

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO de la Comunidad de Madrid

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA



Nº 7.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 7. Volumen 21. Julio 2015

INFORMES:

- **Tos Ferina en la Comunidad de Madrid, año 2014.**
- **Evolución de la diabetes mellitus Tipo 1 en la Comunidad de Madrid, 1997-2013.**

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
www.madrid.org/boletinepidemiologico

Coordina:

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

Edición: Noviembre 2015

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

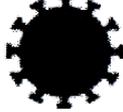
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 7.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 7. Volumen 21. Julio 2015

ÍNDICE

	<i><u>Tos Ferina en la Comunidad de Madrid, año 2014.</u></i>	5
	<i><u>Evolución de la incidencia de diabetes mellitus Tipo 1 en menores de 15 años en la Comunidad de Madrid en el periodo 1997-2013.</u></i>	25
	<i><u>EDO. Semanas 27 a 30 (del 29 de junio al 26 de julio de 2015).</u></i>	56
	<i><u>Brotos Epidémicos. Semanas 27 a 30, 2015.</u></i>	57
	<i><u>Red de Médicos Centinela, semanas 27 a 30, 2015.</u></i>	58
	<i><u>Vigilancia epidemiología del VIH/SIDA, julio 2015.</u></i>	62



Tos Ferina

en la Comunidad de Madrid, año 2014

Sistema de Vigilancia de EDO
Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos
CMBD

ÍNDICE

RESUMEN	6
1 INTRODUCCIÓN	7
2 METODOLOGÍA.....	9
2.1. Sistema de EDO	9
2.2. Sistema de alertas y brotes epidémicos.....	9
2.3. Registro CMBD	9
3 RESULTADOS	10
3.1 Sistema de EDO	10
3.1.1 Incidencia y evolución temporal	10
3.1.2 Distribución por edad y sexo.....	- 12 -
3.1.3 Clasificación diagnóstica.....	- 14 -
3.1.4 Distribución geográfica	- 14 -
3.1.5 Estado vacunal.....	- 15 -
3.2 Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos	- 16 -
3.3 Registro CMBD	- 18 -
4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	- 21 -
5 BILIOGRAFÍA	- 22 -

Tos Ferina en la Comunidad de Madrid, año 2014.

RESUMEN

Antecedentes.

La tos ferina es una enfermedad infecciosa bacteriana altamente transmisible causada por *Bordetella pertussis*. Los lactantes menores de 4 meses son el grupo más vulnerable, con altas tasas de complicaciones y mortalidad. La vacunación es la estrategia preventiva más eficaz. Sin embargo, la eliminación de la enfermedad nunca se ha alcanzado, a pesar de las altas coberturas de vacunación.

Objetivos.

Describir la incidencia y características epidemiológicas de los casos de tos ferina en la Comunidad de Madrid en el período 1998-2014.

Metodología.

Se han utilizado 3 fuentes de datos: sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), sistema de Alertas y Brotes Epidémicos y registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y Cirugía Ambulatoria de la Comunidad de Madrid (CMBD). Se presenta la incidencia por año de inicio de los síntomas y por grupo de edad y sexo, el número de brotes y de casos asociados según año y ámbito de aparición y la incidencia de casos ingresados por grupo de edad.

Resultados.

La incidencia alcanzada en 2014 (5,70 por 100.000 habitantes) ha sido inferior a la máxima registrada en el periodo 1998-2014, que fue la del 2011, con 6,29 casos por 100.000 habitantes. En los años anteriores se observan cuatro ciclos epidémicos separados entre sí 3-4 años, encontrándonos posiblemente en un quinto, y un patrón estacional, situándose en torno al mes de junio la mayor incidencia. Los menores de 1 año presentan una incidencia elevada, estando la mayor parte vacunados parcialmente o no vacunados. Cabe destacar el incremento de la incidencia en los grupos de 5-9 y 10-14 años en el ciclo epidémico de 2010-11 y el de 10-14 años en el año 2014. Hay un incremento en la proporción de casos confirmados desde el año 2008. Se han notificado 82 brotes en el período 1998-2014 con predominio de ámbito familiar, y entre los de ámbito colectivo, los más frecuentemente implicados son los colegios. La incidencia de ingreso CMBD en 2014 fue de 2,51 por 100.000 habitantes (162 casos). El 95,7% era menor de 1 año. En el periodo 1998-2014 se han producido 8 fallecimientos, todos menores de 3 meses.

Conclusiones.

La incidencia registrada en 2014 parece reflejar un pico epidémico, lo que nos indica que *B. pertussis* está circulando en nuestra población, como reflejan los picos anteriores y el patrón estacional. Los menores de 1 año tienen mayor incidencia y hay un incremento en el grupo de 10 a 14 años en los últimos ciclos epidémicos. Los brotes notificados más frecuentemente son de ámbito familiar.

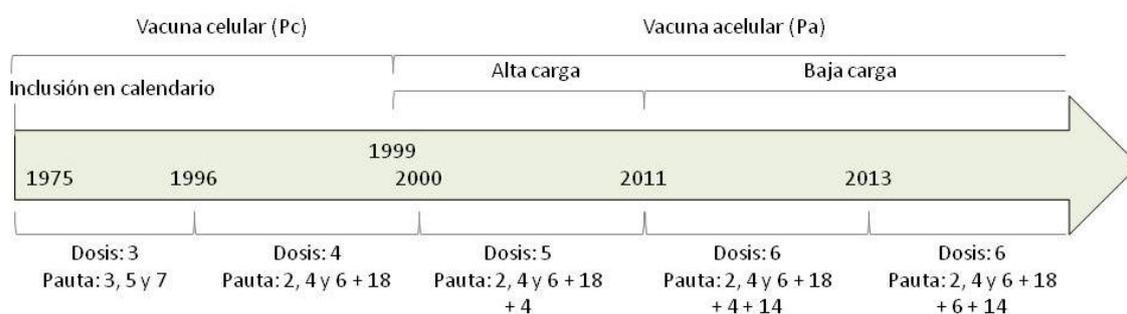
1 INTRODUCCIÓN

La tos ferina es una enfermedad infecciosa bacteriana altamente transmisible causada por *Bordetella pertussis*. Puede afectar a individuos de todas las edades. En la infancia provoca un cuadro clínico caracterizado por una fase catarral seguida por una fase de tos paroxística persistente. En los casos típicos la tos es seguida de estridor inspiratorio y vómitos. Las complicaciones de la tos ferina incluyen cianosis, apnea, neumonía o convulsiones. Los lactantes menores de 4 meses son el grupo más vulnerable, con altas tasas de complicaciones y mortalidad. En adolescentes y adultos frecuentemente se produce una sintomatología leve de tos prolongada, con riesgo de transmisión de la infección dentro del núcleo familiar. La transmisión se produce por contacto directo con las personas infectadas y su contagiosidad es muy alta, con una tasa de ataque de hasta el 90% en los convivientes susceptibles. Diversos estudios han mostrado que la fuente de infección de los niños pequeños son otros miembros del hogar, especialmente los padres y los hermanos mayores (9-13 años)^{1,2,3,4,5}. Se ha estimado que un 13-20% de los casos de tos prolongada en adolescentes y adultos se debe a la infección por *B. pertussis*⁶.

La vacunación es la estrategia preventiva más eficaz para el control de la transmisión de la tos ferina en la población. Su uso ha producido un descenso muy marcado de la incidencia y gravedad de la tos ferina, pero la eliminación de la enfermedad nunca se ha alcanzado, incluso en países que llevan décadas vacunando con altas coberturas de vacunación. Ni la inmunidad natural ni la conferida por la vacuna ofrecen una protección duradera. La inmunidad adquirida mediante vacunación dura entre 4 y 12 años, mientras que la adquirida de forma natural persiste entre 4 y 20 años^{7,8}. El mantenimiento del patrón cíclico de la enfermedad indica que la bacteria está circulando como en la etapa prevacunación⁶, lo que sugiere que la vacuna puede proteger frente a formas graves de la enfermedad pero no tanto frente a la infección.

Desde los años 50 se han introducido programas de vacunación en todo el mundo, al principio con vacunas de células completas (DTPc). En los años 90 muchos países occidentales empezaron a vacunar con vacunas acelulares (DTPa), que presentan un perfil de seguridad mejor. En España, la vacuna DTPc se comercializó en los años 60 y se administró en dos campañas anuales a los niños menores de 1 año. En 1975 el componente Pc se introdujo en el calendario vacunal infantil con 3 dosis a los 3, 5 y 7 meses. En 1996 se cambió la pauta vacunal a los 2, 4 y 6 meses y se incluyó una cuarta dosis a los 18 meses de edad. En 2000 se añadió una quinta dosis a los 4 años de edad. En 1999 la vacuna DTPc fue reemplazada por la vacuna DTPa⁹. En el año 2011 se añadió una sexta dosis a los 14 años de edad y se modificó el tipo de vacuna pasado a administrarse a los 4 años la vacuna de baja carga en vez de la de alta carga. En 2013 se cambió la edad de vacunación de 4 a 6 años para la quinta dosis. El calendario común de vacunación infantil aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en marzo de 2013 recomienda la administración de DTPa a los 2, 4 y 6 meses de edad, con dos dosis de refuerzo a los 18 meses y 6 años¹⁰. La Comunidad de Madrid adoptó estas recomendaciones con la publicación del calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid en enero de 2014¹¹.

A pesar del mantenimiento de altas coberturas vacunales, la tos ferina ha resurgido en muchos países^{6,9,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22}. El incremento se ha producido en los lactantes menores de 6 meses, que no han completado la primovacunación, y en adolescentes y adultos, por la disminución de la inmunidad natural y vacunal con el tiempo. Por otra parte, el descenso de la incidencia de tos ferina originado por el programa de vacunación ha provocado una menor circulación de *B. pertussis* y, por tanto, una disminución del efecto booster que la infección natural induce en adolescentes y adultos. Otros factores que pueden estar implicados en la reemergencia de la tos ferina son la mejora en el diagnóstico y notificación de casos²³, sobre todo de casos con sintomatología leve o atípica, la pérdida de efectividad vacunal debida a la variación antigénica de las cepas de *B. pertussis*^{24,25} y una menor efectividad de las vacunas Pa con respecto a las Pc y menor duración de la inmunidad, al menos cuando se administran a niños en la etapa preescolar (0-6 años)^{13,26,27}.



El objetivo del presente informe es describir la incidencia y características epidemiológicas de los casos de tos ferina aparecidos en la Comunidad de Madrid (CM) en el período 1998-2014.

2 METODOLOGÍA

Se han utilizado 3 fuentes de datos: (1) el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), (2) el Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos y (3) el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y Cirugía Ambulatoria de la CM (CMBD).

2.1. Sistema de EDO

La tos ferina es una enfermedad de declaración obligatoria semanal con datos epidemiológicos básicos. La definición de caso a efectos de vigilancia epidemiológica queda establecida según protocolo^{28,29}.

Las variables que recoge el sistema de EDO incluyen los datos identificativos del paciente (nombre y apellidos, edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de residencia), datos clínicos (fecha de inicio de los síntomas, manifestaciones clínicas), diagnóstico (clínico, serológico o microbiológico), datos vacunales (estado vacunal, número de dosis y fecha de la última dosis) y datos epidemiológicos (asociación a otros casos y colectivos).

Se ha estimado la incidencia (casos por 100.000 habitantes) por año de inicio de los síntomas y por grupo de edad y sexo. Los datos de población proceden del padrón continuo del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Se describen los casos según el mes de aparición, la Zona Básica de Salud (ZBS), el grado de confirmación diagnóstica y el estado de vacunación. Se consideró incompleta para < 3 dosis, primovacunación para 3 dosis y primovacunación con refuerzo para > 3 dosis. Se compara el año 2014 con respecto a los anteriores.

2.2. Sistema de alertas y brotes epidémicos

Se define como brote epidémico la aparición de 2 ó más casos de una enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona.

Las variables que recoge el Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos incluyen el número de casos, número de hospitalizaciones, colectivo de aparición del brote (familiar, escolar u otros) y clasificación del caso (sospechoso, probable o confirmado).

Se presenta el número de brotes y de casos asociados según año y ámbito de aparición (familiar o colectivo), así como según el mes de inicio del primer caso y el grado de confirmación diagnóstica

2.3. Registro CMBD

Se han seleccionado los siguientes códigos CIE-9MC: 033.0 (tos ferina causada por *B. pertussis*) y 033.9 (tos ferina causada por organismo no especificado).

Las variables recogidas por el CMBD incluyen el año de notificación, edad, sexo, evolución del caso (alta, exitus) y duración de la estancia. Se selecciona un solo ingreso por episodio y se presenta la incidencia de episodios de hospitalización por grupo de edad, el número de fallecidos y la estancia media. Si un mismo episodio tenía más de un ingreso se sumaron sus estancias.

El análisis estadístico se ha efectuado con el programa STATA v12.

3 RESULTADOS

3.1. Sistema de EDO

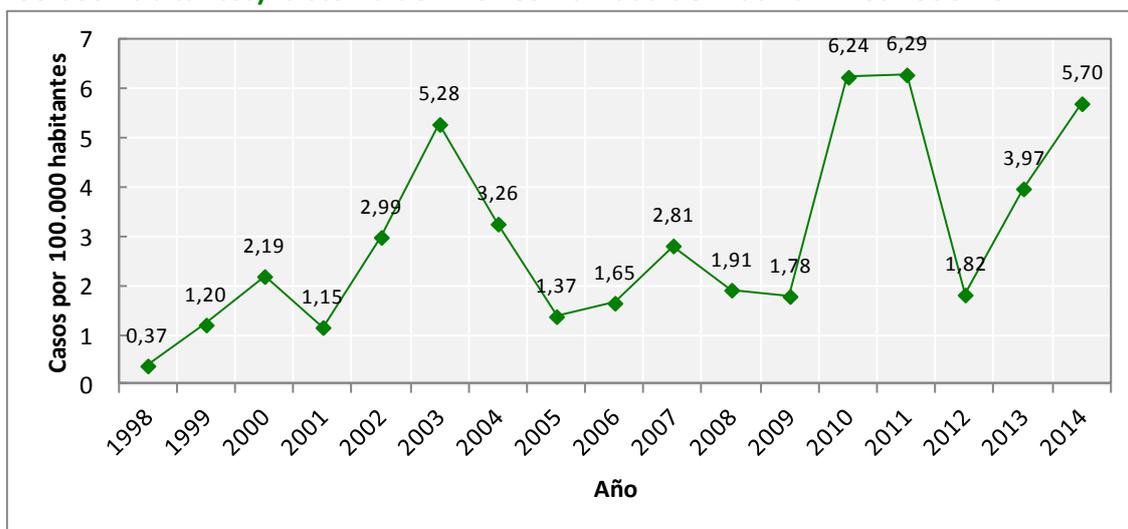
3.1.1 Incidencia y evolución temporal

La incidencia de casos de tos ferina notificados al sistema de EDO en el año 2014 ha sido de 5,70 casos por 100.000 habitantes (368 casos), cifra superior a la observada en el año 2013 (258 casos, incidencia de 3,97 por 100.000 habitantes).

La incidencia alcanzada en 2014 ha sido inferior a la máxima registrada en el periodo 1998-2014, que fue la del 2011, con 6,29 casos por 100.000 habitantes.

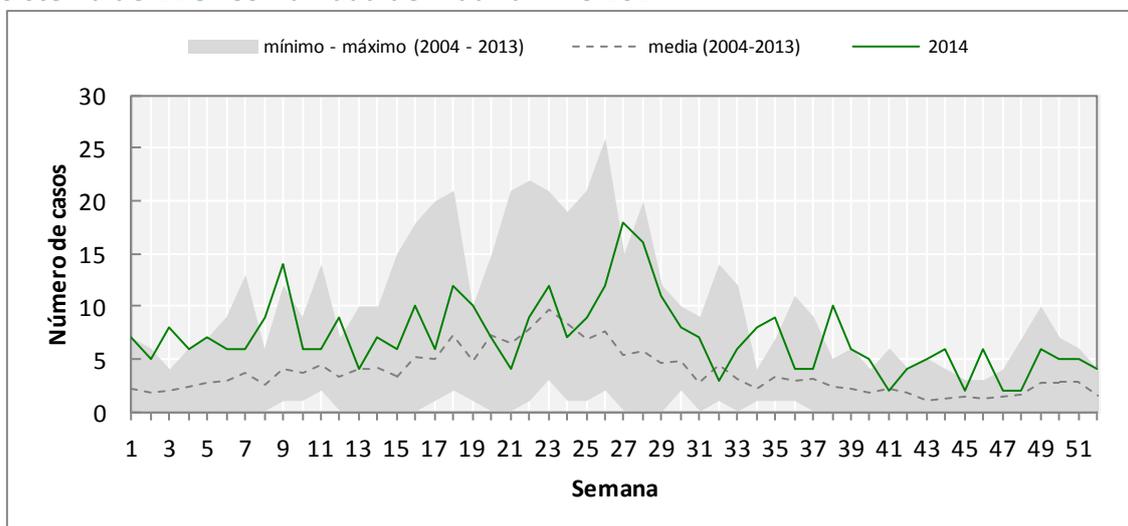
En el gráfico 3.1.1.1 se presenta la incidencia de tos ferina desde el año 1998. Se observan cuatro picos epidémicos separados entre sí 3-4 años, el primero en el año 2000, el segundo en 2003, el tercero en 2007 y el cuarto en los años 2010 y 2011.

Gráfico 3.1.1.1. Incidencia de tos ferina por año de inicio de síntomas (casos por 100.000 habitantes). Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



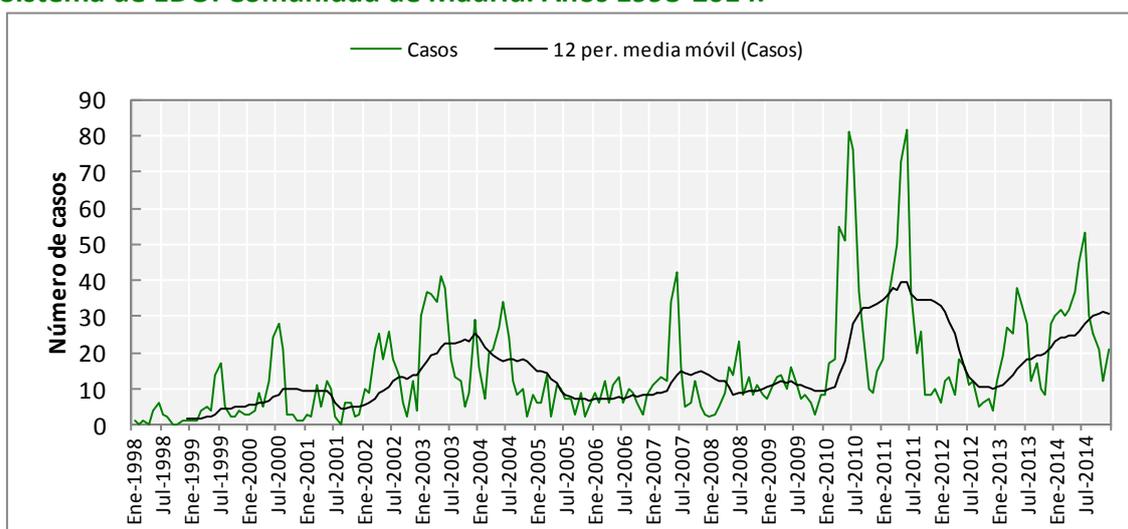
En el gráfico 3.1.1.2 se muestra el número de casos por semana de inicio de síntomas en el año 2014. De las 52 semanas del año 2014, 19 presentan un número de casos igual o mayor que el máximo registrado en las mismas semanas de la década anterior (de 2004 a 2013).

Gráfico 3.1.1.2. Número de casos de tos ferina por semana de inicio de síntomas. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Año 2014.



En el gráfico 3.1.1.3 se representa el número de casos por mes de inicio de los síntomas. En él se observa un patrón estacional, en el que la mayor parte de los casos se dan entre los meses de enero y junio. Además, la tendencia suavizada (media móvil 12 meses) muestra un patrón cíclico con 4 ondas epidémicas descritas anteriormente.

Gráfico 3.1.1.3. Número de casos de tos ferina por mes y año de inicio de síntomas. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



3.1.2 Distribución por edad y sexo

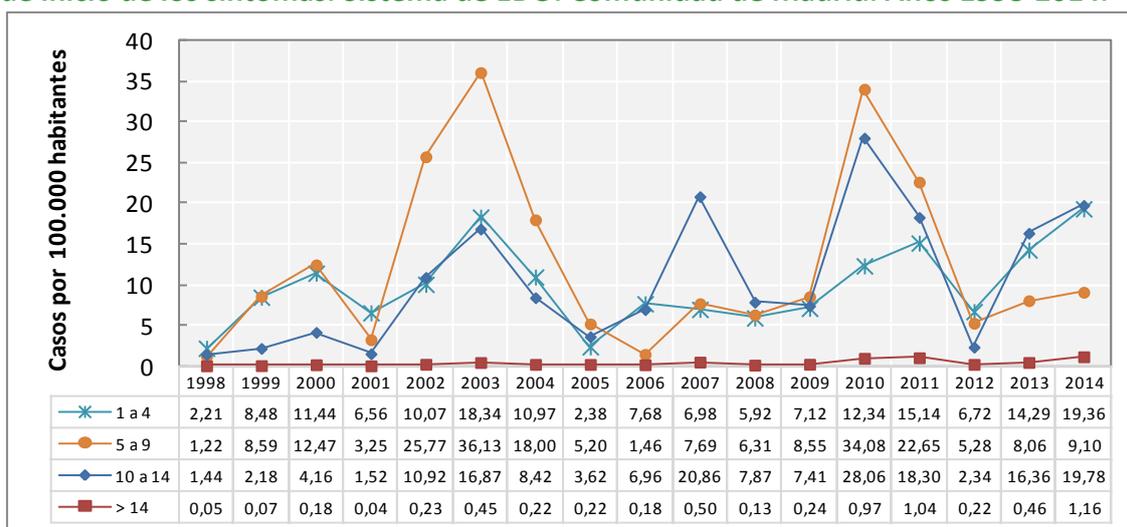
La incidencia más elevada en el año 2014 se observa en menores de 1 año, al igual que en todo el periodo anterior (gráfico 3.1.2.1). Cabe destacar la elevada incidencia de casos menores de 1 año en el año 2014 que alcanza a la del año 2011 (gráfico 3.1.2.2 y tabla 3.1.2.1).

Gráfico 3.1.2.1. Incidencia de tos ferina en menores de 1 año, según el año de inicio de los síntomas. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



En el año 2014, entre la población de 1 o más años, el grupo de 10 a 14 años es el que presenta mayor incidencia (19,78) seguido del grupo de 1 a 4 (19,36) y del grupo de 5 a 9 (9,1) (gráfico 3.1.2.2).

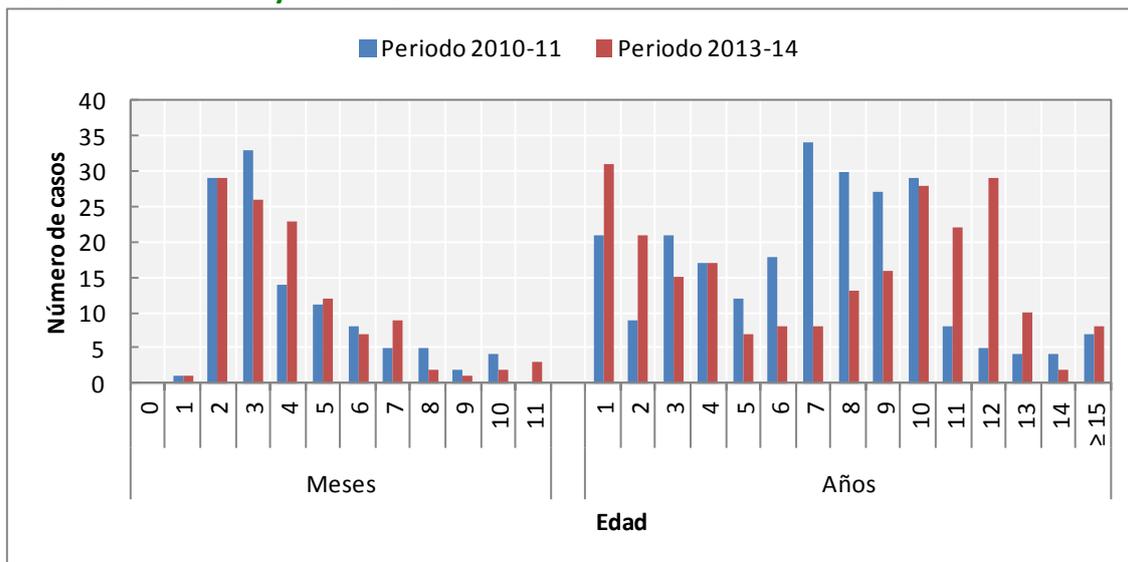
Gráfico 3.1.2.2. Incidencia de tos ferina en población de 1 o más años, según el año de inicio de los síntomas. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



En población de 1 o más años, la incidencia en el grupo de 1 a 4 años es la más elevada en 4 de los años estudiados, la de 5 a 9 años en 9 y la de 10 a 14 en 4. Es destacable el aumento de la incidencia en el grupo de 5 a 9 años en 2003 (36,13) y 2010 (34,08), así como en el de 10 a 14 años en los 2007 (20,86), 2010 (28,06) y 2014 (19,78).

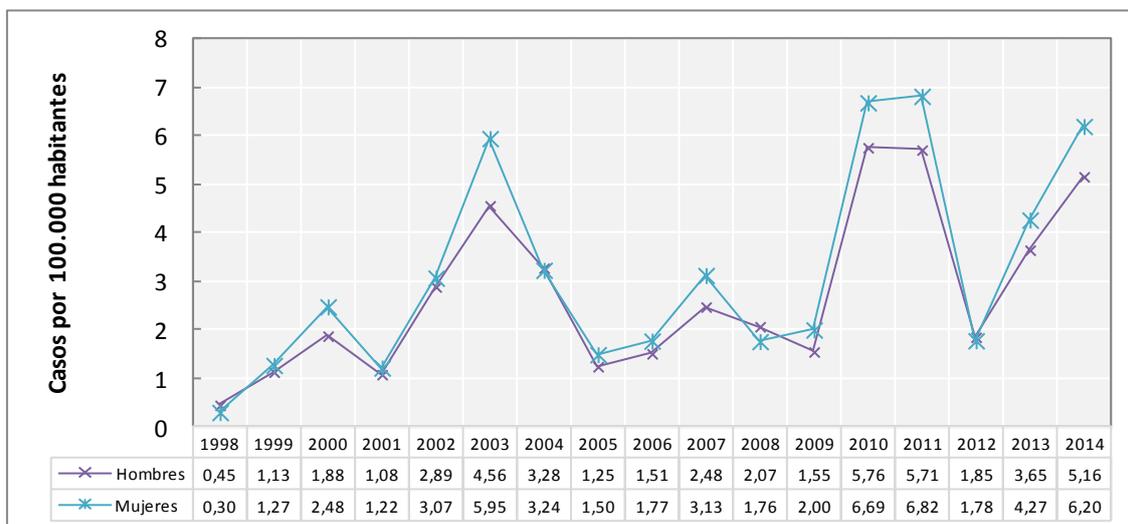
Comparando los dos últimos ciclos, el número de casos en menores de un año sigue una distribución similar, con un aumento en los casos de 4 meses en el periodo 2013-14 respecto al 2010-11. El número de casos en población de 1 año se incrementa un 50% y en población de 2 años se duplica en el periodo 2013-2014 respecto al 2010-2011. El ciclo 2010-11 afecta más a población de 6 a 10 años de edad mientras que el pico de 2013-14 se retrasa, afectando a población de 10 a 12 años de edad (gráfico 3.2.1.3).

Gráfico 3.1.2.3. Casos de tos ferina por edad. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Períodos 2010-2011 y 2013-2014.



En el año 2014 la razón de masculinidad fue de 0,83 hombres por mujer. Se observa un predominio de casos del sexo femenino en todo el periodo siendo la razón de 0,87 (gráfico 3.1.2.3). La proporción de mujeres en el período 1998-2014 es de 55,3%. La razón de masculinidad fue menor en el pico de los ciclos epidémicos siendo de 0,76 en el 2000, 0,77 en el 2003, 0,79 en el 2007, 0,86 en 2010 y 0,84 en 2011.

Gráfico 3.1.2.3. Incidencia de casos de tos ferina por sexo y año de inicio de los síntomas. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.

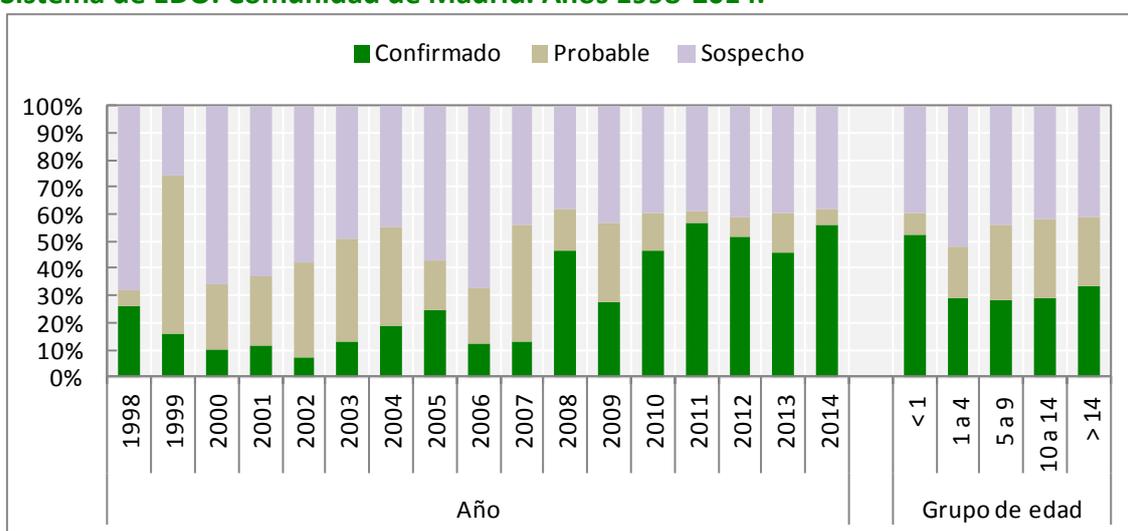


3.1.3 Clasificación diagnóstica

El año 2014 se realizaron más confirmaciones diagnósticas en todos los grupos de edad respecto a años anteriores. El 70,5% de los casos menores de un año y el 44,8% de los casos de un año o más fueron confirmados por laboratorio en el 2014.

Se aprecia un incremento en la proporción de casos confirmados, especialmente relevante a partir del año 2008. Por grupos de edad, en el total del periodo, la confirmación diagnóstica es más frecuente en los niños menores de 1 año (gráfico 3.1.3.1).

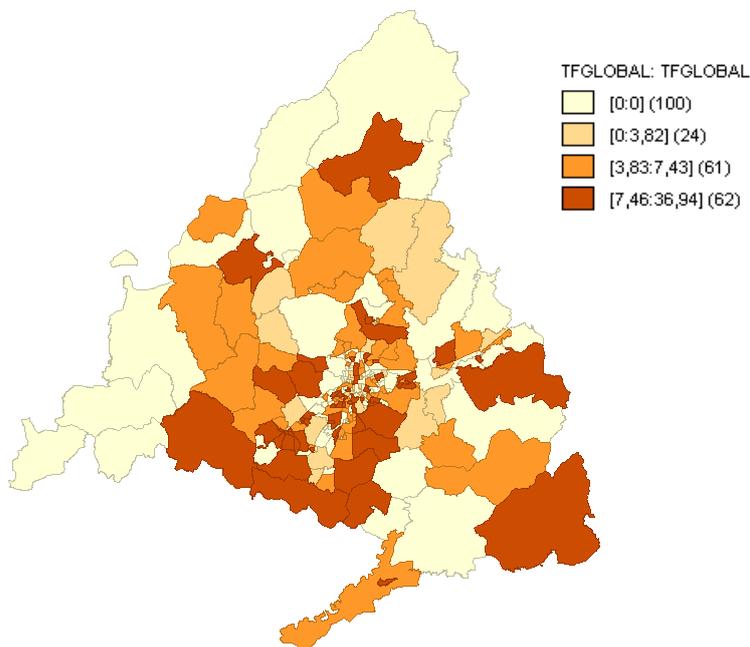
Gráfico 3.1.3.1. Clasificación diagnóstica de los casos de tos ferina. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



3.1.4 Distribución geográfica

En el gráfico 3.1.4.1 se presenta la incidencia de tos ferina por Zona Básica de Salud (ZBS) en el año 2014. Las zonas con mayor incidencia considerando todos los grupos de edad fueron: Coronel de Palma, Alcalde Bartolomé González, San Fernando, Collado Villalba y El Juncal.

Gráfico 3.1.4.1. Incidencia de casos de tos ferina por ZBS de residencia del caso. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Año 2014.

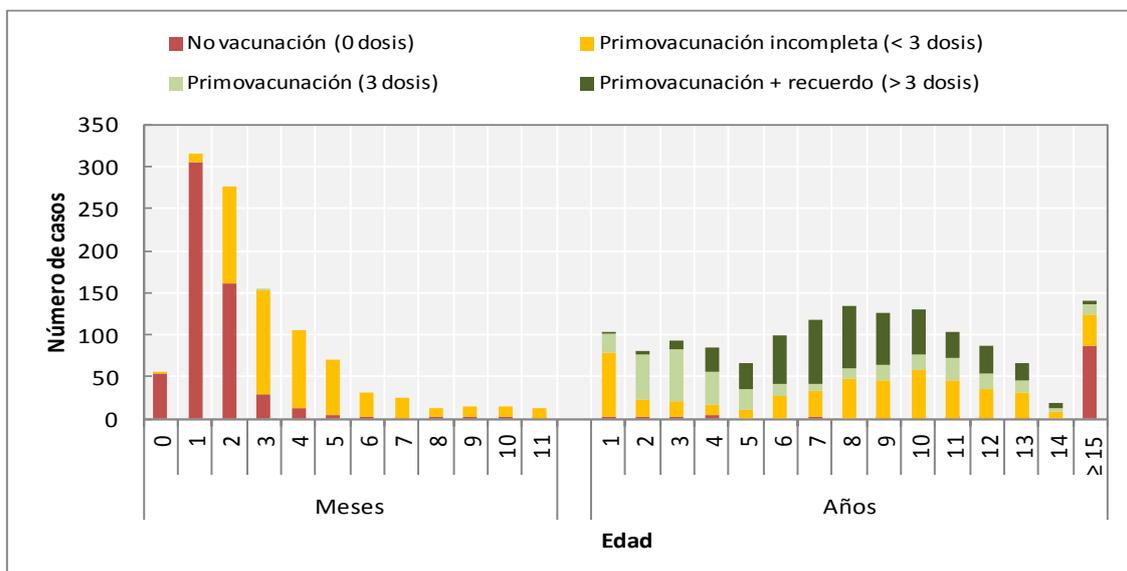


3.1.5 Estado vacunal

En el año 2014 se conoce el estado vacunal en el 82,3% (303 casos) de los casos registrados y el número de dosis en el 66,3% (201 casos) de esos casos. El 38,8% recibió 2 o menos dosis, el 12,9% 3 dosis, el 25,8% 4 dosis y el 22,4% 5 o más dosis.

En el periodo completo de 1998-2014 el estado vacunal se conoce en el 74,0% (2535 casos) y el número de dosis en el 61,7% (1564 casos) de esos casos. El 35,3% recibió < 3 dosis, el 14,2% recibió 3 dosis y el 50,5% recibió > 3 dosis.

Gráfico 3.1.5.1. Estado vacunal de los casos de tos ferina por edad. Sistema de EDO. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



En ese periodo, entre los menores de 1 año, el 88,5% de los casos eran menores de 6 meses y la mayoría (990 casos, 99,9%) estaban sin vacunar o tenían primovacunación incompleta. Entre los mayores de 1 año el 58,2% (843 casos) tenían primovacunación o primovacunación con booster (gráfico 3.1.5.1).

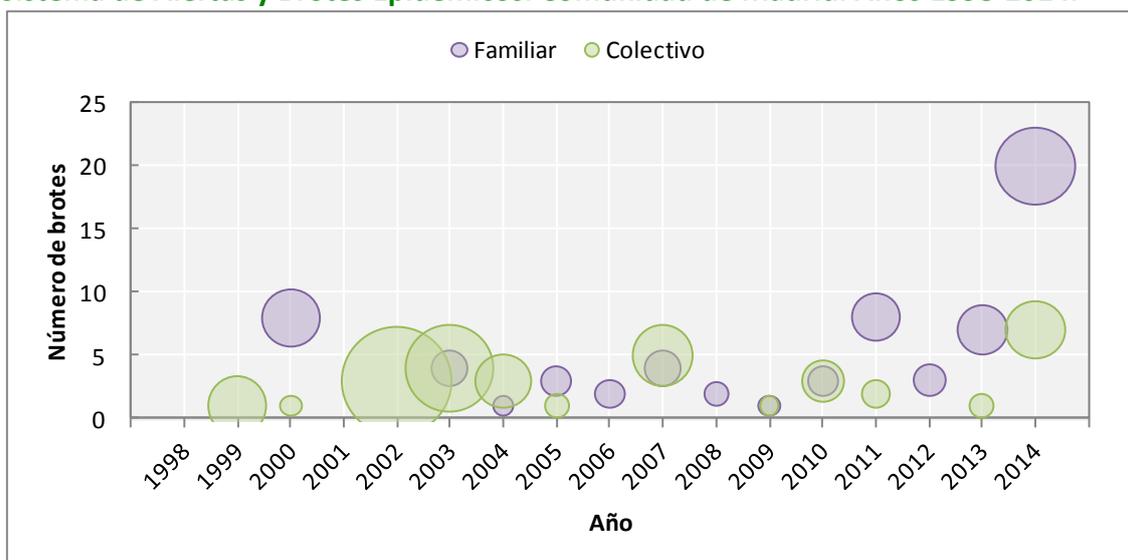
3.2 Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos

En el año 2014 se notificaron 12 brotes (11 familiares y 1 colectivo) y 27 casos asociados (25 de ámbito familiar y 2 de ámbito colectivo), de los que requirieron ingreso hospitalario 4 casos. Se confirmó el agente etiológico en 9 de los 12 brotes identificados. Durante el período 1998-2014 se notificaron 83 brotes (57 familiares y 26 colectivos), y 464 casos (162 familiares y 302 colectivos) (tabla 3.2.1).

Tabla 3.2.1. Número de brotes y de casos asociados de tos ferina. Sistema de alertas y brotes epidémicos. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.

	Brotes			Casos		
	Familiar	Colectivo	Total	Familiar	Colectivo	Total
1998	0	0	0	0	0	0
1999	0	1	1	0	31	31
2000	8	1	9	29	4	33
2001	0	0	0	0	0	0
2002	0	3	3	0	105	105
2003	4	4	8	11	67	78
2004	1	3	4	3	26	29
2005	3	1	4	8	5	13
2006	2	0	2	7	0	7
2007	4	5	9	12	32	44
2008	2	0	2	5	0	5
2009	1	1	2	4	3	7
2010	3	3	6	8	15	23
2011	8	2	10	20	7	27
2012	3	0	3	9	0	9
2013	7	1	8	21	5	26
2014	20	7	27	54	30	84
Total	66	32	98	191	330	512

Figura 3.2.1. Brotes de Tos Ferina por año de inicio de síntomas del primer caso. Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



Como se puede observar en el gráfico, cada año se notifican menos brotes en colectivos y son más pequeños en número de casos, mientras que el número de brotes familiares tiende a aumentar, con un número de casos más o menos constante a partir del año 2010. El mayor número de brotes coincide con los años en los que hubo pico epidémico: 2000 (9 brotes), 2003 (8 brotes), 2007 (9 brotes), 2011 (10 brotes) y 2014 (27 brotes). En el periodo analizado han requerido ingreso hospitalario 26 casos. Los colectivos implicados más frecuentemente han sido los centros escolares (24 brotes).

El mayor número de brotes se observa en el mes de mayo (gráfico 3.2.2). En el período 1998-2007 se confirmaron 7 brotes (17,5%), mientras que en el periodo 2008-2014 se confirmaron 40 brotes (69%) (gráfico 3.2.3).

Gráfico 3.2.2. Número de brotes por mes de inicio de los síntomas del primer caso. Sistema de alertas y brotes epidémicos. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.

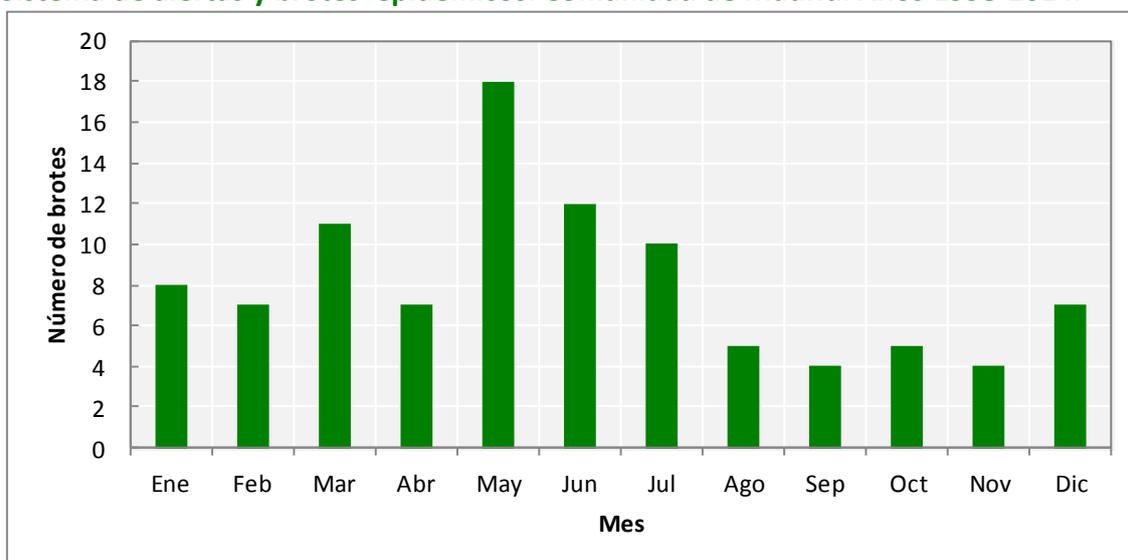
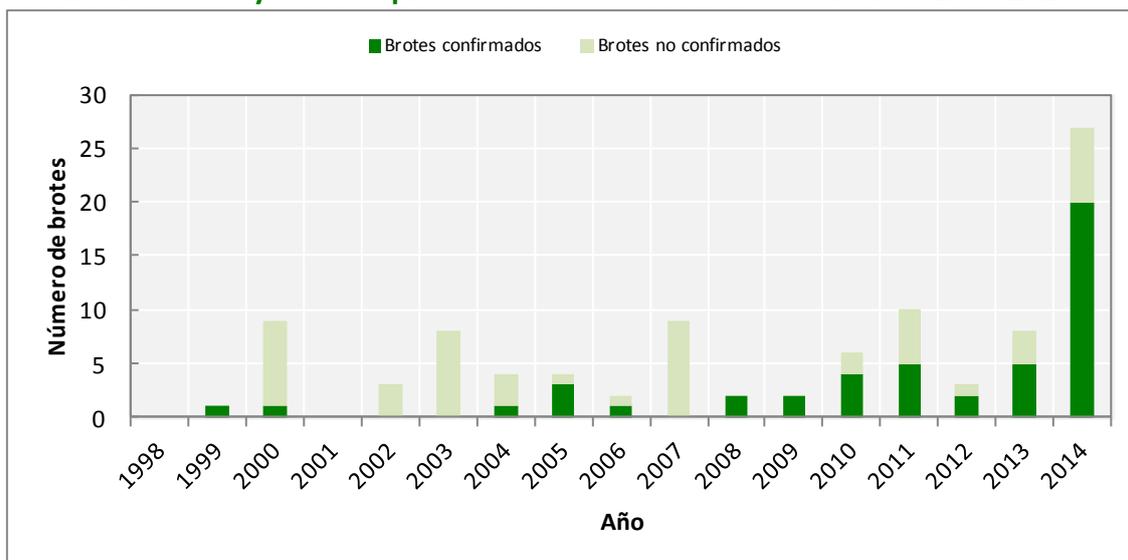


Gráfico 3.2.3. Número de brotes según clasificación diagnóstica. Sistema de alertas y brotes epidémicos. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



3.3 Registro CMBD

La incidencia de episodios de hospitalización por tos ferina en el año 2014 fue de 2,51 por 100.000 habitantes (gráfico 3.3.1). En ese mismo año, la mayoría de los episodios (95,7%) se dio en menores de un año. Esto mismo ocurre en el periodo completo 1998-2014, en el que los menores de un año suponen el 95,2% de los casos. La incidencia anual media de episodios ingresados menores de 1 año del período 1998-2014 fue de 140,91. La incidencia en 2014 (243,38) fue superior a la media del periodo (gráfico 3.3.2).

Los picos de incidencia observados a partir de los datos del sistema de EDO se reproducen con los datos aportados por el CMBD. Cabe destacar la incidencia alcanzada en los años 2010 (221,34) y 2011 (287,60).

Gráfico 3.3.1. Incidencia de tos ferina ingresados por año del ingreso. CMBD. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.

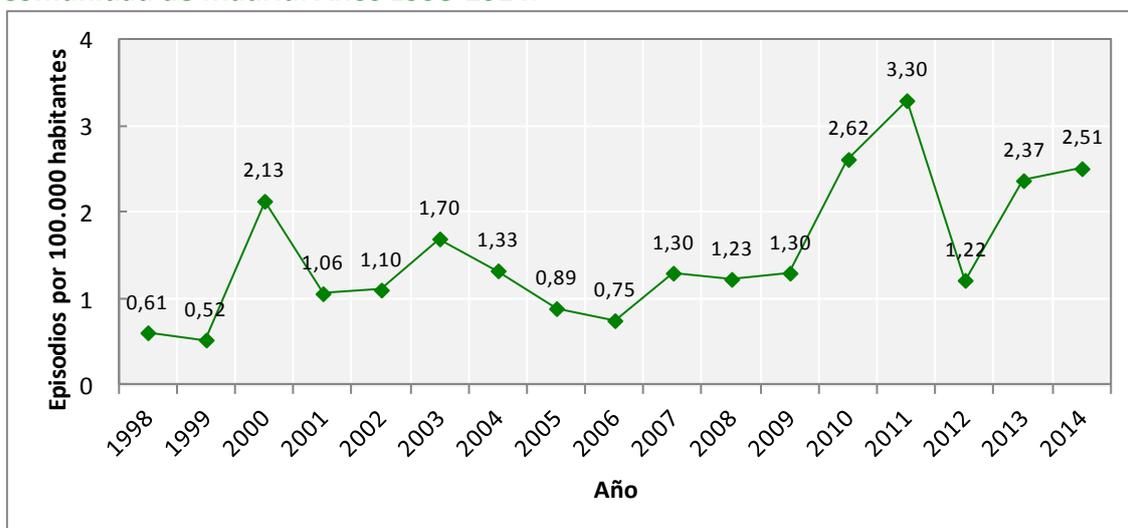
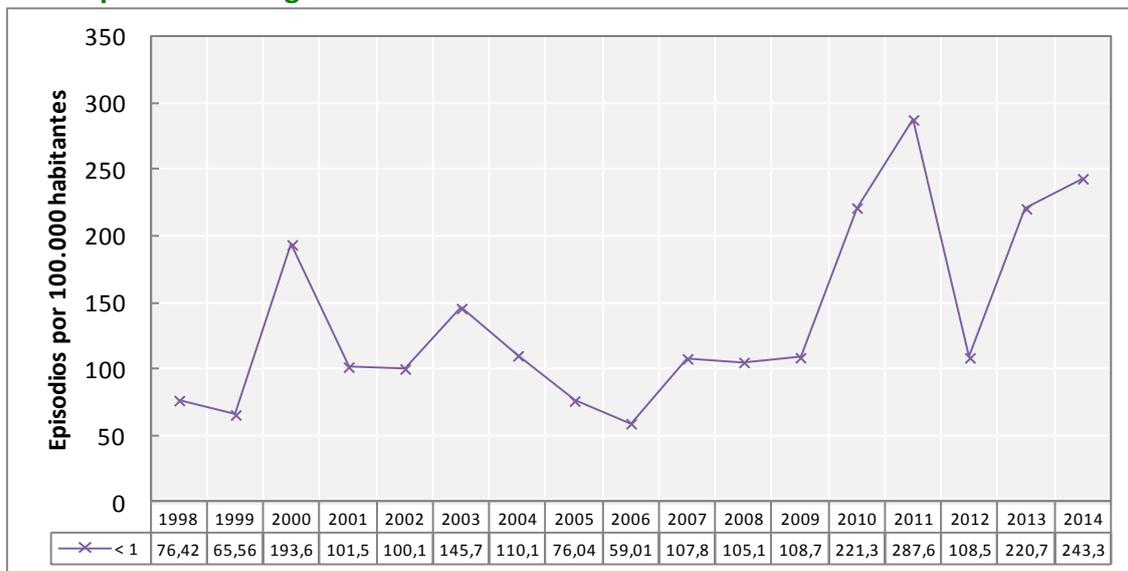
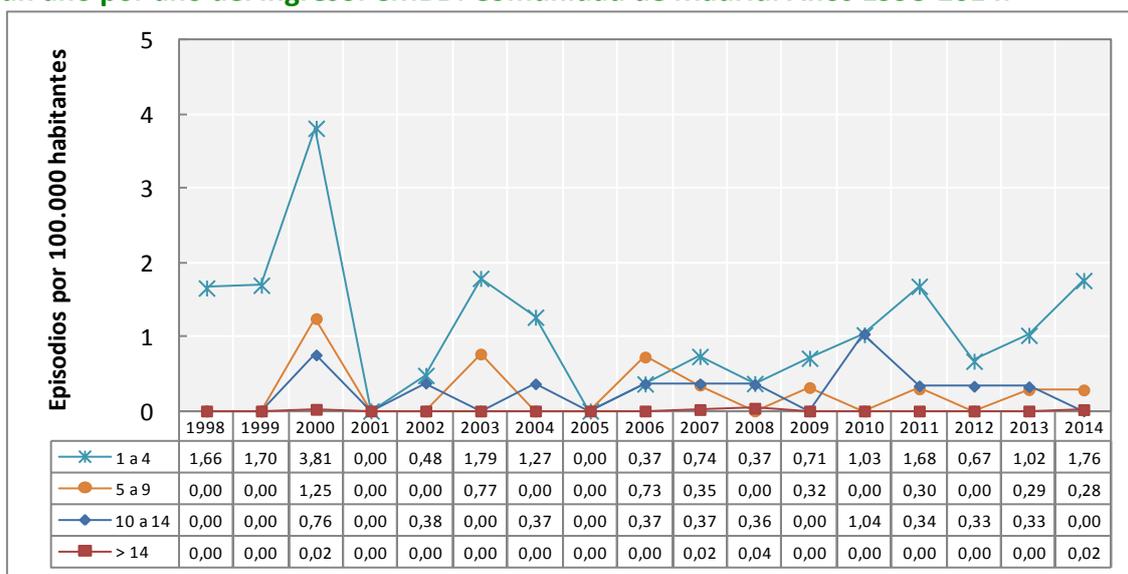
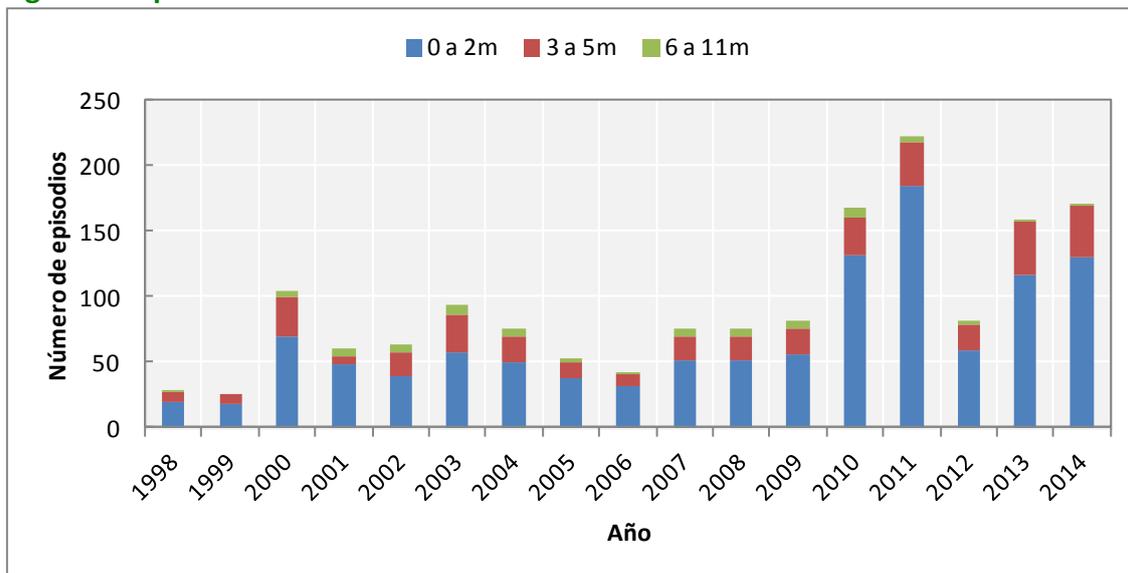


Gráfico 3.3.2. Incidencia de episodios de hospitalización por tos ferina en menores de un año por año del ingreso. CMBD. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.**Gráfico 3.3.3. Incidencia de episodios de hospitalización por tos ferina en mayores de un año por año del ingreso. CMBD. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.**

En población de 1 o más años, la incidencia en el grupo de 1 a 4 años es la más elevada en 13 de los años estudiados, la de 5 a 9 años en 1 y la de 10 a 14 en 1. En dos de los años (2001 y 2005) no se registraron casos ingresados. Es destacable el aumento de la incidencia en el grupo de 1 a 4 años en el 2000 (3,81), 2003 (1,79) y 2011 (1,68), así como 14 (1,76).

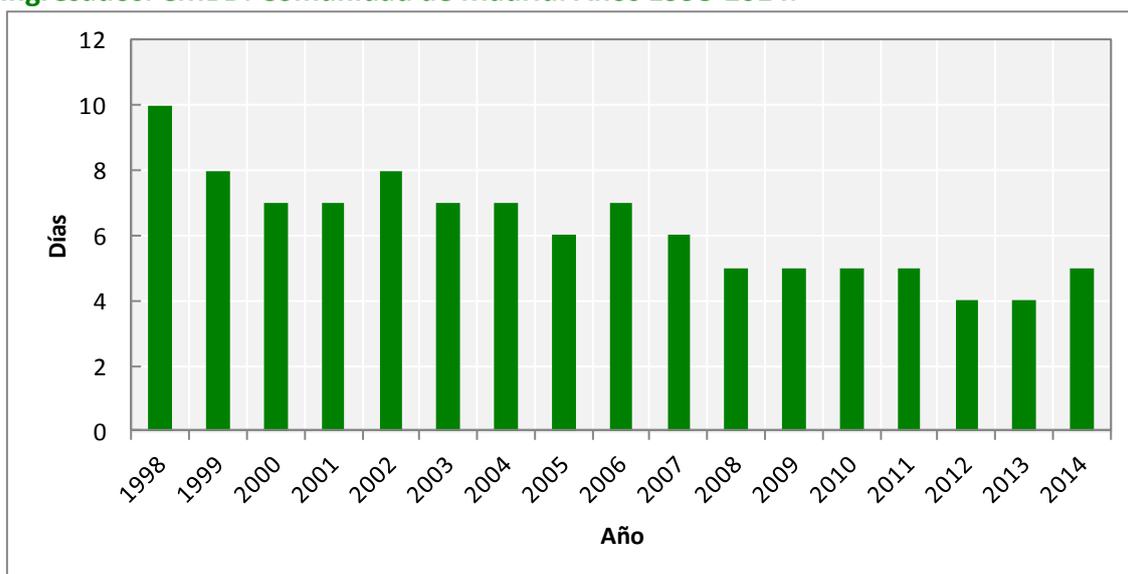
Gráfico 3.3.4. Nº de casos de tos ferina menores de 1 año de edad por mes de edad al ingreso hospitalario. CMBD. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



En el año 2014 no se produjeron fallecimientos de los casos ingresados por esta enfermedad. En el período 1998-2014 se han producido 8 fallecimientos, todos ellos menores de 3 meses: 1 en el año 2000, 1 en 2003, 2 en 2008, 3 en 2010 y 1 en 2011.

La estancia mediana de los casos ingresados menores de 1 año en el año 2014 fue de 5 días. Para todo el período 2000-2014 la estancia mediana fue de 6 días. Se aprecia un descenso en los últimos años (gráfico 3.3.5).

Gráfico 3.3.5. Estancia mediana (en días) de los casos de tos ferina menores de 1 año ingresados. CMBD. Comunidad de Madrid. Años 1998-2014.



4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de las altas coberturas vacunales frente a tos ferina, la *B. pertussis* está circulando en nuestra población, como reflejan los picos epidémicos cada 3-4 años y el mantenimiento del patrón estacional. Cabe destacar que el pico de incidencia más elevado ocurrió en los años 2010 y 2011 y que la incidencia en el año 2014 ha seguido aumentado con respecto al año anterior, alcanzando una cifra próxima al pico epidémico de 2011.

La mayor incidencia de casos de tos ferina se observa en los menores de 1 año, tanto en el sistema de EDO como en el CMBD. La mayor parte de ellos eran menores de 6 meses y, por tanto, vacunados parcialmente o no vacunados. Todos los fallecimientos se han producido en niños no inmunizados (menores de 3 meses).

Se aprecia un incremento de la incidencia en el grupo de 5-9 y 10-14 años en los últimos picos epidémicos, así como un incremento del número de casos con la edad a partir de los 4 años de edad. La pérdida de la inmunidad con el tiempo ha sido descrita en numerosos estudios²² por lo que es importante cumplir con las pautas vacunales recomendadas sin demorar las dosis. Sin embargo, está en discusión el efecto que esta vacunación pueda tener sobre la incidencia de los menores de 1 año²⁰.

La mejora en la confirmación de los casos con el tiempo está probablemente relacionada con el mayor uso de la PCR en los últimos años.

Los brotes notificados más frecuentemente son de ámbito familiar. La transmisión intrafamiliar de la *B. Pertussis* es muy relevante si en la familia hay algún niño menor de 6 meses de edad. Para proteger a los niños que aún no han recibido la primovacunación completa, además de la vacunación de adolescentes, se han propuesto 2 estrategias distintas^{6,30}: vacunación en el entorno del lactante (familiares y cuidadores) para evitar que haya enfermos en contacto cercano con el mismo (estrategia del nido o *cocoon*) y vacunación a la embarazada para evitar que la madre adquiera la tos ferina y se la transmita al neonato y además para que se produzca una transferencia pasiva de anticuerpos al lactante que pueda protegerle hasta completar la primovacunación. La estrategia *cocoon* es difícil de realizar por obstáculos logísticos. En los países que la han implementado se han alcanzado bajas coberturas vacunales debido a la complejidad de acceder a todas las personas y grupos candidatos a vacunarse. Recientemente, la estrategia de vacunación de embarazadas ha sido recomendada en Estados Unidos³¹ y en el Reino Unido³².

La Comunidad de Madrid se ha sumado a esta estrategia de vacunación, y a partir de diciembre de 2015 las embarazadas en el último trimestre de gestación recibirán una dosis con vacuna combinada de difteria-tétanos-tosferina de baja carga³³.

Los escasos datos disponibles sobre la fuente de infección de estos niños hacen necesario revisar la vigilancia de esta enfermedad con nuevas herramientas que permitan mejorar el conocimiento epidemiológico.

5 BILIOGRAFÍA

- ¹ WHO. Pertussis vaccines: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec 2010; 85: 385-400
<http://www.who.int/wer/2010/wer8540.pdf?ua=1>
- ² Jardine A, Conaty SJ, Lowbridge C, Staff M, Vally H. Who gives pertussis to infants? Source of infection for laboratory confirmed cases less than 12 months of age during an epidemic, Sydney, 2009. Commun. Dis. Intell. 2010; 34: 116-121.
- ³ Baptista PN, Magalhaes VS, Rodrigues LC. The role of adults in household outbreaks of pertussis. Int. J. Infect. Dis 2010; 14: 111-114.
- ⁴ Bisgard KM, Pascual FB, Ehresmann KR, Miller CA, Cianfrini C, Jennings CE, et al. Infant pertussis: who was the source? Pediatr Infect Dis J 2004; 23:985-9.
- ⁵ Wendelboe AM, Hudgens MG, Poole C, Van Rie A. Estimating the role of casual contact from the community in transmission of *Bordetella pertussis* to young infants. *Emerg. Themes Epidemiol* 2007, 4, 15, doi: 10.1186/1742-7622-4-15.
- ⁶ Cherry JD. Epidemic pertussis in 2012- the resurgence of a vaccine-preventable disease. The New England Journal of Medicine 2012; 367(9): 785-87. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1209051>
- ⁷ Wendelboe AM, Van Rie A, Salmaso S, Englund JA. Duration of immunity against pertussis after natural infection or vaccination. *Pediatr Infect Dis J*. 2005; 24:S58-61.
- ⁸ Klein NP, Bartlett J, Rowhani-Rahbar A, Fireman B, Baxter R. Waning protection after fifth dose of acellular pertussis vaccine in children. *NEJM* 2012; 367: 1012-19.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1200850>
- ⁹ Sizaire V, Garrido-Esteba M, Masa-Calles J, Martínez de Aragón MV. Increase of pertussis incidence in 2010 to 2012 after 12 years of low circulation in Spain. *Eurosurveillance* 2014; 19(32): 1-8.
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20875>
- ¹⁰ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario común de vacunación infantil. Marzo de 2013.
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion2014.pdf>
- ¹¹ Calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid 2014. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid 2014 núm. 8, pág. 25. http://w3.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2014/01/10/BOCM-20140110-7.PDF
- ¹² Manzanares S, Lafuente S, Martí M, Simon P, Gorrindo P, Caylà JA. Evolución de la incidencia de tos ferina en la ciudad de Barcelona entre 1999 y 2011. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013; 31(3): 156-158.
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90193767&pident_usuario=0&contactid=&pident_revista=28&ty=159&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fic_hero=28v31n03a90193767pdf001.pdf
- ¹³ Cherry JD. Epidemic pertussis in 2012- the resurgence of a vaccine-preventable disease. The New England Journal of Medicine 2012; 367(9): 785-87. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1209051>
- ¹⁴ Wiese-Posselt M, Hellenbrand W. Changes to the varicella and pertussis immunisation schedule in Germany 2009: background, rationale and implementation. *Eurosurveillance* 2010; 15: 19548.
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19548>

- ¹⁵ De Greeff SC, Mooi FR, Schellekens JF, de Melker HE. Impact of acellular pertussis preschool booster vaccination on disease burden of pertussis in The Netherlands. *Pediatr Infect Dis J*. 2008; 27:2818-23.
- ¹⁶ Health Protection Agency. Guidelines for the public health management of pertussis. Updated October, 2012. www.hpa.org.uk
- ¹⁷ Grant CC, Reid S. Pertussis continues to put New Zealand's immunisation strategy to the test. *The New Zealand Medical Journal* 2010; 123(1313): 46-61.
- ¹⁸ Moerman L, Leventhal A, Slater PE, Anis E, Yishai R, Marva E. The re-emergence of pertussis in Israel. *The Israel Medical Association Journal* 2006; 8(5): 308-11.
<http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/48/24098.pdf>
- ¹⁹ Skowronski DM, De Serres G, MacDonald D, Wu W, Shaw C, Macnabb J, et al. The changing age and seasonal profile of pertussis in Canada. *J Infect Dis* 2002; 185(10): 1448-53.
<http://dx.doi.org/10.1086/340280>
- ²⁰ Lavine JS, Bjørnstad ON, de Blasio BF, Storsaeter J. Short-lived immunity against pertussis, age-specific routes of transmission, and the utility of a teenage booster vaccine. *Vaccine* 2012; 30(3): 544-51.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11018615#>
- ²¹ Grgic-Vitek M, Klavs I, Kraigher A. Re-emergence of pertussis in Slovenia: time to change immunization policy. *Vaccine* 2008; 26(15): 1874-8.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X08001060>
- ²² Van der Maas NAT, Mooi FR, de Greeff SC, Berbers GAM, Conyn-van Spaendonck MAE, de Melker HE. Pertussis in the Netherlands, is the current vaccination strategy sufficient to reduce disease burden in young infants? *Vaccine* 2013; 31: 4541-4547.
- ²³ Gabutti G, Rota MC. Pertussis: a review of disease epidemiology worldwide and in Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9(12): 462-38. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph9124626>
- ²⁴ Mooi FR, van Oirschot H, Heuvelman K, van der Heide HGJ, Gaastra W, Willems RJL. Polymorphism in the Bordetella pertussis virulence factors P.69/pertactin and pertussis toxin in the Netherlands: temporal trends and evidence of vaccine-driven evolution. *Infect Immun*. 1998;66:670-5.
<http://iai.asm.org/content/66/2/670.full.pdf+html>
- ²⁵ Mooi FR, van Loo IH, King AJ. Adaptation of Bordetella pertussis to vaccination: a cause for its reemergence? *Emerg Infect Dis*. 2001; 7:526-528. http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/7/7/01-7708_article
- ²⁶ Vickers D, Ross AG, Mainar-Jaime RC, Neudorf C, Shah S. Whole-cell and acellular pertussis vaccination programs and rates of pertussis among infants and young children. *CMAJ* 2006; 175(10): 1213-7.
<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.051637>
- ²⁷ Witt MA, Katz PH, Witt DJ. Unexpected limited durability of immunity following acellular pertussis vaccination in preadolescents in a North American outbreak. *Clin Infect Dis* 2012; 54(12): 1730-5.
<http://dx.doi.org/10.1093/cid/cis287>
- ²⁸ Consejería de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Pública. Manual de Notificación. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 69. Madrid, 2006
- ²⁹ Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013.

³⁰ Campins M, Moreno-Pérez D, Gil de Miguel A, González Romo F, Moraga Llop FA, Arístegui Fernández J, Goncé Mellgren A, Bayas JM, Sallereas Sanmartí L. Tos ferina en España. Situación epidemiológica y estrategias de prevención y control. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Tos Ferina. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013; 31(4): 240-253.

³¹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis (Tdap) vaccine from the Advisory Committee on Immunization Practices, 210. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2011; 60(1): 13-15. Epub 2011/01/14.

³² Billingsley M. Pregnant women in UK are offered whooping cough vaccine to protect newborns. *BMJ* 2012; 345: e6594. Epub 2012/10/10.

³³ Dirección General de Salud Pública. Instrucción de la dirección general de salud pública sobre vacunación frente a la tosferina. Madrid, 2015.



INFORME:

Evolución de la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en la Comunidad de Madrid en el periodo 1997-2013.

Resultados del Registro de Incidencia de Diabetes Tipo 1 de la Comunidad de Madrid.

Informe elaborado por: Honorato Ortiz (honorato.ortiz@salud.madrid.org), María José Urosa Lastra, José Luis Cantero, Belén Zorrilla y María Ordobás.
Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.

ÍNDICE:

RESUMEN.....	26
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	26
2. METODOLOGÍA.....	27
3. RESULTADOS.....	28
3.1. Incidencia de la diabetes tipo 1	28
3.2. Evolución de la incidencia anual de diabetes tipo 1 por edad y sexo	29
3.3. Distribución de los casos según mes de diagnóstico. Estacionalidad.....	33
3.4. Datos clínicos y antecedentes familiares de diabetes.....	34
3.5. Exhaustividad del Registro.....	34
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	35
5. BIBLIOGRAFÍA.....	36

RESUMEN

En el año 2013 en la Comunidad de Madrid fueron notificados 122 casos de diabetes tipo 1 en la población menor de 15 años, de los cuales el 57,4% eran niños. La tasa de incidencia anual fue de 12,0 casos por 100.000 habitantes (13,5 en niños y 10,5 en niñas).

La incidencia media anual de diabetes tipo 1 en el periodo 1997-2013, fue de 14,0 casos por 100.000 habitantes. El grupo de edad con mayor incidencia fue el de 10 a 14 años.

La evolución de la incidencia desde el año 1997 a 2013 ha experimentado un descenso relativo del 21,8%. En las niñas el descenso fue del 16,4% y en los niños del 26,4%. Por grupos de edad la evolución es descendente en los grupos de 0 a 4 años y de 5 a 9. No hemos estudiado los posibles factores de dicha evolución descendente aunque no hay que descartar que sea consecuencia de una menor cobertura en la notificación.

En cuanto a la variación estacional se observó una incidencia mayor en los meses fríos. Un alto porcentaje (54%) de los niños con diabetes tipo 1 tienen antecedentes familiares de diabetes.

El nivel de exhaustividad del registro fue del 78,8%, por lo que la incidencia anual estimada real de diabetes tipo 1 se sitúa en torno a 17,7 casos por 100.000 habitantes.

Respecto a otras comunidades autónomas españolas la incidencia de diabetes tipo 1 sitúa a la Comunidad de Madrid entre las de menor incidencia; y en el ámbito mundial entre los países con incidencia alta.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) o insulino dependiente (DMID) es un trastorno endocrino-metabólico crónico, caracterizado por la destrucción de las células β pancreáticas, originando una deficiencia absoluta de insulina y un aumento crónico de los niveles de glucosa en sangre. Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y provoca a largo plazo morbilidad asociada, sobre todo de tipo circulatoria, con aumento del riesgo de desarrollar enfermedad coronaria y accidente cerebro-vascular¹.

Tanto por su frecuencia, su cronicidad, la ausencia de un tratamiento curativo y la existencia de complicaciones agudas y crónicas, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial, que exige recursos adecuados para su manejo e investigación². A pesar de los avances en epidemiología, genética e inmunología, todavía no se ha aclarado el papel que juega cada uno de los factores (predisposición genética y factores ambientales) en el origen de la enfermedad^{3,4}.

La incidencia de DM1 presenta variaciones importantes entre países a nivel mundial (Proyecto DIAMOND de la OMS), por lo que en 2006 se realizó una clasificación geográfica (incidencia muy baja: <1 caso/100.000 habitantes-año; incidencia baja: 1-4,99/100.000; incidencia intermedia: 5-9,99/100.000; incidencia alta: 10-19,99/100.000; incidencia muy alta: $\geq 20/100.000$). Las incidencias más altas se encontraron en Europa y USA⁵.

En 1996 el grupo de trabajo de Epidemiología de la Sociedad Española de Diabetes publicó las recomendaciones metodológicas para realizar estudios de incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en España⁶. A lo largo de esto casi 20 años se han desarrollado en España estudios epidemiológicos de DM1. Actualmente existen numerosos registros de DM1 en menores de 15 años, con metodología heterogénea, en los que se observan incidencias muy diferentes entre comunidades autónomas, desde los 11,5 casos/100.000 habitantes años en Asturias hasta los 27,6 de Castilla-La Mancha. La tasa media estimada en 2013 a nivel de España fue 17,69 casos /100.000 habitantes-año⁷.

Desde 1996 existe en la Comunidad de Madrid (CM) un registro de incidencia de DM1 en menores de 15 años⁸. En el presente informe se presentan los resultados del registro desde 1997 a 2013 con el objetivo de estimar la incidencia de diabetes tipo1, su evolución anual y describir sus características epidemiológicas.

2. METODOLOGÍA

Los datos utilizados proceden del Registro de casos de diabetes tipo 1 de la CM iniciado en 1997. Se incluyeron los casos notificados de los menores de 15 años residentes en la CM que fueron diagnosticados entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2013.

La fuente primaria de información la constituyen todas las unidades de endocrinología y endocrinología pediátrica de los centros hospitalarios públicos y privados de la región. La fuente secundaria es la Asociación de Diabéticos de Madrid (ADMadrid). La notificación de los casos desde los centros hospitalarios se realiza al Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, que procede al registro, depuración y análisis. Este registro se complementa con datos procedentes de la ADMadrid.

El registro aplica los criterios establecidos en el estudio Diabetes Epidemiology Research Internacional en cuanto a definición de caso y grupos de edad. Se considera caso de DM1 para ser incluido en el registro al sujeto menor de 15 años cuyo diagnóstico haya sido establecido por un médico, con inyecciones diarias de insulina y que resida en la CM en el momento de la primera administración de insulina.

La exhaustividad, entendida como la capacidad que tiene un sistema de información para detectar la totalidad de los casos existentes en la población a partir de las fuentes que utiliza, se estimó para la fuente primaria, la fuente secundaria y para ambas mediante métodos de captura y recaptura a través del programa EPIDAT.3.

Las variables recogidas son: sexo, fecha y lugar de nacimiento, número de hermanos, fecha de la primera dosis de insulina, duración de los síntomas previos al diagnóstico, hospitalización, cetoacidosis al diagnóstico, nivel de glucemia y hemoglobina glicosilada (HbA1c) al diagnóstico, antecedentes familiares (padres, hermanos, abuelos, tíos) de DM tipo 1 y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hospital de notificación y área sanitaria de residencia del caso.

La incidencia media anual de todo el periodo del estudio y las incidencias anuales se calcularon utilizando los casos incidentes. Para el denominador se utilizaron los datos del padrón continuo de la Comunidad de Madrid en los grupos de edad. Los resultados se expresaron en casos nuevos por 100.000 habitantes.

Para estudiar la tendencia de la incidencia de DM1 se calculó la razón de incidencia anual mediante modelos de regresión de Poisson. Lo mismo para estimar la estacionalidad por mes de diagnóstico. Todos los intervalos de confianza (IC) se estimaron asumiendo una distribución de Poisson.

3. RESULTADOS

3.1 Incidencia de diabetes tipo 1. En el año 2013 fueron notificados 122 casos nuevos, de los cuales el 57,4% eran niños. La tasa de incidencia anual fue de 12,0 casos por 100.000 habitantes (13,5 en niños y 10,5 en niñas).

A lo largo del periodo de estudio se notificaron 2.067 casos, 51% de los cuales eran varones. La incidencia media anual fue de 14,0 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 12,7-15,2), sin encontrar diferencias por sexo.

La tabla 1 describe la incidencia por edad y sexo en el periodo 1997-2013. La población de 10 a 14 años presentó la tasa de incidencia media anual más alta (16,8/100.000 habitantes) frente a 10,1/100.000 en el grupo de 0-4 años. La tasa de incidencia anual fue superior en las niñas de 5 a 9 años (17/100.000) que en los niños (13,9/100.000). Sin embargo, en las edades entre 10 y 14 años la tasa de incidencia fue superior en niños (18/100.000) que en las niñas (15,4/100.000). Ninguna diferencia fue estadísticamente significativa.

Tabla 1. Tasas de incidencia media de diabetes tipo 1 por sexo y grupos de edad. Periodo 1997-2013. Comunidad de Madrid.

Edad	Niños			Niñas			Total		
	Casos	Tasas*	IC 95%**	Casos	Tasas	IC95%	Casos	Tasas	IC95%
0-4 años	273	10,2	9,0-11,4	253	10,0	8,7-11,2	526	10,1	9,2-10,9
5-9 años	343	13,9	12,4-15,4	397	17,0	15,2-18,6	740	15,4	13,1-17,6
10-14 años	442	18,0	16,3-19,7	359	15,4	13,8-17,0	801	16,8	14,3-19,1
Total	1058	14,0	13,1-14,7	1009	14,0	13,1-14,8	2067	14,0	12,7-15,2

*Tasas de incidencia por 100.000 habitantes. ** Intervalo de confianza al 95%

3.2 Evolución de la incidencia anual de diabetes tipo 1 por edad y sexo. El gráfico 1 y la tabla 2 muestran la evolución de la incidencia anual de DM1 en el periodo 1997-2013, total y por sexo. Al comparar las tasas de incidencia media en 2012-2013 respecto a 1997-1998 se observó un descenso relativo del 21,8%. En niñas el descenso fue del 16,4% y en niños del 26,4%. En 2007 se observó un pico de máxima incidencia de DM1 en ambos sexos.

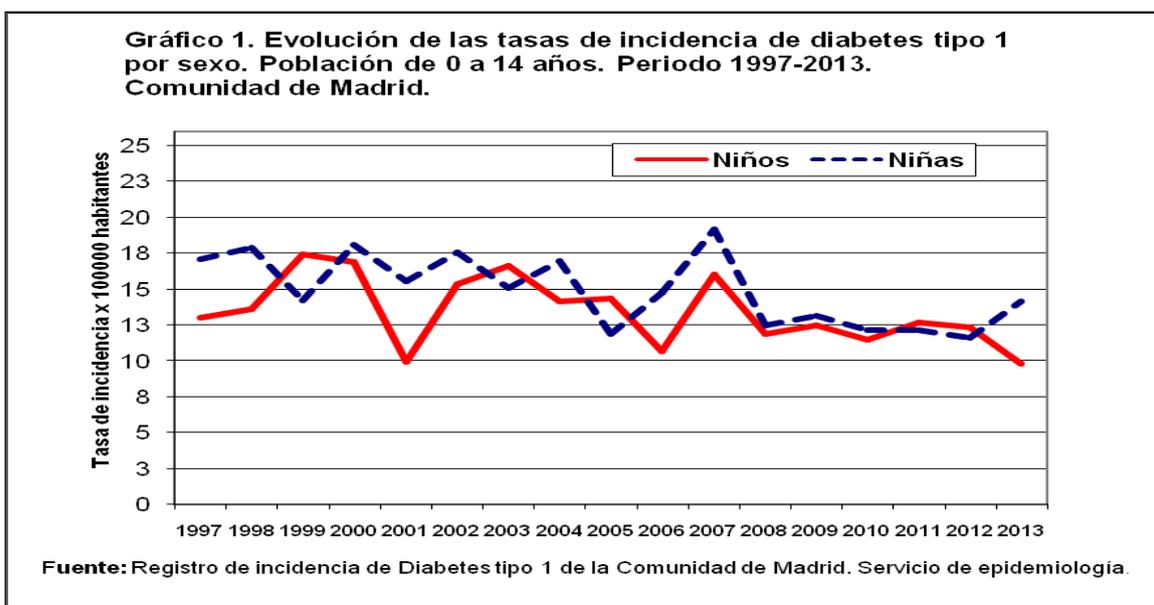
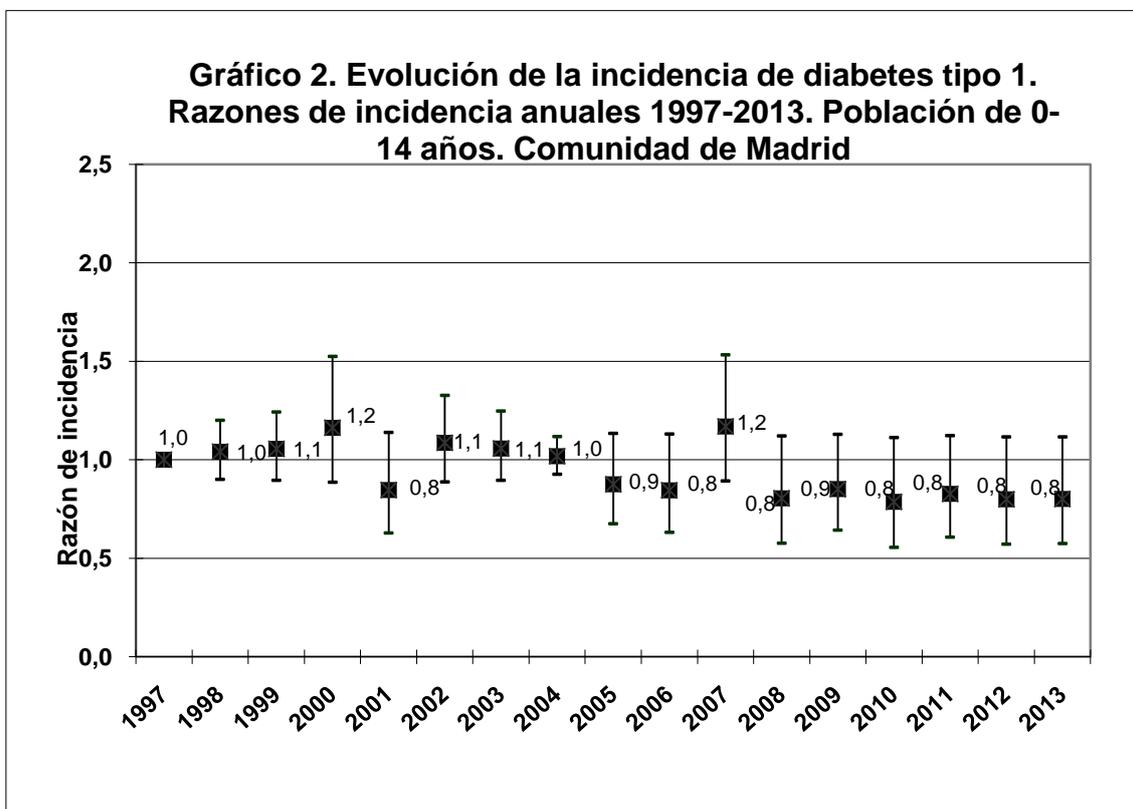


Tabla 2. Evolución anual de las tasas de incidencia de diabetes tipo 1 por sexos. Periodo 1997-2013. Comunidad de Madrid.

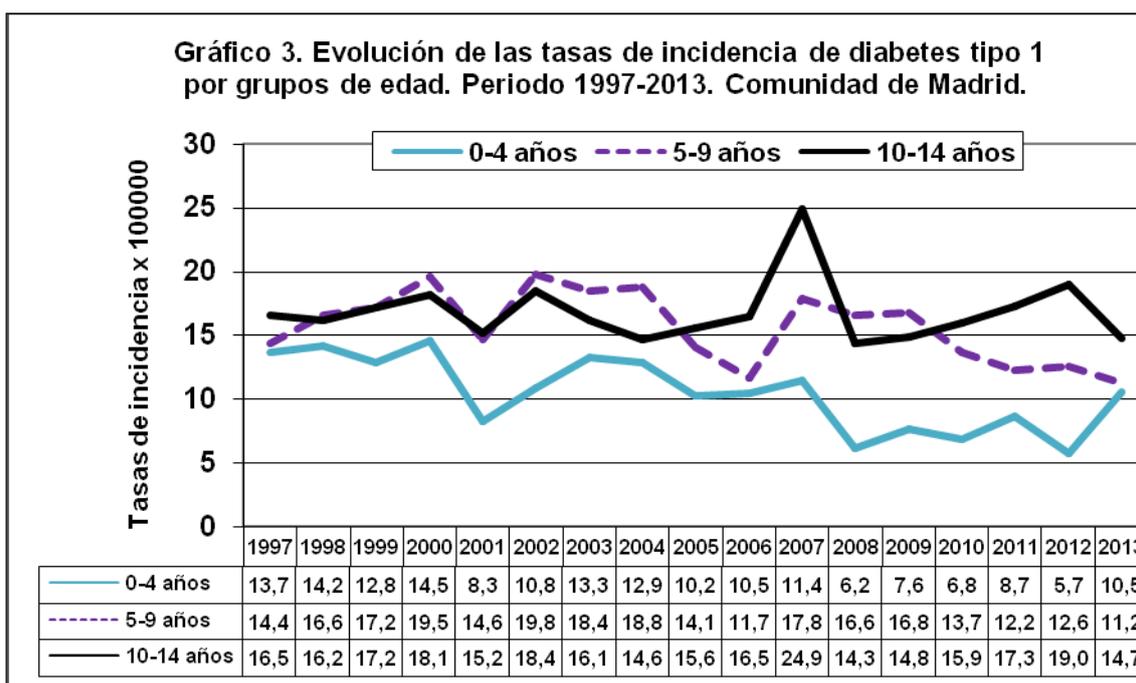
Años	Niños			Niñas			Total		
	Casos	Tasas*	IC 95%	Casos	Tasas*	IC 95%	Casos	Tasas	IC 95%
1997	65	16,3	12,3-20,2	52	13,7	10,0-17,4	117	15,0	12,3-17,7
1998	66	17,0	12,9-21,1	53	14,4	10,5-18,2	119	15,7	12,9-18,5
1999	52	13,5	9,8-17,2	67	18,3	13,9-22,7	119	15,8	13,0-18,7
2000	65	17,1	13,0-21,3	64	17,8	13,4-22,1	129	17,4	14,4-20,5
2001	58	14,8	11,0-21,3	39	10,5	7,2-13,8	97	12,7	10,2-15,2
2002	67	16,6	12,6-20,6	61	16,0	12,0-20,0	128	16,3	13,5-19,1
2003	60	14,3	10,7-17,9	70	17,6	13,5-21,7	130	15,9	13,1-18,6
2004	67	15,6	11,8-19,3	61	15,0	11,2-18,7	128	15,3	12,6-17,9
2005	50	11,2	8,1-14,3	64	15,2	11,5-18,9	114	13,1	10,7-15,6
2006	64	14,0	10,6-17,4	49	11,3	8,1-14,5	113	12,7	10,3-15,0
2007	84	18,2	14,3-22,1	73	16,7	12,8-20,5	158	17,6	14,8-20,3
2008	55	11,6	8,6-14,7	56	12,5	9,2-15,8	111	12,1	9,8-14,3
2009	61	12,5	9,3-15,6	61	13,1	9,8-16,4	122	12,8	10,5-15,1
2010	58	11,5	8,5-14,5	58	12,1	9,0-15,2	116	11,8	9,7-14,0
2011	59	11,5	8,6-14,4	65	13,3	10,1-16,6	124	12,4	10,2-14,6
2012	57	11,0	8,2-13,6	64	13,0	9,8-16,2	121	12,0	9,9-14,1
2013	70	13,5	10,3-16,6	52	10,5	7,7-13,4	122	12,0	9,9-14,2
Total	1058	14,0	13,1-14,8	1009	14,0	13,2-14,9	2067	14,0	13,4-14,6

*Tasas de incidencia por 100.000 habitantes

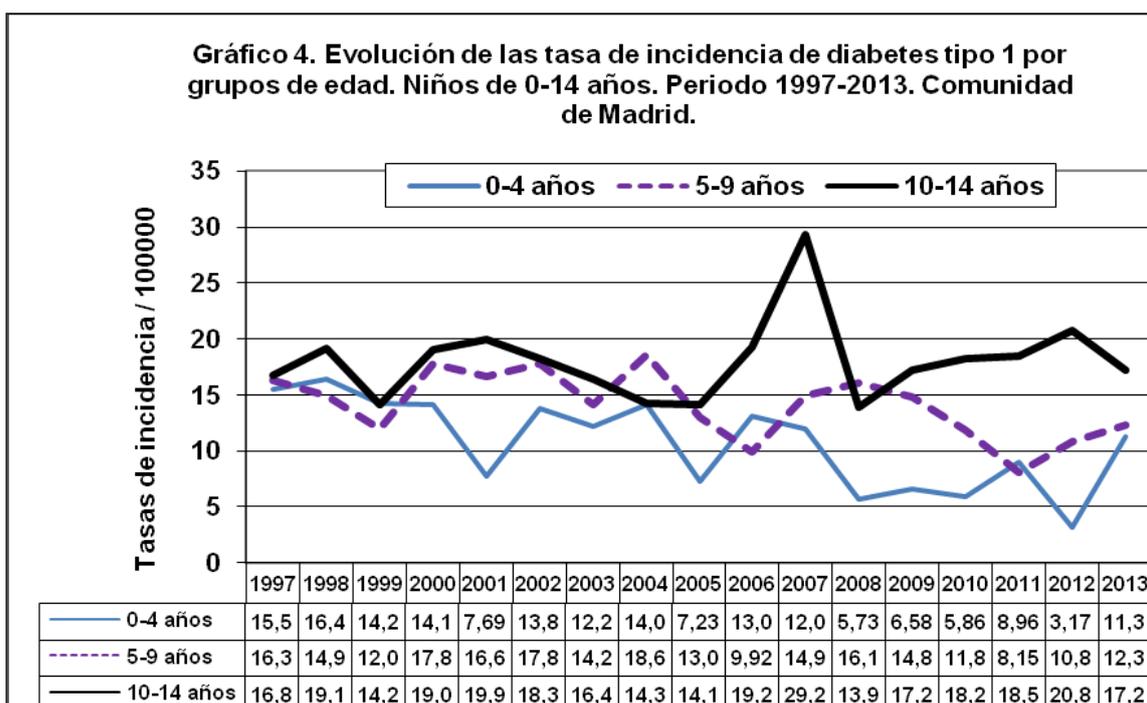
El gráfico 2 muestra las razones de incidencia de DM1 respecto a la registrada en 1997. No se observó ningún aumento o descenso significativo en la evolución de la incidencia desde 1997 a 2013.



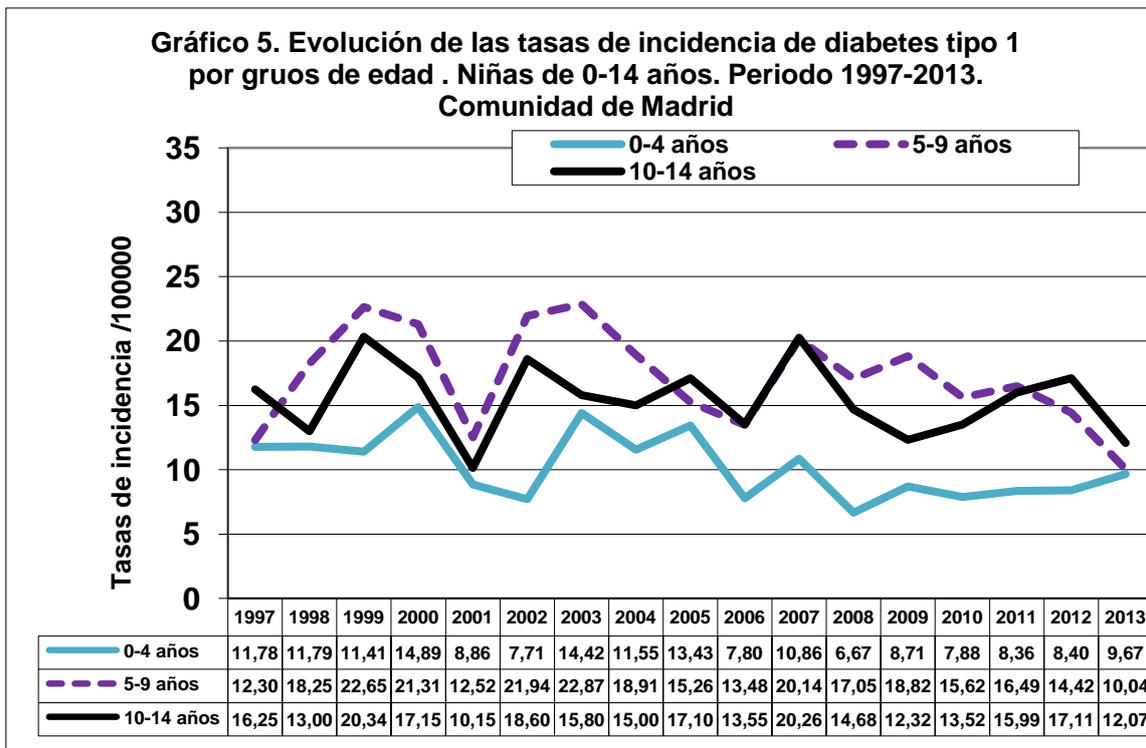
Durante todo el periodo de estudio, la incidencia en el grupo de edad menor de 5 años fue inferior a la de los otros grupos de edad. En los grupos de edad de 0-4 y 5-9 años las tasas de incidencia media en 2012-2013 respecto a 1997-1998, presentaron un descenso del 40% y de 23% respectivamente; en el grupo de edad de 10-14 se observó un incremento del 3%. (Gráfico 3).



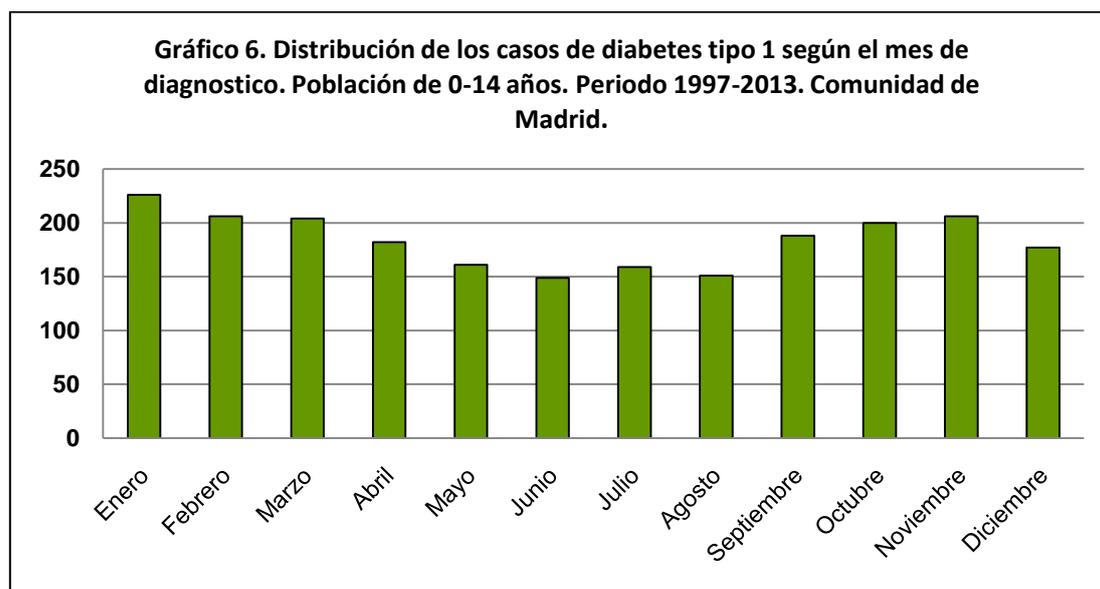
En los niños (gráfico 4), la tasa de incidencia anual se mantuvo superior en la mayoría de los años en el grupo de edad de 10-14 años. Si se compara la incidencia en 2012-13 respecto a 1997-98, la evolución presentó un descenso del 52,5% en el grupo de edad de 0-4 años y del 25,9% en el grupo de 5-9. En el grupo de 10-14 se observó un incremento del 6%.



En las niñas (grafico 5), si se compara la incidencia en 2012-13 respecto a 1997-98, la evolución presentó un descenso del 23% y 20% en los grupos de edad de 0-4 y 5-9 respectivamente.



3.3 Distribución de los casos según mes de diagnóstico. Estacionalidad. En el análisis de los datos agregados para todo el periodo, el número de casos notificados fue menor en los meses cálidos (de mayo junio, julio y agosto): el 55% de los casos se diagnosticó en otoño-invierno y el 46% restante en primavera verano.



3.4 Datos clínicos y antecedentes familiares de diabetes. El 99,7% de los casos nuevos notificados en el periodo de estudio requirieron hospitalización en el momento del diagnóstico, presentando cetosis el 81% y acidosis el 43,3%. Ambas situaciones son más frecuentes en el grupo de 0-4 años de edad, donde la cetosis fue del 86,5% y la acidosis del 55% respectivamente.

El valor medio de la glucemia fue 452,82 mg/dl (DE 160,5) con una mediana de 436 mg/dl.

El 54,3% de los casos tenían antecedente familiares de diabetes mellitus (padres, hermanos, abuelos, tíos) de diabetes. El 24,4% tenían antecedentes únicamente de DM1 y el 42 % de DM2. El 10.1% tenían antecedentes familiares tanto de DM1 como de DM2.

El 3,6 % de los casos tenían como antecedente familiar al padre y el 1,4% a la madre. Fueron más frecuentes los antecedentes familiares de padres y hermanos en el grupo de población más joven (0-4 años: 9,3%; 5-9 años: 8,1% y 10-14 años: 5,2%).

3.5 Exhaustividad del registro. La exhaustividad del registro (tabla 3) para todo el periodo de estudio fue del 78.8% teniendo en cuenta ambas fuentes de información y del 74,9% para la notificación hospitalaria. La exhaustividad es menor según se incrementa la edad de los niños, siendo menor la exhaustividad en el grupo de edad de 10-14 años (70,8%).

Tabla 3. Nivel de exhaustividad del Registro. Periodo 1997-2013. Comunidad de Madrid.

Fuente de información	Grupos de edad			Total
	0 a 4	5 a 9	10 a 14	
Notificaciones Hospitales	78,4	76,41	67,9,	74,9
Notificaciones ADMadrid*	21,1	18,8	8,7	15,4
Ambas fuentes	83,6	80,8	70,8	78,8

*ADMadrid: Asociación de diabéticos de Madrid

En la tabla 4 se presentan los casos estimados teniendo en cuenta la exhaustividad global del registro. Según el análisis de exhaustividad a través del método captura-recaptura, la incidencia esperada pasaría de 14 casos por 100.000 habitantes a 17,7 casos por 100.000 habitantes. Las diferencia mayores estarían en el grupo de 10 a 14 años que de una tasa observada del 16,8% pasaría a una tasa del 23,8 casos por 100.000 habitantes.

Tabla 4. Tasas de incidencia observadas por grupos de edad y estimadas a través del análisis captura recaptura. Población 0-14 años. Periodo 1997-2013. Comunidad de Madrid.

Casos	Grupos de edad						Total	
	0 a 4		5 a 9		10 a 14			
	n	tasas*	n	tasas	n	tasas	n	tasas
Observados	526	10,1	740	15,4	801	16,8	2067	14,0
Estimados	633	12,1	916	19,0	1128	23,6	2621	17,7

* Tasas por 100.000 habitantes.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El informe presentado, que incluye 2.067 casos de DM tipo 1 y una población diana de niños de 0 a 14 entre 800.000 en 1997 y 1.014.000 de 2013, muestra que la incidencia media anual de diabetes tipo 1 en la Comunidad de Madrid en el periodo 1997-2013 fue de 14.0 casos por 100.000 habitantes (sin diferencias por sexo). El grupo de edad con mayor incidencia fue el de 10 a 14 años. La evolución de la incidencia anual en el periodo 1997-2013 experimentó un descenso relativo del 21,8%. En las niñas el descenso fue del 16,4% y en los niños del 26,4%. Por grupos de edad la evolución fue descendente en los grupos de de 0 a 4 años y de 5 a 9. No hemos estudiado los posibles factores de dicha evolución descendente aunque no hay que descartar que sea consecuencia de una menor cobertura en la notificación.

En cuanto a la variación estacional se observó una incidencia mayor de diagnóstico en los meses fríos. Al tratarse de una enfermedad de comienzo brusco no es posible descartar una menor cobertura en esos meses. Uno de cada dos niños diagnosticados de DM1 tenía antecedentes familiares de diabetes.

El nivel de exhaustividad del registro fue del 78,8% por lo que la incidencia estimada real estaría en torno a 17,7 casos por 100.000 habitantes. La exhaustividad del registro, determinado por el sistema de captura y recaptura, fue descendiendo según se incrementa la edad, siendo el descenso más importante en el grupo de edad de 10 a 14 años.

Respecto a otras regiones española la incidencia se sitúa en incidencias bajas y en el ámbito mundial entre las regiones con incidencia moderadamente alta.

En cuanto a las recomendaciones consideramos que es necesario mantener el registro regional de incidencia de diabetes tipo 1 y mejorar su exhaustividad. Es una

herramienta fundamental para conocer la evolución de la incidencia en los próximos años y detectar posibles cambios en la caracterización de la enfermedad.

Para mejorar su exhaustividad es necesario incorporar los sistemas automatizados de registro y las nuevas fuentes de notificación como los registros de la historia clínica de atención primaria y los registros de las altas hospitalarias.

Agradecimientos: agradecemos a todos los médicos notificadores su participación desinteresada. Así como a Luis Miguel Blanco Ancos por el diseño y mantenimiento de la base de datos y a Vicenta María Blasco Mejía y Guadalupe Otero Blanco, por la carga de datos y comunicación con notificadores.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Stanescu DE, Lord K, Lipman TH. The epidemiology of type 1 diabetes in children. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2012;41:679-94.
2. Patterson C, Guariguata L, Dahlquist G, Soltész G, Ogle G, Silink M. Diabetes in the young - a global view and worldwide estimates of numbers of children with type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;103:161-75.
3. Lund-Blix NA, Stene LC, Rasmussen T, Torjesen PA, Andersen LF, Rønningen KS. Infant feeding in relation to islet autoimmunity and type 1 diabetes in genetically susceptible children: the MIDIA Study. *Diabetes Care.* 2015;38:257-63.
4. Butwicka A, Frisén L, Almqvist C, Zethelius B, Lichtenstein P. Risks of psychiatric disorders and suicide attempts in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based cohort study. *Diabetes Care.* 2015;38:453-9.
5. DIAMOND Project Group. Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* 2006;23:857-66.
6. Goday A, Castell C, Lloveras G. Type I diabetes mellitus registries. A current necessity. *Med Clínica.*101:431-6.
7. Conde Barreiro S, Rodríguez Rigual M, Bueno Lozano G, López Sigüero JP, González Pelegrín B, Rodrigo Val MP, et al. Epidemiology of type 1 diabetes mellitus in children in Spain. *An Pediatría Barc Spain* 2003; 81:189.e1-189.e12.
8. Zorrilla Torras B, Cantero Real JL, Barrios Castellanos R, Ramírez Fernández J, Argente Oliver J, González Vergaz A, et al. Incidence of type 1 diabetes mellitus in children: results from the population registry of the Madrid Region, 1997-2005. *Med Clínica.* 2009;132:545-8.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2015, semanas 27 a 30 (del 29 de junio al 26 de julio de 2015)

	Casos Semanas 27 a 30	Casos Acumulados Semanas 1 a 30	Tasas* Semanas 27 a 30	Tasas* Acumulados Semanas 1 a 30
Infecciones que causan meningitis				
Enfermedad meningocócica	3	33	0,0	0,5
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	1	14	0,0	0,2
Meningitis bacterianas, otras	7	32	0,1	0,5
Meningitis víricas	34	206	0,5	3,2
Enfermedad neumocócica invasora	33	324	0,5	5,0
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	3	27	0,0	0,4
Hepatitis B	11	48	0,2	0,7
Hepatitis víricas, otras				
Enfermedades transmisión por alimentos				
Botulismo	0	1	0,0	0,0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	3	24	0,0	0,4
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	3	0,0	0,0
Triquinosis	0	0	0	0
Enfermedades transmisión respiratoria				
Gripe	38	109697	0,6	1699,6
Legionelosis	7	46	0,1	0,7
Varicela	701	4858	10,9	75,3
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección Gonocócica	95	648	1,5	10,0
Sífilis	19	149	0,3	2,3
Antropozoonosis				
Brucelosis	0	4	0,0	0,1
Leishmaniasis	6	44	0,1	0,7
Rabia	0	0	0	0
Enfermedades prevenibles inmunización				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	32	329	0,5	5,1
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0
Sarampión	0	5	0,0	0,1
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	101	393	1,6	6,1
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	12	38	0,2	0,6
Peste	0	0	0	0
Tuberculosis				
Tuberculosis	49	405	0,8	6,3
Enfermedades notificadas por sistemas especiales				
Encefalopatía Espongiforme trans. humana	2	7	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	0	0	0

* Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



Brotos Epidémicos

Comunidad de Madrid. Año 2015, semanas 27 a 30 (del 29 de junio al 26 de julio de 2015)

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 Brotos Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

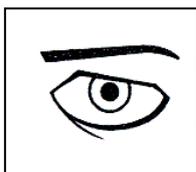
Brotos de origen alimentario. Año 2015. Semanas 27-30

Lugar de consumo	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 27-30			Semanas 1-30			Semanas 1-30		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	4	16	1	21	352	40	20	128	6
Centros educativos	1	12	1	4	120	3	4	247	0
Residencias geriátricas	0	0	0	1	99	0	2	75	1
Domicilios	5	21	4	22	92	31	16	75	17
Otros lugares	2	16	1	3	21	2	3	35	0
Residencias no geriátricas	0	0	0	2	15	0	0	0	0
Desconocido	1	2	0	2	4	0	1	3	1
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	3	55	0
Total	13	67	7	55	703	76	49	618	25

Brotos de origen no alimentario. Año 2015. Semanas 27-30

Tipo de brote*	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 27-30			Semanas 1-30			Semanas 1-30		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	1	6	0	21	527	7	29	1313	10
Conjuntivitis vírica	0	0	0	5	143	0	4	148	0
Varicela	0	0	0	11	78	1	8	77	2
Tos ferina	6	13	3	31	73	15	17	56	6
Escarlatina	0	0	0	4	25	0	2	11	0
Escabiosis	1	13	0	3	21	0	3	57	0
Meningitis vírica	1	2	2	8	18	17	0	0	0
Parotiditis	0	0	0	4	9	0	3	7	0
Legionelosis	1	5	5	2	7	7	0	0	0
Giardiasis	1	2	0	3	6	2	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	0	0	0	2	6	6	0	0	0
Enfermedad pie, mano y boca	0	0	0	1	5	0	7	70	0
Shigelosis	0	0	0	1	5	0	1	3	0
Hepatitis A	0	0	0	2	4	0	0	0	0
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Total	11	41	10	100	933	55	74	1742	18

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2015, semanas 27 a 30
(del 29 de junio al 26 de julio de 2015)

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 122 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (170.450 habitantes, 2,6% de la población). 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%2FPTSA_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 66,9% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2015.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2015.

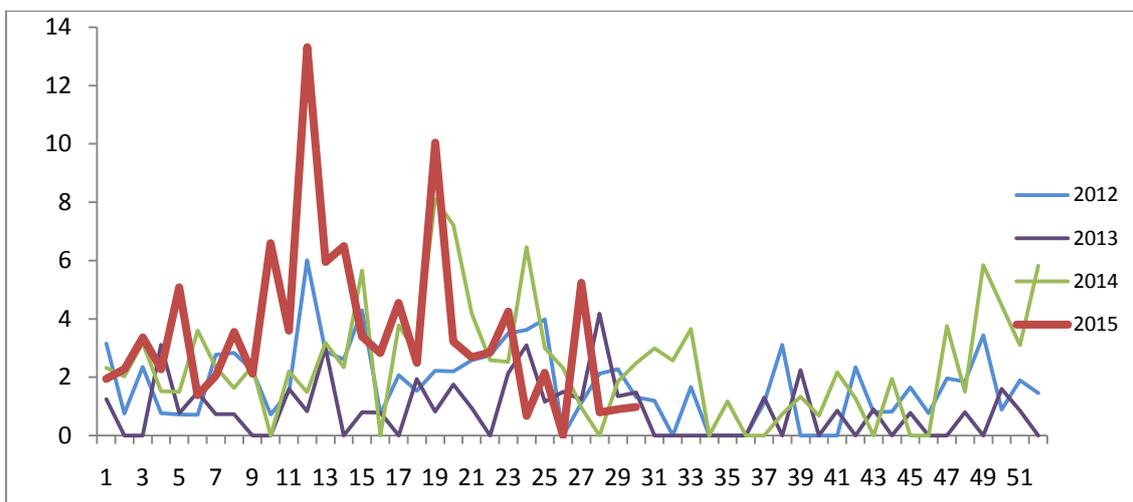
	Sem. 27 a 30 de 2015	Año 2015
Gripe*	--	2262*
Varicela	10	132
Herpes zoster	27	262
Crisis asmáticas	23	614

* De la semana 40 de 2014 hasta la 20 de 2015

VARICELA

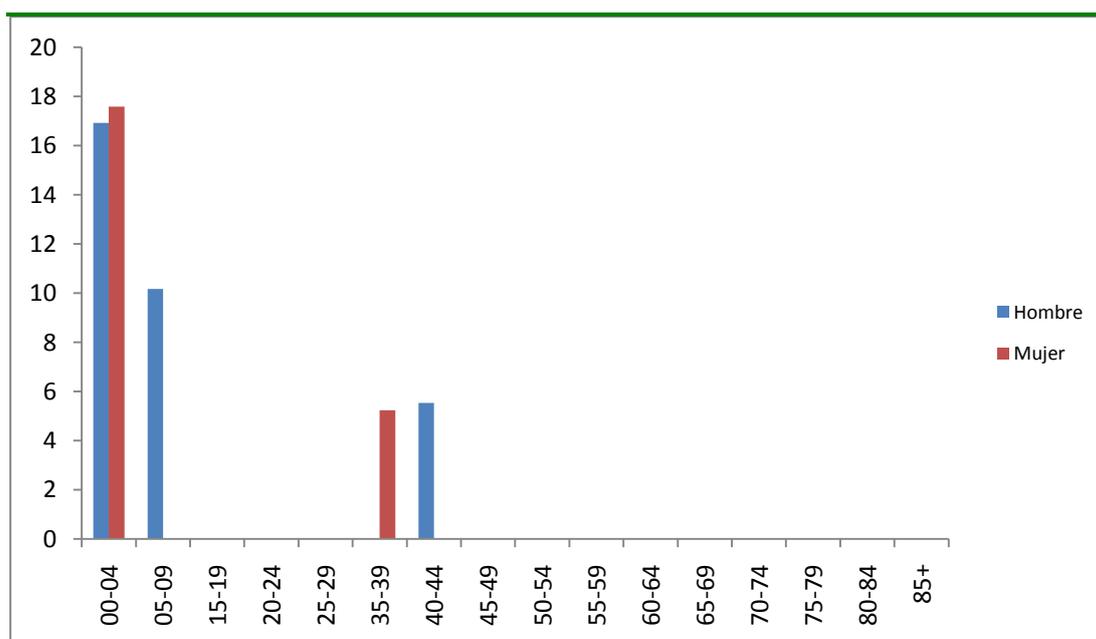
Durante las semanas 27 a 30 del año 2015 se han declarado 10 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 7,91 casos por 100.000 personas (IC 95%: 2,84 – 12,98). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2012-2014 y desde la semana 1 a la 30 de 2015.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2012-2015.



De los 10 casos notificados, 6 (60%) eran hombres y 4 (40%) mujeres. El 80% de los casos son menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2015



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 27 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2015, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 22,46 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 13,92 – 31,00). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2012 hasta la semana 30 de 2015. El 70,4% de los casos se dio en mujeres (19 casos). El 74% de los casos se dieron en mayores de 44 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 2012-2015.

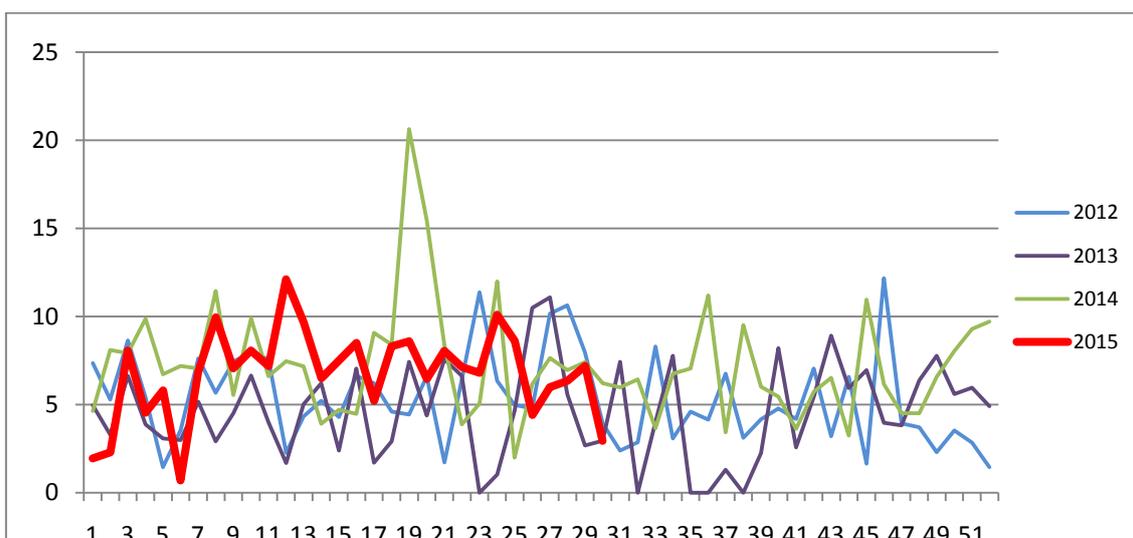
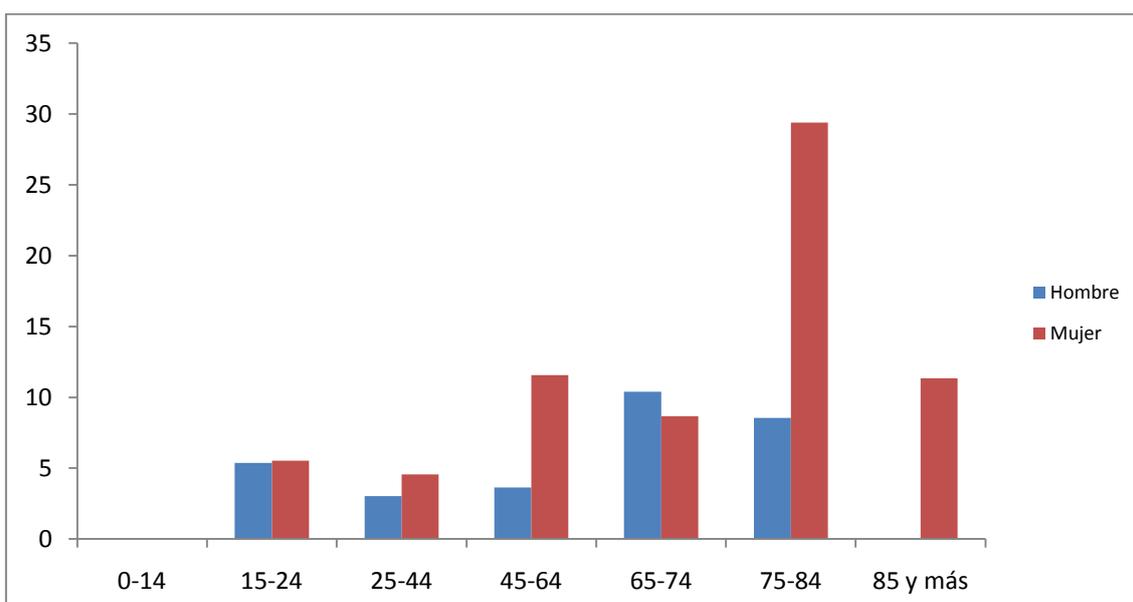
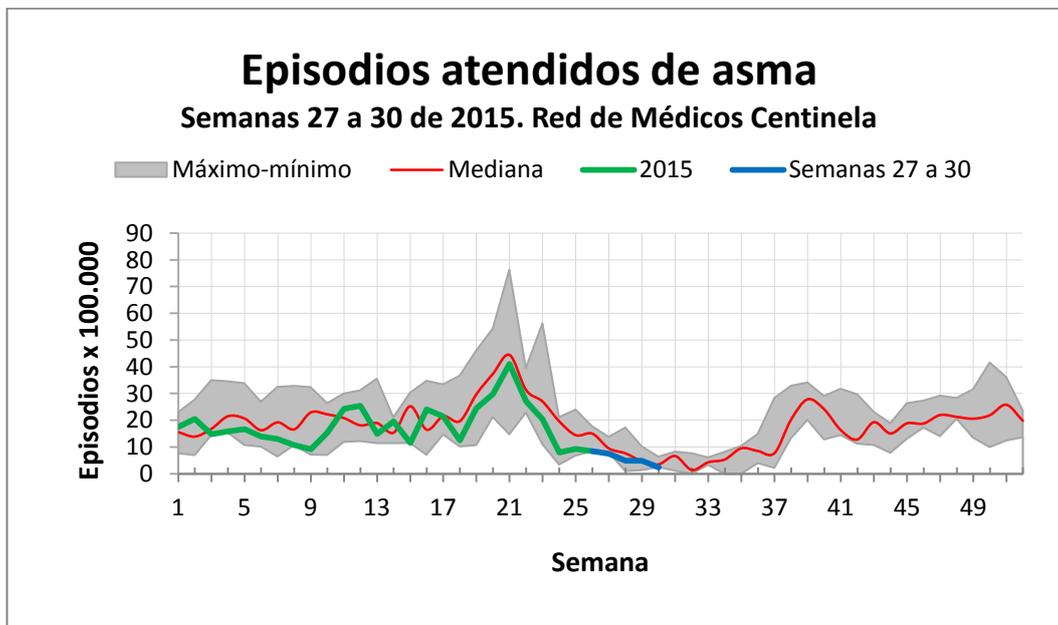


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2015.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 27 a 30 de 2015 la Red de Médicos Centinela notificó 23 episodios de asma. 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 se corresponde con los valores esperados en esta época del año y se mantiene por debajo de la mediana del quinquenio.



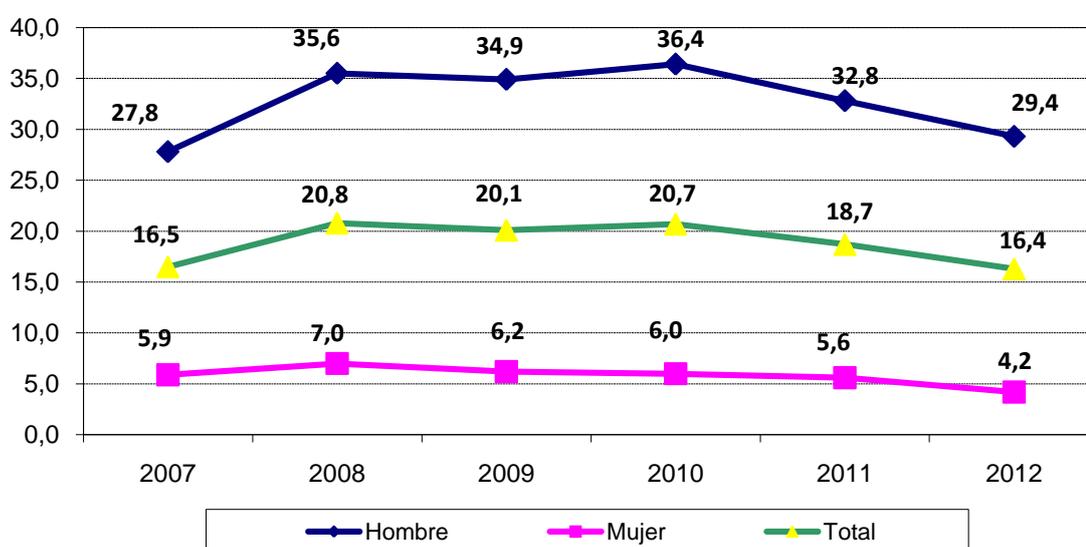


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. Julio 2015.

Desde el año 2007 hasta el 30 de junio de 2015 se han notificado 8.681 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 84,7% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,6). El 45,3% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (254) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

Tasas de incidencia por 100.000 h. por sexo y año de diagnóstico



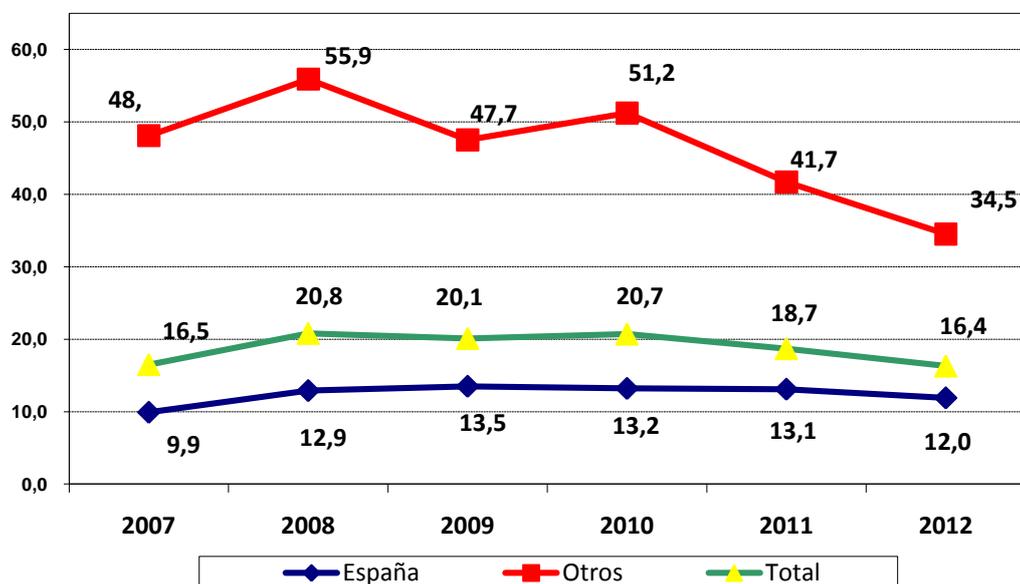
* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.
 Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 13,1; H: 23,8; M: 3,1.
 Año 2014 no consolidado. Tasas: T: 8,6; H: 15,6; M: 2,2

Diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	
2007	819	81,5	186	18,5	1005
2008	1081	82,7	226	17,3	1307
2009	1080	84,0	205	16,0	1285
2010	1136	85,0	200	15,0	1336
2011	1028	84,5	188	15,5	1216
2012	921	86,6	143	13,4	1064
2013*	744	87,5	106	12,5	850
2014*	483	86,7	74	13,3	557
2015*	57	93,4	4	6,6	61
Total	7349	84,7	1319	15,3	8681

*Años no consolidados

Tasas de incidencia por 100.000 h. Por lugar de nacimiento y año de diagnóstico



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

Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 13,1; E: 9,7; O: 27,5. Año 2014 no consolidado. Tasas: T: 8,6; E: 6,5; O: 18,2

Distribución según país de nacimiento, mecanismo de transmisión y sexo

	Hombres					Mujeres			
	España		Otro			España		Otro	
	n	%	n	%		n	%	n	%
Mecanismo de transmisión									
UDI	189	4,3	78	2,6	50	12,5	9	1,0	
HSH	3377	77,6	2084	69,6					
HTX	393	9,0	618	20,6	308	77,4	906	97,0	
Otros	8	0,2	15	0,5	15	3,8	8	0,9	
Desconocido/ N.C.	387	8,9	200	6,7	25	6,3	11	1,1	
Total	4354	100	2995	100	398	100	934	100	

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

Retraso en el diagnóstico

El 16,3% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 14,4% en autóctonos y del 18,7% en foráneos.

Porcentaje de retraso en el diagnóstico y mediana de linfocitos CD4 por año de diagnóstico

	N	Infecciones agudas y recientes	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ μ l)	DT (<350 células/ μ l)	<500 células/ μ l
2007	783	4	342	31,0	51,0	70,2
2008	1086	7	391	25,1	42,9	63,6
2009	1073	21	392	26,0	43,2	61,5
2010	1093	15	397	24,4	42,3	61,3
2011	1017	21	404	27,2	46,3	64,4
2012	923	32	414	24,4	41,5	60,6
2013	743	45	411	23,6	40,1	58,7
2014-15	547	49	403	23,8	40,4	59,8
07 -15	7265	194	390 (RI: 188-593)	25,7	43,6	62,6

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 7265 nuevos diagnósticos (83,7%).

La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

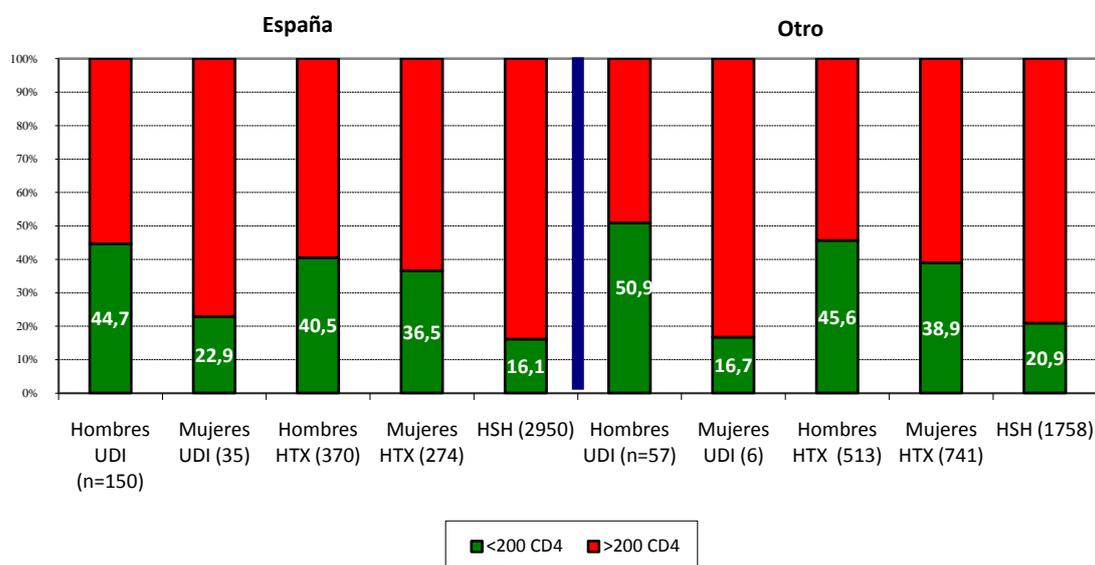
PEA: Presentación con enfermedad avanzada, DT: Diagnóstico tardío.

Porcentaje de retraso en el diagnóstico de infección por VIH

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4)
Sexo	Hombre (n=6176)	23,7%	41,1%	60,6%
	Mujer (1089)	37,4%	57,2%	73,8%
Edad al diagnóstico de VIH	13-19 años (108)	9,3%	23,1%	41,5%
	20-29 (2165)	14,6%	32,1%	53,7%
	30-39 (2709)	25,0%	42,9%	62,0%
	40-49 (1521)	35,0%	53,3%	70,9%
	>49 años (733)	45,0%	62,9%	77,8%
Mecanismo de transmisión	UDI (248)	42,3%	58,9%	70,6%
	HTX (1898)	40,7%	60,2%	76,7%
	HSH (4708)	17,9%	35,3%	55,9%
País de origen	España (4052)	22,2%	38,4%	57,4%
	Otros: (3213)	30,2%	50,0%	69,2%
	1. Europa Occidental (279)	13,6%	32,6%	57,7%
	2. Europa Oriental (220)	35,9%	48,6%	60,9%
	3. América Latina y Caribe (2031)	28,9%	49,3%	68,6%
	4. África Subsahariana (543)	40,1%	61,9%	80,1%
5. Norte de África y Oriente Medio (65)	43,1%	63,1%	73,8%	

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

Porcentaje con presentación con enfermedad avanzada por sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.
(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. 30 DE JUNIO 2015

Casos de sida 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	316	76,3	98	23,7
	2008	317	73,2	116	26,8
	2009	304	77,4	89	22,6
	2010	278	75,5	90	24,5
	2011	249	80,1	62	19,9
	2012	211	77,0	63	23,0
	2013*	146	77,7	42	22,3
	2014*	85	79,4	22	20,6
	2015*	19	79,2	5	20,8
	07-15	1925	76,6	587	23,4
Edad media (años)		41,6 ± 10,5		39,6 ± 9,7	
País de origen		España: 65,5%		España: 54,7%	
Mecanismo transmisión		HSH: 43,8%		HTX: 67,5%	

* Años no consolidados.

Fallecidos con infección VIH. 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	262	79,6	67	20,4
	2008	282	79,0	75	21,0
	2009	218	77,6	63	22,4
	2010	238	80,4	58	19,6
	2011	236	84,0	45	16,0
	2012	174	77,3	51	22,7
	2013*	93	78,2	26	21,8
	2014*	44	78,6	12	21,45
	2015*	12	92,3	1	7,7
	07-15	1559	79,7	398	20,3
Edad media (años)		48,0 ± 9,8		45,2 ± 9,6	
País de origen		España: 91,0%		España: 87,2%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,7%		UDI: 64,1%	

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

www.madrid.org/boletinepidemiologico

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid

