanto para las mujeres de origen español como para las foráneas (tabla 10).

Tabla 10.- Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años) según origen. Comunidad de Madrid, años 2004-2010

	Nacidas en España		Nacidas en otro país		Razón de tasas foráneas/españolas	Total	
	tasa x 1000 mujeres edad fértil	% variación respecto año anterior	tasa x 1000 mujeres edad fértil	% variación respecto año anterior		tasa x 1000 mujeres edad fértil	% variación respecto año anterior
2004	6,40	-	29,53	-	4,6	11,54	-
2005	7,00	+ 9,4	29,50	- 0,1	4,2	12,08	+ 4,7
2006	7,30	+ 4,3	36,41	+ 23,4	5,0	13,49	+ 11,7
2007	8,24	+ 12,9	35,37	- 2,8	4,3	14,68	+ 8,8
2008	8,02	- 2,3	33,14	- 6,3	4,1	14,95	+ 1,8
2009	7,70	- 4,0	27,81	- 16,1	3,6	13,54	- 9,4
2010	7,92	+ 2,8	27,58	- 0,8	3,5	13,80	+ 1,9

En la evolución por edad, las tasas máximas se registraron en 2007 para todos los grupos analizados. En los 2 últimos años se observa un ligero aumento de las tasas en todos los grupos de edad salvo para las mujeres de 20-24 años, si bien este grupo es el que ostenta las tasas más altas (gráfico 7).

Gráfico 7.- Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años) según grupo de edad. Comunidad de Madrid, año 2001-2010



La evolución de las tasas según residencia, para los 10 municipios con mayor población de mujeres figura en la tabla 11.

Tabla 11.- Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años) según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, año 2001-2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A. HENARES	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53
ALCOBENDAS	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76
ALCORCON	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03
FUENLABRADA	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30
GETAFE	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57
LEGANES	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31
MADRID	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72
MOSTOLES	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33
PARLA	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73
T. ARDOZ	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10
RESTO CM	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32
TOTAL CM	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68	14,95	13,54	13,80

CONCLUSIONES

La implantación de la nueva Ley parece no haber tenido una repercusión importante sobre la magnitud y evolución de las IVE en la CM. En 2010 se registró en la CM una tasa de IVE de 13,80 por mil mujeres en edad fértil, ligeramente superior a la observada en 2009. Este ascenso se produce en la tasa de mujeres nacidas en España mientras que la tasa en foráneas apenas se modifica.

No obstante, el alto porcentaje de IVE en extranjeras (59,6%), alerta acerca de la magnitud de este problema y exige el esfuerzo de intervención con esta población. En general, la Atención Primaria tiene un papel muy relevante y debe de contar con programas específicos dirigidos a la reducción de embarazos no deseados. En 2010 el 67,3% de las mujeres en las que se practicó una IVE no habían acudido a ningún centro de Planificación Familiar y/o control de métodos anticonceptivos.

Cuando comparamos las mujeres nacidas en España con las nacidas en otros países vemos que la proporción de intervenciones en jóvenes menores de 20 años es mayor en las españolas y que entre las mujeres foráneas hay más mujeres con hijos y también que en este grupo hay más mujeres que había pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE.

El cambio de normativa y el desconocimiento inicial respecto al funcionamiento de la nueva Ley ha podido condicionar una menor proporción de IVE precoz en el segundo semestre respecto al primero. Considerando todo el año, en 2010, el 51,9% de los abortos voluntarios fueron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,7% después de la 15. En el primer semestre estos porcentajes fueron del 53,9% y del 6,6%, mientras que en el segundo del 49,7% y del 6,9%.

Uno de los cambios más importantes vinculados a la entrada en vigor de la nueva Ley es que la IVE dentro de las primeras 14 semanas de gestación, no necesita dictamen médico y el motivo de la IVE puede ser la petición de la mujer, en el último semestre de 2010 este fue el motivo que se alegó en un 91,3% de las IVE notificadas. En este mismo grupo se incluyen también las IVE vinculadas a una violación denunciada que hasta ahora tenían un epígrafe específico.

La nueva Ley 2/2010 ratifica el derecho de las mujeres a la prestación pública de la IVE, bien en un centro de la propia red pública o en uno privado autorizado para ello. Este articulado parece el responsable de que IVE financiadas por parte de la Administración haya aumentado de un 32,1% en el primer semestre al 38,7% en el segundo.

Los resultados sobre IVE previas recomiendan incluir el asesoramiento anticonceptivo entre las funciones de las clínicas que practican IVE, de esa forma se garantiza el acceso a información sobre anticoncepción de manera inmediata y dirigida a las características de cada mujer. Además de la disponibilidad de la información en múltiples idiomas, para mejorar la labor preventiva, habría que seguir estudiando los condicionamientos culturales o de cualquier otra índole que lleva a las mujeres a pasar por la IVE y por la IVE de repetición. En este mismo sentido hay que incidir en la corresponsabilidad de la pareja, cuando exista, en el comportamiento sexual y reproductivo.

Desde el comienzo de la vigilancia epidemiológica hasta hoy, el registro ha ido mejorando de forma que en 2010 la exhaustividad en la cumplimentación de los datos de las IVE es muy buena. La entrada en vigor de la nueva Ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, está suponiendo un esfuerzo muy importante de adaptación de las variables registradas y de los soportes informáticos que se vienen utilizando para su explotación y análisis.



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid Año 2011, semanas 5 a 8 (del 30 de enero hasta el 26 de febrero de 2011)

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	2	3	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	4	4	15	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2	
Meningitis bacterianas, otras	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	0	3	4	5	10	
Meningitis víricas	3	5	0	0	1	1	0	1	0	1	0	2	1	2	1	1	2	5	2	2	2	2	12	22	
Enf. neumocócica invasora	4	14	10	13	7	9	4	5	3	9	5	8	2	3	9	14	1	5	4	6	8	14	58	102	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	7	7	
Hepatitis B	1	1	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7	7	
Hepatitis víricas, otras	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Triquinosis	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	1877	5215	1060	3104	1398	3465	1429	4232	1849	5417	2086	5872	1345	3587	1270	3785	1136	3251	1079	3093	1528	4481	16057	45502	
Legionelosis	1	2	1	1	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3	10	
Varicela	83	162	39	86	32	59	27	58	66	143	43	113	19	56	36	112	31	74	33	71	72	132	481	1066	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	1	2	0	2	0	1	5	7	2	4	1	1	6	11	0	0	1	3	3	4	5	6	24	41	
Sífilis	4	13	6	8	1	5	7	10	9	11	3	5	13	27	2	2	2	6	2	2	11	19	61	110	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parotiditis	4	9	2	5	4	4	7	13	6	14	23	43	6	13	3	5	1	3	6	7	6	10	68	126	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	1	0	0	3	3	0	1	1	2	3	4	1	1	1	1	1	2	3	4	3	10	17	29	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	2	6	0	1	0	0	6	13	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	12	20	2	4	4	8	8	10	4	10	6	13	8	12	5	8	1	12	5	7	9	23	66	131	
TB, otras*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Lepra	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Poblaciones**	806.769		460.293		366.710		605.667		822.632		701.776		542.685		493.213		409.593		367.198		882.148		6.458.684		

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2010 *** 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 5 a 8 (del 30 de enero al 26 de febrero de 2011)

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.

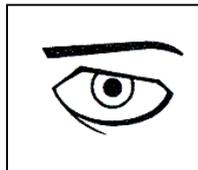
Brotes de origen alimentario. Año 2011. Semanas 5-8

Lugar de consumo	Año 2011						Año 2010		
	Semanas 5-8			Semanas 1-8			Semanas 1-8		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	2	205	0	2	205	0	5	596	17
Comedores de empresa	0	0	0	1	24	0	0	0	0
Domicilios	1	3	1	2	8	1	1	3	2
Restaurantes, bares y similares	0	0	0	1	7	0	6	22	4
Otros lugares	1	4	0	1	4	0	1	4	0
Total	4	212	1	7	248	1	13	625	23

Brotes de origen no alimentario. Año 2011. Semanas 5-8

Tipo de brote*	Año 2011						Año 2010		
	Semanas 5-8			Semanas 1-8			Semanas 1-8		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	5	144	0	9	276	0	13	633	2
Eritema infeccioso	1	40	0	1	40	0	1	13	0
Sarampión	3	20	7	3	20	7	1	3	0
Enf. Pie-mano-boca	1	6	0	1	6	0	0	0	0
Parotiditis	1	3	0	2	5	0	1	2	0
Tos ferina	1	2	0	2	5	1	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total	12	215	7	19	354	8	16	651	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 2011, semanas 5 a 8
(Del 30 de enero al 26 de febrero de 2011)

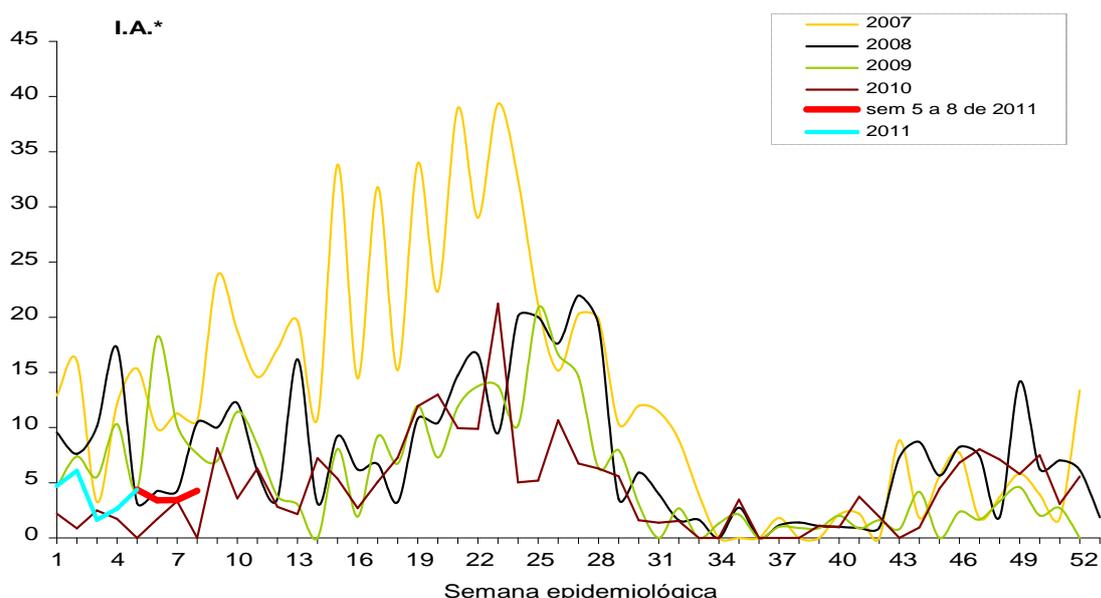
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. 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 informes mensuales con los principales resultados del sistema. Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en <http://www.madrid.org>

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 67,5% (n° de semanas en que se ha enviado notificación / n° de semanas teóricas x 100).

VARICELA

Durante las semanas 5 a 8 del año 2011 han sido declarados 18 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 14,6 casos por 100.000 personas (IC 95%: 7,7 – 21,6). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2007-2010 y de la semana 5 a la 8 de 2011.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2007-2011 y semana 5 a 8 de 2011.

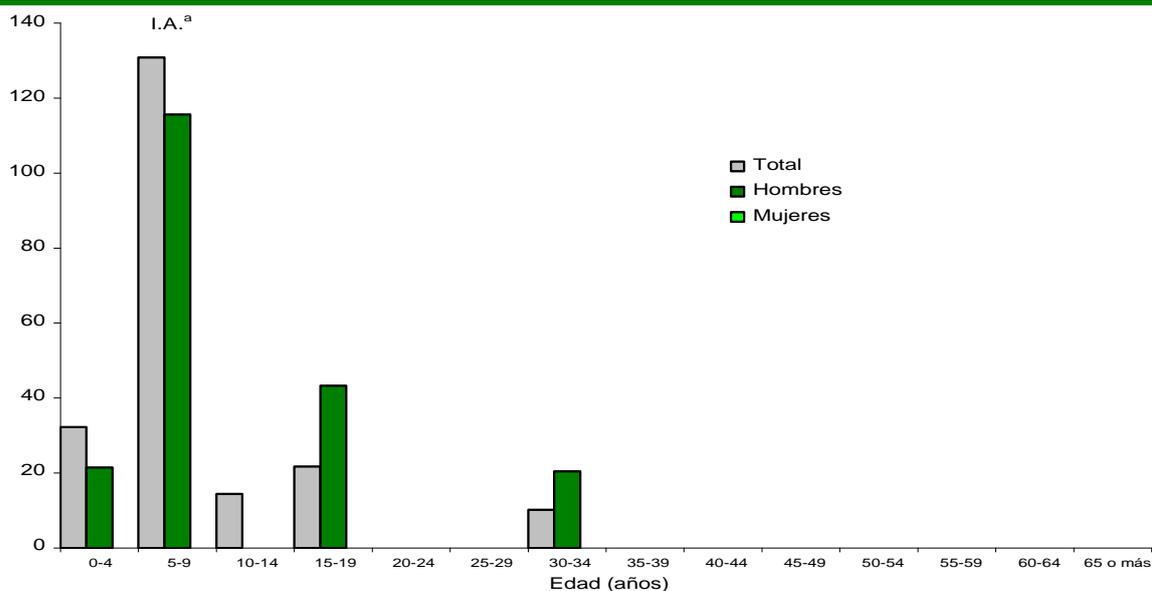


* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los 18 casos notificados, 10 casos se dieron en mujeres (55,6%) y 8 en hombres (44,4%). La edad se conoció en el 94,4% de los casos: 14 (82,4%) tenían menos de 10 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En 3 casos se registró infección bacteriana como complicación aunque ninguno de ellos requirió derivación a atención especializada.

En 11 casos (61,1%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, en uno (5,6%) a un caso de herpes zoster y en el resto es desconocido. El lugar de exposición declarado fue el colegio en 8 caso (44,4%) y 2 en el hogar (11,1%). Para el resto de casos, el lugar de exposición era otro o desconocido (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 5 a 8 de 2011



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

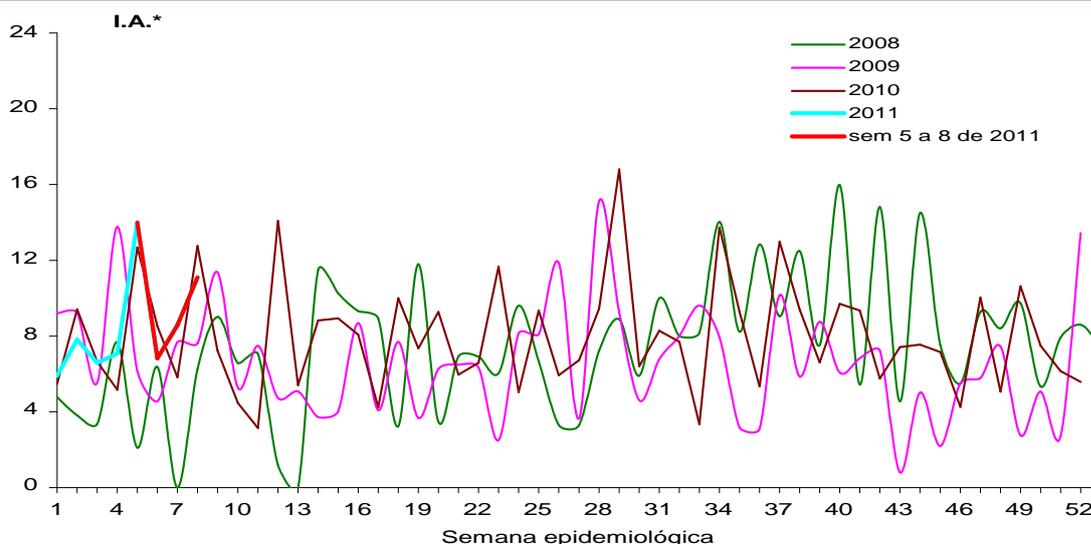
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 5 a 8 del año 2011.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	11	(61,1)
Caso de herpes zóster	1	(5,6)
Brote de varicela	0	(0,0)
Desconocido	6	(33,3)
Total	18	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	0	(0,0)
Colegio	8	(44,4)
Hogar	2	(11,1)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	8	(44,4)
Total	18	(100)

HERPES ZÓSTER

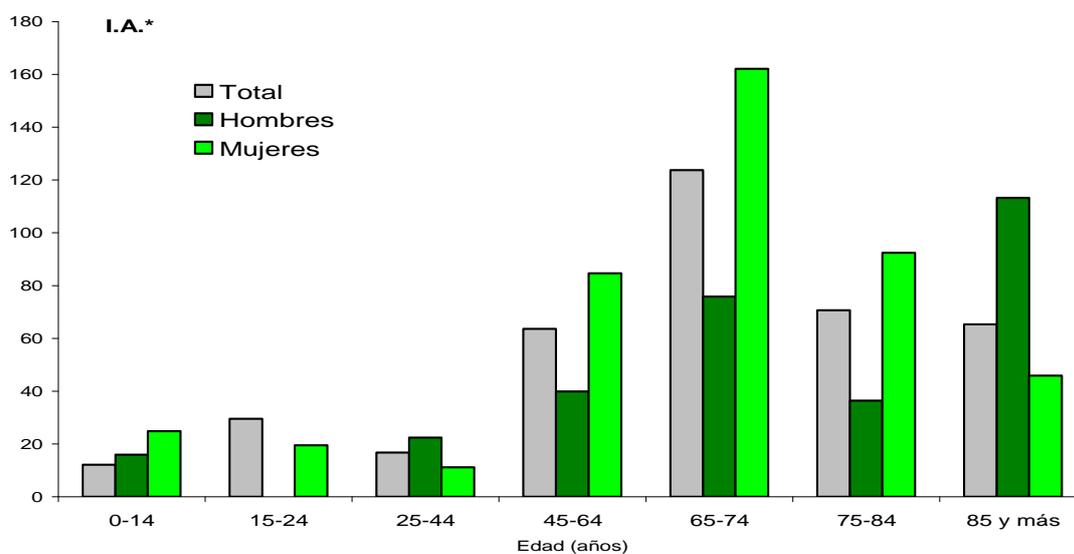
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 47 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 5 a 8 de 2011, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 40,4 por 100.000 habitantes (IC 95%: 28,9 – 52,0). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008, 2009, 2010, 2011 y las semanas 5 a 8 de 2011. El 66,0% de los casos se dió en mujeres (31 casos) y el 34% en hombres (16 casos). La mediana de edad fue de 59 años con un mínimo de 7 y un máximo de 85 años. 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 2008-2011 y semanas 5 a 8 de 2011.



* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

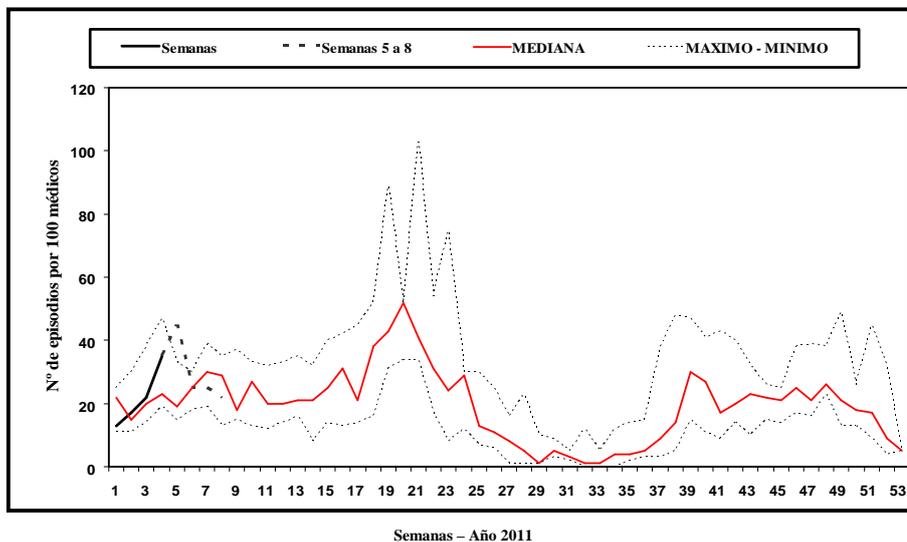
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 5 a 8 de 2011



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2011 Red de Médicos Centinela

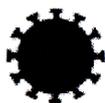


Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2.
Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 5 a 8 de 2011

	Semanas 5 a 8	Año 2011
Gripe*	428	1259*
Varicela	18	30
Herpes zoster	47	77
Crisis asmáticas	117	204

* Desde la semana 40 de 2010 hasta la 20 de 2011



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Situación VIH/sida en la Comunidad de Madrid.

Características de los nuevos diagnósticos de infección por VIH. Febrero 2011.

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. Los datos presentados a continuación son los recogidos por el Servicio de Epidemiología de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid (CM) hasta el 31 de enero de 2011.

Desde el año 2007 hasta el 31 de enero de 2011 se han notificado 2334 nuevos diagnósticos de infección por VIH, 69 de ellos (2,9%) no residían en nuestra comunidad en el momento del diagnóstico. El 82,7% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,8 años (DE: 10,6). El 47,5% habían nacido fuera de España. Un 3,3% (77) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

Tabla 1. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo.

	Hombres						Mujeres					
	España		Otro		Total		España		Otro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión												
UDI	60	5,5	27	3,2	87	4,5	20	15,7	3	1,1	23	5,7
HSH	707	64,4	483	58,0	1190	61,6						
HTX	100	9,1	194	23,4	294	15,2	85	67,0	255	92,4	340	84,4
Sexual (s.e.)	11	1,0	24	2,9	35	1,8						
Otros	5	0,5	4	0,4	9	0,6	5	3,9	3	1,1	8	2,0
Desconocido/N.C.	215	19,5	101	12,1	316	16,3	17	13,4	15	5,4	32	7,9
Total	1098	100,0	833	100,0	1931	100,0	127	100,0	276	100,0	403	100,0

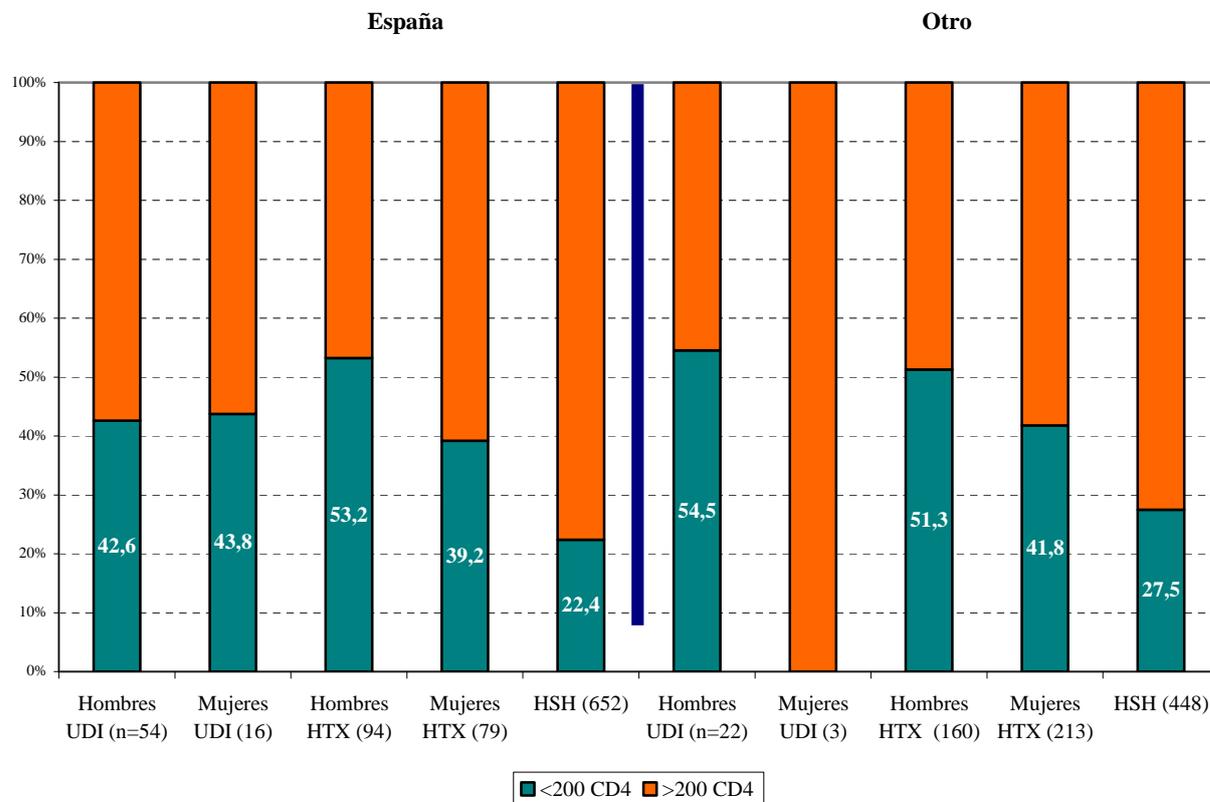
* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

Retraso diagnóstico

El 23,6% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 21,3% en autóctonos y del 26,2% en foráneos.

Se dispone de cifras de linfocitos CD4 al diagnóstico en 2028 nuevos diagnósticos (86,9%). El retraso diagnóstico (<200 células/ μ l) se observó en el 32,6% (661 casos) de las personas diagnosticadas y con cifras de linfocitos CD4. Este porcentaje aumenta al 50,3% si consideramos 350 células/ μ l.

Gráfico 1. Porcentaje de casos con retraso diagnóstico de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres

(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.



La suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, se puede realizar desde la misma página web del Boletín.

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

