

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6.

INFORMES:

**- Registro Regional de casos de
Tuberculosis de la Comunidad de
Madrid. Informe del año 2005.**





BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6

Índice

INFORMES:

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.

	- Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2005.	3
	- EDO. Semanas 23 a 26 (del 3 al 30 de junio de 2007)	42
	- Brotes Epidémicos. Semanas 23 a 26, 2007.	47
	- Red de Médicos Centinela, semanas 23 a 26, 2007.	49



INFORME:

REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. INFORME DEL AÑO 2005

SUMARIO:

RESUMEN.....	4
1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
3.- RESULTADOS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2005.....	7
3.1.- DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES	7
3.1.1.-Distribución espacial	7
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	15
3.1.6.-Estudios de contactos	15
3.1.7.-Fuentes de información utilizadas	17
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	34
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 2005 en la Comunidad de Madrid.

Resultados: En los últimos años la incidencia anual de tuberculosis se ha estabilizado. La incidencia anual estimada para 2005 en la Comunidad de Madrid ha sido de 19,1 casos por 10^5 habitantes. El 35,7% 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 54,6% de los casos han nacido fuera de España. La incidencia registrada en menores de 15 años ha sido de 8,8 casos por 10^5 habitantes.

La incidencia de tuberculosis por Áreas Sanitarias varía entre los 10,6 casos por 100.000 habitantes de las Áreas 6 y 8 y los 24,9 registrados en el Área 7. El distrito con mayor incidencia ha sido Villaverde con 35,1 casos por 10^5 habitantes. La incidencia registrada en el municipio de Madrid ha sido de 20,6 casos por 10^5 habitantes.

La situación de riesgo, asociada a la tuberculosis detectada con más frecuencia han sido la infección por VIH/SIDA (10,6%), seguida del alcoholismo (9,3%) y el abuso de drogas (6,5%).

El nivel asistencial donde se realiza con mayor frecuencia el diagnóstico es en la atención especializada, el 80,0% de los casos inician el tratamiento en este nivel. El 64% de los casos cursan con ingreso hospitalario.

El seguimiento del 42,0% de los casos se realiza en atención especializada. En el 12,0% 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 35 días.

La fuente de información que más casos ha permitido detectar ha sido las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) (68,0%). La combinación de las EDO, laboratorios de microbiología y CMBD ha permitido detectar el 93,0% de los casos.

Discusión: La incidencia en la Comunidad de Madrid en 2005 ha aumentado respecto a 2004, 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), finalmente ha habido un periodo de continuidad, durante 2004 y 2006, 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) y se está preparando una nueva etapa del Programa acorde a la situación actual.

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 y que presenta como una característica esencial, su descentralización, ya que se articula en torno a las Secciones de Epidemiología de los Servicios de Salud Pública de Área Sanitaria. 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 2004 (Comunidad de Madrid. Informe del Registro de Casos de Tuberculosis 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2006;5(12):3-40).

En este informe se presenta un análisis descriptivo de los casos registrados durante el año 2005 y que tenían su residencia en la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico.

2- MATERIAL Y MÉTODOS

Las fuentes de información del Registro son:

- 1 - Los médicos 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.

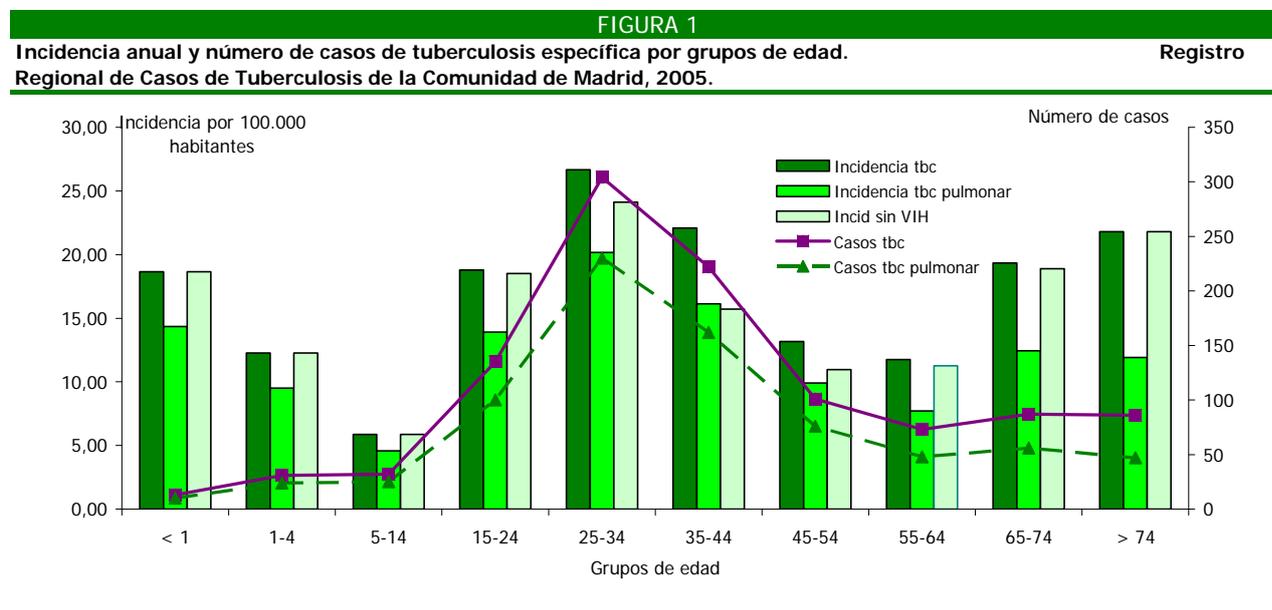
El análisis de la información se realiza para cada Área Sanitaria en la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública. En el Servicio de Epidemiología se lleva a cabo el análisis de la información regional incluyendo la comparación entre Áreas.

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 2005. El análisis de los datos se ha realizado con el programa informático SPSS (versión 14.0 para Windows).

3.- RESULTADOS CORRESPONDIENTES A 2005

3.1. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES



En el año 2005 fueron registrados 1.165 casos de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, de los que 25 eran residentes en otras Comunidades Autónomas; estos casos han sido excluidos del análisis de resultados, que se ha realizado con los 1140 casos restantes, hallándose una incidencia anual de tuberculosis en la Comunidad de Madrid de 19,11 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia más elevada se observa en el grupo de edad de 25 a 34 años (26,7 casos por 100.000 habitantes). En menores de 1 año, hay 13 casos lo que supone una incidencia en ese grupo de 18,7 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 22,1 a 15,7 casos por 100.000 habitantes. La edad es desconocida en el 4,9% de los casos (Figura 1).

Según el género, hay un predominio masculino, con 682 casos en hombres (60%), con una incidencia de 23,6 casos por 100.000, frente a 451 mujeres (39%), con una incidencia de 14,7 casos por 100.000. El sexo es desconocido en un 1% de los casos.

El 35,7 de los casos de tuberculosis han sido personas nacidas fuera de España. El 61% de ellos con una edad comprendida entre los 25 y 44 años.

De todos los casos registrados el 73,2% 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 10,6 casos por 100.000 habitantes de las Áreas 6 y 8 y los 24,9 registrados en el Área 7. Se observa una disminución de la incidencia con respecto a los resultados del año 2004 en las Áreas 4, 6, 8 y 11 (Tabla 1).

El Distrito Sanitario con la incidencia más elevada es Villaverde con 35,1 casos por 100.000 habitantes (un 34% más que el año anterior), seguido de los Distritos Centro y Vallecas con una tasa de 29,6 y 29,1 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Por otra parte, la menor incidencia fue registrada en el Distrito de Móstoles, con 5,6 casos por 100.000 habitantes. En 13 Distritos Sanitarios se han observado descensos de incidencia con respecto al año 2004: Salamanca, Torrejón de Ardoz, San Blas, Hortaleza, Colmenar Viejo, Collado Villalba, Moncloa, Móstoles, Parla, Aranjuez, Arganzuela, Carabanchel y Usera, mientras que en el resto la incidencia ha sido mayor que el año anterior.

En el municipio de Madrid se han detectado 649 casos, con una incidencia de 20,6 casos por 100.000 habitantes, 6% superior a la observada en el año 2004 (19,5 casos por 100.000 habitantes).

En 55 casos se desconoce el Área Sanitaria de residencia. Han disminuido los casos entre personas que viven en un albergue o en la calle y han aumentado los que residen en centros penitenciarios.

3.1.2. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD

De los 1140 casos de tuberculosis, en 1086 (95%) se conoce su localización anatómica. 793 presentaron localización pulmonar (70%); entre éstos, 76 (7%) presentaron además otra localización asociada. La incidencia de tuberculosis pulmonar ha sido de 12,02 casos por 100.000 habitantes, siendo el 62% de éstos hombres y el grupo de edad más afectado el de 25 a 34 años (20,2 casos por 100.000 hab.).

La localización es exclusivamente extrapulmonar en el 26% de los casos (Figura 2). De las formas extrapulmonares, la más frecuente es la tuberculosis de otra forma respiratoria (91 casos), seguida por la forma linfática con 89 casos (Figura 3).

TABLA 1

Incidencia de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.

Área - Distrito Sanitario			Población	Casos*	Incidencia por 10 ⁵	% de variación 2004-2005
ÁREA	1	Sur-Este	738481	172	23,29	21,07
	1.1	Arganda	136.088	17	12,49	4,75
	1.2	Moratalaz	170.296	39	22,90	31,82
	1.3	Retiro	125.723	26	20,68	51,82
	1.4	Vallecas	306.374	89	29,05	13,11
ÁREA	2	Centro_Norte	443.547	62	13,98	33,11
	2.1	Coslada	152.437	21	13,78	37,61
	2.2	Salamanca	150.288	19	12,64	-14,73
	2.3	Chamartín	140.822	22	15,62	142,69
ÁREA	3	Este	341.411	61	17,87	9,12
	3.1	Alcalá de Henares	231.928	41	17,68	15,97
	3.2	Torrejón de Ardoz	109.483	19	17,35	-7,38
ÁREA	4	Noreste	573.659	90	15,69	-4,96
	4.1	Ciudad Lineal	229.994	42	18,26	4,39
	4.2	San Blas	148.361	24	16,18	-6,56
	4.3	Hortaleza	195.304	24	12,29	-16,46
ÁREA	5	Norte	727.112	90	12,38	44,00
	5.1	Alcobendas	262.650	24	9,14	53,41
	5.2	Colmenar Viejo	108.522	7	6,45	-15,11
	5.3	Tetuán	149.811	21	14,02	21,07
	5.4	Fuencarral	206.129	22	10,67	4,55
ÁREA	6	Oeste	621.395	66	10,62	-8,83
	6.1	Majadahonda	282.364	33	11,69	24,24
	6.2	Collado Villalba	220.675	24	10,88	-26,12
	6.3	Moncloa	118.356	9	7,60	-32,17
ÁREA	7	Centro-Oeste	554.492	138	24,89	9,09
	7.1	Centro	145.267	43	29,60	2,44
	7.2	Chamberí	152.610	32	20,97	22,06
	7.3	Latina	256.615	60	23,38	4,46
ÁREA	8	Sur-Oeste I	460.826	49	10,63	-10,37
	8.1	Móstoles	212.709	12	5,64	-67,15
	8.2	Alcorcón	162.524	16	9,84	28,47
	8.3	Navalcarnero	85.593	8	9,35	50,58
ÁREA	9	Sur Oeste II	395.016	76	19,24	113,22
	9.1	Leganés	181.248	29	16,00	138,18
	9.2	Fuenlabrada	213.768	47	21,99	100,03
ÁREA	10	Sur I	311.468	49	15,73	15,69
	10.1	Parla	154.071	19	12,33	-14,55
	10.2	Getafe	157.397	28	17,79	38,75
ÁREA	11	Sur II	796.736	195	24,47	-11,07
	11.1	Aranjuez	137.327	18	13,11	-41,24
	11.2	Arganzuela	146.141	29	19,84	-16,53
	11.3	Villaverde	142.633	50	35,06	33,66
	11.4	Carabanchel	239.008	63	26,36	-8,20
	11.5	Usera	131.627	35	26,59	-25,14
		Área desconocida/Prisión/Calle		57/20/15		
		Total	5.964.143	1140	19,11	12,99
		Residentes otras CC.AA.		25		
		Total		1165		

* 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, 2005.

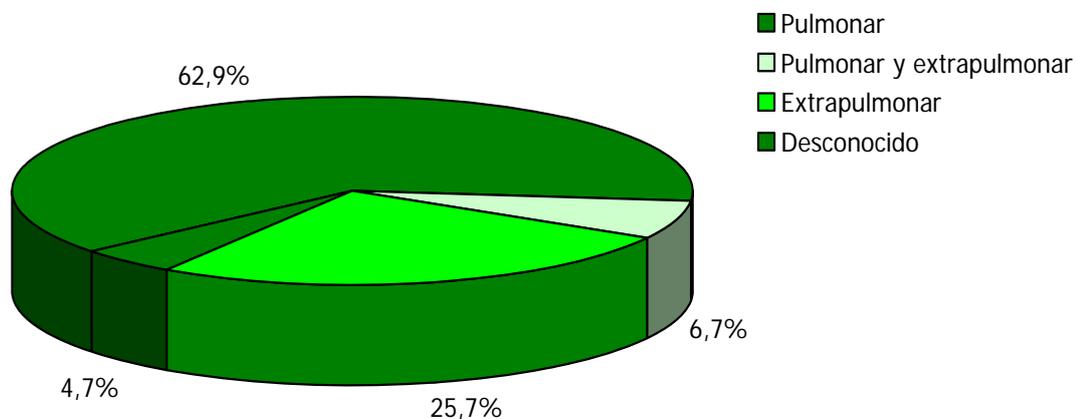
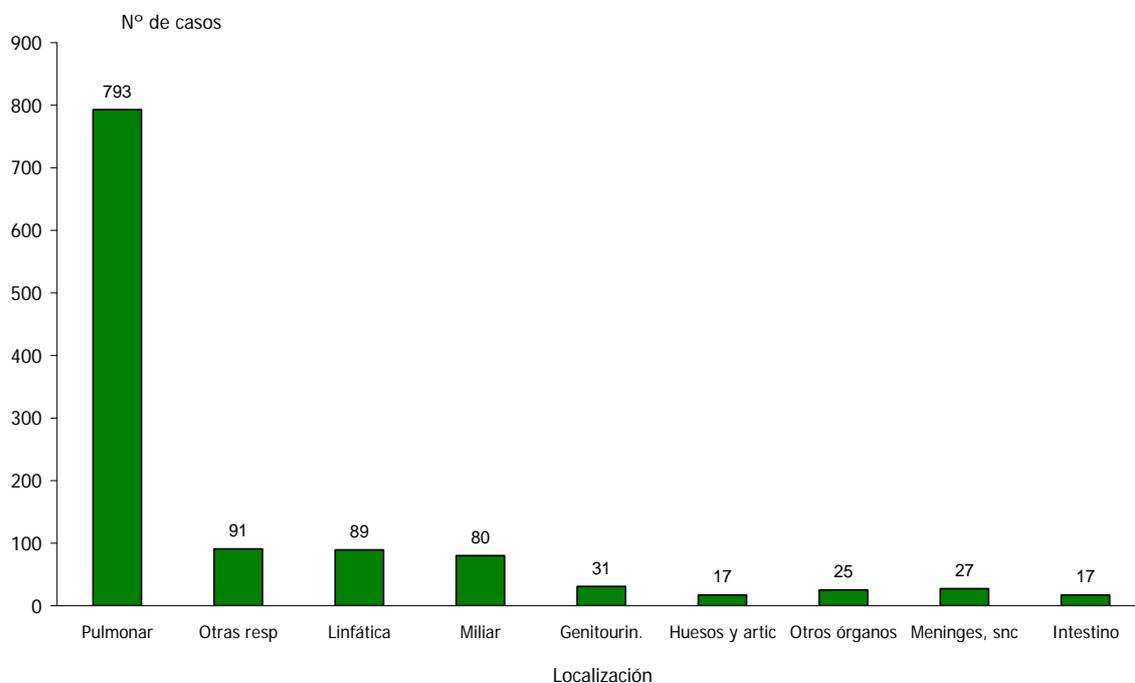


FIGURA 3

Distribución de los casos de tuberculosis según la localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.



*Un caso puede tener más de una localización

Si se consideran los casos con área de residencia asignada, las formas pulmonares representan el 69,6% de todas las formas de tuberculosis en la Comunidad de Madrid; esta proporción oscila entre las Áreas, situándose entre el 63 % en el Área 7 y el 83% en el Área 6. La incidencia de tuberculosis con localización pulmonar también es diferente en función del Área Sanitaria, y varía entre 8,5 casos por 100.000 habitantes en el Área 8 y 18,2 casos por 100.000 habitantes en el Área 11 (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, 2005.

ÁREA SANITARIA	Nº DE CASOS DE TBC PULMONAR	INCIDENCIA DE TBC PULMONAR POR 10 ⁵	% DE TBC PULMONAR SOBRE TOTAL TBC
1 Sur-Este	119	16,11	69,2
2 Centro_Norte	42	9,47	67,7
3 Este	43	12,59	70,5
4 Noreste	63	10,98	70,0
5 Norte	69	9,49	76,7
6 Oeste	55	8,85	83,3
7 Centro-Oeste	87	15,69	63,0
8 Sur-Oeste I	39	8,46	79,6
9 Sur Oeste II	52	13,16	68,4
10 Sur I	34	10,92	69,4
11 Sur II	145	18,20	74,4
Área Desc./Prisión/Calle	15/18/12	-	
Total	793	13,30	69,6

De los 793 casos con tuberculosis pulmonar, 448 (56,5%) 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 86% tienen cultivo positivo. El diagnóstico de certeza mediante cultivo positivo de esputo se ha establecido en 650 casos, el 82% (Tabla 3).

En 523 casos de tuberculosis con localización pulmonar (66%) se pudo observar una radiografía torácica indicativa de tuberculosis, siendo desconocido el valor para esta variable en 225 casos (28,4%).

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, 2005.

BACILOSCOPIA ESPUTO	CULTIVO DE ESPUTO			% cultivos positivos
	Positivo	Negativo	Total	
Positivo	385	63	448	85,9%
Negativo	265	80	345	76,8%
Total	650	143	793	82,0%
% baciloscopias positiva	59,2%	44,1%	56,5%	

3.1.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La situación de riesgo, asociada a la tuberculosis, detectada con más frecuencia han sido después del tabaquismo (21,9%), la infección por VIH/SIDA (10,6%), a continuación el alcoholismo (9,3%) y el abuso de drogas (6,5%) (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.

El Registro Regional de Casos de la Comunidad de Madrid registró 20 casos con domicilio al inicio del tratamiento en centros penitenciarios ubicados en la Comunidad de Madrid, y son 14 casos los que refieren tener antecedente de estancia en prisión en los dos años anteriores al inicio del tratamiento (4).

En 189 casos (16,6%) se ha recogido información acerca de la existencia de un contacto previo con algún enfermo de tuberculosis, y de ellos en 176 (93%) está presente dicho antecedente. De las formas de contacto registradas la más frecuente es la convivencia con un enfermo (99 casos).

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, 2005.

SITUACIÓN DE RIESGO	% SEGÚN GRUPOS DE EDAD					% SOBRE EL TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	Todas las edades
Tabaquismo (N=250)	0	10,8	58,4	24,0	6,8	21,9
VIH-SIDA (n=121)	0	1,7	76,9	16,5	1,7	10,6
Alcoholismo (n=106)	0	1,9	53,8	36,8	6,6	9,3
Neoplasia (n=40)	0,0	6,3	14,6	27,1	52,1	3,5
Enf. Inmunosup. (n=47)	0,0	2,1	46,8	17,0	34,0	4,1
Uso de drogas (n=54)	0,0	3,7	75,9	18,5	0,0	4,7
Desfavorecidos socialmente (n=49)	6,1	8,2	61,2	16,3	8,2	4,3
Diabetes (n=48)	0,0	6,3	14,6	27,1	52,1	4,1
Silicosis (n=6)	0,0	0,0	16,7	33,3	50,0	0,5
Gastrectomía (n=5)	0,0	0,0	0,0	40,0	60,0	0,4

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 75% de los casos, seguido por la Atención Especializada Extrahospitalaria (5%) y Atención Primaria (4%). El 1,5% de los pacientes iniciaron tratamiento en otros lugares como Sanidad Penitenciaria, otras CCAA, etc. El lugar de inicio del tratamiento se desconoce en el 15% 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 42% de los casos incluyendo las consultas externas hospitalarias, seguido de Atención Primaria el 11% de los casos. Este dato se desconoce en el 38% 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 137 casos (12%) se ha instaurado alguna medida para la mejora del cumplimiento del tratamiento en régimen ambulatorio; esta medida ha consistido en un tratamiento directamente observado en 69 ocasiones, mientras que las otras 68 consisten en un seguimiento semanal con entrega gratuita de medicamentos y/o utilización de algún incentivo. Los casos con tratamiento directamente observado han aumentado en un 53%, y el supervisado en un 5% respecto del año anterior.

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, 2005.

ÁREA	INICIO TRATAMIENTO					Total n
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	% desc.	
1	83,1	5,2	3,5	0,0	8,1	172
2	67,7	1,6	1,6	1,6	27,4	62
3	83,6	0	1,6	0,0	14,8	61
4	84,4	2,2	0,0	0,0	13,3	90
5	71,1	2,2	4,4	2,2	20,0	90
6	86,4	1,5	6,1	0,0	6,1	66
7	69,6	2,2	5,1	3,6	19,6	138
8	89,8	0	2,0	0,0	8,2	49
9	90,8	3,9	2,6	1,3	1,3	76
10	67,3	32,7	0,0	0,0	0,0	49
11	73,3	9,2	8,2	1,0	8,2	195
TOTAL	74,6	4,8	3,7	1,5	15,4	1048

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, 2005.

ÁREA	SEGUIMIENTO TRATAMIENTO					Total n
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	% desc.	
1	68,6	5,8	4,7	6,4	14,5	172
2	48,4	0,0	1,6	3,2	46,8	62
3	63,9	1,6	9,8	1,6	23,0	61
4	24,4	2,2	27,8	0,0	45,6	90
5	53,3	2,2	5,6	2,2	36,7	90
6	65,2	1,5	4,5	1,5	27,3	66
7	21,7	2,9	10,9	0,7	63,8	138
8	67,3	0	2,0	4,1	26,5	49
9	77,6	7,9	5,3	0,0	9,2	76
10	16,3	69,4	6,1	2,0	6,1	49
11	22,1	6,2	26,7	1,0	44,1	195
TOTAL	42,1	6,3	10,8	2,5	38,2	1048

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 769 casos. La mediana de esta demora diagnóstica se ha estimado en 36 días, igual que la obtenida en el año 2004. De los casos que corresponden a tuberculosis de localización pulmonar con baciloscopia de esputo positiva (470), la mediana de la demora diagnóstica es de 35 días, dos menos que en el año anterior (Tabla 7). El 64% 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, 2005.

PERCENTIL	Todos los casos	Casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo (+)
P 25	15 días	15 días
P 50	36 días	37 días
P 75	81,5 días	79 días

TABLA 8

Distribución porcentual de casos hospitalizados según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.

ÁREA SANITARIA	Nº DE CASOS HOSPITALIZADOS	% DEL TOTAL DE CASOS
1	140	81,4
2	19	30,6
3	45	73,8
4	64	71,1
5	66	73,3
6	46	69,7
7	94	68,1
8	33	67,3
9	48	63,2
10	49	100,0
11	122	62,6
Total	726	69,3

3.1.5. EVOLUCIÓN DE LOS CASOS

De los 1140 casos registrados se dispuso de información sobre su seguimiento en el 48%, lo que supone un aumento del 9% respecto al año anterior (44%). Fecha de fin de tratamiento la disponemos en 494 casos (43%), 11 casos se trasladaron a otra Comunidad Autónoma (1%) y 45 se han perdido (4%).

En cuanto a los 494 casos en los que se conoce la fecha de finalización del tratamiento, 434 (88%) han sido dados de alta por curación, 9 (2%) han muerto por tuberculosis, 49 (10%) fallecieron por otras causas incluida SIDA, y a 2 pacientes (0,4%) se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa.

Además se han registrado incidencias que no han permitido la finalización del tratamiento en 32 pacientes: 17 abandonos del tratamiento, 9 pacientes sufrieron una recaída, en 5 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 (434), y en el denominador: los curados (434), los que presentaron alguna incidencia que impidió el alta (32), los muertos por tuberculosis (9), y aquellos en los que se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa (2), el porcentaje obtenido es de 91,0%.

Son casos iniciales es decir, nunca habían recibido tratamiento contra la tuberculosis con anterioridad 723 casos (63%). Este dato es desconocido en 373 casos (33%).

3.1.6. ESTUDIOS DE CONTACTOS

En 566 casos (49,7%) se conoce el dato de si se ha realizado o no estudio de contactos (Figura 4), y de ellos el estudio se realizó en 496 (87,6%). 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 448 casos (56,5%) (Figura 5). Entre éstos se ha realizado el estudio de contactos en 403 casos (90,0 %).

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, 2005.



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, 2005.



En la Tabla 9 se observa el resultado de los estudios de contactos realizados en los casos con tuberculosis pulmonar. Se detectaron 1.842 contactos, es decir, 1,6 contactos por caso, de los que 0,5 eran convivientes, 0,2 eran no convivientes y 0,9 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, 2005.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	570	57,2	36,1	6,5
No convivientes	265	64,9	30,9	4,2
Colectivo	1007	69,5	29,4	1,1

3.1.7. FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

Para garantizar la detección exhaustiva de todos los casos de tuberculosis es necesaria la utilización sistemática de diferentes fuentes de información, de manera que un mismo caso puede ser detectado por más de una de ellas. La fuente que más casos ha detectado durante el año 2005 ha sido el sistema EDO, con 780, lo que supone un 68% del total de casos, seguido de la Red de Laboratorios de Microbiología, con 667 casos notificados (58,5%). Del total de casos, 536 se han detectado solamente por una fuente, siendo también el sistema EDO el que más casos ha detectado (259 casos), seguido por los laboratorios de microbiología (198 casos). El número de casos detectados exclusivamente por EDO aumenta ligeramente respecto al año pasado, al igual que los notificados por laboratorios (Tabla 10).

Si se combinan las fuentes, mediante el sistema EDO y los laboratorios de microbiología se detectan el 87% de los casos, siendo el 47% de ellos notificados por ambas fuentes (Tabla 11). Al combinar tres fuentes, el sistema EDO, los laboratorios y el CMBD han detectado el 93% de los casos.

TABLA 10

Distribución de los casos según la fuente de notificación. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.

	FUENTE INDICADA (UN CASO PUEDE NOTIFICARSE POR MÁS DE UNA FUENTE)		EXCLUSIVAMENTE POR LA FUENTE INDICADA	
	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje*
EDO	780	68,4	205	38,2
LABORATORIO	667	58,5	120	22,4
CMBD	166	14,6	38	7,1
OTRAS	123	10,8	19	3,5

*Porcentaje sobre el total de casos que sólo se detectan por una fuente.

TABLA 11

Casos detectados por el Registro en combinación de dos fuentes. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.

	EDO	LABORATORIO	CMBD	OTRAS
EDO	780	--	--	--
LABORATORIO	451	667	--	--
CMBD	101	68	166	--
OTRAS	68	73	15	123

3.2. TUBERCULOSIS INFANTIL

En 2005 se han registrado 76 casos de tuberculosis en niños menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 8,76 casos por 100.000 habitantes en este grupo de edad. Esta cifra es mayor que la observada el año anterior (6,2 casos por 100.000 habitantes). En menores de 5 años la tasa de incidencia ha sido de 13,65 casos por 100.000 habitantes. De los 76 casos, 35 son hombres (46,1%) y 41 mujeres (53,9%).

FIGURA 6

Incidencia de tuberculosis infantil según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.

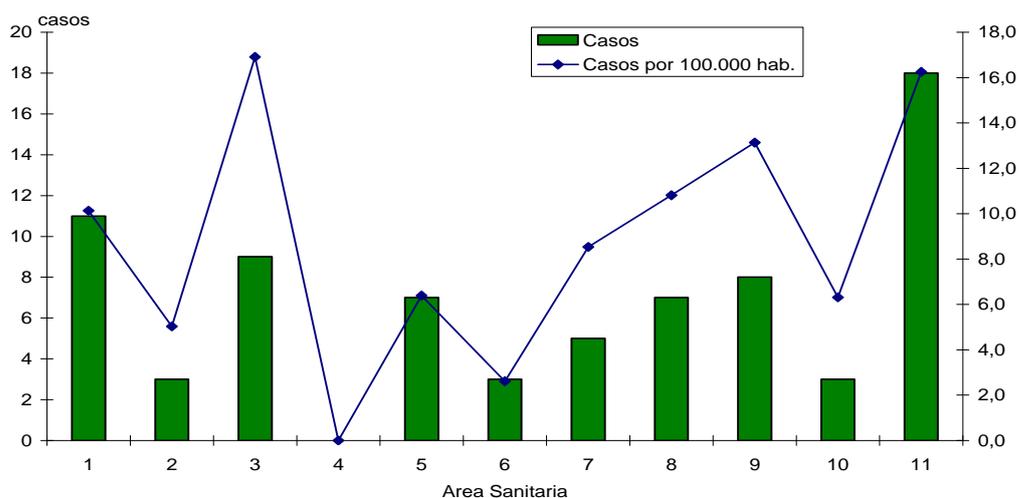
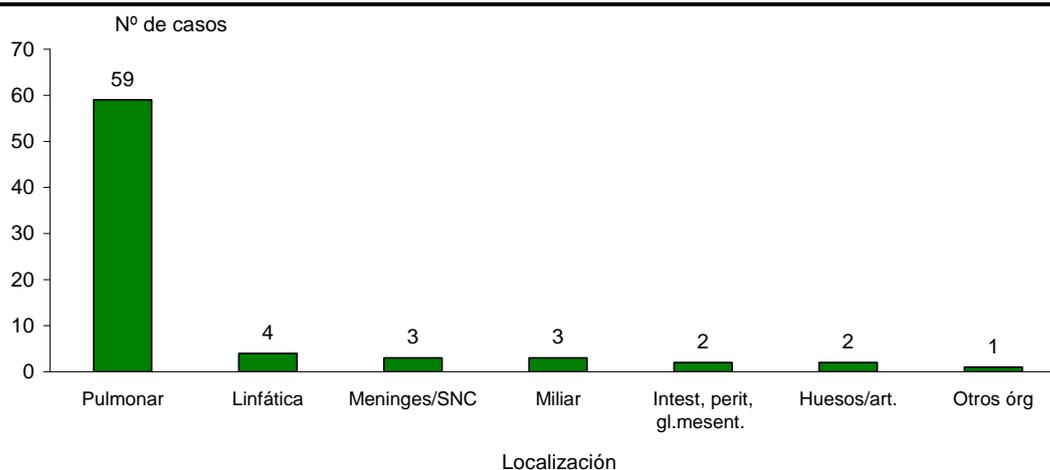


FIGURA 7

Distribución de los casos de tuberculosis infantil según la localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.



La mayor incidencia de tuberculosis infantil se ha registrado en el área 3 con 16,9 casos por 100.000 habitantes, seguida de las áreas 11 y 9 con 16,3 y 13,1 casos por 100.000 habitantes respectivamente, en el área 4 no se ha detectado ningún caso (Figura 6). El área de residencia es desconocido en 2 casos (2,6%).

En cuanto a la localización anatómica, el 77,6% de los casos registrados tenía localización pulmonar; 1 caso de un año de edad y 2 de dos años han presentado localización meníngea. La tasa de incidencia para esta localización en el grupo de edad de 0 a 4 años ha sido de 0,93 casos por 100.000 habitantes (Figura 7).

Del total de niños enfermos de tuberculosis, se tiene información sobre la prueba de la tuberculina de 58 niños (76,4%), y fue positiva en 54 de ellos (93,1%). La radiografía de tórax fue indicativa de tuberculosis en 50 casos (65,8%), este dato era desconocido en 15 casos (19,7%). Respecto a la confirmación microbiológica en 41 (53,9%) casos se aisló *Micobacterium tuberculosis* en cultivo.

Se han recogido datos de antecedentes de contacto con una persona enferma de tuberculosis en 47 casos y de ellos 33 (70,2%) referían que la forma de contacto fue con un conviviente.

Respecto al antecedente de tuberculosis, el 81,6% de los casos se han considerado iniciales, es decir, nunca antes han recibido tratamiento contra la tuberculosis. Se desconoce el dato para el 18,4% restante.

Sobre el estudio de contactos se tiene información sobre 60 casos de los cuales sólo en uno no se realizó dicho estudio. De los 59 (98,3%) restantes en 51 se realizó el estudio de contactos en ese momento y en 8 ya se había realizado con anterioridad por tratarse de casos secundarios. En 16 casos se desconoce si se ha realizado o no el estudio de contactos (Figura 8).

En la Tabla 12 se muestran los resultados de los estudios de contactos realizados. Se detectaron 309 contactos lo que supone una media de 4,1 contactos por caso, de los que 1,4 eran convivientes, 0,5 no convivientes y 2,3 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, 2005.

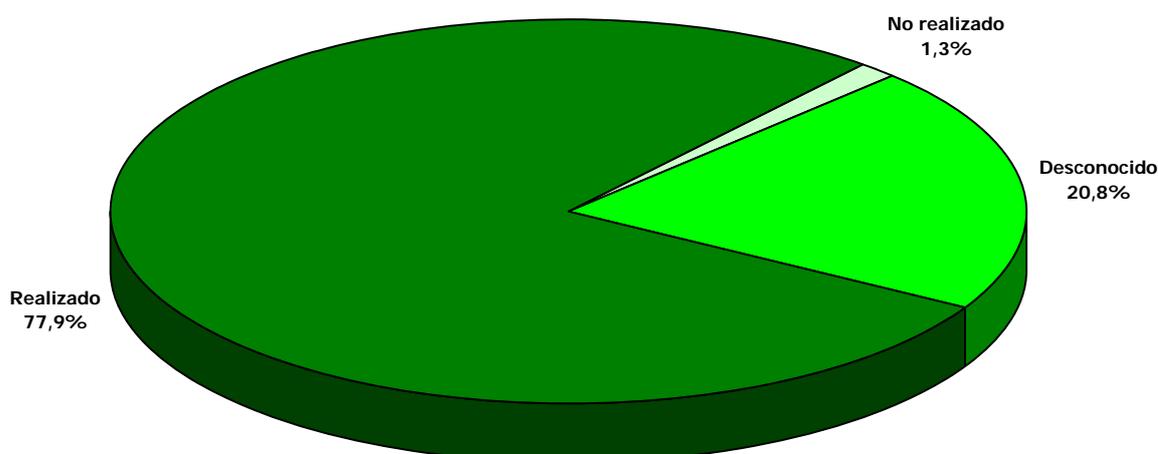


TABLA 12

Resultado de los estudios de contactos de los casos de tuberculosis infantil.

Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	105	44,8	41,9	13,3
No convivientes	34	50,0	44,1	5,9
Colectivo	170	88,2	11,8	0,0

3.3. TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH

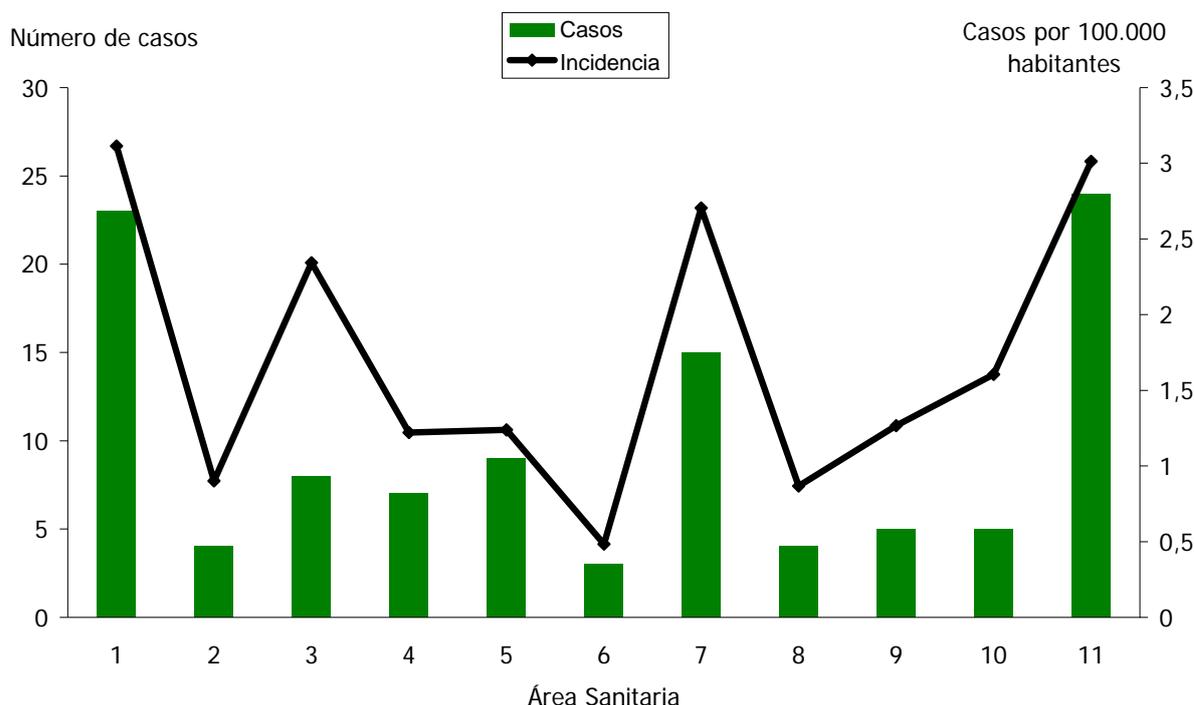
De los 1140 casos de tuberculosis registrados en 2005 en Madrid, 121 (10,6%) se han producido en personas infectadas por el VIH, lo que representa una incidencia de tuberculosis asociada a la infección por VIH de 2,0 casos por 100.000 habitantes. Esto supone un leve ascenso respecto del año anterior (1,7 casos por 100.000 habitantes) aunque se mantiene 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 (6,4 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de edad de 25 a 34 años (2,5 casos por 100.000 habitantes). En cuanto al género, 93 casos (77%) se han registrado en hombres y 27 (22%) en mujeres.

Por Áreas Sanitarias, las mayores incidencias se han registrado en las Áreas 1 (3,1 casos por 100.000 habitantes), y áreas 11 y 7 con 3,0 y 2,7 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, 2005.



74 casos (61%) han presentado tuberculosis pulmonar, asociada o no a otra localización. De las localizaciones extrapulmonares las formas más frecuente han sido la tuberculosis miliar con 49 casos (40,5%) y la linfática con 14 casos (11,6%).

De los casos con tuberculosis pulmonar, en 42 (56,8%) se ha obtenido una baciloscopia de esputo positiva, y en 66 (89,2%) se ha realizado diagnóstico de certeza con cultivo de esputo positivo. Del total de casos en 73 de ellos (60,3%) se registró una radiografía torácica, y en 58 (79,5%), ésta fue indicativa de tuberculosis.

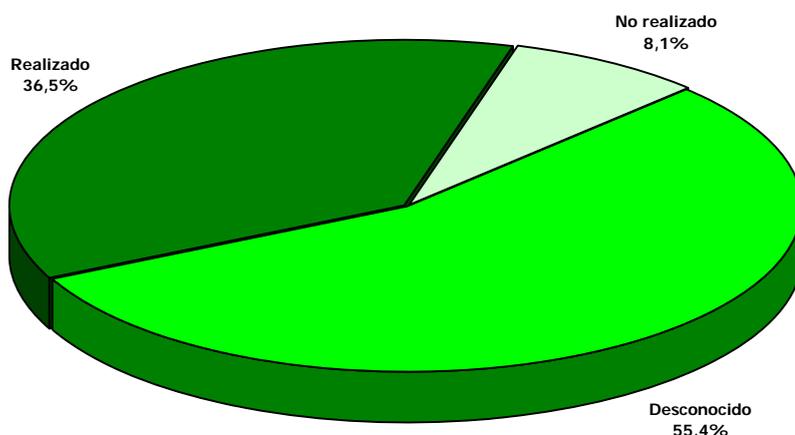
La variable de antecedente de contacto con un enfermo de tuberculosis ha sido afirmativo en 10 casos (8,3%), 3 con convivientes, 3 frecuentes no convivientes, 1 con un contacto esporádico y otro se desconoce el tipo de contacto.

Enfermos iniciales, es decir, nunca antes habían recibido tratamiento frente a la tuberculosis eran 69 casos, un 83,1% dado que se disponía de esta información en 84 casos.

La información sobre la realización o no de estudio de contactos en los casos de las formas pulmonares es desconocida en 41 casos. Se ha realizado el estudio de contactos en 27 casos, y no se ha realizado en 6 (Figura 10).

FIGURA 10

Distribución de los casos de tuberculosis en VIH (+) según realización del Estudio de Contactos.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.



En los casos de tuberculosis pulmonar en que se realizó estudio de contactos se detectaron 94 contactos en total. De los 39 convivientes no se realizaron el estudio de contactos el 46,2% puesto que se habían realizado con anterioridad.

TABLA 13

Resultado de los estudios de contactos de los casos de tuberculosis en personas VIH (+).
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	39	42,9	33,3	23,8
No convivientes	7	57,1	42,9	0
Colectivo	48	45,8	54,2	0

3.4. TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS

En el año 2005, del total de los 1140 casos de tuberculosis, 407 se dieron en personas nacidas fuera de España, esto supone un 35,7% de los casos, un 1% más que el año anterior. Su procedencia es fundamentalmente América del Sur (46% de los casos) y África (33%). Por países, los que aportan un mayor número de casos son Ecuador (79 casos), Marruecos (70 casos), Rumania (48 casos) y Perú (47 casos) (Tabla 14).

La tasa de incidencia de tuberculosis en extranjeros ha sido de 46,26 casos por 100.000 habitantes teniendo en cuenta que el número de extranjeros empadronados en la Comunidad de Madrid este año ha sido de 879.752 habitantes.

TABLA 14

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, 2005.

CONTINENTE	PAÍS	Nº DE CASOS DE TBC	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DE TBC EN POBLACIÓN INMIGRANTE
AMÉRICA		188	46,2
	REP. ECUADOR	79	19,4
	REP. PERÚ	47	11,5
	REP. BOLIVIA	31	7,6
	REP. COLOMBIA	16	3,9
	OTROS	15	3,7
ÁFRICA		135	33,2
	REINO DE MARRUECOS	70	17,2
	REP. GUINEA ECUATORIAL	17	4,2
	REP. FED. NIGERIA	16	3,9
	OTROS	32	7,9
EUROPA		72	17,7
	RUMANIA	48	11,8
	REP. PORTUGUESA	10	2,5
	OTROS	14	3,4
ASIA		11	2,7
DESCONOCIDO		1	0,2
TOTAL		407	100

En la Figura 11 se presenta la distribución de los casos por género y grupo de edad, 248 casos se han detectado en hombres (60,9%). La edad mediana de los casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España fue de 29 años, siendo el 75% de ellos menores de 38 años. El 41% 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 64,4% del total; entre los 25 y 34 años los casos de tuberculosis en personas fuera de España suponen el 54,6% del total (Figura 12). En menores de 1 año se han dado 2 casos y entre 1 y 4 años 5 casos, lo que implica el 16% 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, 2005.

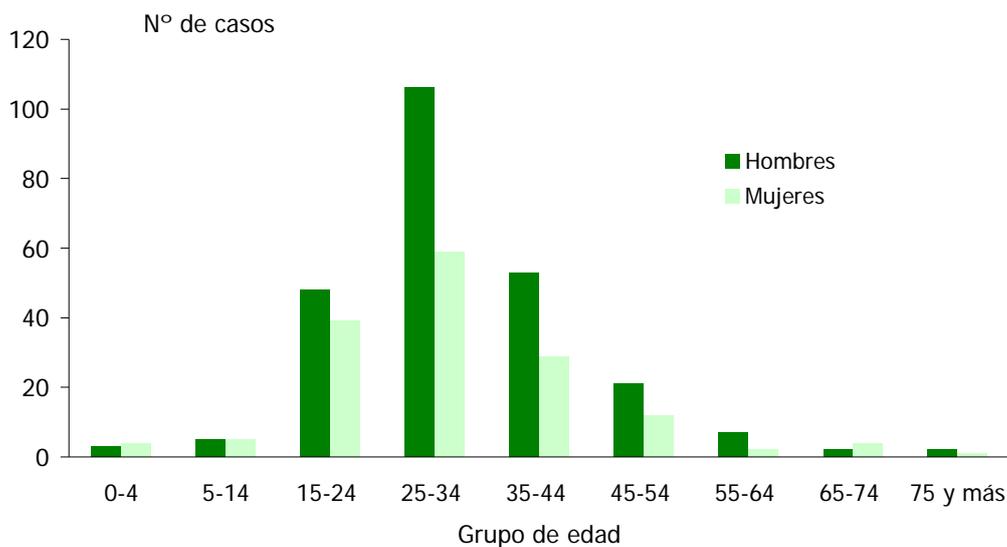
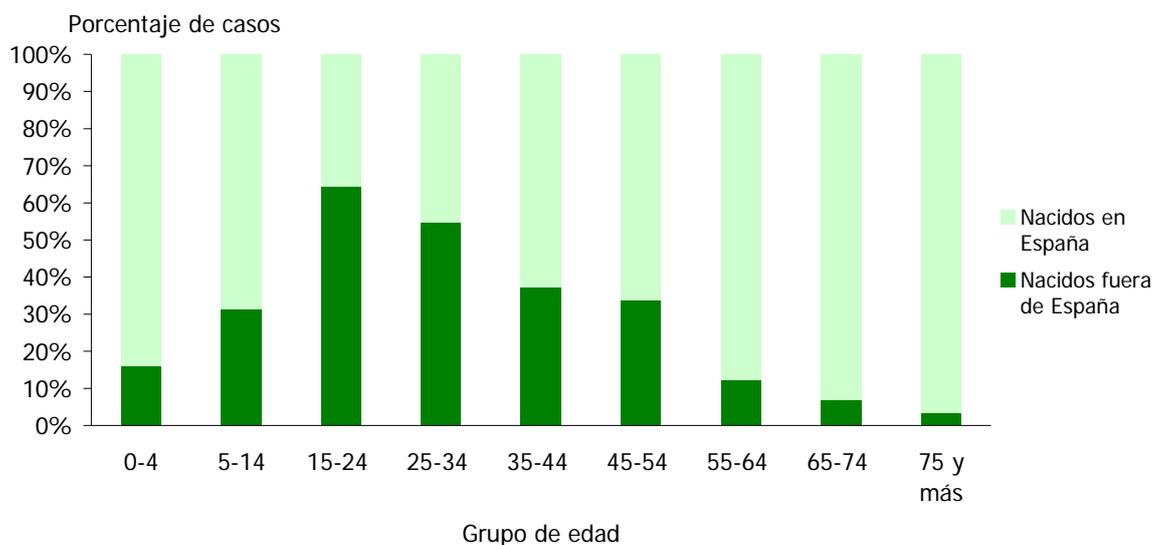


FIGURA 12

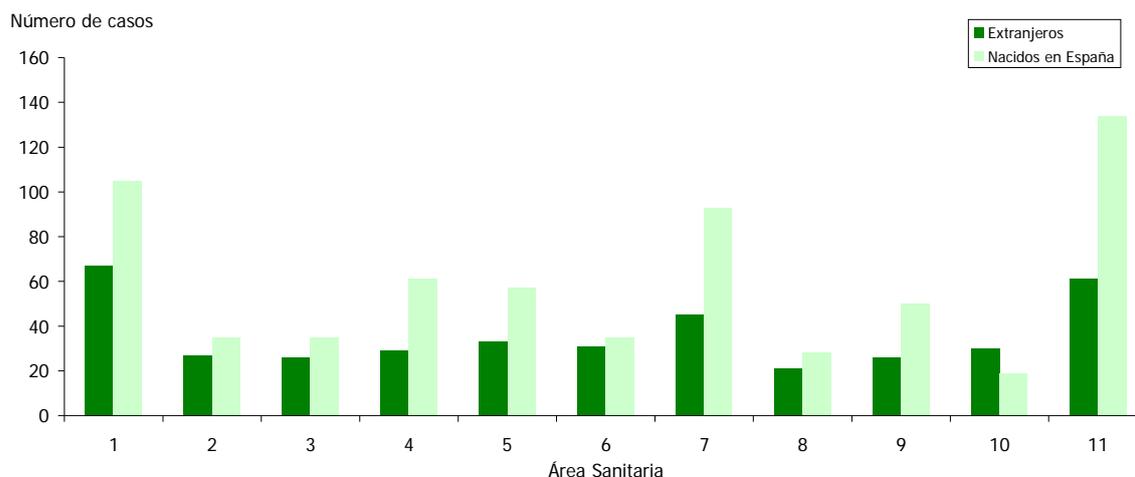
Tuberculosis según lugar de nacimiento por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.



Según la distribución por el Área Sanitaria (Figura 13), las áreas con mayor número de casos son el área 1 (67 casos) siendo residentes el 55% en el distrito sanitario de Vallecas, el área 11 con 61 casos (el 34% del distrito Carabanchel) y el área 7 con 45 casos (42% 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, 2005.



En relación a la localización anatómica, 288 de los 407 casos (70,8%) presentaron tuberculosis pulmonar. De dichas formas pulmonares, en 190 (66%) se registró un resultado positivo en la baciloscopia de esputo, y en 245 (85%) había un cultivo de esputo positivo. Se tienen datos sobre resultado de radiografía de tórax en 277 personas, y en 236 de ellas (85,2%) 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 (18,2% de los casos), es la indigencia y/o chabolismo con 30 casos (7,4%), seguido por la infección por VIH-SIDA y el alcoholismo con 29 casos (7,1%) en cada caso.

Eran enfermos iniciales en el momento del diagnóstico, es decir, no habían seguido nunca antes tratamiento antituberculoso, 269 casos, el 95% de los casos en los que se conocía este dato (283).

62 casos referían antecedente de contacto con un caso de tuberculosis, siendo la forma más frecuente el contacto con un conviviente (41 casos, 66%).

En cuanto al lugar de inicio del tratamiento, éste se desconoce en 49 casos (12%); 318 casos (78%) iniciaron el tratamiento en hospital, y 392 (72%) requirieron ser hospitalizados; la presencia o no de hospitalización se desconoce en 86 casos (21%). El lugar de seguimiento fue en el nivel hospitalario en 169 casos (41,5) siendo este dato desconocido en 140 casos (34%).

La realización o no de estudio de contactos es desconocida en 198 casos (48,6%). De los casos con valor conocido de esta variable, el estudio se efectuó en 187 casos (89,5%). Para las 190 personas con baciloscopia positiva, la variable estudio de contactos se recogió en 108 casos (57%), y en 97 (90%) se realizó el estudio.

Se recogieron variables de seguimiento en 195 pacientes. Finalizaron el tratamiento 166 casos (85%) de los cuales 161 pacientes completaron el tratamiento y 5 murieron por otra causa distinta a la tuberculosis incluida el SIDA. En el 16% de los extranjeros se tomaron medidas para la mejora del cumplimiento del tratamiento (TDO o supervisado) y en 15 casos se registró abandono de éste.

3.5. TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

De los 1140 casos de tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2005, en 562 (49,3%) se dispone de los resultados del estudio de sensibilidad ante los fármacos usados habitualmente como tratamiento de la enfermedad (isoniacida, rifampicina, etambutol, estreptomycinina y etionamida).

De esos 562 casos, 63 (11,2%) han sido registrados como resistentes a algunos de esos fármacos. En 43 casos (68,3%) se ha observado resistencia a isoniacida, en 14 (22,2%) a rifampicina, en 5 (7,9%) a etambutol y en 19 casos (30,2%) a estreptomycinina. Se ha detectado resistencia a por lo menos rifampicina e Isoniacida en 10 casos.

En la Tabla 15 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 15

Casos de tuberculosis resistentes a fármacos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2005.

		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=1140	562 (49,3%)	63 (11,2%)	10 (1,8%)
VIH (+)	n=121	63 (52,1%)	5 (7,9%)	1 (1,6%)
Extranjeros	n=407	214 (52,6%)	33 (15,4%)	8 (3,7%)
Recaídas/abandonos/fracasos	n= 54	30 (55,6%)	9 (30,0%)	3 (5,6%)

3.6. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1995 A 2005

Desde el año 1995 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 57% desde 1995. Sin embargo, esta reducción no ha sido uniforme, sino que ha oscilado entre la disminución en 1996 del 17,6% con respecto a 1995, y la disminución del 0,4% registrada entre 1998 y 1999. La reducción media anual entre 1995 y 2005 ha sido del 8%, aunque este año se aprecia un aumento del 13% respecto a 2004. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva también han descendido desde 1995, un 58% y 57%, respectivamente. (Tabla 16 y Figura 14).

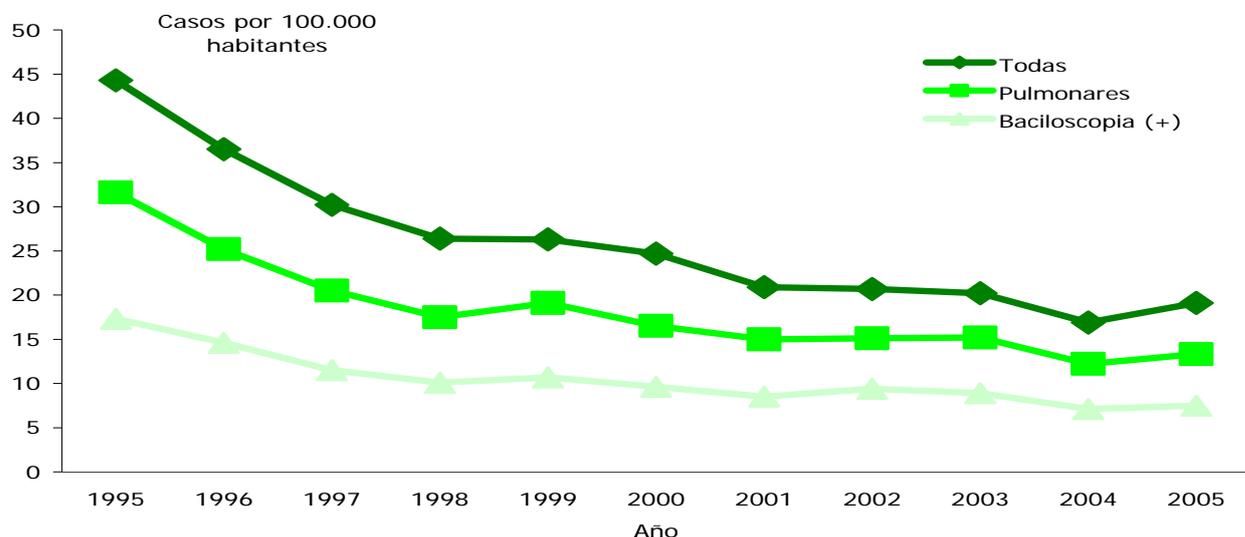
Tabla 16

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1995-2005.

INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES											
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Todas	44,3	36,5	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1
Pulmonares	31,6	25,2	20,5	17,5	19,1	16,5	15,0	15,1	15,2	12,2	13,3
Baciloscopia (+)	17,3	14,6	11,5	10,1	10,7	9,6	8,5	9,4	8,9	7,1	7,5

Figura 14

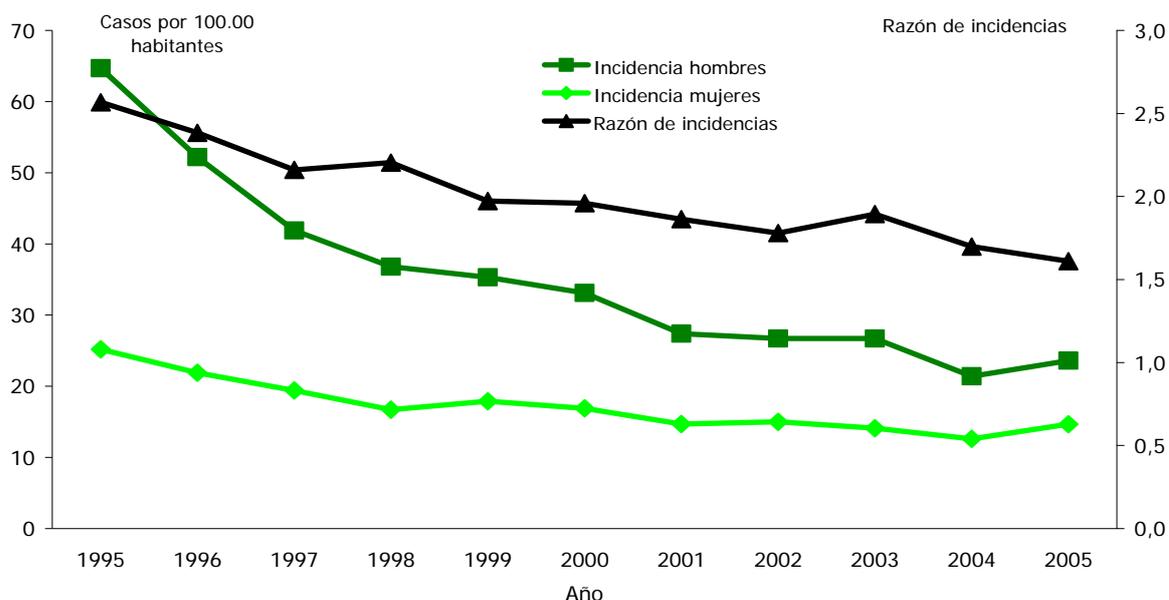
Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1995-2005.



En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva desde 1995, reduciéndose en un 64% hasta 2005. En mujeres esta disminución ha sido de un 42%. La incidencia es siempre mayor en hombres que en mujeres. Este año la incidencia ha aumentado en ambos sexos respecto a 2004, y dicho aumento ha sido mayor en mujeres (16%) que en hombres (10%). Este año continúa por tanto la reducción de la razón de incidencias, que en 2004 había sido de 1,7 y en 2005 de 1,6 (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 1995-2005.



En cuanto a la distribución por edades (Tabla 17), en todos los grupos desde 1995, se ha producido una disminución global de la incidencia. El mayor descenso global se ha producido en el grupo de 25 a 34 años, en el que la incidencia ha disminuido un 70%, seguido del grupo de mayores de 75 años en el que la incidencia ha disminuido un 67%.

El grupo de edad mayor de 74 años, es el que el grupo de edad con mayor incidencia desde 1998 hasta 2005, seguido del de 25 a 34 años a excepción únicamente de los años 2002 y este 2005 en los que se ha invertido el orden.

TABLA 17

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1995-2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0-4	25,7	16,3	11,9	15,0	14,1	15,0	16,2	11,2	14,0	9,23	13,65
5-14	7,5	7,1	5,4	5,3	5,3	4,4	5,9	4,8	7,1	4,49	5,87
15-24	26,5	23,6	18,9	16,8	15,0	14,7	18,8	17,7	19,0	15,55	18,79
25-34	88,4	65,6	53,1	38,5	38,8	32,4	28,5	28,8	27,5	22,78	26,66
35-44	58,8	46,1	38,9	34,7	35,4	34,1	26,1	26,1	24,6	20,34	22,09
45-54	32,5	26,1	20,7	20,9	22,0	20,1	15,5	15,6	16,0	13,12	13,18
55-64	29,4	23,0	24,8	23,0	19,5	19,9	10,4	16,9	12,6	13,49	11,74
65-74	39,3	35,8	32,9	33,6	29,0	26,3	23,2	21,0	16,6	16,84	19,33
75 y más	65,5	44,7	49,4	41,4	48,7	43,9	34,4	25,7	31,2	27,05	21,80
Todas	44,3	36,5	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,92	19,11

La evolución de la incidencia según Áreas y Distritos Sanitarios puede verse en la Tabla 18. 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 1995 a 2005 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH/SIDA ha disminuido de un 37,2% a un 10,6%, y también de forma paralela se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas de un 28,5% en 1995 a un 4,7% en 2005. Sin embargo, en los pacientes con alcoholismo la tendencia ha sido ligeramente ascendente desde 1995 con un 8,9%, siendo en 2005 el 9,3% de los casos. (Figura 17).

TABLA 18

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 1995-2005

Área - Distrito Sanitario			1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ÁREA	1	Sur-Este	52,6	43,3	35,5	25,3	22,9	22,5	22,4	21,6	24,1	19,2	23,3
	1.1	Arganda	46,2	23,7	26,0	22,5	8,3	11,8	20,6	5,6	10,4	11,9	12,5
	1.2	Moratalaz	41,9	31,3	27,9	22,5	19,1	20,4	24,5	22,4	17,6	17,4	22,9
	1.3	Retiro	28,2	27,4	14,9	12,5	14,9	18,3	10,7	12,9	18,3	13,6	20,7
	1.4	Vallecas	70,7	61,7	50,5	33,0	32,6	28,4	26,9	29,8	35,3	25,7	29,0
ÁREA	2	Centro_Norte	26,9	27,1	22,1	19,9	14,4	15,2	15,0	14,3	14,9	10,5	14,0
	2.1	Coslada	26,1	24,0	19,2	24,0	18,4	16,8	10,8	17,6	16,9	10,0	13,8
	2.2	Salamanca	27,6	34,5	26,8	25,4	14,8	12,0	23,7	14,4	14,2	14,8	12,6
	2.3	Chamartín	26,1	21,4	19,2	10,4	10,4	16,3	10,5	10,8	13,4	6,4	15,6
ÁREA	3	Este	49,6	35,6	28,2	22,2	18,9	21,1	19,6	20,9	19,6	16,4	17,9
	3.1	Alcalá de Henares	50,0	33,2	28,2	21,6	21,0	19,4	17,3	17,1	18,5	15,2	17,7
	3.2	Torrejón de Ardoz	47,4	39,4	28,2	23,6	14,6	24,8	24,5	28,7	21,9	18,7	17,4
ÁREA	4	Noreste	41,8	37,1	30,2	23,7	23,5	21,9	21,1	15,9	15,3	16,5	15,7
	4.1	Ciudad Lineal	33,3	30,0	28,1	22,9	15,0	22,9	20,4	19,0	12,6	17,5	18,3
	4.2	San Blas	64,1	57,8	40,2	29,3	39,4	26,0	23,5	17,6	17,7	17,3	16,2
	4.3	Hortaleza	36,5	31,6	25,8	20,1	23,0	17,8	19,1	10,3	16,3	14,7	12,3
ÁREA	5	Norte	34,2	22,8	21,6	16,3	22,3	15,5	9,9	8,7	11,4	8,6	12,4
	5.1	Alcobendas	29,7	16,6	14,0	13,5	15,5	10,0	8,2	9,8	7,0	6,0	9,1
	5.2	Colmenar Viejo	53,1	20,9	15,3	12,5	16,7	20,9	4,2	6,2	4,9	7,6	6,5
	5.3	Tetuán	39,4	30,3	32,5	20,7	31,8	12,6	22,6	11,2	20,4	11,6	14,0
	5.4	Fuencarral	30,0	24,6	24,1	17,6	23,6	21,1	5,4	6,8	6,7	10,2	10,7
ÁREA	6	Oeste	26,6	20,7	23,8	22,1	19,0	25,0	15,2	16,7	13,4	11,7	10,6
	6.1	Majadahonda	22,5	14,5	22,4	14,0	16,2	20,7	13,2	13,8	10,6	9,4	11,7
	6.2	Collado Villalba	37,3	24,4	23,7	34,0	26,6	28,1	18,5	20,1	14,3	14,7	10,9
	6.3	Moncloa	32,3	25,5	26,5	19,6	13,7	27,5	13,8	17,1	18,2	11,2	7,6
ÁREA	7	Centro-Oeste	42,7	39,0	34,0	37,1	35,4	34,8	29,5	33,6	26,8	22,8	24,9
	7.1	Centro	74,2	68,2	54,9	67,4	58,2	65,7	40,7	53,9	38,0	28,9	29,6
	7.2	Chamberí	34,8	21,1	27,2	23,1	23,1	25,1	27,1	24,7	17,0	17,2	21,0
	7.3	Latina	30,9	35,2	27,0	30,9	31,7	25,4	25,3	28,0	26,5	22,4	23,4
ÁREA	8	Sur-Oeste I	48,1	24,1	28,3	22,1	18,8	13,8	18,5	15,3	19,1	11,9	10,6
	8.1	Móstoles	47,8	20,1	26,7	22,1	13,6	11,1	20,3	11,3	19,7	17,2	5,6
	8.2	Alcorcón	32,9	20,2	18,8	13,2	19,5	11,9	15,0	18,0	16,2	7,7	9,8
	8.3	Navalcarnero	103,9	22,6	27,9	19,2	15,7	3,5	19,4	11,1	17,0	6,2	9,3
ÁREA	9	Sur Oeste II	36,0	28,8	24,5	22,2	25,4	23,9	19,7	21,5	19,2	9,0	19,2
	9.1	Leganés	29,7	31,9	21,4	22,0	25,5	23,8	19,0	24,7	17,0	6,7	16,0
	9.2	Fuenlabrada	43,5	25,8	27,0	22,4	25,3	24,1	20,4	18,6	18,2	11,0	22,0
ÁREA	10	Sur I	34,9	31,7	33,7	21,7	28,5	16,1	18,1	17,9	16,7	13,6	15,7
	10.1	Parla	39,0	42,5	38,7	26,4	27,4	17,9	15,4	20,6	24,7	14,4	12,3
	10.2	Getafe	31,6	23,8	29,3	18,2	29,3	14,0	19,8	14,9	9,0	12,8	17,8
ÁREA	11	Sur II	44,5	38,0	27,4	27,7	30,8	28,0	26,5	23,6	25,6	27,5	24,5
	11.1	Aranjuez	23,7	17,8	15,7	18,9	22,0	19,9	14,7	21,4	21,7	22,3	13,1
	11.2	Arganzuela	54,8	46,2	26,2	28,8	32,3	27,9	23,3	20,6	30,2	23,8	19,8
	11.3	Villaverde	48,1	49,4	30,8	30,0	30,8	30,8	27,6	21,8	27,8	26,23	35,1
	11.4	Carabanchel	39,7	29,4	24,3	25,7	28,5	29,8	31,7	28,5	20,2	28,71	26,4
	11.5	Usera	54,7	49,3	37,8	34,3	40,5	27,3	30,0	18,4	30,9	35,52	26,6
Total			44,3	36,5	30,3	26,4	26,3	24,8	20,9	20,7	20,2	16,9	19,11

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 1995-2005.

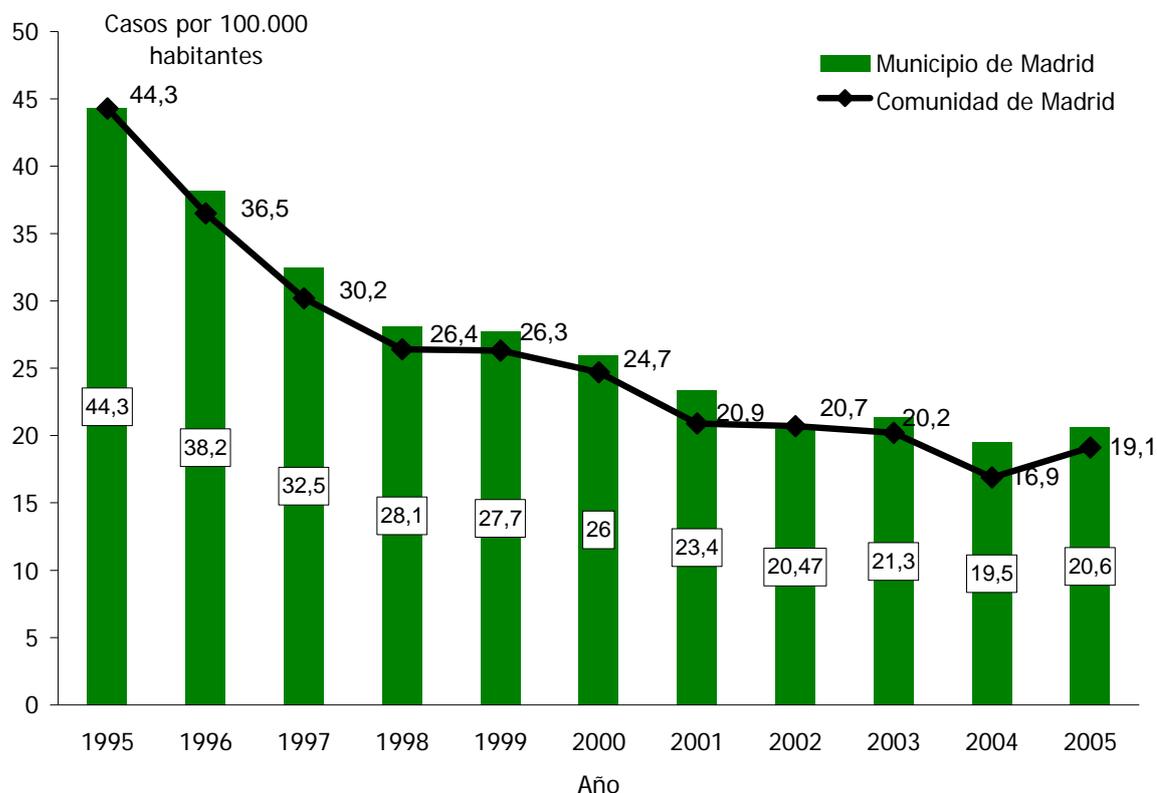


FIGURA 17

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 1995-2005.

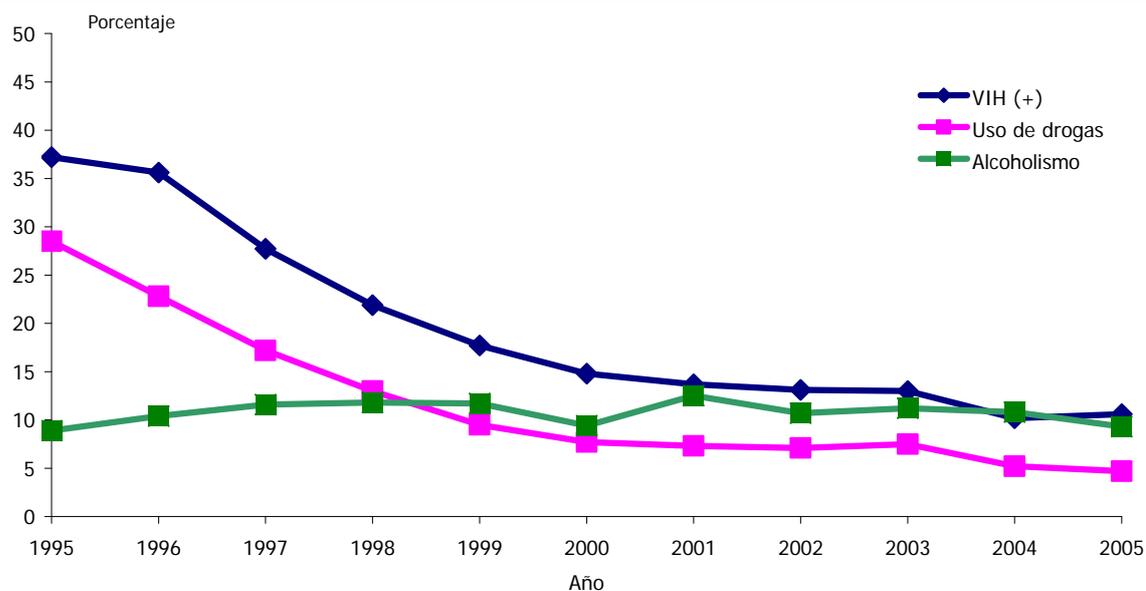


FIGURA 18

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 1995-2005.

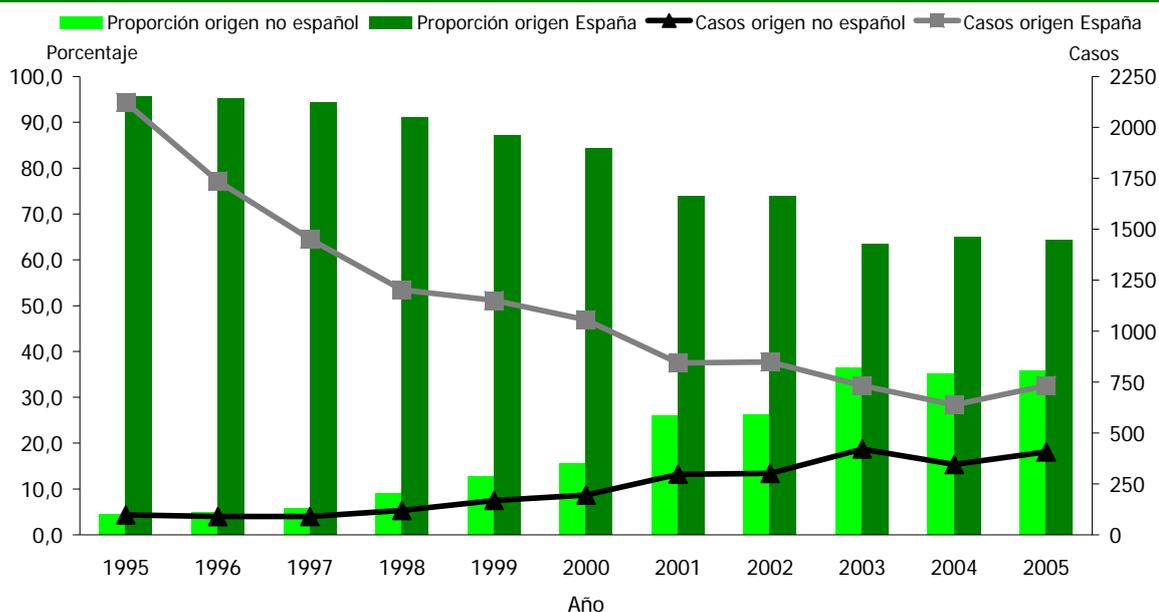
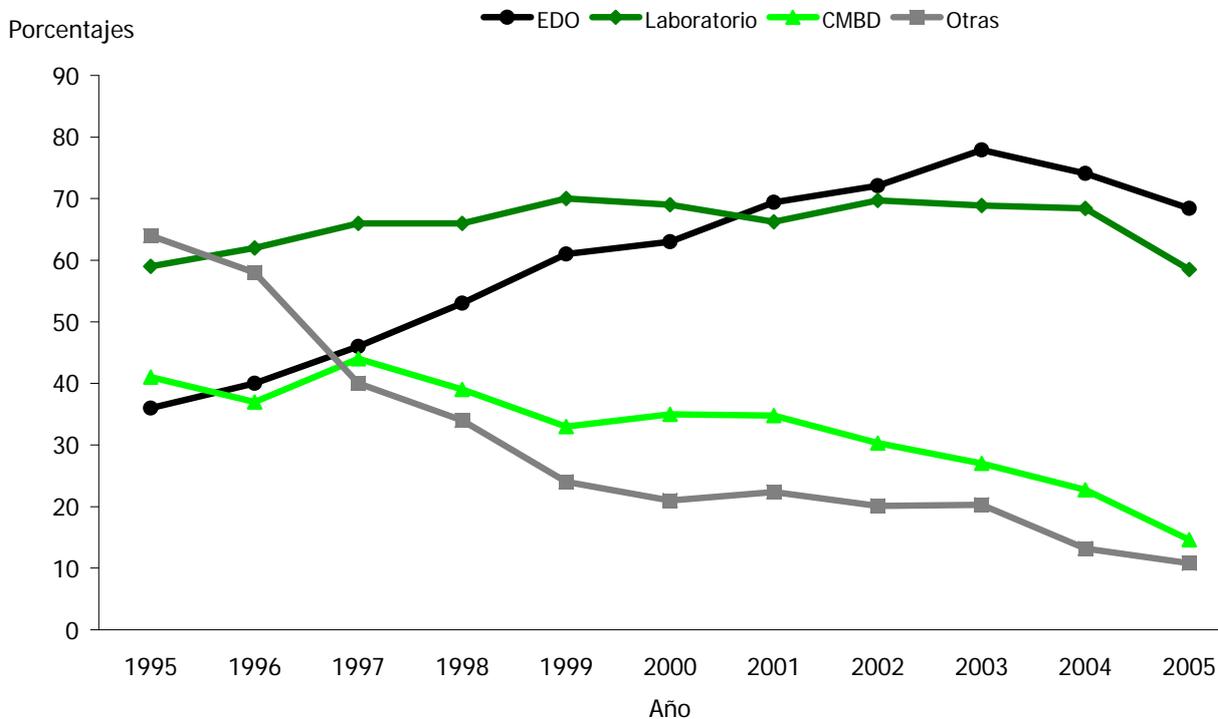


FIGURA 19

Evolución de la proporción de casos de tuberculosis según las fuentes de detección. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1995-2005.



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 vuelve a aumentar un 2% respecto a 2004 (Figura 18).

Las fuentes de información para la detección de casos han presentado un comportamiento variable desde el año 1994. A partir de 1995, el porcentaje de casos de tuberculosis detectado a través del sistema EDO ha aumentado de manera progresiva, hasta llegar a ser en el año 2001 la fuente más importante de detección, con un 69,4% de los casos, por delante de los laboratorios de microbiología, que habían constituido hasta el año 2000 la principal fuente de información (Figura 19). En el año 2005 el sistema EDO capta el 68% de los casos y el laboratorio el 59% de los casos. Juntos captan el 87% de los casos de tuberculosis declarados.

4.- DISCUSIÓN

La incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid ha aumentado en 2005 respecto a 2004 un 13%, pasando de 16,9 casos por 10^5 habitantes a 19,1 casos por 10^5 habitantes. La incidencia de tuberculosis pulmonar también ha aumentado ligeramente (12,2 casos por 10^5 habitantes en 2004 y 13,3 en 2005).

La incidencia de tuberculosis respiratoria y meningitis tuberculosa en España en 2005, detectada mediante las Enfermedades de Declaración Obligatoria ha sido respectivamente de 14,5 casos por 10^5 habitantes y 0,3 casos por 10^5 habitantes (5). Respecto a otras zonas urbanas españolas como Barcelona, la incidencia registrada en el municipio de Madrid, 20,6 casos de tuberculosis por 10^5 , es inferior a la de ésta en este mismo año, 26,0 casos por 10^5 habitantes (6).

La incidencia en la Región Europea de la OMS en 2005 ha sido de 48,4 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 210,5 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 10,7 casos por 100.000 habitantes y de ellos el de mayor incidencia fue Portugal con 33,7 casos por 10^5 habitantes y el de menor Suecia con 6,3 casos por 10^5 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 declaración y en consecuencia de la información. Fruto de esta labor continuada de los responsables del Registro en cada una de las Área Sanitarias, es el aumento progresivo de la proporción de casos notificados por los profesionales sobre el total de detectados. Las declaraciones de los médicos son la primera fuente de detección de casos para el Registro. Sin embargo todavía hay un tramo de mejora en la notificación de los casos, y en la recogida de información en algunas de las variables básicas, como son las relacionadas con el seguimiento de los casos y los resultados de los estudios de contactos, cuya 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.

Es de resaltar el papel de los laboratorios de microbiología, fuente fundamental de información y además de variables clave para la vigilancia epidemiológica; las notificaciones

a las EDO, los laboratorios y el CMBD, se constituyen en las fuentes más rentables del Registro, captando entre las 3 el 93% de los casos.

La incidencia más elevada se ha observado en el grupo de edad de 25 a 34 años, y se ha detectado una elevación de la incidencia de tuberculosis en las edades más tempranas, la tuberculosis en edad pediátrica que en 2004 tenía una incidencia 6,2 casos por 10⁵ habitantes, ha pasado a 8,8 casos por 10⁵ habitantes en 2005.

El cambio demográfico de 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, 35,7% en 2005. 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 2005 ha alcanzado el 14,7%.

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 (7). Esta situación va a producir, también en nuestro medio, modificaciones en el patrón epidemiológico de la enfermedad especialmente en el centro de las grandes ciudades (8).

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 la baja frecuencia de utilización de estas pruebas (49,3%), sobre todo en algunos grupos de riesgo donde su uso debería ser generalizado. Respecto a años anteriores el porcentaje de casos resistentes ha disminuido, a uno o más fármacos han sido resistentes el 11,2%, mientras que el porcentaje de casos multirresistentes alcanza el 1,8%.

El porcentaje de casos con información respecto a la evolución y seguimiento del tratamiento es mejorable y por tanto los datos a este respecto son difíciles de interpretar. En 2005 se ha recogido datos sobre la evolución del paciente en el 48,0% de los casos. Esta carencia hace difícil alcanzar uno de los objetivos del Registro, la estimación fiable de la prevalencia.

Respecto a la proporción de casos con información disponible de los estudios de contactos es también mejorable. El hecho de que cada vez sean más numerosos los casos entre extranjeros añade dificultades a la práctica del estudio de los contactos, y a las dificultades hay que añadir, en el caso de la tuberculosis la repercusión que sobre la transmisión de la enfermedad tiene el hacinamiento en la vivienda que es frecuente en los recién llegados.

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 2005 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 2005 ha sido de 19,1 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 35,7 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 médica 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 nº 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 nº 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 2004. <http://cne.isciii.es/ve/ve.htm>.
- 6.- Orcau A, Gómez J, López M, Oyaga N, Rodés A. Situación epidemiológica y tendencia de la endemia tuberculosa en Cataluña. Informe anual 2004. Edit. Dirección General de Salud Pública. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2005. http://www.aspb.es/quefem/docs/TBC_2005.pdf
- 7.- EuroTB. Surveillance of tuberculosis in Europa 2005: <http://www.eurotb.org/rapports/2005/>.
- 8.- Vallès X, Sánchez F, Pañella H, García de Olalla P, Jansà JM, Caylà JA. Tuberculosis importada: una enfermedad importada en países industrializados. Med Clí (Barc) 2002; 118: 376-378.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a todos los notificadores ya que sin ella 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 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 15/1999, 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 12/1995, 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.

8. ANEXO 2: PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE TB

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.

INFECCIÓN GONOCÓCICA, AÑO 2006

En la Comunidad de Madrid, la infección gonocócica es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

Los trastornos inflamatorios localizados causados por *N. gonorrhoeae*, producen diversas formas clínicas, lo que nos obliga a considerar los siguientes apartados dentro de la definición de caso:

- Uretritis: Después de 2 a 5 días (a veces, hasta 14 días) del contacto sexual, aparición de escozor uretral, disuria (sensación cortante) y eritema del meato, con exudado que, clásicamente, es espeso, purulento y de color amarillo-verdoso, pero que puede ser también escaso y claro.
- Cervicitis: Después de 2 a 10 días del contacto sexual, aparición de leucorrea, disuria, sangrado uterino intermenstrual. Puede existir exudado mucopurulento cervical, uretral, de las glándulas periuretrales o de las glándulas de Bartholino. En el 50% de las ocasiones es asintomática.
- Proctitis: Tras coito anal receptivo, aparición de prurito anal, exudado mucopurulento, sangrado rectal escaso, dolor rectal, tenesmo y estreñimiento.
- Faringitis: Tras contacto orogenital, aparición de dolor o molestias faríngeas, en ocasiones inflamación amigdalar y linfadenopatía cervical. En el 90% de las ocasiones es asintomática.
- Conjuntivitis neonatal (oftalmía neonatorum): Después de 2 a 5 días del parto, aparece de forma aguda, profuso exudado mucopurulento conjuntival, en ocasiones con edema orbital. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante el aislamiento o la detección de antígeno o de ácido nucleico de *Neisseria gonorrhoeae* en una muestra clínica, o bien mediante la demostración de diplococos intracelulares gram-negativos en exudado uretral en el varón. Se considera caso *probable/sospechoso* el que es compatible con las definiciones clínicas de caso. Se considera caso *confirmado* aquel que cumple la definición clínica de caso y está confirmado por laboratorio.

Incidencia

Durante el año 2006 se han notificado 131 casos de infección gonocócica, lo que supone una incidencia acumulada de 2,18 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, y 41 casos más que en el año anterior. El 61,1% de los casos ha sido confirmado microbiológicamente, mientras que el resto se clasificó como sospechoso/probable por sospecha clínica.

El área sanitaria con mayor incidencia ha sido el área 7, con 5,16 casos por 100.000 habitantes, seguida de la 10 y la 11 con 3,14 y 3,10 casos por 100.000 habitantes en cada una de ellas. En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. Las mayores incidencias se han observado en los distritos de Centro (área 7), Arganzuela (área 11) y Tetuán (área 5) con 13,54, 8,98 y 6,10 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Evolución temporal

La evolución temporal de los casos de infección gonocócica se muestra en los gráficos 1 y 2. En el primero se muestra la evolución de la incidencia anual desde 2001 hasta 2006, presentándose una clara tendencia ascendente. En el segundo gráfico se compara el nº de casos notificados en el 2006 con la mediana y el percentil 75 del periodo 2001-2005, observándose que se supera el percentil 75 en un gran número de semanas distribuidas a lo largo del año sin presentar un patrón temporal determinado.

Gráfico 1.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Evolución temporal de la incidencia de infección gonocócica en la Comunidad de Madrid. Período 2002-2006

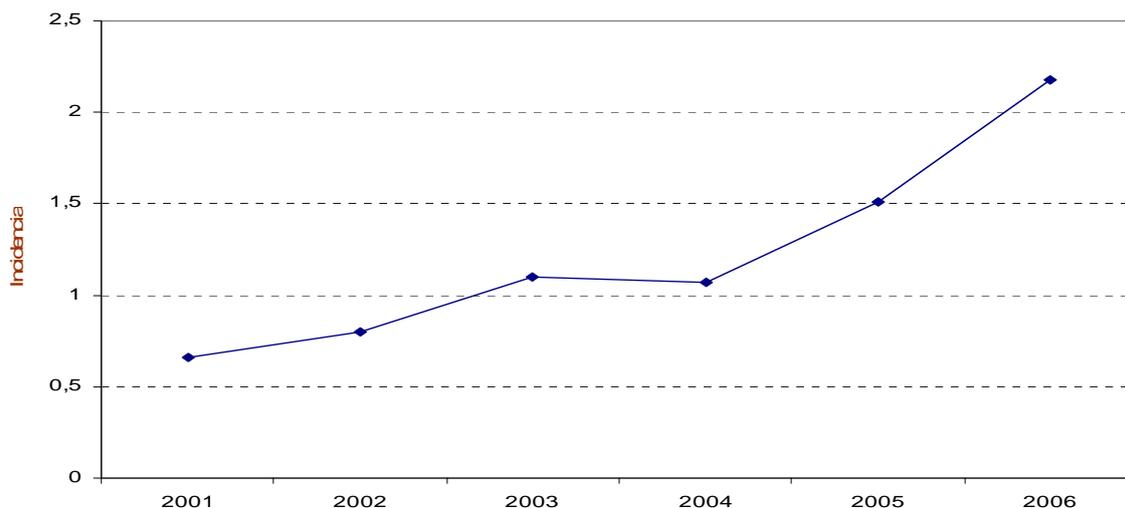
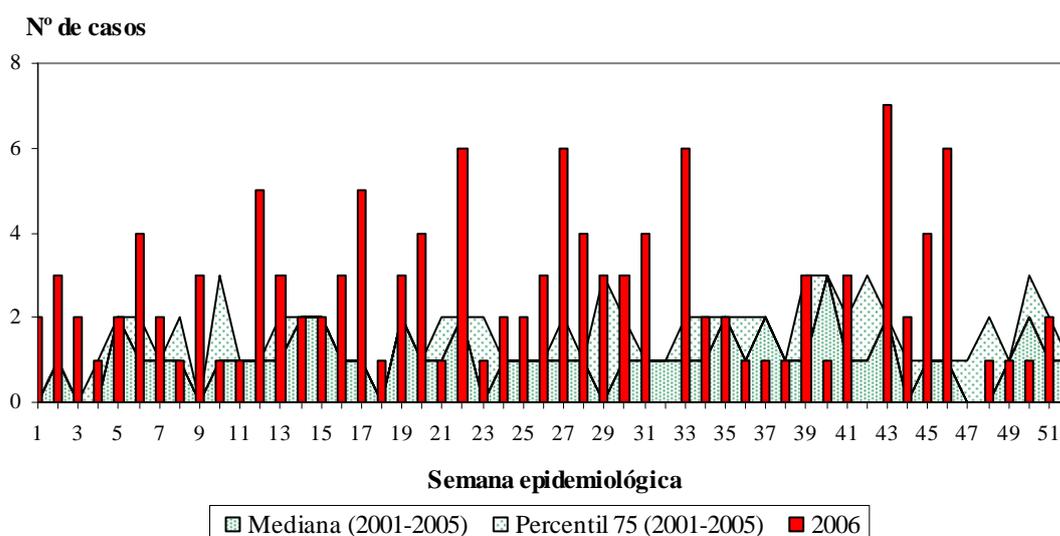


Gráfico 2.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Comparación de la incidencia de infección gonocócica en la Comunidad de Madrid. Año 2006 y período 2001-2005



Distribución por edad y sexo.

En el año 2006 el 92,47% de los casos notificados son hombres. El rango de edad de los casos está entre 15 y 61 años, siendo el 84% de los casos menores de 40 años. En el 15,3% de los casos no se conoce el país de origen y el 28,4% son extranjeros. En el gráfico nº 3 aparece la distribución por grupos de edad de los casos de infección gonocócica notificados en 2006 y en el gráfico nº 4 aparece la distribución por grupos de edad para cada uno de los años de notificación, desde 2001 a 2006.

Considerando únicamente los casos confirmados se observa una distribución similar de edad (83,8% menores de 40 años) y sexo (91,3% hombres). En cuanto al país de origen se observa un mayor porcentaje de extranjeros (38,7%).

Gráfico 3.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Distribución por grupos de edad. Año 2006. Comunidad de Madrid

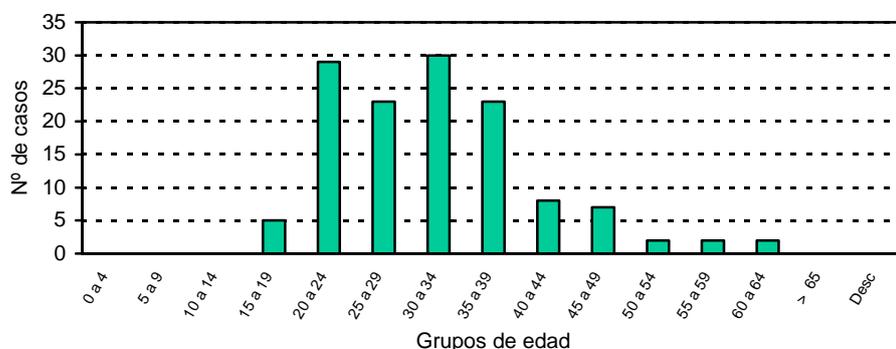
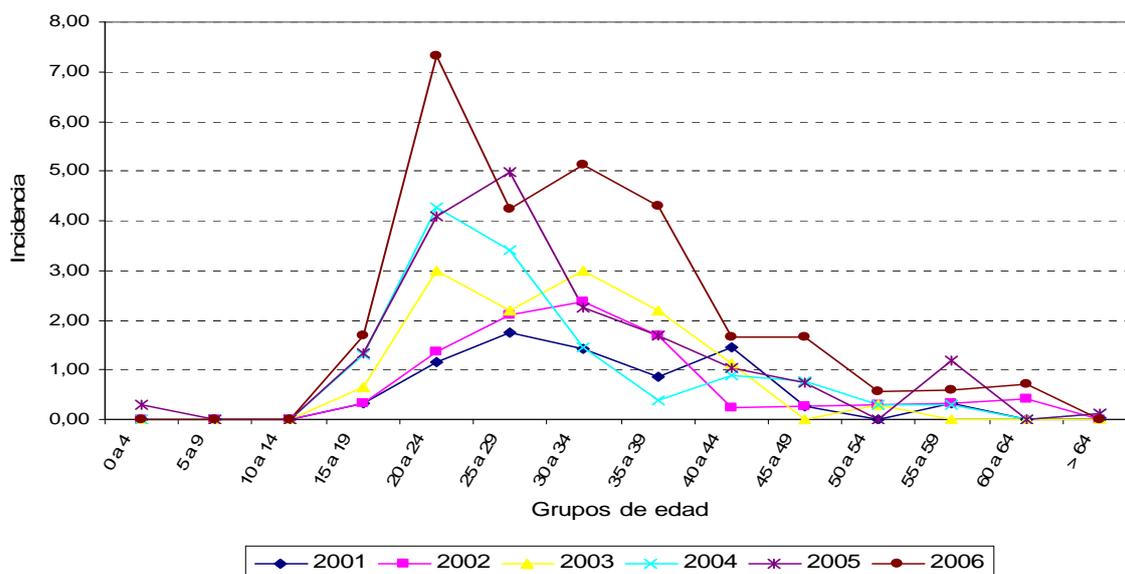


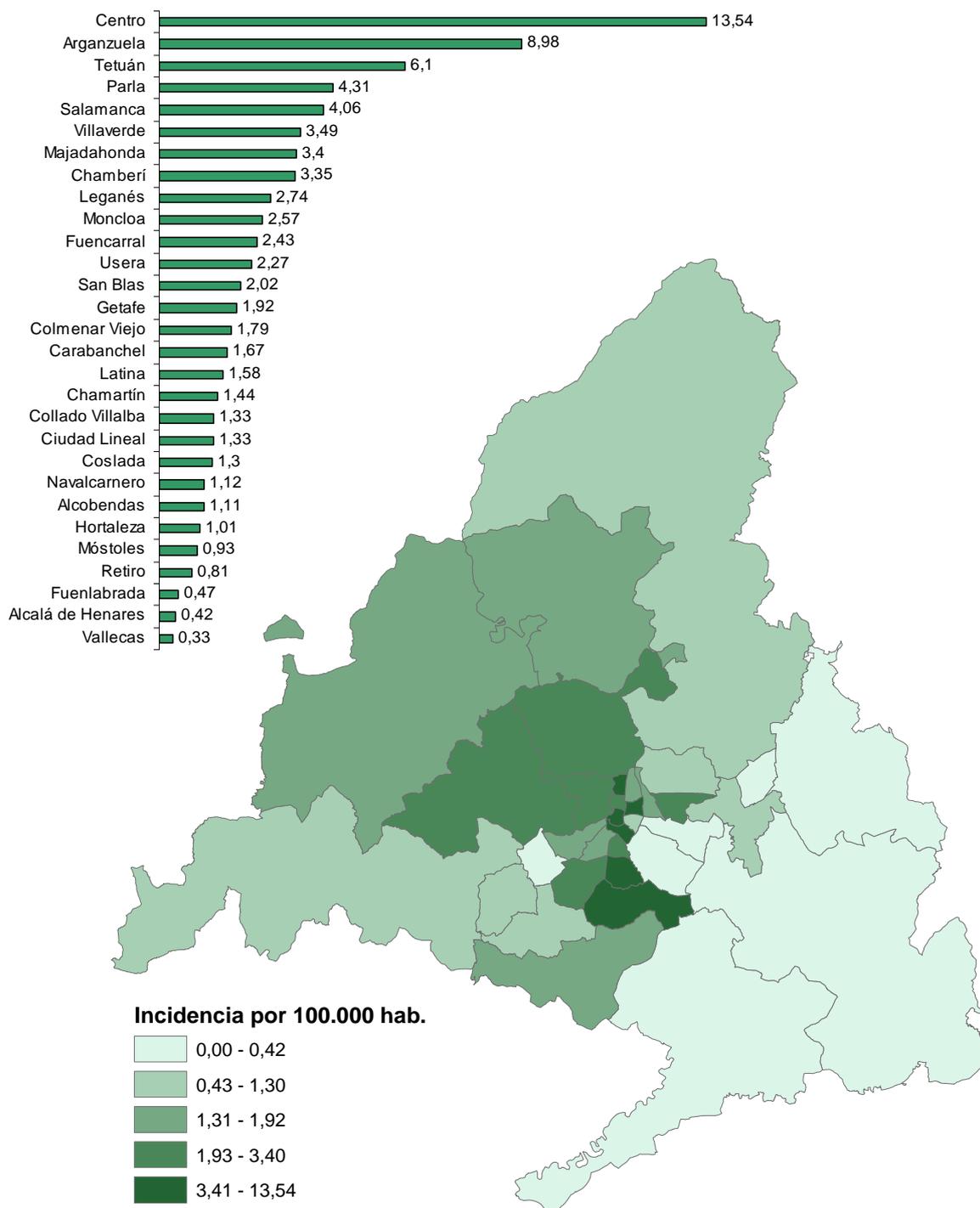
Gráfico 4.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Incidencia por grupos de edad. Años 2001 a 2006. Comunidad de Madrid



Conclusiones

Se observa un incremento de la incidencia de infección gonocócica en los últimos años, siendo relativamente constante a lo largo del año. Este aumento se produce principalmente a expensas de los adultos jóvenes y en 2006 es especialmente marcado en el grupo de 20 a 24 años. Se observa un alto porcentaje de extranjeros entre los casos, si bien la evolución de esta proporción a lo largo del tiempo es difícil de estudiar debido al bajo porcentaje de cumplimentación de la variable país de origen en años anteriores.

Mapa 1.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Incidencia de casos notificados por distritos sanitarios. Año 2006. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid Año 2007, semanas 23 a 26 (del 3 al 30 de junio de 2007)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.																					
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	2	8	1	7	0	4	1	8	0	8	1	3	0	3	0	2	2	5	0	3	1	9	8	60	
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	1	0	3	1	3	0	2	0	4	0	1	1	5	0	7	0	0	0	0	4	30	
Meningitis víricas	2	5	0	6	6	20	0	5	0	10	0	16	1	7	4	11	5	12	0	1	3	15	21	109	
Enf. neumocócica invasora	3	10	9	19	4	17	38	44	5	10	1	5	1	6	3	17	2	9	3	7	8	50	79	197	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	4	6	0	4	1	6	0	2	2	6	0	15	0	2	2	5	0	0	1	6	0	14	10	67	
Hepatitis B	1	2	2	12	0	1	2	5	3	10	0	9	1	13	1	14	0	0	1	4	4	28	15	99	
Hepatitis víricas, otras	0	3	0	1	0	0	0	0	0	8	0	4	2	9	1	8	3	13	0	2	5	17	11	66	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	1	9	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	1	1	10	
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	18	5017	7	4508	17	4000	15	4877	29	6724	22	6716	105	6938	4	4796	6	3652	12	2043	51	8217	286	57515	
Legionelosis	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	1	3	1	3	0	0	0	0	1	1	1	1	4	14	
Varicela	316	1896	204	1345	181	990	170	891	384	1758	391	2130	216	971	270	1051	281	1649	93	593	441	2165	2947	15444	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	3	1	3	1	1	1	4	4	16	4	11	7	24	0	0	0	6	1	1	3	18	22	88	
Sífilis	0	2	1	13	0	1	1	5	2	8	0	8	2	27	1	4	1	15	0	7	5	35	13	128	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	2	1	8	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	7	
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	6	41	5	168	13	65	25	156	40	184	33	275	24	124	14	67	10	83	4	30	19	107	194	1311	
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	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	7	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tos ferina	0	2	1	4	2	30	1	1	1	2	25	32	2	4	0	2	0	2	0	3	6	17	38	99	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	2	0	1	0	5	0	5	0	2	0	2	0	3	0	2	5	11	0	3	1	7	6	44	
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*	10	65	2	30	7	40	5	33	4	32	4	21	8	62	4	35	11	49	6	30	17	103	80	523	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	4	
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	
Rubéola0congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis0congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos0neonatal	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	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Poblaciones0**	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		
Cobertura0de0Médicos	72,76%		65,87%		95,16%		82,75%		98,76%		100,00%		83,57%		69,97%		52,53%		47,99%		66,73%		77,99%		

* 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 23 a 26 (del 3 al 30 de junio 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 23-26

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
4	Madrid (San Blas)	E. Infantil	100	49	Purés variados	<i>S. enteritidis</i>
8	Alcorcón	Mixto	5	5	Tarta	En investigación
11	Madrid (Villaverde)	Familiar	2	2	Mayonesa casera	<i>Salmonella</i> *

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

Brotes de origen no alimentario. Año 2007. Semanas 23-26

Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
2	Hepatitis A	Madrid (Salamanca)	E. Infantil	75	12	VHA
5	Parotiditis	Tres Cantos	Colegio	67	7	V. parotiditis
6	Escabiosis	Becerril de la Sierra	Residencia PPMM	40	13	<i>S. escabiei</i>
6	Tos ferina	Alpedrete	Colegio	25	3	<i>B. pertussis</i> *
7	GEA	Madrid (Latina)	Familiar	5	3	<i>Shigella flexneri</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio; Exp = Expuestos; Enf = Enfermos; GEA = Gastroenteritis aguda; PPMM = Personas mayores

Entre las semanas epidemiológicas 23 y 26 han ocurrido 3 **brotes de origen alimentario**, con 56 casos asociados, 107 expuestos y 3 ingresos hospitalarios. Los ingresos corresponden a un brote de salmonelosis ocurrido en una guardería. Los otros dos brotes de este periodo han afectado a grupos familiares, aunque en uno de ellos el alimento sospechoso (tarta) había sido adquirido en un establecimiento. Desde el comienzo del año 2007 se han notificado 37 brotes de origen alimentario, la mayoría en establecimientos de restauración (14 brotes, 327 casos y 1 ingreso hospitalario) y en domicilios particulares (13 brotes, 53 casos y 6 ingresos), aunque también destacan los brotes ocurridos en colegios y guarderías por el número de casos asociados (312 casos con 5 hospitalizaciones). Hasta ahora, en casi la mitad de los brotes (45,9%) se ha podido confirmar el agente causal: 11 brotes por *Salmonella*, 2 brotes por Norovirus y 1 brote por cada uno de los siguientes agentes: *C. perfringens*, *S. flexneri*, *S. aureus* y pescado con alta concentración de grasas. Los alimentos confirmados hasta ahora han sido marisco, pescado, ensalada de legumbres, arroz 3 delicias, cocido completo y aperitivos variados.

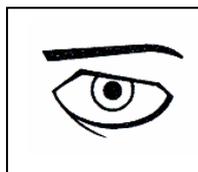
Se han detectado también 5 **brotes de origen no alimentario** en las semanas 23-26. El mayor número de casos ha ocurrido en un brote de escabiosis (10 residentes y 3 trabajadores

de una Residencia de Personas Mayores) y un brote de hepatitis A en una guardería infantil (12 casos asociados). Ninguno de estos casos requirió hospitalización. El brote de parotiditis notificado en este periodo de tiempo afectó a niños de 6-11 años, 4 de ellos con antecedentes de vacunación. En el periodo acumulado desde el comienzo de año, los brotes más frecuentes han sido de parotiditis (22 de 55 brotes no relacionados con alimentos), gastroenteritis aguda no alimentarias (13 brotes y 10 ingresos hospitalarios), tos ferina (7 brotes y 1 ingreso) y escabiosis (5 brotes). De momento, se han confirmado microbiológicamente el 61,5% de los brotes de gastroenteritis aguda, el 40,9% de los brotes de parotiditis, el 40% de los brotes de escabiosis, el 28,6% de los brotes de tos ferina y todos los brotes de hepatitis A y rubéola.

Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.

Año 2007. Semanas 23-26 y datos acumulados hasta la semana 26

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 23-26	Acum.	Sem 23-26	Acum.
Bares, restaurantes y similares	0	14	0	327
Familiar	2	13	7	53
Centros escolares y similares	1	6	49	312
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	47
Otras Residencias	0	1	0	14
Otros lugares	0	1	0	4
Total	3	37	56	757
Brotes de origen no alimentario	Sem 23-26	Acum.	Sem 23-26	Acum.
Parotiditis	1	22	7	391
Gastroenteritis aguda	1	13	3	346
Tos ferina	1	7	3	26
Dermatofitosis	0	1	0	2
Escabiosis	1	5	13	48
Hepatitis A	1	3	12	17
Neumonía	0	2	0	14
Rubéola	0	1	0	2
Conjuntivitis	0	1	0	34
Total	5	55	38	880
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	8	92	94	1637



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2007, semanas 23 a 26
(Del 3 al 30 de junio de 2007)

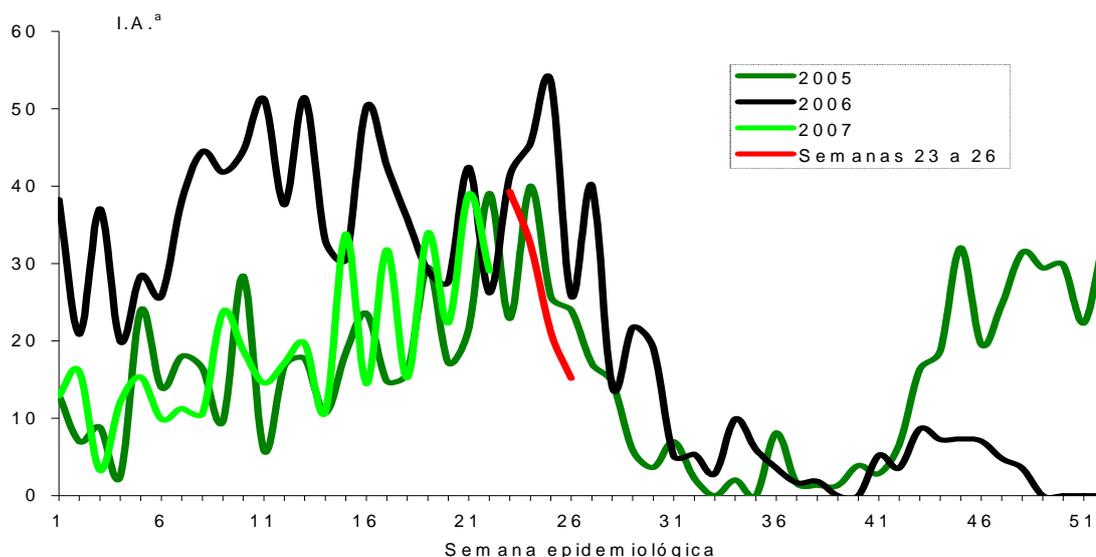
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. 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 57,2 %.

VARICELA

Durante las semanas 23 a 26 del año 2007 han sido declarados 62 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 26,1 casos por 100.000 personas (IC 95%: 12,9 – 39,3). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2005, 2006 y 2007.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005, 2006 y 2007.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, el 43,5 % se dio en hombres y el 56,5 % en mujeres. El 87 % de los casos registrados se dio en niños menores de 10 años. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

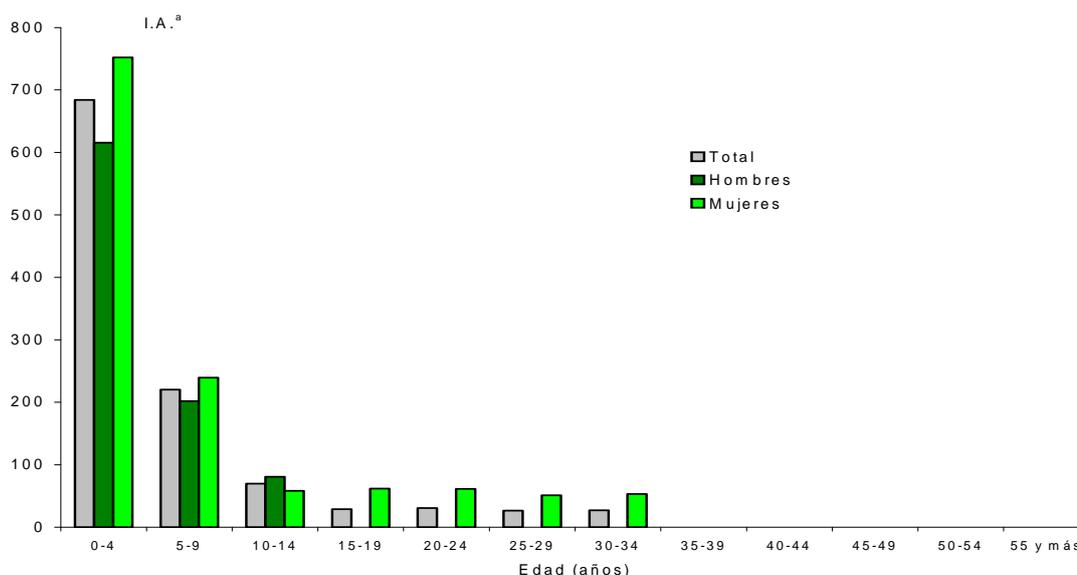
En el 45,2 % de los casos se recogió como fuente de exposición el contacto con otros casos de varicela, y en el 69,3 % de los casos el lugar de exposición notificado fue la guardería o el colegio (Tabla 1).

En el período estudiado, como complicaciones, se registraron una infección bacteriana y un caso en una mujer de 33 años, embarazada, que precisó atención especializada.

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 del año 2007.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	28	(45,2)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	21	(33,8)
Desconocido	13	(21,0)
Total	62	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	10	(16,1)
Colegio	33	(53,2)
Hogar	6	(9,7)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	13	(21,0)
Total	62	(100)

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 de 2007.

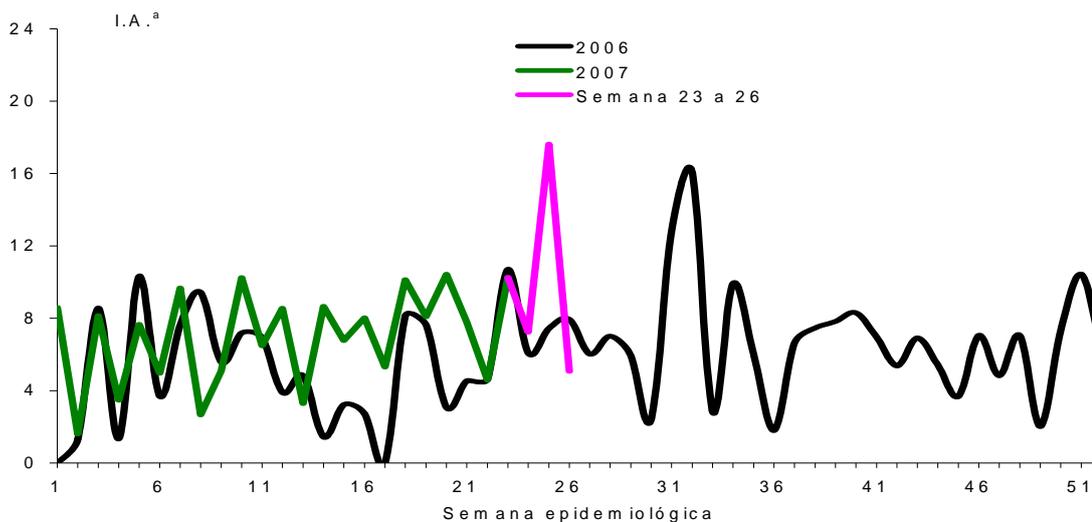


^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

HERPES ZÓSTER

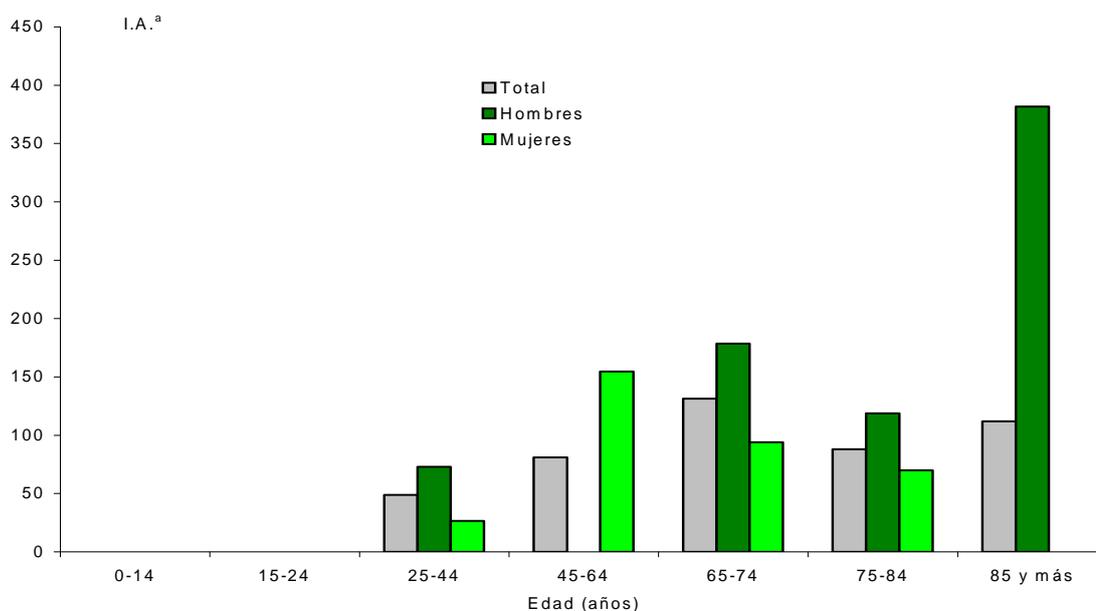
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 23 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 23 a 26, lo que representa una incidencia acumulada de 40 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 16,8 – 45,8). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2006 y 2007. El 56,5 % de los casos se dio en mujeres, y el 43,5 % en hombres. El 70 % de los casos se dio en personas mayores de 45 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 23 a 26 de 2007.



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

CRISIS ASMÁTICAS

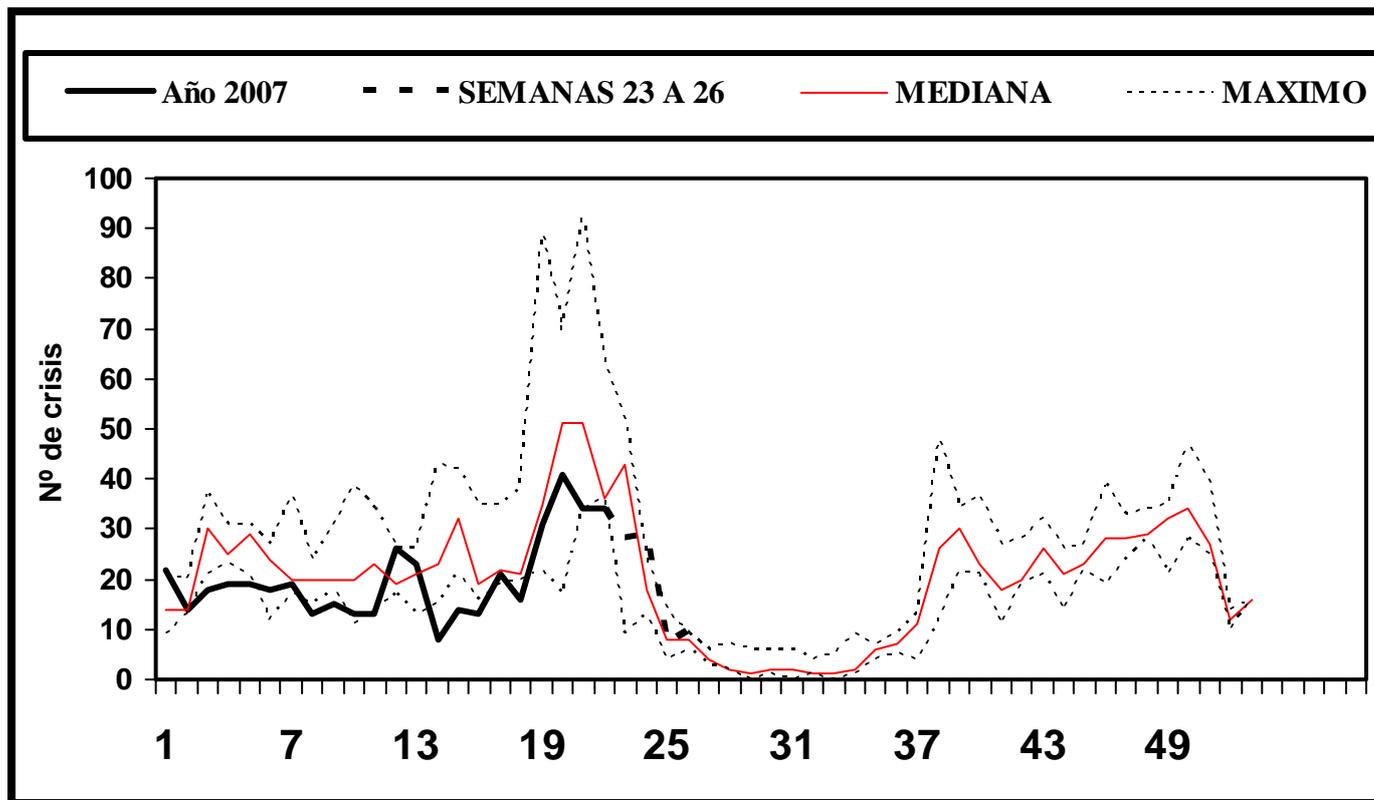


TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 de 2007.

	Semanas 23 a 26	Año 2007
Gripe ^a	--	376
Varicela	62	337
Herpes zoster	23	115
Crisis asmáticas	74	518

^a Desde la semana 40 de 2006 hasta la 20 de 2007.

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."