



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 25. Enero 2019

INFORMES:

- **Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2018-2019.**
- **Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2018.**



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: Octubre 2019

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 25. Enero 2019

ÍNDICE

	<i>Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2018-2019.</i>	5
	<i>Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2018.</i>	22
	<i>EDO. Semanas 1 a 5 (del 31 de diciembre de 2018 al 3 de febrero de 2019).</i>	30
	<i>Brotos Epidémicos. Semanas 1 a 5, 2019.</i>	31
	<i>Red de Médicos Centinela, semanas 1 a 5, 2019.</i>	32
	<i>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, enero 2019.</i>	36



INFORME:

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2018-2019.

INDICE

Resumen	6
1. Introducción	7
2. Metodología	7
2.1. Red de Médicos Centinela	7
2.2. Vigilancia de la gripe por sistema de notificación EDO	9
2.3. Vigilancia de formas graves de gripe.....	9
3. Resultados.....	9
3.1. Red de Médicos Centinela	9
3.2. Vigilancia de la gripe por sistema de notificación EDO	15
3.3. Vigilancia de formas graves de gripe.....	16
4. Composición de la vacuna antigripal recomendada por la OMS para la temporada 2019-2020 en el hemisferio norte	19
5. Comentario	19
6. Agradecimientos.....	20
7. Referencias bibliográficas.....	20

RESUMEN

Introducción: La vigilancia epidemiológica de gripe en la Comunidad de Madrid (CM) se realiza mediante tres subsistemas: la Red de Médicos Centinela (RMC), el sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el sistema de vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG).

Objetivos: describir la incidencia y características epidemiológicas de los casos de gripe de la temporada 2018-2019.

Material y métodos: la RMC se basa en la participación voluntaria de una muestra de médicos de atención primaria seleccionados aleatoriamente, cuya población atendida configura una muestra representativa de la población. Los médicos centinela notifican los casos que atienden cada semana y recogen muestras para el aislamiento del virus. Las notificaciones al sistema de EDO proceden de los centros de atención primaria y hospitalaria y de otras instituciones y las de CGHCG de los hospitales Ramón y Cajal, 12 de Octubre y La Paz.

Resultados: la incidencia acumulada de gripe durante la temporada 2018-2019 estimada por la RMC fue de 1404,58 casos por 100.000 habitantes. La incidencia superó el umbral epidémico en la semana 2 y se mantuvo por encima durante 8 semanas. El pico epidémico se observó en la semana 5 y alcanzó el valor más alto (240,61) desde la aparición del virus A (H1N1) pdm09, después del de la temporada 2014-2015. Durante el período epidémico, la intensidad fue baja en 5 semanas, media en 2 y alta en 2. La incidencia acumulada fue un 8,8% menor que en la temporada 2017-2018 y un 11,7% mayor que en la temporada 2016-2017. La incidencia más alta se observó en menores de 15 años, fue menor que la de la temporada 2017-2018 en todos los grupos de edad menos en el de 5-14 años, y mayor que la de la temporada 2016-2017 en todos menos en el de mayores de 64 años. El 13,0% presentaron antecedentes de riesgo, proporción que aumentó con la edad, hasta alcanzar el 33,8% en los mayores de 64 años. La patología más frecuente fue el asma (47,7%). El 0,5% de los casos presentaron neumonía, cifra que ascendió a 1,2% entre los que presentaban antecedentes de riesgo. El 39,1% de los casos con recomendación de vacunación habían recibido la vacuna de la temporada. Se identificó un virus tipo A en el 99,2% de las muestras positivas, tipo C en 3 y tipo B en 1. El 66,9% de los virus de tipo A eran del subtipo A (H3N2) y el 31,5% del subtipo A (H1N1) pdm09. La incidencia acumulada de la temporada estimada por el sistema de EDO fue un 9,4% mayor que la estimada por la RMC. En relación con los CGHCG se identificaron 406 casos, 50 menos que en la temporada anterior. El 68,5% eran mayores de 64 años y el 6,7% menores de 5 años. El 83,5% presentaron antecedentes de riesgo. El 22,2% ingresó en UCI La letalidad fue del 19,5%. El 99,5% de los virus identificados fueron de tipo A, con predominio del subtipo A (H3N2). Habían recibido la vacuna antigripal de la temporada el 44,1% de todos los casos, el 27,2% de los que ingresaron en UCI y el 57,0% de los fallecidos. Con respecto al tratamiento antiviral, lo habían recibido el 88,4% de todos los casos, el 88,9% de los que ingresaron en UCI y el 74,7% de los fallecidos.

Comentario: La incidencia de casos de gripe en la CM en la temporada 2018-2019 estimada mediante la RMC ha sido menor que la de la temporada 2017-2018 y mayor que la de la temporada 2016-2017. El período epidémico comenzó más tarde que en las dos temporadas previas. El pico epidémico alcanzó el valor más alto desde la aparición del virus A (H1N1) pdm09, después del de la temporada 2014-2015. La intensidad durante el período epidémico fue predominantemente baja, aunque alcanzó el nivel alto durante dos semanas. El virus predominante fue el A (H3N2). En relación con los CGHCG, se identificaron 50 casos menos que en la temporada anterior, con predominio del virus A (H3N2). La letalidad fue del 19,5%, con valores superiores en mujeres, mayores de 65 años, casos con antecedentes de riesgo, casos ingresados en UCI y casos producidos por el virus A (H3N2).

1. INTRODUCCIÓN

La gripe estacional se presenta en epidemias anuales de diversa intensidad. Las tasas de ataque clínico pueden oscilar entre el 5% y el 20% en la comunidad y hasta más del 50% en grupos de población cerrados (residencias, centros escolares). Las epidemias pueden ser explosivas y sobrecargar los sistemas sanitarios. La mayor incidencia se observa en niños en edad escolar, con el consiguiente aumento del absentismo escolar, las consultas médicas y el ingreso hospitalario. Entre los adultos, la gripe se asocia a un aumento del absentismo laboral, el ingreso hospitalario y la mortalidad, especialmente en adultos mayores de 64 años. El mayor riesgo de complicaciones se observa en niños menores de 2 años, adultos mayores de 64 años y personas con antecedentes médicos de riesgo.

Las repercusiones de las epidemias anuales dependen del grado de inmunidad protectora en la población, de la virulencia de las cepas y del grado de variación antigénica de los nuevos virus. La aparición constante de nuevas cepas de virus gripales (desviación antigénica) es la base virológica de las epidemias anuales de gripe estacional. A veces surge un nuevo subtipo de virus (cambio antigénico), que puede dar lugar a una pandemia si dicho virus puede transmitirse de persona a persona con suficiente eficiencia para causar brotes comunitarios.

La medida de control más eficaz frente a la gripe es la inmunización anual, con vacunas trivalentes que contienen fracciones de virus inactivados o subunidades de los mismos. Debido a la elevada capacidad del virus de la gripe de sufrir variaciones en sus antígenos de superficie, la composición de las vacunas debe revisarse cada año a fin de asegurar que se ajustan a las propiedades antigénicas de los virus circulantes. En este sentido es imprescindible una adecuada vigilancia virológica y epidemiológica de la enfermedad que permita detectar y caracterizar precozmente los virus de la gripe circulantes y evaluar su capacidad de difusión en la población.

La vigilancia epidemiológica de gripe en la Comunidad de Madrid (CM) se realiza mediante tres subsistemas: la Red de Médicos Centinela (RMC), el sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el sistema de vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG). El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, incluye la RMC y el sistema de vigilancia de EDO en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM. El sistema de vigilancia de CGHCG se puso en marcha tras la pandemia por el virus gripal A (H1N1) pdm09 ocurrida en la temporada 2009-2010, siguiendo las recomendaciones del Sistema de Vigilancia Europeo de la Gripe.

El objetivo de este informe es describir la incidencia y características epidemiológicas de los casos de gripe de la temporada 2018-2019 a partir de los tres subsistemas de vigilancia epidemiológica de la gripe disponibles.

2. METODOLOGÍA

2.1. RED DE MÉDICOS CENTINELA

La RMC se basa en la participación voluntaria de una muestra de médicos de atención primaria seleccionados aleatoriamente, cuya población atendida configura una muestra representativa de la población según variables sociodemográficas, socioeconómicas y socioculturales. Permite estimar la incidencia semanal de esta enfermedad, detectar precozmente la epidemia, describir las características de los casos y caracterizar los virus circulantes. Los datos recogidos se remiten semanalmente al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III que, junto con los procedentes del resto de redes centinela del Estado, se integran en el Grupo Europeo de Vigilancia de la Gripe. Los sistemas centinela vigilan la gripe durante los meses fríos (semanas 40 a 20, de octubre a mayo del año siguiente). En las intertemporadas la vigilancia se interrumpe, aunque se mantiene un protocolo de activación que permita restablecer la vigilancia habitual de la enfermedad en el momento en el que la evolución de la actividad gripal lo requiera. Sólo en el año 2009, por

la situación mundial derivada de la aparición del nuevo virus de la gripe A (H1N1) pdm09, fue necesario mantener la vigilancia de forma continuada en el período no estacional.

La participación de los médicos centinela consiste en la cumplimentación de un cuestionario para cada caso nuevo de gripe que atienda en la consulta. La definición de caso de gripe seguida por todas la Redes del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España es la adaptada de la Unión Europea¹. Para cumplimentar el cuestionario, el médico notificador debe acceder al Protocolo Centinela, que se encuentra como un protocolo más en el listado de protocolos de la historia clínica electrónica de Atención Primaria (sistema AP Madrid), y seleccionar la pestaña de gripe. El cuestionario recoge la fecha de inicio de los síntomas, manifestaciones clínicas, complicaciones, condiciones de salud relacionadas con la probabilidad de presentar complicaciones por gripe y estado vacunal. Además, el médico centinela se encarga de recoger frotis faríngeos de los dos primeros casos sospechosos de gripe menores de 60 años atendidos en la consulta cada semana y de todos los casos de 60 ó más años y de enviarlos al laboratorio de referencia para el aislamiento del virus. Los laboratorios de virología responsables de los aislamientos son los de los hospitales Ramón y Cajal y 12 de Octubre.

Los datos grabados en el sistema AP Madrid se descargan diariamente en una base de datos de la Subdirección General de Epidemiología, desde donde se lleva a cabo el análisis de los mismos. Semanalmente se calcula la incidencia de casos, utilizando como denominador la población asignada a cada médico centinela según Tarjeta Sanitaria ajustada por la cobertura de notificación, que corrige dicha población considerando el número de días que el médico atendió su consulta. Asimismo se calcula la cobertura semanal de la RMC² y los tres indicadores de actividad gripal propuestos a nivel europeo (*European Influenza Surveillance Network*, ECDC): 1) difusión geográfica (nula, esporádica, local o epidémica), 2) intensidad (baja, media, alta o muy alta) y 3) evolución (creciente, decreciente o estable). La difusión geográfica depende de la incidencia de casos de gripe y de la presencia de casos confirmados por laboratorio. Es nula cuando la incidencia no alcanza el umbral y no se identifican casos de gripe confirmados por laboratorio, y es epidémica cuando la incidencia supera el umbral en una o más regiones con una población mayor del 50% de la población total vigilada, con casos confirmados por laboratorio. La intensidad se refiere al nivel de incidencia en relación con los datos históricos. Para estimar los niveles de intensidad gripal, desde la temporada 2016-2017 se utiliza el método MEM, adoptado por el ECDC³, que permite calcular 4 umbrales (basal, medio, alto y muy alto) y 5 niveles de intensidad: basal, baja, media, alta y muy alta. Se considera que la onda gripal es epidémica siempre que la incidencia semanal supere el umbral basal o epidémico.

El umbral epidémico para la temporada 2018-2019 es de 37,41 casos por 100.000 habitantes y los umbrales de intensidad sucesivos son 141,72 (medio), 224,30 (alto) y 274,77 (muy alto).

¹ **Definición de caso:** aparición súbita (<12 horas) de al menos un síntoma general (fiebre, malestar general, cefalea y/o mialgias) y al menos un síntoma respiratorio (tos, dolor de garganta y/o disnea) en ausencia de otra sospecha diagnóstica.

² **Cobertura de la RMC:** cociente entre la población vigilada (Σ población vigilada semanalmente por cada médico) y la población teórica que cubre la red (Σ población semanal asignada a cada médico). La población semanal vigilada por cada médico es el resultado de multiplicar su población asignada por $n/5$, siendo n el nº de días que estuvo en consulta.

³ **Niveles de intensidad** (método MEM): el umbral basal corresponde al límite superior del intervalo de confianza del 95% (IC95%) de la media aritmética de las 30 incidencias semanales preepidémicas más altas de las últimas diez temporadas de gripe, excluyendo la temporada pandémica (2009-2010), con un máximo de n valores por temporada ($n = 30/n^\circ$ temporadas utilizadas). Los umbrales medio, alto y muy alto corresponden a los límites superiores de los IC40%, IC90% e IC97,5% respectivamente, de la media geométrica de las 30 incidencias semanales más altas notificadas en esas temporadas en el período epidémico, teniendo también en cuenta un máximo de n valores por temporada. El nivel de intensidad puede ser basal (incidencia por debajo del umbral basal), bajo (entre el umbral basal y el medio), medio (entre el medio y el alto), alto (entre el alto y el muy alto) y muy alto (por encima del umbral muy alto).

2.2. SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

La incidencia de gripe se estima mediante la razón entre el número de casos notificados y la población de la CM. Las notificaciones de los casos de gripe proceden de los centros de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud, centros hospitalarios (públicos y privados) y otras instituciones (residencias de ancianos, instituciones penitenciarias, instituciones militares, centros de atención a menores, particulares, etc.). Desde 2009, se realiza una captación automática de los casos de gripe de la historia clínica electrónica de Atención Primaria. La población utilizada es la del padrón continuo de 2018. Se presenta la incidencia semanal de la temporada (semana 40 de 2018 a semana 20 de 2019) y de las dos temporadas previas.

2.3. SISTEMA DE VIGILANCIA DE CASOS GRAVES HOSPITALIZADOS CONFIRMADOS DE GRIPE

Este sistema de vigilancia permite describir las características clínico epidemiológicas de los casos graves de gripe registrados en la CM. Se consideran CGHCG a aquellas personas que presentan un cuadro clínico compatible con gripe, que requieren ingreso hospitalario por la gravedad del cuadro clínico que presentan (neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo, fallo multiorgánico, shock séptico, ingreso en UCI o fallecimiento durante la estancia hospitalaria) o que desarrollan el cuadro anterior durante su ingreso hospitalario por otro motivo, y que presentan confirmación por laboratorio. Los criterios de laboratorio son: aislamiento del virus, detección de ARN viral, detección de antígenos virales por métodos rápidos (inmunofluorescencia, inmunoanálisis enzimático, inmunocromatografía capilar y enzimoimmunoanálisis de membrana) y respuesta específica de anticuerpos (aumento de cuatro veces en el título de anticuerpos neutralizantes). La notificación requiere la cumplimentación de un cuestionario para cada caso, que recoge datos sociodemográficos, sintomatología, factores de riesgo de la enfermedad, complicaciones, evolución, tratamiento y clasificación del caso. Las notificaciones proceden de tres hospitales: Hospital Ramón y Cajal, Hospital 12 de Octubre y Hospital La Paz.

3. RESULTADOS

3.1. RED DE MÉDICOS CENTINELA

En la temporada 2018-2019 han participado 138 profesionales (108 médicos de familia y 30 pediatras), que han cubierto a lo largo del período una población media de 147.208 habitantes, aproximadamente el 2% de la población residente en la CM. La cobertura alcanzada ha sido del **75,6%**.

3.1.1. Incidencia total y por semana de notificación

Durante la temporada 2018-2019 se han notificado 1.997 casos a la RMC, lo que supone una incidencia acumulada de **1404,58** casos por 100.000 habitantes. La incidencia superó el umbral epidémico en la semana 2 y se mantuvo por encima durante 8 semanas. La tendencia fue creciente hasta alcanzar el valor semanal máximo (**240,61**) en la semana 5 (semana epidémica 4).

La incidencia acumulada fue un 8,8% menor que en la temporada 2017-2018 y un 11,7% mayor que en la temporada 2016-2017. El período epidémico comenzó más tarde (6 y 4 semanas después que en las temporadas 2017-2018 y 2016-2017 respectivamente). El pico epidémico alcanzó el valor más alto desde la aparición del virus A(H1N1) pdm09, después del de la temporada 2014-2015 (315,2) (tabla 3.1.1 y gráficos 3.1.1 y 3.1.2).

Tabla 3.1.1. Características de la curva epidémica. Temporadas 2018-2019 y dos temporadas previas. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

		2016/17	2017/18	2018/19
Incidencia	Total de la temporada	1257,12	1540,28	1404,58
	Máxima semanal (pico epidémico)	191,78	197,45	240,61
Período epidémico	Primera semana-última semana	51-6	49-9	2-9
	Duración (nº semanas)	8	13	8
Pico epidémico	Semana de la temporada (semana epidémica)	3 (5)	52 (4)	5 (4)

Período epidémico: período que abarca todas las semanas cuya incidencia supera el umbral epidémico.

Gráfico 3.1.1. Incidencia semanal de gripe. Temporada 2018-2019 y dos temporadas previas. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

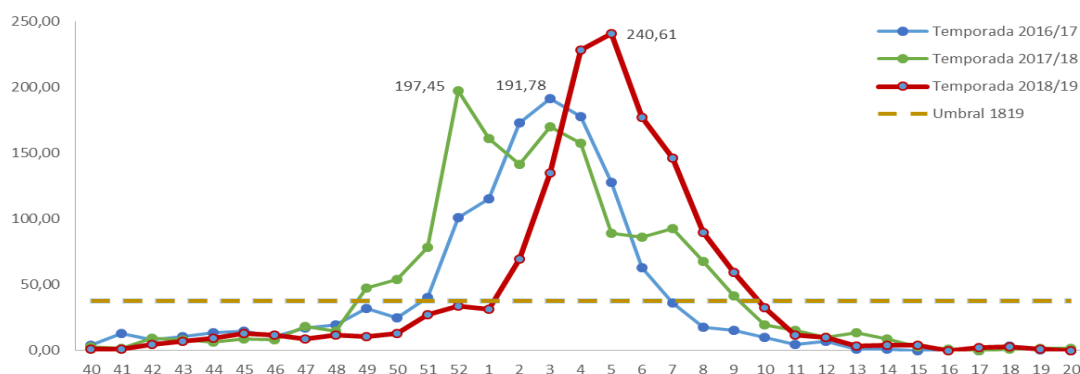
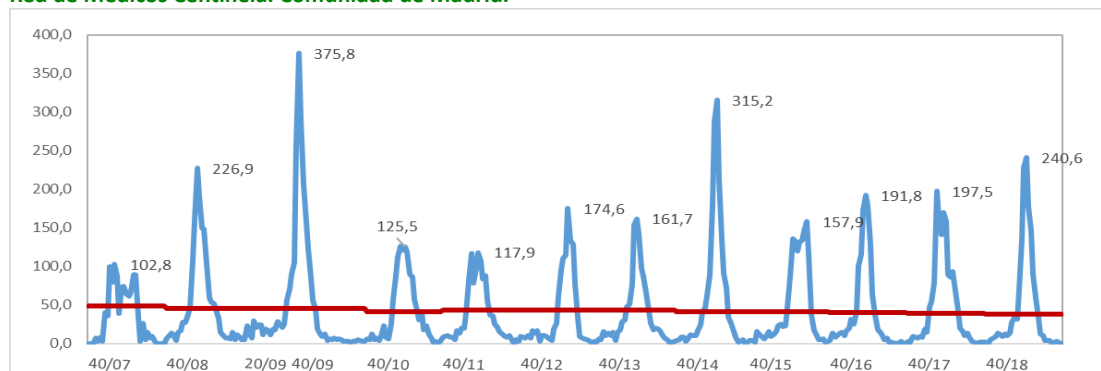


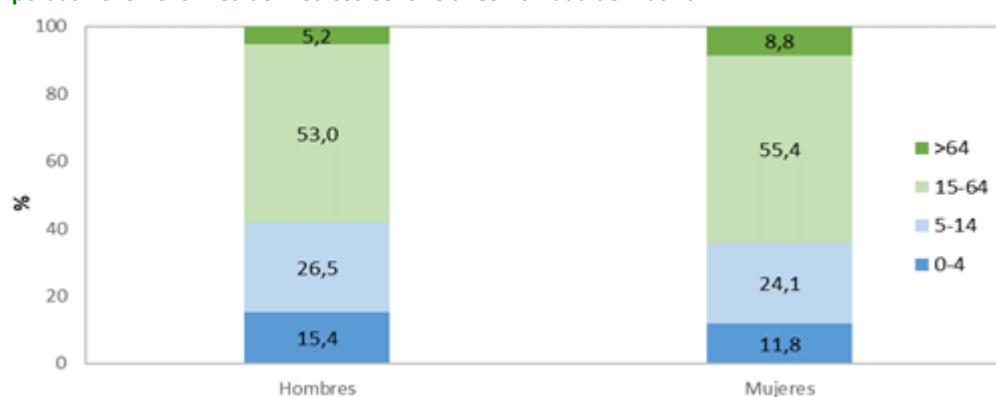
Gráfico 3.1.2. Incidencia semanal de gripe. Temporadas 2007-2008 a 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



3.1.2. Distribución por grupos de edad y sexo.

El 54,3% de los casos eran mujeres. El rango de edad fue de 2 meses a 98 años. El 13,4% eran menores de 5 años y el 7,1% mayores de 64. La proporción de casos menores de 15 años fue mayor en hombres y la de mayores de 64 en mujeres (gráfico 3.1.3).

Gráfico 3.1.3. Distribución de casos de gripe por grupo de edad (años) y sexo. Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



La incidencia más elevada se observó en el grupo de 0-4 años (3708,13) (gráficos 3.1.4 y 3.1.5). El siguiente grupo de edad en orden de magnitud fue el de 5-14 (2908,72). La incidencia fue mayor en mujeres en todos los grupos de edad salvo en el de 0-5 años.

Gráfico 3.1.4. Incidencia de gripe por grupos de edad (años) y sexo. Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

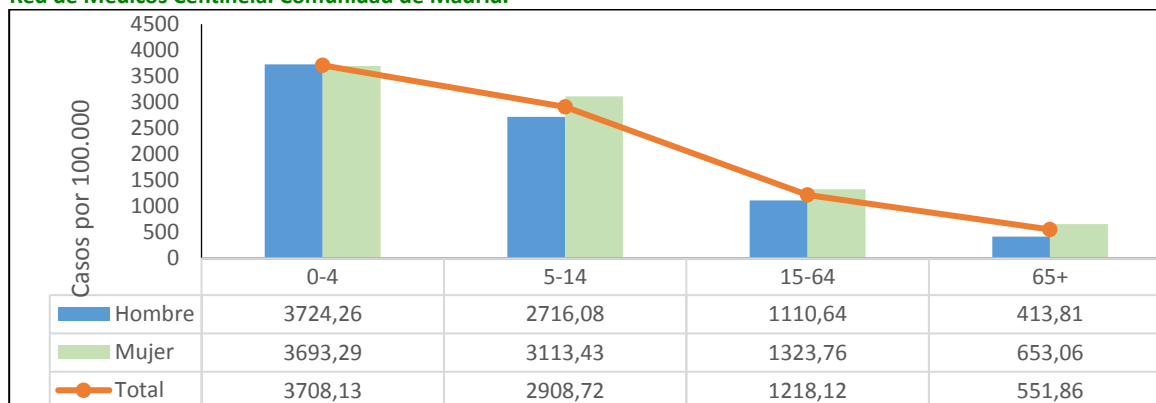
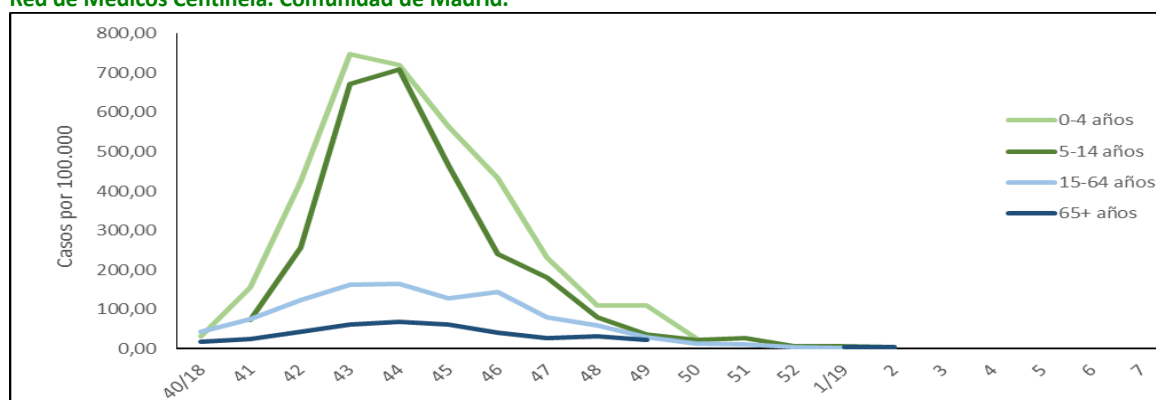
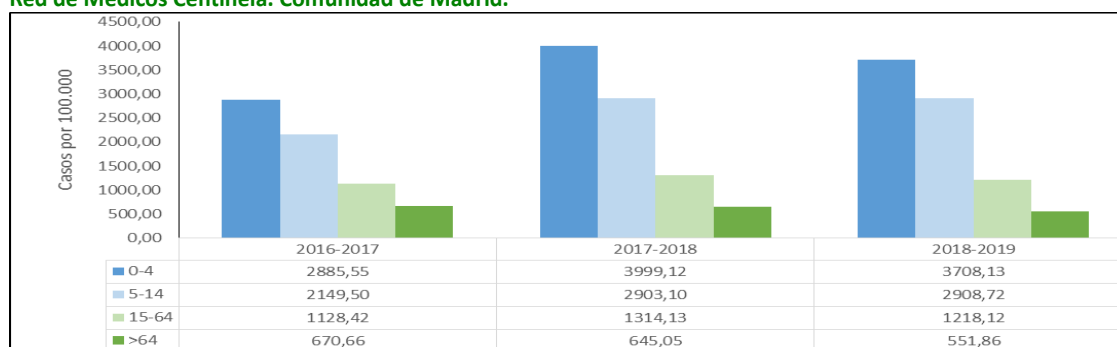


Gráfico 3.1.5. Incidencia semanal de gripe por grupos de edad (años). Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



En relación con la temporada 2017-2018, la incidencia fue menor en todos los grupos de edad menos en el de 5-14 años, y con respecto a la temporada 2016-2017 fue superior en todos los grupos menos en el de mayores de 64 años (gráfico 3.1.6).

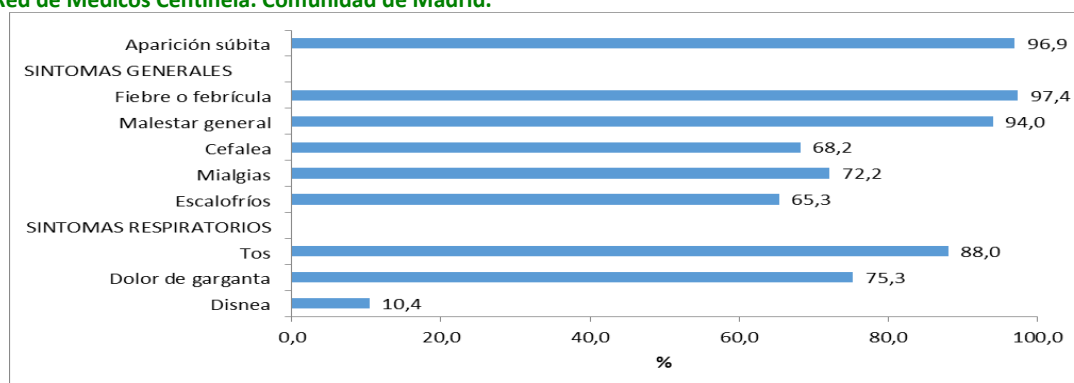
Gráfico 3.1.6. Incidencia de gripe por grupos de edad (años). Temporada 2018-2019 y dos temporadas previas. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



3.1.3. Manifestaciones clínicas y complicaciones.

El 96,9% de los casos presentaron aparición súbita de los síntomas. La fiebre o febrícula (97,4%) y el malestar general (94,0%) fueron los síntomas más frecuentes. Entre los síntomas respiratorios, la tos fue el más frecuente (88,0%). La disnea estuvo presente en el 10,4% de los casos (gráfico 3.1.7). El 25,4% presentaban antecedente de contacto con otro caso. El 1,5% de los casos fueron remitidos a atención especializada.

Gráfico 3.1.7. Manifestaciones clínicas de los casos de gripe. Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



3.1.4. Antecedentes de riesgo.

En el 13,0% de los casos se han identificado antecedentes de riesgo de complicaciones por gripe. La presencia de antecedentes aumentó con la edad, alcanzando el 33,8% en mayores de 64 años (gráfico 3.1.8). La patología más frecuente fue el asma (47,7%) (gráfico 3.1.9).

Gráfico 3.1.8. Presencia de antecedentes de riesgo de complicaciones por gripe por grupo de edad. Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

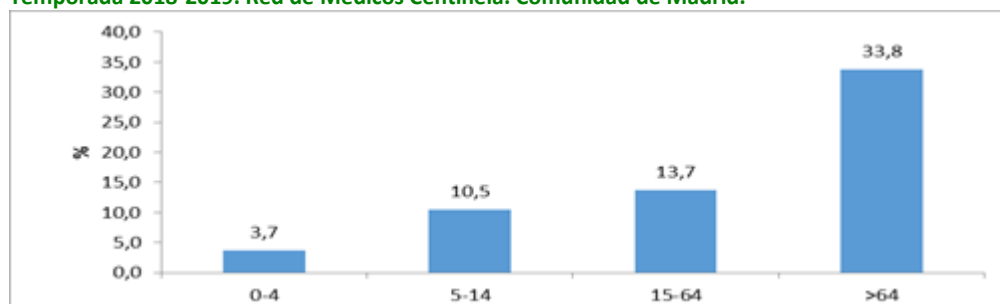
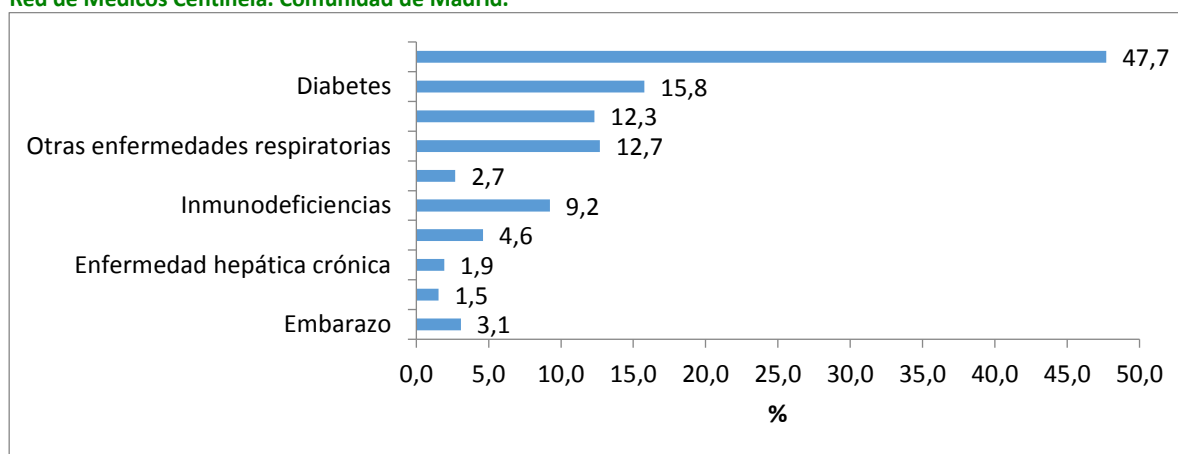


Gráfico 3.1.9. Tipo de antecedentes de riesgo de complicaciones por gripe*. Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



*La suma de proporciones es mayor de 100 dado que un mismo paciente puede presentar más de una condición de salud.

El 0,5% de los casos presentaron neumonía, cifra que ascendió a 1,2% entre los que presentaban antecedentes de riesgo.

3.1.5. Estado vacunal.

El estado vacunal se conoce en el 74,1% de los casos (87,3% de los casos con indicación de vacunación). El 13,7% de los casos estaban vacunados con la vacuna de la temporada actual (tabla 3.1.2). El 27,6% de los menores de 60 años con alguna condición de riesgo estaban vacunados. Entre los casos de 60 ó más años, el 40,8% de los que no tenían ninguna condición de riesgo y el 66,7% de los que sí la tenían estaban vacunados. En total, estaban vacunados el 39,1% de los casos con recomendación de vacunación antigripal.

Tabla 3.1.2. Estado vacunal de los casos de gripe. Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

Edad	Condición de riesgo	Total	Vacunados	%
Menores de 60 años	No	1133	64	5,6
	Sí	170	47	27,6
60 o más años	No	125	51	40,8
	Sí	63	42	66,7
Total		1491	204	13,7
Con indicación de vacunación		358	140	39,1

Las características clínico-epidemiológicas de los casos de gripe de la temporada actual y de las dos temporadas anteriores son similares (tabla 3.1.3).

Tabla 3.1.3. Características clínico-epidemiológicas de los casos de gripe vacunados (%). Temporada 2018-2019 y dos temporadas previas. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

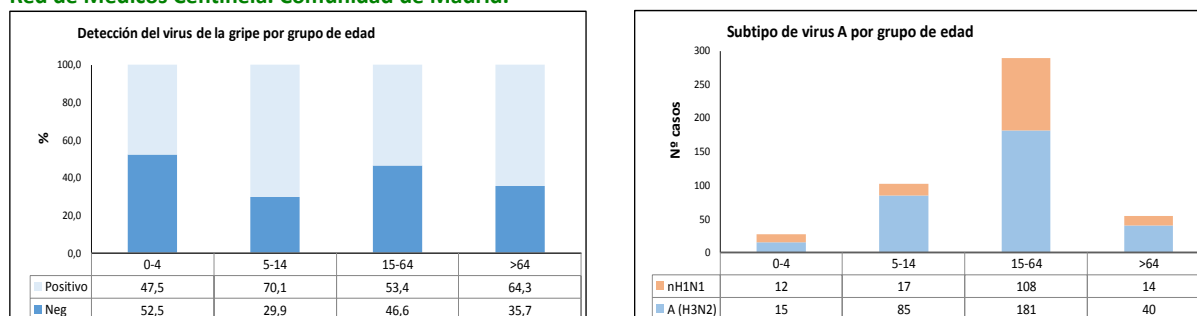
Características clínico-epidemiológicas	2018-2019	2017-2018	2016-2017
Disnea	10,4	14,4	14,3
Neumonía	0,5	0,8	0,6
Antecedentes de riesgo de complicaciones	13	11,8	13,1
Casos vacunados de 60 ó más años	49,5	41,8	49,0
Casos vacunados con antecedentes de riesgo	38,2	31,1	42,9

3.1.6. Resultados microbiológicos.

Se han recogido muestras del 46,1% de los casos (920 de 1997), de las que se dispone de resultado en el 92,4% (850 de 920). El 56,9% han sido positivas (484 de 850).

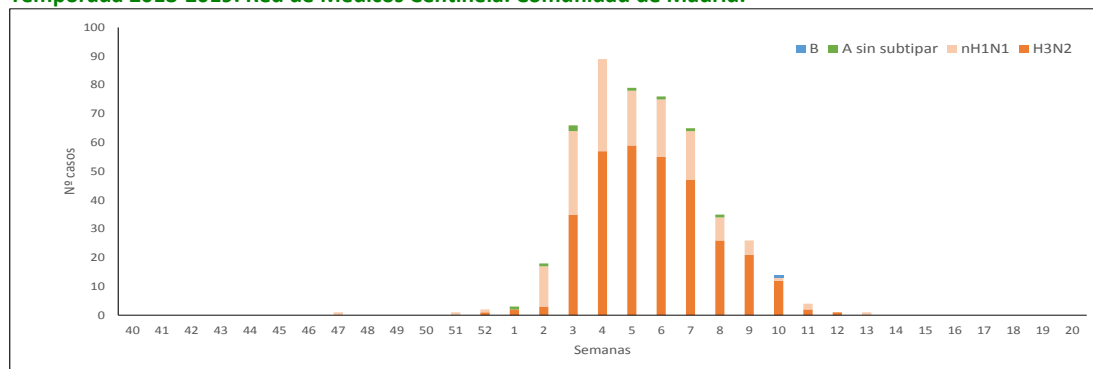
La mayor tasa de detección viral se apreció en el grupo de edad de 5-14 años (70,1%). Se identificó un virus tipo A en el 99,2% de las muestras positivas (480 de 484), tipo C en 3 y tipo B en 1. El 66,9% (321 de 480) de los virus de tipo A eran del subtipo A (H3N2) y el 31,5% (151 de 480) del subtipo A (H1N1) pdm09. En las temporadas 2017-2018 y 2016-2017 predominaron respectivamente los virus B y A (H3N2) (gráfico 3.1.10).

Gráfico 3.1.10. Detección del virus de la gripe (%) y del tipo y subtipo por grupo de edad. Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



El virus se identificó entre las semanas 47 de 2018 y 13 de 2019 (19 semanas). El mayor nivel de transmisión del virus se produjo entre las semanas 2 y 8, período que acumuló el 82,2% de las detecciones virales, con una proporción de detección viral semanal media del 70,3% (gráfico 3.1.11). El virus A (H3N2) se identificó entre las semanas 52 y 12 (13 semanas) y el A (H1N1) pdm09 entre la 47 y la 13 (19 semanas). El virus C apareció en las semanas 5, 8 y 9 y el B en la 10.

Gráfico 3.1.11. Identificación del virus de la gripe por semana de notificación. Temporada 2018-2019. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



Se identificaron las cepas A/Alsace/1746/2018 (H3N2) en 18 muestras, A/England/538/2018 (H3N2) en 11 y A/Michigan/45/2015 (nH1N1) en 2.

3.1.7. Indicadores de actividad gripal.

La tabla 3.1.4 muestra el número de semanas que se han observado cada uno de los valores de los indicadores de actividad gripal. Se ha producido difusión del virus durante 16 semanas, de las que en el 24,2% ha sido epidémica. La intensidad ha sido basal en el 72,7% de las semanas, baja en el 15,2%, media en el 6,1% y alta en el 6,1%. La evolución ha sido creciente en el 12,1% de las semanas, estable en el 39,4% y decreciente en el 48,5%. En el 62,5% de las semanas con difusión del virus el tipo dominante fue el A (H3N2) y en el 25,0% el A (H1N1) pdm09.

En la temporada 2017-2018 se observó una circulación mixta de A (H3N2) y B y en la temporada 2016-2017 predominó el virus el A (H3N2). Los indicadores de las 2 temporadas con predominio de A (H3N2) son semejantes.

Tabla 3.1.4. Indicadores de actividad gripal. Temporada 2018-2019 y 2 temporadas previas. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

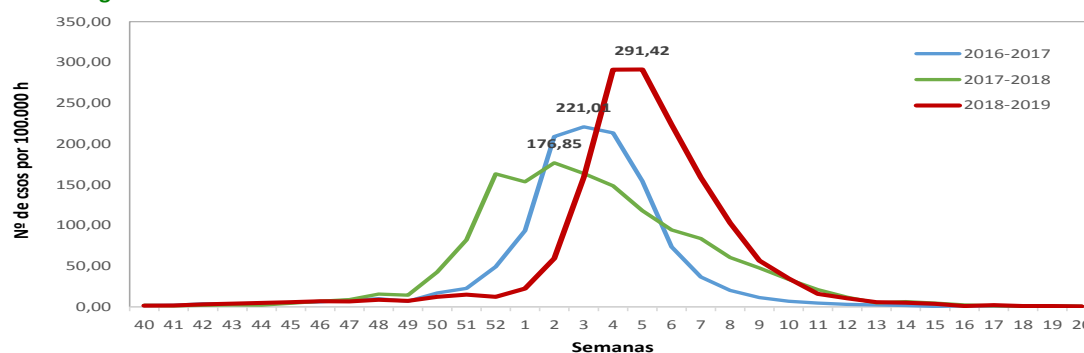
Indicador		2016-2017		2017-2018		2018-2019	
		Nº sem	%	Nº sem	%	Nº sem	%
Difusión	Nula	14	42,4	13	39,4	17	51,5
	Esporádica	10	30,3	6	18,2	8	24,2
	Epidémica	9	27,3	14	42,4	8	24,2
Intensidad	Basal	24	72,7	21	63,6	24	72,7
	Baja	5	15,2	7	21,2	5	15,2
	Media	4	12,1	5	15,2	2	6,1
	Alta	0	0	0	0	2	6,1
Evolución	Creciente	5	15,2	4	12,1	4	12,1
	Estable	17	51,5	13	39,4	19	57,6
	Decreciente	11	33,3	16	48,5	10	30,3
Tipo dominante	A(H1N1) pdm09	0	0	1	5,0	4	25,0
	A(H3N2)	18	94,7	8	40,0	10	62,5
	B	1	5,3	6	30,0	0	0,0
	C	0	0	0	0,0	0	0,0
	Mixto	0	0	5	25,0	2	12,5

3.2. SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

3.2.1. Incidencia total y por semana de notificación.

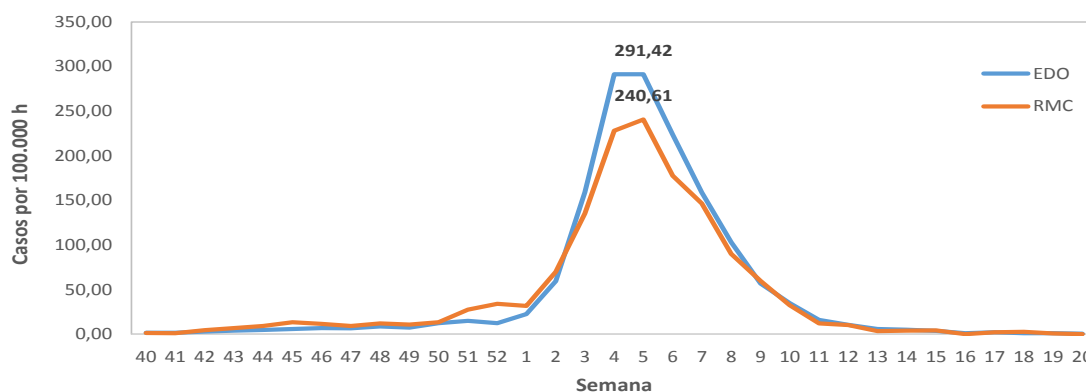
Entre las semanas 40 de 2018 y 20 de 2019 se notificaron 101.064 casos de gripe, lo que supuso una incidencia de **1536,38** casos por 100.000 habitantes (gráfico 3.2.1). La incidencia de la temporada 2018-2019 fue un 3,6% y un 28,4% mayor que la de las temporadas 2017-2018 y 2016-2017 respectivamente. La incidencia semanal máxima se alcanzó en la semana 5 (291,42) y fue un 64,8% y un 31,9% mayor que en las temporadas 2017-2018 (221,01) y 2016-2017 (170,85).

Gráfico 3.2.1. Incidencia semanal de gripe. Temporada 2018-2019 y dos temporadas anteriores. Sistema de vigilancia de EDO. Comunidad de Madrid.



Las curvas epidémicas elaboradas con los datos recogidos entre las semanas 40 de 2018 y 20 de 2019 mediante el sistema de EDO y la RMC son similares (gráfico 3.2.2). La incidencia acumulada de la temporada estimada por el sistema de EDO fue un 9,4% mayor que la estimada por la RMC. La incidencia semanal máxima estimada el sistema de EDO (291,42) fue un 21,1% mayor que la estimada por la RMC (240,61).

Gráfico 3.2.2. Incidencia semanal de gripe. Temporada 2018-2019.
Sistema de vigilancia de EDO y RMC. Comunidad de Madrid.



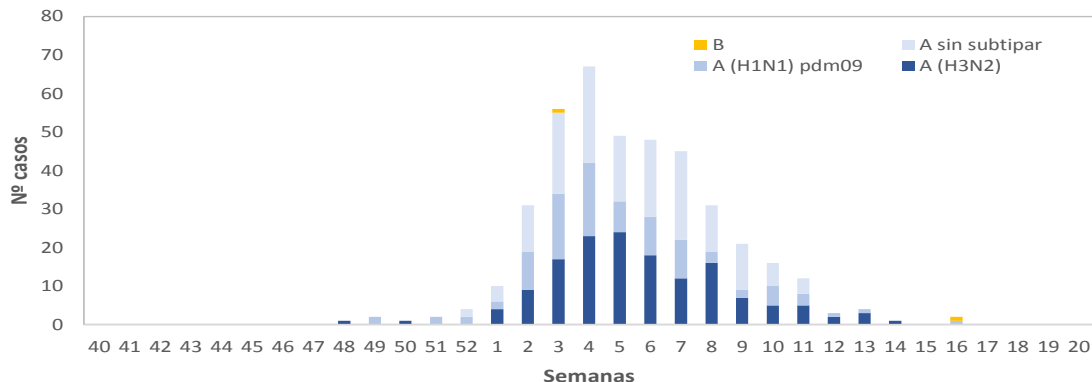
3.3. SISTEMA DE VIGILANCIA DE CASOS GRAVES HOSPITALIZADOS CONFIRMADOS DE GRIPE

En la temporada 2018-2019 se han identificado 406 CGHCG, (171 en el Hospital 12 de Octubre, 117 en el Hospital La Paz y 118 en el Hospital Ramón y Cajal), 50 casos menos que en la temporada anterior (456).

3.3.1. CGHCG por semana de inicio de los síntomas

Se identificaron CGHCG entre las semanas 48 de 2018 y 16 de 2019. El 80,5% de los casos aparecieron entre las semanas 2 y 8 de 2019 (gráfico 3.3.1).

Gráfico 3.3.1. CGHCG por semana de inicio de los síntomas. Temporada 2018-2019.
Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.



3.3.2. Virus identificados

El 99,5% de los virus identificados fueron de tipo A, con predominio del subtipo A (H3N2). La letalidad fue del 19,5% (tabla 3.3.1).

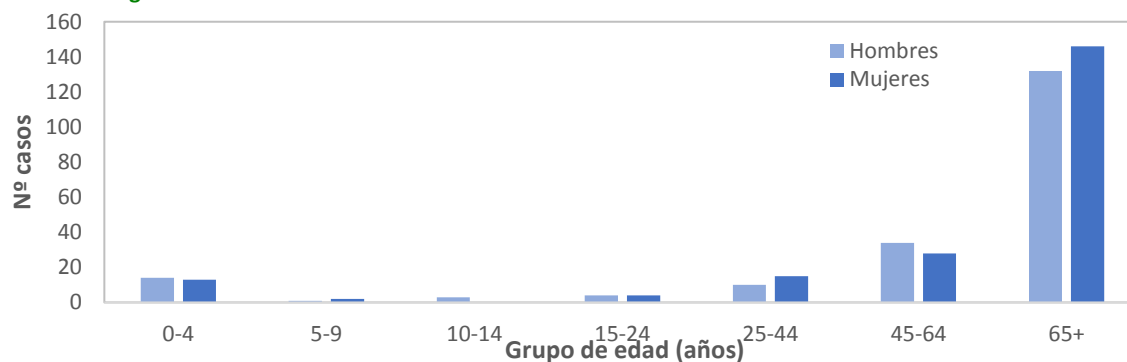
Tabla 3.3.1. CGHCG y letalidad por tipo y subtipo. Temporada 2018-2019.
Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid

Tipo (subtipo)	Casos		Letalidad	
	n	%	n	%
A (H3N2)	148	36,5	32	21,6
A (H1N1) pdm09	98	24,1	15	15,3
A sin subtipar	158	38,9	32	32,7
B	2	0,5	0	0,0
Total	406	100,0	79	19,5

3.3.3. Distribución por grupos de edad y sexo.

El 51,2% de los casos eran mujeres. El rango de edad fue de 0 a 102 años. El 68,5% eran mayores de 64 años y el 6,7% eran menores de 5 años. (gráfico 3.3.2).

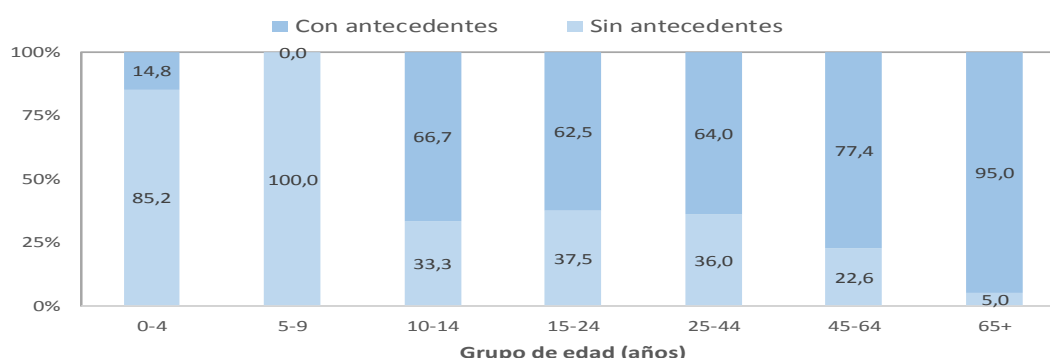
Gráfico 3.3.2. Distribución de casos por grupo de edad y sexo. Temporada 2018-2019. Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.



3.3.4. Antecedentes de riesgo.

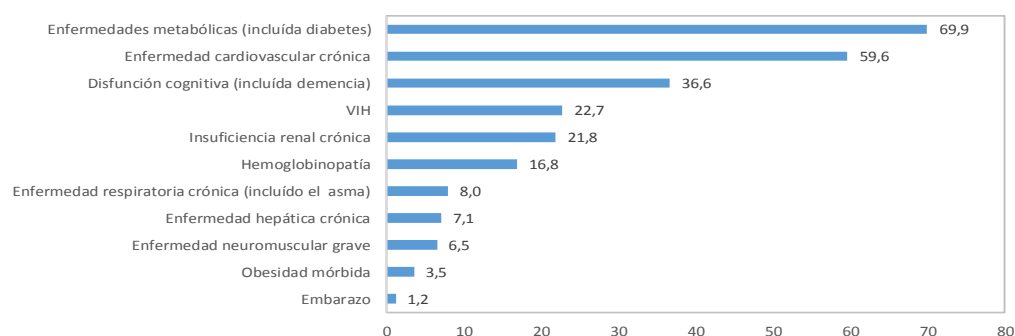
El 83,5% de los casos presentaban antecedentes de riesgo de complicaciones por gripe. La proporción aumentó con la edad. Estaban presentes en el 95,0% de los casos de 65 o más años (gráfico 3.3.3).

Gráfico 3.3.3. Presencia de antecedentes de riesgo de complicaciones por gripe por grupo de edad. Temporada 2018-2019. Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.



Entre los casos con antecedentes de riesgo, los más frecuentes fueron las enfermedades metabólicas (69,9%) y la enfermedad cardiovascular crónica (59,6%). Se notificaron 4 casos graves en mujeres embarazadas (0,2%) (gráfico 3.3.4).

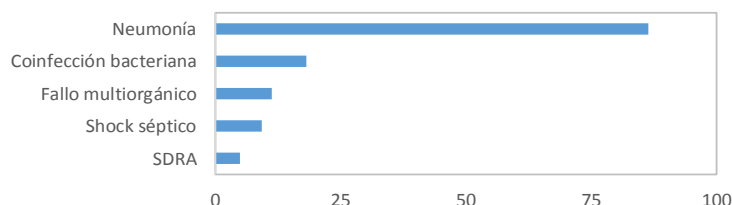
Gráfico 3.3.4. Antecedentes de riesgo de presentar complicaciones por gripe. Temporada 2018-2019. Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.



3.3.5. Complicaciones y evolución

El 99,3% de los CGHCG presentaron complicaciones, de ellos el 84,6% neumonía, el 28,9% coinfección bacteriana, el 10,3% shock séptico, el 6,1% fallo multiorgánico y el 4,2% Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) (gráfico 3.3.5).

Gráfico 3.3.5. Complicaciones relacionadas con la gripe. Temporada 2018-2019. Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.



La letalidad global de los CGHCG fue del 19,5% (79 casos), 21,2% en mujeres y 17,7% en hombres. En mayores de 64 años fue del 24,8%. El 23,3% de los casos con antecedentes de riesgo fallecieron. La letalidad de los casos con neumonía fue del 14,0%. Los casos que ingresaron en UCI presentaron mayor letalidad que los que no ingresaron (22,2% y 18,8% respectivamente). El virus A (H3N2) ocasionó una letalidad del 21,6% (tabla 3.3.2).

Tabla 3.3.2. Letalidad de los CGHCG. Temporada 2018-2019. Comunidad de Madrid

		Total	Letalidad
Sexo	Hombres	198	17,7
	Mujeres	208	21,2
Edad	0-4 años	27	3,7
	5-14 años	6	0,0
	15-44 años	33	6,1
	45-64 años	62	11,3
	>64 años	278	24,8
Antecedentes de riesgo	Sí	339	23,0
	No	67	1,5
Complicaciones	Neumonía	351	14,0
	Fallo multiorgánico	46	82,6
	Coinfección bacteriana	74	33,8
	SDRA	20	35,0
Ingreso en UCI	Sí	81	22,2
	No	325	18,8
Tipo(subtipo) de virus	A (H3N2)	148	21,6
	A (H1N1)pdm09	98	15,3
	A sin subtipar	158	20,3
	B	2	0,0

Ingresaron en UCI el 22,2% de todos los casos, el 21,2% de las mujeres y el 17,7% de los hombres, el 37,0% de los menores de 5 años, el 18,0% de los que presentaban antecedentes de riesgo, el 14,2% de los casos con neumonía y el 36,7% de los producidos por el virus A (H1N1) pdm09 (tabla 3.3.3).

Tabla 3.3.3. CGHCG. Ingreso en UCI. Temporada 2018-2019. Comunidad de Madrid.

		Total	Ingreso en UCI
Sexo	Hombres	198	17,7
	Mujeres	208	21,2
Edad	0-4 años	27	37,0
	5-14 años	6	33,3
	15-44 años	33	33,3
	45-64 años	62	35,5
	>64 años	278	12,9
Antecedentes de riesgo	Sí	339	18,0
	No	67	29,9
Complicaciones	Neumonía	351	14,2
	Fallo multiorgánico	46	34,8
	Coinfección bacteriana	74	35,1
	SDRA	20	85,0
Tipo(subtipo) de virus	A (H3N2)	148	16,9
	A (H1N1)pdm09	98	36,7
	A sin subtipar	158	12,0
	B	2	50,0

3.3.6. Vacunación antigripal y toma de antivirales.

Habían recibido la vacuna antigripal de la temporada el 44,1% de todos los casos, el 53,8% de los casos de 60 o más años, el 26,4% de los menores de 60 años con antecedentes de riesgo, el 27,2% de los que ingresaron en UCI y el 57,0% de los fallecidos.

Con respecto al tratamiento antiviral, lo habían recibido el 88,4% de todos los casos, el 87,9% de los casos de 60 o más años, el 90,6% de los menores de 60 años con antecedentes de riesgo, el 88,9% de los que ingresaron en UCI y el 74,7% de los fallecidos

4. COMPOSICIÓN DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL RECOMENDADA POR LA OMS PARA LA TEMPORADA 2018-2019 EN EL HEMISFERIO NORTE.

La composición recomendada de la vacuna antigripal trivalente para la temporada 2019-2020 es la siguiente:

- Cepa análoga a A/ Brisbane / 02/2018 (H1N1) pdm09.
- Cepa análoga a A/Kansas/14/2017 (H3N2).
- Cepa análoga a B/Colorado/06/2017 (linaje Victoria/2/87).

La cepa análoga a B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata/16/88) se recomienda como componente adicional en la vacuna antigripal tetravalente.

La Consejería de Sanidad de la CM pone en marcha todos los años la **campaña de vacunación frente a la gripe estacional**. Esta campaña va dirigida a las personas de 60 o más años y a los menores de 60 años que presenten antecedentes de riesgo de complicaciones por gripe.

5. COMENTARIO

La incidencia de casos de gripe en la CM en la temporada 2018-2019 estimada mediante la RMC ha sido menor que la de la temporada 2017-2018 y mayor que la de la temporada 2016-2017. El período epidémico comenzó más tarde que en las dos temporadas previas. El pico epidémico alcanzó el valor más alto desde la aparición del virus A (H1N1) pdm09, después del de la temporada 2014-2015. La intensidad durante el período epidémico fue predominantemente baja, aunque alcanzó el nivel alto durante dos semanas. El virus

predominante fue el A (H3N2). La incidencia más alta se observó en menores de 15 años. La incidencia estimada por el sistema de EDO fue similar.

La proporción de casos vacunados con recomendación de vacunación fue elevada (39,1%). El cumplimiento de las recomendaciones establecidas calendario de vacunación de una enfermedad de alta incidencia tiene gran relevancia debido al impacto en términos de morbilidad y mortalidad poblacional

En relación con los CGHCG, se identificaron 50 casos menos que en la temporada anterior, con predominio del virus A (H3N2). La letalidad fue del 19,5%, con valores superiores en mujeres, mayores de 65 años, personas con antecedentes de riesgo, casos que ingresan en UCI y casos producidos por el virus A (H3N2).

6. AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración a todos los facultativos y notificadores en general, de forma especial a los que componen la RMC y colaboran vigilando la gripe.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Definición de caso de la UE: Decisión de la Comisión de las Comunidades Europeas de 28/IV/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.

Gripe pandémica A (H1N1)2009 en la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2010, vol 16, nº 2.

Indicadores de actividad gripal establecidos por el EISS (European Influenza Surveillance Scheme) y EISN (European Influenza Surveillance Network, ECDC). Actualizado a octubre de 2009.

Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la gripe en España. Temporada 2017-18. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Disponible en:

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-gripe/fd-informes-semanales-vigilancia-gripe/pdfs_2017-2018/Informe_Vigilancia_GRIPE_2017-2018_27julio2018.pdf

Protocolo de vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe en la Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Nov. 2011.

Valenciano M, Kissling E, I-MOVE case-control study team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe: results from the I-MOVE multicentre case-control study, 2012/13. Euro Surveill. 2013;18(7):pii=20400. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V18N07/art20400.pdf>

Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de virus de la gripe. Sistema de Vigilancia de la gripe en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. 3 de octubre de 2011.

Vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2015-2016. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016, vol 22, nº 1.

Vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2016-2017. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2017, vol 23, nº 2.

Vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2017-2018. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2018, vol 24, nº 3.

WHO recommendations for the post-pandemic period.

http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100810/en/

WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2019-2020 northern hemisphere influenza season. 21 February 2019 (updated on 21 March 2019)

https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2019_20_north/en/



INFORME SOBRE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2018

RESUMEN

En 2018 se notificaron en la Comunidad de Madrid 18.914 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y de ellas, 16.283 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.489 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras CCAA y 142 en otros países. Del total de mujeres residentes, el 51,4% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 29,2 años \pm 7,3. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 21,58 por mil mujeres. Más de la mitad de las mujeres (52,1%) tenían hijos/as a su cargo y el 43,7% convivía en pareja. Para el 60% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” se dio en el 87% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 71,4% de las mujeres y el 4,3% fueron IVE tardías (>15 semanas). La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue de 12,35 en 2018.

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 2018. Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

2. RESULTADOS

En 2018 se notificaron al Registro de la CM 18.914 IVE, cifra inferior en un 3% a la correspondiente a 2017 que fue de 19.499.

El 13,9% (2.631) 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 2.489, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 142 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 8,6% de ellas accedan a la IVE por fetos con taras fetales (3,3% en residentes), lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (18,5% vs. 4,3%).

2.1. IVE en mujeres españolas y foráneas residentes en la Comunidad de Madrid, 2018

En 2018 se notificaron 16.283 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 16.131 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 12,35 por mil mujeres en este grupo de edad.

Datos sociodemográficos

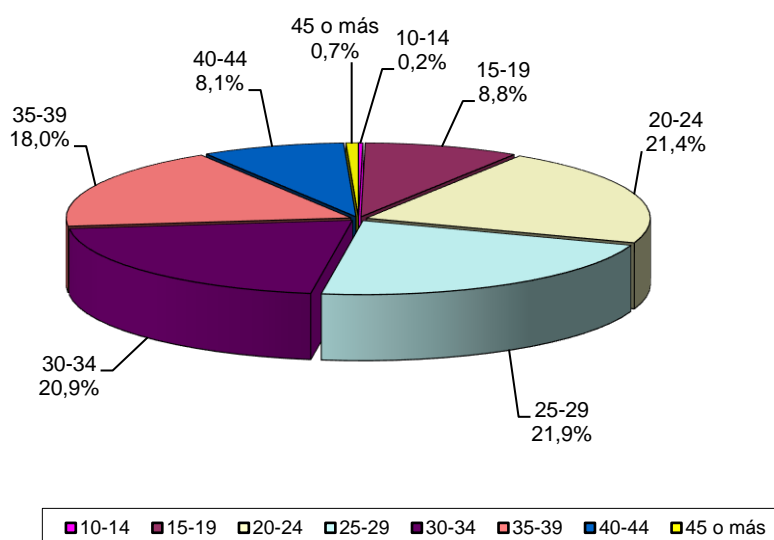
Los datos sociodemográficos están recogidos en la figura 1 y en las tablas 1 y 2.

País de nacimiento: Del total de IVE notificadas el 48,6% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (7.913) y el 51,4% restante a mujeres foráneas con residencia en la CM, de las que un 15,2% son mujeres nacidas en Ecuador y en segundo lugar las nacidas en Rumania que representan el 11,9%. El 25,5% de las mujeres foráneas habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 5% en el mismo año de la IVE.

Edad: La media de edad fue de 29,2 años \pm 7,3, sin diferencias significativas entre españolas y foráneas. El 0,9% de las IVE notificadas en 2018, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,2% (39 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (113 mujeres) más de 44 años. Un 9,1% tenían menos de 20 años (figura 1).

Ingresos económicos: El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 68,6%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de las no 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 62,7% frente al 60,2% de 2017; este ítem, tiene mayor representación en mujeres foráneas (63%), que en españolas (62,4%) ($p=0,43$). El 17,5% son demandantes de empleo y el 3,5% se dedican a tareas domésticas.

Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2018.

Nivel de instrucción: En cuanto al nivel de instrucción académica, aumenta el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2017 (22% en 2018 y 21,5% en 2017) 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 (30,4%) que en foráneas (14,2%) ($p < 0,05$).

Convivencia: El 43,7% 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 52,1% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

Hijos e IVE previa: Un 46,4% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2018 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 (64,2% vs. 42,3%) ($p < 0,05$). Un 8,2% de las mujeres tuvieron un hijo en el último año.

Para el 60% 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 (47,9% vs. 31,7%) ($p < 0,05$). El 15,2% de las mujeres había abortado alguna vez en el último año.

Métodos anticonceptivos: Más de la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2018 refería usar métodos anticonceptivos (MA). El porcentaje es de 61,1% en el caso de las mujeres nacidas en España y 52,5% para las foráneas ($p < 0,05$). Una amplia mayoría de las que dicen usar MA, eligen métodos de barrera (60,2%).

Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2018.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	30	0,4	9	0,1	39	0,2
	15-19	856	10,8	579	6,9	1435	8,8
	20-24	1626	20,5	1852	22,1	3478	21,4
	25-29	1635	20,7	1934	23,1	3569	21,9
	30-34	1573	19,9	1825	21,8	3398	20,9
	35-39	1392	17,6	1536	18,4	2928	18,0
	40-44	735	9,3	588	7,0	1323	8,1
	45 o más	66	0,8	47	0,6	113	0,7
Convivencia	Sola	1485	18,8	1893	22,6	3378	20,7
	En pareja	3312	41,9	3802	45,4	7114	43,7
	Con familia	2821	35,7	2225	26,6	5046	31,0
	Otras personas	291	3,7	443	5,3	734	4,5
	N/C	4	0,1	7	0,1	11	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	25	0,3	27	0,3	52	0,3
	Primer grado	685	8,7	662	7,9	1347	8,3
	ESO y equivalentes	2531	32,0	3025	36,1	5556	34,1
	Bachiller/ciclos FP	2263	28,6	3460	41,3	5723	35,1
	Escuelas univ/Facultades	2402	30,4	1188	14,2	3590	22,0
	Inclasificable/NC	7	0,1	8	0,1	15	0,1
Ingresos económicos propios	Sí	5392	68,1	5786	69,1	11178	68,6
	No	2521	31,9	2584	30,9	5105	31,4
Procedencia de los ingresos	Pareja	728	28,9	1025	39,7	1753	34,3
	Familiares	1368	54,3	942	36,5	2310	45,2
	Otros	336	13,3	483	18,7	819	16,0
	N/C	89	3,5	134	5,2	223	4,4
	Total (Sin ingresos)	2521		2584		5105	
Total		7913	100	8370	100	16283	100

Tabla 2. Distribución de IVE según hijos e IVE previas. Comunidad de Madrid, año 2018.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4562	57,7	3000	35,8	7562	46,4
	1	1692	21,4	2495	29,8	4187	25,7
	2	1255	15,9	2001	23,9	3256	20,0
	3	303	3,8	631	7,5	934	5,7
	4 o más	101	1,3	243	2,9	344	2,1
Número de IVE previas	Ninguna	5407	68,3	4359	52,1	9766	60,0
	1	1703	21,5	2541	30,4	4244	26,1
	2	554	7,0	993	11,9	1547	9,5
	3	162	2,0	317	3,8	479	2,9
	4 o más	87	1,1	160	1,9	247	1,5
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	418	16,7	574	14,3	992	15,2
	1	428	17,1	683	17,0	1111	17,0
	2	317	12,6	542	13,5	859	13,2
	3	252	10,1	468	11,7	720	11,0
	4	159	6,3	337	8,4	496	7,6
	5	157	6,3	227	5,7	384	5,9
	Más de 5 años	775	30,9	1180	29,4	1955	30,0
Total		2506		4011		6517	
Total		7913	100	8370	100	16283	100

Datos de la intervención

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

Información y financiación de la IVE: El 45,9% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2018 fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios públicos.

La financiación pública alcanzó en 2018 al 76,3% de las IVE (80,1% en españolas y 72,8% para las mujeres foráneas).

Semanas de gestación: En 2018 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 71,4%, dato ligeramente similar a 2017 (71,7%); en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 4,3%, similar a 2017.

En el colectivo de mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 72,1% y de IVE tardía del 4,6%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 70,7% y el de IVE tardía 4,1%.

El 20,5% de las mujeres menores de 15 años (n=39) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 83,2% de las mayores de 44 años (n=113) 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 87% de las IVE notificadas y el de "Graves taras fetales" fue del 3,3%, 17 de estos casos eran incompatibles con la vida.

Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, año 2018.

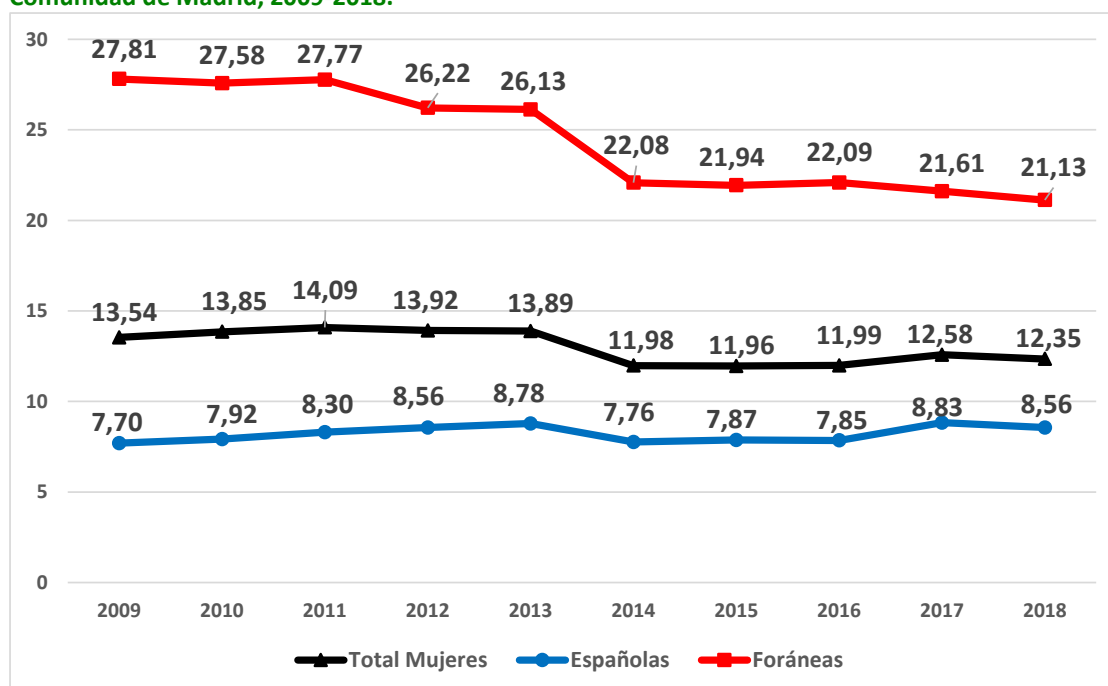
		País de origen				Total	
		España		Otro país			
		n	%	n	%	n	%
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	Centro Sanitario Público	3605	45,6	3862	46,1	7467	45,9
	Centro Sanitario Privado	556	7,0	712	8,5	1268	7,8
	Tfno. Información Usuario	141	1,8	280	3,3	421	2,6
	Amigos/familiares	1341	16,9	1360	16,2	2701	16,6
	Medios comunicación	16	0,2	33	0,4	49	0,3
	Internet	2200	27,8	2073	24,8	4273	26,2
	N/C	54	0,7	50	0,6	104	0,6
Uso de métodos anticonceptivos actualmente	Sí	4833	61,1	4392	52,5	9225	56,7
	No	3080	46,4	3978	47,5	7058	43,3
Semanas de gestación	6 ó menos	2970	37,5	2729	32,6	5699	35,0
	7	1672	21,1	1902	22,7	3574	21,9
	8	1064	13,4	1292	15,4	2356	14,5
	9-10	949	12,0	1188	14,2	2137	13,1
	11-12	475	6,0	534	6,4	1009	6,2
	13-15	419	5,3	382	4,6	801	4,9
	16-20	257	3,2	275	3,3	532	3,3
21 ó más	107	1,4	68	0,8	175	1,1	
Motivo de la IVE	A petición mujer	6845	86,5	7328	87,6	14173	87,0
	Riesgo salud física o psíquica mujer	657	8,3	912	10,9	1569	9,6
	Graves anomalías fetales	395	5,0	129	1,5	524	3,2
	Anomalías fetales incompatibles vida	16	0,2	1	0,0	17	0,1
Total		7913	100	8370	100	16283	100

2.2 Evolución del registro IVE en la Comunidad de Madrid, 2009-2018

Tasa anual: Entre los años 2009 y 2013 la tasa anual de IVE por mil mujeres entre 15 y 44 años se mantiene estable (13,54-14,09) a nivel general pero con un ligero ascenso en españolas y por el contrario, un ligero descenso en foráneas. 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), en 2017 aumenta hasta 12,58, observándose un descenso en 2018 a 12,35 (figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 7,70 IVE por mil mujeres en el año 2009 a 8,56 por mil mujeres en 2018. En foráneas la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 27,81 en 2009 a 21,13 en el año 2018.

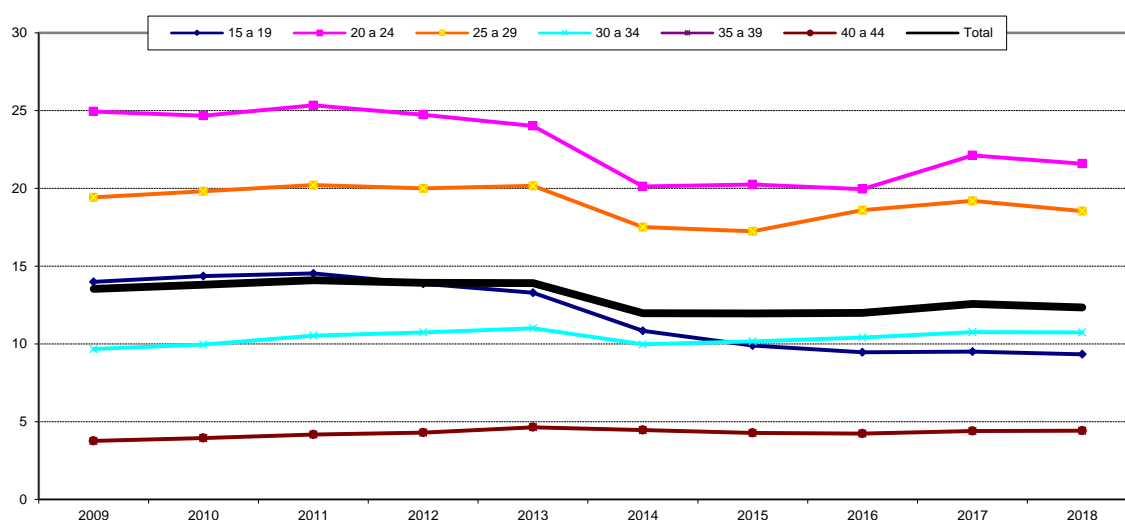
Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2009-2018.



Grupos de edad: La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2009 alcanzó 24,94 por mil mujeres, en 2018 la tasa registrada ha sido 21,58 por mil mujeres. (Figura 3).

Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, año 2018.

Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	9-15 semanas		<9 semanas (precoz)		>15 semanas (tardía)			
	n	%	N	%	n	%	N	%
<15 años	11	28,2	20	51,3	8	20,5	39	100,0
15-19 años	408	28,4	948	66,1	79	5,5	1435	100,0
20-24 años	851	24,5	2524	72,6	103	3,0	3478	100,0
25-29 años	795	22,3	2658	74,5	116	3,3	3569	100,0
30-34 años	833	24,5	2424	71,3	141	4,1	3398	100,0
35-39 años	718	24,5	2036	69,5	174	5,9	2928	100,0
40-44 años	315	23,8	925	69,9	83	6,3	1323	100,0
>44 años	16	14,2	94	83,2	3	2,7	113	100,0
Total	3947	24,2	11629	71,4	707	4,3	16283	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, 2009-2018.

Tasa/municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil: solo los municipios de Madrid, Parla y Torrejón de Ardoz, presentan tasas por encima de la media. En 2018 Alcorcón es el municipio con menor tasa (8,85 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 2009-2018.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ALCALÁ DE HENARES	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09	10,73	10,09	11,33	11,43	9,83
ALCOBENDAS	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51	11,16	10,60	10,29	11,30	11,63
ALCORCÓN	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82	9,44	9,85	8,88	9,89	8,85
FUENLABRADA	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41	10,15	10,48	10,90	11,41	11,13
GETAFE	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26	10,84	10,43	10,40	11,05	10,95
LEGANÉS	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88	10,67	11,17	10,30	10,43	10,93
MADRID	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07	14,32	14,70	14,37	15,38	14,56
MÓSTOLES	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07	10,74	10,71	10,73	12,16	11,86
PARLA	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89	14,03	13,37	16,07	16,10	13,95
TORREJÓN DE ARDOZ	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89	11,93	11,65	12,68	11,02	12,72
RESTO CM	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11	8,96	8,85	9,11	9,14	9,48
TOTAL CM	13,54	13,80	14,09	13,92	13,89	11,98	11,96	11,99	12,58	12,35

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 los códigos de la CIE10MC: 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 2018, encontrándose registradas otras 117 IVE. Además el Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad informó de otras 47 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

3. CONCLUSIONES

En 2018 se notificaron en la Comunidad de Madrid 18.914 IVE, un 3% menos que las registradas en 2017. De ellas el 86,1% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

En la Comunidad de Madrid, en 2018 la tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años fue inferior a la registrada en 2017 (12,35 por mil mujeres y 12,58 por mil mujeres respectivamente).

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2018 fueron en mujeres foráneas (51,4%).

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2018 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,1%).

Así mismo, más de la mitad de las mujeres a las que se les practicó una IVE (52,1%) tenían hijos/as a su cargo y el 43,7% convivía en pareja, con o sin hijos.

Más del 75% de las IVE han recibido financiación pública, este porcentaje aumenta respecto a años anteriores.

El motivo de la IVE al que mayoritariamente se acogieron las mujeres fue el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” (87%).



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2019, semanas 1 a 5. (del 31 de diciembre de 2018 al 3 de febrero de 2019)

	Casos Semanas 1 a 5	Tasas* Semanas 1 a 5
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA		
Gripe	54.166	832,4
Legionelosis	10	0,2
TUBERCULOSIS		
	53	0,8
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA		
Campilobacteriosis	182	2,8
Criptosporidiosis	2	0,0
Giardiasis	39	0,6
Hepatitis A	9	0,1
Listeriosis	7	0,1
Salmonelosis (excluido Fiebre tifoidea y paratifoidea)	77	1,2
Shigelosis	8	0,1
Yersiniosis	24	0,4
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL		
Hepatitis B	12	0,2
Hepatitis C	11	0,2
Infección <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc.LGV)	168	2,6
Linfogranuloma venéreo	4	0,1
Infección gonocócica **	144	2,2
Sífilis **	44	0,7
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES		
Enfermedad meningocócica	5	0,1
Enfermedad invasiva por <i>H. Influenzae</i>	13	0,2
Enfermedad neumocócica invasora	84	1,3
Herpes Zoster	3.154	48,5
Parotiditis	79	1,2
Tosferina	12	0,2
Varicela	325	5,0
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL		
Dengue	2	0,0
Leishmaniasis	5	0,1
Paludismo	9	0,1
Enfermedad por virus Zika	1	0,0
OTRAS MENINGITIS		
Meningitis víricas	7	0,1
Otras meningitis bacterianas	4	0,1
ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES		
EETH ****	1	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 de toxina Shiga o Vero, Fiebre tifoidea y paratifoidea, Triquinosis, Sífilis congénita, Brucelosis, Carunco, Fiebre Q, Hidatidosis, Leptospirosis, Peste, Rabia, Toxoplasmosis congénita, Tularemia, Difteria, P.F.A. (<15 años), Poliomieltitis, Rubéola, Rubéola congénita, Sarampión, Tétanos, Tétanos neonatal, Encefalitis transmitida por garrapatas, Enfermedad por virus Chikungunya, Fiebre Amarilla, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica vírica, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Infección congénita por virus Zika.



Brotos Epidémicos. Comunidad de Madrid.

Año 2019, semanas 1 a 5.

(del 31 de diciembre de 2018 al 3 de febrero de 2019)

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 1-5. Año 2019 y comparación con el año anterior.

Ámbito del brote	Año 2019			Año 2018		
	Semanas 1-5			Semanas 1-5		
	Brotos	Casos	Hospitalizados	Brotos	Casos	Hospitalizados
Restaurantes, bares y similares	1	8	3	1	16	0
Centros educativos	0	0	0	1	62	0
Domicilios	0	0	0	1	4	1
Residencias geriátricas	0	0	0	1	19	0
Total	1	8	3	4	101	1

Brotos de origen no alimentario. Semanas 1-5. Año 2019 y comparación con el año anterior.

Tipo de brote*	Año 2019			Año 2018		
	Semanas 1-5			Semanas 1-5		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Conjuntivitis	1	38	0	1	72	0
Escabiosis	3	15	0	1	3	0
Gastroenteritis aguda	9	289	0	5	77	1
Gripe	3	107	12	0	0	0
Hepatitis A	1	4	2	4	10	5
Sarampión	1	2	0	0	0	0
Tosferina	1	3	0	0	0	0
Total	19	458	14	11	162	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 2019, semanas 1 a 5 (del 31 de diciembre de 2018 al 3 de febrero de 2019)

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

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 63,9% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2019.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 5 de 2019.

	Sem. 1 a 5 de 2019	Año 2019
Gripe*	1026	1.198*
Varicela	3	3
Herpes zóster	58	58
Crisis asmáticas	71	71

^a De la semana 40 de 2018 hasta la 20 de 2019

VARICELA

Durante las semanas 1 a 5 del año 2019 se han declarado 3 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 2,20 casos por 100.000 personas (IC 95%: -0,39 – 4,79). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2016-2018 y desde la semana 1 a la 5 de 2019.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2016-2019.

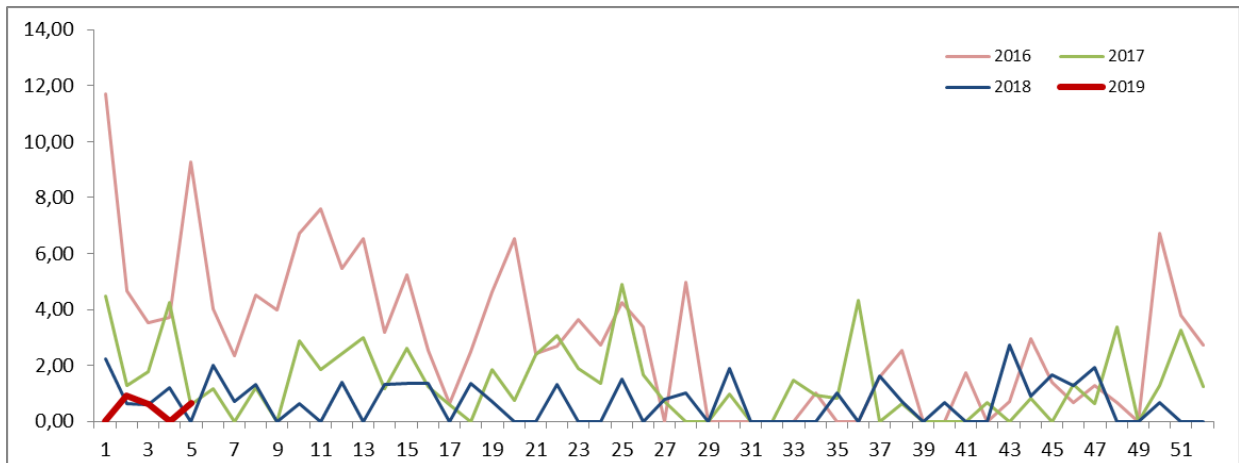
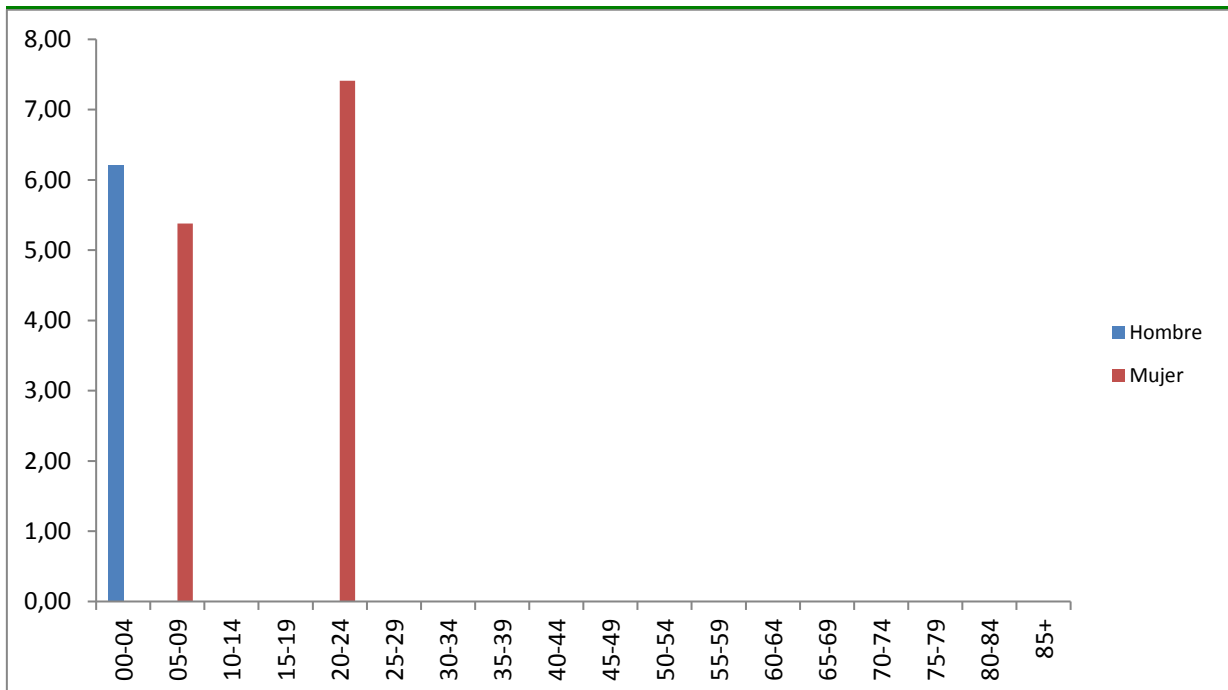


GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 5 de 2019.



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 58 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 1 a 5 de 2019, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 49,74 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 37,43 – 62,06). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en Madrid desde el año 2016 hasta la semana 5 de 2019. El 70,69% de los casos se dio en mujeres (41 casos). El 81,03% 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 2016-2019.

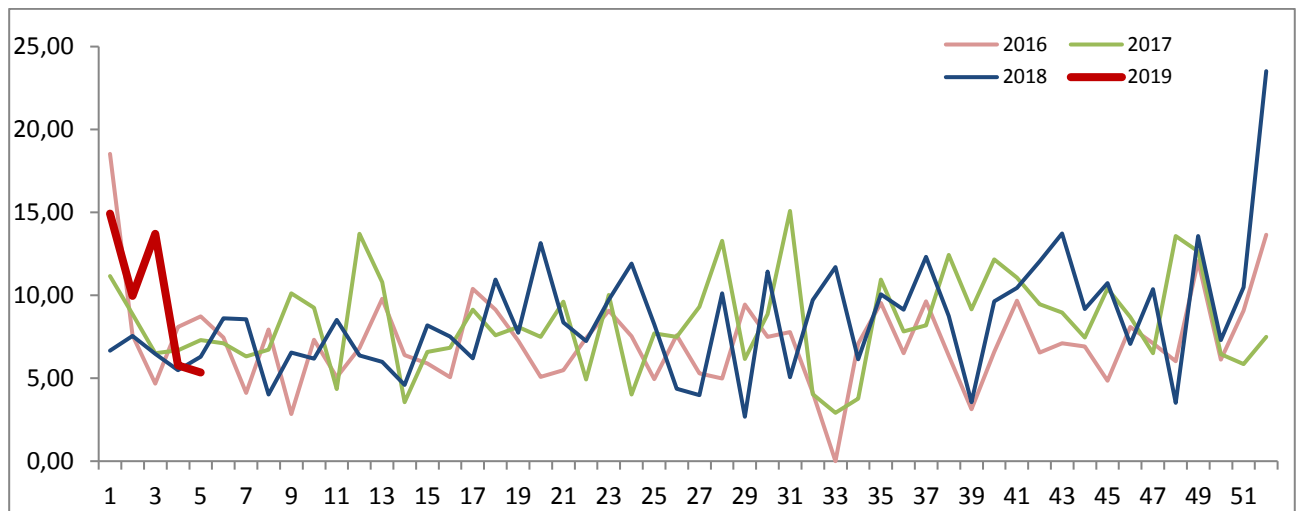
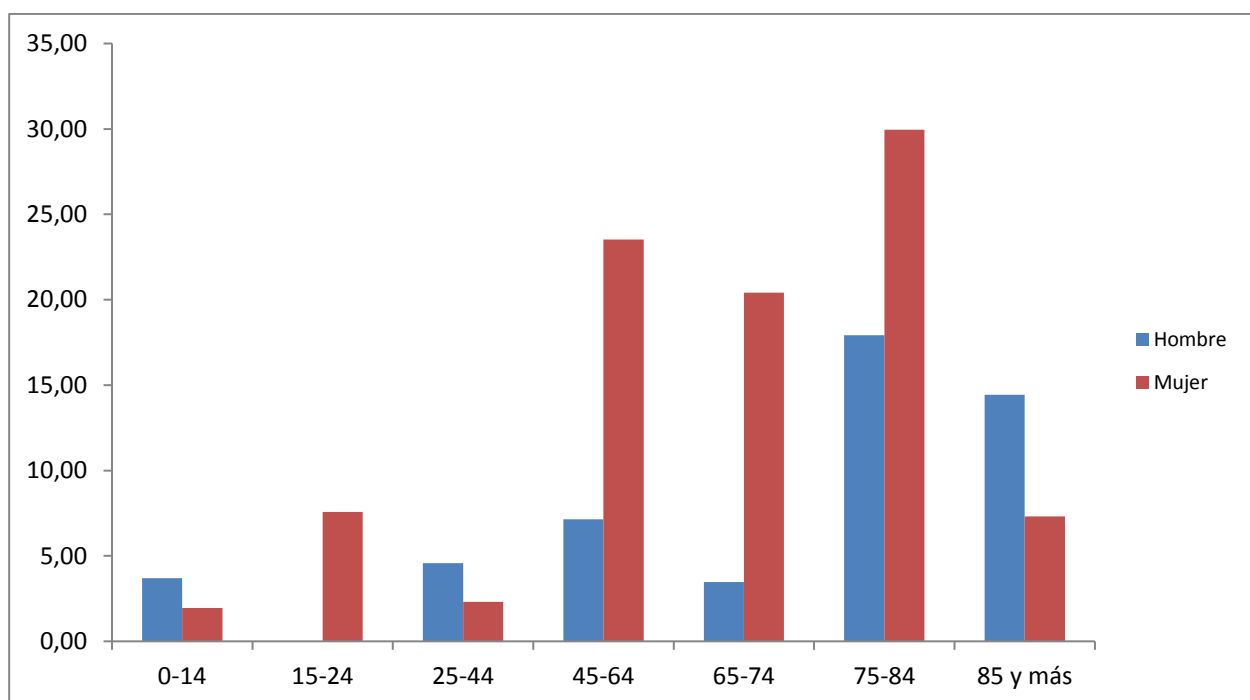
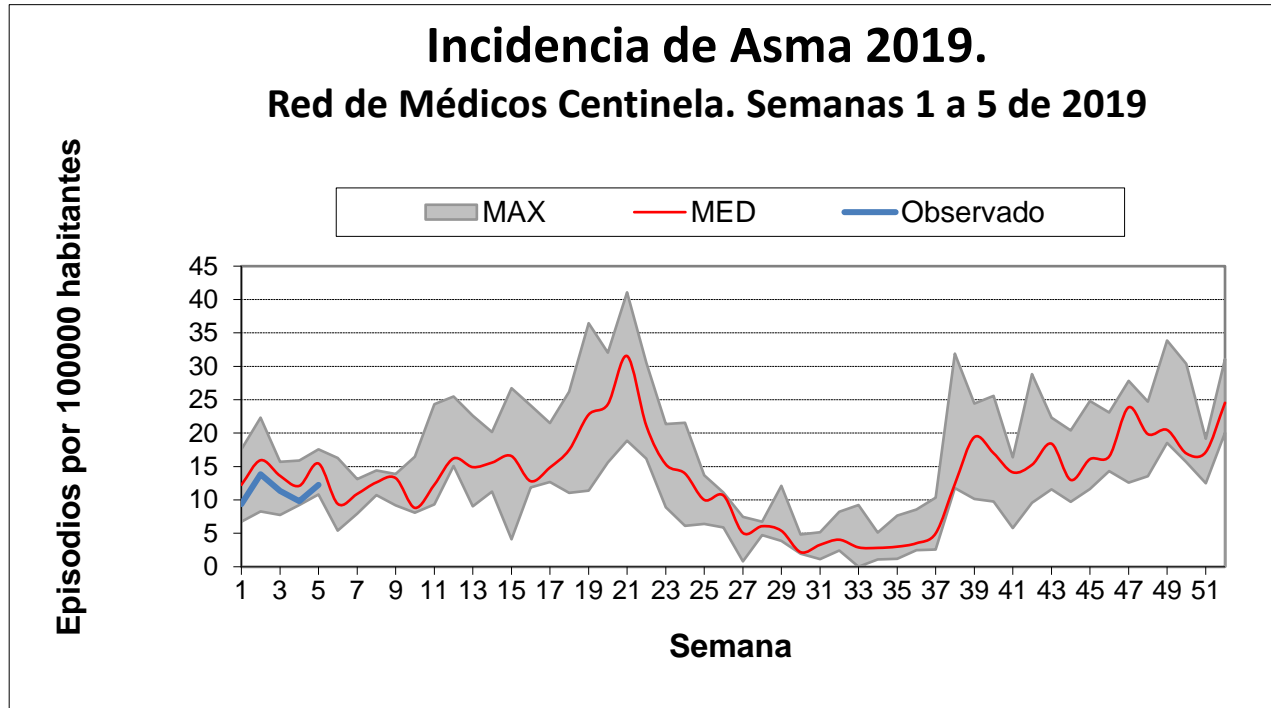


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 5 de 2019.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 1 a 5 de 2019 la Red de Médicos Centinela notificó 71 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.





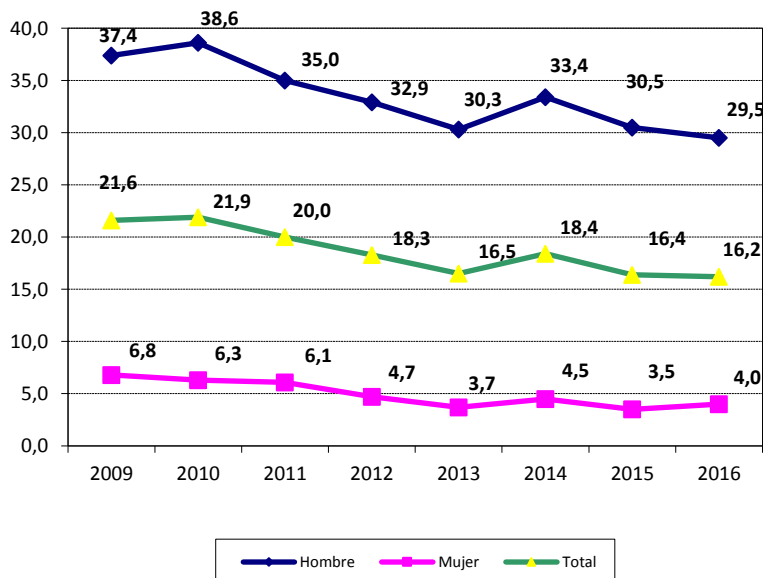
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH.

31 de enero de 2019

Desde el año 2009 hasta el 31 de enero de 2019 se han notificado 10.488 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid. El 86,5% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,1 años (DE: 10,7). El 45,5% habían nacido fuera de España. Un 2,3% (241) 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.

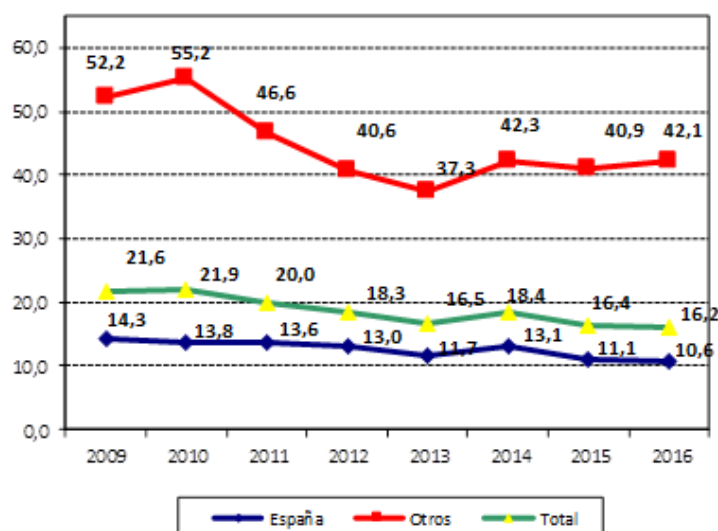


* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2009	1157	83,8	223	16,2	1380
2010	1206	85,2	210	14,8	1416
2011	1097	84,3	204	15,7	1301
2012	1031	86,7	158	13,3	1189
2013	948	88,3	126	11,7	1074
2014	1036	87,2	152	12,8	1188
2015	940	88,8	118	11,2	1058
2016	913	87,1	135	12,9	1048
2017*	582	89,1	71	10,9	653
2018*	162	89,5	19	10,5	181
Total	9072	86,5	1416	13,5	10488

* 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. Años 2009-2019

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
PID	162	3,0	77	2,1	45	11,4	9	0,9
HSH	4277	80,4	2734	72,8				
HTX	404	7,6	595	15,8	302	76,4	990	96,9
Otros	5	0,1	18	0,5	12	3,0	13	1,3
Desconocido/ N.C.	470	8,9	330	8,8	36	9,2	9	0,9
Total	5318	100	3754	100	395	100	1021	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 13,6% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 12,2% en personas autóctonas y de 15,2% 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/μl)	DT (<350 células/μl)	<500 células/μl
2009	1108	405	25,9	42,5	60,6
2010	1115	405	24,0	41,6	60,7
2011	1040	383	26,8	45,8	63,8
2012	954	418	24,5	41,0	60,3
2013	858	430	23,0	39,4	57,9
2014	996	459	21,7	36,5	55,2
2015	891	461	19,4	35,4	54,4
2016	917	471	18,3	32,5	53,0
2017**	575	406	26,3	43,7	60,5
2018**	157	400	25,5	45,9	59,2
09-18	8611	429 (RI: 217-662)	23,4	39,9	58,6

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 8611 nuevos diagnósticos (82,1%). 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)

** La notificación de casos de sida es más precoz, lo que explica que en 2017-18 los porcentajes de PEA y DT sean superiores a los años previos. Así, el 21,5% de los casos notificados en este periodo son casos de sida.

Tabla 4. Porcentaje de retraso en el diagnóstico de infección por VIH. Años 2009-2019.

Total Comunidad de Madrid

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=7463)	21,4%	37,7%	56,7%
	Mujer (1148)	36,2%	54,9%	71,0%
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (140)	7,9%	25,0%	48,6%
	20-29 (2569)	12,1%	27,9%	48,1%
	30-39 (3152)	22,6%	39,1%	58,3%
	40-49 (1809)	32,5%	49,6%	66,3%
>49 años (904)		42,9%	60,4%	76,3%
	PID (213)	40,4%	54,9%	70,0%
	HTX (1956)	38,5%	57,7%	73,9%
	HSH (5893)	16,5%	32,3%	52,2%
País de origen	España (4830)	20,5%	35,4%	53,5%
	Otros: (3781)	27,1%	45,6%	65,0%
	1. Europa Occidental (351)	12,3%	29,3%	52,7%
	2. Europa Oriental (262)	28,6%	41,6%	54,6%
	3. América Latina y Caribe (2422)	26,7%	45,5%	65,5%
	4. África Subsahariana (551)	34,8%	57,2%	75,3%
5. Norte de África y Oriente Medio (96)	37,5%	52,1%	65,6%	

Hombres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (118)	5,1%	22,9%	48,3%
	20-29 (2294)	10,1%	25,6%	46,2%
	30-39 (2763)	20,8%	36,8%	56,4%
	40-49 (1548)	30,9%	48,2%	64,4%
	>49 años (724)	41,7%	59,0%	76,1%
Mecanismo de transmisión	PID (177)	44,1%	58,2%	72,9%
	HTX (889)	40,7%	59,8%	75,9%
	HSH (5893)	16,5%	32,3%	52,2%
País de origen	España (4497)	19,7%	34,7%	53,0%
	Otros: (2966)	24,0%	42,1%	62,3%
	1. Europa Occidental (336)	12,5%	29,2%	52,7%
	2. Europa Oriental (194)	23,7%	36,6%	50,5%
	3. América Latina y Caribe (2030)	23,9%	42,5%	63,3%
	4. África Subsahariana (238)	37,0%	59,7%	76,1%
5. Norte de África y Oriente Medio (82)	34,1%	48,8%	62,2%	

Mujeres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (22)	22,7%	36,4%	50,0%
	20-29 (275)	28,7%	47,3%	64,0%
	30-39 (389)	35,0%	55,8%	72,0%
	40-49 (261)	41,8%	58,2%	77,4%
	>49 años (180)	47,8%	66,1%	77,2%
Mecanismo de transmisión	PID (36)	22,2%	38,9%	55,6%
	HTX (1067)	36,7%	55,9%	72,2%
País de origen	España (333)	31,2%	46,5%	61,3%
	Otros: (815)	38,3%	58,3%	75,0%
	1. Europa Occidental (15)	6,7%	33,3%	53,3%
	2. Europa Oriental (68)	42,6%	55,9%	66,2%
	3. América Latina y Caribe (392)	41,3%	61,2%	77,0%
	4. África Subsahariana (313)	33,2%	55,3%	74,8%
5. Norte de África y Oriente Medio (14)	57,1%	71,4%	85,7%	

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 2019.

Casos de sida. 2009-2018		Hombres		Mujeres		Personas fallecidas con infección VIH. 2009-2018		Hombres		Mujeres	
		n	%	N	%			n	%	n	%
Año de diagnóstico	2009	312	77,4	91	22,6	Año de éxitus	2009	246	78,8	66	21,2
	2010	292	76,4	90	23,6		2010	262	80,1	65	19,9
	2011	265	80,3	65	19,7		2011	244	83,3	49	16,7
	2012	227	77,2	67	22,8		2012	200	77,8	57	22,2
	2013	176	79,6	45	20,4		2013	155	80,7	37	19,3
	2014	164	80,4	40	19,6		2014	125	75,3	41	24,7
	2015	156	80,4	38	19,6		2015	154	83,2	31	16,8
	2016	124	83,8	24	16,2		2016	99	79,2	26	20,8
	2017*	112	81,8	25	18,2		2017*	70	84,3	13	15,7
	2018*	36	85,7	6	14,3		2018*	20	90,9	2	9,1
09-18		1864	79,2	491	20,8	09-18		1575	80,3	387	19,7
Edad media (años)		42,1 ± 10,9		40,7 ± 10,7		Edad media (años)		50,4 ± 10,2		47,2 ± 9,3	
País de origen		España: 62,8%		España: 48,7%		País de origen		España: 89,0%		España: 87,3%	
Mecanismo transmisión		HSH: 50,6%		HTX: 72,9%		Mecanismo transmisión		PID: 62,5%		PID: 61,8%	

* 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