

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

12.

INFORMES:

- **Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2006.**
- **Plan de erradicación de la poliomielitis, Comunidad de Madrid, año 2006.**



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

12

Índice

INFORMES:

	- Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2006.	3
	- Plan de Erradicación de la Poliomiелitis, Comunidad de Madrid, año 2006.	42
	- EDO. Parotiditis, año 2006. Semanas 49 a 52 (del 2 al 29 de diciembre de 2007)	52
	- Brotes Epidémicos. Semanas 49 a 52, 2007.	59
	- Red de Médicos Centinela, semanas 49 a 52, 2007.	61



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



INFORME:

REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. INFORME DEL AÑO 2006

SUMARIO

	Pág
RESUMEN.....	4
1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
3.- RESULTADOS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2006.....	7
3.1.- DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES	7
3.1.1.-Distribución espacial	8
3.1.2.-Localización anatómica de la enfermedad	8
3.1.3.-Factores de riesgo asociados.....	12
3.1.4.-Nivel asistencial.....	13
3.1.5.-Evolución de los casos	16
3.1.6.-Estudios de contactos	16
3.2.- TUBERCULOSIS INFANTIL	18
3.3.- TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH	20
3.4.- TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS	22
3.5.- TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS	26
3.6.- EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1995 A 2005	26
4.- DISCUSIÓN	32
5.- CONCLUSIONES	34
6.- BIBLIOGRAFÍA	35
7.- ANEXO 1: ORDEN 130/2001, DE 29 DE MARZO.....	36
8.- ANEXO 2: PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB.....	41

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este informe es presentar un análisis descriptivo de los casos de tuberculosis registrados durante el año 2006 en la Comunidad de Madrid.

Resultados: En los últimos años la incidencia anual de tuberculosis se ha estabilizado. La incidencia anual estimada para 2006 en la Comunidad de Madrid ha sido de 18,5 casos por 10⁵ habitantes. El 42,9% de los casos detectados han sido personas nacidas fuera de España siendo su procedencia fundamentalmente de América del Sur.

El grupo de edad con mayor incidencia corresponde al de entre 25 a 34 años, en el que el 40,5% de los casos han nacido fuera de España. La incidencia registrada en menores de 15 años ha sido de 7,3 casos por 10⁵ habitantes.

La incidencia de tuberculosis por Áreas Sanitarias varía entre los 11,3 casos por 100.000 habitantes del Área 5 y los 26,4 registrados en el Área 7. El distrito con mayor incidencia ha sido Centro con 42,1 casos por 10⁵ habitantes. La incidencia registrada en el municipio de Madrid ha sido de 19,4 casos por 10⁵ habitantes.

La situación de riesgo, asociada a la tuberculosis detectada con más frecuencia después del tabaquismo (20,2%), han sido la infección por VIH/SIDA (9,3%), seguida del alcoholismo (8,0%) y de la diabetes como enfermedad de base y el chabolismo/indigencia (4,1% respectivamente).

El nivel asistencial donde se realiza con mayor frecuencia el diagnóstico es en la atención especializada, el 75,1% de los casos inician el tratamiento en este nivel. El 61% de los casos cursan con ingreso hospitalario.

El seguimiento del 42,9% de los casos se realiza en atención especializada. En el 10% de los casos se han instaurado medidas para mejorar el cumplimiento del tratamiento. La mediana de la demora diagnóstica para los casos de localización pulmonar con baciloscopia positiva de esputo ha sido de 34 días.

Discusión: La incidencia en la Comunidad de Madrid en 2006 ha disminuido respecto a 2005, pero se mantiene por debajo a la registrada en otros ámbitos del Estado Español, si bien se puede considerar elevada en relación a la registrada en otras Regiones de Europa Occidental. El cambio en la demografía está produciendo un cambio en el patrón de presentación de esta enfermedad, de manera que el origen extranjero es muy frecuente entre los casos.

1.- INTRODUCCIÓN

El Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid se puso en marcha en 1995, en un principio se estableció para el período 1996-1999, en el año 2000 se revisó su funcionamiento y fue reformulado para el período 2000-2003 (1-3). A continuación se entró en un período de continuidad, con mantenimiento de las actividades establecidas en años anteriores. En 2006 se reorganizó la Comisión Regional del Programa (Orden 1668/2005, de 8 de noviembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, publicada el 25 de noviembre). En el marco del Programa, la estrategia fundamental para la Vigilancia Epidemiológica se lleva a cabo a través del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, implantado en la Comunidad de Madrid desde el año 1994. Se trata de un Registro

descentralizado que se articula en el Área de Salud. La consolidación de los casos a nivel regional se realiza en el Servicio de Epidemiología. Esta forma de trabajo puede establecerse en virtud de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. La regulación normativa del Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid se establece en la Orden 130/2001, de 29 de marzo, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 6 de abril de 2001 (anexo 1).

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

Los objetivos específicos del Registro son:

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

Desde que se implantó el Registro, además de los informes que se elaboran en cada una de las Áreas Sanitarias, se elaboran informes anuales para el ámbito Regional que son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. El último publicado corresponde a 2005 (Comunidad de Madrid. Informe del Registro de Casos de Tuberculosis 2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2007; 6(13):3-38.

En este informe se presenta un análisis descriptivo de los casos registrados durante el año 2006 con residencia en la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico.

2- MATERIAL Y MÉTODOS

Las fuentes de información del Registro son:

- 1 - Los médicos generales y especialistas mediante la declaración al Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- 2 - Los Laboratorios de Microbiología de la Comunidad de Madrid que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado, y/o pruebas de sensibilidad de micobacterias.
- 3 - El sistema de información constituido por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización.

- 4 - Otras fuentes: El Registro Regional de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid. Instituciones Penitenciarias, Funerarias, Servicios Hospitalarios de Anatomía Patológica, Admisión, Farmacia, 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.

Para cada caso se cumplimenta un cuestionario (anexo 2) con las variables contempladas en el Registro, por parte del personal sanitario responsable de la notificación, o bien a partir de todos los datos que se recogen en la Sección de Epidemiología del Área Sanitaria desde las distintas fuentes de información.

Para su inclusión en el Registro, se considera 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.

El análisis de la información se realiza para cada Área Sanitaria en la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública. En el Servicio de Epidemiología se lleva a cabo el análisis de la información regional incluyendo la comparación entre Áreas.

Es importante puntualizar que a medida que pasa el tiempo se detectan algunos casos que inicialmente no se habían localizado, este hecho condiciona que las cifras de incidencia anual correspondientes a años anteriores se incrementen; esta situación se refleja en el análisis de comparación por años, cuyos datos pueden mostrar diferencias respecto a las que figuran en informes anuales ya publicados.

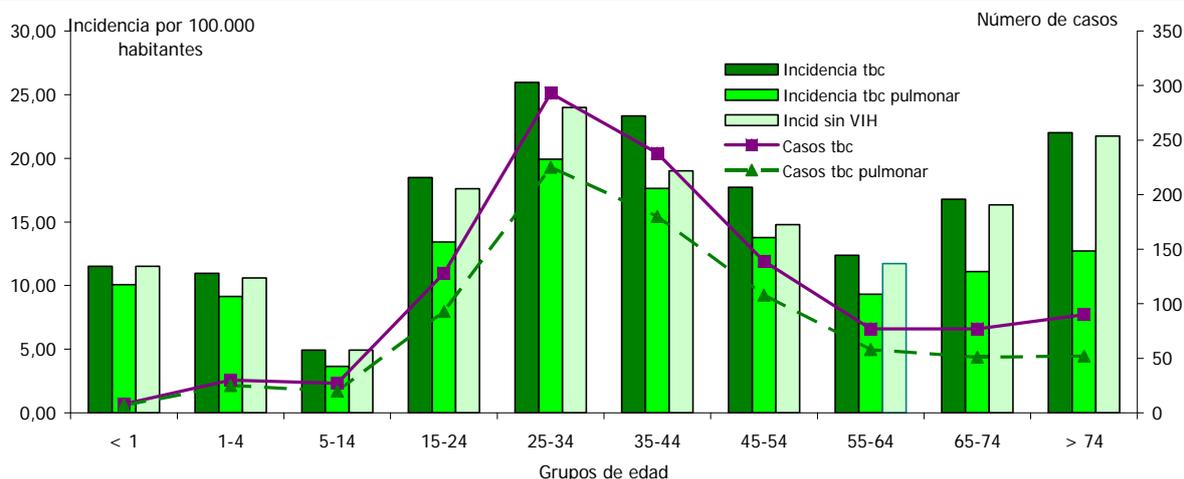
En el análisis espacial siempre se considera el Área y el Distrito Sanitario donde está ubicado el domicilio del caso. Para el cálculo de la incidencia se han utilizado las poblaciones correspondientes al padrón continuo de 2006. El análisis de los datos se ha realizado con el programa informático SPSS (versión 14.0 para Windows).

3.- RESULTADOS CORRESPONDIENTES A 2006

3.1. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES

FIGURA 1

Incidencia anual y número de casos de tuberculosis específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



En el año 2006 fueron registrados 1.129 casos de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, de los que 20 eran residentes en otras Comunidades Autónomas; estos casos han sido excluidos del análisis de resultados, que se ha realizado con los 1109 casos restantes, hallándose una incidencia anual de tuberculosis en la Comunidad de Madrid de 18,46 casos por 100.000 habitantes.

El primer nivel asistencial desde donde se ha notificado esta enfermedad ha sido principalmente desde especializada (944 casos, 85,1%), seguido de Atención Primaria (120 casos, 10,8%).

La incidencia de tuberculosis más elevada se observa en el grupo de edad de 25 a 34 años (25,95 casos por 100.000 habitantes). En menores de 1 año, hay 8 casos lo que supone una incidencia en ese grupo de 11,5 casos por 100.000 habitantes. Si excluimos del análisis a aquellas personas VIH (+), el pico de incidencia en los adultos jóvenes (de 35 a 44 años) se suaviza pasando a ser la tasa de 23,3 a 19,0 casos por 100.000 habitantes. La edad es desconocida en únicamente en dos casos (0,2%) (Figura 1).

Según el género, hay un predominio masculino, con 698 casos en hombres (63%), con una incidencia de 24,0 casos por 100.000, frente a 409 mujeres (37%), con una incidencia de 13,2 casos por 100.000. El sexo es desconocido en un 0,2% de los casos.

El 42,9% de los casos de tuberculosis han sido personas nacidas fuera de España. El 63% de ellos con una edad comprendida entre los 25 y 44 años.

De todos los casos registrados el 74,5% son confirmados, es decir, tienen un cultivo positivo al complejo *M. tuberculosis* en alguna muestra biológica de cualquier localización.

3.1.1. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

La incidencia de tuberculosis por Áreas Sanitarias varía entre los 8,97 casos por 100.000 habitantes del Área 6 y los 26,37 registrados en el Área 7. Se observa una disminución de la incidencia con respecto a los resultados del año 2005 en todas las Áreas excepto en la 7, 8, 10 y 11 (Tabla 1).

El distrito sanitario con la incidencia más elevada es el distrito Centro con 42,05 casos por 100.000 habitantes (42% más que el año anterior), seguido de Villaverde con 32,9 casos por 100.000 habitantes (un 6,3% menos que el año anterior). Por otra parte, la menor incidencia fue registrada en el distrito de Majadahonda, con 6,1 casos por 100.000 habitantes. En 16 Distritos Sanitarios se han observado descensos de incidencia con respecto al año 2005: Moratalaz, Retiro, Coslada, Salamanca, Chamartín, Alcalá de Henares, Ciudad Lineal, San Blas, Alcobendas, Fuencarral, Majadahonda, Chamberí, Fuenlabrada, Getafe, Arganzuela, y Villaverde, mientras que en el resto la incidencia ha sido mayor que el año anterior.

En el municipio de Madrid se han detectado 606 casos, con una incidencia de 19,4 casos por 100.000 habitantes, 6% inferior a la observada en el año 2005 (20,6 casos por 100.000 habitantes).

En 43 casos se desconoce el Área Sanitaria de residencia. Han disminuido los casos entre personas que viven en un albergue o en la calle (15 en 2005; 7 en 2006) y los que residen en centros penitenciarios (20 en 2005; 19 en 2006).

3.1.2. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD

De los 1109 casos de tuberculosis, en 1077 (97%) se conoce su localización anatómica. 819 presentaron localización pulmonar (76,0%); entre éstos, 62 (7,6%) presentaron además otra localización asociada. La incidencia de tuberculosis pulmonar ha sido de 13,63 casos por 100.000 habitantes, siendo el 65% de éstos hombres y el grupo de edad más afectado el de 25 a 34 años (19,93 casos por 100.000 hab.).

La localización es exclusivamente extrapulmonar en el 23,3% de los casos (Figura 2). De las formas extrapulmonares, la más frecuente es la tuberculosis de otra forma respiratoria (86 casos), seguida por la forma linfática con 80 casos (Figura 3).

TABLA 1

Incidencia de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

Área - Distrito Sanitario			Población	Casos*	Incidencia por 10 ⁵	% de variación 2005-2006
ÁREA	1	Sur-Este	743.421	146	19,64	-15,68
	1.1	Arganda	145.935	20	13,70	9,71
	1.2	Moratalaz	170.360	23	13,50	-41,05
	1.3	Retiro	123.931	12	9,68	-53,18
	1.4	Vallecas	303.195	91	30,01	3,32
ÁREA	2	Centro_Norte	440.801	49	11,12	-20,48
	2.1	Coslada	153.739	20	13,01	-5,57
	2.2	Salamanca	147.847	11	7,44	-41,15
	2.3	Chamartin	139.215	18	12,93	-17,24
ÁREA	3	Este	349.513	59	16,88	-5,52
	3.1	Alcalá de Henares	237.399	30	12,64	-28,52
	3.2	Torrejón de Ardoz	112.114	28	24,97	43,91
ÁREA	4	Noreste	572.315	70	12,23	-22,04
	4.1	Ciudad Lineal	225.270	23	10,21	-44,09
	4.2	San Blas	148.540	22	14,81	-8,44
	4.3	Hortaleza	198.505	25	12,59	2,49
ÁREA	5	Norte	735.145	83	11,29	-8,79
	5.1	Alcobendas	269.755	20	7,41	-18,86
	5.2	Colmenar Viejo	111.793	15	13,42	108,02
	5.3	Tetuán	147.576	26	17,62	25,68
	5.4	Fuencarral	206.021	18	8,74	-18,14
ÁREA	6	Oeste	635.495	57	8,97	-15,55
	6.1	Majadahonda	294.006	18	6,12	-47,61
	6.2	Collado Villalba	224.867	25	11,12	2,22
	6.3	Moncloa	116.622	14	12,00	57,87
ÁREA	7	Centro-Oeste	542.334	143	26,37	5,95
	7.1	Centro	140.317	59	42,05	42,05
	7.2	Chamberí	149.163	21	14,08	-32,86
	7.3	Latina	252.854	62	24,52	4,87
ÁREA	8	Sur-Oeste I	469.018	93	19,83	86,48
	8.1	Móstoles	215.321	38	17,65	212,83
	8.2	Alcorcón	164.633	36	21,87	122,12
	8.3	Navalcarnero	89.064	18	20,21	116,23
ÁREA	9	Sur Oeste II	396.165	74	18,68	-2,91
	9.1	Leganés	182.471	41	22,47	40,43
	9.2	Fuenlabrada	213.694	31	14,51	-34,02
ÁREA	10	Sur I	318.636	61	19,14	21,69
	10.1	Parla	162.316	38	23,41	89,84
	10.2	Getafe	156.320	21	13,43	-24,48
ÁREA	11	Sur II	805.340	205	25,46	4,01
	11.1	Aranjuez	146.156	24	16,42	25,28
	11.2	Arganzuela	144.741	25	17,27	-12,96
	11.3	Villaverde	143.070	47	32,85	-6,29
	11.4	Carabanchel	239.376	69	28,82	9,36
	11.5	Usera	131.997	40	30,30	13,97
		Área desconocida/Prisión/Calle		43/19/7		
		Total	6.008.183	1109	18,46	-3,43
		Residentes otras CC.AA.		20		
		Total		1129		

* A menudo la suma de casos por Distrito es menor que la del Área correspondiente, pues se conoce el Área de residencia pero no el Distrito.

FIGURA 2

Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

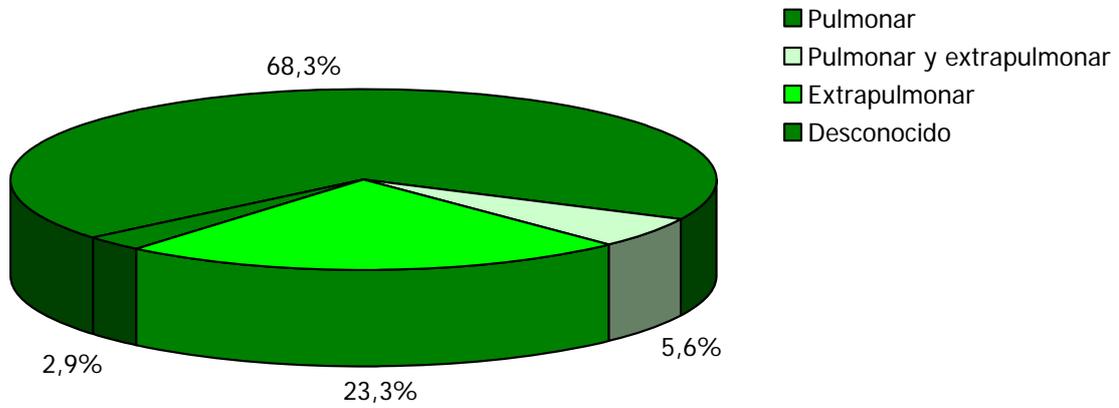
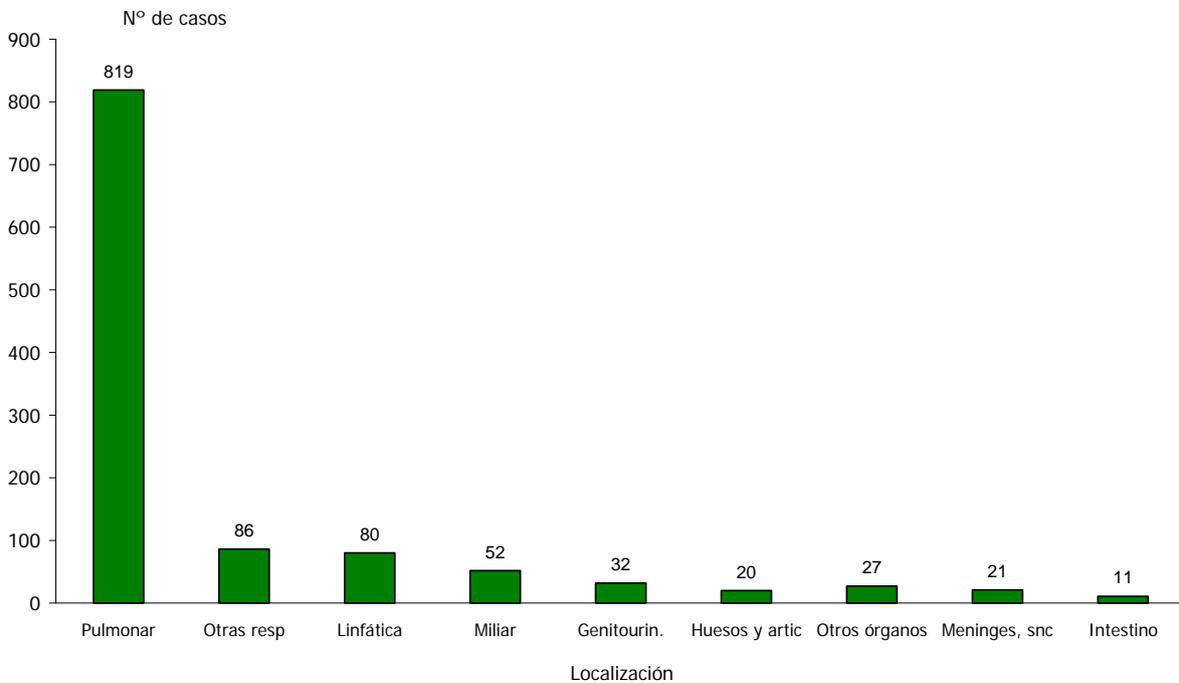


FIGURA 3

Distribución de los casos de tuberculosis según la localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



*Un caso puede tener más de una localización

Si se consideran los casos con área de residencia asignada, las formas pulmonares representan el 74% de todas las formas de tuberculosis en la Comunidad de Madrid; esta proporción oscila entre las Áreas, situándose entre el 66 % en el Área 3 y el 83% en el Área 5. La incidencia de tuberculosis con localización pulmonar también es diferente en función del Área Sanitaria, y varía entre 6,5 casos por 100.000 habitantes en el Área 6 y 19,6 casos por 100.000 habitantes en el Área 7 (Tabla 2).

TABLA 2

Incidencia de tuberculosis pulmonar y porcentaje de casos con localización pulmonar sobre el total de casos de tuberculosis por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

ÁREA SANITARIA	Nº DE CASOS DE TBC PULMONAR	INCIDENCIA DE TBC PULMONAR POR 10 ⁵	% DE TBC PULMONAR SOBRE TOTAL TBC
1 Sur-Este	116	15,60	79,5
2 Centro_Norte	38	8,62	77,6
3 Este	39	11,16	66,1
4 Noreste	56	9,78	80,0
5 Norte	69	9,39	83,1
6 Oeste	41	6,45	71,9
7 Centro-Oeste	106	19,55	74,1
8 Sur-Oeste I	66	14,07	71,0
9 Sur Oeste II	54	13,63	73,0
10 Sur I	43	13,50	70,5
11 Sur II	149	18,50	72,7
Área Desc./Prisión/Calle	24/12/6	-	
Total	819	13,63	73,9

De los 819 casos con tuberculosis pulmonar, 452 (55%) han presentado baciloscopia de esputo positiva, lo que supone una incidencia de 7,5 casos por 100.000 habitantes. De los casos con baciloscopia positiva, el 85% tienen cultivo positivo. El diagnóstico de certeza mediante cultivo positivo de esputo se ha establecido en 826 casos, el 74,5% (Tabla 3).

En 514 casos de tuberculosis con localización pulmonar (63%) se pudo observar una radiografía torácica indicativa de tuberculosis, siendo desconocido el valor para esta variable en 302 casos (37%).

TABLA 3

Resultado de las pruebas microbiológicas realizadas a los casos de tuberculosis pulmonar. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

BACILOSCOPIA ESPUTO	CULTIVO DE ESPUTO			% cultivos positivos
	Positivo	Negativo	Total	
Positivo	385	67	452	85,2%
Negativo	253	114	367	68,9%
Total	638	181	819	76,7%
% baciloscopias positiva	60,3%	37,0%	55,2%	

3.1.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La situación de riesgo, asociada a la tuberculosis, detectada con más frecuencia ha sido después del tabaquismo (20,2%), la infección por VIH/SIDA (9,3%), a continuación el alcoholismo (8,0%) y la situación social desfavorable (4,1%) (Tabla 4). Lo más destacable es que la tendencia de casos VIH+ continúa siendo significativamente decreciente. También llama la atención que el resto de factores de riesgo considerados, no muestra diferencias sustanciales con los datos del año anterior excepto la situación social de chabolismo e indigencia pasa por delante de la adicción a drogas vía parenteral.

El Registro Regional de Casos de la Comunidad de Madrid registró 19 casos con domicilio al inicio del tratamiento en centros penitenciarios ubicados en la Comunidad de Madrid, y son 32 casos los que refieren tener antecedente de estancia en prisión en los dos años anteriores al inicio del tratamiento (4).

En 150 casos (13,5%) se ha recogido información acerca de la existencia de un contacto previo con algún enfermo de tuberculosis. De las formas de contacto registradas la más frecuente es la convivencia con un enfermo: 78 casos (52%).

TABLA 4

Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según situación de riesgo asociada y grupo de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

SITUACIÓN DE RIESGO	% SEGÚN GRUPOS DE EDAD					% SOBRE EL TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	Todas las edades
Tabaquismo (N=224)	0,9	11,2	51,3	30,4	6,3	20,2
VIH-SIDA (n=103)	1,0	4,9	63,1	26,2	2,9	9,3
Alcoholismo (n=89)	0,0	3,4	41,6	46,1	9,0	8,0
Desfavorecidos socialmente (n=46)	15,2	2,2	43,5	30,4	8,7	4,1
Diabetes (n=45)	2,2	4,4	17,8	35,6	40,0	4,1
Enf. Inmunosup. (n=46)	2,2	4,3	52,2	23,9	17,4	4,1
Uso de drogas (n=43)	0,0	7,0	60,5	30,2	2,3	3,9
Neoplasia (n=39)	0,0	5,1	5,1	30,8	59,0	3,5
Gastrectomía (n=11)	0,0	0,0	18,2	27,3	54,5	1,0
Silicosis (n=9)	0,0	0,0	11,1	33,3	55,6	0,8

3.1.4. NIVEL ASISTENCIAL

El nivel asistencial en el que con mayor frecuencia se ha iniciado el tratamiento corresponde al Hospital (incluyendo las consultas externas hospitalarias) en un 72% de los casos, seguido por la Atención Especializada Extrahospitalaria (6%) y Atención Primaria (5%). El 0,6% de los pacientes iniciaron tratamiento en otros lugares como Sanidad Penitenciaria, otras CCAA, etc. El lugar de inicio del tratamiento se desconoce en el 17% de los casos (Tabla 5).

En cuanto al seguimiento, el nivel asistencial en el que éste se ha realizado con más frecuencia ha sido también el Hospital, el 36% de los casos incluyendo las consultas externas hospitalarias, seguido de Atención Especializada Extrahospitalaria el 13% de los casos. Este dato se desconoce en el 43% de los casos (Tabla 6).

En las Tablas 5 y 6 se muestran además los porcentajes de inicio y seguimiento de tratamiento en los diferentes niveles asistenciales distribuidos por Áreas, observándose diferencias notables entre ellas. No se incluyen los casos que al comenzar el tratamiento tenían como residencia área desconocida, la cárcel, la calle o un albergue.

En 109 casos (10%) se ha instaurado alguna medida para la mejora del cumplimiento del tratamiento en régimen ambulatorio, bien esta medida haya consistido en un tratamiento directamente observado o bien en un seguimiento semanal con entrega gratuita de medicamentos y/o utilización de algún incentivo.

TABLA 5

Distribución porcentual según el nivel asistencial de inicio del tratamiento por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

ÁREA	INICIO TRATAMIENTO					Total n
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	% desc.	
1	67,8	4,8	4,1	0,0	23,3	146
2	69,4	0,0	4,1	0,0	26,5	49
3	74,6	1,7	6,8	0,0	16,9	59
4	84,3	1,4	1,4	2,9	10,0	70
5	80,7	4,8	3,6	0,0	10,8	83
6	77,2	0,0	7,0	1,8	14,0	57
7	60,8	4,2	2,1	0,0	32,9	143
8	82,8	0,0	3,2	0,0	14,0	93
9	81,1	9,5	4,1	1,4	4,1	74
10	62,3	24,6	3,3	1,6	8,2	61
11	69,8	8,8	9,8	0,5	11,2	205
TOTAL	72,3	5,7	4,9	0,6	16,5	1040

TABLA 6

Distribución porcentual según el nivel asistencial de seguimiento del tratamiento por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

ÁREA	SEGUIMIENTO TRATAMIENTO					Total n
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	% desc.	
1	52,1	8,9	5,5	2,1	31,5	146
2	30,6	0,0	2,0	2,0	65,3	49
3	49,2	3,4	8,5	1,7	37,3	59
4	22,9	22,9	5,7	2,9	45,7	70
5	50,6	7,2	9,6	3,6	28,9	83
6	50,9	3,5	7,0	3,5	35,1	57
7	14,7	4,2	4,9	0,0	76,2	143
8	41,9	1,1	10,8	3,2	43,0	93
9	64,9	21,6	4,1	2,7	6,8	74
10	19,7	50,8	4,9	1,6	23,0	61
11	22,4	18,0	10,7	1,0	47,8	205
TOTAL	35,9	12,5	7,2	1,9	42,5	1040

Se ha calculado la demora diagnóstica, considerada como el tiempo transcurrido entre la fecha de comienzo de los síntomas y la fecha de comienzo del tratamiento. Estos datos son conocidos en 772 casos. La mediana de esta demora diagnóstica se ha estimado en 35 días, un día menos que la obtenida en el año 2005. De los casos que corresponden a tuberculosis con baciloscopia de esputo positiva (466), la mediana de la demora diagnóstica es de 34 días, un día menos que en el año anterior (Tabla 7). El 63,7% de los casos han sido hospitalizados. En la Tabla 8 pueden observarse el número de casos y el porcentaje de hospitalización según cada Área Sanitaria. No se incluyen aquellos que al principio del tratamiento tenían como residencia la prisión, un albergue o la calle.

TABLA 7

Tiempo transcurrido en días desde la fecha de inicio de síntomas hasta la de inicio de tratamiento. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

PERCENTIL	Todos los casos	Casos de tuberculosis con baciloscopia de esputo (+)
P 25	15 días	14 días
P 50	35 días	34 días
P 75	78 días	72 días

TABLA 8

Distribución porcentual de casos hospitalizados según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

ÁREA SANITARIA	Nº DE CASOS HOSPITALIZADOS	% DEL TOTAL DE CASOS
1	101	69,2
2	26	53,1
3	36	61,0
4	54	77,1
5	68	81,9
6	44	77,2
7	92	64,3
8	68	73,1
9	48	64,9
10	20	32,8
11	105	51,2
Total	662	63,7

3.1.5. EVOLUCIÓN DE LOS CASOS

De los 1109 casos registrados se dispuso de información sobre su seguimiento en el 46,6%, lo que supone un descenso del 3% respecto al año anterior (48%). Fecha de fin de tratamiento la disponemos en 471 casos (42,5%), 11 casos se trasladaron a otra Comunidad Autónoma (1%) y 35 se han perdido (3,2%).

En cuanto a los 471 casos en los que se conoce la fecha de finalización del tratamiento, 436 (92,6%) han sido dados de alta por curación, 6 (1,3%) han muerto por tuberculosis, 26 (5,5%) fallecieron por otras causas incluida SIDA, y a 3 pacientes (1%) se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa.

Además se han registrado incidencias que no han permitido la finalización del tratamiento en 33 pacientes: 17 abandonos del tratamiento, 8 pacientes sufrieron una recaída, en 7 casos consta reinicio de tratamiento y en un caso se registró un fracaso terapéutico.

Se ha calculado la proporción de casos curados de la siguiente forma: en el numerador figuran los casos en los que se ha registrado la curación (436), y en el denominador: los curados (436), los que presentaron alguna incidencia que impidió el alta (33), los muertos por tuberculosis (6), y aquellos en los que se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa (3), el porcentaje obtenido es de 91,2%.

Son casos iniciales es decir, nunca habían recibido tratamiento contra la tuberculosis con anterioridad 344 casos (31%). Este dato es desconocido en 724 casos (65%).

3.1.6. ESTUDIOS DE CONTACTOS

En 415 casos (37,4%) se conoce el dato de si se ha realizado o no estudio de contactos (Figura 4), y de ellos el estudio se realizó en 375 (90%). Si se tienen en cuenta sólo los casos con localización pulmonar, se tiene constancia de si se ha hecho o no estudio de contactos en 334 casos (40,8%) (Figura 5). Entre éstos se ha realizado el estudio de contactos en 314 casos (94%).

FIGURA 4

Distribución del total de casos de tuberculosis según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



FIGURA 5

Distribución de los casos de tuberculosis pulmonar según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



En la Tabla 9 se observa el resultado de los estudios de contactos realizados en los casos con tuberculosis pulmonar. Se detectaron 742 contactos, es decir, 0,9 contactos por caso, de los que 0,2 eran convivientes, 0,1 eran no convivientes y 0,6 pertenecían a un colectivo.

TABLA 9

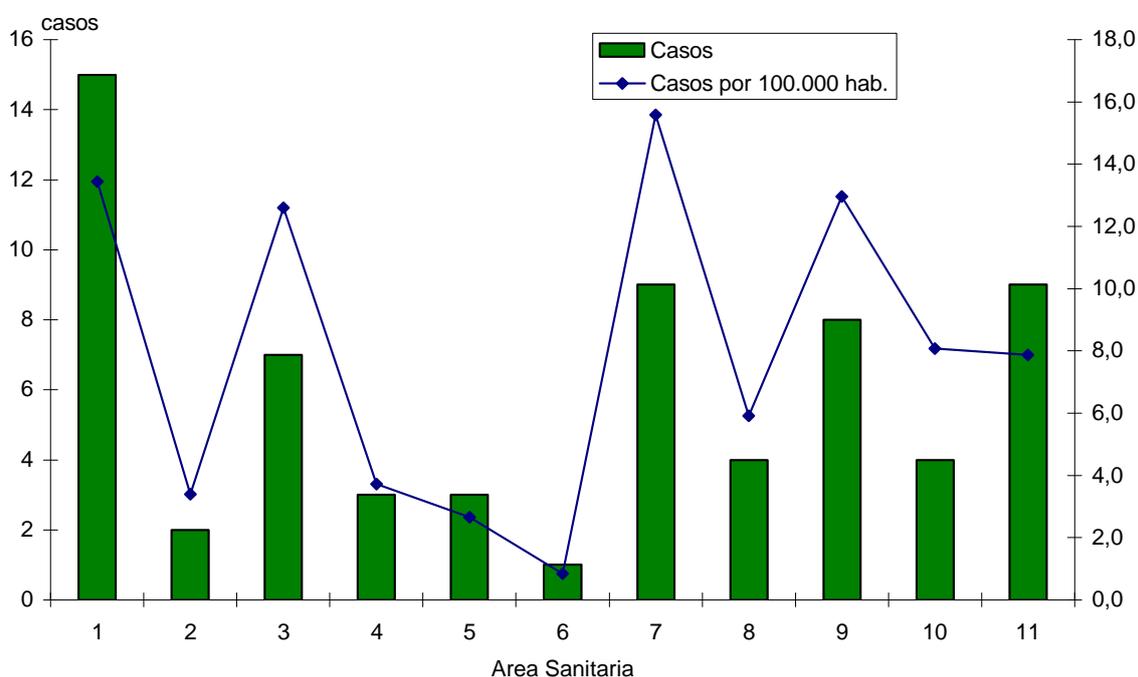
Distribución de los casos de tuberculosis pulmonar según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	199	55,8	39,7	4,5
No convivientes	83	86,7	13,3	0,0
Colectivo	460	81,3	18,5	0,2

3.2. TUBERCULOSIS INFANTIL

En 2006 se han registrado 65 casos de tuberculosis en niños menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 7,30 casos por 100.000 habitantes en este grupo de edad. Esta cifra es menor que la observada el año anterior (8,76 casos por 100.000 habitantes). En menores de 5 años la tasa de incidencia ha sido de 11,07 casos por 100.000 habitantes. De los 65 casos, 28 son hombres (43,1%) y 37 mujeres (56,9%).

FIGURA 6
Incidenia de tuberculosis infantil según Área Sanitaria.Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

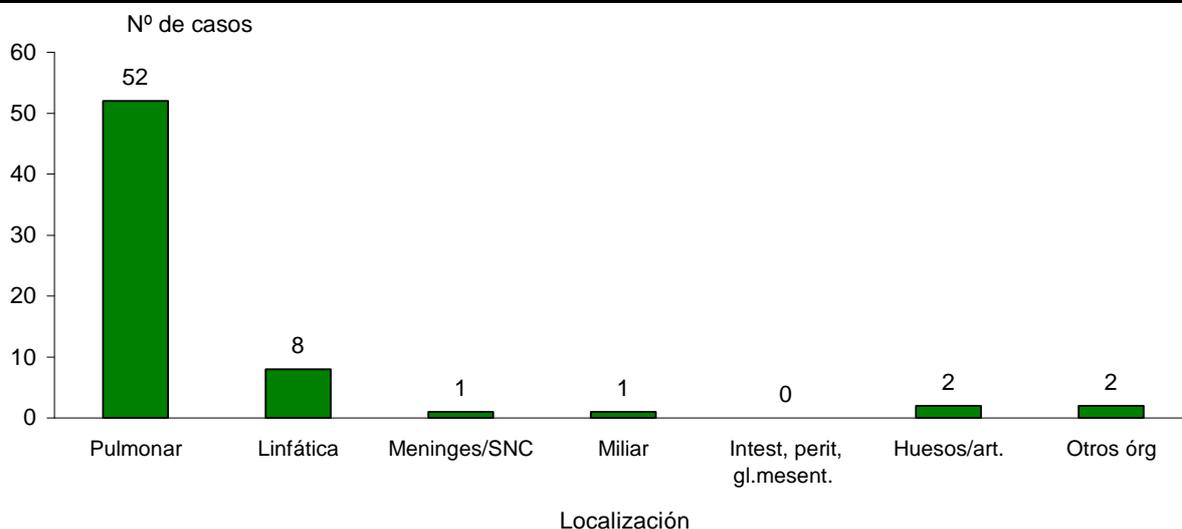


La mayor incidencia de tuberculosis infantil se ha registrado en el área 7 con 15,6 casos por 100.000 habitantes, seguida de las áreas 1 y 9 con 13,4 y 13,0 casos por 100.000 habitantes respectivamente, en el área 6 se ha detectado un único caso (0,84 casos por 100.000 habitantes) (Figura 6).

En cuanto a la localización anatómica, el 80,0% de los casos registrados tenía localización pulmonar; 1 caso de diez años de edad ha presentado localización meníngea. La tasa de incidencia para esta localización en el grupo de edad de 0 a 4 años ha sido de 0,00 casos por 100.000 habitantes (Figura 7).

FIGURA 7

Distribución de los casos de tuberculosis infantil según la localización anatómica.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



Del total de niños enfermos de tuberculosis, la prueba de la tuberculina fue positiva en 23 niños (35,4%). La radiografía de tórax fue indicativa de tuberculosis en 17 casos (26,2%), este dato era desconocido en 42 casos (64,6%). Respecto a la confirmación microbiológica en 28 (43,1%) casos se aisló *Micobacterium tuberculosis* en cultivo.

Se han recogido datos de antecedentes de contacto con una persona enferma de tuberculosis en 39 casos y de ellos 23 (58,9%) referían que la forma de contacto fue con un conviviente y 11 (28,2%) con un contacto frecuente no conviviente.

Respecto al antecedente de tuberculosis, el 77% de los casos se han considerado iniciales, es decir, nunca antes han recibido tratamiento contra la tuberculosis. 2 casos no lo eran y se desconoce el dato para el 30% restante.

Sobre el estudio de contactos se tiene información sobre 42 casos de los cuales sólo en tres no se realizó dicho estudio. De los 39 restantes en 34 (87%) se realizó el estudio de contactos en ese momento y en 5 (13%) ya se había realizado con anterioridad por tratarse de casos secundarios. En 23 casos se desconoce si se ha realizado o no el estudio de contactos (Figura 8).

En la Tabla 10 se muestran los resultados de los estudios de contactos realizados. Se detectaron 194 contactos lo que supone una media de 3,0 contactos por caso, de los que 0,7 eran convivientes, 0,4 no convivientes y 1,9 pertenecían a algún colectivo.

FIGURA 8

Distribución de los casos de tuberculosis infantil según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

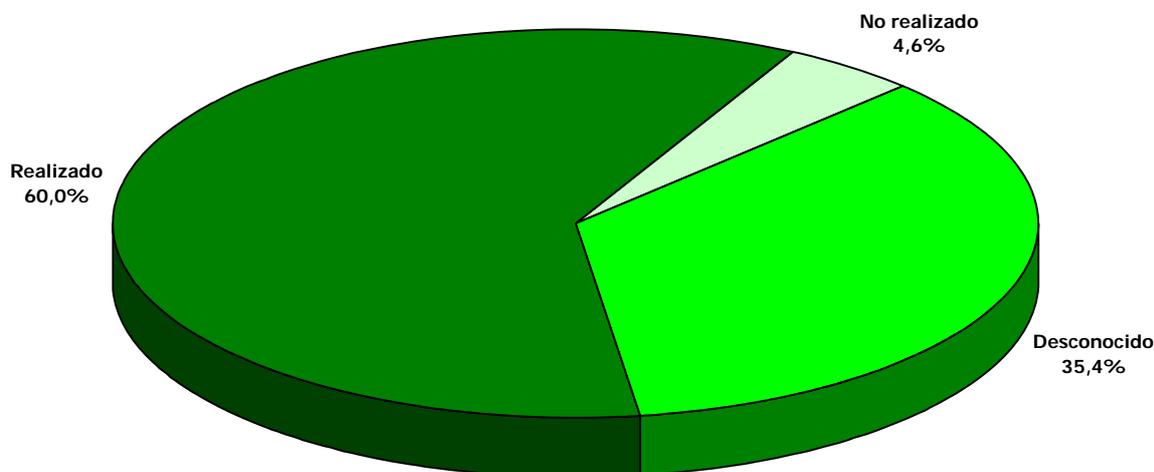


TABLA 10

Resultado de los estudios de contactos de los casos de tuberculosis infantil. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	48	62,5	33,3	4,2
No convivientes	24	100,0	0,0	0,0
Colectivo	122	87,7	12,3	0,0

3.3. TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH

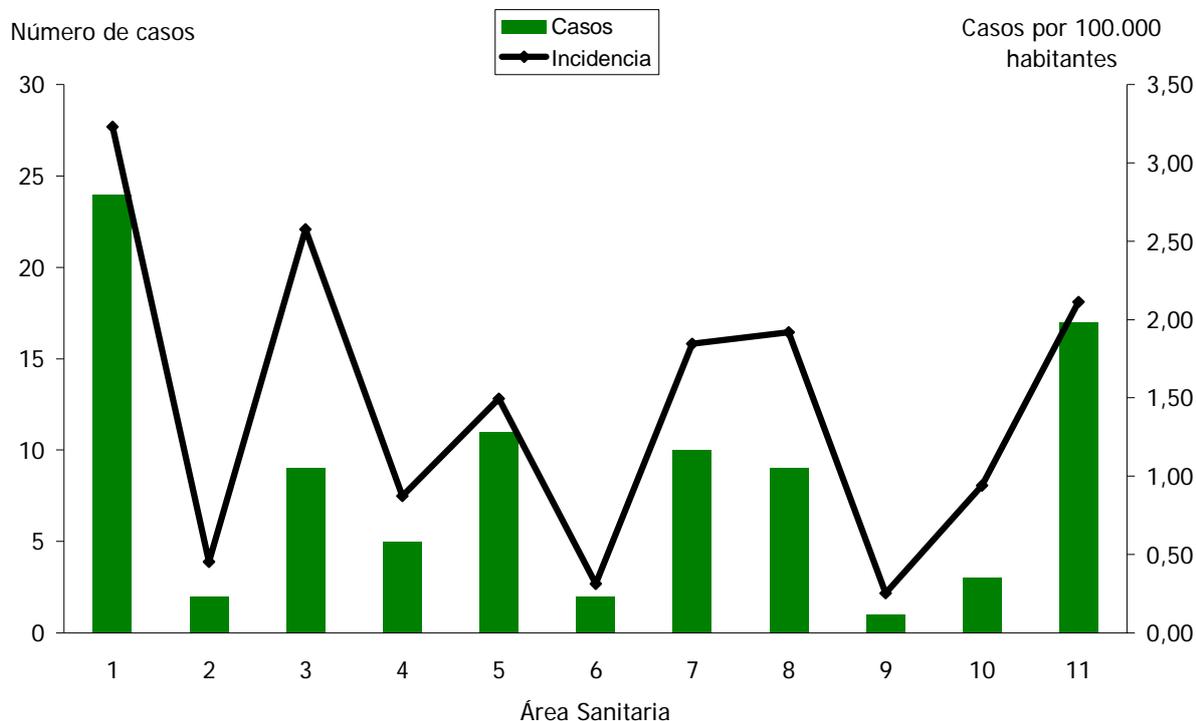
De los 1109 casos de tuberculosis registrados en 2006 en Madrid, 103 (9,3%) se han producido en personas infectadas por el VIH, lo que representa una incidencia de tuberculosis asociada a la infección por VIH de 1,7 casos por 100.000 habitantes. Esto supone un leve descenso respecto del año anterior (2,0 casos por 100.000 habitantes) manteniéndose una tendencia significativamente descendente de la incidencia (año 2001: 2,7 casos por 100.000 habitantes; año 2002 y 2003: 2,6 casos por 100.000 habitantes).

La incidencia específica por edad más elevada se da en el grupo de edades entre 35 y 44 años (4,3 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de edad de 45 a 54 años (2,9 casos por 100.000 habitantes). En cuanto al género, 82 casos (80%) se han registrado en hombres y 21 (20%) en mujeres.

Por Áreas Sanitarias, las mayores incidencias se han registrado en las Áreas 1 (3,2 casos por 100.000 habitantes), y áreas 3 y 11 con 2,6 y 2,1 casos por 100.000 habitantes respectivamente (Figura 9).

FIGURA 9

Incidencia de tuberculosis y VIH según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



71 casos (69%) han presentado tuberculosis pulmonar, asociada o no a otra localización. De las localizaciones extrapulmonares las formas más frecuente han sido la tuberculosis miliar con 25 casos (24,3%) y la linfática con 10 casos (10,7%).

De los casos con tuberculosis pulmonar, en 29 (56,8%) se ha obtenido una baciloscopia de esputo positiva, y en 60 (84,5%) se ha realizado diagnóstico de certeza con cultivo de esputo positivo. Del total de casos en 47 de ellos (45,6%) se registró una radiografía torácica, y en 36 (76,6%), ésta fue indicativa de tuberculosis.

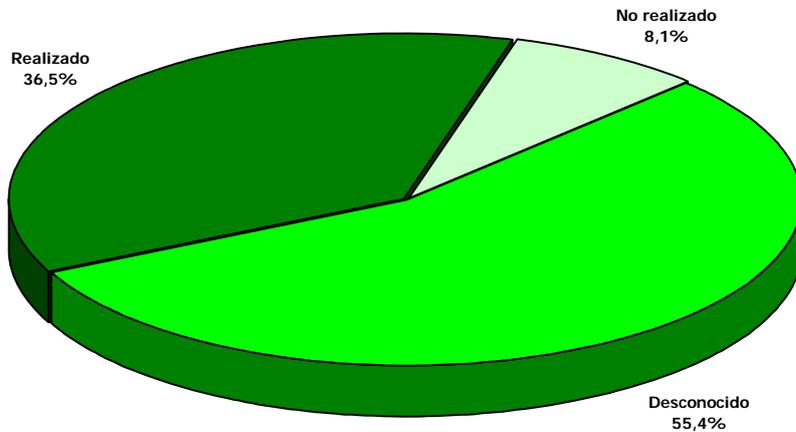
La variable de antecedente de contacto con un enfermo de tuberculosis ha sido afirmativo en 4 casos (3,9%), 3 con convivientes y 1 en una institución cerrada.

Enfermos iniciales, es decir, nunca antes habían recibido tratamiento frente a la tuberculosis eran 61 casos, un 81,3% dado que se disponía de esta información en 75 casos.

La información sobre la realización o no de estudio de contactos en los casos de las formas pulmonares es desconocida en 43 casos. Se ha realizado el estudio de contactos en 24 casos, y no se ha realizado en 4 (Figura 10).

FIGURA 10

Distribución de los casos de tuberculosis pulmonar en VIH (+) según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



3.4. TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS

En el año 2006, del total de los 1109 casos de tuberculosis, 476 se dieron en personas nacidas fuera de España, esto supone un 42,9% de los casos, un 20% más que el año anterior. Su procedencia es fundamentalmente América del Sur (45% de los casos) y África (26%). Por países, los que aportan un mayor número de casos son Rumania (79 casos), Ecuador (67 casos), Marruecos (60 casos) y Perú (50 casos) (Tabla 11).

La tasa de incidencia de tuberculosis en extranjeros ha sido de 58,29 casos por 100.000 habitantes teniendo en cuenta que el número de extranjeros empadronados en la Comunidad de Madrid este año ha sido de 816.606 habitantes.

TABLA 11

Distribución de los casos de tuberculosis en población inmigrante según continente y país de origen más frecuente. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

CONTINENTE	PAÍS	Nº DE CASOS DE TBC	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DE TBC EN POBLACIÓN INMIGRANTE
AMÉRICA		212	44,5
	REP. ECUADOR	67	14,1
	REP. BOLIVIA	53	11,1
	REP. PERÚ	50	10,5
	REP. COLOMBIA	8	1,7
	OTROS	34	7,1
ÁFRICA		124	26,1
	REINO DE MARRUECOS	60	12,6
	REP. GUINEA ECUATORIAL	21	4,4
	REP. FED. NIGERIA	13	2,7
	OTROS	30	6,3
EUROPA		95	20,0
	RUMANIA	79	16,6
	REP. PORTUGUESA	5	1,1
	OTROS	11	2,3
ASIA		25	5,3
Desconocido		20	4,2
TOTAL		476	100

En la Figura 11 se presenta la distribución de los casos por género y grupo de edad, 282 casos se han detectado en hombres (59,2%). La edad mediana de los casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España fue de 30 años, siendo el 75% de ellos menores de 38 años. El 40,5% de los casos pertenece al grupo de edad entre 25 y 34 años. Sin embargo, el grupo de edad donde los casos de tuberculosis en extranjeros suponen una mayor proporción con respecto a todos, es el de 15 a 24 años, en el que los casos de tuberculosis en extranjeros son el 71,5% del total; entre los 25 y 34 años los casos de tuberculosis en personas fuera de España suponen el 67,7% del total (Figura 12). En menores de 1 año se ha dado 1 caso y entre 1 y 4 años 8 casos, lo que implica el 25,7% del total de casos para ese grupo de edad en la Comunidad de Madrid.

FIGURA 11

Distribución de los casos de tuberculosis en extranjeros según género y grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

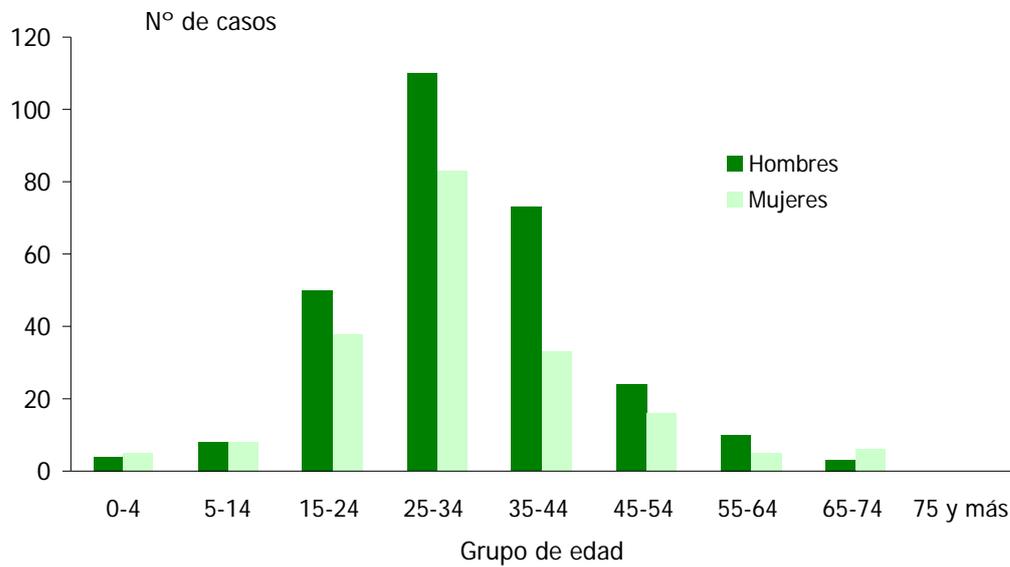
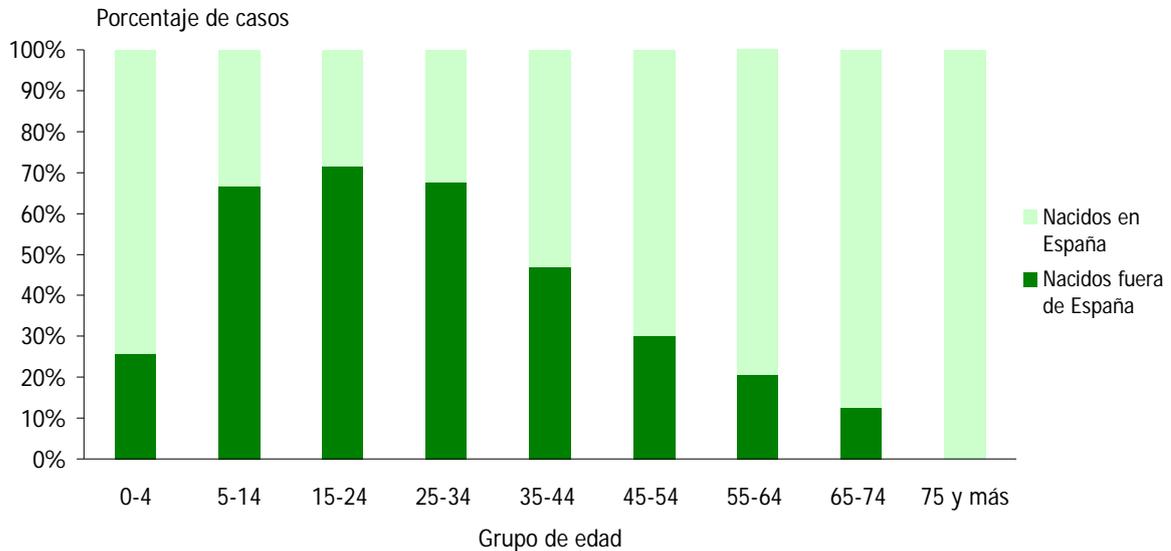


FIGURA 12

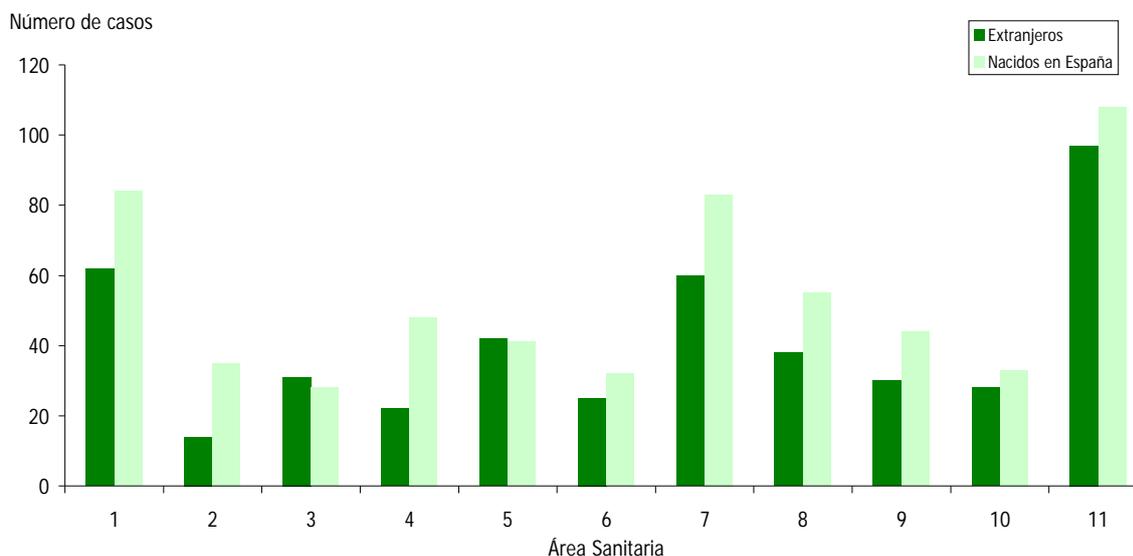
Tuberculosis según lugar de nacimiento por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



Según la distribución por el Área Sanitaria (Figura 13), las áreas con mayor número de casos son el área 11 (97 casos) siendo residentes el 34% en el distrito sanitario de Carabanchel, el área 1 con 62 casos (el 63% del distrito Vallecas) y el área 7 con 60 casos (45% distrito Latina).

FIGURA 13

Distribución de los casos de tuberculosis en extranjeros frente a los nacidos en España por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.



En relación a la localización anatómica, 363 de los 476 casos (76,3%) presentaron tuberculosis pulmonar. De dichas formas pulmonares, en 240 (66%) se registró un resultado positivo en la baciloscopia de esputo, y en 295 (81%) había un cultivo de esputo positivo. Se tienen datos sobre resultado de radiografía de tórax en 297 personas, y en 262 de ellas (88,2%) había hallazgos indicativos de tuberculosis.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de tuberculosis en personas no nacidas en España, el más frecuente después del tabaco (14,5% de los casos), es la infección por VIH- SIDA con 33 casos (6,9%), seguido por la indigencia y/o chabolismo con 21 casos (4,4%) y el alcoholismo con 17 casos (3,6%).

Eran enfermos iniciales en el momento del diagnóstico, es decir, no habían seguido nunca antes tratamiento antituberculoso, 301 casos, el 93% de los casos en los que se conocía este dato (325).

87 casos referían antecedente de contacto con un caso de tuberculosis, siendo la forma más frecuente el contacto con un conviviente (46 casos, 64%).

En cuanto al lugar de inicio del tratamiento, éste se desconoce en 80 casos (17%); 339 casos (86%) iniciaron el tratamiento en hospital, y 307 (65%) requirieron ser hospitalizados; la presencia o no de hospitalización se desconoce en 164 casos (34%). El lugar de seguimiento fue en el nivel hospitalario en 173 casos (57%) siendo este dato desconocido en 170 casos (36%).

La realización o no de estudio de contactos es desconocida en 192 casos (40,3%). De los casos con valor conocido de esta variable, el estudio se efectuó en 261 casos (92,5%). Para las 248 personas con baciloscopia positiva, la variable estudio de contactos se recogió en 166 casos (67%), y en 158 (95%) se realizó el estudio.

Se recogieron variables de seguimiento en 224 pacientes. Finalizaron el tratamiento 194 casos (87%) de los cuales 192 pacientes completaron el tratamiento, 1 murió por tuberculosis y a otro se le retiró el tratamiento por prescripción facultativa. En el 13,4% de los extranjeros se

tomaron medidas para la mejora del cumplimiento del tratamiento (TDO o supervisado) y en 13 casos se registró alguna incidencia que impidió la finalización de éste.

3.5. TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

De los 1109 casos de tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2006, en 713 (64,3%) se dispone de los resultados del estudio de sensibilidad ante los fármacos usados habitualmente como tratamiento de la enfermedad (isoniacida, rifampicina, etambutol, estreptomycin y etionamida).

De esos 713 casos, 64 (8,9%) han sido registrados como resistentes a algunos de esos fármacos. En 45 casos (70,3%) se ha observado resistencia a isoniacida, en 20 (31,3%) a rifampicina, en 7 (10,9%) a etambutol y en 20 casos (31,3%) a estreptomycin. Se ha detectado resistencia a por lo menos rifampicina e isoniacida en 17 casos.

En la Tabla 12 pueden observarse los casos en los que se conoce el resultado del antibiograma, los casos en los que se ha detectado resistencia a algún fármaco y los que presentaban resistencia al menos a isoniacida y rifampicina, distribuidos según algunos grupos de interés.

TABLA 12

Casos de tuberculosis resistentes a fármacos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2006.

		CASOS CON RESULTADO CONOCIDO DEL ANTIBIOGRAMA	CASOS RESISTENTES A UNO O MÁS FÁRMACOS	CASOS RESISTENTES AL MENOS A ISONIACIDA Y RIFAMPICINA
Todos los casos	n=1109	713 (64,3%)	64 (8,9%)	17 (2,4%)
VIH (+)	n=103	62 (60,2%)	4 (6,4%)	3 (4,8%)
Extranjeros	n=476	316 (66,4%)	37 (11,7%)	12 (3,8%)
Recaídas/abandonos/fracasos	n= 26	17 (65,4%)	2 (11,8%)	2 (11,8%)

3.6. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1996 A 2006

Desde el año 1996 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La incidencia anual de tuberculosis en todas sus formas ha disminuido un 49% desde 1996. Sin embargo, esta reducción no ha sido uniforme, sino que ha oscilado entre la disminución en 1996 del 17,6% con respecto a 1995, la disminución del 0,4% registrada entre 1998 y 1999 y el aumento del 13% en 2005 respecto de 2004. La reducción media anual entre 1996 y 2006 ha sido del 6%. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva también han descendido desde 1996, un 46% y 49%, respectivamente. (Tabla 13 y Figura 14).

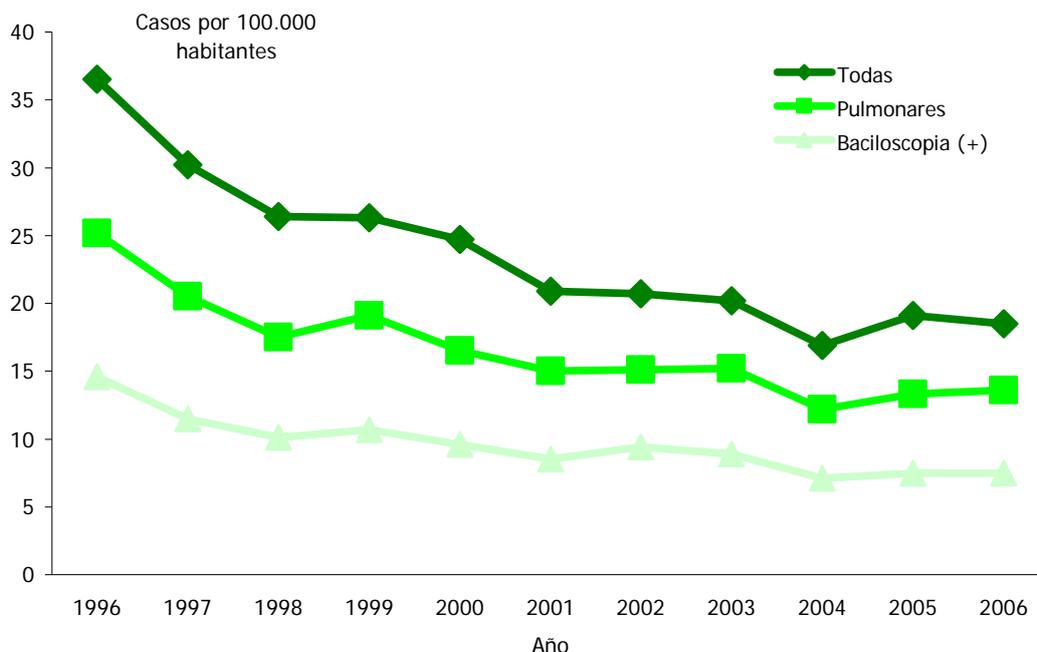
Tabla 13

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1996-2006.

INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Todas	36,5	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5
Pulmonares	25,2	20,5	17,5	19,1	16,5	15,0	15,1	15,2	12,2	13,3	13,6
Baciloscopia (+)	14,6	11,5	10,1	10,7	9,6	8,5	9,4	8,9	7,1	7,5	7,5

Figura 14

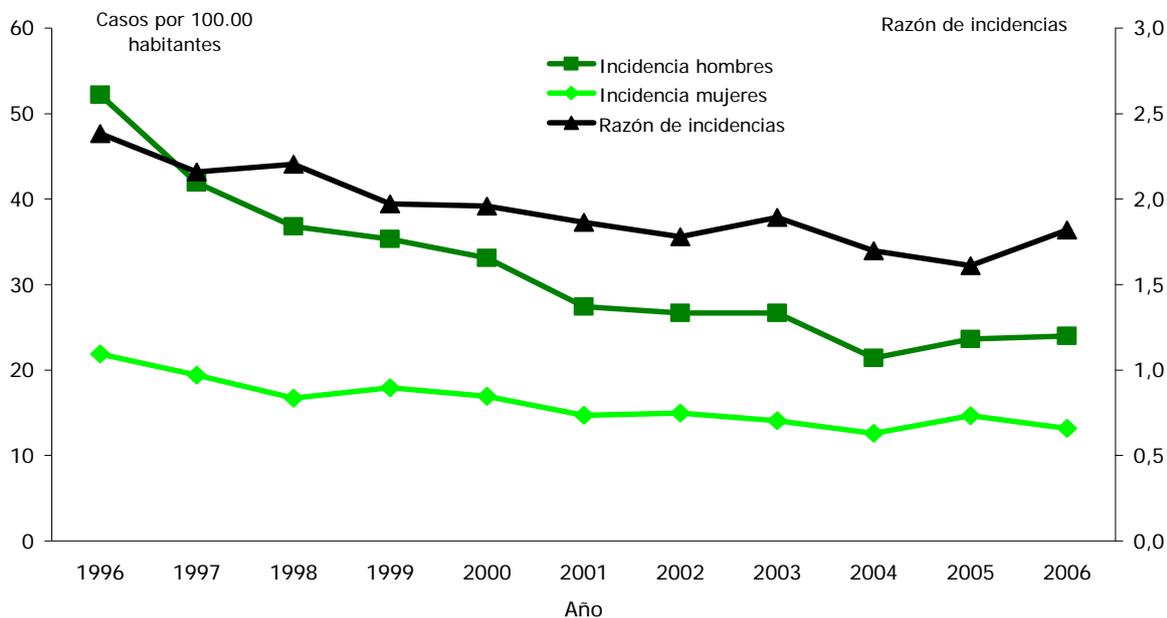
Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1996-2006.



En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva desde 1996, reduciéndose en un 54% hasta 2006. En mujeres esta disminución ha sido de un 40%. La incidencia en todo el periodo de estudio es siempre mayor en hombres que en mujeres. Este año la incidencia ha aumentado en hombres respecto a 2005 (2%), y disminuido en mujeres (10%). Este año por tanto aumenta la razón de incidencias que en 2005 había sido de 1,6 y en 2006 de 1,8 (Figura 15).

Figura 15

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por género. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1996-2006.



En cuanto a la distribución por edades (Tabla 14), en todos los grupos desde 1996, se ha producido una disminución global de la incidencia. El mayor descenso global se ha producido en el grupo de 15 a 24 años, en el que la incidencia ha disminuido un 79%, seguido del grupo de mayores de 25 a 34 en el que la incidencia ha disminuido un 72%.

El grupo de edad mayor de 74 años, es el que el grupo de edad con mayor incidencia desde 1998 hasta 2004, seguido del de 25 a 34 años a excepción únicamente del año 2002 en el que se invirtió el orden. A partir de 2005 el grupo de edad con mayor incidencia es el de 25 a 34 años. La tasa de incidencia para este grupo de edad en 2006, ha sido de 25,95 casos por 100.000 hab. seguido del grupo de 25 a 34 años con 23,31 casos por 100.000 hab. y por el de mayores de 74 años con 22 casos por 100.000 hab.

TABLA 14

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1996-2006

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-4	16,3	11,9	15,0	14,1	15,0	16,2	11,2	14,0	9,23	13,65	11,08
5-14	7,1	5,4	5,3	5,3	4,4	5,9	4,8	7,1	4,49	5,87	4,93
15-24	23,6	18,9	16,8	15,0	14,7	18,8	17,7	19,0	15,55	18,79	18,48
25-34	65,6	53,1	38,5	38,8	32,4	28,5	28,8	27,5	22,78	26,66	25,95
35-44	46,1	38,9	34,7	35,4	34,1	26,1	26,1	24,6	20,34	22,09	23,31
45-54	26,1	20,7	20,9	22,0	20,1	15,5	15,6	16,0	13,12	13,18	17,73
55-64	23,0	24,8	23,0	19,5	19,9	10,4	16,9	12,6	13,49	11,74	12,37
65-74	35,8	32,9	33,6	29,0	26,3	23,2	21,0	16,6	16,84	19,33	16,77
75 y más	44,7	49,4	41,4	48,7	43,9	34,4	25,7	31,2	27,05	21,80	22,00
Todas	36,5	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,92	19,11	18,46

La evolución de la incidencia según Áreas y Distritos Sanitarios puede verse en la Tabla 15. En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo a la de la Comunidad, con un descenso sostenido desde el año 1994, salvo en 2003 cuando el municipio de Madrid se desmarca con un aumento de la incidencia de un 4% (Figura 16).

Desde 1996 a 2006 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH/SIDA ha disminuido del 35,6% a un 9,3%, y también de forma paralela se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas del 22,8% a un 3,9% en el mismo periodo. Sin embargo, la proporción de casos donde se ha registrado alcoholismo se mantiene constante a lo largo del tiempo. (Figura 17).

TABLA 15

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario de la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de Comunidad de Madrid. Período 1996-2006

			1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Área - Distrito Sanitario													
ÁREA	1	Sur-Este	43,3	35,5	25,3	22,9	22,5	22,4	21,6	24,1	19,2	23,3	19,6
	1.1	Arganda	23,7	26,0	22,5	8,3	11,8	20,6	5,6	10,4	11,9	12,5	13,7
	1.2	Moratalaz	31,3	27,9	22,5	19,1	20,4	24,5	22,4	17,6	17,4	22,9	13,5
	1.3	Retiro	27,4	14,9	12,5	14,9	18,3	10,7	12,9	18,3	13,6	20,7	9,7
	1.4	Vallecas	61,7	50,5	33,0	32,6	28,4	26,9	29,8	35,3	25,7	29,0	30,0
ÁREA	2	Centro_Norte	27,1	22,1	19,9	14,4	15,2	15,0	14,3	14,9	10,5	14,0	11,1
	2.1	Coslada	24,0	19,2	24,0	18,4	16,8	10,8	17,6	16,9	10,0	13,8	13,0
	2.2	Salamanca	34,5	26,8	25,4	14,8	12,0	23,7	14,4	14,2	14,8	12,6	7,4
	2.3	Chamartín	21,4	19,2	10,4	10,4	16,3	10,5	10,8	13,4	6,4	15,6	12,9
ÁREA	3	Este	35,6	28,2	22,2	18,9	21,1	19,6	20,9	19,6	16,4	17,9	16,9
	3.1	Alcalá de Henares	33,2	28,2	21,6	21,0	19,4	17,3	17,1	18,5	15,2	17,7	12,6
	3.2	Torrejón de Ardoz	39,4	28,2	23,6	14,6	24,8	24,5	28,7	21,9	18,7	17,4	25,0
ÁREA	4	Noreste	37,1	30,2	23,7	23,5	21,9	21,1	15,9	15,3	16,5	15,7	12,2
	4.1	Ciudad Lineal	30,0	28,1	22,9	15,0	22,9	20,4	19,0	12,6	17,5	18,3	10,2
	4.2	San Blas	57,8	40,2	29,3	39,4	26,0	23,5	17,6	17,7	17,3	16,2	14,8
	4.3	Hortaleza	31,6	25,8	20,1	23,0	17,8	19,1	10,3	16,3	14,7	12,3	12,6
ÁREA	5	Norte	22,8	21,6	16,3	22,3	15,5	9,9	8,7	11,4	8,6	12,4	11,3
	5.1	Alcobendas	16,6	14,0	13,5	15,5	10,0	8,2	9,8	7,0	6,0	9,1	7,4
	5.2	Colmenar Viejo	20,9	15,3	12,5	16,7	20,9	4,2	6,2	4,9	7,6	6,5	13,4
	5.3	Tetuán	30,3	32,5	20,7	31,8	12,6	22,6	11,2	20,4	11,6	14,0	17,6
	5.4	Fuencarral	24,6	24,1	17,6	23,6	21,1	5,4	6,8	6,7	10,2	10,7	8,7
ÁREA	6	Oeste	20,7	23,8	22,1	19,0	25,0	15,2	16,7	13,4	11,7	10,6	9,0
	6.1	Majadahonda	14,5	22,4	14,0	16,2	20,7	13,2	13,8	10,6	9,4	11,7	6,1
	6.2	Collado Villalba	24,4	23,7	34,0	26,6	28,1	18,5	20,1	14,3	14,7	10,9	11,1
	6.3	Moncloa	25,5	26,5	19,6	13,7	27,5	13,8	17,1	18,2	11,2	7,6	12,0
ÁREA	7	Centro-Oeste	39,0	34,0	37,1	35,4	34,8	29,5	33,6	26,8	22,8	24,9	26,4
	7.1	Centro	68,2	54,9	67,4	58,2	65,7	40,7	53,9	38,0	28,9	29,6	42,0
	7.2	Chamberí	21,1	27,2	23,1	23,1	25,1	27,1	24,7	17,0	17,2	21,0	14,1
	7.3	Latina	35,2	27,0	30,9	31,7	25,4	25,3	28,0	26,5	22,4	23,4	24,5
ÁREA	8	Sur-Oeste I	24,1	28,3	22,1	18,8	13,8	18,5	15,3	19,1	11,9	10,6	19,8
	8.1	Móstoles	20,1	26,7	22,1	13,6	11,1	20,3	11,3	19,7	17,2	5,6	17,6
	8.2	Alcorcón	20,2	18,8	13,2	19,5	11,9	15,0	18,0	16,2	7,7	9,8	21,9
	8.3	Navalcarnero	22,6	27,9	19,2	15,7	3,5	19,4	11,1	17,0	6,2	9,3	20,2
ÁREA	9	Sur Oeste II	28,8	24,5	22,2	25,4	23,9	19,7	21,5	19,2	9,0	19,2	18,7
	9.1	Leganés	31,9	21,4	22,0	25,5	23,8	19,0	24,7	17,0	6,7	16,0	22,5
	9.2	Fuenlabrada	25,8	27,0	22,4	25,3	24,1	20,4	18,6	18,2	11,0	22,0	14,5
ÁREA	10	Sur I	31,7	33,7	21,7	28,5	16,1	18,1	17,9	16,7	13,6	15,7	19,1
	10.1	Parla	42,5	38,7	26,4	27,4	17,9	15,4	20,6	24,7	14,4	12,3	23,4
	10.2	Getafe	23,8	29,3	18,2	29,3	14,0	19,8	14,9	9,0	12,8	17,8	13,4
ÁREA	11	Sur II	38,0	27,4	27,7	30,8	28,0	26,5	23,6	25,6	27,5	24,5	25,5
	11.1	Aranjuez	17,8	15,7	18,9	22,0	19,9	14,7	21,4	21,7	22,3	13,1	16,4
	11.2	Arganzuela	46,2	26,2	28,8	32,3	27,9	23,3	20,6	30,2	23,8	19,8	17,3
	11.3	Villaverde	49,4	30,8	30,0	30,8	30,8	27,6	21,8	27,8	26,23	35,1	32,9
	11.4	Carabanchel	29,4	24,3	25,7	28,5	29,8	31,7	28,5	20,2	28,71	26,4	28,8
	11.5	Usera	49,3	37,8	34,3	40,5	27,3	30,0	18,4	30,9	35,52	26,6	30,3
Total			36,5	30,3	26,4	26,3	24,8	20,9	20,7	20,2	16,9	19,11	18,46

Figura 16

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis en el Municipio y la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1996-2006.

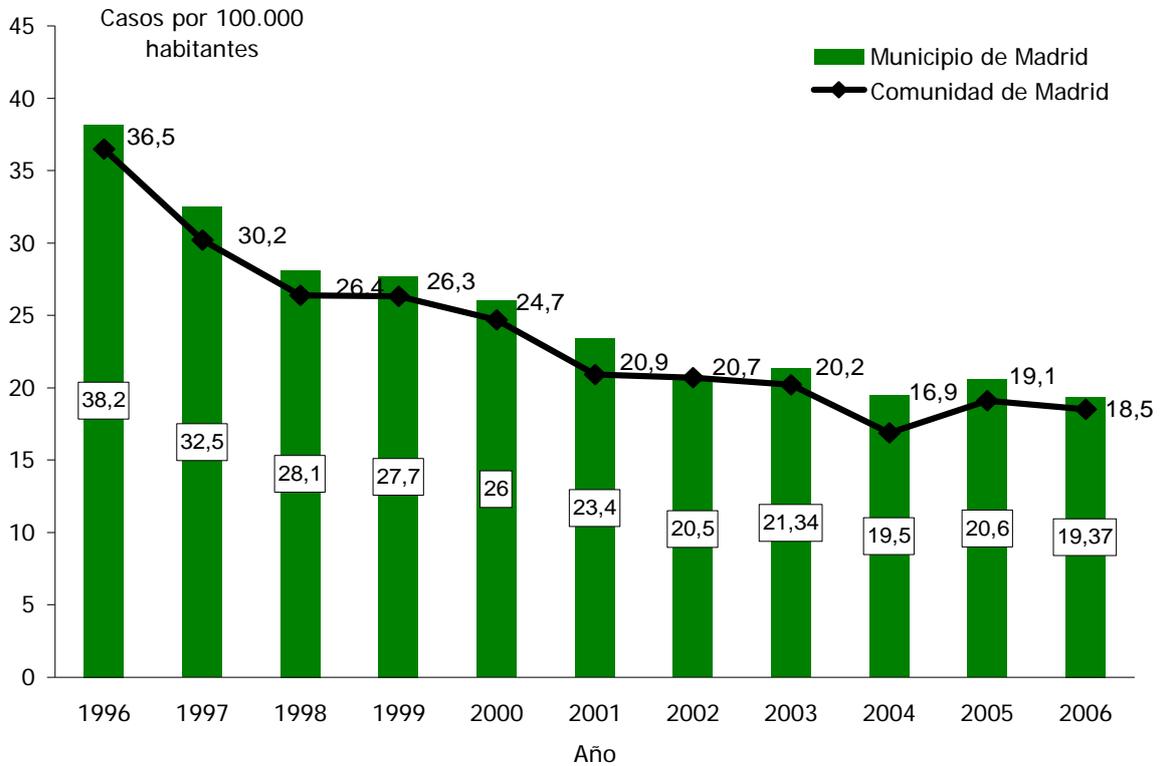


Figura 17

Evolución de la proporción de casos de tuberculosis VIH (+), usuarios de drogas y alcoholismo. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1996-2006.

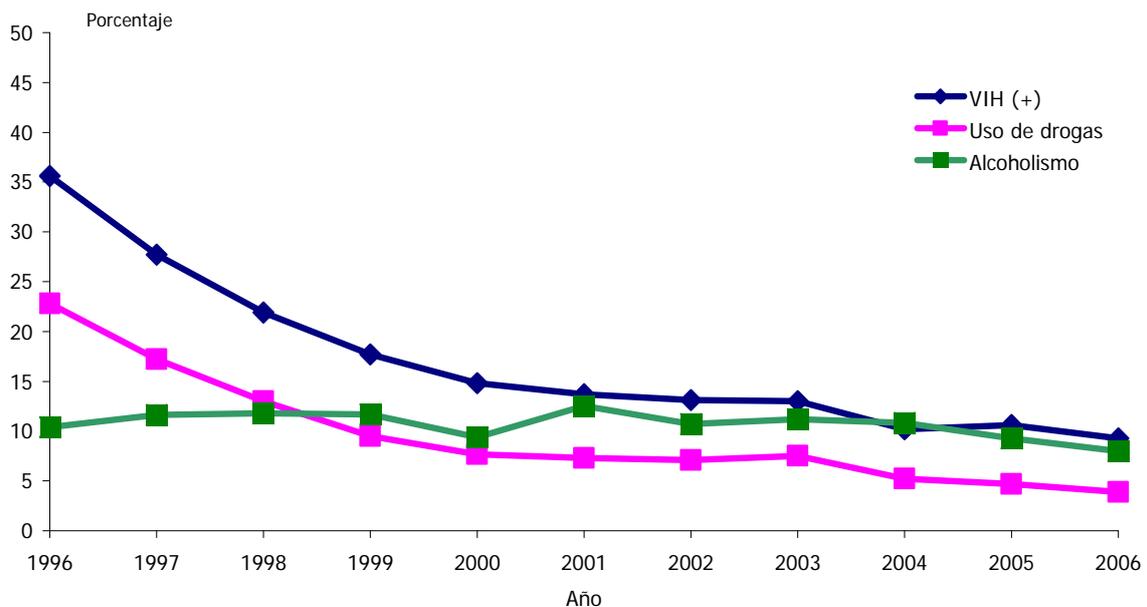
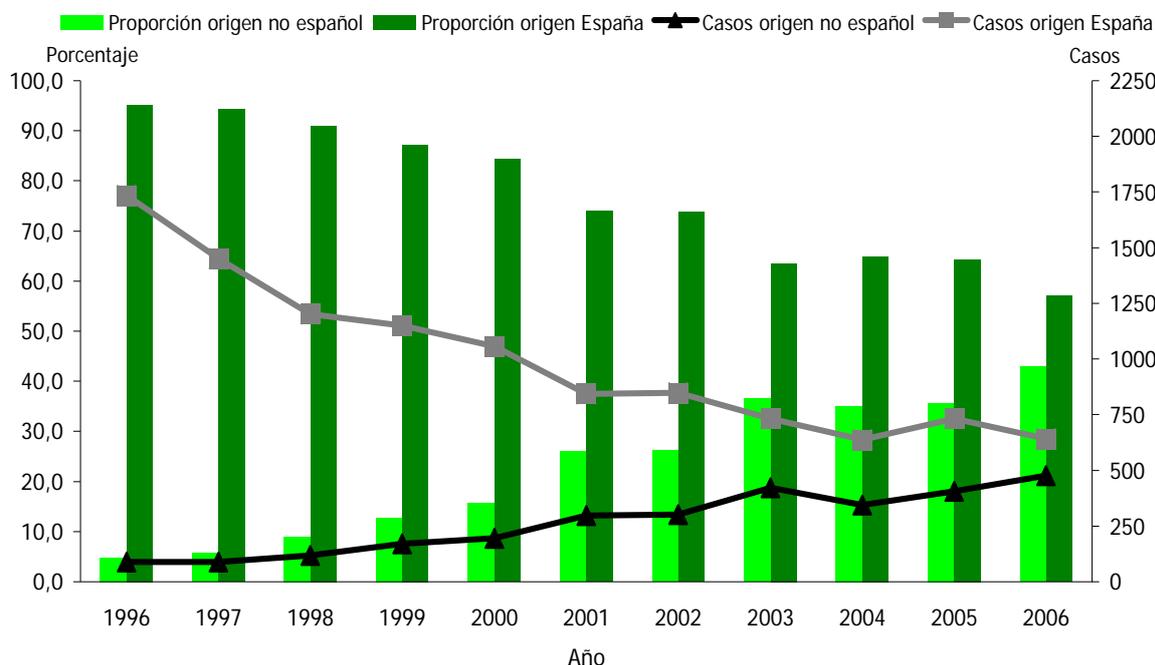


Figura 18

Evolución de la proporción y el número de casos de tuberculosis según el país de procedencia. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1996-2006.



La proporción de personas nacidas fuera de España experimenta un importante ascenso desde al año 2000. En el año 2004 se apreció un ligero descenso del porcentaje de casos de tuberculosis (4%) en inmigrantes respecto del 2003 y en 2005 y 2006 vuelve a aumentar (20% en 2006 respecto a 2005) (Figura 18).

4.- DISCUSIÓN

La incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid ha disminuido ligeramente en 2006 respecto a 2005 un 3,4%, pasando de 19,11 casos por 10^5 habitantes a 18,46 casos por 10^5 habitantes. La incidencia de tuberculosis pulmonar también ha aumentado ligeramente (13,3 casos por 10^5 habitantes en 2005 y 13,6 en 2006).

La incidencia de tuberculosis respiratoria y meningitis tuberculosa en España en 2006, detectada mediante las Enfermedades de Declaración Obligatoria ha sido respectivamente de 14,74 casos por 10^5 habitantes y 0,16 casos por 10^5 habitantes (5). Respecto a otras zonas urbanas españolas como Barcelona, la incidencia registrada en el municipio de Madrid, 19,37 casos de tuberculosis por 10^5 , es inferior a la de ésta en este mismo año, 27,7 casos por 10^5 habitantes (6).

La incidencia en la Región Europea de la OMS en 2006 ha sido de 47,7 casos por 10^5 habitantes, con grandes diferencias entre países, siendo los más afectados los países de Europa del Este, a la cabeza Kazakhstan con 282,1 casos por 10^5 habitantes, y los menos San Marino y Mónaco que no registraron ningún caso. La tasa media de notificación de los países de la antigua Unión Europea (15 países) fue de 10,4 casos por 100.000 habitantes y de ellos el de mayor

incidencia fue Portugal con 32,4 casos por 10⁵ habitantes y el de menor Suecia con 5,5 casos por 10⁵ habitantes. Entre los países de la nueva Unión Europea, la mayor incidencia se registró en Rumania con 126,9 casos por 10⁵ habitantes (7).

La parte más importante de la colaboración de los profesionales asistenciales con el Registro Regional, es el papel que desarrollan como notificadores. La mejora en la notificación de los casos es uno de los objetivos de los responsables de la Vigilancia Epidemiológica, que debe de compartirse con los clínicos para lograr una mejora de la información, esto unido con un mayor desarrollo de los Sistemas de Información de la Vigilancia cada vez más integrados con los correspondientes a la actividad asistencial. Para alguna de las variables básicas del Registro, como son las relacionadas con el seguimiento de los casos y los resultados de los estudios de contactos, el tramo de mejora es importante y su obtención es muy difícil si no se cuenta con la colaboración de los profesionales implicados en los diferentes aspectos de la asistencia a los pacientes.

Al igual que en 2005 la incidencia más elevada se ha observado en el grupo de edad de 25 a 34 años. La incidencia de tuberculosis en edad pediátrica (0-14 años) presenta pequeñas oscilaciones en los últimos años, en 2004 fue 6,2 casos por 10⁵ habitantes, en 2005 fue 8,8 casos por 10⁵ habitantes y en 2006 se han registrado 7,3 casos por 10⁵ habitantes de esa edad. También se observa que los grupos de edad más jóvenes son aquellos en los que se hay un mayor porcentaje de casos de origen extranjero.

El cambio demográfico producido en España y en la Comunidad de Madrid en los últimos años, está condicionando que los casos de tuberculosis en población extranjera sean una proporción importante del total de casos, 42,9% en 2006. De las Comunidades Autónomas españolas, la Comunidad de Madrid se sitúa a la cabeza como punto de acogida de extranjeros. La proporción de extranjeros respecto a la población total, en la Comunidad de Madrid en 2006 ha alcanzado el 13,6%. Actualmente no hay ninguna duda de que la inmigración desde países de alta endemia afecta a la evolución global de la tuberculosis en los más desarrollados. Dado que en el origen del fenómeno migratorio se incluyen factores sociales y económicos, la mayoría de los extranjeros proceden de países donde la incidencia y prevalencia de tuberculosis es más elevada que la correspondiente a los países de destino y esta situación se ha relacionado con el incremento de tuberculosis en estos últimos.

Al analizar las variables relacionadas con la sensibilidad a fármacos es necesario recordar que reflejan la utilización del antibiograma en el manejo clínico de cada caso y por tanto los resultados no son fáciles de generalizar. Llama la atención que la utilización del antibiograma es mejorable, esta prueba que se deberían de realizar en el 100% de los cultivos positivos, que en 2006 han sido 826, se ha recogido en 713 casos.

Hay que mejorar también el porcentaje de casos con información de la evolución y seguimiento del tratamiento y por tanto los datos a este respecto son difíciles de interpretar. En 2006 se ha recogido datos sobre la evolución del paciente en el 46,6% de los casos. Esta carencia hace difícil alcanzar uno de los objetivos del Registro, la estimación fiable de la prevalencia. También hay que mejorar el porcentaje de casos con información disponible de los estudios de contactos, 37,4%, que al igual que el correspondiente a casos con información sobre el seguimiento ha empeorado respecto al año 2005.

Tanto las variables de evolución como las relacionadas con los estudios de contactos, son fundamentales para realizar el seguimiento de las intervenciones encaminadas al control de la enfermedad, y son de difícil acceso sin la colaboración de los sanitarios responsables del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

5- CONCLUSIONES

- 1.- El Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid ha funcionado durante 2006 de forma adecuada.
- 2.- En la Comunidad de Madrid la incidencia de tuberculosis en los últimos años se ha estabilizado. La incidencia anual estimada para 2006 ha sido de 18,5 casos por 10⁵ habitantes.
- 3.- El grupo de edad con mayor incidencia corresponde al de entre 25 a 34 años, con una proporción importante de ellos nacidos fuera de España.
- 4.- El 42,9% de los casos de tuberculosis han sido personas nacidas fuera de España. Su procedencia es fundamentalmente América del Sur.
- 5.- Es necesario reforzar los mecanismos de coordinación entre la Red de Vigilancia Epidemiológica y los responsables de la atención sanitaria de los enfermos, ya que existen variables de gran interés, como son los datos de seguimiento o los datos del estudio de contactos, que son especialmente difíciles de obtener sin la colaboración de los sanitarios responsables del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Comisión del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 46. Edit. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid 1997.
- 2.- Dirección General de Salud Pública. Memoria 1996-1999 del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública n1 65. Edit. Dirección General de Salud Pública. Madrid 2000.
- 3.- Dirección General de Salud Pública. Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública n1 64. Edit. Dirección General de Salud Pública. Madrid 2000.
- 4.- Ministerio del Interior. Casos de tuberculosis en Instituciones Penitenciarias (IIPP) 2005-2006. Informe Interno. IIPP 2007
- 5.- Centro Nacional de Epidemiología. Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Año 2006. <http://cne.isciii.es/ve/ve.htm>.
- 6.- Orcau A, Garcia de Olalla P, Caylà J. La tuberculosis en Barcelona. Informe 2006. Edit Agència de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. Barcelona 2007. http://www.aspb.es/quefem/docs/TBC_2006.pdf
- 7.- EuroTB. Surveillance of tuberculosis in Europa 2006: http://www.eurotb.org/rappports/2006/tables_figures.pdf.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a todos los profesionales sanitarios que de una u otra manera colaboran con el Registro, sin ellos no sería posible disponer de esta información epidemiológica.

ANEXO 1

Orden 130/2001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis

1309 ORDEN 13012001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad, por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis como sistema específico de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.

La Comunidad de Madrid, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27.4 de su Estatuto de Autonomía, tiene atribuida, en el marco de la legislación básica del Estado, el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y la ejecución en materia de Sanidad e Higiene.

Mediante Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, le fueron transferidas a la Comunidad de Madrid las funciones relativas al estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que inciden, positiva y negativamente, en la salud humana.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, creó la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, estableciendo en su artículo 2, que uno de los sistemas de información que integran dicha Red, es el Registro de Tuberculosis; creándose, a raíz de ello, mediante el Decreto 133/1997, de 16 de octubre, el fichero automatizado de datos de carácter personal, "Registro de Tuberculosis". Asimismo, la Orden 911997, de 15 de enero, regula como enfermedad de declaración obligatoria, la tuberculosis, en sus distintas variantes de presentación clínica.

Por otro lado, mediante la Orden 145/1995, de 8 de febrero, se creó la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid renovada y actualizada mediante Orden 13012000, de 30 de marzo- entre cuyas funciones se encuentra la promoción, coordinación y supervisión del desarrollo y funcionamiento de dicho Programa. Además, mediante Resolución 17312000, de 2 de octubre, de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, se creó la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica de Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, una de cuyas funciones es la de asesoría al Registro Regional de Casos de Tuberculosis.

El Registro Regional de Casos de Tuberculosis, que en el marco de dicho Programa constituye una herramienta fundamental para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, ha venido experimentando, desde su implantación en el año 1994, un creciente desarrollo como consecuencia de la gestión descentralizada de las notificaciones y búsqueda activa de casos a través de los Servicios de Salud Pública de Área, así como la cada vez más eficiente interacción de la Salud Pública con las Redes Asistenciales.

En consecuencia, se hace necesaria una regulación normativa del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, desarrollando a tales efectos el mencionado Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

En uso de las facultades atribuidas en la Disposición Final Primera de; citado Decreto 18411996, y en el artículo 41.d) de la Ley 111983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid,

DISPONGO

Artículo Primero

Objeto

La presente Orden tiene por objeto la regulación, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, del Registro Regional de Casos de Tuberculosis (en adelante Registro de Tuberculosis) como sistema específico para la vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el marco de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo Segundo

Fines del Registro

La vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, se hará a través del Registro de Tuberculosis, cuya principal finalidad es conocer las características de la enfermedad, su incidencia, prevalencia y evolución; así como contribuir a evaluar las intervenciones del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Artículo Tercero

Dependencia Orgánica

El Registro de Tuberculosis dependerá orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Artículo Cuarto

De la gestión

El Registro de Tuberculosis será gestionado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, como responsable de la vigilancia epidemiológica de nivel regional, el cual será a su vez asistido y asesorado por la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

En el ámbito de las Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid, serán los correspondientes Servicios de Salud Pública de Área los responsables de la vigilancia epidemiológica de primer nivel de los casos de tuberculosis y la transmisión de la información al referido Registro.

Artículo Quinto

De la notificación del caso de enfermedad tuberculoso

1. Están obligados a la notificación de los casos de enfermedad tuberculosa: Los médicos generales y especialistas, conforme a lo previsto en el artículo 4.2 de la Orden 9/1997, de 15 de enero; los Laboratorios de Microbiología que realicen baciloscopia y/o cultivo y/o tipado de micobacterias, Servicios de Anatomía Patológica y Servicios de Medicina Preventiva.
2. Constituyen fuentes complementarias de información para el Registro de Tuberculosis, entre otras, las siguientes:
 - a) El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, a través de los Servicios de Admisión.
 - b) Servicios de Farmacia Hospitalaria.
 - c) El Registro Regional de SIDA/VIH.
 - d) Sistemas de Información de Sanidad Penitenciaria.
 - e) Sistemas de Información de Sanidad Militar.
 - f) Los Servicios de Prevención de Empresas (Salud Laboral).
 - g) Sistema de Información de la Dirección General de Salud Pública sobre los servicios efectuados por las Empresas Funerarias de la Comunidad de Madrid.
3. Además de su carácter obligatorio, la notificación se realizará con carácter urgente en aquellos casos de enfermedad tuberculosa que cursen con baciloscopia de esputo positiva.
4. La notificación o, en su caso, declaración, de los casos de enfermedad tuberculosa, se ajustará al protocolo de notificación que se establezca por la Dirección General de Salud Pública, que deberá contener, al menos, la información que se indica en el Anexo a esta Orden.
5. La notificación a que se ha hecho referencia en los apartados precedentes, deberá enviarse a los Servicios de Salud Pública del Área correspondiente, o en su defecto al Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.
6. Asimismo están obligados a facilitar la búsqueda activa de casos, todos los responsables de las fuentes de información indicadas en el apartado 2 de este artículo, y en especial los Directores de los Centros Sanitarios implicados.

Artículo Sexto

De la notificación del seguimiento del caso de enfermedad tuberculosa

Por parte del médico responsable del seguimiento evolutivo y de la adhesión al tratamiento del caso de enfermedad tuberculosa, se notificará a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área, las informaciones más relevantes, tales como: Finalización de; tratamiento y causas que la han motivado; aparición de resistencias antibióticas; derivación, pérdida de; caso y cualquier otra información que, a juicio del médico, sea importante desde el punto de vista de salud pública.

Artículo Séptimo

De la realización de los estudios de contactos y su notificación

1. El médico responsable del caso de enfermedad tuberculoso está obligado a que se realice el correspondiente estudio de contactos, así como de su notificación a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área.
2. En el supuesto de que el caso índice se refiera a un colectivo (colegio, empresa, residencia de ancianos, etcétera), el médico responsable coordinará previamente su actuación con la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública de Área.

Artículo Octavo

De la difusión de la información

1. La información generada a partir de los datos del Registro Regional de Tuberculosis, será publicada en el "Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid", y asimismo será difundida a través de los Informes de los Servicios de Salud Pública de las Áreas cuando los casos en cuestión se refieran a cada una de dichas Áreas sin perjuicio de cualquier otro medio de difusión que proceda.
2. Dicha información se basará, en todo caso, en la consideración conjunta de datos disociados, preservándose absolutamente el deber de confidencialidad a que se alude en el artículo siguiente

Artículo Noveno

De la confidencialidad de los datos

La Dirección General de Salud Pública velará por el estricto cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad de los datos obrantes en el fichero "Registro de Tuberculosis", creado mediante Decreto 133/1997, de 16 de octubre, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 1511999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 13/1995, de 21 de abril, de Regulación del Uso de la Informática en el Tratamiento de Datos Personales por la Comunidad de Madrid, modificada mediante Ley 13/1997, de 16 de junio, el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal y la Ley 1211995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Artículo Décimo

Régimen Sancionador

El incumplimiento de lo establecido en esta orden, constituirá infracción de carácter sanitario y dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 32 al 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta a la Dirección General de Salud Pública para dictar cuantas Resoluciones resulten necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Orden.

Segunda

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Dada en Madrid, a 29 de marzo de 2001

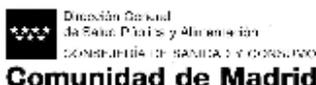
El Consejero de Sanidad
JOSÉ IGNACIO ECHANIZ

ANEXO

Epígrafes que obligatoriamente habrán de figurar en el protocolo de notificación de tuberculosis.

- Datos de la notificación.
- Fuentes de información.
- Datos de identificación del paciente.
- Datos sobre el diagnóstico de la enfermedad.
- Datos de laboratorio.
- Situaciones de riesgo asociadas.
- Situación previa al inicio del tratamiento del episodio de entrada al Registro.
- Evolución dentro del episodio que ha motivado la entrada al Registro.
- Salida del Registro.
- Estudio de contactos.

ANEXO 2: Protocolo de notificación de casos de Tuberculosis



PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS



DATOS DEL NOTIFICADOR:
 Área de notificación: Fecha:
 Notificador:
 Centro notificador: Idiomón:
 Fuente notificación: EIC: Laboratorio: Atlas: A. Patológica: Sida: Otras (especificar):

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO:
 Nombre y apellidos: Nº Historia:
 Fecha nacimiento: Local: Sexo: Hombre Mujer
 Domicilio Calle: Municipio: Provincia: C.P.:
 Área: Distrito: Teléfono:
 País de origen (en extranjero): Fecha llegada:
 Ocupación: Centro trabajo o colectivo:
 Domicilio del trabajo o del colectivo:

DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD:
 Fecha inicio de síntomas: Fecha inicio tratamiento:
 Se instauró el tratamiento en: Hospital Atención Primaria especialista extrahospitalario Otros (especificar):
 Se ha instaurado tratamiento supervisado: SÍ No Centro sanitario:
 Hospitalización: Sí No Centro hospitalario:
 Lugar de seguimiento: Hospital Atención Primaria Espedialista extrahospitalario Otros (especificar):

Localización 1:	Localización 2:	Localización 3:
1. Pulmonar	1. Pulmonar	1. Pulmonar
2. Otra respiratoria	2. Otra respiratoria	2. Otra respiratoria
3. Meningea o SNC	3. Meningea o SNC	3. Meningea o SNC
4. Intestinal	4. Intestinal	4. Intestinal
5. Oseocartilágea	5. Oseocartilágea	5. Oseocartilágea
6. Genitourinaria	6. Genitourinaria	6. Genitourinaria
7. Otros órganos	7. Otros órganos	7. Otros órganos
8. Miliar	8. Miliar	8. Miliar
9. Limitada	9. Limitada	9. Limitada
10. No procede	10. No procede	10. No procede
99. Desconocido	99. Desconocido	99. Desconocido

Mantoux: En mm: Positivo Negativo Desconocido Otra prueba diagnóstica (especificar):
 Radiología tórax: Indicativa de TD No indicativa de TD No realizada Desconocido
 Cero react: Sí No

DATOS DE LABORATORIO:

1ª Muestra: Espudo	Microscopía: (f) (n) Pendiente	Tipo de Micobacteria: - M. Tuberculosis - M. Bovis - M. Africanum Estudio de Resistencias: - No resiste a: Isoniazida: Rifampina: Etambutol: Streptomina: Licarbazina: Otros:
	Cultivo: (f) (n) Pendiente	
2ª Muestra:	Microscopía: (f) (n) Pendiente	
	Cultivo: (f) (n) Pendiente	
3ª Muestra:	Microscopía: (f) (n) Pendiente	
	Cultivo: (f) (n) Pendiente	
	Estado genético cepa: Sí Especificar: No	

SITUACIONES DE RIESGO ASOCIADAS:
 Contacto con enfermo TB: Sí No N.º de años desde el contacto:
 Forma de contacto: Frecuente Frecuente no conviviente
 Habitación compartida:
 Laboral:
 Deportivas:
 Otras (especificar):

Tuberculosis: Sí No Desconocido	Chabotismo: Sí No
Anticuerpos anti-HIV: (f) (n) Desconocido	Indigencia: Sí No
Alcoholismo: Sí No	Múltiple comorbilidad: Sí No
Uso de drogas por vía parenteral: Sí, actualmente o en últimos 2 años: Es-UDVP desde hace 2 años: No:	Estancia en penitenciaría en los 2 últimos años: Sí No
Gastritis: Sí No	Centro:
Insuficiencia renal: Sí No	Pertenece a uno de los siguientes colectivos:
Diabetes: Sí No	- Centro escolar: Sí No
Sífilis: Sí No	- Residencia: Sí No
Neoplasia: Sí No	- Comunidad terapéutica: Sí No
Otros (especificar):	- Albergue: Sí No
	- Prisión: Sí No
	- Otros (especificar):

DATOS DE SEGUIMIENTO:
 Resumen evolución: Recidiva Crónica Abandona tratamiento Fracaso terapéutico Fecha fin tratamiento:
 Conclusión por: Alta por curación Tratado Exitus por TB Exitus por otra causa Otros (especificar):

ESTUDIO DE CONTACTOS:

	Convivientes	No convivientes	Colectivos	Número de convivientes por el caso
Realizado	Sí No	Sí No	Sí No .....	.....
Número de contactos estudiados:				
- No enfermo infectado/a	.....	.....	.....	.....
- Mortales (*)	.....	.....	.....	.....
- Enfermos	.....	.....	.....	.....

OBSERVACIONES:

ENVIAR AL DIAGNÓSTICO



INFORME:

PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS, COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2006

RESUMEN

I. Introducción: Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la Poliomielitis en el año 2000, tres Regiones han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus en los laboratorios.

II. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2006 se han detectado en la Comunidad de Madrid 13 casos de parálisis flácida en menores de 15 años, que representan una incidencia de 1,49 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años.

III. Situación en España: A nivel nacional se notificaron 42 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 83%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

IV. Situación de la Poliomielitis en el mundo: Los países del África Subsahariana han experimentado un incremento epidémico de la poliomielitis como consecuencia de la suspensión de las campañas de inmunización en algunos estados del norte de Nigeria, donde se produjo un brote de poliomielitis que se propagó a 12 países limítrofes previamente “libres de polio”, pero con bajas coberturas de vacunación rutinaria. En alguno de estos países se reestableció la transmisión endémica, aumentando los casos confirmados de poliomielitis de 1263 en 2004 a 1948 en 2005 y a 1997 en 2006. En 2006 se ha confirmado que la polio endémica se mantiene confinada en solo 4 focos de 4 países: Nigeria, India, Pakistán y Afganistán.

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los primeros pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos, tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere mantener elevadas las coberturas de vacunación, mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad, con alta sensibilidad, basado en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad adecuados, la posible existencia de casos de poliomielitis y un plan de contención de poliovirus en los laboratorios, basado en la búsqueda, localización y control de poliovirus salvajes almacenados en los laboratorios para evitar que pudieran ser reintroducidos accidental o intencionadamente en la población.

El Sistema de vigilancia de PFA en menores de 15 años, implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de PFA e inicia un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio, que permite descartar/confirmar y clasificar el caso de forma adecuada y en su caso tomar rápidamente las medidas de intervención adecuadas ante la posible existencia de casos de polio. En España se inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional. El cumplimiento de los objetivos de coberturas y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por un Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Polio y por la Organización Mundial de la Salud.

En la Comunidad de Madrid (CM) la Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM e incluye la PFA en menores de 15 años como enfermedad de notificación urgente con datos epidemiológicos básicos.

En este informe se describen las características de los casos notificados de PFA a la Red de Vigilancia en el año 2006, de la notificación y de los principales indicadores de situación nacionales e internacionales.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2006

1.- Metodología

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO: Enfermedad que se caracteriza por inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros, con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO: Aislamiento e identificación de poliovirus en heces en laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

Todo niño con edad inferior a 15 años que presente un cuadro compatible con PFA, será investigado de forma inmediata, realizándose las siguientes actuaciones:

- Rellenar el Cuestionario epidemiológico de PFA, incluyendo datos demográficos y epidemiológicos.
- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología de Área o al Servicio de Epidemiología.
- Solicitar el envío de dos muestras de heces del caso, separadas entre sí entre 24-48 horas y dentro de los quince días siguientes al inicio de la parálisis, así como dos muestras de suero separadas entre 2-4 semanas y de una muestra de líquido cefalorraquídeo al laboratorio de referencia, en nuestro caso el Centro Nacional de Microbiología, para la investigación de enterovirus; adjuntando copia del cuestionario epidemiológico.
- Realizar la revisión clínica del caso a los sesenta días de iniciado el cuadro.
- Clasificación definitiva del caso: Sospechoso, compatible, confirmado o descartado.

Este Sistema de Vigilancia se complementa con la notificación de Cero Casos mensual, ésta se realiza contactando al finalizar el mes con todos los Servicios hospitalarios implicados en la Vigilancia, para comprobar que no haya habido ningún caso que por algún motivo no se hubiera notificado. Posteriormente, se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes Hospitales.

2.- Resultados

En 2006 en la Comunidad de Madrid se han detectado 13 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 1,49 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Esta estimación se basa en los 11 casos detectados mediante la notificación y en dos casos recuperados en la revisión del CMBD. Todos los casos se han clasificado como “descartados” de polio.

El 53,8% de los 13 casos residentes en la Comunidad de Madrid eran varones. El rango de edad de los casos oscilaba entre 1 y 13 años, con una mediana de 4 años.

En cuanto al lugar de residencia, tres casos residían en el área 6, dos casos residían en cada una de las áreas 2, 3 y 7 y un caso en las áreas 1, 4, 5 y 9.

Todos los casos estaban correctamente vacunados de acuerdo con la edad, 8 con vacuna oral anti-poliomielítica (VOP) y 5 con la vacuna inyectable de la polio (VIP).

Casos notificados

Durante 2006 se han notificado 11 casos de PFA, lo que supone una incidencia de 1,26 casos por 100.000 menores de 15 años en la Comunidad de Madrid. Las notificaciones se repartieron entre el hospital del Niño Jesús con 7 casos y 1 caso en cada uno de los siguientes hospitales: San Rafael, Clínico de San Carlos, Clínica Moncloa y el hospital Marqués de Valdecilla de Santander.

Seis de los casos residían en el municipio de Madrid (dos en el Área 7 y uno en cada una de las áreas 1, 2, 4 y 6), los otros cinco residían en Coslada (Área 2), Fuenlabrada (Área 9), Villanueva del Pardillo (Área 6) y en Villalvilla y Alcalá de Henares (Área 3).

En 10 casos se enviaron las muestras necesarias al Centro Nacional de Microbiología (dos muestras de heces, suero y líquido cefalorraquídeo) para el diagnóstico de enterovirus. En cuanto al diagnóstico final, 7 casos (58%) se diagnosticaron como Síndrome de Guillain-Barré, 2 como Mielitis transversa, 1 como Miositis y 1 como polineuropatía desmielinizante crónica. En el caso diagnosticado como Miositis no se enviaron muestras de heces.

También se notificaron 2 casos, uno en el Hospital del Niño Jesús y otro en el Hospital Ramón y Cajal, residentes en otras Comunidades Autónomas en las provincias de Toledo y Segovia respectivamente, de los que se pasó información al Centro Nacional de Epidemiología y a sus respectivas Comunidades Autónomas.

Notificación de Cero casos

En la **Tabla 1** se presenta la distribución porcentual de la cobertura y de la oportunidad de la notificación mensual de cero casos, por meses para toda la Comunidad de Madrid y en la **Tabla 2** estos mismos indicadores por Áreas Sanitarias con el número de Centros que notifican en cada una de ellas. La cobertura es la razón entre el número de centros que notifican y el número de centros notificadores posibles. Se considera que la notificación es oportuna, cuando ésta se realiza dentro de los dos primeros días laborales del siguiente mes, se presenta la proporción de centros en que se ha realizado de esta manera.

Tabla 1: Cobertura y oportunidad en la notificación mensual de CERO CASOS en la Comunidad de Madrid, año 2006

Meses	Cobertura de Notificación (%)	Notificación Oportuna (%)
Enero	76	29
Febrero	59	53
Marzo	41	41
Abril	82	47
Mayo	76	29
Junio	76	35
Julio	88	29
Agosto	76	35
Septiembre	71	0
Octubre	65	0
Noviembre	71	41
Diciembre	71	0

Tabla 2: Distribución de la cobertura y oportunidad en la notificación de CEROCASOS por Área sanitaria, Comunidad de Madrid, año 2006

Áreas	Número de Centros	Cobertura de Notificación (%)	Notificación Oportuna (%)
1	1	0	0
2	2	83	50
3	1	75	33
4	1	42	0
5	1	100	50
6	4	92	25
7	2	92	67
8	2	58	8
9	1	67	17
10	1	0	0
11	1	92	33
TOTAL	17	64	26

Revisión del CMBD

En la revisión del CMBD de los distintos Hospitales correspondiente al año 2006, se encontraron dos casos que no fueron notificados en su momento, uno en el Hospital La Paz y residente en el Área 5 y otro en la Clínica de la Zarzuela residente en el Área 6. Por lo que el total de casos de PFA detectados en la Comunidad de Madrid han sido 13.

Indicadores de Calidad, período 2002-2006

En las **Tablas 3 y 4** se presentan los Indicadores de calidad del Sistema de Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, durante los años 2002 a 2006.

Tabla 3
Indicadores de Calidad de la Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, años 2002 - 2006

INDICADOR	OBJETIVO	2002	2003	2004	2005	2006
Incidencia de PFA Nº de casos por cada 100.000 niños menores de 15 años	≥ 1	0,40	0,50	0,90	0,50	1,26
% PFA notificados ≤ 7 días del inicio de la parálisis	$\geq 80\%$	100 %	75 %	71 %	75 %	64 %
% PFA notificados ≤ 7 días del ingreso hospitalario	$\geq 80\%$	100 %	75 %	100 %	75 %	82 %
% PFA investigados ≤ 48 horas de la notificación	$\geq 80\%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces ≤ 14 días	$\geq 80\%$	100 %	50 %	71 %	100 %	64 %
% PFA con una muestra de heces ≤ 14 días		100 %	100 %	100 %	100 %	64 %
% PFA con dos muestras de heces "sin tiempo"		100 %	50 %	71 %	100 %	91 %
% PFA con seguimiento clínico ≥ 60 días	$\geq 80\%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con diagnóstico clínico	$\geq 80\%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabla 4
Indicadores de Calidad del envío y tratamiento de muestras en el Laboratorio, años 2002 - 2006

	OBJETIVO		2002	2003	2004	2005	2006
Envío de muestras al laboratorio ≤ 3 días	$\geq 80\%$	1ª muestra	100 %	75 %	100 %	75 %	91 %
		2ª muestra	100 %	50 %	71 %	75 %	91 %
Resultados laboratorio ≤ 28 días	$\geq 80\%$	1ª muestra	66 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2ª muestra	100 %	100 %	71 %	100 %	100 %
% Aislamientos de enterovirus no polio	$\geq 10\%$		43 %	0 %	17 %	0 %	0 %

Respecto a los indicadores relacionados con la notificación, la incidencia notificada, 1,26 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, es la mayor registrada en nuestra Comunidad y supera la incidencia esperada a nivel nacional (1/100.000).

Respecto a la recogida de muestras adecuadas, se han obtenido dos muestras de heces en un periodo menor o igual a 14 días desde el inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24-48 horas en 7 casos (64%). Este indicador engloba el cumplimiento de tres criterios de calidad:

- 1.- Que la primera muestra de heces este recogida en menos de 14 días: 7 casos (64%)
- 2.- Que la segunda muestra también este recogida en menos de 14 días: 7 casos (64%)
- 3.- Que las muestras estén separadas entre sí 24-48 horas: 9 casos (82%)

Respecto al tiempo transcurrido entre el envío de las muestras y la recepción en el laboratorio ha sido menor de 3 días en el 100% de los casos de los que se han enviado muestras.

Los resultados de laboratorio deben estar disponibles en menos de 28 días en el 80% de los casos: Se cumplió con las dos muestras en 10 casos (91%).

El porcentaje de muestras procesadas con resultados positivos de “enterovirus no polio” debe ser superior al 10%: Se han procesado un total de 20 muestras de heces y en las 20 se obtuvieron resultados negativos.

El seguimiento clínico del caso a los 60 días debe realizarse en al menos el 80% de los casos: El seguimiento se completó en los 11 casos notificados (100%).

Conclusiones

1.- En 2006 en la Comunidad de Madrid se han detectado 13 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 1,49 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Esta estimación se basa en los 11 casos detectados mediante la notificación y los dos casos recuperados en la revisión del CMBD.

2.- La vigilancia ha funcionado de forma adecuada, si bien en dos de los indicadores de calidad: % de casos de PFA notificados dentro de los 7 días siguientes al inicio de los síntomas y % de casos de PFA con dos muestras de heces enviadas dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis, la proporción de casos obtenida (64%) se encuentra por debajo del objetivo (80%). En cuanto a la oportunidad en la notificación de los Cero casos, se presentan valores a mejorar, por lo que sería necesario reforzar los Sistemas de Vigilancia establecidos.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Vigilancia de la PFA en España

En el año 2006 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 42 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,66 por 100.000. Este número de casos es inferior a los 59 casos esperados en el conjunto del país, considerando una incidencia de PFA en menores de 15 años de al menos 1 por 100.000 habitantes. La **Tabla 5** refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

Tabla 5: Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2002 a 2006

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2002		2003		2004		2005		2006	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
Andalucía	6	0.5	9	0.7	8	0.6	9	0.7	7	0.6
Aragón	0	0	0	0	0	0	1	0.7	0	0
Asturias	1	0.8	0	0	2	1.8	3	2.7	0	0
Baleares	2	1.6	0	0	1	0.7	1	0.7	2	1.3
Canarias	2	0.7	4	1.4	3	1.0	7	2.3	2	0.6
Cantabria	1	1.4	0	0	1	1.5	2	3.0	0	0
Castilla la Mancha	5	1.7	3	1.0	4	1.4	3	1.0	1	0.4
Castilla León	1	0.3	0	0	1	0.4	1	0.4	4	1.4
Cataluña	5	0.5	12	1.4	6	0.7	2	0.2	3	0.3
Comunidad Valenciana	6	0.9	3	0.5	7	1.1	5	0.8	7	1.0
Extremadura	1	0.5	1	0.5	0	0	3	1.7	1	0.6
Galicia	2	0.6	3	0.9	1	0.3	0	0	1	0.3
Madrid	3	0.4	4	0.5	7	0.9	4	0.5	11	1.2
Murcia	0	0	2	1.0	0	0	2	0.9	2	0.9
Navarra	1	1.4	1	1.3	1	1.3	1	1.3	0	0
País Vasco	1	0.4	2	0.8	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	1	2.8	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	0.6	44	0.7	43	0.7	44	0.7	42	0.7

Datos procedentes del Centro Nacional de Epidemiología

En cuanto a la distribución de casos por sexo es idéntica 21 casos (50%) son hombres y 21 casos (50%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 6,6 años (DE: 4,11) y el grupo de edad en que se dieron más casos fue el de 1 a 4 años, con un 47,6% del total.

Todos los casos estaban correctamente vacunados, bien con polio oral (VPO) y/o inyectable (VPI), habiendo recibido 3 ó más dosis de vacuna de polio.

Todos los casos de PFA notificados se han clasificado como “Descartados” de polio y en el 83% de los casos el diagnóstico final fue Síndrome de Guillain-Barré, seguido de mielitis transversa en el 9,5%.

En cuanto a los cultivos celulares de las muestras de heces de casos y contactos, se analizaron un total de 70 muestras de las que el 89% presentaron resultados negativos, en un 10% (7 muestras) se aisló enterovirus no polio y en un caso 1,4% adenovirus.

Plan de acción para mantener un estado libre de Polio

España es un país que puede ser considerado de riesgo para la importación, dada su condición de frontera física con el Continente Africano y por ser el tercer país del mundo en número de visitantes anuales, por lo que es muy importante que el sistema de vigilancia de parálisis flácida se mantenga activo y en alerta manteniendo el elevado nivel de calidad requerido.

La OMS ha requerido a todos los ministros nacionales de salud, la elaboración de un Plan de Acción para la era de la post-certificación, con el objetivo de mantener un estado libre de polio, tras la certificación de la interrupción de la transmisión de poliovirus. Este Plan de Acción deberá incluir las actividades a desarrollar en el supuesto de que exista un caso importado de poliovirus salvaje.

Las principales actuaciones que deben ser implantadas o mantenidas hasta que se formulen las estrategias de la post-certificación mundial, con el objetivo de reducir el riesgo potencial de transmisión de poliovirus salvaje en caso de una importación, son las siguientes:

1.- Mantener altas coberturas en los programas de vacunación de rutina para prevenir la transmisión de poliovirus salvaje tras una importación y para prevenir la circulación de poliovirus derivados de la vacuna.

- Mantener coberturas superiores al 90% con tres dosis de vacuna de polio inactivada en menores de 1 año.

- Poner especial atención en medir la cobertura de vacunación en poblaciones de alto riesgo.

- Realizar acciones correctoras de vacunación en niños no vacunados o mal vacunados.

- Actuaciones en caso de viajeros residentes en España que se dirigen a un país endémico o recientemente endémico.

2.- Mantener un sistema de vigilancia de alta calidad que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje o la circulación de poliovirus derivados de la vacuna.

- Mantener el Sistema de Vigilancia activa de la parálisis flácida aguda.

- Mantener el Sistema de Vigilancia de enterovirus en muestras clínicas.

3.- Asegurar que existe una adecuada contención de poliovirus salvaje en los laboratorios.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos: tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea en el año 2002.

Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación mundial, consiguieron reducir el número de casos de 350.000 a 1.189. Sin embargo la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen durante 2003-2005 a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio.

Después de la diseminación internacional ocurrida durante 2003-2005, la polio endémica se mantiene confinada en solo 4 focos de 4 países: Nigeria, India, Pakistán y Afganistán.

Las estrategias y herramientas disponibles para la erradicación de la polio son mejores que nunca: se dispone de vacunas monovalentes más efectivas y herramientas diagnósticas que permiten la detección y seguimiento de forma mucho más rápida.

Existen políticas para minimizar el riesgo y las consecuencias de la diseminación internacional de poliovirus incluyendo los planes nacionales para el mantenimiento de la situación libre de polio y la recomendación de tener la vacunación completa frente a polio a las personas que viajen a áreas endémicas.

Tabla 6. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomielitis, años 2003 - 2006

Regiones de la OMS	2003		2004		2005		2006	
	Tasas PFA	Casos Polio						
Africana	2.6	446	3.0	941	3.3	848	2.9	1189
Americana	1.2	0	1.3	0	1.2	0	0.6	0
Mediterráneo Este	2.4	113	2.7	186	3.7	727	3.9	107
Europea	1.2	0	1.1	0	1.1	0	0.9	0
Sudeste Asiático	1.9	225	2.6	136	5.1	373	4.0	701
Pacífico Oeste	1.3	0	1.6	0	1.5	0	0.8	0
Total Global	1.9	784	2.2	1263	3.3	1948	3.0	1997

Fuente: OMS

Bibliografía

- Castellanos T, Alcalde E, Peña-Rey I, Martínez de Aragón MV. *Vigilancia de la parálisis flácida aguda. España, 2006*. Boletín epidemiológico semanal 2007; 15 (2): 13-24.
- <http://www.polioeradication.org/content/general/>
- OMS. Polio endemic countries hit all-time low of four.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr05/en/index.html>
- World Health Organization. Global Polio Eradication Initiative Annual Report 2006
- World Health Organization. Report on polio to the 58th World Health

- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Plan de Erradicación de la poliomielitis en España. <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi-pfa.jsp>

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

PAROTIDITIS, AÑO 2006

En la Comunidad de Madrid la parotiditis es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos. Clínicamente la enfermedad se caracteriza por la aparición aguda de hinchazón unilateral o bilateral, sensible al tacto y autolimitada, de la parótida u otras glándulas salivares cuya duración es de más de 2 días sin que haya otras causas aparentes.

A efectos de vigilancia epidemiológica se considera caso *Sospechoso* de paperas aquel que concuerda con la definición clínica de caso, sin confirmación virológica o serológica, y que no está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado.

A efectos de vigilancia epidemiológica se considera caso *Probable* de paperas, en época epidémica, aquel que concuerda con la definición clínica de caso y presenta determinación de Ac Ig G con niveles superiores al 95% respecto a la población general. En el momento actual, con la técnica utilizada en el Laboratorio Regional de Salud Pública, este nivel se alcanza con un título igual o superior a 3.500.

Se considera caso *Confirmado* todo caso que está confirmado por laboratorio o que concuerda con la definición clínica de caso y está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado. Un caso confirmado por laboratorio no es necesario que concuerde con la definición clínica de caso. Dos casos probables que están epidemiológicamente relacionados deberán ser considerados confirmados, aún en ausencia de confirmación de laboratorio. Los criterios de laboratorio para la confirmación del caso son los siguientes:

- Aislamiento del virus de la parotiditis de una muestra clínica.
- Presencia de ARN viral mediante técnica de RT-PCR.
- Aumento significativo en el nivel de anticuerpos de parotiditis mediante un método serológico estándar (seroconversión para Ig G en dos muestras seriadas), o test positivo serológico de anticuerpos Ig M de parotiditis.

Se descartarán como parotiditis a todos aquellos casos en los que se confirme una etiología diferente.

Incidencia

Durante el año 2006 se notificaron 909 casos de parotiditis, lo que supuso una incidencia acumulada de 15,13 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, y 617 casos más que en el año anterior. A nivel nacional se notificaron 6.885 casos de parotiditis en 2006 (17,35 casos por 100.000 habitantes) y 2.458 casos en 2005 (6,19 casos por 100.000 habitantes).

Las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia con respecto a la CM fueron la 8 (37,31 casos por 100.000 habitantes), la 2 (23,82 casos por 100.000), la 9 (23,48 casos por 100.000) y la 5 (21,49 casos por 100.000). La tasa de incidencia en menores de 15 años fue de 40,53 casos por 100.000, observándose las mayores tasas en las Áreas 5 (83,91 casos por 100.000), 2 (78,13 casos por 100.000) y 9 (76,15 casos por 100.000).

Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Navalcarnero (140,35 casos por 100.000), Coslada (48,78 casos por 100.000), Alcobendas (40,41 casos por 100.000) y Leganés (34,53 casos por 100.000) (mapa 1). En los menores de 15 años los distritos con mayores tasas de incidencia fueron Alcobendas (183,60 casos por 100.000), Coslada (161,36 casos por 100.000), Navalcarnero (158,45 casos por 100.000) y Leganés (139,99 casos por 100.000).

Evolución temporal

El gráfico 1 muestra la evolución de los casos notificados por cuatrisesemanas desde 1998 a 2006. Se aprecia un aumento de casos en 2006, volviendo a una situación similar a la existente en 2000 y 2001, si bien la mejora continua de la red de vigilancia a lo largo de este periodo, puede estar influyendo en los datos que se presentan.

El gráfico 2 muestra el número de casos de parotiditis notificados semanalmente en comparación con el quinquenio anterior. Entre las semanas 13 (última semana de marzo) y 30 (última semana de julio) de 2006 se supera claramente tanto la mediana como el percentil 75 del quinquenio anterior, y a partir de esa semana el número de casos se mantiene por encima del percentil 75 pero con menor diferencia.

Casos notificados

En la distribución por sexo se observa un ligero predominio en hombres (58,4%). En un caso no se conocía la edad y el rango de edad de los casos restantes osciló entre 0 meses y 79 años, con una media de 19,5 años; el 39,8% se registró en menores de 15 años, el 44,6% en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, y el 15,6% en mayores de 29 años (gráfico 3). No se conocía el país de origen en 83 casos y el 92,6% de los casos restantes eran españoles.

En cuanto al tipo de diagnóstico, en el 96,4 % de los casos se realizó por sospecha clínica, en el 33,6 % se corroboró con pruebas serológicas y en el 5,6% con pruebas microbiológicas. El 37,5% de los casos se clasificaron como confirmados, el 22,1 % como probables y el 40,4% restantes como sospechosos.

Se notificaron 564 casos en menores de 23 años, en el 19,7% se desconocía el estado vacunal, el 5,0% no estaba vacunado y el 75,3% restante estaba vacunado (el 82,3% de ellos había recibido al menos una dosis de vacuna y en los demás se desconocía el número de dosis recibidas) (gráfico 4).

En el 40,7% de los casos se recogió su asociación a otros casos. Se notificaron 21 brotes de parotiditis con un total de 237 casos, de los que ninguno necesitó hospitalización.

El 62,0% de estos casos de parotiditis estuvieron vinculados a brotes en centros escolares y el 28,3% a centros laborales.

Medidas de prevención adoptadas

La situación detectada en el período analizado en este informe, el año 2006, se mantuvo en 2007 y dio lugar a que en la primavera de 2007 se hiciera una intervención poblacional para reforzar la inmunidad de los casos que no tuvieran documentada la administración de dos dosis de vacuna con la cepa Jeryl Lynn, Urabe o RIT 4385. Por ello se recomendó la vacunación en aquellos grupos de edad o que habían recibido una sola dosis de vacuna o que habían recibido dos dosis pero una de ellas contenía la cepa Rubini frente a la parotiditis, de menor efectividad y que por ello se retiró del mercado español. Los grupos fueron los siguientes:

- **Personas nacidas entre 1 de enero de 1995 y 31 de diciembre de 1998 (con edades entre 9 y 12 años en 2007)**
- **Personas nacidas entre 1 de enero de 1985 y 31 de diciembre de 1989 (con edades entre 22 y 19 años en 2007)**

Conclusiones

La vacunación sistemática en España con la vacuna triple vírica se instauró en 1981, para los niños de 15 meses de edad. Desde entonces, la disminución de casos de parotiditis no ha sido tan marcada como en el caso del sarampión y la rubéola, y en 2006 se ha detectado una situación de brote epidémico en la Comunidad de Madrid, similar a la detectada en otras comunidades del territorio nacional y en otros países europeos.

Esta situación probablemente se ha visto favorecida por múltiples factores. Por un lado se ha producido un aumento de la población susceptible debido a la existencia de personas no inmunizadas, porque no han pasado la enfermedad y/o no han sido vacunadas, generalmente adultos jóvenes. Además, la inmunidad frente a la parotiditis puede no ser completa y es posible padecer reinfecciones. Por otro lado, la vacuna contra la parotiditis no es totalmente efectiva: la cepa Rubini es menos eficaz que la cepa Jeryl-Lynn, que tampoco alcanza una protección total y, además, circulan simultáneamente diferentes genotipos frente a los que los anticuerpos generados por la vacuna no confieren protección. Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta en la mejora de las estrategias de salud pública para la vigilancia y control de la parotiditis.

Gráfico 1. Parotiditis. Número de casos notificados por cuatrisesemanas. Comunidad de Madrid. Años 1998-2006.

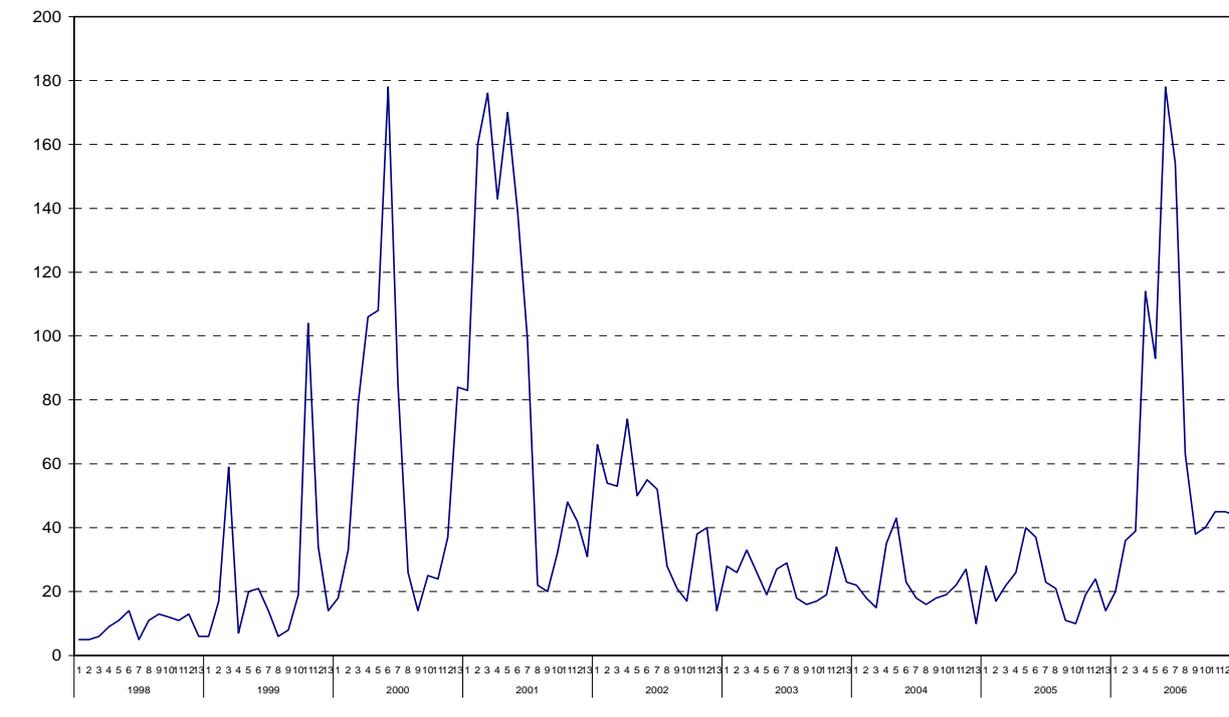


Gráfico 2. Patrón temporal de los casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid. Período 2001-2006.

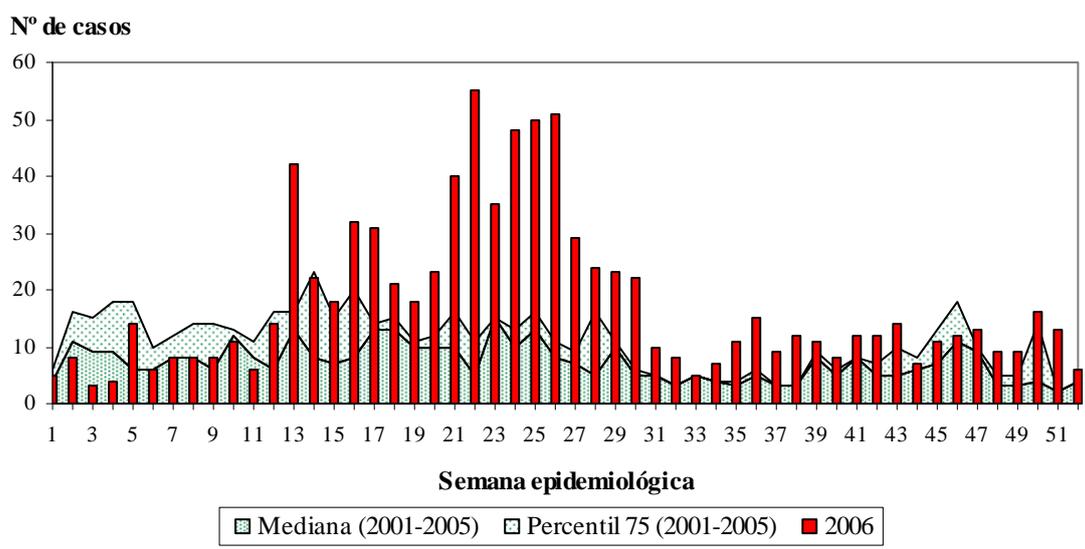


Gráfico 3. Parotiditis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.

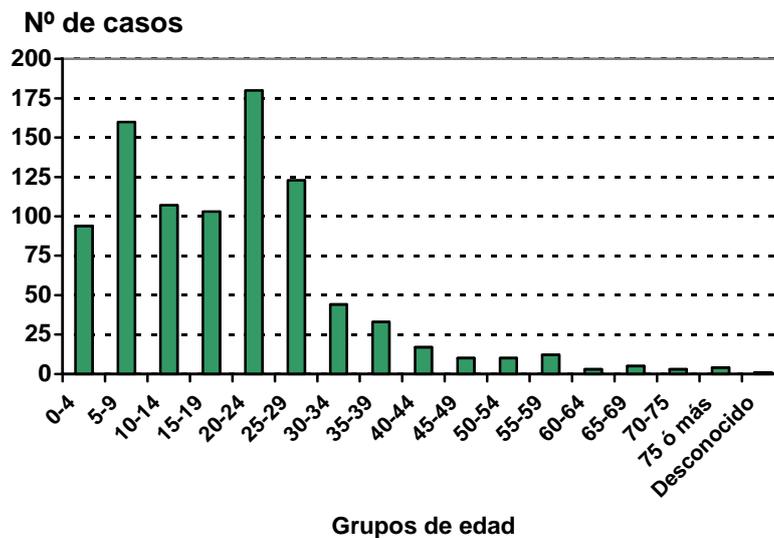
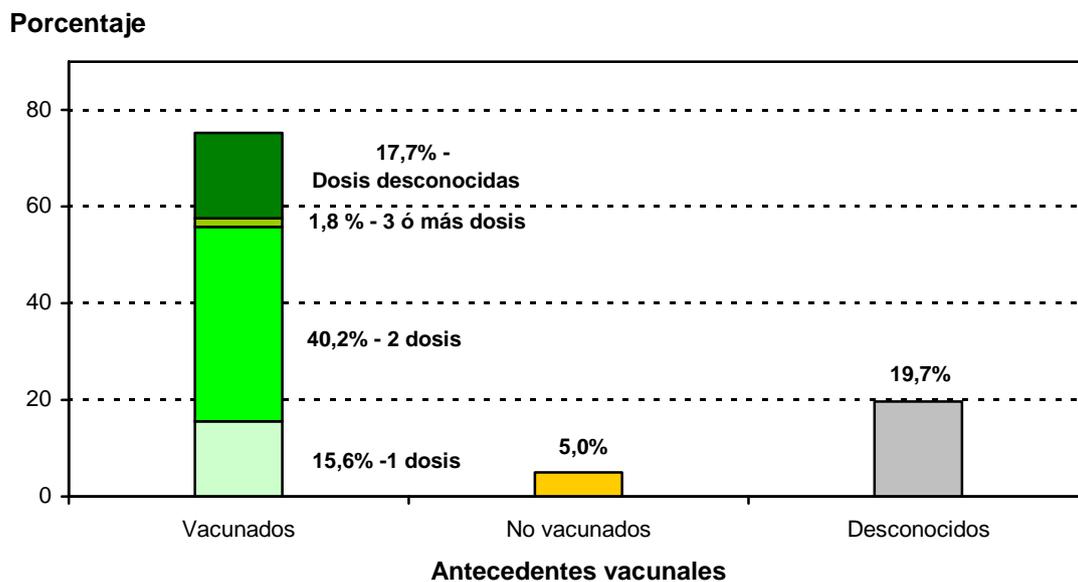
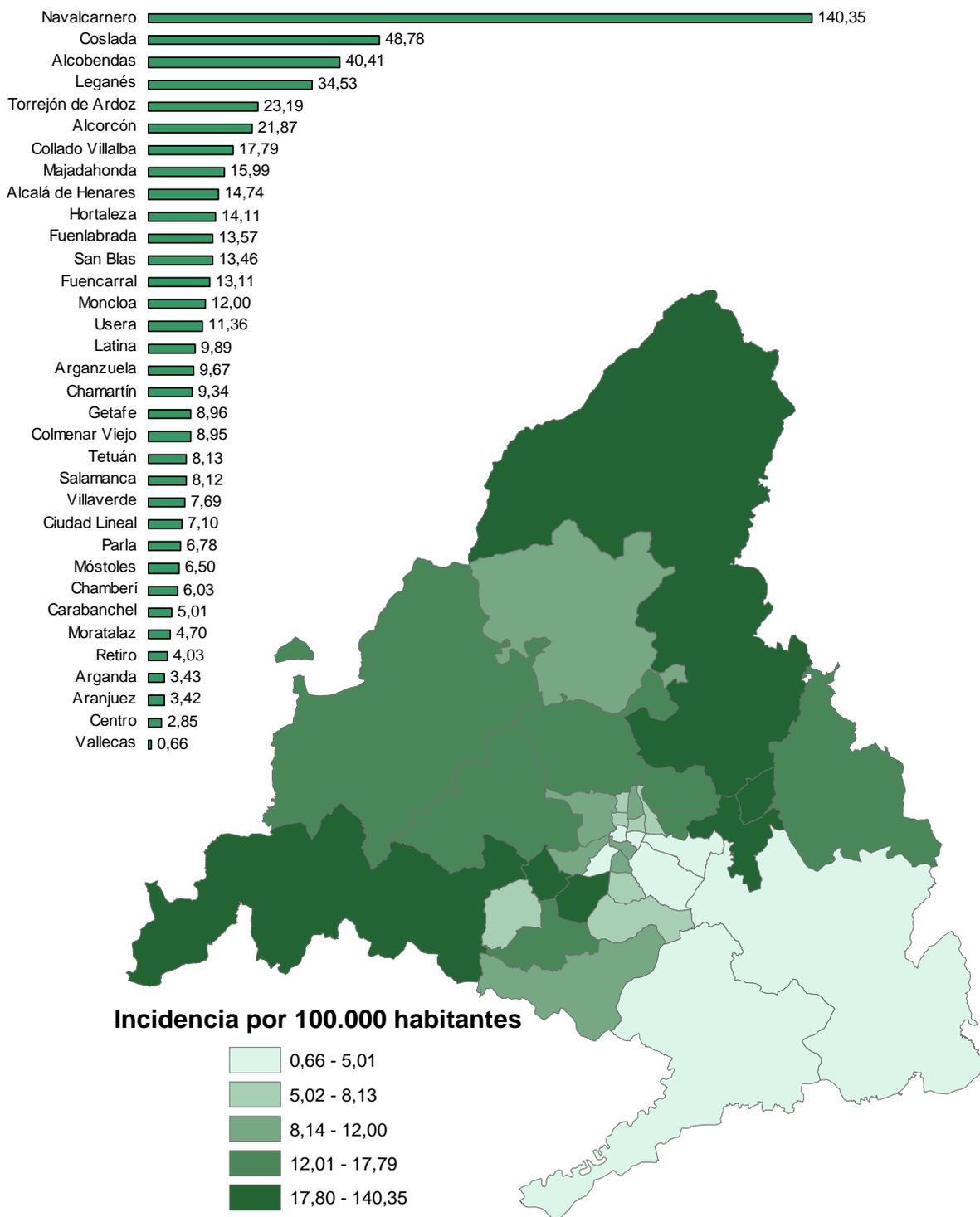


Gráfico 4. Parotiditis. Distribución de los antecedentes vacunales en menores de 23 años. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Mapa 1. Parotiditis. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid Año 2007, semanas 49 a 52 (del 2 al 29 de diciembre de 2007)

Enfermedades	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.																					
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	1	14	0	9	0	5	2	13	1	10	2	9	0	7	1	5	0	7	2	6	0	11	9	96	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
Meningitis bacterianas, otras	0	2	0	2	0	3	0	3	0	4	0	6	1	4	0	5	0	10	0	0	0	6	1	46	
Meningitis víricas	0	7	0	7	3	29	0	6	0	13	0	21	1	13	2	25	0	21	0	3	1	27	7	172	
Enf. neumocócica invasora	11	69	0	33	3	21	16	87	4	26	8	54	5	37	4	34	2	38	7	26	11	89	71	524	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	1	14	0	11	0	8	0	6	3	17	4	30	0	12	0	10	0	5	1	10	6	27	15	150	
Hepatitis B	0	3	1	17	0	2	0	7	1	15	2	18	3	39	1	21	2	4	0	8	2	52	12	188	
Hepatitis víricas, otras	0	4	1	6	0	1	0	1	2	14	3	14	3	40	0	12	3	16	0	4	2	26	14	138	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	
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	1	0	1	0	5	0	0	0	3	0	5	0	0	0	2	0	0	0	3	0	20	
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	0	2	0	1	0	1	0	3	0	1	1	2	0	2	0	0	0	1	0	3	1	17	
Triquinosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	759	6283	646	5392	1155	5552	545	5682	1686	9275	1265	8559	1552	9750	783	5903	666	4755	107	2163	1138	9983	10302	73324	
Legionelosis	1	6	2	6	0	7	1	6	1	1	1	9	0	6	0	3	0	4	0	2	3	8	9	58	
Varicela	80	2304	95	1698	59	1239	85	1190	143	2567	134	2778	90	1416	72	1476	24	1907	15	649	127	2771	924	20002	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	5	2	7	0	2	0	6	2	27	1	22	2	37	0	2	3	18	0	5	2	27	12	161	
Sífilis	3	6	0	15	1	4	1	12	3	32	0	16	5	75	0	7	3	33	0	9	7	68	23	283	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	10	
Leishmaniasis	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3	0	2	0	1	0	1	0	2	0	0	0	3	1	15	
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	64	6	178	9	106	11	200	7	265	12	381	6	197	7	95	1	114	1	38	5	154	75	1805	
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	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	8	
Sarampión	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Tétanos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Tos ferina	1	3	3	7	0	43	1	2	1	4	2	71	0	7	0	4	0	2	0	4	0	20	8	167	
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	1	3	1	4	2	14	0	8	1	6	0	5	0	5	1	9	2	32	0	7	2	20	10	114	
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*	3	127	-	-	6	68	7	76	4	79	2	46	5	106	4	76	5	81	2	52	7	181	52	977	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Enf notifiad sist especiales																									
E.E.T. H.	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1	3	1	11	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
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	
SífilisOcongénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
TétanosO 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.0(<0150años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	3	
Poblaciones**	738.481		443.547		341.411		573.659		727.112		621.395		554.492		460.826		395.016		311.468		796.736		5.964.143		
CoberturaOdeOMédicos	57,76%		66,06%		100,00%		60,66%		100,00%		101,48%		93,29%		71,04%		61,92%		8,85%		50,10%		72,38%		

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2004 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Area 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 49 a 52 (del 2 al 29 de diciembre de 2007)

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 2007. Semanas 49-52

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
5	Alcobendas	E. Infantil	17	7	Leche con cacao	Desconocido
5	Madrid (Fuencarral)	Comedor de empresa	26	3	Pescado rebozado	Desconocido
6	Fresnedillas de la Oliva	Familiar	2	2	Embutidos caseros	<i>Trichinella</i>
7	Madrid (Centro)	Restaurante	3	3	Marmitako de atún	Histamina
7	Madrid (Chamberí)	Restaurante	3	3	Desconocido	Desconocido

*Agente causal no confirmado por laboratorio; Exp = Expuestos; Enf = Enfermos

Entre las semanas epidemiológicas 49 y 52 del año 2007 se han detectado 5 **brotes de origen alimentario**. Ninguno de estos brotes ha afectado a un número importante de casos ni ha producido ingresos hospitalarios. El más llamativo se ha debido al consumo de embutido de elaboración casera de carne de caza mayor supuestamente parasitado por *trichinella*, aunque no se ha podido identificar el producto concreto ni la fecha exacta de consumo debido, al parecer, a la amplia distribución de este tipo de productos en la zona afectada.

En este mismo periodo se han identificado también 10 **brotes de origen no alimentario**, 205 casos asociados y 2 hospitalizaciones. Los brotes de gastroenteritis aguda no relacionados con el consumo de alimentos han sido los más frecuentes y los que han afectado a mayor número de personas, todas ellas usuarios o trabajadores de centros geriátricos. Los ingresos hospitalarios también han correspondido a este tipo de brotes. El resto de brotes de este periodo (enfermedad de mano, pie y boca, parotiditis y hepatitis A) ha afectado a niños o adultos jóvenes.

El análisis detallado del total de brotes ocurridos en el año 2007 (semanas 1-52) se publicará en un próximo boletín.

Brotos de origen no alimentario. Año 2007. Semanas 49-52

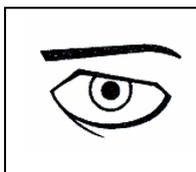
Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
3	Hepatitis A	Alcalá de Henares	Familiar	2	2	VHA
3	Hepatitis A	Alcalá de Henares	Familiar	2	2	VHA
5	GEA	Madrid (Tetuán)	Centro de Día PPMM	86	27	Virus*
7	GEA	Madrid (Latina)	Centro de Día PPMM	83	14	Virus*
8	GEA	San Martín de Valdeiglesias	Residencia PPMM	116	50	Norovirus
8	GEA	Villaviciosa de Odón	Residencia PPMM	420	62	Norovirus
9	Enfermedad de mano, pie y boca	Fuenlabrada	Colegio	50	4	Virus*
10	GEA	Getafe	Residencia PPMM	84	19	Norovirus
10	GEA	Pinto	Residencia PPMM	150	17	Norovirus
11	Parotiditis	Madrid (Arganzuela)	Empresa	400	8	V. parotiditis

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp = Expuestos; Enf = Enfermos; GEA = Gastroenteritis aguda; PPMM = Personas Mayores.

**N° de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2007. Semanas 49-52 y datos acumulados hasta la semana 52**

Brotos de origen alimentario	N° brotes		N° casos	
	Sem 49-52	Acum.	Sem 49-52	Acum.
Familiar	1	29	2	118
Bares, restaurantes y similares	2	28	6	500
Centros escolares y similares	1	13	7	729
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	47
Otras Residencias	0	2	0	43
Comedores de empresa	1	1	3	3
Instituciones penitenciarias	0	1	0	39
Otros lugares	0	1	0	3
Total	5	77	18	1482
Brotos de origen no alimentario	Sem 49-52	Acum.	Sem 49-52	Acum.
Parotiditis	1	29	8	516
Gastroenteritis aguda	6	33	189	997
Tos ferina	0	9	0	44
Hepatitis A	2	10	4	39
Escabiosis	0	6	0	60
Neumonía	0	2	0	27
Dermatofitosis	0	3	0	12
Conjuntivitis	0	1	0	43
Molusco contagioso	0	1	0	7
Rubéola	0	1	0	2
Escarlatina	0	1	0	5
Enfermedad de mano, pie y boca	1	2	4	6
Total	10	98	205	1758
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	15	175	223	3240



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2007, semanas 49 a 52
(Del 2 al 29 de diciembre de 2007)

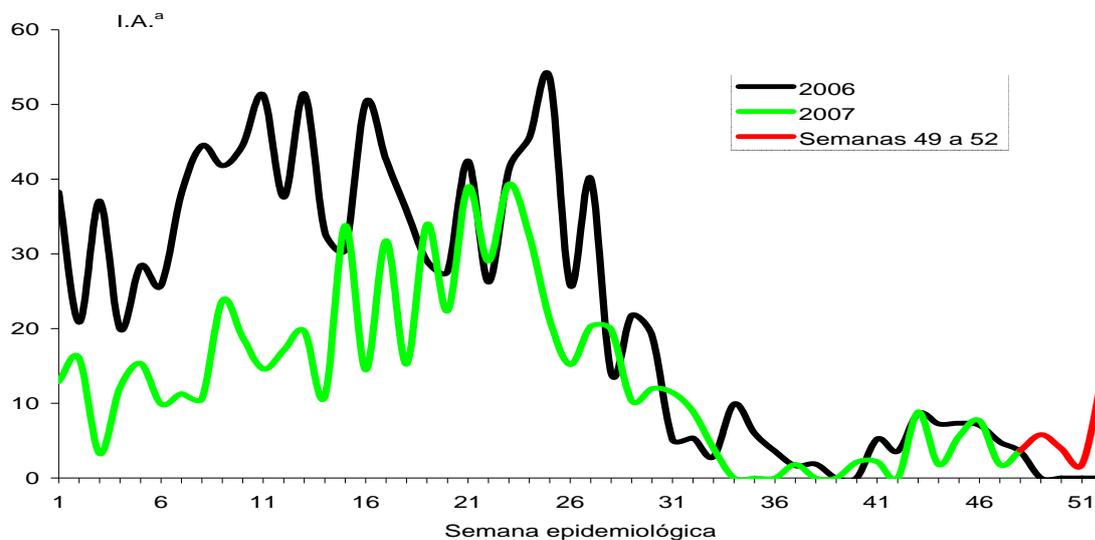
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 40 Médicos Generales y 30 Pediatras y 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 <http://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 alcanzada durante el período estudiado ha sido del 50,5 %.

VARICELA

Durante las semanas 49 a 52 del año 2007 han sido declarados 11 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 30,9 casos por 100.000 personas (IC 95%: 15,2 – 46,5). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2006 y 2007.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007.

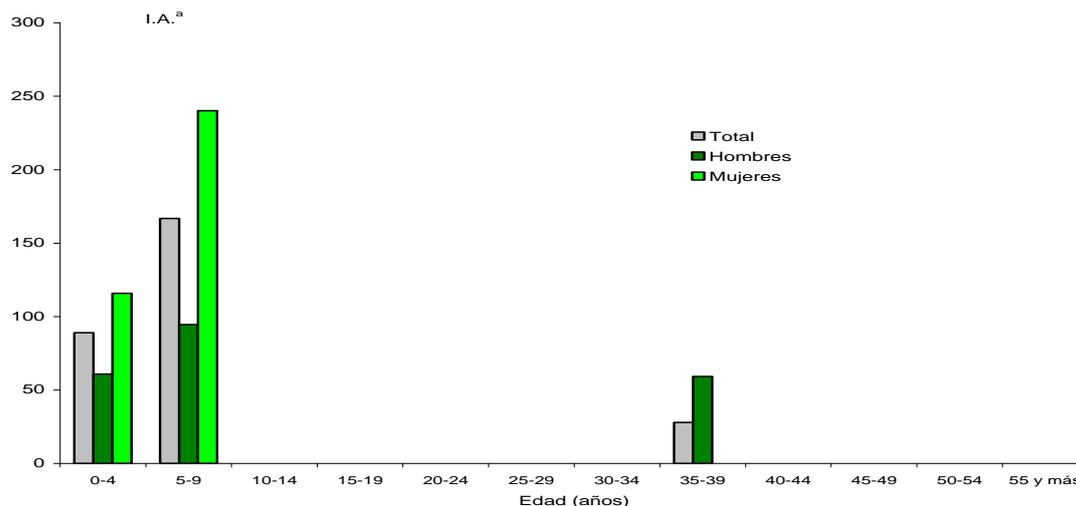


^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, siete se dieron en mujeres (63,6%), y cuatro en hombres (36,4%). Diez casos (91%) fueron en niños menores de 10 años. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupos de edad. En el periodo estudiado no se registró ninguna complicación clínica en ninguno de los casos.

En el 45,5% de los casos (5) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela; 4 casos (36,4%) se dieron en el seno de un brote, y en el 18,2% (2 casos) la fuente se desconocía. El lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 81,8% de los casos, y en el 18,2% el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 52 de 2007.



^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

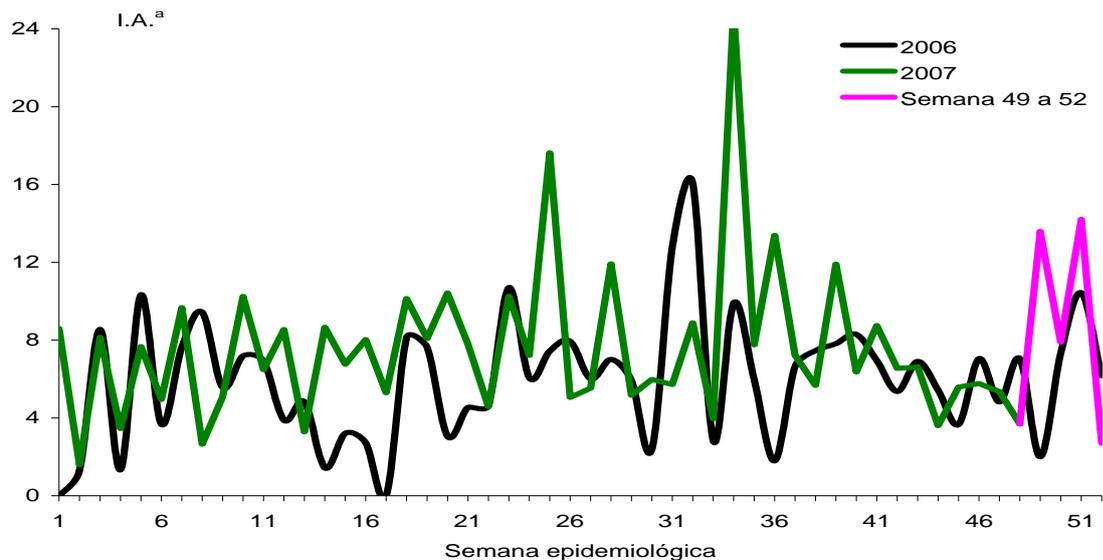
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 52 del año 2007.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	5	(45,4)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	4	(36,4)
Desconocido	2	(18,2)
Total	11	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	4	(36,4)
Colegio	5	(45,4)
Hogar	0	(0,0)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	2	(18,2)
Total	11	(100)

HERPES ZÓSTER

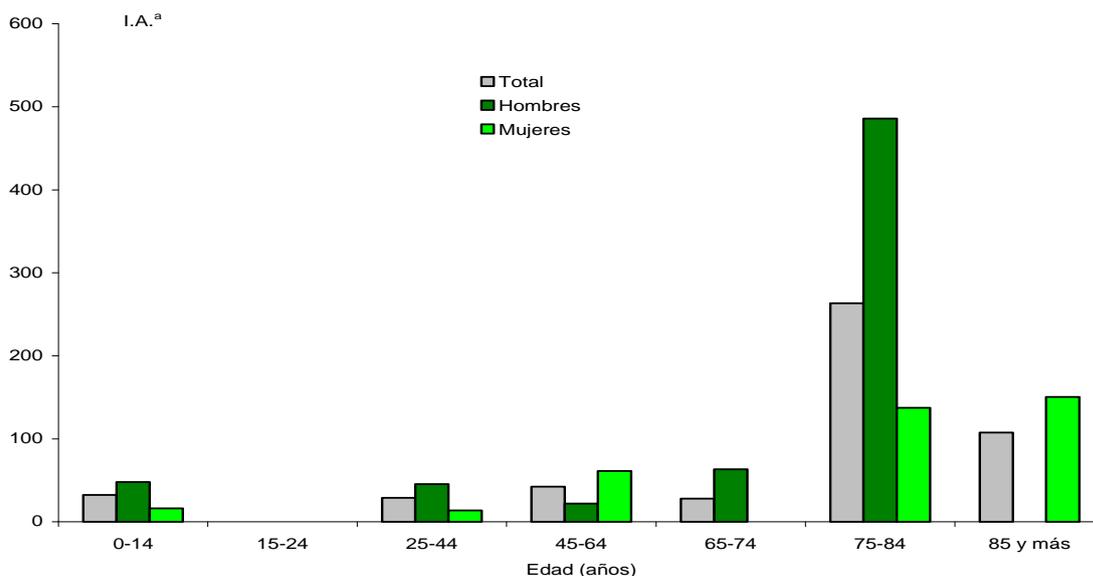
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 20 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 49 a 52, lo que representa una incidencia acumulada de 36,7 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 19,9 – 54,1). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2006 y 2007. El 60 % de los casos se dio en hombres y el 40 % en mujeres. El 60 % de los casos se dio en personas mayores de 65 años, la incidencia por grupos de edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 52 de 2007.



^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

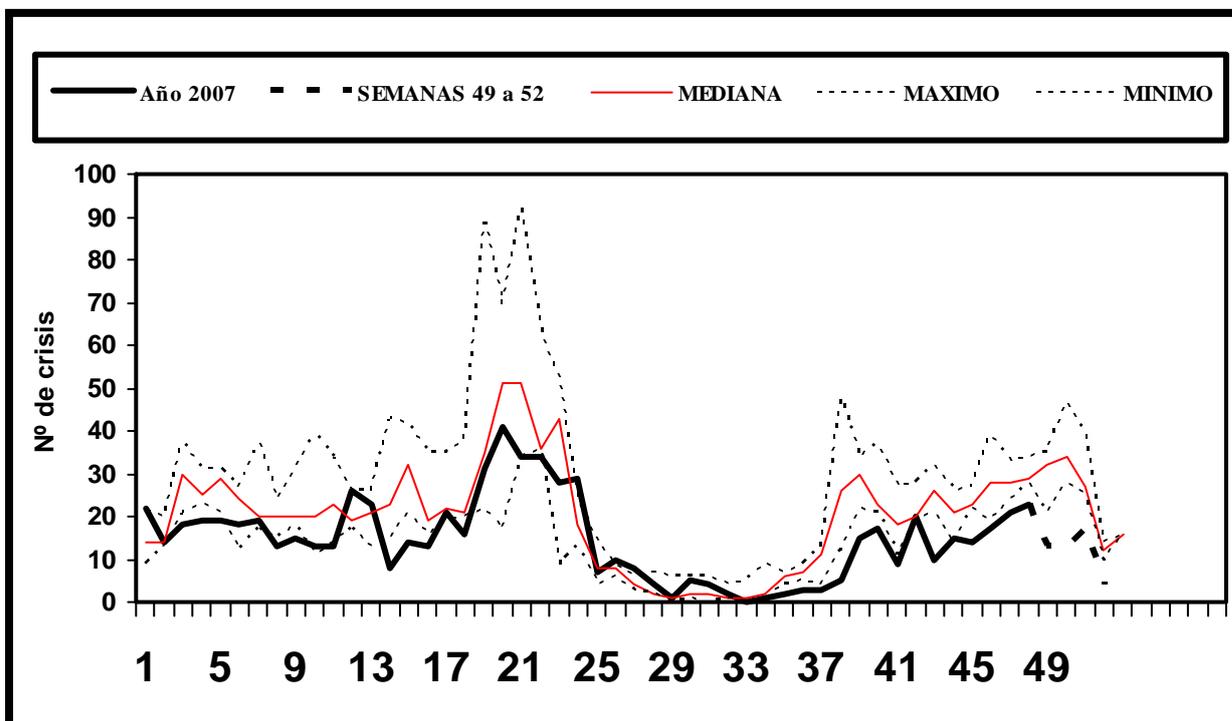


TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 52 de 2007.

	Semanas 49 a 52	Año 2007
Gripe ^a	109	139
Varicela	11	403
Herpes zoster	20	213
Crisis asmáticas	47	755

^a Desde la semana 40 de 2007 hasta la 20 de 2008.

La suscripción 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.epidemio@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

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."