



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 24. Enero 2018

INFORMES:

- **Vigilancia de las Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid, 2000-2017.**
- **Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2017.**



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Coordina:

Servicio de Epidemiología

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

28035 Madrid

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

Edición: Septiembre 2018

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 24. Enero 2018

ÍNDICE

	<i>Vigilancia de las Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid, 2000-2017.</i>	5
	<i>Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2017.</i>	18
	<i>EDO. Semanas 1 a 4 (del 1 al 28 de enero de 2018).</i>	26
	<i>Brotos Epidémicos. Semanas 1 a 4, 2018.</i>	27
	<i>Red de Médicos Centinela, semanas 1 a 4, 2018.</i>	28
	<i>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, enero 2018.</i>	32



INFORME:

VIGILANCIA DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH) EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2000 – 2017

ÍNDICE:

Resumen.....	6
1. Introducción.....	7
2. Metodología.....	7
3. Resultados.....	9
3.1 Situación de los casos de EETH en la Comunidad de Madrid (2000-2017).....	9
3.2 Situación de los casos de ECJ-e en la Comunidad de Madrid (2000-2017).....	15
4. Conclusiones.....	17

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).

Objetivo:

El objetivo de este informe es presentar la incidencia de las EETH desde 2000 a 2017, 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 2000 hasta el 2017 se han notificado 203 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 85,2% son casos de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádico, el 12,2% son ECJ familiar y el 1,2% son casos de Insomnio Familiar Letal. En 2005 se notificó un caso de variante ECJ.

Conclusiones:

Entre 2000 y 2017 el grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH fue ECJ-esporádico. Los casos detectados se han diagnosticado según los estándares recomendados, si bien se debería mejorar la utilización de los estudios neuropatológicos postmortem.

1. INTRODUCCIÓN

Las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) 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 enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (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 (ECJ-e), de causa desconocida. La ECJ adquirida accidentalmente en el medio sanitario se debe principalmente a injertos de duramadre, trasplantes de córnea, tratamientos con hormona de crecimiento y gonadotropina procedentes de cadáveres humanos. 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 variante (vECJ) se atribuye a exposición alimentaria por ingesta de carne de vacuno afectado por encefalopatía espongiforme bovina (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 tener una duración de más de un año.

Otras enfermedades familiares o genéticas son el síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (SGSS) y el Insomnio Familiar Letal (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).

Es un grupo de enfermedades de notificación obligatoria, incluido en el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) que viene regulado por la 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.

En este informe se presenta un análisis descriptivo de los casos registrados desde 2000 a 2017 que tenían su residencia en la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico.

2. METODOLOGÍA

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

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

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

2. Los Centros diagnósticos de referencia: la Unidad de Encefalopatías Espongiformes del Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III y el Laboratorio de Neuropatología de la Fundación Hospital Alcorcón.

Las **EETH objeto de vigilancia** son: ECJ-e, ECJ iatrogénica, Enfermedad familiar por priones (ECJ familiar, IFL y SGSS) y la vECJ. 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

La determinación de proteína 14-3-3 en LCR, el estudio genético (mutación PRNP, polimorfismo del codón 129), el estudio molecular (presencia y patrón de glicosilación de PRNP) y la RT-QuIC en LCR (desde 2017) se pueden realizar la Unidad de Encefalopatías Espongiformes del Centro Nacional de Microbiología (CNM), que es centro diagnóstico de referencia. Respecto al estudio neuropatológico postmortem que es el único método diagnóstico que permite establecer categóricamente el diagnóstico de la ECJ y de cualquier otra variedad de enfermedad por priones se pueden realizar en: Laboratorio de Neuropatología de la Fundación Hospital Alcorcón

CAMBIO EN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En enero de 2017 se introdujeron algunos cambios en los criterios diagnósticos y de clasificación de los casos en el protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en consonancia con la decisión del Comité de Coordinación de EuroCJD:

- Para la clasificación como caso confirmado se exige el síndrome neurológico progresivo además de la confirmación neuropatológica o inmunohistoquímica o bioquímica.
- Para la clasificación como caso probable ya no es necesaria la duración de la enfermedad menor de dos años cuando la proteína 14.3.3 en LCR es positiva.
- En los criterios sobre hallazgos en la RM cerebral se incluye ahora “hiperseñal en al menos dos regiones corticales” para la clasificación como caso probable siguiendo vigente el de hiperseñal en caudado/putamen.
- Introducción del test de diagnóstico rápido RT QuIC para clasificación como caso probable siempre que exista síndrome neurológico progresivo.

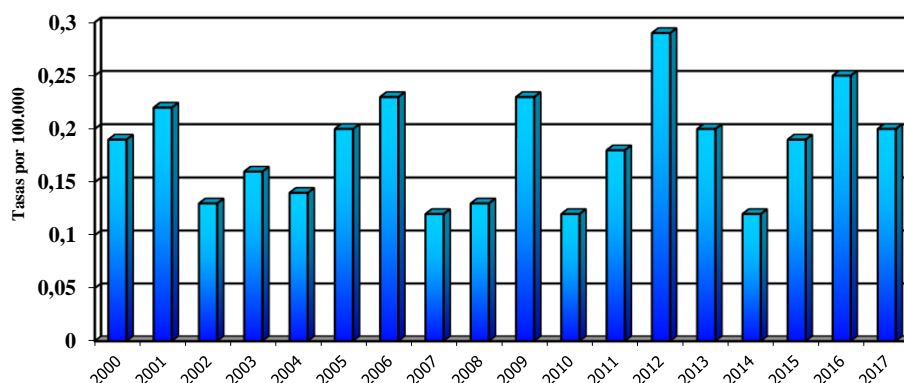
La ficha de notificación y los criterios diagnósticos y de clasificación a efectos de vigilancia epidemiológica está disponible en la página web de la Comunidad de Madrid en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/enfermedades-declaracion-obligatoria-edo>

3. RESULTADOS

3.1.- SITUACIÓN DE LOS CASOS DE EETH EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2000 – 2017.

Desde el año 2000 hasta el 2017 se han notificado 203 casos de EETH que suponen una incidencia anual media de 0,18 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 2002 y 2007 con 7 casos (0,12 casos por 100.000) (Gráfico 1). La media de casos por año ha sido de 11,3 (DT 3,3) (Tabla 1).

Gráfico 1. Tasa de incidencia de EETH. Comunidad de Madrid 2000-2017.

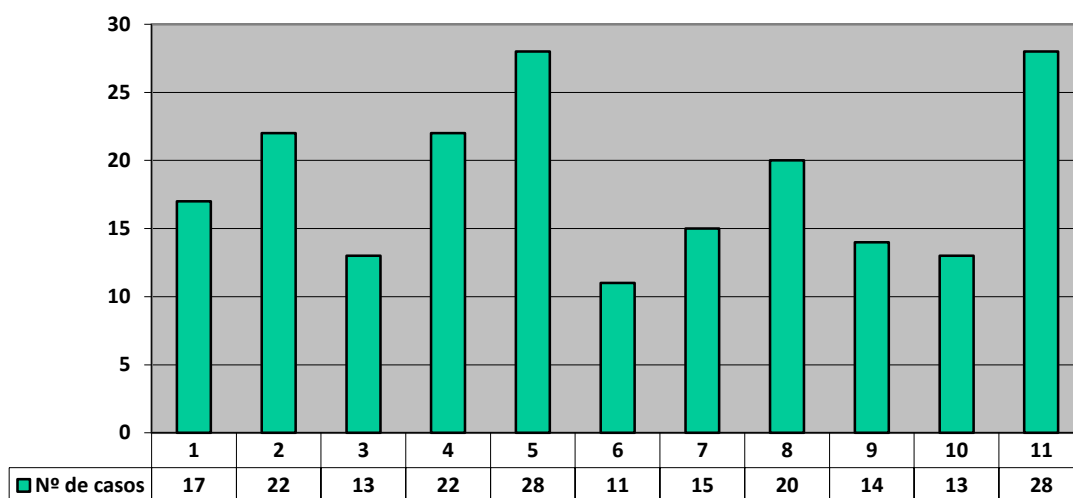


En cuanto a la distribución según Servicio del Área Única de Salud Pública de residencia, destacan el 5 y el 11 con 28 casos cada uno. El 6 con 11 casos es el de menor incidencia (Tabla 1 y Gráfico 2).

Tabla 1. Casos notificados de EETH por año de diagnóstico y Servicio del Área Única de Salud Pública.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
2000	2			3		1		1			3	10
2001	2	2			2		1	2		2	1	12
2002	1	1			1	2	1				1	7
2003	1	2	1	2	1		1				1	9
2004	1				2			1		2	2	8
2005	2	1		1	1		2	3	1		1	12
2006		2	1	3	2		1	1	1		3	14
2007		1	1		1		1		1		2	7
2008			2	1			2	1			2	8
2009	1	2	1	3		3		1	1	3		15
2010	1	2					1	1		2	1	8
2011	1		1	1		1		3	2	1	3	13
2012		2	2	3	5				3	1	2	18
2013	1	1		1	4	2		1	1		2	13
2014	1	2	3					2				8
2015		2		1	3	1	2		2	1		12
2016	2	2	1	1	4	1	1	1			3	16
2017	1			2	2		2	2	2	1	1	13
Total	17	22	13	22	28	11	15	20	14	13	28	203

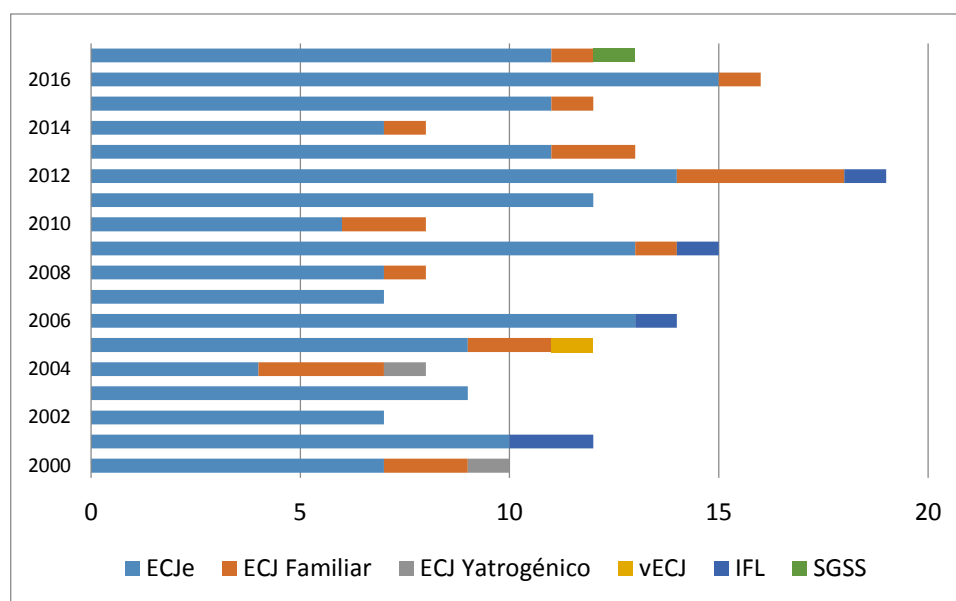
Gráfico 2.-Número de casos de EETH por Servicio del Área Única de Salud Pública. Comunidad de Madrid, 2000-2017.



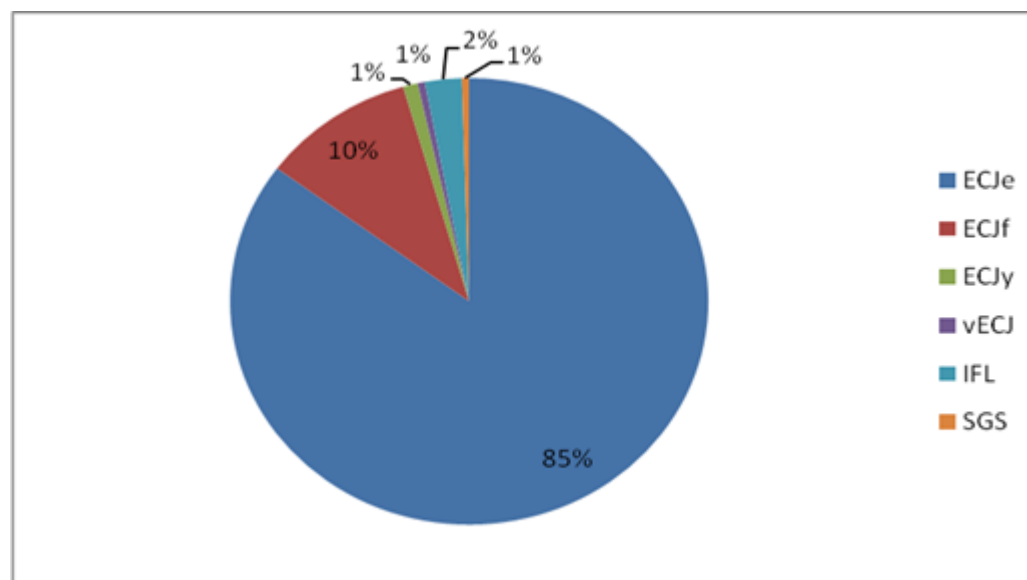
La clasificación de los casos según diagnóstico clínico y año de diagnóstico se presenta en la Tabla 2 y en el Gráfico 3.

Tabla 2. Clasificación clínico-epidemiológica de los casos de EETH por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2000-2017.

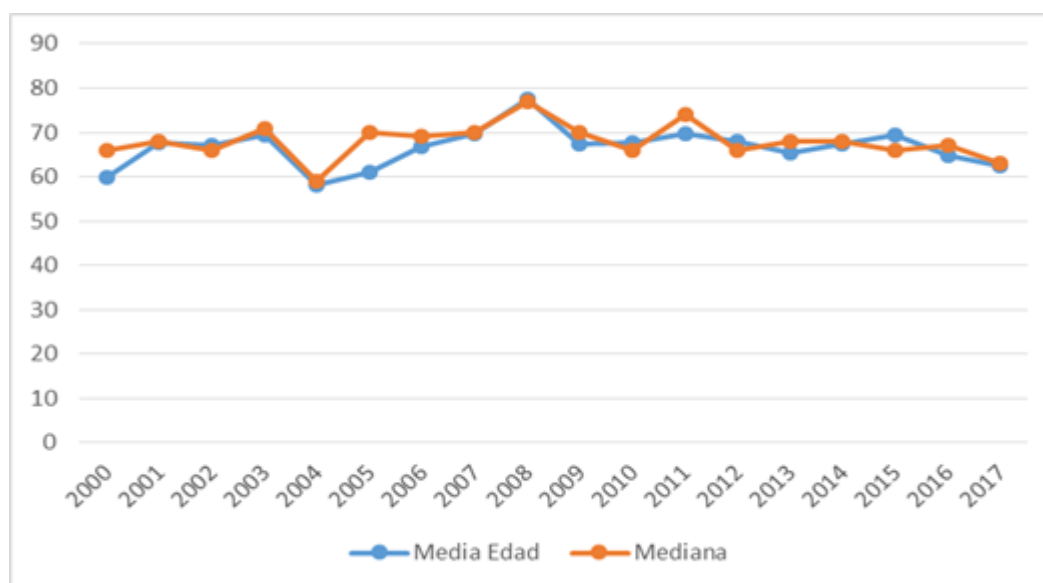
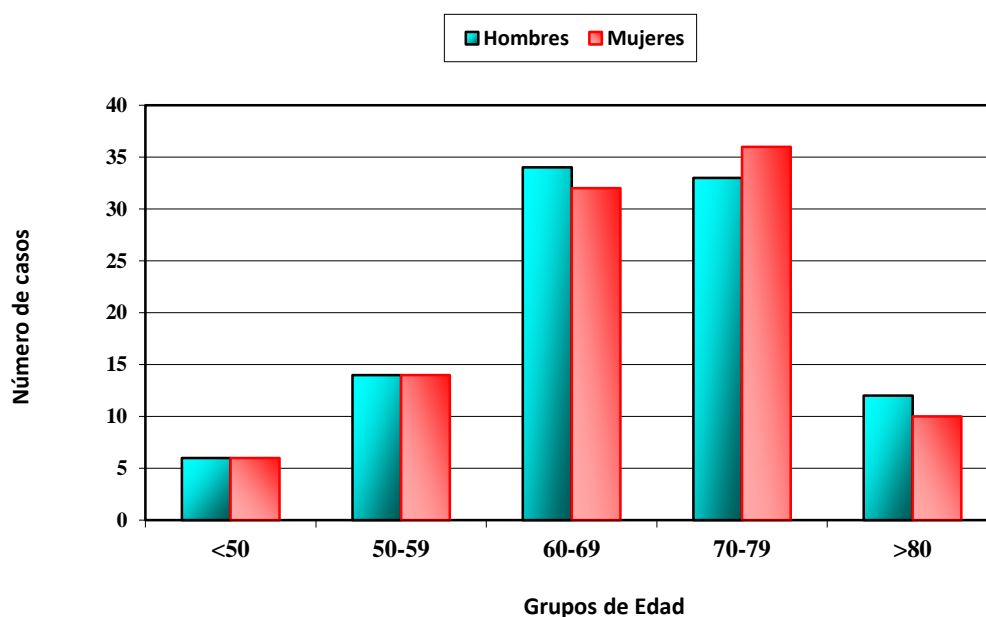
	ECJ Esporádico	ECJ Familiar	ECJ Iatrogénico	ECJ Variante	IFL	SGSS
2000	7	2	1			
2001	10				2	
2002	7					
2003	9					
2004	4	3	1			
2005	9	2		1		
2006	13				1	
2007	7					
2008	7	1				
2009	13	1			1	
2010	6	2				
2011	12					
2012	14	4			1	
2013	11	2				
2014	7	1				
2015	11	1				
2016	15	1				
2017	11	1				1

Gráfico 3. Distribución de los casos de EETH y subtipos de ECJ por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2000-2017.

El 85,2% son casos de ECJ-e, el 10,3% son ECJ familiar, el 2,5% son casos de Insomnio Familiar Letal (IFL), el 1% ECJ iatrogénica y un 0,5% de cada una de SGSS y un caso de vECJ que fue el primero notificado en España (Gráfico 4).

Gráfico 4. Clasificación clínico epidemiológica de las EETH. Comunidad de Madrid, 2000-2017.

En cuanto al sexo se reparten al 50% entre hombres y mujeres y respecto a la edad, se han detectado 18 casos menores de 50 años, de estos 9 son ECJ-e, 4 ECJ familiar, 2 ECJ iatrogénico, 2 IFL y 1 vECJ. El 79,6% de los casos tienen 60 o más años. En la última década se observa un ligero descenso en la media de edad y en la mediana de la edad (Gráfico 5 y 6).

Gráfico 5. Mediana y media de edad de los casos confirmados de EETH por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid 2000-2017.**Gráfico 6. Número de casos de EETH por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2000-2017.**

Referente a la clasificación diagnóstica de los casos, el 64,7% (130 casos) han sido confirmados, el 31,8% (64 casos) se han clasificado como probables y un 3,5% (7 casos) como posibles (Gráfico 7). En los gráficos 8 y 9 se presenta la clasificación diagnóstica de los casos por Servicio del Área Única de Salud Pública de residencia y año del diagnóstico.

Gráfico 7.- Clasificación diagnóstica de las EETH. Comunidad de Madrid 2000-2017.

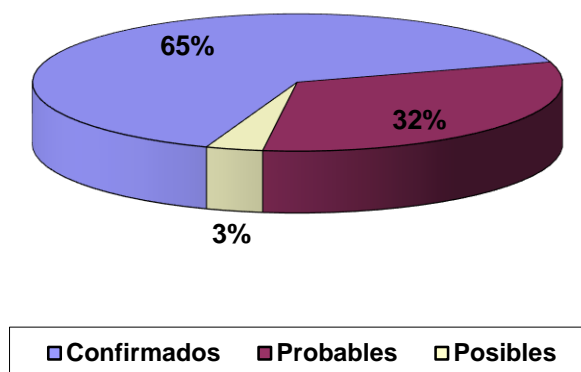


Gráfico 8.- Casos de EETH según clasificación diagnóstica por Servicio del Área Única de Salud Pública de residencia. Comunidad de Madrid 2000-2017.

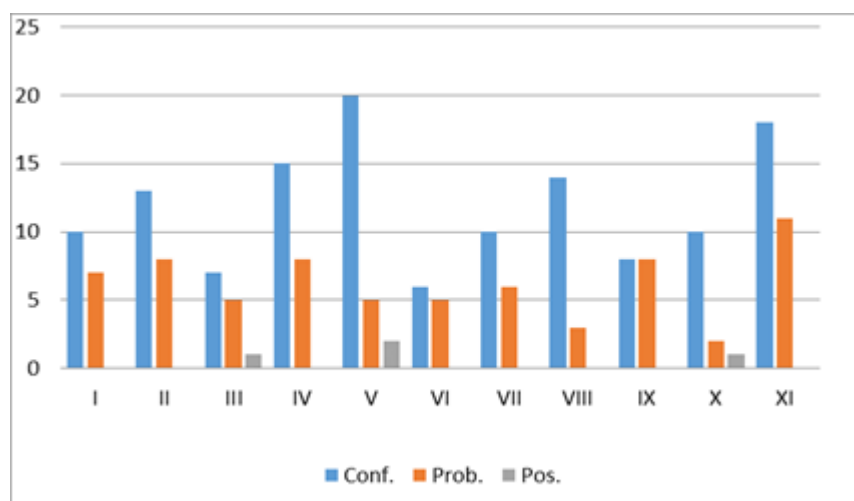


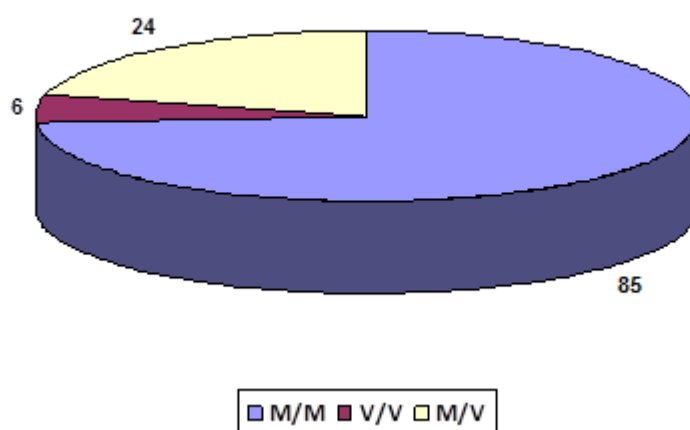
Gráfico 9.- Casos de EETH según clasificación diagnóstica por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid 2000-2017.



Respecto a las pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico diferencial de las EETH, el 63,9% de los casos se han confirmado por anatomía patológica, la determinación de la Proteína 14.3.3 se ha efectuado en el 91,6% de los casos y han sido positivas el 81,6% de las realizadas. En el 94% se ha practicado la Resonancia Magnética.

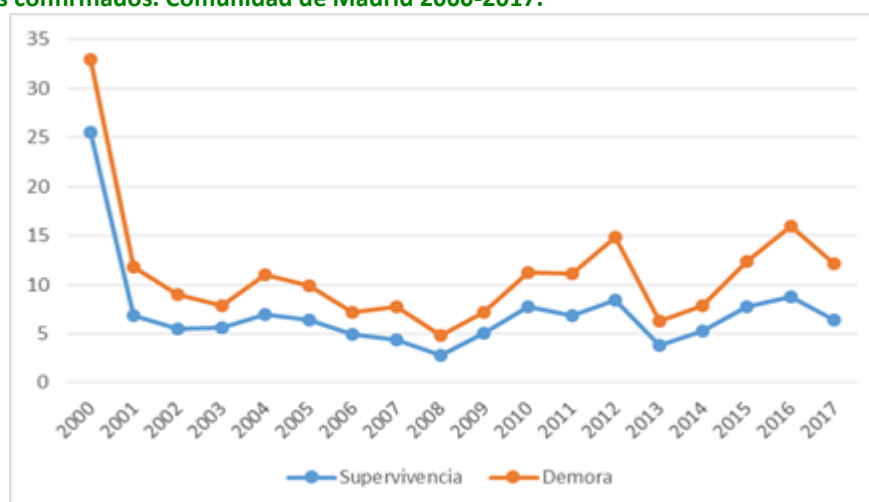
Se ha realizado estudio genético en el 56,9% de los casos, al analizar los resultados de este estudio en el periodo indicado, el 79,1% son homocigóticos en el codón 129, de ellos un 93,4% son metionina/metionina (M/M), un 6,6% valina/valina (V/V). Un 20,1% son heterocigóticos metionina/valina (M/V) (Gráfico 10).

Gráfico 10.- Distribución de los casos según resultado del estudio genético. Polimorfismo del codón 129. Comunidad de Madrid 2000-2017.



Se ha calculado la supervivencia media de los casos confirmados por año de diagnóstico, 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 7,17 meses, con una supervivencia mínima media de 2,8 meses y máxima media de 25,5 meses y una desviación típica de 4,71 (Gráfico 11).

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, la demora media ha sido de 4,02 meses, con una demora media mínima de 2 meses y máxima de 7,5 meses y una desviación típica de 1,69 (Gráfico 11).

Gráfico 11.- Supervivencia y demora en el diagnóstico medias, expresada en meses, desde el inicio de síntomas en los casos confirmados. Comunidad de Madrid 2000-2017.

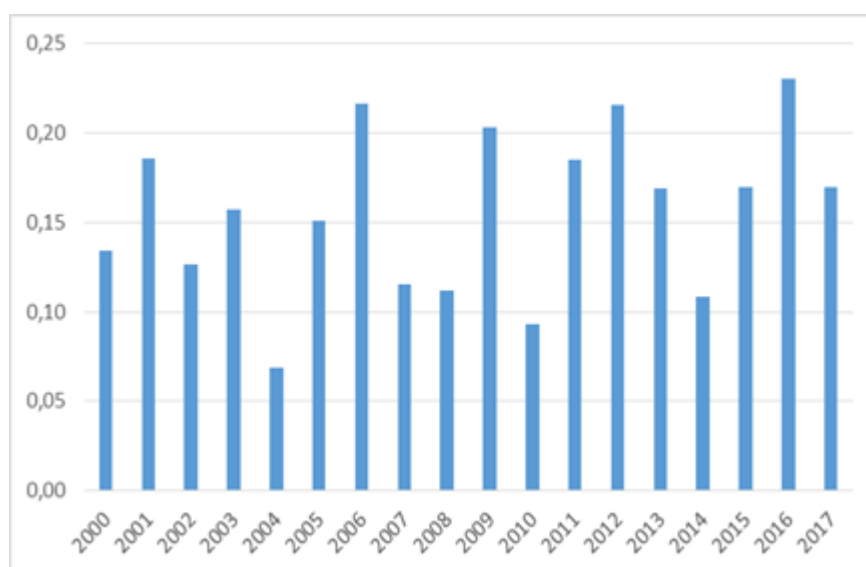
3.2.- SITUACIÓN DE LOS CASOS DE ECJ ESPORÁDICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2000 – 2017.

El grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH es el correspondiente a ECJ-e, que supone el 85,2% de todas las EETH declaradas en este periodo (2000 a 2017).

En la tabla 3 y en el gráfico 12 se muestra la incidencia de ECJ-e por año de diagnóstico. En el año 2016 se dio la mayor incidencia 0,23 casos por 100.000 habitantes, seguida por los años 2006 y 2012 con una incidencia de 0,22. Los años de menor incidencia fueron 2004 con 0,07, 2010 con 0,09 y 2008 y 2014 con 0,11 casos por 100.000 habitantes cada uno.

Tabla 3. Casos y Tasas por 100.000 habitantes de ECJ-e, por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2000-2017.

Año	Casos ECJ-e	Tasa por 100.000
2000	7	0,13
2001	10	0,19
2002	7	0,13
2003	9	0,16
2004	4	0,07
2005	9	0,15
2006	13	0,22
2007	7	0,12
2008	7	0,11
2009	13	0,20
2010	6	0,09
2011	12	0,18
2012	14	0,22
2013	11	0,17
2014	7	0,11
2015	11	0,17
2016	15	0,23
2017	11	0,17

Gráfico 12.- Incidencia de ECJ-e por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid 2000-2017.

En cuanto a la distribución por grupos de edad de la ECJ-e, el 82,6% de los casos se dan en mayores de 59 años y un 69,9% tenían una edad entre los 60 y los 79 años (Tabla 4). Según género el 51,5% son mujeres y el 48,5% hombres.

Tabla 4. Casos de ECJ-e, por grupos de edad. Comunidad de Madrid 2000-2017.

Grupo de Edad	Casos ECJ-e	%
< 50	8	4,6
50 a 59	22	12,7
60 a 69	54	31,2
70 a 79	67	38,7
> 80	22	12,7

El 67,6% de los casos (117) son confirmados atendiendo a los criterios diagnósticos de clasificación, el 28,9% (50 casos) están clasificados como probables y el 3,5% (6 casos) se quedan como posibles.

El número de pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico diferencial de la ECJ-e, por año de realización se presenta en la Tabla 5. En el periodo analizado, el 68% 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 electroencefalograma se ha practicado en el 93% de los casos.

Tabla 5. Número de casos de ECJ-e y porcentaje de realización de estudios específicos por año de diagnóstico. Comunidad de Madrid 2000 a 2017.

Año	Proteína 14.3.3 n (%)	Resonancia Magnética n (%)	Estudio Genético n (%)	Electroencefalograma n (%)	Anatomía Patológica n (%)
2000	7 (100)	6 (86)	5 (71)	7 (100)	3 (43)
2001	9 (90)	9 (90)	7 (70)	10 (100)	4 (40)
2002	7 (100)	6 (86)	5 (71)	7 (100)	4 (57)
2003	7 (78)	8 (89)	4 (44)	8 (89)	6 (66)
2004	3 (75)	3 (75)	1 (25)	4 (100)	1 (25)
2005	9(100)	8 (91)	9 (100)	9 (100)	7 (78)
2006	12 (100)	11 (92)	7 (58)	12 (100)	8 (67)
2007	7 (100)	7 (100)	4 (57)	7 (100)	5 (71)
2008	6 (86)	6 (86)	3 (43)	7 (100)	5 (71)
2009	13 (100)	12 (92)	6 (46)	12 (92)	11 (85)
2010	6 (100)	6 (100)	2 (33)	6 (100)	4 (66)
2011	11 (100)	10 (91)	5 (45)	10 (91)	7 (64)
2012	12 (86)	13 (93)	2 (14)	12 (86)	8 (57)
2013	11 (100)	11 (100)	1 (9)	11 (100)	9 (82)
2014	7 (100)	7 (100)	4 (57)	7 (100)	3 (43)
2015	10 (91)	11 (100)	7 (64)	10 (91)	8 (73)
2016	11 (73)	15 (100)	9 (60)	15 (100)	12 (80)
2017	11 (100)	11 (100)	5 (45)	11 (100)	7 (64)

CONCLUSIONES

- Entre 2000 y 2017, el grupo diagnóstico más importante dentro de las EETH es el correspondiente a ECJ-e, que supone el 85,2% de las EETH declaradas en este periodo.
- 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.
- En el año 2005 se declaró el único caso de vECJ registrado en nuestra Comunidad.
- En el periodo analizado (años 2000–2017) se han notificado dos casos de ECJ iatrogénico, el último en el año 2004.

La vigilancia epidemiológica de este grupo de enfermedades ha funcionado de forma adecuada en el periodo analizado.



INFORME SOBRE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2017

RESUMEN

En 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.499 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y de ellas, 16.593 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.775 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras CCAA y 131 en otros países. Del total de mujeres residentes, el 49,8% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 29,2 años \pm 7,2. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 22,13 por mil mujeres. Más de la mitad de las mujeres (52,5%) tenían hijos/as a su cargo y el 44,1% convivía en pareja. Para el 59,2% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” se dio en el 86,1% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 71,7% de las mujeres y el 4,3% fueron IVE tardías (>15 semanas). La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue del 12,58 en 2017.

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, Consumo y Bienestar Social.

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 2017. Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

2.- RESULTADOS

En 2017 se notificaron al Registro de la CM 19.499 IVE, cifra superior en un 3,9% a la correspondiente a 2016 que fue de 18.757.

El 14,9% (2.906) de las IVE notificadas correspondieron a mujeres no residentes en la CM y que procedían de otra provincia ó de otro país. Las mujeres no residentes en la CM que provienen de otras CCAA fueron 2.775, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 131 provenían de otros países, la mayor parte tenía su residencia en Francia y Portugal.

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 9,3% de ellas accedan a la IVE por fetos con taras fetales (3,4% en residentes), lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (18,2% vs. 4,3%).

2.1.- IVE en mujeres españolas y foráneas residentes en la Comunidad de Madrid, 2017

En 2017 se notificaron 16.593 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 16.421 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 12,58 por mil mujeres en este grupo de edad.

Datos sociodemográficos

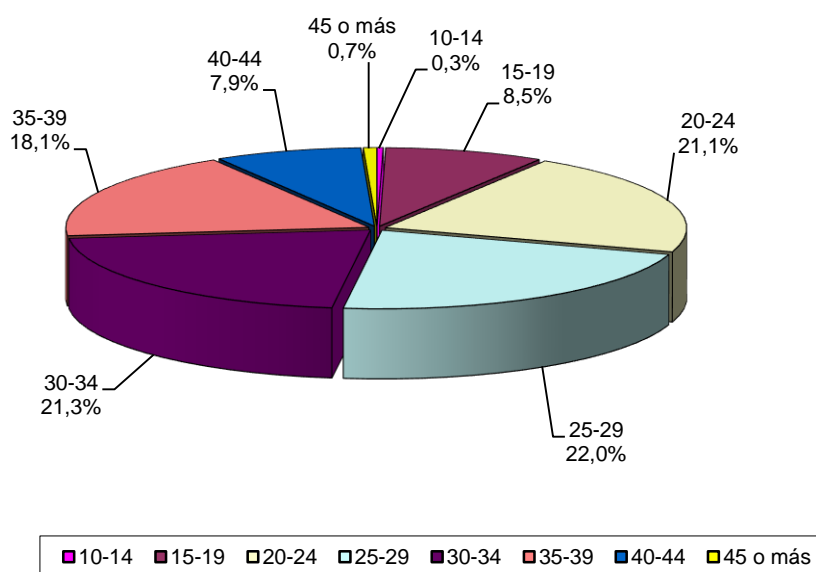
Los datos sociodemográficos están recogidos en la figura 1 y en las tablas 1 y 2.

País de nacimiento: Del total de IVE notificadas el 49,8% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (8.256) y el 50,2% restante a mujeres foráneas con residencia en la CM, de las que un 16,2% son mujeres nacidas en Ecuador y en segundo lugar las nacidas en Rumania que representan el 12,1%. El 21,8% de las mujeres foráneas habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 4,3% en el mismo año de la IVE.

Edad: La media de edad fue de 29,2 años \pm 7,2, sin diferencias significativas entre españolas y foráneas. El 1% de las IVE notificadas en 2017, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,3% (54 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (118 mujeres) más de 44 años. Un 8,8% tenían menos de 20 años (figura 1).

Ingresos económicos: El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 66,1%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de las españolas (diferencias no significativas). 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 60,2% frente al 59,3% de 2016; este ítem, tiene mayor representación en mujeres españolas (61,1%), que en foráneas (59,3%) ($p < 0,05$). El 19,1% son demandantes de empleo y el 4,2% se dedican a tareas domésticas.

Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2016.

Nivel de instrucción: En cuanto al nivel de instrucción académica, aumenta el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2016 (21,5% en 2017 y 20,1% en 2016) y se mantiene el de mujeres analfabetas ó carentes de estudios, 0,3% en ambos años. Según país de nacimiento encontramos mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (29,8%) que en foráneas (13,4%) ($p < 0,05$).

Convivencia: El 44,1% de las mujeres refieren convivir en pareja (con y sin hijos), siendo este porcentaje mayor en las mujeres foráneas ($p < 0,05$). La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 52,5% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

Hijos e IVE previa: Un 46,1% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2017 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 (64,3% vs. 43,3%) ($p < 0,05$). Un 8,1% de las mujeres tuvieron un hijo en el último año.

Para el 59,2% de las mujeres era su primera IVE y un 1,6% había abortado en 4 ó más ocasiones. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres foráneas que en mujeres españolas (49,0% vs. 32,5%) ($p < 0,05$). El 15% 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 refería usar métodos anticonceptivos (MA). El porcentaje es de 53,6% en el caso de las mujeres nacidas en España y 43,7% para las foráneas ($p < 0,05$). Una amplia mayoría de las que dicen usar MA, eligen métodos de barrera (65,8%).

Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres (I). Comunidad de Madrid, año 2017.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	45	0,5	9	0,1	54	0,3
	15-19	809	9,8	605	7,3	1414	8,5
	20-24	1675	20,3	1834	22,0	3509	21,1
	25-29	1737	21,0	1919	23,0	3656	22,0
	30-34	1629	19,7	1901	22,7	3530	21,4
	35-39	1540	18,7	1467	17,6	3007	18,1
	40-44	750	9,1	555	6,7	1305	7,9
	45 o más	71	0,9	47	0,6	118	0,7
Convivencia	Sola	1680	20,3	2033	24,4	3713	22,4
	En pareja	3492	42,3	3832	45,9	7324	44,1
	Con familia	2777	33,6	2098	25,2	4875	29,4
	Otras personas	303	3,7	371	4,5	674	4,1
	N/C	4	0,1	3	0,0	7	0,0
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	19	0,2	31	0,4	50	0,3
	Primer grado	631	7,6	751	9,0	1382	8,3
	ESO y equivalentes	2723	33,0	3277	39,2	6000	36,3
	Bachiller/ciclos FP	2406	29,1	3157	37,9	5563	33,5
	Escuelas univ/Facultades	2461	29,9	1114	13,4	3575	21,5
	Inclasificable/NC	16	0,2	7	0,1	23	0,1
Ingresos económicos propios	Si	5483	66,4	5492	65,9	10975	66,1
	No	2773	33,6	2845	34,1	5618	33,9
Procedencia de los ingresos	Pareja	744	26,8	1044	36,7	1788	31,8
	Familiares	1457	52,6	1100	38,6	2557	45,5
	Otros	456	16,4	508	17,9	964	17,2
	N/C	116	4,2	193	6,8	309	5,5
	Total (Sin ingresos)	2773		2845		5618	
Total		8256	100	8337	100	16593	100

Tabla 2. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres (II). Comunidad de Madrid, año 2017.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4678	56,7	2976	35,7	7654	46,1
	1	1857	22,5	2533	30,4	4390	26,5
	2	1321	16,0	1933	23,2	3254	19,6
	3	300	3,6	651	7,8	951	5,7
	4 o más	100	1,2	244	2,9	344	2,1
Número de IVE previas	Ninguna	5574	67,5	4253	51,0	9827	59,2
	1	1889	22,9	2576	30,9	4465	26,9
	2	555	6,7	1006	12,1	1561	9,4
	3	162	2,0	317	3,8	479	2,9
	4 o más	76	0,9	185	2,2	261	1,6
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	455	17,0	560	13,7	1015	15,0
	1	421	15,7	709	17,4	1130	16,7
	2	357	13,3	632	15,5	989	14,6
	3	237	8,8	437	10,7	674	10,0
	4	206	7,7	309	7,6	515	7,6
	5	179	6,7	288	7,1	467	6,9
	Más de 5 años	827	30,8	1147	28,0	1974	29,2
Total		2682		4082		6764	
Total		8256	100	8337	100	16593	100

Datos de la intervención

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

Información y financiación de la IVE: El 45,7% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2017 fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios públicos.

La financiación pública alcanzó en 2017 al 74,8% de las IVE (77,1% en españolas y 72,6% para las mujeres foráneas).

Semanas de gestación: En 2017 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 71,7%, dato ligeramente superior a 2016 (70,1%); en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 4,3%, inferior a 2016 con un 4,9%.

En el colectivo de mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 73% y de IVE tardía del 4,7%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 70,5% y el de IVE tardía 3,9%.

El 13% de las mujeres menores de 15 años (n=54) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 76,3% de las mayores de 44 años (n=118) 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 86,1% de las IVE notificadas y el de “Graves taras fetales” fue del 3,4%, 17 de estos casos eran incompatibles con la vida.

Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, año 2017.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	C. Sanitario Público	3746	45,3	3835	46,0	7581	45,6
	C. Sanitario Privado	605	7,3	654	7,8	1259	7,6
	Tfno. Información Usuario	116	1,4	247	3,0	363	2,2
	Amigos/familiares	1401	17,0	1380	16,6	2781	16,8
	Medios comunicación	30	0,4	35	0,4	65	0,4
	Internet	2295	27,8	2088	25,0	4383	26,4
	N/C	63	0,8	98	1,2	161	1,0
Uso de métodos anticonceptivos actualmente	Si	4428	53,6	3642	43,7	8070	48,6
	No	3828	46,4	4695	56,3	8523	51,4
Semanas de gestación	6 ó menos	3309	40,0	2712	32,4	6021	36,4
	7	1716	20,8	1908	22,9	3624	21,8
	8	1002	12,1	1255	15,1	2257	13,6
	9-10	891	10,8	1205	14,5	2096	12,6
	11-12	452	5,5	567	6,8	1019	6,1
	13-15	494	6,0	365	4,4	859	5,2
	16-20	285	3,5	249	3,0	534	3,2
	21 ó más	107	1,3	76	0,9	183	1,1
Motivo de la IVE	A petición mujer	7037	85,3	7249	86,9	14286	86,1
	Riesgo salud física o psíquica mujer	754	9,1	984	11,8	1738	10,5
	Graves anomalías fetales	453	5,5	99	1,2	552	3,3
	Anomalías fetales incompatibles vida	12	0,1	5	0,1	17	0,1
Total		8256	100	8337	100	16593	100

Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, año 2017.

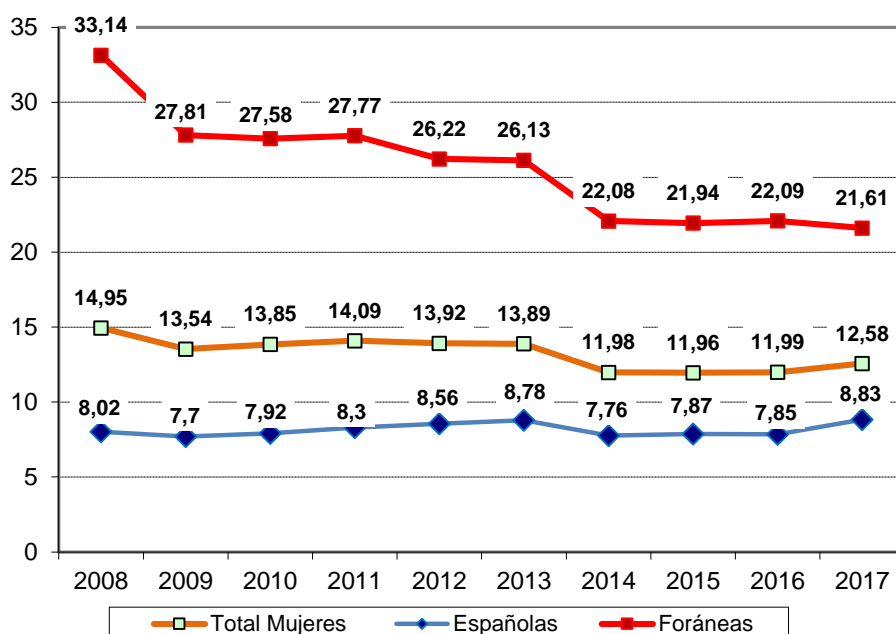
Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	9-15 semanas		<9 semanas (precoz)		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	N	%
<15 años	23	42,6	24	44,4	7	13,0	54	100,0
15-19 años	428	30,3	923	65,2	63	4,5	1414	100,0
20-24 años	846	24,1	2537	72,3	126	3,6	3509	100,0
25-29 años	833	22,8	2713	74,2	110	3,0	3656	100,0
30-34 años	830	23,5	2554	72,4	146	4,1	3530	100,0
35-39 años	699	23,2	2126	70,7	182	6,1	3007	100,0
40-44 años	296	22,7	935	71,6	74	5,7	1305	100,0
>44 años	19	16,1	90	76,3	9	7,6	118	100,0
Total	3974	23,9	11902	71,8	717	4,3	16593	100,0

2.2 Evolución del registro IVE en la Comunidad de Madrid, 2008-2017

Tasa anual: Entre los años 2008 y 2009 la tasa anual de IVE por mil mujeres entre 15 y 44 años desciende de 14,95 por mil mujeres a 13,54. Desde 2009 hasta 2013, presenta pequeñas oscilaciones. En 2014 desciende a 11,98 desde 13,89 en 2013. En los años 2015 y 2016 se mantiene la tasa anual (11,96 y 11,99) y en 2017 aumenta hasta 12,58 (figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 8,02 IVE por mil mujeres en el año 2008 a 8,83 por mil mujeres en 2017. En foráneas la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 33,14 en 2008 a 21,61 en el año 2017.

Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2008-2017.



Grupos de edad: La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2008 alcanzó 27,38 por mil mujeres, en 2017 la tasa registrada ha sido 22,13 por mil mujeres (Figura 3).

Tasa/municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil: solo los municipios de Madrid y Parla, presentan tasas por encima de la media. En 2017 Alcorcón es el municipio con menor tasa (9,14 IVE por mil mujeres) (tabla 4).

Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2008-2017.

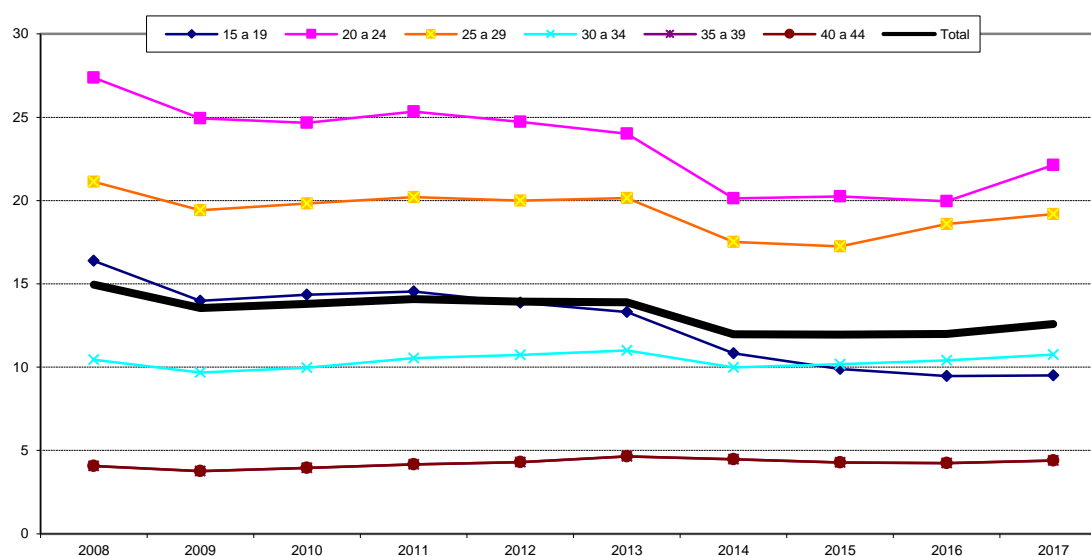


Tabla 5. Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, año 2008-2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A. HENARES	14,00	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09	10,73	10,09	11,33	11,43
ALCOBENDAS	15,19	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51	11,16	10,60	10,29	11,30
ALCORCON	9,43	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82	9,44	9,85	8,88	9,89
FUENLABRADA	12,02	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41	10,15	10,48	10,90	11,41
GETAFE	11,13	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26	10,84	10,43	10,40	11,05
LEGANES	12,19	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88	10,67	11,17	10,30	10,43
MADRID	17,77	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07	14,32	14,70	14,37	15,38
MOSTOLES	11,00	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07	10,74	10,71	10,73	12,16
PARLA	17,41	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89	14,03	13,37	16,07	16,10
T. ARDOZ	19,14	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89	11,93	11,65	12,68	11,02
RESTO CM	11,82	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11	8,96	8,85	9,11	9,14
TOTAL CM	14,95	13,54	13,80	14,09	13,92	13,89	11,98	11,96	11,99	12,58

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 3 IVE que fueron informadas desde los Hospitales Públicos.

Para completar la situación, aunque no se incluyen en este informe, se ha seleccionado los códigos de la CIE-10MC: Z33.2 terminación embarazo electiva y código O04: aborto médico, en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y Cirugía Ambulatoria de la Comunidad de Madrid (CMBD) correspondiente al año 2017, encontrándose registradas otras 93 IVE. Además el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad informó de otras 58 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

3.- CONCLUSIONES

En 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.499 IVE, un 3,9% más que las registradas en 2016. De ellas EL 85,1% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

En la Comunidad de Madrid, en 2017 la tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años fue superior a la registrada en 2016 (12,58 por mil mujeres y 11,99 por mil mujeres respectivamente).

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2017 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,5%).

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2017 fueron en mujeres foráneas (50,2%).

Así mismo, más de la mitad de las mujeres a las que se les practicó una IVE (52,5%) tenían hijos/as a su cargo y el 44,1% convivía en pareja, con o sin hijos.

El motivo de la IVE al que mayoritariamente se acogieron las mujeres fue el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” (86,1%).



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria Comunidad de Madrid. Año 2018, semanas 1 a 4 (del 1 al 28 de enero de 2018)

	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	41.809	41.809	642,5	642,5
Legionelosis	10	10	0,2	0,2
TUBERCULOSIS				
	37	37	0,6	0,6
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Campilobacteriosis	114	114	1,8	1,8
Criptosporidiosis	5	5	0,1	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	2	0,0	0,0
Giardiasis	27	27	0,4	0,4
Hepatitis A	24	24	0,4	0,4
Listeriosis	4	4	0,1	0,1
Salmonelosis (excluido Fiebre tifoidea y paratifoidea)	58	58	0,9	0,9
Shigelosis	2	2	0,0	0,0
Yersiniosis	3	3	0,0	0,0
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	13	13	0,2	0,2
Hepatitis C	9	9	0,1	0,1
Infección <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc.LGV)	69	69	1,1	1,1
Linfogranuloma venéreo	3	3	0,0	0,0
Infección gonocócica **	60	60	0,9	0,9
Sífilis **	17	17	0,3	0,3
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enfermedad meningocócica	4	4	0,1	0,1
Enfermedad invasiva por <i>H. Influenzae</i>	1	1	0,0	0,0
Enfermedad neumocócica invasora	74	74	1,1	1,1
Herpes Zoster	2.516	2.516	38,7	38,7
Parotiditis	65	65	1,0	1,0
P.F.A. (<15 años)***	0	0	0,0	0,0
Sarampión	0	0	0,0	0,0
Tosferina	7	7	0,1	0,1
Varicela	381	381	5,9	5,9
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	1	1	0,0	0,0
Enfermedad por virus Chikungunya	0	0	0,0	0,0
Fiebre Exantemática Mediterránea	1	1	0,0	0,0
Fiebre Recurrente Transmitida por garrapatas	0	0	0,0	0,0
Leishmaniasis	4	4	0,1	0,1
Paludismo	9	9	0,1	0,1
ANTROPOZOONOSIS				
Brucelosis	1	1	0,0	0,0
Fiebre Q	0	0	0,0	0,0
Hidatidosis	0	0	0,0	0,0
Toxoplasmosis congénita	1	1	0,0	0,0
Tularemia	0	0	0,0	0,0
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis Víricas	8	8	0,1	0,1
Otras meningitis bacterianas	2	2	0,0	0,0
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: Lepra, Síndrome respiratorio agudo grave, Botulismo, Cólera, E. coli productor toxina Shiga o Vero, Triquinosis, Carbunco, Sífilis congénita, Leptospirosis, Peste, Rabia, Difteria, Poliomielitis, Rubéola, Rubéola congénita, Tétanos, Tétanos neonatal, Enfermedad por virus Zika, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre Amarilla, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica vírica, Infección congénita por virus Zika.



Brotos Epidémicos. Comunidad de Madrid.

Año 2018, semanas 1 a 4

(del 1 al 28 de enero de 2018)

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. Semanas 1-4. Año 2018 y comparación con el año anterior.

Ámbito del brote	Año 2018			Año 2017		
	Semanas 1-4			Semanas 1-4		
	Brotos	Casos	Hospitalizados	Brotos	Casos	Hospitalizados
Centros educativos	1	62	0	2	53	2
Residencias geriátricas	1	19	1	0	0	0
Restaurantes, bares y similares	1	16	0	4	31	0
Domicilios	1	4	0	4	10	2
Total	4	101	1	10	94	4

Brotos de origen no alimentario. Semanas 1-4. Año 2018 y comparación con el año anterior.

Tipo de brote*	Año 2018			Año 2017		
	Semanas 1-4			Semanas 1-4		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	5	77	1	1	8	0
Parotiditis	7	45	0	7	28	0
Conjuntivitis	1	26	0	0	0	0
Enfermedad de mano, pie y boca	1	8	0	1	7	0
Escarlatina	3	7	0	6	48	0
Hepatitis A	2	6	3	2	4	2
Escabiosis	1	3	0	2	7	0
Salmonelosis no alimentaria	1	2	1	1	2	0
Total	21	174	5	20	104	2

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2018, semanas 1 a 4 (del 1 al 28 de enero de 2018)

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 76,4% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2018.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2018.

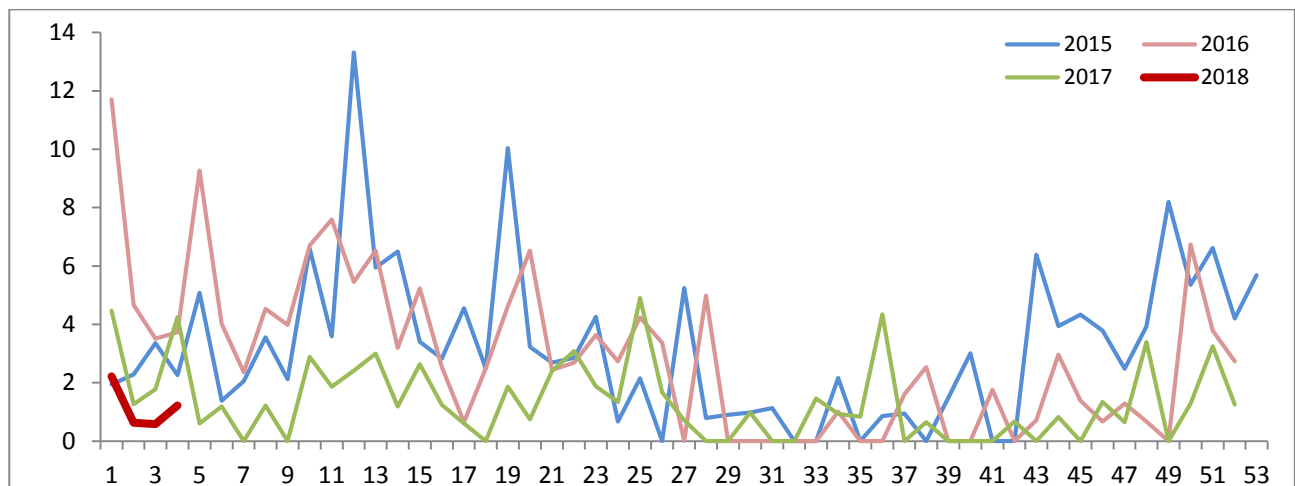
	Sem. 1 a 4 de 2018	Año 2018
Gripe*	917	1410*
Varicela	6	6
Herpes zóster	38	38
Crisis asmáticas	47	47

^a De la semana 40 de 2017 hasta la 20 de 2018

VARICELA

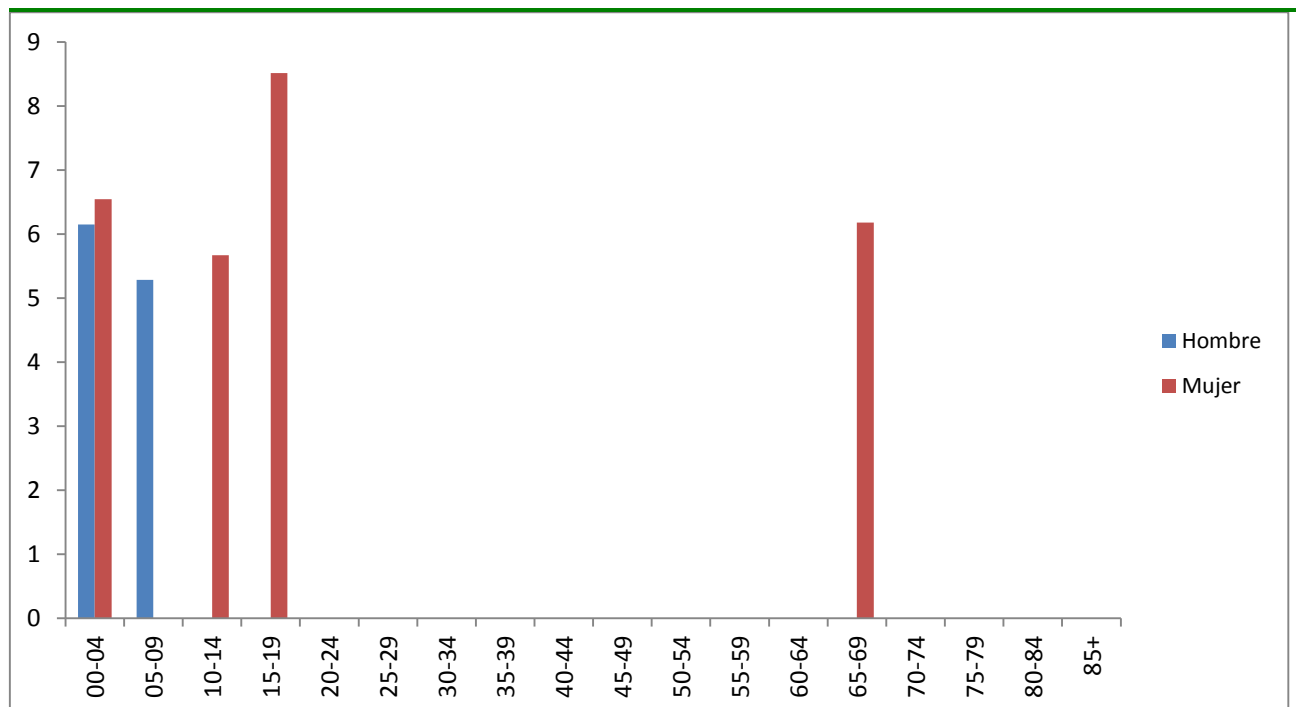
Durante las semanas 1 a 4 del año 2018 se han declarado 6 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 4,66 casos por 100.000 personas (IC 95%: 1,15 – 8,17). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2015-2017 y desde la semana 1 a la 4 de 2018.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2015-2018.



De los 6 casos notificados, 2 (33,33%) eran hombres y 4 (66,66%) mujeres. El 66,66% de los casos 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 2018.



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 38 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 1 a 4 de 2018, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 26,19 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 17,88 – 34,50). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en Madrid desde el año 2015 hasta la semana 4 de 2018. El 60,53% de los casos se dio en mujeres (23 casos). El 71,05% 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 2015-2018.

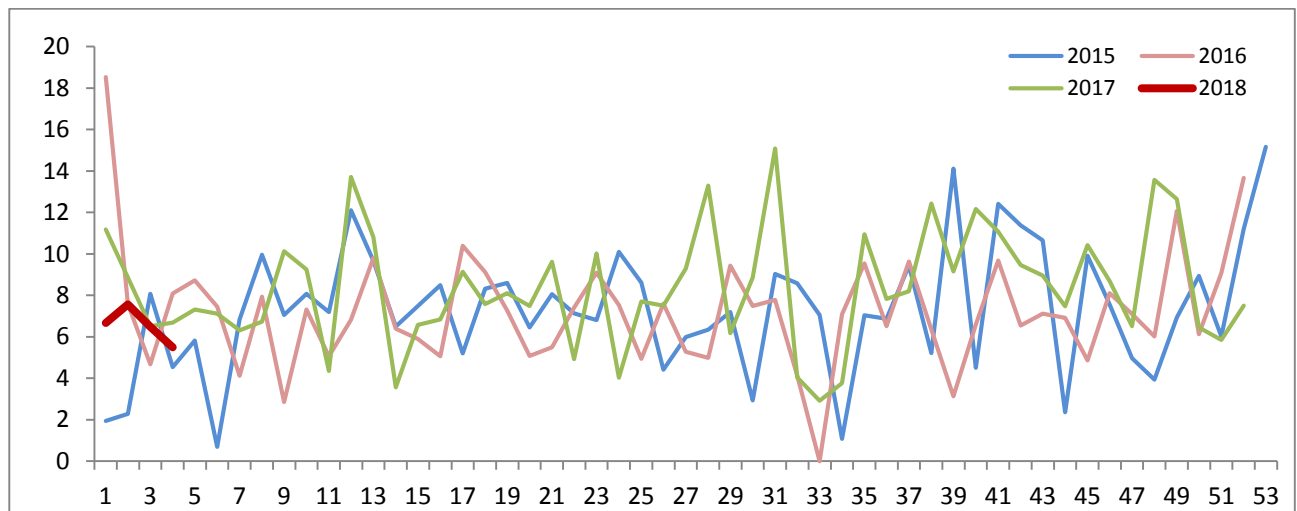
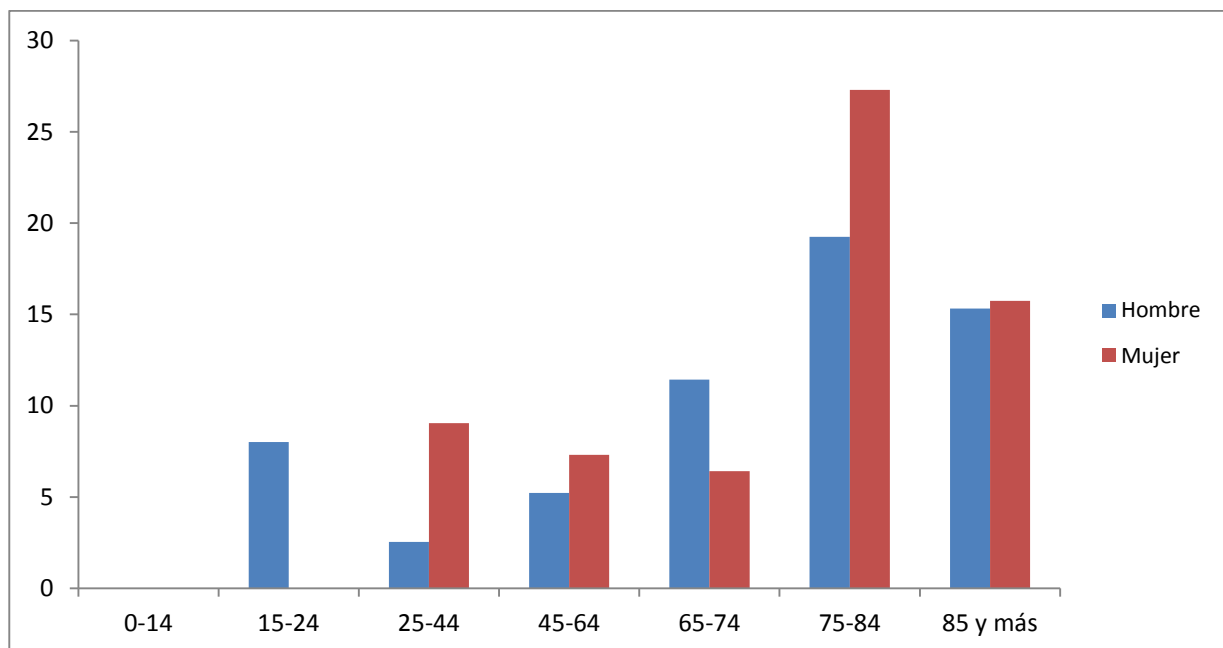
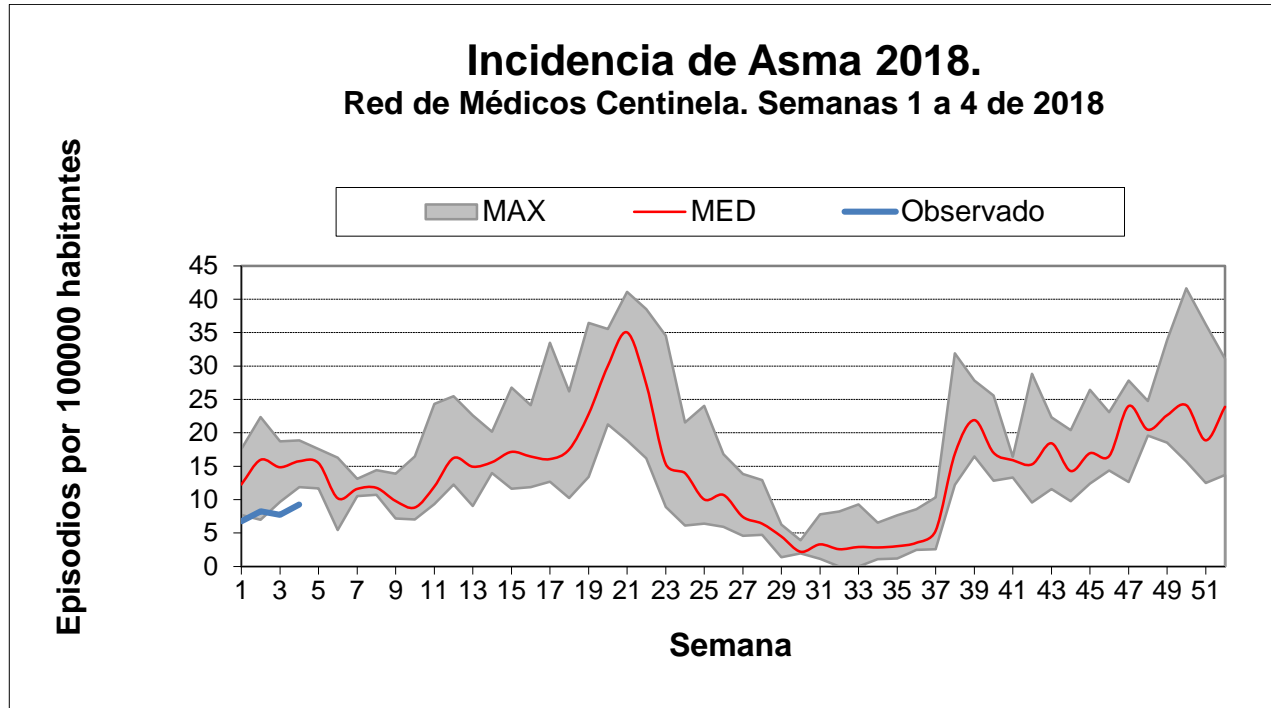


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2018.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 1 a 4 de 2018 la Red de Médicos Centinela notificó 47 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.





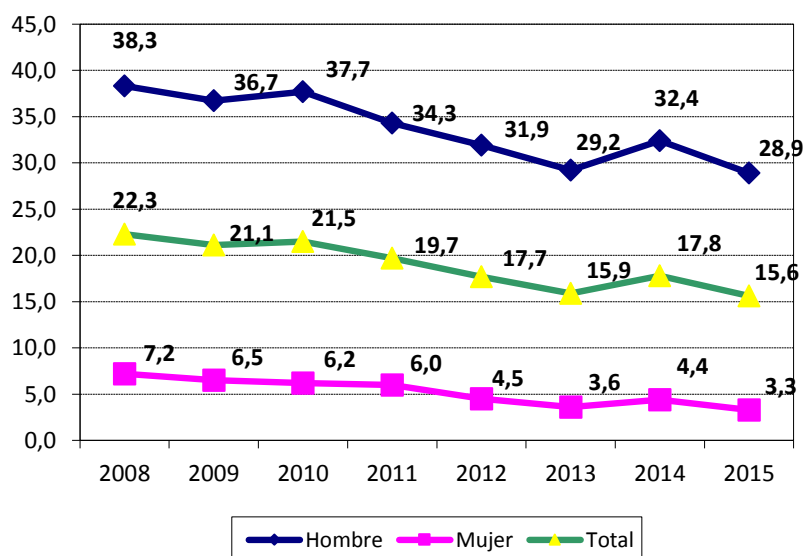
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH.

31 de enero de 2018

Desde el año 2008 hasta el 31 de enero de 2018 se han notificado 10.581 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 85,7% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,1 años (DE: 10,6). El 45,3% habían nacido fuera de España. Un 2,7% (286) 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.

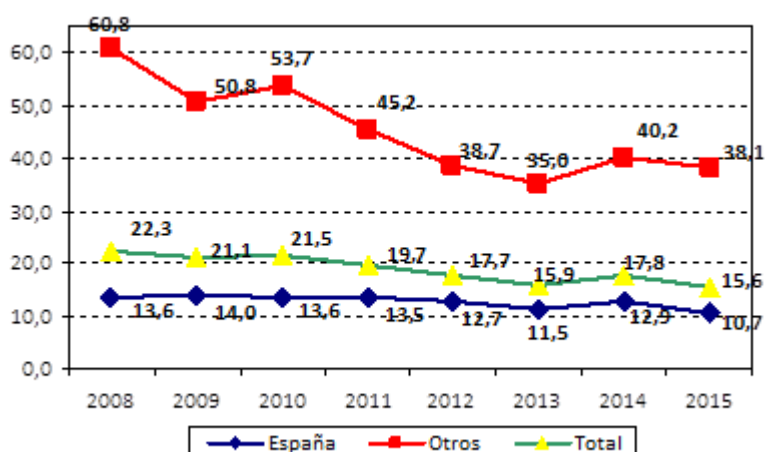


* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2008	1164	83,3	233	16,7	1397
2009	1135	84,1	215	15,9	1350
2010	1179	85,1	207	14,9	1386
2011	1075	84,2	202	15,8	1277
2012	1000	86,9	151	13,1	1151
2013	913	88,2	122	11,8	1035
2014	1004	87,2	148	12,8	1152
2015	892	89,0	110	11,0	1002
2016*	601	85,2	104	14,8	705
2017*	103	82,4	22	17,6	125
2018*	0	0,0	1	100,0	1
Total	9066	85,7	1515	14,3	10581

* Años con datos no definitivos

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

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

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

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
Mecanismo de transmisión	n	%	n	%	n	%	n	%
PID	188	3,5	88	2,4	51	11,9	13	1,2
HSH	4272	79,7	2652	71,5				
HTX	417	7,8	656	17,7	330	77,2	1050	96,6
Otros	6	0,1	17	0,5	13	3,0	12	1,1
Desconocido/ N.C.	477	8,9	293	7,9	34	7,9	12	1,1
Total	5360	100	3706	100	428	100	1087	100

* PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

Retraso en el diagnóstico

El 14,6% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 12,9% en personas autóctonas y del 16,6% en foráneas.

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
2008	1107	391	24,9	43,2	63,3
2009	1098	405	26,0	42,7	60,8
2010	1109	405	24,0	41,6	60,6
2011	1034	382	27,0	45,9	64,1
2012	947	419	24,4	40,9	60,3
2013	850	431	23,2	39,4	57,9
2014	982	459	21,7	36,4	55,1
2015	867	459	19,6	35,6	54,8
2016	656	440	19,1	35,4	56,7
2017-18	114	410	30,7	42,1	58,8
08-18	8764	421 (RI: 211-647)	23,7	40,5	59,6

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 8764 nuevos diagnósticos (82,8%).

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.**Total Comunidad de Madrid**

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=7528)	21,6%	38,1%	57,5%
	Mujer (1236)	36,6%	55,5%	72,0%
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (135)	8,1%	23,7%	46,7%
	20-29 (2647)	12,8%	29,2%	49,9%
	30-39 (3229)	22,7%	39,4%	59,2%
	40-49 (1822)	32,4%	49,9%	67,2%
	>49 años (895)	44,8%	61,9%	76,9%
Mecanismo de transmisión	PID (249)	41,4%	55,4%	69,1%
	HTX (2097)	39,2%	58,5%	74,9%
	HSH (5863)	16,2%	32,3%	52,9%
País de origen	España (4928)	20,7%	35,8%	54,3%
	Otros: (3836)	27,6%	46,6%	66,4%
	1. Europa Occidental (341)	12,3%	29,9%	53,4%
	2. Europa Oriental (265)	30,2%	43,8%	57,7%
	3. América Latina y Caribe (2431)	26,9%	46,0%	66,6%
	4. África Subsahariana (604)	35,8%	58,9%	76,7%
	5. Norte de África y Oriente Medio (96)	38,5%	53,1%	65,6%

Hombres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (108)	5,6%	21,3%	47,2%
	20-29 (2331)	10,7%	26,7%	47,8%
	30-39 (2814)	20,5%	36,8%	56,9%
	40-49 (1537)	30,8%	48,3%	65,4%
	>49 años (723)	43,8%	60,4%	76,6%
Mecanismo de transmisión	PID (205)	44,9%	59,5%	73,2%
	HTX (950)	41,9%	60,8%	76,7%
	HSH (5863)	16,2%	32,3%	52,9%
País de origen	España (4566)	19,7%	34,8%	53,5%
	Otros: (2962)	24,6%	43,1%	63,7%
	1. Europa Occidental (323)	12,7%	29,7%	53,3%
	2. Europa Oriental (189)	24,9%	38,6%	54,0%
	3. América Latina y Caribe (2027)	24,1%	43,2%	64,5%
	4. África Subsahariana (258)	39,1%	61,2%	77,1%
	5. Norte de África y Oriente Medio (80)	35,0%	48,8%	62,5%

Mujeres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (27)	18,5%	33,3%	44,4%
	20-29 (316)	28,2%	47,8%	65,5%
	30-39 (415)	37,3%	57,3%	74,5%
	40-49 (285)	41,4%	58,6%	77,2%
	>49 años (172)	48,8%	68,0%	77,9%
Mecanismo de transmisión	PID (44)	25,0%	36,4%	50,0%
	HTX (1147)	36,9%	56,6%	73,3%
País de origen	España (362)	33,1%	48,1%	63,3%
	Otros: (874)	38,0%	58,6%	75,6%
	1. Europa Occidental (18)	5,6%	33,3%	55,6%
	2. Europa Oriental (76)	43,4%	56,6%	67,1%
	3. América Latina y Caribe (404)	40,8%	60,1%	77,0%
	4. África Subsahariana (346)	33,2%	57,2%	76,3%
	5. Norte de África y Oriente Medio (16)	56,3%	75,0%	81,3%

PID: personas que se inyectan drogas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. 31 DE ENERO DE 2018.

Casos de sida. 2008-2018		Hombres		Mujeres		Personas fallecidas con infección VIH. 2008-2018		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%			n	%	n	%
Año de diagnóstico	2008	329	73,3	120	26,7	Año de éxitus	2008	291	79,3	76	20,7
	2009	309	77,2	91	22,8		2009	242	78,6	66	21,4
	2010	289	76,3	90	23,7		2010	261	80,1	65	19,9
	2011	261	80,1	65	19,9		2011	243	83,2	49	16,8
	2012	224	77,2	66	22,8		2012	198	77,6	57	22,4
	2013	171	79,2	45	20,8		2013	153	80,5	37	19,5
	2014	156	80,8	37	19,2		2014	122	76,2	38	23,8
	2015	151	79,9	38	20,1		2015	141	84,4	26	15,6
	2016*	93	82,3	20	17,7		2016*	67	75,3	22	24,7
	2017*	38	74,5	13	25,5		2017*	33	82,5	7	17,5
	2018*	0	0,0	1	100,0		2018*	0	0,0	1	100,0
08-18	2021	77,4	586	22,6	08-18	1751	79,8	444	20,2		
Edad media (años)	42,0 ± 10,7		40,1 ± 10,3		Edad media (años)	49,6 ± 10,0		46,4 ± 9,3			
País de origen	España: 63,9%		España: 52,0%		País de origen	España: 89,7%		España: 87,6%			
Mecanismo transmisión	HSH: 46,8%		HTX: 70,6%		Mecanismo transmisión	PID: 64,4%		PID: 64,4%			

* Años con datos no definitivos.

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

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

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