

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

5.

INFORMES:

**- Red de Médicos Centinela de la
Comunidad de Madrid, año 2006.**





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.






BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

5

Índice

INFORMES:

	- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, año 2006.	3
	- EDO. Semanas 18 a 22 (del 29 de abril al 2 de junio de 2007)	26
	- Brotes Epidémicos. Semanas 18 a 22, 2007.	30
	- Red de Médicos Centinela, semanas 18 a 22, 2007.	32
	- Resumen de tuberculosis, legionelosis, enfermedad meningocócica y enfermedad neumocócica invasora.	36



INFORME:

RED DE MÉDICOS CENTINELA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2006.

Informe elaborado por: Cristina García Fernández, José Luis Cantero Real, Iñaki Galán Labaca, María Ordobás Gavín y Belén Zorrilla Torras. Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

RESUMEN

Introducción: La Red de Médicos Centinela (RMC) de la Comunidad de Madrid (CM) forma parte de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, como un sistema de información cuyo objetivo principal es contribuir a la prevención y control de enfermedades mediante la notificación de los casos de las mismas.

Metodología: La Red consta de unos Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria que de forma voluntaria notifican semanalmente los casos de varicela, herpes zoster, crisis asmáticas y gripe. Con estas declaraciones se obtiene información sobre dichas enfermedades, número de casos e incidencia, características clínicas, complicaciones o demanda sanitaria.

Resultados: En el año 2006 participaron en la RMC de la CM 40 Médicos de Familia y 34 Pediatras, de los que 24 Médicos de Familia y 6 Pediatras notificaron casos de gripe. Se notificaron 747 casos de varicela, con una tasa cruda de incidencia de 1220,2 casos por 100.000 personas, superior a la registrada en 2005 (830,5 casos por 100.000). Los casos se dieron fundamentalmente en niños. Fueron declarados 192 casos de herpes zoster, (tasa de 313,6 casos por 100.000 personas) principalmente en personas de edad avanzada. Se registraron 973 crisis asmáticas. La incidencia en menores de 15 años fue de 3,3 por 100 habitantes, y del 0,5 % en mayores de 14 años. El 13,2 % de las crisis fueron repetidas. En 2006 se ha estabilizado la tendencia respecto al periodo 2000-2005. Se detectó actividad epidémica de gripe durante 6 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima de la basal, entre la 3 y 8 de 2007, correspondiendo los máximos epidémicos a la semana 6 de 2007. Se notificaron 425 casos de gripe, el 53,4 % en hombres. En 44 de ellos se recogió muestra de exudado nasofaríngeo, de las que 25 fueron positivas. Todos los aislamientos han correspondido a virus de la gripe A, en 19 se llegó a identificar subtipo siendo todos ellos AH3N2.

Conclusiones: la RMC de la CM sigue siendo una herramienta eficaz para la descripción del comportamiento de diversos procesos.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de médicos centinela forman parte de los sistemas de vigilancia epidemiológica y se basan en la participación con carácter voluntario de un grupo de médicos. Estos sistemas proporcionan información complementaria de otros sistemas de vigilancia (EDO, Información microbiológica), con datos sobre enfermedades o procesos que por sus características son considerados de especial interés para la Salud Pública.

La obtención de información a través de las redes centinela presenta varias ventajas. La primera es que los datos proceden directamente de los profesionales de Atención Primaria, que son los que mantienen el contacto más cercano con el paciente. Otro hecho muy favorable es el bajo coste de esta información en relación con otros sistemas, tales como estudios epidemiológicos *ad hoc* o encuestas, sobre todo cuando se requieren datos de forma continua; esto es debido a que la recogida de datos está integrada en el quehacer diario del profesional, sin que éste tenga que desviarse sustancialmente de sus actividades. Esta circunstancia también permite que sin tener que modificar la infraestructura, puesto que se trata del sistema de Atención Primaria, sí pueden modificarse los objetivos de la vigilancia y las enfermedades y procesos que se quieren vigilar, dotando a las redes centinela de gran flexibilidad. Además, la información obtenida es de gran calidad, por su procedencia y por el alto grado de compromiso de los notificadores.

Las redes centinela tienen una cada vez más amplia distribución en Europa, así como en otros muchos países, como Estados Unidos, Australia o Nueva Zelanda. En España existe un gran número de Comunidades Autónomas con alguna red de este tipo, que llevan a cabo sus propios proyectos, pero también, y esto es importante, abordan investigaciones conjuntas entre ellas, lo que redundará en una mayor calidad de los estudios y de la información obtenida.

La Red de Médicos Centinela (RMC) de la Comunidad de Madrid (CM) se puso en funcionamiento en 1991, y en 1996, con la creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, se introdujo en el marco normativo autonómico (Decreto 184/1996). Los médicos de la Red notifican los casos detectados de las enfermedades vigiladas y la población atendida por esta muestra de médicos es representativa de la población total de la Comunidad de Madrid según diversas variables demográficas, sociales y culturales. En el año 2006 han colaborado como notificadores 40 Médicos de Familia y 34 Pediatras de Atención Primaria (Anexo I).

Desde su puesta en marcha, han sido vigilados diferentes procesos, que han ido variando en función de las necesidades o del interés sobre los mismos. Durante el año 2006 los problemas de salud que han sido objeto de vigilancia han sido la Gripe (notificada por 30 médicos de la Red), la Varicela, el Herpes Zoster y las Crisis Asmáticas. Las definiciones de caso y los impresos de notificación se detallan en el Anexo II.

En este informe se presentan los principales resultados obtenidos a través de la notificación durante el año 2006.

FUNCIONAMIENTO DE LA RED

Cobertura:

- Porcentaje de notificación: porcentaje de notificaciones recibidas del total de notificaciones que se deberían haber recibido en todo el año. Hay que tener en cuenta que las notificaciones deben realizarse semanalmente aunque no haya ningún caso. El porcentaje de notificación en el año 2006 ha sido del 57,4%.
- Cobertura de población: población vigilada realmente del total de la población atendida por los médicos de la Red, teniendo en cuenta las semanas que cada médico ha notificado. La cobertura en el año 2006 fue del 60,6%.
- Continuidad en la notificación: en el año 2006 el 49,3% de los médicos notificadores de la Red dejó de notificar más de 3 semanas seguidas. Asimismo, dejaron de notificar entre 0 y 4 semanas (no seguidas) el 16,9%, entre 5 y 12 semanas el 35,2%, y más de 12 semanas el 47,9%.

Cumplimentación de las variables: para la varicela, el sexo, el tipo y el lugar de exposición se recogieron en todos los casos, la fecha de nacimiento, en un 98,1%, la necesidad de atención especializada, las variables que recogen las complicaciones y la situación de inmunocompromiso se recogió en más del 90%. En el herpes zoster todas las variables fueron recogidas en la totalidad de los casos, salvo el sexo, que se recogió en el 99,5% de ellos y la edad en el 96,4%. En la gripe, la cumplimentación alcanzó el 100%. En las crisis asmáticas, de los 973 episodios faltaba la fecha de inicio en el 1,3%; de los que demandaron atención urgente se desconoce el lugar a donde acudieron en un 6,6%. Respecto a los que han tenido alguna crisis previa faltaba el número de crisis en el último año en el 7,8%, y en el 14% no se cumplimentó si se había producido hospitalización.

RESULTADOS

VARICELA

Durante el año 2006 fueron notificados a la RMC de la CM 747 casos de varicela (Tabla 1), lo que supone una tasa cruda de incidencia de 1220,2 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95%: 1133,3 – 1307,2), y una tasa estandarizada por la población estándar europea de 950,7 casos por 100.000 (IC 95%: 873,5 – 1028,0) (Tabla 2). La incidencia ha sufrido un incremento con respecto al año anterior, sin alcanzar los niveles del periodo 2002-2004 (Gráfico 1).

TABLA 1. Número de casos de varicela notificados por la RMC de la CM. Años 2003 a 2006.

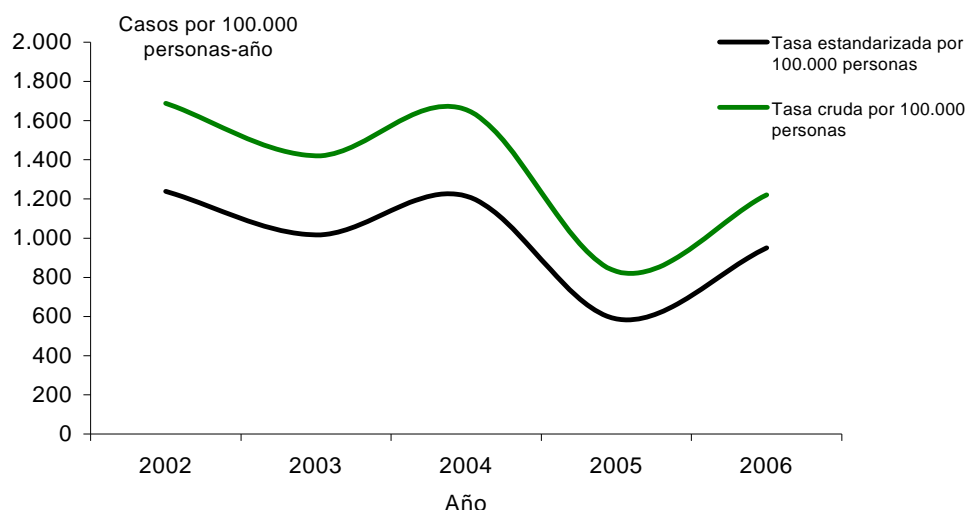
	Casos		
	Total	Hombres	Mujeres
2003	1.059	548	511
2004	1.168	590	578
2005	607	339	268
2006	747	384	363

TABLA 2. Incidencia de varicela notificada por la RMC de la CM. Año 2006.

	Tasa cruda de incidencia (IC 95 %) ^a	
Total	1220,2	(1133,3 - 1307,2)
Hombres	1288,9	(1160,8 - 1417,0)
Mujeres	1134,6	(1018,5 - 1250,6)
	Tasa de incidencia estandarizada (IC 95 %) ^b	
Total	950,7	(873,5 - 1028,0)
Hombres	984,1	(871,5 - 1096,8)
Mujeres	946,2	(839,6 - 1052,8)

^a Tasa cruda de incidencia por 100.000 personas

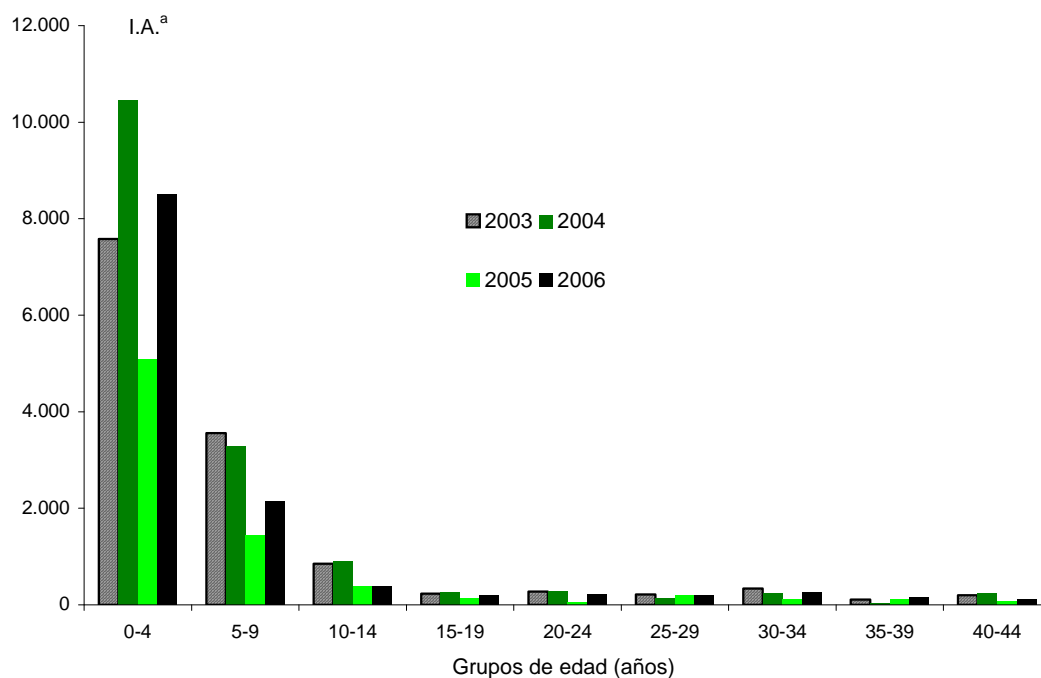
^b Tasa de incidencia estandarizada por la población estándar europea por 100.000 personas

Gráfico 1. Incidencia de varicela notificada por la RMC de la CM. Tasas cruda y estandarizada. Años 2002 a 2006.

Entre los hombres se produjeron 384 casos (51,4%), con una tasa cruda de 1288,9 casos por 100.000 (IC 95%: 1160,8 – 1.417,0) y una tasa estandarizada de 984,1 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 871,5 – 1096,8). En las mujeres se dieron 363 casos (48,6%), lo que equivale a una tasa cruda de 1134,6 casos por 100.000 (IC 95 %: 1018,5 – 1250,6) y a una tasa estandarizada de 946,2 casos por 100.000 personas (IC 95%: 839,6 – 1052,8) (Tabla 2).

Las incidencias específicas por grupos de edad más elevadas se observan en los grupos de menor edad, y van decreciendo al aumentar ésta (Gráfico 2). Sólo se notificó un caso en personas mayores de 65 años, concretamente en un hombre de 84. La tasa cruda de incidencia en menores de 15 años fue de 3.297,4 casos por 100.000 (IC 95%: 3.050,3 – 3.544,5), y la tasa estandarizada fue de 3.893,1 casos por 100.000 personas (IC 95%: 3.623,3 – 4.153,8). En los mayores de 14 años las tasas cruda y estandarizada fueron de 121,1 (IC 95%: 87,2 – 155,0) y 120,8 casos por 100.000 personas (IC 95%: 96,4 – 145,2), respectivamente.

GRÁFICO 2. Incidencia anual de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2003 a 2006.

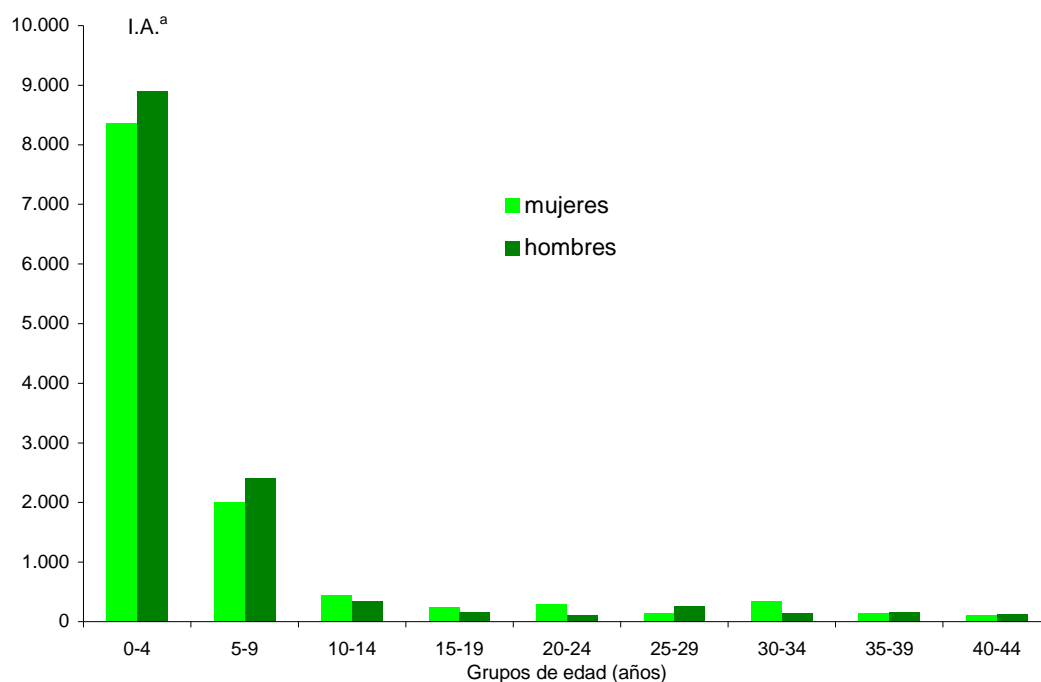


^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

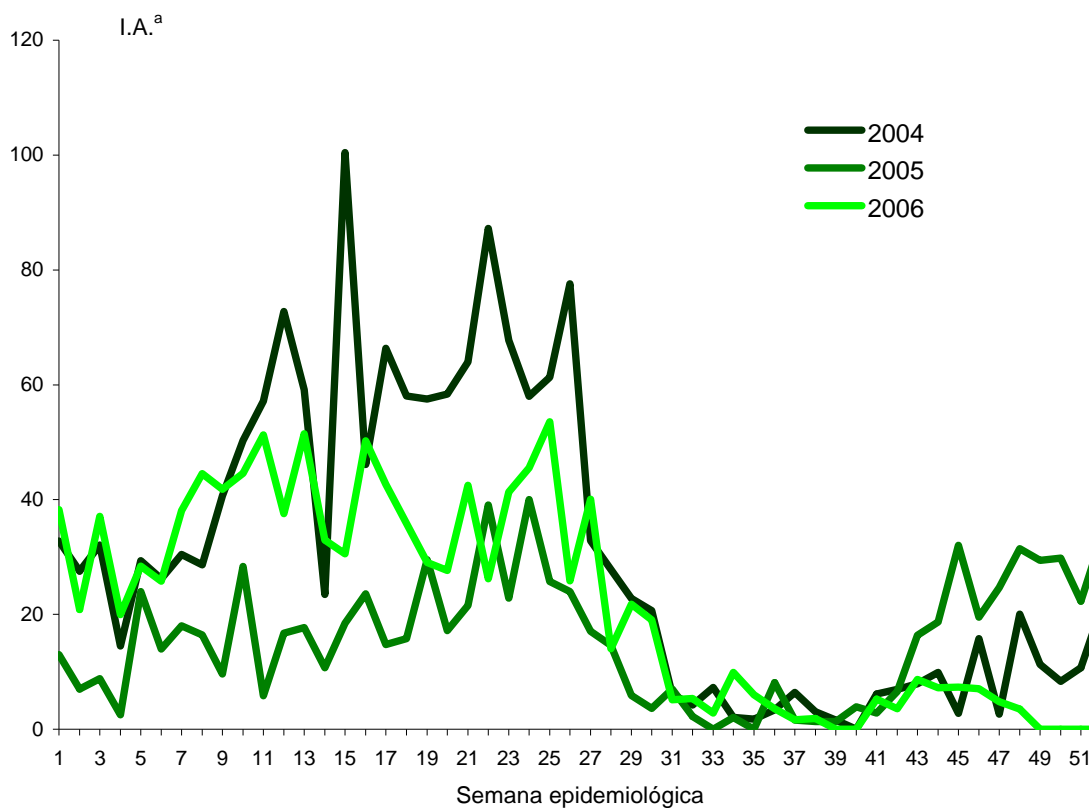
La incidencia en los grupos de menor edad es parecida, aunque superior en los hombres, pero esta diferencia va desapareciendo en los grupos de mayor edad (Gráfico 3).

En el Gráfico 4 puede observarse la distribución semanal de la incidencia de varicela en el año 2006. Se mantiene el patrón estacional de los años anteriores, a pesar del ligero aumento de la incidencia.

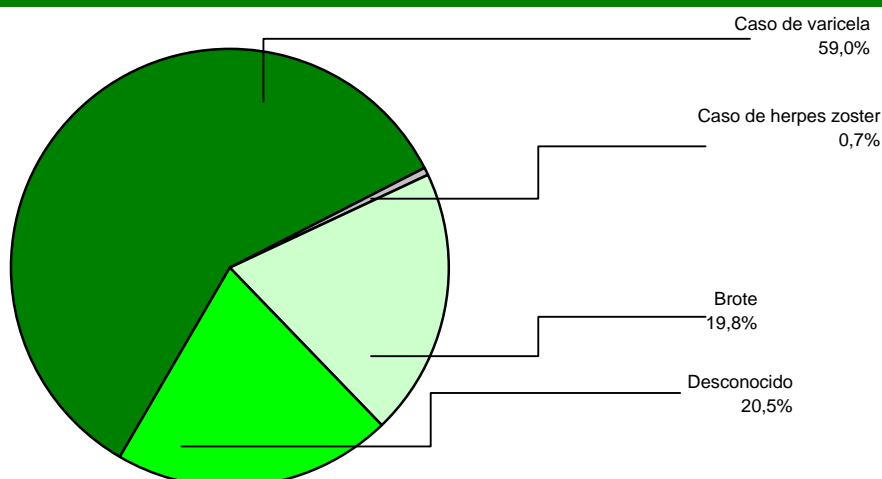
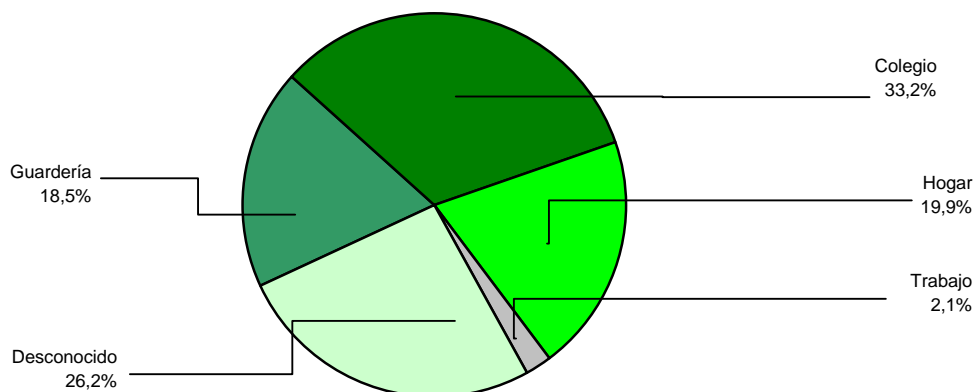
La principal fuente de infección fue la exposición a otro caso de varicela (59,0%). El 19,8 % de los casos notificados aparecieron en el transcurso de un brote y el 0,7 % tuvieron relación con la exposición a un caso de herpes zoster. En el 20,5% de los casos se desconocía la fuente de infección (Gráfico 5).

GRÁFICO 3. Incidencia anual de varicela por género y grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2006.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2004 a 2006.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 5. Tipo de exposición de los casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2006.**GRÁFICO 6. Lugar de exposición de los casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2006.**

El 51,7% de los casos notificados tuvieron como lugar de exposición el colegio (33,2%) o la guardería (18,5%). Un 19,9 % se contagió en el hogar, y el 2,1%, en ambiente laboral. Se desconocía el lugar de infección en el 26,2% (Gráfico 6). Estos resultados no difieren sustancialmente de los de 2005.

En 28 de los casos de varicela notificados (3,7%) se registró algún tipo de complicación. De ellas, la más frecuente fue la infección bacteriana cutánea, que se produjo en 26 pacientes. También se registraron un caso con conjuntivitis, y un caso con varicela intensísima, además un caso se produjo en una mujer embarazada. 4 personas precisaron de asistencia especializada y no se registró ningún caso de pacientes con inmunodepresión.

HERPES ZOSTER

En el año 2006 fueron notificados 192 casos de herpes zoster por la Red de Médicos Centinela (Tabla 3). Esto se corresponde con una tasa de incidencia cruda de 313,6 (IC 95%: 269,3 – 357,9) y una tasa estandarizada por la población estándar europea de 325,0 (IC 95%: 279,8 – 370,2) casos por 100.000 personas (Tabla 4). La incidencia registró una estabilización con respecto a los años anteriores (Gráfico 7).

TABLA 3. Número de casos de herpes zoster notificados por la RMC de la CM. Años 2003 a 2006.

	Casos		
	Total	Hombres	Mujeres
2003	230	91	139
2004	237	95	142
2005	241	105	136
2006	192*	106	85

*En un caso se desconoce el sexo.

TABLA 4. Incidencia de herpes zoster notificada por la RMC de la CM. Año 2006.

	Tasa cruda de incidencia (IC 95 %) ^a	
Total	313,6	(269,3 - 357,9)
Hombres	287,5	(226,5 - 341,1)
Mujeres	334,8	(271,2 - 384,6)
	Tasa de incidencia estandarizada (IC 95 %) ^b	
Total	325,0	(279,9 - 370,2)
Hombres	326,7	(261,5 - 391,8)
Mujeres	318,9	(256,7 - 381,1)

^a Tasa cruda de incidencia por 100.000 personas

^b Tasa de incidencia estandarizada por la población estándar europea por 100.000 personas

Gráfico 7. Incidencia de herpes zoster notificada por la RMC de la CM. Tasas cruda y estandarizada. Años 2002 a 2006.

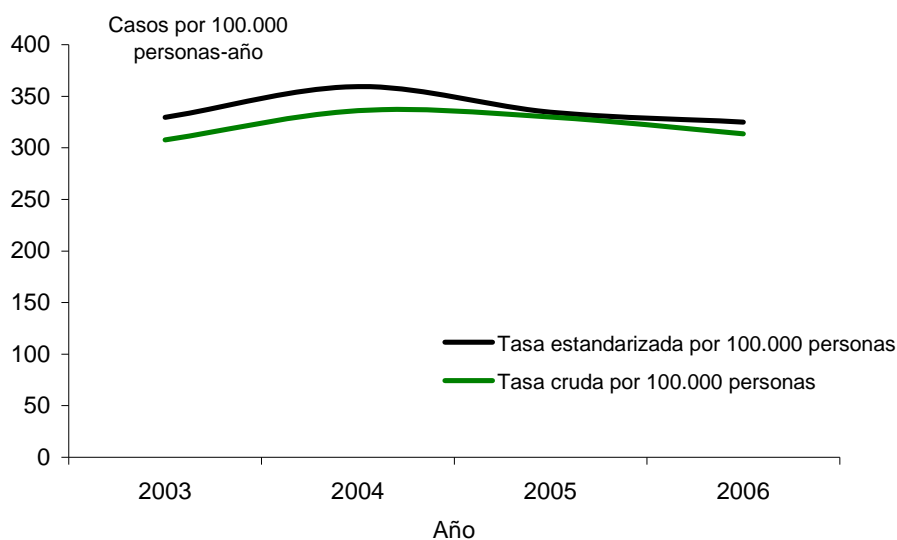
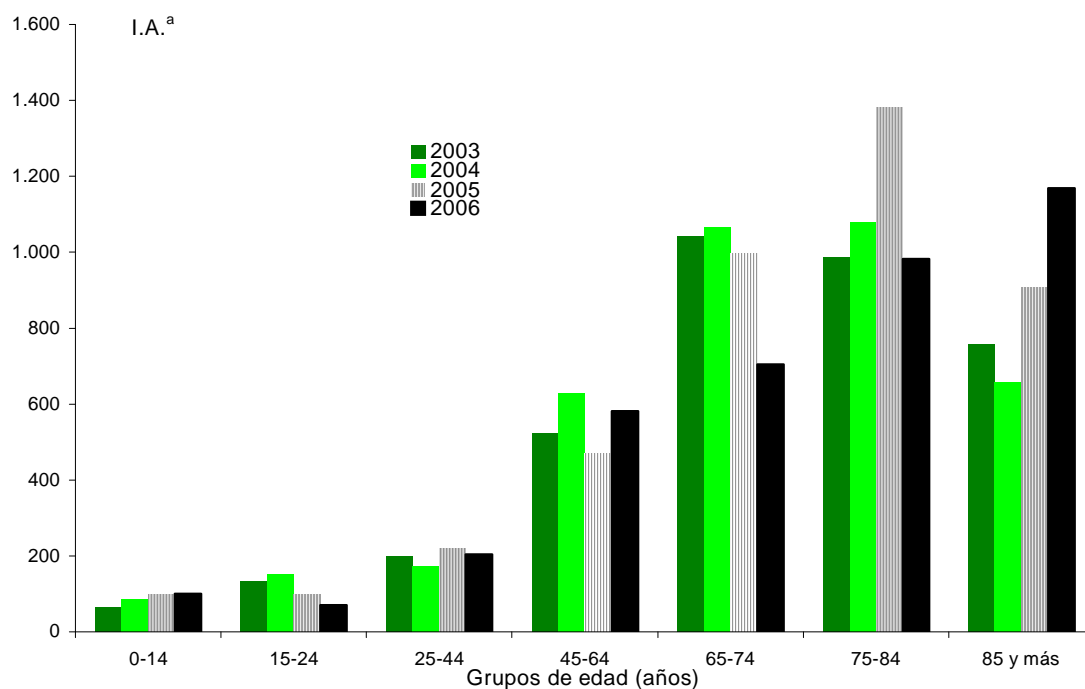
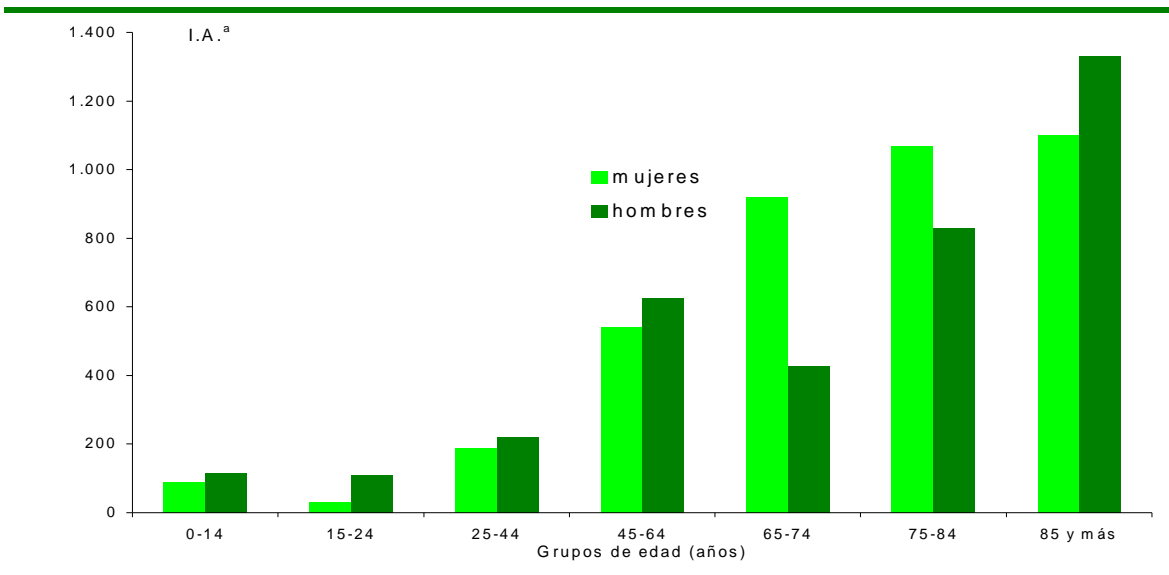


GRÁFICO 8. Incidencia anual de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2003 a 2006.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

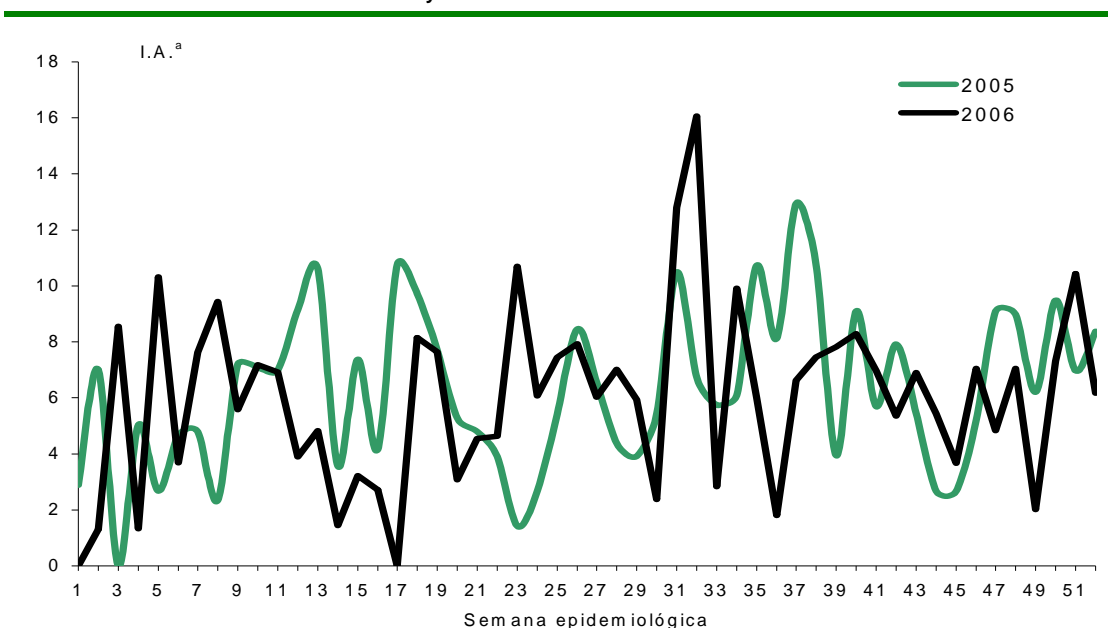
De estos casos, 85 (44,3%) se dieron en hombres, con unas tasas de incidencia cruda y estandarizada de 287,5 (IC 95%: 226,5 – 341,1) y 326,7 (IC 95%: 261,5 – 391,8) casos por 100.000 personas, respectivamente. 106 casos fueron en mujeres (55,2%), con una tasa de incidencia cruda de 334,8 (IC 95%: 271,2 – 384,6) y una tasa estandarizada de 318,9 (IC 95%: 256,7 – 381,1) casos por 100.000 habitantes, en un caso se desconoce el sexo (Tabla 4).

GRÁFICO 9. Incidencia anual de herpes zoster por género y grupos de edad . Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2006.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

Como en años anteriores, la incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad (Gráfico 8). En los hombres se hallaron incidencias más elevadas que en las mujeres en los grupos de edad de 45 a 64 y de 85 y más años (Gráfico 9).

En el Gráfico 10 se representa la incidencia acumulada semanal de casos de herpes zoster en los años 2004 y 2005, con un patrón oscilante entre 0 y 16 casos por 100.000 habitantes en ambos años.

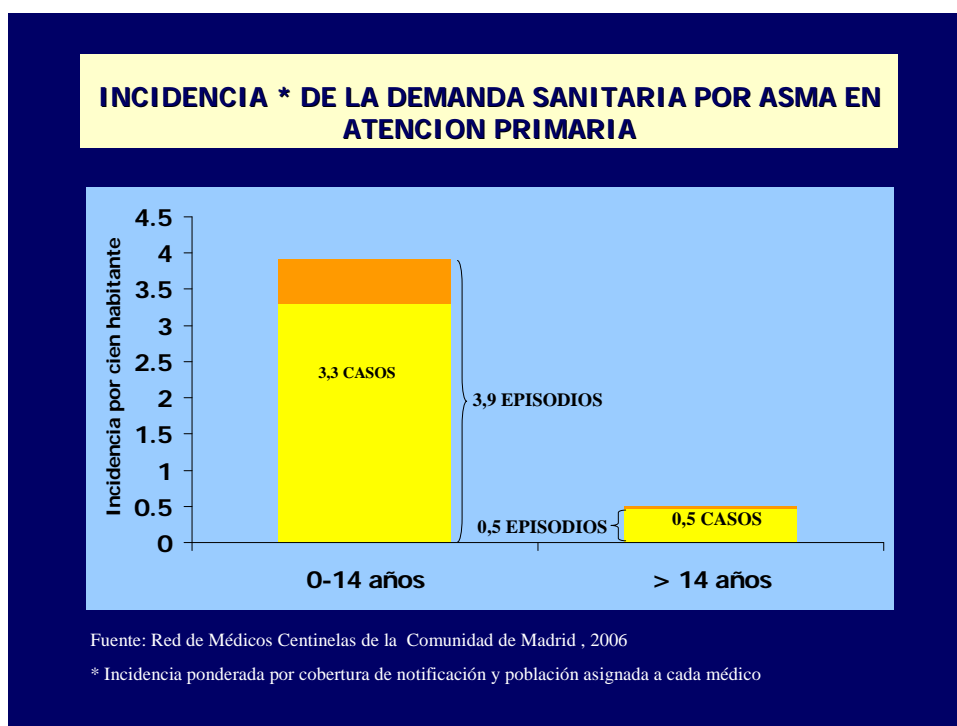
GRÁFICO 10. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Durante el año 2006 se registraron un total de 973 crisis de asma. La tasa de incidencia de episodios o crisis de asma, ponderada por cobertura de notificación y población asignada a cada médico, fue de 3,9 por cada 100 habitantes en los menores de 15 años, y de 0,5% en los mayores de 14 años (gráfico 11). La tasa de incidencia de casos o personas con alguna crisis de asma (una o más), fue del 3,3% en menores de 15 años y del 0,5% en población adulta. Del total de crisis, un 86,8% fueron el único episodio ocurrido, mientras que el 13,2% fueron crisis repetidas.

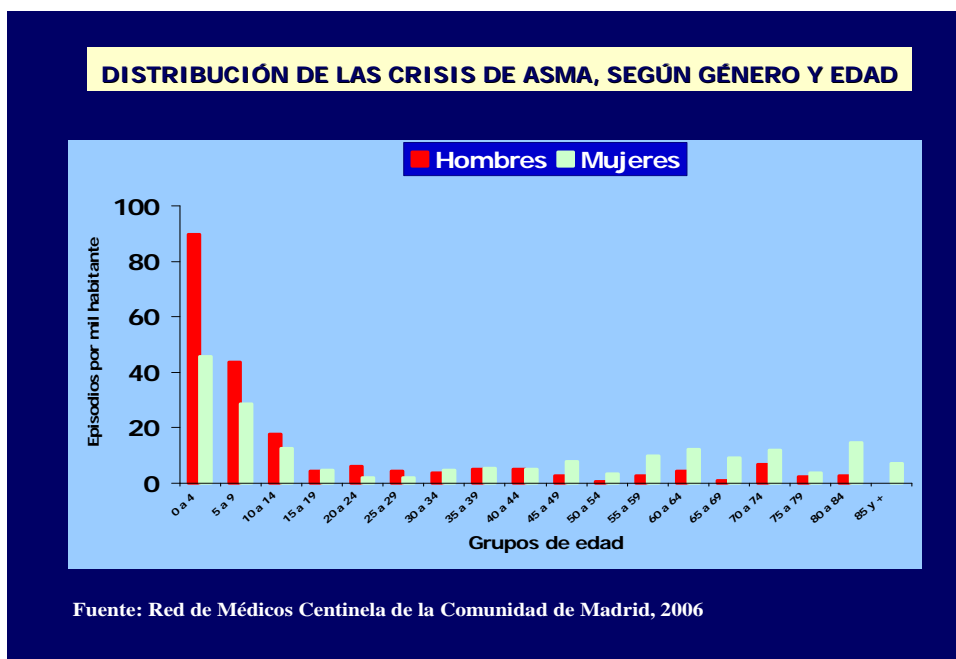
Gráfico 11



DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO Y EDAD

En el gráfico 12 podemos observar la distribución según género y edad. La mayor frecuencia se concentra en hombres y mujeres en la edad infantil, especialmente en los menores de 5 años. En la infancia y primera etapa de la adolescencia la incidencia es más frecuente en los chicos que en las chicas, mientras que en las edades medias de la vida esta relación se invierte a favor de las mujeres.

Gráfico 12



TENDENCIA

El análisis del patrón temporal de la incidencia de episodios por médico declarante en estos 14 años de estudio, describe un cambio de tendencia que marca dos fases claramente diferenciadas (gráfico 13 y 14). En una primera fase se aprecia un incremento gradual desde 1993 hasta el año 2000, a partir del cual comienza un descenso también gradual que se ha estabilizado en este último año.

Gráfico 13

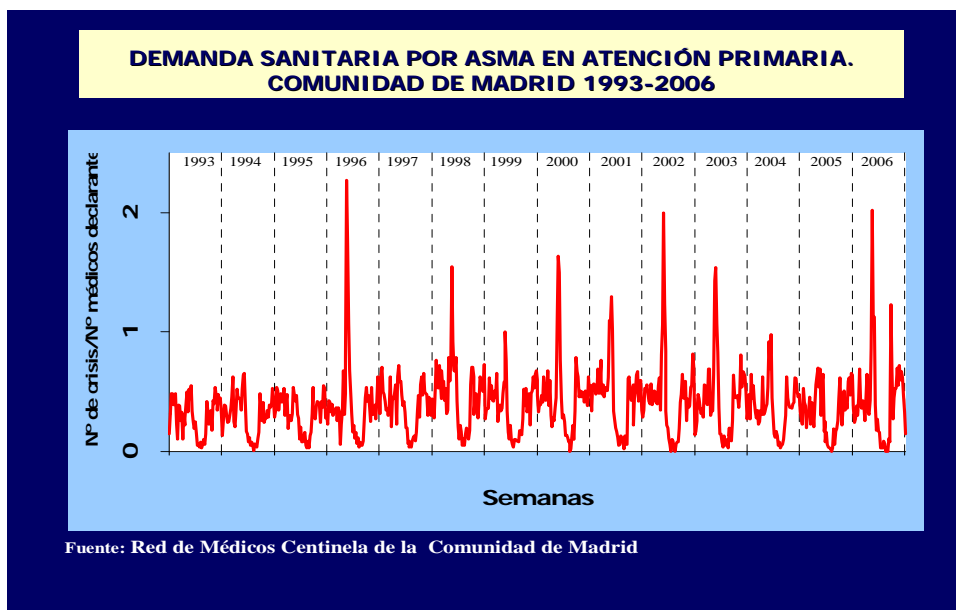
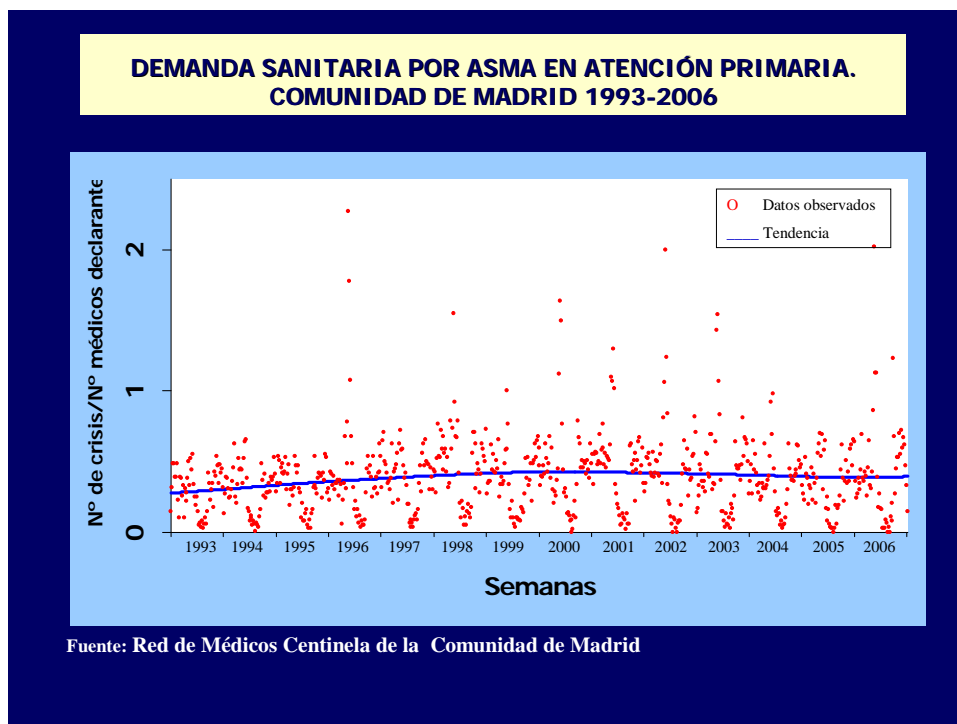


Gráfico 14



ESTACIONALIDAD

En el gráfico 15, con la descripción de casos por semana epidemiológica, se muestra la distribución estacional. Nuevamente, destaca el pico de gran magnitud durante el mes de mayo, dado que, como apreciamos en el gráfico 16, la concentración ambiental de polen de gramíneas durante el 2006 fue muy elevada, alcanzando valores semanales medios durante el periodo de máxima eclosión, de 140 granos/m³ de aire, muy próximo a los valores máximos de la serie. Durante los meses de verano el número de casos disminuyó drásticamente para incrementarse abruptamente en septiembre, y, posteriormente aunque de forma más regular, en los meses de invierno. Durante este segundo periodo, el aumento de crisis se relaciona en gran parte al aumento de infecciones respiratorias, que actúan como desencadenantes en los individuos susceptibles.

Gráfico 15

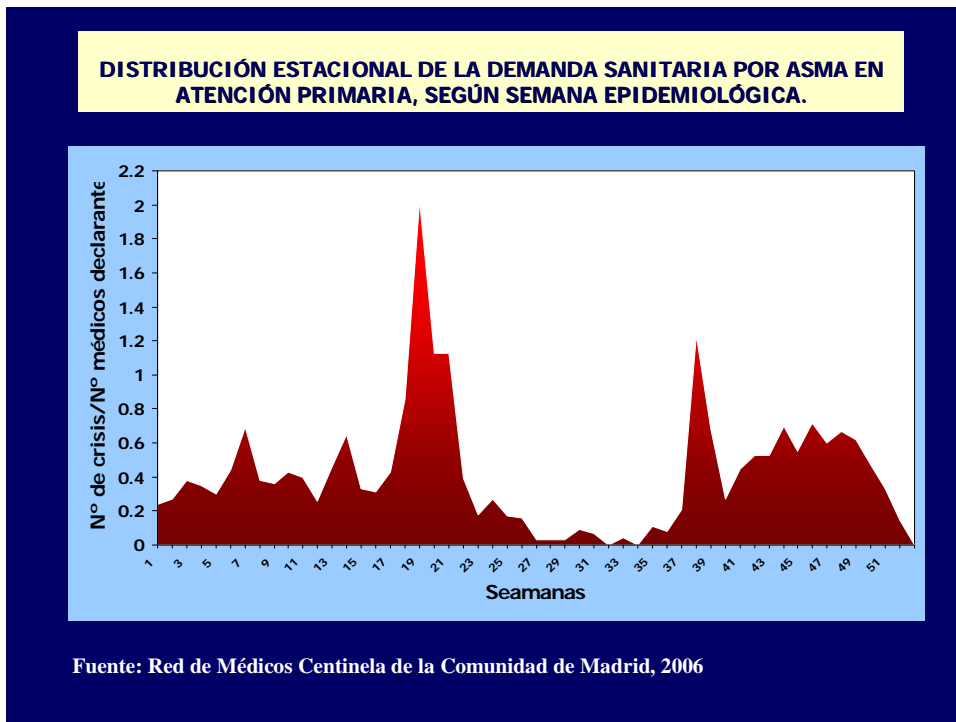
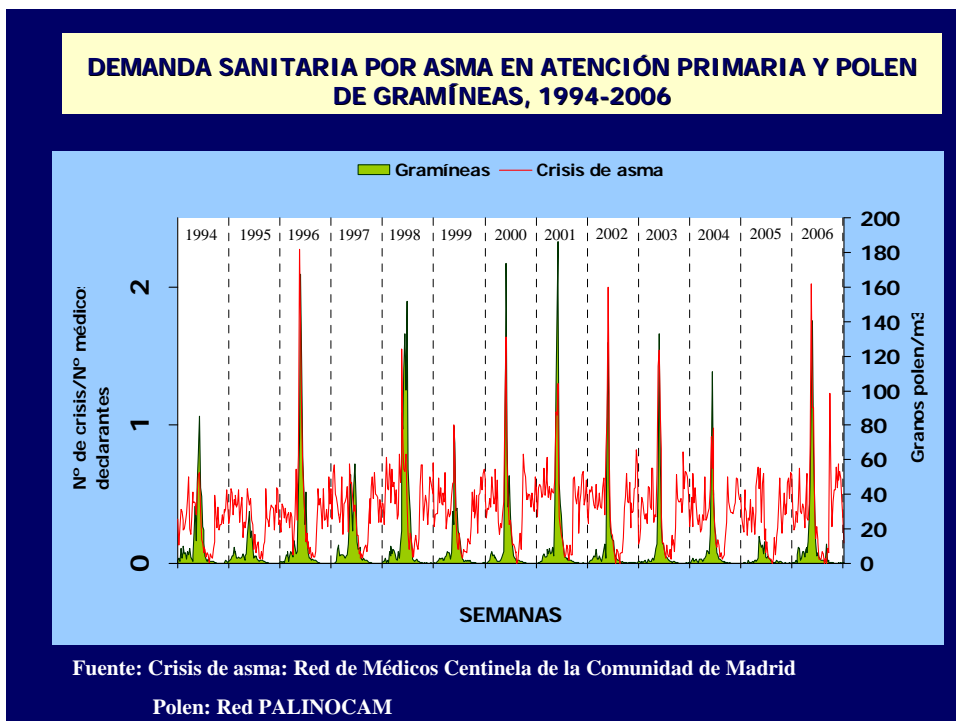


Gráfico 16



SOLICITUD DE DEMANDA URGENTE

Globalmente, en el 37,9% de las crisis de asma se solicitó algún tipo de demanda de atención urgente, y en un 16,0% de los episodios se acudió a urgencias hospitalarias.

HISTORIA ANTERIOR DE ASMA

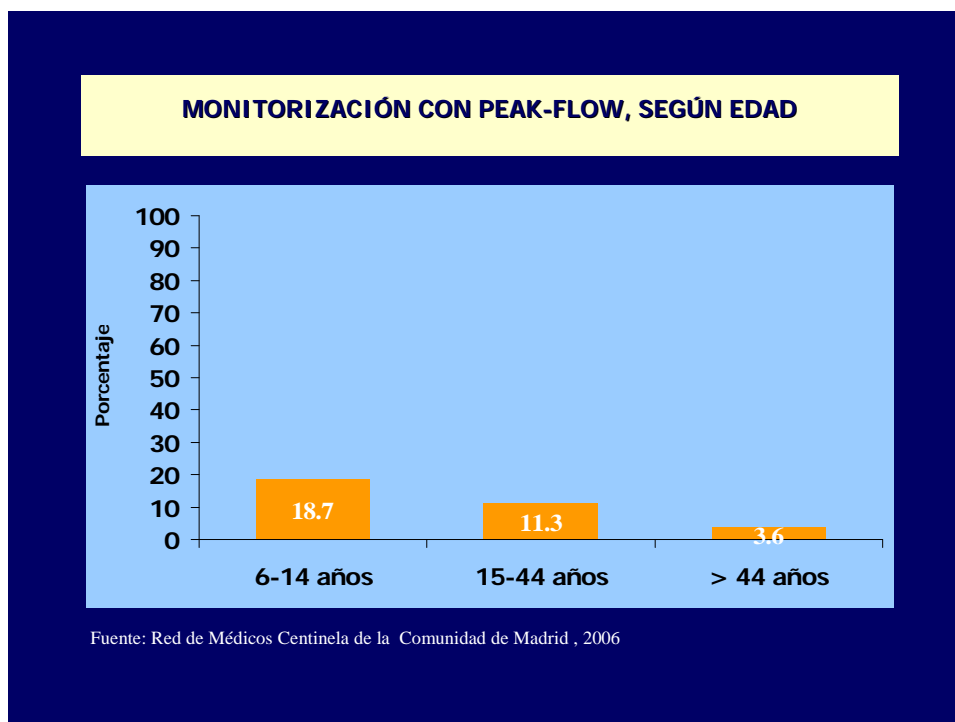
En el 75,8% y 79,3% de los casos en los menores de 15 años y en los mayores de 14 años, existía historia previa de asma. En el resto, era la primera crisis.

La mediana del número de crisis asmáticas ocurridas durante el último año fue de 2. Un 13,8% no tuvieron ninguna crisis, y un 23,5% desarrolló una, mientras que el 5,6% tuvieron 5 o más crisis a lo largo del año. El 13,7% de los individuos con historia anterior de asma fueron hospitalizados durante el último año.

MONITORIZACIÓN CON PEAK-FLOW

El 18,7% de los niños de 6 a 14 años con patología previa de asma estaban monitorizados con peak-flow. Este porcentaje fue del 11,3% en el grupo de 15 a 44 años y del 3,6% en los mayores de 44 (gráfico 17).

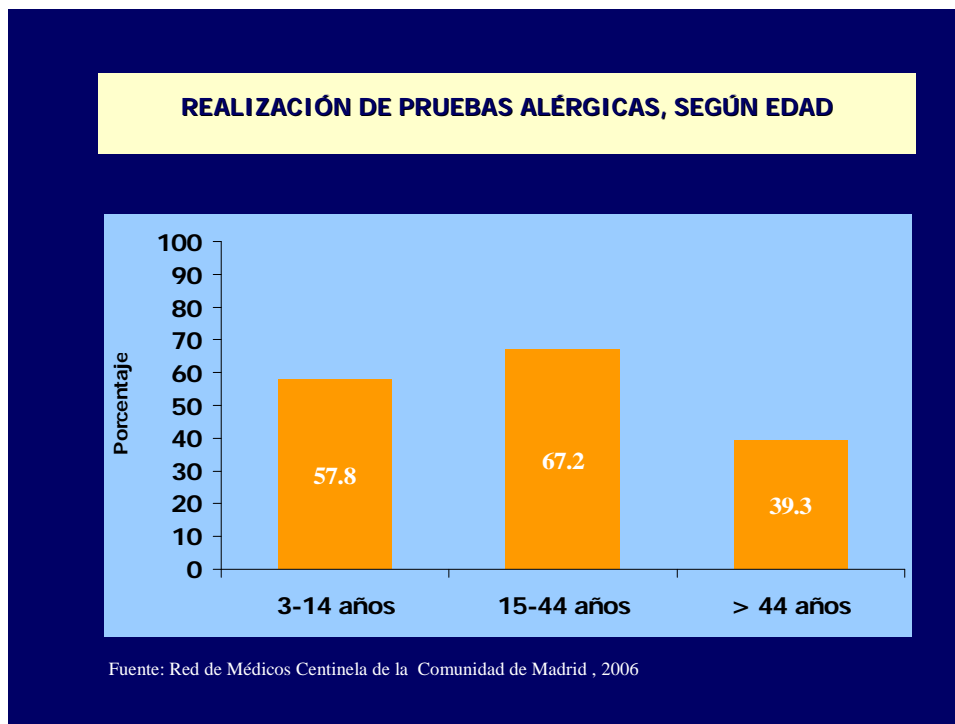
Gráfico 17



REALIZACIÓN DE PRUEBAS ALÉRGICAS

Por último, al 55,8% del total de personas mayores de 2 años con historia previa de asma, se le había realizado pruebas de alergia, principalmente a las personas entre 15 y 44 años (gráfico 18).

Gráfico 18



TEMPORADA DE GRIPE 2006/2007

La RMC de la Comunidad de Madrid vigila de gripe desde 1991, año en que se puso en marcha el sistema. Del conjunto de médicos de Atención Primaria que forman la Red, 30 participan en la Vigilancia Epidemiológica de la Gripe, 24 de medicina general y 6 pediatras. En total prestan atención a 40.879 personas y se distribuyen territorialmente por toda la Comunidad de Madrid.

La vigilancia de la gripe a través de la RMC pretende alcanzar cada temporada los siguientes objetivos:

- Estimar la incidencia semanal de gripe, detectar precozmente la epidemia y describir las características de los casos: edad, sexo, estado vacunal y otras variables de interés.

- Caracterizar los virus circulantes. El laboratorio de virología responsable de los aislamientos es el del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III.
- Participar en el intercambio de esta información a nivel nacional y europeo. Los datos se remiten semanalmente al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y junto con los procedentes del resto de redes centinela del Estado se integran en el Grupo Europeo de Vigilancia de la Gripe (EISS).

Para lograr estos objetivos la participación de los médicos se concreta en la comunicación semanal de los casos nuevos de gripe que atienden en la consulta informando sobre un conjunto de variables básicas y en el envío de frotis faríngeos para el aislamiento del virus.

Una forma de valorar esta participación es a través de la cobertura de notificación, que ha alcanzado esta temporada una media semanal del 72%.

1.- MAGNITUD DE LA EPIDEMIA

Los casos notificados a través de la RMC durante la temporada han sido 425, que permiten estimar una incidencia de 1.654,8 casos por 100.000 habitantes. Con los datos procedentes de este sistema de información se detectó actividad epidémica durante 6 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima de la basal, entre la 3 y 8 de 2007. La incidencia máxima se registró en la semana 6 (233,1 casos por 100.000) (gráfico 19). Al comparar esta temporada con temporadas anteriores los niveles han sido bajos, pero superiores a los correspondientes a la temporada 2005-2006 (gráfico 20).

2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

Se han notificado durante la temporada 425 casos, con una frecuencia de presentación ligeramente mayor en el sexo masculino, 226 casos (53,4%) se declararon en hombres y 198 (46,6%) en mujeres. La mayor proporción de casos notificados se ha concentrado entre los 15 y 59 años, en este grupo también se ha registrado, considerando el conjunto de la temporada la mayor incidencia (tabla 5).

Gráfico 19.- Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la Red de Médicos Centinela y aislamientos virales. Comunidad de Madrid. Temporada 2006/07.

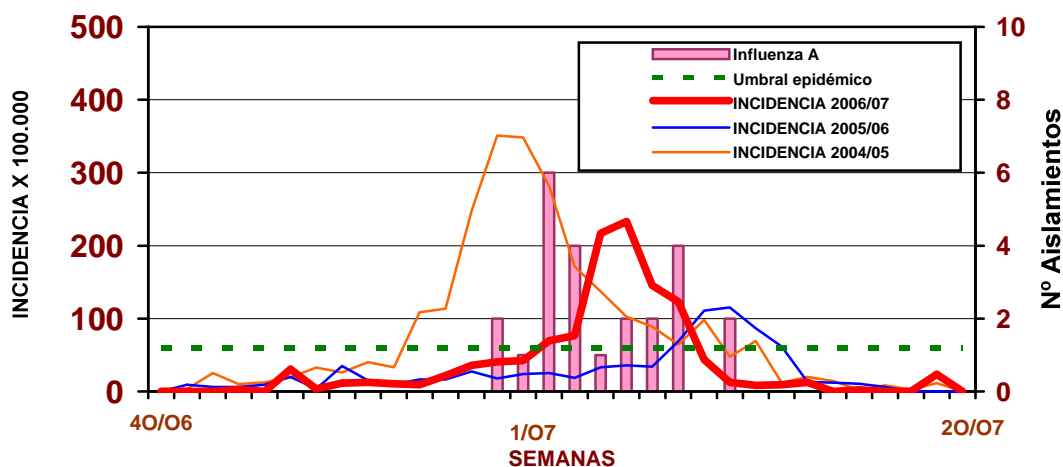
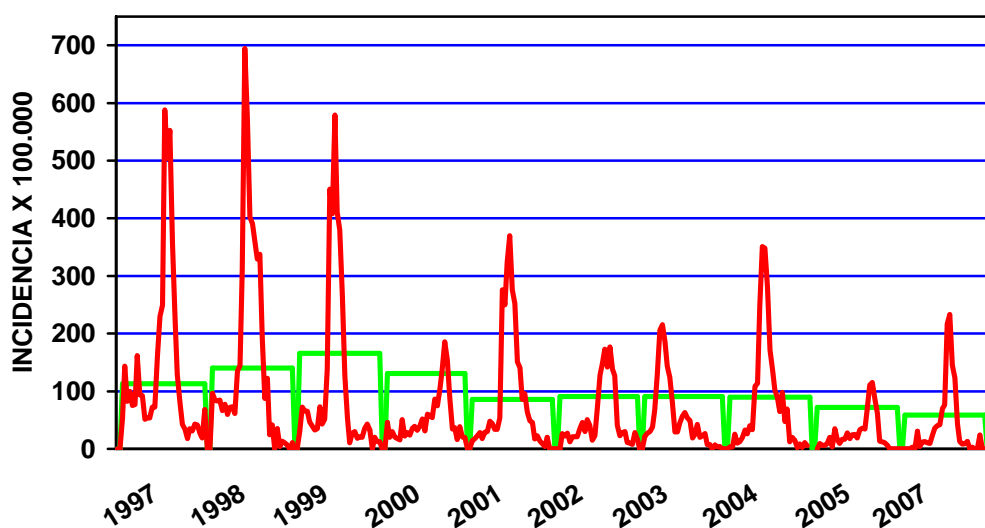


Gráfico 20.- Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la Red de Médicos Centinela y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 1996/97 a 2006/07.



Las manifestaciones clínicas presentadas por los casos declarados han sido: aparición súbita en el 85,2% de los casos, tos en el 92,9%, escalofríos en el 91,5%, fiebre en el 97,4%, debilidad y postración en el 89,2%, mialgias y dolores generalizados en el 90,1%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 81,5%, y contacto con enfermo de gripe en el 26,5%.

Tabla 5.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2006/07.

	Grupos de edad				
	0-4	5-14	15-59	>59	Total
Sexo					
Hombres	13	40	164	9	226
Mujeres	9	37	141	11	198
% Casos	5,2%	18,2%	71,9%	4,7%	100%
Incidencia x100.000	85,6	299,8	1187,5	77,9	1650,9

- En 1 caso se desconoce la edad y/o el sexo

En 44 casos (10,3%) se conoce la existencia de patologías previas, de ellos 5 casos (11,4%) presentaban más de un proceso. Respecto al tipo de patología que presentaban, de forma aislada o asociada a otra, los procesos registrados han sido: enfermedad del aparato respiratorio presentaron 20 casos (40,8%), del aparato circulatorio 9 casos (18,4%), metabólica 9 casos (18,4%), enfermedad renal 3 casos (6,1) y otros procesos en 8 casos (16,3%).

En 27 casos (6,3%) se ha registrado que se habían vacunado para esta temporada. El mes de vacunación ha sido en la mayoría noviembre (14 casos) y en octubre (9 casos). Al analizar la distribución de los casos según estado vacunal, edad y presencia de patologías previas, el porcentaje de casos con patologías previas que no habían sido vacunados, ha alcanzado el 65,9% de los casos, y ha sido alto en todos los grupos de edad (tabla 6).

Del conjunto, el 8,0%, 34 casos tuvieron una presentación con mayor trascendencia clínica, es decir, presentaron con alguna complicación y/o requirieron la derivación a la Atención Especializada o al Hospital. Respecto a las complicaciones, durante la temporada, se ha detectado 1 caso complicado con neumonía, y en otros 31 se ha detectado otras complicaciones, la mayoría han sido cuadros de gastroenteritis (15 casos). En 2 casos se ha registrado la derivación a la Atención Especializada o al Hospital, fueron 2 niños de 5 años (tabla 7).

Tabla 6.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad, patología previa y estado vacunal. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2006/07.

	Grupos de edad				
	0-4	5-14	15-59	>59	TOTAL
Con patología previa	1 (33,3%)	6 (46,1%)	2 (14,3%)	6	15
Vacunación SI	2 (66,7%)	7 (53,8%)	12	(42,8%)	(34,1%)
Vacunación NO	3	13 (100	(85,7%)	8	29
Total	(100%)	%)	14	(57,1%)	(65,9%)
			(100%)	14	44
				(100%)	(100%)
Sin patología previa	0	2	9 (3,1%)	1	12
Vacunación SI	(0,0%)	(3,1%)	282	(16,7%)	(3,1%)
Vacunación NO	20	62	(96,9%)	5	369
Total	(100%)	(96,9%)	291	(83,3%)	(96,8%)
	20	64	(100%)	6	381
	(100%)	(100%)		(100%)	(100%)
Vacunación SI	1	8	11	7	27
	(4,3%)	(0,4%)	(3,6%)	(35,0%)	(6,3%)
Vacunación NO	22	69	294	13	398
Total	(95,6%)	(89,6%)	(96,4%)	(65,0%)	(93,6%)
	23	77	305	20	425
	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Tabla 7.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y complicaciones y/o derivación al Hospital o a Atención Especializada. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2006/07.

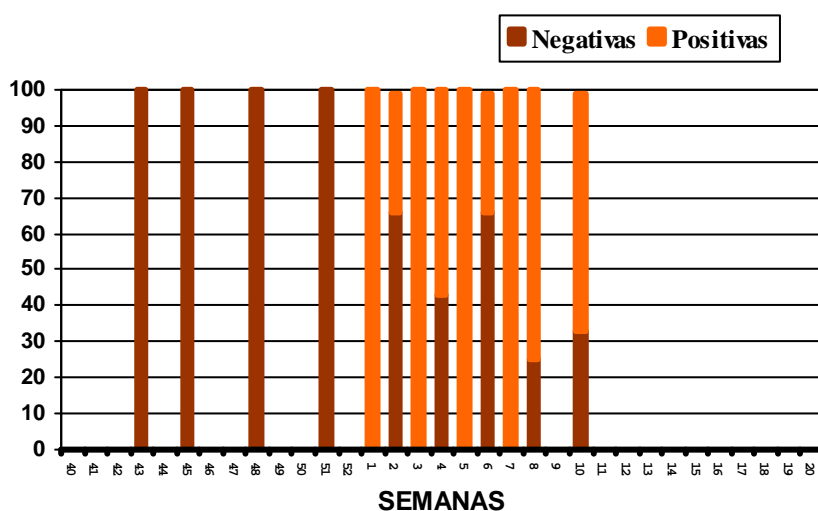
	Grupos de edad				
	0-4	5-14	15-59	>59	TOTAL
Neumonía	0	0	1 (7,1%)	0 (0,0	1 (2,9%)
	(0,0%)	(0,0%)		%)	
Otras complicaciones	6	10	13	2	31
	(100%)	(83,3%)	(92,8%)	(100%)	(91,2%)
Derivación especializada/ hospital	0	2 (16,7%)	0	0	2 (5,9%)
	(0,0%)		(0,0%)	(0,0%)	
Total	6	12	14	2 (100	34 (100%)
	(100%)	(100%)	(100%)	%)	

3.- VIRUS IDENTIFICADOS

En 44 de los casos notificados (10,3%) se ha recogido muestra de exudado nasofaríngeo, para el aislamiento de virus influenza. El porcentaje semanal de casos en los que se ha remitido muestra al laboratorio ha sido variable a lo largo de la temporada, con valor del 100% en la semana 43. En 13 semanas, de las 33 en las que se mantiene la vigilancia de la gripe, se ha remitido al menos una muestra al laboratorio.

De las muestras enviadas, 25 han sido positivas (56,8%), y han correspondido a casos detectados entre la semana 1 y 10 de 2007 (gráfico 21). Todos los aislamientos han correspondido a virus de la gripe A, en 19 se llegó a identificar subtipo siendo todos ellos AH3N2 y de 15 se ha llegado a identificar la cepa, siendo todos ellos similares a A/Wisconsin/67/2005, que eran las incluidas en la vacuna, para ese tipo antigénico esta temporada.

Gráfico 21.-Distribución semanal del porcentaje de casos de gripe notificados a la Red de Médicos Centinela en los que se ha remitido muestra de exudado nasofaríngeo al laboratorio, según resultado obtenido. Comunidad de Madrid. Temporada 2006/07.



- Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

ANEXO I**NOTIFICADORES DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELA. AÑO 2006**

M^a Candela Agis Brusco, Tomás Alonso del Olmo, Luis Alfonso Alonso García, M^a Concepción Amieva Martín, Gerardo Antón Martín, Carlos Ignacio Aparicio Hernando, Celina Arana Cañedo-Argüelles, Ramón Ayuso Castillo, Mercedes Barredo del Olmo, Nora Bejarano Estébanez, Rosa Bernal Gómez, Dionisio Cabezón Sáez, Miguel Ángel Calderín Marrero, Rafael Casquero Ruiz, M^a Ángeles Cava Rosado, Ángel Luis Díaz Sanz, M^a Jesús Esparza Olcina, Teresa Fernández Zoco, M^a Pilar Fiol Bayona, Juan García Pérez, M^a Luisa García Ruiz, Jesús Gil de Gracia, M^a Luisa Gómez Rábago, M^a Consuelo Gómez Tabera, Amelia González Gamarra, Pedro Antonio González Onandía, Mercedes Gutiérrez Peñalver, Ángel Hernández Merino, Paloma Hernando Helguero, Guillermo Imedio Duperier, Piedad Lantada Ruiz de Castañeda, Silvia López Chamón, Yolanda Felisa López Rubio, Ángela Lorenzo Lobato, Jesús Martínez de Dios, M^a José Martínez Débora, M^a José Martínez Hernández, M^a Teresa Martínez Ruiz, Francisca Menchero Pinos, Antonio Moya Bernal, Armando Nevado Loro, M^a Luisa Olmeda Moreno, Inmaculada Olmedo Díaz, Carmen Ortiz Lozano, Carlos Antonio Ortuondo Peña, Rafael Peiró Aranda, Marta Pinel González, Andrea Pozo Rodríguez, Carlos Quiroga Fernández, Pilar Rabasa Canto, Ana Ramírez Crespo, Carlos Ribot Catala, M^a Luz Ruiz Arbaizar, Alicia Sánchez Fernández, Carmen Concepción Sánchez Hernández, Manuel Sánchez López, Julio Sánchez Salvador, Edmundo Vidal Santiváñez Ricse, M^a Isabel Santos Marote, Lourdes Seijas Martínez-Echevarría, Trinidad Soriano Llorca, M^a Dolores Tolmo Santos, Isabel Torres Sánchez, Manuela Uña Gutiérrez, Isabel Vaquero Turiño, Isabel Vázquez Burgos, Luis Alberto Vázquez López, Miguel Ángel Villanueva Cristóbal, Antonio Viñas Cebrián.

ANEXO II

DEFINICIONES DE CASO

VARICELA

Enfermedad aguda generalizada de comienzo repentino con fiebre moderada y con exantema vesiculoso que evoluciona en brotes y cuyas lesiones evolucionan rápidamente de pápulas superficiales a vesículas y eventualmente a costras.

HERPES ZOSTER

Erupción vesicular generalmente unilateral con distribución dermatomérica.

GRIPE

Se considera caso de gripe a la persona que reúna una de las siguientes características clínico-epidemiológicas:

- a) Epidemia de gripe más cuatro de los criterios de b)
- b) Seis de los siguientes criterios:
- c)
 - 1.- Aparición súbita (menos de 12 horas)
 - 2.- Tos
 - 3.- Escalofríos
 - 4.- Fiebre
 - 5.- Debilidad y postración
 - 6.- Mialgias y dolores generalizados
 - 7.- Mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes
 - 8.- Contacto con enfermo de gripe

CRISIS ASMÁTICA

Episodios recurrentes de obstrucción bronquial con uno de los siguientes criterios:

- a) Pruebas de función pulmonar que muestran obstrucción variable aliviada con broncodilatadores.
- b) Dos de los tres síntomas siguientes: sibilancias, tos seca o espiración prolongada.

Se excluyen Bronquiolitis y Enfisemas.

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.

PALUDISMO, AÑO 2006

Modo de vigilancia y definición de caso

El Paludismo es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos en la Comunidad de Madrid, sometida a vigilancia especial por la OMS.

Definición clínica de caso:

Enfermedad caracterizada por fiebre intermitente con escalofríos, que por lo regular se acompaña de cefalalgia y náuseas que termina con sudoración profusa. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.

Criterios diagnósticos de laboratorio:

- Demostración de los parásitos del paludismo en sangre periférica. Pueden ser necesarios estudios microscópicos repetidos por la variación de la densidad de la parasitemia por *P. falciparum* durante el ciclo asexual; algunas veces no se demuestra la presencia de los parásitos en los frotis de pacientes que han sido tratados en fecha reciente o que están bajo tratamiento.
- Detección de ácido nucleico del *Plasmodium* por amplificación genómica.

Clasificación de casos:

Sospechoso/probable: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso en un residente o visitante de una región con paludismo endémico.

Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

Evolución 2000-2006

Durante el período 2000-2006 se han declarado 1033 casos de paludismo en la Comunidad de Madrid.

La incidencia anual osciló entre 3,69 casos/100.000 habitantes en el año 2001 y 2,06 casos/100.000 habitantes en 2005 (Gráfico 1).

Desde el año 2003 se observa una estabilización en la incidencia de casos notificados de Paludismo en la Comunidad de Madrid.

Casos notificados en 2006

En 2006 se declararon 131 casos, lo que supone una incidencia de 2,18 casos/100.000 habitantes. El 60,3% de los casos notificados corresponde a hombres. La mediana de edad fue de 32 años. El rango de edad osciló entre 5 meses y 71 años. En el gráfico 2 aparece la distribución de casos de paludismo por grupos de edad. El 53,8% se presentó en el grupo de edad de 25 a 44 años y el 17,7% de los casos se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14

años). El 71% de los casos nacieron fuera de España (el 62.5% en Africa) y en el 2,3% se desconoce el lugar de nacimiento.

El 96.2% de los casos fueron casos confirmados mediante diagnóstico microbiológico, en el resto el diagnóstico fue clínico. Presentaron ingreso hospitalario el 64.9% de los casos y complicaciones el 4.6%.

En el 90,8% de los casos se conoce la especie de *Plasmodium* siendo la más frecuente el *P. falciparum* en el 88,2% de los casos, seguido de *P. vivax* (4,2%). Se identificaron infecciones mixtas por más de una especie en 2 casos. Todos los casos son importados y presentan como principal antecedente la inmigración procedente de zonas endémicas o la visita a sus países de origen (79%), el 10,5% el motivo de estancia en países endémicos fue el turismo y en 10,5% restante trabajaban o estudiaban en esos países. Se conoce el lugar de contagio en el 77% de los casos. De estos el 94,1% de los casos se infectó en el continente africano (el 40,6% en Guinea Ecuatorial), el 5% en América y el 1% en Asia. Realizaron profilaxis antipalúdica el 11,5% de los casos, de estos sólo dos refieren haber tomado la medicación de forma correcta.

En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor incidencia se ha observado en el distrito de Torrejón de Ardoz (área 3) con 12,49 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Leganés (área 9) con 7,67 casos por 100.000 habitantes y Alcalá de Henares (área 3) 7,58 casos por 100.000 habitantes.

Grafico 1.

Incidencia de casos notificados de Paludismo. Años 2000-2006. Comunidad de Madrid.

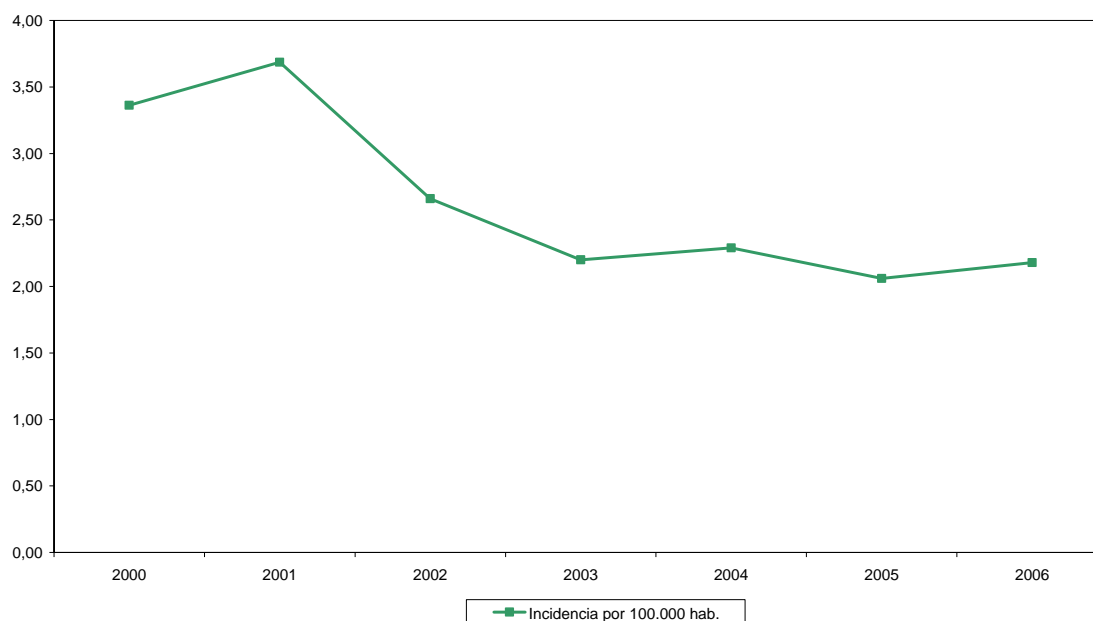
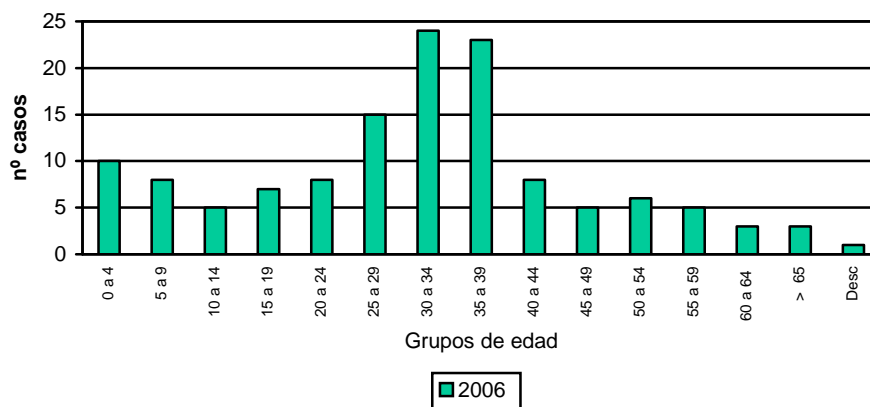
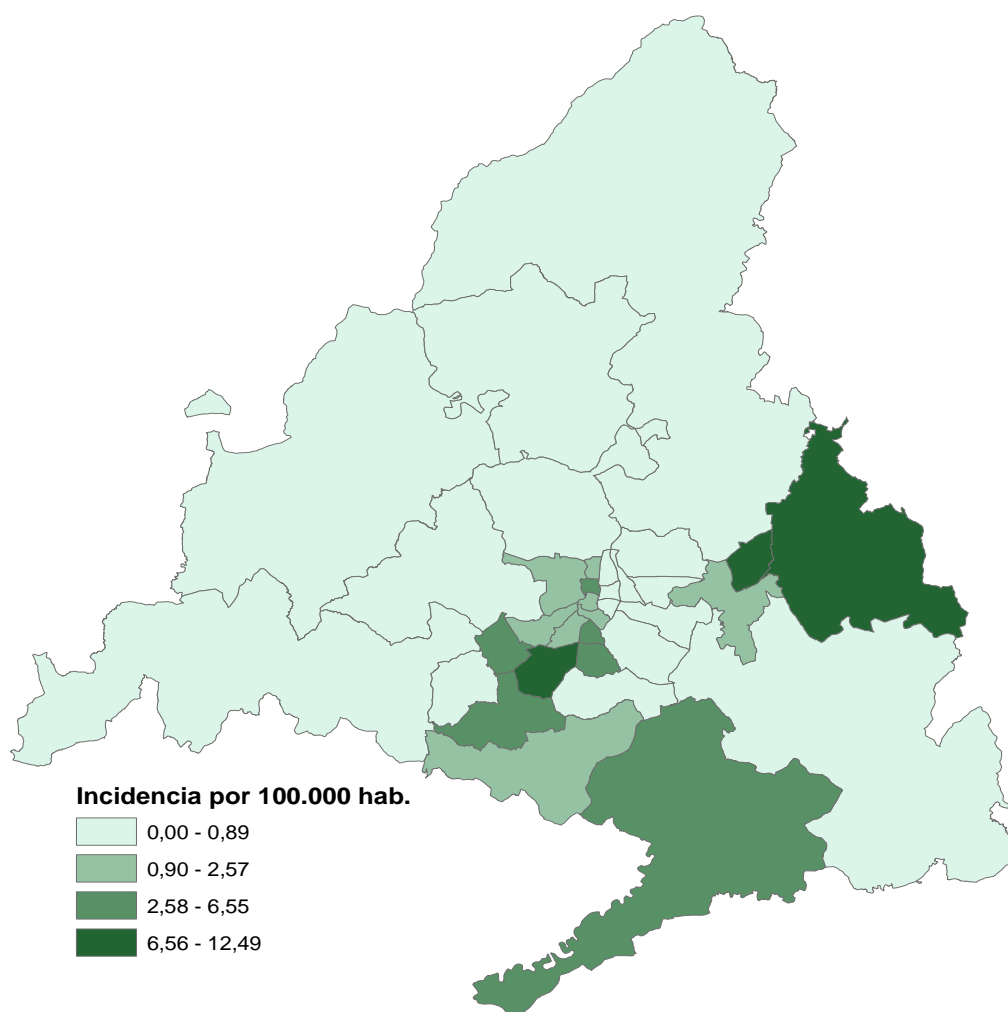


Gráfico 2.
Paludismo. Año 2006. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid.



Mapa 1.- Paludismo. Incidencia por distritos sanitarios.
Año 2006. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid Año 2007, semanas 18 a 22 (del 29 de abril al 2 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.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	0	6	3	6	1	4	0	7	1	8	0	2	0	3	0	2	0	3	0	3	1	8	6	52	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	
Meningitis bacterianas, otras	1	2	0	1	0	3	1	2	2	2	3	4	0	1	1	4	4	8	0	0	0	0	12	27	
Meningitis víricas	1	3	1	6	4	14	2	5	7	10	6	16	1	6	3	7	1	7	0	1	5	12	31	88	
Enf. neumocócica invasora	6	7	2	10	6	13	1	6	1	4	0	4	4	5	7	14	1	6	3	4	8	42	39	116	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	0	2	3	4	1	5	0	2	1	4	0	15	0	2	1	3	0	0	1	5	3	14	10	57	
Hepatitis B	1	1	0	10	1	1	1	3	5	7	4	9	2	12	3	13	0	0	0	3	6	24	23	84	
Hepatitis víricas, otras	1	3	0	1	0	0	0	0	5	8	0	4	2	7	4	7	7	10	0	2	5	12	25	56	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	0	0	1	2	8	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	9	
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	30	4999	21	4501	10	3983	32	4862	64	6695	43	6694	245	6833	10	4792	18	3646	31	2031	70	8166	574	57229	
Legionelosis	0	0	0	0	1	5	0	1	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	
Varicela	326	1580	291	1141	243	809	158	721	469	1374	365	1739	318	755	237	781	356	1368	118	500	529	1724	3410	12497	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	3	1	2	0	0	2	3	6	12	1	7	4	17	0	0	1	6	0	0	4	15	20	66	
Sífilis	1	2	3	12	0	1	1	4	2	6	1	8	8	25	0	3	2	14	2	7	5	30	26	115	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	2	7	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	5	
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	9	35	41	163	15	52	43	129	57	144	76	242	35	100	15	53	22	73	8	26	30	88	351	1115	
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	1	2	1	7	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
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	2	3	11	28	0	0	0	1	3	7	0	2	0	2	1	2	1	3	5	11	23	61	
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	2	5	0	2	0	2	1	3	1	2	1	7	0	3	1	6	6	39	
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*	9	54	3	28	8	30	7	27	5	28	2	17	16	53	5	31	5	36	6	18	24	84	93	427	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
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	0	0	0	3	
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	1	
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	69,19%	64,79%	95,74%	85,36%	100,04%	100,43%	76,31%	62,45%	57,61%	50,05%	64,54%	76,65%													

* 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 Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.

BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID



SEMANAS 18 a 22 (del 29 de abril al 2 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 18-22

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Madrid (Moratalaz)	Familiar	2	2	Caracoles en salsa	En investigación
2	San Fernando de Henares	Restaurante	4	2	Pescado cocinado	En investigación
3	Torrejón de Ardoz	Colegio	122	38	Ensalada legumbres	<i>S. aureus</i>
5	Madrid (Fuencarral)	Familiar	2	2	Huevo	<i>Salmonella sp</i>
6	Madrid (Moncloa)	Restaurante	32	9	En investigación	En investigación
6	Madrid (Moncloa)	Restaurante	985	200	Aperitivos variados	Norovirus
8	Alcorcón	Familiar	4	3	Tortilla de patatas	<i>Salmonella sp</i>
9	Humanes de Madrid	Familiar	5	5	Pollo	En investigación
9	Fuenlabrada	Restaurante	82	44	Pescado	Pescado rico en ester ceroso
10	Griñón	Restaurante	10	10	Desconocido	En investigación

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

Brotes de origen no alimentario. Año 2007. Semanas 18-22

Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	Neumonía	Valdilecha	Familiar/Colegio	¿?	9	<i>M. pneumoniae</i> *
1	Escabiosis	Madrid (Moratalaz)	Residencia PPMM	72	5	<i>S. scabiei</i>
1	Hepatitis	Madrid (Vallecas)	Colegio	27	3	VHA
2	Parotiditis	Madrid (Salamanca)	Academia	2	2	V. parotiditis*
5	Escabiosis	Madrid (Fuencarral)	Centro de menores	51	15	<i>S. scabiei</i> *
6	Parotiditis	Boadilla del Monte	Colegio	300	11	V. parotiditis*
6	Tos ferina	Las Rozas de Madrid	Colegio	20	6	<i>B. pertussis</i>
6	Tos ferina	Las Rozas de Madrid	Colegio	60	2	<i>B. pertussis</i>
9	GEA	Leganés	Familiar	5	5	<i>S. flexneri</i>
11	Conjuntivitis	Colmenar de Oreja	Residencia PPMM	115	34	En investigación
11	Tos ferina	Valdemoro	Familiar	6	3	<i>B. pertussis</i> *

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

Se han notificado 10 brotes de origen alimentario correspondientes a las semanas epidemiológicas 18-22, casi todos ellos en domicilios particulares y restaurantes. Se han producido 2 ingresos hospitalarios en brotes familiares por *Salmonella*. Destaca por el número de personas afectadas un brote ocurrido en un restaurante del Área 6 durante un fin de semana en el que se sirvió un menú similar para 33 celebraciones de Primera Comunión. Tras una búsqueda activa de afectados, se detectaron casos en al menos 14 de estas celebraciones. Las características clínicas y epidemiológicas del brote orientaron a una etiología vírica, confirmándose la presencia de Norovirus en muestras de heces de dos enfermos y en una muestra testigo de los aperitivos consumidos. Un mes antes de la aparición de estos casos

había sido notificado otro brote de características similares ocurrido durante la celebración de una Primera Comunión en este mismo restaurante. El establecimiento fue suspendido cautelarmente en su actividad hasta la resolución de las deficiencias encontradas durante la inspección higiénico-sanitaria. Hasta la semana 22 de 2007 hay notificados 34 brotes de origen alimentario (40,5% de todos los brotes ocurridos en la Comunidad de Madrid), 701 casos asociados y 11 hospitalizaciones. Los colectivos más frecuentes son los establecimientos de restauración y los ocurridos en domicilios particulares, mientras que el mayor número de casos corresponde a los brotes en restaurantes y en centros escolares. Hasta ahora la confirmación del agente causal alcanza el 47,1% (16 brotes), la mayoría de ellos (10 brotes) por *Salmonella*.

En este mismo periodo se han detectado 11 **brotes de origen no alimentario**. Los brotes de tos ferina (los más numerosos) han ocurrido en dos colegios de un mismo municipio y en un domicilio particular, y han afectado todos a menores de edad. Los brotes de escabiosis han afectado a ancianos y a menores institucionalizados, y los brotes de parotiditis a usuarios de centros de enseñanza. Un brote de hepatitis A ha ocurrido también en un centro escolar, un brote de conjuntivitis en una residencia de personas mayores y un brote de neumonía, probablemente por *Mycoplasma*, aun esta en investigación para determinar el ámbito de riesgo. En lo que va de año, se han notificado 50 brotes no relacionados con alimentos, los más frecuentes de parotiditis (21 brotes), de gastroenteritis aguda no alimentaria (12 brotes), de tos ferina (6 brotes) y de escabiosis (4 brotes). Los ingresos hospitalarios han ocurrido en brotes de gastroenteritis (9 ingresos, 5 de ellos en residencias de ancianos), de neumonía bacteriana (3 ingresos), de hepatitis A y de tos ferina (1 ingreso hospitalario cada uno). El agente causal se ha confirmado en el 44% de los casos (22 de 50 brotes).

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

Año 2007. Semanas 18-22 y datos acumulados hasta la semana 22

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 18-22	Acum.	Sem 18-22	Acum.
Bares, restaurantes y similares	5	14	265	327
Familiar	4	11	12	46
Centros escolares y similares	1	5	38	263
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	47
Otras Residencias	0	1	0	14
Otros lugares	0	1	0	4
Total	10	34	315	701
Brotes de origen no alimentario	Sem 18-22	Acum.	Sem 18-22	Acum.
Parotiditis	2	21	13	384
Gastroenteritis aguda	1	12	5	343
Tos ferina	3	6	11	23
Dermatofitosis	0	1	0	2
Escabiosis	2	4	20	35
Hepatitis A	1	2	3	5
Neumonía	1	2	9	14
Rubéola	0	1	0	2
Conjuntivitis	1	1	34	34
Total	11	50	95	842
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	21	84	410	1543



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2007, semanas 18 a 22
(Del 29 de abril al 2 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, 2005" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de julio 2006, Vol. 12, nº 7, 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.

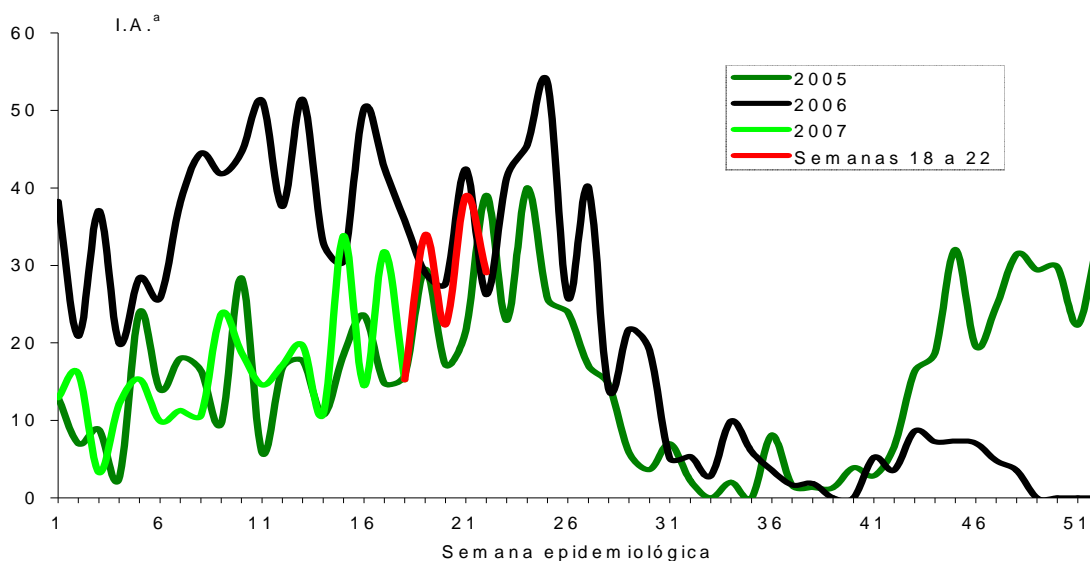
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 63,5%.

VARICELA

Durante las semanas 18 a 22 del año 2007 han sido declarados 89 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 23,6 casos por 100.000 personas (IC 95%: 11,6 – 35,5). 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 % se dio en hombres y el 57 % en mujeres. El 93 % de los casos registrados se dio en niños menores de 10 años, en cuatro casos se desconoce la edad. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

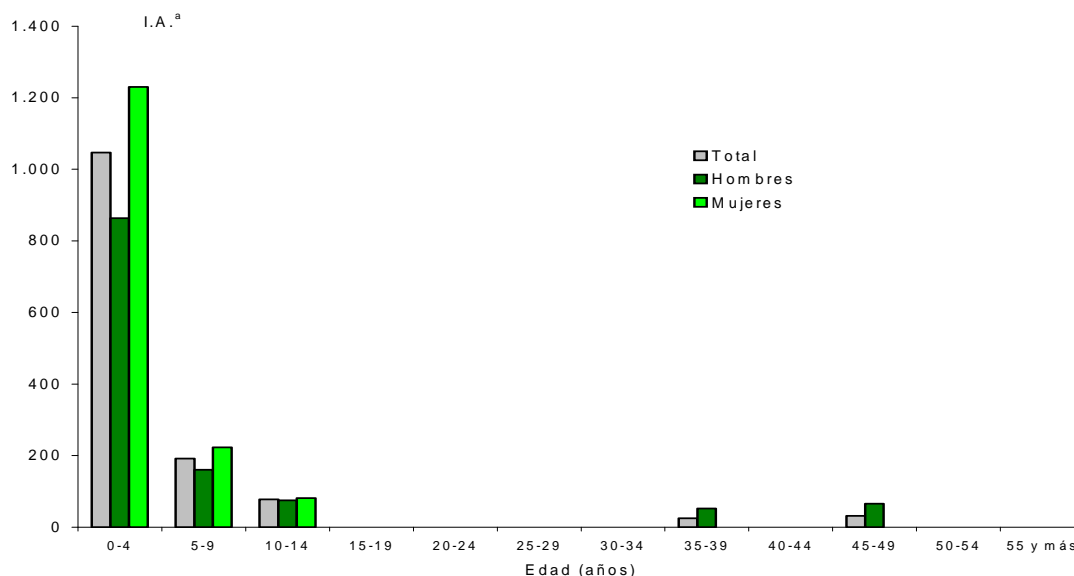
En el 58,4 % de los casos se recogió como fuente de exposición el contacto con otros casos de varicela, y en el 54 % de los casos el lugar de exposición notificado fue la guardería o el colegio (Tabla 1).

En el período estudiado, como complicaciones, se registraron tres infecciones bacterianas, una neumonía, una amigdalitis y una diarrea.

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 22 del año 2007

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	52	(58,5)
Caso de herpes zóster	0	
Brote de varicela	18	(20,2)
Desconocido	19	(21,3)
Total	89	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	9	(10,1)
Colegio	39	(43,8)
Hogar	20	(22,5)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	21	(23,6)
Total	89	(100)

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 22 de 2007.

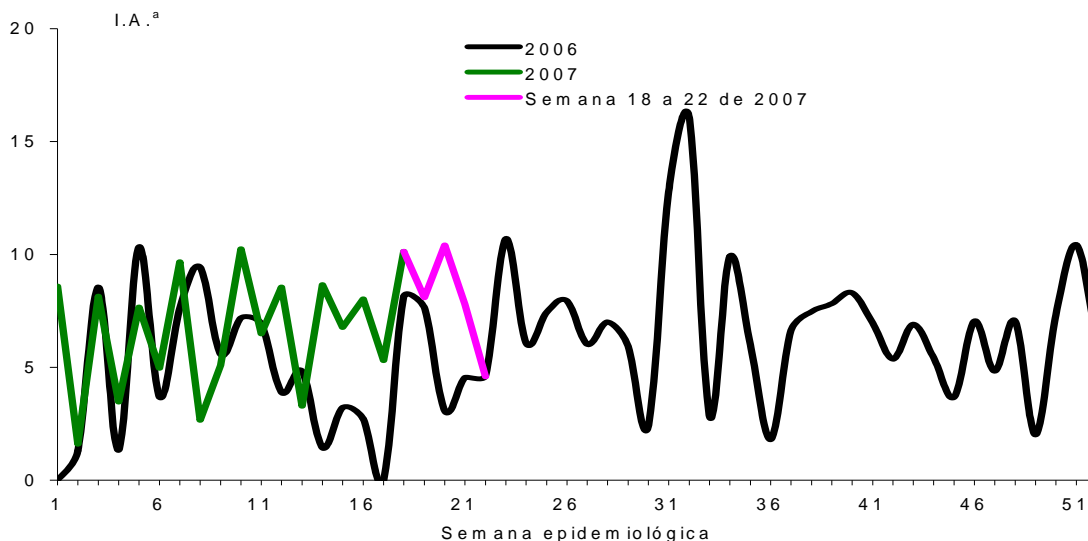


^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

HERPES ZÓSTER

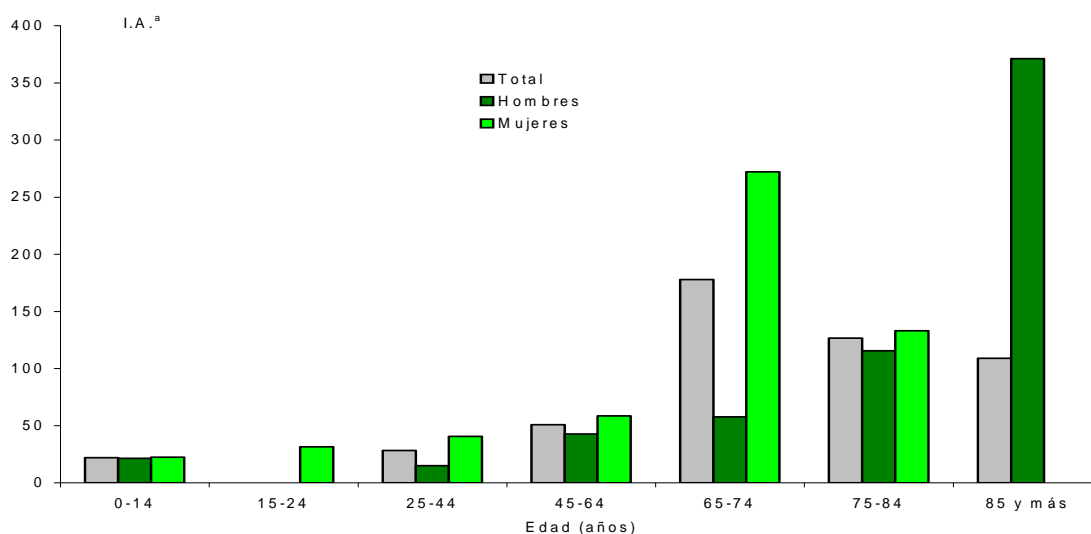
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 26 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 18 a 22, lo que representa una incidencia acumulada de 37,9 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 15,2 – 41,4). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2006 y 2007. El 69 % de los casos se dio en mujeres, y el 31 % en hombres. El 64 % de los casos se dio en personas mayores de 45 años. En un caso se desconoce la edad. 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 zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 22 de 2007.



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

CRISIS ASMÁTICAS

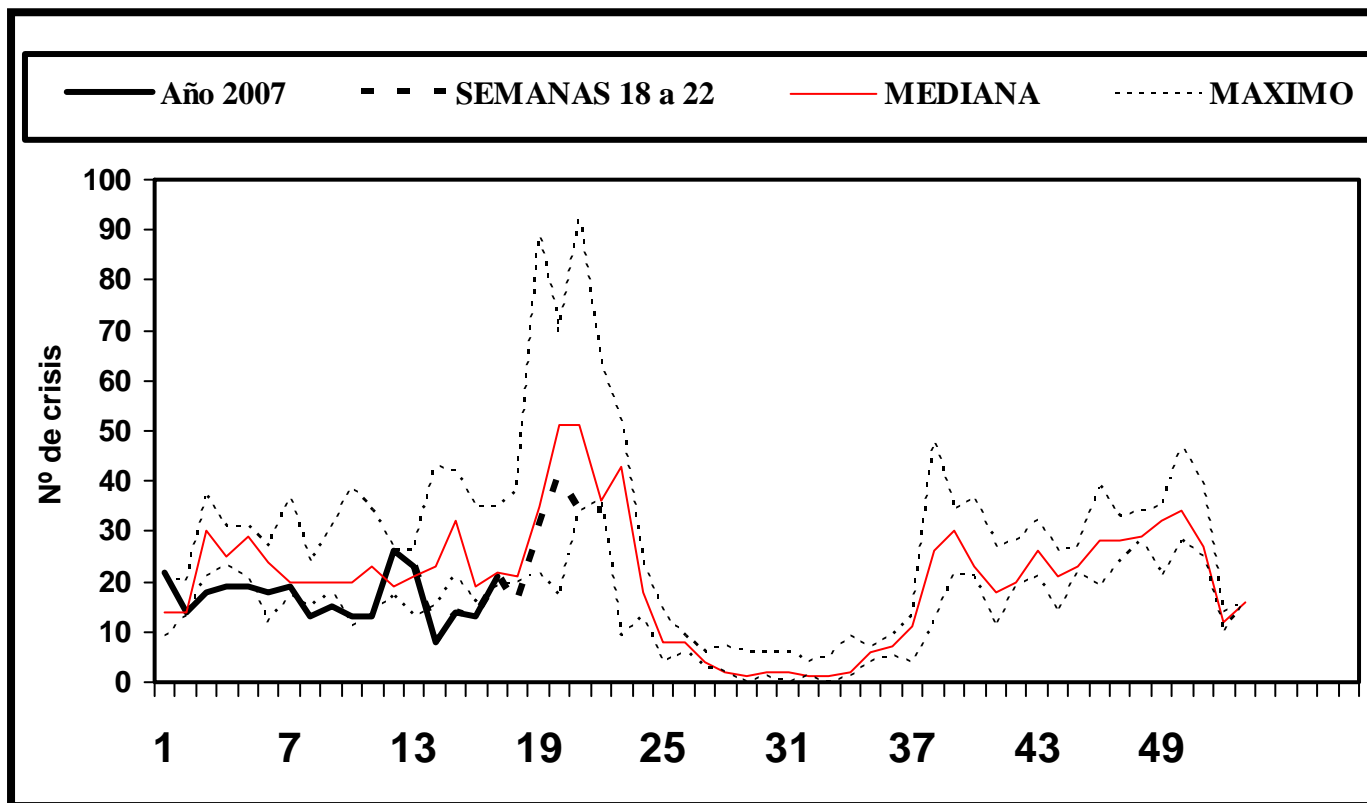


TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 22 de 2007

	Semanas 14 a 17	Año 2007
Gripe ^a	1	376
Varicela	89	275
Herpes zoster	26	92
Crisis asmáticas	156	444

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



RESUMEN CUATRIMESTRAL DE TUBERCULOSIS, LEGIONELOSIS, ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA y ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

Semanas 1 a 17 (desde el 31 de diciembre de 2006 al 28 de abril de 2007)

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

TUBERCULOSIS

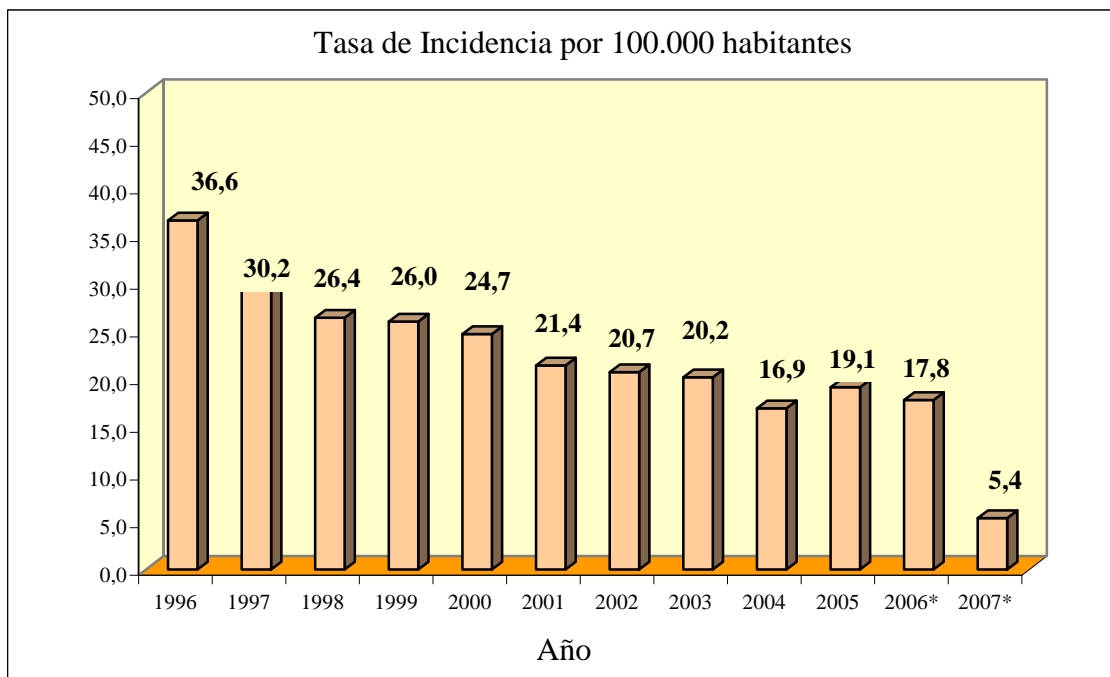
En este informe se presentan los datos provisionales del año 2007, de la semana 1 a la 17, recogidos en el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

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

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

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

El último informe publicado a nivel Regional con información consolidada corresponde al Informe del registro de casos de tuberculosis del año 2004 que aparece en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de mayo 2006; 12(5).

Gráfico 1. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1996 – Primer trimestre 2007*

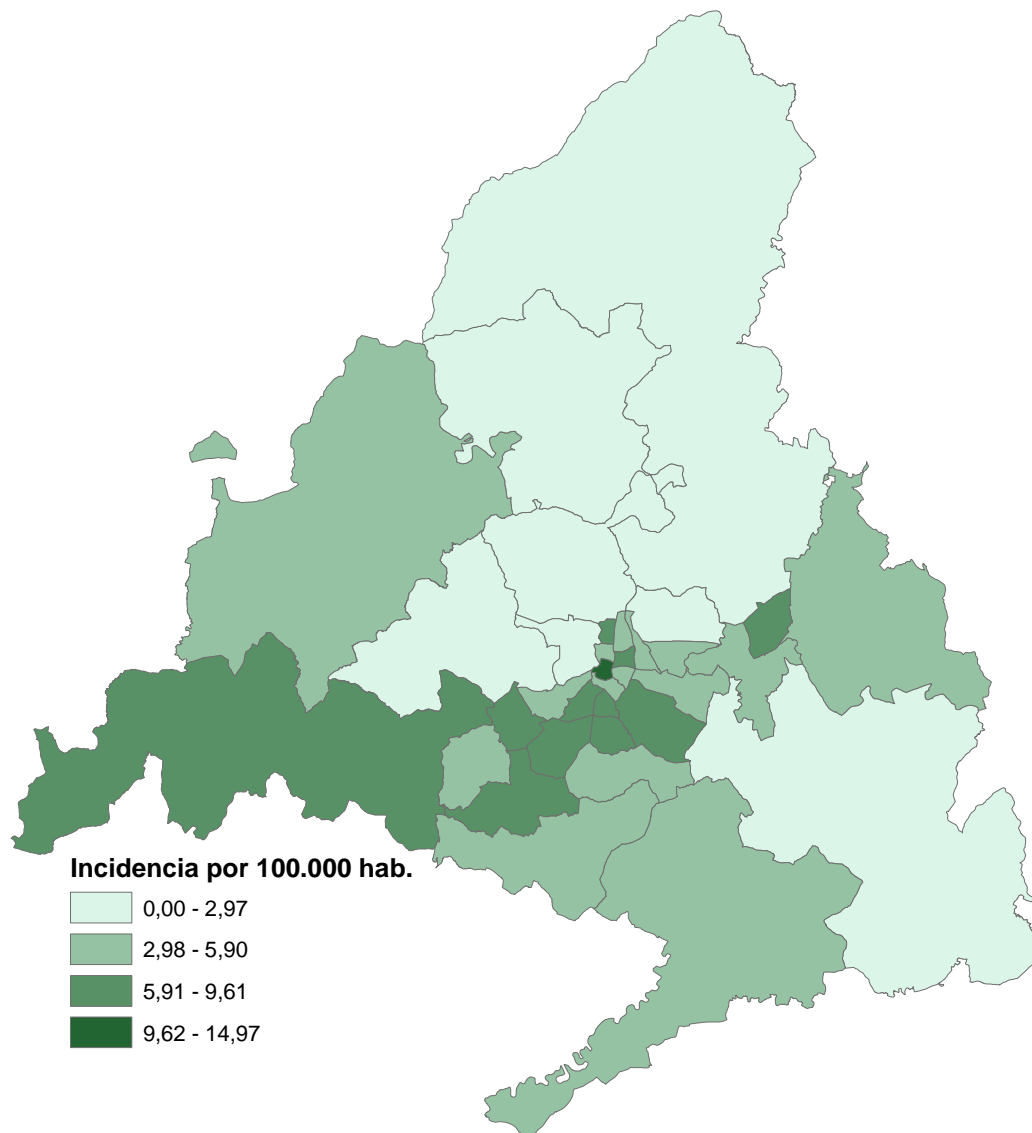
*Datos provisionales (2006 y semanas 1 a 17 de 2007)

Tabla 1. Número de casos de tuberculosis detectados en el primer trimestre de 2007 (semanas 1-17), localización pulmonar, según sexo y grupo de edad. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

	N	%	Tasa de incidencia por 100.000 hab.
Casos detectados	324	100	5,39
Casos detectados de localización pulmonar	256	79,0	4,26
Sexo: Hombres	192	59,3	6,60
Mujeres	132	40,7	4,26
Grupos de edad: 0-14 años	25	7,7	2,81
15-24 años	39	12,0	5,63
25-44 años	155	47,8	7,21
45-64 años	56	17,3	3,98
>64 años	49	15,1	5,64

Datos provisionales. Casos de tuberculosis con domicilio en la Comunidad de Madrid, salvo residentes en prisiones.

Mapa 1. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes según distrito de residencia año 2007 (semanas 1-17). Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.



*Excluidos aquellos casos que en el momento del inicio del tratamiento su domicilio de residencia eran Instituciones penitenciarias o albergues.

LEGIONELOSIS

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

En el periodo comprendido entre las semanas 1 y 17 del año 2007 se han notificado 8 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de 0,1 casos por 100.000 habitantes, igual que en el mismo período del año 2006. En el gráfico 1 se presenta el canal epidémico de casos de legionelosis notificados de 2002 a primer cuatrimestre de 2007 por semana epidemiológica.

Según género, 5 casos (62,5%) eran varones y tres mujeres (37,5%). La media de edad fue de 50 años (DE=24,1).

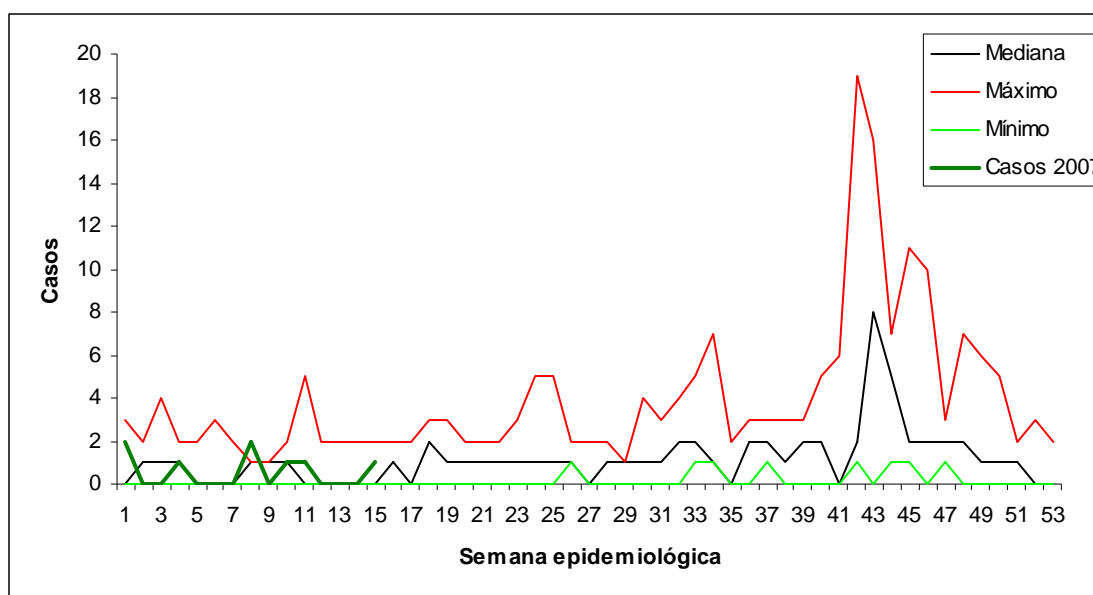
En relación con los factores predisponentes se observa que el 37,5% era fumador, un caso presentaba el antecedente de cáncer y otro de EPOC.

Según área sanitaria los casos se distribuyeron en las áreas 3 (5 casos), 4, 6 y 7 (1 caso respectivamente). En el área tres los casos se distribuyeron entre dos distritos: 3 casos en Alcalá de Henares y 2 casos en Torrejón de Ardoz no existiendo agrupación espacial alguna en este periodo.

En el 50% (4 casos) se recogió el antecedente de viaje en los últimos 10 días antes de la fecha de inicio de síntomas. El resto se clasificaron como casos comunitarios.

Un caso fue clasificado como probable y 7 casos como confirmados por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina y en un caso pediátrico por seroconversión.

Gráfico 1.- LEGIONELOSIS. Canal epidémico de casos de legionelosis. Comunidad de Madrid. Años 2002-2007 (semanas 1-17)



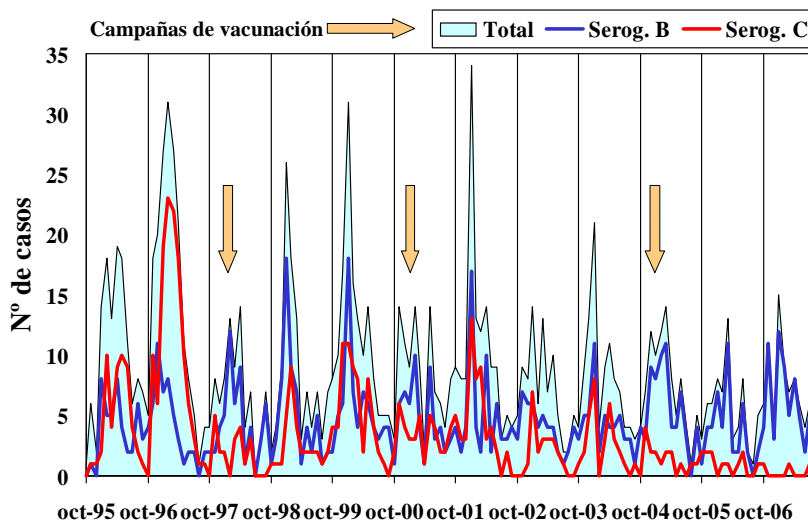
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

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

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

En este informe se presentan los datos de la temporada actual (temporada 2006-07) y de la temporada anterior (temporada 2005-06), en el período comprendido entre la semana 41 de un año y la semana 17 del siguiente año.

Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada Temporadas 1995-96/2006-07



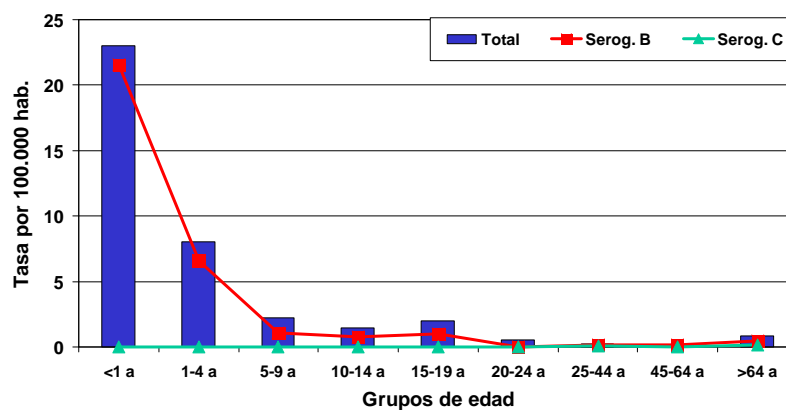
Datos actualizados a septiembre de 2007

**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA.
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADAS 2005-06 Y 2006-07
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 17**

SEROGRUPO	Temporada 2005-06				Temporada 2006-07			
	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	32	0,54	5	15,6	50	0,83	5	10,0
Serogrupo C	8	0,13	2	25,0	2	0,03	0	0,0
Serogrupo Y	1	0,02	0	0,0	0	0,00	0	-
Sin serogrupar	4	0,07	0	0,0	5	0,08	0	0,0
Total confirmados	45	0,75	7	15,6	57	0,95	5	8,8
Sospechas clínicas	18	0,30	0	0,0	13	0,22	1	7,7
TOTAL	63	1,06	7	11,1	70	1,17	6	8,6

* Tasas por 100.000 habitantes (Población: Padrón continuo años 2005 y 2006)

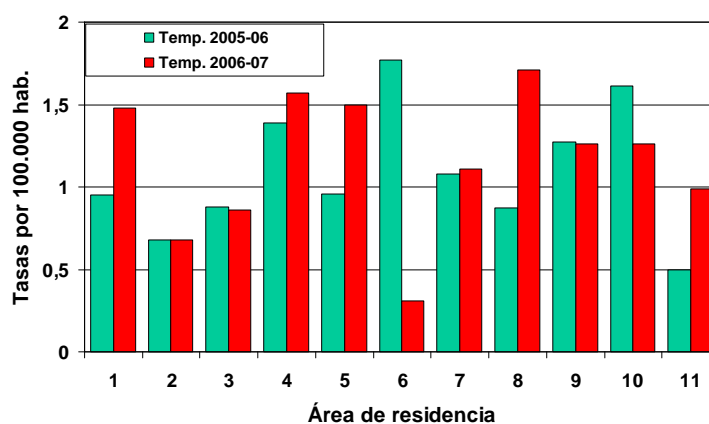
Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Temporada 2006-2007 (semanas 41-17)



**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR ÁREA DE RESIDENCIA
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADA 2006-07.
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 17**

ÁREA	Serog. B	Serog. C	Sin Serogrupar	Total confirmados	Sospechas clínicas	TOTAL
1	8	1	0	9	2	11
2	3	0	0	3	0	3
3	3	0	0	3	0	3
4	5	0	2	7	2	9
5	9	0	0	9	2	11
6	2	0	0	2	0	2
7	5	1	0	6	0	6
8	4	0	0	4	4	8
9	5	0	0	5	0	5
10	4	0	0	4	0	4
11	2	0	3	5	3	8
TOTAL	50	2	5	57	13	70

Enfermedad meningocócica por Área de residencia
Temporadas 2005-06 y 2006-07 (semanas 41-17)



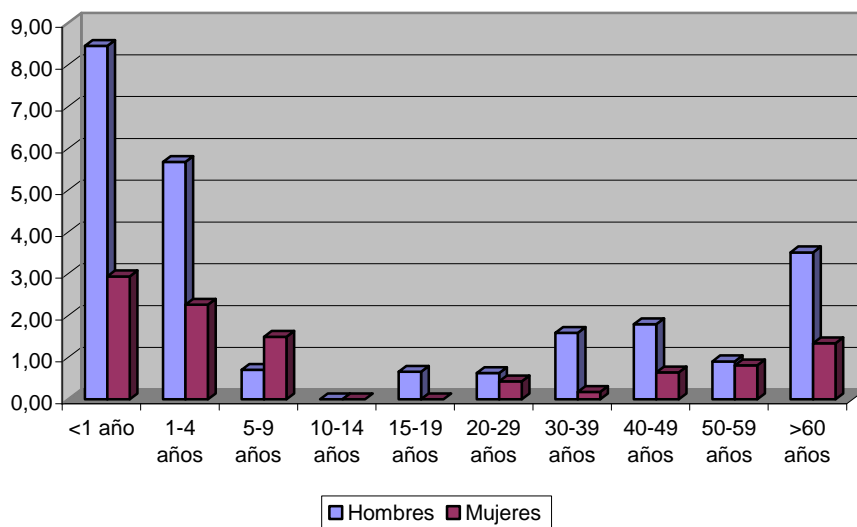
ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

La Enfermedad Neumocócica Invasora (ENI) se ha incluido en el año 2007 en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) como de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

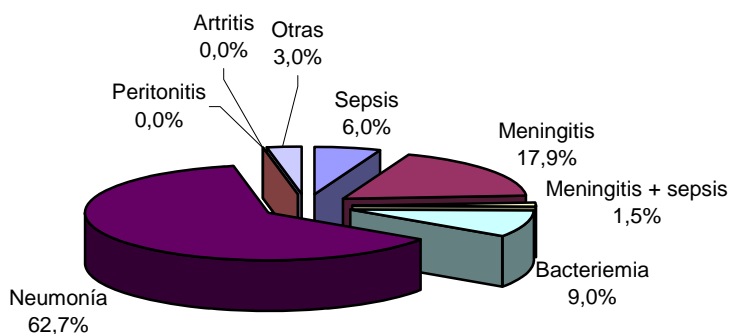
Se considera enfermedad invasora aquella producida por diseminación hematógena del patógeno, ocasionando diferentes síndromes clínicos: meningitis, sepsis, bacteriemia, neumonía, artritis, peritonitis, osteomielitis, endocarditis, etc. Se vigilan los casos en los que se identifica *S. pneumoniae* en sitios normalmente estériles (sangre, LCR, líquido pleural, líquido articular, líquido peritoneal, líquido pericárdico...).

Entre la semana 1 y la 17 del año 2007 se han notificado un total de 77 casos, lo que supone una incidencia global de 1,28 por 100.000 habitantes. El 19,5% son menores de 5 años (15 casos). La forma clínica más frecuente es la neumonía (62,7%). Se dispone de información sobre el serogrupo/ serotipo del neumococo en 60 casos (77,9%). Esta proporción en los menores de 5 años es del 86,7%.

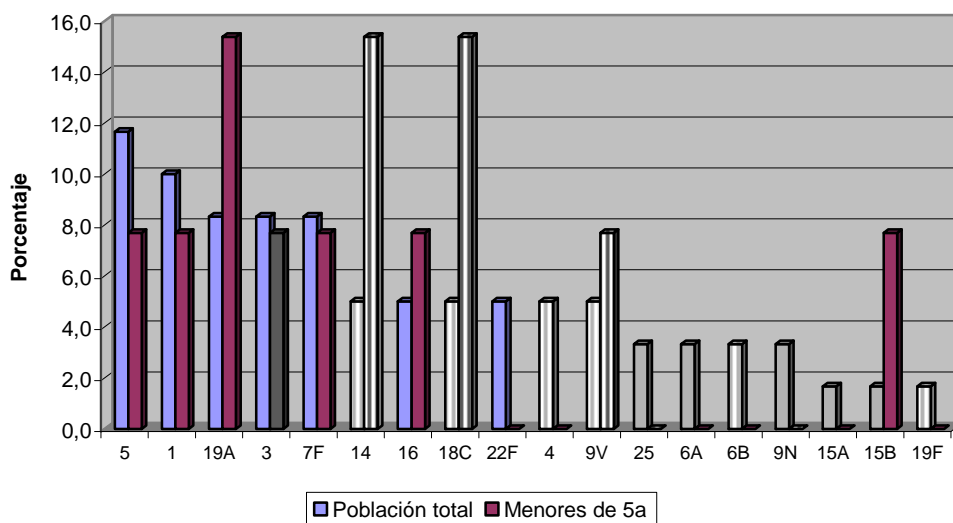
ENI. Tasas por 100.000 habitantes, por grupos de edad y sexo.
Datos acumulados de la semana 1 a la semana 17



ENI. Forma de presentación. Porcentaje. Datos acumulados de la semana 1 a la semana 17



ENI. Distribución por serotipos. Datos acumulados de la semana 1 a la semana 17



* Se marcan en rallado los serotipos incluidos en la vacuna conjugada heptavalente (en este periodo no se ha identificado ningún serotipo 23F).

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."