

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

5.

INFORMES:

- **Infecciones que causan meningitis.
Comunidad de Madrid, año 2009.**
- **Informe sobre las interrupciones
voluntarias del embarazo notificadas en
la Comunidad de Madrid, 2009.**










BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

5

Índice

INFORMES:

	Infecciones que causan meningitis, Comunidad de Madrid, año 2009.	3
	Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid, 2009.	30
	EDO. Semanas 18 a 21 (del 2 al 29 de mayo de 2010)	43
	Brotos Epidémicos. Semanas 18 a 21, 2010.	44
	Red de Médicos Centinela, semanas 18 a 21, 2010.	45
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, mayo 2010.	49
	Información de: Tuberculosis, Legionela, enfermedad meningocócica y enfermedad neumocócica invasora.	51



INFORME:

INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2009.

INDICE

Resumen	4
Introducción	5
Objetivos	6
Material y métodos	7
Resultados	
Enfermedad meningocócica	7
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	16
Otras meningitis bacterianas	17
Meningitis vírica	19
Comparación con el año 2008	21
Discusión	25
Conclusiones y recomendaciones.....	27
Bibliografía	28

RESUMEN

Antecedentes: Las meningitis infecciosas son procesos de gran relevancia sanitaria y social debido a que afectan fundamentalmente a niños previamente sanos, y presentan una importante gravedad y letalidad. Algunas de estas enfermedades están incluidas en el calendario vacunal.

Objetivos: Determinar la incidencia y letalidad de las infecciones que causan meningitis, notificadas en la Comunidad de Madrid en el año 2009. Comparar dicha incidencia con la observada en el año anterior.

Material y métodos: Se calculan tasas de incidencia por 100.000 habitantes brutas, específicas por sexo, edad y área de residencia. Se compara la incidencia del año 2009 con la del año anterior mediante el riesgo relativo (RR).

Resultados: En el año 2009, como es habitual, la patología que ha presentado la mayor incidencia ha sido la meningitis vírica (3,93 casos por 100.000 habitantes), seguida por la enfermedad meningocócica (0,96), el grupo de otras meningitis bacterianas (0,63) y la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* (0,08). El grupo de edad más afectado por estos procesos es el de los menores de 5 años y sobre todo los menores de un año. La letalidad más elevada la ha presentado la enfermedad meningocócica (6,6%), seguida del grupo de otras meningitis bacterianas (5,0%). Este año no se ha notificado ningún fallecimiento por meningitis víricas ni por enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. Este año no se ha registrado ningún caso secundario de enfermedad meningocócica y se ha producido un fracaso vacunal de vacuna antimeningocócica C conjugada.

Al comparar con el año anterior se ha observado una reducción de la incidencia y de la letalidad de estas patologías.

Conclusiones: Este grupo de patologías son endémicas en nuestro medio, mostrando ciertas oscilaciones en su incidencia y letalidad. La notificación urgente de las enfermedades que cuentan con medidas de intervención sobre los contactos cercanos permite evitar la presentación de casos secundarios. Es importante cumplir las recomendaciones de vacunación frente a estas enfermedades, tanto en población general como en los grupos de riesgo para prevenir las enfermedades o reducir su gravedad.

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid se incluyen entre las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) un grupo de enfermedades infecciosas transmisibles que se analizan de forma conjunta porque todas ellas producen meningitis. Estas enfermedades son: la enfermedad meningocócica, la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, la enfermedad neumocócica invasora, el grupo de otras meningitis bacterianas y la meningitis vírica. En la actualidad para la mayoría de estas enfermedades se dispone de vacunación. Además en las dos primeras se dispone de otra medida de salud pública, como es la administración de quimioprofilaxis para evitar la aparición de casos secundarios.

La meningitis es la inflamación de las meninges que se identifica por la elevación del número de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo (LCR). La meningitis aguda se define clínicamente por un síndrome que se caracteriza por la instauración brusca de síntomas meníngeos. La cefalea acompañada de signos de irritación meníngea (signos de Kerning y/o Brudzinski), es un síntoma temprano, que puede ser seguido por confusión y coma.

El síndrome de meningitis aguda puede ser producido por diferentes agentes infecciosos, o constituir una manifestación de enfermedades no infecciosas. Los virus constituyen la principal causa del síndrome de meningitis aséptica aguda, que comprende aquellas meningitis, especialmente con pleocitosis linfocítica, cuya causa no es evidente después de la evaluación inicial y las tinciones y cultivos de rutina del LCR.

En la actualidad los enterovirus son la principal causa reconocible del síndrome de meningitis aséptica, siendo responsable del 85-95% de los casos en los que se identifica un agente patógeno. Los enterovirus presentan una distribución mundial. En los climas templados muestran un claro patrón estacional en verano y otoño, mientras que en las zonas tropicales y subtropicales presentan una elevada incidencia durante todo el año.

En nuestro medio los principales patógenos causantes de meningitis bacterianas son *Neisseria meningitidis* (meningococo) y *Streptococcus pneumoniae* (neumococo). Tras la introducción de la vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b la importancia de este patógeno en producir enfermedad invasiva y especialmente meningitis se ha visto muy reducida.

La enfermedad meningocócica invasora se puede presentar también en forma de sepsis, bacteriemia (meningococemia), neumonía, artritis séptica, pericarditis e infección pélvica; algunas de ellas muy raras. La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* además de meningitis se puede presentar en forma de sepsis, epiglotitis, neumonía, artritis séptica, celulitis, pericarditis, empiema y osteomielitis; si bien estas formas son menos frecuentes.

Como se ha comentado la mayoría de estas enfermedades cuenta con vacunación. Frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C en la última década se han realizado tres campañas de vacunación masiva. La primera en otoño del año 1997 con vacuna antimeningocócica A+C de polisacárido capsular, dirigida a los niños y jóvenes de la Comunidad de Madrid, desde los 18 meses hasta los 19 años de edad. La segunda campaña se efectuó en otoño del año 2000, con vacuna conjugada frente a meningococo C, dirigida a niños menores de 6 años. Además en noviembre del año 2000 esta última vacuna se incluyó en el calendario vacunal, con una pauta de vacunación basada en tres dosis administradas a los

2, 4 y 6 meses de edad. La tercera campaña de vacunación se efectuó en septiembre de 2004 en el grupo de edad de 10 a 19 años, con vacuna conjugada. En noviembre de 2006 se modificó la pauta de la vacuna antimeningocócica C conjugada recomendándose tres dosis a los 2, 4 y 15 meses de edad.

La vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b se incluyó en el calendario vacunal en octubre del año 1998, con una pauta de vacunación primaria basada en cuatro dosis, administradas a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad.

En la actualidad se dispone de dos tipos de vacunas antineumocócicas, una vacuna de polisacárido capsular frente a 23 serotipos recomendada en la Comunidad de Madrid en adultos mayores de 59 años y una vacuna heptavalente conjugada, introducida en el calendario de vacunaciones infantiles de la Comunidad de Madrid en noviembre de 2006. Estas vacunas también se recomiendan en grupos de riesgo.

En febrero de 2007 en la Comunidad de Madrid se incluyó la enfermedad neumocócica invasora como enfermedad de declaración obligatoria, vigilándose anteriormente la meningitis neumocócica en el grupo de Otras meningitis bacterianas. Los resultados de la vigilancia de la enfermedad neumocócica invasora se recogen en un informe específico.

Las recomendaciones de salud pública ante la detección de un caso de enfermedad meningocócica tienen por objeto evitar los casos secundarios y se basan en la actuación sobre los contactos íntimos, mediante la administración de quimioprofilaxis antibiótica. En los casos producidos por meningococos de serogrupos vacunables (C, A, Y, W135) se recomienda también la vacunación a los contactos íntimos de los casos. En la actualidad en nuestro medio el serogrupo vacunable más frecuente es el serogrupo C.

La definición de contacto íntimo es independiente de la edad, así como las recomendaciones de quimioprofilaxis antibiótica y vacunación (en caso de que el serogrupo causante de la enfermedad sea vacunable). Si bien, como los niños pequeños presentan un mayor riesgo de enfermar, las medidas de prevención son más importantes en ellos.

En cuanto a la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, desde salud pública se recomienda la quimioprofilaxis antibiótica y la vacunación a los contactos íntimos menores de 5 años no vacunados o vacunados de forma incompleta. Los contactos íntimos mayores de 5 años y los adultos recibirán sólo quimioprofilaxis. En los colectivos donde no haya menores de 5 años no vacunados, no es necesario realizar ninguna medida de intervención.

OBJETIVOS

Determinar la incidencia y letalidad en el año 2009 de las siguientes enfermedades de declaración obligatoria (EDO) que cursan fundamentalmente como meningitis: enfermedad meningocócica, enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, otras meningitis bacterianas y meningitis vírica. Comparar dichos parámetros con los presentados en el año 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tasas de incidencia: Se calculan tasas brutas, específicas por edad y por área de residencia, para las distintas enfermedades. Las tasas se calculan por 100.000 habitantes. La población se obtiene del Padrón continuo.

Riesgo relativo (RR): Se comparan las tasas de incidencia del año 2009 con las del año anterior, mediante el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Letalidad: Se compara la letalidad de las diferentes enfermedades, en los años 2008 y 2009, mediante el test de Chi cuadrado de Mantel y Haenszel.

Estado vacunal: Se determina la situación de vacunación para aquellas enfermedades sujetas a calendario vacunal infantil y/o que han presentado intervenciones con campañas masivas de vacunación.

RESULTADOS

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Incidencia y letalidad

En el año 2009 se han registrado en Comunidad de Madrid 61 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una incidencia de 0,96 casos por 100.000 habitantes. Se ha notificado el fallecimiento de 4 pacientes, por lo que la letalidad ha sido del 6,6% y la mortalidad de un 0,06 por 100.000 habitantes (tabla 1).

De los 61 casos de enfermedad meningocócica registrados, 48 (78,7%) se han confirmado microbiológicamente (0,75 por 100.000) y el resto han sido sospechas clínicas (0,20 por 100.000). El serogrupo B ha producido el 66,7% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 0,50 y el serogrupo C el 10,4%, con una incidencia de 0,08. También se han notificado 4 casos por serogrupo W135 (incidencia 0,06), un caso por serogrupo A (incidencia 0,02) y otro por serogrupo X. Además en otros 5 casos no se ha determinado el serogrupo (tabla 2).

**Tabla 1.- Infecciones que causan meningitis
Comunidad de Madrid, año 2009
Incidencia y letalidad**

Enfermedad	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad (%)
Meningitis vírica	251	3,93	0	-
Enfermedad meningocócica	61	0,96	4	6,6
Otras meningitis bacterianas	40	0,63	2	5,0
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	5	0,08	0	-

**Tabla 2.- Enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, año 2009
Incidencia y letalidad**

	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo A	1	0,02	0	-
Serogrupo B	32	0,50	2	6,3
Serogrupo C	5	0,08	1	20,0
Serogrupo W135	4	0,06	0	-
Serogrupo X	1	0,02	0	-
Sin serogrupar	5	0,08	1	20,0
Total confirmados	48	0,75	4	8,3
Sospechas clínicas	13	0,20	0	-
Total	61	0,96	4	6,6

La letalidad para el total de casos confirmados ha sido de un 8,3%, siendo la debida al serogrupo B del 6,3% y la del serogrupo C del 20,0%. Este año no se ha registrado ningún fallecimiento entre las sospechas clínicas (tabla 2).

Fuentes de notificación

El 91,8% de los casos han sido declarados por el sistema sanitario (fundamentalmente a nivel hospitalario), notificándose dos casos directamente por el colectivo al que acudía el enfermo y tres casos por otras CCAA.

Clasificación del caso

El 78,7% de los casos de enfermedad meningocócica se han confirmado mediante un diagnóstico microbiológico, siendo sospechas clínicas el 21,3% restante.

Distribución por sexo

La enfermedad meningocócica ha sido más frecuente en mujeres tanto a nivel global (59,0%), como para los casos confirmados (60,4%), los principales serogrupos y las sospechas clínicas (53,8%). La incidencia en mujeres ha sido superior a la de los varones (tablas 3 y 4).

**Tabla 3.- Infecciones que causan meningitis
Comunidad de Madrid, año 2009
Distribución por sexo**

Diagnóstico	Hombre		Mujer	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Meningitis vírica	152	4,91	99	3,01
Enfermedad meningocócica	25	0,81	36	1,09
Otras meningitis bacterianas	25	0,81	15	0,46
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	4	0,13	1	0,03

**Tabla 4.- Enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, año 2009
Distribución por sexo**

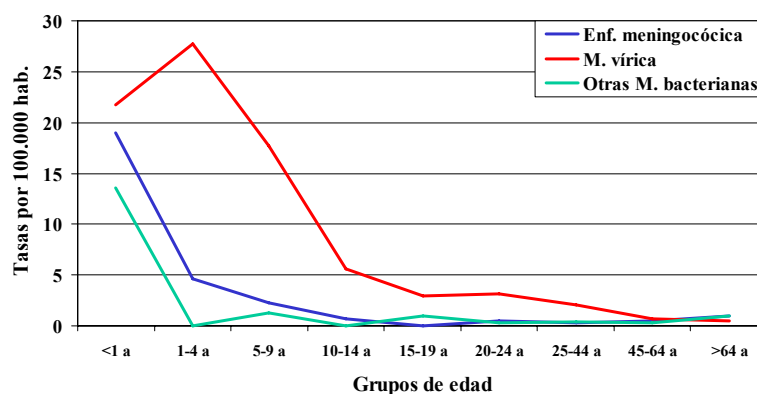
	Hombre		Mujer	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Serogrupo A	1	0,03	0	-
Serogrupo B	14	0,45	18	0,55
Serogrupo C	0	-	5	0,15
Serogrupo W135	1	0,03	3	0,09
Serogrupo X	0	-	1	0,03
Sin serogrupar	3	0,10	2	0,06
Total confirmados	19	0,61	29	0,88
Sospechas clínicas	6	0,19	7	0,21

Distribución por edad

La media de edad de los casos de enfermedad meningocócica ha sido de 24 años. La media de edad ha sido de 20 años en varones y de 28 años en mujeres (diferencias no significativas). No observándose tampoco diferencias significativas entre los casos confirmados y las sospechas clínicas, ni entre los casos debidos al serogrupo B y al serogrupo C.

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 44,3% de los casos. La mayor incidencia se observa en los menores de un año (19,02), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (4,63) y el de 5 a 9 años (2,22) (fig. 1 y tabla 5).

Fig. 1.- Infecciones que causan meningitis por grupos de edad Comunidad de Madrid, año 2009



La distribución por edad muestra ciertas diferencias por serogrupo, así entre los casos debidos al serogrupo B los menores de 15 años suponen el 62,5% del total, proporción que es del 20,0% en los casos debidos al serogrupo C. La enfermedad por serogrupo B presenta la mayor incidencia en el grupo de edad de los menores de un año (14,95 casos por cien mil habitantes), seguido por el de 1 a 4 años (1,42) y el de 5 a 9 años (1,27). Sin embargo en la enfermedad por serogrupo C la mayor incidencia se observa en el grupo de edad de 1 a 4 años (0,36), seguido por el de 20 a 24 años (0,26). En cuanto a las sospechas clínicas, el 69,2% de los casos son menores de 15 años; siendo menores de 5 años el 46,2%. La mayor incidencia de sospechas clínicas se presenta en el grupo de edad de 1 a 4 años (2,14), seguido por el de 5 a 9 años (0,63) (fig. 2 y tabla 6).

**Tabla 5.- Infecciones que causan meningitis
por grupos de edad
Comunidad de Madrid, año 2009**

Grupos de edad	Meningitis vírica			Enfermedad meningocócica		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	16	6,4	21,74	14	23,0	19,02
1-4	78	31,1	27,77	13	21,3	4,63
5-9	56	22,3	17,72	7	11,5	2,22
10-14	16	6,4	5,65	2	3,3	0,71
15-19	9	3,6	2,98	0	0,0	0,00
20-24	12	4,8	3,12	2	3,3	0,52
25-44	48	19,1	2,10	6	9,8	0,26
45-64	11	4,4	0,72	8	13,1	0,52
>64	5	2,0	0,54	9	14,8	0,98
Total	251	100,0	3,93	61	100,0	0,96

Grupos de edad	Otras meningitis bacterianas			Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	10	25,0	13,59	0	0,0	0,00
1-4	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
5-9	4	10,0	1,27	0	0,0	0,00
10-14	0	0,0	0,00	1	20,0	0,35
15-19	3	7,5	0,99	0	0,0	0,00
20-24	1	2,5	0,26	0	0,0	0,00
25-44	8	20,0	0,35	0	0,0	0,00
45-64	5	12,5	0,33	1	20,0	0,07
>64	9	22,5	0,98	3	60,0	0,33
Total	40	100,0	0,63	5	100,0	0,08

Forma clínica de presentación de la enfermedad

La forma clínica de presentación ha sido meningitis en el 39,3% de los casos, sepsis en el 37,7%, ambas en el 14,8%, meningococemia en el 6,6% y neumonía en un caso (1,6%). Esta distribución difiere ligeramente para los principales serogrupos. En los casos debidos al serogrupo B el 40,6% se presentaron en forma de sepsis, el 34,4% en forma de meningitis, el 18,8% presentaba ambas formas clínicas y se registró un caso de meningococemia y otro de neumonía. En los casos debidos a serogrupo C la proporción de sepsis y meningitis fue similar.

Evolución clínica

La evolución de la enfermedad meningocócica se conoce en el 78,7% de los casos, siendo favorable en el 85,4% de los mismos. Además de la letalidad que ya se ha comentado previamente, también se ha informado del desarrollo de secuelas en tres casos. Se trataba de dos varones (de 4 meses y 50 años respectivamente) y una mujer (de 10 años), que presentaron enfermedad por serogrupo B.

**Tabla 6.-Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Comunidad de Madrid, año 2009**

Grupos de edad	Serogrupo B			Serogrupo C			Sin serogrupar		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	11	34,4	14,95	0	0,0	0,00	1	20,0	1,36
1-4	4	12,5	1,42	1	20,0	0,36	1	20,0	0,36
5-9	4	12,5	1,27	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
10-14	1	3,1	0,35	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
15-19	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
20-24	1	3,1	0,26	1	20,0	0,26	0	0,0	0,00
25-44	1	3,1	0,04	2	40,0	0,09	1	20,0	0,04
45-64	6	18,8	0,39	1	20,0	0,07	0	0,0	0,00
>64	4	12,5	0,43	0	0,0	0,00	2	40,0	0,22
Total	32	100,0	0,50	5	100,0	0,08	5	100,0	0,08

Grupos de edad	Total confirmados			Sospechas clínicas		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	14	29,2	19,02	0	0,0	0,00
1-4	7	14,6	2,49	6	46,2	2,14
5-9	5	10,4	1,58	2	15,4	0,63
10-14	1	2,1	0,35	1	7,7	0,35
15-19	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
20-24	2	4,2	0,52	0	0,0	0,00
25-44	4	8,3	0,17	2	15,4	0,09
45-64	7	14,6	0,46	1	7,7	0,07
>64	8	16,7	0,87	1	7,7	0,11
Total	48	100,0	0,75	13	100,0	0,20

Distribución por área de residencia

La distribución de la enfermedad meningocócica por área de residencia se muestra en la fig. 3 y tabla 7. La mayor incidencia se presenta en el Área 10 (1,39), el Área 1 (1,26), el Área 5 (1,11), el Área 3 (1,09) y el Área 6 (1,02).

La tabla 8 muestra la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo y área de residencia (fig. 4). El Área 3 (1,09), Área 9 (0,74), el Área 6 (0,73) y el Área 7 (0,73) son las que presentan la mayor incidencia de enfermedad por serogrupo B. El Área 1 (0,25), el Área 4 (0,17), el Área 6 (0,15) y el Área 5 (0,12) son las únicas que han contabilizado casos de enfermedad por serogrupo C; y el Área 2 (0,87) y el Área 10 (0,56) son las de mayor incidencia de sospechas clínicas de enfermedad meningocócica.

Fig. 2.- Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Comunidad de Madrid, año 2009

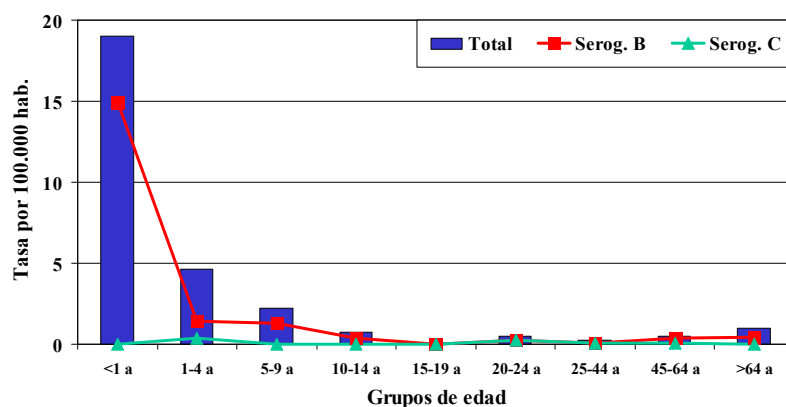
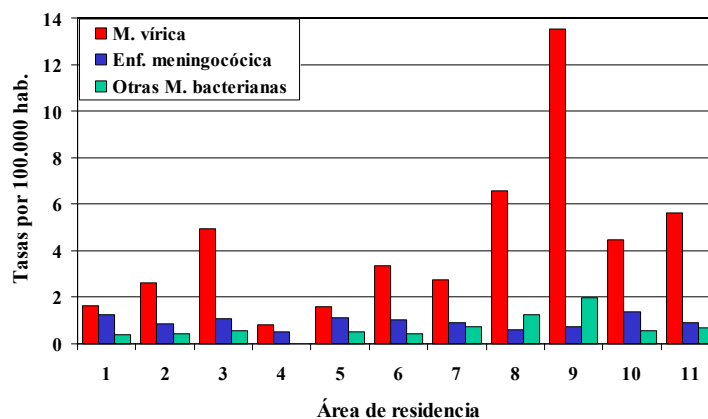


Fig. 3.- Infecciones que causan meningitis por Área de residencia
Comunidad de Madrid, año 2009



Forma de presentación epidemiológica

En el año 2009 no se ha registrado ningún caso asociado de enfermedad meningocócica, produciéndose todos los casos de forma aislada.

**Tabla 7.-Infecciones que causan meningitis por Área de residencia
Comunidad de Madrid, año 2009**

Área	Meningitis vírica			Enfermedad meningocócica		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
1	13	5,2	1,64	10	16,4	1,26
2	12	4,8	2,62	4	6,6	0,87
3	18	7,2	4,93	4	6,6	1,09
4	5	2,0	0,83	3	4,9	0,50
5	13	5,2	1,61	9	14,8	1,11
6	23	9,2	3,35	7	11,5	1,02
7	15	6,0	2,75	5	8,2	0,92
8	32	12,7	6,56	3	4,9	0,61
9	55	21,9	13,52	3	4,9	0,74
10	16	6,4	4,46	5	8,2	1,39
11	49	19,5	5,61	8	13,1	0,92
Total	251	100,0	3,93	61	100,0	0,96

Área	Otras meningitis bacterianas			Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
1	3	7,5	0,38	0	0,0	0,00
2	2	5,0	0,44	0	0,0	0,00
3	2	5,0	0,55	2	40,0	0,55
4	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
5	4	10,0	0,50	1	20,0	0,12
6	3	7,5	0,44	0	0,0	0,00
7	4	10,0	0,73	0	0,0	0,00
8	6	15,0	1,23	1	20,0	0,20
9	8	20,0	1,97	1	20,0	0,25
10	2	5,0	0,56	0	0,0	0,00
11	6	15,0	0,69	0	0,0	0,00
Total	40	100,0	0,63	5	100,0	0,08

Vacunación antimeningocócica

De los 5 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C registrados en el año 2009, dos (40,0%) se han producido en las cohortes en las que se ha recomendado la vacunación con vacuna conjugada (nacidos a partir del 1 de enero de 1985, por lo tanto menores de 25 años). Uno de estos casos tenía 3 años de edad y estaba correctamente vacunado, por lo que se trataba de un fracaso vacunal. El otro caso que no estaba vacunado, era una mujer emigrante de 20 años de edad.

**Tabla 8.-Enfermedad meningocócica por Área de residencia
Comunidad de Madrid, año 2009**

Área	Serogrupo B			Serogrupo C			Sin serogrupar		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
1	5	15,6	0,63	2	40,0	0,25	0	0,0	0,00
2	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
3	4	12,5	1,09	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
4	1	3,1	0,17	1	20,0	0,17	0	0,0	0,00
5	4	12,5	0,50	1	20,0	0,12	1	20,0	0,12
6	5	15,6	0,73	1	20,0	0,15	0	0,0	0,00
7	4	12,5	0,73	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
8	1	3,1	0,20	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
9	3	9,4	0,74	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
10	2	6,3	0,56	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
11	3	9,4	0,34	0	0,0	0,00	4	80,0	0,46
Total	32	100,0	0,50	5	100,0	0,08	5	100,0	0,08

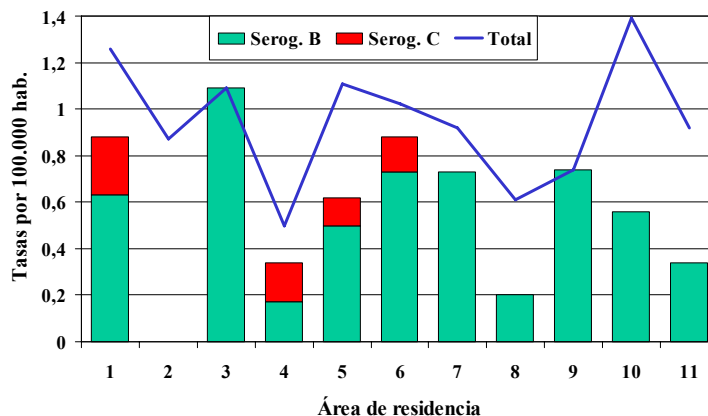
Área	Total confirmados			Sospechas clínicas		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
1	8	16,7	1,01	2	15,4	0,25
2	0	0,0	0,00	4	30,8	0,87
3	4	8,3	1,09	0	0,0	0,00
4	3	6,3	0,50	0	0,0	0,00
5	7	14,6	0,87	2	15,4	0,25
6	6	12,5	0,87	1	7,7	0,15
7	4	8,3	0,73	1	7,7	0,18
8	2	4,2	0,41	1	7,7	0,20
9	3	6,3	0,74	0	0,0	0,00
10	3	6,3	0,84	2	15,4	0,56
11	8	16,7	0,92	0	0,0	0,00
Total	48	100,0	0,75	13	100,0	0,20

Intervención de salud pública

Se dispone de información sobre la pertenencia a algún colectivo en el 88,5% de los casos de enfermedad meningocócica. De los 21 casos de enfermedad meningocócica que acudían a un colectivo, en 15 (71,4%) se consideró que estaba indicada la intervención de salud pública. En todos ellos se realizó dicha intervención, menos en uno por encontrarse en período de vacaciones escolares. La intervención de salud pública que se realizó fue la recomendación de quimioprofilaxis antibiótica. En 13 casos (92,9%) se dispone de información sobre el nº de personas al que se efectuó quimioprofilaxis en el colectivo, siendo la mediana de contactos a los que se administró quimioprofilaxis de 23 (Intervalo intercuartil=9-28).

Se dispone de información sobre la fecha de intervención en el colectivo en 12 casos (85,7%), siendo la mediana de días entre el ingreso del paciente y la intervención en el colectivo de 2 (Intervalo intercuartil=1-2).

Fig. 4.- Enfermedad meningocócica por Área de residencia
Comunidad de Madrid, año 2009



ENFERMEDAD INVASIVA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*

Incidencia y letalidad

En el año 2009 se han notificado en la Comunidad de Madrid 5 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, lo que supone una incidencia de 0,08 casos por 100.000 habitantes. Este año no se ha registrado ningún fallecimiento por esta enfermedad (tabla 1).

Fuentes de notificación

Todos los casos han sido declarados por el sistema sanitario.

Clasificación del caso

Todos los casos han sido confirmados mediante aislamiento microbiológico. En uno se ha identificado *Haemophilus influenzae* tipo b, en otro se ha determinado un serotipo no-b y en los tres restantes no se ha determinado el serotipo.

Distribución por sexo

Se han presentado 4 casos en varones (80,0%) y uno en mujeres (20,0%) (tabla 3).

Distribución por edad

No se ha registrado ningún caso en menores de 5 años y sólo se ha registrado un caso en menores de 15 años (20,0%), siendo el resto de los casos de 59 o más años (80,0%)(tabla 5).

Forma clínica de presentación de la enfermedad

La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* se ha presentado en forma clínica de meningitis en dos casos (40,0%), en forma de neumonía en otros dos (40,0%) y en forma de bronquitis en el caso restante (20,0%).

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 60% de los casos, presentando todos ellos una evolución favorable.

Forma de presentación epidemiológica

Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

Vacunación frente a *Haemophilus influenzae* tipo b

En este año no se ha presentado ningún caso en el grupo de edad en el que se recomienda la vacunación frente a esta enfermedad.

Distribución por área de residencia

Se han registrado casos en las áreas 3, 5, 8 y 9. La mayor incidencia se observa en el Área 3 (0,55 casos por 100.000 habitantes) (tabla 7).

Intervención de salud pública

Ningún caso de los notificados cumplía los criterios para intervención en el colectivo.

OTRAS MENINGITIS BACTERIANAS

Incidencia y letalidad

En el año 2009 se han notificado 40 casos de otras meningitis bacterianas, lo que supone una incidencia de 0,63 casos por 100.000 habitantes. Se han registrado 2 fallecimientos por esta causa, con una letalidad por tanto de un 5,0% y una mortalidad de un 0,03 por 100.000 habitantes para este grupo de enfermedades (tabla 1). El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Listeria monocytogenes*, que ha producido el 10,0% de los casos (incidencia 0,06), de los que uno ha fallecido (letalidad del 25,0%).

Fuentes de notificación

Todas las notificaciones de estos procesos proceden del sistema sanitario.

Clasificación del caso

De los 40 casos notificados se han confirmado un 35,0%, siendo el resto sospechas clínicas.

Agente causal

Los patógenos identificados han sido *Listeria monocytogenes* (4 casos), *Streptococcus agalactiae* (1 caso), *Staphylococcus aureus* (1 caso), *Staphylococcus epidermidis* (1 caso), *Salmonella* (1 caso), *Serratia marcescens* (1 caso), *E. coli* y *Enterococcus faecalis* (1 caso) y *Acinetobacter baumannii*. También se han notificado dos casos debidos a bacilos Gram-negativo y otros dos casos de sospecha de meningitis neumocócica.

Distribución por sexo

El 62,5% de los casos notificados de meningitis bacterianas eran varones (tabla 3). Para las meningitis por *Listeria monocytogenes* la proporción de varones fue del 75,0% y para las sospechas clínicas de un 57,7%.

Distribución por edad

La media de edad de los casos notificados de otras meningitis bacterianas ha sido de 33 años. La mayor incidencia se presenta en el grupo de edad de los menores de 1 año (13,59 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 5 a 9 años (incidencia 1,27) y el de los mayores de 64 años (incidencia 0,98) (tabla 5 y fig. 1).

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 67,5% de los casos. Se han notificado 2 fallecimientos (5,0%) y un enfermo ha presentado secuelas. Los patógenos notificados en los casos fallecidos han sido *Listeria monocytogenes* y bacilos Gram-negativo.

Forma de presentación epidemiológica

Todos los casos notificados han sido esporádicos.

Distribución por área de residencia

Las áreas más afectadas por este grupo de meningitis bacterianas han sido: el Área 9 (incidencia 1,97 casos por 100.000 habitantes) y el Área 8 (1,23) (fig. 3 y tabla 7).

Intervención de salud pública

En el año 2009 desde Salud Pública se ha realizado información al colectivo al que acudía el paciente en una ocasión, efectuándose quimioprofilaxis antibiótica a los familiares de seis de los casos (15,0%), ya que en un principio no se pudo descartar que se tratara de enfermedad meningocócica.

MENINGITIS VÍRICA

Incidencia y letalidad

En el año 2009 en la Comunidad de Madrid se han registrado 251 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 3,93 casos por 100.000 habitantes. Este año no se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa (tabla 1).

Fuentes de notificación

La fuente de notificación fue el sistema sanitario en el 97,5% de los casos, el colectivo al que acudía el enfermo en el 1,2% y otros notificadotes en el resto.

Clasificación del caso

La mayoría de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas. Sólo se han confirmado 29 casos (11,6%). Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (24 casos), virus del Herpes simple (3 casos), virus Varicela-zoster (1 caso) y virus de Epstein-Barr (1 caso).

Distribución por sexo

La meningitis vírica muestra un predominio masculino (60,6%), con una incidencia en varones de 4,91 casos por 100.000 (tabla 3).

Distribución por edad

La edad media de presentación de la enfermedad ha sido de 15 años. Esta enfermedad muestra un predominio en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de edad de 1 a 4 años (27,77 casos por 100.000 habitantes), seguido por los menores de 1 años (21,74) (tabla 5 y fig. 1).

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 72,5% de los pacientes. En todos los casos la evolución fue favorable y sólo se han registrado secuelas en un caso de meningitis por Herpes simple (varón de un año de edad).

Forma de presentación epidemiológica

Se han registrado 15 casos asociados de meningitis vírica (6,0%). Todos eran casos de sospecha clínica, menos uno en el que se identificó enterovirus como agente causal. Se han presentado dos casos coprimarios en el entorno familiar (hermanos gemelos de seis años de edad) y el resto han sido agregaciones de casos en el entorno escolar (en cinco centros escolares de diferentes áreas de salud).

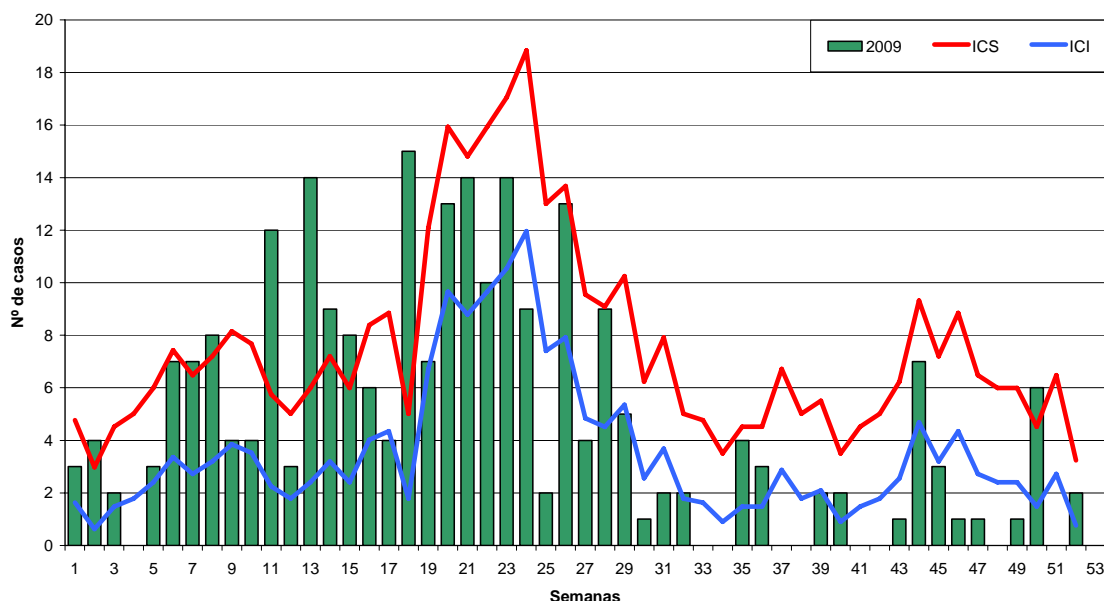
Distribución por área de residencia

La mayor incidencia de meningitis vírica se localiza en el Área 9 (13,52 casos por 100.000 habitantes), el Área 8 (6,56), el Área 11 (5,61), el Área 3 (4,93) y el Área 10 (4,46) (tabla 7 y fig. 3).

Evolución temporal

La evolución temporal de los casos de meningitis vírica, se muestra en la figura 5. Se observa un patrón temporal con predominio en primavera y comienzos del verano. Este año se ha observado un incremento del número de casos, en relación con el período 2004-2008, especialmente en las semanas 11, 13, 14, 15 y 18.

Fig. 5.- Meningitis vírica, año 2009
IC 95% de los casos esperados (2004-2008)



Intervención de salud pública

En el 12,7% de los casos de meningitis vírica notificados se ha realizado algún tipo de intervención de salud pública en el colectivo al que acudían los pacientes, basándose fundamentalmente en el envío de notas informativas a los centros escolares.

COMPARACIÓN CON EL AÑO 2008

Al comparar la incidencia de las infecciones que causan meningitis con la del año 2008 se observa que la meningitis vírica se ha mantenido similar y el resto han disminuido (tabla 9).

**Tabla 9.- Infecciones que causan meningitis
Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009**

Diagnóstico	2009		2008		RR (IC 95%)
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Meningitis vírica	251	3,93	247	3,94	1,00 (0,84-1,19)
Enfermedad meningocócica	61	0,96	70	1,12	0,86 (0,61-1,21)
Otras meningitis bacterianas	40	0,63	60	0,96	0,65 (0,44-0,98)
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	5	0,08	9	0,14	0,55 (0,18-1,63)

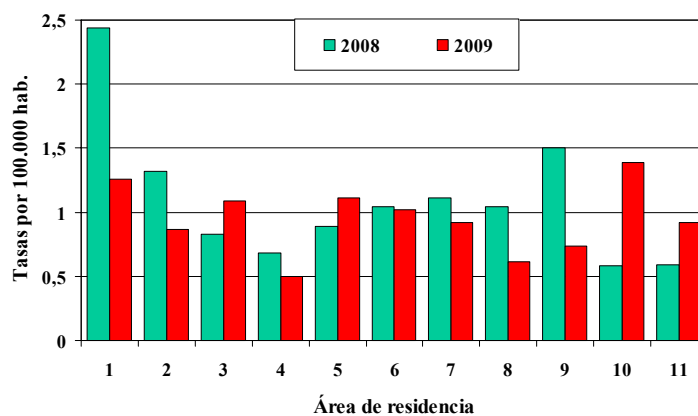
Al comparar la enfermedad meningocócica por serogrupos observamos que se ha mantenido la incidencia del serogrupo C, ha aumentado la presencia de otros serogrupos y el resto ha disminuido (tabla 10).

**Tabla 10.- Enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009**

Enfermedad meningocócica	2009		2008		RR (IC 95%)
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Serogrupo B	32	0,50	38	0,12	0,83 (0,52-1,32)
Serogrupo C	5	0,08	5	0,08	0,98 (0,28-3,39)
Otros serogrupos	6	0,10	2	0,04	2,95 (0,59-14,60)
Sin serogrupar	5	0,08	10	0,16	0,49 (0,17-1,44)
Total Confirmados	48	0,75	55	0,88	0,86 (0,58-1,26)
Sospecha clínica	13	0,20	15	0,24	0,85 (0,40-1,79)

La incidencia de la enfermedad meningocócica ha disminuido en el año 2009 respecto al 2008 en la mayoría de las Áreas, se ha mantenido similar en el Área 6 y se ha incrementado en las Áreas 3, 5, 10 y 11 (fig. 6).

Fig. 6.- Enfermedad meningocócica por Área de residencia Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009



La enfermedad por serogrupo B ha aumentado en las Áreas 3, 6 y 9; se ha mantenido similar en las Áreas 7 y 10, y ha disminuido en el resto (fig. 7). En el año 2009 sólo se han registrado casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C en las Áreas 1, 4, 5 y 6 (fig. 8).

Fig. 7.- Enfermedad meningocócica por serogrupo B Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009

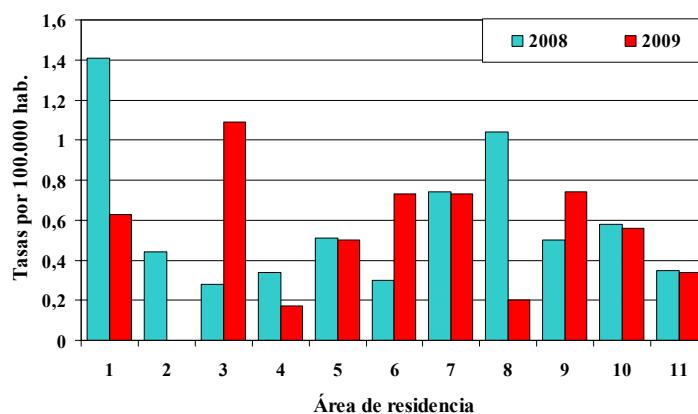
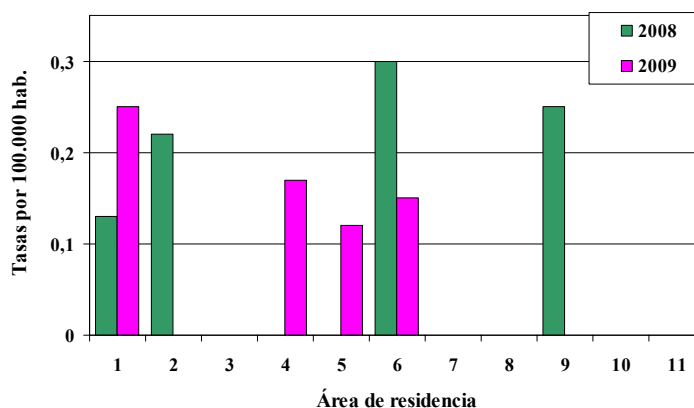
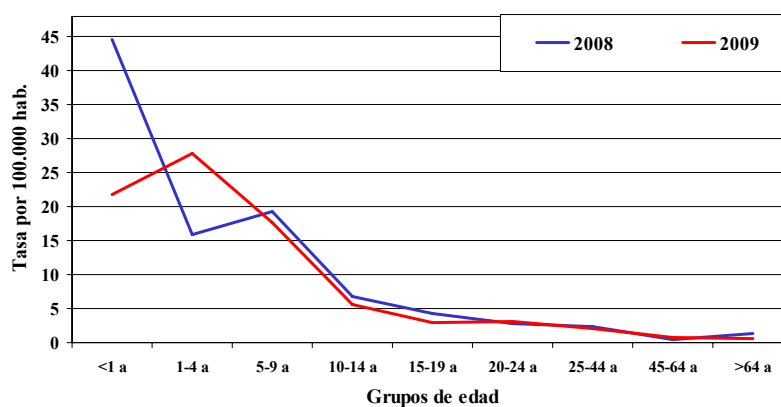


Fig. 8.- Enfermedad meningocócica por serogrupo C
Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009



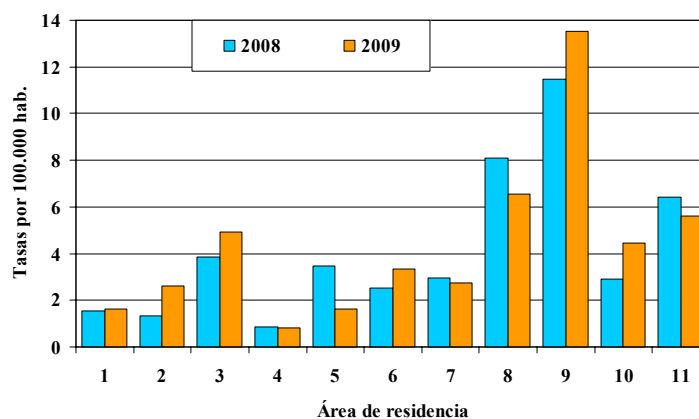
Al comparar la incidencia de la meningitis vírica en el año 2009 con respecto al año 2008 observamos un patrón por edad algo diferente. En el año 2009 la incidencia del grupo de edad de 1 a 4 años ha sido superior a la de los menores de 1 año, al contrario de lo observado en 2008 (fig. 9).

Fig. 9.- Meningitis vírica por grupos de edad
Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009



En el año 2009 la incidencia de la meningitis vírica ha aumentado en las Áreas 2, 3, 6, 9 y 10; manteniéndose similar en las Áreas 1 y 4, y reduciéndose en el resto (fig. 10).

Fig. 10.- Meningitis vírica por Área de residencia
Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009



En cuanto a la letalidad, al comparar el año 2009 con el año anterior se observa que la letalidad se ha reducido en todas las enfermedades, aunque las diferencias no han sido estadísticamente significativas (tabla 11).

**Tabla 11.- Infecciones que causan meningitis
Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009**

Diagnóstico	2009		2008	
	Fallecidos	Letalidad (%)	Fallecidos	Letalidad (%)
Meningitis vírica	0	0,0	1	0,4
Enfermedad meningocócica	4	6,6	6	8,6
Otras meningitis bacterianas	2	5,0	4	6,7
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	0	0,0	1	11,1

La letalidad de la enfermedad meningocócica para los diferentes serogrupos, en los años 2008 y 2009, se muestra en la tabla 12. Se ha reducido la letalidad debida al serogrupo B y la debida a las sospechas clínicas (diferencias no significativas). Sin embargo ha aumentado la letalidad para el serogrupo C y los casos sin serogrupar, ya que en el año 2008 no hubo fallecidos entre estos casos.

**Tabla 12- Enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, años 2008 y 2009**

Diagnóstico	2009		2008	
	Fallecidos	Letalidad (%)	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	2	6,3	4	10,5
Serogrupo C	1	20,0	0	-
Otros serogrupos	0	0,0	0	-
Sin serogrupar	1	20,0	0	-
Total confirmados	4	8,3	4	7,3
Sospechas clínicas	0	-	2	13,3

DISCUSIÓN

Las patologías recogidas en este informe se presentan de forma endémica en nuestro medio, con ciertas oscilaciones anuales debidas a su patrón cíclico y a la presentación de brotes epidémicos. Estos brotes pueden producirse por la introducción de cepas nuevas (como sucedió con el meningococo serogrupo C) o a la difusión de cepas que lleven un tiempo sin circular, lo que da lugar a la acumulación de población susceptible (como sucede con los enterovirus).

En el año 2009 las principales diferencias en la incidencia de infecciones que causan meningitis, al comparar con el año anterior, son la disminución de la enfermedad meningocócica (RR=0,86), debida fundamentalmente al serogrupo B (RR=0,83) y la reducción también de la incidencia del grupo de otras meningitis bacterianas (RR=0,65). La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* también se ha reducido (RR=0,55), pero hay que tener en cuenta que en el año 2008 se observó una incidencia de esta patología superior a la habitual.

El patrón de presentación de este grupo de enfermedades muestra una distribución por grupos de edad con predominio de los menores de 5 años. Las tasas más elevadas se presentan en los menores de 1 año, siendo patologías fundamentalmente pediátricas.

La **meningitis vírica**, cuya incidencia se ha mantenido muy similar respecto al año 2008, presenta un patrón por edad algo diferente con afectación preferentemente del grupo de edad de 1 a 4 años. La proporción de casos confirmados se ha incrementado ligeramente respecto al año anterior (11,6% vs 10,9%).

Las oscilaciones en la incidencia que se observan en esta enfermedad suelen deberse a las cepas de enterovirus circulantes. Cuando se introducen cepas nuevas o que hace algún tiempo que no circulan encuentran una gran proporción de población susceptible, que no presenta inmunidad; lo que produce un incremento en la incidencia, especialmente en población pediátrica. Según información procedente del Centro Nacional de Epidemiología

(Sistema de Información Microbiológica) los principales enterovirus circulantes causantes de meningitis en los últimos años han sido el Echovirus 4 y el Echovirus 30.

La incidencia de la **enfermedad meningocócica** en el año 2009 en la Comunidad de Madrid, ha sido algo inferior a la registrada a nivel nacional (1,55 casos por 100.000 habitantes), según los datos provisionales del Centro Nacional de Epidemiología. Esta incidencia es similar a la de otros países de nuestro entorno, así en Francia en el año 2008 la incidencia de la enfermedad meningocócica fue de 1,2 casos por 100.000 habitantes.

En el último informe del European Union Invasive Bacterial Infections Surveillance Network (EU-IBIS) sobre enfermedad invasiva por *Neisseria meningitidis* en Europa referente al año 2006, se recoge una incidencia global de enfermedad meningocócica confirmada y probable de 1,10 por 100.000 habitantes, ligeramente superior a la de la Comunidad de Madrid en 2009 (0,75).

La incidencia de enfermedad meningocócica invasiva en EEUU, según los datos del Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) basados en aislamientos de *Neisseria meningitidis* en el año 2008, ha sido de 0,34 casos por 100.000 habitantes; inferior a la obtenida en la Comunidad de Madrid en el año 2009 para los casos confirmados (0,75).

La letalidad de la enfermedad meningocócica depende de la forma clínica de presentación de la enfermedad (la sepsis presenta mayor letalidad que la meningitis), de la edad del paciente (la letalidad aumenta con la edad) y del fenotipo del microorganismo. En el año 2009 se ha observado una reducción de la letalidad de la enfermedad tanto a nivel global, como para el serogrupo B. La letalidad del serogrupo C sigue siendo elevada, al igual que se observa en otros países del entorno, así en Francia en el año 2008 la letalidad de este serogrupo ha sido de un 19%.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2009 se ha registrado un caso de fracaso vacunal de vacuna antimeningocócica conjugada C. Desde el año 2001 hasta el año 2009 se han contabilizado un total de 14 casos de fracaso vacunal en los niños nacidos a partir de noviembre de 1994, a los que correspondía recibir la vacuna. En España, según el último informe elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, desde la introducción de la vacuna conjugada hasta febrero de 2010, se han notificado 109 fallos vacunales confirmados.

La pérdida de la efectividad de la vacuna antimeningocócica conjugada C con el tiempo, observada en un principio en Reino Unido donde se introdujo antes la vacuna, y posteriormente también en España; ocasionó un cambio de la ficha técnica de las vacunas antimeningocócicas C conjugadas y de las recomendaciones de vacunación. Tras la instauración de la pauta vacunal actual de la vacuna antimeningocócica C conjugada, en el año 2006 (con dosis a los 2, 4 y 15 meses de edad), no se ha registrado ningún fracaso vacunal en niños con la nueva pauta ni en la Comunidad de Madrid, ni a nivel nacional.

En Comunidad de Madrid en el año 2009 se efectuó intervención mediante la administración de quimioprofilaxis en casi todos los colectivos a los que acudían los pacientes y presentaban contactos de riesgo; y no se ha notificado ningún caso secundario de enfermedad meningocócica en los contactos próximos de los pacientes. Por lo que podemos considerar que las medidas de salud pública frente a esta enfermedad han sido adecuadas.

La **enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*** no es una enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional, por lo que no se dispone de datos homogéneos de

comparación a dicho nivel. En el año 2009 se han registrado 5 casos de esta enfermedad, pero sólo uno de ellos debidos al serotipo b (serotipo vacunal) y ninguno de ellos se ha presentado en el grupo de edad en el que se recomienda la vacunación frente a esta enfermedad. Tras la introducción de la vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b en el año 1998 se ha observado una incidencia muy baja de esta enfermedad en la Comunidad de Madrid.

Según información del Centro Nacional de Epidemiología, basada en datos del Sistema de Información Microbiológica del período 1993-2008, la incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* ha presentado una marcada disminución en los menores de 5 años. Sin embargo en dicho período se ha detectado un incremento del número de casos en mayores de 15 años. De todos los casos declarados en este período sólo un 18% fueron debidos a *Haemophilus influenzae* serotipo b, siendo el resto de los casos *Haemophilus influenzae* sin especificar. La evolución temporal de los casos debidos a serotipo b según la edad, muestra una disminución desde 1995 para los menores de 5 años y una estabilización en todo el período para los mayores de 15 años.

La incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en EEUU en el año 2008, según el Active Bacterial Core Surveillance (ABCs), fue de 1,55 casos por 100.000 habitantes en población general y de 0,30 casos por 100.000 habitantes en menores de 5 años.

A nivel europeo, en el período 1996-2000, la incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* ha sido de 0,28 por 100.000. El 44% de los casos fueron debidos a *Haemophilus influenzae* no-capsulados (0,28 por 100.000), el 28% a *Haemophilus influenzae* serotipo b (0,15 por 100.000) y un 7% fueron *Haemophilus influenzae* serotipo no-b (0,036 por 100.000). Los serotipos no-b más frecuentes fueron el serotipo f (72%) y el serotipo e (21%), con una letalidad global del 9%. Las infecciones por *Haemophilus influenzae* no-capsulados afectan principalmente a neonatos y a las personas de mayor edad, presentando una elevada letalidad (12%), especialmente en los niños (17%).

Por lo que a pesar de la reducción observada de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* serotipo b es necesario mantener la vigilancia de todas las infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* y en todos los grupos de edad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el año 2009 se ha observado una reducción de la incidencia de la enfermedad meningocócica (debido especialmente al serogrupo B), una reducción del grupo de otras meningitis bacterianas y una estabilización de la meningitis vírica. La incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* ha sido muy baja y similar a la presentada en los últimos años.

El año 2009 se ha realizado intervención de salud pública en prácticamente todos los colectivos en los que se han registrado casos de enfermedad meningocócica, siendo la mediana de días entre el ingreso del paciente con enfermedad meningocócica y la intervención en el colectivo de 2 días. No se ha registrado ningún caso secundario de esta enfermedad en el entorno de los casos. La **notificación urgente** de las enfermedades que cuentan con una intervención de salud pública (especialmente la enfermedad meningocócica) permite prevenir la aparición de casos secundarios.

Este año se ha confirmado el 78,7% de los casos de enfermedad meningocócica, el 100% de los casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, el 35,0% de los casos del grupo de otras meningitis bacterianas y el 11,6% de los casos de meningitis víricas. La **confirmación diagnóstica** de los patógenos incluidos en el calendario vacunal, permite valorar la eficacia de los programas de vacunación; así como determinar las cepas que circulan en nuestro medio. Para mejorar la identificación completa de estos patógenos (serogrupo, serotipo y subtipo) se cuenta con Laboratorios de Referencia, tanto a nivel regional como nacional.

El año 2009 se han presentado 2 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C en el grupo de edad en el que se recomienda la vacuna conjugada, de los que uno estaba correctamente vacunado (fracaso vacunal) y el otro no estaba vacunado (mujer emigrante de 20 años de edad). La **revisión del calendario vacunal** de los pacientes que solicitan asistencia médica permite completar las recomendaciones de vacunación de las autoridades sanitarias. El cumplimiento de las recomendaciones de vacunación tanto a la población general como a los grupos de riesgo permite evitar la enfermedad o disminuir su gravedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tunkel AR, Scheld WM. Meningitis aguda. En Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Elsevier España SA, 6ª ed. Madrid, 2006.
2. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. David L. Heymann, editor. Decimotava edición. Washington, D.C.: OPS, 2005.
3. Campaña de refuerzo de la vacunación frente a la Enfermedad meningocócica por serogrupo C en la Comunidad de Madrid. Año 2004. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo.
4. Orden 1869/2006, de 10 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad de Madrid.
5. Orden 74/2007, de 22 de enero, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las enfermedades de declaración obligatoria, a las situaciones epidémicas y brotes, y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) e infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
6. Guía para la prevención y control de las infecciones que causan meningitis. Documento Técnico de Salud Pública nº 44. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, año 1997.
7. Protocolo de actuación frente a enfermedad meningocócica. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Mayo de 2005.
8. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. Características demográficas básicas <http://infomadrid.icm.es/iestadis/fijas/otros/estructu.htm#Demograficos>
9. Vigilancia de enterovirus no polio. Sistema de Información Microbiológica. Años 2006-2009. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Boletín Epidemiológico Semanal 2009; Vol. 17 nº4/37-48 <http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/boletinessemanal.jsp>

10. Cierre provisional de los datos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria correspondientes al año 2009. Informe semanal de Vigilancia 15 de febrero de 2010. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
11. Institut de Veille Sanitaire. Les infections invasives à méningocoques en France en 2008. BEH 2008; n° 46-47:489-493
<http://www.invs.sante.fr/BEH>
12. European Union Invasive Bacterial Infections Surveillance Network. EU-IBIS Network Invasive *Neisseria meningitidis* in Europe 2006. Health Protection Agency, London 2007
<http://www.euibis.org>
13. Informe sobre los fallos vacunales confirmados detectados en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en casos vacunados con la vacuna de meningitis C conjugada. Datos correspondientes al periodo 2000 a febrero de 2010. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Febrero 2010.
14. Centers for Disease Control and Prevention. 2009. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Neisseria meningitidis*, 2008.
<http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/abcs/survreports/mening08.pdf>
15. Trotter CL, Andrews NJ, Kaczmarski EB, Millar E, Ramsay ME. Effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate vaccine 4 years after introduction. Lancet 2004; 364:365-7.
16. Larrauri A, Cano R, García M, de Mateo S. Impact and effectiveness of meningococcal C conjugate vaccine following its introduction in Spain. Vaccine 2005; 23:4097-4100.
17. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en España. Sistema de Información Microbiológica. Años 1993-2008. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Boletín Epidemiológico Semanal 2009; Vol. 17 n°7/73-84
<http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/boletinessemanal.jsp>
18. Centers for Disease Control and Prevention. 2009. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Haemophilus influenzae*, 2008.
<http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/abcs/survreports/hib08.pdf>
19. Ladhani S, Slack MPE, Heath PT, von Gottberg A, Chandra M, Ramsay ME. Invasive *Haemophilus influenzae* disease, Europe, 1996-2006. EID 2010; 16:455-463
<http://www.cdc.gov/eid>



INFORME SOBRE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2009

Elaborado por: *C. Izarra Pérez, J. Verdejo Ortés, C. Cevallos García, M. Ordobás Gavín.*

RESUMEN

Se describen las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) notificadas en la Comunidad de Madrid (CM) en 2009 y la evolución de las notificaciones en los últimos 10 años.

En 2009 se notificaron 24.334 IVE en la Comunidad de Madrid CM, de las cuales 20.091 (82.6%) correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad, que suponen una tasa de 13,54 por mil mujeres en edad fértil (de 15 a 44 años). La edad de las mujeres residentes en la CM. a las que se les practicó una IVE, presentaba una media de $27,98 \pm 6,7$, la tasa más elevada se observó en el grupo de 20-24 años con un valor de 24,93 por mil mujeres. El 59,6% fueron mujeres con un país de nacimiento distinto de España. El 46,3% no tenía hijos, para el 59,1% era su primera IVE y de las que referían IVE previas, el 7,3% había abortado en el mismo año. El 67% no había acudido a ningún servicio de control de métodos anticonceptivos en los 2 años previos y el 59% obtuvo la información sobre la posibilidad de realizar esta IVE fuera de los circuitos sanitarios. Únicamente 2 IVE se han notificado desde hospitales públicos, el resto han sido notificadas desde 6 clínicas privadas; en 3 de estas clínicas se realizan IVE de alto riesgo (>12 semanas). Las clínicas privadas realizan algunas IVE concertadas con la Administración Sanitaria, en 2009, se financiaron públicamente el 28,7%. El motivo para la IVE fue en el 98% de los casos el peligro para la salud física o psíquica de la embarazada y en el 2% la presunción de graves taras en el feto. El 54% de las IVE se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,8% después de la semana 15.

Entre 2000 y 2009 se han notificado a la CM 161.905 IVE de mujeres residentes en la Región. La tasa anual de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años) mostró un patrón creciente desde el año 2000 hasta 2008, pasando la tasa de 8,49 a 14,95 IVE por mil mujeres en edad fértil, en 2009 descendió a 13,54. Se rompe por lo tanto la tendencia ascendente observada hasta este momento.

INTRODUCCIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se despenalizó parcialmente en España, a través de la Ley Orgánica 9/1985 en 3 supuestos concretos:

- 1- Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
- 2- Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado.
- 3- Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto, siempre que el aborto se practique dentro de las 22 primeras semanas de gestación.

La vigilancia epidemiológica de las IVE se realiza a partir del año 1986 (Orden Ministerial 16 de junio de 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986). Desde los centros públicos y privados en los que se realizan IVE, el médico responsable de la intervención envía los cuestionarios normalizados de notificación al Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, responsable de la consolidación y del análisis de los datos a nivel regional. Anualmente, se remite toda la información al Ministerio de Sanidad y Política Social.

Los datos de las IVE se refieren a mujeres residentes y a mujeres que, por diversas razones, se han desplazado desde otras comunidades u otros países. Faltarían en este análisis, los datos de algunas mujeres de la Comunidad de Madrid (CM) que han abortado fuera de ella.

Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM. Hay que considerar que las tasas para las mujeres inmigrantes pueden estar sobreestimadas ya que algunas mujeres pueden no estar empadronadas.

RESULTADOS

En el año 2009 se notificaron al registro de la CM 24.334 IVE de las que 4.223 (17,4%) se practicaron a mujeres no residentes en la misma.

Considerando únicamente las mujeres no residentes en la CM, el 51,5% eran residentes en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y un 5,1% procedían de otros países, fundamentalmente de Portugal (4,3%), Francia e Italia. A un alto porcentaje (el 11,2%) se le practicó el aborto por presunción de graves taras fetales lo que llevó aparejado un mayor porcentaje de IVE tardías (26% vs. 6,7% en mujeres residentes). El 72,1% de estas mujeres no habían acudido a ninguna consulta de planificación familiar en los 2 últimos años.

1.- IVE EN MUJERES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2009

El total de IVE notificadas en 2009 como realizadas a mujeres con residencia en la Comunidad fue 20.091 con una tasa de 13,54 por mil mujeres en edad fértil, un 1,41% menor que en 2008 (14,95), que rompe la tendencia creciente observada hasta este momento.

Datos sociodemográficos

La edad presentaba una media de 27,98±6,7 años. Por grupos de edad, el 49,1% tenían entre 20-29 años, el 0,3% fueron menores de 15 años y el mismo porcentaje mayores de 44 años (Tabla 1).

El 59,6% de las IVE notificadas en 2009 fueron de mujeres foráneas, de las que un 2,8% habían llegado ese mismo año a nuestro país y un 21,6% en los dos años anteriores. El 86,3% de las mujeres que recurrieron a la IVE referían haber llegado a España después de 1999.

No se encontraron diferencias en la media de edad según origen.

El 59% del total a las que se les practicó una IVE, residían en el municipio de Madrid.

Un 47,8% referían convivencia en pareja (53,2% en mujeres inmigrantes vs. 39,8% en autóctonas) (Tabla 1).

El 69,8 % de las mujeres originarias de otros países y el 65,5% de las autóctonas reportaron poseer autonomía económica (globalmente el 68,1% tenían ingresos económicos propios). Un alto porcentaje de las mujeres trabajaba por cuenta ajena (asalariadas), aunque se ha objetivado una disminución con respecto a años anteriores; esta situación fue más frecuente en mujeres extranjeras (65,8%) que en españolas (58,1%). La situación de desempleo, que aumentó frente a otros años, fue también mayor en mujeres extranjeras (18,6% vs. 17,3%) (Tabla 1).

El 82,1% tenían un nivel de estudios de segundo o tercer grado (FP1, FP2, Escuelas Universitarias y Facultades) y el porcentaje de mujeres analfabetas/sin estudios fue de un 2% (Tabla 1).

El 46,3% no tenía hijos (36,6% en inmigrantes y 60,7% en autóctonas). Entre las mujeres inmigrantes el 10,8% tenían tres o más hijos frente al 4,8% de las españolas. De forma global el 8,4% tenían tres o más hijos. De las que tenían hijos, el 1,5% habían parido el mismo año en que se les realizó la IVE y el 22,3% hacía más de 5 años que habían tenido el último hijo (Tabla 2).

Tabla 1
Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres.
Comunidad de Madrid, año 2009 (I).

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		N	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	26	0,3	42	0,4	68	0,3
	15-19	1021	12,6	1045	8,7	2066	10,3
	20-24	1927	23,7	2851	23,8	4778	23,8
	25-29	1824	22,5	3261	27,2	5085	25,3
	30-34	1576	19,4	2622	21,9	4200*	20,9
	35-39	1210	14,9	1612	13,5	2822	14,0
	40-44	503	6,2	513	4,3	1016	5,1
	45 o más	30	0,4	26	0,2	56	0,3
* 2 mujeres de origen desconocido que pertenecen a ese grupo de edad							
Convive en pareja	Si	3234	39,8	6365	53,2	9600	47,8
	No	4873	60,0	5598	46,8	10472	52,1
	No consta	10	0,1	9	0,1	19	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	131	1,6	286	2,4	417	2,1
	Primer grado	990	12,2	2136	17,8	3126	15,6
	Segundo grado	4679	57,6	8150	68,0	12829	63,8
	Tercer grado	2304	28,4	1376	11,5	3681	18,3
	Inclasificable	13	0,2	24	0,2	37	0,2
Ingresos económicos propios	Si	5316	65,5	8357	69,8	13675*	68,1
	No	2650	32,6	3278	27,4	5928	29,5
	Desconocido	151	1,9	337	2,8	488	2,4
*2 mujeres de origen desconocido que pertenecen a ese grupo							
Total		8117	100	11972	100	20091	100

Para el 59,1% era su primera IVE y el 2,2% tenían antecedentes de cuatro ó más. Doce mujeres reportaron más de 10 IVE previas. El porcentaje de mujeres con IVE previa fue mayor en inmigrantes (68,4% vs. 52,8%), así como el porcentaje con tres o más IVE previas (6,7% vs. 3,5%). De las que referían IVE previas, el 7,3% había abortado en el mismo año (Tabla 2).

Como ya se ha mencionado en las tablas 1 y 2 se presenta la distribución de IVE por grupos de edad, convivencia en pareja, nivel de instrucción, ingresos económicos propios, nº de hijos en el momento de la IVE, años desde el último parto, nº de IVE anteriores, años desde la última, según país de origen de la mujer.

Tabla 2
Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres.
Comunidad de Madrid, año 2009 (II).

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		N	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4925	60,7	4373	36,6	9299*	46,3
	1	1666	20,5	3804	31,8	5471*	27,2
	2	1140	14,0	2495	20,8	3635	18,1
	3	276	3,4	889	7,4	1165	5,8
	4 o más	110	1,4	411	3,4	521	2,6
*2 mujeres de origen desconocido que pertenecen a esos grupos							
Si tiene hijos: años desde el último parto	En el mismo año	126	3,9	182	2,4	308	2,8
	1	602	18,9	1059	14,0	1661	15,4
	2	495	15,5	858	11,3	1354*	12,6
	3	419	13,1	747	9,8	1166	10,8
	4	282	8,9	671	8,8	953	8,8
	5	268	8,4	599	7,9	867	8,0
	6 o más	999	31,3	3474	45,7	4473	41,5
	No consta año	1	0,0	9	0,1	10	0,1
Total de las que tienen hijos vivos		3192	100	7599	100	10792*	100
*1 mujer de origen desconocido que pertenece a ese grupo							
Número de IVE previas	Ninguna	5550	68,4	6320	52,8	11870	59,1
	1	1735	21,4	3591	30,0	5328*	26,5
	2	541	6,7	1264	10,5	1805	9,0
	3	190	2,3	450	3,8	640	3,2
	4 o más	101	1,2	347	2,9	448	2,2
*2 mujeres de origen desconocido que pertenecen a ese grupo							
Si ha tenido IVE previas: años desde la última	En el mismo año	179	7,0	420	7,4	599	7,3
	1	592	23,1	1475	26,1	2067	25,1
	2	433	16,9	1128	19,9	1561	19,0
	3	296	11,5	669	11,9	965	11,7
	4	236	9,2	507	9,0	744*	9,1
	5	160	6,2	362	6,4	522	6,3
	6 o más años	667	26,0	1089	19,3	1757*	21,4
	No consta año	4	0,1	3	0,0	7	0,1
Total de las que han tenido IVE previas		2567	100	5653	100	8220	100
*2 notificaciones sin datos de origen pertenecientes a esos grupos							
Total		8116	100	11972	100	20091	100

En el año 2009, se observan diferencias en mujeres inmigrantes respecto a autóctonas, un mayor porcentaje refiere vivir en pareja (53,2% vs. 39,8%); son más las que tienen hijos vivos en el momento de la IVE y las que tienen IVE previas y es mayor el porcentaje que no había acudido a ningún centro de control de anticoncepción en los dos últimos años (69,6% vs. 63,6%).

Tabla 3

Distribución de IVE según utilización de servicios para la planificación familiar y motivo de IVE por país de origen. Comunidad de Madrid, año 2009.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Uso de servicios sanitarios de anticoncepción en los últimos 2 años	Si, público	1916	23,6	3038	25,4	4954	24,7
	Si, privado	938	11,6	438	3,7	1377	6,9
	Otros	82	1,0	134	1,1	216	1,1
	No	5164	63,6	8333	69,6	13498	67,2
	No consta	17	0,2	29	0,2	46	0,2
Dónde se informó de la posibilidad de esta IVE	Centro sanitario público	2535	31,2	4371	36,5	6907	34,4
	Centro sanitario privado	592	7,3	794	6,6	1386	6,9
	Otros	4986	61,4	6802	56,8	11789	58,7
	No consta	4	0,0	5	0,0	9	0,0
Motivo de la IVE	Peligro salud de la embarazada	7792	96,0	11878	99,2	19672	97,9
	Presunción graves taras fetales	315	3,9	89	0,7	404	2,0
	Violación denunciada	0	0,0	1	0,0	1	0,0
	Peligro salud de la embarazada y feto con graves taras	10	0,1	4	0,0	14	0,1
Total		8117	100,0	11972	100,0	20091	100,0

Datos de la intervención

Según el CMBD de 2009 se practicaron 162 abortos voluntarios en hospitales públicos de la CM, aunque solo se notificaron 3; el resto se realizaron en las 6 clínicas privadas autorizadas por la Consejería de Sanidad, en tres de estas clínicas se practican IVE de alto riesgo (>12 semanas).

No haber acudido a ningún servicio de planificación familiar y/o control de métodos anticonceptivos en los 2 años previos fue referido por el 67,2% de las mujeres (69,6% de inmigrantes frente al 63,6% de las españolas) (Tabla 3).

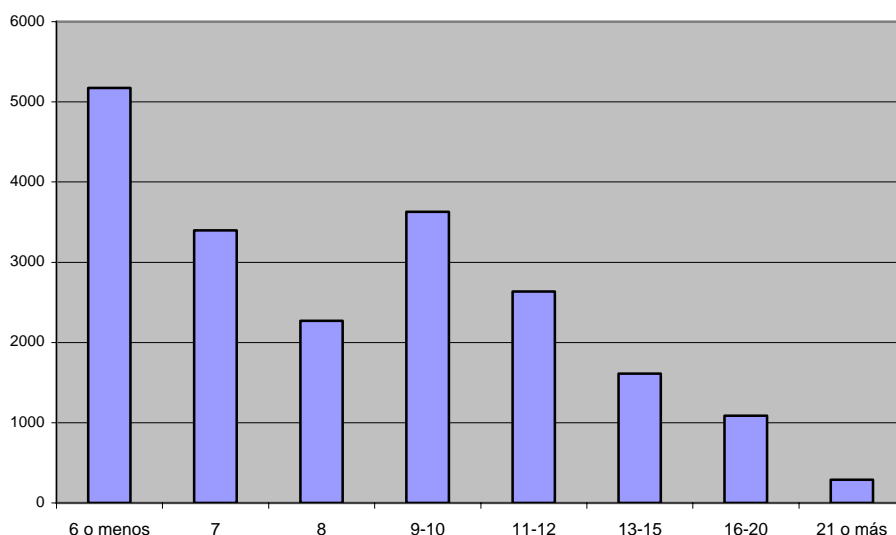
A pesar de que prácticamente la totalidad de las intervenciones se realizaron en centros sanitarios privados, sólo el 6,9% de las mujeres se había informado de la posibilidad de realización de esta IVE en un centro privado. En 2009, sigue aumentando el porcentaje de mujeres que obtienen esa información desde los Centros de Salud (34,4 %, vs. 29,4% en 2008). El 58,7% dicen haberse informado en otras fuentes (prensa, internet, amigos...) (Tabla 3).

Un 28,7% de las IVE fueron concertadas con la administración sanitaria y sufragadas por la misma.

El peligro para la salud física o psíquica de la embarazada fue el motivo de la IVE en el 97,9% de los casos. Al 2,0% de las mujeres residentes en la CM se les realizó una IVE por presunción de graves taras fetales (Tabla 3). Dentro de este motivo, las causas más frecuentes fueron las cromosopatías y de ellas 108 (26,5%) correspondieron a la trisomía 21 o síndrome de Down.

El 54% de los abortos voluntarios se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,8% después de la semana 15 (Figura 1). El porcentaje de mujeres a las que se realizó una IVE precoz (con ≤ 8 semanas de gestación) aumentaba con la edad, sobre todo para las IVE que se realizaron de ≤ 6 semanas, mientras que el porcentaje de IVE tardías (>15 semanas de gestación) fue mayor en menores de 20 años (8,6%). De las 287 IVE realizadas con embarazos de más de 20 semanas, el 16,7% se practicaron a menores de 20 años (Figura 2).

Figura 1
Distribución del nº de IVE por semanas de gestación.
Comunidad de Madrid, año 2009.



De las IVE realizadas por peligro para la salud física o psíquica de la mujer, el 95% se practicaron con ≤ 15 semanas de gestación. El motivo de la IVE en inmigrantes fue con más frecuencia que en autóctonas el peligro para la salud física o psíquica de la embarazada (Tabla 3).

Respecto a las semanas de gestación, las mujeres de origen extranjero accedieron más tardíamente a la IVE aunque el motivo de la misma no fuera la presunción de graves taras fetales.

Figura 2
Porcentaje de IVE según semanas de gestación y edad de la mujer.
Comunidad de Madrid, año 2009

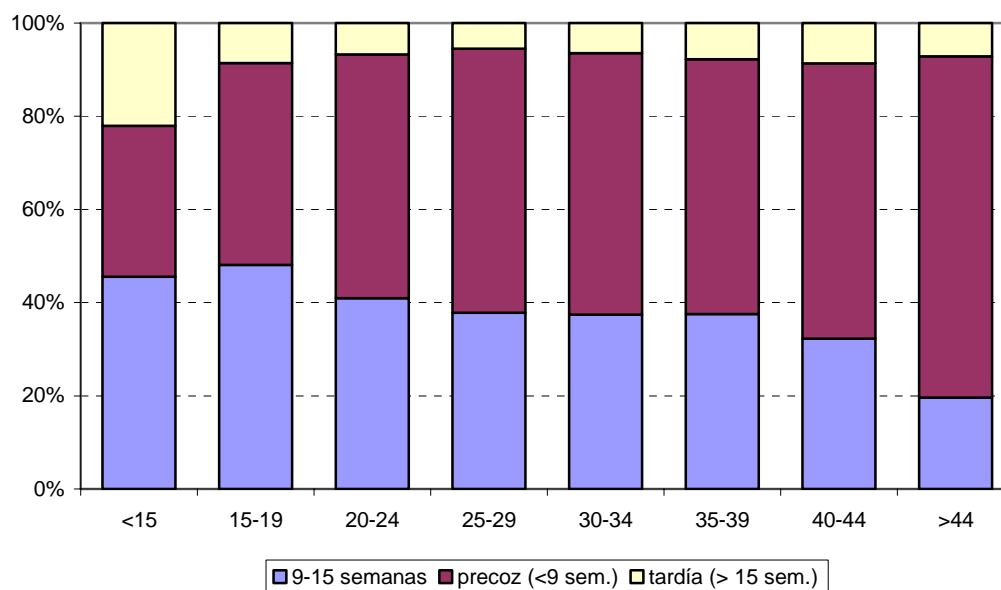


Tabla 4
Distribución de IVE según tipo de centro, semanas de gestación y método de intervención por país de origen. Comunidad de Madrid, año 2009

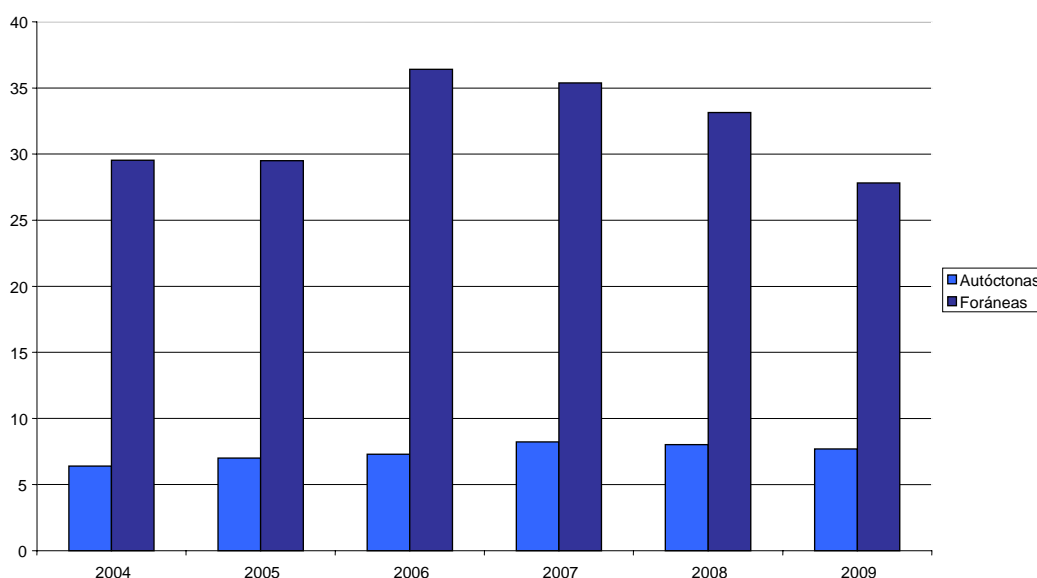
		País de origen				Total			
		España		Otro país		n		%	
		N	%	n	%				
Tipo de Centro	Privado	8115	100	11972	100	20089	100		
	Público	2	0,0	0	0,0	2	0,0		
Financiación pública	No	6067	74,7	8261	69,0	14328*	71,3		
	Si	2050	25,3	3711	31,0	5762	28,7		
*+ 1 mujer de origen desconocido que pertenece a ese grupo									
Semanas de gestación	≤ 8 semanas (precoz)	4822	59,4	6018	50,3	10841*	54,0		
	>8 y ≤ 15 semanas	2743	33,8	5156	43,1	7900*	39,3		
	> 15 semanas(tardía)	552	6,8	798	6,6	1350	6,7		
*2 mujeres de origen desconocido que pertenecen a esos grupos									
Método de la intervención	Aspiración	7156	88,2	10683	89,2	17841*	88,8		
	Dilatación	272	3,4	429	3,6	701	3,5		
	Legrado	258	3,2	526	4,4	784	3,9		
	RU-486	284	3,5	156	1,3	440	2,2		
	Otros	147	1,8	178	1,5	325	1,6		
*2 mujeres de origen desconocido que pertenecen a ese grupo									
Total		8117	100	11972	100	20091	100		

2.- EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE IVE EN MUJERES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID, PERÍODO 2000-2009.

En los últimos años la inmigración ha tenido un crecimiento exponencial en la CM. Desde 2004, que disponemos de la variable país de origen para el registro de IVE, el porcentaje de IVE de esa población respecto al total ha ido incrementándose hasta 2008, en 2004 fue el 52% y alcanzó el 61% en 2008, en 2009 se ha experimentado una disminución situándose en el 59,6%; también se ha observado esa disminución cuando nos referimos a las tasas.

En la figura 3 se presenta la evolución de las tasas de IVE en mujeres en edad fértil según país de origen. La tasa para el 2004 en población foránea fue de 29,53, aumentando hasta un 33,14 en 2008 para disminuir a 27,81 por mil mujeres de 15 a 44 años en 2009.

Figura 3
Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil.
Comunidad de Madrid, período 2004-2009.

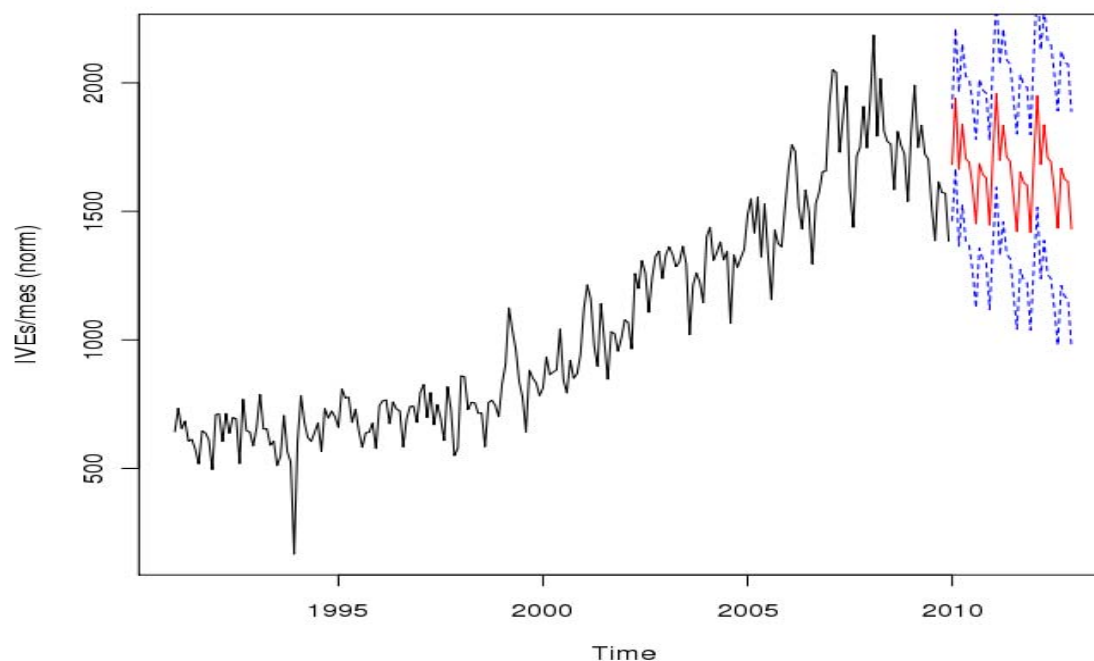


Tasa de incidencia y razón de IVE

Entre 2000 y 2009 se han notificado a la CM 161.905 IVE de mujeres residentes en la Región. La tasa anual de IVE por mil mujeres en edad fértil (15-44 años) mostró un patrón creciente desde el año 2000 (tasa 8,5) hasta el año 2008 (tasa 14,95). En el año 2009 descendió a 13,54.

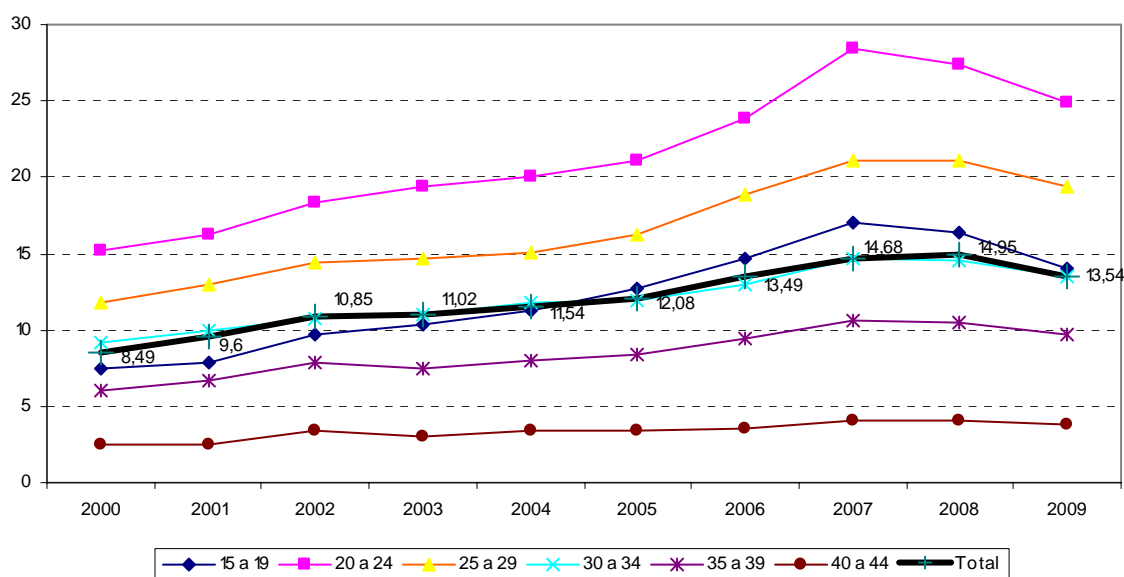
Se ha realizado un análisis de series temporales para estudiar la evolución de la incidencia de las IVE. El ajuste de la serie se ha establecido en períodos cuatrisesmanales con un modelo univariante mediante enfoque de BOX-Jenkins. La serie cuatrisesmanal se ha ajustado a un modelo ARIMA (1, 0, 0)(1, 1, 0) con coeficiente AR 0,7482 (DE 0,0471) y SAR -0,4552 (DE 0,0615) (Figura 4).

Figura 4
Serie temporal del nº de IVE enero 1990 a diciembre 2009 e IVE pronosticada para los años 2010 a 2012 según modelo ARIMA.



Por edad, se observa una disminución de las tasas para todos grupos de edad, siendo las más altas en las mujeres de 20-24 años (25 por mil) y las más bajas en las de 40-44 años (3,7 por mil). Las mujeres de 30-34 años presentan una equiparación de tasa con la total en todo el decenio (Figura 5).

Figura 5
Evolución de las tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil y grupos de edad. Comunidad de Madrid, período 2000-2009.



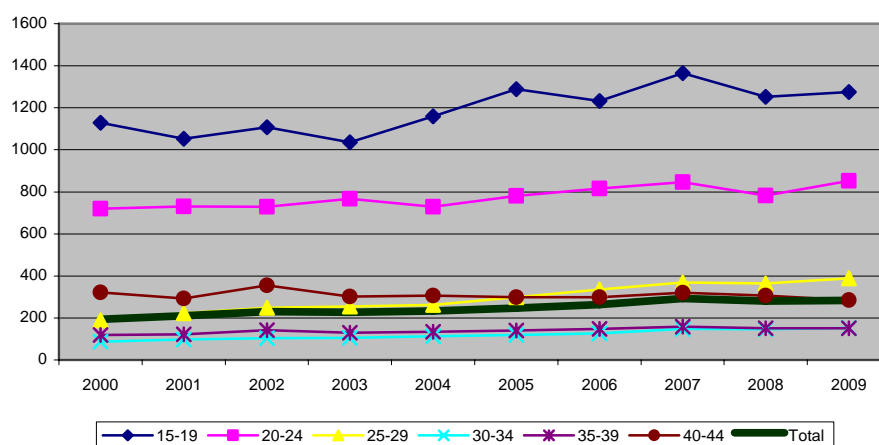
En cuanto a las tasas por municipios con más de 20.000 mujeres en edad fértil, este descenso se ve en todos los grandes municipios de la comunidad salvo en Parla, que además de tener la mayor tasa, ésta ha aumentado año a año, aunque muy ligeramente entre 2008 y 2009 (Tabla 5).

Tabla 5
Tasas de IVE por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) por municipio.
Comunidad de Madrid, período 2000-2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. HENARES	5,81	7,75	9,83	10,57	11,00	11,11	13,38	15,40	14,00	12,52
ALCOBENDAS	7,22	8,33	9,10	9,00	10,20	10,98	12,88	12,87	15,19	13,40
ALCORCON	7,01	7,23	9,30	8,01	9,78	8,65	9,18	10,52	9,43	9,21
FUENLABRADA	6,91	8,13	7,88	8,36	9,11	10,20	10,16	11,65	12,02	11,18
GETAFE	5,46	4,99	5,98	7,10	6,96	8,16	9,66	11,07	11,13	10,70
LEGANES	7,22	7,43	9,00	8,43	9,80	9,40	10,58	12,62	12,19	11,25
MADRID	10,32	11,78	12,79	13,14	13,67	14,55	16,32	18,81	17,77	15,73
MOSTOLES	7,00	8,78	10,38	8,76	9,05	8,81	10,20	11,19	11,00	10,66
PARLA	5,87	7,27	8,91	9,96	9,94	11,44	14,73	15,86	17,41	17,49
T. ARDOZ	8,99	8,17	11,67	11,96	13,56	13,83	14,81	18,90	19,14	15,44
RESTO CM	6,08	6,74	8,42	8,51	8,79	9,03	9,89	11,34	11,82	10,85
TOTAL CM	8,49	9,60	10,85	11,02	11,54	12,08	13,49	14,68	14,95	13,54

En el decenio 2000-2009, la razón de IVE: número de IVE por 1000 nacidos vivos, ha pasado de 193 a 284. En todos los grupos de edad analizados, esta razón se ha incrementado, salvo en el de 40-44 que ha disminuido (Figura 6).

Figura 6
Nº de IVE por mil nacidos vivos en mujeres en edad fértil (15-44 años) por grupos de edad. Comunidad de Madrid, período 2000-2009.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En 2009 se registró en la CM una tasa de IVE de 13,54 por mil mujeres en edad fértil, cambiando la tendencia ascendente observada desde el comienzo del registro hasta 2007, y que se estacionó en 2008. El descenso en 2009 afecta tanto a población española como a la población inmigrante. No obstante, el alto porcentaje de IVE en extranjeras (59,6%), nos alerta acerca de la magnitud de este problema y nos exige el esfuerzo de intervención específica con esta población.

En esta reducción podrían influir varios factores entre ellos la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia. En la CM. aún no disponemos de datos que avalen esta relación, sin embargo según estudios realizados en Andalucía se considera probable que, a la progresiva disminución de sus tasas de IVE en mujeres españolas haya contribuido la oferta de la anticoncepción de emergencia que desde 2001 se realiza en esa Comunidad¹.

Los sistemas sanitarios tienen un papel muy relevante, mediante la educación para la salud y programas específicos, en la prevención de embarazos no deseados. El acceso sin barreras a los anticonceptivos de última generación, puede contribuir a mantener la tendencia descendente que se ha observado por primera vez este año. En 2009 más del 65% de las mujeres no habían acudido a ningún centro de Planificación Familiar y/o control de métodos anticonceptivos y el 59% habían recibido información acerca de la IVE por fuentes diferentes a los centros sanitarios. Por tanto parece necesario mejorar la información de las prestaciones existentes y de las maneras de acceder a las mismas. Esta información debería ir dirigida especialmente a adolescentes e inmigrantes. Las adolescentes por ser las que solicitan IVE más tardíamente. Las mujeres inmigrantes porque acuden menos que las españolas a consultas de planificación familiar.

Así mismo, los resultados sobre IVE previas recomiendan incluir el asesoramiento anticonceptivo entre las funciones de las clínicas que practican IVE, de esa forma se garantiza el acceso a información sobre anticoncepción de manera inmediata y dirigida a las características de cada mujer. Esta función podría ser considerada como un criterio de calidad y acreditación para la concertación de IVE. Además para mejorar la labor preventiva, habría que seguir estudiando los condicionamientos culturales o de cualquier otra índole que lleva a las mujeres a pasar por la IVE y por la IVE de repetición.

Las razones para no utilizar métodos anticonceptivos que refieren las mujeres en un estudio realizado en la CM son entre otras, el temor a los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales o el DIU, la dificultad para negociar el uso del preservativo con la pareja sexual (con diferencias significativas ($p < 0.05$) entre españolas e inmigrantes) y también un porcentaje reducido pero estadísticamente significativo de mujeres inmigrantes, consideran en mayor medida que las autóctonas que el uso de anticoncepción es innecesario porque se puede recurrir al aborto ($p < 0.05$)². Más allá de la información sobre métodos anticonceptivos, por otra parte suficientemente extendida, habría que involucrar a la pareja cuando exista, en la responsabilidad del comportamiento sexual y reproductivo, siendo necesario para ello, diseñar e implementar programas desde una perspectiva de género en todos los ámbitos sanitarios.

Desde el comienzo de la vigilancia epidemiológica hasta hoy, el registro ha ido mejorando y se puede afirmar que ya en 2009 la exhaustividad en la cumplimentación de los datos de las IVE es muy buena aunque algunos aspectos de la hoja protocolizada de notificación, requieren revisión y actualización. En el mes de julio de 2010, entra en vigor la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, y este cambio obligará también a revisar las variables registradas en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Vizuite. La IVE en Andalucía: logros y retos. Jornadas Aborto: derecho y salud. Federación de Planificación Familiar. Madrid, mayo 2009 (en prensa).
2. Izarra C, del Rio I, López-Gay D, Mazarrasa L, Llacer A, Castelló A, Morales C, Bolumar F. Conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres autóctonas e inmigrantes que solicitan interrupción voluntaria del embarazo en la Comunidad de Madrid. Comunicación al Congreso Estatal de Planificación Familiar. Barcelona 14, 15 y 16 de noviembre de 2007.
3. Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, años 2001 a 2003. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2 (volumen 10 febrero, 2004).
4. Dulce López-Gay, Concepción Izarra Pérez. Interrupciones voluntarias de embarazos (IVE) realizadas en la Comunidad de Madrid (CM), año 2004. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 3 (volumen 11 marzo, 2005).



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid Año 2010, semanas 18 a 21 (del 2 al 29 de mayo de 2010)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	1	4	0	0	0	3	1	5	0	2	0	4	1	2	0	1	0	0	2	3	1	5	6	29	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Meningitis bacterianas, otras	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	4	0	0	0	1	0	11	
Meningitis víricas	0	5	0	1	3	3	0	2	5	5	2	7	2	4	8	21	1	8	1	6	0	13	22	75	
Enf. neumocócica invasora	0	12	1	13	1	9	0	15	0	9	2	15	0	13	5	21	1	13	1	6	0	14	11	140	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	1	7	6	11	0	1	2	4	1	9	2	4	1	11	0	3	0	3	0	7	3	13	16	73	
Hepatitis B	0	3	0	2	1	2	1	3	2	7	2	4	0	4	1	4	0	1	2	3	0	6	9	39	
Hepatitis víricas, otras	0	2	0	6	0	2	1	1	0	1	0	2	2	3	0	1	0	0	1	1	0	5	4	24	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	19	617	15	270	11	313	12	371	35	614	40	658	79	482	14	384	9	278	19	263	28	545	281	4795	
Legionelosis	0	2	0	4	0	1	0	4	1	2	0	2	0	0	1	4	1	4	0	2	0	1	3	27	
Varicela	135	547	36	267	121	310	50	219	60	362	75	446	47	210	74	256	111	494	60	429	140	536	909	4076	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	3	10	3	15	0	3	3	10	2	12	0	11	8	32	0	2	2	10	0	4	1	10	22	119	
Sífilis	4	11	1	19	3	5	2	16	6	22	10	20	23	106	2	8	1	16	1	3	6	47	59	273	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	
Leishmaniasis	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	2	3	0	1	0	0	3	8	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parotiditis	10	46	1	15	8	25	6	25	6	47	11	33	5	25	4	25	4	12	8	19	1	27	64	299	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tos ferina	0	6	0	0	0	5	3	7	0	1	11	34	1	1	2	3	1	2	6	9	29	53	53	121	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	5	1	3	1	2	0	0	0	4	0	1	0	2	0	2	2	12	0	3	0	1	4	35	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	14	59	4	13	2	22	4	18	8	47	4	25	3	34	2	11	6	24	4	17	6	61	58	349	
TB, otras*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf notificad sist especiales																									
E. E. T. H.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A. (<15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Poblaciones**	752.687		444.557		350.313		575.937		752.006		650.956		532.912		472.572		397.579		328.701		823.469		6.081.689		
Cobertura de Médicos																									

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2008 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 18 a 21 (del 2 al 29 de mayo de 2010)

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.

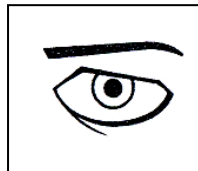
Brotes de origen alimentario. Año 2010. Semanas 18-21

Lugar de consumo	Año 2010						Año 2009		
	Semanas 18-21			Semanas 1-21			Semanas 1-21		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	0	0	0	7	681	17	6	587	26
Restaurantes, bares y similares	3	38	3	15	78	8	14	115	6
Residencias no geriátricas	1	60	4	1	60	4	2	112	0
Domicilios	1	9	3	5	27	6	8	32	4
Otros lugares	0	0	0	2	8	0	0	0	0
Centros sanitarios	0	0	0	0	0	0	1	5	0
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	2	89	1
Total	5	107	10	30	854	35	33	940	37

Brotes de origen no alimentario. Año 2010. Semanas 18-21

Tipo de brote*	Año 2010						Año 2009		
	Semanas 18-21			Semanas 1-21			Semanas 1-21		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	2	21	0	23	760	4	13	424	1
Eritema infeccioso	0	0	0	2	25	0	1	5	0
Conjuntivitis vírica	0	0	0	1	11	0	3	208	0
Tos ferina	1	4	0	2	7	0	1	3	0
Enfermedad mano-pie-boca	1	6	0	1	6	0	0	0	0
Escarlatina	0	0	0	1	6	0	2	5	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Psitacosis	0	0	0	1	3	1	0	0	0
Sarampión	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Varicela	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	1	2	0	5	14	1
Total	4	31	0	35	831	5	25	659	2

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2010, semanas 18 a 21
(Del 2 al 29 de mayo de 2010)

Esta sección incluye información 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. Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2006" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de mayo 2007, Vol. 13, nº 5, disponible en www.madrid.org). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en la misma página de internet.

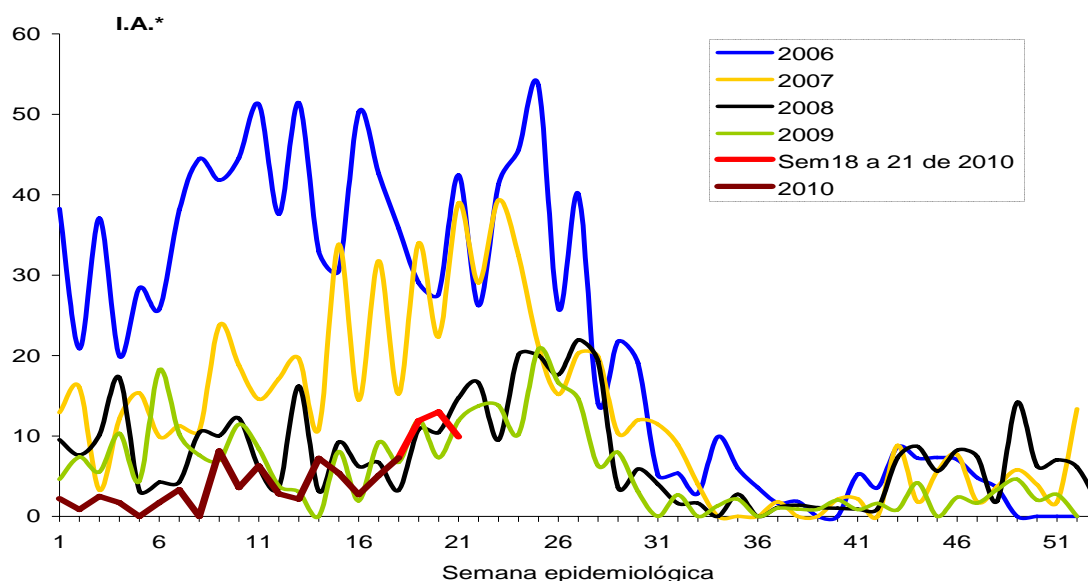
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura de notificación alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 62,3% (nº de semanas en que se ha enviado notificación con o sin casos / nº de semanas teóricas x 100).

VARICELA

Durante las semanas 18 a 21 del año 2010 han sido declarados 45 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 44,1 casos por 100.000 personas (IC 95%: 31,2–57,0). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006-2009 y de la semana 1 a la 21 de 2010.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006-2009 y semana 1 a 21 de 2010.

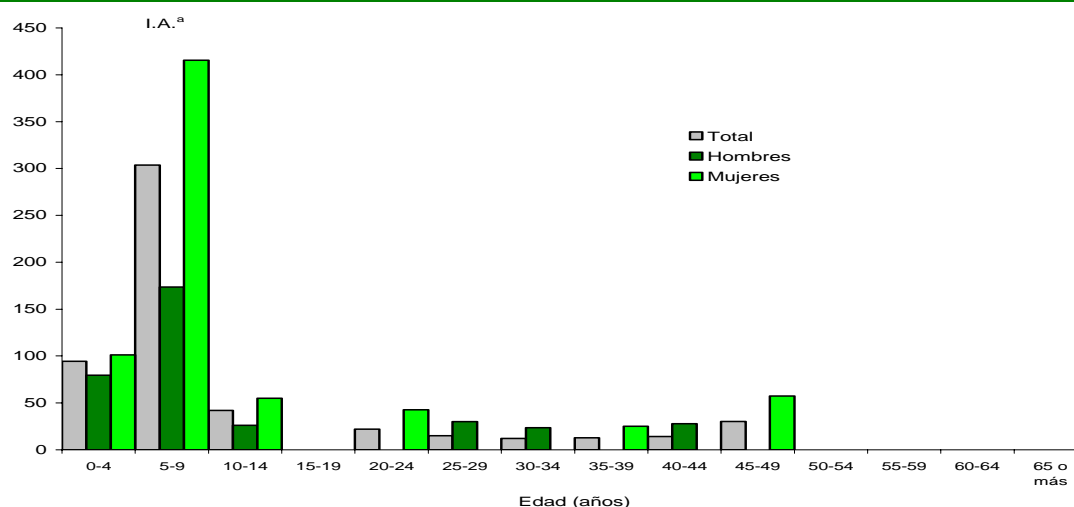


* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los 45 casos notificados, 16 casos se dieron en hombres (35,6%) y 29 en mujeres (64,4%). La edad se conoció en el 100% de los casos: 35 (77,8%) tenían menos de 10 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En 2 casos (4,4%) se registró una sobreinfección bacteriana como complicación y ninguno requirió derivación hospitalaria.

En 17 casos (37,8%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, en 2 casos (4,4%) con un caso de herpes zóster, y 9 casos (20%) se dieron en el contexto de un brote. En el resto se desconocía. El lugar de exposición declarado fue en 21 casos (46,7%) en el colegio o guardería y 1 (2,2%) en el hogar. Para el resto de casos, el lugar de exposición era otro o desconocido (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2010



ª Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

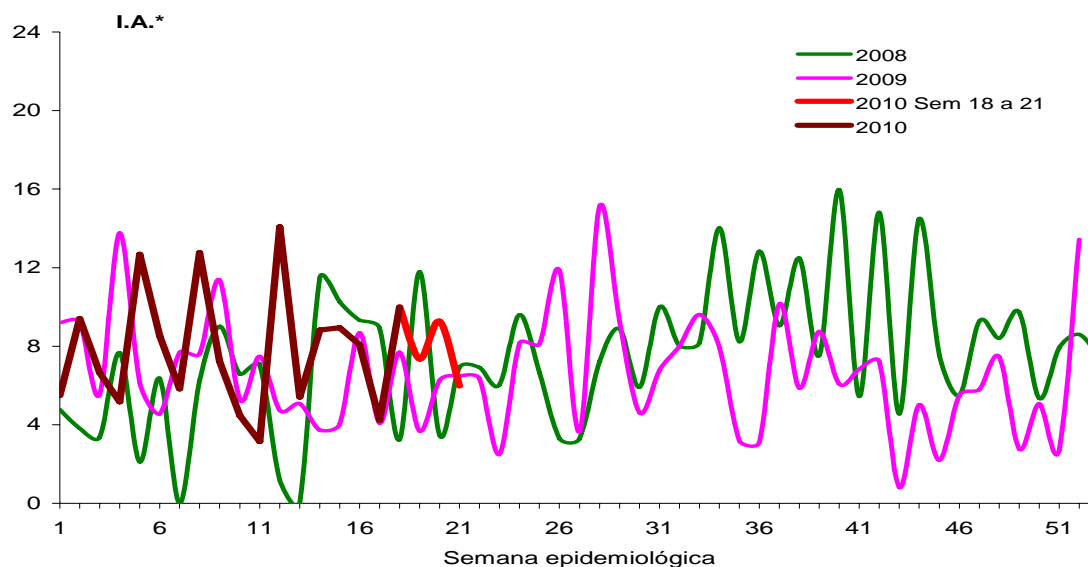
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 del año 2010.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	17	(37,8)
Caso de herpes zóster	2	(4,4)
Brote de varicela	9	(20,0)
Desconocido	17	(37,8)
Total	45	(100)
Lugar de exposición		
Colegio	21	(46,7)
Hogar	1	(2,2)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	23	(51,1)
Total	26	(100)

HERPES ZÓSTER

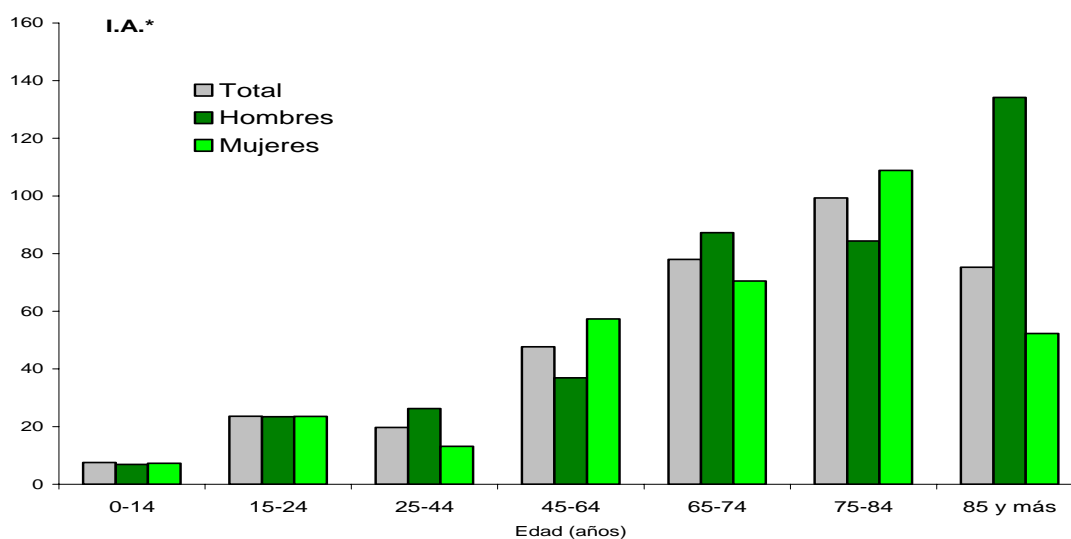
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 35 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2010, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 33,4 por 100.000 habitantes (IC 95%: 22,3 – 44,5). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008, 2009 y las semanas 1 a 21 de 2010. El 54,3% de los casos se dio en mujeres (19 casos) y el 45,7% en hombres (16 casos). La mediana de edad fue de 58 años con un mínimo de 7 y un máximo de 91 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2008, 2009 y semanas 18 a 21 de 2010.



* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

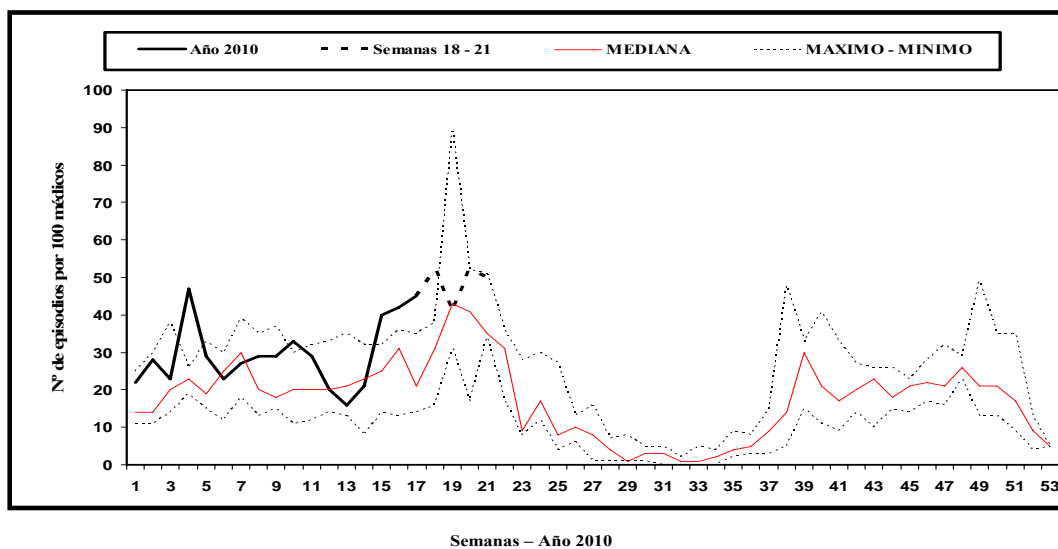
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2010



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2010 Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2010.

	Semanas 18 a 21	Año 2010
Gripe*	6	2689
Varicela	45	107
Herpes zoster	35	183
Crisis asmáticas	195	698

* Desde la semana 40 de 2009 hasta la 20 de 2010



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Situación del VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Mortalidad. Enero 2005 a Mayo 2010.

Los datos presentados a continuación son los recogidos por el Servicio de Epidemiología de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid (CM) hasta el 31 de mayo de 2010. Los datos correspondientes al periodo 2008-2010 todavía no están consolidados.

Desde el año 2005 hasta el 31 de mayo de 2010 se han notificado 1277 fallecimientos en pacientes con infección por VIH. De ellos, 908 (71,1%) habían sido diagnosticados de sida.

Gráfico 1. Distribución según edad al fallecimiento.

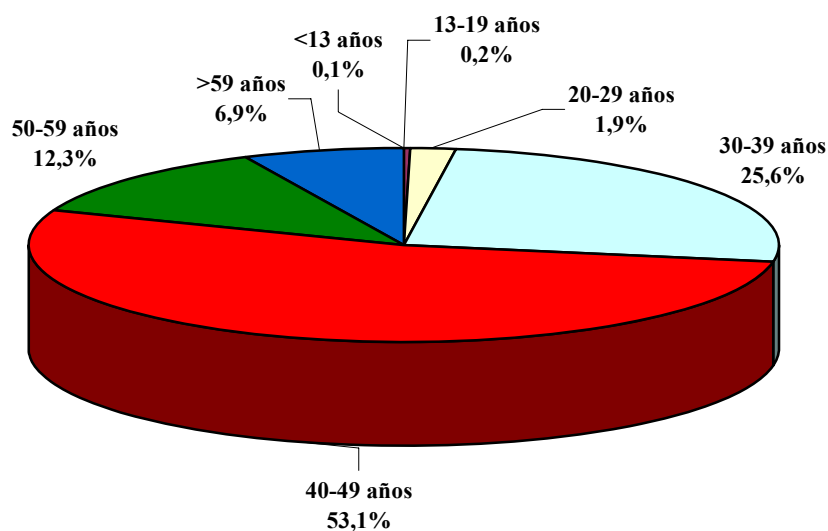


Tabla 1. Distribución según mecanismo de transmisión y sexo.

	Hombre	Mujer	Total
UDI	734 70,0%	158 69,3%	892 69,8%
HSH	127 12,1%		127 9,9%
HTX	74 7,0%	51 22,4%	125 9,8%
Sexual (s.e.)	2 0,2%		2 0,2%
Otros	5 0,5%	4 1,7%	9 0,7%
Desc/NC	107 10,2%	15 6,6%	122 9,6%
Total	1049 100,0%	228 100,0%	1277 100,0%

* UDI: usuarios de drogas inyectadas. HSH: hombres que tienen sexo con hombres.
HTX: relaciones heterosexuales. Sexual (s.e.): transmisión sexual sin especificar

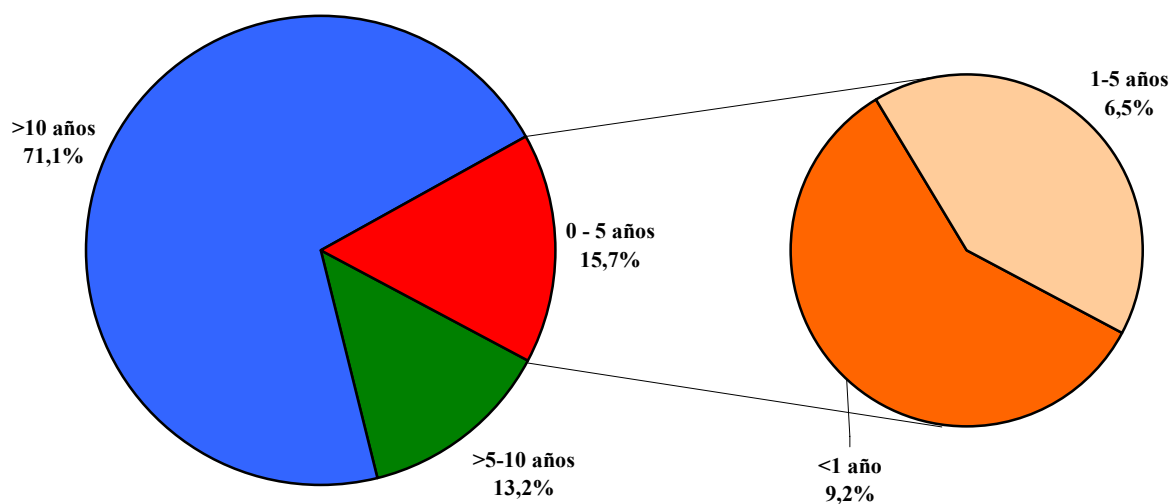
Tabla 2. Distribución según mecanismo de transmisión y país de nacimiento.

	España	Otro	Total
UDI	879 73,1%	13 17,3%	892 69,8%
HSH	107 8,9%	20 26,7%	127 9,9%
HTX	98 8,1%	27 36,0%	125 9,8%
Sexual (s.e.)	2 0,2%	-	2 0,2%
Otros	7 0,6%	2 2,7%	9 0,7%
Desc/NC	109 9,1%	13 17,3%	122 9,6%
Total	1202 100,0%	75 100,0%	1277 100,0%

* UDI: usuarios de drogas inyectadas. HSH: hombres que tienen sexo con hombres.
HTX: relaciones heterosexuales. Sexual (s.e.): transmisión sexual sin especificar

Gráfico 2.

Distribución según años transcurridos entre el diagnóstico de infección VIH y éxitus.



Mediana de años entre el diagnóstico de infección VIH y éxitus: 14,3 años



RESUMEN CUATRIMESTRAL DE TUBERCULOSIS, LEGIONELA, ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA Y ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA.

En esta sección aparecerá periódicamente información de distintas enfermedades y sistemas de vigilancia seleccionados por su interés. Los informes anuales se publicarán una vez concluido el año natural.

Registro Regional de casos de tuberculosis

En este informe se presentan los datos provisionales del año 2010, de la semana 1 a la 17, recogidos en el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

Se incorporan en el Registro como caso de tuberculosis: al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y / o cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis*; o al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses, o menos si se le retira el mismo por efectos secundarios o fallece.

Las fuentes de información del Registro son: los profesionales de atención primaria y especialistas, mediante la notificación a las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), los laboratorios de microbiología que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado de micobacterias, los servicios de Anatomía Patológica, el Registro de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid, el sistema de información correspondiente al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización y otras fuentes (servicios de admisión hospitalaria, servicios de farmacia hospitalaria y de atención primaria, Instituciones Penitenciarias, funeraria...etc).

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa/recogida pasiva de los datos en las fuentes mencionadas. El cierre de la información para cada año, se realiza a 30 de junio del año siguiente, con objeto de incluir información sobre el seguimiento del tratamiento.

El último informe publicado a nivel Regional con información consolidada corresponde al Informe anual del registro de casos de tuberculosis del 2008 que aparece en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de diciembre 2008; 12(15).

Gráfico 1. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1998 – Primer trimestre 2010*

*Datos provisionales (2009 y semanas 1 a 17 de 2010)

Tabla 1. Número de casos de tuberculosis detectados en el primer trimestre de 2010 (semanas 1-17), localización pulmonar, según sexo y grupo de edad. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

	N	%	Tasa de incidencia por 100.000 hab.
Casos detectados	390	100	4,84
Casos detectados de localización pulmonar	214	69,3	3,35
Sexo: Hombres	205	66,3	6,62
Mujeres	104	33,7	3,16
Grupos de edad: 0-14 años	14	4,5	1,47
15-24 años	32	10,4	4,66
25-44 años	149	48,2	6,51
45-64 años	65	21,0	4,23
>64 años	49	15,9	5,32

Datos provisionales. Casos de tuberculosis con domicilio en la Comunidad de Madrid.

Tabla 1.- TUBERCULOSIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios, por 100.000 habitantes. Semanas 1-17 de 2010. Comunidad de Madrid.

Área - Distrito Sanitario			Población	Casos*	Incidencia por 100,000
ÁREA	1	Sur-Este	795.102	48	6,04
	1.1	Arganda	174.764	6	3,43
	1.2	Moratalaz	172.879	12	6,94
	1.3	Retiro	123.505	7	5,67
	1.4	Vallecas	323.954	23	7,10
ÁREA	2	Centro_Norte	458.327	10	2,18
	2.1	Coslada	165.302	4	2,42
	2.2	Salamanca	147.349	2	1,36
	2.3	Chamartín	145.676	4	2,75
ÁREA	3	Este	365.373	19	5,20
	3.1	Alcalá de Henares	247.211	11	4,45
	3.2	Torrejón de Ardoz	118.162	8	6,77
ÁREA	4	Noreste	601.061	14	2,33
	4.1	Ciudad Lineal	228.174	11	4,82
	4.2	San Blas	156.577	1	0,64
	4.3	Hortaleza	216.310	2	0,92
ÁREA	5	Norte	807.611	38	4,71
	5.1	Alcobendas	307.374	15	4,88
	5.2	Colmenar Viejo	119.561	1	0,84
	5.3	Tetuán	155.827	13	8,34
	5.4	Fuencarral	224.849	9	4,00
ÁREA	6	Oeste	687.031	21	3,06
	6.1	Majadahonda	324.515	10	3,08
	6.2	Collado Villalba	244.402	6	2,45
	6.3	Moncloa	118.114	5	4,23
ÁREA	7	Centro-Oeste	544.808	34	6,24
	7.1	Centro	140.655	13	9,24
	7.2	Chamberí	147.406	10	6,78
	7.3	Latina	256.747	11	4,28
ÁREA	8	Sur-Oeste I	487.847	9	1,84
	8.1	Móstoles	220.313	5	2,27
	8.2	Alcorcón	167.967	1	0,60
	8.3	Navalcarnero	99.567	3	3,01
ÁREA	9	Sur Oeste II	406.712	18	4,43
	9.1	Leganés	186.066	8	4,30
	9.2	Fuenlabrada	220.646	10	4,53
ÁREA	10	Sur I	358.857	24	6,69
	10.1	Parla	191.693	11	5,74
	10.2	Getafe	167.164	13	7,78
ÁREA	11	Sur II	874.203	57	6,52
	11.1	Aranjuez	176.281	6	3,40
	11.2	Arganzuela	153.586	8	5,21
	11.3	Villaverde	148.667	12	8,07
	11.4	Carabanchel	255.458	18	7,05
	11.5	Usera	140.211	12	8,56
Total			6.386.932	292	4,57
Sin zonificar(albergue, prisión, calle)				17	
Total				309	4,84

LEGIONELOSIS

La legionelosis es una enfermedad de notificación obligatoria en la Comunidad de Madrid desde enero de 1997 (Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales).

En el periodo comprendido entre las semanas 1 y 17 del año 2010 se han notificado 24 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de 0,38 casos por 100.000 habitantes, el doble a la del mismo periodo del año 2009 (0,19 por 100.000 hab.) En el gráfico 1 se presenta el canal epidémico de casos de legionelosis notificados de 2005 a primer cuatrimestre de 2010 por semana epidemiológica.

Según género, 18 casos (75,0%) eran varones y 6 mujeres (25,0%). La mediana de edad fue de 58 años con un rango entre los 42 y 92 años.

En relación con los factores predisponentes se observa que el 41,7 era fumador, el 25% presentaba el antecedente de diabetes mellitus, el 16,7% tenía una neuropatía como patología de base, y un caso padecía EPOC.

Según área sanitaria los casos se distribuyeron en las áreas 1 (2 casos), 2 (4 casos), 3 (1 caso), 4 (4 casos), 5 (1 caso), 6 (2 casos) en las áreas 8 y 9 (3 casos respectivamente), en el área 10 (dos casos) y en la 11 (1 caso). La distribución por distritos (Tabla 1) fue dispersa salvo en Chamartín, Hortaleza y Fuenlabrada. En los dos primeros distritos un caso tenía el antecedente de viaje y en Fuenlabrada la fecha de inicio de síntomas fue en las semanas 2 y 4 respectivamente y las zonas básicas fueron en un caso Panaderas y en el otro Canarias/Málaga.

En tres casos se recogió el antecedente de viaje en los últimos 10 días antes de la fecha de inicio de síntomas, formando dos de ellos parte de un brote fuera de nuestra Comunidad Autónoma. El resto de casos se clasificaron como casos comunitarios.

El 100% de los casos fueron confirmados por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina.

Gráfico 1.- LEGIONELOSIS. Canal epidémico de casos de legionelosis. Comunidad de Madrid. Año 2010 (semanas 1-17)

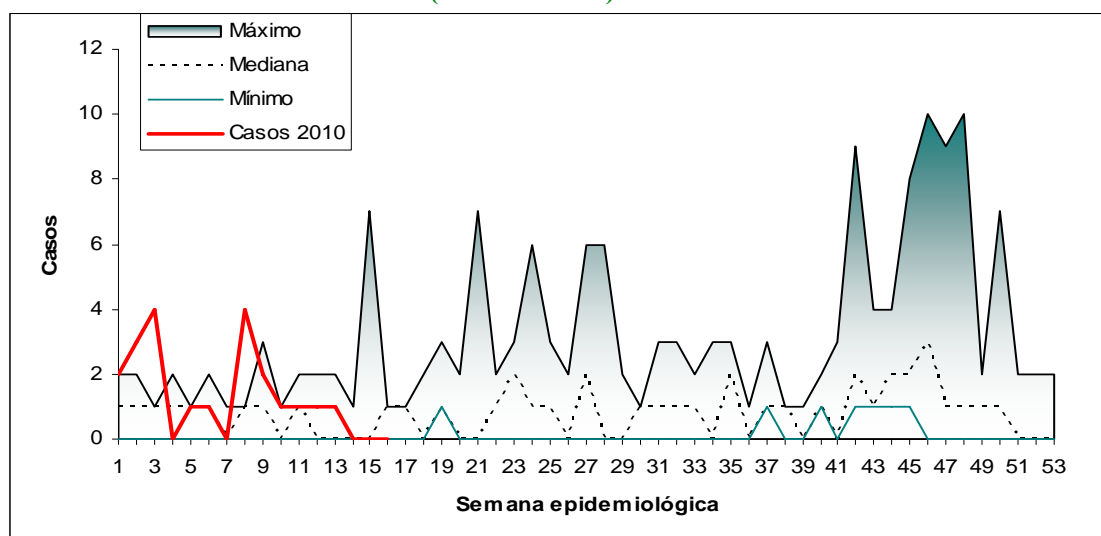


Tabla 1.- LEGIONELOSIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios, por 100.000 habitantes. Semanas 1-17 de 2010. Comunidad de Madrid.

Área - Distrito Sanitario			Población	Casos*	Incidencia por 10 ⁵
ÁREA	1	Sur-Este	795.102	2	0,25
	1.1	Arganda	174.764	1	0,57
	1.2	Moratalaz	172.879	1	0,58
	1.3	Retiro	123.505	0	0,00
	1.4	Vallecas	323.954	0	0,00
ÁREA	2	Centro_Norte	458.327	4	0,87
	2.1	Coslada	165.302	1	0,60
	2.2	Salamanca	147.349	1	0,68
	2.3	Chamartín	145.676	2	1,37
ÁREA	3	Este	365.373	1	0,27
	3.1	Alcalá de Henares	247.211	0	0,00
	3.2	Torrejón de Ardoz	118.162	1	0,85
ÁREA	4	Noreste	601.061	4	0,67
	4.1	Ciudad Lineal	228.174	1	0,44
	4.2	San Blas	156.577	1	0,64
	4.3	Hortaleza	216.310	2	0,92
ÁREA	5	Norte	807.611	1	0,12
	5.1	Alcobendas	307.374	0	0,00
	5.2	Colmenar Viejo	119.561	0	0,00
	5.3	Tetuán	155.827	0	0,00
	5.4	Fuencarral	224.849	1	0,44
ÁREA	6	Oeste	687.031	2	0,29
	6.1	Majadahonda	324.515	1	0,31
	6.2	Collado Villalba	244.402	0	0,00
	6.3	Moncloa	118.114	1	0,85
ÁREA	7	Centro-Oeste	544.808	0	0,00
	7.1	Centro	140.655	0	0,00
	7.2	Chamberí	147.406	0	0,00
	7.3	Latina	256.747	0	0,00
ÁREA	8	Sur-Oeste I	487.847	3	0,61
	8.1	Móstoles	220.313	1	0,45
	8.2	Alcorcón	167.967	1	0,60
	8.3	Navalcarnero	99.567	1	1,00
ÁREA	9	Sur Oeste II	406.712	3	0,74
	9.1	Leganés	186.066	1	0,54
	9.2	Fuenlabrada	220.646	2	0,91
ÁREA	10	Sur I	358.857	2	0,56
	10.1	Parla	191.693	1	0,52
	10.2	Getafe	167.164	1	0,60
ÁREA	11	Sur II	874.203	1	0,11
	11.1	Aranjuez	176.281	1	0,57
	11.2	Arganzuela	153.586	0	0,00
	11.3	Villaverde	148.667	0	0,00
	11.4	Carabanchel	255.458	0	0,00
	11.5	Usera	140.211	0	0,00
Total				23	
Desconocido				1	
Total			6.386.932	24	0,38

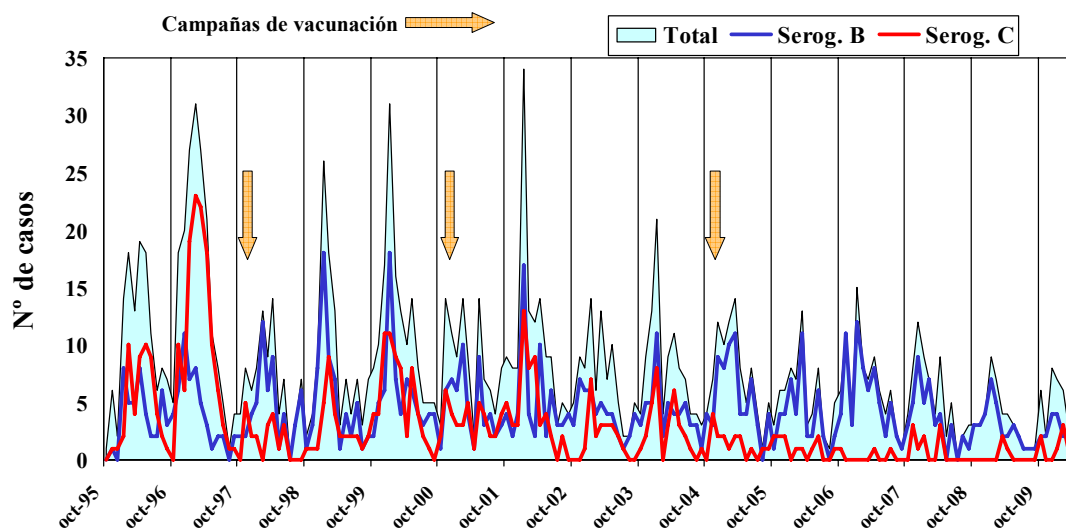
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

La enfermedad meningocócica es una de las enfermedades infecciosas que en la actualidad, aún en los países desarrollados, pueden ocasionar la muerte de sujetos sanos. Debido a ello y a que afecta fundamentalmente a niños, presenta una gran importancia sanitaria y social.

La enfermedad meningocócica es de declaración obligatoria y urgente en la Comunidad de Madrid, estando incluida en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). El patrón de presentación de la enfermedad muestra una distribución estacional, por lo que a efectos de vigilancia la temporada epidemiológica comienza en la semana 41 de un año (primeros de octubre) y finaliza en la semana 40 del año siguiente (finales de septiembre).

En este informe se presentan los datos de la temporada actual (temporada 2009-2010) y de la temporada anterior (temporada 2008-09), en el período comprendido entre la semana 41 de un año y la semana 17 del siguiente año.

Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada Temporadas 1995-96/2009-2010



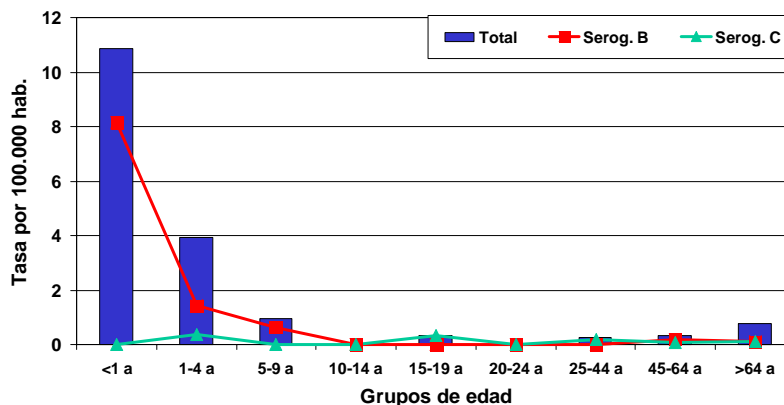
Datos actualizados a junio de 2010

**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA.
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADAS 2009-2010 Y 2008-2009
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 17**

SEROGRUPO	Temporada 2009-2010				Temporada 2008-2009			
	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo A	2	0,03	1	50,0	0	0,00	0	-
Serogrupo B	16	0,25	0	0,0	27	0,42	3	11,1
Serogrupo C	8	0,13	2	25,0	3	0,05	1	33,3
Serogrupo W135	2	0,03	0	0,0	2	0,03	0	0,0
Serogrupo X	0	0,00	0	-	1	0,02	0	0,0
Sin serogrupar	7	0,11	0	0,0	3	0,05	1	33,3
Total confirmados	35	0,55	3	8,6	36	0,56	5	13,9
Sospechas clínicas	6	0,09	0	0,0	7	0,11	0	0,0
TOTAL	41	0,64	3	7,3	43	0,67	5	11,6

* Tasas por 100.000 habitantes (Población: Padrón continuo año 2009)

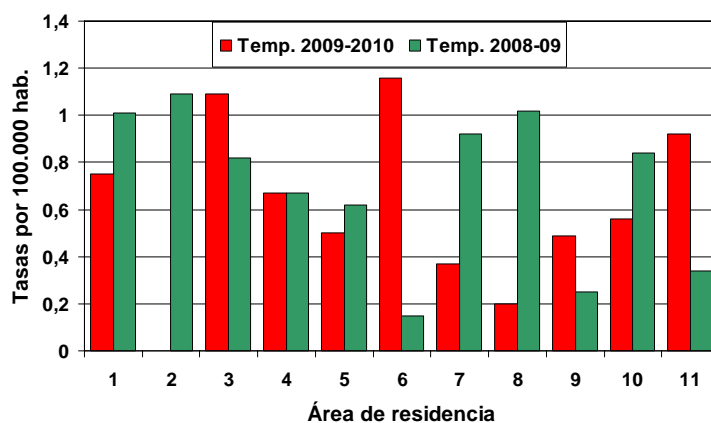
**Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Temporada 2009-2010 (semanas 41-17)**



**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR ÁREA DE RESIDENCIA
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADA 2009-2010
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 17**

ÁREA	Serog. B	Serog. C	Otros serogrupos	Sin Serogrupar	Total confirmados	Sospechas clínicas	TOTAL
1	2	2	1	0	5	1	6
2	0	0	0	0	0	0	0
3	3	0	0	0	3	1	4
4	0	1	1	0	2	2	4
5	1	1	1	1	4	0	4
6	3	4	0	1	8	0	8
7	2	0	0	0	2	0	2
8	1	0	0	0	1	0	1
9	2	0	0	0	2	0	2
10	1	0	0	0	1	1	2
11	1	0	1	5	7	1	8
TOTAL	16	8	4	7	35	6	41

Enfermedad meningocócica por Área de residencia
Temporadas 2009-2010 y 2008-09 (semanas 41-17)



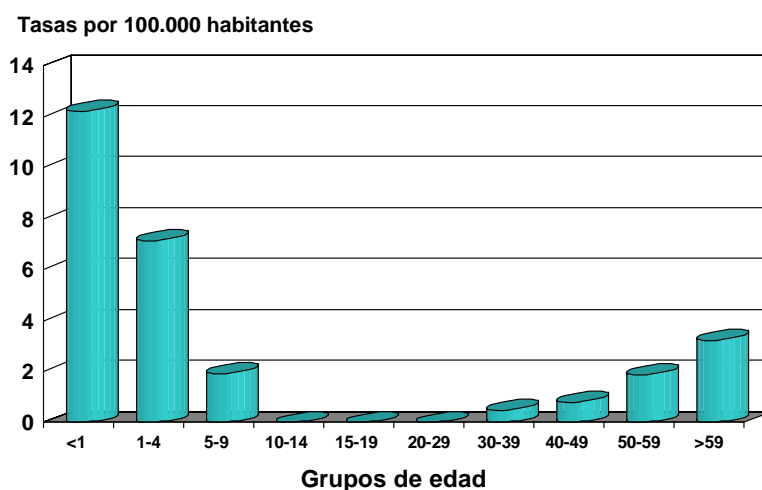
ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

La enfermedad neumocócica invasora (ENI) se incluyó en el año 2007 en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) como de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

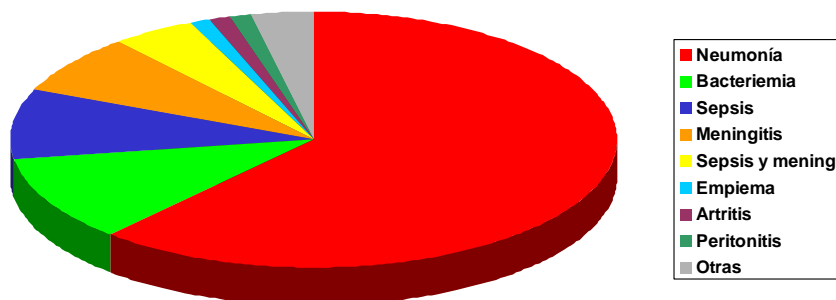
Se considera ENI la producida por diseminación hematogena de *Streptococcus pneumoniae*, ocasionando diferentes síndromes clínicos: meningitis, sepsis, bacteriemia sin foco, neumonía, artritis, peritonitis, osteomielitis, endocarditis, etc. Se vigilan los casos en los que se identifica el patógeno en sitios normalmente estériles (sangre, LCR, líquido pleural, líquido articular, líquido peritoneal, líquido pericárdico...), mediante la detección de antígeno (caso probable), el aislamiento de la bacteria o la detección de ADN (caso confirmado).

Entre las semanas 1 y 17 del año 2010 se han presentado un total de 103 casos de ENI (incidencia de 1,61 casos por 100.000 habitantes). El 28,2% de los casos eran menores de 5 años y el 38,8% eran mayores de 59 años. La forma clínica más frecuente ha sido la neumonía (61,5%), seguida de la bacteriemia sin foco (11,0%). Se ha registrado el fallecimiento de 8 pacientes (letalidad del 7,8%). Se dispone de información sobre el serotipo del neumococo en el 65,0% de los casos. Los serotipos más frecuentes han sido: serotipo 1 (19,4%), serotipo 3 (10,4%), serotipo 19A (10,4%), serotipo 8 (9,0%) y serotipo 7F (7,5%). No se ha registrado ningún caso de ENI por serotipos incluidos en la vacuna conjugada heptavalente en niños pertenecientes a la cohorte de vacunación.

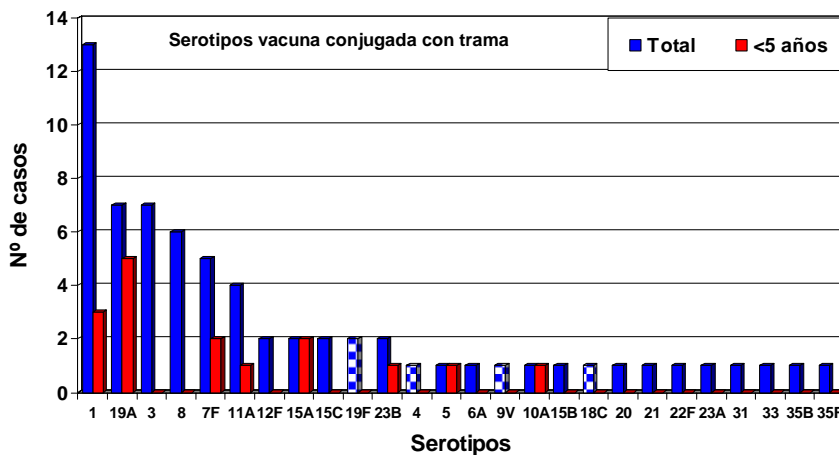
Enfermedad neumocócica invasora
Comunidad de Madrid, año 2010 (semanas 1-17)
Incidencia por grupos de edad



Enfermedad neumocócica invasora
Comunidad de Madrid, año 2010 (semanas 1-17)
Distribución por formas clínicas



Enfermedad neumocócica invasora
Comunidad de Madrid, año 2010 (semanas 1-17)
Distribución por serotipos



La suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

Sanidad -> Portal de Salud -> Profesional -> Información técnica
-> Salud Pública -> Boletín Epidemiológico



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

