



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

## de la Comunidad de Madrid



**Comunidad de Madrid**  
CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública

# Nº 9.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 9. Volumen 21. Septiembre 2015

## INFORMES:

- **Plan Nacional de erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Comunidad de Madrid, año 2014.**
- **Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, situación a 31 de diciembre de 2014.**



Dirección General de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**



**Edita:**

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública  
[www.madrid.org/boletinepidemiologico](http://www.madrid.org/boletinepidemiologico)

**Coordina:**

Servicio de Epidemiología  
C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta  
28035 Madrid  
E-mail: [isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org)

**Edición:** Marzo 2016

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

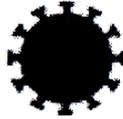
# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

# Nº 9.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 9. Volumen 21. Septiembre 2015

## ÍNDICE

	<a href="#"><i>Plan Nacional de erradicación de la Poliomielitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Comunidad de Madrid, año 2014.</i></a>	5
	<a href="#"><i>Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, situación a 31 de diciembre de 2014.</i></a>	15
	<a href="#"><i>EDO. Semanas 36 a 39 (del 31 de agosto al 27 de septiembre de 2015).</i></a>	53
	<a href="#"><i>Brotos Epidémicos. Semanas 36 a 39, 2015.</i></a>	54
	<a href="#"><i>Red de Médicos Centinela, semanas 36 a 39, 2015.</i></a>	55
	<a href="#"><i>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, septiembre 2015.</i></a>	59



## INFORME:

# PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS. VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2014.

## RESUMEN

**Introducción:** Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000, cuatro regiones han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; la Región del Pacífico occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997, la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998 y la Región Asia Suroriental en marzo de 2014 con el último caso en la India en 2011. Actualmente solo en Afganistán y en Pakistán persiste la transmisión endémica de poliovirus salvaje (PVS). Se espera que la transmisión se detenga en 2016 y que la Certificación de la Erradicación Mundial se obtenga en 2019.

**Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid:** Durante 2014 se han detectado 7 casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,69 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo es 57% mujeres y 43% hombres. El rango de edad oscila entre 2 y 13 años, con una media de 5,4 años (DE 3,7).

**Situación en España:** A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 41 casos de PFA con una incidencia de 0,58 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, todos ellos se clasificaron como “descartados” de polio y la mayoría (el 87,8%) fueron Síndrome de Guillain-Barré.

**Situación de la Poliomielitis en el mundo:** Entre 1988 y 2003 los esfuerzos realizados para la erradicación de la polio consiguieron reducir un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 2 en 2015 (Pakistán y Afganistán) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 359 casos en 2014, cifra inferior a los 416 casos registrados en 2013.

## I. INTRODUCCIÓN

Desde que en 1988 se adoptó la iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis los casos de polio se han reducido más de un 99%. La OMS declaró en septiembre 2015 que Nigeria ya no es país endémico de polio, además dado que en los últimos doce meses no se han notificado casos, si no se identifica polio salvaje en los dos próximos años, África podrá ser oficialmente declarada Libre de polio. Cuatro de las seis regiones de la OMS ya han alcanzado este objetivo: Américas (1994), Pacífico Occidental (2000), Europa (2002) y Asia Suroriental (2014). Actualmente solo en Afganistán y en Pakistán persiste la transmisión endémica de PVS; se espera que la transmisión se detenga en 2016 y que la Certificación de la Erradicación Mundial se obtenga en 2019.

El polio virus salvaje tipo 2 (PVS2) no se detecta desde 1999 y el PVS tipo 3 (PVS3) desde 2012. Junto con los PVS en el mundo circulan poliovirus derivados de la vacuna (PVDV) originados en zonas donde todavía se utiliza la vacuna de polio oral (VPO). La mayoría de las poliomielitis producidas por PVDV están asociados al poliovirus vacunal tipo 2, por lo que la OMS tiene entre sus objetivos inmediatos eliminar el componente tipo 2 de la VPO y reemplazar la vacuna oral trivalente por una vacuna oral bivalente o monovalente.

En España el “Plan para mantener la situación libre de polio” se está actualizando siguiendo las recomendaciones del Plan Estratégico 2013-2018 de la OMS para la **Vigilancia de Enterovirus** y para la **Vigilancia Medioambiental de Poliovirus** y el documento de **Respuesta ante un brote de Poliovirus**. El plan contiene cuatro áreas prioritarias de intervención: la vigilancia de poliovirus, el programa de vacunación, la contención de los poliovirus en los laboratorios y el plan de respuesta ante la detección de un poliovirus, aprobado por la Comisión de Salud Pública en febrero de 2016.

La piedra angular de la vigilancia de poliovirus es la vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA) cuyo objetivo es detectar precozmente todo caso compatible con poliomielitis paralítica mediante una rápida investigación epidemiológica y de laboratorio que permita confirmar o descartar la presencia de poliovirus y, en su caso, adoptar las medidas de control adecuadas.

La OMS acepta otro tipo de vigilancia alternativa en países no endémicos que dispongan de sistemas de salud de alta calidad: es la denominada vigilancia complementaria, que incluye la vigilancia de enterovirus en muestras clínicas y la vigilancia medioambiental de poliovirus en aguas residuales.

En España la vacuna oral de polio se introdujo en 1963 y en el año 2004 se sustituyó por la vacuna de polio inactivada. La OMS recomienda mantener coberturas superiores al 90% y desde 1996 la cobertura nacional con tres dosis de vacuna de polio supera el 95%. En 2014 la cobertura media nacional para la serie básica con tres dosis en el primer año de vida fue del 96,6% (rango entre comunidades 93,5% - 100,0%).

En este informe se describen las características de los casos de PFA notificados a la Red de Vigilancia de la Comunidad de Madrid (CM) en el año 2014 y los indicadores de calidad del sistema de vigilancia. Se incluye también información sobre la situación epidemiológica de la poliomielitis en España, en Europa y en el mundo, con un avance de información a nivel europeo y mundial del año 2015, en base a los informes emitidos por los responsables de la Vigilancia en los niveles correspondientes y que figuran en la bibliografía.

## - II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2014

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

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

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

- Complimentación del cuestionario epidemiológico específico de PFA.
- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Salud Pública o al Servicio de Epidemiología.
- Solicitud del envío de muestras biológicas al laboratorio de referencia para la investigación de enterovirus (en la CM al Centro Nacional de Microbiología). Se deben remitir dos muestras de heces recogidas en un período  $\leq 14$  días del inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí al menos 24 horas.
- Revisión clínica del caso a los 60 días de iniciado el cuadro.
- Clasificación definitiva del caso: confirmado o descartado de poliomielitis.

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

Este sistema de vigilancia se complementa con la notificación de Cero Casos mensual, que se realiza comprobando al finalizar el mes las notificaciones de los distintos servicios hospitalarios implicados, lo que permite rescatar los casos no notificados. Posteriormente, se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes hospitales.

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

El cumplimiento de los objetivos de coberturas de vacunación y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por el Comité Nacional para la Certificación de la

Erradicación de la Poliomielitis y por la OMS en el Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio.

Para el mantenimiento de la situación libre de polio, es necesario alcanzar elevadas coberturas de vacunación en el calendario de vacunación infantil. En la CM, en el año 2014, la cobertura de la serie primaria de vacunación con tres dosis de vacuna de polio inactivada (VPI), a los 6 meses de edad, ha sido del 94,86%.

### **Estudio descriptivo de los casos**

En 2014 en la CM se han detectado 7 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una tasa de 0,68 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Ninguno de los casos fue notificado al sistema de vigilancia y todos se han recuperado en la revisión del CMBD. Todos se han clasificado como “descartados” de polio: 6 casos se diagnosticaron como Síndrome de Guillain-Barré y uno como neuropatía aguda.

La distribución de los casos por sexo es de 4 mujeres y 3 hombres. El rango de edad ha oscilado entre 2 y 13 años, con una media de 5,4 años (DE 3,7).

En cuanto al lugar de residencia 3 casos viven en el municipio de Madrid en los distritos de Carabanchel, Tetuán y Chamartín y los otros 4 en los municipios de Alcorcón, Coslada, Majadahonda y Parla.

Los casos se han recuperado de la revisión del CMBD de los distintos hospitales, y no fueron notificados en su momento: Hospital San Rafael (2), Hospital Ramón y Cajal (1), Hospital de Torrejón (1), Fundación Hospital Alcorcón (1), Hospital Infanta Cristina (1) y Hospital 12 de Octubre (1).

### **Indicadores de calidad del sistema de vigilancia**

No se ha notificado ningún caso al sistema de vigilancia, por lo que la incidencia registrada en 2014 fue de 0,0 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, inferior a la registrada el año anterior (0,1) y continúa muy alejada de la incidencia estándar esperada (1 por 100.000 habitantes).

### **- Conclusiones**

En 2014 en la CM se han detectado 7 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,68 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Todos los casos se recuperaron en la revisión del CMBD.

La vigilancia de esta enfermedad precisa ser revisada y mejorada. En 2013 sólo se notificó un caso al Sistema de Vigilancia establecido y en 2014 ninguno.

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

### III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

#### Situación de la polio en España

Los últimos casos autóctonos de poliomielitis notificados en España ocurrieron en Andalucía en un brote en 1987 y 1988 en población marginal no vacunada. En 1989 se produjo un caso importado de Mauritania. Los últimos casos asociados a la vacuna oral de la polio (VPO) se produjeron entre 1995 y 2001 en Barcelona, Murcia y Bilbao y en 2005 en un lactante inmunodeprimido de 6 meses que había recibido la VPO en Marruecos (su país de origen).

En la actualidad España cuenta con un Plan de Acción para mantener la situación libre de polio que establece tres líneas prioritarias de intervención:

- Sistema de Vigilancia de Poliovirus.
- El Programa de vacunación.
- El Plan de respuesta rápida ante la importación de un poliovirus.

Además, la vigilancia de la PFA se complementa con la vigilancia de enterovirus que se realiza a través de la Red de Laboratorios para la Vigilancia de la PFA, coordinada por el Laboratorio Nacional de Poliovirus del Centro Nacional de Microbiología.

#### Vigilancia de la PFA en España

La vigilancia de la PFA se inicia con la notificación urgente de todo caso de PFA en menores de 15 años; la notificación desencadena un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio con el fin de descartarlo/confirmarlo como caso de polio, clasificarlo de forma adecuada y, si procede, instaurar rápidamente las medidas de intervención. La notificación se hace bajo sospecha clínica y el circuito se inicia en el hospital donde se identifica el caso. La OMS define un caso de PFA como “caso prioritario” para la investigación cuando el cuadro de PFA con fiebre ocurre en un niño que ha recibido menos de tres dosis de vacuna de la polio ha viajado desde un área infectada de polio o pertenece a un grupo de alto riesgo (ej. Inmunodeprimido). También se consideran prioritarios los casos de PFA de cualquier edad clínicamente sospechosos de ser casos de polio.

En el año 2014 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 41 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,58 por 100.000. La Tabla 1 refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores. En 2014 no se notificó ningún caso prioritario de PFA.

La tasa óptima de detección de PFA propuesta por la OMS se podría haber alcanzado si el sistema de vigilancia hubiera captado oportunamente los casos que posteriormente se han detectado en la búsqueda activa retrospectiva.

En 2013 en la búsqueda activa en el CMBD se recuperaron 46 casos adicionales de PFA con lo que la tasa de PFA en ese año pasaría de 0,37 a 1,02 casos por 100.000 menores de 15 años, superando el objetivo de sensibilidad establecido por la OMS (1 por 100.000) (Figura 2).

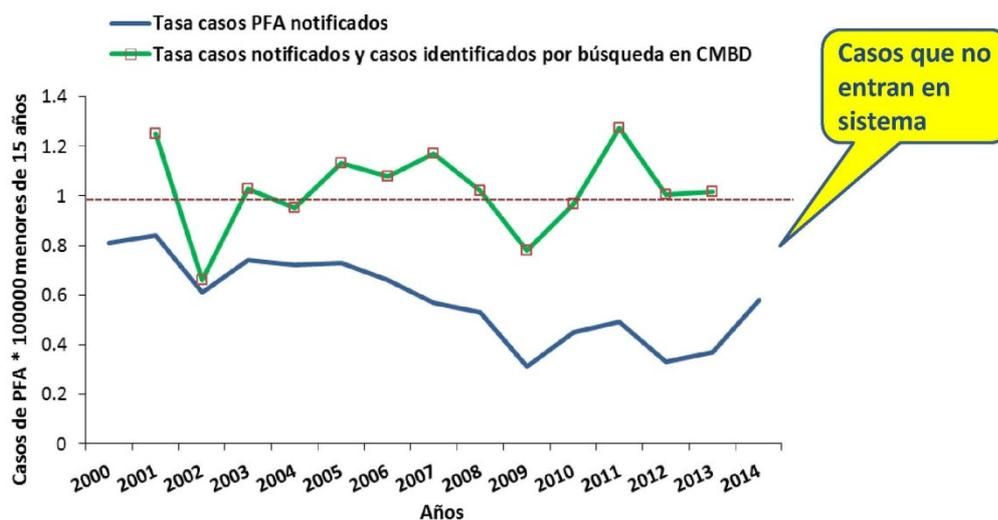
Tabla 1. Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2010 a 2014

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2010		2011		2012		2013		2014	
	CASOS	TASAS								
Andalucía	7	0.5	2	0.2	3	0.2	6	0.4	9	0.6
Aragón	2	1.1	4	2.2	4	2.1	0	0	2	1.1
Asturias	0	0	0	0	1	0.8	0	0	0	0
Baleares	5	2.9	1	0.6	1	0.6	3	1.8	2	1.2
Canarias	0	0	2	0.6	0	0	2	0.7	3	1.0
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla la Mancha	2	0.6	2	0.6	1	0.3	0	0	1	0.3
Castilla León	0	0	2	0.6	0	0	0	0	1	0.3
Cataluña	5	0.4	3	0.3	2	0.2	7	0.6	7	0.6
Comunidad Valenciana	4	0.5	5	0.7	6	0.8	3	0.4	5	0.7
Extremadura	2	1.2	1	0.6	0	0	0	0	1	0.6
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- <b>Madrid</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>5</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Murcia	3	1.1	4	1.5	3	1.1	2	0.8	4	1.5
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	3	1.1	2	0.7	2	0.7	5	1.6
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.1
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>0.4</b>	<b>34</b>	<b>0.5</b>	<b>23</b>	<b>0.3</b>	<b>26</b>	<b>0.4</b>	<b>41</b>	<b>0.6</b>

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

Figura 1. Casos de PFA notificados y detectados mediante búsqueda en el CMBD. Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2000 a 2014

### ISC<sup>III</sup> La sensibilidad de la vigilancia de PFA, 2000-2014



Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

En cuanto a la distribución de casos por sexo, el 70,7% de los casos (29) fueron niñas. El 46,3% de los casos tenían entre 1 y 4 años y el 39,0% entre 5-9 años. Todos los casos, salvo uno, estaban adecuadamente vacunados con al menos tres dosis de vacuna de polio.

En cuanto a la clínica, el 24,4% de los casos presentó fiebre al inicio de la parálisis, en el 41,5% de los casos la parálisis progresó rápidamente (<4 días), y en el 9,8% (4 casos) la parálisis fue asimétrica.

En la mayoría de los casos el tipo de afectación de la parálisis fue espinal (75,6%; 31 casos), seguida de la espinal-bulbar (12,2%; 5) y en otros 5 casos la parálisis fue de miembros y facial (12,2%).

En todos los casos se obtuvo un diagnóstico clínico, la mayoría de los casos (36; 87,8%) fueron Síndrome de Guillain-Barré. También se diagnosticó un caso con mielitis transversa y otras cuatro con diferentes neuropatías.

En el seguimiento de los casos a los 60-90 días tras el inicio de los síntomas, 29 casos (61,5%) no tenían parálisis residual y en 10 casos se identificó algún grado de parálisis. En dos casos no se completó el seguimiento, pero los dos estaban bien vacunados: uno con estudio de laboratorio negativo para poliovirus y aislamiento de un virus Epstein Barr y el otro caso no tenía estudio de laboratorio.

#### IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA Y EN EL MUNDO

OMS-Europa publica un informe anual sobre la situación de la polio en la región elaborado por el Comité Regional para la Certificación de la Erradicación de la polio (RCC). El RCC después de revisar los informes enviados por los países miembros, concluye que durante el año 2014 no se produjo transmisión ni de PVS ni de PVDV en la Región Europea.

El informe incluye la evaluación del riesgo de reintroducción del PVS en la región tras una importación. Con arreglo a una serie de indicadores (coberturas de vacunación, calidad del sistema de vigilancia, existencia de poblaciones de alto riesgo y proximidad a países con transmisión de poliovirus salvaje) se elabora un índice de riesgo para cada país. Actualmente cualquier país está a riesgo de una importación pero Bosnia Herzegovina, Rumania y Ucrania tienen alto riesgo de que se produzca un brote de polio tras una importación debido a la baja inmunidad de su población. Otros 14 países tienen riesgo intermedio (Bulgaria, Chipre, Georgia, Grecia, Islandia, Kirguistán, Letonia, Montenegro, Noruega, Polonia, República de Moldavia, San Marino, Serbia y Turkmenistán) y 30 países tienen riesgo bajo. Para España, el RCC considera que presenta un riesgo bajo de transmisión tras una importación de PVS, pero se señala que necesita mejorar la calidad de su vigilancia.

El informe recoge que los países del sur de Europa que están recibiendo inmigrantes y refugiados que cruzan el mediterráneo, están respondiendo con actuaciones para mejorar la vacunación de estos grupos, pero señala que no hay una respuesta estandarizada ni métodos de evaluación de las actuaciones implantadas. Preocupa especialmente Turquía, Grecia, Italia y Malta, por la necesidad de que mantengan la inmunidad entre la población autóctona, ya que el riesgo de dispersión de poliovirus no se restringe a los grupos de migrantes /refugiados.

## Brote de polio en Ucrania, Agosto 2015

A finales del mes de agosto de 2015 Ucrania notificó dos casos de polio paralítica causada por un *poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 1* (PVDV): un niño de 4 años y otro de 10 meses que debutaron con parálisis el 30 junio y el 7 julio respectivamente. Las similitudes genéticas entre los virus aislados indican que había ocurrido transmisión activa del cVDPV1. Los niños vivían en un distrito al sudoeste de Ucrania fronterizo con Rumania, Hungría, Eslovaquia y Polonia.

Desde hace varios años Ucrania tiene un alto riesgo de que aparezcan brotes de enfermedades prevenibles por vacunación debido a una situación crónica de bajas coberturas vacunales. OMS-Europa estima que en el primer trimestre de 2015 solo el 14% de los niños menores de 1 año habían recibido las 3 dosis de la vacuna de polio y que en 2014 esa cobertura había sido del 50%. Varios factores explican cómo se ha llegado a la situación actual de caída de coberturas de vacunación en Ucrania: recortes en los presupuestos para los servicios públicos, escasez de vacunas, creciente escepticismo y desconfianza de la población sobre las vacunas y fuerte presencia de grupos antivacunas en la opinión pública (entre ellos grupos de profesionales sanitarios). Además, desde 2014 la guerra civil ha contribuido a empeorar la situación.

Es posible que la cepa PVDV haya estado circulando en Ucrania desde varios meses atrás por lo que, aunque los PVDV son menos transmisibles que los poliovirus salvajes, las estrategias para atajar un brote son las mismas para los dos tipos de poliovirus. Han sido necesarias dos estrategias básicas:

- Vacunar a todos los niños menores de 5 años con al menos 3 dosis en campañas nacionales de amplio alcance: la rapidez con la que se empiece a vacunar es clave para interrumpir la transmisión.
- Reforzar la vigilancia de PFA: todos los casos de PFA en niños <15 años se notificarán e investigarán en el laboratorio para PVS y VDPV.

OMS-Europa, a 27 de Noviembre de 2015, informó que no se han notificado más casos de polio y que se ha completado la primera de las 3 rondas previstas de vacunación con vacuna de polio oral dirigidas a 2 millones de niños menores de 6 años. Solo se alcanzó el 54% de cobertura (se necesitan 3 rondas con >95% de cobertura para controlar la situación). En la última de las 3 rondas está programado vacunar a todos los niños menores de 10 años (4,7 millones).

## Casos de polio en el mundo

En los últimos 12 meses (desde 23 de noviembre de 2014 al 23 de noviembre de 2015) se han notificado 86 casos de polio producidos por PVS tipo 1 (Pakistán 67 y Afganistán, 19) y 20 casos de polio producidos por poliovirus derivados de la vacuna tipo 1 y tipo 2 (PVDV) (África 12, Región Mediterráneo Oriental 3, Europa (Ucrania) 2 y Región del Pacífico Occidental 3).

El pasado 25 de Septiembre 2015 la OMS anunciaba que en los 27 años de lucha contra la polio se había dado un paso adelante, ya que Nigeria no había notificado ningún caso de polio en los 12 meses anteriores, por lo que ya no se consideraba país endémico. Además ningún país africano ha declarado casos producidos por PVS en los 12 últimos doce meses; por lo que si en los dos próximos años no se identifican poliovirus en la región, África sería declarada oficialmente libre de polio.

En Pakistán y en Afganistán se están haciendo importantes progresos en la lucha contra la polio por lo que es probable que la transmisión de poliovirus se detenga en el año 2016; si así

fuera en el año 2019 se podría conseguir el Certificado de Erradicación de la Polio. En las tablas 2 y 3 y en el mapa 1 se presentan la distribución de la polio según regiones y países en los últimos años.

**Tabla 2. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomiélitis en las regiones de la OMS. Años 2011 – 2014**

Regiones de la OMS	2011		2012		2013		2014	
	Tasas PFA	Casos Polio						
África	4.4	389	4.8	128	5.3	80	5.6	22
America	1.0	0	1.0	0	1.1	0	0.8	0
Mediterráneo Este	5.7	295	5.2	95	5.2	336	5.8	337
Europa	1.3	0	1.3	0	1.3	0	1.0	0
Sudeste Asiático	12.1	1	12.2	0	11.0	0	11.0	0
Pacífico Oeste	2.0	21	2.1	0	1.9	0	1.9	0
<b>Total Global</b>	<b>5.9</b>	<b>650</b>	<b>6.0</b>	<b>223</b>	<b>5.7</b>	<b>416</b>	<b>5.5</b>	<b>359</b>

Fuente: OMS. WER (06/01/2015)

**Tabla 3. Número de casos de poliomiélitis por países a 6 de enero de 2015**

### Wild Poliovirus 2009 - 2014

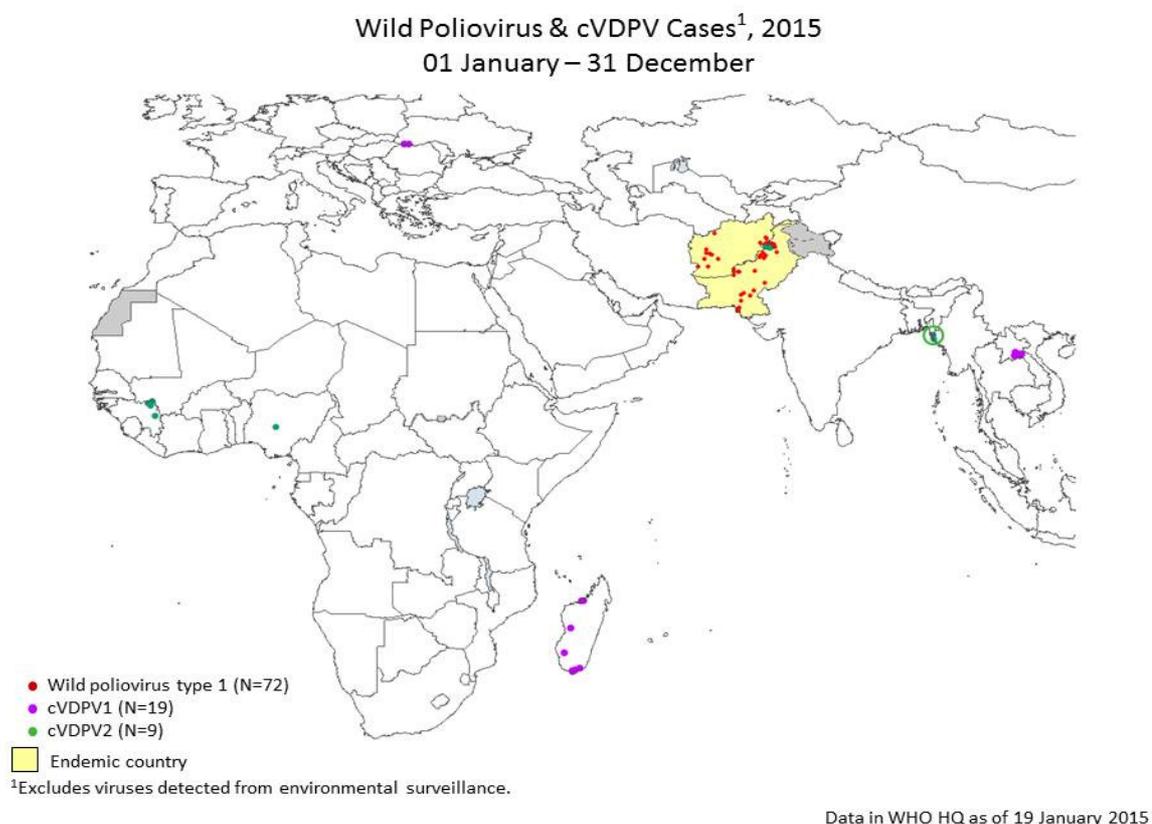
Country or territory <sup>3</sup>	Wild virus confirmed case										Wild virus reported from other sources <sup>4</sup>						
	Total							Onset of most recent type 3		Onset of most recent type 1		Total					Date of most recent virus
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
Pakistan	89	144	198	58	93	85	297	18-Apr-12	15-Dec-14	18	79	138	89	86	102	12-Dec-14	
Afghanistan	38	25	80	37	14	12	28	11-Apr-10	04-Dec-14	2						23-Nov-14	
Somalia	0	0	0	0	194	183	5	NA	11-Aug-14								
Nigeria	388	21	82	122	53	51	6	10-Nov-12	24-Jul-14			1	15	3	1	05-May-14	
Cameroon	3	0	0	0	4	4	5	15-Oct-09	09-Jul-14								
Equatorial Guinea	0	0	0	0	0	0	5	NA	03-May-14								
Iraq	0	0	0	0	0	0	2	NA	07-Apr-14								
Israel <sup>4</sup>	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA				136	14		30-Mar-14	
Syrian Arab Republic	0	0	0	0	35	17	1	NA	21-Jan-14								
Ethiopia	0	0	0	0	9	6	1	NA	05-Jan-14								
West Bank and Gaza	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA				7	1		05-Jan-14	
Kenya	19	0	1	0	14	14	0	NA	14-Jul-13				1			12-Oct-13	
Egypt	0	0	0	0	0	0	0	NA	03-May-04	1		2				06-Dec-12	
Niger	15	2	5	1	0	0	0	19-Jan-11	15-Nov-12								
Chad	84	26	132	5	0	0	0	10-Mar-11	14-Jun-12								
DRC	3	100	93	0	0	0	0	24-Jun-09	20-Dec-11								
CAR	14	0	4	0	0	0	0	09-Aug-09	08-Dec-11								
China	0	0	21	0	0	0	0	NA	09-Oct-11								
Guinea	42	0	3	0	0	0	0	03-Aug-11	03-Nov-09								
Côte d'Ivoire	26	0	36	0	0	0	0	24-Jul-11	06-Aug-09								
Angola	29	33	5	0	0	0	0	17-Nov-08	07-Jul-11								
Mali	2	4	7	0	0	0	0	23-Jun-11	01-May-10								
Congo <sup>5</sup>	0	441	1	0	0	0	0	NA	22-Jan-11								
Gabon	0	0	1	0	0	0	0	NA	15-Jan-11								
India	741	42	1	0	0	0	0	22-Oct-10	13-Jan-11	2	19					10-Nov-10	
Uganda	8	4	0	0	0	0	0	NA	15-Nov-10								
Russian Federation	0	14	0	0	0	0	0	NA	25-Sep-10								
Liberia	11	2	0	0	0	0	0	NA	08-Sep-10								
Nepal	0	6	0	0	0	0	0	15-Oct-08	30-Aug-10	1						12-Jul-10	
Kazakhstan	0	1	0	0	0	0	0	NA	12-Aug-10								
Tajikistan	0	460	0	0	0	0	0	NA	04-Jul-10								
Turkmenistan	0	3	0	0	0	0	0	NA	28-Jun-10								
Senegal	0	18	0	0	0	0	0	NA	30-Apr-10								
Mauritania	13	5	0	0	0	0	0	NA	28-Apr-10								
Sierra Leone	11	1	0	0	0	0	0	NA	28-Feb-10								
Burkina Faso	15	0	0	0	0	0	0	NA	25-Oct-09								
Burundi	2	0	0	0	0	0	0	NA	12-Sep-09								
Sudan	45	0	0	0	0	0	0	16-Dec-08	27-Jun-09	1						09-Jan-09	
Benin	20	0	0	0	0	0	0	01-Dec-08	19-Apr-09								
Togo	6	0	0	0	0	0	0	NA	28-Mar-09								
<b>Total</b>	<b>1604</b>	<b>1352</b>	<b>650</b>	<b>223</b>	<b>416</b>	<b>372</b>	<b>350</b>			<b>23</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	<b>118</b>		
Total wild virus type 1 <sup>6</sup>	482	1265	583	202	416	372	350										
Total wild virus type 3	1122	87	67	21	0	0	0										
Tot. in endemic countries	1256	232	341	217	160	148	331										
Tot. in non-end countries	348	1120	309	6	256	224	19										
No. of countries	23	20	16	5	8	8	9										
No. of endemic countries	4	4	4	3	3	3	3										

Countries in yellow are endemic. Countries in pale yellow are considered to have active transmission (i.e. within the previous 6 months) of an imported poliovirus.  
<sup>1</sup>Data in WHO HQ on 07 January 2014 for 2013 data and 06 January 2015 for 2014 data. <sup>2</sup>Wild viruses from environmental samples, contacts and other sources. <sup>3</sup>In March 2014, a serotype 1 wild poliovirus was detected in an environment specimen from Brazil, further investigation indicates this is an isolated event without evidence of circulation. <sup>4</sup>Results are based on L20B positive culture. Prior to reporting week 16, 2014, results were based on a combination of direct qRT-PCR on RNA from concentrated sewage and L20B positive culture. <sup>5</sup>The 2010 total includes cases with inadequate specimens that were exceptionally classified as confirmed polio based on their association with the WPV1 outbreak. <sup>6</sup>Includes 1 case in 2012 with a mixture of W1V3 virus. NA - Most recent case had onset prior to 1999.

Data in WHO HQ as of 06 January 2015

Fuente: "The Global Polio Eradication Initiative"

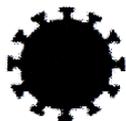
### Mapa 1. Distribución de los casos de polio en el mundo (Año 2015)



Fuente: “The Global Polio Eradication Initiative”

### Bibliografía

- Centro Nacional de Epidemiología. Plan Nacional de Erradicación de la poliomielitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda, año 2014. Madrid, Noviembre 2015.  
[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/pdf\\_2015/Informe\\_anual\\_PFA\\_2014v1.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/pdf_2015/Informe_anual_PFA_2014v1.pdf)
- World Health Organization. Global Polio Eradication initiative.  
<http://www.polioeradication.org> , <http://www.who.int/immunization/en/>
- World Health Organization. Number of polio cases reported globally  
<http://www.polioeradication.org/casecount.asp>



## INFORME:

# VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. SITUACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2014<sup>1</sup>

## INDICE:

Resumen .....	16
1. Introducción .....	17
2. Diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid .....	17
3. Prevalencia de infecciones por VIH .....	31
4. Casos de sida en la Comunidad de Madrid .....	33
5. Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/sida .....	43
6. Comorbilidades en pacientes infectados por el VIH .....	47
7. Vigilancia de la transmisión vertical de la infección por VIH.....	49
8. Conclusiones .....	50
9. Bibliografía relacionada .....	51
10. Agradecimientos.....	52

---

1 Elaborado por: Carlos Cevallos, José Verdejo, Concepción Izarra, M<sup>a</sup> Teresa Ruano.

## RESUMEN

Entre 2007 y 2014 se han diagnosticado y notificado 9.049 infecciones por VIH en la Comunidad de Madrid. La incidencia es de 17,7 diagnósticos por 100.000 habitantes. El 84,8% son hombres y la media de edad al diagnóstico fue 35,2 años. El 75% de los hombres adquirieron la infección vía HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y en mujeres el 91,3% adquirieron la infección por vía HTX (heterosexual). El 45,4% había nacido fuera de España. El 25,3% tenía una cifra menor de 200 linfocitos CD4/ $\mu$ 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 HTX y UDI (usuarios de drogas inyectadas) respecto a HSH. 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 2014 es de 354,9 por 100.000. Es mayor en hombres respecto a mujeres (582,6 vs 136,9 por 100.000) y en foráneos respecto a nacidos en España (450,5 vs 324,3 por 100.000).

Hasta diciembre de 2014 se han diagnosticado 22.467 casos de sida, el 59,2% 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 el periodo 2007-2014 se han diagnosticado 2.552 casos de sida. El 76,9% han sido hombres y el 70,3% tenían entre 30 y 49 años de edad al diagnóstico. El 43,8% de los casos de sida en hombres adquirieron el VIH por relaciones sexuales con otros hombres y el 30,6% eran usuarios de drogas inyectadas (UDI). En mujeres el 67,8% adquirieron el VIH por relaciones heterosexuales (HTX).

Durante el periodo 2007-2014 han fallecido 1.999 personas con infección por VIH. El 53,4% tenían entre 40 y 49 años de edad. Del total de fallecidos, el 57,2% fue debido a eventos NO sida. En cambio en aquellas que fueron diagnosticadas a partir de 2007 las causas de éxitus fueron los eventos sida en el 58%.

## 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 Salud Pública. 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](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 2014

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 2007-2014. Los datos correspondientes al año 2013 y 2014 no están consolidados.

Desde el año 2007 hasta el 31 de diciembre de 2014 se han notificado 9.049 nuevos diagnósticos de infección por VIH. La tasa de incidencia es de 17,7 diagnósticos de infección por VIH por 100.000 habitantes.

Del total de nuevos diagnósticos de VIH, 1.443 (15,9%) han desarrollado enfermedades diagnósticas de sida y 270 (3%) han fallecido en este periodo.

### Sexo y edad al diagnóstico

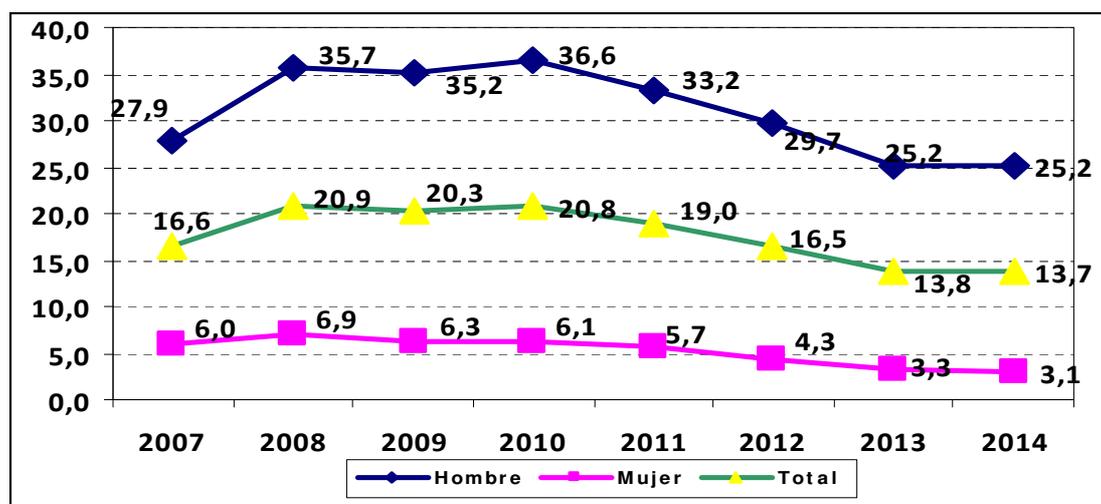
El 84,8% de los diagnósticos de infección por VIH son hombres, la tasa de incidencia es de 31,1 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 5,2 por 100.000 en mujeres. El número y porcentaje de infecciones diagnosticadas en hombres y mujeres y la incidencia en ambos se recogen en la Tabla 1 y Gráfico 1. La media de edad al diagnóstico es de 35,2 años (DE: 10,6). En el Gráfico 2 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.

**Tabla 1. Diagnósticos de infección por VIH.  
Comunidad de Madrid (CM) 2007-2014.  
Distribución por año de diagnóstico y sexo**

	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	n	%	
2007	821	81,4	188	18,6	1009
2008	1086	83,0	223	17,0	1309
2009	1089	84,1	206	15,9	1295
2010	1143	85,0	202	15,0	1345
2011	1040	84,4	192	15,6	1232
2012	930	86,5	145	13,5	1075
2013	787	87,6	111	12,4	898
2014	782	88,3	104	11,7	886
<b>Total</b>	<b>7678</b>	<b>84,8</b>	<b>1371</b>	<b>15,2</b>	<b>9049</b>

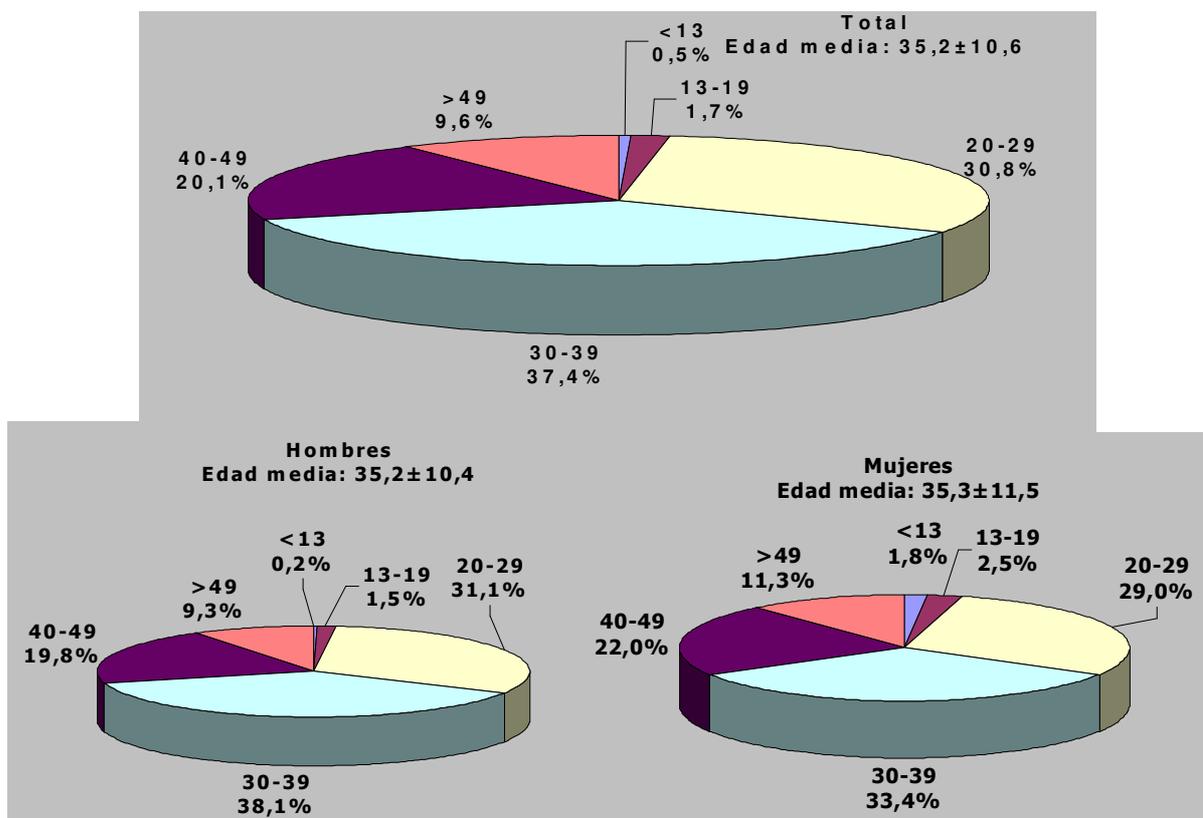
\* Año 2013/14 no consolidado

**Gráfico 1. Diagnósticos de infección por VIH.  
Comunidad de Madrid (CM) 2007-2014  
Tasas de incidencia por 100.000 h.  
según sexo y año de diagnóstico de infección VIH**



\* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM. Año 2013/14 no consolidado

**Gráfico 2. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**  
Distribución por edad al diagnóstico y sexo



### Mecanismo de transmisión

La distribución por mecanismo de transmisión en hombres y mujeres se encuentra recogida en la Tabla 2. Su evolución por año de diagnóstico en autóctonos y foráneos se encuentra recogida en la Tabla 3.

**Tabla 2. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**  
Distribución por mecanismo de transmisión y sexo

	Hombres			Mujeres			Total		
	n	%		N	%		n	%	
UDI	275	3,6	3,9	58	4,2	4,3	333	3,7	4,0
HSH	5755	75,0	81,2				5755	63,6	68,3
HTX	1032	13,4	14,6	1252	91,3	93,8	2284	25,2	27,1
Otros	23	0,3	0,3	25	1,8	1,9	48	0,5	0,6
Desconocido	81	1,1		7	0,5		88	1,0	
No consta	512	6,7		29	2,1		541	6,0	

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

En el 6% (541) de los diagnósticos no existe información sobre el mecanismo de transmisión, y en el 1% (88), éste consta como desconocido.

De aquellas infecciones por VIH con mecanismo de transmisión conocido, en la mayoría el VIH se adquirió mediante relaciones sexuales sin protección (95%), tan sólo un 4,3% son usuarios de drogas inyectadas (UDI). En hombres, el 79,8% 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).

**Tabla 3. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**  
Distribución por mecanismo de transmisión, lugar de nacimiento y sexo.

**Evolución por año de diagnóstico.**

	Hombres																											
	España													Otros Países														
	HSH		HTX		UDI		Hemo/Transf		Vertical		Otros		Desc/NC		HSH		HTX		UDI		Hemo/Transf		Vertical		Otros		Desc/NC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
07	314	72,2	54	12,4	33	7,6	0	0,0	3	0,7	0	0,0	31	7,1	226	58,5	122	31,6	15	3,9	1	0,3	2	,5	1	0,3	4	1,0
08	472	79,1	49	8,2	30	5,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	45	7,5	338	69,1	106	21,7	13	2,7	2	0,4	1	0,2	0	0,0	2	0,4
09	509	79,4	44	6,9	36	5,6	1	0,2	0	0,0	0	0,0	51	8,0	327	73,0	86	19,2	11	2,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	,70
10	489	76,9	55	8,6	28	4,4	1	0,2	1	0,2	0	0,0	62	9,7	359	70,8	100	19,7	16	3,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	7	1,4
11	501	80,4	49	7,9	27	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46	7,4	301	72,2	75	18,0	13	3,1	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,5
12	473	80,2	58	9,8	18	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	6,9	248	72,9	58	17,1	7	2,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,9
13	385	77,0	59	11,8	11	2,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	44	8,8	206	71,8	42	14,6	4	1,4	1	0,3	2	0,7	0	0,0	0	0,0
14	421	81,1	34	6,6	9	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	55	10,6	186	70,7	41	15,6	4	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>3564</b>	<b>78,5</b>	<b>402</b>	<b>8,9</b>	<b>192</b>	<b>4,2</b>	<b>2</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>0,1</b>	<b>1</b>	<b>0,0</b>	<b>375</b>	<b>8,3</b>	<b>2191</b>	<b>69,8</b>	<b>630</b>	<b>20,1</b>	<b>83</b>	<b>2,6</b>	<b>6</b>	<b>0,2</b>	<b>8</b>	<b>0,3</b>	<b>1</b>	<b>0,0</b>	<b>22</b>	<b>0,7</b>

	Mujeres																							
	España											Otros Países												
	HTX		UDI		Hemo/Transf		Vertical		Otros		Desc/NC		HTX		UDI		Hemo/Transf		Vertical		Otros		Desc/NC	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
07	46	78,0	9	15,3	0	0,0	3	5,1	0	0,0	1	1,7	127	98,4	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0
08	47	81,0	9	15,5	0	0,0	2	3,4	0	0,0	0	0,0	156	94,5	4	2,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0	4	2,4
09	48	78,7	6	9,8	0	0,0	4	6,6	1	1,6	2	3,3	143	98,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4
10	38	71,7	9	17,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	5	9,4	143	96,0	2	1,3	0	0,0	2	1,3	0	0,0	2	1,3
11	49	76,6	6	9,4	1	1,6	2	3,1	0	0,0	6	9,4	123	96,1	2	1,6	0	0,2	2	1,6	0	0,0	1	0,8
12	33	78,6	3	7,1	0	0,0	1	2,4	0	0,0	5	11,9	99	96,1	1	1,0	0	0,3	1	1,0	0	0,0	2	1,9
13	33	82,5	7	17,5	0	0,0	0	0,2	0	0,0	0	0,0	70	98,6	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14	20	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	23,1	77	98,7	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>77,9</b>	<b>49</b>	<b>12,2</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>13</b>	<b>3,2</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>25</b>	<b>6,2</b>	<b>938</b>	<b>96,9</b>	<b>9</b>	<b>0,9</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	<b>8</b>	<b>0,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>11</b>	<b>1,1</b>

\* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales. Los casos por hemoderivados o transfusión han ocurrido fuera de España salvo un caso ocurrido en España hace más de 25 años.

#### Análisis por país de nacimiento

El 45,4% (4.105) de los nuevos diagnósticos ha nacido fuera de España. La tasa de incidencia en personas nacidas en España es de 11,9 diagnósticos por 100.000 y en foráneos de 42,5 diagnósticos por 100.000 (Tabla 4 y Gráfico 3). De las infecciones diagnosticadas en personas nacidas fuera de España, la mayoría habían nacido en América Latina (62,1%), seguido de África Subsahariana (17,7%) (Gráfico 4).

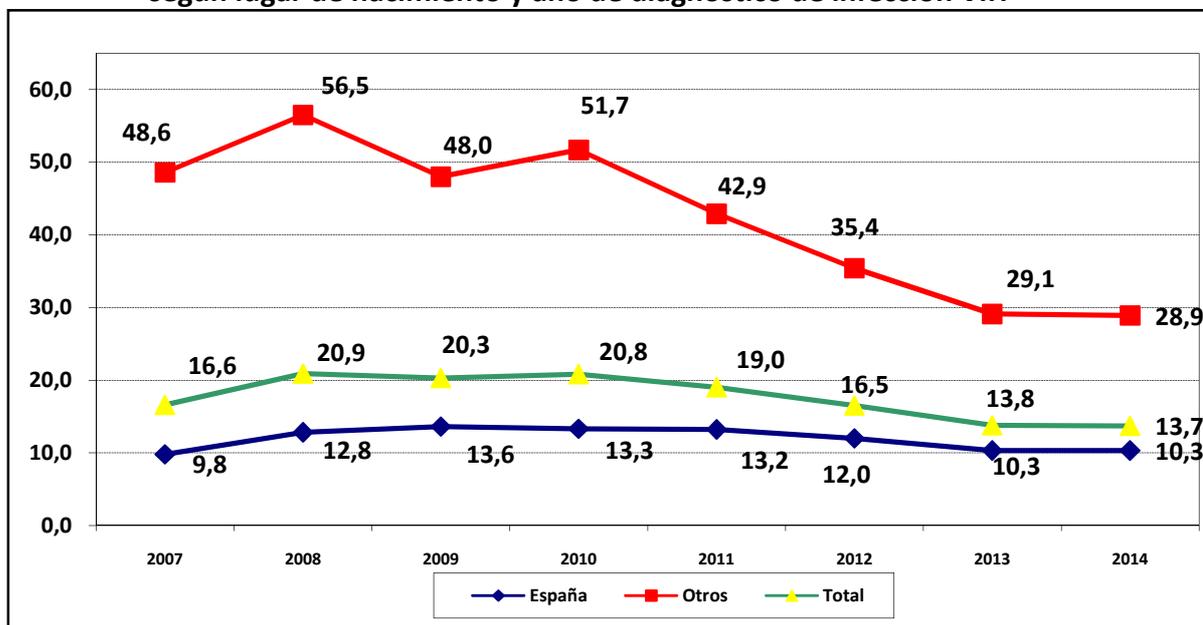
**Tabla 4. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**

**Distribución según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.**

	España		Otros		Total
	n	%	n	%	
<b>2007</b>	<b>494</b>	<b>49,0</b>	<b>515</b>	<b>51,0</b>	<b>1009</b>
<b>2008</b>	<b>655</b>	<b>50,0</b>	<b>654</b>	<b>50,0</b>	<b>1309</b>
<b>2009</b>	<b>702</b>	<b>54,2</b>	<b>593</b>	<b>45,8</b>	<b>1295</b>
<b>2010</b>	<b>689</b>	<b>51,2</b>	<b>656</b>	<b>48,8</b>	<b>1345</b>
<b>2011</b>	<b>687</b>	<b>55,8</b>	<b>545</b>	<b>44,2</b>	<b>1232</b>
<b>2012</b>	<b>632</b>	<b>58,8</b>	<b>443</b>	<b>41,2</b>	<b>1075</b>
<b>2013</b>	<b>540</b>	<b>60,1</b>	<b>358</b>	<b>39,9</b>	<b>898</b>
<b>2014</b>	<b>545</b>	<b>61,5</b>	<b>341</b>	<b>38,5</b>	<b>886</b>
<b>Total</b>	<b>4944</b>	<b>54,6</b>	<b>4105</b>	<b>45,4</b>	<b>9049</b>

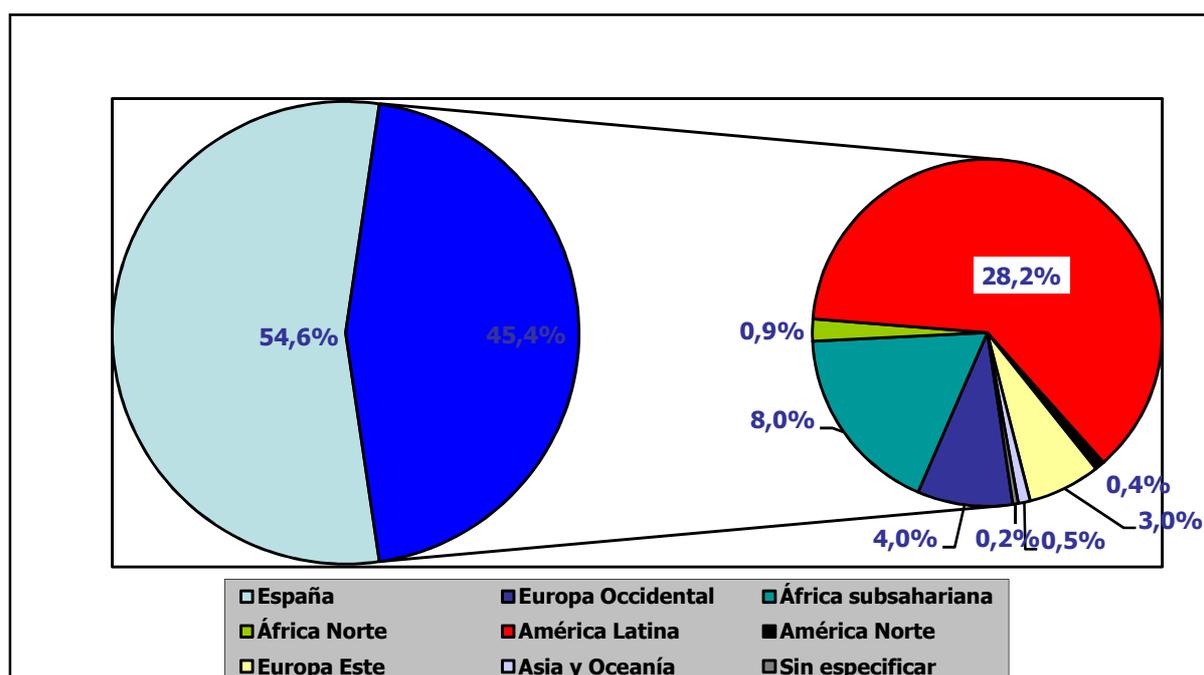
\* Año 2013/14 no consolidado

**Gráfico 3. Diagnósticos de infección por VIH.  
Comunidad de Madrid 2007-2014  
Tasas de incidencia por 100.000 h.  
según lugar de nacimiento y año de diagnóstico de infección VIH**



\* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM  
Año 2013/14

**Gráfico 4. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.  
Distribución por lugar de nacimiento**



El 76,4% de los nuevos diagnósticos en personas nacidas fuera de España son hombres, este porcentaje es del 91,8% en personas nacidas en España. La incidencia de infección por VIH es mayor en foráneos respecto a autóctonos y en hombres en comparación con las mujeres. (Tabla 5)

**Tabla 5. Diagnósticos de infección por VIH. Comunidad de Madrid 2007-2014**  
Tasas de incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y sexo

<b>Total</b>			<b>17,7</b>
	<b>Hombres</b>	<b>31,1</b>	
	<b>Mujeres</b>	<b>5,2</b>	
<hr/>			
<b>España</b>			<b>11,9</b>
	<b>Hombres</b>	<b>22,7</b>	
	<b>Mujeres</b>	<b>1,9</b>	
<hr/>			
<b>Otros</b>			<b>42,5</b>
	<b>Hombres</b>	<b>67,3</b>	
	<b>Mujeres</b>	<b>19,4</b>	

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

La media de edad al diagnóstico es de 34 años en foráneos, mientras que en autóctonos la media de edad es de 38 años en mujeres y de 36 en hombres. La distribución por grupos de edad al diagnóstico se encuentra en la Tabla 6.

**Tabla 6. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**

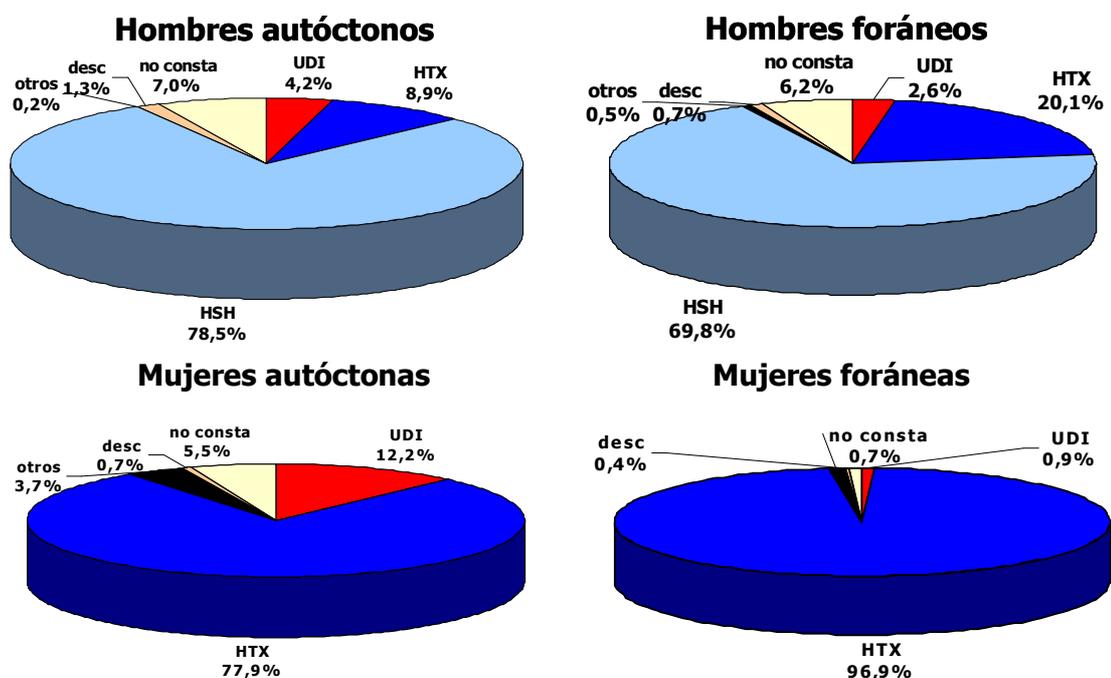
**Distribución por edad al diagnóstico, sexo y lugar de nacimiento**

	<b>España</b>				<b>Otros</b>			
	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>&lt;13</b>	<b>7</b>	<b>0,2</b>	<b>15</b>	<b>3,7</b>	<b>11</b>	<b>0,4</b>	<b>9</b>	<b>0,9</b>
<b>13-19</b>	<b>63</b>	<b>1,4</b>	<b>4</b>	<b>1,0</b>	<b>53</b>	<b>1,7</b>	<b>30</b>	<b>3,1</b>
<b>20-29</b>	<b>1381</b>	<b>30,4</b>	<b>57</b>	<b>14,1</b>	<b>1009</b>	<b>32,2</b>	<b>341</b>	<b>35,2</b>
<b>30-39</b>	<b>1611</b>	<b>35,5</b>	<b>125</b>	<b>31,0</b>	<b>1310</b>	<b>41,8</b>	<b>333</b>	<b>34,4</b>
<b>40-49</b>	<b>952</b>	<b>21,0</b>	<b>141</b>	<b>35,0</b>	<b>564</b>	<b>18,0</b>	<b>161</b>	<b>16,6</b>
<b>&gt;49</b>	<b>522</b>	<b>11,5</b>	<b>61</b>	<b>15,1</b>	<b>190</b>	<b>6,1</b>	<b>94</b>	<b>9,7</b>

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

**Gráfico 5. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**

**Distribución por mecanismo de transmisión, sexo y lugar de nacimiento**



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

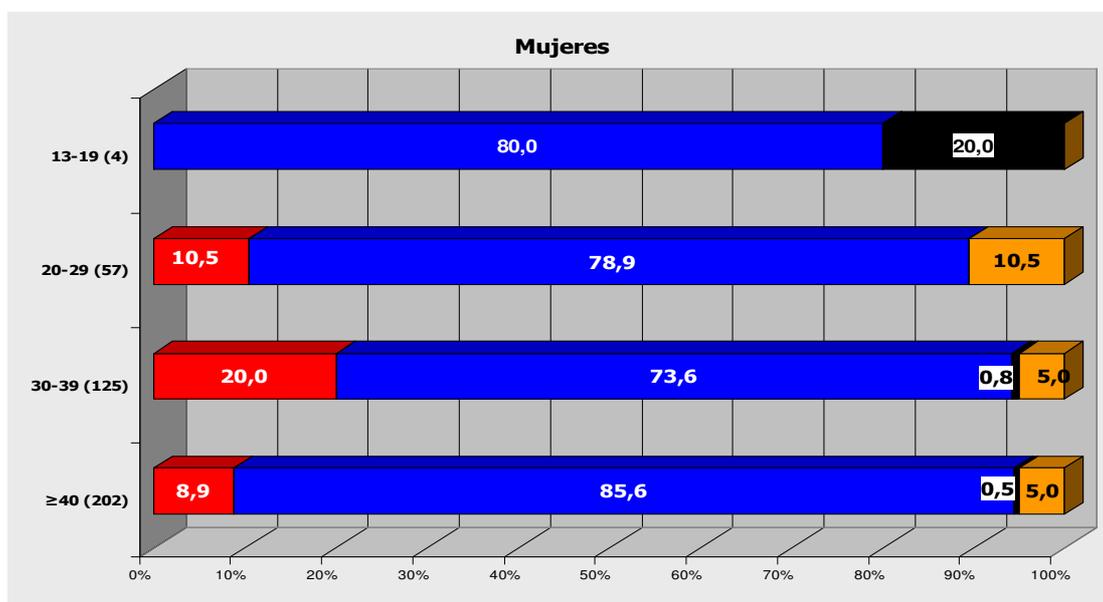
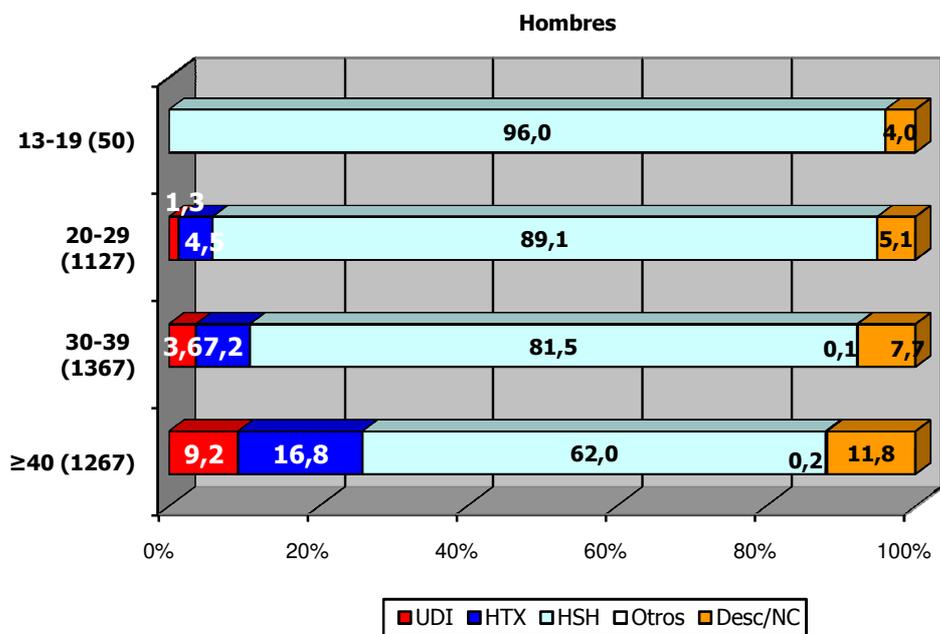
En hombres nacidos en España, el 78,5% de los nuevos diagnósticos son HSH, en foráneos la proporción de HSH es menor (69,8%). En mujeres nacidas en España, el 77,9% de las nuevas infecciones son por transmisión HTX, en foráneas este porcentaje es del 96,9%.

En los Gráficos 6 y 7 se encuentran recogidas la distribución por mecanismo de transmisión según los grupos de edad al diagnóstico en autóctonos y foráneos.

**Gráfico 6. Diagnósticos de infección por VIH en personas nacidas en España.**

**CM 2007-2014**

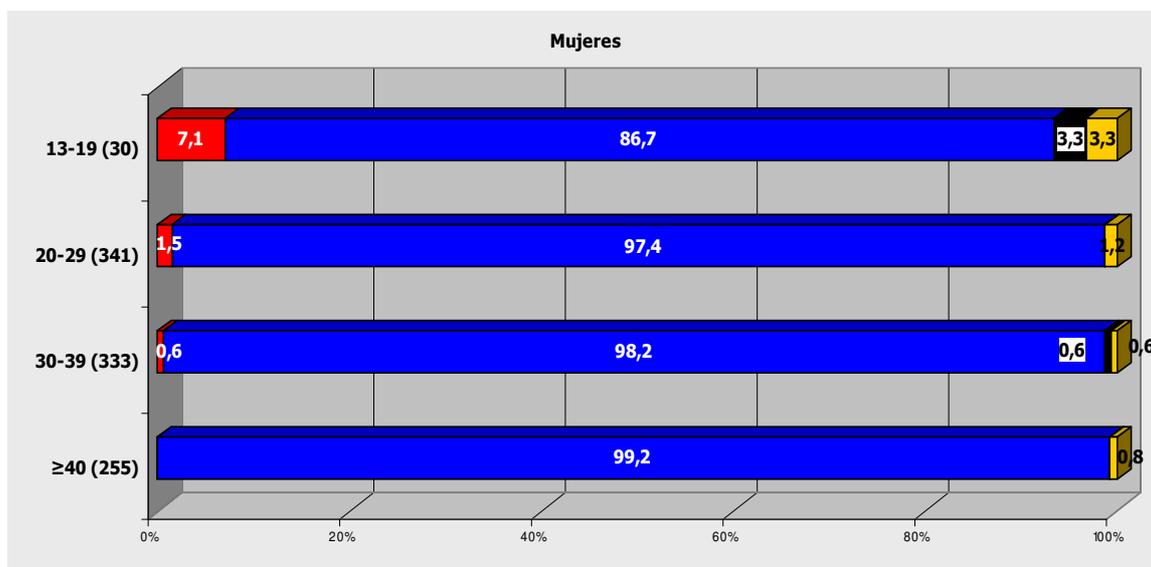
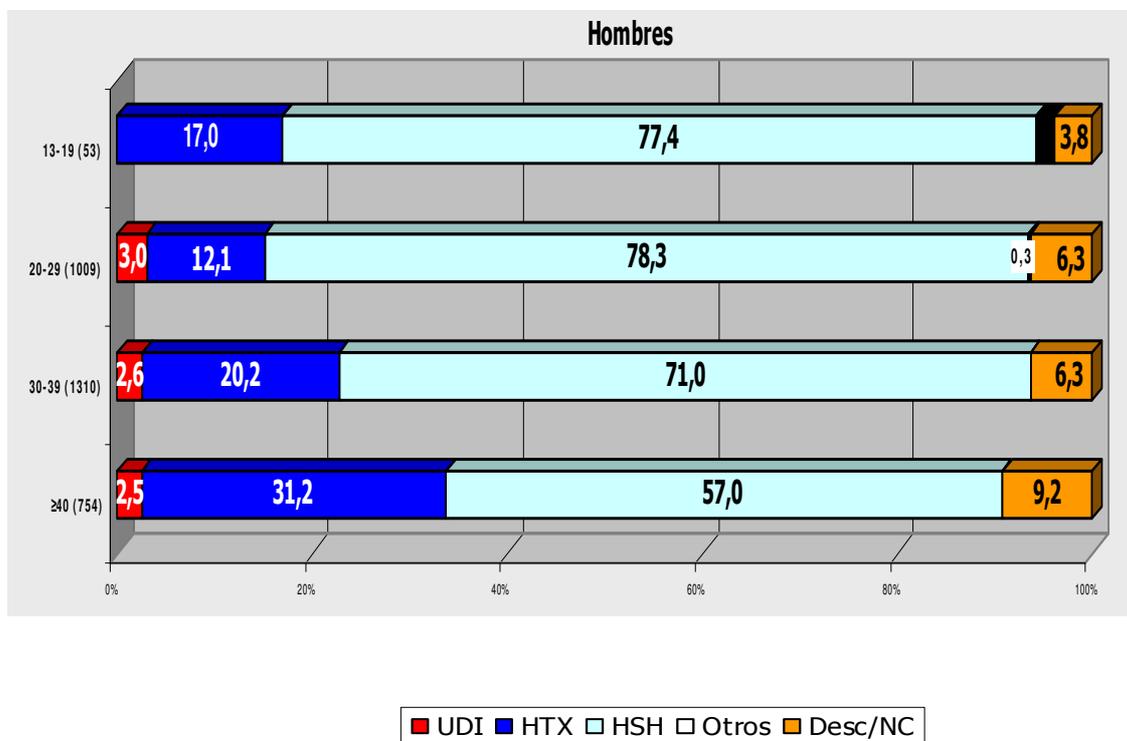
**Distribución por edad al diagnóstico, mecanismo de transmisión y sexo**



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

### Gráfico 7. Diagnósticos de infección por VIH en personas nacidas fuera de España. CM 2007-2014

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 diferencias en las características epidemiológicas de la infección por VIH según el área geográfica de nacimiento. Tabla 7.

**Tabla 7. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**

**Principales características epidemiológicas por área geográfica de nacimiento**

	Sexo	Grupo de edad al diagnóstico	Mecanismo de transmisión
España	Hombres: 91,8%	30-39 años: 35,1%	HSH: 72,1%
África Subsahariana	Mujeres: 55,8%	30-39 años: 37,9%	HTX: 92,9%
América Latina	Hombres: 83,2%	30-39 años: 39,9%	HSH: 66,8%
Europa Occidental	Hombres: 94,7%	30-39 años: 44,6%	HSH: 78,1%
Europa Oriental	Hombres: 69,5%	20-29 años: 44,0%	HTX: 38,2%

**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/ $\mu$ l
- “Presentación con enfermedad avanzada”: CD4+ < 200 células/ $\mu$ l

Hemos incluido también en el análisis el límite de 500 linfocitos CD4+.

Del total de nuevos diagnósticos de VIH notificados, en 7.561 (83,6%) constaba la cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico. La mediana de linfocitos CD4 en el periodo 2007-2014 es de

403 células/ $\mu$ l (rango intercuartílico: 198-623). Para el análisis de la mediana se han excluido las infecciones agudas/recientes.

**Tabla 8. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**

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

	N	Mediana CD4	<200 células/ $\mu$ l (PEA) %	<350 células/ $\mu$ l (DT) %	<500 células/ $\mu$ l %
2007	783	344	30,8	50,8	70,1
2008	1084	391	25,3	43,1	63,6
2009	1078	405	25,8	42,9	61,2
2010	1095	400	24,4	42,3	61,3
2011	1023	382	27,2	46,1	64,3
2012	926	417	24,4	41,5	60,5
2013	783	431	23,5	40,5	58,7
2014	789	464	21,0	36,2	55,0
07-14	7561	403 RI: 198-623	25,3	43,0	61,9

\* PEA: Presentación con enfermedad avanzada; DT: Diagnóstico tardío

El 25,3% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH presentaban enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico (<200 linfocitos CD4/ $\mu$ l), el 43% tenía menos de 350 células/ $\mu$ l y el 61,9% menos de 500 células/ $\mu$ l. Estos porcentajes se observan que disminuyen por lo general durante estos años, de forma paralela al aumento de la mediana de linfocitos CD4 (Tabla 8).

El retraso en el diagnóstico es mayor en foráneos que en aquellas personas nacidas en España, el 29,6% de los diagnósticos en foráneos tenía menos de 200 células/ $\mu$ l, este porcentaje es de 21,9% en autóctonos. (Tabla 9 y Tabla 10). Tanto en personas nacidas en España como fuera, los porcentajes de retraso en el diagnóstico son mayores en mujeres que en hombres, este dato no implica que el retraso diagnóstico sea mayor en las mujeres, ya que el diagnóstico más precoz se observa en varones HSH lo que determina que globalmente las mujeres se diagnostiquen más tarde (cómo se expone más adelante - Gráficos 8 y 9 - cuando se comparan hombres y mujeres que han adquirido el VIH por el mismo mecanismo de transmisión no se observa esta diferencia entre ambos sexos). También en foráneos y autóctonos es mayor el retraso en el diagnóstico cuanto mayor es la edad de diagnóstico de VIH.

Tabla 9 Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014

en personas nacidas en España.

Porcentajes de retraso en el diagnóstico.

	<b>N</b>	<b>&lt; 200</b>	<b>&lt; 350</b>	<b>&lt; 500</b>
<b>Total</b>	<b>4227</b>	<b>21,9</b>	<b>38,1</b>	<b>56,8</b>
<b>Sexo</b>				
-Hombres	<b>3891</b>	<b>20,8</b>	<b>36,9</b>	<b>56,0</b>
-Mujeres	<b>336</b>	<b>34,5</b>	<b>51,8</b>	<b>65,8</b>
<b>Edad</b>				
- <13	<b>19</b>	<b>5,3</b>	<b>21,1</b>	<b>31,6</b>
- 13-19	<b>55</b>	<b>3,6</b>	<b>18,2</b>	<b>32,7</b>
- 20-29	<b>1209</b>	<b>7,7</b>	<b>23,8</b>	<b>45,1</b>
- 30-39	<b>1476</b>	<b>18,9</b>	<b>34,2</b>	<b>53,5</b>
- 40-49	<b>951</b>	<b>32,3</b>	<b>50,8</b>	<b>67,7</b>
- >49	<b>517</b>	<b>47,4</b>	<b>61,9</b>	<b>77,0</b>

Tabla 10. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014

en personas nacidas fuera de España.

Porcentajes de retraso en el diagnóstico.

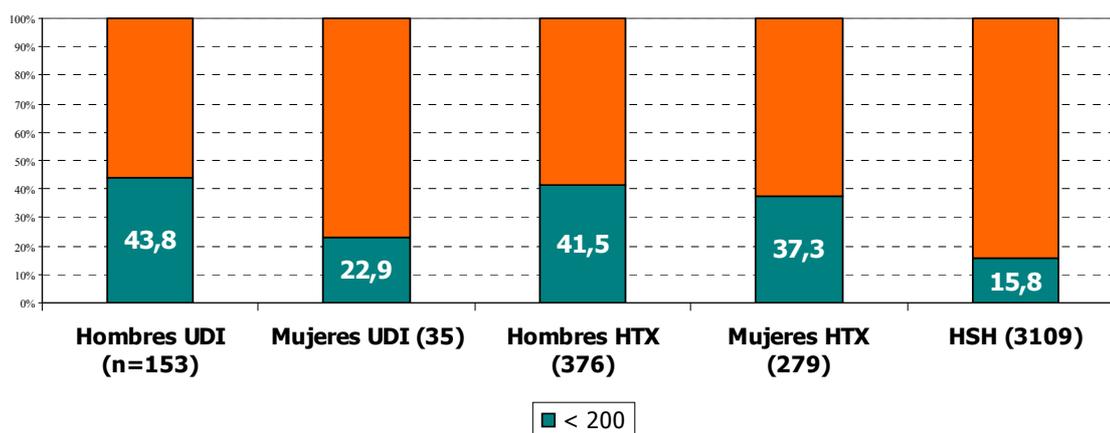
	<b>N</b>	<b>&lt; 200</b>	<b>&lt; 350</b>	<b>&lt; 500</b>
<b>Total</b>	<b>3334</b>	<b>29,6</b>	<b>49,2</b>	<b>68,4</b>
<b>Sexo</b>				
- Hombres	<b>2556</b>	<b>26,8</b>	<b>46,0</b>	<b>65,7</b>
- Mujeres	<b>778</b>	<b>38,8</b>	<b>59,5</b>	<b>77,1</b>
<b>Edad</b>				
- <13	<b>12</b>	<b>25,0</b>	<b>41,7</b>	<b>50,0</b>
- 13-19	<b>60</b>	<b>13,3</b>	<b>28,3</b>	<b>51,7</b>
- 20-29	<b>1054</b>	<b>21,5</b>	<b>40,2</b>	<b>61,6</b>
- 30-39	<b>1340</b>	<b>30,3</b>	<b>50,6</b>	<b>69,6</b>
- 40-49	<b>622</b>	<b>38,9</b>	<b>56,9</b>	<b>74,6</b>
- >49	<b>246</b>	<b>42,5</b>	<b>65,4</b>	<b>80,5</b>

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 8 y Gráfico 9). El 15,8% de los diagnósticos en HSH nacidos en España y el 20% en HSH foráneos presentaban enfermedad avanzada.

**Gráfico 8. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014**

**en personas nacidas en España.**

**Porcentajes de enfermedad avanzada por sexo y mecanismo de transmisión.**

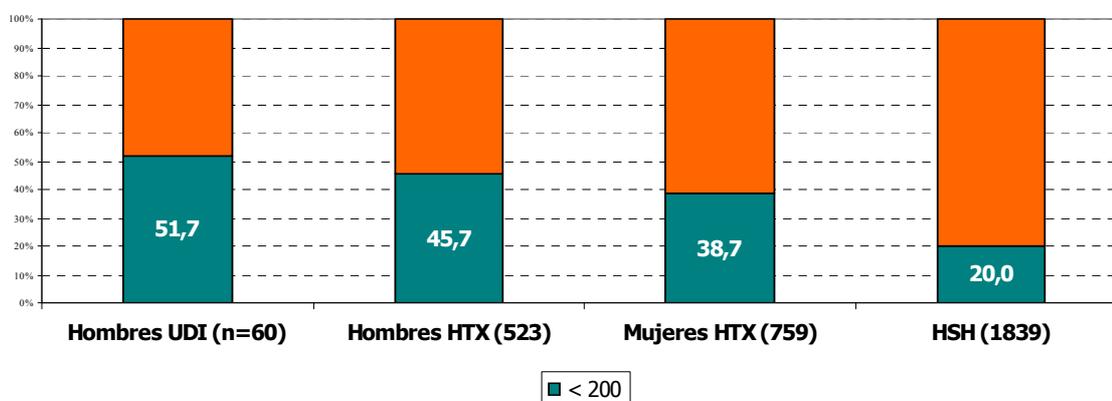


\* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales

**Gráfico 9. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014**

**en personas nacidas fuera de España.**

**Porcentajes de enfermedad avanzada por sexo y mecanismo de transmisión.**



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

Cifra de linfocitos CD4 disponible 6 mujeres UDI, CD4<200: 16,7%

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 39,8% y el 44,8% de los diagnósticos en estas personas presentaban enfermedad avanzada. (Tabla 11).

**Tabla 11. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014**

**Porcentajes de retraso en el diagnóstico por área geográfica de nacimiento.**

	<b>N</b>	<b>&lt; 200</b>	<b>&lt; 350</b>	<b>&lt; 500</b>
<b>E. Occidental</b>	<b>296</b>	<b>13,2</b>	<b>31,8</b>	<b>57,1</b>
<b>E. Oriental</b>	<b>226</b>	<b>35,4</b>	<b>48,7</b>	<b>61,1</b>
<b>A. Subsahariana</b>	<b>555</b>	<b>39,8</b>	<b>61,6</b>	<b>79,8</b>
<b>Norte África y Oriente Medio</b>	<b>67</b>	<b>44,8</b>	<b>61,2</b>	<b>71,6</b>
<b>A. del Norte</b>	<b>33</b>	<b>27,3</b>	<b>36,4</b>	<b>60,6</b>
<b>América Latina</b>	<b>2104</b>	<b>28,2</b>	<b>48,3</b>	<b>67,7</b>
<b>Asia</b>	<b>40</b>	<b>25,0</b>	<b>45,0</b>	<b>70,0</b>

### **3. PREVALENCIA DE INFECCIONES POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

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 2011 hasta 31 de diciembre de 2014. La búsqueda de fallecidos y traslados a otras CCAA se ha llevado a cabo revisando Tanatos<sup>1</sup>, Cibeles<sup>2</sup> y CMBD<sup>3</sup>. El denominador se ha obtenido a partir del padrón continuo de la CM.

Con estos criterios, a 31 de diciembre de 2014 el número de pacientes infectados por VIH, con una edad entre 15 y 64 años, residentes en la CM era al menos de 15.574, lo que representa una tasa de prevalencia de 355 por 100.000 habitantes. La distribución de la prevalencia por sexo y lugar de nacimiento está incluida en la Tabla 12.

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 éxitos y casos no notificados de infección VIH/sida.

**Tabla 12. Personas vivas con infección por VIH a 31 de diciembre de 2014. CM**

	Número de casos vivos	Tasa x 100.000
Total (15-64 años)	15.574	354,9
Nacidos en España	10.784	324,3
Nacidos fuera de España	4.790	450,5
<b>Hombres (15-64 años)</b>		
Hombres (15-64 años)	12.506	582,6
Nacidos en España	8.867	538,3
Nacidos fuera de España	3.639	728,7
<b>Mujeres (15-64 años)</b>		
Mujeres (15-64 años)	3.068	136,9
Nacidos en España	1.917	114,3
Nacidos fuera de España	1.151	204,1

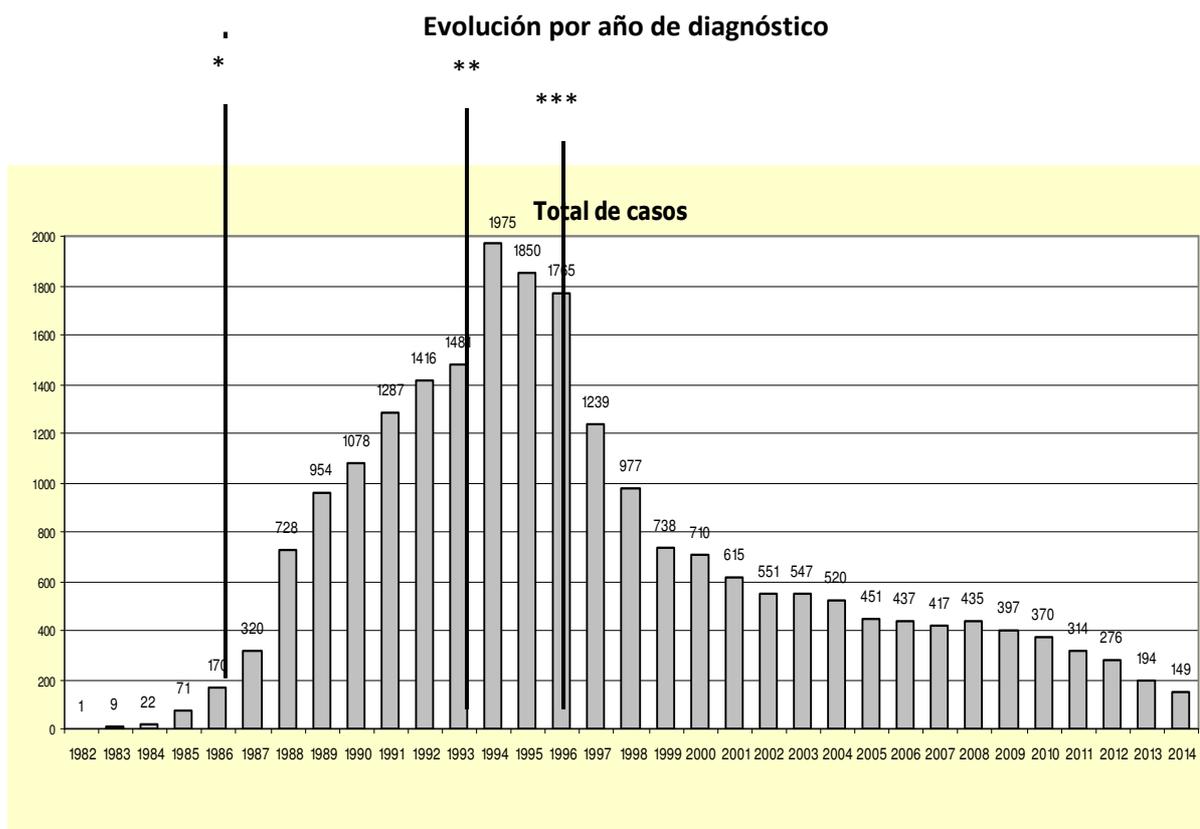
#### 4. CASOS DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2014

Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2014 se han diagnosticado 22.467 casos de sida notificados en la CM. Se sabe que el 59,2% de los casos han fallecido.

##### Incidencia de casos diagnosticados de sida

La incidencia de casos diagnosticados de sida se vio afectada por la ampliación de los criterios definitorios de sida (revisiones en 1985, 1987 y 1992) y la aparición de la terapia antirretroviral (TAR) en 1996-1997, responsable de un retraso en el desarrollo de la enfermedad además de mejorar la supervivencia en las personas infectadas, observando una disminución en la incidencia anual de sida. Desde entonces, los nuevos diagnósticos de casos de sida se producen, fundamentalmente, a expensas de diagnósticos tardíos de infección por el VIH, personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral ó que éste es ineficaz y pacientes de larga evolución. Hoy día la incidencia continúa disminuyendo aunque de forma no tan marcada (Gráfico 10).

**Gráfico 10. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2014**



\* 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)

Año 2014 no consolidado

**Sexo y edad de diagnóstico**

Del total de casos notificados el 79,6% son hombres. (Tabla 13).

**Tabla 13. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2014.****Distribución por sexo y año de diagnóstico de sida**

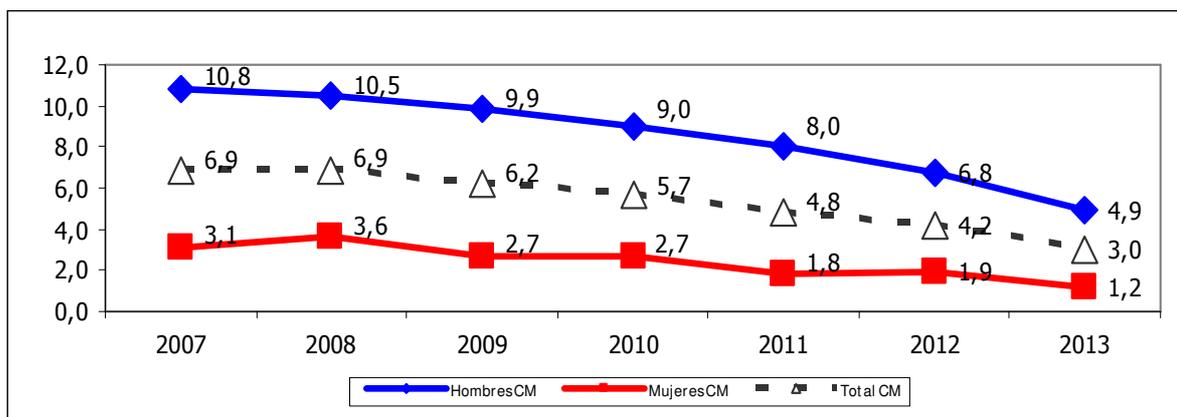
	Hombres		Mujeres		TOTAL
	N	%	N	%	
1982	1	100,0	0	0,0	1
1983	8	88,9	1	11,1	9
1984	21	95,5	1	4,5	22
1985	62	87,3	9	12,7	71
1986	139	81,8	31	18,2	170
1987	274	85,6	46	14,4	320
1988	581	79,8	147	20,2	728
1989	787	82,5	167	17,5	954
1990	906	84,0	172	16,0	1078
1991	1064	82,7	223	17,3	1287
1992	1152	81,4	264	18,6	1416
1993	1188	80,2	293	19,8	1481
1994	1571	79,4	407	20,6	1978
1995	1493	80,7	357	19,3	1850
1996	1402	79,4	363	20,6	1765
1997	941	75,9	298	24,1	1239
1998	748	76,6	229	23,4	977
1999	571	77,4	167	22,6	738
2000	551	77,6	159	22,4	710
2001	500	81,3	115	18,7	615
2002	416	75,5	135	24,5	551
2003	437	79,9	110	20,1	547
2004	404	77,7	116	22,3	520
2005	359	79,6	92	20,4	451
2006	342	78,3	95	21,7	437
2007	319	76,5	98	23,5	417
2008	319	73,3	116	26,7	435
2009	307	77,3	90	22,7	397
2010	280	75,7	90	24,3	370
2011	252	80,3	62	19,7	314
2012	213	77,2	63	22,8	276
2013	152	78,4	42	21,6	194
2014	120	80,5	29	19,5	149
<b>TOTAL</b>	<b>17880</b>	<b>79,6</b>	<b>4587</b>	<b>20,4</b>	<b>22467</b>

\*Año 2014 no consolidado

La incidencia de casos de sida disminuye en población general, hombres y mujeres. (Gráfico 11).

**Gráfico 11. Casos de sida. CM 2007-2014**

**Tasas de incidencia por 100.000**



\* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM  
Año 2014 no consolidado.

La distribución por edad al diagnóstico de sida en el periodo 2007-2014 se encuentran recogidas en el Gráfico 12 y Tabla 14. La media de edad es de 41,2 años (DE: 10,3), en hombres 41,7 años (DE: 10,4) y en mujeres 39,6 (DE: 9,9).

**Gráfico 12. Casos de sida. CM 2007-2014**

**Edad al diagnóstico**

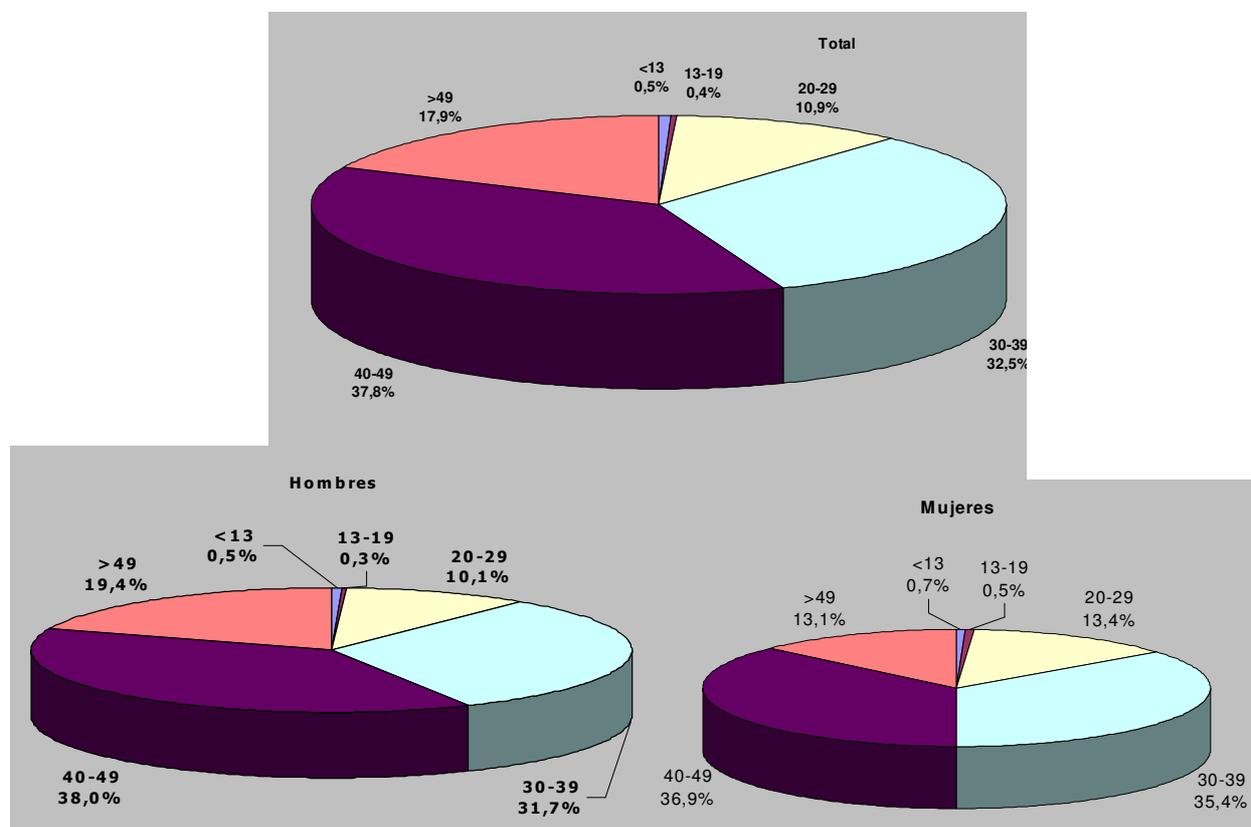


Tabla 14. Casos de sida. CM 2007-2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Datos acumulados 1982-2013
<b>GRUPOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA<sup>b</sup></b>									
<13	5	1	2	1	0	1	3	0	343
13-19	0	4	0	0	1	3	1	0	156
20-29	54	41	50	37	40	21	17	18	6214
30-39	139	153	136	117	98	87	58	42	10129
40-49	165	168	148	144	124	110	58	47	3796
>49	54	68	61	71	51	54	57	42	1616
<b>HOMBRES (13 Ó MÁS AÑOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)<sup>b</sup></b>									
UDI	113	118	97	74	75	663	33	26	11197
HTX	61	63	53	56	46	31	29	17	1548
HSH	114	111	130	125	125	110	76	68	4110
HD/TF	0	3	2	2	1	0	1	0	245
Vertical	0	0	1	0	0	0	0	0	5
Desconocido/Otros	17	11	6	2	1	0	4	0	373
No consta	10	12	17	20	4	8	7	9	229
<b>SUBTOTAL</b>	<b>316</b>	<b>318</b>	<b>306</b>	<b>279</b>	<b>252</b>	<b>212</b>	<b>150</b>	<b>120</b>	<b>17707</b>
<b>MUJERES (13 Ó MÁS AÑOS DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)<sup>b</sup></b>									
UDI	37	42	27	26	14	12	13	5	2665
HTX	58	72	58	64	47	49	28	24	1585
HD/TF	0	2	1	0	0	0	0	0	52
Vertical	0	0	1	0	1	0	0	0	5
Desconocido/Otros	0	0	1	0	0	0	0	0	78
No consta	1	0	1	0	0	2	0	0	30
<b>SUBTOTAL</b>	<b>96</b>	<b>116</b>	<b>89</b>	<b>90</b>	<b>62</b>	<b>63</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>4415</b>

<b>CASOS PEDIÁTRICOS (&lt;13 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DE SIDA)</b>									
Vertical	4	1	2	1	0	0	2	0	302
Otros	1	0	0	0	0	1	1	0	43
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>345</b>
<b>PAÍS DE ORIGEN</b>									
España	269	280	244	224	197	170	128	97	20221
Otro	148	155	153	146	117	106	66	52	2246
<b>TOTAL</b>									
	<b>417</b>	<b>435</b>	<b>397</b>	<b>370</b>	<b>314</b>	<b>276</b>	<b>194</b>	<b>149</b>	<b>22467</b>

(a) Año 2014 no consolidado

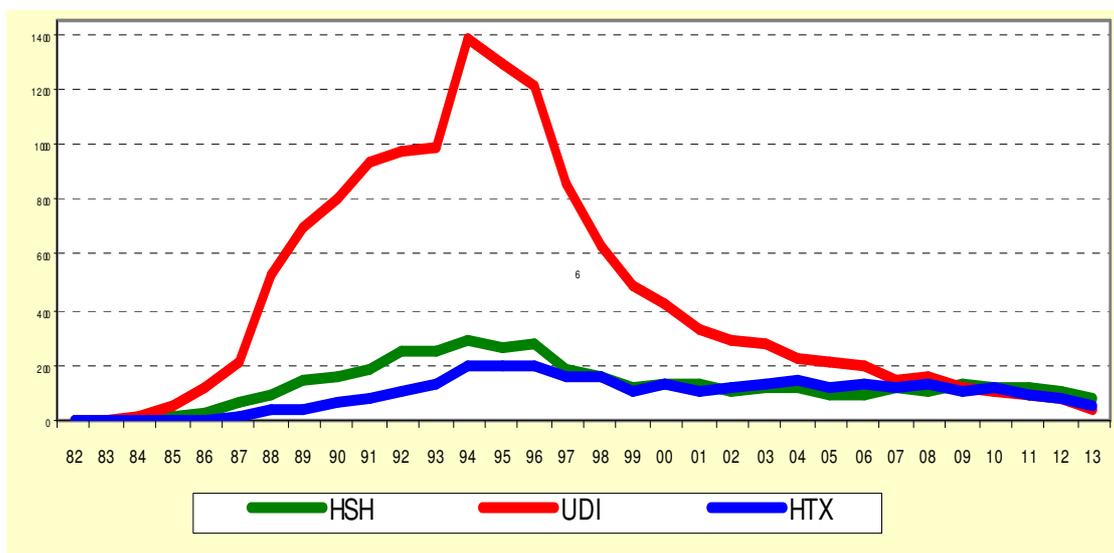
(b) UDI: usuarios o ex-usuarios de drogas inyectables; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

### Mecanismo de transmisión

A partir de 1996 se observa una disminución del número de casos de sida en todas las vías de transmisión, pero principalmente en UDI, este descenso continua aunque de forma no tan marcada. (Gráfico 13). Las características por mecanismo de transmisión se recogen en la Tabla 14.

**Gráfico 13. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2014.**

**Evolución del número de casos por mecanismo de transmisión y año de diagnóstico**



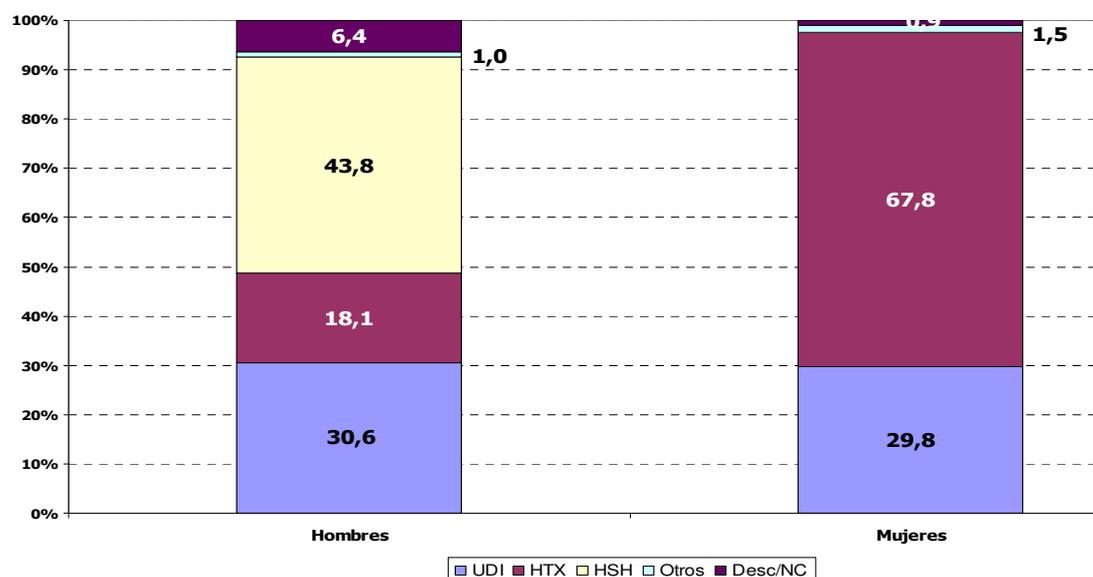
\* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales

Año 2014 no consolidado. HSH: 68; UDI: 31; HTX: 41

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. (Gráfico 14).

**Gráfico 14. Casos de sida. CM 2007-2014**

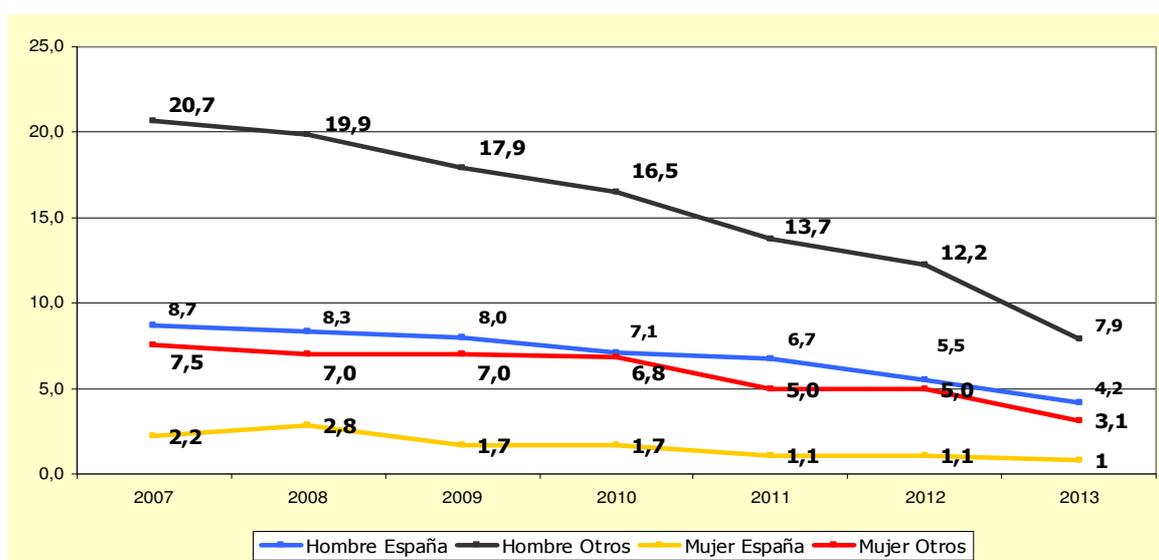
**Porcentaje de casos por mecanismo de transmisión y sexo**



Del total de pacientes diagnosticados de sida, el 10% no habían nacido en España, en el periodo 2007-2014 este porcentaje es del 37%. 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. Las características por sexo, edad de diagnóstico de sida y mecanismo de transmisión del VIH están recogidas en la Tabla 15.

**Gráfico 15. Casos de sida. CM 2007-2014.**

**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

Año 2014 no consolidado. Tasas: Hombres España: 3,2; Otros: 7,1; Mujeres España: 0,6; Otros: 2,1

**Tabla 15. Casos de sida. CM 2007-2014.**  
**Distribución por país de nacimiento**

		ESPAÑA		OTRO PAÍS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
<b>SEXO</b>							
	Hombres	1287	80,0	675	71,6	1962	76,9
	Mujeres	322	20,0	268	28,4	590	23,1
		1609	100,0	943	100,0	2552	100,0
<b>GRUPO DE EDAD</b>							
	<13	2	0,1	11	1,2	13	0,5
	13-19	3	0,2	6	0,6	9	0,4
	20-29	92	5,7	186	19,7	278	10,9
	30-39	444	27,6	386	40,9	830	32,5
	40-49	724	45,0	240	25,5	964	37,8
	>49	344	21,4	114	12,1	458	17,9
		1609	100,0	943	100,0	2552	100,0
<b>MECANISMO DE TRANSMISIÓN<sup>a</sup></b>							
Hombres	UDI	553	43,0	47	7,0	600	30,6
	HTX	130	10,1	226	33,5	356	18,1
	HSH	513	39,9	347	51,4	860	43,8
	Otros	9	0,7	10	1,5	19	1,0
	Desconocido	25	1,9	15	2,2	40	2,0
	No consta	57	4,4	30	4,4	87	4,4
	SUBTOTAL	1287	100,0	675	100,0	1962	100,0
Mujeres	UDI	168	52,2	8	3,0	176	29,8
	HTX	148	46,0	252	94,0	400	67,8
	Otros	2	0,6	7	2,6	9	1,5
	Desconocido	0	0,0	1	0,4	1	0,2
	No consta	4	1,2	0	0,0	4	0,7
	SUBTOTAL	322	100,0	268	100,0	590	100,0

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

### Enfermedades indicativas de sida

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

**Tabla 16a. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2014**  
Enfermedades al diagnóstico de sida.

	2007-2014		1982-2014	
	N	%	N	%
Candidiasis esofágica	344	12,0	3691	14,4
Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar	5	0,2	79	0,3
Coccidiomicosis diseminada	0	0,0	1	0,0
Criptococosis extrapulmonar	44	1,5	271	1,1
Herpes simple mucocutáneo crónico	19	0,7	218	0,8
Herpes simple bronco-pulmonar y/o esofágico	20	0,7	87	0,3
Criptosporidiasis intestinal	29	1,0	394	1,5
Histoplasmosis diseminada	12	0,4	40	0,2
Isosporiasis	7	0,2	38	0,1
Enfermedad por CMV	97	3,4	400	1,6
Retinitis CMV	24	0,8	331	1,3
Neumonía <i>P. jirovecii</i>	560	19,5	4882	19,0
Toxoplasmosis cerebral	135	4,7	1430	5,6
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	107	3,7	610	2,4
Enf. MAI o Kansasi disem/extrapulmonar	32	1,1	363	1,4
TBC diseminada/extrapulmonar	324	11,3	4479	17,4
Otras micobacterias	5	0,2	138	0,5
Sepsis de repetición por Salmonella	2	0,1	71	0,3
Neumonía intersticial linfoide (<13 años)	1	0,0	50	0,2
Infecciones bacterianas recurrentes (<13 años)	3	0,1	93	0,4
Sarcoma de Kaposi	305	10,6	1395	5,4
Linfoma cerebral primario	14	0,5	77	0,3
Linfoma no Hodgkin	172	6,0	807	3,1
Encefalopatía VIH	91	3,2	832	3,2
Caquexia VIH	68	2,4	1547	6,0
Tuberculosis pulmonar (>12 años)	256	8,9	1988	7,7
Neumonías bacterianas repetición (>12 años)	177	6,2	1241	4,8
Carcinoma invasivo de cervix	18	0,6	128	0,5
<b>NÚMERO TOTAL DE CASOS *</b>	<b>2650</b>	<b>100,0</b>	<b>25681</b>	<b>100,0</b>

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

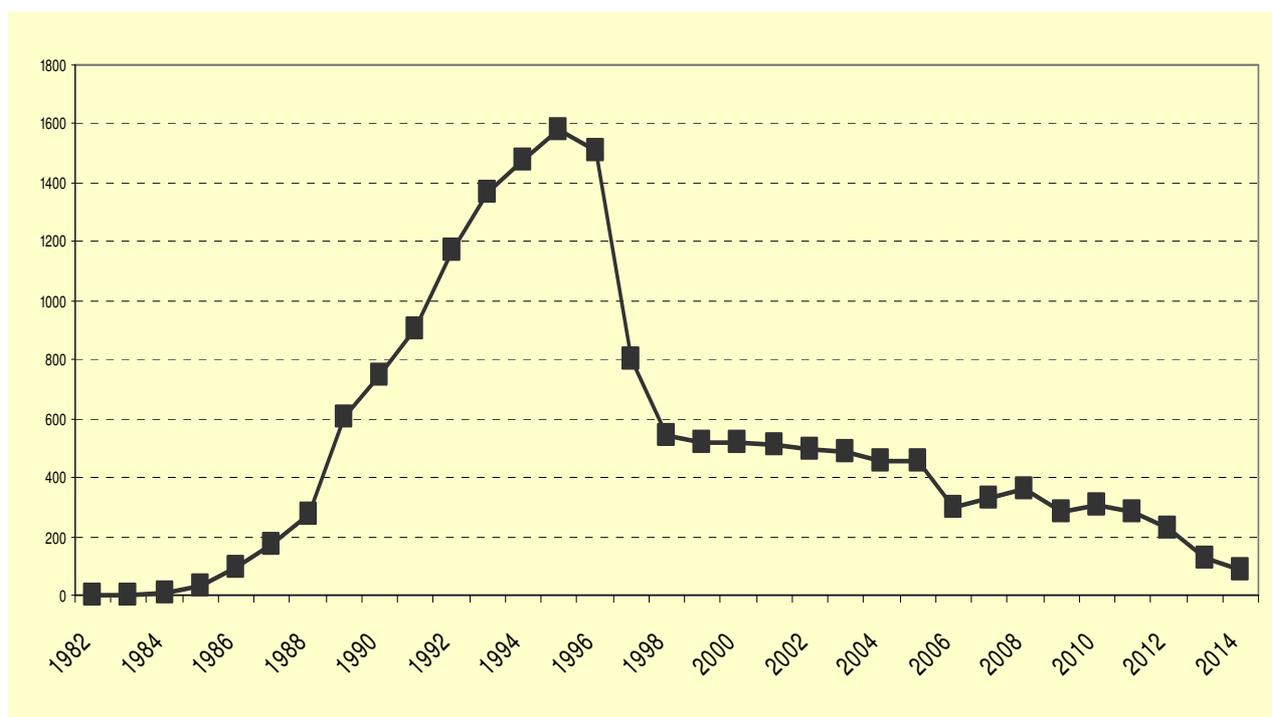
**Tabla 16b. Casos de sida de la CM diagnosticados hasta 31-12-2014**  
Enfermedades más frecuentes diagnósticas de sida (2007-2014).

	2007-2014	
	N	%
<b>Tuberculosis</b>	<b>580</b>	<b>20,2</b>
<b>Neumonía <i>P. jirovecii</i></b>	<b>560</b>	<b>19,5</b>
<b>Candidiasis esofágica</b>	<b>344</b>	<b>12,0</b>
<b>Sarcoma de Kaposi</b>	<b>305</b>	<b>10,6</b>
<b>Neumonías bacterianas repetición (&gt;12 años)</b>	<b>177</b>	<b>6,2</b>
<b>Linfoma no Hodgkin</b>	<b>172</b>	<b>6,0</b>
<b>Toxoplasmosis cerebral</b>	<b>135</b>	<b>4,7</b>
<b>Leucoencefalopatía multifocal progresiva</b>	<b>107</b>	<b>3,7</b>
<b>Enfermedad por CMV</b>	<b>97</b>	<b>3,4</b>
<b>Encefalopatía VIH</b>	<b>91</b>	<b>3,2</b>

## 5. MORTALIDAD EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2014

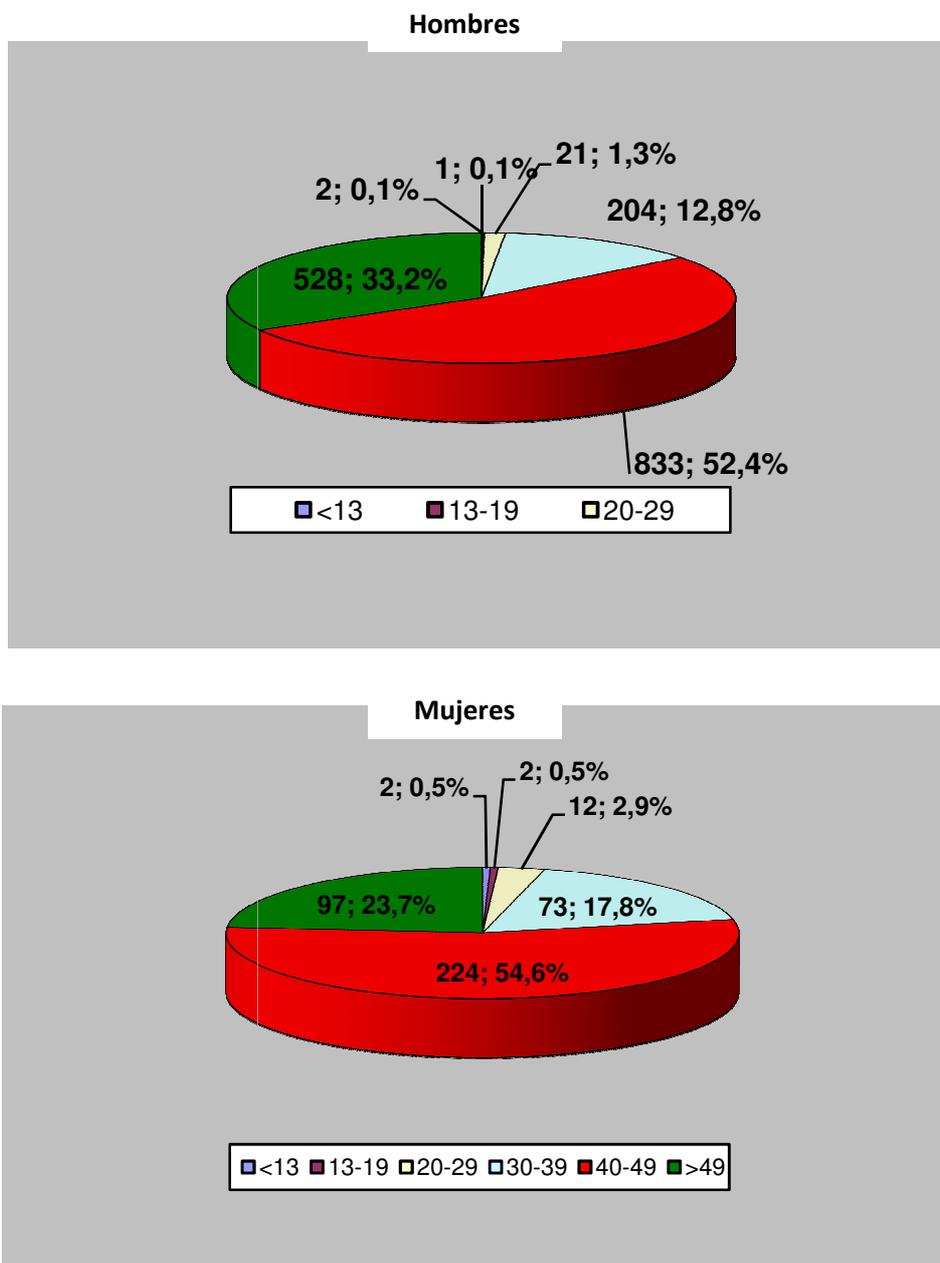
Hasta el 31 de diciembre de 2014 han fallecido 17.025 personas con infección por VIH. De ellos, 13.288 (78%) habían sido diagnosticados de sida. Entre 2007 y 2014 la cifra de fallecidos fue de 1.999. En el Gráfico 16 vemos la evolución del número de fallecimientos, se observa un importante descenso desde 1996 relacionado con la aparición del TAR.

**Gráfico 16. Personas infectadas con VIH fallecidas hasta 31-12-2014**  
Evolución por año de fallecimiento



Desde la aparición de la epidemia, la media de edad al fallecimiento ha sido de 37 años (DE: 10,7), aumentando paulatinamente hasta el año 2014. Así, en el periodo 2007-2014 la media de edad ha sido de 47,4 años (DE: 9,8), además el 52,4% de los hombres y el 54,6% de las mujeres tenían 40-49 años de edad al fallecimiento (Gráfico 17).

**Gráfico 17. Personas infectadas con VIH fallecidas. CM 2007-2014**  
**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 2007-2014**  
**Distribución según mecanismo de transmisión, sexo y lugar de nacimiento**

	Hombres		Mujeres	
	España	Otro	España	Otro
UDI	1021	31	259	4
	71,1%	20,4%	72,1%	7,8%
HSH	184	57		
	12,8%	37,5%		
HTX	92	40	75	41
	6,4%	26,3%	20,9%	80,4%
Otros	11	0	10	3
	0,8%	0,0%	2,8%	5,9%
Desconocido/ No consta	129	24	15	3
	9,0%	15,8%	4,2%	5,9%
Total	1437	152	359	51
	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 57,2% de las personas fallecidas con VIH las causas de éxitus fueron eventos NO-sida, el 25,9% fueron eventos sida y en el 16,9% se desconocía o no constaba la causa de fallecimiento (Tabla 18).

**Tabla 18. Personas infectadas con VIH fallecidas. CM 2007-2014**  
**Distribución según causa de fallecimiento**

Causa de fallecimiento	%
<b>Eventos sida</b>	<b>25,9</b>
Neumonía bacteriana	7,9
Linfoma no Hodgkin	4,3
Neumonía por <i>P. jirovecii</i>	3,7
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	2,5
Tuberculosis pulmonar/diseminada	2,1
Otros eventos sida	5,4
<b>Eventos NO sida</b>	<b>57,2</b>
Tumores no asociados con el VIH	16,8
Hepatopatías (incluido hepatocarcinoma)	16,2
Enfermedad vascular	3,7
Otras	20,4
<b>Desconocida / No consta</b>	<b>16,9</b>

En personas diagnosticadas de infección por VIH después del año 2007 las causas más frecuentes de fallecimiento son los eventos sida (58%). En cambio, las personas diagnosticadas de infección antes del año 2007 presentan como causas de fallecimiento más frecuentes los eventos NO sida (61,9%) (Tabla 19)

**Tabla 19. Personas infectadas con VIH fallecidas en el periodo 2007-2014. CM**  
Distribución según fecha de diagnóstico de VIH y causa de fallecimiento

Diagnósticos de VIH previos a 2007 (n=1736)		Diagnósticos de VIH 2007-2014 (n=270)	
Causa de fallecimiento	%	Causa de fallecimiento	%
<b>Eventos sida</b>	<b>19,3</b>	<b>Eventos sida</b>	<b>58,0</b>
Neumonía bacteriana	8,6	Linfoma no Hodgkin	14,3
Linfoma no Hodgkin	2,2	Neumonía por <i>P. jirovecii</i>	12,5
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	1,9	Leucoencefalopatía multifocal progresiva	5,4
Neumonía por <i>P. jirovecii</i>	1,9	Tuberculosis pulmonar/diseminada	4,9
Tuberculosis pulmonar/diseminada	1,5	Neumonía bacteriana	4,5
Otros eventos sida	3,2	Otros eventos sida	16,4
<b>Eventos NO sida</b>	<b>61,9</b>	<b>Eventos NO sida</b>	<b>34,4</b>
Hepatopatías (incluido hepatocarcinoma)	18,9	Tumores no asociados con el VIH	11,6
Tumores no asociados con el VIH	17,9	Hepatopatías (incluido hepatocarcinoma)	3,1
Enfermedad vascular	4,3	Enfermedad vascular	0,9
Otras	20,8	Otras	18,8
<b>Desconocida / No consta</b>	<b>18,8</b>	<b>Desconocida / No consta</b>	<b>7,6</b>

Se ha realizado un análisis de las personas diagnosticadas de infección por VIH con posterioridad al año 2007 y que han fallecido, considerando mortalidad temprana cuando transcurren 4 años desde el diagnóstico de VIH hasta su fallecimiento, y a su vez dividiendo aquellos que fallecieron en los dos primeros años desde el diagnóstico y aquellos fallecidos en el tercer y cuarto año, observando en ambos grupos el porcentaje de pacientes diagnosticados con menos de 200 linfocitos CD4 (PEA) y la causa de éxitus (Tabla 20).

El 84,2% de las personas fallecidas en los dos primeros años tenían una cifra de CD4 menor de 200 cuando fueron diagnosticados, este porcentaje es del 57,1% en los fallecidos en el 3-4 año.

Por causa de éxitus, el 62% de los fallecidos en los dos primeros años fue por eventos sida, principalmente Neumonía por *P. jirovecii* (14,7%) y Linfoma no Hodgkin (13,6%). Un 30,4% falleció por eventos no sida. En aquellos fallecidos en el 3-4 año, el 55,6% fue por eventos sida, principalmente LNH (25,9%). Un 40,7% falleció por eventos no sida.

**Tabla 20. Personas diagnosticadas de VIH (2007-2014) y fallecidas. CM  
Distribución según tiempo transcurrido entre diagnóstico de VIH y éxitus.**

	<b>0-24 meses</b>	<b>25-48 meses</b>
	<b>n= 222</b>	<b>n= 28</b>
<b>% PEA al diagnóstico VIH</b>	<b>84,2%</b>	<b>57,1%</b>
<b>Causa de éxitus</b>		
<b>Eventos sida</b>	<b>62,0%</b>	<b>55,6%</b>
	<b>Neumonía <i>P. jirovecii</i>: 14,7%</b>	<b>LNH: 25,9%</b>
	<b>LNH: 13,6%</b>	<b>Toxoplasmosis: 7,4%</b>
	<b>LMP: 6%; Tuberculosis: 6%</b>	<b>Neumonía bacteriana: 7,4%</b>
<b>Eventos no sida</b>	<b>30,4%</b>	<b>40,7%</b>
	<b>Tumores no VIH: 8,2%</b>	<b>Tumores no VIH: 18,5%</b>
	<b>Hepatopatías + HepatoCa: 2,2%</b>	<b>Hepatopatías + HepatoCa: 3,7%</b>
<b>DesconocidaNC</b>	<b>7,6%</b>	<b>3,7%</b>

\* PEA (Presentación con enfermedad avanzada)

## **6. COMORBILIDADES EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

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 6.174 pacientes (68,2%) de los 9.049 diagnosticados de infección VIH en el periodo 2007-14. Se ha diagnosticado al menos un episodio de ITS en el 50,6% de los pacientes (3.125).

Los agentes etiológicos y los cuadros clínicos observados se muestran en la Tabla 21.

**Tabla 21. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**

**Infecciones de transmisión sexual asociadas**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Agentes etiológicos</b>		
<b>Treponema pallidum</b>	<b>1834 (27,6%)</b>	<b>4802 (72,4%)</b>
<b>Neisseria gonorrhoeae</b>	<b>508 (9,4%)</b>	<b>4910 (90,6%)</b>
<b>Chlamydia trachomatis</b>	<b>236 (5,4%)</b>	<b>4162 (94,6%)</b>
<b>Virus Herpes Simple</b>	<b>277 (6,3%)</b>	<b>4130 (93,7%)</b>
<b>Virus Papiloma Humano (VPH)</b>	<b>1081 (23,4%)</b>	<b>3530 (76,6%)</b>
<b>Otros agentes etiológicos</b>	<b>153 (3,6%)</b>	<b>4141 (96,4%)</b>
<b>Cuadros clínicos</b>		
<b>Sífilis</b>	<b>1834 (27,6%)</b>	<b>4802 (72,4%)</b>
<b>Cervicovaginitis</b>	<b>39 (5,1%)</b>	<b>726 (94,9%)</b>
<b>Uretritis</b>	<b>454 (10,2%)</b>	<b>3982 (89,8)</b>
<b>Proctitis</b>	<b>234 (5,3%)</b>	<b>4156 (94,7%)</b>
<b>Linfogranuloma venéreo</b>	<b>51 (1,2%)</b>	<b>4303 (98,8%)</b>
<b>Herpes Simple</b>	<b>277 (6,3%)</b>	<b>4130 (93,7%)</b>
<b>Lesiones asociadas VPH</b>	<b>942 (20,7%)</b>	<b>3618 (79,3%)</b>
<b>Otros cuadros clínicos</b>	<b>114 (2,6%)</b>	<b>4205 (97,4%)</b>

Respecto a las infecciones por virus hepatotropos se dispone de información sobre virus hepatitis A en el 46,7% de los pacientes, hepatitis B en el 71,2% y hepatitis C en el 73,8%. Los datos obtenidos se muestran en la Tabla 22.

**Tabla 22. Diagnósticos de infección por VIH. CM 2007-2014.**

**Infecciones por virus hepatotropos asociadas**

	Sí	No
<b>Virus hepatitis A</b>	<b>2309</b> <b>(54,7%)</b>	<b>1915</b> <b>(45,3%)</b>
<b>Virus hepatitis B*</b>	<b>2104</b> <b>(32,7%)</b>	<b>4336</b> <b>(67,3%)</b>
<b>Virus hepatitis C</b>	<b>619</b> <b>(9,3%)</b>	<b>6057</b> <b>(90,7%)</b>

\* 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 2014 se han estudiado 3.482 niños expuestos a infección vertical debido a infección por VIH de la madre. Durante el año 2014 hemos recogidos información de 75 niños nacidos de madre con VIH, hasta la fecha de elaboración del informe no tenemos constancia de ningún niño diagnosticado de infección por VIH ocurrida por transmisión vertical en el año 2014.

## 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 CM. 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 1.000 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, una cuarta parte 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. 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 (Nº SS-1): 1S-15S.
3. CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(Nº RR-17): 1-19.
4. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, 2014; Vol. 26. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/>. Published November 2015.
5. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015. Disponible en <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf>
6. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2015.

Disponibles en:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/sida.shtml>

7. 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 Pública. 2012 Feb; 86(1): 37-47. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/04\\_original\\_1.pdf](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.



## Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2015, semanas 36 a 39 (del 31 de agosto al 27 de septiembre de 2015)

	Casos Semanas 36 a 39	Casos Acumulados Semanas 1 a 39	Tasas* Semanas 36 a 39	Tasas* Acumulados Semanas 1 a 39
<b>Infecciones que causan meningitis</b>				
Enfermedad meningocócica	0	34	0,0	0,5
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	1	16	0,0	0,2
Meningitis bacterianas, otras	3	42	0,0	0,7
Meningitis víricas	12	227	0,2	3,5
Enfermedad neumocócica invasora	20	366	0,3	5,7
<b>Hepatitis víricas</b>				
Hepatitis A	11	41	0,2	0,6
Hepatitis B	3	37	0,0	0,6
Hepatitis víricas, otras				
<b>Enfermedades transmisión por alimentos</b>				
Botulismo	0	1	0,0	0,0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	6	36	0,1	0,6
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	4	0,0	0,1
Triquinosis	0	0	0	0
<b>Enfermedades transmisión respiratoria</b>				
Gripe	139	109866	2,2	1702,2
Legionelosis	6	65	0,1	1,0
Varicela	305	5547	4,7	85,9
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>				
Infección Gonocócica	114	863	1,8	13,4
Sífilis	39	330	0,6	5,1
<b>Antropozoonosis</b>				
Brucelosis	1	4	0,0	0,1
Leishmaniasis	5	56	0,1	0,9
Rabia	0	0	0	0
<b>Enfermedades prevenibles inmunización</b>				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	32	387	0,5	6,0
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	1	1	0,0	0,0
Sarampión	0	5	0,0	0,1
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	69	537	1,1	8,3
<b>Enfermedades importadas</b>				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	15	71	0,2	1,1
Peste	0	0	0	0
<b>Tuberculosis</b>				
Tuberculosis	51	526	0,8	8,1
<b>Enfermedades notificadas por sistemas especiales</b>				
Encefalopatía Espongiforme trans. humana	0	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 36 a 39

(del 31 de agosto al 27 de septiembre 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 Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

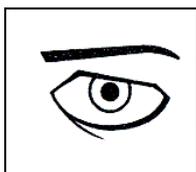
#### Brotos de origen alimentario. Año 2015. Semanas 36-39

Lugar de consumo	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 36-39			Semanas 1-39			Semanas 1-39		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	1	4	0	25	368	44	22	132	7
Domicilios	10	50	17	42	193	67	24	111	28
Centros educativos	0	0	0	4	120	3	5	333	0
Residencias geriátricas	0	0	0	1	99	0	2	75	1
Otros lugares	0	0	0	3	21	2	1	2	0
Residencias no geriátricas	0	0	0	2	15	0	0	0	0
Desconocido	1	2	0	3	6	0	1	3	1
Centros sanitarios	0	0	0	0	0	0	1	17	0
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	4	72	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>56</b>	<b>17</b>	<b>80</b>	<b>822</b>	<b>116</b>	<b>60</b>	<b>745</b>	<b>37</b>

#### Brotos de origen no alimentario. Año 2015. Semanas 36-39

Tipo de brote*	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 36-39			Semanas 1-39			Semanas 1-39		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	9	130	4	32	715	11	34	1423	10
Conjuntivitis vírica	2	87	0	8	252	0	8	327	0
Tos ferina	3	8	1	39	93	19	21	67	6
Varicela	0	0	0	11	78	1	9	90	2
Escabiosis	3	12	0	6	33	0	4	62	0
Escarlatina	0	0	0	4	25	0	2	11	0
Meningitis vírica	0	0	0	8	18	17	0	0	0
Parotiditis	0	0	0	4	9	0	3	7	0
Giardiasis	1	2	0	4	8	2	0	0	0
Legionelosis	0	0	0	2	7	7	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	2	4	2
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	1	3	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>239</b>	<b>5</b>	<b>126</b>	<b>1264</b>	<b>63</b>	<b>91</b>	<b>2064</b>	<b>20</b>

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 36 a 39**  
(del 31 de agosto al 27 de septiembre 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%2FPagina%2FPTSA\\_servicioPrincipal&vest=1265618561630](http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPagina%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 73,9% (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 36 a 39 de 2015.**

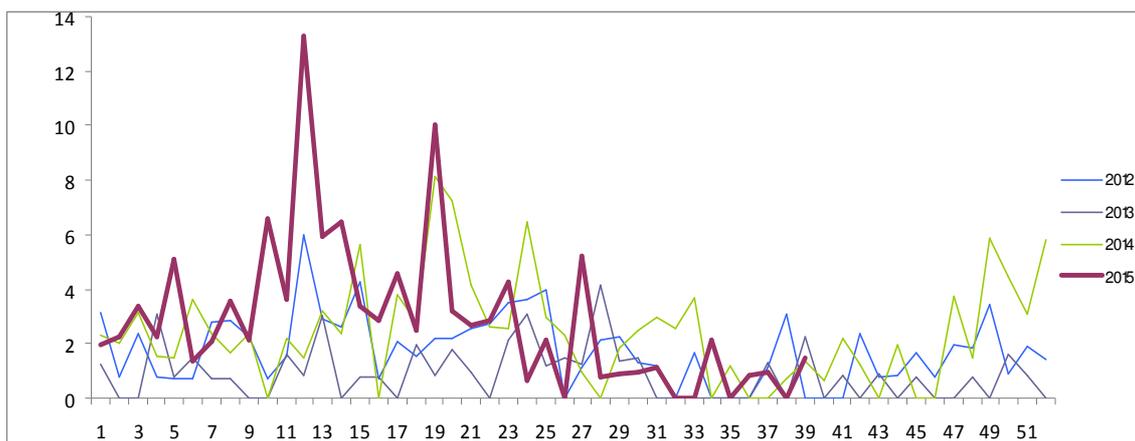
	Sem. 36 a 39 de 2015	Año 2015
<b>Gripe*</b>	1	2263*
<b>Varicela</b>	4	129
<b>Herpes zoster</b>	44	309
<b>Crisis asmáticas</b>	87	687

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

## VARICELA

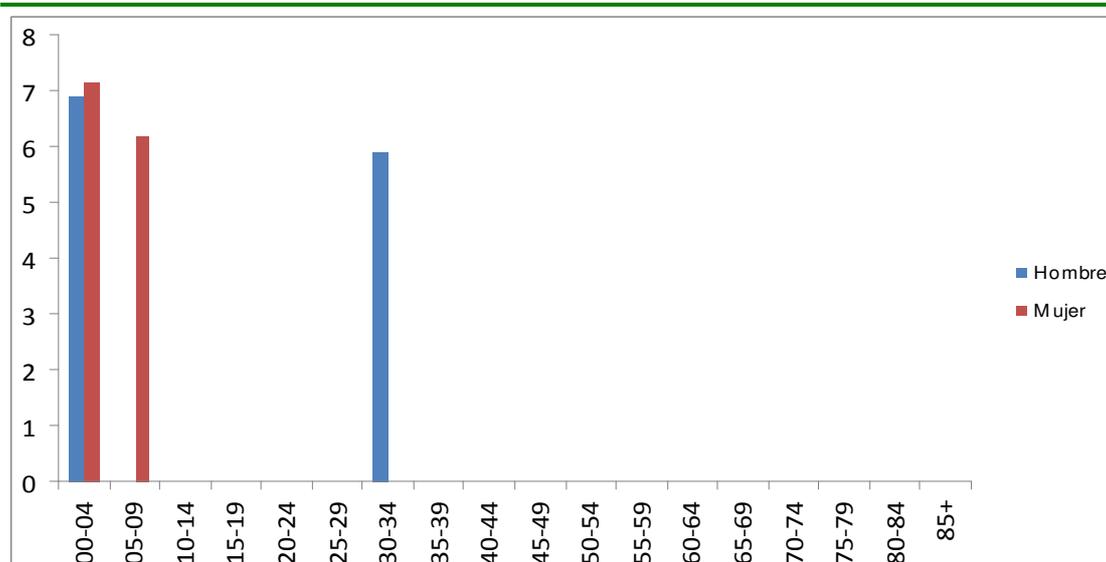
Durante las semanas 36 a 39 del año 2015 se han declarado 4 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 3,29 casos por 100.000 personas (IC 95%: 0,08 – 6,49). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2012-2014 y desde la semana 1 a la 39 de 2015.

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



De los 4 casos notificados, 2 (50%) eran hombres y 2 (50%) mujeres. 3 de los casos son menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

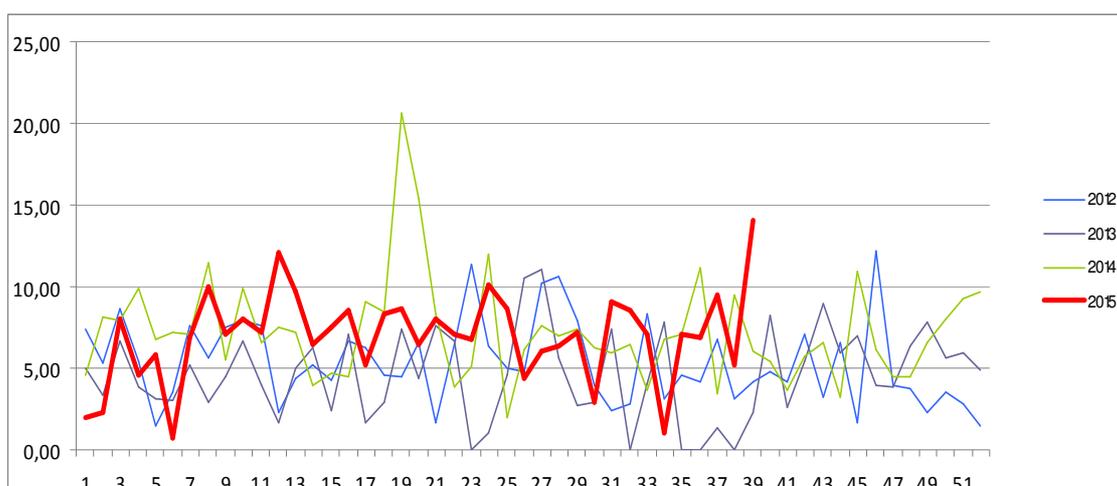
**GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 36 a 39 de 2015**



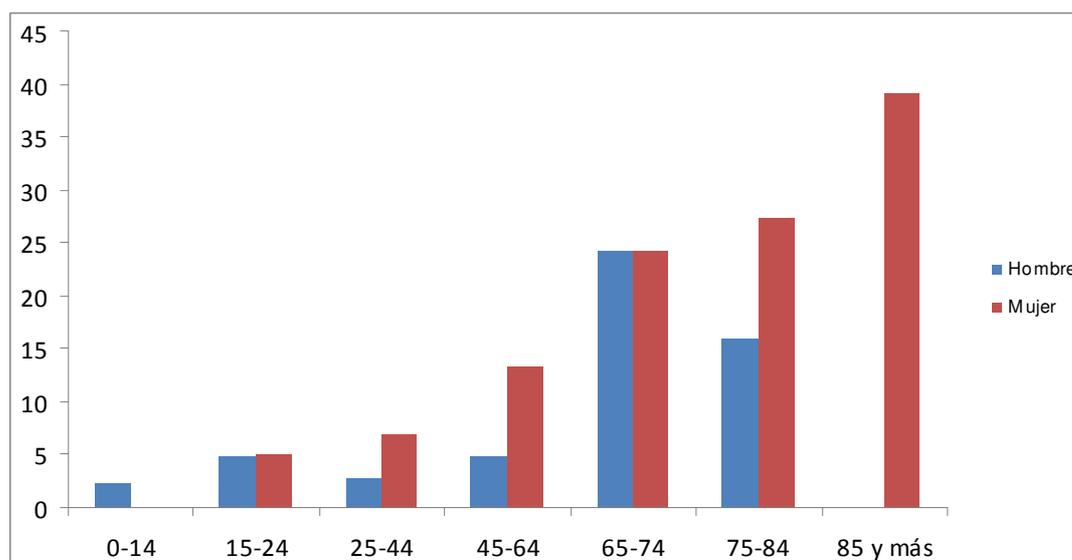
## HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 44 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2015, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 35,62 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 25,07 – 46,17). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2012 hasta la semana 39 de 2015. El 68,18% de los casos se dio en mujeres (30 casos). El 77,27% 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.**

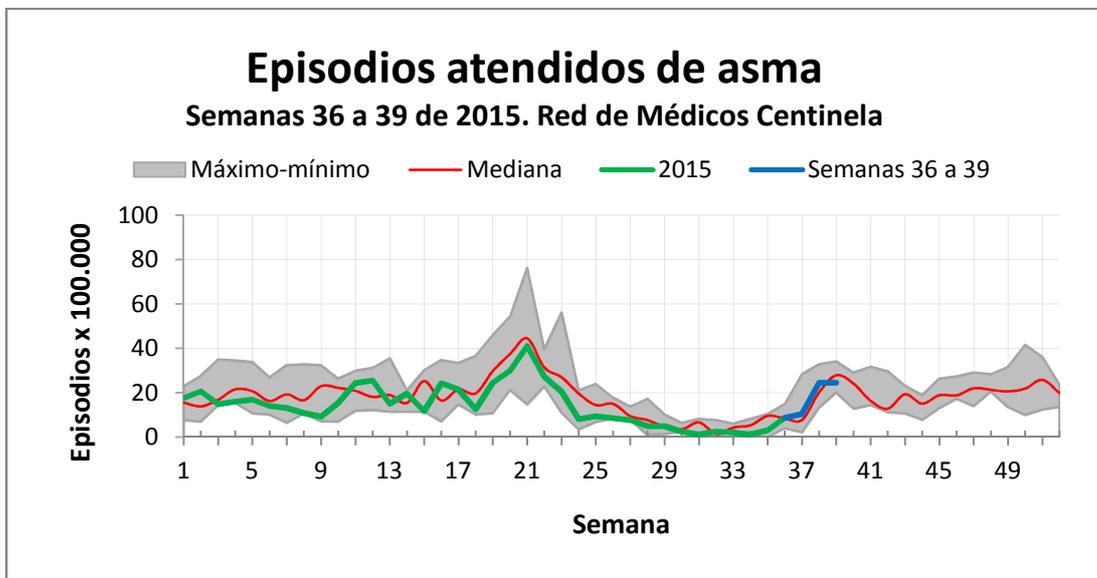


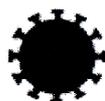
**GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 36 a 39 de 2015.**



## CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 36 a 39 de 2015 la Red de Médicos Centinela notificó 87 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.



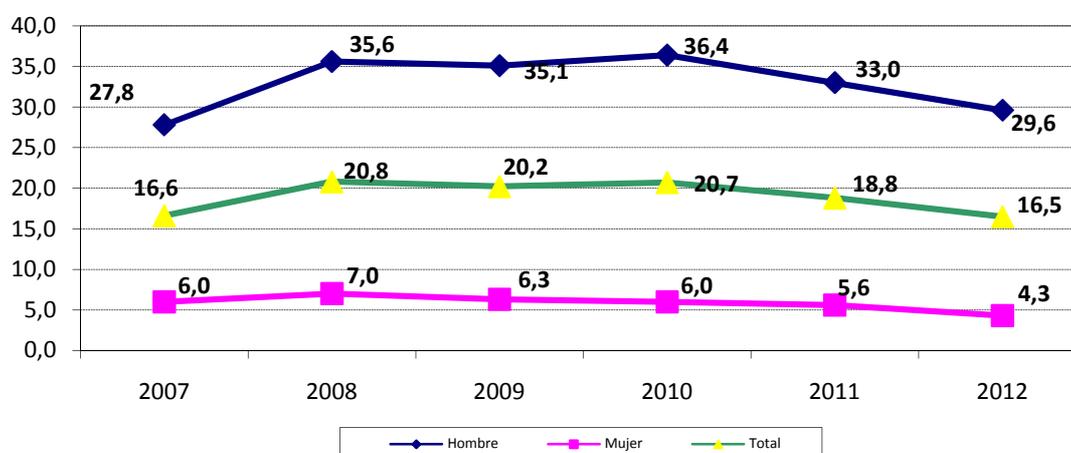


## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

### CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. Septiembre 2015.

Desde el año 2007 hasta el 31 de agosto de 2015 se han notificado 8.918 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 84,7% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,2 años (DE: 10,6). El 45,2% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (261) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

**Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico de infección VIH.**



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

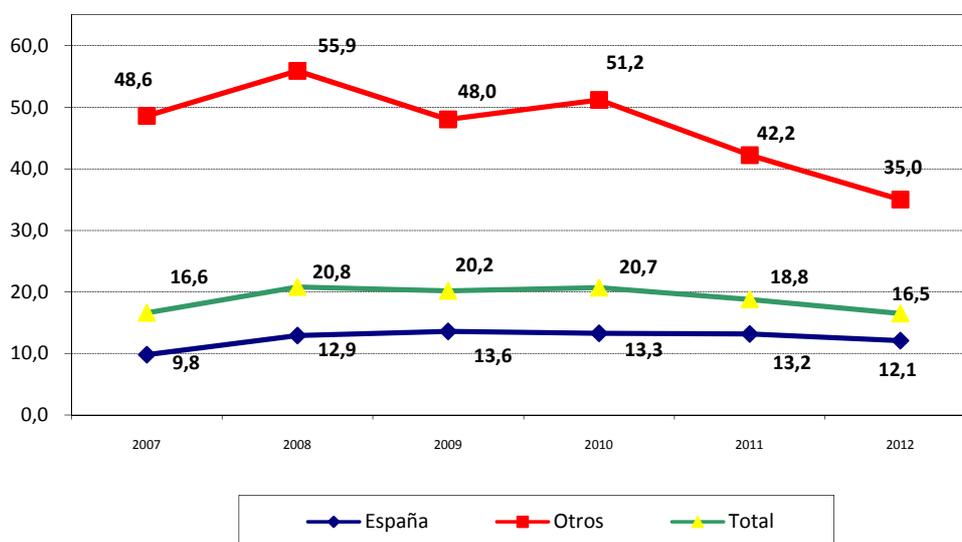
Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 13,4; H: 24,5; M: 3,2

Año 2014 no consolidado. Tasas: T: 10,9; H: 19,9; M: 2,6

**Tabla 1. Diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico.**

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
<b>2007</b>	819	81,3	188	18,7	1007
<b>2008</b>	1081	82,8	225	17,2	1306
<b>2009</b>	1087	84,1	206	15,9	1293
<b>2010</b>	1138	85,1	200	14,9	1338
<b>2011</b>	1034	84,5	189	15,5	1223
<b>2012</b>	926	86,5	145	13,5	1071
<b>2013*</b>	764	87,5	109	12,5	873
<b>2014*</b>	616	87,6	87	12,4	703
<b>2015*</b>	92	88,5	12	11,5	104
<b>Total</b>	7557	84,7	1361	15,3	8918

\* Años no definitivos

**Gráfico 2. Tasas de incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y año de diagnóstico VIH.**

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

Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 13,4; E: 10,0; O: 28,0. Año 2014 no consolidado. Tasas: T: 10,9; E: 8,3; O: 22,4.

**Tabla 2. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo.**

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
UDI	189	4,2	80	2,6	50	12,3	9	0,9
HSH	3498	78,0	2136	69,5				
HTX	399	8,9	632	20,6	314	77,6	927	97,1
Otros	8	0,2	15	0,5	15	3,7	9	0,9
Desconocido/ N.C.	392	8,7	208	6,8	26	6,4	11	1,1
Total	4486	100	3071	100	405	100	956	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 16,2% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 14,3% en autóctonos y del 18,6% en foráneos.

**Tabla 3. 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/ $\mu$ l)	DT (<350 células/ $\mu$ l)	<500 células/ $\mu$ l
2007	782	4	343	30,9	50,9	70,2
2008	1084	7	391	25,2	43,0	63,7
2009	1076	23	402	25,9	43,1	61,3
2010	1095	15	400	24,5	42,3	61,3
2011	1019	21	381	27,2	46,2	64,4
2012	928	32	418	24,4	41,4	60,3
2013	762	46	430	23,6	40,7	59,2
2014-15	722	55	444	23,1	39,5	57,7
07 -14	7468	203	400 (RI: 195-621)	25,6	43,4	62,3

\* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 7468 nuevos diagnósticos (83,7%).

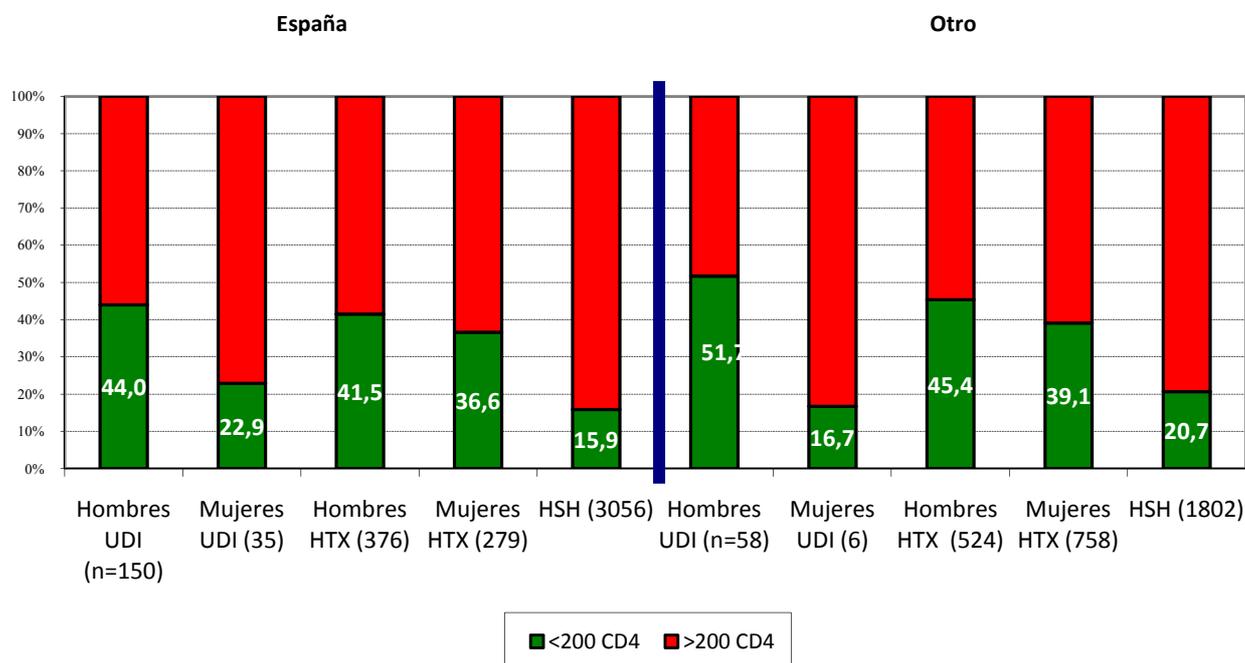
La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

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

**Tabla 4. Porcentaje de retraso en el diagnóstico de infección por VIH.**

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4)
<b>Sexo</b>	Hombre (n=6356)	23,5%	41,0%	60,3%
	Mujer (1112)	37,5%	57,3%	73,7%
<b>Edad al diagnóstico de VIH</b>	13-19 años (110)	9,1%	23,6%	42,7%
	20-29 (2229)	14,4%	31,9%	53,6%
	30-39 (2786)	24,7%	42,5%	61,7%
	40-49 (1555)	35,1%	53,4%	70,9%
	>49 años (757)	45,4%	63,3%	78,1%
<b>Mecanismo de transmisión</b>	UDI (249)	42,2%	58,6%	70,7%
	HTX (1937)	40,9%	60,5%	76,7%
	HSH (4858)	17,7%	35,0%	55,6%
<b>País de origen</b>	España (4177)	22,1%	38,4%	57,2%
	Otros: (3291)	30,1%	49,8%	68,8%
	1. Europa Occidental (289)	13,5%	32,2%	57,4%
	2. Europa Oriental (224)	35,3%	48,2%	60,3%
	3. América Latina y Caribe (2074)	28,8%	49,1%	68,2%
	4. África Subsahariana (559)	39,9%	61,7%	79,6%
5. Norte de África y Oriente Medio (66)	43,9%	63,6%	74,2%	

### Gráfico 3. Porcentaje de casos con presentación con enfermedad avanzada de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.



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

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

### CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. SEPTIEMBRE 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	279	75,6	90	24,4
	2011	249	80,1	62	19,9
	2012	211	77,0	63	23,0
	2013*	150	78,1	42	21,9
	2014*	103	79,8	26	20,2
	2015*	31	75,6	10	24,4
	07-15	1960	76,7	596	23,3
Edad media (años)		41,7 ± 10,4		39,6 ± 9,8	
País de origen		España: 65,4%		España: 54,4%	
Mecanismo transmisión		HSH: 44,0%		HTX: 67,8%	

\* 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	78,8	76	21,2
	2009	218	77,6	63	22,4
	2010	239	80,5	58	19,5
	2011	238	84,1	45	15,9
	2012	174	77,3	51	22,7
	2013*	95	78,5	26	21,5
	2014*	52	75,4	17	24,6
	2015*	25	89,3	3	10,7
	07-15	1585	79,6	406	20,4
Edad media (años)		48,0 ± 9,8		45,2 ± 9,6	
País de origen		España: 90,7%		España: 87,4%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,3%		UDI: 64,5%	

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

**[www.madrid.org/boletinepidemiologico](http://www.madrid.org/boletinepidemiologico)**

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



**Comunidad de Madrid**

**CONSEJERÍA DE SANIDAD**  
**Dirección General de Salud Pública**