
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 4. Volumen 26. Julio-Agosto 2021

INFORMES:

- **Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2018.**
 - **Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2020.**
- **Vigilancia de las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) en la Comunidad de Madrid, resumen del año 2020.**



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: Diciembre 2021

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain




BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 4. Volumen 26. Julio-Agosto 2021

ÍNDICE

	<u>Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2018</u>	5
	<u>Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2020</u>	33
	<u>Vigilancia de las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) en la Comunidad de Madrid, resumen del año 2020</u>	41



INFORME:

REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. INFORME DEL AÑO 2018.

SUMARIO

	Pág.
RESUMEN	6
1.- INTRODUCCIÓN	7
2.- MATERIAL Y MÉTODOS	8
3.- RESULTADOS. AÑO 2018	9
3.1.- DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES.....	9
3.1.1.- Distribución espacial	10
3.1.2.- Localización anatómica de la enfermedad	13
3.1.3.- Factores de riesgo asociados	13
3.1.4.- Nivel asistencial.....	14
3.1.5.- Tuberculosis resistente a fármacos	15
3.1.6.- Estudios de contactos	16
3.1.7.- Evolución de los casos	18
3.2.- TUBERCULOSIS INFANTIL	18
3.3.- TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH	19
3.4.- TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS	20
3.5.- EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 2008 A 2018	25
4.- DISCUSIÓN	30
5.- CONCLUSIONES	31
6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud pública, a pesar de los progresos logrados en las dos últimas décadas en la lucha contra la enfermedad.

Metodología: Se presenta un análisis descriptivo de los casos de TB registrados durante el año 2018 en la Comunidad de Madrid y se comparan los resultados con los obtenidos en el año anterior.

Resultados: Durante el año 2018 se han notificado 592 casos de TB en personas residentes en la CM. La tasa de incidencia anual registrada ha sido de 9,00 casos por 100.000 habitantes. El 52,2% de ellos han sido de personas nacidas fuera de España, siendo su procedencia fundamentalmente América del Sur. La tasa de incidencia en población nacida en el extranjero es de 25,33, mientras que la tasa de nacidos en España es de 5,28 casos por 100.000 habitantes. En los últimos años, la incidencia anual de tuberculosis ha presentado una tendencia descendente y en 2018 la tasa de incidencia global ha sido ligeramente inferior a la del año 2017. Hay un predominio masculino entre los casos y el grupo de edad con mayor incidencia corresponde al de mayores de 74 años (13,5 casos por 100.000 habitantes), seguido por los adultos jóvenes. En el grupo de edad entre 15 y 54 años el porcentaje de personas nacidas fuera de España supone el 67,0%. La incidencia de tuberculosis por distritos varía entre 23,32 casos por 100.000 habitantes en Usera y los 1,95 casos en Colmenar Viejo. La incidencia registrada en el municipio de Madrid ha sido de 10,83 casos por 100.000 habitantes. La situación de riesgo asociada a la tuberculosis detectada con más frecuencia ha sido el tabaquismo (29,9%), seguida de inmunodepresión (13,3%), el alcoholismo (10%) y la diabetes (10%). Presentan coinfección por VIH/sida el 6,9% de los pacientes. La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (72,5%), siendo la tasa de incidencia de TB pulmonar de 6,52 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de TB pulmonar bacilífera de 2,42 casos por 100.000 habitantes. El nivel asistencial donde se realiza con mayor frecuencia el diagnóstico es en la atención especializada hospitalaria, el 93,8% de los casos inician el tratamiento en este nivel y 77,4% de ellos cursan con ingreso hospitalario. El seguimiento del 66,2% de los casos se realiza en consultas hospitalarias. En 118 casos (19,9%) se han instaurado medidas para mejorar el cumplimiento del tratamiento. La mediana del retraso diagnóstico para los casos con baciloscopia positiva de esputo ha sido de 48 días. Se dispone de antibiograma en el 97,8% de los casos con cultivo positivo, y se observa que el 12,0% de los casos es resistente a uno o más fármacos de primera línea y el 3,2% es multirresistente.

Discusión: La incidencia en la Comunidad de Madrid en 2018 continúa en tendencia ligeramente descendente. La tuberculosis en personas nacidas en el extranjero supone algo más de la mitad del total de los casos registrados y su incidencia casi quintuplica la de los autóctonos.

1.- INTRODUCCIÓN

En el marco del Programa Regional de Prevención y Control de la TB de la CM¹, la estrategia fundamental para la Vigilancia Epidemiológica se lleva a cabo a través del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, implantado desde el año 1994. Se articula en torno a las secciones de epidemiología territoriales del área única de Salud Pública y los datos se consolidan a nivel regional en el Servicio de Epidemiología. La regulación normativa del Registro Regional de Casos de TB, que está integrado en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, se establece en la [Orden 130/2001](#), de 29 de marzo, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 6 de abril de 2001.

El objetivo general del Registro es mejorar el conocimiento de la TB y su evolución en la Comunidad de Madrid, mediante la búsqueda activa de casos, a fin de identificar los grupos de riesgo y evaluar las intervenciones de prevención y control de la enfermedad.

Los objetivos específicos del Registro son:

- 1.- Estimar la incidencia de TB en la Comunidad de Madrid; general y específica por sexo, grupo de edad, lugar de residencia, localización anatómica, así como la frecuencia de TB pulmonar con baciloscopia y/o cultivo positivo.
- 2.- Estimar la prevalencia de TB en la Comunidad de Madrid, a través del seguimiento de los casos incidentes detectados por el Registro.
- 3.- Describir los factores y situaciones de riesgo asociadas a la TB según las variables de persona, lugar de residencia, tiempo y localización de la enfermedad.
- 4.- Estudiar la frecuencia de realización de estudios de contactos de pacientes de TB pulmonar y su resultado.

Desde que se implantó el Registro, se elaboran informes anuales para el ámbito Regional que se publican en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. En este informe se presenta un análisis descriptivo de los casos registrados durante el año 2018 y que tenían su residencia en la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Las fuentes de información del Registro son:

- 1 - Los médicos de Atención Primaria y Especializada mediante la declaración al Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).
- 2 - Los Laboratorios de Microbiología de la Comunidad de Madrid, así como el Centro Nacional de Microbiología, que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado, y/o pruebas de sensibilidad de micobacterias.
- 3 - El sistema de información constituido por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización.
- 4 - Otras fuentes: El Registro Regional de Casos de Sida de la Comunidad de Madrid, Instituciones Penitenciarias, Funerarias, Servicios Hospitalarios de Anatomía Patológica, Admisión, Farmacia, otras comunidades autónomas, Centro Nacional de Epidemiología, etc.

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa de los datos en las fuentes mencionadas, además de incorporar las notificaciones recibidas. Para el cierre de la información en la elaboración de este informe se espera al menos un año, con objeto de incluir información sobre el seguimiento y finalización del tratamiento. Para cada caso, se cumplimenta un [cuestionario](#) con las variables contempladas en el Registro. En este informe, el análisis de la distribución espacial se mantiene por distritos para mantener la comparabilidad con los datos históricos previos a la unificación de las Áreas Sanitarias. Para el cálculo de la incidencia se utiliza la población correspondiente al padrón continuo a 1 de enero de 2018 publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid². Para el análisis de la evolución de TB a lo largo del tiempo se han utilizado los datos que figuran en los informes anteriores, con independencia de las actualizaciones que se hayan podido realizar en el Registro de forma retrospectiva.

Para su inclusión en el Registro, se considera caso de TB al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y/o cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis complex* o al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses, o menos si se le retira el mismo por efectos secundarios o fallece.

3.- RESULTADOS. AÑO 2018.

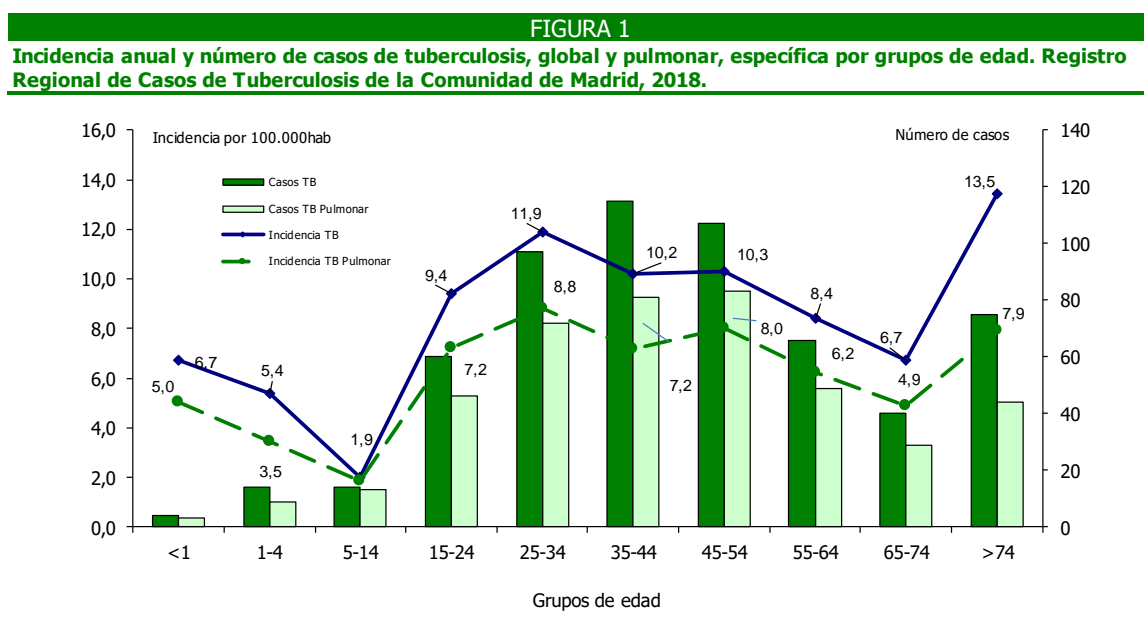
3.1. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES

En el año 2018 se registraron un total de 611 casos de TB en la Comunidad de Madrid, de los cuales 19 son residentes en otras Comunidades Autónomas (17) o países (2); estos casos han sido excluidos del análisis de resultados, y el informe se ha realizado con los 592 casos restantes, residentes en la Comunidad de Madrid. Esta cifra supone una incidencia anual de TB de 9,00 casos por 100.000 habitantes.

De todos los casos registrados, el 76,0% (450) son confirmados, es decir, tienen un cultivo positivo al complejo *M. tuberculosis* en alguna muestra biológica de cualquier localización. En todas las muestras se ha identificado *M. tuberculosis*, salvo en las de 21 pacientes en las que se han encontrado otras especies: en 18 pacientes la especie *M. bovis*, en 2 pacientes *M. Caprae*, y en 1 *M. africanum*.

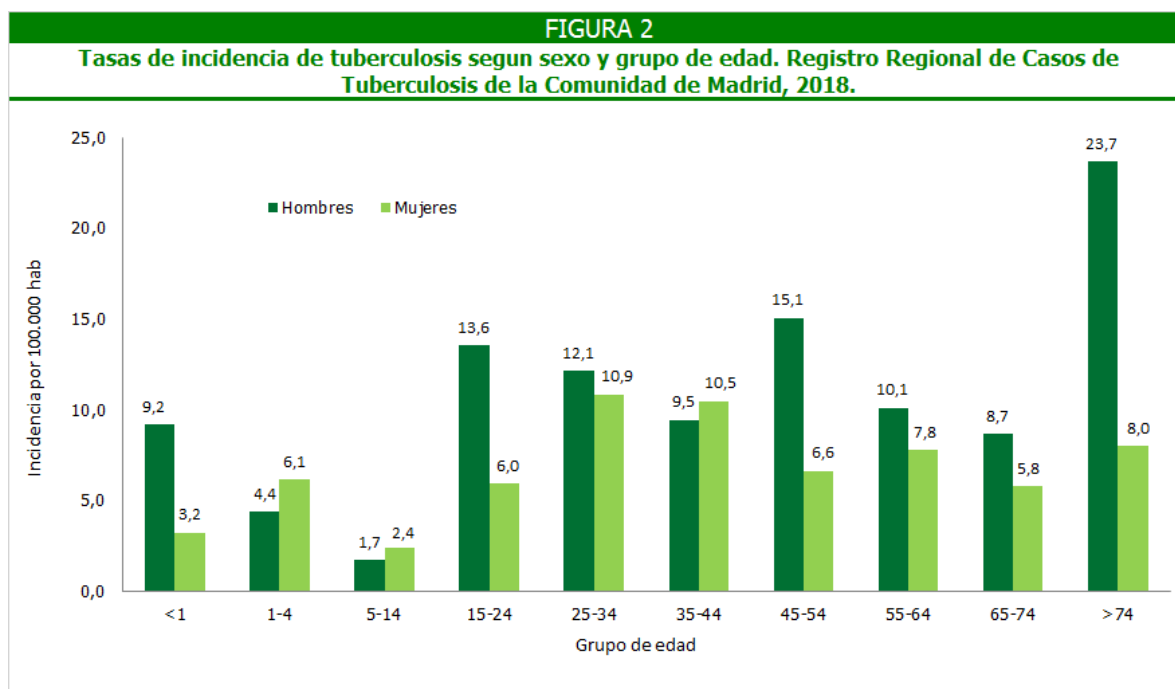
Se han recibido 1,4 notificaciones por cada caso de TB. Las notificaciones, 807 en total, proceden principalmente de atención especializada (614 notificaciones, que suponen el 76,1%), seguido de atención primaria (132 notificaciones, que representan el 16,4%) y de otros notificadores (61 notificaciones, que son el 7,6%).

La incidencia de TB más elevada se observa en el grupo de edad de mayores de 74 años (13,5 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de edad 25 a 34 años (11,9 casos por 100.000 habitantes). En menores de 1 año se han registrado cuatro casos de TB (6,7 casos por 100.000 habitantes) (Figura 1).



Si consideramos la desagregación por sexo, hay un predominio masculino, con 339 casos en varones, que representan el 57,3% del total de casos y una tasa de incidencia de 10,9 casos por 100.000, frente a 253 casos en mujeres (42,7% del total), con una incidencia de 7,5 casos por 100.000. La razón hombre/mujer en el total de casos es de 1,3. Las tasas son superiores en hombres excepto en los grupos de 1-4 años, de 5-14 y el de 35-44. En hombres, los grupos de edad con las tasas más elevadas son los mayores de 74 años, el grupo de 45-54 años y el de 15-24 años, con tasas de incidencia de 23,7, 15,1 y 13,6 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. En las mujeres, las tasas más altas se observan en los grupos de

edad de 25-34, el de 35-44 y en las mayores de 74 años con 10,9, 10,5 y 8,0 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. (Figura 2).



En relación con el país de origen, del total de casos, 310 casos (52,4%) han nacido fuera de España y en el grupo de edad entre 15 y 54 años el porcentaje de personas nacidas fuera de España supone el 67,3%. La tasa de incidencia en población nacida en el extranjero es de 25,33 casos por 100.000 habitantes, mientras que la tasa de nacidos en España es de 5,28 casos por 100.000 habitantes.

3.1.1. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

La distribución de la incidencia de TB por distritos en la Comunidad de Madrid varía entre los 23,32 casos por 100.000 habitantes del distrito de Usera y los 1,95 registrados en Majadahonda. Globalmente para toda la Comunidad de Madrid, se observa una disminución de la incidencia de un 3,02% con respecto a los resultados del año 2017 (Tabla 1 y Mapa 1).

Los distritos con las incidencias más elevadas han sido Usera, seguido de Centro con 19,99 y Vallecas con 19,21. Por otra parte, la menor incidencia fue registrada en el distrito de Majadahonda, seguido de Chamartín con 2,76 y Arganda con 3,53 casos por 100.000 habitantes.

Los distritos en los que se ha encontrado un mayor descenso de la incidencia respecto al año 2017 fueron: Arganda, Majadahonda y Villaverde. Por otro lado, los distritos en los que se registró un mayor incremento de la incidencia han sido: Navalcarnero, Tetuán y Móstoles.

En el municipio de Madrid se han detectado 349 casos, con una incidencia de 10,83 casos por 100.000 habitantes, un 0,39% inferior a la observada en el año 2017 (10,87 casos por 100.000 habitantes).

El número de casos que viven en un albergue (2 en 2018) es inferior respecto al año anterior (4 en 2017) y también disminuye el número de pacientes diagnosticados en centros penitenciarios (8 en 2018 frente a 14 en 2017).

Mapa 1. Tasas de incidencia de Tuberculosis por 100.000 habitantes, por distritos sanitarios. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Año 2018.

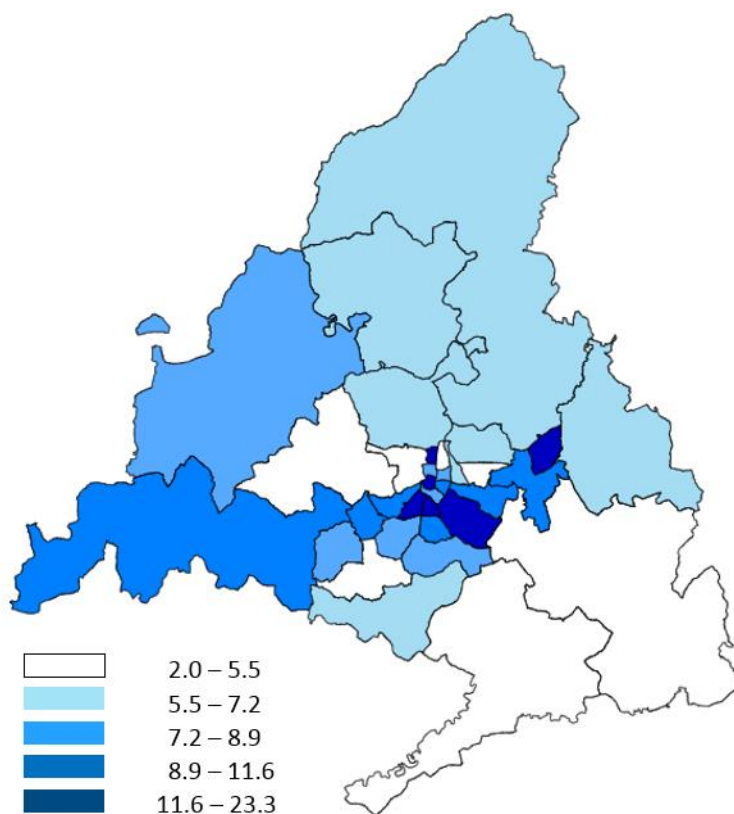


TABLA 1

Tasas de Incidencia de Tuberculosis por distritos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Año 2018.

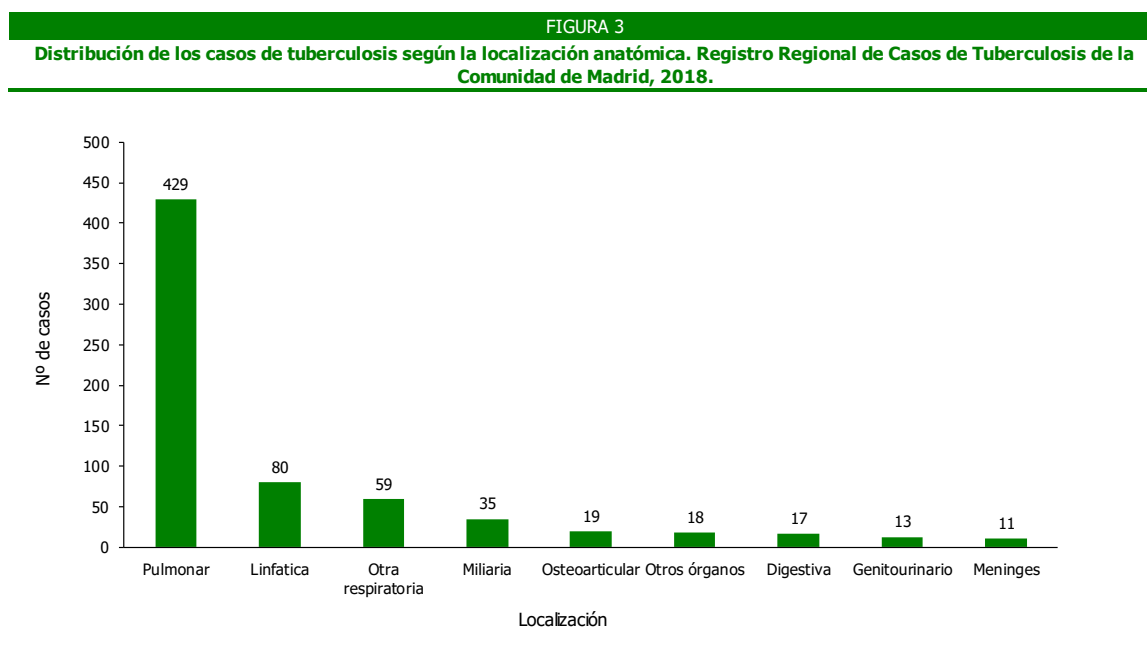
	Población	Casos	Incidencia por 100.000	% de variación 2017-2018
Arganda	198307	7	3,53	-63,76%
Moratalaz	165229	16	9,68	22,42%
Retiro	119024	12	10,08	49,36%
Vallecas	338344	65	19,21	20,37%
Coslada	156760	16	10,21	34,12%
Salamanca	145276	13	8,95	42,95%
Chamartín	144905	4	2,76	-43,43%
Alcalá de Henares	244241	17	6,96	-10,65%
Torrejón de Ardoz	129729	16	12,33	5,23%
Ciudad Lineal	214619	15	6,99	-17,48%
San Blas	156170	8	5,12	-47,30%
Hortaleza	231712	14	6,04	14,43%
Alcobendas	348547	25	7,17	23,45%
Colmenar Viejo	134351	8	5,95	-28,34%
Tetuán	156163	21	13,45	72,40%
Fuencarral	242965	15	6,17	5,35%
Majadahonda	358213	7	1,95	-59,29%
Collado Villalba	264625	21	7,94	9,16%
Moncloa	117873	5	4,24	24,03%
Centro	130047	26	19,99	-4,02%
Chamberí	140881	11	7,81	9,20%
Latina	235945	22	9,32	-27,32%
Móstoles	237147	21	8,86	60,42%
Alcorcón	169502	16	9,44	13,32%
Navalcarnero	112017	13	11,61	220,59%
Leganés	188425	14	7,43	16,28%
Fuenlabrada	218194	12	5,50	20,61%
Parla	218576	14	6,41	-50,96%
Getafe	180747	16	8,85	-7,21%
Aranjuez	195364	9	4,61	11,28%
Arganzuela	152939	12	7,85	8,37%
Villaverde	145637	16	10,99	-51,02%
Carabanchel	248382	42	16,91	-3,98%
Usera	137223	32	23,32	12,44%
		581		
Desc./Prisión/Otros		1 / 8 / 2.		
Total	6.578.079	592	9,00	-3,02%
Residentes en otras CCAA		17		
Residentes en otros países		2		
Total		611		

3.1.2. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD

De los 592 casos de TB, 513 (86,7%) presentaron una única localización anatómica, 69 (11,7%) dos localizaciones y 10 (1,7%) tres localizaciones. Un total de 429 casos (72,5%) presentaron localización pulmonar, de los que 361 era localización exclusiva y 68 presentaban también alguna otra localización extrapulmonar. Los 163 casos sin localización pulmonar (27,5%) presentaban una única localización extrapulmonar (152 casos) o más de una (11 casos).

La incidencia de TB pulmonar ha sido de 6,52 casos por 100.000 habitantes, siendo 262 hombres (61,1%) y 167 mujeres (38,9%). Los grupos de edad más afectados son los de 45-54 años y los mayores de 74 años con una tasa de incidencia de 8,0 y 7,9 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

De todas las formas extrapulmonares, la más frecuente es la presentación linfática con 80 casos, seguida por otras formas respiratorias con 59 casos (*Figura 3*).



*Un caso puede tener más de una localización

De las 429 TB pulmonares, 159 casos presentaron baciloscopia de esputo positiva (37,1%), lo que supone una incidencia de casos bacilíferos de 2,42 por 100.000 habitantes.

Entre estos 429 casos con afectación pulmonar, con o sin otros órganos afectados, se ha aislado cultivo positivo en 350 (81,6%). En 370 (86,2%) de los casos de TB pulmonar se evidenciaron signos indicativos de TB en la radiografía torácica.

3.1.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Se ha recogido al menos un factor de riesgo asociado a la enfermedad tuberculosa en 314 (53,0%) de los casos registrados. La situación de riesgo detectada con más frecuencia ha sido el tabaquismo (29,9%), seguido por alguna enfermedad inmunosupresora (13,3%), el alcoholismo (10,0%), la diabetes (10,0%), las neoplasias (7,1%) y la coinfección por VIH (6,9%) (*Tabla 2*).

TABLA 2

Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según situación de riesgo asociada y grupo de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.

SITUACIÓN DE RIESGO	% SEGÚN GRUPOS DE EDAD					% SOBRE EL TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	Todas las edades
Tabaquismo (n=177)	0,0	23,3	32,1	43,9	16,5	29,9
Enf. Inmunosup. (n=79)	0,0	3,3	10,8	21,4	14,8	13,3
Alcoholismo (n=59)	0,0	5,0	9,4	19,1	2,6	10,0
Diabetes (n=59)	0,0	1,7	5,2	12,1	22,6	10,0
Neoplasia (n=42)	0,0	0,0	1,4	10,4	18,3	7,1
VIH-SIDA (n=41)	0,0	5,0	9,0	11,0	0,0	6,9
Uso de drogas (n=27)	0,0	5,0	7,1	4,6	0,9	4,6
Desfavorecidos socialmente* (n=25)	0,0	10,0	3,8	6,4	0,0	4,2
Silicosis (n=4)	0,0	0,0	0,0	0,6	2,6	0,7
Gastrectomía (n=2)	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,3

El Registro Regional de Casos de la Comunidad de Madrid incluye 8 casos cuyo inicio de tratamiento se realizó en centros penitenciarios ubicados en la Comunidad de Madrid. Además 20 casos cuentan con el antecedente de estancia en prisión antes del inicio del tratamiento.

En 91 casos (15,4%) se conoce la existencia de un contacto previo con algún enfermo de TB. De las formas de contacto registradas (75 casos) la más frecuente es la convivencia con un enfermo: 56 casos (74,7%); seguido de contactos frecuentes no convivientes: 16 casos (21,3%); centro educativo: 1 caso (1,3%); contacto laboral: 1 caso (1,3%); contacto esporádico: 1 caso (1,3%).

3.1.4. NIVEL ASISTENCIAL

El nivel asistencial en el que con mayor frecuencia se ha **iniciado tratamiento** corresponde a la atención especializada hospitalaria, en el 93,8% de los casos, seguido por la atención especializada extrahospitalaria (1,9%) y por la atención primaria (1,9%). El 1,2% de los pacientes iniciaron tratamiento en otros lugares como instituciones penitenciarias, otras comunidades autónomas y centros privados. El lugar de inicio del tratamiento se desconoce en el 0,8% de los casos, y el 0,5% fallecieron antes de iniciar tratamiento. El 77,4% de los casos han sido hospitalizados (Tabla 3).

TABLA 3

Distribución porcentual de la hospitalización, nivel asistencial de inicio del tratamiento y de seguimiento. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.

	INICIO TRATAMIENTO		SEGUIMIENTO TRATAMIENTO	
	n	%	n	%
Hospital (Incluye consultas externas)	555	93,8%	392	66,2%
Atención Primaria más Especializada	-	-	122	20,6%
Atención Primaria	11	1,9%	5	0,8%
Atención Especializada Extrahospitalaria	11	1,9%	20	3,4%
Otros	7	1,2%	16	2,7%
Desconocido	5	0,8%	37	6,3%
Fallecidos antes de inicio de tratamiento	3	0,5%	-	-
Hospitalización	458	77,4%	-	-

En relación al seguimiento, se realizó con más frecuencia desde el hospital con el 66,2% de los casos y se coordinó entre atención primaria y especializada en otro 20,6%. El resto de los tratamientos se llevaron a cabo en atención especializada extrahospitalaria (3,4%) o en otras instituciones tales como ONG, otras comunidades autónomas, prisiones o centros privados (2,7%). En atención primaria se han seguido el 0,8% y en el 6,3% de los casos se desconoce (Tabla 3).

Además, en 118 casos (19,9%) se ha instaurado alguna **medida complementaria/especial para la mejora del cumplimiento del tratamiento**. Las medidas en régimen ambulatorio han consistido en un seguimiento al menos semanal, con entrega gratuita de medicamentos y/o utilización de algún incentivo ("Tratamiento Directamente Supervisado", TDS) en un 44,1% de esos casos, o en la supervisión directa y presencial del tratamiento por parte de personal sanitario ("Tratamiento Directamente Observado", TDO) en 54,2% de los pacientes con medidas complementarias. Durante 2018 se han realizado dos Hospitalizaciones Terapéuticas Obligatorias (HTO).

Por otra parte, se ha calculado el retraso diagnóstico, definido como el tiempo transcurrido entre la fecha de comienzo de los síntomas y la fecha de comienzo del tratamiento. Este dato es conocido en 552 (93,2%) de los 592 casos totales y en 153 (96,2%) de los 159 casos pulmonares bacilíferos. La mediana de este retraso diagnóstico se ha estimado en 53 días, seis más que la obtenida en el año 2017. De los casos que corresponden a TB con baciloscopia de esputo positiva, la mediana de la demora diagnóstica es de 48 días, uno más que la del año anterior (Tabla 4).

TABLA 4

Tiempo transcurrido en días desde la fecha de inicio de síntomas hasta la de inicio de tratamiento. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.

PERCENTIL	Todos los casos	Casos de tuberculosis con baciloscopia de esputo (+)
P 25	21	20
P 50	53	48
P 75	107,5	117

3.1.5. TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

De los 592 casos de TB registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2018 se dispone de un cultivo positivo en 450 (76,0%) y de estos últimos se conoce el estudio de sensibilidad ante los fármacos usados habitualmente como tratamiento de la enfermedad (isoniacida, rifampicina, etambutol, estreptomina, pirazinamida y etionamida) en 440 de ellos (97,8%).

De estos 440, 53 (12,0%) fueron resistentes a uno o más fármacos de primera línea. Si se considera por orden de frecuencia descendente se observa resistencia a isoniacida en 31 casos (58,5% de los casos resistentes), pirazinamida en 27 (50,9%), rifampicina en 17 (32,1%), estreptomina en 16 (30,2%), etionamida en 7 (13,2%) y etambutol en 5 casos (9,4%).

Además, la resistencia a algún fármaco entre personas nacidas en España fue de 9,7% (20 de 207 casos con estudio de sensibilidad), frente a 14,2% entre los nacidos en otros países (33 casos de 233).

Teniendo en cuenta el país extranjero de origen, el porcentaje de resistencias a algún fármaco fue de: 20,0% (6 de 30) en los nacidos en Marruecos, 11,5% (3 de 26) en Perú y 75,0% (3 de 4) en Ucrania. Los países de Rumanía, Bolivia, Colombia y Filipinas presentaron dos casos de resistencia a fármacos cada uno y 13 países presentaron uno: Ecuador, Nepal, El Salvador, República de Guinea, Irlanda, Honduras, Somalia, República Dominicana, Brasil, Portugal, Rusia, Serbia y Guinea Ecuatorial.

De los 440 casos con estudio de sensibilidad registrado, 14 (3,2%) eran resistentes, al menos, a isoniacida y a rifampicina (multirresistentes). Este porcentaje fue de 4,3% para personas nacidas fuera de España (10 caso), y 1,9% para las personas nacidas en España (4 casos).

En la *Tabla 5* se presentan los casos resistentes a fármacos, según resultado del antibiograma, detallándose la resistencia a algún fármaco y la resistencia al menos a isoniacida y rifampicina, distribuidos por grupos de interés.

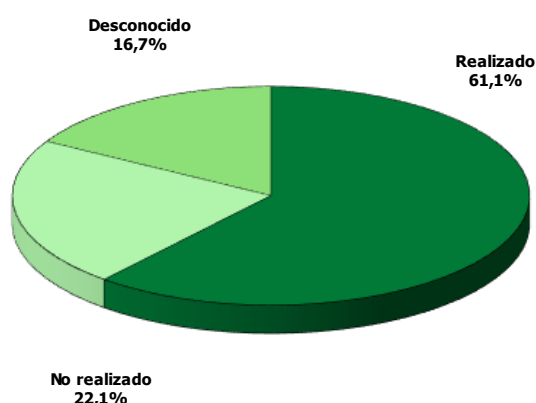
TABLA 5				
Casos de tuberculosis resistentes a fármacos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.				
	CASOS CON RESULTADO CULTIVO POSITIVO	CASOS CON RESULTADO CONOCIDO DEL ANTILOGRAMA	CASOS Y PORCENTAJE DE RESISTENCIAS A UNO O MÁS FÁRMACOS	CASOS Y PORCENTAJE DE RESISTENCIAS AL MENOS A ISONIACIDA Y RIFAMPICINA
Todos los casos (n=592)	450	440	53 (12,0)	14 (3,2%)
VIH (+) (n=41)	29	28	4 (14,3)	0 (0%)
Extranjeros (n=309)	237	233	33 (14,2%)	10 (4,3%)
Recaídas/abandonos/fracasos (n=16)	12	12	5 (41,7%)	1 (8,3%)

El 89,2% (437) de los enfermos con antibiograma conocido eran casos iniciales. La resistencia primaria a isoniacida entre estos casos fue del 6,9% (30 casos). Entre los nacidos en España este porcentaje fue de 1,8% y fue de 5,0% entre los nacidos fuera de España.

3.1.6. ESTUDIOS DE CONTACTOS

En 493 casos del total consta información acerca de la realización o no del estudio de contactos y de ellos el estudio se realizó en 362 (*Figura 4*).

FIGURA 4
Distribución del total de casos de tuberculosis según realización del estudio de contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.



Si se tienen en cuenta sólo los casos bacilíferos (159 casos), el estudio se realizó en 133 (83,6%), consta como no realizado en 13 y no se dispone de información en otros 13 casos (*Figura 5*).

FIGURA 5

Distribución de los casos de tuberculosis con baciloscopia positiva según realización del estudio de contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.



En la *Tabla 6.1* se presenta el resultado de los estudios de contacto realizados para el total de casos de TB. En total se han estudiado 1.632 contactos, de los que 630 (38,6%) eran convivientes, 263 (16,1%) eran contactos frecuentes, no convivientes, 480 (29,4%) pertenecían a un colectivo laboral, 189 (11,6%) eran contactos de un centro educativo, 1 (0,1%) pertenecía a otros colectivos, 9 (0,6%) eran contactos esporádicos y 60 (3,7%) correspondían con una institución cerrada.

TABLA 6.1

Distribución de los resultados del estudio de contactos realizado en los casos de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	630	58,6	38,3	3,2
Colectivo laboral	480	73,3	26,3	0,4
No convivientes	263	73,4	24,3	2,3
Centros educativos	189	76,7	23,3	0,0
Institución cerrada	60	73,3	26,7	0,0
Otros	1	100	0,0	0,0
Esporádicos	9	88,9	11,1	0,0
Total	1632	68,1	30,1	1,7

En la *Tabla 6.2* se presenta el resultado de los estudios de contacto realizados para el total de casos de TB con baciloscopia positiva. El 60,4% de los contactos estudiados no se ha infectado, el 37,2% se ha infectado y el 2,4% son finalmente enfermos de TB. En conjunto se ha estudiado una media de 4,5 contactos por cada caso bacilífero.

TABLA 6.2

Distribución de los resultados del estudio de contactos realizado en los casos de tuberculosis con baciloscopia positiva. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	255	44,7	49,8	5,5
Colectivo laboral	146	65,8	34,2	0,0
No convivientes	157	68,8	29,3	1,9
Centros educativos	93	69,9	30,1	0,0
Institución cerrada	60	73,3	26,7	0,0
Esporádicos	9	88,9	11,1	0,0
Total	720	60,4	37,2	2,4

3.1.7. EVOLUCIÓN DE LOS CASOS

De los 592 casos registrados, 471 (79,6%) completaron el tratamiento, 24 (4,1%) fallecieron por otras causas, incluido sida, 8 (1,4%) fallecieron por TB antes de finalizar el tratamiento y a 5 pacientes (0,8%) se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa. Otros 16 casos (2,7%) se trasladaron a otra comunidad autónoma u otro país durante el seguimiento, 14 casos (2,4%) recibieron una prescripción de pautas más prolongadas o especiales y 54 casos (9,1%) se han perdido en el seguimiento.

Además, completaron el tratamiento el 80,4% de los 526 casos iniciales (sin antecedente previo de tratamiento), el 80,3% de los 309 casos en extranjeros, el 66,6% de los 45 casos con infección por VIH, el 71,7% de los 53 casos de TB resistente y el 69,0% de los 42 casos de TB pulmonar resistente.

Se ha calculado la tasa de éxito del tratamiento en base a los indicadores de seguimiento consensuados por el Ministerio de Sanidad. De los 350 casos de TB pulmonar confirmados por cultivo declarados, se ha completado el tratamiento en 283 casos (80,9%).

3.2. TUBERCULOSIS INFANTIL

En 2018 se han registrado 32 casos de tuberculosis en niños menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 3,1 casos por 100.000 habitantes en este grupo de edad. Esta tasa es similar a la observada el año anterior (3,2 casos por 100.000 habitantes). En el tramo de edad de menores de 5 años (18 casos) la tasa de incidencia ha sido de 5,6 casos por 100.000 habitantes, superior a la del año pasado (3,1 casos por 100.000 habitantes en 2017).

En la *Tabla 7* se observa la tasa de incidencia en el periodo 2012 a 2018. Existe un descenso de las tasas de incidencia en adultos y en niños. La elevada incidencia de tuberculosis infantil en 2015 fue debida a un brote ocurrido en un centro educativo.

TABLA 7

Incidencia por grupos de edad y razón de incidencias en niños y adultos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Incidencia niños (<15 años)	4,7	4,2	3,3	9,1	3,3	3,2	3,1
Incidencia adultos	12,3	12,0	11,1	10,8	11,8	10,4	10,1
Razón Incidencia niño/adultos	0,38	0,35	0,30	0,84	0,27	0,27	0,28

De los 32 casos infantiles, 15 son hombres (46,9%) y 17 mujeres (53,1%). Según el país de origen 3 (9,4%)

son de origen extranjero y 29 (90,6%) nacidos en España. Los países de procedencia de los 3 casos de origen extranjero son Ucrania, Perú y China.

En cuanto a la localización anatómica, en 25 casos (78,1%) el diagnóstico fue TB pulmonar, en 4 casos (12,5%) localización linfática, en 2 (6,3%) otra respiratoria (2) y en 1 caso (3,1%) osteoarticular junto a meníngea. En cuatro de los casos de TB pulmonar había otra localización asociada: 2 miliar, 1 meníngea y 1 respiratoria extrapulmonar.

Del total de niños enfermos de tuberculosis, la prueba de la tuberculina fue positiva en 26 (81,3%). La radiografía de tórax fue indicativa de tuberculosis en 23 casos (85,2%) de los 27 con afectación respiratoria. Respecto a la confirmación microbiológica en 15 casos (46,9%) se aisló *Mycobacterium tuberculosis* mediante cultivo.

En relación con la fuente de infección, en 20 de los 32 casos (62,5%) se conoce el antecedente de contacto con una persona enferma de TB. De estos 20 casos, en 12 (60,0%) el contacto fue un conviviente, en 6 casos (18,8%) el contacto fue frecuente pero no conviviente y en 6 casos se desconoce esta información.

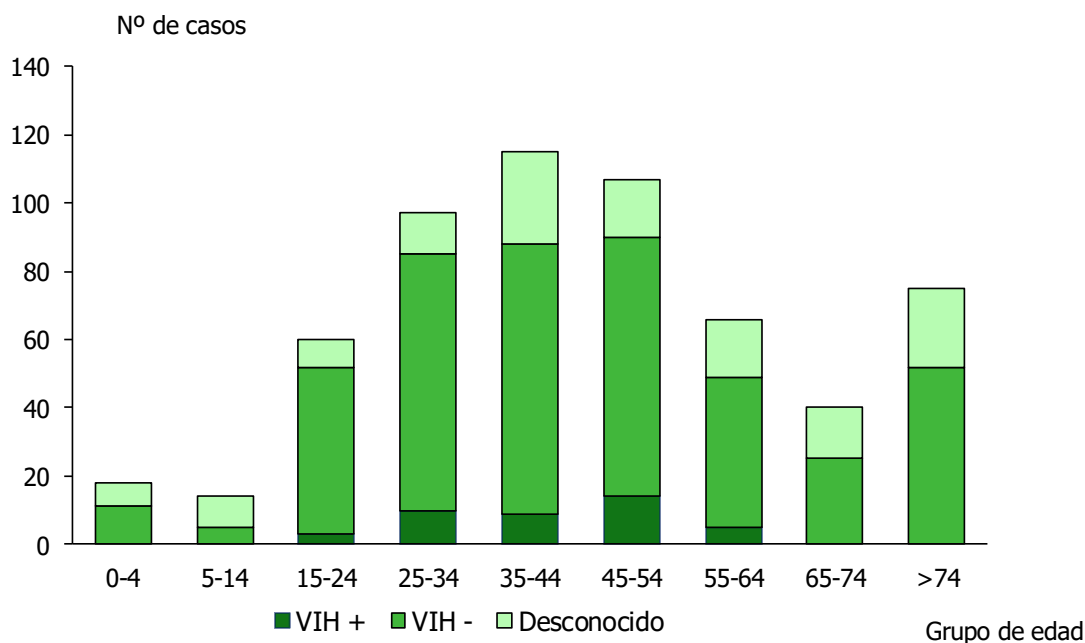
El estudio de contactos se realizó en 31 casos (96,9%). Del caso restante no se tiene información

3.3. TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH

Un total de 41 casos de TB de los 592 casos (6,9%) se han producido en personas infectadas por el VIH, lo que representa una tasa de incidencia de TB asociada a la infección por VIH de 0,62 casos por 100.000 habitantes, incidencia inferior a la del año anterior (0,70).

Si se considera la edad, los casos VIH positivo se concentran en el grupo de 25 a 54 años (*Figura 6*). La incidencia específica por edad más elevada se da en los grupos de 45 a 54 años (1,3 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 25 a 34 años (1,2 casos por 100.000 habitantes).

Con respecto al sexo, 33 casos (80,5%) se han registrado en hombres y 8 (19,5%) en mujeres. Según el país de origen, 32 (78,0%) proceden de fuera de España (3 de Guinea Ecuatorial, 2 de Marruecos, 2 de Nigeria, 2 de Brasil, 2 de Bolivia, 2 de Perú, 2 de Venezuela, 2 de Camerún, 2 de Rumanía y 1 de los siguientes países: Chile, Colombia, Cuba, El Salvador, Filipinas, Ghana, Liberia, Mali, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Portugal y Guinea Bissau).

FIGURA 6**Casos de tuberculosis por grupos de edad y estatus VIH. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.**

La localización ha sido pulmonar en 30 casos (73,2%), linfática en 4 (9,8%), otra TB respiratoria en 2 (4,9%), meníngea en 1 caso (2,4%), intestinal en 1 caso (2,4%) y 3 (7,3%) en otros órganos. Además, 14 pacientes (34,1%) tenían más de una localización asociada. Del total de casos registrados, en 4 (9,8%) se ha obtenido una baciloscopia de esputo positiva y en 29 (70,7%) se ha obtenido cultivo positivo. En 31 de los 32 pacientes con TB respiratoria (96,9%) consta la realización de una radiografía torácica con resultado indicativo de TB.

De los 41 casos infectados por el VIH, 39 (95,1%) eran enfermos iniciales de TB y 2 casos (4,9%) habían padecido TB con anterioridad.

En el Registro consta información sobre la realización de estudio de contacto en 33 casos (80,5%). El estudio se ha realizado en 17 casos y en 16 no se realizó. En los 8 restantes esta información se desconoce.

3.4. TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS

En el año 2018, del total de 592 casos de TB, 309 fueron personas nacidas fuera de España, lo que supone un 52,2%, cifra superior al año anterior (46,8%). Su procedencia es fundamentalmente de América (46,6% de los casos) y dentro de éstos, 84,0% América del Sur, le sigue en frecuencia África (26,2%), Europa (17,2%) y Asia (10,0%). Por países, los que aportan un mayor número de casos son: Marruecos (41 casos), Rumanía (37 casos), Perú (33 casos), Colombia (23 casos), Bolivia (22 casos) y Ecuador (22 casos) (Tabla 8).

TABLA 8

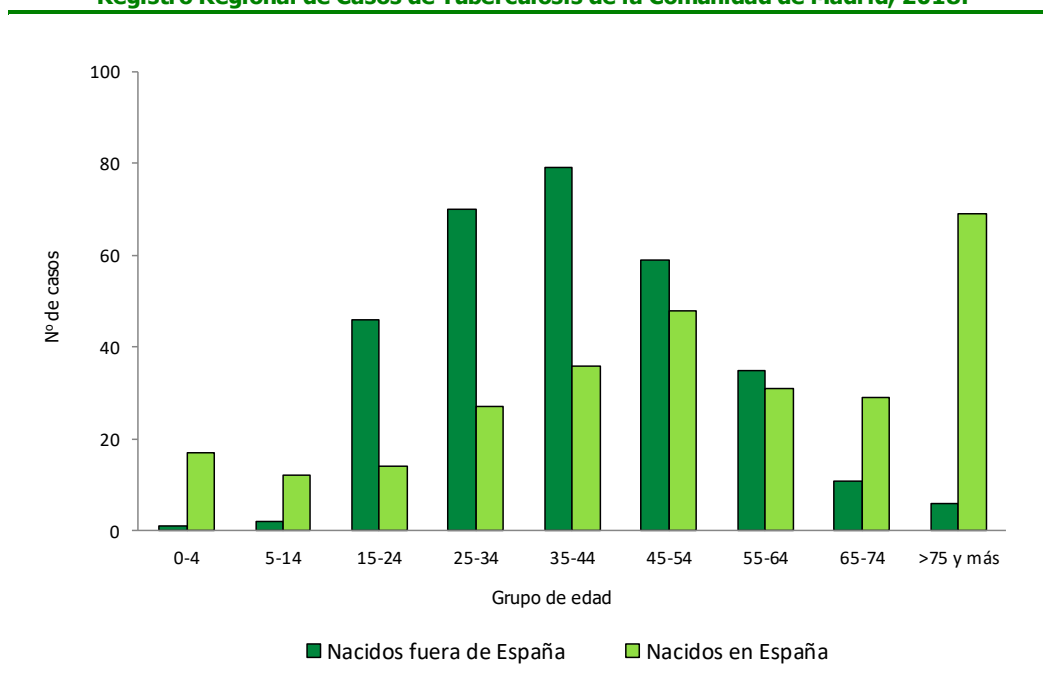
Distribución de los casos de tuberculosis en población extranjera según continente y país de origen más frecuente. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.

CONTINENTE	PAÍS	Nº DE CASOS DE TB	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS
AMÉRICA		144	46,6
AMÉRICA DEL NORTE		1	0,7
AMÉRICA CENTRAL Y DEL CARIBE		22	15,3
	Rep. Dominicana	12	54,5
	Otros	10	45,5
AMÉRICA DEL SUR		121	84,0
	Perú	33	27,3
	Colombia	23	19,0
	Bolivia	22	18,2
	Ecuador	22	18,2
	Venezuela	8	6,6
	Paraguay	5	4,1
	Otros	8	6,6
ÁFRICA		81	26,2
MAGREB		42	51,9
	Marruecos	41	97,6
	Otros	1	2,4
RESTO DE AFRICA		39	48,1
	Guinea Ecuatorial	9	23,1
	Nigeria	7	17,9
	Camerún	5	12,8
	Guinea	5	12,8
	Otros	13	33,3
EUROPA		53	17,2
UNIÓN EUROPEA		45	84,9
	Rumanía	37	82,2
	Otros	8	17,8
RESTO EUROPA		8	15,1
	Ucrania	6	75,0
	Otros	2	25,0
ASIA		31	10,0
	Filipinas	18	58,1
	China	5	16,1
	Otros	8	25,8
TOTAL		309	100%

La tasa de incidencia de tuberculosis en extranjeros ha sido de 25,33 casos por 100.000 habitantes, teniendo en cuenta que el número de extranjeros empadronados en la Comunidad de Madrid este año ha sido de 1.219.882 habitantes.

FIGURA 7

**Distribución de los casos de tuberculosis según lugar de nacimiento y grupos de edad.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.**



En la *Figura 7* se presenta la distribución de los casos autóctonos y extranjeros por grupo de edad. La mediana de los casos de TB en personas nacidas fuera de España es de 39 años (rango inter-cuartílico entre 29 y 49 años) frente a los 52 años en los nacidos en España (rango inter-cuartílico entre 36 y 74 años).

En la población autóctona con TB son varones 170 casos (60,1%) y en la población extranjera 186 casos (60,2%). En la distribución por grupos de edad se observa que la población extranjera presenta mayor número de casos en los grupos de 15 a 64 años, mientras que la población autóctona presenta mayor número en los grupos de 0 a 14 y en especial en personas de 75 años o más. Además, del total de casos de la CM los extranjeros suponen el 67,0% del grupo de edad entre 15 y 54 años y es en estos grupos de edad donde los casos de TB en extranjeros suponen una mayor proporción.

En menores de 1 año no se han notificado casos en extranjeros y entre 1 y 4 años se diagnosticó 1 caso. Entre los mayores de 74 años sólo el 8,0% son nacidos fuera de España.

En relación a la localización anatómica en personas extranjeras, 219 de los 309 casos (70,9%) presentaron tuberculosis pulmonar y la baciloscopia de esputo fue positiva en 90 de estos 219 casos (41,1%). Entre los casos en extranjeros, la información de confirmación por cultivo fue identificada en 237 casos (76,7%).

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de TB en personas no nacidas en España, el más frecuente es el tabaquismo con 80 casos (25,9%), seguido por la enfermedad inmunodepresora en 43 (13,95), la infección por VIH-sida en 32 (10,4%), el alcoholismo con 29 casos (9,4%) y la diabetes con 24 casos (7,8%).

Entre los extranjeros eran enfermos iniciales en el momento del diagnóstico el 85,4% (264) de los casos. En 42 casos (13,6%) existía el antecedente de contacto con otro caso de TB, siendo la forma más frecuente el contacto con un conviviente (29 casos, 69,0%), seguido del contacto frecuente no conviviente (5 casos, 11,9%). Se desconoce el tipo de contacto en 8 casos (19,0%).

Se conoce la fecha de llegada a España en 151 pacientes extranjeros (48,9%). De ellos, 42 casos (27,8%) desarrollaron la enfermedad en los dos primeros años, 11 (7,3%) entre 2 y 5 años y 98 (64,9%) después de pasar más de 5 años en España.

En cuanto al lugar de inicio del tratamiento, se inicia en el hospital en 296 casos (95,8%). El lugar de seguimiento fue en el nivel hospitalario en 196 casos (63,4%), atención primaria más especializada en 73 casos (23,6%), atención especializada extra-hospitalaria en 8 casos (2,6%), atención primaria en 4 casos (1,3%) y ONGs e instituciones penitenciarias en 3 casos cada una (1%, en cada caso). Este dato es desconocido en 22 casos (7,1%). Un total de 241 casos (78,0%) fueron hospitalizados. Se realizó estudio de contactos en 184 casos (59,5%).

Se recogieron variables de seguimiento en 283 pacientes (91,6%), de los cuales 248 completaron el tratamiento (80,3%), 4 murieron por otra causa incluida el sida (1,3%), 1 falleció por TB (0,3%) y a 2 pacientes (0,6%) se les retiró el tratamiento por orden facultativa. En 13 casos se consideró finalización del seguimiento por traslado a otra provincia y en 15 consta la pérdida del seguimiento. En el 24,9% de los extranjeros (77 casos) se tomaron medidas para la mejora del cumplimiento del tratamiento (TDO o supervisado o HTO).

En la *Tabla 8* se detallan las diferencias clínicas y epidemiológicas fundamentales entre españoles y extranjeros.

TABLA 9

Características clínicas y epidemiológicas según lugar de origen. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2018.

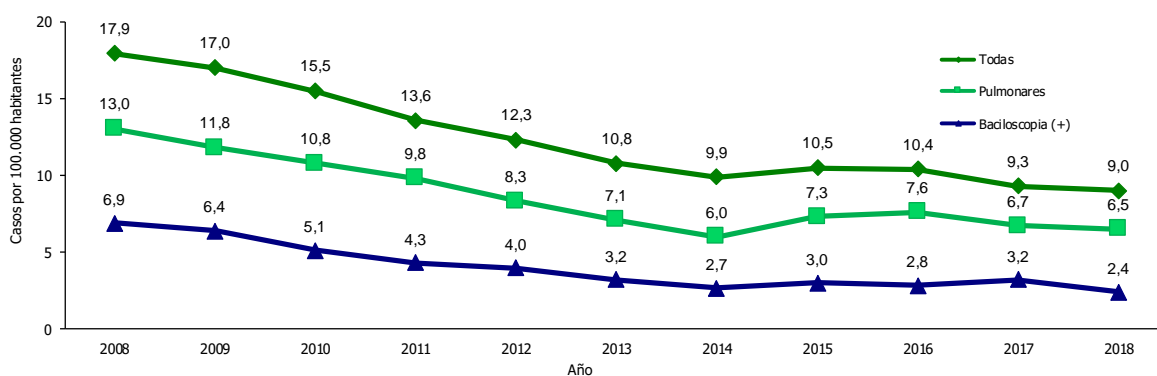
		POBLACIÓN AUTÓCTONA		POBLACIÓN EXTRANJERA	
		N	%	N	%
Sexo					
	Hombres	170	60,1	186	60,2
	Mujeres	113	39,9	126	40,8
Grupo de edad (años)					
	0-14	29	10,2	3	1,0
	15-34	41	14,5	116	37,5
	35-54	84	29,7	138	44,7
	55-74	60	21,2	46	14,9
	75 y más	69	24,4	6	1,9
Localización					
	Pulmonar	210	74,2	219	70,9
	Otra respiratoria	21	7,4	23	7,4
	Linfática	26	9,2	40	12,9
	Genitourinaria	5	1,8	6	1,9
	Otras	21	7,4	21	6,8
Factores de riesgo					
	Tabaquismo	97	34,3	80	25,9
	VIH	9	3,2	32	10,4
	Alcoholismo	30	10,6	29	9,4
	Enfermedad inmunodepresora	36	12,7	43	13,9
	Diabetes	35	12,4	24	7,8
	Desfavorecidos socialmente	5	1,8	20	6,5
Nivel asistencial de prescripción de tto.					
	Hospitalario	259	91,5	296	95,8
	Especialista extrahospitalario	8	2,8	3	1,0
	Atención Primaria	6	2,1	5	1,6
	Otros	10	3,5	5	1,6
	Hospitalización	217	76,7	241	78,0
Estudio de contactos		178	62,9	184	59,5
Evolución conocida		189	66,8	181	58,6
Medidas para mejora del cumplimiento del tto.		41	14,5	77	24,9
Resistencia antibiótica		20	9,7	33	14,2
Retraso en tto					
días	p25	20	–	24	–
	p50	52	–	54	–
	p75	101	–	113	–
Total		283	100	309	100

3.5. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2008 – 2018)

En la última década se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, siendo esta disminución más marcada hasta el año 2014. La incidencia entre 2008 y 2018 ha disminuido un 49,8%, con una reducción media anual del 5,4%. La incidencia de tuberculosis pulmonar también ha disminuido un 37,1% a lo largo de este periodo; sin embargo, en los últimos 5 años se ha incrementado ligeramente. La incidencia de TB con baciloscopia positiva ha disminuido un 63,3% desde 2008 (Figura 8).

FIGURA 8

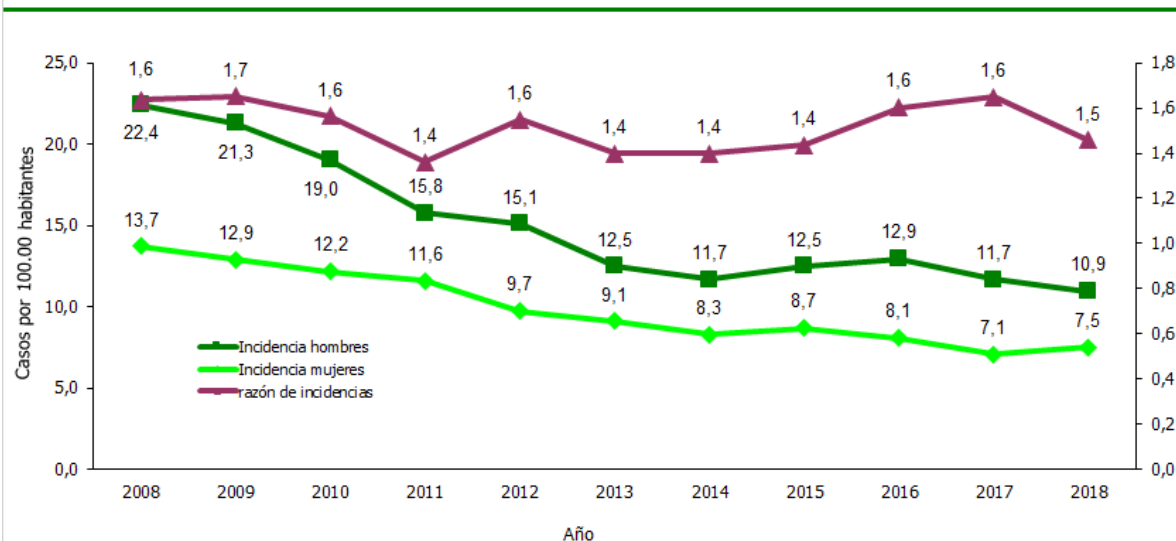
Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2008-2018.



En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva en los últimos 10 años reduciéndose un 51,2% desde 2008. En mujeres esta disminución ha sido de un 45,2%. En todo el periodo de estudio, la incidencia ha sido siempre mayor en hombres que en mujeres. En el año 2018 la razón de incidencias hombre/mujer ha sido de 1,5 (Figura 9).

FIGURA 9

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por sexo. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2008-2018.



En cuanto a la distribución por edades (Tabla 10), desde 2008 hasta 2018 se ha producido una disminución global de la tasa de incidencia en todos los grupos de edad. En 2015, entre los menores de

14 años, hubo un incremento significativo de las tasas de incidencia en los grupos de edad 0-4 y 5-14 años, debido a un brote epidémico ocurrido en un centro educacional. En 2018 se aprecia un ligero incremento de la incidencia en el grupo de 0 a 4 años y en el 15 a 24 años.

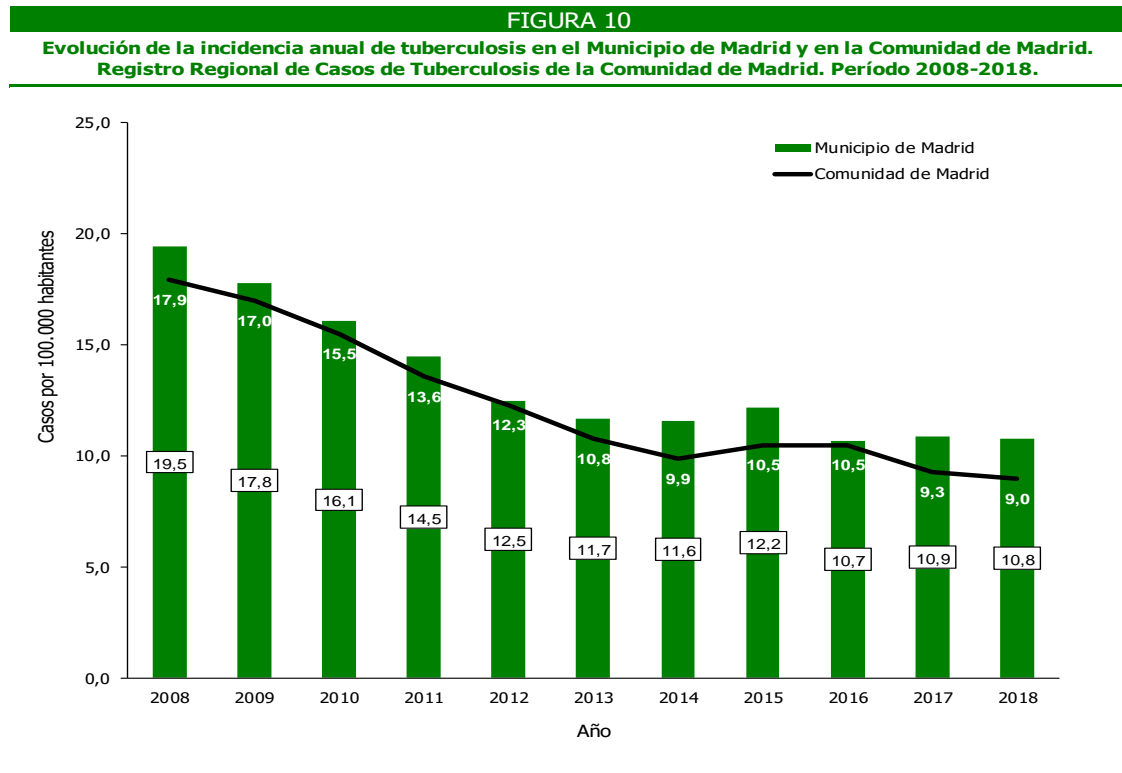
Los mayores descensos globales de 2008 hasta 2018 se han producido en el grupo de 5 a 14 años en el que la incidencia ha disminuido un 65,8% y en los grupos de 65-74 y de 15-24 años, con descensos del 59,3% y 57,6% respectivamente.

TABLA 10											
Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 2008-2018.											
Edad	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0-4	12,4	11,3	8,8	9,8	7,9	6,6	4,3	12,1	6,3	3,7	5,6
5-14	5,9	4,8	3,6	3,3	2,8	2,9	2,7	7,5	1,8	3,0	2,0
15-24	22,2	19,2	15,1	13,9	13,1	9,5	9,2	8,6	9,0	8,0	9,4
25-34	25,4	24,1	22,4	17,6	15,3	14,9	12,3	11,7	11,5	13,8	11,9
35-44	21,6	19,9	19,1	15,6	14,4	11,5	12,5	11,8	12,6	10,0	10,2
45-54	13,9	17,4	14,6	14,2	13,1	12,4	10,6	10,7	12,4	10,3	10,3
55-64	12,0	12,1	9,2	10,0	11,1	7,9	8,7	8,0	10,2	8,5	8,4
65-74	16,5	12,3	13,7	12,3	8,9	11,8	9,4	9,8	10,6	7,2	6,7
75 y más	20,7	20,1	24,3	21,0	19,3	15,2	14,0	14,8	15,4	15,0	13,5
Todas	17,9	17,0	15,5	13,6	12,3	10,8	9,9	10,5	10,4	9,3	9,0

La evolución de la incidencia según distritos se presenta en la *Tabla 11*.

TABLA 11											
Evolución de la incidencia anual de tuberculosis por distrito de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de Comunidad de Madrid. Período 2008-2018.											
Distritos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Arganda	10,7	10,3	12,8	9,8	10,6	7,3	4,1	5,7	11,3	9,7	3,5
Moratalaz	11,0	9,3	15,6	9,9	12,9	14,9	13,9	22,5	7,9	7,9	9,7
Retiro	7,3	14,6	7,0	6,6	4,1	5,0	8,4	7,6	5,9	6,7	10,1
Vallecas	29,6	27,2	23,3	22,6	17,8	14,5	18,3	14,7	11,2	16,0	19,2
Coslada	14,6	10,3	10,8	14,9	8,9	6,6	6,1	10,5	8,8	7,6	10,2
Salamanca	8,9	10,2	5,4	10,2	7,5	9,0	12,6	7,0	5,6	6,3	8,9
Chamartín	9,0	5,5	6,9	11,7	4,8	2,8	4,2	1,4	2,8	4,9	2,8
Alcalá de Henares	14,6	8,5	10,5	7,6	12,4	9,1	8,8	6,9	8,6	7,8	7,0
Torrejón de Ardoz	11,2	10,2	22,0	27,7	12,7	12,1	13,4	11,8	19,7	11,7	12,3
Ciudad Lineal	16,3	16,2	14,0	10,2	12,6	7,3	6,5	6,6	10,4	8,5	7,0
San Blas	11,6	16,6	7,6	10,8	12,8	14,8	7,8	8,5	11,1	9,7	5,1
Hortaleza	11,8	9,7	8,2	8,6	7,3	7,7	6,0	4,5	5,4	5,3	6,0
Alcobendas	11,5	16,9	12,4	8,7	6,4	7,8	6,3	6,8	5,9	5,8	7,2
Colmenar Viejo	16,2	10,9	19,0	7,3	6,4	11,9	6,3	5,5	0,8	8,3	6,0
Tetuán	21,5	19,9	17,8	13,4	18,6	12,9	13,1	9,3	8,5	7,8	13,4
Fuencarral	12,3	4,9	9,2	6,1	6,9	5,6	9,9	8,2	4,2	5,9	6,2
Majadahonda	9,8	9,3	7,0	8,1	9,1	4,4	3,8	2,9	5,1	4,8	2,0
Collado Villalba	13,3	16,0	13,1	11,7	12,0	8,5	8,5	5,4	7,3	7,3	7,9
Moncloa	8,5	20,3	15,2	10,1	7,7	12,0	7,8	9,5	3,4	3,4	4,2
Centro	33,1	32,0	28,3	24,9	24,7	12,6	14,4	18,6	17,7	20,8	20,0
Chamberí	19,7	16,3	21,8	17,1	12,5	12,6	7,1	15,0	8,6	7,2	7,8
Latina	23,4	19,9	19,7	25,1	15,0	15,6	16,0	14,5	13,2	12,8	9,3
Móstoles	17,9	21,3	14,4	12,9	13,1	16,5	10,4	12,9	12,8	5,5	8,9
Alcorcón	17,3	18,4	13,7	14,2	13,0	7,7	8,2	10,8	12,0	8,3	9,4
Navalcarnero	19,8	21,1	10,7	6,7	6,6	10,2	11,1	6,5	12,8	3,6	11,6
Leganés	14,1	28,5	20,3	15,5	13,9	9,1	9,1	13,9	13,4	6,4	7,4
Fuenlabrada	24,9	22,2	19,8	14,0	17,1	7,2	13,2	10,0	10,5	4,6	5,5
Parla	21,4	17,7	16,7	16,3	14,5	12,5	7,6	15,7	10,9	13,1	6,4
Getafe	14,0	18,0	18,3	14,1	9,9	9,9	7,5	10,9	11,9	9,5	8,9
Aranjuez	15,6	8,5	11,6	11,8	12,6	8,8	6,2	6,8	13,0	4,1	4,6
Arganzuela	14,5	16,9	13,6	15,5	13,0	9,8	7,3	15,3	11,2	7,2	7,8
Villaverde	32,0	28,3	24,2	16,9	15,1	18,5	13,4	18,5	24,7	22,4	11,0
Carabanchel	28,6	25,4	19,9	16,1	12,8	13,4	13,6	16,6	15,7	17,6	16,9
Usera	37,6	22,8	18,4	15,0	13,1	21,4	21,7	18,8	23,1	20,7	23,3
Total	17,9	17,0	15,5	13,6	12,3	10,8	9,9	10,5	10,4	9,3	9,0

En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo a la de la Comunidad (*Figura 10*).



Desde 2008 a 2018 la proporción de casos de TB asociada a infección por VIH-sida ha disminuido, pasando del 9,6% del total de casos al 6,9%. Sin embargo, ha aumentado el porcentaje de casos de TB en personas usuarias de drogas, que ha pasado del 3,2% al 4,6%. El alcoholismo también ha experimentado un aumento, desde el 8,4% en 2008 hasta el 10,0% en 2018 (*Figura 11*).

De 2008 a 2018, la proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España se ha mantenido en valores cercanos al 50%, con pequeñas oscilaciones anuales en ambos sentidos (*Figura 12*).

FIGURA 11

Evolución de la proporción de casos de tuberculosis VIH (+), usuarios de drogas y alcoholismo. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2008-2018.

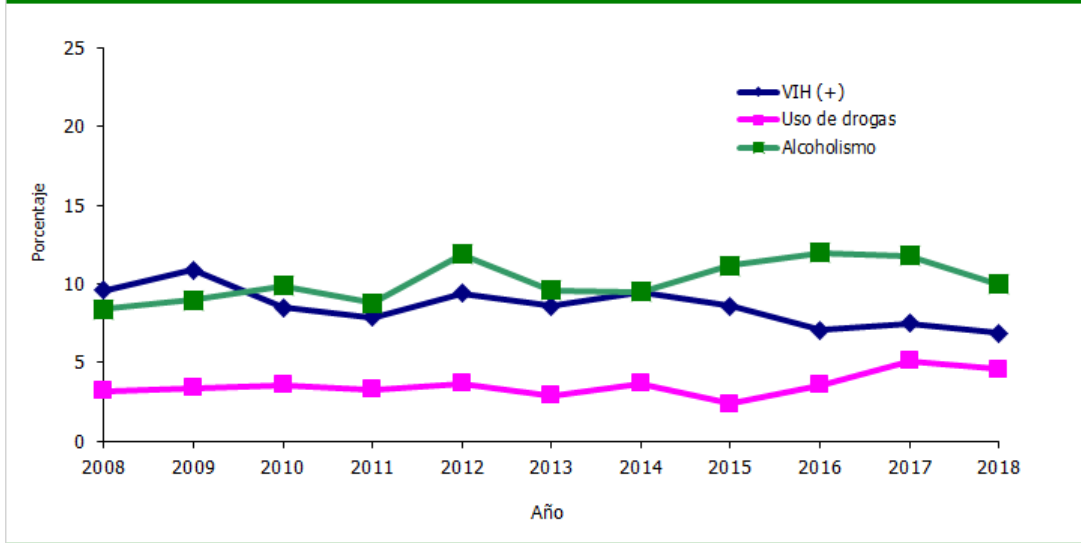
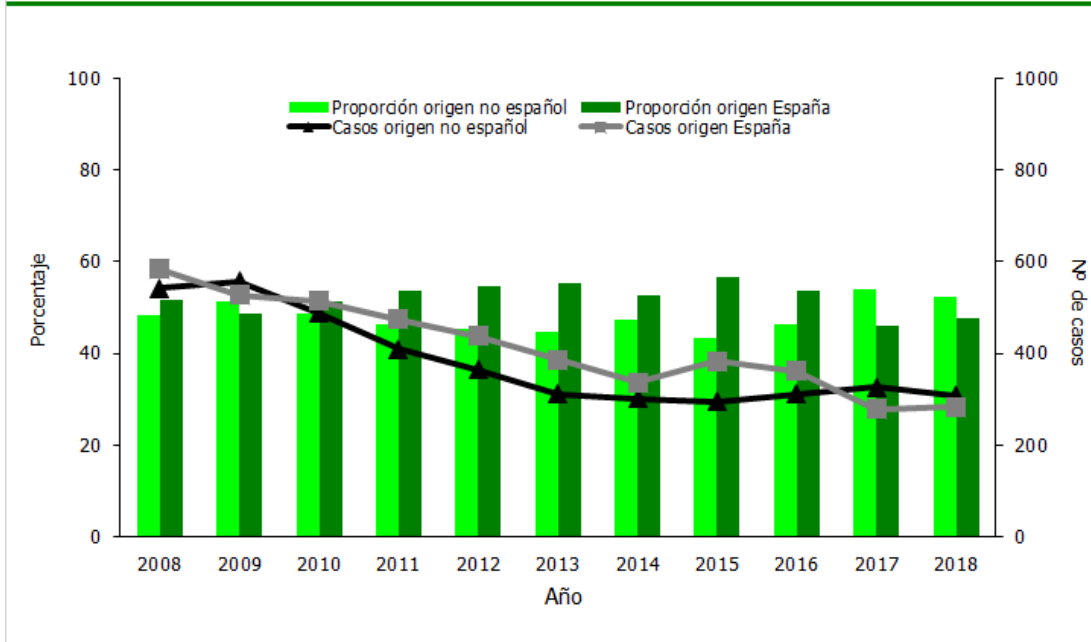


FIGURA 12

Evolución de la proporción y el número de casos de tuberculosis según el país de procedencia. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 2008-2018.



4.- DISCUSIÓN

En la Comunidad de Madrid la tasa de incidencia de tuberculosis en 2018 es de 9,0 casos por 100.000 habitantes, ligeramente inferior a la de 2017³. La tasa de incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid es ligeramente inferior a la de España, que para 2018 fue de 9,4 casos por 100.000 habitantes⁴. Nuestra tasa de tuberculosis también se encuentra por debajo de la tasa conjunta de los 30 países de la Región Económica Europea donde la incidencia para el año 2018 fue de 10,2 casos en 100.000 habitantes⁵.

La incidencia de tuberculosis pulmonar ha descendido (de 6,7 casos por 100.000 habitantes en 2017 a 6,5 en 2018). La tasa de incidencia de tuberculosis respiratoria en España oscila entre 5,3 casos por 100.000 habitantes en Navarra y 19,6 en Galicia; la tasa de tuberculosis respiratoria en la Comunidad de Madrid se encuentra por debajo de otras Comunidades Autónomas como Galicia, Cantabria, Cataluña, Asturias, Baleares y País Vasco⁴.

Existe un predominio masculino de casos de tuberculosis, la tasa de incidencia de tuberculosis en hombres fue de 10,9 casos por 100.000 habitantes mientras que en las mujeres fue de 7,5 casos por 100.000 habitantes. Estas tasas son similares a las que se reportan a nivel nacional que para 2018 eran de 11,9 y 7,0 casos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente⁴.

Los adultos jóvenes concentran el mayor número de casos en la Comunidad de Madrid, y la incidencia de tuberculosis se incrementa a partir de los 25 años, encontrándose las tasas más altas en mayores de 74 años (13,5 casos por 100.000 habitantes), similar a lo que ocurre a nivel nacional⁴. A nivel europeo la incidencia más alta se observó en el grupo de 25 a 44 años (tasa de incidencia de 12,5 casos por 100.000 habitantes)⁵.

El 52,2% de todos los casos de tuberculosis notificados en 2018 en la Comunidad de Madrid fueron en personas nacidas fuera de España. La tasa de incidencia en personas nacidas fuera de España es de 25,3 casos por 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid, superior a la tasa de 5,3 casos por 100.000 habitantes que se observa en la población autóctona. En la Comunidad de Madrid los países que concentran más del 50% de casos de tuberculosis en extranjeros son Marruecos, Rumanía, Perú, Colombia, Bolivia y Ecuador. A nivel europeo la proporción de casos de tuberculosis de origen extranjero alcanzó el 34,5% del total de casos de 2018⁵.

Los factores de riesgo asociados a la tuberculosis fueron el tabaquismo (29,9%), el antecedente de inmunodepresión (13,3%) y alcoholismo (10,0%), similar a lo ocurrido en años anteriores. La proporción de coinfección por VIH/sida se presenta en 6,9% de los casos, porcentaje inferior al año anterior que fue de 7,5%. En España en 2018, de los casos en los que se disponía información del estado serológico frente a VIH del paciente se encontró un 5,4% de coinfección por VIH⁴, mientras que a nivel europeo este porcentaje fue de 4,2%⁵.

En cuanto a la resistencia a fármacos, el 3,2% eran multirresistentes y como ha venido ocurriendo en años anteriores, en 2018 el porcentaje de multirresistencias en extranjeros fue más alta (4,3%) comparado con población autóctona (1,9%). Estos porcentajes de multirresistencia se encuentran ligeramente por debajo del 3,7% reportado en Europa⁶.

El porcentaje de casos con información respecto a la evolución y seguimiento de tratamiento fue de 90,9% en 2018, porcentaje ligeramente inferior al 93,0% de 2017³. Un 79,6% de los pacientes completaron el tratamiento, este porcentaje es superior al 77,8% de pacientes con resultado satisfactorio en España⁵. En cuanto al estudio de contactos se registró información en el 73,4% de los casos. La información relacionada con la evolución y con el estudio de contactos es fundamental para evaluar el seguimiento de las intervenciones encaminadas al control de la enfermedad, y requiere de la colaboración del personal sanitario responsable del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

La mediana de retraso diagnóstico fue de 53 días, seis más que la obtenida en el año 2017. Entre los casos con baciloscopia de esputo positiva, la mediana fue de 48 días, un día más que la del año anterior. El retraso del diagnóstico, principalmente de los casos bacilíferos es una preocupación para la salud pública, entre las acciones para el control de la enfermedad está el diagnóstico precoz, que sería uno de los objetivos asistenciales más difíciles de alcanzar¹.

La mejora en la notificación de los casos es uno de los objetivos de los responsables de la Vigilancia Epidemiológica, que debe de compartirse con el resto de profesionales sanitarios para lograr una mejora de la declaración y en consecuencia de la información. Aún existe un margen de mejora en la notificación de los casos, disminución del retraso diagnóstico, estudio de contactos, así como de la recogida de información en algunas de las variables básicas.

5.- CONCLUSIONES

1. En la Comunidad de Madrid la incidencia de tuberculosis en los últimos años presenta una tendencia decreciente y en 2018 la tasa de incidencia de tuberculosis fue ligeramente inferior a la del año anterior. La tasa de incidencia anual para 2018 ha sido de 9,00 casos por 100.000 habitantes.
2. En cuanto a sexo, existe un predominio masculino, con un 57,3% del total de casos y una razón en incidencias hombre/mujer de 1,5.
3. Según grupos de edad, los mayores de 74 años presentan la mayor tasa de incidencia de tuberculosis (13,5 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de edad de 25 a 34 años (11,9 casos por 100.000 habitantes). Los extranjeros suponen el 67,0% del grupo de edad entre 15 y 54 años del total de casos de la Comunidad de Madrid.
4. El 52,2% de los casos de tuberculosis han sido personas nacidas fuera de España y su procedencia es fundamentalmente de América del Sur. La incidencia de tuberculosis en esta población es de 25,3 casos por 100.000 habitantes.
5. Las estrategias de control deben priorizar los colectivos más vulnerables con especial atención a población inmigrante, así como aquellos que puedan tener una mala adherencia al tratamiento.
6. Es necesario mantener la sospecha diagnóstica de esta enfermedad para tratar de disminuir el retraso diagnóstico de las formas contagiosas de tuberculosis y utilizar las medidas de mejora de cumplimiento de tratamiento.
7. Existe un margen de mejora de los indicadores de seguimiento, estudio de contactos, así como el registro de factores de riesgo de la enfermedad por lo que es necesario continuar reforzando los mecanismos de coordinación entre la Red de Vigilancia Epidemiológica y los responsables de la atención sanitaria de los enfermos, para mejorar la cumplimentación de variables y así mejorar la calidad de la información.
8. El Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid ha funcionado durante 2018 de forma adecuada.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid 2000 al 2003. Documento Técnico Nº 64. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
2. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. Características demográficas básicas. <https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/pc18.htm>
3. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Informe del año 2017.
4. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Años 2017-2018. Madrid, 2020.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020.

AGRADECIMIENTOS: Queremos agradecer su colaboración a todos los notificadores ya que sin ella no sería posible disponer de esta información epidemiológica.



INFORME SOBRE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2020

RESUMEN

En 2020 se notificaron en la Comunidad de Madrid 16.466 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y de ellas, 14.198 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.191 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras CCAA y 77 en otros países. Del total de mujeres residentes, el 51,7% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 29,4 años \pm 7,1. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 16,76 por mil mujeres. Más de la mitad de las mujeres (53,2%) tenían hijos/as a su cargo y el 47,3% convivía en pareja. Para el 60,7% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” se dio en el 85,3% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 71,5% de las mujeres y el 3,7% fueron IVE tardías (>15 semanas). La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue de 10,57 en 2020.

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 2020. Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

2.- RESULTADOS

En 2020 se notificaron al Registro de la CM 16.466 IVE, cifra inferior en un 15,7% a la correspondiente a 2019 que fue de 19.537.

El 13,8% (2.268) 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 2.191, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 77 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 7,4% de ellas accedan a la IVE por fetos con taras fetales (3,2% en residentes), lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (16% vs. 4,3%).

2.1.- IVE en mujeres españolas y foráneas residentes en la Comunidad de Madrid, 2020

En 2020 se notificaron 14.198 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 14.067 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 10,57 por mil mujeres en este grupo de edad.

➤ Datos sociodemográficos

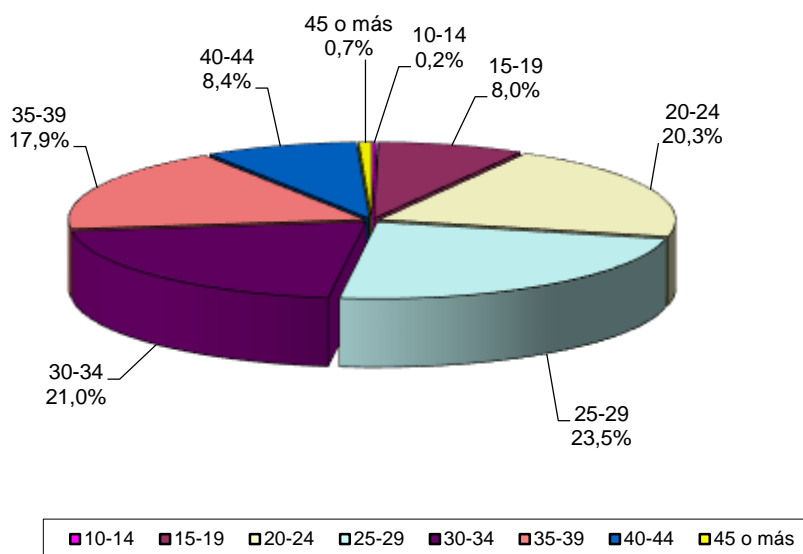
Los datos sociodemográficos están recogidos en la figura 1 y en las tablas 1 y 2.

País de nacimiento: Del total de IVE notificadas el 48,3% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (6.864) y el 51,7% restante a mujeres foráneas con residencia en la CM, de las que un 13,3% son mujeres nacidas en Ecuador y en segundo lugar las nacidas en Perú que representan el 9,8%. El 34,2% de las mujeres foráneas habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 2,2% en el mismo año de la IVE.

Edad: La media de edad fue de 29,4 años \pm 7,1, sin diferencias significativas entre españolas y foráneas. El 0,9% de las IVE notificadas en 2020, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,2% (31 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (100 mujeres) más de 44 años. Un 8,2% tenían menos de 20 años (figura 1).

Ingresos económicos: El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 66,4%, 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: Disminuye el porcentaje de mujeres asalariadas, que fue del 59,9% frente al 62,9% de 2019; esta circunstancia tiene mayor representación en mujeres españolas (60,2%), que en foráneas (59,7%) ($p=0,55$). El 20,6% son demandantes de empleo y el 3,6% se dedican a tareas domésticas.

Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2020.

- **Nivel de instrucción:** En cuanto al nivel de instrucción académica, se mantiene el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2019 (21,4% en 2020 y 21,5% en 2019) y disminuye el de mujeres analfabetas ó carentes de estudios, 0,2% en 2020 y 0,4% en 2019. Según país de nacimiento encontramos mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (28,6%) que en foráneas (14,6%) ($p < 0,05$).
- **Convivencia:** El 47,3% 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 53,2% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.
- **Hijos e IVE previa:** Un 45,5% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2020 no tenían hijos y un 2,2% tenían 4 ó más. El porcentaje de mujeres foráneas con hijos en el momento de la IVE es mayor que de mujeres españolas (64,9% vs. 43,6%) ($p < 0,05$). Un 8,6% de las mujeres tuvieron un hijo en el último año.

Para el 60,7% de las mujeres era su primera IVE y un 1,4% había abortado en 4 ó más ocasiones. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres foráneas que en mujeres españolas (45,5% vs. 32,8%) ($p < 0,05$). El 15,9% 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 2020 (53%) refería usar métodos anticonceptivos (MA). El porcentaje es de 56,7% en el caso de las mujeres nacidas en España y 49,6% para las foráneas ($p < 0,05$). Una amplia mayoría de las que dicen usar MA, eligen métodos de barrera (60,4%).

Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2020.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	26	0,4	5	0,1	31	0,2
	15-19	808	11,8	330	4,5	1138	8,0
	20-24	1301	19,0	1584	21,6	2885	20,3
	25-29	1409	20,5	1924	26,2	3333	23,5
	30-34	1392	20,3	1594	21,7	2986	21,0
	35-39	1238	18,0	1299	17,7	2537	17,9
	40-44	634	9,2	554	7,6	1188	8,4
	45 o más	56	0,8	44	0,6	100	0,7
Convivencia	Sola	947	13,8	1384	18,9	2331	16,4
	En pareja	3126	45,5	3578	48,8	6704	47,3
	Con familia	2518	36,7	1916	26,1	4434	31,2
	Otras personas	266	3,9	447	6,1	713	5,0
	N/C	7	0,1	9	0,1	16	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	12	0,2	21	0,3	33	0,2
	Primer grado	543	7,9	502	6,8	1045	7,4
	ESO y equivalentes	2052	29,9	2367	32,3	4419	31,1
	Bachiller/ciclos FP	2287	33,3	3362	45,9	5649	39,8
	Escuelas univ/Facultades	1962	28,6	1071	14,6	3033	21,4
	Inclasificable/NC	8	0,1	11	0,1	19	0,1
Ingresos económicos propios	Si	4589	66,9	4838	66,0	9427	66,4
	No	2275	33,1	2496	34,0	4771	33,6
Procedencia de los ingresos	Pareja	653	28,7	1135	45,5	1788	37,5
	Familiares	1348	59,3	926	37,1	2274	47,6
	Otros	191	8,4	304	12,2	495	10,4
	N/C	83	3,6	131	5,2	214	4,5
	Total (Sin ingresos)	2275		2496		4771	
Total		6864	100	7334	100	14198	100

Tabla 2. Distribución de IVE según hijos e IVE previas. Comunidad de Madrid, año 2020.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	3876	56,4	2570	35,1	6446	45,5
	1	1466	21,4	2239	30,5	3705	26,1
	2	1145	16,7	1740	23,7	2885	20,3
	3	285	4,2	559	7,6	844	5,9
	4 o más	92	1,3	226	3,1	318	2,2
Número de IVE previas	Ninguna	4616	67,2	3990	54,5	8606	60,7
	1	1575	22,9	2222	30,3	3797	26,7
	2	452	6,6	787	10,7	1239	8,7
	3	141	2,1	215	2,9	356	2,5
	4 o más	80	1,2	120	1,6	200	1,4
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	380	16,9	509	15,2	889	15,9
	1	362	16,1	582	17,4	944	16,9
	2	322	14,3	480	14,4	802	14,3
	3	176	7,8	338	10,1	514	9,2
	4	176	7,8	251	7,5	427	7,6
	5	135	6,0	257	7,7	392	7,0
	Más de 5 años	697	31,1	927	27,7	1624	29,1
Total		2248		3344		5592	
Total		6864	100	7334	100	14198	100

➤ Datos de la intervención

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

Información y financiación de la IVE: El 47,7% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2020 fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios públicos.

La financiación pública alcanzó en 2020 al 74,9% de las IVE (79,3% en españolas y 70,8% para las mujeres foráneas).

Semanas de gestación: En 2020 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 71,5%, dato superior a 2019 (70,9%); en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 4,3%, ligeramente inferior a 2019 (4,4%).

En el colectivo de mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 72,7% y de IVE tardía del 5%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 70,4% y el de IVE tardía 3,7%.

El 6,5% de las mujeres menores de 15 años (n=31) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 84% de las mayores de 44 años (n=100) lo hacen antes de las 9 semanas (tabla 4).

Motivo: El supuesto de la ley vigente, “A petición de la mujer”, ocupó un porcentaje del 85,3% de las IVE notificadas y el de “Graves taras fetales” fue del 3,2%, 18 de estos casos eran incompatibles con la vida.

Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, año 2020.

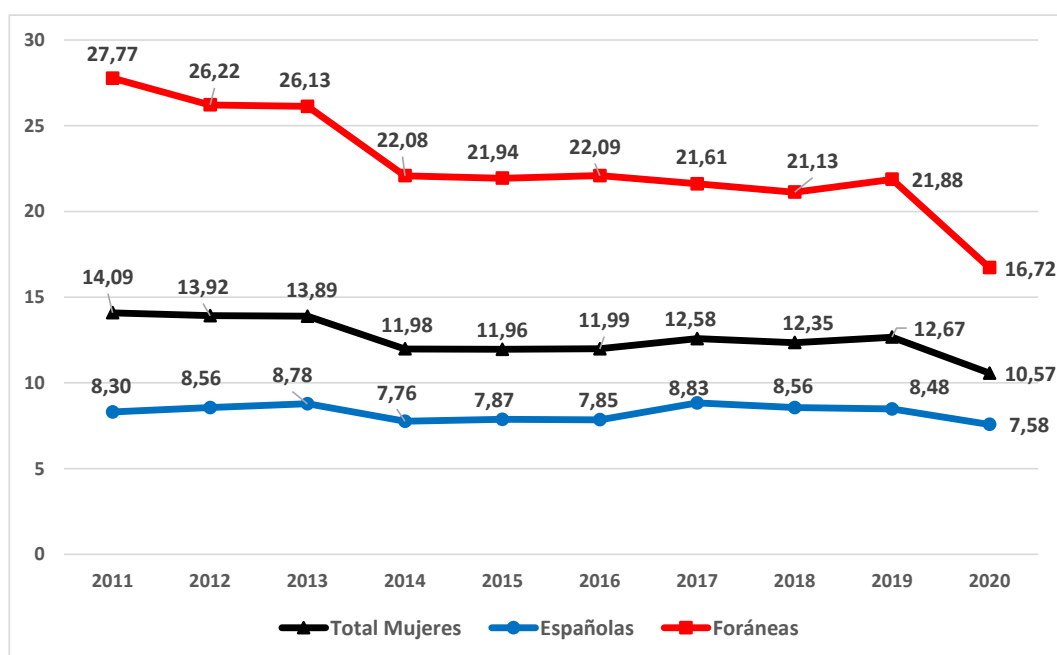
		País de origen				Total	
		España		Otro país		n %	
		n	%	n	%		
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	C. Sanitario Público	3457	50,4	3328	45,3	6785	47,7
	C. Sanitario Privado	422	6,1	362	4,9	784	5,5
	Tfno. Información Usuario	214	3,1	466	6,4	680	4,8
	Amigos/familiares	1109	16,2	1200	16,4	2309	16,3
	Medios comunicación	26	0,4	29	0,4	55	0,4
	Internet	1628	23,7	1945	26,5	3573	25,2
	N/C	8	0,1	4	0,1	12	0,1
Uso de métodos anticonceptivos actualmente	Si	3895	56,7	3637	49,6	7532	53,0
	No	2969	43,3	3697	50,4	6666	47,0
Semanas de gestación	6 ó menos	2705	39,5	2585	35,3	5290	37,3
	7	1396	20,3	1521	20,7	2917	20,5
	8	887	12,9	1056	14,4	1943	13,7
	9-10	806	11,7	1061	14,5	1867	13,1
	11-12	375	5,5	487	6,6	862	6,1
	13-15	351	5,1	351	4,8	702	4,9
	16-20	255	3,7	207	2,8	462	3,3
	21 ó más	89	1,3	66	0,9	155	1,1
Motivo de la IVE	A petición mujer	5867	85,4	6233	85,0	12100	85,3
	Riesgo salud física o psíquica mujer	658	9,6	979	13,3	1637	11,5
	Graves anomalías fetales	328	4,8	115	1,6	443	3,1
	Anomalías fetales incompatibles vida	11	0,2	7	0,1	18	0,1
Total		6864	100	7334	100	14198	100

2.2 Evolución del registro IVE en la Comunidad de Madrid, 2011-2020

Tasa anual: Entre los años 2011 y 2013 la tasa anual de IVE por mil mujeres entre 15 y 44 años se mantiene estable (14,09-13,89) 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, ascendiendo en 2019 a 12,67 y descendiendo de forma importante en 2020 a 10,57 (figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 8,30 IVE por mil mujeres en el año 2011 a 7,58 por mil mujeres en 2020. En foráneas la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 27,77 en 2011 a 16,72 en el año 2020.

Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2011-2020.

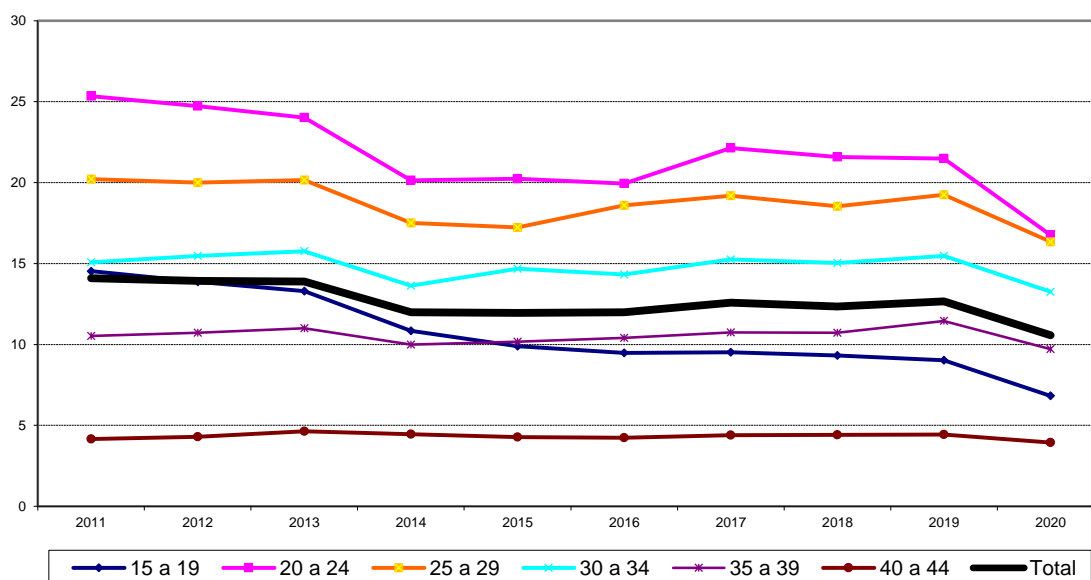


Grupos de edad: La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2011 alcanzó 25,34 por mil mujeres, en 2020 la tasa registrada ha sido 16,76 por mil mujeres. (Figura 3).

Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, año 2020.

Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	<9 semanas (precoz)		9-15 semanas		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15 años	19	61,2	10	32,3	2	6,5	31	100,0
15-19 años	779	68,4	308	27,1	51	4,5	1138	100,0
20-24 años	2084	72,3	708	24,5	93	3,2	2885	100,0
25-29 años	2444	73,4	781	23,4	108	3,2	3333	100,0
30-34 años	2139	71,6	701	23,5	146	4,9	2986	100,0
35-39 años	1774	69,9	626	24,7	137	5,4	2537	100,0
40-44 años	827	69,6	284	23,9	77	6,5	1188	100,0
>44 años	84	84,0	13	13,0	3	3,0	100	100,0
Total	10150	71,5	3431	24,2	617	4,3	14198	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, 2010-2020.



Tasa/municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil: los municipios de Parla, Madrid y Fuenlabrada presentan tasas por encima de la media. En 2020 Alcalá de Henares es el municipio con menor tasa (9,31 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 2011-2020.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
A. HENARES	13,27	13,10	12,09	10,73	10,09	11,33	11,43	9,83	11,47	9,31
ALCOBENDAS	14,50	12,90	12,51	11,16	10,60	10,29	11,30	11,63	12,55	10,36
ALCORCON	10,90	10,51	10,82	9,44	9,85	8,88	9,89	8,85	10,88	9,38
FUENLABRADA	11,83	12,14	11,41	10,15	10,48	10,90	11,41	11,13	12,02	10,82
GETAFE	8,56	12,20	11,26	10,84	10,43	10,40	11,05	10,95	12,03	9,64
LEGANES	10,08	10,79	10,88	10,67	11,17	10,30	10,43	10,93	11,20	10,06
MADRID	16,39	16,59	17,07	14,32	14,70	14,37	15,38	14,56	15,11	11,95
MOSTOLES	12,13	12,28	12,07	10,74	10,71	10,73	12,16	11,86	11,52	9,63
PARLA	21,04	16,15	14,89	14,03	13,37	16,07	16,10	13,95	14,57	12,13
T. ARDOZ	17,64	14,92	13,89	11,93	11,65	12,68	11,02	12,72	11,85	9,70
RESTO CM	11,49	10,85	10,11	8,96	8,85	9,11	9,14	9,48	9,43	8,88
TOTAL CM	14,09	13,92	13,89	11,98	11,96	11,99	12,58	12,35	12,67	10,57

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. Además el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social informó de otras 56 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

3.- CONCLUSIONES

En 2020 se notificaron en la Comunidad de Madrid 16.466 IVE, un 15,7% menos que las registradas en 2019. De ellas, el 86,2% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

En la Comunidad de Madrid, en 2020 la tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años fue inferior a la registrada en 2019 (10,57 por mil mujeres y 12,67 por mil mujeres respectivamente).

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2020 fueron en mujeres foráneas (51,7%).

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2020 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,7%).

Así mismo, más de la mitad de las mujeres a las que se les practicó una IVE (53,2%) tenían hijos/as a su cargo y el 47,3% convivía en pareja, con o sin hijos.

El 74,9% de las IVE han recibido financiación pública, este porcentaje se mantiene 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" (85,3%).



INFORME:

VIGILANCIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC). COMUNIDAD DE MADRID

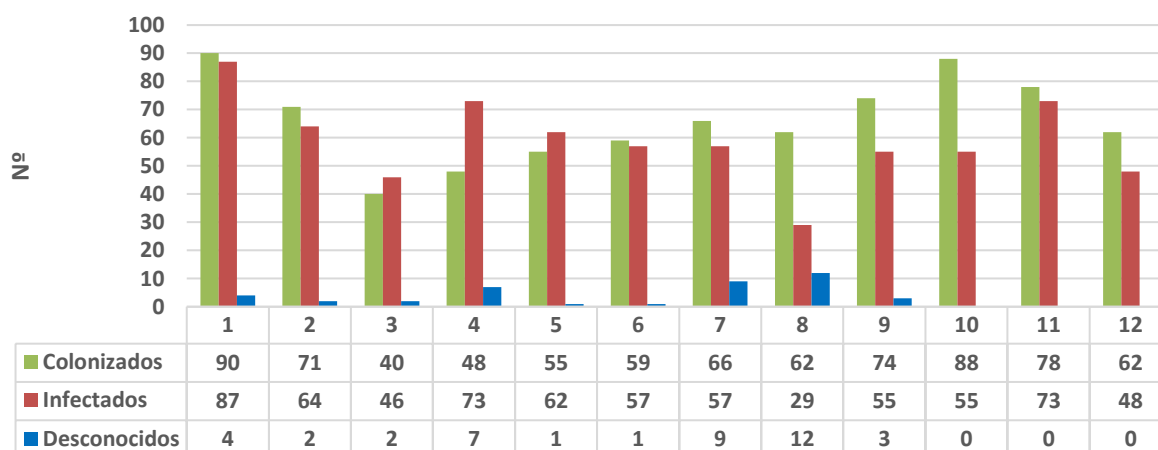
Datos del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS)

RESUMEN:

- Durante el año 2020 se han registrado 1.540 casos nuevos de EPC.
- Por sexo 911 casos (59,2%) son hombres. La edad media es de 66,4 años (DS: 20).
- Los casos colonizados en el periodo ascienden a 793 casos (51,5%), los casos infectados a 706 casos (45,8%) y los casos desconocidos a 41 (2,7%).
- El microorganismo más frecuentemente aislado es la *Klebsiella pneumoniae* con 1.045 aislamientos (67,9%). Por tipo de EPC, 527 muestras (34,2%) corresponden a OXA-48.

1.1. Evolución del Nº de Casos de EPC por mes. Año 2020*.

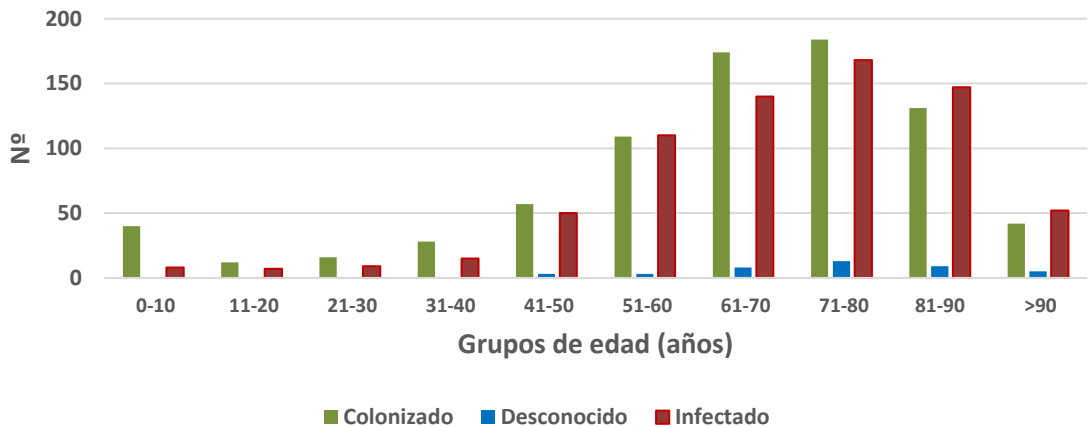


* Todos los datos mensuales están actualizados a fecha 15/02/2021

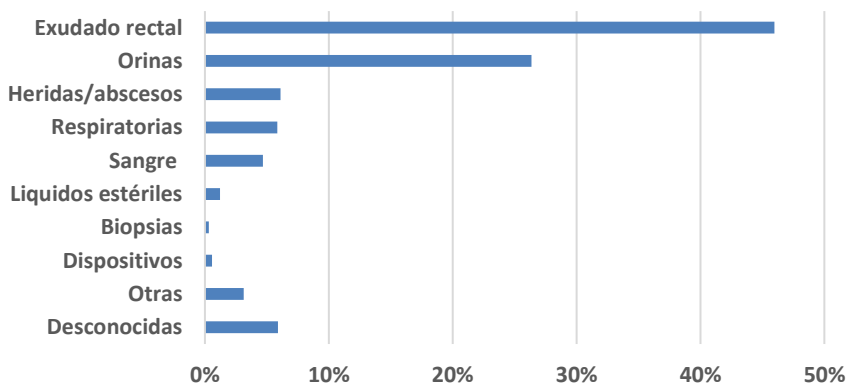
1.2. Descripción de EPC. Comunidad de Madrid. Año 2020. Distribución por edad y sexo de EPC. Año 2020.

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
0-10	21	27	48	3,1
11-20	13	6	19	1,2
21-30	18	7	0	1,6
31-40	26	17	43	2,79
41-50	72	38	110	7,14
51-60	165	57	222	14,42
61-70	220	102	322	20,91
71-80	210	155	365	23,7
81-90	129	158	287	18,6
>90	37	62	99	6,4
Total	911	629	1540	100
%	59,2	40,8	100	

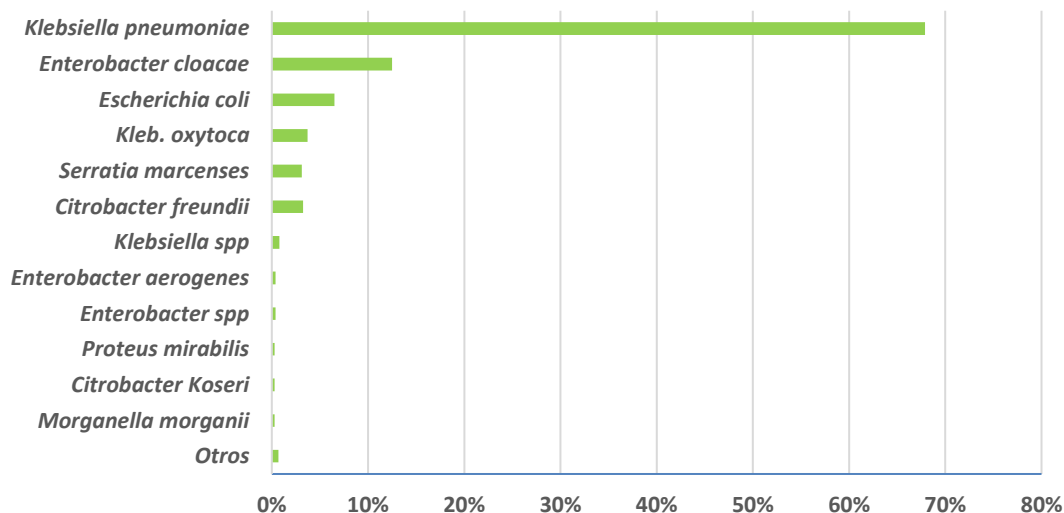
Distribución por grupos de edad y estado de portador. Año 2020.

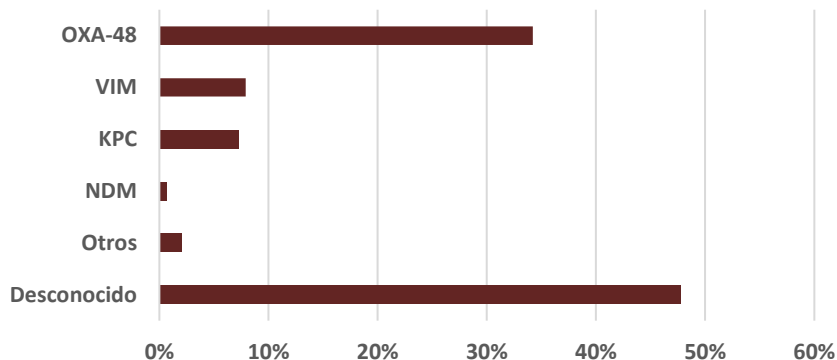
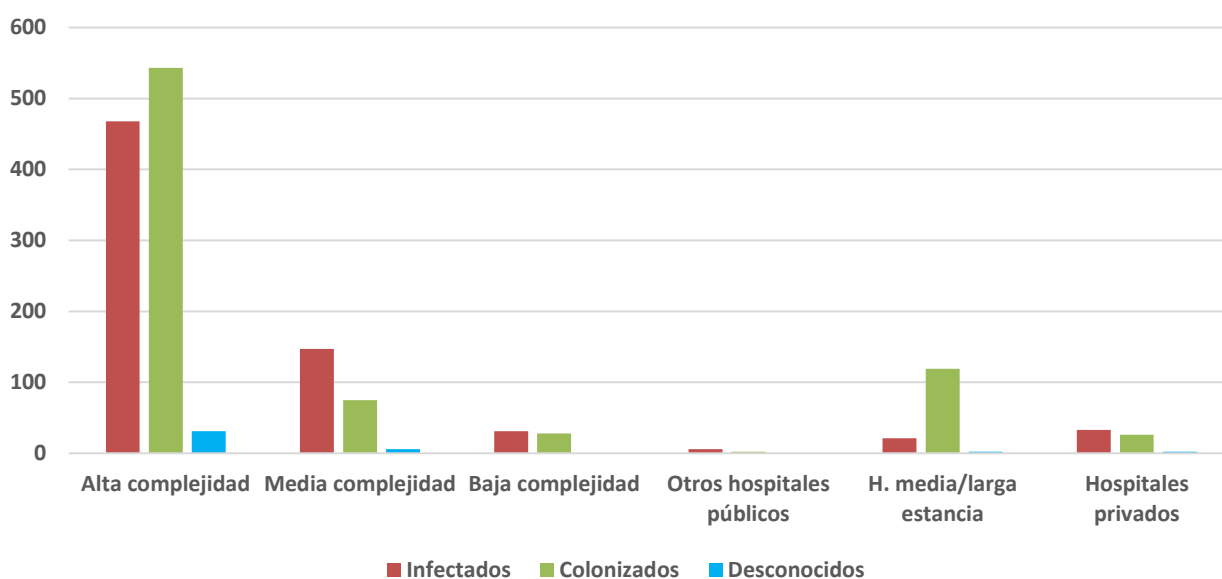


Tipo de muestra de EPC. Año 2020.



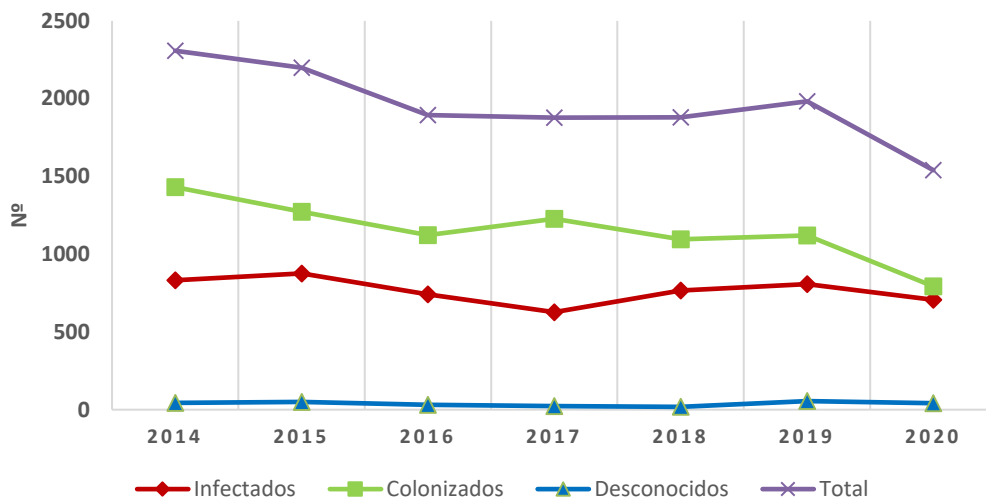
Tipo de microorganismo de EPC. Año 2020.



Tipo EPC. Año 2020.**Casos de infección-colonización por EPC según tipo de hospital. Año 2020.****Bacteriemias por EPC según tipo de hospital. Año 2020.**

Tipo de hospital	Nº bacteriemias	Tasa bacteriemia/infecciones*100
Alta complejidad	45	9,6
Media complejidad	17	11,6
Baja complejidad	3	9,7
Otros hospitales públicos	0	0
H. media/larga estancia	0	0
Hospitales privados	7	21,2
Total	72	10,2

Evolución de los casos incidentes de EPC en la Comunidad de Madrid 2014-2020*.



*Los datos de 2020 pueden estar infranotificados debido a la situación de pandemia por COVID-19.

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**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD