



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública



Nº 1.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 1. Volumen 23. Enero 2017

INFORMES:

- Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2016.
- Vigilancia de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid, 2010-2016.



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

www.madrid.org/boletinepidemiologico

Coordina:

Servicio de Epidemiología

C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta

28035 Madrid

E-mail: isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Agosto 2017

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

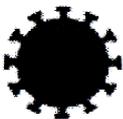
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 1.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 1. Volumen 23. Enero 2017

ÍNDICE

	<u>Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2016.</u>	5
	<u>Vigilancia de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid, 2010-2016.</u>	14
	<u>EDO. Semanas 1 a 4 (del 2 al 29 de enero de 2017).</u>	25
	<u>Brotos Epidémicos. Semanas 1 a 4, 2017.</u>	26
	<u>Red de Médicos Centinela, semanas 1 a 4, 2017.</u>	27
	<u>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, enero 2017.</u>	31



INFORME SOBRE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2016

RESUMEN

En 2016 se notificaron en la Comunidad de Madrid 18.757 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y de ellas, 15.941 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.680 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras CCAA y 136 en otros países. Del total de mujeres residentes, el 53,4% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 29,4 años \pm 7,1. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 19,95 por mil mujeres. Más de la mitad de las mujeres (55,6%) tenían hijos/as a su cargo y el 47,6% convivía en pareja. Para el 58% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” se dio en el 85% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 70,1% de las mujeres y el 4,9% fueron IVE tardías (>15 semanas). La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue del 11,99 en 2016.

1.- INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

Las IVE están reguladas por la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y la Ley Orgánica 11/2015, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. El seguimiento de las IVE se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica tal y como establece la Orden de 16 de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones.

Desde los centros públicos y privados que realizan IVE, el médico responsable de la intervención comunica los datos según protocolo normalizado. En la Comunidad de Madrid (CM), el Servicio de Epidemiología de la Subdirección General de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, es el responsable de la consolidación y del análisis a nivel regional. Una vez consolidada la información se traslada al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los datos de las IVE notificadas se refieren tanto a mujeres residentes en la CM como a no residentes en la Región pero que, por diversas razones, se han desplazado desde otras comunidades u otros países para la IVE. Dicha vigilancia tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE en la CM e identificar aquellos grupos de mayor riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados y prevenir la interrupción de los mismos.

En este informe se describen las IVE notificadas en la CM en 2016. Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

2.- RESULTADOS

En 2016 se notificaron al Registro de la CM 18.757 IVE, cifra inferior en un 1,4% a la correspondiente a 2015 que fue de 19.023.

El 15% (2.816) de las IVE notificadas correspondieron a mujeres no residentes en la CM y que procedían de otra provincia o de otro país. Las mujeres no residentes en la CM que provienen de otras CCAA fueron 2.680, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León; y 136 provenían de otros países, la mayor parte tenía su residencia en Portugal y Francia.

Las características, de las mujeres que vienen a la CM para la IVE desde otras Comunidades u otros países, mantienen algunas diferencias con las residentes en la CM; el hecho de que el 12,3% de ellas accedan a la IVE por fetos con taras fetales (3,5% en residentes), lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (21,7% vs. 4,9%).

2.1.- IVE en mujeres españolas y foráneas residentes en la Comunidad de Madrid, 2016

En 2016 se notificaron 15.941 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 15.787 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 11,99 por mil mujeres en este grupo de edad.

Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos están recogidos en la figura 1 y en las tablas 1 y 2.

País de nacimiento: Del total de IVE notificadas el 46,6% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (7.429) y el 53,4% restante a mujeres foráneas con residencia en la CM, de las que un 16,6% son mujeres nacidas en Ecuador y en segundo lugar las nacidas en Rumania que representan el 14,5%. El 17,1% de las mujeres foráneas habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 3,3% en el mismo año de la IVE.

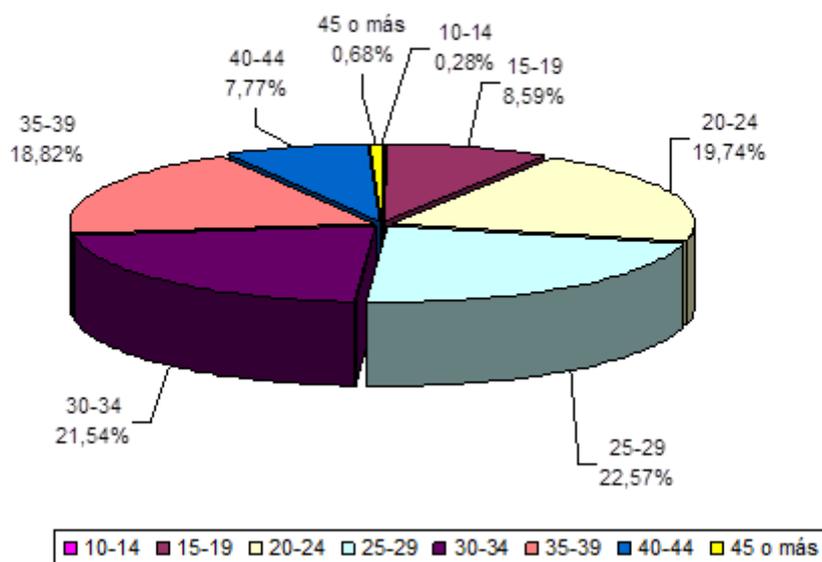
Edad: La media de edad fue de 29,4 años \pm 7,1, sin diferencias significativas entre españolas y foráneas. El 1% de las IVE notificadas en 2016, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,3% (45 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (109 mujeres) más de 44 años. Un 8,9% tenían menos de 20 años (figura 1).

Ingresos económicos: El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 64,6%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de las foráneas. En las mujeres sin recursos económicos propios, los ingresos proceden en primer lugar de la familia y en segundo de la pareja.

Situación Laboral: Aumenta ligeramente el porcentaje de mujeres asalariadas, que fue del 59,3% frente al 57,5% de 2015; este ítem, tiene mayor representación en mujeres foráneas (59,7%), que

en españolas (58,8%). El 19,1% son demandantes de empleo y el 5,1% se dedican a tareas domésticas.

Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2015.



Nivel de instrucción: En cuanto al nivel de instrucción académica, se mantiene el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2015 (20,1% en 2016 y 20,4% en 2015) y desciende el de mujeres analfabetas o carentes de estudios, 0,3% en 2016 y 0,5% en 2015. Según país de nacimiento encontramos mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (29,2%) que en foráneas (12,2%) ($p < 0,005$).

Convivencia: El 47,6% de las mujeres refieren convivir en pareja (con y sin hijos), siendo este porcentaje mayor en las mujeres foráneas. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 53,6% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

Hijos e IVE previa: Un 44,4% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2016 no tenían hijos y un 2,1% tenían 4 ó más. El porcentaje de mujeres foráneas con hijos en el momento de la IVE es mayor que de mujeres españolas (66,6% vs. 43,1%). Un 8,2% de las mujeres que tenían hijos, habían parido en el último año.

Para el 58% de las mujeres era su primera IVE y un 1,5% había abortado en 4 ó más ocasiones. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres foráneas que en mujeres españolas (50,7% vs. 32,1%). El 14,7% de las mujeres había abortado alguna vez en el último año.

Métodos anticonceptivos: Cerca de la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2016 (47,6%) refería usar métodos anticonceptivos (MA). El porcentaje es de 54,3% en el caso de las

mujeres nacidas en España y 41,8% para las foráneas. Una amplia mayoría de las que dicen usar MA, eligen métodos de barrera (64,8%).

Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres (I). Comunidad de Madrid, año 2016.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	29	0,4	16	0,2	45	0,3
	15-19	744	10,0	626	7,4	1370	8,6
	20-24	1467	19,7	1680	19,7	3147	19,7
	25-29	1666	22,4	1932	22,7	3598	22,6
	30-34	1435	19,3	1999	23,5	3434	21,5
	35-39	1375	18,5	1625	19,1	3000	18,8
	40-44	649	8,7	589	6,9	1238	7,8
	45 o más	64	0,9	45	0,5	109	0,7
Convivencia	Sola	1283	17,3	1793	21,1	3076	19,3
	En pareja	3262	43,9	4319	50,7	7581	47,6
	Con familia	2582	34,8	2022	23,8	4604	28,9
	Otras personas	295	4,0	370	4,3	665	4,2
	N/C	7	0,1	8	0,1	15	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	22	0,3	30	0,4	52	0,3
	Primer grado	631	8,5	774	9,1	1405	8,8
	ESO y equivalentes	2387	32,1	3371	39,6	5758	36,1
	Bachiller/ciclos FP	2211	29,8	3299	38,8	5510	34,6
	Escuelas univ/Facultades	2168	29,2	1035	12,2	3203	20,1
	Inclasificable/NC	10	0,1	3	0,0	13	0,1
Ingresos económicos propios	Si	4742	63,8	5561	65,3	10303	64,6
	No	2687	36,2	2951	34,7	5638	35,4
Procedencia de los ingresos	Pareja	666	24,8	1058	40,0	1724	30,6
	Familiares	1517	56,5	1302	41,0	2819	50,0
	Otros	353	13,1	449	16,4	802	14,2
	N/C	151	5,6	142	2,6	293	5,2
	Total (Sin ingresos)	2687		2951		5638	
Total		7429	100	8512	100	15941	100

Tabla 2. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres (II). Comunidad de Madrid, año 2016.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4229	56,9	2843	33,4	7072	44,4
	1	1665	22,4	2637	31,0	4302	27,0
	2	1198	16,1	2093	24,6	3291	20,6
	3	259	3,5	687	8,1	946	5,9
	4 o más	78	1,0	252	3,0	330	2,1
Número de IVE previas	Ninguna	5048	67,9	4197	49,3	9245	58,0
	1	1661	22,4	2758	32,4	4419	27,7
	2	510	6,9	1068	12,5	1548	9,9
	3	143	1,9	322	3,8	465	2,9
	4 o más	67	0,9	167	2,0	234	1,5
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	384	16,1	603	14,0	987	14,7
	1	391	16,4	739	17,1	1130	16,9
	2	316	13,3	635	14,7	951	14,2
	3	229	9,6	496	11,5	725	10,8
	4	169	7,1	394	9,1	563	8,4
	5	137	5,8	319	7,4	456	6,8
	Más de 5 años	755	31,7	1129	26,2	1884	28,1
Total		2381		4315		6696	
Total		7429	100	8512	100	15941	100

Datos de la intervención

Los datos de la intervención están recogidos en la tabla 3.

Información y financiación de la IVE: El 44,1% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2016 fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios.

La financiación pública alcanzó en 2016 al 73,1% de las IVE (75,8% en españolas y 70,7% para las mujeres foráneas).

Semanas de gestación: En 2016 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 70,1%, dato similar a 2015 (70,2%) aunque va en aumento respecto a años anteriores; en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 4,9%, similar a 2015 con un 5%.

En el colectivo de mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 71,2% y de IVE tardía del 5,5%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 69,1% y el de IVE tardía 4,4%.

El 11,1% de las mujeres menores de 15 años (n=45) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 76,1% de las mayores de 44 años (n=109) lo hacen antes de las 9 semanas (tabla 4).

Motivo: El supuesto de la ley vigente, "A petición de la mujer", ocupó un porcentaje del 85% de las IVE notificadas y el de "Graves taras fetales" fue del 3,5%, 32 de estos casos eran incompatibles con la vida.

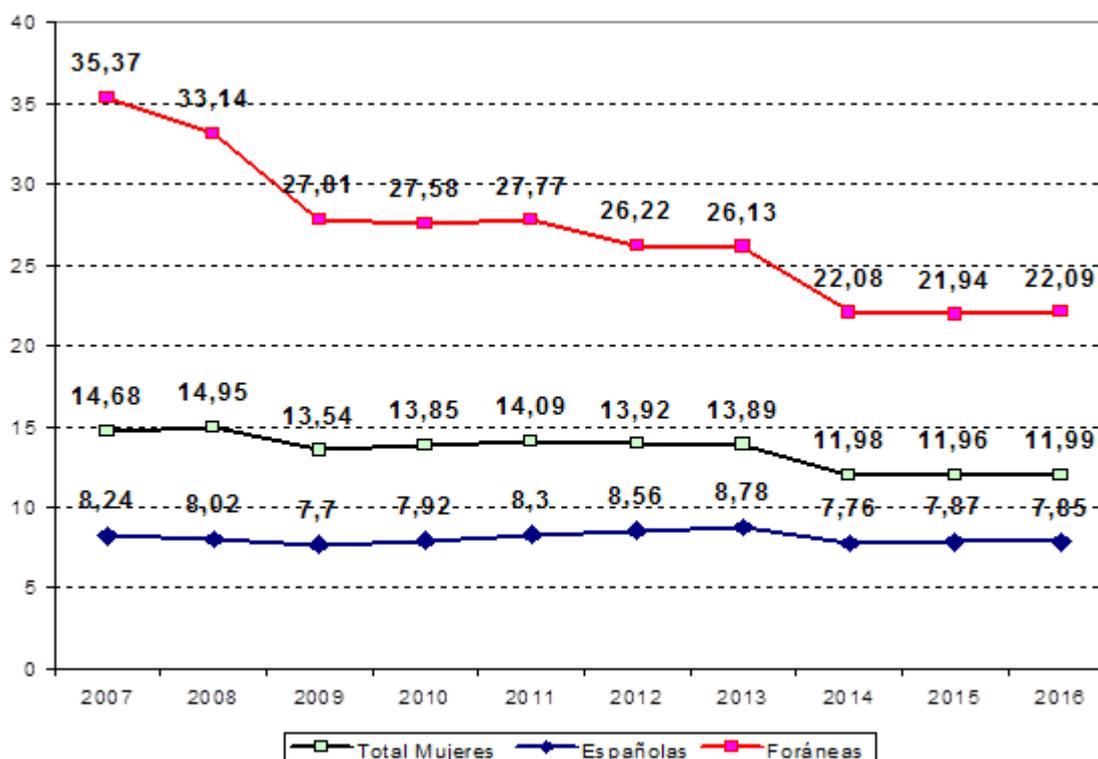
Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, año 2016.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n %	
		n	%	n	%		
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	C. Sanitario Público	3217	43,3	3808	44,7	7025	44,1
	C. Sanitario Privado	720	9,7	1040	12,2	1760	11,0
	Tfno. Información Usuario	81	1,1	218	2,6	299	1,9
	Amigos/familiares	1358	18,3	1473	17,3	2831	17,8
	Medios comunicación	13	0,2	56	0,7	69	0,4
	Internet	2026	27,3	1897	22,3	3923	24,6
	N/C	14	0,2	20	0,2	34	0,2
Uso de métodos Anticonceptivos actualmente	Si	4033	54,3	3554	41,8	7587	47,6
	No	3396	45,7	4958	58,2	8354	52,4
Semanas de gestación	6 ó menos	2804	37,7	2712	31,9	5516	34,6
	7	1500	20,2	1881	22,1	3381	21,2
	8	988	13,3	1287	15,1	2275	14,3
	9-10	879	11,8	1257	14,8	2136	13,4
	11-12	413	5,6	573	6,7	986	6,2
	13-15	433	5,8	428	5,0	861	5,4
	16-20	287	3,9	282	3,3	569	3,6
21 ó más	125	1,7	92	1,1	217	1,4	
Motivo de la IVE	A petición mujer	6191	83,3	7352	86,4	13543	85,0
	Riesgo salud física o psíquica mujer	816	11,0	1029	12,1	1845	11,6
	Graves anomalías fetales	399	5,4	122	1,4	521	3,3
	Anomalías fetales incompatibles vida	23	0,3	9	0,1	32	0,2
Total		7429	100	8512	100	15941	100

2.2 Evolución del registro IVE en la Comunidad de Madrid, 2007-2016

Tasa anual: En los años 2007 y 2008 la tasa anual de IVE por mil mujeres entre 15 y 44 años muestra unos valores altos 14,68 y 14,95 por mil mujeres. En 2009 desciende y hasta 2013, presenta pequeñas oscilaciones, en 2014 el descenso es mayor, pasando de 13,89 en 2013 a 11,98 por mil mujeres entre 15 y 44 años en 2014. En los años 2015 y 2016 se mantiene la tasa anual (11,96 y 11,99) (figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 8,24 IVE por mil mujeres en el año 2007 a 7,85 por mil mujeres en 2016. En foráneas la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 35,37 en 2007 a 22,09 en el año 2016.

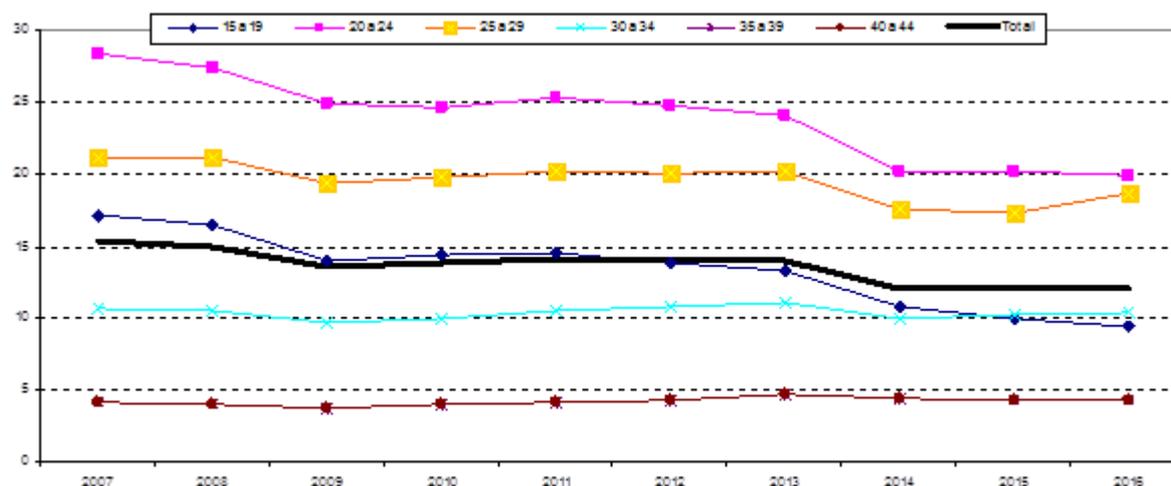
Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2007-2016.

Grupos de edad: La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2007 alcanzó 28,4 por mil mujeres, en 2016 la tasa registrada ha sido 19,95 por mil mujeres (figura 3).

Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, año 2016.

Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	9-15 semanas		<9 semanas (precoz)		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15 años	15	33,3	25	55,6	5	11,1	45	100,0
15-19 años	435	31,8	840	61,3	95	6,9	1370	100,0
20-24 años	819	26,0	2210	70,2	118	3,7	3147	100,0
25-29 años	870	24,2	2596	72,2	132	3,7	3598	100,0
30-34 años	785	22,9	2476	72,1	173	5,0	3434	100,0
35-39 años	751	25,0	2076	69,2	173	5,8	3000	100,0
40-44 años	289	23,3	866	70,0	83	6,7	1238	100,0
>44 años	19	17,4	83	76,1	7	6,4	109	100,0
Total	3983	25,0	11172	70,1	786	4,9	15941	100,0

Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2007-2016.



Tasa/municipios de más de 20.000 mujeres en mujeres entre 15 y 44 años: Sólo los municipios de Torrejón de Ardoz, Madrid y Parla, presentan tasas por encima de la media. En 2016 Alcorcón es el municipio con menor tasa (8,88 IVE por mil mujeres) (tabla 4).

Tabla 4. Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, año 2007-2016.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
A. HENARES	15,40	14,00	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09	10,73	10,09	11,33
ALCOBENDAS	12,87	15,19	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51	11,16	10,60	10,29
ALCORCON	10,52	9,43	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82	9,44	9,85	8,88
FUENLABRADA	11,65	12,02	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41	10,15	10,48	10,90
GETAFE	11,07	11,13	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26	10,84	10,43	10,40
LEGANES	12,62	12,19	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88	10,67	11,17	10,30
MADRID	18,81	17,77	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07	14,32	14,70	14,37
MOSTOLES	11,19	11,00	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07	10,74	10,71	10,73
PARLA	15,86	17,41	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89	14,03	13,37	16,07
T. ARDOZ	18,90	19,14	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89	11,93	11,65	12,68
RESTO CM	11,34	11,82	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11	8,96	8,85	9,11
TOTAL CM	14,68	14,95	13,54	13,80	14,09	13,92	13,89	11,98	11,96	11,99

2.3 Datos de la notificación

Las notificaciones de las IVE descritas en este informe provienen de las 7 clínicas autorizadas en la CM para la práctica de la IVE, a las que se añaden 2 IVE que fueron informadas desde los Hospitales Públicos.

Para completar la situación, aunque no se incluyen en este informe, se ha seleccionado el código Z33.2 de la CIE-10: contacto para interrupción del embarazo, en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y Cirugía Ambulatoria de la Comunidad de Madrid (CMBD) correspondiente al año 2016, encontrándose registradas otras 138 IVE. Además el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad informó de otras 34 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

3.- CONCLUSIONES

En 2016 se notificaron en la Comunidad de Madrid 18.757 IVE, un 1,4% menos que las registradas en 2015. De ellas EL 85% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

En la Comunidad de Madrid, en 2016 la tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años fue similar a la registrada en 2015 (11,99 por mil mujeres y 11,96 por mil mujeres respectivamente).

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2016 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,6%).

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2016 fueron en mujeres foráneas (53,4%).

Así mismo, más de la mitad de las mujeres a las que se les practicó una IVE (55,6%) tenían hijos/as a su cargo y casi la mitad (47,6%) convivía en pareja.

El motivo de la IVE al que mayoritariamente se acogieron las mujeres fue el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” (85%).



INFORME:

VIGILANCIA DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH) EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2010 – 2016

RESUMEN:

Antecedentes:

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

Objetivo:

El objetivo de este informe es presentar la incidencia de las EETH desde 2010 a 2016, tanto a nivel global como según tipos, en los diferentes grupos de edad y según pruebas diagnósticas realizadas.

Metodología:

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

Resultados:

Durante el periodo 2010 hasta el 2016 se han notificado 89 casos de EETH que suponen una incidencia anual media de 0,19 casos por 100.000 habitantes, la mayor incidencia se registra en el año 2012 (0,28 casos por 100.000) y la menor en 2014 (0,12 casos por 100.000). El 86,6% son casos de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádico, el 12,2% son ECJ familiar y el 1,2% son casos de Insomnio Familiar Letal (IFL). En este periodo no se ha registrado ningún caso de transmisión accidental o iatrogénica ni de vECJ.

Conclusiones:

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

En España, la vigilancia de las EETH se viene realizando desde 1995, cuando se crea el Registro Nacional, coordinado desde el Centro Nacional de Epidemiología, para recoger los casos comunicados por las distintas Comunidades Autónomas. El Registro incluye también casos identificados de forma retrospectiva desde el año 1993. En la Comunidad de Madrid, la Orden 150/2001 de 18 de Abril del Consejero de Sanidad (BOCM nº 104 de 3 de Mayo de 2001), establece las EETH como enfermedades de declaración obligatoria y crea el Registro Regional de Creutzfeldt-Jakob. Actualmente la normativa que lo regula es Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito local.

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

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

OBJETIVO

El objetivo de este informe es presentar la incidencia de las EETH desde 2010 a 2016, tanto a nivel global como según tipos, en los diferentes grupos de edad y según pruebas diagnósticas realizadas.

METODOLOGÍA

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

- Clínica
- Electroencefalograma
- Proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo (LCR)
- RT-QuIC en LCR (desde 2017)
- Estudio genético
- Estudio molecular
- Neuro-imagen (TAC)
- Biopsia cerebral o de amígdala
- Autopsia

Criterios diagnósticos

La sospecha de estas enfermedades surge a partir de las manifestaciones clínicas, pero el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico del tejido cerebral. Los criterios de clasificación se elaboran a partir de tres tipos de información: clínica, de laboratorio y epidemiológica.

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

- Determinación de proteína 14-3-3 en LCR
- Estudio genético (mutación PRNP, polimorfismo del codón 129)
- Estudio molecular (presencia y patrón de glicosilación de PRNP)
- RT-QuIC en LCR (desde 2017)

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

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

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

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

En la Comunidad de Madrid la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad se realiza en servicios del Área Única de Salud Pública y a nivel regional por el Servicio de Epidemiología.

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

1. La notificación de los profesionales sanitarios, tanto del sector público como privado, que sospechen el diagnóstico, de acuerdo con los criterios de caso establecidos, disponibles en la página web de la Consejería de Sanidad:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142337084999&language=es&pageid=1142337086965&pagenam e=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142337079090&vest=1159289986941

2. Los Centros diagnósticos de referencia:

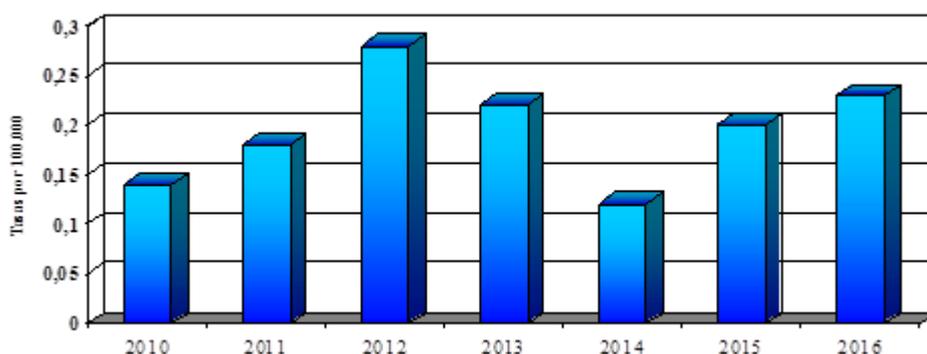
- Unidad de Encefalopatías Espongiformes del Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III
- Laboratorio de Neuropatología de la Fundación Hospital Alcorcón.

RESULTADOS

1. SITUACIÓN DE LOS CASOS DE EETH EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2010 – 2016.

Desde el año 2010 hasta el 2016 se han notificado 89 casos de EETH que suponen una incidencia anual media de 0,19 casos por 100.000 habitantes (DT 0,05), la mayor incidencia se registra en el año 2012 con 18 casos (0,28 casos por 100.000) y la menor en 2014, 8 casos (0,12 casos por 100.000) (Gráfico 1). La media de casos por año ha sido de 12,7 (DT 3,4) (Tabla 1).

Gráfico 1.- Tasa de incidencia de EETH. Comunidad de Madrid 2010-2016

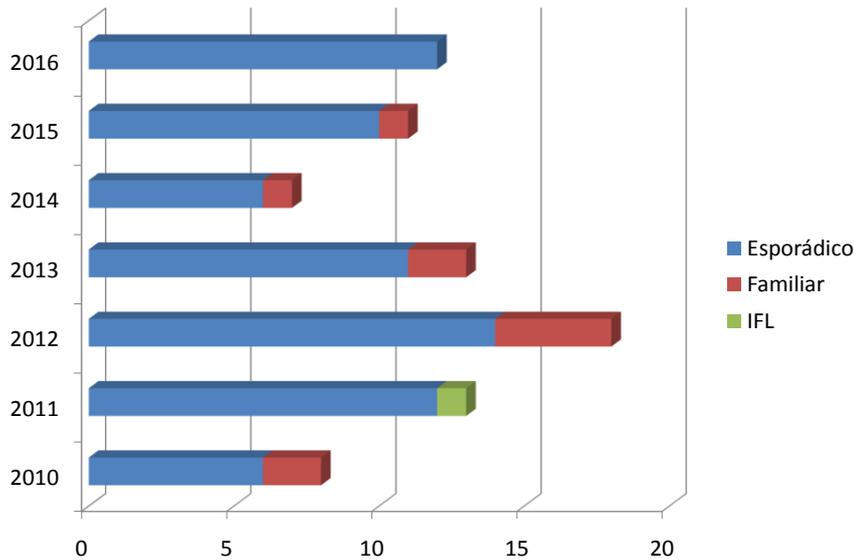


La clasificación de los casos según diagnóstico clínico y año de diagnóstico se presenta en la Tabla 1 y en el Gráfico 2.

Tabla 1. Clasificación clínico-epidemiológica de EETH por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid (2010-2016)

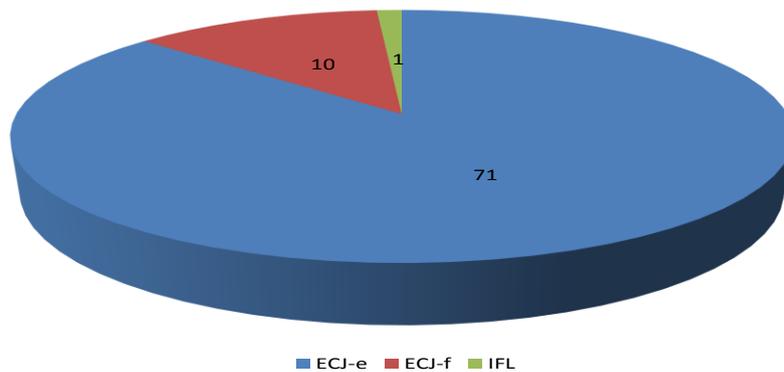
Año	ECJ-e	ECJ-f	IFL	Total EETH
2010	6	2		8
2011	12		1	13
2012	14	4		18
2013	11	2		13
2014	6	1		7
2015	10	1		11
2016	12			12
Total	71	10	1	82

Gráfico 2.- Distribución de los casos de las EETH y subtipos de ECJ por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2010-2016



El 86,6% son casos de ECJ esporádico, el 12,2% son ECJ familiar y el 1,2% son casos de Insomnio Familiar Letal (IFL) (Gráfico 3).

Gráfico 3.- Clasificación clínico epidemiológica de las EETH. Comunidad de Madrid 2010-2016



En cuanto al sexo el 51,2% son mujeres y el 48,8% hombres. En cuanto a la edad, sólo se han detectado 5 casos menores de 50 años, de estos 3 son ECJ esporádico, 1 IFL y 1 ECJ familiar. El 79,3% de los casos tienen 60 o más años.

Al analizar la incidencia por grupos de edad y año de diagnóstico, se aprecian las siguientes diferencias. La incidencia media por grupos de edad se ve superada en el grupo de 50 a 59 años en

el año 2013, en el de 60 a 69 años en el 2014, en el grupo de 70 a 79 en los años 2011, 2012, 2013 y 2016 y en los mayores de 80 años en 2011, 2012 y 2015 (Gráfico 4).

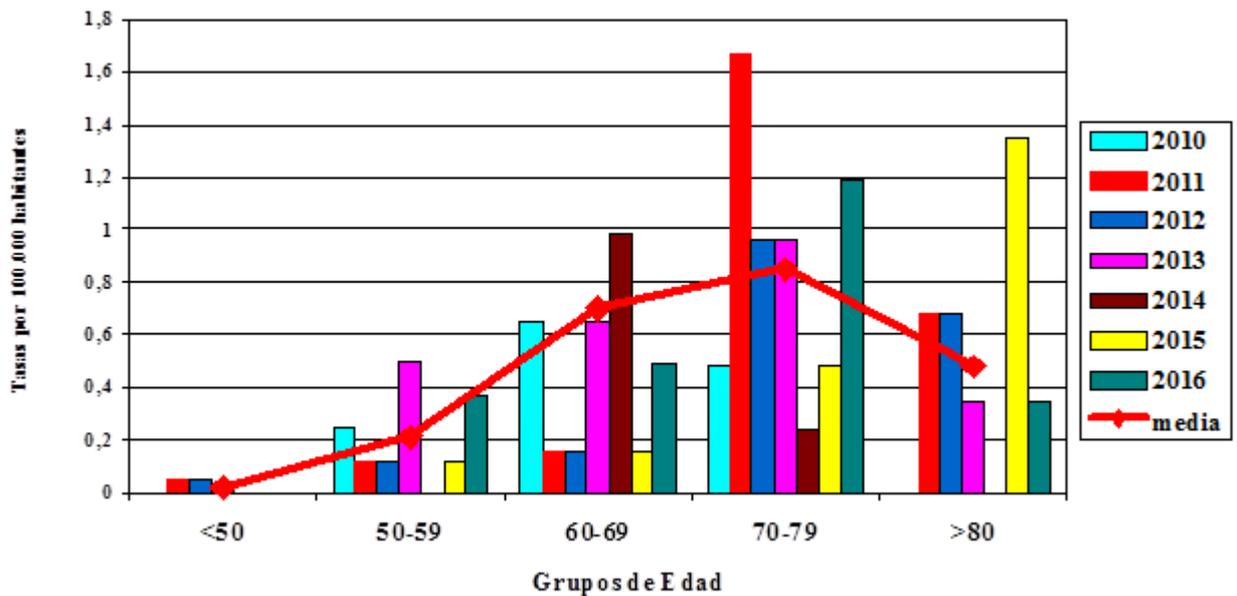
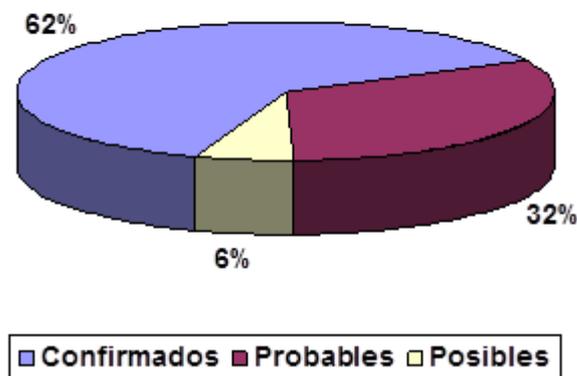


Gráfico 4. Tasas de incidencia anual y media anual por grupos de edad de las EETH en la Comunidad de Madrid 2010-2016

Referente a la clasificación diagnóstica de los casos, el 62,2% (51 casos) han sido confirmados, el 31,7% (26 casos) se han clasificado como probables y un 6,1% (5 casos) se han quedado como posibles (Gráfico 5).

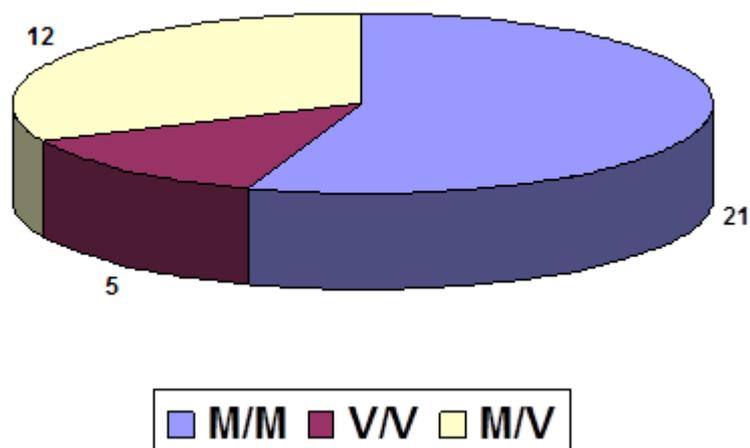
Gráfico 5.- Clasificación diagnóstica de las EETH. Comunidad de Madrid 2010-2016



Respecto a las pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico diferencial de las EETH, el 63% de los casos se han confirmado por anatomía patológica, la determinación de la Proteína 14.3.3 se ha efectuado en el 90% de los casos y han sido positivas el 79% de las realizadas. En el 97% se ha practicado la Resonancia Magnética. Se ha realizado estudio genético en el 46% de los casos, al analizar los resultados de este estudio en el periodo indicado, el 68% son homocigóticos en el

codón 129, de ellos un 80,8% son metionina/metionina (M/M), un 19,2% valina/valina (V/V). Un 32% son heterocigóticos metionina/valina (M/V) (Gráfico 6).

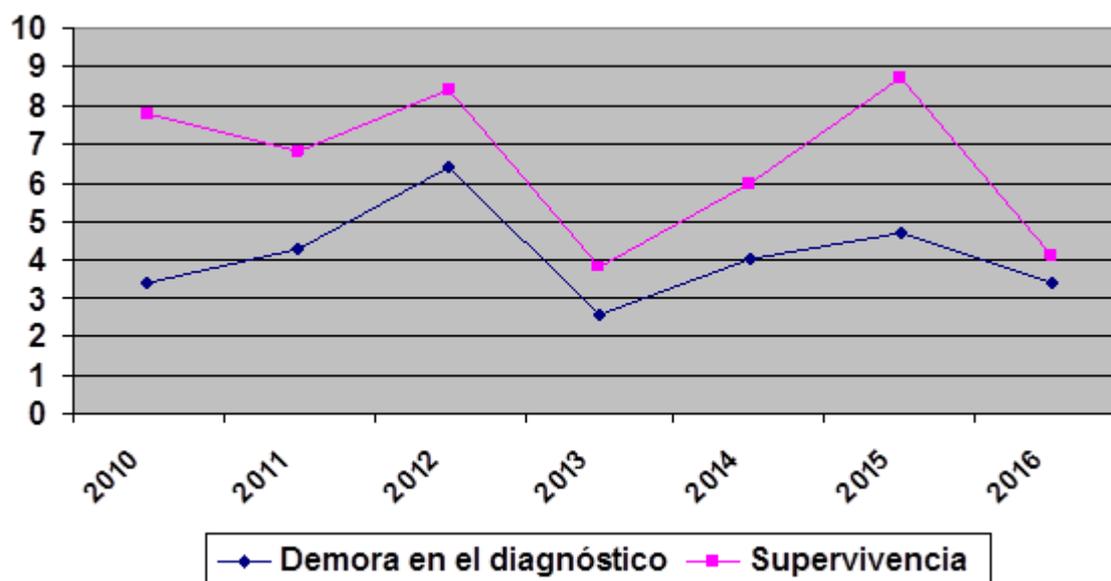
Gráfico 6.- Estudio genético. Polimorfismo del codón 129. Comunidad de Madrid 2010 a 2016



Se ha calculado la supervivencia media de los casos confirmados, mediante la estimación del número de meses transcurridos desde la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de fallecimiento sobre los casos confirmados, la supervivencia media ha sido de 6,45 meses, con una supervivencia mínima de 1 mes y máxima de 24 meses y una desviación típica de 6,45 (Gráfico 7).

Respecto a la demora en el diagnóstico de los casos confirmados, se ha estimado mediante el cálculo de número de meses transcurridos, desde la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de diagnóstico, sobre 51 casos confirmados, la demora media ha sido de 4,17 meses, con una demora mínima de 1 mes y máxima de 18 meses y una desviación típica de 3,88 (Gráfico 7).

Gráfico 7.- Supervivencia y demora en el diagnóstico medias, expresada en meses, desde el inicio de síntomas en los casos confirmados. Comunidad de Madrid 2010 a 2016.



2. SITUACIÓN DE LOS CASOS DE ECJ ESPORÁDICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2010 – 2016.

El grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH es el correspondiente a ECJ-esporádica, que supone el 86,6% de todas las EETH declaradas en este periodo (2010 a 2016).

La tabla 2 muestra la incidencia de ECJ-esporádica por año de diagnóstico.

Tabla 2. Casos y Tasas por 100.000 habitantes de ECJ-e, por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid 2010 a 2016

Año	Casos ECJ-e	Tasa por 100.000
2010	6	0,09
2011	12	0,18
2012	14	0,22
2013	11	0,17
2014	6	0,09
2015	10	0,16
2016	12	0,19
Total	71	0,16

En cuanto a la distribución por grupos de edad de la ECJ esporádica, el 84,5% de los casos se dan en mayores de 59 años y un 70% tenían una edad entre los 60 y los 79 años (Tabla 3). Según género el 55% son mujeres y el 45% hombres.

Tabla 3. Casos de ECJ-e, por grupos de edad. Comunidad de Madrid 2010 a 2016

Grupo de Edad	Casos ECJ-e	%
< 50	3	4,2
50 a 59	8	11,3
60 a 69	25	35,2
70 a 79	25	35,2
> 80	10	14,1

El 63,4% de los casos (45) son confirmados atendiendo a los criterios diagnósticos de clasificación, el 29,6% (21 casos) están clasificados como probables y el 7% (5 casos) se quedan como posibles.

El número de pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico diferencial de la ECJ esporádica, por año de realización se presenta en la Tabla 4. En el periodo analizado, el 65% de los casos se han confirmado por anatomía patológica, la determinación de la Proteína 14.3.3 se ha realizado en el 90% de los casos, la Resonancia Magnética en el 97% y el Electro-encefalograma se ha practicado en el 93% de los casos.

Tabla 4. Número de casos de ECJ-e y porcentaje de realización de estudios específicos por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid 2010 a 2016

Año	14.3.3 n (%)	R.M. n (%)	Genética n (%)	E.E.G. n (%)	A.P. n (%)
2010	6 (100)	6 (100)	2 (33)	6 (100)	4 (66)
2011	12 (100)	11 (91)	5 (41)	11 (91)	8 (66)
2012	12 (86)	13 (93)	2 (14)	12 (86)	8 (57)
2013	11 (100)	11 (100)	1 (9)	11 (100)	9 (82)
2014	6 (100)	6 (100)	4 (66)	6 (100)	2 (33)
2015	9 (90)	10 (100)	6 (60)	9 (90)	7 (70)
2016	8 (66)	12 (100)	7 (58)	11 (92)	8 (66)
Total	64 (90)	69 (97)	27 (38)	66 (93)	46 (65)

CONCLUSIONES

- La incidencia de ECJ-e se encuentra estabilizada en los últimos años.
- Los casos se han diagnosticado según los estándares recomendados, si bien se debería mejorar la utilización de los estudios de genética y anatomía patológica post-mortem.
- El patrón de presentación de los casos ha sido el habitual para estos procesos.
- El grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH es el correspondiente a ECJ-esporádica, que supone el 86,6% de las EETH declaradas en este periodo.
- No se ha detectado ningún caso de transmisión accidental o iatrogénica ni de vECJ.
- La vigilancia epidemiológica de este grupo de enfermedades ha funcionado de forma adecuada en el periodo analizado.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017, semanas 1 a 4 (del 2 al 29 de enero de 2017)

	Casos Semanas 1 a 4	Casos Semanas 1 a 4	Tasas* Semanas 1 a 4	Tasas* Semanas 1 a 4
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA				
Gripe	47.851	47.851	739,9	739,9
Legionelosis	4	4	0,1	0,1
Lepra	0	0	0	0,0
TUBERCULOSIS	47	47	0,7	0,7
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Campilobacteriosis	153	153	2,4	2,4
Criptosporidiosis	1	1	0,0	0,0
E. coli productor toxina	1	1	0,0	0,0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0,0	0,0
Giardiasis	20	20	0,3	0,3
Hepatitis A	80	80	1,2	1,2
Listeriosis	2	2	0,0	0,0
Salmonelosis (excluido Fiebre tifoidea y paratifoidea)	82	82	1,3	1,3
Shigelosis	4	4	0,1	0,1
Triquinosis	0	0	0	0,0
Yersiniosis	6	6	0,1	0,1
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	12	12	0,2	0,2
Hepatitis C	13	13	0,2	0,2
Infección Chlamydia trachomatis (exc.LGV)	37	37	0,6	0,6
Linfogranuloma venéreo	5	5	0,1	0,1
Infección gonocócica **	56	56	0,9	0,9
Sífilis **	21	21	0,3	0,3
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enfermedad meningocócica	4	4	0,1	0,1
Enfermedad invasiva por H. Influenzae	4	4	0,1	0,1
Enfermedad neumocócica invasora	53	53	0,8	0,8
Herpes Zoster	2.476	2.476	38,3	38,3
Parotiditis	143	143	2,2	2,2
P.F.A. (<15 años)***	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0
Tos ferina	13	13	0,2	0,2
Varicela	456	456	7,1	7,1
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	0	0	0,0	0,0
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	0,0	0,0
Enfermedad por virus Zika	3	3	0,0	0,0
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	0,0	0,0
Leishmaniasis	5	5	0,1	0,1
Paludismo	8	8	0,1	0,1
ANTROPOZOONOSIS				
Brucelosis	0	0	0,0	0,0
Carbunco	0	0	0,0	0,0
Fiebre Q	2	2	0,0	0,0
Hidatidosis	0	0	0,0	0,0
Leptospirosis	0	0	0,0	0,0
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis víricas	3	3	0,0	0,0
Otras meningitis bacterianas	4	4	0,1	0,1
ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES				
EETH ****	0	0	0,0	0,0

*Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. **Cambia la definición de caso en el protocolo.

Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas. *Encefalopatías espongiiformes transmisibles

humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico. Durante este periodo no se han notificado casos de: Síndrome respiratorio agudo grave, Botulismo, Cólera, Sífilis congénita, Difteria, Poliomielitis, Rubéola congénita, Tétanos, Tétanos neonatal, Fiebre Amarilla, Encefalitis transmitida por garrapata, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica vírica, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Infección congénita por virus Zika, Toxoplasmosis congénita, Tularemia, Peste, Rabia.



Brotos Epidémicos. Comunidad de Madrid.

Año 2017, semanas 1 a 4
(del 2 al 29 de enero de 2017)

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.

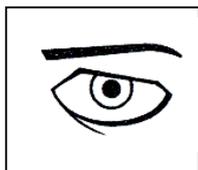
Brotos de origen alimentario. Año 2017. Semanas 1-4

Ámbito del brote	Año 2017			Año 2016		
	Semanas 1-4			Semanas 1-4		
	Brotos	Casos	Hospitalizados	Brotos	Casos	Hospitalizados
Centros educativos	2	52	2	0	0	0
Restaurantes, bares y similares	4	31	0	6	22	0
Domicilios	4	10	2	8	21	3
Total	10	93	4	14	43	3

Brotos de origen no alimentario. Año 2017. Semanas 1-4

Tipo de brote*	Año 2017			Año 2016		
	Semanas 1-4			Semanas 1-4		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Escarlatina	4	43	1	1	4	0
Conjuntivitis	1	38	0	4	95	0
Parotiditis	4	16	0	1	17	0
Escabiosis	2	10	0	0	0	0
Gastroenteritis aguda	1	8	0	7	442	0
Enfermedad de mano, pie y boca	1	7	0	0	0	0
Gripe	1	7	3	0	0	0
Salmonelosis no alimentaria	2	5	0	1	2	1
Eritema infeccioso	1	5	0	0	0	0
Hepatitis A	2	4	2	2	10	5
Varicela	1	4	0	1	16	0
Total	20	147	6	17	586	6

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2017, semanas 1 a 4 (del 2 al 29 de enero de 2017)

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 136 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (194.992 habitantes, 3,0% 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&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630

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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 75,0% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2017.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2017.

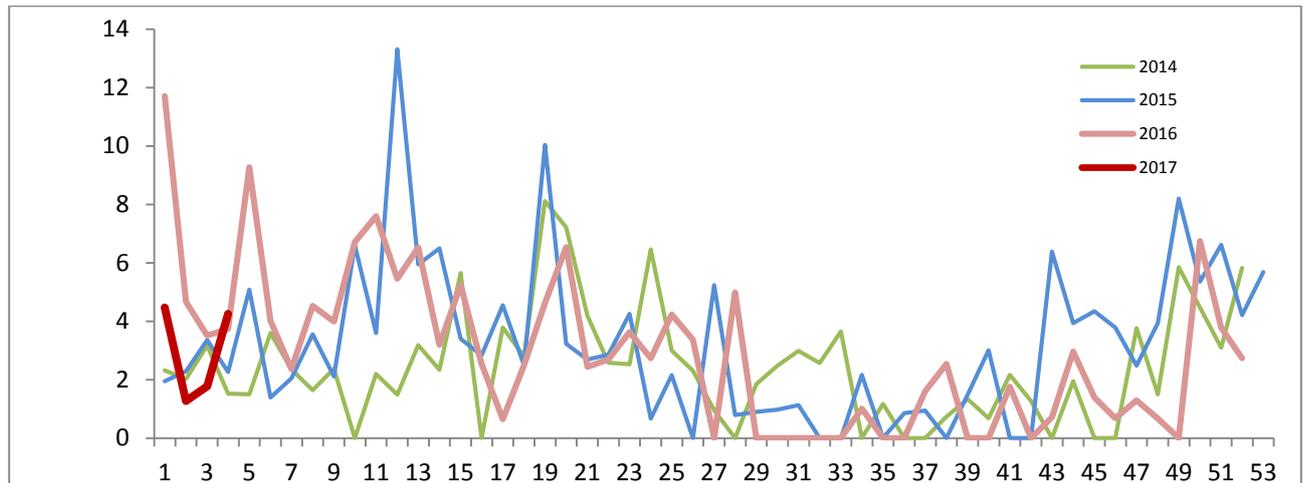
	Sem. 1 a 4 de 2017	Año 2017
Gripe*	1.018	1.171*
Varicela	16	16
Herpes zóster	46	46
Crisis asmáticas	70	70

^a De la semana 40 de 2016 hasta la 20 de 2017

VARICELA

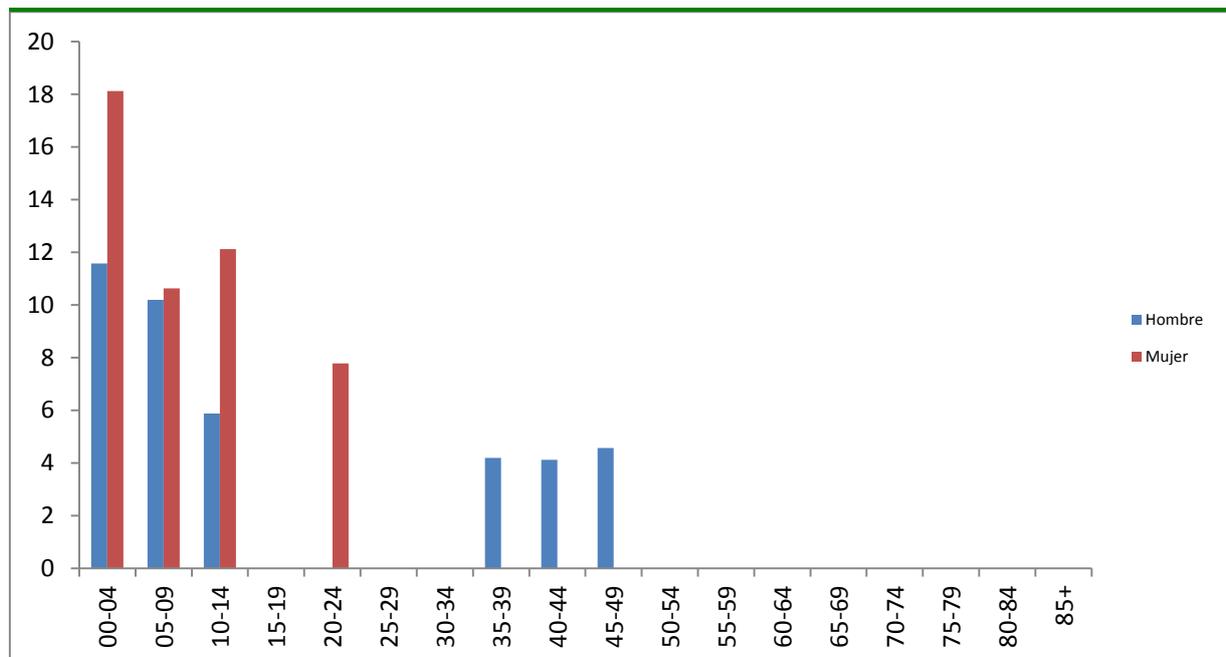
Durante las semanas 1 a 4 del año 2017 se ha declarado 16 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 11,76 casos por 100.000 personas (IC 95%: 6,18–17,33). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2014-2016 y desde la semana 1 a la 4 de 2017.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2014-2017.



De los 16 casos notificados, 8 (50,00%) eran hombres y 8 (50,00%) mujeres. 12 casos (75,00%) eran 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 1 a 4 de 2017.



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 46 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 1 a 4 de 2017, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 33,22 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 23,85 – 42,59). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en Madrid desde el año 2014 hasta la semana 4 de 2017. El 60,87% de los casos se dio en mujeres (28 casos). El 80,43% 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 zóster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2014-2017.

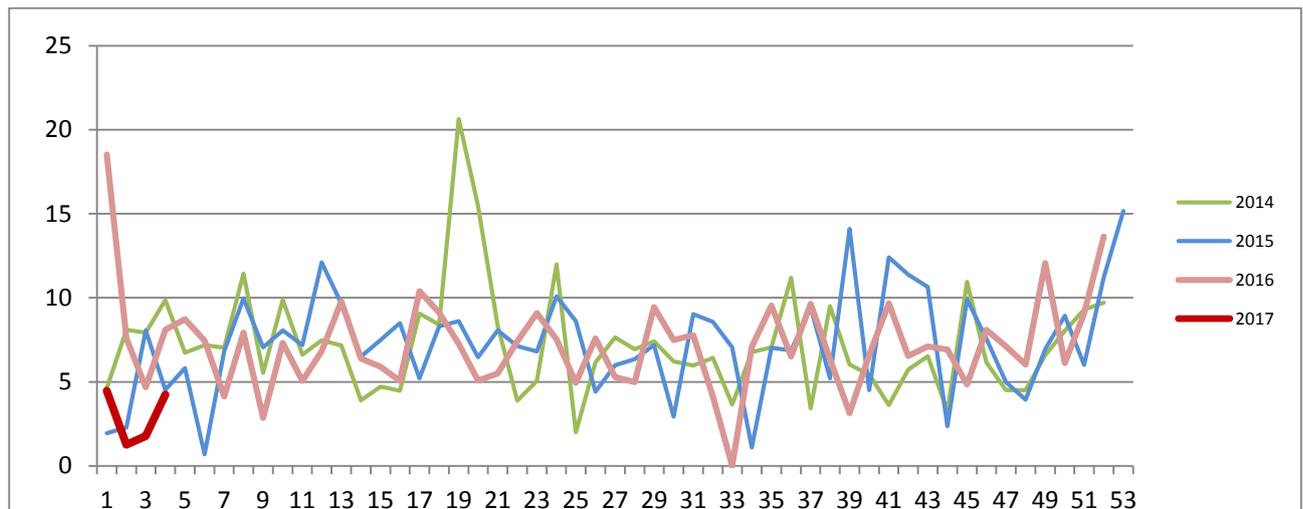
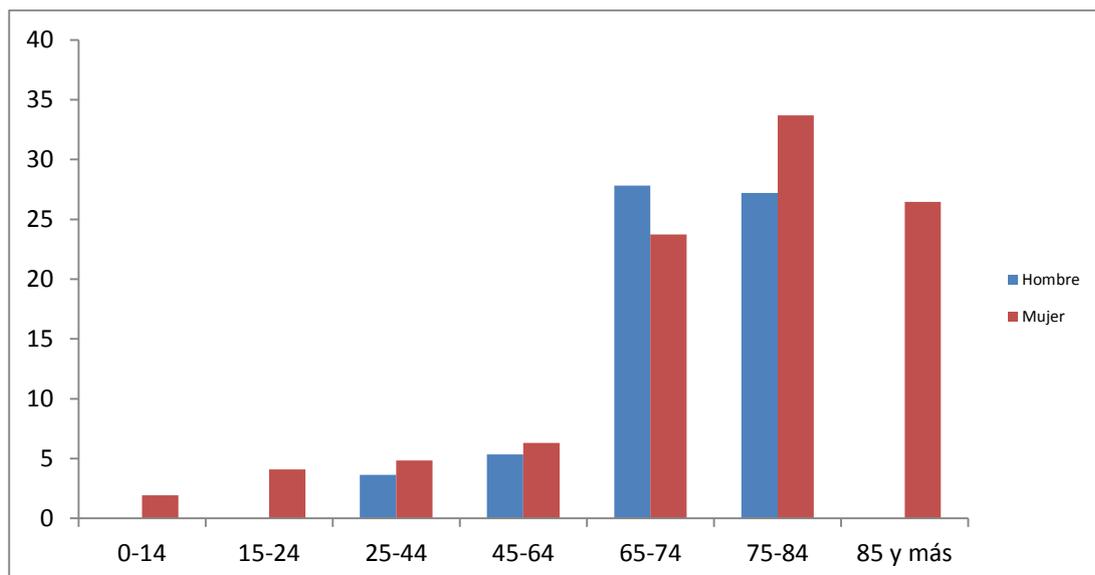
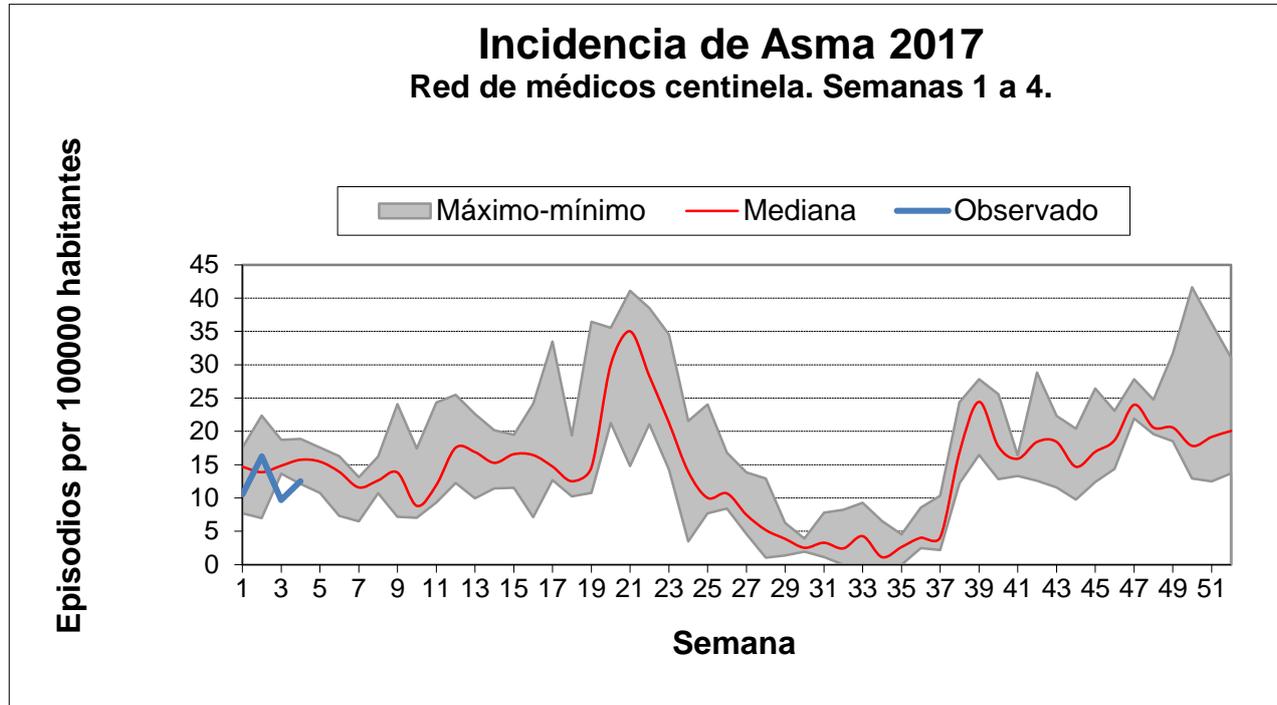


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2017.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 1 a 4 de 2017 la Red de Médicos Centinela notificó 70 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.



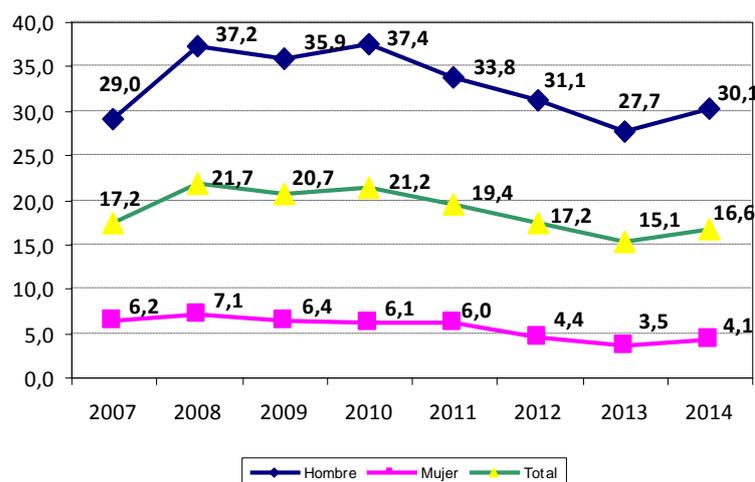


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. 31 de enero de 2017.

Desde el año 2007 hasta el 31 de enero de 2017 se han notificado 10.383 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 85,1% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,1 años (DE: 10,6). El 45,4% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (305) 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.



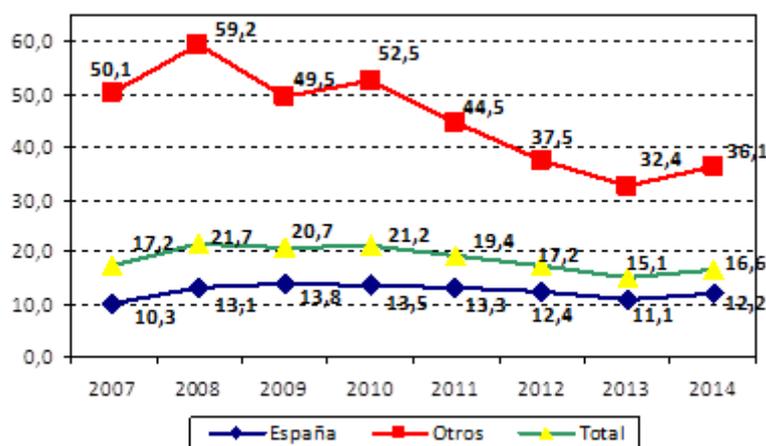
* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

Año 2014 no consolidado.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2007	855	81,6	193	18,4	1048
2008	1130	83,2	228	16,8	1358
2009	1112	84,1	211	15,9	1323
2010	1167	85,2	202	14,8	1369
2011	1060	84,1	200	15,9	1260
2012	973	86,8	148	13,2	1121
2013	865	87,9	119	12,1	984
2014*	932	87,1	138	12,9	1070
2015*	590	88,2	79	11,8	669
2016-17*	148	81,8	33	18,2	181
Total	8832	85,1	1551	14,9	10383

* 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 2014 no consolidado

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

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
UDI	209	4,0	97	2,7	55	12,2	12	1,1
HSH	4102	78,6	2520	69,7				
HTX	445	8,5	722	20,0	347	77,3	1066	96,7
Otros	8	0,2	20	0,6	15	3,3	12	1,1
Desconocido/ N.C.	455	8,7	254	7,0	32	7,2	12	1,1
Total	5219	100	3613	100	449	100	1102	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 15,8% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 14% en autóctonos y del 18% en foráneos.

Tabla 3. Porcentaje de retraso en el diagnóstico y mediana de linfocitos CD4 por año de diagnóstico

	N	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ μ l)	DT (<350 células/ μ l)	<500 células/ μ l
2007	786	342	30,7	50,8	69,6
2008	1097	393	24,8	42,8	63,0
2009	1087	402	26,2	43,0	61,1
2010	1107	407	24,0	41,5	60,5
2011	1029	382	26,8	45,9	63,9
2012	940	418	24,5	41,0	60,4
2013	833	434	23,0	39,6	57,6
2014	936	460	21,4	36,5	55,1
2015	593	435	23,1	39,5	58,0
2016-17	170	381	27,0	43,5	67,6
07 -17	8578	406 (RI: 199-629)	25,0	42,3	61,2

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 8578 nuevos diagnósticos (82,6%).

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.

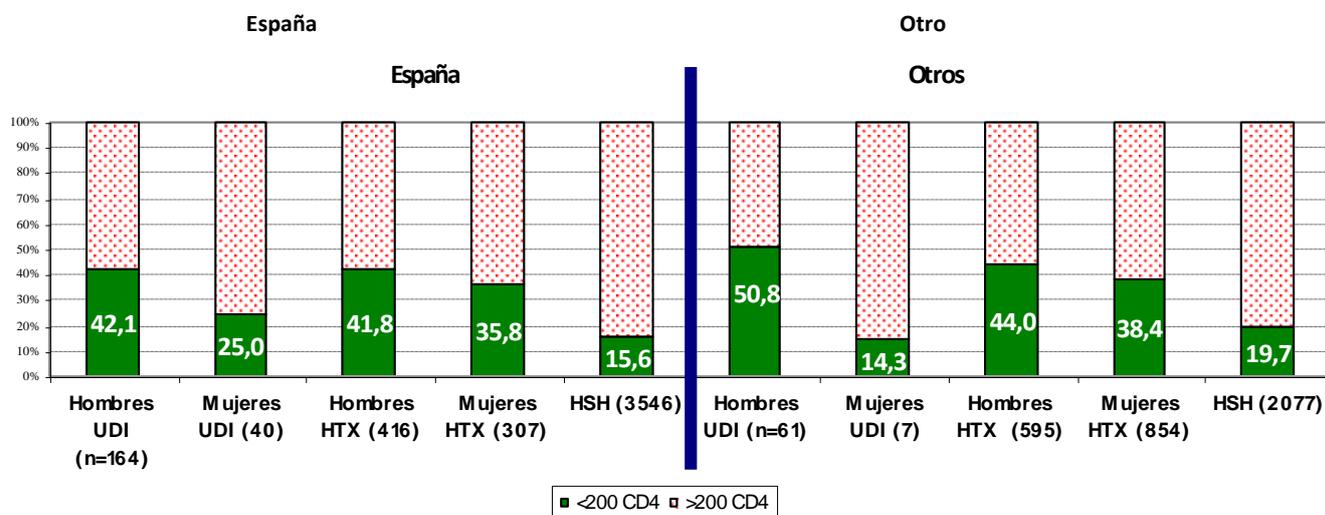
PEA: Presentación con enfermedad avanzada, DT: Diagnóstico tardío.

Linfocitos CD4<500: Estadios 2 y 3 del CDC (MMWR December 5, 2008/Vol.57/No.RR-10)

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

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=7328)	22,9%	39,9%	59,3%
	Mujer (1250)	37,2%	56,8%	72,9%
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (133)	9,0%	26,3%	45,1%
	20-29 (2558)	14,0%	30,8%	51,8%
	30-39 (3196)	24,2%	41,6%	61,0%
	40-49 (1786)	34,0%	51,8%	69,0%
	>49 años (866)	45,0%	62,9%	77,6%
Mecanismo de transmisión	UDI (272)	40,8%	56,3%	68,8%
	HTX (2172)	40,2%	59,9%	75,9%
	HSH (5623)	17,1%	33,9%	54,5%
País de origen	España (4808)	21,8%	37,4%	56,2%
	Otros: (3770)	29,1%	48,6%	67,6%
	1. Europa Occidental (326)	13,2%	31,6%	56,1%
	2. Europa Oriental (256)	32,4%	44,9%	58,6%
	3. América Latina y Caribe (2364)	28,0%	47,8%	67,3%
	4. África Subsahariana (647)	38,5%	61,4%	78,4%
5. Norte de África y Oriente Medio (85)	40,0%	55,3%	64,7%	

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

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. 31 DE ENERO DE 2017.

Casos de sida. 2007-2017		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	321	76,4	99	23,6
	2008	322	73,0	119	27,0
	2009	309	77,4	90	22,6
	2010	285	76,0	90	24,0
	2011	259	80,2	64	19,8
	2012	220	77,5	64	22,5
	2013	165	78,6	45	21,4
	2014*	149	80,1	37	19,9
	2015*	118	78,7	32	21,3
	2016-17*	42	85,7	7	14,3
07-17		2190	77,2	647	22,8
Edad media (años)		41,8 ± 10,5		39,6 ± 9,9	
País de origen		España: 65,0%		España: 53,2%	
Mecanismo transmisión		HSH: 44,4%		HTX: 69,1%	

* Años no consolidados.

Fallecidos con infección VIH. 2007-2017		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	265	80,1	66	19,9
	2008	285	78,9	76	21,1
	2009	231	77,8	66	22,2
	2010	251	80,4	61	19,6
	2011	241	83,4	48	16,6
	2012	186	77,5	54	22,5
	2013	126	78,8	34	21,2
	2014*	103	76,3	32	23,7
	2015*	105	86,1	17	13,9
	2016-17*	19	76,0	6	24,0
07-17		1812	79,8	460	20,2
Edad media (años)		48,5 ± 9,8		45,5 ± 9,3	
País de origen		España: 90,4%		España: 88,0%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,1%		UDI: 64,8%	

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

www.madrid.org/boletinepidemiologico

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



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública