

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

9.

INFORMES:

- **Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, 2012.**
- **Vigilancia de las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas en la Comunidad de Madrid 2008 a 2012.**

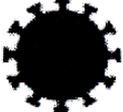
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

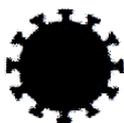
de la Comunidad de Madrid

9

Índice

INFORMES:

	Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2012.	3
	Vigilancia de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas en la Comunidad de Madrid. 2008 a 2012.	38
	EDO. Semanas 35 a 39 (del 26 de agosto al 29 de septiembre de 2013).	59
	Brotos Epidémicos. Semanas 35 a 39, 2013.	60
	Red de Médicos Centinela, semanas 35 a 39, 2013.	61



INFORME:

VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID Situación a 31 de diciembre de 2012

Elaborado por: Carlos Cevallos, José Verdejo, Concepción Izarra, Cristina Fernández, Susana Martínez.

ÍNDICE

Resumen.....	4
1. Introducción.....	5
2. Diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid.....	6
3. Prevalencia de infecciones por VIH	17
4. Casos de sida en la Comunidad de Madrid	
Incidencia de casos diagnosticados de sida.....	18
Prevalencia de casos de sida a 31 de diciembre de 2012.....	31
5. Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/sida.....	31
6. Comorbilidades en pacientes infectados por el VIH	34
7. Vigilancia de la transmisión vertical de la infección por VIH.....	36
8. Conclusiones.....	36
9. Bibliografía relacionada.....	37
10. Agradecimientos.....	37

RESUMEN

Entre 2007 y 2012 se han diagnosticado y notificado 6.417 infecciones por VIH en la Comunidad de Madrid. La incidencia es de 16,8 diagnósticos por 100.000 habitantes. El 83,7% son hombres y la media de edad al diagnóstico fue 35,3 años. El 73,2% de los hombres adquirieron la infección vía HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y en mujeres el 90,8% adquirieron la infección por vía HTX (heterosexual). Un 46,5% había nacido fuera de España. El 27,5% tenía una cifra menor de 200 linfocitos CD4/ μ l en el momento del diagnóstico y por tanto presentaban enfermedad avanzada. Este porcentaje aumenta con la edad de diagnóstico de VIH y también en hombres HTX y hombres UDI (usuarios de drogas inyectadas). El retraso diagnóstico es mayor en foráneos respecto a las personas nacidas en España.

La tasa de prevalencia de la infección por VIH en la población comprendida entre 15 y 64 años de edad en la Comunidad de Madrid a final del año 2012 es de 311,9 por 100.000. Es mayor en hombres respecto a mujeres (502,5 vs 128,3 por 100.000) y en foráneos respecto a nacidos en España (383,6 vs 288,1 por 100.000).

Hasta diciembre de 2012 se han diagnosticado 21.964 casos de sida, el 59,5% ha fallecido. Desde 1996, con la aparición de la terapia combinada con antirretrovirales (TAR), se ha producido un descenso del número de casos de sida diagnosticados, además de mejorar la supervivencia de las personas con VIH. En 2010 se diagnosticaron 351 casos de sida, en 2011, 299 y en 2012 (datos no consolidados), 238 casos.

En el periodo 2007-2012 se han diagnosticado 2.101 casos de sida. El 76,2% han sido hombres y el 71,5% tenían entre 30 y 49 años de edad al diagnóstico. El 41,5% de los casos de sida en hombres adquirieron el VIH por relaciones sexuales con otros hombres y el 32,1% eran usuarios de drogas inyectadas (UDI). En mujeres el 67% adquirieron el VIH por relaciones heterosexuales (HTX). El 48,5% de los casos de sida presentaban retraso diagnóstico, es decir se diagnosticaron dentro de los 12 meses posteriores al diagnóstico de VIH, este porcentaje fue mayor en HSH (64,5%), en hombres HTX (75%) y mujeres HTX (60,2%).

Durante el periodo 2007-2012 han fallecido 1.710 personas con infección por VIH. El 54,2% de los hombres y el 54,7% de las mujeres tenían entre 40 y 49 años de edad. En el 63% del total de personas fallecidas entre 2007 y 2012, las causas de éxitus fueron eventos NO sida. En cambio aquellas diagnosticadas a partir de 2007 fallecieron de eventos sida en el 53,9%.

1. INTRODUCCIÓN

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

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

El Registro de inoculaciones accidentales en personal sanitario con material potencialmente contaminado por VIH estuvo integrado dentro del Registro Regional de Sida/VIH desde 1985 hasta el año 2007. A partir de esta fecha forma parte del Sistema de vigilancia de accidentes biológicos en personal de centros sanitarios, dentro de la aplicación NOTAB (Notificación de Accidentes Biológicos), gestionada por el Servicio de Salud Laboral de la D.G. de Ordenación e Inspección. Los informes publicados con información sobre accidentes laborales se pueden consultar en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142330710965&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1159289987040

2. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2012

En agosto de 2010 se publicó la Orden 372/2010 de 15 de julio de 2010 que regula la notificación de nuevos diagnósticos de VIH. Desde el Servicio de Epidemiología se comenzó una recogida exhaustiva de los nuevos diagnósticos de infección por VIH ocurridos desde enero de 2007, por lo tanto los datos presentados a continuación corresponden al periodo 2007-2012. Los datos correspondientes al año 2012 no están consolidados.

Desde el año 2007 hasta el 31 de diciembre de 2012 se han notificado 6.417 nuevos diagnósticos de infección por VIH. La tasa de incidencia para este período es de 16,8 diagnósticos de infección por VIH por 100.000 habitantes, siendo esta tasa de 17,4 en 2011 y de 14,1 en 2012.

Del total de nuevos diagnósticos de VIH, 1.128 (17,6%) han desarrollado enfermedades diagnósticas de sida y 204 (3,2%) han fallecido en este periodo.

Sexo y edad al diagnóstico

El 83,7% de los diagnósticos de infección por VIH son hombres, la tasa de incidencia es de 29,1 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 5,3 por 100.000 en mujeres. Durante estos cuatro años se observa que el porcentaje de infecciones

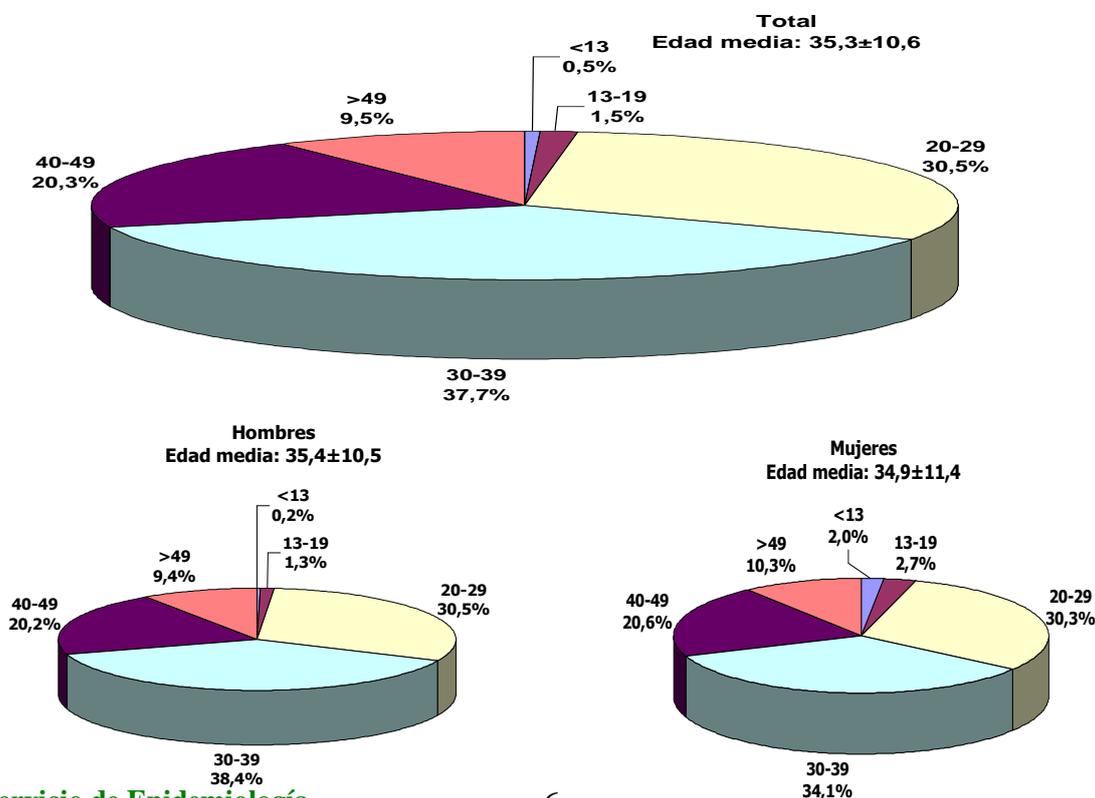
diagnosticadas en hombres aumenta respecto al de mujeres, así mismo la incidencia en hombres es más alta en estos últimos años respecto a 2007 y 2008 (Tabla 1). La media de edad al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,6). En el Gráfico 1 se recoge la distribución de los nuevos diagnósticos según el grupo de edad. El 68,2% tenían entre 20 y 39 años de edad cuando fueron diagnosticados. En mujeres destaca que un 2,7% tenían 13-19 años cuando en hombres este porcentaje es del 1,3%.

Tabla 1. Diagnósticos de infección por VIH. Comunidad de Madrid (CM) 2007-2012. Distribución por año de diagnóstico y sexo

	Hombres			Mujeres			Total	
	n	%	Tasa x 100.000	n	%	Tasa x 100.000	N	Tasa x 100.000
2007	758	81,4	25,7	173	18,6	5,5	931	15,3
2008	872	80,8	28,7	207	19,2	6,4	1079	17,2
2009	893	82,4	28,9	191	17,6	5,8	1084	17,0
2010	1088	85,1	34,8	191	14,9	5,7	1279	19,8
2011	960	85,2	30,6	167	14,8	5,0	1127	17,4
2012	797	86,9	25,5	120	13,1	3,6	917	14,1
Total	5368	83,7	29,1	1049	16,3	5,3	6417	16,8

*Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM
 Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

Gráfico 1. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012. Distribución por edad de diagnóstico y sexo



Mecanismo de transmisión

La distribución por mecanismo de transmisión en hombres y mujeres se encuentra recogida en la Tabla 2.

**Tabla 2. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012.
Distribución por mecanismo de transmisión y sexo**

	Hombres			Mujeres			Total		
	n	%		N	%		n	%	
UDI	223	4,2	4,5	46	4,4	4,5	269	4,2	4,5
HSH	3932	73,2	79,2				3932	61,3	65,7
HTX	795	14,8	16,0	952	90,8	93,2	1747	27,2	29,2
Otros	17	0,3	0,3	23	2,2	2,3	40	0,6	0,7
Desconocido	76	1,4		3	0,3		79	1,2	
No consta	325	6,1		25	2,4		350	5,5	

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

En el 5,5% (350) de los diagnósticos no consta el mecanismo de transmisión, y en el 1,2% (79), éste es desconocido.

De aquellas infecciones por VIH con mecanismo de transmisión conocido, en la mayoría el VIH se adquirió mediante relaciones sexuales sin protección (94,9%), tan sólo un 4,5% son usuarios de drogas inyectadas (UDI). En hombres, el 79,2% de los diagnósticos son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y en mujeres el 93,2% de las infecciones fueron adquiridas a través de relaciones heterosexuales (HTX).

En este periodo se han diagnosticado 27 infecciones producidas por transmisión vertical.

Hay 8 infecciones producidas a través de transfusiones, 3 de ellas en personas nacidas en España, una de ellas por una transfusión en México hace 15 años, otra transfundida en Sierra Leona y una última por una transfusión en España hace más de 25 años; el resto son personas originarias de otros países, por transfusiones ocurridas en sus países de origen.

Análisis por país de nacimiento

El 46,5% (2.987) de los nuevos diagnósticos ha nacido fuera de España. La tasa de incidencia en personas nacidas en España es de 11,1 diagnósticos por 100.000 y en foráneos de 41,2 diagnósticos por 100.000 (Tabla 3). De las infecciones diagnosticadas

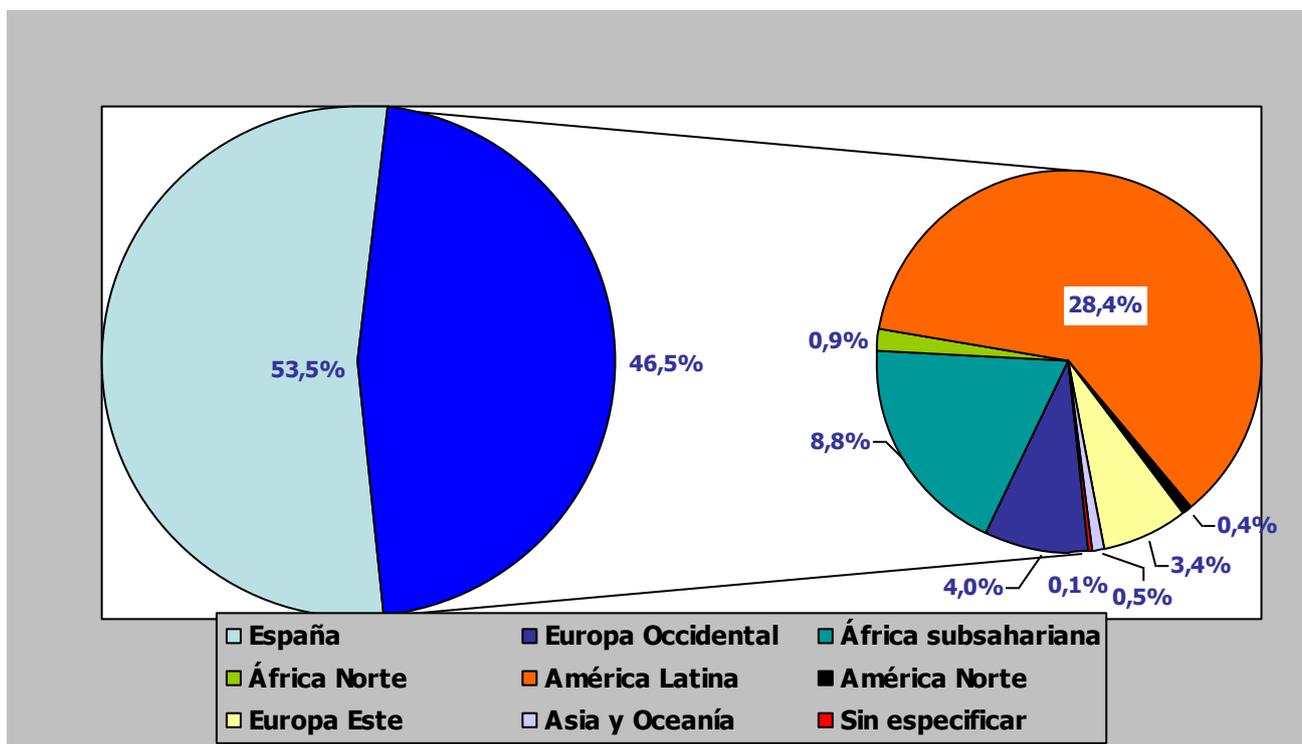
en personas nacidas fuera de España, la mayoría habían nacido en América Latina (60,9%), seguido de África Subsahariana (18,9%) (Gráfico 2).

Tabla 3. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012. Distribución según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

	España			Otros			Total	
	n	%	Tasa x 100.000	n	%	Tasa x 100.000	n	Tasa x 100.000
2007	463	49,7	9,2	468	50,3	44,2	931	15,3
2008	539	50,0	10,5	540	50,0	46,6	1079	17,2
2009	576	53,1	11,2	508	46,9	41,1	1084	17,0
2010	665	52,0	12,8	614	48,0	48,4	1279	19,8
2011	642	57,0	12,3	485	43,0	38,1	1127	17,4
2012	545	59,4	10,4	372	40,6	29,7	917	14,1
Total	3430	53,5	11,1	2987	46,5	41,2	6417	16,8

Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

Gráfico 2. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012. Distribución por lugar de nacimiento



El 75,4% de los nuevos diagnósticos en personas nacidas fuera de España son hombres, este porcentaje es del 90,9% en personas nacidas en España. La incidencia es mayor en foráneos que en autóctonos y en hombres que en mujeres. En personas foráneas es de 63,7 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 19,8 en mujeres; en aquellas personas nacidas en España es de 20,9 por 100.000 en hombres y 2 por 100.000 en mujeres.

La media de edad al diagnóstico es de 33 años en mujeres foráneas y de 34 en hombres foráneos, mientras que en autóctonos la media de edad es de 38 años en mujeres y de 36 en hombres. En foráneos los grupos de edad más frecuentes de diagnóstico de VIH son 30-39 años (42,7%) en hombres y 20-29 años (37,5%) en mujeres. En hombres nacidos en España, el grupo de edad más frecuente es 30-39 años (35,3%) y en mujeres es mayor el grupo de edad más frecuente, 40-49 años (34,2%) (Tabla 4).

Tabla 4. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012. Distribución por edad al diagnóstico, sexo y lugar de nacimiento

	España				Otros			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<13	5	0,2	13	4,2	7	0,3	8	1,1
13-19	39	1,3	4	1,3	29	1,3	24	3,3
20-29	926	29,7	42	13,4	712	31,6	276	37,5
30-39	1099	35,3	102	32,6	961	42,7	256	34,8
40-49	678	21,8	107	34,2	407	18,1	109	14,8
>49	368	11,8	45	14,4	135	6,0	63	8,6

El porcentaje de nuevos diagnósticos según el mecanismo de transmisión y el país de nacimiento en hombres y mujeres se recoge en la Tabla 5.

Tabla 5. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012. Distribución por mecanismo de transmisión, sexo y lugar de nacimiento

	España						Otros					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UDI	155	5,0	39	12,5	194	5,7	68	3,0	7	1,0	75	2,5
HTX	292	9,4	241	77,0	533	15,5	503	22,3	711	96,6	1214	40,6
HSH	2398	76,9			2398	69,9	1534	68,1			1534	51,4
Otros	7	0,2	15	4,8	22	0,6	10	0,4	8	1,1	18	0,6
Desconoc.	54	1,7	1	0,3	55	1,6	22	1,0	2	0,3	24	0,8
No consta	211	6,8	17	5,4	228	6,6	114	5,1	8	1,1	122	4,1

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

En hombres nacidos en España, el 76,9% de los nuevos diagnósticos son HSH y el 9,4% HTX, en hombres foráneos la proporción de HSH es menor (68,1%), siendo mayor la de HTX (22,3%).

En mujeres nacidas en España, el 77% de las nuevas infecciones son por transmisión HTX y un 12,5% UDI, mientras que en foráneas, en el 96,6% de los nuevos diagnósticos la transmisión es HTX.

El 48,5% de los UDI nacidos en España tenían entre 40 y 49 años de edad cuando fueron diagnosticados de VIH y el 33% tenían 30-39 años. En UDI foráneos los grupos de edad al diagnóstico son más jóvenes, 42,7% tenían 30-39 años y el 38,7% 20-29 años de edad. En HTX autóctonos el 33,6% tenían 40-49 años y el 28,1% 30-39; en cambio en HTX foráneos el 38,2% tenían 30-39 años y el 31,1% 20-29 años de edad. En HSH, los grupos de edad más frecuentes son los de 30-39 años (43,4% de los foráneos y 37% de los autóctonos) y el de 20-29 años de edad (Tabla 6).

En este período se han diagnosticado 27 infecciones por transmisión vertical. De ellas, 16 fueron en niños nacidos en la Comunidad de Madrid, cuyas madres no siguieron las recomendaciones de manejo terapéutico en gestantes infectadas por VIH. Los 11 restantes nacieron fuera de España (7 en Guinea Ecuatorial, 2 en Nigeria, 1 en Perú y 1 en Francia de origen subsahariano).

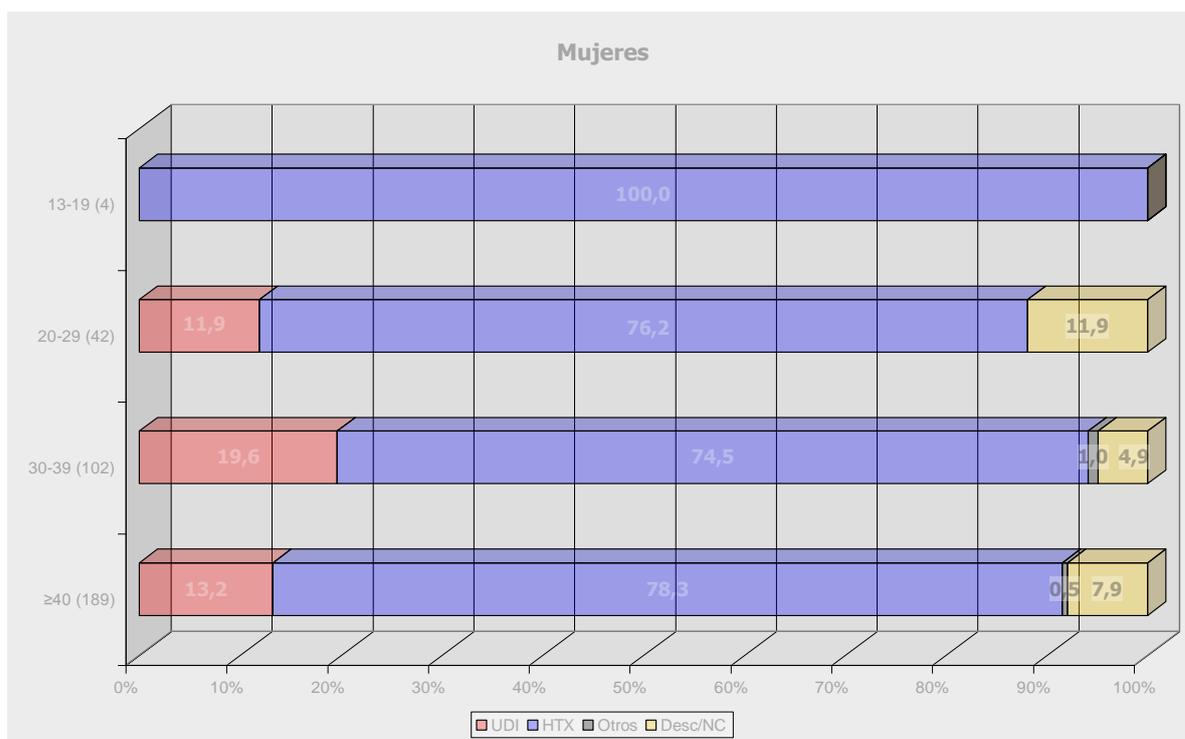
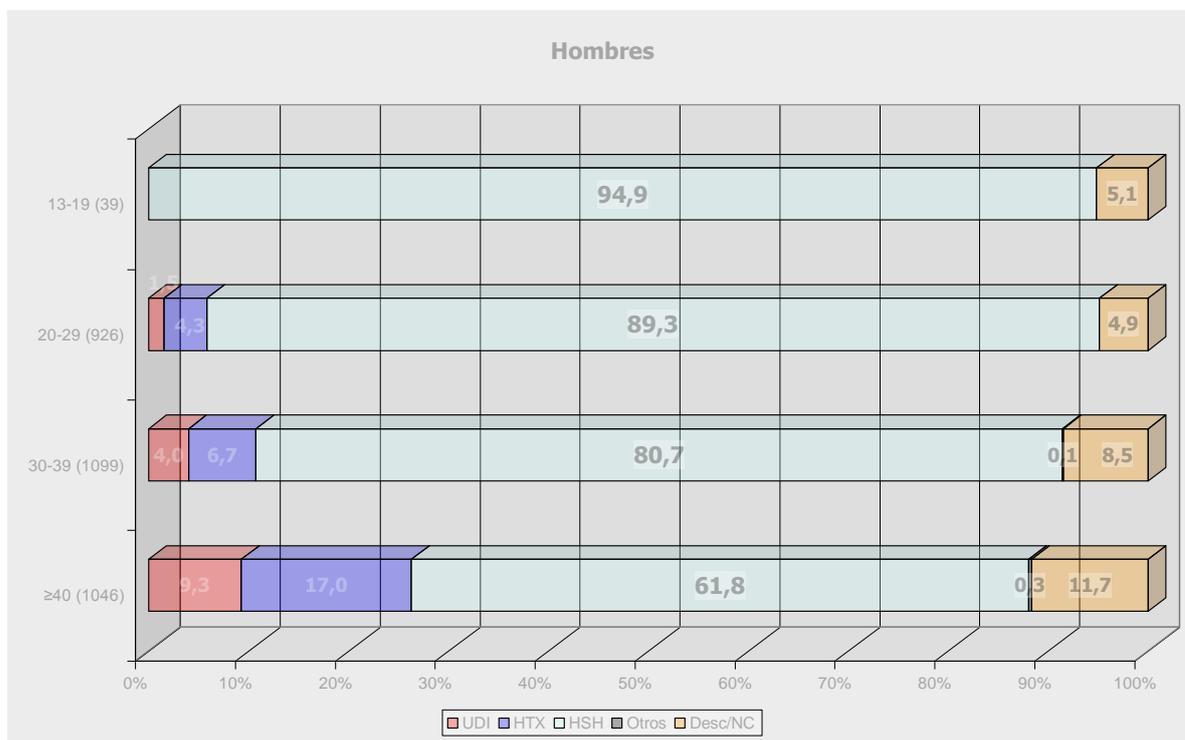
Tabla 6. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012. Distribución por edad al diagnóstico, mecanismo de transmisión y lugar de nacimiento

	España						Otros					
	UDI		HTX		HSH		UDI		HTX		HSH	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13-19	0	0,0	4	0,8	37	1,5	2	2,7	26	2,1	23	1,5
20-29	19	9,8	72	13,5	827	34,5	29	38,7	378	31,1	535	34,9
30-39	64	33,0	150	28,1	887	37,0	32	42,7	464	38,2	665	43,4
40-49	94	48,5	179	33,6	453	18,9	10	13,3	222	18,3	251	16,4
>49	17	8,8	128	24,0	193	8,1	2	2,7	122	10,0	60	3,9

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

En personas nacidas en España, el 80,7% de los hombres diagnosticados con 30 a 39 años de edad son HSH; en aquellos diagnosticados con más de 40 años, el 61,7% son HSH y el 17% adquirieron el VIH por vía HTX. También destaca que el 94,9% de los nuevos diagnósticos con 13-19 años de edad y el 89,3% de los de 20-29 años son HSH. Respecto a las mujeres, el 74,5% de las diagnosticadas con 30-39 años son HTX y el 19,6% UDI; en las mayores de 40 años, el 84,9% la vía es HTX (Gráfico 3).

Gráfico 3. Diagnósticos de infección por VIH en personas nacidas en España. CM 2007-2012
Distribución por edad al diagnóstico, mecanismo de transmisión y sexo.

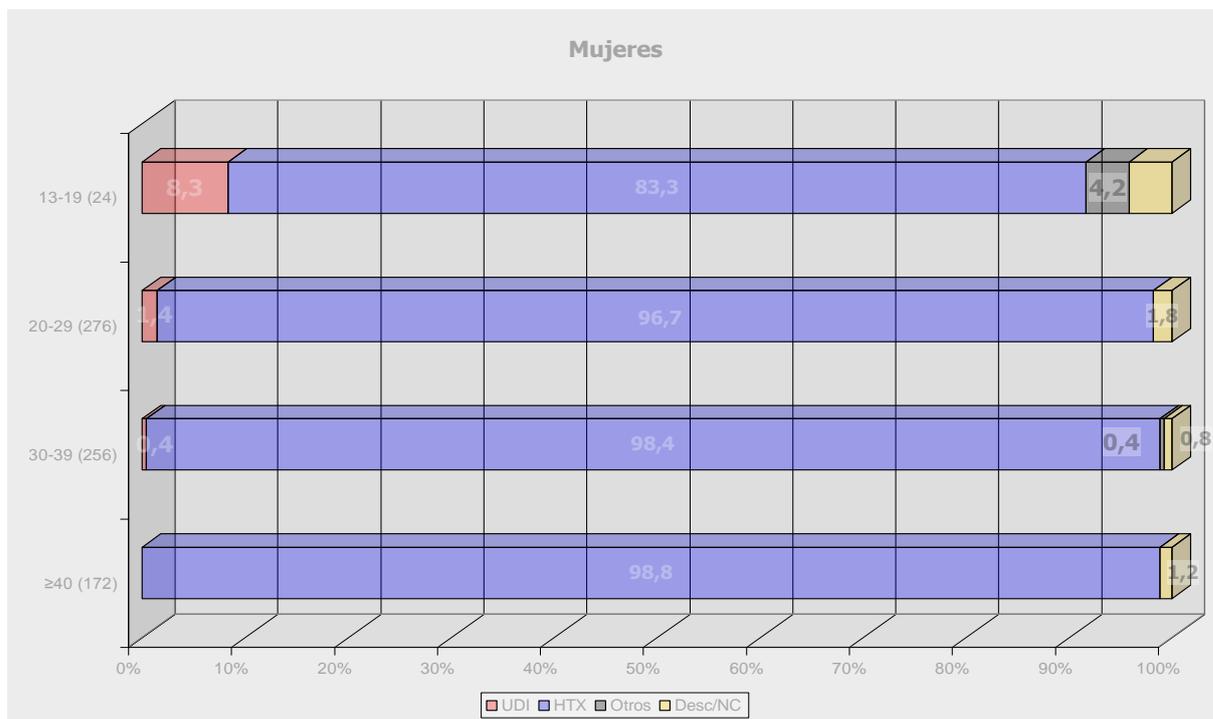
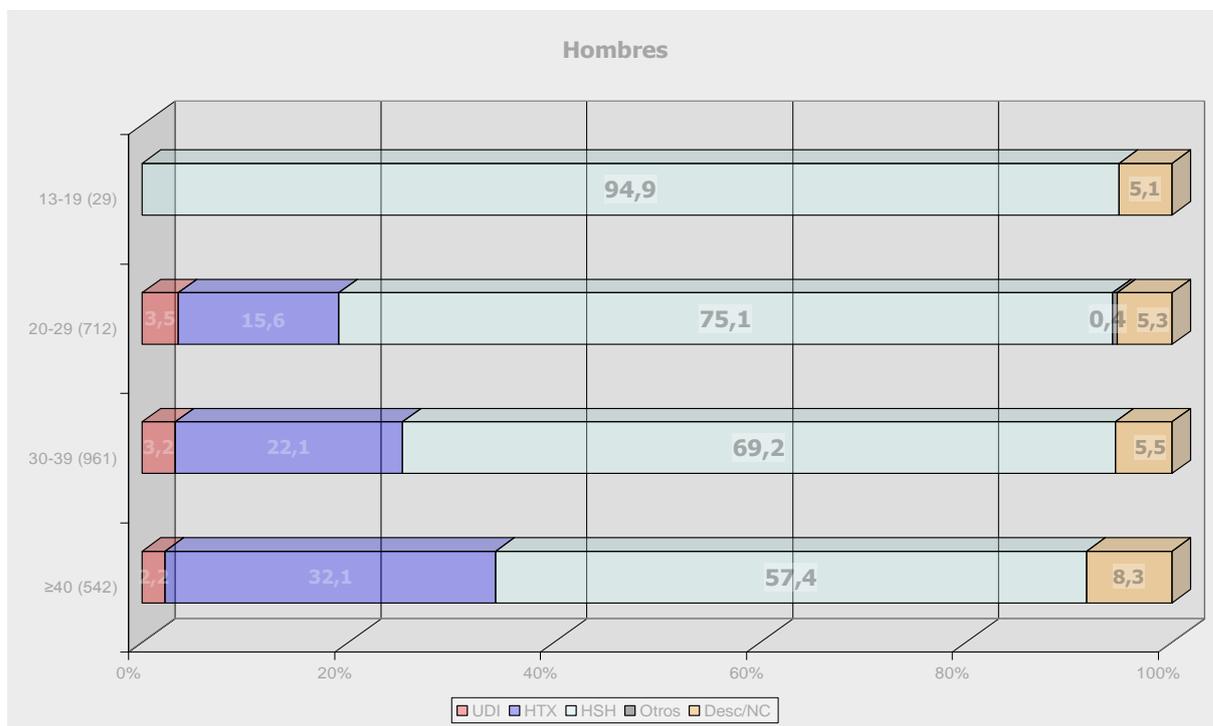


* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres;
 HTX: relaciones heterosexuales

En personas nacidas fuera de España, el 69,2% de los hombres diagnosticados con 30-39 años de edad son HSH. Respecto a las mujeres, más del 95% de las mujeres mayores de 20 años adquirieron la infección por vía HTX (Gráfico 4).

Gráfico 4. Diagnósticos de infección por VIH en personas nacidas fuera de España. CM 2007-2012.

Distribución por edad al diagnóstico, mecanismo de transmisión y sexo



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

Se observan también algunas diferencias por área geográfica de nacimiento, así en los nuevos diagnósticos en personas nacidas en África Subsahariana, el 55% son mujeres, 38,8% tenían entre 30 y 39 años de edad al diagnóstico y en el 94,7% la transmisión es HTX. En originarios de América Latina, el 82,8% son hombres, 40,5% con 30-39 años de edad y el 65,6% HSH. El 94,1% de los diagnósticos en nacidos en Europa Occidental son hombres, 44,7% tenían 30-39 años y el 77,6% son HSH. De aquellos nacidos en Europa Oriental, el 68,2% son hombres, 44,2% tenían 20-29 años de edad y en el 39,6% la transmisión fue vía HTX. Respecto a los nacidos en España, el 90,9% son hombres, 35% tenían 30-39 años de edad y el 69,9% son HSH.

Retraso en el diagnóstico (RD)

Según los criterios publicados por el “European Late Presenter Consensus Working Group” y el “UK Collaborative HIV Cohort Steering Committee” hemos diferenciado en el retraso diagnóstico dos situaciones dependiendo de la cifra de linfocitos CD4+ en el momento del diagnóstico:

- “Diagnóstico tardío”: CD4+ < 350 células/μl
- “Presentación con enfermedad avanzada”: CD4+ < 200 células/μl

Basándonos en las recomendaciones de tratamiento, hemos incluido en el análisis el límite de 500 linfocitos CD4+.

Del total de nuevos diagnósticos de VIH notificados, en 5.449 (85%) constaba la cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico. En este periodo se han notificado 78 infecciones agudas/recientes (menos de 6 meses) que se han incluido en el análisis de retraso diagnóstico. La mediana de linfocitos CD4 en el periodo 07-12 es de 374 células/μl (rango intercuartílico: 178-583). Para el análisis de la mediana se han excluido las infecciones agudas/recientes. Se observa que la mediana durante estos cinco años ha experimentado un aumento (Tabla 7).

Tabla 7. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012. Porcentaje de retraso en el diagnóstico y mediana de linfocitos CD4 por año de diagnóstico

	N	Infecciones agudas y recientes	Mediana linfocitos CD4	<200 células/μl %	<350 células/μl %	<500 células/μl %
2007	753	2	339	31,5	51,4	70,9
2008	914	7	358	28,6	48,0	68,6
2009	935	14	364	29,1	47,4	65,8
2010	1073	9	398	24,8	42,5	61,9
2011	968	18	378	27,2	45,7	64,5
2012	806	28	410	25,1	40,7	59,6
07-12	5449	78	374 (RI: 178-583)	27,5	45,8	65,0

El 27,5% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH presentaban enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico (<200 linfocitos CD4/μl), el 45,8% tenía menos de 350 células/μl y el 65% menos de 500 células/μl. Estos porcentajes se observan que disminuyen por lo general durante estos cuatro años, de forma paralela al aumento de la mediana de linfocitos CD4 (Tabla 7).

El retraso en el diagnóstico es mayor en foráneos que en aquellas personas nacidas en España, el 31,9% de los diagnósticos en foráneos tenía menos de 200 células/μl, un 51,9% menos de 350 y el 70,8% menos de 500 células/μl. En autóctonos estos porcentajes son del 23,9%, 40,6% y 60,2% respectivamente (Tabla 8 y Tabla 9). Tanto en personas nacidas en España como fuera, los porcentajes de retraso en el diagnóstico son mayores en mujeres que en hombres, 34,3% de los diagnósticos en mujeres nacidas en España y el 40,7% de aquellos en foráneas presentaban enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico. También en foráneos y autóctonos es mayor el retraso en el diagnóstico cuanto mayor es la edad de diagnóstico de VIH; el 47,5% de los diagnósticos en personas nacidas en España mayores de 49 años y el 44,7% de los diagnósticos mayores de 49 años nacidos fuera de España, presentaban enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico.

Tabla 8. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012 en personas nacidas en España. Porcentajes de retraso en el diagnóstico.

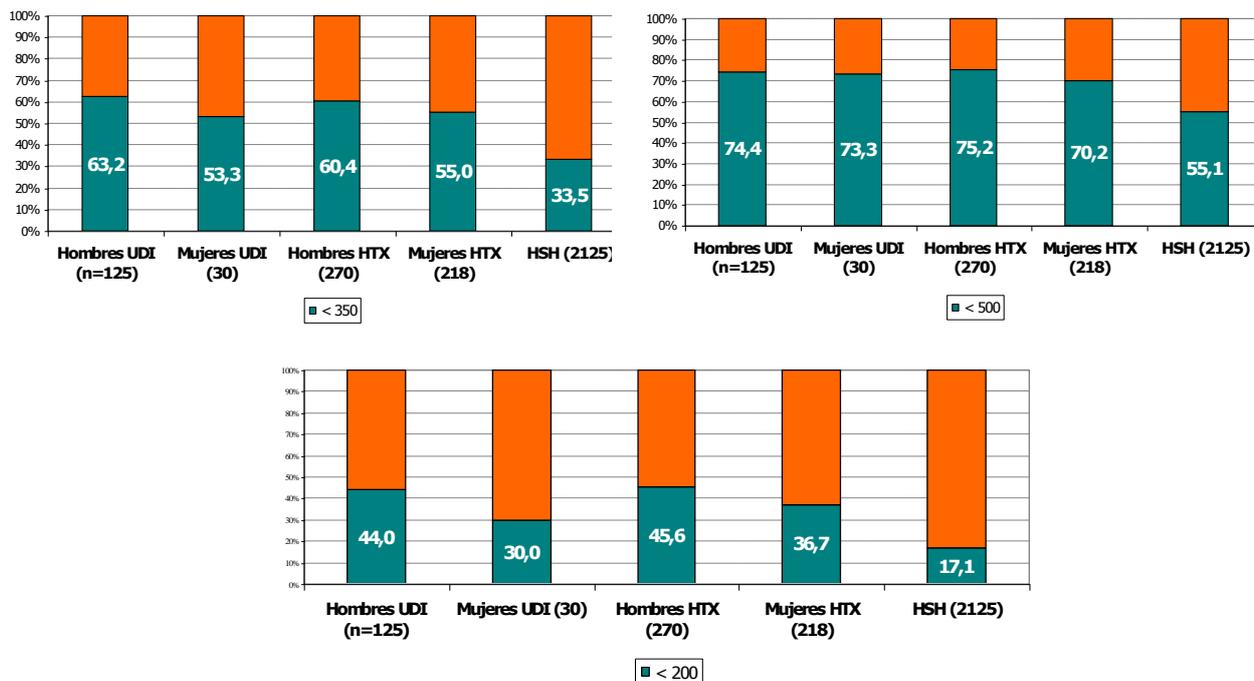
	N	< 200	< 350	< 500
Total	2960	23,9	40,6	60,2
Sexo				
-Hombres	2692	22,8	39,5	59,4
-Mujeres	268	34,3	52,5	67,9
Edad				
- <13	15	6,7	20,0	26,7
- 13-19	36	5,6	16,7	33,3
- 20-29	833	8,4	25,5	48,6
- 30-39	1029	20,9	37,2	57,3
- 40-49	681	35,8	54,0	71,4
- >49	366	47,5	62,8	77,6

**Tabla 9. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012
en personas nacidas fuera de España.
Porcentajes de retraso en el diagnóstico.**

	N	< 200	< 350	< 500
Total	2489	31,9	51,9	70,8
Sexo				
- Hombres	1897	29,2	49,0	68,6
- Mujeres	592	40,7	51,0	31,4
Edad				
- <13	8	25,0	50,0	62,5
- 13-19	42	14,3	28,6	45,2
- 20-29	794	23,7	44,6	64,5
- 30-39	1022	33,3	53,5	72,6
- 40-49	453	40,4	57,6	75,5
- >49	170	44,7	67,6	84,1

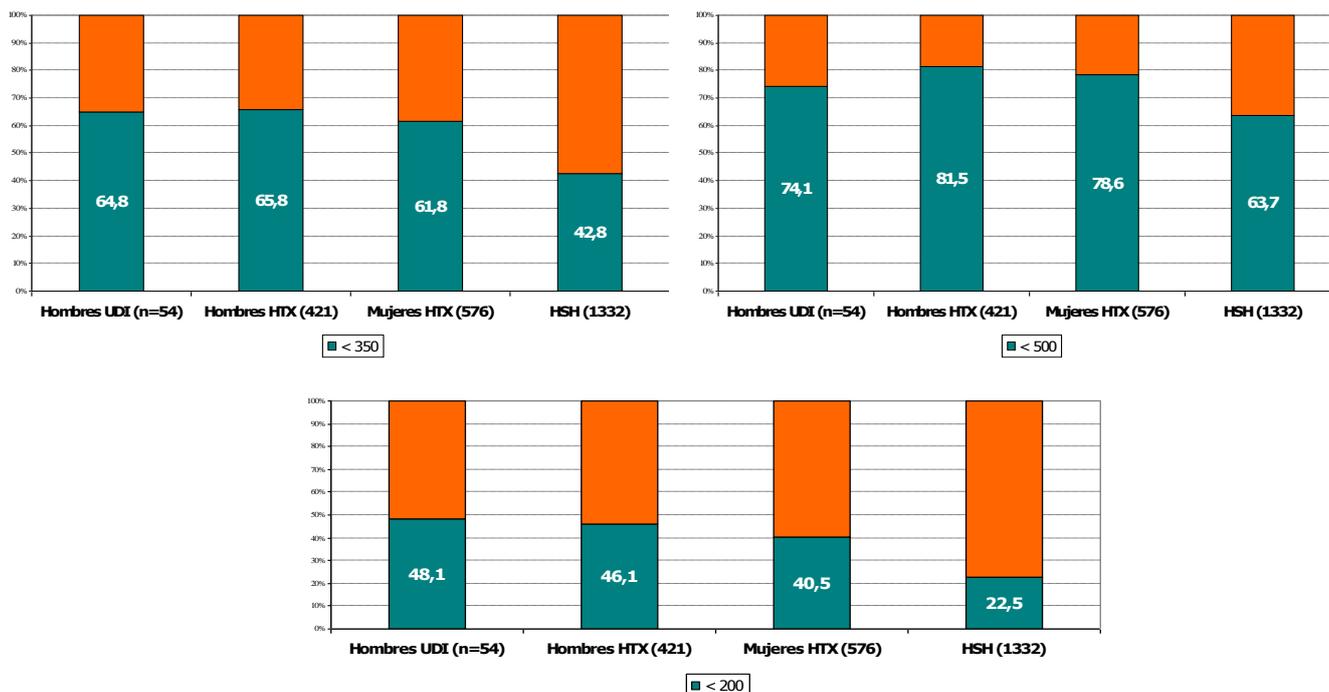
Según el mecanismo de transmisión, el retraso en el diagnóstico es mayor en aquellas infecciones adquiridas por vía heterosexual y en UDI, siendo bastante menor en HSH (Gráfico 5 y Gráfico 6). En las infecciones adquiridas mediante relaciones HTX, el 45,6% de los diagnósticos en hombres autóctonos y el 46,1% en hombres foráneos presentaban enfermedad avanzada, en mujeres este porcentaje es de un 36,7% en autóctonas y de 40,5% en foráneas. Un 17,1% de los diagnósticos en HSH nacidos en España y un 22,5% en HSH foráneos presentaban enfermedad avanzada.

Gráfico 5. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012 en personas nacidas en España. Porcentajes de retraso en el diagnóstico por sexo y mecanismo de transmisión.



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

Gráfico 6. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012 en personas nacidas fuera de España. Porcentajes de retraso en el diagnóstico por sexo y mecanismo de transmisión.



* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales. Disponemos de la cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico en 4 mujeres UDI, en todas ellas la cifra es mayor de 500 CD4/μl y por tanto sin retraso en el diagnóstico

Por área geográfica de nacimiento, el retraso en el diagnóstico es mayor en aquellas personas nacidas en países de África Subsahariana y del Norte de África y Oriente Medio; un 41,2% y 40,4% de los diagnósticos en estas personas presentaban enfermedad avanzada. El 30,8% de los diagnósticos en originarios de América Latina presentaban enfermedad avanzada y sólo el 16,4% en los nacidos en Europa Occidental (Tabla 10).

Tabla 10. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012
Porcentajes de retraso en el diagnóstico por área geográfica de nacimiento.

	N	< 200	< 350	< 500
E. Occidental	214	16,4	32,7	57,9
E. Oriental	185	35,7	48,6	61,1
A. Subsahariana	437	41,2	64,5	81,2
Norte África y OM	52	40,4	59,6	71,2
A. del Norte	23	34,8	47,8	65,2
América Latina	1546	30,8	51,4	71,0
Asia	26	26,9	50,0	76,9

3. PREVALENCIA DE INFECCIONES POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2012

La tasa de prevalencia de infección por VIH se ha calculado para la población comprendida entre los 15 y 64 años de edad. El numerador se ha obtenido a partir de los casos notificados/captados que fueron atendidos, en al menos una ocasión, en centros sanitarios públicos o privados de la CM desde el 1 de enero de 2009 hasta 31 de diciembre de 2012. La búsqueda de fallecidos y traslados a otras CCAA se ha llevado a cabo revisando Tanatos¹, Cibeles² y CMBD³. El denominador se ha obtenido a partir del padrón continuo de la CM.

Con estos criterios, a 12 de diciembre de 2012 el número de pacientes infectados por VIH, con una edad entre 15 y 64 años, residentes en la Comunidad de Madrid era al menos de 14.014, lo que representa una tasa de prevalencia de 311,9 por 100.000 habitantes. La distribución de la prevalencia por sexo y lugar de nacimiento está incluida en la Tabla 11.

1. Tanatos. Base de datos de fallecidos en la Comunidad de Madrid.

2. Cibeles. Base de datos de Tarjeta Sanitaria. Se ha revisado para captar éxitos y traslados a otras CCAA.

3. CMBD. Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria. Se ha revisado para captar éxitus y casos no notificados de infección VIH/sida.

Tabla 11. Personas vivas con infección por VIH a 31 de diciembre de 2012. CM

	Número de casos vivos	Tasa x 100.000
Total (15-64 años)	14.014	311,9
Nacidos en España	9.716	288,1
Nacidos fuera de España	4.298	383,6
Hombres (15-64 años)		
Nacidos en España	7.834	469,5
Nacidos fuera de España	3.244	605,0
Mujeres (15-64 años)		
Nacidos en España	1.882	110,5
Nacidos fuera de España	1.054	180,4

4. CASOS DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2012

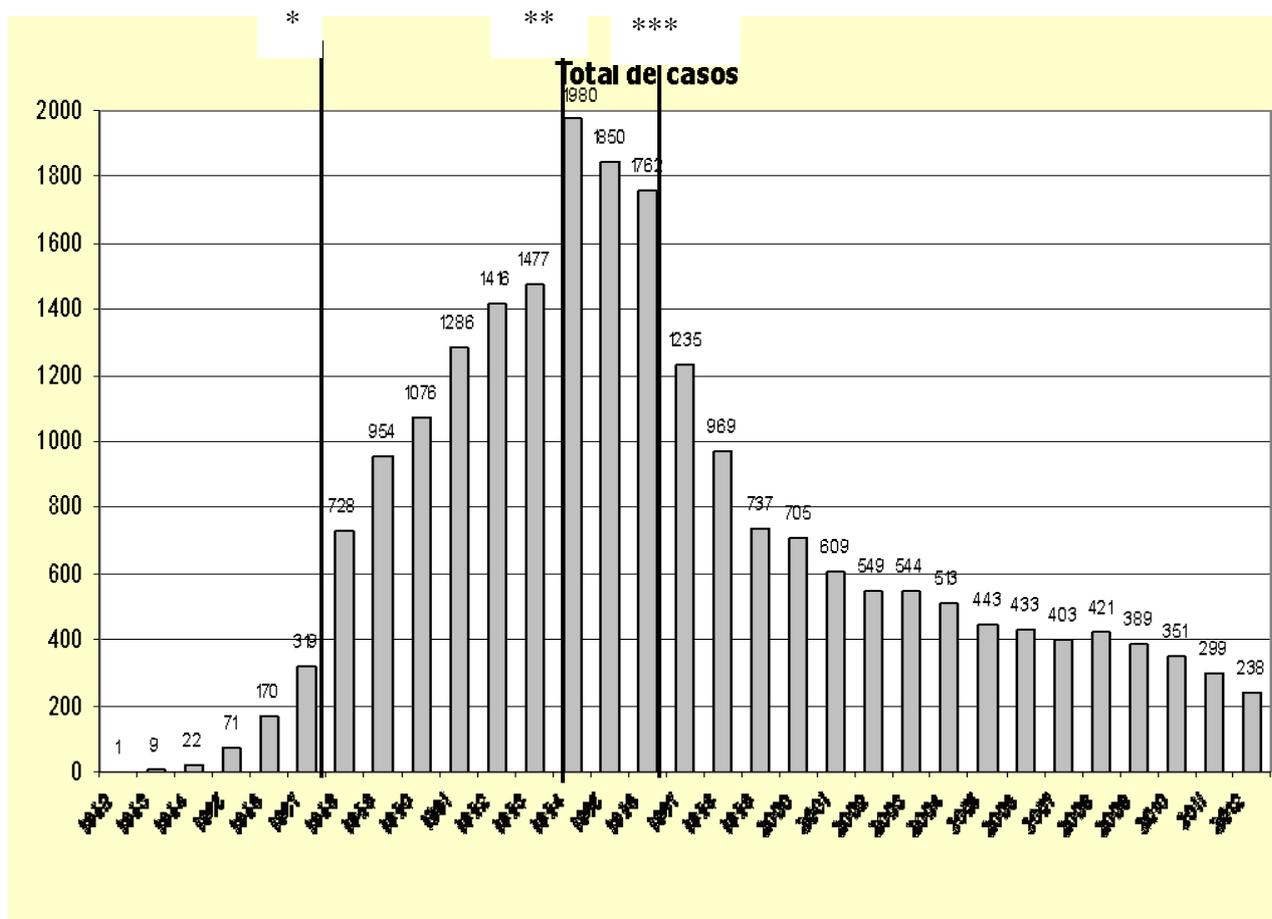
Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2012 se han diagnosticado 21.964 casos de sida notificados en la Comunidad de Madrid (CM). Se sabe que el 59,5% de los casos, es decir, 13.075, han fallecido. Durante 2011 se diagnosticaron 299 casos y en 2012, 238 casos. Los datos correspondientes al año 2012 no están consolidados.

Incidencia de casos diagnosticados de sida

La incidencia de casos diagnosticados de sida se ve afectada por la ampliación de los criterios definitorios de sida (revisiones en 1985, 1987 y 1992) y la aparición de la terapia combinada con antirretrovirales (TAR) en 1996, que causa un retraso en el desarrollo de la enfermedad en personas infectadas además de mejorar su supervivencia. Desde entonces, los nuevos diagnósticos de casos de sida se producen, fundamentalmente, a expensas de diagnósticos tardíos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral ó que éste es ineficaz y pacientes de larga evolución.

Desde el inicio de la epidemia hasta 1994, la incidencia de casos de sida diagnosticados aumentó de forma continua. En este último año, coincidiendo con la inclusión de la tuberculosis pulmonar, las neumonías bacterianas de repetición y el cáncer invasivo de cuello de útero como enfermedades indicativas de sida con fines de vigilancia epidemiológica para pacientes adolescentes/adultos (>12 años de edad), se observó un gran aumento en la incidencia, un 34% respecto del año anterior. Entre el año 1994 y 1996 hubo un descenso del 11% en los nuevos diagnósticos de sida y tras la introducción del TAR (1996-1997) la disminución en la incidencia anual se hizo más acentuada; entre 1996 y 2000 los nuevos casos disminuyeron un 60%, este descenso continúa hasta 2010, entre el año 2001 y 2011 hubo un descenso del 51% en el número de nuevos casos de sida (Gráfico 7).

Gráfico 7. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2012. Evolución por año de diagnóstico



* 1987-88: revisión de las enfermedades indicativas de sida y los criterios diagnósticos de las mismas
 ** 1993-94: revisión de las enfermedades indicativas de sida
 *** 1997: en el segundo semestre de 1996 se inician los tratamientos combinados con antirretrovirales de gran actividad (TARGA).
 Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos.

Sexo y edad de diagnóstico

Del total de casos notificados el 79,6% son hombres. La razón hombres/mujeres es de 3,9. Entre 2007 y 2011 los nuevos diagnósticos disminuyeron un 23,5% en hombres y un 33,3% en mujeres (Tabla 12).

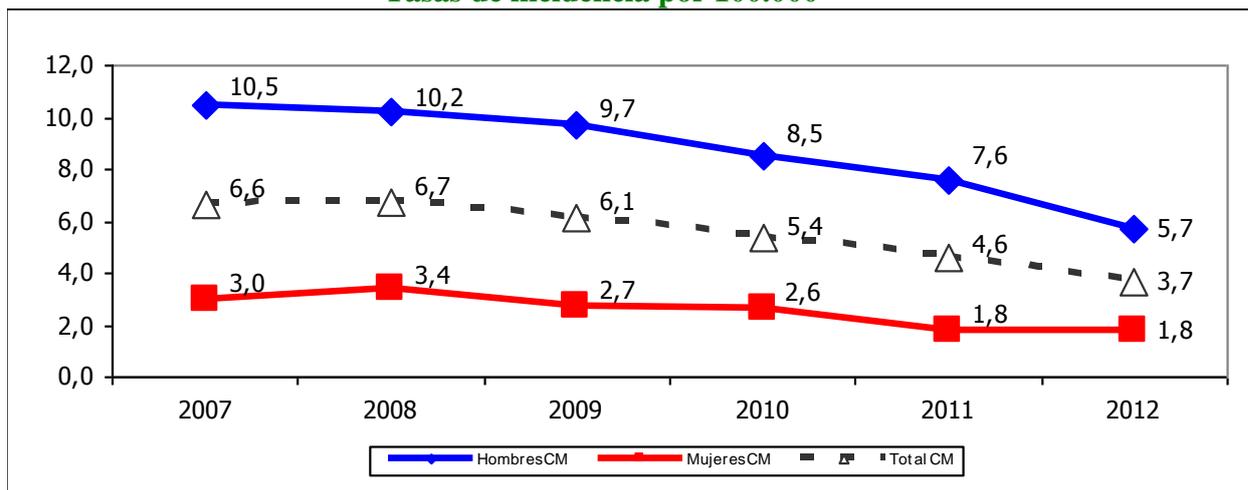
**Tabla 12. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2012.
Distribución por sexo y año de diagnóstico de sida**

	Hombres		Mujeres		TOTAL
	N	%	N	%	
1982	1	100,0	0	0,0	1
1983	8	88,9	1	11,1	9
1984	21	95,5	1	4,5	22
1985	62	87,3	9	12,7	71
1986	139	81,8	31	18,2	170
1987	273	85,6	46	14,4	319
1988	581	79,8	147	20,2	728
1989	787	82,5	167	17,5	954
1990	904	84,0	172	16,0	1076
1991	1063	82,7	223	17,3	1286
1992	1152	81,4	264	18,6	1416
1993	1184	80,2	293	19,8	1477
1994	1571	79,3	409	20,7	1980
1995	1493	80,7	357	19,3	1850
1996	1398	79,3	364	20,7	1762
1997	938	76,0	297	24,0	1235
1998	740	76,4	229	23,6	969
1999	571	77,5	166	22,5	737
2000	546	77,4	159	22,6	705
2001	497	81,6	112	18,4	609
2002	416	75,6	134	24,4	550
2003	435	79,8	110	20,2	545
2004	400	77,8	114	22,2	514
2005	352	79,3	92	20,7	444
2006	341	78,6	93	21,4	434
2007	310	76,9	93	23,1	403
2008	310	73,6	111	26,4	421
2009	300	77,1	89	22,9	389
2010	265	75,5	86	24,5	351
2011	237	79,3	62	20,7	299
2012 ¹	179	75,2	59	24,8	238
TOTAL	17474	79,6	4490	20,4	21964

(1) Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

La incidencia de casos de sida disminuye en la población general, de 6,6 casos de sida por 100.000 habitantes en 2007 a 4,6 en 2011 y 3,7 por 100.000 en 2012. En hombres disminuye de forma importante, en mujeres de forma más moderada (Gráfico 7).

Gráfico 7. Casos de sida. CM 2007-2012
Tasas de incidencia por 100.000



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

(1) Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

La mayoría de los casos han sido diagnosticados de sida cuando tenían entre 40 y 49 años de edad (38,6%) y entre 30 y 39 años (32,9%).

En el periodo 2007-2012, el 39,2% de los diagnósticos en hombres tenían 40-49 años de edad y el 31,5%, 30-39 años. En mujeres los grupos de edad son más jóvenes, 37,4% tenían 30-39 años, y el 36,4% 40-49 años (Gráfico 8 y Tabla 13). La media de edad es de 40,9 años (DE: 10,1), en hombres 41,5 años (DE: 10,3) y en mujeres 39,2 (DE: 9,5).

Gráfico 8. Casos de sida. CM 2007-2012
Edad al diagnóstico

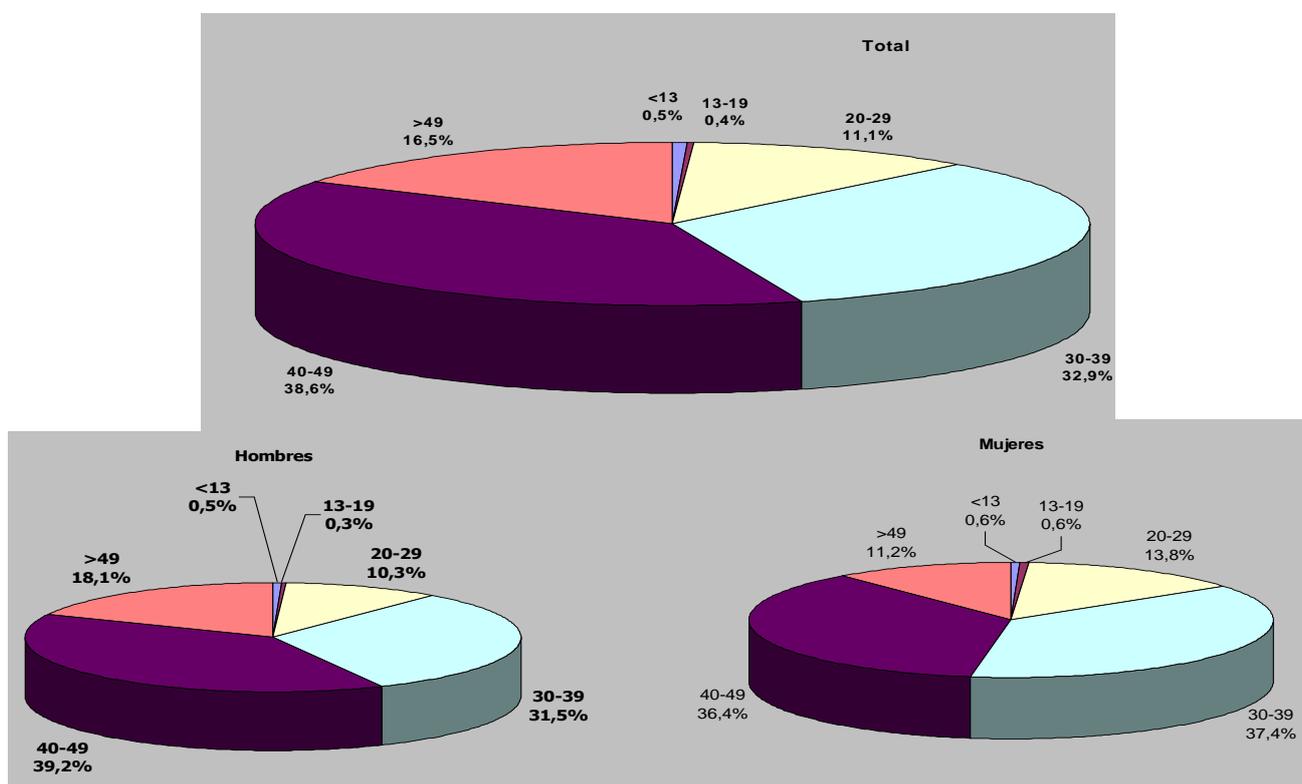


Tabla 13. Casos de sida. CM 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^a	Datos acumulados 1982-2012
GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA^b							
<13	5	1	2	1	0	1	351
13-19	0	4	0	0	1	3	121
20-29	54	39	48	35	39	19	5615
30-39	136	150	134	111	94	68	10427
40-49	154	161	146	136	116	97	3825
>49	55	66	59	68	49	50	1625
HOMBRES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA^b							
UDI	108	115	95	68	71	57	11074
HTX	61	62	52	55	44	27	1495
HSH	111	105	125	118	118	87	3896
HD/TF	0	3	1	2	1	0	242
Vertical	0	0	1	0	0	0	5
Desconocido/Otros	18	11	8	2	1	0	378
No consta	9	13	17	19	2	7	206
SUBTOTAL	307	309	299	264	237	178	17296
MUJERES ADOLESCENTES/ADULTOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA^b							
UDI	33	40	27	23	14	9	2629
HTX	56	68	55	62	47	47	1516
HD/TF	0	2	1	0	0	0	52
Vertical	0	0	1	0	1	0	5
Desconocido/Otros	1	0	1	0	0	0	79
No consta	1	1	3	1	0	3	36
SUBTOTAL	91	111	88	86	62	59	4317
CASOS PEDIÁTRICOS (<13 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)							
Vertical	4	1	2	1	0	0	300
Otros	1	0	0	0	0	1	51
SUBTOTAL	5	1	2	1	0	1	351
RETRASO DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN VIH RESPECTO AL DE SIDA^{c,d}							
Diagnóstico tardío	189	182	180	189	150	118	8734
Diagnóstico precoz	207	235	203	159	147	119	12761
PAÍS DE ORIGEN							
España	259	272	239	211	188	147	19974
Otro	144	149	150	140	111	91	1990
TOTAL	403	421	389	351	299	238	21964

(a) Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

(b) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

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

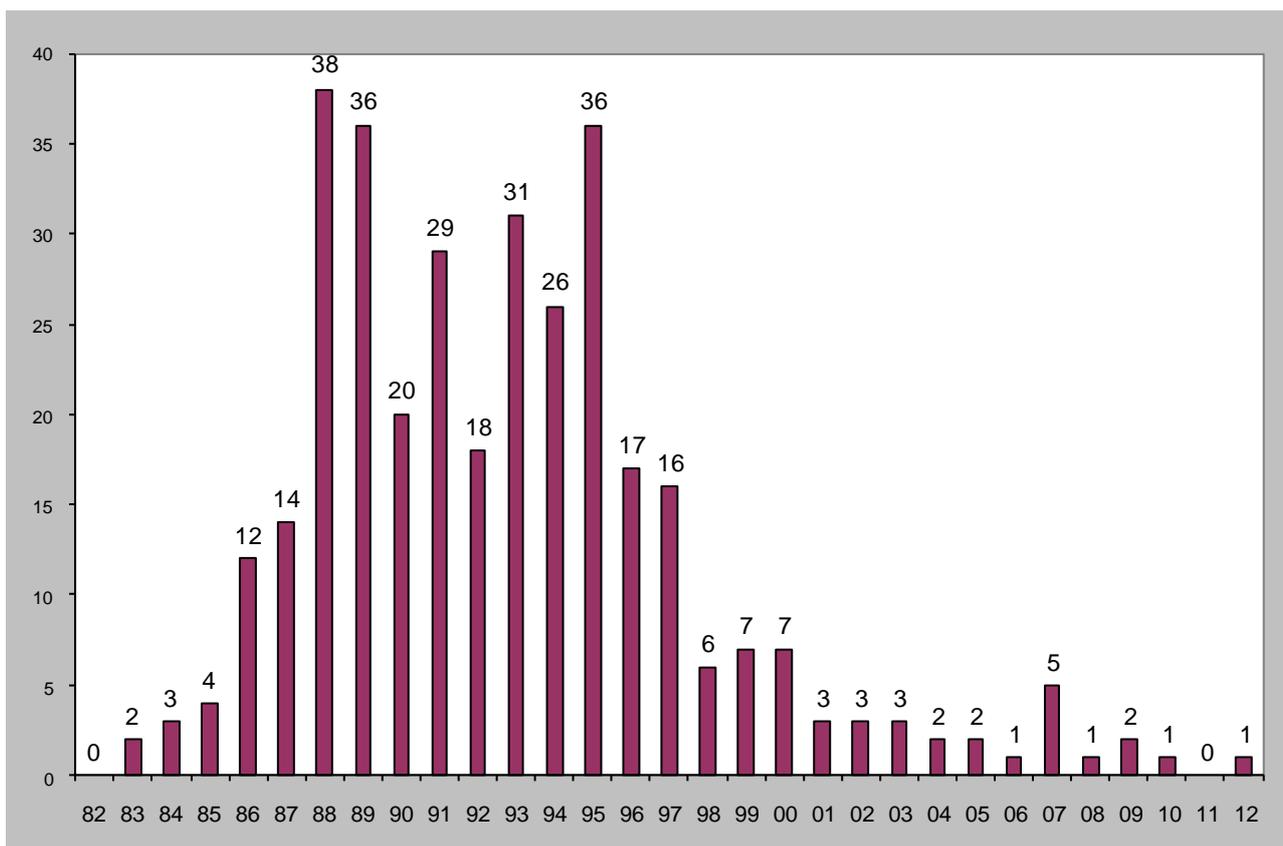
Diagnóstico precoz (≥ 12 meses) de la infección por VIH respecto al diagnóstico de sida: el diagnóstico de la infección se hace al menos 1 año antes que el de sida

(d) No se incluyen aquellos casos en los que no consta la fecha de detección de anticuerpos anti-VIH

En 2010 hubo un caso diagnosticado menor de 13 años, había nacido en África subsahariana y adquirió el VIH por transmisión vertical, desarrollando posteriormente sida en España. En el año 2012 se ha notificado un caso de sida en un niño nacido en África Subsahariana adquirido por transfusión en su país de origen.

Entre 1998 y 2012 sólo se han diagnosticado 44 casos de sida pediátrico, frente a los 303 casos diagnosticados en los años previos, 39 de los 44 fueron por transmisión vertical. El gran descenso de casos de sida pediátrico observado desde la introducción del TAR en 1997, se debe sobre todo a la efectividad de la profilaxis de la transmisión vertical con tratamientos combinados (Gráfico 9).

Gráfico 9. Casos de sida pediátricos (<13 años) de la CM diagnosticados hasta 31-12-2012 por año de diagnóstico de sida



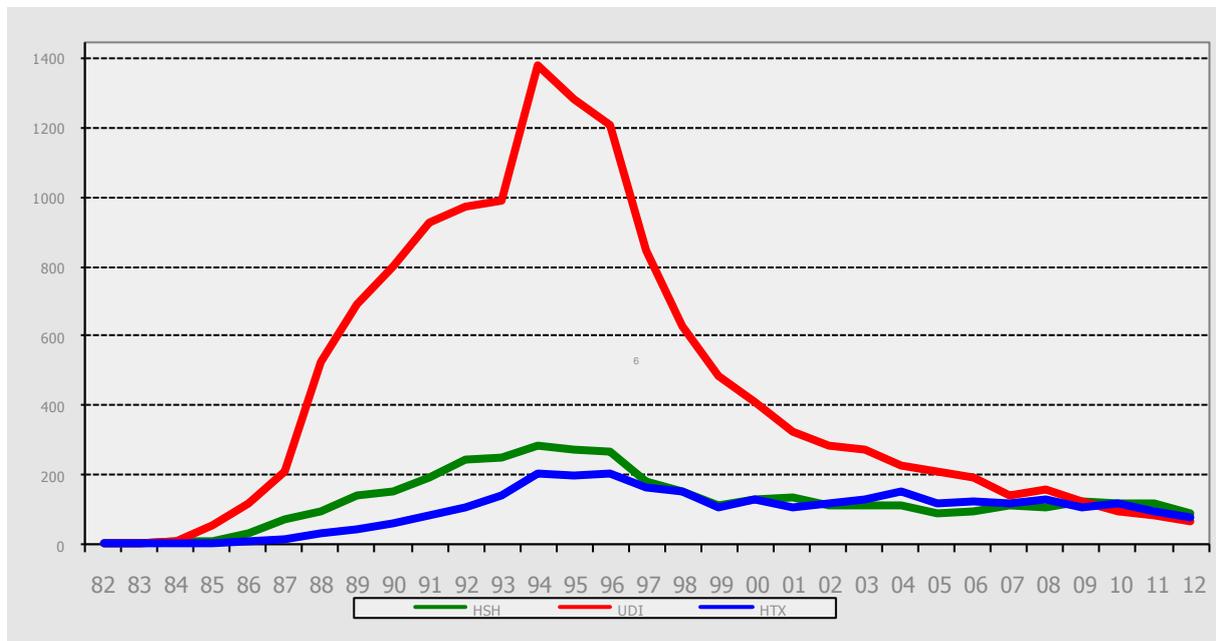
(1) Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos.

Mecanismo de transmisión

Desde el inicio de la epidemia, el uso de drogas inyectadas es el principal mecanismo de transmisión en los casos de sida diagnosticados, suponen un 34,2%, seguido de HSH (17,8%) y de relaciones HTX (13,7%). A partir de 1996 se observa una disminución del número de casos de sida en todas las vías de transmisión, pero principalmente en UDI. Desde el año 2007 hasta 2011, los casos de sida han descendido un 34,2% en hombres UDI y un 57,6% en mujeres UDI. Los casos de sida en hombres

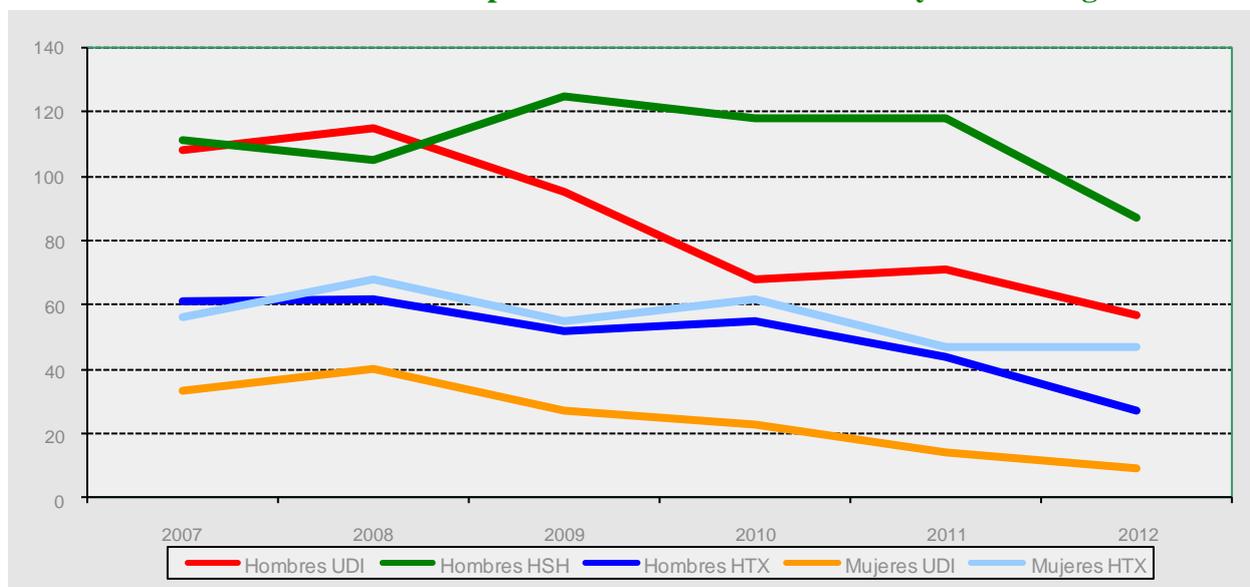
HTX descienden, un 27,9% y en mujeres un 16,1%. Respecto a los casos de sida en HSH, se ve que aumenta un 6,3%, el número de casos de sida diagnosticados. (Tabla 12, Gráfico 10 y 11)

Gráfico 10. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2012. Evolución del número de casos por mecanismo de transmisión y año de diagnóstico



* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales. Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos.

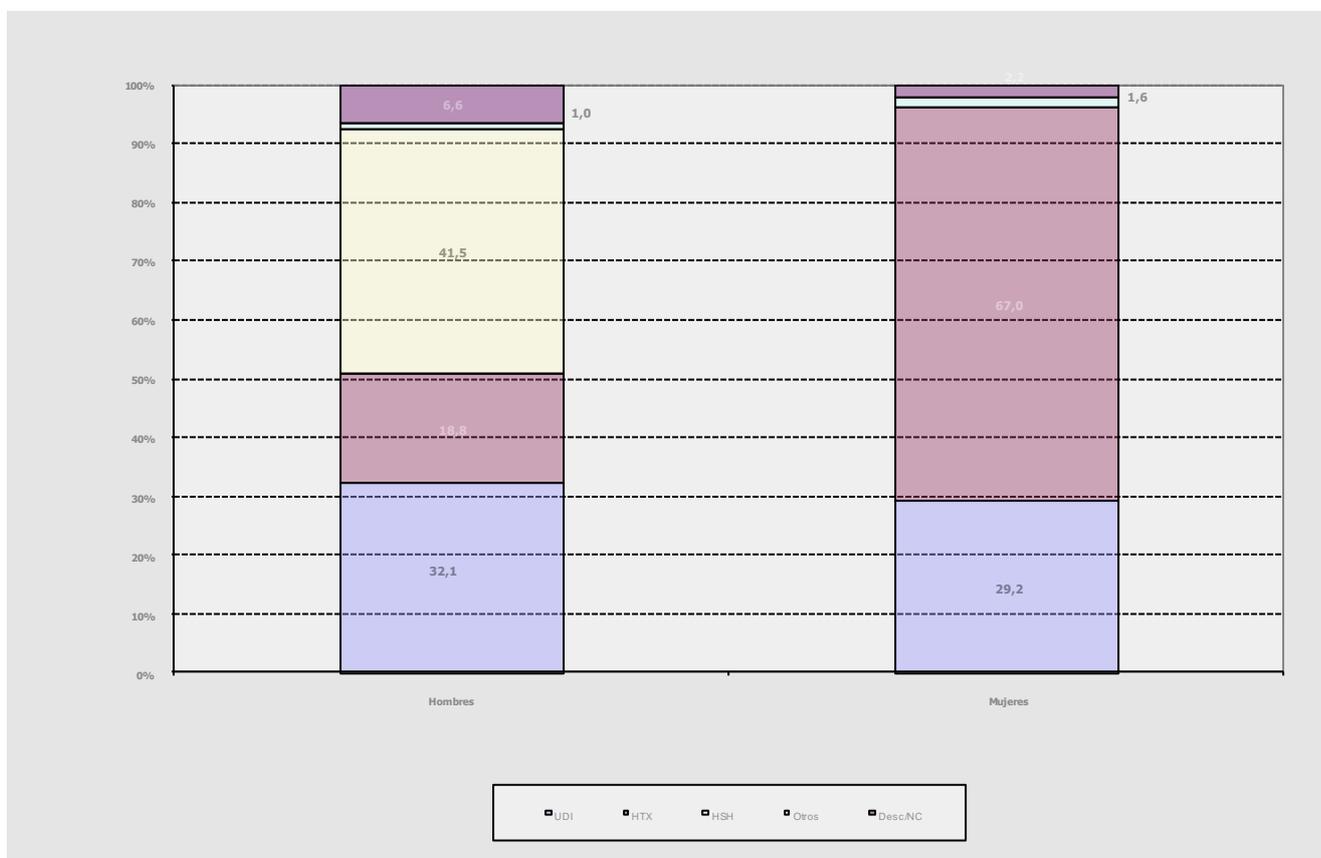
Gráfico 11. Casos de sida. CM 2007-2012. Evolución del número de casos por mecanismo de transmisión y año de diagnóstico



* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales. Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos.

En los últimos años la vía principal de transmisión del VIH en los casos de sida diagnosticados es la sexual, en detrimento de los UDI. Así entre 2007 y 2012, el 41,5% de los casos de sida diagnosticados en hombres son HSH, en un 18,8% la transmisión es HTX; en mujeres el 67% de los casos de sida son HTX (Gráfico 12).

Gráfico 12. Casos de sida. CM 2007-2012
Porcentaje de casos por mecanismo de transmisión y sexo



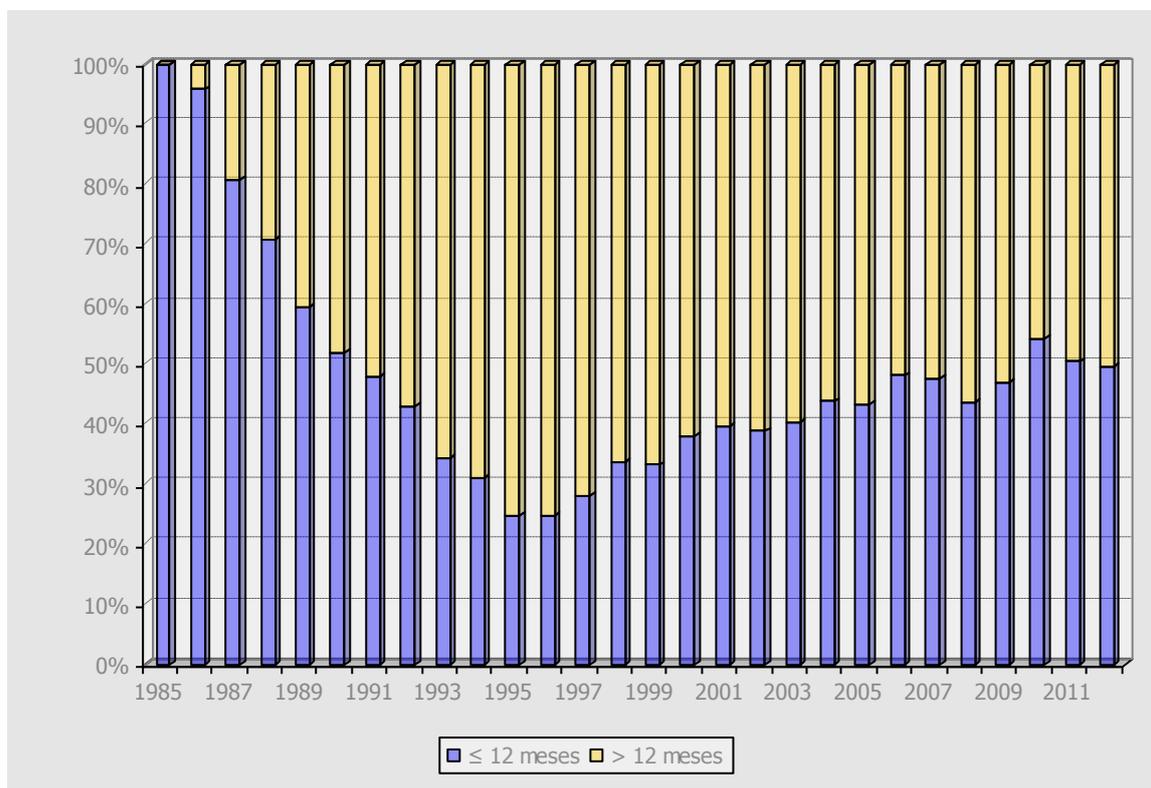
* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales.

Retraso en el diagnóstico de infección VIH en casos de sida

Para diferenciar el diagnóstico precoz y tardío se utilizan los criterios del CDC, que consideran un diagnóstico *precoz* de VIH aquel que se produce al menos un año antes (> 12 meses) del diagnóstico de sida, y diagnóstico *tardío* el que se produce durante el mismo año (≤ 12 meses) del diagnóstico de sida.

El porcentaje de casos de sida con un diagnóstico tardío de la infección VIH ha seguido una tendencia creciente, en 1997 era de 28%, en 2007 el porcentaje era 47,7%, en 2011 un 50,5% y en el año 2012 había disminuido a 49,8%. (Gráfico 13).

**Gráfico 13. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2012
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de sida por año diagnóstico de sida**



Durante el periodo 2007-2012 (Tabla 13 y 14), el 48,5% de los pacientes diagnosticados de sida se habían diagnosticado de infección por VIH en los 12 meses previos. El retraso diagnóstico es mayor en hombres que en mujeres (49,7% vs 44,5%). Este porcentaje es mayor en el grupo de edad de 20 a 29 años (68%) y en los mayores de 49 años (58,4%). El retraso diagnóstico varía según el mecanismo de transmisión: en los UDI el diagnóstico es tardío en un 10,9% de los hombres y un 7,6% de las mujeres, en cambio el 64,5% de los HSH tuvo un diagnóstico tardío, igual que el 75% de los hombres HTX y el 60,2% de las mujeres HTX.

Tabla 14
Casos de sida. CM 2007-2012.
Retraso en el diagnóstico de VIH respecto al de sida

	≤ 12 meses		> 12 meses		Total	
	n	%	n	%	N	%
GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA						
<13	8	72,7	3	27,3	9	100,0
13-19	5	62,5	3	37,5	7	100,0
20-29	157	68,0	74	32,0	250	100,0
30-39	339	49,6	344	50,4	751	100,0
40-49	298	37,2	503	62,8	830	100,0
>49	201	58,4	143	41,6	324	100,0
MECANISMO DE TRANSMISIÓN^b						
Hombres						
HSH	428	64,5	236	35,5	664	100,0
UDI	55	10,9	448	89,1	503	100,0
HTX	225	75,0	75	25,0	300	100,0
Otros	8	50,0	8	50,0	16	100,0
Desconocido	31	79,5	8	20,5	39	100,0
No consta	42	65,6	22	34,4	64	100,0
Subtotal	789	49,7	797	50,3	1586	100,0
Mujeres						
UDI	11	7,6	133	92,4	144	100,0
HTX	200	60,2	132	39,8	332	100,0
Otros	3	37,5	5	62,5	8	100,0
Desconocido	1	50,0	1	50,0	2	100,0
No consta	4	66,7	2	33,3	6	100,0
Subtotal	219	44,5	273	55,5	492	100,0
TOTAL						
	1008	48,5	1070	51,5	2078	100,0

- (a) Hay 23 casos diagnosticados entre 2007 y 2012 sin fecha de detección de infección VIH que no se han incluido.
- (b) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables; HTX: infectados por vía heterosexual; HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Análisis por país de nacimiento

Del total de pacientes diagnosticados de sida, el 9,1% no habían nacido en España. En el periodo 2007-2012 este porcentaje es del 37,4%, aumentando de 35,7% en 2007 a 38,2% en 2012 (Tabla 13 y 15). Respecto a la tendencia, el número de casos de sida en foráneos se mantiene estable, pero dado que los casos de sida en la población autóctona están disminuyendo, el porcentaje de casos en personas nacidas fuera de España aumenta a lo largo del período (Gráfico 14). Si analizamos las tasas de incidencia de los casos de sida en personas nacidas fuera de España (Gráfico 15), vemos que éstas son mayores que las de la población nacida en España. Ambas series presentan la misma tendencia, es decir una disminución progresiva de las tasas de incidencia.

Tabla 15
Casos de sida. CM 2007-2012.
Distribución por país de nacimiento

		ESPAÑA		OTRO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
SEXO							
	Hombres	1043	79,3	558	71,1	1601	76,2
	Mujeres	273	20,7	227	28,9	500	23,8
		1316	100,0	785	100,0	2101	100,0
GRUPO DE EDAD							
	<13	2	0,2	9	1,1	11	0,5
	13-19	3	0,2	5	0,6	8	0,4
	20-29	72	5,5	162	20,6	234	11,1
	30-39	368	28,0	324	41,3	692	32,9
	40-49	613	46,6	197	25,1	810	38,6
	>49	258	19,6	88	11,2	346	16,5
		1316	100,0	785	100,0	2101	100,0
MECANISMO DE TRANSMISIÓN^a							
Hombres	UDI	476	45,6	38	6,8	514	32,1
	HTX	109	10,5	192	34,4	301	18,8
	HSH	386	37,0	278	49,8	664	41,5
	Otros	8	0,8	8	1,4	16	1,0
	Desconocido	22	2,1	17	3,0	39	2,4
	No consta	42	4,0	25	4,5	67	4,2
	SUBTOTAL	1043	100,0	558	100,0	1601	100,0
Mujeres	UDI	139	50,9	7	3,1	146	29,2
	HTX	123	45,1	212	93,4	335	67,0
	Otros	2	0,7	6	2,6	8	1,6
	Desconocido	1	0,4	1	0,4	2	0,4
	No consta	8	2,9	1	0,4	9	1,8
	SUBTOTAL	273	100,0	227	100,0	500	100,0
MESES ENTRE DIAGNÓSTICO VIH Y SIDA^b							
	0 – 12	468	36,1	540	69,1	1008	48,5
	> 12	829	63,9	241	30,9	1070	51,5

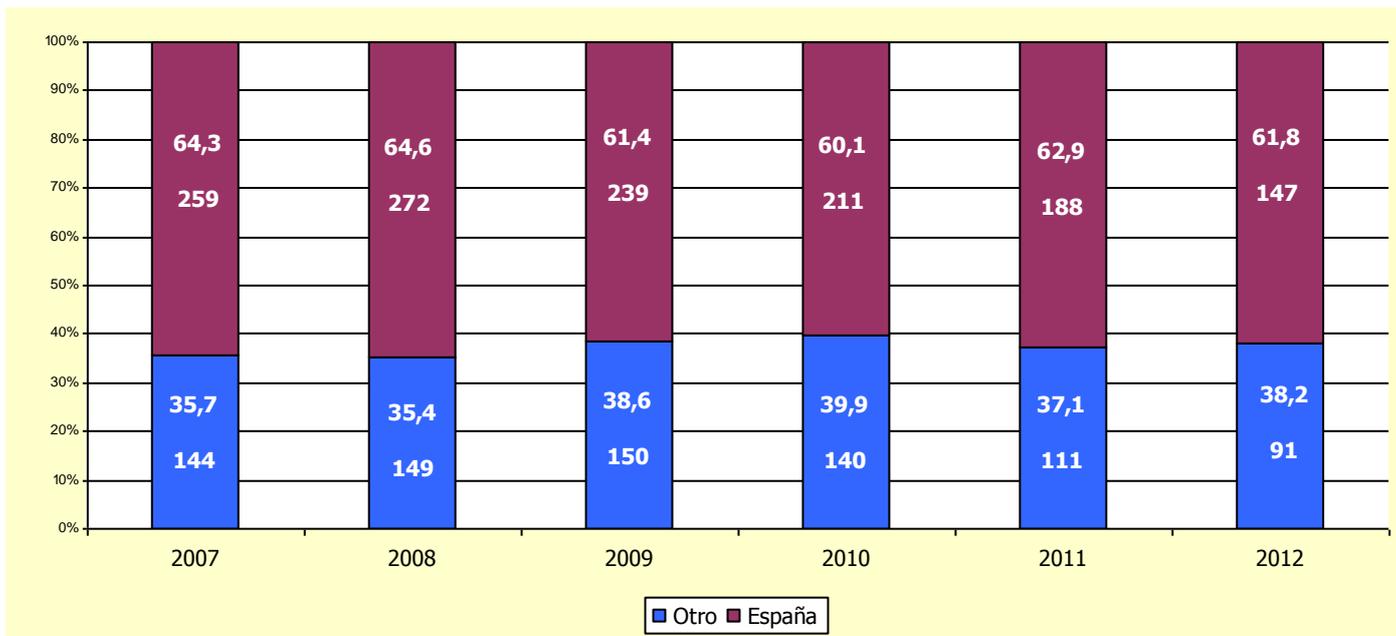
(a) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

(b) Hay 23 casos diagnosticados sin fecha de detección de infección VIH que no se han incluido

Entre los pacientes diagnosticados de sida entre 2007 y 2012, con país de origen diferente a España, el 71,1% son hombres. El 49,8% de los hombres referían prácticas sexuales con otros hombres, el 34,4% de los hombres y el 93,4% de las mujeres se habían infectado por vía heterosexual, y el 6,8% de los hombres y el 3,1% de las mujeres eran UDI.

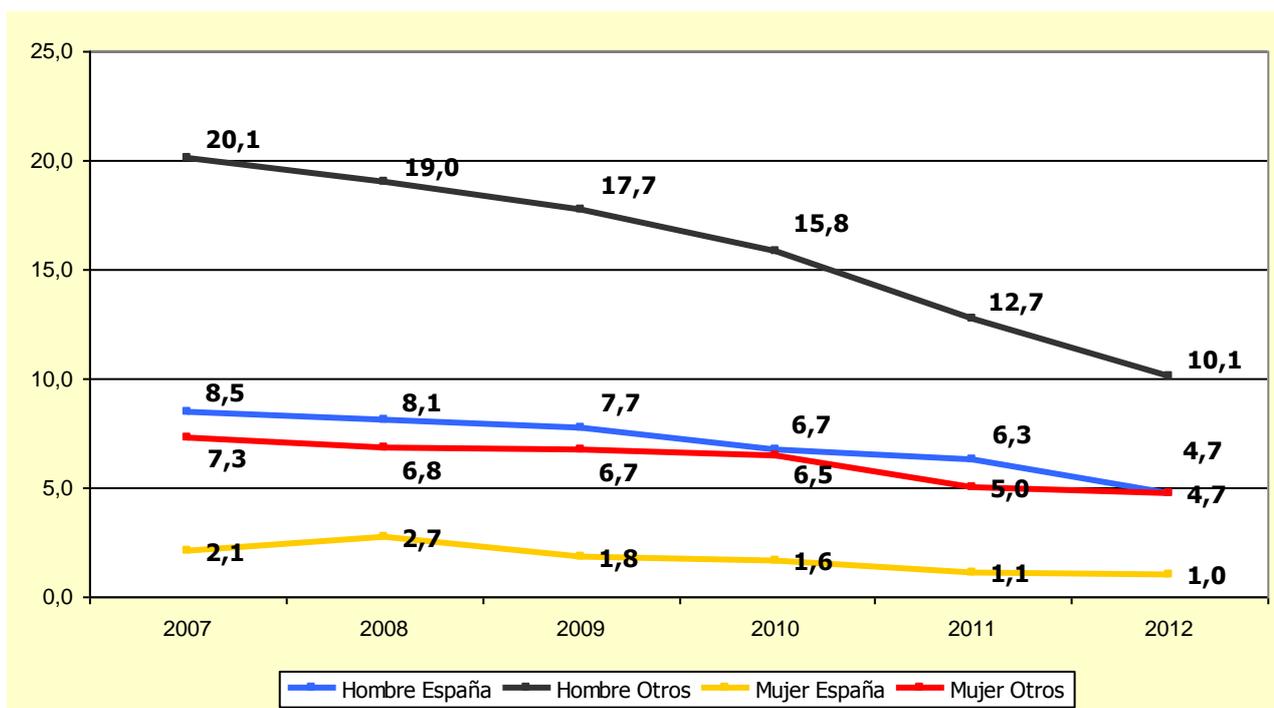
El retraso diagnóstico de infección por VIH en casos de sida es bastante mayor en la población no originaria de España, un 69,1% en esta población frente a un 36,1% de la población autóctona.

Gráfico 14. Casos de sida. CM 2007-2012.
Porcentaje y número de casos de sida por lugar de nacimiento y año de diagnóstico



*Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

Gráfico 15. Casos de sida. CM 2007-2012.
Tasas de incidencia de casos de sida por 100.000 según lugar de nacimiento.



*Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM
 Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

De los casos de sida diagnosticados en personas nacidas fuera de España (785 casos), la mayoría habían nacido en América Latina (418 casos, 53,2%), seguido de África Subsahariana (227 casos, 28,9%).

Enfermedades indicativas de sida

Las patologías definitorias de sida más frecuentes son las tuberculosis pulmonar ó la diseminada, la neumonía por *P. jirovecii* y la candidiasis esofágica (Tabla 16).

**Tabla 16. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2012
Enfermedades al diagnóstico de sida.**

	2007-2012		1982-20112	
	N	%	N	%
Candidiasis esofágica	291	12,2	3629	14,4
Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar	5	0,2	79	0,3
Coccidiomicosis diseminada	0	0,0	1	0,0
Criptococosis extrapulmonar	38	1,6	266	1,1
Herpes simple mucocutáneo crónico	17	0,7	217	0,9
Herpes simple bronco-pulmonar y/o esofágico	16	0,7	82	0,3
Criptosporidiasis intestinal	25	1,1	391	1,6
Histoplasmosis diseminada	9	0,4	37	0,1
Isosporiasis	7	0,3	38	0,2
Enfermedad por CMV	81	3,4	382	1,5
Retinitis CMV	17	0,7	322	1,3
Neumonía <i>P. jirovecii</i>	460	19,3	4769	19,0
Toxoplasmosis cerebral	112	4,7	1405	5,6
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	85	3,6	584	2,3
Enf. MAI o <i>Kansasii</i> disem/extrapulmonar	29	1,2	358	1,4
TBC diseminada/extrapulmonar	279	11,7	4418	17,6
Otras micobacterias	3	0,1	137	0,5
Sepsis de repetición por <i>Salmonella</i>	1	0,0	70	0,3
Neumonía intersticial linfoide (<13 años)	1	0,0	49	0,2
Infecciones bacterianas recurrentes (<13 años)	3	0,1	93	0,4
Sarcoma de Kaposi	230	9,7	1313	5,2
Linfoma cerebral primario	10	0,4	73	0,3
Linfoma no Hodgkin	140	5,9	774	3,1
Encefalopatía VIH	73	3,1	812	3,2
Caquexia VIH	50	2,1	1529	6,1
Tuberculosis pulmonar (>12 años)	229	9,6	1963	7,8
Neumonías bacterianas repetición (>12 años)	152	6,4	1216	4,8
Carcinoma invasivo de cervix	15	0,6	123	0,5
NÚMERO TOTAL DE CASOS^b	2378	100,0	25130	100,0

* Los casos de sida pueden tener más de una enfermedad diagnóstica

Prevalencia de casos de sida a 31 de diciembre de 2012

A finales del año 2012 había 8.353 casos de sida de los que no se tenía constancia de su fallecimiento. La distribución por sexo muestra que el 76,5% (6.388) son hombres, de ellos, el 30% son HSH, el 52,2% son o han sido UDI y el 13,2% se han infectado por contacto heterosexual. De las 1.965 mujeres diagnosticadas de sida, el 45,5% se han infectado por contacto heterosexual y el 48,5% son o han sido UDI.

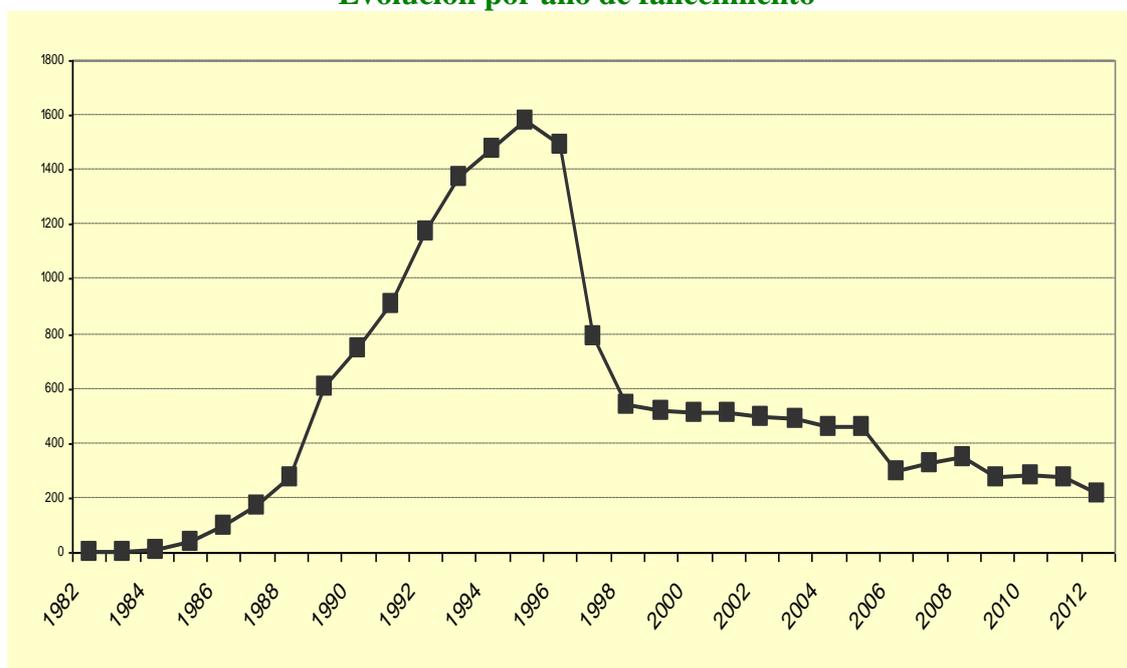
El 18,1% (1.510) de los casos de sida vivos habían nacido en un país diferente de España, de ellos, el 72,6% son hombres y el 45,7% (690 casos) se habían infectado por contacto heterosexual, un 34,4% son HSH y sólo 14,6% han sido o son UDI.

A finales del año 2012, la prevalencia de sida en la CM era de 128,5 casos por 100.000 habitantes, en hombres 204,1 casos por 100.000 y en mujeres 58,3 casos por 100.000. (Padrón continuo 2012. Instituto de Estadística de la CM).

5. MORTALIDAD EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2012

Hasta el 31 de diciembre de 2012 han fallecido 16.686 personas con infección por VIH. De ellos, 13.075 (78,3%) habían sido diagnosticados de sida. Entre 2007 y 2012 la cifra de fallecidos es de 1.710. En el Gráfico 18 vemos la evolución del número de fallecimientos, se observa un importante descenso desde 1996 relacionado con la aparición del TAR.

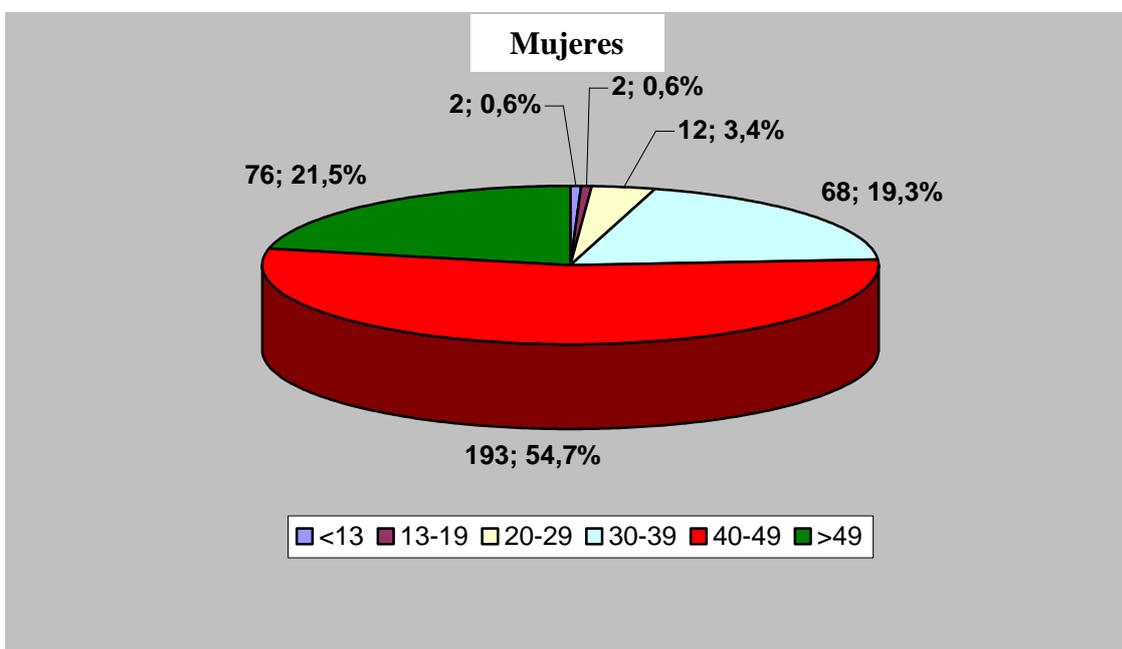
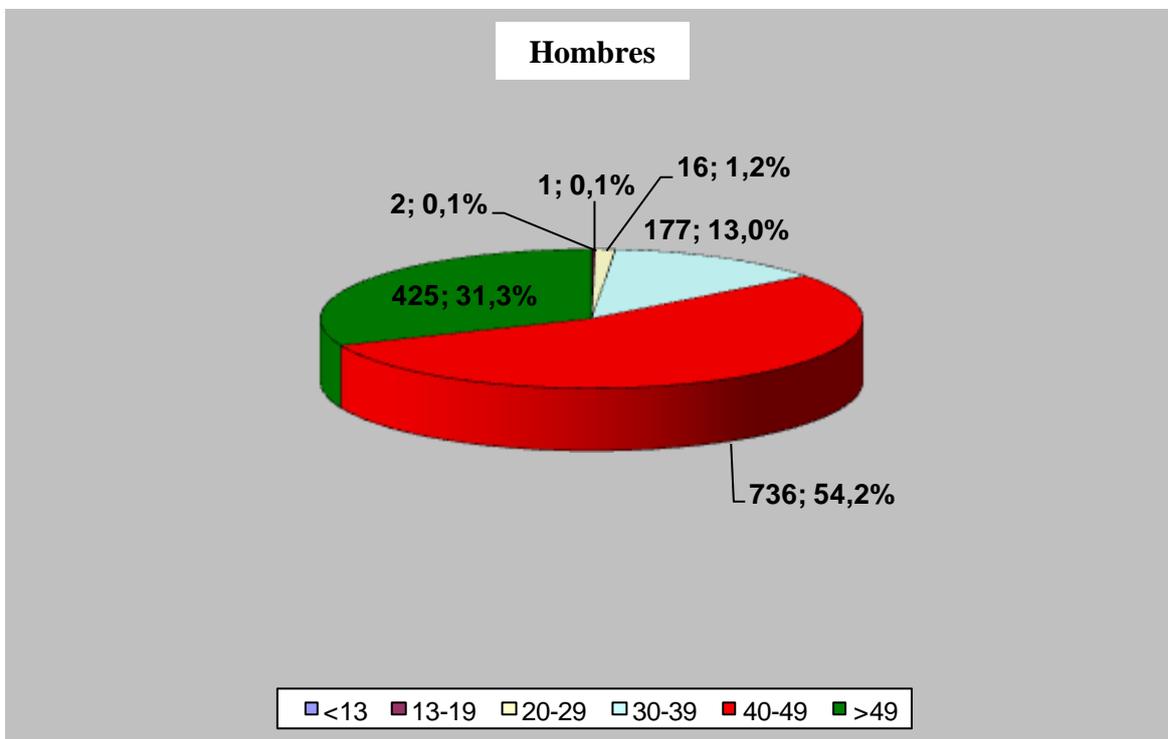
Gráfico 18. Personas infectadas con VIH fallecidas hasta 31-12-2012
Evolución por año de fallecimiento



*Los datos del año 2012 pueden sufrir modificación por inclusión de casos nuevos

Desde la aparición de la epidemia, la media de edad al fallecimiento ha sido de 36,8 años (DE: 10,6), y ha ido en aumento hasta el año 2012. Así, en el periodo 2007-2012 la media de edad ha sido de 47 años (DE: 9,6), además el 54,2% de los hombres y el 54,7% de las mujeres tenían 40-49 años de edad al fallecimiento (Gráfico 19).

Gráfico 19. Personas infectadas con VIH fallecidas. CM 2007-2012
Distribución según edad al fallecimiento.



Las características de las personas fallecidas con VIH se recogen en la Tabla 17.

Tabla 17. Personas infectadas con VIH fallecidas. CM 2007-2012
Distribución según mecanismo de transmisión, sexo y lugar de nacimiento

	Hombres		Mujeres	
	España	Otro	España	Otro
UDI	886	28	217	4
	71,4%	24,1%	71,4%	8,2%
HSH	144	40		
	11,6%	34,5%		
HTX	81	27	62	37
	6,5%	23,3%	20,4%	75,5%
Otros	11	0	8	3
	0,9%	0,0%	2,6%	6,1%
Desconocido/ No consta	119	21	17	5
	9,6%	18,1%	5,6%	10,2%
Total	1241	116	304	49
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

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

En el 19,3% de las personas fallecidas en el periodo 2007-12 las causas de éxitus fueron eventos sida, el 63% correspondía a eventos NO-sida y en el 17,7% se desconocía o no constaba la causa de fallecimiento (Tabla 18).

Tabla 18. Personas infectadas con VIH fallecidas. CM 2007-2012
Distribución según causa de fallecimiento

Causa de fallecimiento	%
Eventos sida	19,3
Linfoma no Hodgkin	4,3
Neumonía por <i>P. jirovecii</i>	4,1
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	2,7
Tuberculosis diseminada	1,4
Toxoplasmosis cerebral	1,1
Otros eventos sida	5,7
Eventos NO sida	63,0
Hepatopatías (incluido hepatocarcinoma)	16,6
Tumores no asociados con el VIH	16,0
Enfermedad vascular	3,1
Otras	27,3
Desconocida / No consta	17,7

En las personas diagnosticadas de infección por VIH con posterioridad al año 2007 las causas más frecuentes de fallecimiento son los eventos sida (53,9%). En cambio, las personas diagnosticadas de infección antes del año 2007 presentan como causas de fallecimiento más frecuentes los eventos NO sida (67,8%) (Tabla 19). Las personas fallecidas y que fueron diagnosticadas con posterioridad al año 2007 presentaban en un 81,6% “enfermedad avanzada” en el momento del diagnóstico.

**Tabla 19. Personas infectadas con VIH fallecidas. CM 2007-2012
Distribución según fecha de diagnóstico de VIH y causa de fallecimiento**

Diagnósticos de VIH previos a 2007		Diagnósticos de VIH 2007-2012	
Causa de fallecimiento	%	Causa de fallecimiento	%
Eventos sida	12,6	Eventos sida	53,9
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	2,3	Linfoma no Hodgkin	15,8
Neumonía por <i>P. jirovecii</i>	2,2	Neumonía por <i>P. jirovecii</i>	13,8
Linfoma no Hodgkin	2,0	Leucoencefalopatía multifocal progresiva	4,6
Neumonía bacteriana	1,1	Tuberculosis diseminada	3,9
Tuberculosis diseminada	0,9	Toxoplasmosis cerebral	2,6
Otros eventos sida	4,1	Otros eventos sida	13,2
Eventos NO sida	67,8	Eventos NO sida	38,2
Hepatopatías (incluido hepatocarcinoma)	19,1	Tumores no asociados con el VIH	10,5
Tumores no asociados con el VIH	17,1	Hepatopatías (incluido hepatocarcinoma)	3,9
Enfermedad vascular	3,7	Enfermedad vascular	23,8
Otras	27,9	Otras	23,8
Desconocida / No consta	19,6	Desconocida / No consta	7,9

6. COMORBILIDADES EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2012

En el Registro de casos de VIH/sida se recoge información de comorbilidades asociadas a la transmisión de la infección por VIH. Se dispone de información sobre infecciones de transmisión sexual e infecciones por virus hepatotropos (Virus de Hepatitis A, Hepatitis B y Hepatitis C).

En relación a las **infecciones de transmisión sexual** (ITS) se dispone de información en 3.705 pacientes (57,7%) de los 6.417 diagnosticados de infección VIH en el periodo 2007-12. Se ha diagnosticado al menos un episodio de ITS en el 57,3% de los pacientes (2.124).

Los agentes etiológicos y los cuadros clínicos observados se muestran en las Tabla 20.

**Tabla 20. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012.
Infecciones de transmisión sexual asociadas**

	Sí	No
Agentes etiológicos		
<i>Treponema pallidum</i>	1319 (31,4%)	2884 (68,6%)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	346 (12,1%)	2525 (87,9%)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	78 (5,0%)	1487 (95,0%)
Virus Herpes Simple	121 (7,6%)	1461 (92,4%)
Virus Papiloma Humano (VPH)	429 (25,4%)	1256 (74,5%)
Otros agentes etiológicos	72 (4,6%)	1489 (95,4%)
Cuadros clínicos		
Sífilis	1319 (31,4%)	2884 (68,6%)
Cervicovaginitis	14 (0,8%)	1817 (99,2%)
Uretritis	168 (10,5%)	1425 (89,5)
Proctitis	76 (4,9%)	1482 (95,1%)
Linfogranuloma venéreo	17 (1,1%)	1531 (98,9%)
Herpes Simple	121 (7,6%)	1461 (92,4%)
Lesiones asociadas VPH	371 (22,4%)	1288 (77,6%)
Otros cuadros clínicos	48 (3,0%)	1530 (97,0%)

Respecto a las infecciones por virus hepatotropos, los datos obtenidos se muestran en la Tabla 21.

**Tabla 21. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2012.
Infecciones por virus hepatotropos asociadas**

	Sí	No
Virus hepatitis A	1263 (53,1%)	1113 (46,9%)
Virus hepatitis B*	346 (34,3%)	2525 (65,7%)
Virus hepatitis C	78 (10,8%)	1487 (89,2%)

* Virus hepatitis B positivo-HBSAg+ ó hepatitis B pasada-HBSAg- con Anti HBC+

7. VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Desde 1981 hasta el 31 diciembre de 2012 se han estudiado 3.341 niños expuestos a infección vertical debido a infección por VIH de la madre. Durante el año 2012 hemos recogidos información de 71 niños nacidos de madre con VIH, hasta la fecha de elaboración del informe tenemos constancia de 1 niño diagnosticado de infección por VIH ocurrida por transmisión vertical en el año 2012.

8. CONCLUSIONES

Desde la puesta en marcha del sistema de notificación de infecciones por VIH con la publicación en julio de 2010 de la Orden que lo regula y la recogida exhaustiva de nuevos diagnósticos de VIH ocurridos desde el año 2007, podemos realizar un análisis real de la situación epidemiológica de la infección por VIH en la Comunidad de Madrid. Se dispone de información de todos los centros sanitarios que atienden a personas con VIH con una mayor o menor rapidez en la notificación.

Cada año se diagnostican cerca de 1.100 infecciones por VIH, con una tasa de incidencia mayor en hombres que en mujeres y en población inmigrante frente a autóctonos. La mayoría son hombres y la principal vía de transmisión es la sexual, con predominio de las relaciones sexuales entre hombres. Casi la mitad de las personas diagnosticadas habían nacido fuera de España. El retraso en el diagnóstico es importante por su trascendencia clínica y de salud pública, casi un tercio presentaba enfermedad avanzada (<200 linfocitos $CD4/\mu l$) en el momento del diagnóstico, este porcentaje es mayor cuando la transmisión es HTX ó en UDI; y en personas originarias de fuera de España. La prevalencia de infección por VIH se sitúa en más de 300 personas con edades entre 15 y 64 años por 100.000.

Los casos de sida continúan descendiendo, desde 1996 con la aparición del TAR, al igual que el número de fallecidos, si bien esta tendencia está ralentizada en los últimos años. Aunque en los nuevos casos de sida, la vía sexual de adquisición del VIH tiene cada vez más importancia, se mantiene un número importante de casos en UDI. El 48% de los casos de sida habían sido diagnosticados de infección por VIH en los doce meses previos. Entre las causas de fallecimiento en personas diagnosticadas de VIH con posterioridad a 2007, las más frecuentes son los eventos sida.

9. BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA

1. CDC. Current trends: revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting. United States. MMWR 1985; 34:373-375.
2. CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987; 36 (N° SS-1): 1S-15S.
3. CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(N° RR-17): 1-19.
4. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report, 2011*; Vol. 23. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/> Published February 2013.
5. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2012. Disponible en <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Annual-HIV-Surveillance-Report.pdf>
6. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; Madrid Nov 2012.
7. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad por VIH/sida en España Año 2009. Evolución 1981-2010.
Disponibles en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/sida.shtml>
8. Cevallos García Carlos, Verdejo Ortés José, Martínez Rodríguez Susana, Izarra Pérez Concepción. Retraso diagnóstico y enfermedad avanzada en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Madrid (2007-2011). Rev. Esp. Salud Publica. 2012 Feb; 86(1): 37-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/04_original_1.pdf

10. AGRADECIMIENTOS

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



VIGILANCIA DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH) EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2008 – 2012.

ÍNDICE:

Resumen	39
Introducción	39
Objetivos	40
Metodología	40
Resultados	
Situación de los casos de EETH en la Comunidad de Madrid (2008-2012)	43
Situación de los casos de ECJ-e en la Comunidad de Madrid (2008-2012)	49
Conclusiones	51
Anexo 1. Orden del Consejero de Sanidad por la que se regula la Vigilancia de las EETH en la Comunidad de Madrid	52
Anexo 2. Cuestionario de notificación de las EETH	54

RESUMEN:

Antecedentes:

Las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) constituyen un problema de patología emergente en nuestro medio, especialmente desde la aparición en 1996 de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ) y su relación con la encefalopatía espongiforme bovina (EEB). En España, para la vigilancia de estas enfermedades, se crea en 1995 un Registro Nacional coordinado desde el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.

Objetivo:

El objetivo de este informe es presentar la incidencia de las EETH desde 2008 a 2012, tanto a nivel global como según tipos, en los diferentes grupos de edad y según pruebas diagnósticas realizadas.

Metodología:

El Registro se nutre de los casos notificados por los médicos que diagnostican estas enfermedades, también son fuentes importantes en la notificación los Centros de Referencia diagnóstica: La Unidad de Encefalopatías Espongiformes del Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III y el Laboratorio de Neuropatología de la Fundación Hospital Alcorcón. Se establecen criterios diagnósticos para la diferenciación y diagnóstico de las diversas EETH.

Resultados:

Durante el periodo 2008 hasta el 2012 se han notificado 60 casos de EETH que suponen una incidencia anual media de 0,19 casos por 100.000 habitantes, la mayor incidencia se registra en el año 2012 (0,26 casos por 100.000) y la menor en 2010 (0,14 casos por 100.000). El 83,3% son casos de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádico, el 13,3% son ECJ familiar y el 3,3% son casos de Insomnio Familiar Letal (IFL). En este periodo no se ha registrado ningún caso de transmisión accidental o iatrogénico ni de vECJ.

Conclusiones:

La incidencia de ECJ esporádico se encuentra estabilizada. Los casos detectados se han diagnosticado según los estándares recomendados, si bien se debería mejorar la utilización de los estudios neuropatológicos postmortem.

INTRODUCCIÓN

Las encefalopatías espongiformes constituyen un grupo de enfermedades transmisibles de baja incidencia (1-2 casos por millón de habitantes al año) caracterizadas por pérdida neuronal con depósitos de proteína priónica (PRNP), espongiosis y gliosis, que se presentan en general con una demencia de evolución rápida y siempre fatal.

La ECJ es la EETH más frecuente. Por su modo de adquisición se han descrito cuatro modalidades o tipos de esta enfermedad: esporádico, iatrogénico o transmitido

accidentalmente, familiar o genético y variante. El 80-90% de los casos de ECJ en el mundo son esporádicos, de causa desconocida. La ECJ adquirida accidentalmente en el medio sanitario se debe principalmente al implante de duramadre biológica y al tratamiento con hormona del crecimiento y gonadotropina derivada de glándula pituitaria de cadáveres humanos. También se han atribuido casos, aunque de forma excepcional, al uso de instrumentos de neurocirugía contaminados y al trasplante de córnea. La transmisión accidental es altamente improbable en España en la actualidad. La ECJ familiar se debe a una mutación en el gen que codifica la proteína priónica y se transmite de forma autosómica dominante. La vECJ se atribuye a exposición alimentaria por ingesta de carne de vacuno afectado por EEB. Se han notificado casos secundarios a transfusión sanguínea en Reino Unido. La edad media de los casos es de alrededor de 30 años y el curso clínico no es tan rápido como en las formas clásicas y suele durar más de un año.

Otras enfermedades familiares o genéticas son el síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (SGSS) y el IFL. Se trata de enfermedades familiares muy poco frecuentes de las que existen algunos casos descritos en España. Se producen por distintas mutaciones en el gen de la proteína priónica (*PRNP*).

En España, la vigilancia de las EETH se viene realizando desde 1995, cuando se crea el Registro Nacional, coordinado desde el Centro Nacional de Epidemiología, para recoger los casos comunicados por las distintas Comunidades Autónomas. El Registro incluye también casos identificados de forma retrospectiva desde el año 1993. Este Registro se regula en la Orden de 21 de Octubre de 1996 del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE nº 264 de 1 de Noviembre de 1996), modificada por la Orden de 18 de Julio de 2001 (BOE nº 190 de 9 de Agosto de 2001). La Orden Ministerial de 21 de Febrero de 2001 por la que se regula la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con las EETH, establece su declaración obligatoria.

En la Comunidad de Madrid, la Orden 150/2001 de 18 de Abril del Consejero de Sanidad (BOCM nº 104 de 3 de Mayo de 2001), establece las EETH como enfermedades de declaración obligatoria y crea el Registro Regional de Creutzfeldt-Jakob, vinculando a este Registro la vigilancia epidemiológica de las EETH en la Comunidad de Madrid (Anexo 1).

Los principales objetivos de la vigilancia epidemiológica de este grupo de enfermedades son:

- 1- Detectar la aparición de casos de variante de ECJ.
- 2- Detectar la aparición de casos transmitidos accidentalmente.
- 3- Conocer el perfil clínico-epidemiológico de estas enfermedades.
- 4- Monitorizar su incidencia y estudiar su distribución.
- 5- Identificar posibles factores de riesgo.
- 6- Establecer comparaciones epidemiológicas con otros países.

OBJETIVO

El objetivo de este informe es presentar la incidencia de las EETH desde 2008 a 2012, tanto a nivel global como según tipos, en los diferentes grupos de edad y según pruebas diagnósticas realizadas.

METODOLOGÍA

Las **EETH objeto de vigilancia** son: ECJ esporádica, ECJ iatrogénica, Enfermedad familiar por priones (ECJ familiar e IFL) y la Variante de ECJ. Para el diagnóstico de estas enfermedades se utilizan los siguientes métodos diagnósticos:

- Clínica
- Electroencefalograma
- Proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo
- Estudio genético
- Estudio molecular
- Neuro-imagen (TAC)
- Biopsia cerebral o de amígdala
- Autopsia

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La sospecha de estas enfermedades surge a partir de las manifestaciones clínicas, pero el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico del tejido cerebral.

Los criterios de clasificación se elaboran a partir de tres tipos de información: clínica, de laboratorio y epidemiológica.

Criterio clínico:

1. ECJ esporádica

La ECJ esporádica se manifiesta como una encefalopatía mioclónica subaguda. El inicio es variable, pudiendo predominar síntomas mentales o déficits neurológicos de diversa naturaleza.

Para ser caso “posible”, los pacientes han de presentar:

- Demencia rápidamente progresiva
- Duración de la enfermedad menor de dos años

y, al menos, dos de las cuatro características siguientes:

- Mioclonias
- Signos de afectación visual o cerebelosa
- Signos piramidales o extrapiramidales
- Mutismo acinético

2. ECJ transmitida accidentalmente (Iatrogénica).

Las variedades iatrogénicas tienen una presentación clínica similar a la descrita en la ECJ esporádica con más frecuencia de formas atáxicas.

3. EETH Familiar

En general, las variedades familiares tienen una mayor diversidad clinicopatológica que la ECJ esporádica. Algunas enfermedades constituyen entidades independientes, como el IFL o el SGSS, en portadores de una determinada mutación en el gen de la proteína priónica (*PRNP*).

- ECJ familiar:
Clínicamente se asemeja a la ECJ esporádica, con demencia, ataxia y mioclonias como síntomas más comunes, con duración en general mayor (de 1 a 5 años)
- Insomnio Familiar Letal:
Además de insomnio que no responde a los tratamientos habituales, los pacientes suelen presentar demencia, trastornos de la marcha y mutismo.
- Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker:
Cursa con un cuadro atáxico de inicio insidioso y curso progresivo al que se añade de forma tardía un deterioro cognoscitivo. La duración de la enfermedad oscila entre 1 y 10 años.

4. Variante de ECJ

Se caracteriza por presentar síntomas iniciales psiquiátricos o sensitivos (dolor o disestesias) y posterior aparición del cuadro neurológico. Aunque los síntomas psiquiátricos que manifiestan estos pacientes son muy heterogéneos, la gran mayoría de ellos presentan depresión, ideas delirantes y/o alucinaciones.

Para ser considerado caso “posible”, el paciente debe presentar

- Manifestaciones clínicas neuropsiquiátricas progresivas
- Duración de la enfermedad mayor de 6 meses
- Pruebas de rutina no sugestivas de un diagnóstico alternativo
- No historia de exposición iatrogénica (tratamiento con hormonas pituitarias o injertos de duramadre)
- No evidencias de forma familiar

y cuatro de los siguientes:

- Síntomas psiquiátricos precoces (depresión, ansiedad, apatía, retraimiento, delirio)
- Síntomas sensoriales persistentes (dolor o disestesias)
- Ataxia
- Mioclonias o coreas o distonía
- Demencia

Ante una sospecha diagnóstica de enfermedad por priones deben de ser solicitadas al laboratorio de apoyo diagnóstico las siguientes pruebas complementarias:

- Determinación de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo
- Estudio genético (mutación *PRNP*, polimorfismo del codón 129)
- Estudio molecular (presencia y patrón de glicosilación de *PRNP*)

Estas pruebas diagnósticas se pueden realizar en el siguiente centro diagnóstico de referencia:

- Unidad de Encefalopatías Espongiformes
Centro Nacional de Microbiología
Instituto de Salud Carlos III
Ctra. Majadahonda – Pozuelo Km. 2
28220 Majadahonda (Madrid)
Tfno. 918223657

Además, en la actualidad el estudio neuropatológico postmortem es el único método diagnóstico que permite establecer categóricamente el diagnóstico de la ECJ y de cualquier otra variedad de enfermedad por priones. Estos estudios se pueden realizar en:

- Laboratorio de Neuropatología
Fundación Hospital Alcorcón
C/ Budapest nº 1
28922 Alcorcón (Madrid)
Tfno. 916 219 859
Banco de tejidos (24 horas) Tfno: 662 539 522

En la Comunidad de Madrid la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad se realiza en los Servicios territoriales de Salud Pública y la gestión a nivel regional del registro de Creutzfeldt-Jakob corresponde al Servicio de Epidemiología.

Las fuentes de información para la detección y la recogida de información sobre los casos son:

1. La notificación de los profesionales sanitarios, tanto del sector público como privado, que sospechen el diagnóstico, de acuerdo con los criterios de caso establecidos. La notificación debe de realizarse en el plazo de cuarenta y ocho horas del diagnóstico de sospecha, en el cuestionario establecido a tal efecto (Anexo 2).

2. Los Centros diagnósticos de referencia:

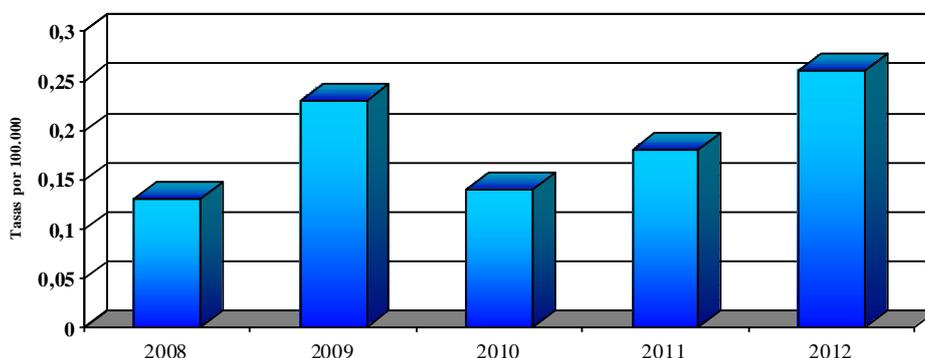
- Unidad de Encefalopatías Espongiformes del Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III
- Laboratorio de Neuropatología de la Fundación Hospital Alcorcón.

RESULTADOS

1. SITUACIÓN DE LOS CASOS DE EETH EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2008 – 2012.

Desde el año 2008 hasta el 2012 se han notificado 60 casos de EETH que suponen una incidencia anual media de 0,19 casos por 100.000 habitantes (DT 0,06), la mayor incidencia se registra en el año 2012 (0,26 casos por 100.000) y la menor en 2008 y 2010 (0,13 casos por 100.000) (Gráfico 1). La media de casos por año ha sido de 12 (DT 3,6), el año 2012 fue el de mayor incidencia con 17 casos, seguido por el año 2009 con 15, 2011 con 12 y los años 2008 y 2010 con 8 casos cada uno (Tabla 1).

Gráfico 1.- Tasa de incidencia de EETH, Comunidad de Madrid 2008-2012



En cuanto a la distribución por Servicio Territorial de Salud Pública, destacan las áreas 4 y 11 con el 13% de los casos cada una, las áreas 1 y 7 son las que menos casos registran con sólo el 5% cada una (Tabla 1).

Tabla 1.
Casos notificados de EETH por año de diagnóstico y Servicio Territorial de Salud Pública

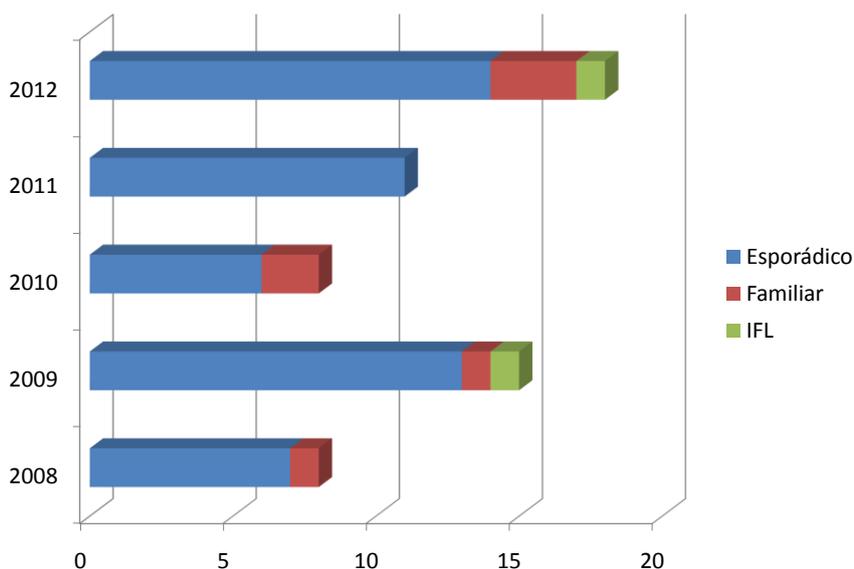
Área	2008	2009	2010	2011	2012	Total
1	0	1	1	1	0	3 (5%)
2	0	2	2	0	2	6 (10%)
3	2	1	0	1	2	6 (10%)
4	1	3	0	1	3	8 (13,3%)
5	0	0	0	0	5	5 (8,3%)
6	0	3	0	1	0	4 (6,7%)
7	2	0	1	0	0	3 (5%)
8	1	1	1	2	0	5 (8,3%)
9	0	1	0	2	2	5 (8,3%)
10	0	3	2	1	1	7 (11,7%)
11	2	0	1	3	2	8 (13,3%)
Total	8	15	8	12	17	60 (100%)

Tabla 2.
Clasificación clínico-epidemiológica de EETH por año de diagnóstico.
Comunidad de Madrid (2008-2012)

Año	ECJ-e	ECJ-f	IFL	Total EETH
2008	7	1	-	8
2009	13	1	1	15
2010	6	2	-	8
2011	11	-	1	12
2012	13	4	-	17
Total	50	8	2	60

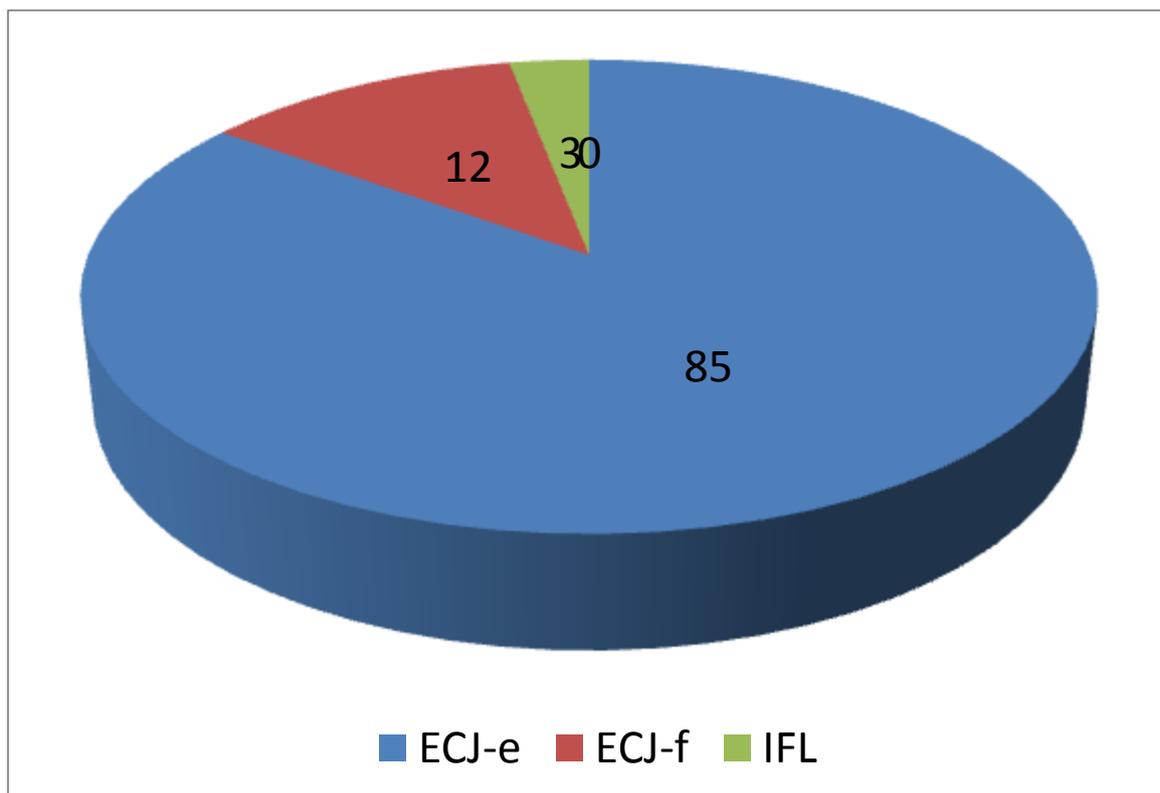
La clasificación de los casos según diagnóstico clínico y año de diagnóstico se presenta en la Tabla 2 y en el Gráfico 2.

Gráfico 2.
Distribución de los casos de las EETH y subtipos de ECJ por año de diagnóstico.
Comunidad de Madrid, 2008-2012



El 83,3% son casos de ECJ esporádico, el 13,3% son ECJ familiar y el 3,3% son casos de Insomnio Familiar Letal (IFL).

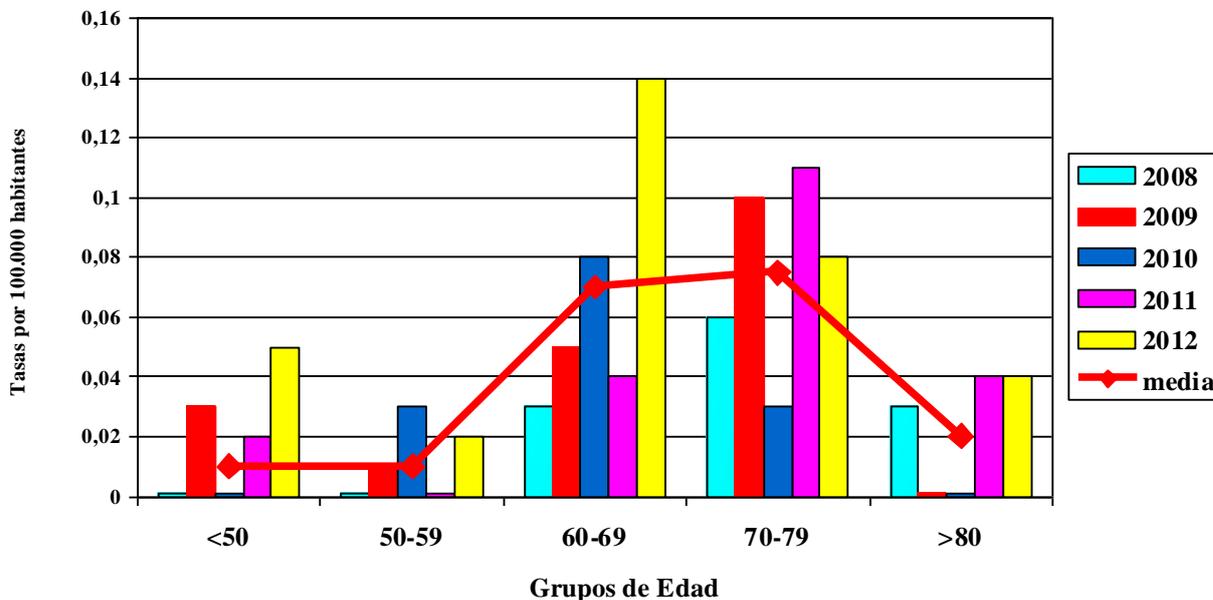
Gráfico 3.
Clasificación clínico epidemiológica de las EETH.
Comunidad de Madrid 2008-2012



En cuanto al sexo se reparten los casos a partes iguales 50%. En cuanto a la edad, sólo se han detectado 6 casos menores de 50 años, de estos 4 son ECJ familiar, 1 IFL y 1 ECJ esporádica. La mayoría de los casos se agrupan entre los 60 y los 79 años (75%).

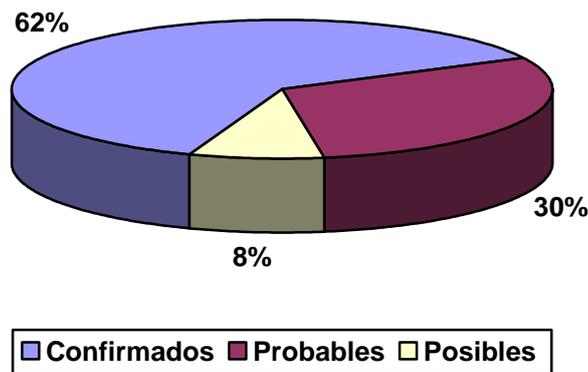
Al analizar la incidencia por grupos de edad y año de diagnóstico, se aprecian las siguientes diferencias. La incidencia media por grupos de edad se ve superada en los menores de 50 años en los años 2009, 2011 y 2012. En los grupos de 50 a 59 y 60 a 69 años en el 2010 y 2012. En el grupo de 70 a 79 en los años 2009, 2011 y 2012. Y en los mayores de 80 años en 2008, 2011 y 2012 (Gráfico 4).

Gráfico 4.
Tasas de incidencia anual y media anual por grupos de edad de las EETH en la Comunidad de Madrid 2008-2012



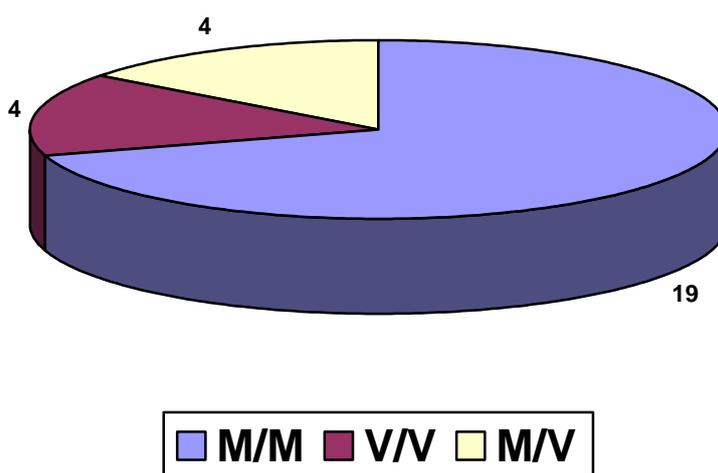
Referente a la clasificación diagnóstica de los casos, el 62% (37 casos) han sido confirmados, el 30% (18 casos) se han clasificado como probables y un 8% (5 casos) se han quedado como posibles (Gráfico 5).

Gráfico 5.
Clasificación diagnóstica de las EETH. Comunidad de Madrid 2008-2012



Respecto a las pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico diferencial de las EETH, el 45% de los casos se han confirmado por anatomía patológica, la determinación de la Proteína 14.3.3 se ha efectuado en el 92% de los casos y han sido positivas el 84% de las realizadas. En el 93% se ha practicado Resonancia Magnética. Se ha realizado estudio genético en el 45% de los casos, al analizar los resultados de este estudio en el periodo indicado, el 85% son homocigóticos en el codón 129, de ellos un 82,5% son metionina/metionina (M/M), un 17,5% valina/valina (V/V). Un 15% son heterocigóticos metionina/valina (M/V) (Gráfico 6).

Gráfico 6.
Estudio genético. Polimorfismo del codón 129.
Comunidad de Madrid 2008 a 2012

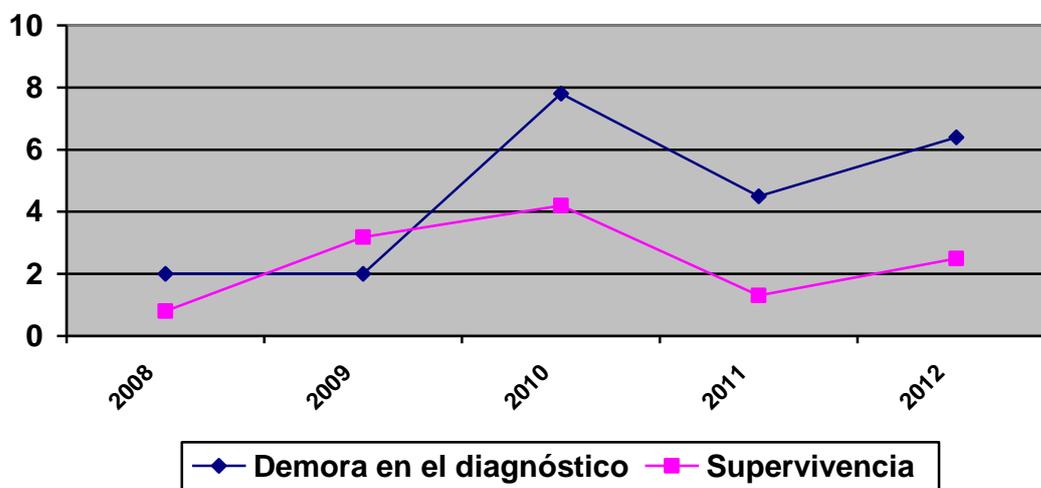


Se ha calculado la supervivencia media de los casos confirmados, mediante la estimación del número de meses transcurridos desde la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de fallecimiento sobre los casos confirmados, la supervivencia media ha sido de 2,51 meses, con una supervivencia mínima de 0 meses y máxima de 13 meses y una desviación típica de 3,27 (Gráfico 7).

Respecto a la demora en el diagnóstico de los casos confirmados, se ha estimado mediante el cálculo de número de meses transcurridos, desde la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de diagnóstico, sobre 37 casos confirmados, la demora media ha sido de 4,35 meses, con una demora mínima de 0 meses y máxima de 25 meses y una desviación típica de 5,39 (Gráfico 7).

Gráfico 7.

Supervivencia y demora en el diagnóstico medias, expresada en meses, desde el inicio de síntomas en los casos confirmados. Comunidad de Madrid 2008 a 2012.



2. SITUACIÓN DE LOS CASOS DE ECJ ESPORÁDICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2008 – 2012.

El grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH es el correspondiente a ECJ- esporádica, que supone el 83,3% de todas las EETH declaradas en este periodo (2008 a 2012).

La tabla 3 muestra la incidencia de ECJ-esporádica por año de diagnóstico.

Tabla 3.
Casos y Tasas por 100.000 habitantes de ECJ-e, por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid 2008 a 2012

Año	Casos ECJ-e	Tasa por 100.000
2008	7	0,11
2009	13	0,20
2010	6	0,09
2011	11	0,17
2012	13	0,20
Total	50	

En cuanto a la distribución por grupos de edad de la ECJ esporádica, el 94% de los casos se dan en mayores de 59 años y un 82% tenían una edad entre los 60 y los 79 años (Tabla 4). Según género, no hay diferencias (50% en cada uno).

Tabla 4.
Casos de ECJ-e, por grupos de edad. Comunidad de Madrid 2008 a 2012

Grupo de Edad	Casos ECJ-e	%
< 50	1	2
50 a 59	2	4
60 a 69	17	34
70 a 79	24	48
> 80	6	12

El 70% de los casos (35) son confirmados atendiendo a los criterios diagnósticos de clasificación, el 22% (11 casos) están clasificados como probables y el 8% (4 casos) se quedan como posibles.

El número de pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico diferencial de la ECJ esporádica, por año de realización se presenta en la Tabla 5. En el periodo analizado, el 70% de los casos se han confirmado por anatomía patológica, la determinación de la Proteína 14.3.3 se ha realizado en el 94% de los casos, la Resonancia Magnética en el 92% y el Electro-encefalograma se ha practicado en el 92% de los casos.

Tabla 5.
Número de casos de ECJ-e y porcentaje de realización de estudios específicos por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid 2008 a 2012

Áño	14.3.3 n (%)	R.M. n (%)	Genética n (%)	E.E.G. n (%)	A.P. n (%)
2008	6 (86)	6 (86)	3 (43)	7 (100)	5 (71)
2009	13 (100)	12 (92)	6 (46)	12 (92)	11 (85)
2010	6 (100)	6 (100)	2 (33)	6 (100)	4 (66)
2011	11 (100)	10 (91)	4 (36)	10 (91)	7 (64)
2012	11 (85)	12 (92)	2 (15)	11 (85)	8 (62)
Total	47 (94)	46 (92)	17 (34)	46 (92)	35 (70)

CONCLUSIONES

- La incidencia de ECJ-e se encuentra estabilizada en los últimos años.
- Los casos se han diagnosticado según los estándares recomendados, si bien se debería mejorar la utilización de los estudios de genética y anatomía patológica post-mortem.
- El patrón de presentación de los casos ha sido el habitual para estos procesos.
- El grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH es el correspondiente a ECJ-esporádica, que supone el 83% de las EETH declaradas en este periodo.
- No se ha detectado ningún caso de transmisión accidental o iatrogénico ni de vECJ.
- La vigilancia epidemiológica de este grupo de enfermedades ha funcionado de forma adecuada en el periodo analizado.

ANEXO 1

1525 *ORDEN 150/2001, de 18 de abril, del Consejero de Sanidad, por la que se regula la vigilancia epidemiológica de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid.*

Aunque la vigilancia epidemiológica de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH), fundamentalmente la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ), ya se viene realizando desde años en la Comunidad de Madrid, ahora se hace necesaria su regulación específica, tanto para elevar los niveles de eficacia en la vigilancia de estas enfermedades, como para reforzar la coordinación de las acciones entre los ámbitos regional y estatal, y en especial dar respuesta a lo dispuesto en la Orden de 21 de febrero de 2001 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el cual fue creada la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, contempla en su artículo 2 el desarrollo de aquellos sistemas de vigilancia epidemiológica que fuesen necesarios para la prevención y/o control de nuevas enfermedades y/o problemas emergentes de salud. Asimismo, la Orden 9/1997, de 15 de enero, desarrolla el citado decreto en materia de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Ahora procede, por una parte, modificando lo dispuesto en el artículo 1 de la Orden 9/1997, de 15 de enero, a efectos de introducirlas en el elenco establecido en el citado precepto, establecer las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) como Enfermedades de Declaración Obligatoria; y por otra, crear el Registro de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob de la Comunidad de Madrid, al amparo de lo dispuesto en el artículo 2, en relación con la Disposición Final Primera del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

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

DISPONGO

Artículo 1

Se establecen como enfermedades de declaración obligatoria las siguientes encefalopatías espongiformes transmisibles en humanos (EETH): Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ), la Variante de la Enfermedad, el Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker y el Insomnio Familiar Fatal.

Artículo 2

Se crea el Registro Regional de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, en adelante Registro de Creutzfeldt-Jacob, que será el instrumento a través del cual se organice y coordine la vigilancia epidemiológica de los casos de encefalopatías espongiformes transmisibles en humanos, en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Artículo 3

Los médicos en ejercicio de la Comunidad de Madrid, tanto del sector público como privado, vienen obligados a notificar al Registro los casos con diagnóstico de sospecha de encefalopatía espongiforme transmisible en humanos, en el cuestionario oficial de la Comunidad de Madrid y en un plazo de cuarenta y ocho horas.

Artículo 4

El Registro de Creutzfeldt-Jacob dependerá orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Artículo 5

El Registro de Creutzfeldt-Jacob será gestionado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, en el marco de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo 6

1. El tratamiento de los datos del "Registro de Creutzfeldt-Jacob", previa su notificación en los impresos oficiales de la Comunidad de Madrid, se realizará en el fichero SNEDO con el número de registro 1973170387 en la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid y el código 1991030023 en la Agencia de Protección de Datos Estatal.

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

Artículo 7

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

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta al Director General de Salud Pública para dictar cuantas resoluciones resulten necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la presente Orden.

Segunda

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

Dada en Madrid, a 18 de abril de 2001.

D.- DATOS GENÉTICOS

(21) ¿Se ha identificado al menos 1 caso de ECJ definitivo o probable en familiar consanguíneo de **primer grado**? No Si No consta

E(22) Mutación PRNP específica de enfermedad

No Si Resultado pendiente Test no realizado

E(23) Descripción de la mutación PRNP _____

E(24) Polimorfismo del codón 129

MM MV VV
 Resultado pendiente Test no realizado

E.- ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) (ver guía, sección E)

E(25) ¿EEG Típico? Si No No realizado No consta

E(26) Datos disponibles para la clasificación del EEG:

Informe Hospital de origen EEG visto por el personal de vigilancia EEG no realizado

E(27) Criterios de interpretación de EEG:

Criterios OMS Otros criterios EEG no revisado EEG no realizado No consta

F.- LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

(28) LCR Normal (Células, proteínas, glucosa) Si No No realizado No consta

E(29) ¿Hay proteína 14-3-3 en LCR? Si No No realizado No consta
 Resultado dudoso Técnicamente ininterpretable
 Resultado pendiente

G.- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

E(30) Hallazgos en RM: RM normal RM patológica RM no realizada

E(31) Informe de RM a cargo de: Hospital de origen Personal de vigilancia No consta

E(32) Anomalías inespecíficas en RM: Si No No consta

E(33) Atrofia en RM: Si No No consta

E(34) Hiperseñal en caudado y putamen en RM: Si No No consta

E(35) Hiperseñal en tálamo posterior mayor que en otras áreas en RM:

Si No No consta

Si afirmativo, especifique si clara hiperseñal bilateral en pulvinares Si No

H.- TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

(36) TAC normal TAC patológica TAC no realizada No consta

Si la TAC es patológica, especifique: _____

I.- DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS

(37) Biopsia Amigdalas: Si Realizada: Inmunohistoquímica Positiva Negativa
 Western Blot para PrP Positivo Negativo
 No Realizada
 No consta

(38) Biopsia Cerebral Si Realizada: Técnicas convencionales Positiva Negativa
 Inmunohistoquímica Positiva Negativa
 Western Blot para PrP Positivo Negativo
 No realizada
 No consta

(39) Estudio Postmortem Si realizado Limitado a cavidad craneal Extendido
 No Realizado
 No consta

Principales zonas anatómicas de afectación (gliosis, pérdida neuronal, espongirosis) según informe:
 Especificar _____

Confirmación Inmunohistoquímica: Positiva Negativa No consta
 Confirmación Western blot para PrP: Positiva Negativa No consta

Si es positiva especifíquese patrón de glicofomas:

Tipo1 Tipo 2 Tipo 3 Tipo 4 Otro _____

J.- FALLECIMIENTO Y OTROS ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

E(40) ¿Ha fallecido? Si Fecha de muerte: ____/____/____ Fecha Desconocida:
 día mes año
 No
 No consta

E(41) ¿Ha sido visitado el enfermo en vida por el coordinador clínico de la CA o por personal de vigilancia?
 Si
 No
 No consta

(42) ¿Pendiente de algunos resultados para la clasificación diagnóstica definitiva? Si No

K.- CLASIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO (ver guía, sección K)

E(43) Clasificación clínico-etiológica: ECJ Esporádica ECJ Familiar
 ECJ Yatrogénica Variante ECJ
 SGS IFL
 No consta

E(44) Durante el seguimiento, ¿se excluyen los anteriores diagnósticos?
 Si Especificar el nuevo: _____
 No

E(45) Clasificación de probabilidad según criterios diagnósticos para ECJ

Confirmada Probable Posible
 No ECJ No consta

L.- FACTORES DE RIESGO Y / O DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

L1.- FACTORES DE RIESGO YATROGÉNICO:

(46) Implante biológico de duramadre No Si No Consta Año: _____

(47) Otros implantes biológicos No Si No Consta Año: _____

Si afirmativo, especificar tipo _____

(48) Intervenciones o tratamientos con agujas. (Punción lumbar, EMG, Acupuntura, tatuajes, etc.

No Si No Consta Año: _____

Si afirmativo, especificar _____

(49) ¿Cuántas veces ha sido operado en los últimos diez años? _____

(50) Receptor de hormonas biológicas. No Si No Consta

Si afirmativo, especificar _____

Año de la primera administración _____

(51) ¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o hemoderivados? No Si No Consta ¿Cuántas?: _____

(Si afirmativo ver guía, sección L1 para ampliar información)

L2.- FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL:

(52) ¿Ha ejercido ocupación que implique exposición a pacientes o tejidos humanos?

No Si No Consta

En caso afirmativo: -Especifique código: _____ -Número de años expuesto _____

(1=Medicina, 2=Cirugía, 3=Anatomía patológica, 4=Odontología, 5=DUE/ATS, 6=Auxiliar de clínica hospitalaria, 7=Auxiliar de Atención Primaria, 8=Auxiliar de odontología, 9=Trabajador de ambulancia, 10=Fisioterapeuta, 11=Trabajador de laboratorio clínico, farmacéutico o de investigación, 12=Personal auxiliar (celador..), 13=Otro, Especifique)

Si otro, especifique _____

(53) Exposición ocupacional a animales o tejidos de animales

No Si No Consta

En caso afirmativo: -Especifique código: _____ -Número de años expuesto _____

(1=Ganadero, 2=Cazador, 3=Veterinario, 4=Taxidermista, 5=Criador de perros, 6=Matarife, 7=Procesador de carne o comida, 8=Carnicero, 9=Trabajador del cuero o animales de piel utilizable, 10=Otro, especifique)

Si otro, especifique _____

L3.- FACTORES DE RIESGO FAMILIAR:

(54) Antecedentes familiares de ECJ No Si No Consta Parentesco _____

(55) Antecedentes familiares de demencia No Si No Consta Parentesco _____

(56) Antecedentes familiares de Parkinson No Si No Consta Parentesco _____

L4.- OTROS FACTORES DE INTERÉS:

(57) ¿Ha sido donante de sangre? No Si No Consta Año/s: _____

Lugar/es donde ha donado _____

(Si afirmativo ver guía, sección L4 para ampliar información)

(58) ¿Ha sufrido algún traumatismo craneal con pérdida de conciencia en los últimos 10 años?

No Si No Consta

(59) ¿Ha sufrido alguna mordedura de animal en los últimos 10 años? No Si No Consta

(60) Exposición NO ocupacional a animales o tejidos animales

No Si No Consta

En caso afirmativo especifique : _____

Número de años expuesto: _____

(61) Estancia en Reino Unido acumulada mayor de 6 meses entre 1985 –1996 No Si No Consta

(62) Otros factores de riesgo que considere de interés (consumo de vísceras, ojos, sesos, etc.)

No Si No Consta

En caso afirmativo especifique _____

M.- COMENTARIOS ADICIONALES



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Comunidad de Madrid. Año 2013, semanas 35 a 39 (del 26 de agosto al 29 de septiembre de 2013)

	Casos Semanas 35 a 39	Casos Acumulados Semanas 1 a 39	Tasas Semanas 35 a 39	Tasas Acumulados Semanas 1 a 39
Infecciones que causan meningitis				
Enfermedad meningocócica	3	28	0	0,4
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	1	6	0,0	0,1
Meningitis bacterianas, otras	5	40	0,1	0,6
Meningitis víricas	16	215	0,2	3,3
Enfermedad neumocócica invasora	18	282	0,3	4,3
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	21	51	0,3	0,8
Hepatitis B	5	26	0,1	0,4
Hepatitis víricas, otras	9	102	0,1	1,6
Enfermedades transmisión por alimentos				
Botulismo	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	2	13	0,0	0,2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	4	0	0,1
Triquinosis	0	28	0	0,4
Enfermedades transmisión respiratoria				
Gripe	87	53729	1,3	826,8
Legionelosis	15	59	0,2	0,9
Varicela	296	4331	4,6	66,6
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección Gonocócica	53	426	0,8	6,6
Sífilis	50	468	0,8	7,2
Antropozoonosis				
Brucelosis	0	1	0,0	0,0
Leishmaniasis	6	62	0,1	1,0
Rabia	0	0	0	0
Enfermedades prevenibles inmunización				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	88	1714	1,4	26,4
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	1	0	0,0
Sarampión	1	2	0	0,0
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	18	182	0,3	2,8
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	32	108	0,5	1,7
Peste	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0
Tuberculosis *				
Tuberculosis respiratoria*	59	487	0,9	7,5
Enfermedades notificadas por sistemas especiales				
Encefalopatía Espongiforme transmisible humana	1	6	0,0	0,1
Lepra	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0
Parálisis flácida aguda (<15 años)	0	1	0	0,1

* Según padrón continuo del año 2012, población Comunidad de Madrid 6.498.560



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 35 a 39 (del 26 de agosto al 29 de septiembre de 2013)

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.

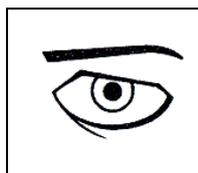
Brotes de origen alimentario. Año 2013. Semanas 35-39

Lugar de consumo	Año 2013						Año 2012		
	Semanas 35-39			Semanas 1-39			Semanas 1-39		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	3	14	2	28	177	19	25	194	6
Centros educativos	0	0	0	4	122	0	11	804	20
Domicilios	3	16	2	19	121	22	34	227	49
Residencias no geriátricas	1	52	5	3	89	5	0	0	0
Centros geriátricos	1	71	0	2	81	0	3	107	1
Otros lugares	0	0	0	3	30	0	0	0	0
Comedores de empresa	0	0	0	1	27	0	0	0	0
Desconocido	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Total	8	153	9	61	649	47	73	1332	76

Brotes de origen no alimentario. Año 2013. Semanas 35-39

Tipo de brote*	Año 2013						Año 2012		
	Semanas 35-39			Semanas 1-39			Semanas 1-39		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	2	52	1	15	398	4	26	1318	3
Conjuntivitis vírica	0	0	0	5	168	0	5	144	0
Parotiditis	0	0	0	30	161	2	7	45	2
Escabiosis	0	0	0	3	24	0	4	74	0
Tos ferina	1	2	2	6	16	5	3	9	0
Enf. de mano, pie y boca	0	0	0	2	14	0	4	29	0
Hepatitis A	4	8	2	5	13	2	3	10	2
Meningitis vírica	0	0	0	5	10	9	5	13	12
Molusco contagioso	1	3	0	1	3	0	0	0	0
Escarlatina	0	0	0	1	2	0	7	45	1
Total	8	65	5	73	809	22	64	1687	20

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2013, semanas 35 a 39
(Del 26 de agosto al 29 de septiembre de 2013)**

Esta sección incluye información mensual 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 112 médicos de atención primaria que atienden a unas 155.000 personas, (aproximadamente un 2,3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública.

http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630

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 51,2% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2013.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 35 a 39 de 2013.

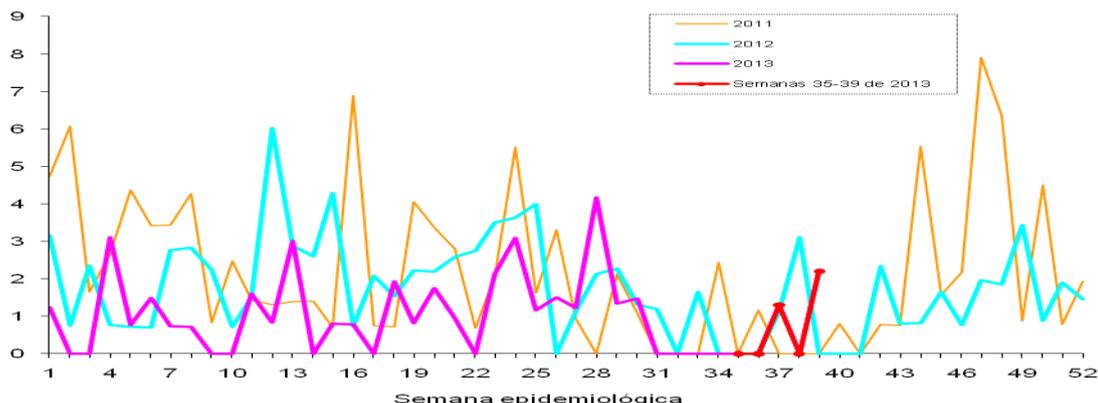
	Sem. 35 a 39 de 2013	Año 2013
Gripe*	--	1488*
Varicela	3	46
Herpes zoster	25	185
Crisis asmáticas	56	521

* De la semana 40 de 2012 hasta la 20 de 2013

VARICELA

Durante las semanas 35 a 39 del año 2013 se han declarado 3 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 4,2 casos por 100.000 personas (IC 95%: 0,3 – 8,7). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela desde el año 2010 hasta la semana 39 de 2013.

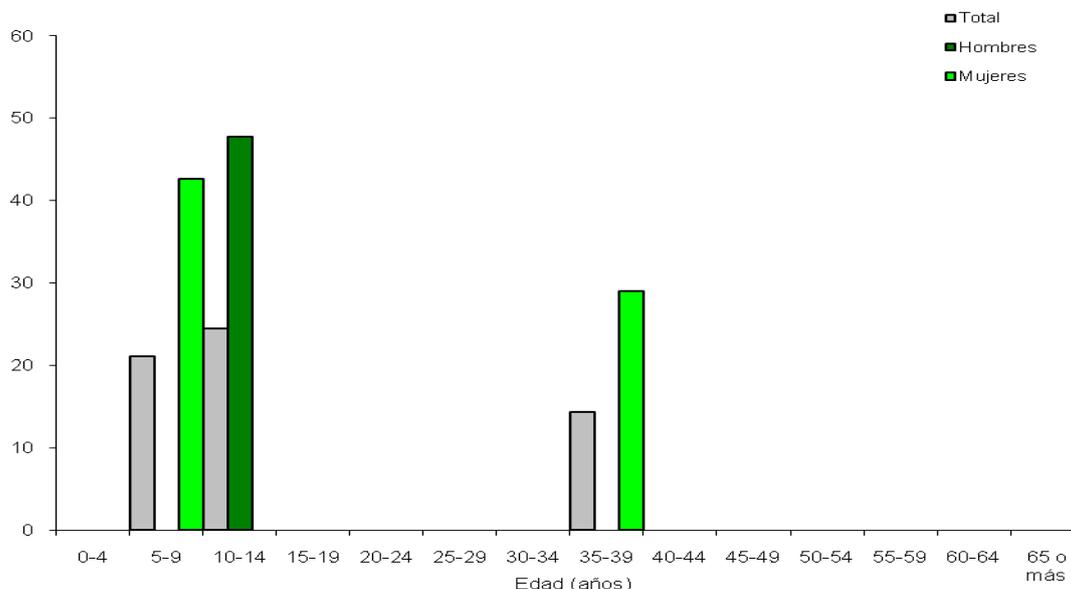
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2011-2013 y semana 35 a 39 de 2013.



De los 3 casos notificados, 2 casos se dieron en mujeres (66,6%). Dos eran menores de 10 años y el otro caso tenía 39 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En un caso se registró como complicación una sobre-infección bacteriana.

En los 3 casos se desconoce la fuente y el lugar de exposición.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 35 a 39 de 2013



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 25 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 35 a 39 de 2013, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 31,6 por 100.000 habitantes (IC 95%: 19,2 – 44,1). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2010 hasta la semana 39 de 2013. El 52% de los casos se dio en hombres (13 casos). La mediana de edad fue de 57 años con un mínimo de 2 y un máximo de 91 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 2011-2013 y semanas 35 a 39 de 2013.

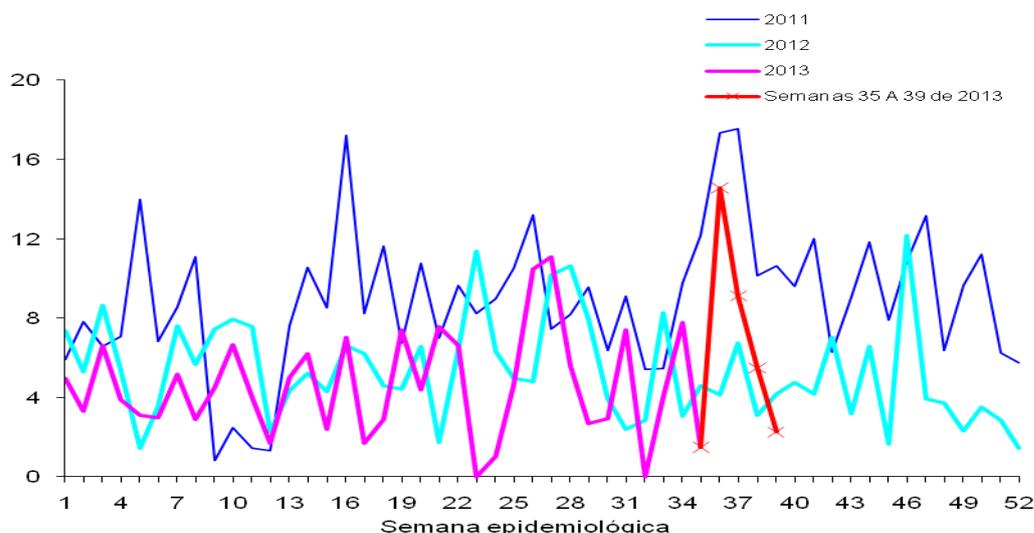
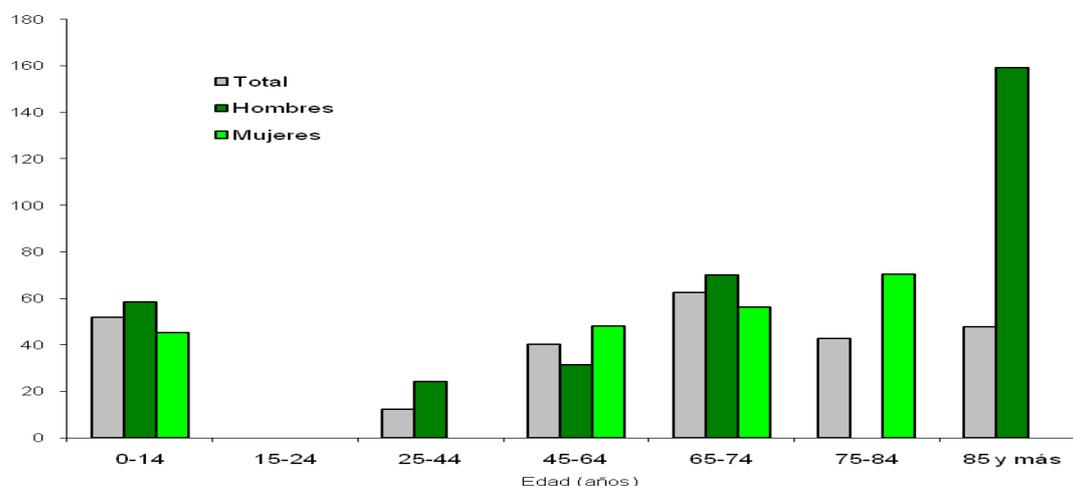


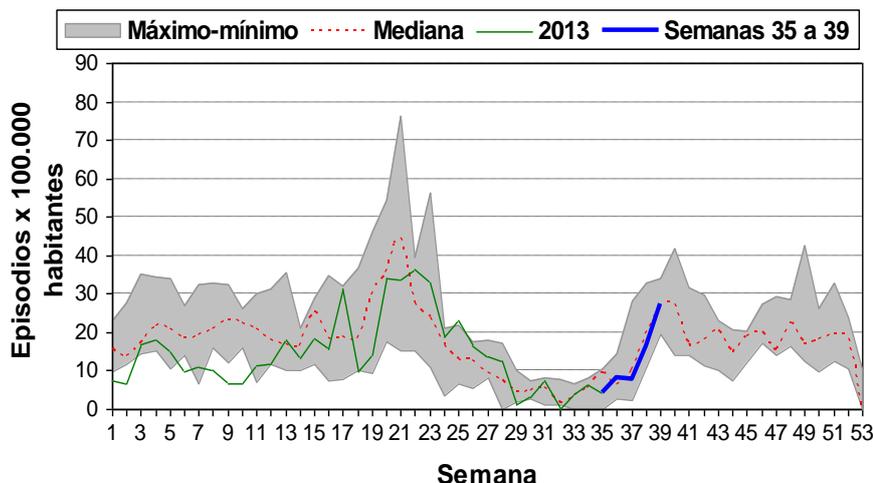
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 35 a 39 de 2013



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 35 a 39 de 2013 la Red de Médicos Centinela notificó un total de 56 episodios de asma (10 corresponden a médicos de familia y 46 a pediatras). Se representan los episodios atendidos semanales por 100.000 habitantes, junto con el canal epidémico formado por los valores semanales máximo, mínimo y mediana de los últimos 5 años. La incidencia aumenta en esta época de final de verano. Al contrario del mes anterior, la mayoría de los casos son pediátricos. Los valores son similares a los de años anteriores.

Episodios atendidos de asma. Año 2013
 Red de médicos centinela. Semanas 35 a 39





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/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta. 28035 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

Link directo:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1156329914017