



# BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO de la Comunidad de Madrid



**Comunidad de Madrid**

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública

# Nº 1.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 1. Volumen 22. Enero 2016

## INFORMES:

- **Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2015 - 2016.**
- **Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2015.**



Dirección General de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Comunidad de Madrid**



**Edita:**

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública  
[www.madrid.org/boletinepidemiologico](http://www.madrid.org/boletinepidemiologico)

**Coordina:**

Servicio de Epidemiología  
C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta  
28035 Madrid  
E-mail: [isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org)

**Edición:** Septiembre 2016

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

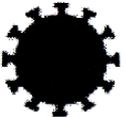
# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

# Nº 1.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 1. Volumen 22. Enero 2016

## ÍNDICE

	<u><i>Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2015 – 2016.</i></u>	5
	<u><i>Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2015.</i></u>	30
	<u><i>EDO. Semanas 1 a 4 (del 4 de enero de 2016 al 31 de enero de 2016).</i></u>	39
	<u><i>Brotos Epidémicos. Semanas 1 a 4, 2016.</i></u>	40
	<u><i>Red de Médicos Centinela, semanas 1 a 4, 2016.</i></u>	41
	<u><i>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, diciembre 2015.</i></u>	45



## INFORME:

# VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2015/2016.

## INDICE

Resumen .....	6
1. Introducción .....	7
2. Metodología .....	8
2.1. Red de Médicos Centinela .....	8
2.2. Vigilancia de la gripe por sistema de notificación EDO .....	9
2.3. Vigilancia de formas graves de gripe .....	10
3. Resultados .....	10
3.1. Red de Médicos Centinela .....	10
3.2. Vigilancia de la gripe por sistema de notificación EDO .....	20
3.3. Vigilancia de formas graves de gripe .....	21
4. Composición de la vacuna antigripal recomendada por la OMS para la temporada 2015-2016 en el hemisferio norte .....	25
5. Comentario .....	26
6. Referencias bibliográficas .....	27

## RESUMEN

**Introducción:** las repercusiones de las epidemias anuales de gripe dependen del grado de inmunidad protectora en la población, de la virulencia de las cepas y del grado de variación antigénica de los nuevos virus. Debido a la elevada capacidad del virus de sufrir variaciones en sus antígenos de superficie, la composición de las vacunas debe revisarse cada año a fin de asegurar que se ajustan a las propiedades antigénicas de los virus circulantes. Es imprescindible una adecuada vigilancia virológica y epidemiológica de la enfermedad que permita detectar y caracterizar precozmente los virus de la gripe circulantes y evaluar su capacidad de difusión en la población. La vigilancia epidemiológica de gripe en la Comunidad de Madrid (CM) se realiza mediante tres subsistemas: la Red de Médicos Centinela (RMC), el sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el sistema de vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG).

**Objetivos:** describir la incidencia y características epidemiológicas de los casos de gripe de la temporada 2015-2016.

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

**Resultados:** la incidencia de casos de gripe en la CM en la temporada 2015-2016 estimada mediante la RMC ha sido de 1436,15 casos por 100.000 habitantes. En la temporada 2014-2015 la incidencia fue un 20,8% superior y en la temporada 2013-2014 un 14,4% menor. La incidencia superó el umbral epidémico en la semana 3, más tarde que en las dos temporadas anteriores, y tuvo una evolución estable de 4 semanas de duración hasta alcanzar el pico epidémico. El grupo de 0-4 años presentó la incidencia más elevada y fue mayor que la de las dos temporadas previas. El 37,1% de los casos con recomendación de vacunación antigripal estaban vacunados. El virus identificado con mayor frecuencia fue el A (H1N1) pdm09, seguido del tipo B. Se demostró semejanza antigénica del virus A (H1N1) con el virus vacunal A/California/07/2009, mientras que el virus B fue semejante al B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria), distinto del de la cepa vacunal. La incidencia estimada mediante el sistema de vigilancia de EDO fue de 1230,42 casos por 100.000 habitantes. La curva epidémica presentó unas características similares a la basada en los datos de la RMC. Se detectaron 201 CGCHG, 45 más que en la temporada anterior. El virus A (H1N1) pdm09 fue el más frecuentemente identificado. La proporción de CGCHG mayores de 64 años fue inferior a la de la temporada anterior (33,8% vs 64,0%), la proporción de ingresos en UCI fue mayor (31,3% vs 23,1%) y la letalidad fue menor (7,9% vs 10,2%).

**Conclusiones:** el nivel de intensidad de la actividad gripal de la temporada 2015-2016 fue menor que en las dos temporadas previas. La curva epidémica presentó un comienzo más tardío que en las dos temporadas previas, con un período de estabilidad antes de alcanzar el pico epidémico. El virus predominante fue el A (H1N1) pdm09, a diferencia de la temporada anterior, en la que se identificó el A (H3N2). La proporción de CGHCG mayores de 64 años y la letalidad fueron menores que en la temporada anterior.

## 1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

El objetivo de este informe es describir la incidencia y características epidemiológicas de los casos de gripe de la temporada 2015-2016 a partir de los tres subsistemas de vigilancia epidemiológica de la gripe disponibles.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. RED DE MÉDICOS CENTINELA

La RMC se basa en la participación voluntaria de una muestra de médicos de atención primaria seleccionados aleatoriamente, cuya población atendida configura una muestra representativa de la población según variables sociodemográficas, socioeconómicas y socioculturales. Permite estimar la incidencia semanal de esta enfermedad, detectar precozmente la epidemia, describir las características de los casos y caracterizar los virus circulantes. Los datos recogidos se remiten semanalmente al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III que, junto con los procedentes del resto de redes centinela del Estado, se integran en el Grupo Europeo de Vigilancia de la Gripe. Los sistemas centinela vigilan la gripe durante los meses fríos (semanas 40 a 20, de octubre a mayo del año siguiente). En las intertemporadas la vigilancia se interrumpe, aunque se mantiene un protocolo de activación que permita restablecer la vigilancia habitual de la enfermedad en el momento en el que la evolución de la actividad gripal lo requiera. Sólo en el año 2009, por la situación mundial derivada de la aparición del nuevo virus de la gripe A (H1N1) pdm09, fue necesario mantener la vigilancia de forma continuada en el período no estacional.

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

Los datos grabados en el sistema AP Madrid se descargan diariamente en una base de datos de la Subdirección General de Epidemiología, desde donde se lleva a cabo el análisis de los mismos. Semanalmente se calcula la incidencia de casos, utilizando como denominador la población asignada a cada médico centinela según Tarjeta Sanitaria ajustada por la cobertura de notificación, que corrige dicha población considerando el número de días que el médico atendió su consulta<sup>1</sup>. Asimismo se calcula la cobertura semanal de la RMC<sup>2</sup> y los tres indicadores de actividad gripal propuestos a nivel europeo (*European Influenza Surveillance Network*, ECDC): nivel de difusión geográfica de la gripe (actividad nula, esporádica, local o epidémica), nivel de intensidad de la actividad gripal (baja, media, alta o muy alta) y evolución gripal (creciente, decreciente o

<sup>1</sup> La población semanal vigilada por cada médico es el resultado de multiplicar su población asignada por  $n/5$ , siendo  $n$  el número de días que estuvo en consulta esa semana.

<sup>2</sup> Cobertura de la RMC: mide la proporción de población vigilada con respecto a la que teóricamente debería cubrir la red. Se calcula como  $\sum \text{población semanal vigilada por cada médico} * 100 / \sum \text{población semanal asignada a cada médico}$ .

estable). La difusión geográfica depende de la incidencia de casos de gripe y de la presencia de casos confirmados por laboratorio. La actividad es nula cuando la incidencia no alcanza el umbral y no se identifican casos de gripe confirmados por laboratorio, y es epidémica cuando la incidencia supera el umbral en una o más regiones con una población mayor del 50% de la población total vigilada, con casos confirmados por laboratorio. La intensidad se refiere al nivel de incidencia en relación con los datos históricos. En la temporada 2015-2016 se ha utilizado el método MEM adoptado por el ECDC para estimar los niveles de intensidad gripal en Europa. Mediante este método se calculan los umbrales basales, medio, alto y muy alto, que permiten distinguir cinco niveles de intensidad<sup>3</sup>: basal, baja, media, alta y muy alta. Se considera que la onda epidémica gripal comienza cuando la tasa de incidencia supera el umbral basal (umbral epidémico) y termina cuando se sitúa por debajo de este.

En la temporada 2015-2016 han participado 141 profesionales (112 médicos de familia y 29 pediatras), que han cubierto a lo largo del período una población media de 189.702 habitantes, aproximadamente el 3% de la población residente en la CM. La cobertura alcanzada ha sido del **73,6%**. El umbral basal ha sido de **40,71** casos por 100.000 habitantes y los umbrales de intensidad sucesivos han sido 143,31 (medio), 275,37 (alto) y 367,53 (muy alto).

## 2.2. SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Por la presentación invernal que tiene la gripe en nuestro hemisferio, existe el convenio de considerar como período para su estudio la temporada epidemiológica, que comienza en la semana 33 y termina en la semana 32 del año siguiente.

La incidencia de gripe se estima mediante la razón entre el número de casos notificados y la población de la CM. Las notificaciones de los casos de gripe proceden de los centros de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud, centros hospitalarios (públicos y privados) y otras instituciones (sanitarias públicas o privadas, residencias de ancianos, instituciones penitenciarias, instituciones militares, centros de atención a menores, particulares, etc.). Desde 2009, se realiza una captación automática de los casos de gripe de la historia clínica electrónica de Atención Primaria. La población utilizada es la del padrón continuo de 2015.

Para analizar la incidencia de gripe por distrito, se ha realizado una estandarización indirecta: los casos esperados se han calculado aplicando la incidencia por grupo de edad estimada mediante la RMC a la población de cada distrito. Después, debido a la diferencia entre la incidencia estimada por la RMC y el sistema EDO, se ha aplicado un factor de corrección al total de casos esperados en cada distrito. Este factor es la razón entre la incidencia de gripe de la CM estimada por

---

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

la RMC y la estimada por el sistema EDO. El indicador utilizado ha sido el porcentaje de variación de los casos observados con respecto a los esperados.

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

Este sistema de vigilancia permite describir las características clínico epidemiológicas de los casos graves de gripe registrados en la CM. Se consideran CGHCG a aquellas personas que presentan un cuadro clínico compatible con gripe, que requieren ingreso hospitalario por la gravedad del cuadro clínico que presentan (neumonía, fallo multiorgánico, shock séptico o ingreso en UCI) o que desarrollan el cuadro anterior durante su ingreso hospitalario por otro motivo, y que presentan confirmación por laboratorio. La notificación requiere la cumplimentación de un cuestionario para cada caso, que recoge datos sociodemográficos, sintomatología, factores de riesgo de la enfermedad, complicaciones, evolución, tratamiento y clasificación del caso. Las notificaciones proceden de tres hospitales, seleccionados según criterios de eficiencia: Hospital Ramón y Cajal, Hospital 12 de Octubre y Hospital La Paz.

## 3. RESULTADOS

### 3.1. RED DE MÉDICOS CENTINELA

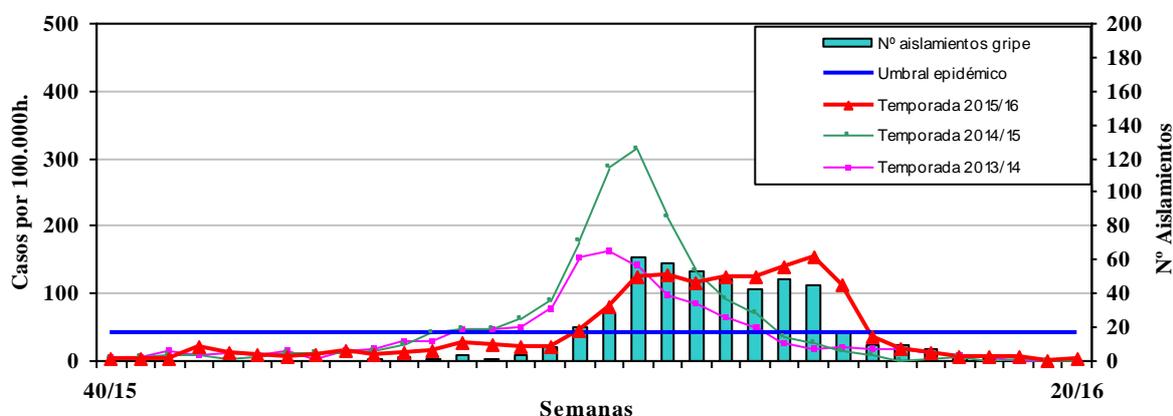
#### 3.1.1. Incidencia total y por semana de notificación

Durante la temporada 2015-2016 se han notificado 2.178 casos a la RMC, lo que supone una incidencia acumulada de **1436,15** casos por 100.000 habitantes. La incidencia superó el umbral epidémico en la semana 3 de 2016 y se mantuvo por encima hasta la semana 12, por lo que la duración del período epidémico fue de 10 semanas. La incidencia mostró una tendencia creciente entre las semanas 40 de 2015 y 5 de 2016, en la que se alcanzó una cifra de 124,67, y se mantuvo estable entre las semanas 5 y 9, con valores entre 115,63 y 125,93. En las semanas 10 y 11 se apreció un incremento de la incidencia, alcanzándose el pico máximo de **153,48** casos por 100.000 habitantes en la semana 11, novena semana del período epidémico y única semana en la que la incidencia superó el umbral de intensidad medio (gráfico 3.1.1).

Este patrón difiere del de las temporadas previas (gráficos 3.1.1 y 3.1.2). En la temporada 2014-2015 la incidencia acumulada fue un 20,8% superior (1734,69). El período epidémico comenzó 5 semanas antes y abarcó 11 semanas (de la 51 a la 9). El pico máximo fue un 105,4% superior (315,21) y se alcanzó en la octava semana del período epidémico (semana 5). En la temporada 2013-2014 la incidencia acumulada fue un 14,4% menor (1229,4). El período epidémico comenzó 3 semanas antes y abarcó 10 semanas (de la 52 a la 9). El pico máximo fue un 5,3% mayor (161,69) y se alcanzó en la quinta semana del período epidémico (semana 4).

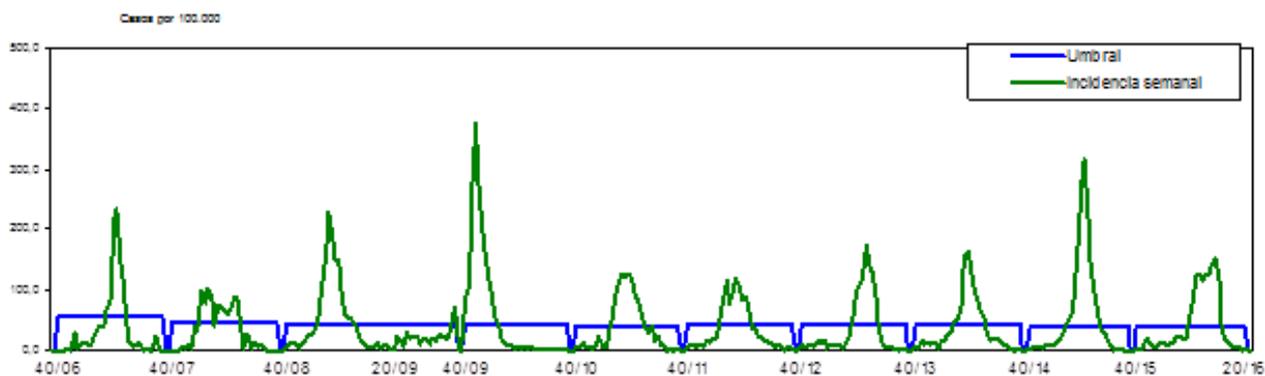
**Gráfico 3.1.1. Incidencia semanal de gripe. Temporada 2015-2016 y dos temporadas previas.**

Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



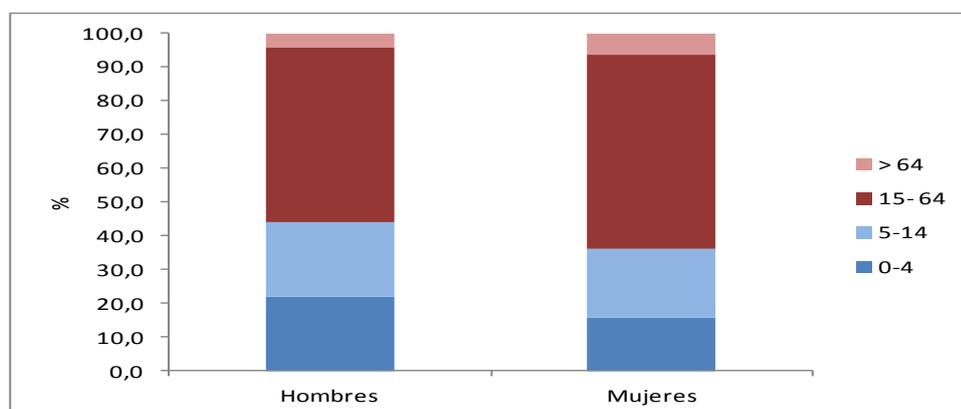
**Gráfico 3.1.2. Incidencia semanal de gripe. Temporadas 2006-2007 a 2015-2016.**

Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

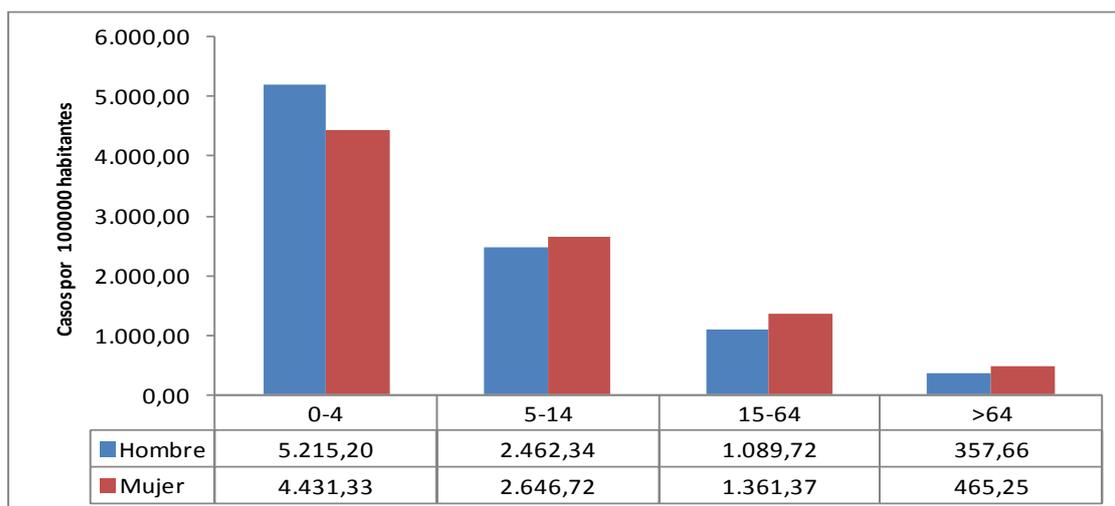


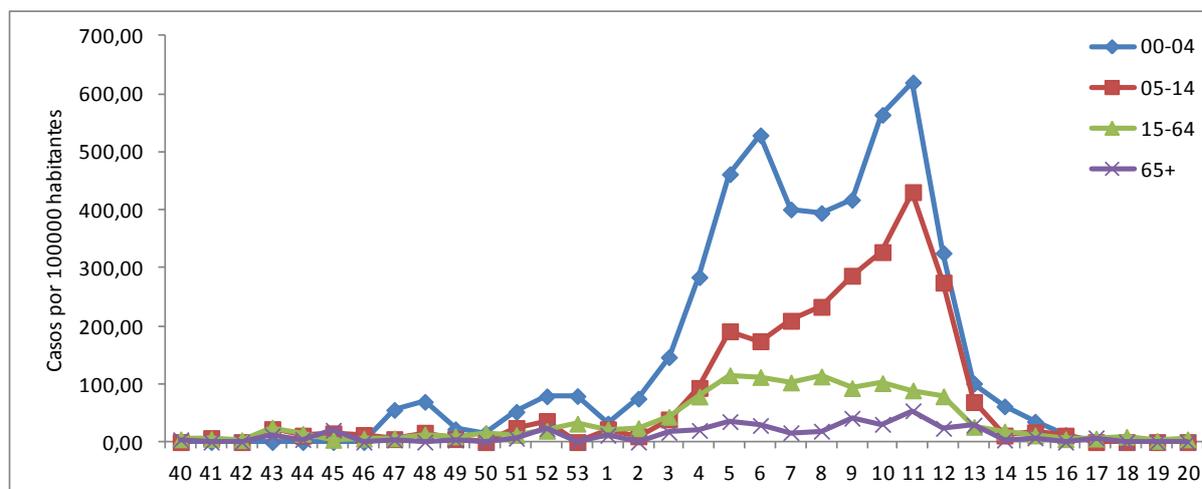
**3.1.2. Distribución por grupos de edad y sexo.**

El 53,1% de los casos eran mujeres. El rango de edad fue de 0 a 88 años. El 18,7% eran menores de 5 años y el 5,3% eran mayores de 64. La distribución de los casos por edad y sexo se presenta en el gráfico 3.1.3. La proporción de casos menores de 15 años fue mayor en hombres que en mujeres.

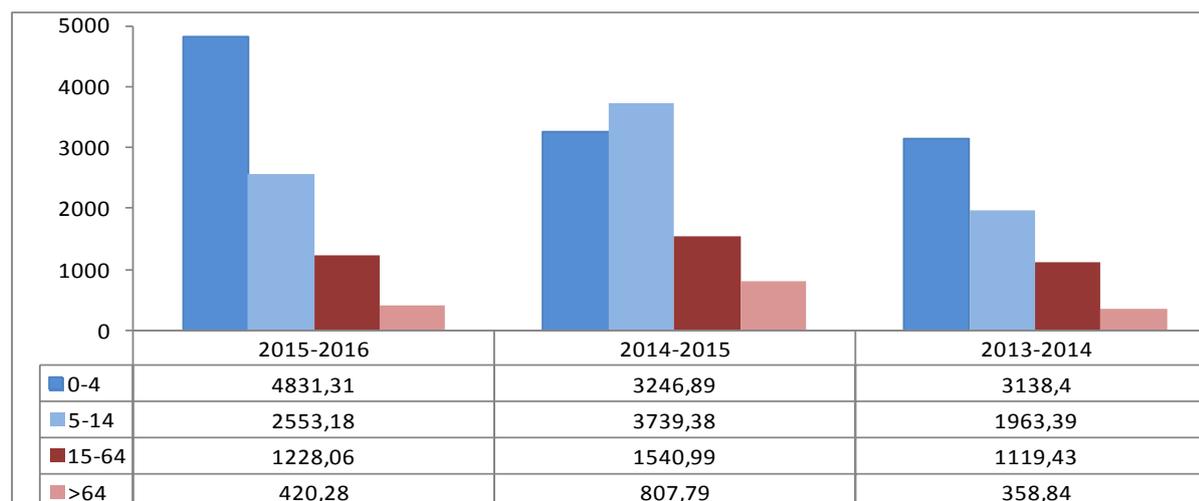
**Gráfico 3.1.3. Distribución de casos de gripe por grupo de edad (años) y sexo.****Temporada 2015-2016. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**

La incidencia más elevada se observó en el grupo de 0-4 años (4831,31), con 2 picos, uno en la semana 6 (528,68) y otro en la semana 11 (619,68) (gráficos 3.1.4 y 3.1.5). El siguiente grupo de edad en orden de magnitud fue el de 5-14 años (2553,31), en el que también se observaron dos picos, también en las semanas 6 (190,87) y 11 (430,76). La incidencia fue mayor en hombres en el grupo de 0-4 años y mayor en mujeres en los demás grupos de edad.

**Gráfico 3.1.4. Incidencia de gripe por grupos de edad (años) y sexo. Temporada 2015-2016.****Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**

**Gráfico 3.1.5. Incidencia semanal de gripe por grupos de edad (años). Temporada 2015-2016.****Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**

A diferencia de lo observado en la temporada actual, en la temporada 2014-2015 la mayor incidencia se observó en el grupo de 5-14 años, con una incidencia también elevada en el de 0-4 años. En la temporada 2013-2014, la incidencia más alta se produjo en el grupo de 0-4 años, seguida de la del de 5-14 años. Cabe destacar la magnitud de la incidencia de casos de 0-4 años de la temporada actual, que es superior a la de las dos temporadas previas (gráfico 3.1.6).

**Gráfico 3.1.6. Incidencia de gripe por grupos de edad (años). Temporada 2015-2016 y dos temporadas previas. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**

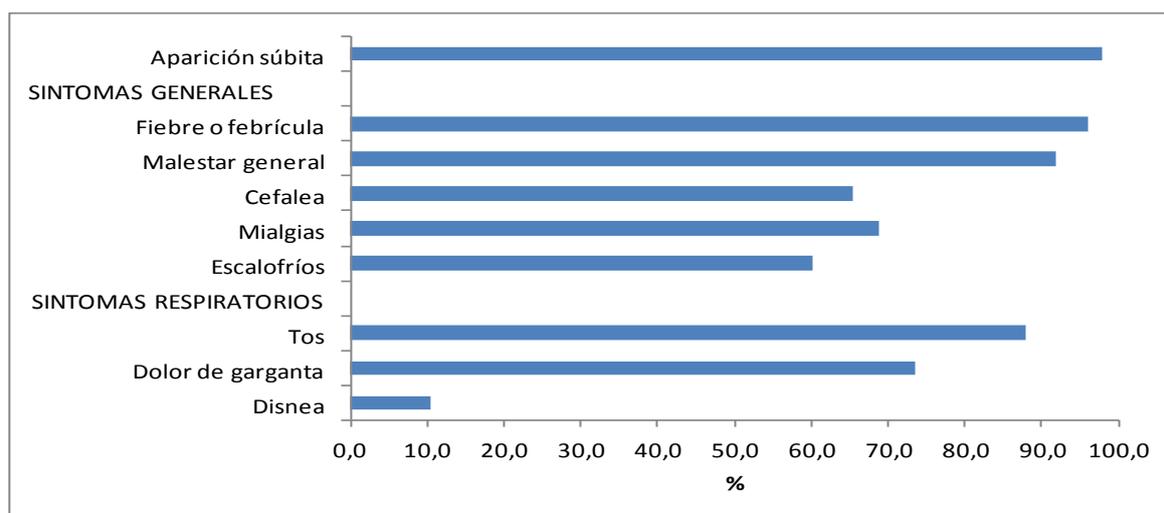
### 3.1.3. Manifestaciones clínicas y complicaciones.

El 97,8% de los casos presentaron una aparición súbita de los síntomas. La fiebre o febrícula fue el síntoma más frecuente (95,9%), seguido del malestar general (91,7%). Entre los síntomas respiratorios, la tos fue el más frecuente (88,0%). La disnea estuvo presente en el 10,5% de los casos (gráfico 3.1.7). El 7,0% presentaba otros síntomas, sobre todo síntomas digestivos (vómitos, diarrea y dolor abdominal). El 22,0% presentaban antecedente de contacto con otro caso. El 1,7% de los casos fueron remitidos a atención especializada.

El 97,2% cumplían los criterios clínicos de la definición de caso de gripe y el 2,8% restante no lo cumplían pero se confirmaron por laboratorio.

### Gráfico 3.1.7. Manifestaciones clínicas de los casos de gripe. Temporada 2015-2016.

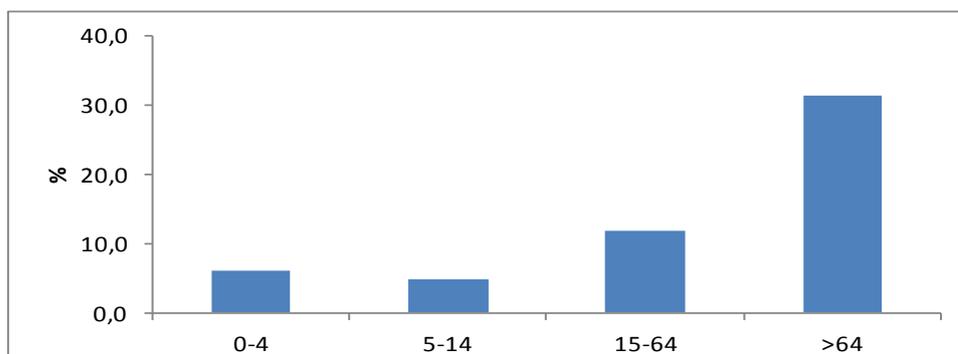
#### Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



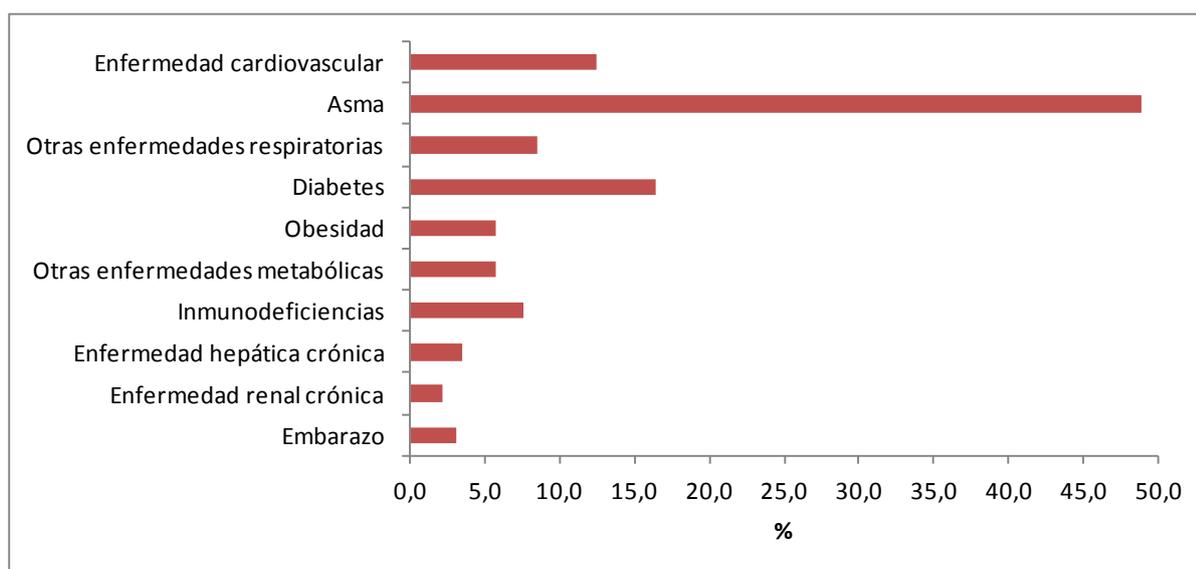
### 3.1.4. Antecedentes de riesgo.

En el 10,3% de los casos (225 de 2178) se han identificado condiciones de salud relacionadas con la probabilidad de presentar complicaciones por gripe. La presencia de antecedentes de riesgo aumentó con la edad, alcanzando el 31,3% en mayores de 64 años (gráfico 3.1.8). De los casos con antecedentes, la patología más frecuente fue el asma (48,9%), seguido de la diabetes (16,4%) y la enfermedad cardiovascular (12,4%) (gráfico 3.1.9).

**Gráfico 3.1.8. Presencia de condiciones de salud relacionadas con la probabilidad de presentar complicaciones por gripe\*. Temporada 2015-2016. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**



**Gráfico 3.1.9. Condiciones de salud relacionadas con la probabilidad de presentar complicaciones por gripe\*. Temporada 2015-2016. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**



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

El 0,9% de los casos presentaron neumonía y el 2,3% otras complicaciones, siendo las más frecuentes la otitis media aguda, bronquitis y broncoespasmo. El 68,4% de las neumonías y el 66,6% del resto de complicaciones se produjeron en niños de 0-4 años. Entre los casos que presentaban antecedentes de riesgo, el 1,3% presentaron neumonía y el 8,4% otras complicaciones.

La proporción de casos con disnea, antecedentes de riesgo y complicaciones de la presente temporada fue similar a la de las dos temporadas previas (tabla 3.1.1).

**3.1.5. Estado vacunal.**

El 9,3% de los casos estaban vacunados con la vacuna de la temporada actual (tabla 3.1.1). El 26,6% de los menores de 60 años con alguna condición de riesgo estaban vacunados. Entre los casos de 60 ó más años, el 39,6% de los que no tenían ninguna condición de riesgo y el 62,5% de los que sí la tenían estaban vacunados. En total, estaban vacunados el 37,1% de los casos con recomendación de vacunación antigripal.

**Tabla 3.1.1. Estado vacunal de los casos de gripe. Temporada 2015-2016.****Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**

Edad	Condición de riesgo	Total	Vacunados	%
Menores de 60 años	No	1814	67	3,7
	Sí	169	45	26,6
60 o más años	No	139	55	39,6
	Sí	56	35	62,5
<b>Total</b>		2178	202	9,3
<b>Con indicación de vacunación</b>		364	135	37,1

La proporción de casos vacunados de 60 ó más años fue menor que la de la temporada 2014-2015 y similar a la de la temporada 2013-2014. En relación con los casos con antecedentes de riesgo, la proporción de vacunados fue similar a la de la temporada anterior y mayor que la de la temporada 2013-2014 (tabla 3.1.2).

**Tabla 3.1.2. Características clínico-epidemiológicas de los casos de gripe (%). Temporada 2015-2016 y dos temporadas previas. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**

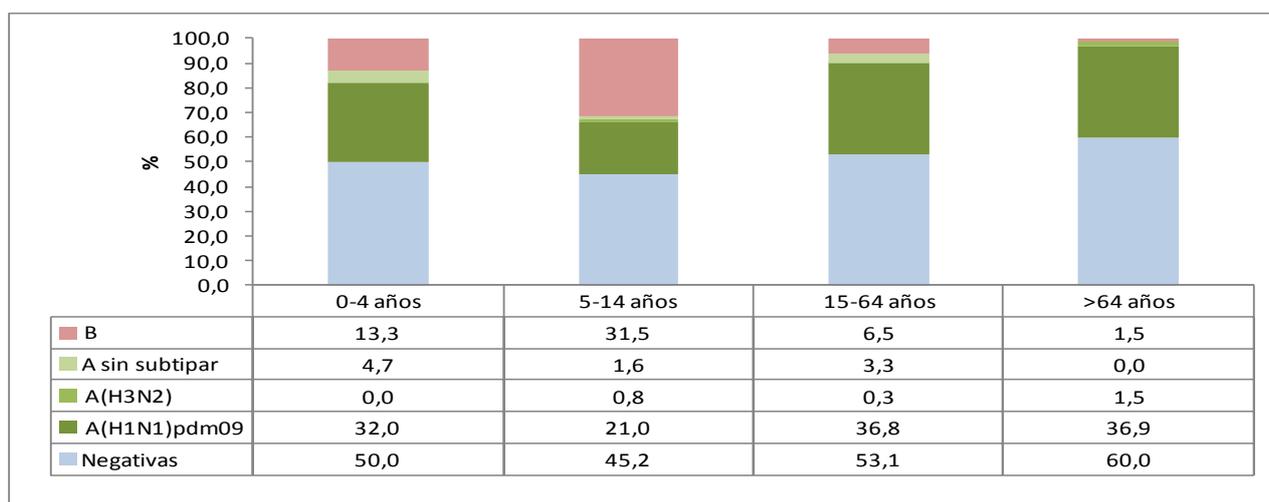
Características clínico-epidemiológicas	2015-2016	2014-2015	2013-2014
Disnea	10,5	11,7	11,9
Antecedentes de riesgo de complicaciones	10,3	11,9	13,1
Neumonía	0,9	0,7	0,8
Otras complicaciones	2,3	2,3	2,6
Casos vacunados de 60 o más años	39,6	46,1	36,4
Casos vacunados con antecedentes de riesgo	37,2	38,1	23,5

### 3.1.6. Resultados microbiológicos.

Se han recogido muestras del 49,5% de los casos (1078 de 2178), de las que se dispone de resultado en el 91,9% (991 de 1078). El 47,8% han sido positivas (474 de 991). En el 34,2% de las muestras procesadas se ha identificado un virus A (H1N1) pdm09, en el 0,4% un virus A (H3N2), en el 3,0% un virus A sin subtipar y en el 10,2% un virus tipo B (gráfico 3.1.10). No se ha aislado ningún virus tipo C. La mayor tasa de detección viral se aprecia en el grupo de edad de 5-14 años (54,8%). El virus A (H1N1) pdm09 ha predominado en todos los grupos de edad excepto en el de 5-14 años, con predominio del tipo B (31,5%).

**Gráfico 3.1.10. Resultados microbiológicos de las muestras enviadas para identificación del virus de la gripe por grupo de edad. Temporada 2015-2016.**

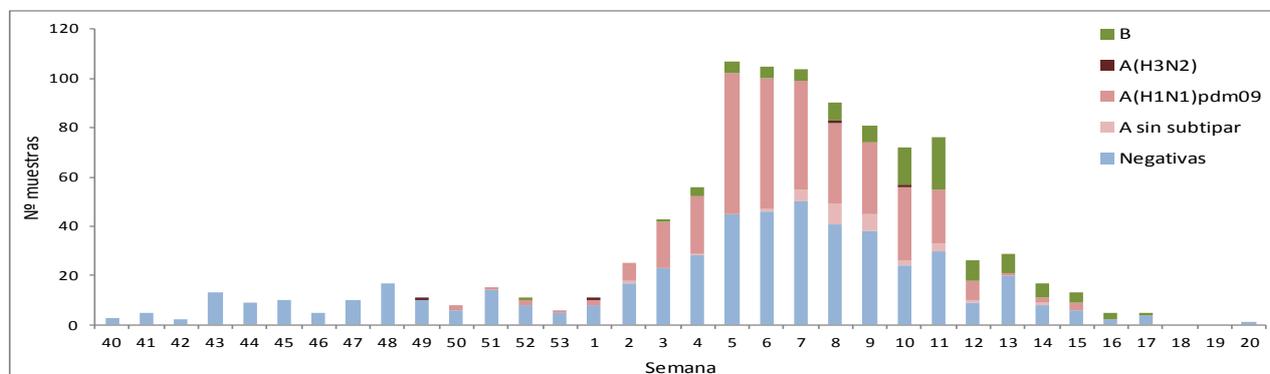
**Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**



El virus se ha detectado entre las semanas 49 de 2015 y 17 de 2016. El mayor nivel de transmisión del virus se ha producido entre las semanas 5 y 16, con una proporción de detección viral por encima del 50% en la mayoría de las semanas, que alcanzó el máximo en la semana 10 (66,7%) (gráfico 3.1.11). El virus A (H1N1) pdm09 se ha identificado entre las semanas 50 de 2015 y 15 de 2016, el B entre la 52 de 2015 y la 17 de 2016 y el A (H3N2) en las semanas 49 de 2015 y 1, 8 y 9 de 2016. El virus A (H1N1) pdm09 ha predominado entre las semanas 50 de 2015 y 11 de 2016 y el B entre las semanas 13 y 17. Se ha identificado la cepa A/SouthAfrica/3626/2013(nH1N1) en 14 muestras y la B/Brisbane/60/08 en 4.

### Gráfico 3.1.11. Resultados de laboratorio de las muestras enviadas para identificación del virus de la gripe por semana de notificación. Temporada 2015-2016.

Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



En la temporada 2014-2015 se aisló el virus A (H3N2) en el 26,6% de las muestras recogidas y el virus B en el 21,0%. No se aisló el virus A (H1N1) pdm09. En la temporada 2013-2014 se identificó el virus A (H1N1) pdm09 en el 27,3% de las muestras, el A (H3N2) en el 22,0% y el tipo B en el 1,0%.

#### 3.1.7. Indicadores de actividad gripal.

La tabla 3.1.3 muestra el número de semanas que se han observado cada uno de los valores de los indicadores de actividad gripal. Se ha producido difusión del virus durante 22 semanas, de las que en el 45,5% ha sido epidémica. La intensidad ha sido basal en el 70,5% de las semanas y baja en el 26,4%. La evolución ha sido creciente en el 17,6% de las semanas y estable en el 64,7%. El tipo dominante ha sido el A (H1N1) pdm09 en el 63,6% de las semanas en las que existió difusión del virus.

Con respecto a las dos temporadas anteriores se observa una duración del período epidémico similar, una mayor proporción de semanas con intensidad basal o baja y con evolución estable y una menor proporción de semanas con evolución decreciente. En cuanto al tipo de virus, el virus A (H3N2) fue el tipo dominante en el 54,2% de las semanas de la temporada 2014-2015 y el tipo B en el 29,2%. En la temporada 2013-2014 los subtipos A (H1N1) pdm09 y A (H3N2) fueron dominantes en el 42,9% y 52,4% de las semanas respectivamente.

**Tabla 3.1.3. Indicadores de actividad gripal. Temporada 2015-2016.****Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.**

Indicador		2015-2016		2014-2015		2013-2014	
		Nº sem	%	Nº sem	%	Nº sem	%
Difusión	Nula	12	35,3	10	30,3	15	45,5
	Esporádica	12	35,3	12	36,4	8	24,2
	Epidémica	10	29,4	11	33,3	10	30,3
Intensidad	Basal	24	70,6	*	*	*	*
	Baja	9	26,5	22	66,7	26	78,8
	Media	1	2,9	8	24,2	7	21,2
	Alta	0	0,0	3	9,1	0	0,0
Evolución	Creciente	6	17,6	7	21,2	6	18,2
	Estable	22	64,7	16	48,5	13	39,4
	Decreciente	6	17,6	10	30,3	14	42,4
Tipo dominante	A(H1N1)pdm09	14	63,6	0	0,0	9	42,9
	A(H3N2)	1	4,5	13	54,2	11	52,4
	B	4	18,2	7	29,2	0	0,0
	Mixto A y B	3	13,6	4	16,7	1	4,8

\*Se distingue entre intensidad basal y baja desde la temporada 2015-2016.

## 3.2. SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

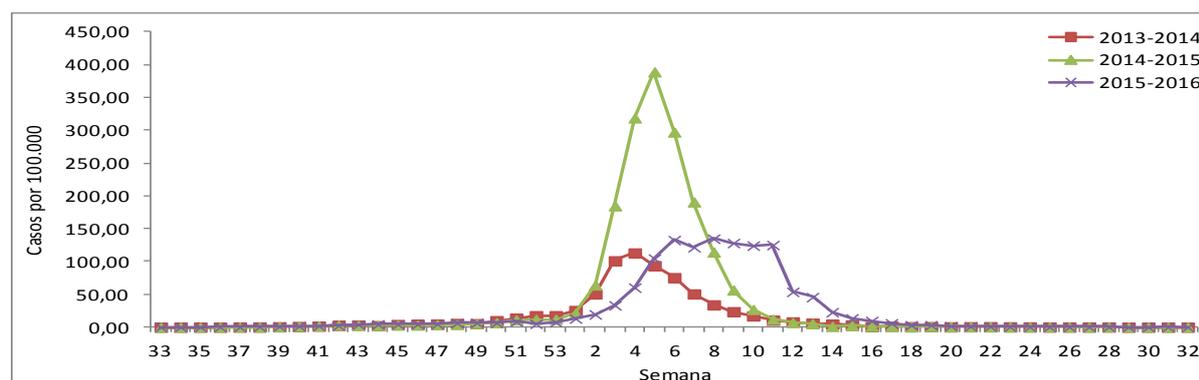
### 3.2.1. Incidencia total y por semana de notificación.

Entre la semana 33 de 2015 y 32 de 2016 se han notificado 79.202 casos de gripe, lo que supone una incidencia de 1230,42 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de la temporada 2014-2015 fue un 44,2% mayor y la de la temporada 2013-2014 un 41,5% menor (gráfico 3.2.1).

Se observó una tendencia creciente de la incidencia hasta la semana 6, seguida de un período de 6 semanas en el que la se mantuvo estable, con valores que oscilaron entre 121,7 y 134,7. La incidencia semanal más alta (134,71) se alcanzó en la semana 8. A partir de la semana 12 la tendencia fue decreciente. En la temporada 2014-2015 la incidencia semanal máxima fue un 188,7% mayor y se alcanzó en la semana 5, mientras que en la temporada 2013-2014 el pico fue un 16,1% menor y se alcanzó en la semana 4.

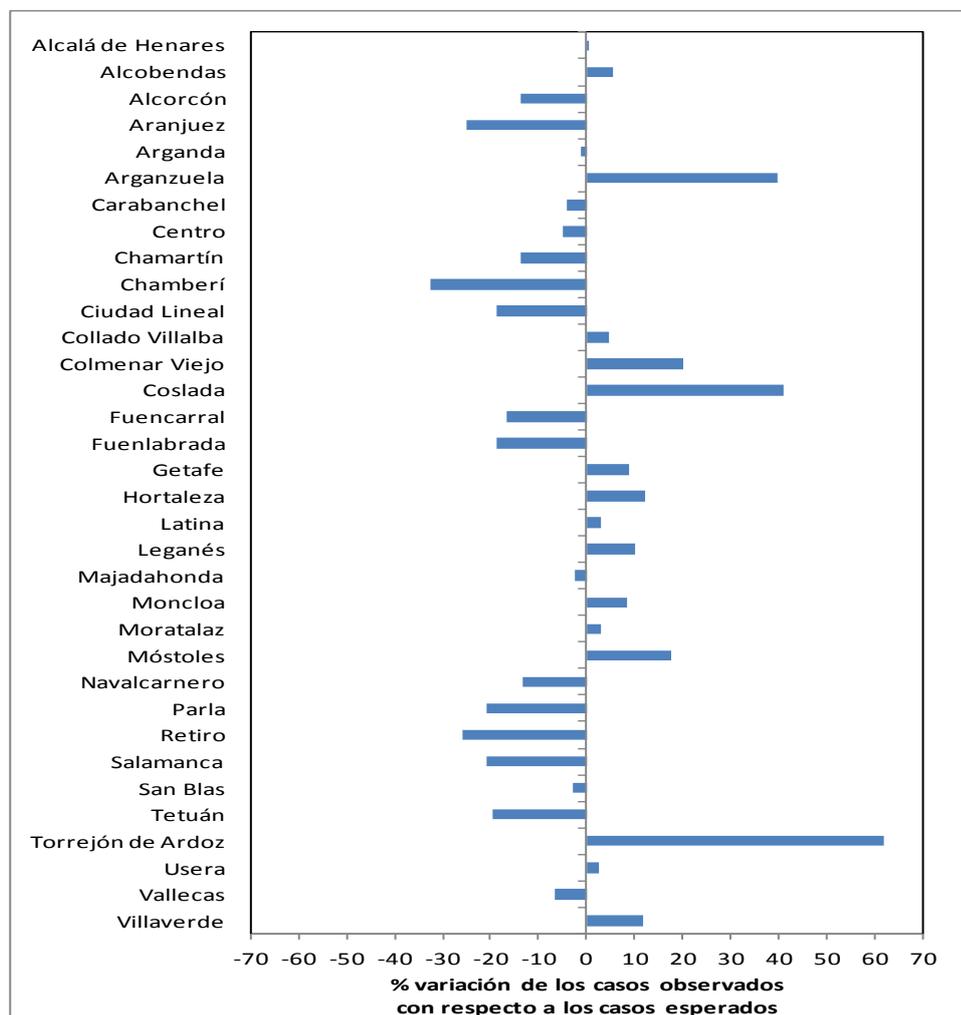
### Gráfico 3.2.1. Incidencia semanal de gripe. Temporada 2015-2016 y dos temporadas anteriores.

#### Sistema de vigilancia de EDO. Comunidad de Madrid.



### 3.2.2. Comparación de la incidencia por distrito.

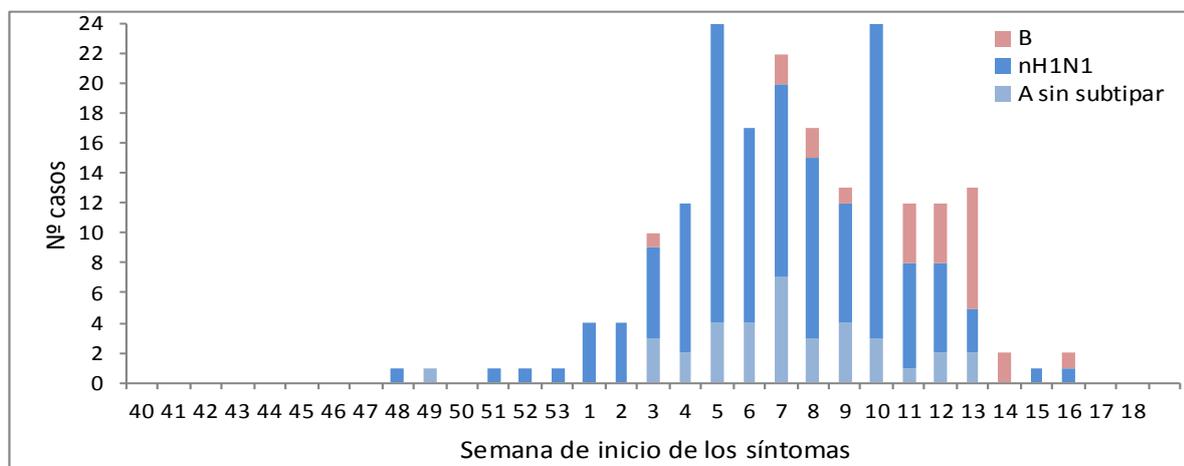
En el gráfico 3.2.2 se presenta el porcentaje de variación de los casos de gripe por distrito con respecto a los casos esperados. Cabe destacar los distritos de Torrejón de Ardoz, Coslada y Arganzuela, que presentaron un mayor número de casos del que les correspondería según su estructura etaria

**Gráfico 3.2.2. Porcentaje de variación de los casos de gripe por distrito sanitario.****Temporada 2015-2016. Sistema de vigilancia de EDO. Comunidad de Madrid.****3.3. SISTEMA DE VIGILANCIA DE CASOS GRAVES HOSPITALIZADOS CONFIRMADOS DE GRIPE**

En la temporada 2015-2016 se han identificado 201 CGHCG (83 en el Hospital 12 de Octubre, 64 en el Hospital La Paz y 54 en el Hospital Ramón y Cajal), 45 más que en la temporada anterior.

**3.3.1. CGHCG por semana de inicio de los síntomas**

Se identificaron CGHCG entre las semanas 48 de 2015 y 16 de 2016. El 61,7% de los casos aparecieron entre las semana 5 y 10 (gráfico 3.3.1). En la temporada anterior los casos se produjeron entre las semanas 51 de 2014 y 10 de 2015 y el 50,0% aparecieron entre las semanas 2 y 6.

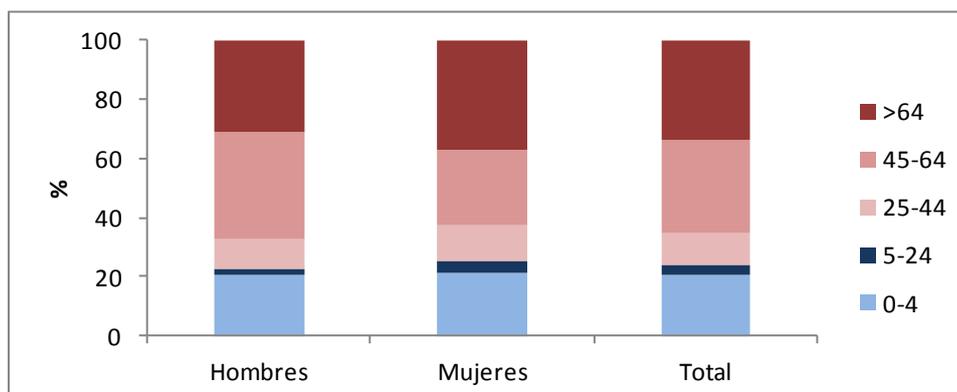
**Gráfico 3.3.1. CGHCG por semana de inicio de los síntomas. Temporada 2015-2016.****Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.****3.3.2. Virus identificados.**

El 68,7% de los virus identificados eran virus A (H1N1)<sup>4</sup>, el 17,9% virus A sin subtipar y el 13,4% virus B. No se identificó ningún virus A (H3N2). En la temporada anterior el 37,8% de los virus fueron A (H3N2), el 28,2% virus A sin subtipar, el 1,9% virus A (H1N1) y el 32,1% virus B.

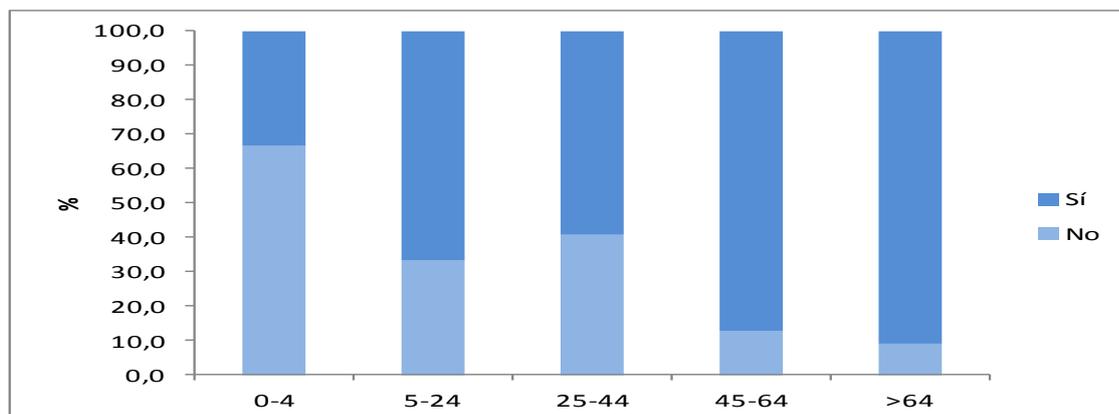
**3.3.3. Distribución por grupos de edad y sexo.**

El 53,2% de los casos eran hombres. El rango de edad fue de 0 a 100 años. El 33,8% eran mayores de 64 años y el 31,3% tenían entre 45 y 64 años. El 20,9% eran menores de 5 años. La proporción de casos mayores de 64 años fue mayor en mujeres (37,2%) que en hombres (30,8%) (gráfico 3.3.2). En la temporada anterior el 50,6% eran mujeres y el 64,1% eran mayores de 64 años.

<sup>4</sup> De los 174 virus A subtipados, en 138 se identificó el subtipo H1N1 y en 40 sólo se llegó a identificar H1. En el texto se han agrupado todos como H1N1.

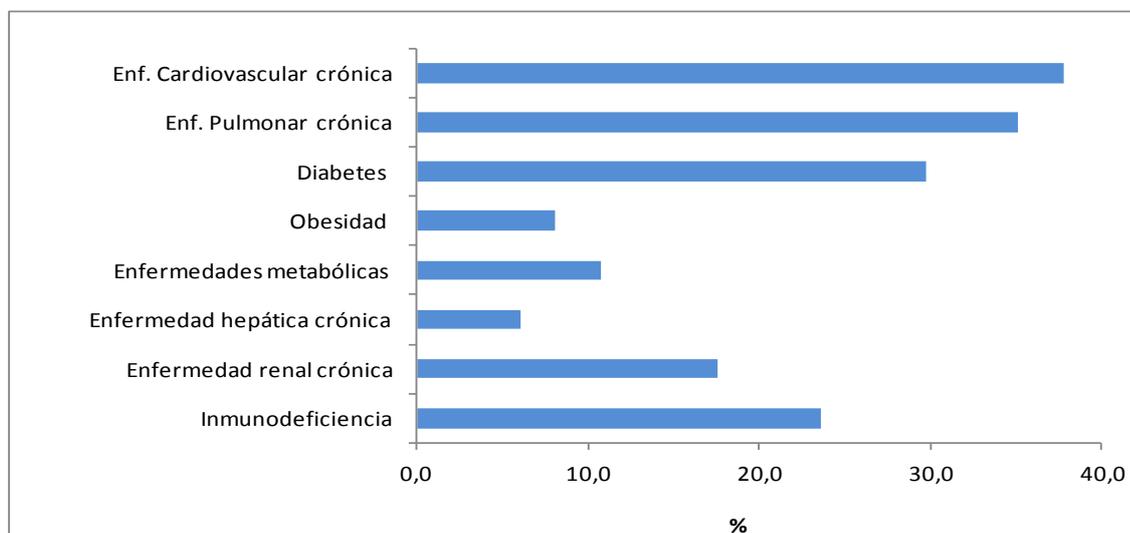
**Gráfico 3.3.2. Distribución de casos por grupo de edad y sexo. Temporada 2015-2016.****Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.****3.3.4. Antecedentes de riesgo.**

El 73,6% de los pacientes presentaban condiciones de salud relacionadas con la probabilidad de presentar complicaciones por gripe, siendo dicha proporción ligeramente similar en hombres (73,8%) y en mujeres (73,4). La proporción aumentó con la edad, alcanzando cifras del 87,3% en los casos de 45-64 años y un 91,2% en los mayores de 64 (gráfico 3.3.3). En la temporada anterior el 80,8% de los casos presentaban antecedentes de riesgo.

**Gráfico 3.3.3. Presencia de condiciones de salud relacionadas con la probabilidad de presentar complicaciones por gripe por grupo de edad (años). Temporada 2015-2016. Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.**

Entre los casos con antecedentes de riesgo, los más frecuentes fueron la enfermedad cardiovascular (37,8%), la enfermedad pulmonar crónica (35,1%), la diabetes (29,7%) y las inmunodeficiencias (23,6%). Un caso era una mujer embarazada de 27 semanas que evolucionó favorablemente (gráfico 3.3.4).

**Gráfico 3.3.4. Condiciones de salud relacionadas con la probabilidad de presentar complicaciones por gripe. Temporada 2015-2016. Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.**

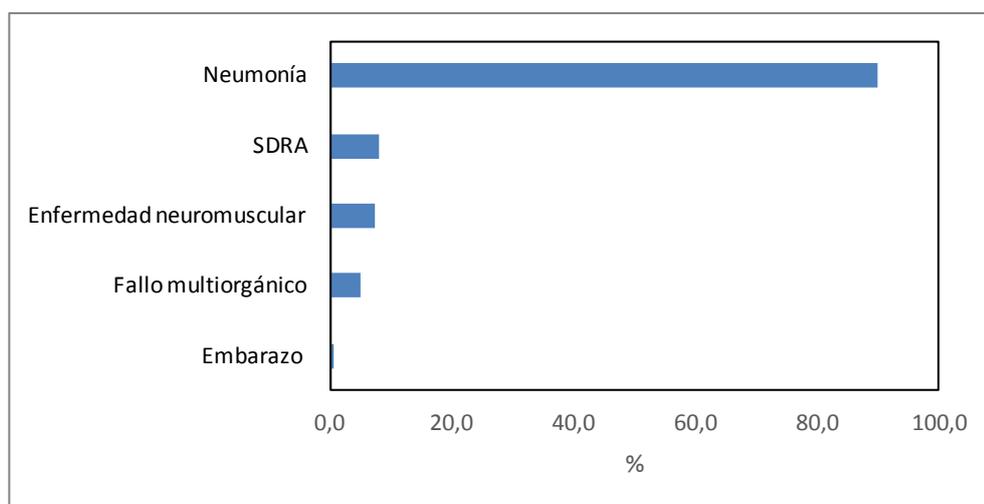


### 3.3.5. Complicaciones y evolución

El 90,1% de los CGHCG presentaron neumonía (78,7% vírica y 11,4% asociada a infección bacteriana) (gráfico 3.3.5).

**Gráfico 3.3.5. Complicaciones relacionadas con la gripe. Temporada 2015-2016.**

**Sistema de vigilancia de CGHCG. Comunidad de Madrid.**



El 31,3% de los pacientes requirieron ingreso en UCI (63 casos). De ellos, el 50,8% eran hombres. El 17,4% eran mayores de 64 años y el 28,5% tenían entre 0 y 4 años. El 73,0% presentaban antecedentes de riesgo. La neumonía vírica fue la complicación más frecuente (69,8%). Se identificó el virus A (H1N1) en el 66,7% de los casos, virus A sin subtipar en el 20,6% y virus B en el 12,7%. El 9,5% fallecieron (4 casos). En la temporada anterior ingresaron en UCI el 23,1% de los casos (36 casos), de los que el 22,2% eran mayores de 64 años. Los virus identificados en estos pacientes fueron A (H3N2) (27,8%), A (sin subtipar) (27,8%) y virus B (44,4%). El 11,1% fallecieron.

La letalidad global fue del 7,9% (16 fallecidos). La letalidad en hombres (8,4%) fue ligeramente superior que en mujeres (7,4%). Todos los fallecidos presentaban antecedentes de riesgo. Nueve fallecidos eran mayores de 64 años (56,3%), cinco tenían entre 45 y 64 años (37,5%) y uno entre 25 y 44 (6,3%). La letalidad de los casos mayores de 64 años fue del 13,2%, la del grupo de 45 y 64 años del 9,5% y la del grupo de 25-44 años del 4,5%. El antecedente de riesgo más frecuente fue la enfermedad cardiovascular (50,0%), seguido de la enfermedad respiratoria crónica (37,5%). Las complicaciones más frecuentes fueron la neumonía (87,5%), SDRA (31,3%) y fallo multiorgánico (18,8%). El 37,5% estuvieron ingresados en UCI. En 14 de los casos se identificó el virus A (H1N1) y en el 2 virus B. En la temporada anterior la letalidad fue del 10,2%. La letalidad de los casos de 45-64 años fue del 16,0% y la de los mayores de 64 años del 12,0%. El 25,9% estuvieron ingresados en UCI. En 8 casos se identificó A (H3N2), en 4 el virus A sin subtipar y en 4 virus B.

### 3.3.6. Vacunación antigripal y toma de antivirales.

El 25,9% de los pacientes habían recibido la vacuna antigripal de la temporada. Todos los pacientes vacunados presentaban factores intrínsecos. El 93,0% había recibido tratamiento con antivirales. Entre los casos ingresados en UCI, el 17,5% habían recibido la vacuna antigripal de la temporada y el 95,2% tratamiento antiviral. Del total de casos fallecidos, el 50,0% había recibido la vacuna antigripal de la temporada y el 87,5% tratamiento antiviral.

## 4. COMPOSICIÓN DE LA VACUNA ANTIGRI PAL RECOMENDADA POR LA OMS PARA LA TEMPORADA 2015-2016 EN EL HEMISFERIO NORTE.

La vacuna trivalente recomendada en la temporada 2015-2016 para el hemisferio norte contenía:

- Cepa análoga a A/California/7/2009 (H1N1) pdm09.
- Cepa análoga a A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2).
- Cepa análoga a B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata).

La composición recomendada de la vacuna antigripal trivalente para la temporada 2016-2017 es la siguiente:

- Cepa análoga a A/California/7/2009 (H1N1) pdm09.
- Cepa análoga a A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2).

- Cepa análoga a B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria).

La Consejería de Sanidad de la CM pone en marcha todos los años la **campaña de vacunación frente a la gripe estacional**. Esta campaña va dirigida a las personas de 60 o más años y a los menores de 60 años que presenten alguna condición de salud relacionada con la probabilidad de presentar complicaciones por gripe.

## 5. COMENTARIO

- La incidencia de casos de gripe en la CM en la temporada 2015-2016 estimada mediante la RMC ha sido de 1436,15 casos por 100.000 habitantes. La incidencia fue un 20,8% superior en la temporada 2014-2015 y un 14,4% menor en la temporada 2013-2014. La intensidad fue menor que en las dos temporadas previas. La incidencia sólo superó el umbral medio en una semana, mientras que en la temporada 2014-2015 superó el umbral alto en el 9,1% de las semanas y en la temporada 2013-2014 superó el umbral medio en el 21,6% de las semanas y no superó el umbral alto en ninguna.
- La curva epidémica presenta unas características diferentes a las de las dos temporadas previas. La incidencia superó el umbral epidémico más tarde, tuvo una evolución estable de 4 semanas de duración hasta alcanzar el pico epidémico y el período de descenso de la incidencia fue más corto. El pico epidémico se alcanzó 9 semanas después del inicio del período epidémico, período de tiempo similar al observado en la temporada anterior pero mayor que en la temporada 2013-2014. La magnitud del pico epidémico fue menor que en la temporada 2015-2016, pero similar a la observada en la temporada 2014-2015. La duración del período epidémico fue similar en las tres temporadas.
- El grupo de 0-4 años presentó la incidencia acumulada más elevada, a diferencia de lo ocurrido en la temporada anterior, en la que el grupo de 5-14 años fue el de mayor incidencia. La magnitud de la incidencia de casos de 0-4 años fue superior a la de las dos temporadas previas.
- La proporción de casos con disnea, antecedentes de riesgo y complicaciones de la presente temporada fue similar a la de las dos temporadas previas.
- El 37,1% de los casos con recomendación de vacunación antigripal estaban vacunados. La proporción de casos vacunados de 60 o más años fue menor que en la temporada anterior y similar a la de la temporada 2013-2014. En relación con los casos con antecedentes de riesgo, la proporción de vacunados fue similar a la de la temporada anterior y mayor que la de la temporada 2013-2014.
- El virus identificado con mayor frecuencia ha sido el A (H1N1) pdm09, seguido del virus tipo B. El virus A (H1N1) pdm09 ha predominado en todos los grupos de edad excepto en el de 5-14 años, con predominio del tipo B. Se han identificado las cepas A/SouthAfrica/3626/2013(nH1N1) y B/Brisbane/60/08. El análisis de inhibición de la hemaglutinación de virus de la gripe realizado en muestras recibidas en el Centro Nacional de Epidemiología ha demostrado semejanza antigénica del virus A (H1N1) con el virus vacunal A/California/07/2009 y del virus B con el virus B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria), distinto de la cepa vacunal, que pertenece al linaje Yamagata.

- La incidencia de casos de gripe en la CM en la temporada 2015-2016 estimada mediante el sistema de EDO ha sido de 1230,42 casos por 100.000 habitantes. La incidencia fue un 44,2% superior en la temporada 2014-2015 y un 41,5% menor en la temporada 2013-2014. La curva epidémica ha presentado unas características similares a la basada en los datos de la RMC, con un período de incidencia estable entre las semanas 6 y 11. La incidencia semanal máxima se alcanzó más tarde que en las dos temporadas previas. El pico de la temporada 2014-2015 fue un 188,7% mayor y el de la 2013-2014 un 16,1% menor.
- Se han identificado 201 CGCHG, 45 más que en la temporada anterior. El mayor número de casos se produjo entre las semanas 5 y 10, coincidiendo con las semanas de mayor incidencia detectada por la RMC y por el sistema de EDO. El virus A (H1N1) pdm09 ha sido el más frecuentemente identificado. En la temporada anterior los virus más frecuentemente identificados fueron el A (H3N2) y el B.
- La proporción de CGCHG mayores de 64 años de la presente temporada (33,8%) es inferior a la de la temporada anterior (64,0%).
- La frecuencia de antecedentes de riesgo en los CGHCG de la temporada actual (73,6%) es menor que en la anterior (80,8%).
- Los CGHCG han requerido ingreso en UCI con mayor frecuencia en la temporada actual (31,3%) que en la anterior (23,1%). El 17,4% eran mayores de 64 años (22,2% en la temporada anterior).
- La letalidad en la presente temporada ha sido del 7,9%, cifra inferior a la de la temporada anterior (10,2%). La letalidad de los pacientes ingresados en UCI ha sido del 9,5% (11,1% en la temporada previa). En los casos mayores de 64 años la letalidad ha sido del 13,2% y en los casos de 45-64 años del 9,5%. Estas cifras son del 12,0% y 16,0% respectivamente en la temporada anterior.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WHO recommendations for the post-pandemic period.

[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20100810/en/](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100810/en/)

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

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

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

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

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

Vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2012-2013. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013, vol 19, nº 6.

Vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2013-2014. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2013, vol 20, nº 6.

Informe de Vigilancia de la gripe en España, Temporada 2013-14. Área de Vigilancia de la Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en:

[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/Informe\\_Vigilancia\\_GRIPE\\_2013-2014\\_v19122014.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/Informe_Vigilancia_GRIPE_2013-2014_v19122014.pdf)

WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2015-2016 northern hemisphere influenza season. February 2015. Disponible en:

[http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2015\\_16\\_north/en/](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2015_16_north/en/)

WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2016-2017 northern hemisphere influenza season. February 2016. Disponible en:

[http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2016\\_17\\_north/en/](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2016_17_north/en/)

Valenciano M, Kissling E, I-MOVE case-control study team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe: results from the I-MOVE multicentre case-control study, 2012/13 . Euro Surveill.

2013;18(7):pii=20400. Disponible en:

<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V18N07/art20400.pdf>

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



## INFORME:

# INFORME SOBRE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2015

## RESUMEN

En 2015 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.023 Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y de ellas, 16.089 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.796 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras CCAA y 138 en otros países. Del total de mujeres residentes, el 53,2% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 29,4 años  $\pm$  7,1. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 20,24 por mil mujeres, similar a la del año 2014 en que la tasa de este grupo fue 20,13 por mil mujeres. Más de la mitad de las mujeres (56,2%) tenían hijos/as a su cargo y el 48,8% convivía en pareja. Para el 58,2% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” se dio en el 84,6% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 70,2% de las mujeres y el 5,0% fueron IVE tardías (>15 semanas). La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue del 11,96.

## 1.- INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

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

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

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

En este informe se describen las IVE notificadas en la CM en 2015. Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

## 2.- RESULTADOS

En 2015 se notificaron al Registro de la CM 19.023 IVE, cifra inferior en un 1,6% a la correspondiente a 2014 que fue de 19.327.

El 15,4% (2.934) de las IVE notificadas correspondieron a mujeres no residentes en la CM y que procedían de otra provincia o de otro país. Las mujeres no residentes en la CM provienen de otras CCAA, 2.796, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 138 de otros países, la mayor parte tiene su residencia en Portugal y Francia.

Las características, de las mujeres que vienen a la CM para la IVE desde otras Comunidades u otros países, mantienen algunas diferencias con las residentes en la CM; el hecho de que el 11,5% de ellas accedan a la IVE por fetos con taras fetales (3,8% en residentes), lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (22,3% vs. 5%).

### 2.1.- IVE en mujeres españolas y foráneas residentes en la Comunidad de Madrid, 2015

En 2015 se notificaron 16.089 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 15.917 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 11,96 por mil mujeres en este grupo de edad.

#### Datos sociodemográficos

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

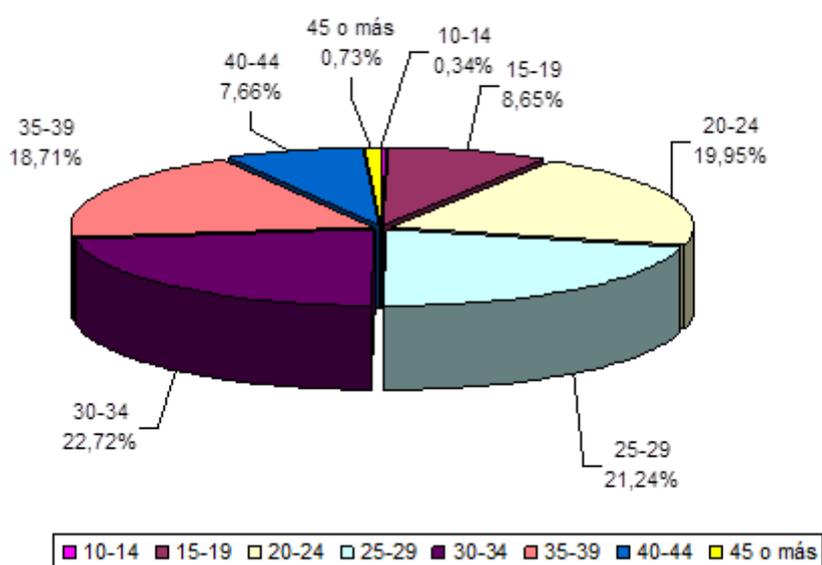
**País de nacimiento:** Del total de IVE notificadas el 46,8% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (7.528) y el 53,2% restante a mujeres foráneas con residencia en la CM, de las que un 17,2% son mujeres nacidas en Ecuador y en segundo lugar las nacidas en Rumania que representan el 14,3%. El 16,7% de las mujeres foráneas habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 2,8% en el mismo año de la IVE.

**Edad:** La media de edad fue de 29,4 años  $\pm$  7,1, sin diferencias significativas entre españolas y foráneas. El 1,1% de las IVE notificadas en 2015, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,3% (54 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (118 mujeres) más de 44 años. Un 9% tenían menos de 20 años (figura 1).

**Ingresos económicos:** El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 64,1%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de las foráneas. En las mujeres sin recursos económicos propios, los ingresos proceden en primer lugar de la pareja y en segundo de la familia.

**Situación Laboral:** Aumenta ligeramente el porcentaje de mujeres asalariadas, que fue del 57,5% frente al 55,5% del 2014; este ítem, tiene mayor representación en mujeres foráneas (58,9%), que en españolas (56%). El 20,1% son demandantes de empleo y el 5,5% se dedican a tareas domésticas.

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



**Nivel de instrucción:** En cuanto al nivel de instrucción académica, aumenta el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2014 (20,4% en 2015 y 19,5% en 2014) y se mantiene el de mujeres analfabetas o carentes de estudios en 0,5% en 2014 y 2015. Según país de nacimiento encontramos igual porcentaje en mujeres españolas y foráneas sin estudios y mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (29,4%) que en foráneas (12,4%).

**Convivencia:** El 48,8% de las mujeres refieren convivir en pareja (con y sin hijos), siendo este porcentaje mayor en las mujeres foráneas. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 56,3% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

**Hijos e IVE previa:** Un 43,7% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2015 no tenían hijos y un 2,2% tenían 4 o más. El porcentaje de mujeres foráneas con hijos en el momento de la IVE es mayor que de mujeres españolas (66,3% vs. 44,8%). Un 8,1% de las mujeres que tenían hijos, habían parido en 2015.

Para el 58,1% de las mujeres era su primera IVE y un 1,6% había abortado en 4 o más ocasiones. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres foráneas que en mujeres españolas (50,4% vs. 32%). El 2,6% de las mujeres había abortado más de una vez en 2015.

**Métodos anticonceptivos:** Más de la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2015 (52,3%) refería usar métodos anticonceptivos. El porcentaje es de 58,4% en el caso de las mujeres nacidas en España y 47% para las foráneas. Una amplia mayoría de las que dicen usar métodos anticonceptivos, eligieron métodos de barrera (62,9%).

**Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres (I). Comunidad de Madrid, año 2015.**

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	39	0,5	15	0,2	54	0,3
	15-19	711	9,4	680	7,9	1391	8,6
	20-24	1538	20,4	1672	19,5	3210	20,0
	25-29	1529	20,3	1888	22,1	3417	21,2
	30-34	1531	20,4	2125	24,7	3656	22,8
	35-39	1473	19,6	1537	18,0	3010	18,7
	40-44	645	8,6	588	6,9	1233	7,7
	45 o más	62	0,8	56	0,7	118	0,7
Convivencia	Sola	1216	16,2	1676	19,6	2892	18,0
	En pareja	3440	45,7	4404	51,4	7844	48,7
	Con familia	2637	35,0	2105	24,6	4742	29,5
	Otras personas	229	3,0	368	4,3	597	3,7
	N/C	6	0,1	8	0,1	14	0,1
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	34	0,5	47	0,5	81	0,5
	Primer grado	611	8,1	714	8,3	1325	8,2
	ESO y equivalentes	2403	31,9	3213	37,5	5616	34,9
	Bachiller/ciclos FP	2259	30,0	3518	41,2	5777	36,0
	Escuelas univ/Facultades	2216	29,4	1064	12,4	3280	20,4
	Inclasificable/NC	5	0,1	5	0,1	10	0,0
Ingresos económicos propios	Sí	4691	62,3	5623	65,7	10314	64,1
	No	2837	37,7	2938	34,3	5775	35,9
Procedencia de los ingresos	Pareja	827	29,2	1174	40,0	2001	34,6
	Familiares	1522	53,6	1206	41,0	2728	47,3
	Otros	415	14,6	482	16,4	897	15,5
	N/C	73	2,6	76	2,6	149	2,6
	Total sin ingresos	2837		2938		5775	
<b>Total</b>		<b>7528</b>	<b>100</b>	<b>8561</b>	<b>100</b>	<b>16089</b>	<b>100</b>

**Tabla 2. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres (II). Comunidad de Madrid, año 2015.**

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4145	55,2	2888	33,7	7033	43,7
	1	1697	22,5	2671	31,2	4368	27,1
	2	1291	17,1	2049	23,9	3340	20,8
	3	294	3,9	699	8,2	993	6,2
	4 o más	101	1,3	254	3,0	355	2,2
Número de IVE previas	Ninguna	5116	68,0	4248	49,6	9364	58,1
	1	1720	22,8	2745	32,1	4465	27,8
	2	473	6,3	1049	12,3	1522	9,5
	3	137	1,8	345	4,0	482	3,0
	4 o más	82	1,1	174	2,0	256	1,6
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	378	15,7	643	14,9	1021	15,2
	1	424	17,5	783	18,1	1207	17,8
	2	297	12,3	617	14,3	914	13,6
	3	226	9,4	507	11,8	733	10,9
	4	191	7,9	372	8,6	563	8,4
	5	158	6,6	323	7,5	481	7,2
	Más de 5 años	738	30,6	1068	24,8	1806	26,9
<b>Total IVE previas</b>	<b>2412</b>		<b>4313</b>		<b>6725</b>		
<b>Total</b>	<b>7528</b>	<b>100</b>	<b>8561</b>	<b>100</b>	<b>16089</b>	<b>100</b>	

## Datos de la intervención

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

**Información y financiación de la IVE:** El 44,2% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2015 fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios.

La financiación pública alcanzó en 2015 al 71,8% de las IVE (74,1% en españolas y 69,8% para las mujeres foráneas).

**Semanas de gestación:** En 2015 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 70,2%, dato que va en aumento en los últimos años y que en 2014 fue un 69,8%; en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 5,0%, en 2014 había sido mayor 5,3%.

En el colectivo de mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 71,7% y de IVE tardía del 5,8%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 69,0% y el de IVE tardía 4,3%.

El 9,3% de las mujeres menores de 15 años (n=54) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 73,7% de las mayores de 44 años (n=118) lo hacen antes de las 9 semanas (tabla 4).

**Motivo:** El supuesto de la ley vigente, "A petición de la mujer", ocupó un porcentaje del 84,4% de las IVE notificadas y el de "Graves taras fetales" fue del 3,8%, 23 de estos casos eran incompatibles con la vida.

Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, año 2015.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo	C. Sanitario Público	3259	43,3	3860	45,1	7719	44,2
	C. Sanitario Privado	1036	13,8	1266	14,8	2302	14,3
	Tfno. Información Usuario	110	1,5	229	2,7	339	2,1
	Amigos/familiares	1393	18,5	1520	17,8	2913	18,1
	Medios comunicación	19	0,3	89	1,0	108	0,7
	Internet	1705	22,6	1586	18,5	3291	20,5
	N/C	6	0,1	11	0,1	17	0,1
Uso de métodos Anticonceptivos actualmente	Si	4393	58,4	4025	47,0	8418	52,3
	No	3135	41,6	4536	53,0	7671	47,7
Semanas de gestación	6 o menos	2753	36,6	2714	31,7	5467	34,0
	7	1646	21,9	1939	22,6	3585	22,3
	8	996	13,2	1250	14,6	2246	14,0
	9-10	869	11,5	1221	14,3	2090	13,0
	11-12	408	5,4	626	7,3	1034	6,4
	13-15	421	5,6	445	5,2	866	5,4
	16-20	307	4,1	282	3,3	589	3,7
	21 o más	128	1,7	84	1,0	212	1,3
Motivo de la IVE	A petición mujer	6271	83,3	7310	85,4	13581	84,4
	Riesgo salud física o psíquica mujer	776	10,3	1113	13,0	1889	11,7
	Graves anomalías fetales	463	6,2	133	1,6	596	3,7
	Anomalías fetales incompatibles vida	18	0,2	5	0,1	23	0,1
<b>Total</b>		<b>7528</b>	<b>100</b>	<b>8561</b>	<b>100</b>	<b>16089</b>	<b>100</b>

Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, año 2015.

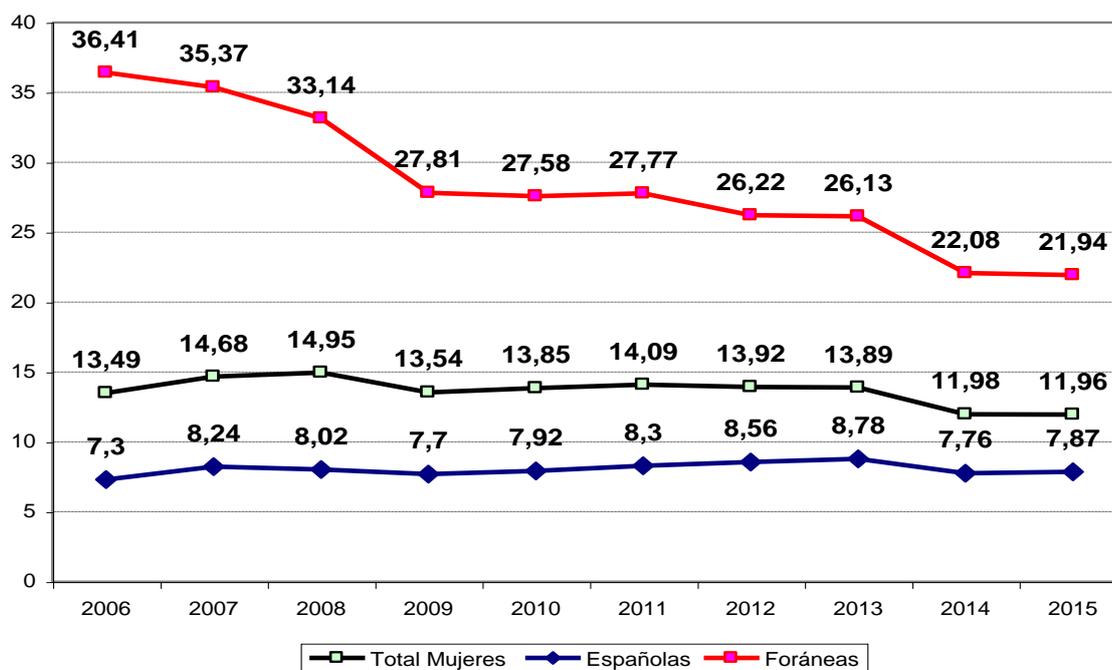
Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	9-15 semanas		<9 semanas (precoz)		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15 años	22	40,7	27	50,0	5	9,3	54	100,0
15-19 años	421	30,3	885	63,6	85	6,1	1391	100,0
20-24 años	830	25,9	2265	70,5	115	3,6	3210	100,0
25-29 años	830	24,3	2452	71,7	135	4,0	3417	100,0
30-34 años	851	23,3	2618	71,6	187	5,1	3656	100,0
35-39 años	708	23,5	2126	70,7	176	5,8	3010	100,0
40-44 años	305	24,7	838	68,0	90	7,3	1233	100,0
>44 años	23	19,5	87	73,7	8	6,8	118	100,0
<b>Total</b>	<b>3990</b>	<b>24,8</b>	<b>11298</b>	<b>70,2</b>	<b>801</b>	<b>5,0</b>	<b>16089</b>	<b>100,0</b>

## 2.2 Evolución del registro IVE en la Comunidad de Madrid, 2006-2015

**Tasa anual:** Entre 2006 y 2015 la tasa anual de IVE por mil mujeres entre 15 y 44 años muestra un patrón ascendente hasta 2008 (14,95 por mil mujeres) valor máximo de la serie. Desde 2009 en que descendió y hasta 2013, presenta pequeñas oscilaciones, en 2014 el descenso fue mayor, pasando de 13,89 en 2013 a 11,98 por mil mujeres entre 15 y 44 años en 2014. En el año 2015 se mantiene la tasa anual (11,96 por mil mujeres) en valores similares al año anterior (figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 7,30 IVE por mil mujeres en el año 2006 a 7,87 por mil mujeres en 2015. En foráneas la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 36,41 en 2006 a 21,94 en el año 2015 (figura 2).

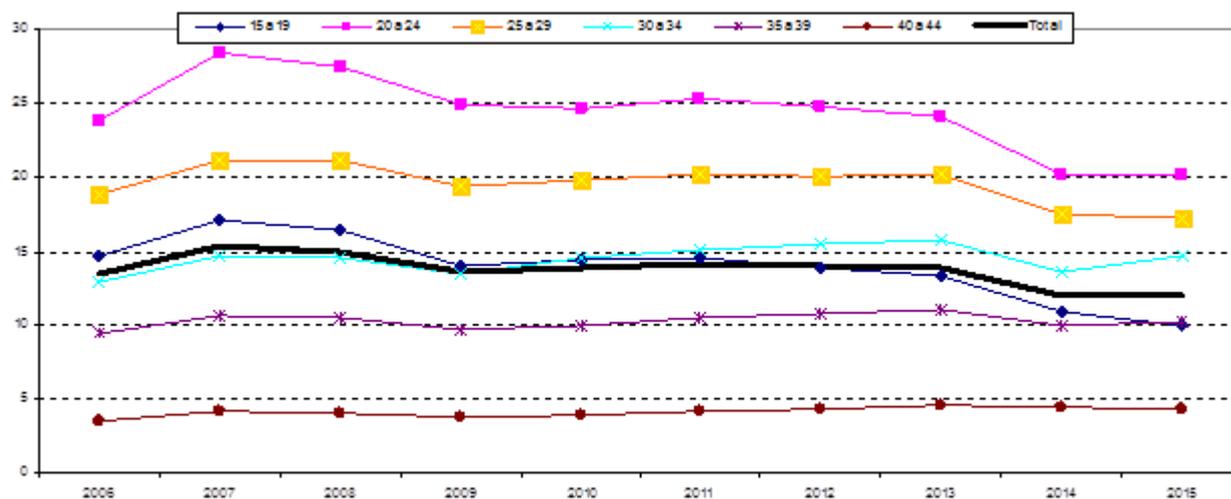
**Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2006-2015.**



**Grupos de edad:** En todos los grupos de edad la frecuencia aumenta hasta 2007. La tasa anual más alta entre 2006 y 2015 correspondió a las mujeres de 20-24 años que en 2007 alcanzó 28,4 por mil mujeres, en 2015 fue 20,24 por mil mujeres (figura 3).

**Tasa/municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil:** Como en los últimos años, solo los municipios de Madrid y Parla, presentan tasas por encima de la media. En 2015 Alcorcón es el municipio con menor tasa (9,85 IVE por mil mujeres) (tabla 5).

**Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2015.**



**Tabla 5. Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, año 2006-2015.**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A. HENARES	13,38	15,40	14,00	12,52	12,53	13,27	13,10	12,09	10,73	10,09
ALCOBENDAS	12,88	12,87	15,19	13,40	14,76	14,50	12,90	12,51	11,16	10,60
ALCORCON	9,18	10,52	9,43	9,21	10,03	10,90	10,51	10,82	9,44	9,85
FUENLABRADA	10,16	11,65	12,02	11,18	11,30	11,83	12,14	11,41	10,15	10,48
GETAFE	9,66	11,07	11,13	10,70	11,57	8,56	12,20	11,26	10,84	10,43
LEGANES	10,58	12,62	12,19	11,25	10,31	10,08	10,79	10,88	10,67	11,17
MADRID	16,32	18,81	17,77	15,73	16,72	16,39	16,59	17,07	14,32	14,70
MOSTOLES	10,20	11,19	11,00	10,66	10,33	12,13	12,28	12,07	10,74	10,71
PARLA	14,73	15,86	17,41	17,49	15,73	21,04	16,15	14,89	14,03	13,37
T. ARDOZ	14,81	18,90	19,14	15,44	17,10	17,64	14,92	13,89	11,93	11,65
RESTO CM	9,89	11,34	11,82	10,85	10,32	11,49	10,85	10,11	8,96	8,85
<b>TOTAL CM</b>	<b>13,49</b>	<b>14,68</b>	<b>14,95</b>	<b>13,54</b>	<b>13,80</b>	<b>14,09</b>	<b>13,92</b>	<b>13,89</b>	<b>11,98</b>	<b>11,96</b>

## 2.3 Datos de la notificación

Las notificaciones de las IVE descritas en este informe provienen de las 7 clínicas autorizadas en la CM para la práctica de la IVE, a las que se añaden 5 IVE que fueron informadas desde hospitales públicos.

Para completar la situación, aunque no se incluyen en este informe, se ha seleccionado el código 635 de la CIE-9MC: aborto legalmente inducido, en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria y Cirugía Ambulatoria de la Comunidad de Madrid (CMBD) correspondiente al año 2015, encontrándose registradas otras 147 IVE. Además el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad informó de otras 26 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

## 3.- CONCLUSIONES

En 2015 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.023 IVE, un 1,6% menos que las registradas en 2014. De ellas el 84,6% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

En la Comunidad de Madrid, en 2015 la tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años fue similar a la registrada en 2014 (11,96 por mil mujeres y 11,98 por mil mujeres respectivamente).

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2015 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,6%).

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2015 fueron en mujeres foráneas (54,3%).

Al comparar las mujeres nacidas en España con las nacidas en otros países entre las foráneas hay más mujeres con hijos y también que hayan pasado con anterioridad por la experiencia de la IVE.

El motivo de la IVE al que mayoritariamente se acogieron las mujeres fue el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” (84,6%).



## Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016, semanas 1 a 4

(del 4 de enero de 2016 al 31 de enero de 2016)

	Casos Semanas 1 a 4	Casos Acumulados Semanas 1 a 4	Tasas* Semanas 1 a 4	Tasas* Acumulados Semanas 1 a 4
<b>Infecciones que causan meningitis</b>				
Enfermedad meningocócica	2	2	0,0	0,0
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	3	3	0,0	0,0
Meningitis bacterianas, otras	0	0	0,0	0,0
Meningitis víricas	7	7	0,1	0,1
Enfermedad neumocócica invasora	39	39	0,6	0,6
<b>Hepatitis víricas</b>				
Hepatitis A	5	5	0,1	0,1
Hepatitis B	1	1	0,0	0,0
Hepatitis víricas, otras				
<b>Enfermedades transmisión por alimentos</b>				
Botulismo	0	0	0,0	0,0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	4	4	0,1	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0,0	0,0
Triquinosis	0	0	0	0
<b>Enfermedades transmisión respiratoria</b>				
Gripe	8.113	8.113	125,7	125,7
Legionelosis	1	1	0,0	0,0
Varicela	1.297	1.297	20,1	20,1
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>				
Infección Gonocócica	49	49	0,8	0,8
Sífilis	23	23	0,4	0,4
<b>Antropozoonosis</b>				
Brucelosis	0	0	0,0	0,0
Leishmaniasis	2	2	0,0	0,0
Rabia	0	0	0	0
<b>Enfermedades prevenibles inmunización</b>				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	28	28	0,4	0,4
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0,0	0,0
Sarampión	0	0	0,0	0,0
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	54	54	0,8	0,8
<b>Enfermedades importadas</b>				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	6	6	0,1	0,1
Peste	0	0	0	0
<b>Tuberculosis</b>				
Tuberculosis	35	35	0,5	0,5
<b>Enfermedades notificadas por sistemas especiales</b>				
Encefalopatía Espongiforme trans. humana	2	2	0,0	0,0
Lepra	1	1	0,0	0,0
Rubéola congénita	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0
Parálisis flácida aguda (<15 años)	0	0	0,0	0,0

\* Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



## Brotos Epidémicos

### Comunidad de Madrid. Año 2016, semanas 1 a 4

(del 4 de enero de 2016 al 31 de enero de 2016)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos ocurridos en el periodo correspondiente que han sido notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

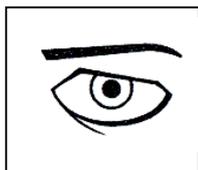
#### Brotos de origen alimentario. Año 2016. Semanas 1-4

Brotos de origen alimentario	Año 2016			Año 2015		
	Semanas 1-4			Semanas 1-4		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	5	23	0	2	18	0
Domicilios	5	12	0	1	8	0
Residencias no geriátricas	1	5	0	1	6	0
Centros educativos	0	0	0	1	32	1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>64</b>	<b>1</b>

#### Brotos de origen no alimentario. Año 2016. Semanas 1-4

Brotos de origen no alimentario*	Año 2016			Año 2015		
	Semanas 1-4			Semanas 1-4		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	7	340	0	3	61	3
Conjuntivitis vírica	4	82	1	1	3	0
Tos ferina	5	20	2	2	4	0
Parotiditis	1	17	0	0	0	0
Hepatitis A	2	10	3	0	0	0
Varicela	1	7	0	2	13	1
Escarlatina	1	4	0	0	0	0
Psitacosis	1	4	4	0	0	0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>484</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>81</b>	<b>4</b>

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



## Red de Médicos Centinela

**Periodo analizado: Año 2016, semanas 1 a 4**  
(del 4 de enero de 2016 al 31 de enero de 2016)

*Esta sección incluye información mensual procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 122 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (170.450 habitantes, 2,6% de la población). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública.*

[http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA\\_servicioPrincipal&vest=1265618561630](http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630)

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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 80,9% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2015.

**TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2016.**

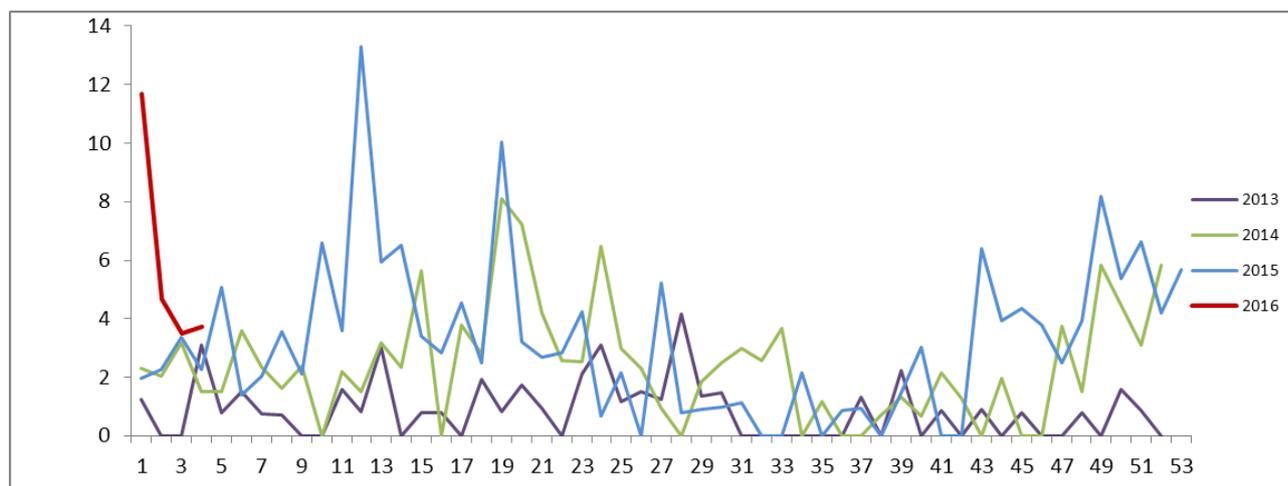
	Sem. 1 a 4 de 2016	Año 2016
<b>Gripe*</b>	256	2702*
<b>Varicela</b>	32	32
<b>Herpes zoster</b>	53	53
<b>Crisis asmáticas</b>	79	79

<sup>a</sup> De la semana 40 de 2015 hasta la 20 de 2016

## VARICELA

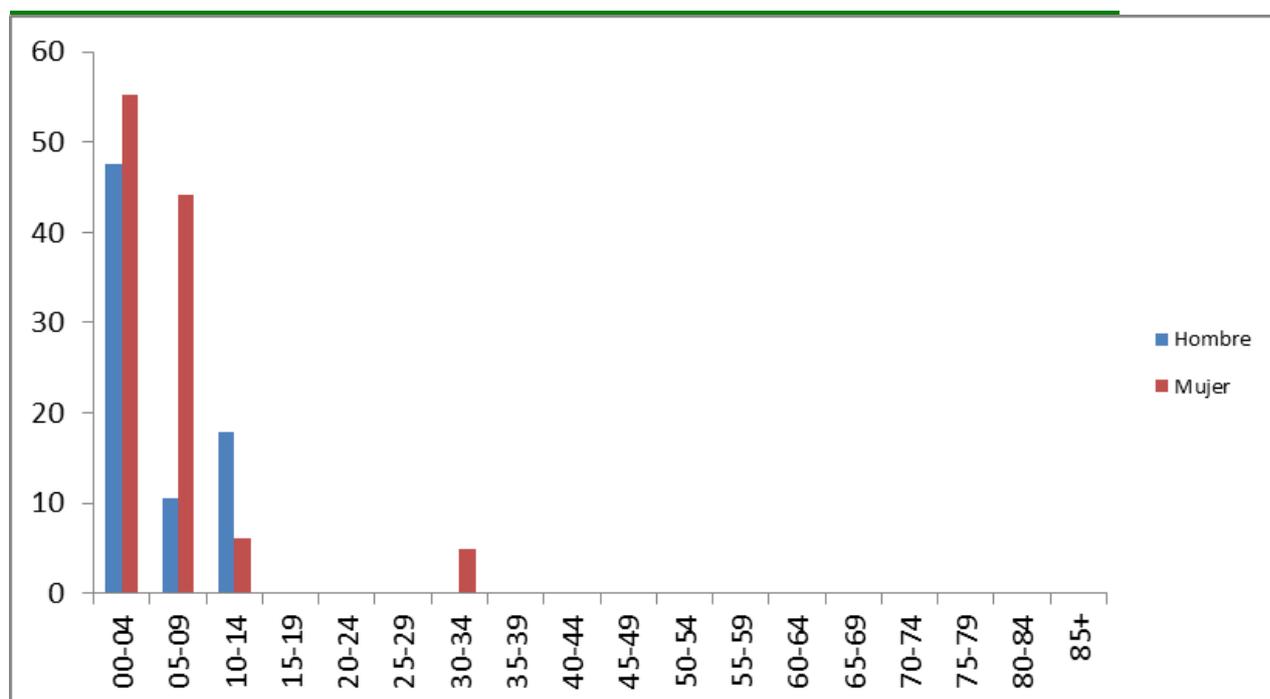
Durante las semanas 1 a 4 del año 2016 se han declarado 32 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 23,61 casos por 100.000 personas (IC 95%: 15,87 – 31,35). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2013-2015 y desde la semana 1 a la 4 de 2016.

**GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2013-2016.**



De los 32 casos notificados, 13 (40,62%) eran hombres y 19 (59,37%) mujeres. 31 casos (96,87%) eran menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

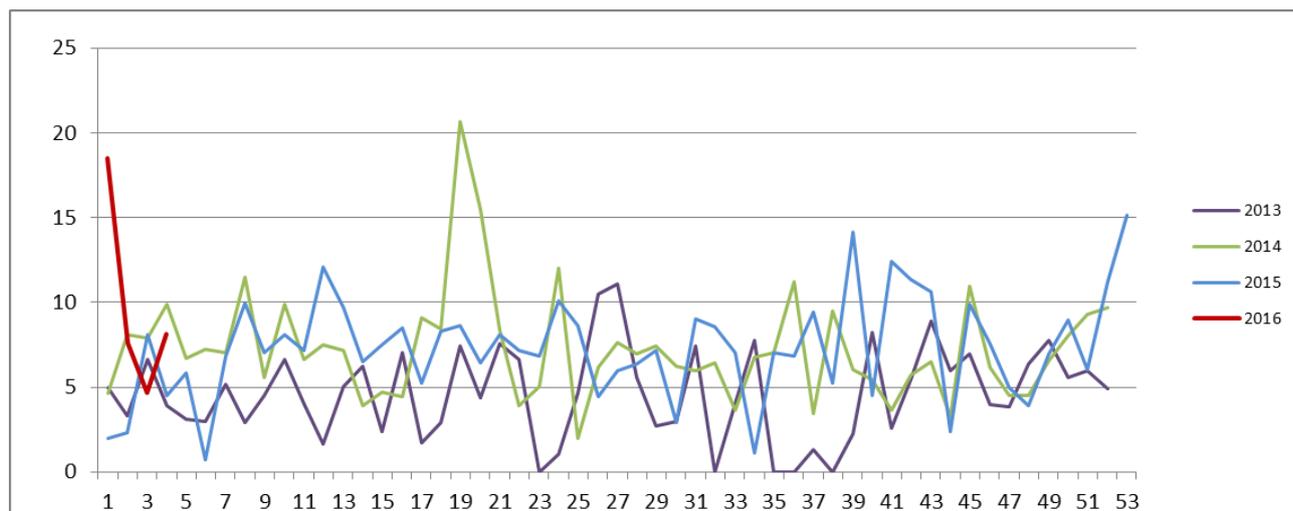
**GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2016**



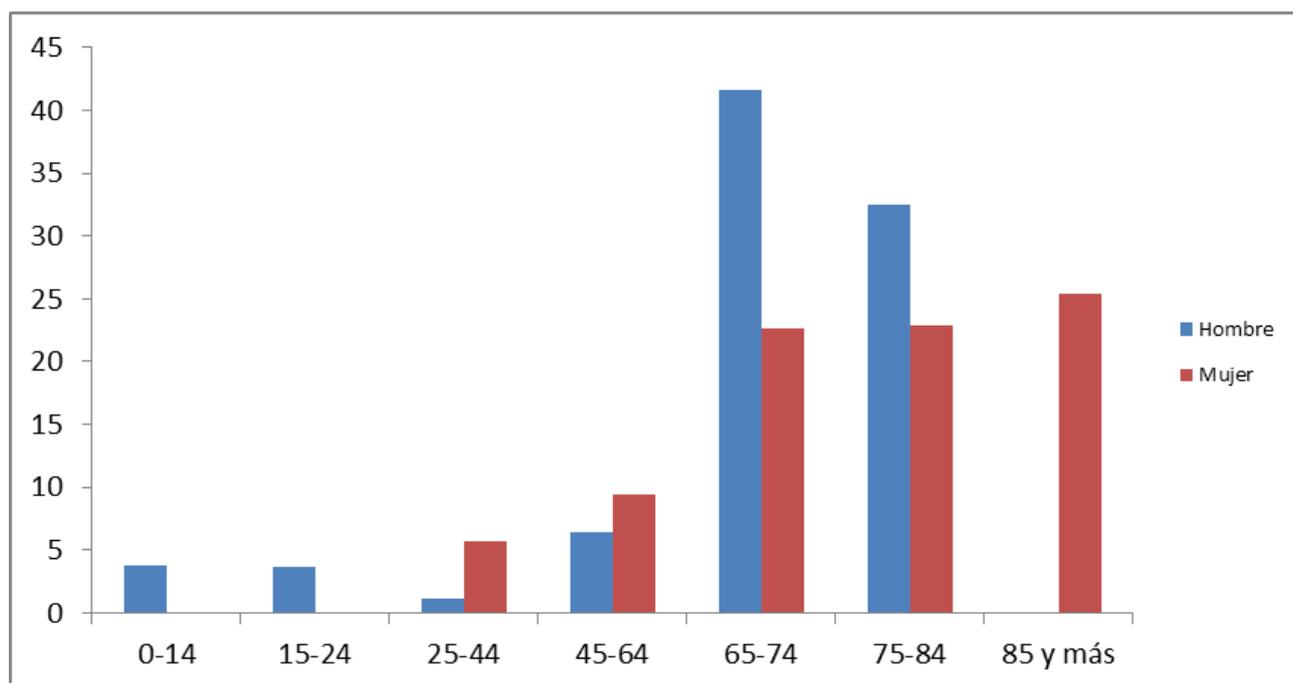
## HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 53 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 1 a 4 de 2016, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 38,89 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 28,95 – 48,82). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2013 hasta la semana 4 de 2016. El 52,83% de los casos se dio en mujeres (28 casos). El 83,01% de los casos se dieron en mayores de 44 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el gráfico 4.

**GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2013-2016.**

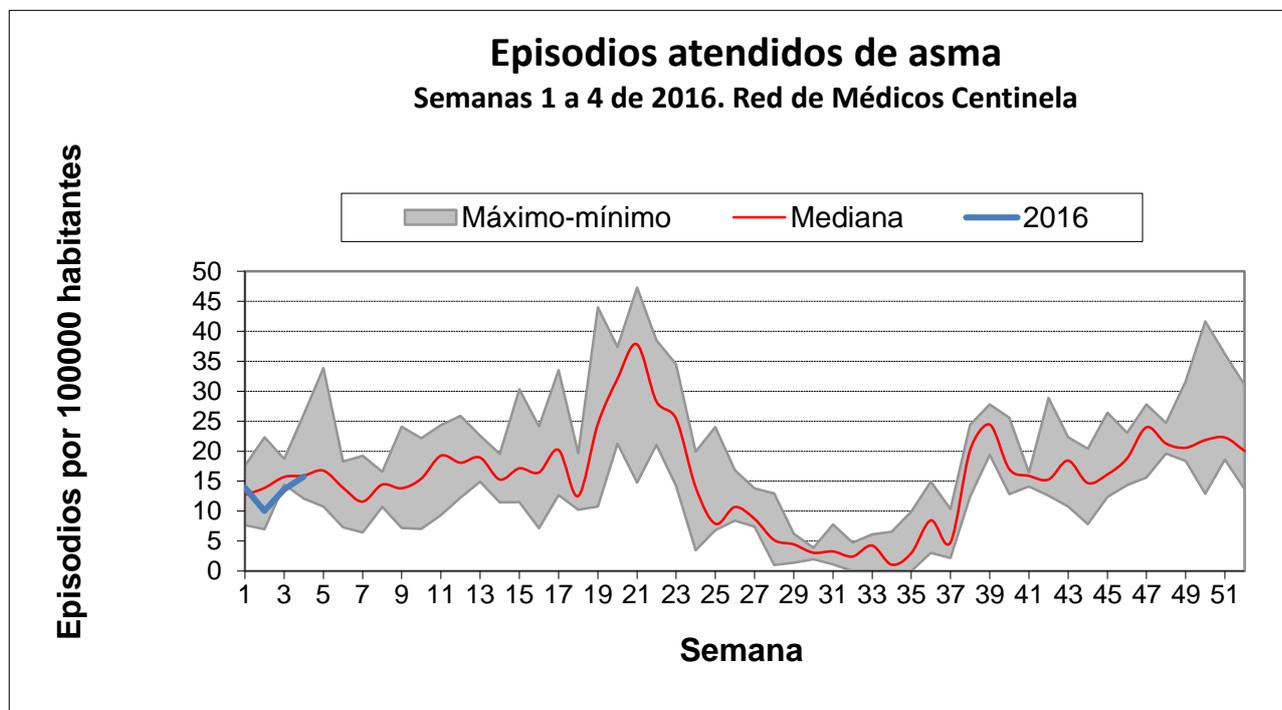


**GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2016.**



## CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 1 a 4 de 2016 la Red de Médicos Centinela notificó 79 episodios de asma. Se representan los episodios atendidos semanales por 100.000 habitantes, junto con el canal epidémico formado por los valores semanales máximo, mínimo y mediana de los últimos 5 años. La incidencia se corresponde con los valores esperados en esta época del año y se mantiene por debajo de la mediana del quinquenio.



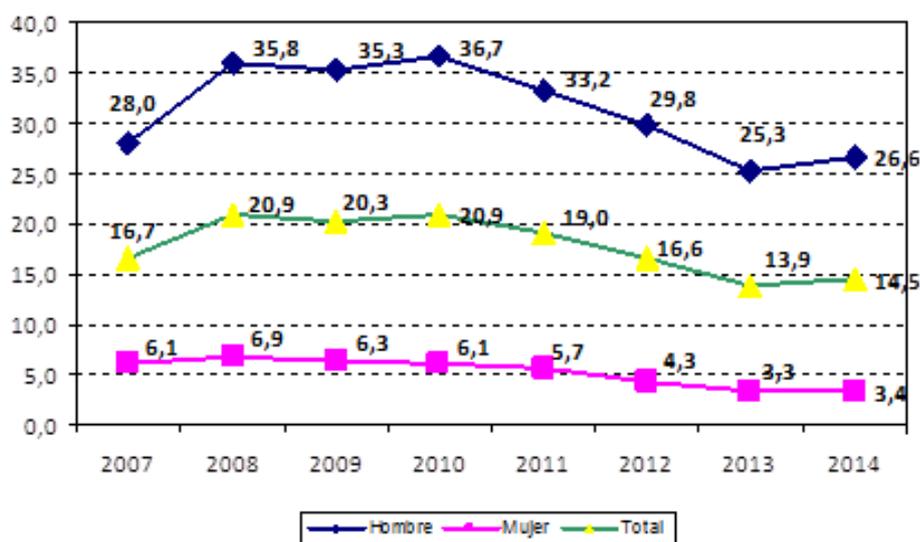


## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

### CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. Diciembre 2015.

Desde el año 2007 hasta el 31 de diciembre de 2015 se han notificado 9.356 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 85% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,2 años (DE: 10,6). El 45,3% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (273) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

**Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico de infección VIH.**



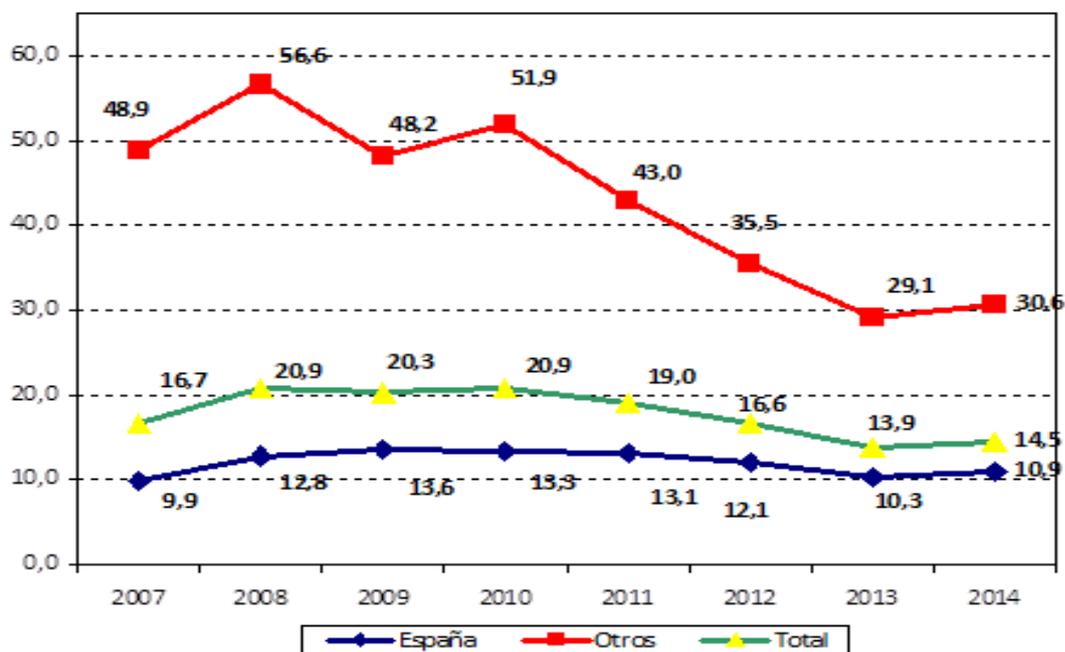
\* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

Año 2013-14 no consolidado.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
<b>2007</b>	824	81,3	190	18,7	1014
<b>2008</b>	1088	82,9	224	17,1	1312
<b>2009</b>	1091	84,1	206	15,9	1297
<b>2010</b>	1147	85,0	202	15,0	1349
<b>2011</b>	1041	84,4	192	15,6	1233
<b>2012</b>	934	86,6	145	13,4	1079
<b>2013*</b>	789	87,7	111	12,3	900
<b>2014*</b>	824	87,8	114	12,2	938
<b>2015*</b>	210	89,7	24	10,3	234
<b>Total</b>	7948	85,0	1408	15,0	9356

\* Años no definitivos

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

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

Año 2013-14 no consolidado

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

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	193	4,1	85	2,6	51	12,3	10	1,0
HSH	3680	78,2	2270	69,9	321	77,8	964	96,9
HTX	413	8,8	648	20,0	15	3,6	10	1,0
Otros	8	0,2	15	0,5	26	6,3	11	1,1
Desconocido /N.C.	411	8,7	225	7,0	413	100	995	100
<b>Total</b>	<b>4705</b>	<b>100</b>	<b>3243</b>	<b>100</b>				

\* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

### Retraso en el diagnóstico

El 16,1% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 14,1% en autóctonos y del 18,4% en foráneos.

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

	N	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ $\mu$ l)	DT (<350 células/ $\mu$ l)	<500 células/ $\mu$ l
2007	780	345	30,8	50,8	70,0
2008	1085	391	25,3	42,9	63,5
2009	1079	405	25,8	42,8	61,2
2010	1099	402	24,3	42,1	61,3
2011	1022	381	27,2	46,2	64,4
2012	928	417	24,4	41,5	60,5
2013	782	430	23,5	40,5	58,8
2014	830	464	21,2	36,0	54,9
2015	208	438	24,0	40,9	57,2
<b>07 -15</b>	<b>7813</b>	<b>405 (RI: 199-625)</b>	<b>25,3</b>	<b>42,8</b>	<b>61,7</b>

\* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 7813 nuevos diagnósticos (83,5%).

La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

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

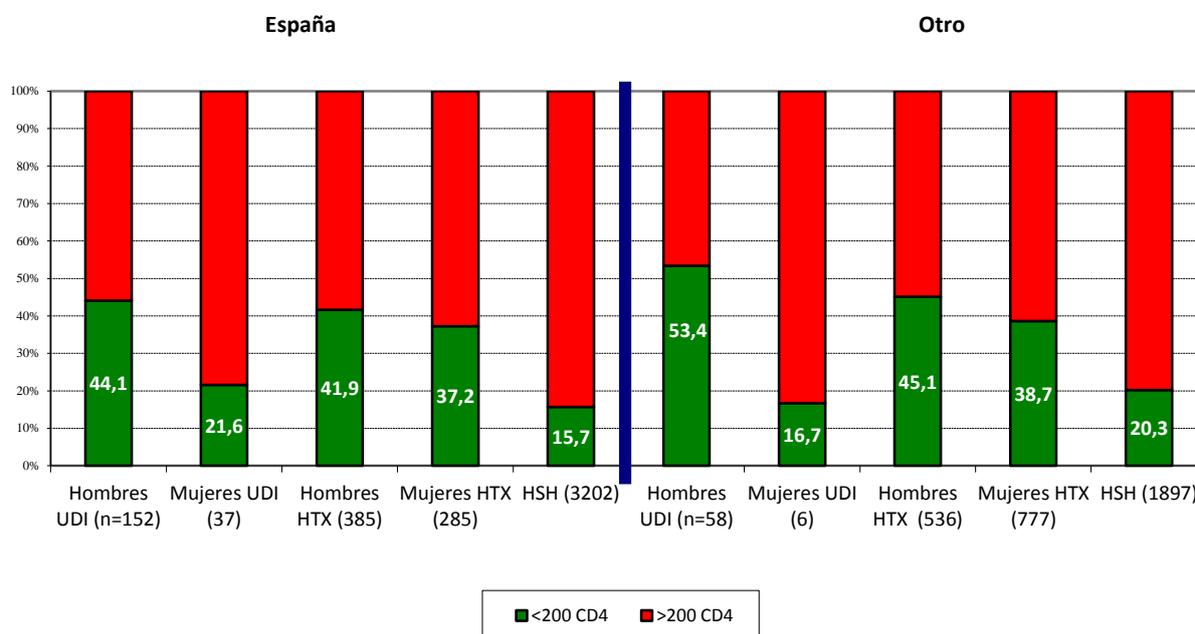
Linfocitos CD4<500: Estadios 2 y 3 del CDC (MMWR December 5, 2008/Vol.57/No.RR-10)

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

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
<b>Sexo</b>	Hombre (n=6669)	23,2%	40,4%	59,7%
	Mujer (1144)	37,4%	56,9%	73,4%
<b>Edad al diagnóstico de VIH</b>	13-19 años (119)	8,4%	23,5%	42,9%
	20-29 (2326)	14,1%	31,3%	52,7%
	30-39 (2919)	24,3%	41,9%	60,9%
	40-49 (1632)	34,8%	53,0%	70,2%
	>49 años (784)	45,3%	63,0%	77,8%
<b>Mecanismo de transmisión</b>	UDI (253)	42,3%	58,5%	70,8%
	HTX (1990)	40,8%	60,2%	76,4%
	HSH (5117)	17,4%	34,5%	55,0%
<b>País de origen</b>	España (4373)	21,9%	37,9%	56,7%
	Otros: (3440)	29,6%	49,1%	68,1%
	1. Europa Occidental (308)	13,3%	31,5%	56,2%
	2. Europa Oriental (230)	34,8%	47,8%	60,0%
	3. América Latina y Caribe (2170)	28,2%	48,3%	67,7%
	4. África Subsahariana (571)	39,8%	61,5%	79,2%
5. Norte de África y Oriente Medio (73)	42,5%	60,3%	71,2%	

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

**Gráfico 3. Porcentaje de casos con presentación con enfermedad avanzada de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.**



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.  
(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.

### CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. DICIEMBRE 2015.

Casos de sida 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	318	76,3	99	23,7
	2008	320	73,2	117	26,8
	2009	304	77,2	90	22,8
	2010	281	75,7	90	24,3
	2011	253	80,3	62	19,7
	2012	214	77,3	63	22,7
	2013*	155	78,7	42	21,3
	2014*	125	80,6	30	19,4
	2015*	58	81,7	13	18,3
	07-15	2028	77,0	606	23,0
Edad media (años)		41,6 ± 10,4		39,6 ± 9,9	
País de origen		España: 65,2%		España: 54,0%	
Mecanismo transmisión		HSH: 44,4%		HTX: 68,0%	

\* Años no consolidados.

Fallecidos con infección VIH. 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	266	79,9	67	20,1
	2008	284	78,9	76	21,1
	2009	224	77,5	65	22,5
	2010	249	80,3	61	19,7
	2011	236	84,0	45	16,0
	2012	176	76,9	53	23,1
	2013*	104	78,8	28	21,2
	2014*	76	76,0	24	24,0
	2015*	43	89,6	5	10,4
	07-15	1658	79,6	424	20,4
Edad media (años)		48,1 ± 9,8		45,2 ± 9,4	
País de origen		España: 90,5%		España: 87,5%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,3%		UDI: 65,1%	

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

**[www.madrid.org/boletinepidemiologico](http://www.madrid.org/boletinepidemiologico)**

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



**Comunidad de Madrid**

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública