

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

10.

INFORMES:

- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. 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

10

Índice

INFORMES:

	- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Comunidad de Madrid, año 2006.	3
	- EDO. Gripe, año 2006. Semanas 40 a 44 (del 30 de septiembre al 3 de noviembre de 2007)	47
	- Brotes Epidémicos. Semanas 40 a 44, 2007.	52
	- Red de Médicos Centinela, semanas 40 a 44, 2007.	54

D.L. M-26.2565-1989
ISSN: 1135-3155

**INFORME:****MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2006.****RESUMEN:**

Introducción: El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM). Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria.

Objetivos: Describir las características de presentación de las enfermedades incluidas en las EDO.

Material y métodos: Se calculan indicadores de morbilidad notificada y del funcionamiento del propio sistema de vigilancia. El número de casos y tasas de incidencia acumulada en los años 2006 y 2005 en la CM y en España. La incidencia se presenta a nivel Regional, por Área y por Distrito Sanitario, utilizando como denominador la actualización del Padrón municipal de la CM de los años correspondientes.

Resultados: Durante el año 2006 participaron en el sistema un total de 381 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (71,9%). La cobertura de notificación de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud alcanzada fue de 69,2%. El número total de notificaciones recibidas fue de 27.166, de las cuales 82,1% corresponde a notificaciones semanales de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 17,9% restante son notificaciones de EDO con datos epidemiológicos básicos. Hay que reseñar la elevación registrada en sarampión, parotiditis, infección gonocócica, lepra, sífilis, triquinosis, encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas, parálisis flácida aguda en < 15 años, legionelosis, otras hepatitis víricas, hepatitis B y hepatitis A, así como el descenso en paludismo, fiebre tifoidea y paratifoidea, varicela, leishmaniasis, rubéola, tos ferina, brucelosis y gripe.

Conclusiones: El sistema de Vigilancia Epidemiológica ha funcionado de forma adecuada. Las mejoras introducidas en las aplicaciones informáticas han repercutido positivamente en la calidad de la información. El aumento detectado en las infecciones de transmisión sexual, las hepatitis víricas y, dentro de las enfermedades vacunables, la parotiditis y el sarampión debería llevarnos a reforzar las estrategias de prevención y control relacionadas con estas enfermedades. Los cambios demográficos en la población de la Comunidad de Madrid ocurridos en los últimos años hacen que la población inmigrante y sus hijos, constituyan un foco de especial atención en la vigilancia epidemiológica.

1.- INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM (CM). Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria. La declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos (en base a la definición de caso) de enfermedades detectadas durante la semana epidemiológica en curso, teniendo en cuenta que, a efectos de notificación, la semana comienza a las 0 horas del domingo y finaliza a las 24 horas del sábado. El sistema se basa en el trabajo realizado por los profesionales sanitarios, y de su oportuna notificación va a depender la adecuada toma de medidas de control.

En el año 2006 se ha continuado el trabajo de mejora de la aplicación informática para el manejo de los datos de las EDO en la CM. Se ha conseguido incluir los casos de tuberculosis en la aplicación lo que ha permitido realizar el análisis de todos los casos individuales de forma conjunta, en lugar de excluir los casos de tuberculosis como se hacía tradicionalmente. Se ha potenciado la notificación desde Atención Primaria por medio de la extracción automatizada del listado de EDO a través del OMI, si bien este proceso automático es muy mejorable y requiere un trabajo importante desde las Áreas en cuanto a la depuración y verificación de la información obtenida.

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la CM. En el año 2001 se desarrolló reglamentación complementaria a ésta, que incorpora nuevas enfermedades a la lista de enfermedades de declaración obligatoria e introduce cambios en la modalidad de declaración de otras: la Orden 150/2001, del Consejero de Sanidad de la CM, incluye a las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH) en la lista de enfermedades de declaración obligatoria, la Orden 186/2001, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la CM estableciendo que esta enfermedad sea de declaración urgente y la Orden 130/2001, del Consejero de Sanidad, mediante la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la CM. En febrero de 2007 se incluyó toda la enfermedad neumocócica invasora en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, mediante la *Orden 74/2007, de 22 de enero, del Consejero de Sanidad y Consumo*, por la que se modifica la Orden 184/1996, por lo que en 2006 esta enfermedad aún no era de declaración obligatoria.

A continuación se describen las EDO detectadas durante el año 2006 correspondientes a pacientes con residencia en la CM, así como las características del sistema de vigilancia en cuanto a su calidad en recogida de datos, participantes en la notificación y tipo de notificación.

En relación a los brotes epidémicos, aunque son de declaración obligatoria, sólo se han incluido los casos de enfermedad, ocurridos en situaciones de brote, correspondientes a las enfermedades contenidas en la lista de EDO. El análisis de todos los brotes epidémicos se presenta el informe “Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2006” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Abril 2007. Volumen 13. Nº 4).

2.- METODOLOGIA

2.1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

La información analizada procede de las siguientes fuentes:

- Notificaciones realizadas por los centros de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
- Notificaciones realizadas por los centros hospitalarios (públicos y privados).
- Notificaciones realizadas por otras instituciones (sanitarias públicas o privadas, residencias de ancianos, particulares, centros de atención a menores).
- Notificaciones realizadas por Instituciones Penitenciarias.
- Datos históricos del sistema de EDO de la CM.
- Datos del sistema de EDO nacional, proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud "Carlos III").
- Sistema de Vigilancia Microbiológica de la CM.

2.2.- VARIABLES

2.2.1.- Variables relacionadas con el centro notificador

- Ubicación del centro notificador: área y distrito sanitario.
- Nivel asistencial al que pertenece (atención primaria, especializada, otros).

2.2.2.- Variables para el cálculo de la cobertura del sistema (sólo para centros de Atención Primaria)

- Número total de médicos generales y pediatras del centro que pasaron consulta cada semana.
- Número total de médicos generales y pediatras del centro que notificaron cada semana.

2.2.3.- Variables recogidas en la notificación de EDO numéricas (gripe y varicela)

- Enfermedad notificada.
- Semana epidemiológica en la que se produjo el caso.
- Identificación del centro notificador.

2.2.4.- Variables recogidas en la ficha de notificación de EDO con datos epidemiológicos básicos

- Enfermedad
- Semana epidemiológica en que se produjo el caso.
- Identificación del centro notificador.
- Edad y /o fecha de nacimiento.
- Sexo.
- País de nacimiento del enfermo.
- Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos.
- Residencia del enfermo en el momento de aparición de la enfermedad.
- Fecha de inicio de los síntomas.

- Asociación a otro caso.
- Colectivo de aparición (familia, centro escolar, institución cerrada).
- Derivación del caso.
- Centro de derivación (hospital, centro de especialidades, etc).
- Tipo de diagnóstico (clínico, serológico, microbiológico, otros).
- Si la enfermedad notificada es una hepatitis vírica: tipo de hepatitis (A, B, C, Delta, E), marcadores serológicos y factores de riesgo asociados a la transmisión (consumo de drogas por vía parenteral –CDVP-, sexual, otros).
- Si la enfermedad es vacunable: estado vacunal, número de dosis y fecha de la última dosis.
- Clasificación del caso, en base a la definición de caso establecida (sospechoso, probable, confirmado).

2.2.5.- Variables recogidas en la ficha notificación de EDO con protocolos específicos

Se recogen todas las variables de EDO con datos epidemiológicos básicos y aquellas relacionadas con los factores de riesgo u otras características propias de cada enfermedad (Brucelosis, Leishmaniasis, Legionelosis, Paludismo...).

2.3.- INDICADORES

Se han utilizado indicadores de morbilidad notificada y funcionamiento del propio sistema de vigilancia.

2.3.1.- Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

- **Número de centros notificadores.**
- **Número de notificaciones recibidas.** Es habitual que de un mismo caso se reciban varias notificaciones. Los datos que contienen todas ellas se integran para completar la información necesaria.
- **Cobertura de médicos notificadores en la CM (%):**

$$\frac{\text{Nº médicos de atención primaria del SERMAS que notificaron cada semana}}{\text{Nº médicos de atención primaria del SERMAS que pasaron consulta cada semana}} \times 100$$

- **Casos duplicados.** Se considera un caso como duplicado cuando coincide con otro caso en nombre, apellidos y diagnóstico, o bien cuando, ante la falta de nombre y apellidos, coincide en fecha de nacimiento, sexo y diagnóstico. Cuando se comprueba que efectivamente se trata de un duplicado, se elimina el caso con fecha posterior de notificación, asignando al que permanece la notificación del que se elimina.
- **Número de casos notificados.**
- **Grado de cumplimentación de las variables** (sólo para EDO con datos básicos):

$$\frac{\text{Nº de registros con cumplimentación de una determinada variable}}{\text{Nº total de registros en los que la recogida de dicha variable es pertinente}} \times 100$$

2.3.2.- Indicadores de morbilidad

- **Número de casos notificados.**
- **Diferencia del nº de casos entre 2006 y 2005:**

Nº casos notificados (enfermedad #) en 2006 - Nº casos notificados (enfermedad #) en 2005

- **Tasas de incidencia acumulada (TI):** para su cálculo se ha utilizado la población recogida en la actualización del Padrón municipal de la CM de 2006.

$$TI (CM): \frac{N^{\circ} \text{ casos}^* \text{ (enfermedad \#) en 2006}}{\text{Población CM}} \times 100.000$$

* Casos notificados al Sistema de Vigilancia, excepto en aquellas enfermedades con registro específico, en el que se contabilizan los casos en función del año de diagnóstico.

- **Comparación histórica de tasas.** Se presenta el siguiente indicador:
 - *Porcentaje de variación de la TI (CM) con respecto a la tasa mediana (2001-2005)*

$$\frac{TI (CM 2006) - TI \text{ mediana (2001 - 2005)}}{TI \text{ mediana (2001 - 2005)}} \times 100$$

- **Comparación de tasas con el nivel nacional:** Se ha utilizado la razón de tasas de incidencia, tomando como referencia la TI de España.

- *Razón de TI:* $\frac{TI (CM)}{TI (España)}$

- **Tasas de incidencia acumulada por localización geográfica:** la comparación de los resultados se ha realizado por los niveles geográficos: área y distrito sanitario del domicilio del caso (excepto gripe y varicela donde se representa área y distrito del notificador). Se han utilizado los siguientes indicadores:

- **TI (nivel geográfico):**

$$\frac{N^{\circ} \text{ casos notificados (enfermedad \#) en 2006 (nivel geográfico \#)}}{\text{Población CM (nivel geográfico \#)}} \times 100.000$$

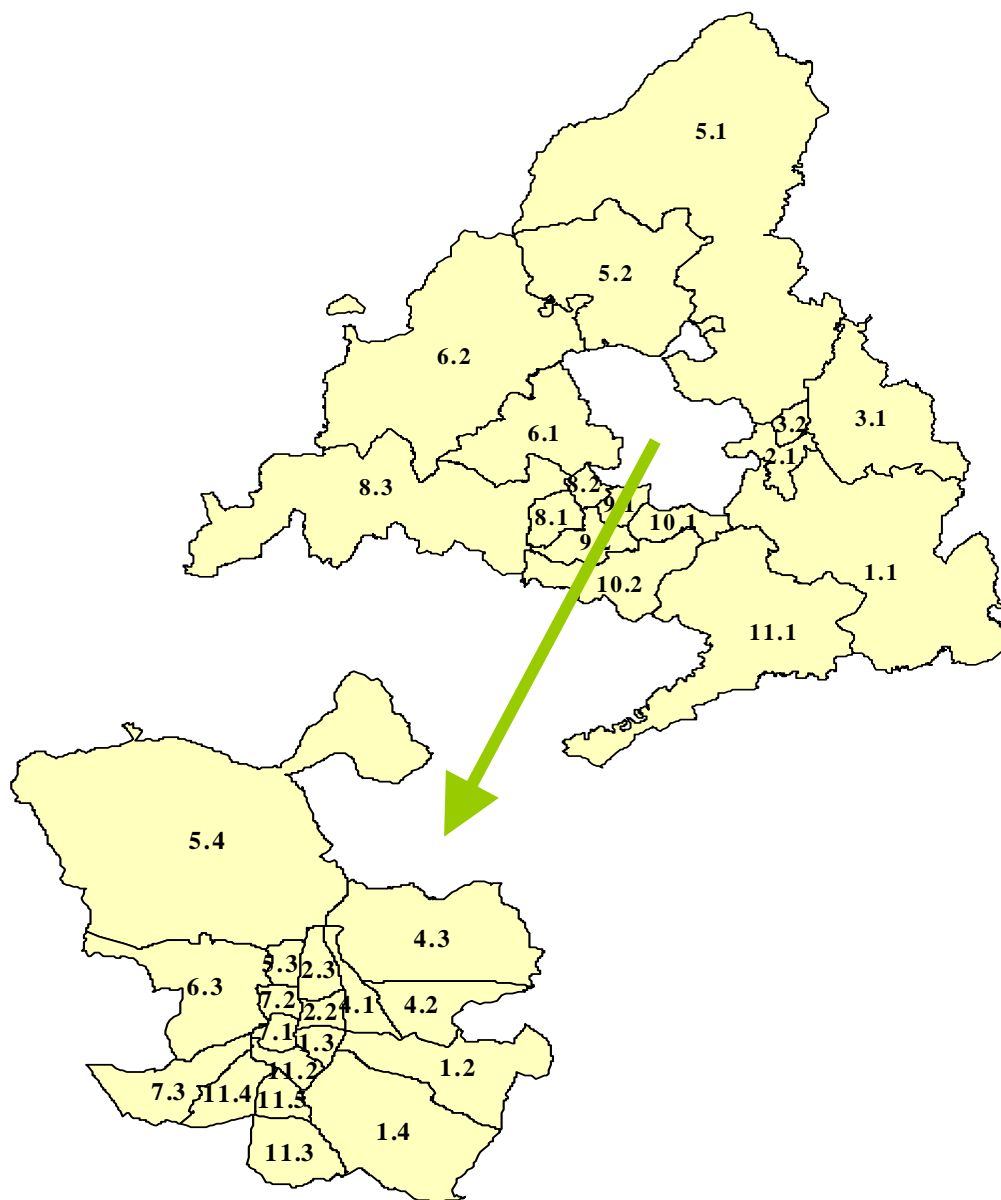
- **Porcentaje de variación de las TI (Area #) en relación con la TI (CM):**

$$\frac{TI (Area \#) - TI (CM)}{TI (CM)} \times 100$$

Las tasas de incidencia por distrito sanitario se han representado en gráficos de barras y en mapas, para cuya confección se han utilizado las fronteras de los municipios de la CM, proporcionadas por el Instituto Geográfico Nacional. El porcentaje de variación de las tasas por área con respecto a la tasa de la CM se ha representado mediante gráficos de barras.

I.

ZONIFICACION SANITARIA			
Area	Distrito	Area	Distrito
Área 1	1.1 Arganda 1.2 Moratalaz 1.3 Retiro 1.4 Vallecas	Área 7	7.1 Centro 7.2 Chamberí 7.3 Latina
Área 2	2.1 Coslada 2.2 Salamanca 2.3 Chamartín	Área 8	8.1 Móstoles 8.2 Alcorcón 8.3 Navalcarnero
Área 3	3.1 Alcalá de Henares 3.2 Torrejón de Ardoz	Área 9	9.1 Leganés 9.2 Fuenlabrada
Área 4	4.1 Ciudad Lineal 4.2 San Blas 4.3 Hortaleza	Área 10	10.1 Parla 10.2 Getafe
Área 5	5.1 Alcobendas 5.2 Colmenar Viejo 5.3 Tetuán 5.4 Fuencarral	Área 11	11.1 Aranjuez 11.2 Arganzuela 11.3 Villaverde 11.4 Carabanchel 11.5 Usera
Área 6	6.1 Majadahonda 6.2 Collado Villalba 6.3 Moncloa		



3.- RESULTADOS

3.1.- FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

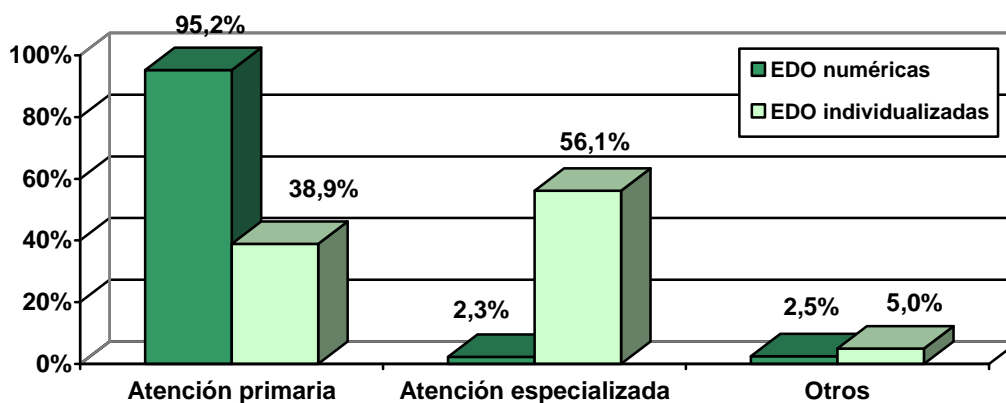
3.1.1.- Centros notificadores

Durante el año 2006 participaron en el sistema 381 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (71,9%). El 16,3% era centros de atención especializada hospitalaria y no hospitalaria, y el 11,8% restante eran centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, etc.)

3.1.2.- Notificaciones recibidas según modalidad de notificación y nivel asistencial del notificador.

El número total de notificaciones recibidas fue de 27.166, de las cuales el 82,1% corresponde a notificaciones semanales de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 17,9% restante son notificaciones de EDO con datos epidemiológicos básicos. En el gráfico 1 se muestra la distribución de las notificaciones recibidas en función del nivel asistencial del notificador.

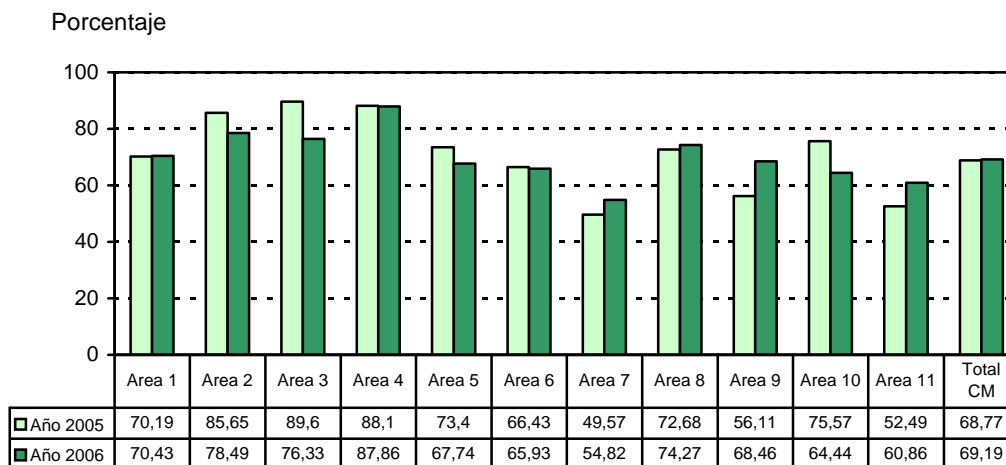
Gráfico 1.- Notificaciones de EDO según modalidad de notificación y nivel asistencial. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.1.3.- Cobertura del sistema

La cobertura de médicos notificadores de atención primaria SERMAS alcanzada en la CM durante el año 2006 fue de 69,19%. En el gráfico 2 se presentan las coberturas por área de salud para el año 2005 y el 2006. En 5 áreas se superó el 70%.

Gráfico 2.- Cobertura del sistema por áreas de salud (sólo nivel de atención primaria). Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



3.1.4.- Casos duplicados.

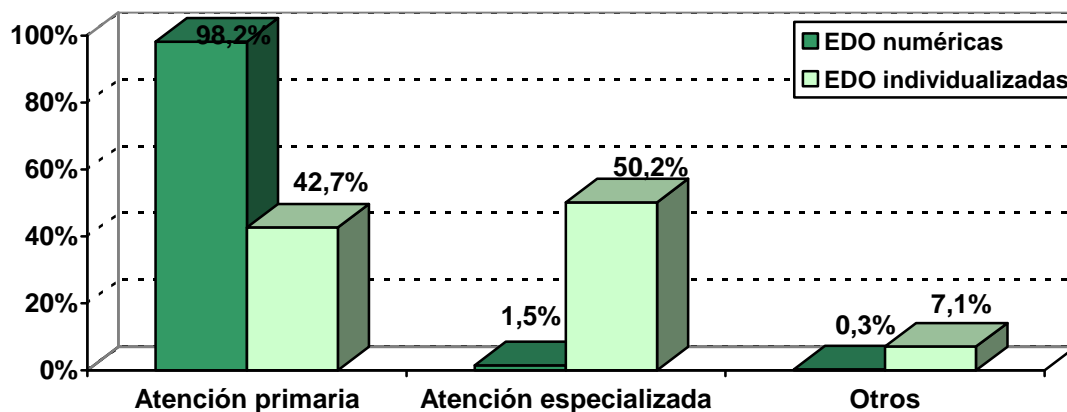
Se identificaron 9 casos duplicados, uno de ellos correspondiente a parotiditis y los 8 restantes correspondientes a tuberculosis. Estos casos se eliminaron antes de continuar con el análisis.

3.1.5.- EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial.

En 2006 se notificaron un total de 95.734 casos de EDO, de los cuales el 95,6% correspondía a EDO numéricas y el 4,4% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 98,2% de los casos de enfermedad de declaración numérica fue notificado por el nivel de atención primaria. En cuanto a las EDO con datos epidemiológicos básicos, el 50,2 % fue notificado por atención especializada y el 42,7 % por atención primaria (gráfico 3). Hay que señalar que para este análisis sólo se considera el primer notificador de cada caso, ya que es el que alerta al sistema.

Gráfico 3.- EDO según modalidad de notificación y nivel asistencial del primer notificador. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.1.6.- Grado de cumplimentación de las variables

El grado de cumplimentación de las variables recogidas en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos se presenta en la tabla 1. La cumplimentación de las variables relacionadas con el domicilio del caso del caso (área y distrito), así como edad, sexo y tipo de diagnóstico, supera el 95,0%.

Tabla 1.- Grado de cumplimentación de las variables epidemiológicas básicas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2006.

VARIABLE	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN
Área sanitaria	97,8 %
Distrito sanitario	95,7 %
Edad	99,9 %
Sexo	99,9%
Tipo de diagnóstico (clínico, serológico, microbiológico y/u otros)*	98,8 %
Fecha de inicio de los síntomas	83,6 %

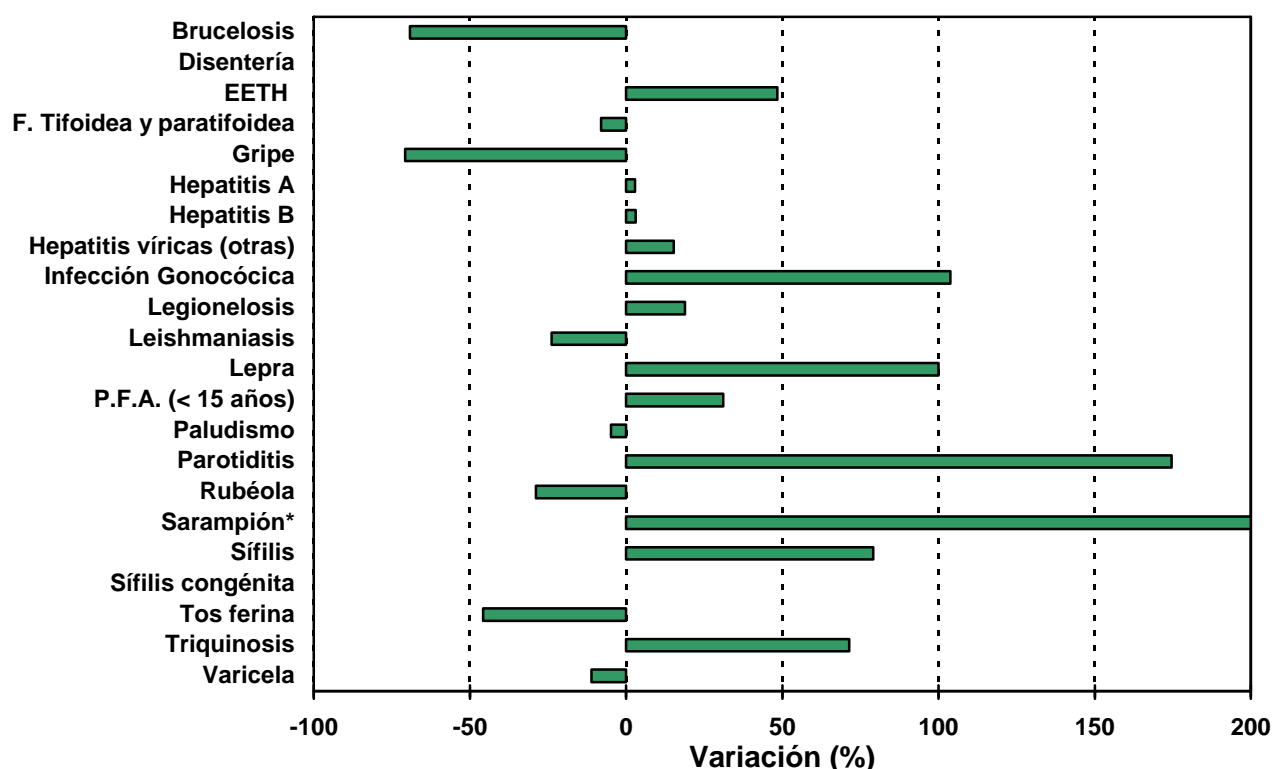
* El grado de cumplimentación de esta variable se ha calculado excluyendo los casos de tuberculosis.

3.2.- COMPARACIÓN DE LA TASA DE INCIDENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2006 CON LA MEDIANA DE LAS TASAS EN EL QUINQUENIO ANTERIOR.

El gráfico 4 compara la tasa de incidencia (TI) de las enfermedades estudiadas en la CM en el año 2006 con la mediana de las TI de la CM en el quinquenio anterior. Se excluyen las infecciones que causan meningitis así como la tuberculosis, ya que la información detallada sobre estas enfermedades se presenta respectivamente en dos informes del Boletín Epidemiológico de la CM: “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2006” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Febrero 2007. Volumen 13. Nº 2) y “Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2006” (Pendiente de publicar).

Se observa un aumento en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para: sarampión (1.129,17%), parotiditis (174,59%), infección gonocócica (103,74%), lepra (100,00%), sífilis (79,13%), triquinosis (71,43%), EETH (48,39%), parálisis flácida aguda (P.F.A.) en < 15 años (31,07%), legionelosis (18,87%), otras hepatitis víricas (15,30%), hepatitis B (3,06%) y hepatitis A (2,83%). Se percibe un descenso en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para las siguientes enfermedades: paludismo (4,80%), fiebre tifoidea y paratifoidea (8,00%), varicela (11,08%), leishmaniasis (23,81%), rubéola (28,89%), tos ferina (45,76%), brucelosis (69,23%) y gripe (70,68%).

Gráfico 4.- Comparación de la tasa de incidencia acumulada de la Comunidad de Madrid en el año 2006 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio anterior. Comunidad de Madrid.



3.3.- RESULTADOS POR ENFERMEDAD

En la tabla 2 aparece el número de casos y tasas de incidencia acumulada en los años 2006 y 2005 en la CM y en España. Así mismo en las tablas 3 y 4 se muestra el número de casos y las tasas de incidencia acumulada en la CM durante el año 2006 por áreas de salud.

Tabla 2. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2006-2005.

Enfermedades	Comunidad de Madrid				España			
	Casos		Tasas		Casos		Tasas	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Brucelosis	7	10	0,12	0,17	321	353	0,81	0,89
Disentería	27	27	0,45	0,45	181	186	0,46	0,47
E. C. J.*	14	12	0,23	0,20	76	95	0,19	0,24
Enfermedad meningocócica	98	98	1,63	1,64	794	871	2,00	2,19
Fiebre tifoidea y paratifoidea	14	11	0,23	0,18	84	75	0,21	0,19
Gripe	55.198	150.292	918,71	2.519,93	473.990	1.349.539	1.194,20	3.400,12
Hepatitis A	175	169	2,91	2,83	1.494	1.139	3,76	2,87
Hepatitis B	142	137	2,36	2,30	799	659	2,01	1,66
Hepatitis víricas (otras)	127	124	2,11	2,08	748	680	1,88	1,71
Infección gonocócica	131	90	2,18	1,51	1.423	1.155	3,59	2,91
Legionelosis	76	63	1,26	1,06	1.343	1.296	3,38	3,27
Leishmaniasis	19	24	0,32	0,40				
Lepra	5	1	0,08	0,02	15	10	0,04	0,03
Meningitis bacterianas (otras)	117	125	1,95	2,10				
Meningitis vírica	579	237	9,64	3,97				
Paludismo	131	123	2,18	2,06	400	332	1,01	0,84
P. F. A. (< 15 años).**	13	9	1,49	1,04	42	44	0,66	0,73
Parotiditis	909	292	15,13	4,90	6.885	2.458	17,35	6,19
Rubéola	19	479	0,32	8,03	89	592	0,22	1,49
Sarampión	177	5	2,95	0,08	334	20	0,84	0,05
Sífilis	222	178	3,69	2,98	1.711	1.344	4,31	3,39
Sífilis congénita	2	0	0,03	0,00	18	13	0,05	0,03
Tos ferina	96	89	1,60	1,49	383	304	0,96	0,77
Triquinosis	7	2	0,12	0,03	36	11	0,09	0,03
Tuberculosis respiratoria***	894	885	14,88	14,84	5.851	5.765	14,74	14,52
Tuberculosis (otras)***	211	310	3,51	5,20				
Varicela	36.329	22.477	604,66	376,87	177.728	146.113	447,78	368,13

* Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob ** Parálisis flácida aguda (<15 años).

*** Datos procedentes del registro Regional de Tuberculosis de la C. Madrid.

Tabla 3. Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por áreas de salud. Comunidad de Madrid. Año 2006.

ENFERMEDADES	ÁREA 1	ÁREA 2	ÁREA 3	ÁREA 4	ÁREA 5	ÁREA 6	ÁREA 7	ÁREA 8	ÁREA 9	ÁREA 10	ÁREA 11	TOTAL
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	2	7
Disentería	0	2	1	6	1	2	1	1	1	0	12	27
E. C. J.*	0	0	1	3	2	0	1	2	2	0	3	14
Enfermedad meningocócica	15	2	3	12	9	14	11	13	7	7	5	98
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	2	1	1	1	0	3	2	0	3	14
Gripe**	3.225	6.029	2.433	3.389	7.481	5.893	9.415	6.857	2.248	1.223	6.919	55.198 ^{##}
Hepatitis A	6	10	3	5	15	49	22	12	9	3	38	175 [#]
Hepatitis B	4	13	8	4	12	12	19	10	3	8	47	142 [#]
Hepatitis víricas (otras)	2	5	8	2	15	18	10	8	23	5	28	127 [#]
Infección Gonocócica	2	10	1	8	20	16	28	3	6	10	25	131 [#]
Legionelosis	6	4	2	5	6	8	9	14	6	7	9	76
Leishmaniasis	0	0	0	0	3	4	3	4	4	0	1	19
Lepra	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	5
Meningitis bacterianas (otras)	6	5	18	12	7	11	11	12	15	1	18	117 [#]
Meningitis víricas	30	32	72	22	44	70	23	103	75	16	87	579 [#]
Paludismo	3	5	32	3	2	4	13	8	29	3	26	131 [#]
P. F. A. (< 15 años)***	1	2	2	1	1	3	2	0	1	0	0	13
Parotiditis	22	105	61	64	158	101	38	175	93	25	57	909 [#]
Rubéola	2	1	0	1	1	4	0	1	2	1	6	19
Sarampión	10	9	6	7	12	29	17	6	10	22	48	177 [#]
Sífilis	2	17	4	15	25	9	34	7	30	4	67	222 [#]
Sífilis congénita	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Tos ferina	2	11	32	9	6	7	2	3	2	2	14	96 [#]
Triquinosis	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	3	7
Tuberculosis respiratoria****	119	38	46	63	71	44	108	80	62	49	168	894
Tuberculosis (otras)****	27	11	13	7	12	13	34	8	13	12	34	211
Varicela***	4.504	2.507	2.963	2.908	4.051	4.923	3.393	2.595	2.714	1.171	4.594	36.329 ^{###}

* Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob **Clasificación por área de notificador *** Parálisis flácida aguda (<15 años). **** Datos procedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la CM (46 casos de prisiones o albergues o con área de residencia desconocida en la TBC respiratoria y 27 en otras TBC). # Se desconoce el área de residencia en 1 ó más casos. ## Se desconoce el área de notificación en 86 casos. ### Se desconoce el área de notificación en 6 casos.

Tabla 4. Tasas x 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria por áreas de salud. Comunidad de Madrid. Año 2006.

ENFERMEDADES	ÁREA 1	ÁREA 2	ÁREA 3	ÁREA 4	ÁREA 5	ÁREA 6	ÁREA 7	ÁREA 8	ÁREA 9	ÁREA 10	ÁREA 11	TOTAL
Brucelosis	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,21	0,25	0,63	0,25	0,12
Disentería	0,00	0,45	0,29	1,05	0,14	0,31	0,18	0,21	0,25	0,00	1,49	0,45
E. C. J.*	0,00	0,00	0,29	0,52	0,27	0,00	0,18	0,43	0,50	0,00	0,37	0,23
Enfermedad meningocócica	2,02	0,45	0,86	2,10	1,22	2,20	2,03	2,77	1,77	2,20	0,62	1,63
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,00	0,23	0,57	0,17	0,14	0,16	0,00	0,64	0,50	0,00	0,37	0,23
Gripe**	433,81	1367,74	696,11	592,16	1017,62	927,31	1736,02	1461,99	567,44	383,82	859,14	918,71 ^{##}
Hepatitis A	0,81	2,27	0,86	0,87	2,04	7,71	4,06	2,56	2,27	0,94	4,72	2,91 [#]
Hepatitis B	0,54	2,95	2,29	0,70	1,63	1,89	3,50	2,13	0,76	2,51	5,84	2,36 [#]
Hepatitis víricas (otras)	0,27	1,13	2,29	0,35	2,04	2,83	1,84	1,71	5,81	1,57	3,48	2,11 [#]
Infección gonocócica	0,27	2,27	0,29	1,40	2,72	2,52	5,16	0,64	1,51	3,14	3,10	2,18 [#]
Legionelosis	0,81	0,91	0,57	0,87	0,82	1,26	1,66	2,98	1,51	2,20	1,12	1,26
Leishmaniasis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,41	0,63	0,55	0,85	1,01	0,00	0,12	0,32
Lepra	0,13	0,00	0,29	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	0,25	0,31	0,00	0,08
Meningitis bacterianas (otras)	0,81	1,13	5,15	2,10	0,95	1,73	2,03	2,56	3,79	0,31	2,24	1,95 [#]
Meningitis víricas	4,04	7,26	20,60	3,84	5,99	11,02	4,24	21,96	18,93	5,02	10,80	9,64 [#]
Paludismo	0,40	1,13	9,16	0,52	0,27	0,63	2,40	1,71	7,32	0,94	3,23	2,18 [#]
P. F. A. (< 15 años)***	0,13	0,45	0,57	0,17	0,14	0,46	0,37	0,00	0,25	0,00	0,00	1,49
Parotiditis	2,96	23,82	17,45	11,18	21,49	15,89	7,01	37,31	23,48	7,85	7,08	15,13 [#]
Rubéola	0,27	0,23	0,00	0,17	0,14	0,63	0,00	0,21	0,50	0,31	0,75	0,32
Sarampión	1,35	2,04	1,72	1,22	1,63	4,56	3,13	1,28	2,52	6,90	5,96	2,95 [#]
Sífilis	0,27	3,86	1,14	2,62	3,40	1,42	6,27	1,49	7,57	1,26	8,32	3,69 [#]
Sífilis congénita	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03
Tos ferina	0,27	2,50	9,16	1,57	0,82	1,10	0,37	0,64	0,50	0,63	1,74	1,60 [#]
Triquinosis	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37	0,12
Tuberculosis respiratoria****	16,01	8,62	13,16	11,01	9,66	6,92	19,91	17,06	15,65	15,38	20,86	14,88
Tuberculosis (otras)****	3,63	2,50	3,72	1,22	1,63	2,05	6,27	1,71	3,28	3,77	4,22	3,51
Varicela**	605,85	568,74	847,75	508,11	551,05	774,67	625,63	553,28	685,07	367,50	570,44	604,66 ^{###}

* Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob ** Clasificación por área de notificador *** Parálisis flácida aguda (<15 años). **** Datos procedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la CM (46 casos de prisiones o albergues o con área de residencia desconocida en la TBC respiratoria y 27 en otras TBC). # Se desconoce el área de residencia en 1 ó más casos. ## Se desconoce el área de notificación en 86 casos. ### Se desconoce el área de notificación en 6 casos.

3.3.1. – Brucelosis

En el año 2006 se notificaron 7 casos de brucelosis, 3 casos menos que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,12 casos/100.000 habitantes, un 69,23% menor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 0,15 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

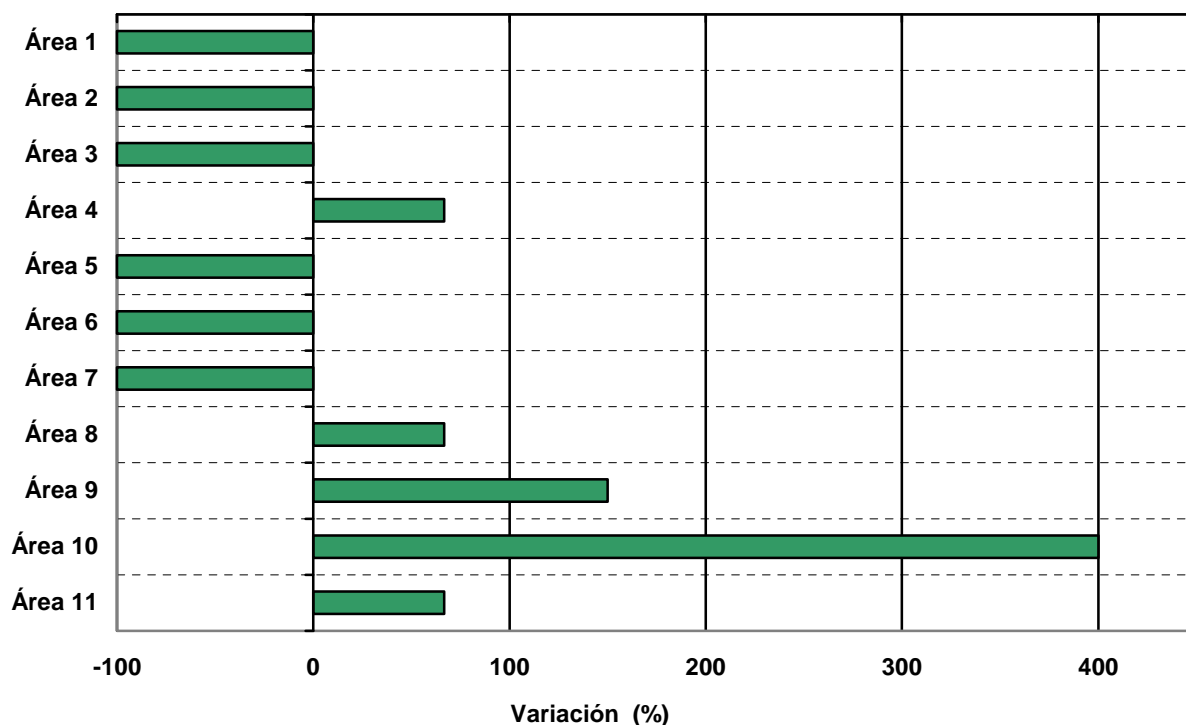
Los 7 casos se produjeron en cinco áreas sanitarias: la 10, la 9, la 11, la 8 y la 4, con 0,63, 0,25, 0,25, 0,21 y 0,17 casos por 100.000 habitantes respectivamente (tabla 4, gráfico 5). Los distritos sanitarios en los que se notificaron los casos fueron: Navalcarnero (Área 8) con 1,12 casos por 100.000 habitantes, Usera (Área 11) con 0,76 casos por 100.000, Aranjuez (Área 11) con 0,68 casos por 100.000, San Blas (Área 4) con 0,67 por 100.000, Getafe (Área 10) 0,64 casos por 100.000, Parla (Área 10) 0,62 casos por 100.000 y Leganés (Área 9) con 0,55 casos por 100.000 habitantes.

El 85,7% de los casos se produjo en varones, y el rango de edad osciló entre 28 y 56 años. El 57,1 % de los casos eran extranjeros.

El 71,4% de los casos se clasificaron como confirmados y el 28,6% restante como sospechoso/probable. En el 57,1% de casos se realizó diagnóstico serológico, y en el 57,1% se hizo diagnóstico microbiológico mediante aislamiento de *Brucella* (tres aislamientos de *Brucella spp.* y uno de *B. abortus*).

Dos de los casos (28,6%) tenían antecedente de contacto laboral habitual con ganado o derivados, y uno de estos casos tenía además el antecedente de consumo de leche cruda y calostro de vaca. Uno de los casos confirmados estaba asociado a un brote de origen profesional con el riesgo localizado en Castilla La Mancha.

Gráfico 5. Brucelosis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.2.- Disentería

Durante el año 2006 se notificaron 27 casos de disentería, el mismo número de casos que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,45 casos/100.000 habitantes, igual que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y muy similar a la tasa alcanzada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 0,98 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas sanitarias 11 y 4 fueron las que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM (tabla 4, gráfico 6). No hubo casos en 17 distritos, y los distritos sanitarios que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Villaverde (5,59/100.000), Hortaleza (1,51/100.000) y Navalcarnero (1,12/100.000).

El 55,6% de los casos se presentaron en mujeres. La edad media de los casos fue de 21 años, con un rango que oscilaba entre 2 y 57 años (gráfico 7). En un caso no se conocía el país de origen, el 76,9% de los casos restantes eran españoles y el 23,1% extranjeros.

El 88,9% de los casos se clasificaron como confirmados, aislándose *Shigella* en todos ellos.

El 40,7% de los casos estaban asociados a otros. Se notificó un brote de 8 casos residentes en un poblado de chabolas del área 11, con edades comprendidas entre 3 y 12 años, 7 de ellos fueron confirmados microbiológicamente y 6 necesitaron hospitalización, se consideró que la fuente de infección estaba en el agua de consumo procedente de una fuente cercana al domicilio. Se presentaron otros dos casos asociados entre sí, en dos niños de 5 y 7 años residentes en el área 4, también con confirmación microbiológica.

Gráfico 6. Disentería. Variación de las tasa de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.

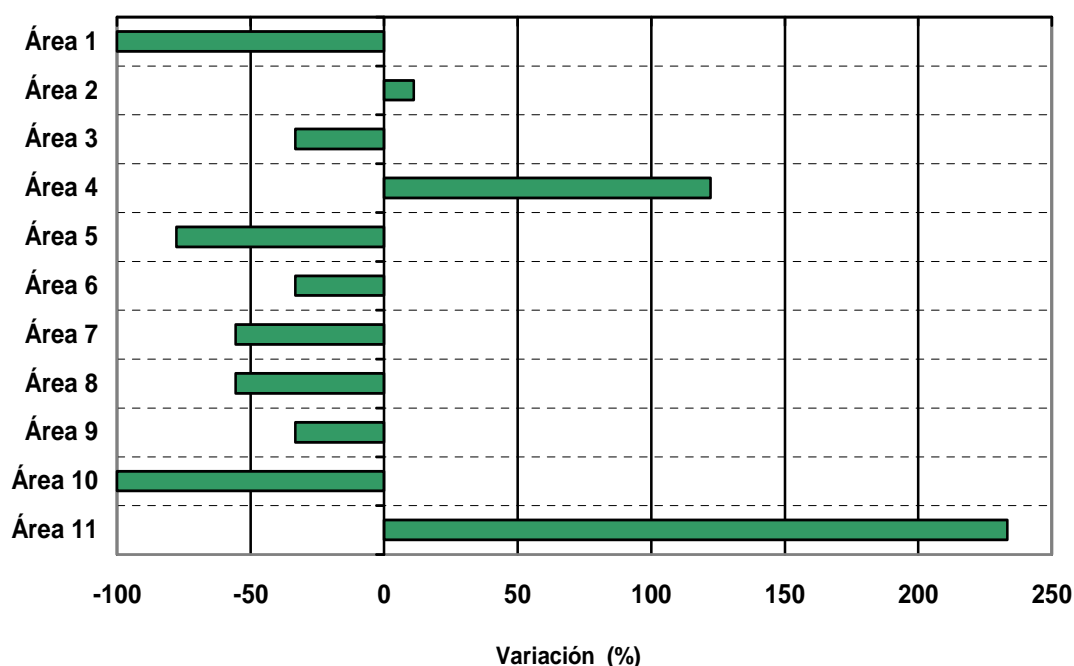
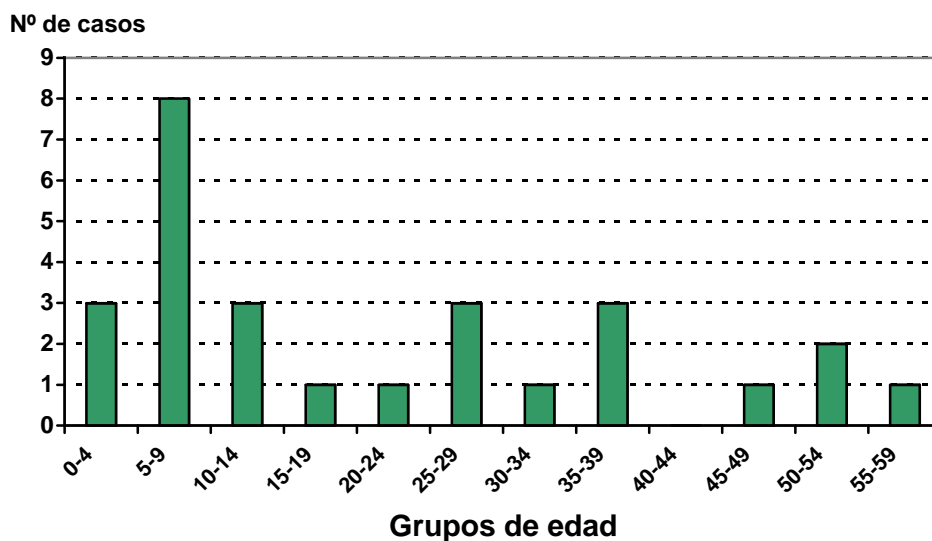


Gráfico 7. Disentería. Distribución por edad.
Comunidad de Madrid. Año 2006.

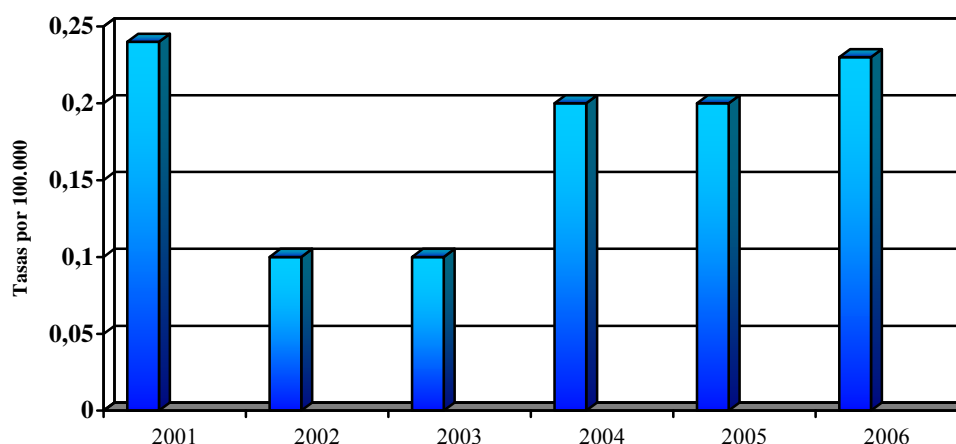


3.3.3.- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

Durante el año 2006 se han notificado 14 casos de ECJ residentes en nuestra Comunidad, lo que representa una incidencia de 0,23 por 100.000 habitantes, cifra muy similar a la de 2005 y algo mayor que la observada a nivel nacional (0,19 casos por 100.000), siendo la razón de tasas de 1,21 (referencia: nivel nacional) (Gráfico 8).

Trece de los casos se han clasificado como ECJ esporádico, según los criterios diagnósticos se han considerado confirmados 4 de ellos, 4 probables y 3 posibles. El 64,3% de los afectados eran mujeres, la mediana de la edad de los casos fue de 68 años, con un rango que variaba entre 39 y 81 años.

Gráfico 8.- Tasa de incidencia de las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas.
Comunidad de Madrid 2001-2006.



3.3.4.- Enfermedad meningocócica

Durante el año 2006 se notificaron 98 casos de enfermedad meningocócica, el mismo número de casos que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,63 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional (2,00 casos por 100.000), siendo la razón de tasas de 0,82 (referencia: nivel nacional) (tabla 2).

Las áreas con mayores tasas de incidencia fueron la 8 (2,77 casos por 100.000), la 6 (2,20 casos por 100.000), la 10 (2,20 casos por 100.000) y la 4 (2,10 casos por 100.000) (tabla 4). Los distritos sanitarios que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Moratalaz (3,52/100.000), Moncloa (3,43/100.000), Navalcarnero (3,37/100.000) y Móstoles (2,79/100.000) (Mapa 1).

De los casos registrados, 72 (73,5%) se han confirmado microbiológicamente (1,20 por 100.000), y el resto han sido sospechas clínicas (0,43 por 100.000). El serogrupo B ha producido el 75,0% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 0,90 casos por cien mil habitantes; y el serogrupo C del 9,7%, con una incidencia de 0,12. Se han notificado 2 casos debidos al serogrupo Y (incidencia 0,03). En 9 casos no se ha determinado el serogrupo.

En la distribución por sexo se observa un ligero predominio de los varones (57,1%), a expensas fundamentalmente de las sospechas clínicas.

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 45,9% de los casos. La mayor incidencia se observa en los menores de un año (24,47 por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (10,23 por 100.000) y el de 15 a 19 años (4,38 por 100.000).

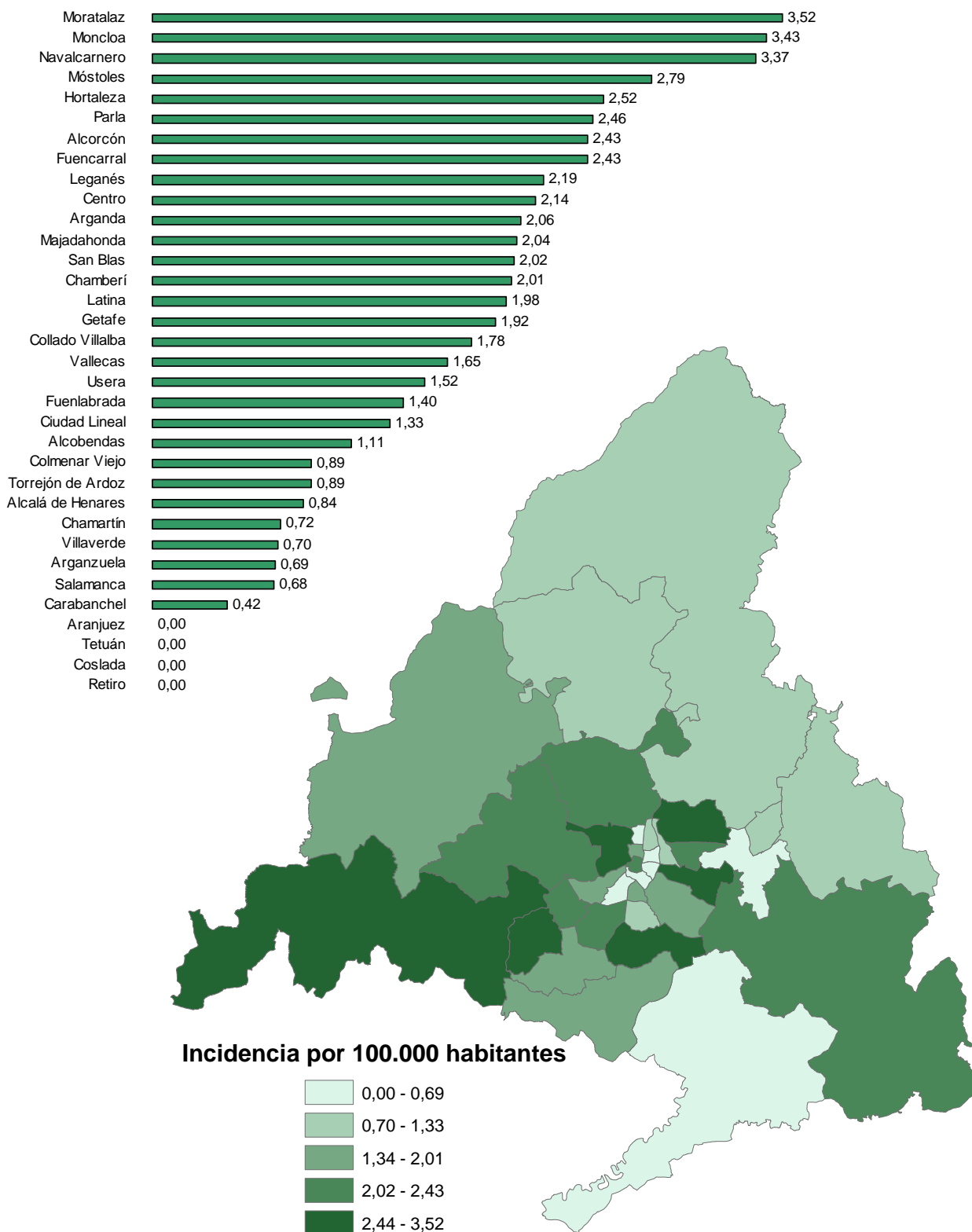
La forma clínica de presentación ha sido meningitis en el 39,8% de los casos, sepsis en el 39,8%, ambas en el 14,3%, meningococemia en el 4,1% y artritis y neumonía en el 1,0% respectivamente.

La evolución de la enfermedad meningocócica se conoce en el 87,8% de los casos, siendo favorable en el 84,9% de los mismos. Se ha notificado el fallecimiento de 10 pacientes; la letalidad para el total de casos confirmados ha sido del 13,9%. No se ha registrado ningún fallecimiento entre los casos de sospecha clínica. Se ha informado del desarrollo de secuelas en 3 casos (3,5%): un varón de 7 años con meningitis y sepsis por meningococo B que presentó necrosis de miembros inferiores e insuficiencia renal, un varón de 17 años con sepsis por meningococo B que presentó necrosis cortical renal y una mujer de 39 años con sepsis por meningococo C que presentó pérdida de audición.

En el año 2006 se han registrado 2 casos asociados de enfermedad meningocócica, se trataba de dos casos coprimarios debidos a serogrupo B, en dos hermanos varones de 15 y 16 años de edad.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2006.”* se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Febrero 2007. Volumen 13. Nº 2).

Mapa 1. Enfermedad meningocócica. Tasa de Incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.5.- Fiebre tifoidea y paratifoidea

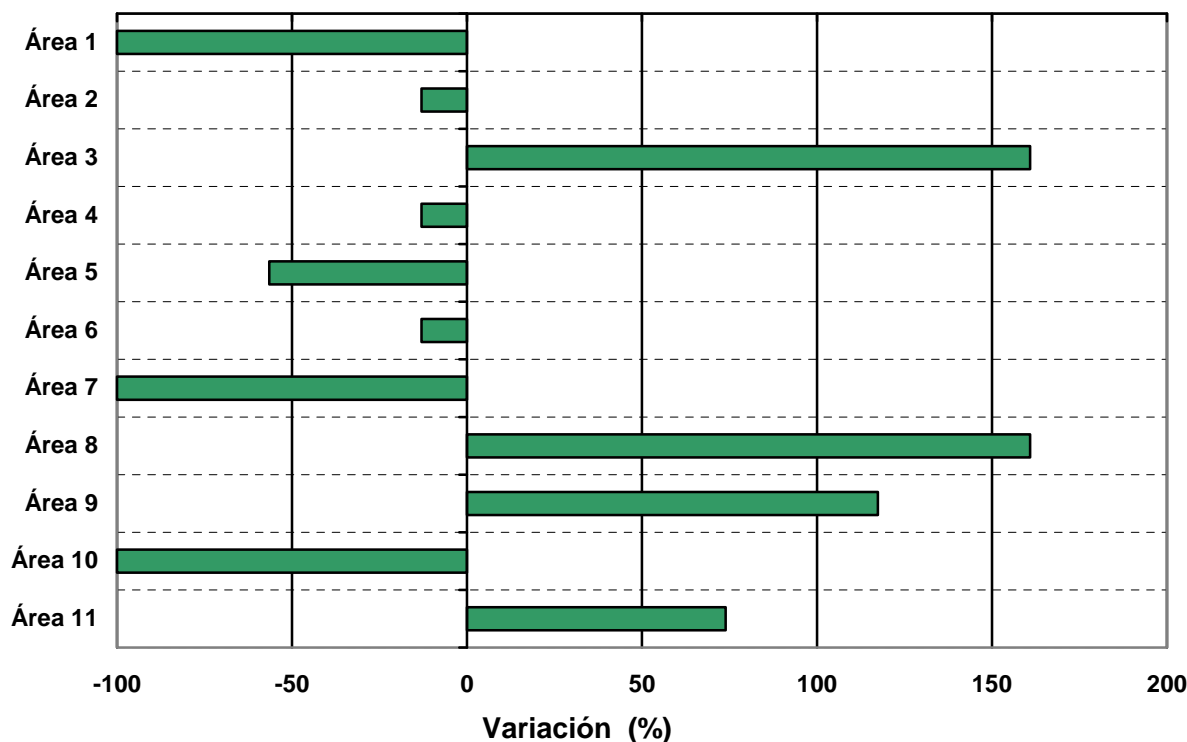
En el año 2006 se notificaron 14 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, 3 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,23 casos por 100.000 habitantes, cifra un 8,00% menor que la mediana de las tasas de la CM en el quinquenio anterior, y algo mayor que la observada a nivel nacional ese mismo año, siendo la razón de tasas 1,10 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

No se notificó ningún caso en las áreas 1, 7 y 10. Las mayores tasas de incidencia se registraron en el área 8 (0,64 casos/100.000 habitantes), área 3 (0,57 /100.000), área 9 (0,50/100.000) y área 11 (0,37/100.000) (tabla 4, gráfico 9). Los casos se distribuyeron en 11 de los 34 distritos sanitarios, y los que presentaron mayores tasas de incidencia fueron Fuenlabrada (0,94 casos/100.000 habitantes), Móstoles (0,93 casos/100.000 habitantes) y Alcalá de Henares (0,84 casos/100.000 habitantes).

En cuanto a la distribución por género, se observó un ligero predominio en mujeres (57,1%). La mediana de edad fue de 26,5 años, con un rango que oscilaba entre 2 y 85 años. El país de origen se desconocía en dos casos y el 50,0% de los casos restantes eran extranjeros.

El 50,0% de los casos se clasificaron como confirmados, con confirmación microbiológica en todos ellos.

Gráfico 9.- Fiebre tifoidea. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2006.



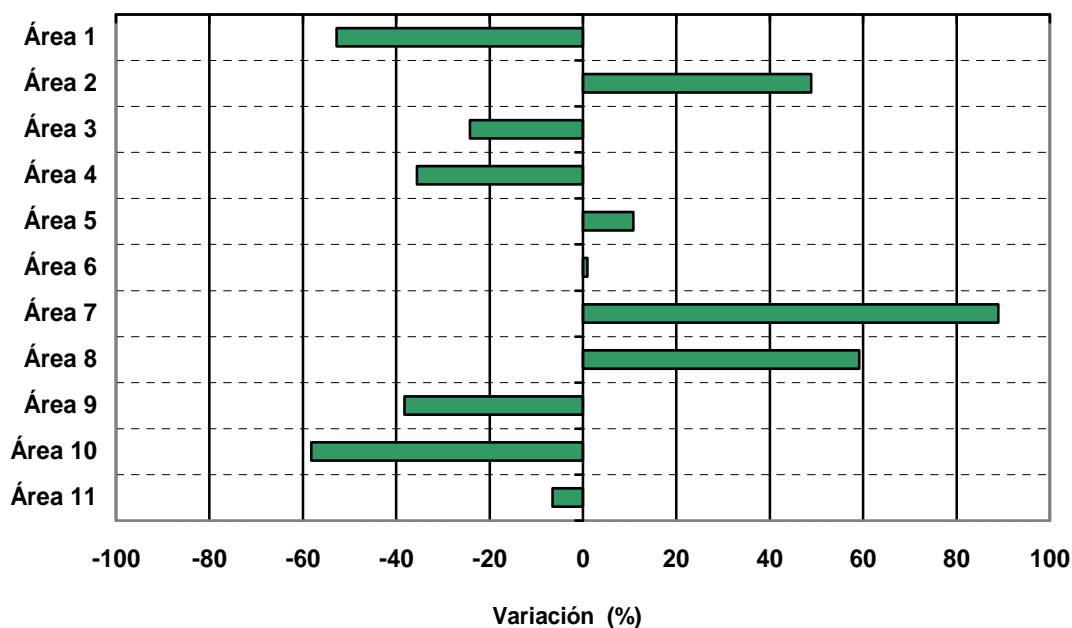
3.3.6.- Gripe

Durante el año 2006 se notificaron 55.198 casos de gripe, 95.094 casos menos que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 918,71 casos por 100.000 habitantes, un 70,68% menor que la mediana de las tasas de incidencia del quinquenio anterior en la CM, y menor que la observada a nivel nacional para ese mismo año, siendo la razón de tasas 0,77 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

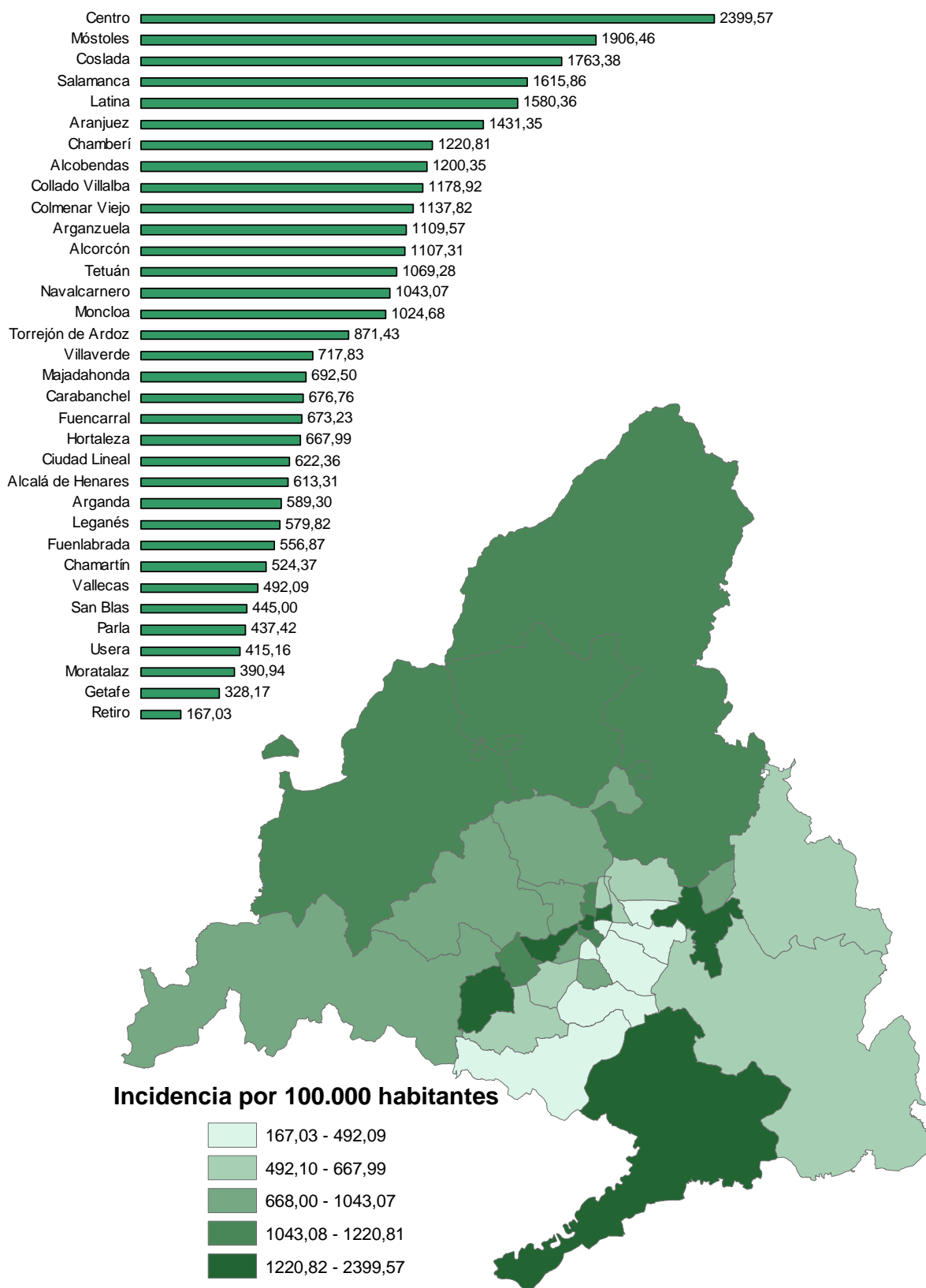
Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación a la de la CM fueron la 7 (1.736,02 casos por 100.000), la 8 (1.461,99 casos por 100.000), la 2 (1.367,74 casos por 100.000) y la 5 (1.017,62 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 10). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (2.399,57 por 100.000), Móstoles (1.906,46 por 100.000) y Coslada (1.763,38 por 100.000) (Mapa 2).

En el informe “**Temporada de gripe 2006-2007 en la Comunidad de Madrid**” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Marzo 2007. Volumen 13. Nº 3) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 10. Gripe. Variación de las tasas de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Mapa 2. Gripe. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.7.- Hepatitis víricas

En el año 2006 se notificaron 444 casos de hepatitis víricas, 14 casos más que en el año 2005. El 39,4% fue hepatitis A, el 32,0% hepatitis B y el 28,6% otras hepatitis víricas.

3.3.7.1.- Hepatitis A

Durante el año 2006 se notificaron 175 casos de hepatitis A, 6 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,91 casos por 100.000 habitantes, un 2,83% mayor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM, y menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 0,77 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 6 (7,71 casos por 100.000 habitantes), la 11 (4,72 casos por 100.000 habitantes) y la 7 (4,06 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 11). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Aranjuez (18,47 casos por 100.000 habitantes), Majadahonda (13,61 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (5,61 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (5,36 casos por 100.000 habitantes) y Centro (4,28 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 3).

El 52,0% de los casos se produjeron en varones. En un caso se desconocía la edad, y el rango de edad de los casos restantes oscilaba entre 1 y 74 años, con una media de 24,3 años, siendo el 71,3% menores de 35 años. En 5 casos no se conoce el país de origen, el 82,4% de los casos restantes son españoles, el 10,6% latinoamericanos, el 4,7% africanos, el 1,7% europeos y el 0,6% asiáticos. En el gráfico 12 se presenta la distribución de edad de los casos según el país de origen.

El 84,0% de los casos se clasificaron como confirmados, y en el 77,1% se detectó Ig M anti VHA.

En un caso (0,6%) existía antecedente de contacto sexual de riesgo y en 8 casos (4,6%) no existía ningún factor de riesgo conocido. Se disponía información sobre la vacunación en 110 casos, de los que sólo 7 estaban vacunados (el 4,0% del total). En 26 casos (14,9%) constaba el antecedente de viaje o estancia reciente a zonas endémicas de hepatitis A, se desconocía el estado vacunal de 4 de estos casos, 21 no estaban vacunados y el otro caso había recibido una dosis de vacuna, probablemente después de contraer la enfermedad.

En cuanto al modo de presentación se produjeron 6 brotes de hepatitis A en la CM, con un total de 60 afectados de los cuales 4 necesitaron hospitalización. El 58,3% de estos casos estaban vinculados a dos brotes en dos escuelas infantiles (35 casos), el 31,7% a un brote en un poblado gitano (19 casos), y los 6 restantes a 3 brotes producidos en el entorno familiar.

Gráfico 11. Hepatitis A. Variación de las tasas de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.

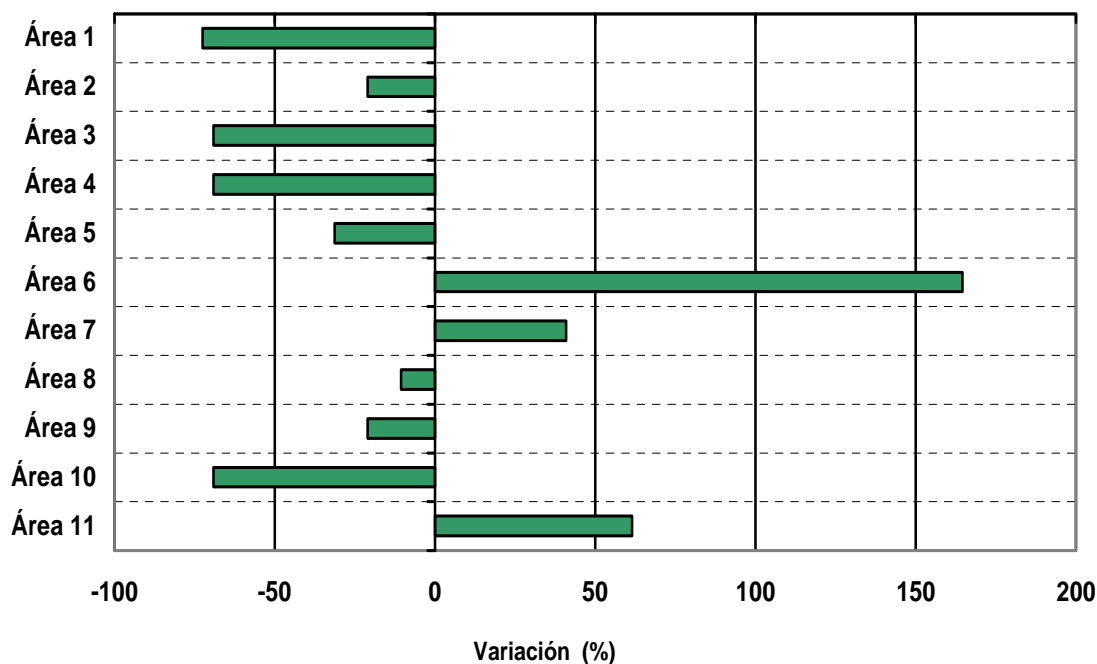
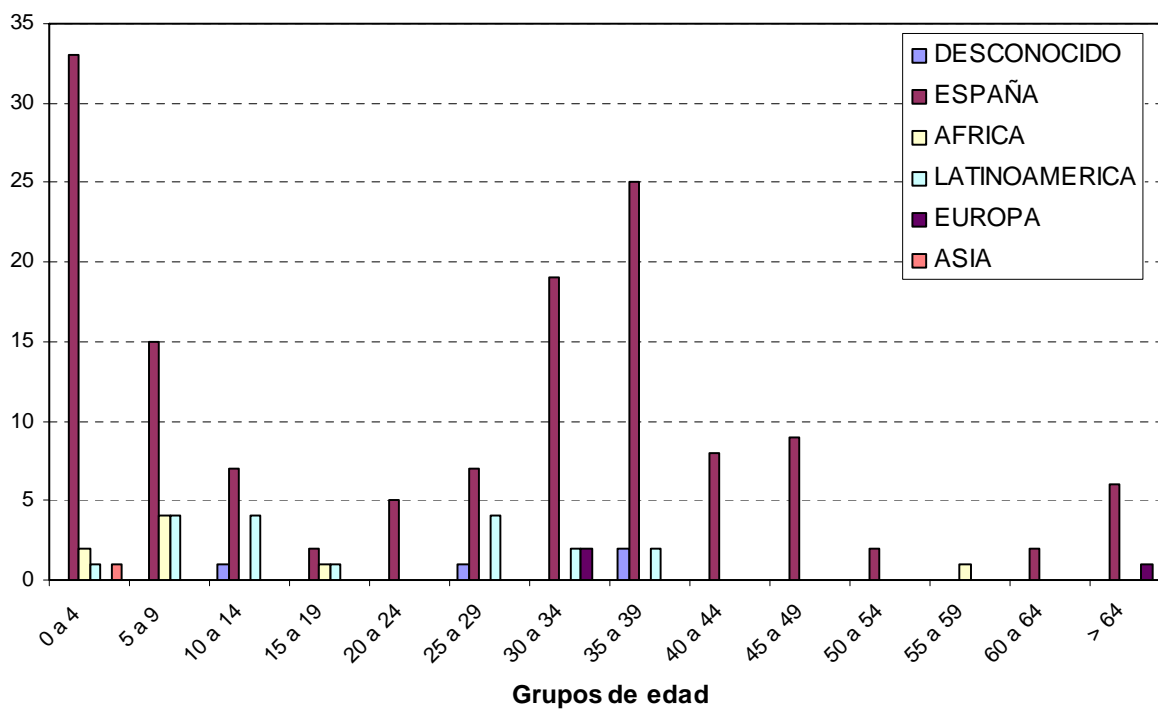
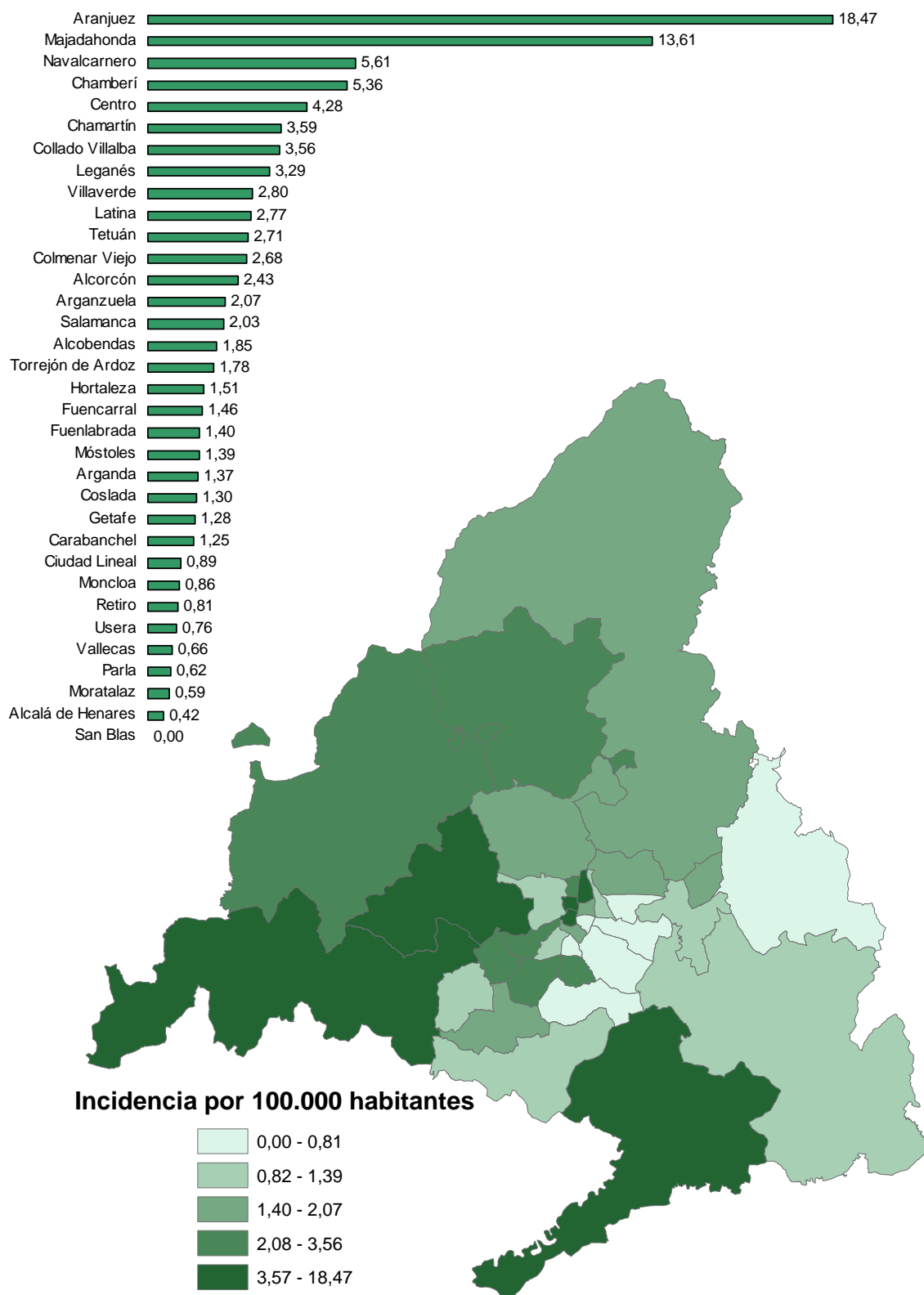


Gráfico 12.- Distribución de los casos de Hepatitis A por grupos de edad según el país de origen. Comunidad de Madrid. Año 2006.

Nº casos



Mapa 3.- Hepatitis A. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.7.2.- Hepatitis B

En el año 2006 se notificaron 142 casos de hepatitis B en la CM, 5 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,36 casos por 100.000 habitantes, un 3,06% mayor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y mayor que la observada a nivel nacional siendo la razón de tasas 1,17 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

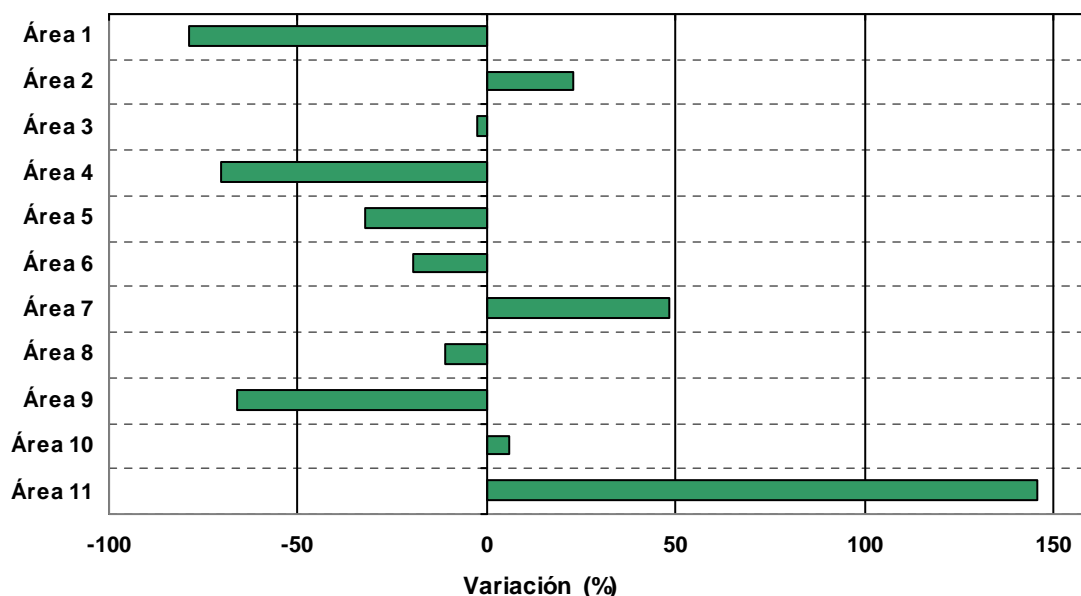
Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con las de la CM fueron la 11 (5,84 casos por 100.000 habitantes) y la 7 (3,50 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 13). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Villaverde (6,99 casos por 100.000 habitantes), Aranjuez (6,84 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (5,53 casos por 100.000 habitantes) y Carabanchel (5,43 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 4).

El 69,7% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 17 y 81, siendo el 76,1% mayores de 30 años (gráfico 14). No se dispone de información sobre el país de origen en 18 casos, siendo españoles el 58,1% de los casos restantes.

El 41,5% de los casos fueron clasificados como confirmados con Ig M antiHBc positiva. De los 83 casos sospechosos/probables, el 57,8% presentaron Ag HBs positivo.

En 16 casos (11,3%) existían antecedentes de contacto sexual de riesgo y un caso era usuario de drogas por vía parenteral. En relación al estado vacunal, el 2,8% de los casos confirmados refieren estar vacunados. La vacuna frente a hepatitis B se introdujo en nuestra Comunidad Autónoma en 1985, y en 2006 se notificaron 6 casos nacidos después de 1984, que teóricamente deberían estar vacunados. De estos 6 casos, 4 nacieron fuera de España y en los 2 casos nacidos en nuestro país, uno no estaba vacunado y en el otro se desconoce el estado vacunal, siendo ambos mayores de 18 años.

Gráfico 13.- Hepatitis B. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Mapa 4.- Hepatitis B. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.

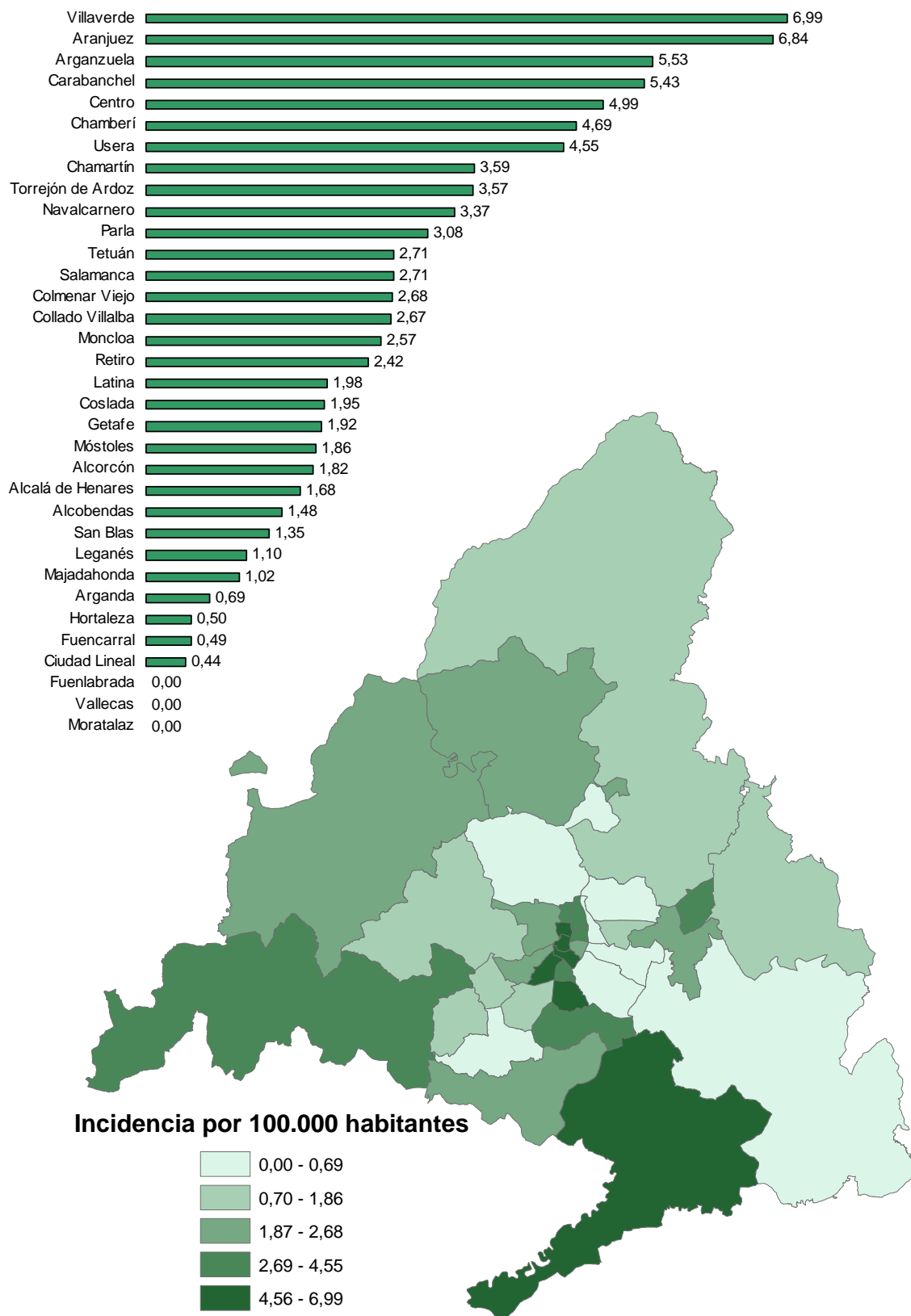
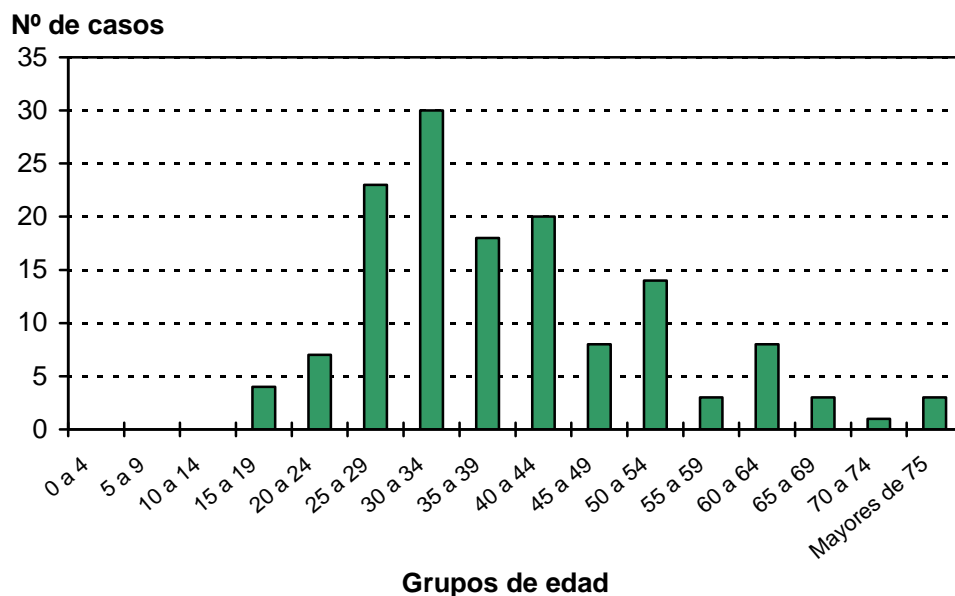


Gráfico 14. Hepatitis B. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.7.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2006 se notificaron 127 casos de otras hepatitis víricas, 3 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,11 casos por 100.000 habitantes, un 15,30% superior a la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y mayor a la observada a nivel nacional para ese mismo año, con una razón de tasas de 1,12 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 9, la 11, la 6 y la 3 (gráfico 15). Los distritos sanitarios que presentaron una tasa más elevada fueron Fuenlabrada (7,96/100.000), Carabanchel (4,60/100.000), Usera (4,55/100.000), Collado Villalba (4,45/100.000) y Villaverde (4,19/100.000) (Mapa 5).

El 52,0% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 12 y 86 años, con una media de 49 años (Gráfico 16). El país de origen se desconocía en un caso, el 82,7% de los casos eran españoles y el resto extranjeros.

Se notificaron 11 casos sospechosos/probables sin especificar el tipo de hepatitis. Se notificó un caso confirmado de hepatitis E, con Ac anti-VHE positivo. Los 115 casos restantes estaban clasificados como hepatitis C (90,6%), lo que supone una incidencia de 1,91 casos por 100.00 habitantes, el 97,4% de ellos eran casos confirmados, siendo la prueba de detección de anticuerpo Ig antiVHC positivo en el 87,8%.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de hepatitis C, el 6,1% eran o habían sido CDVP y el 4,3% presentaban antecedentes de contacto sexual de riesgo.

Respecto a la forma de presentación de los casos, en 5 casos se recogía su asociación con otros casos de su entorno familiar y un caso asociado a un pinchazo accidental, pero no se registró la aparición de ningún brote.

Gráfico 15. Otras hepatitis víricas. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.

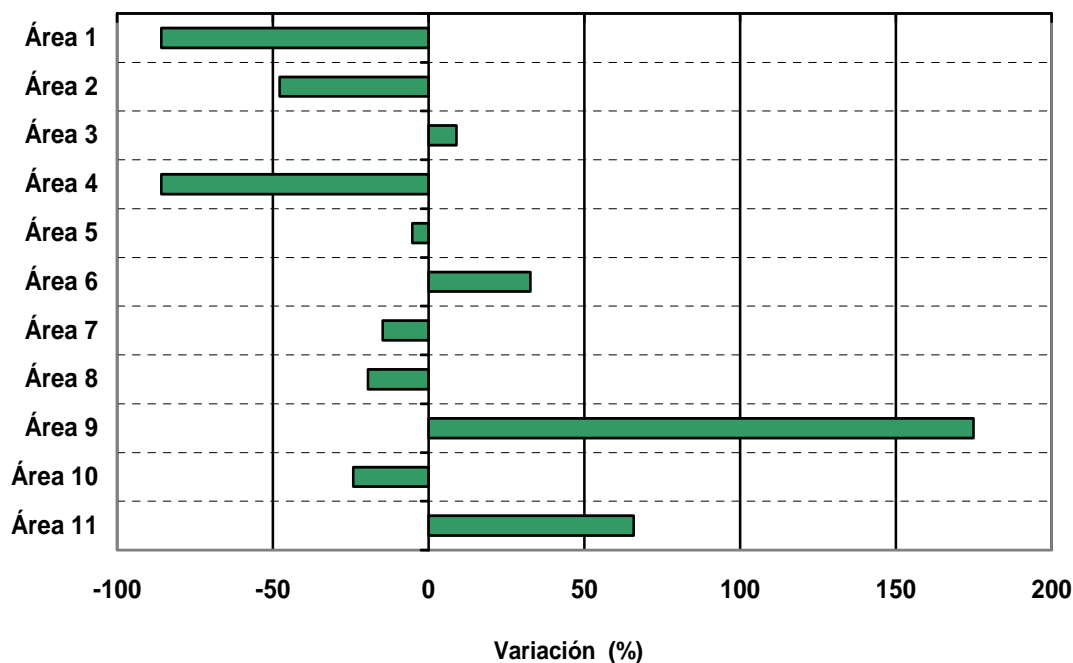
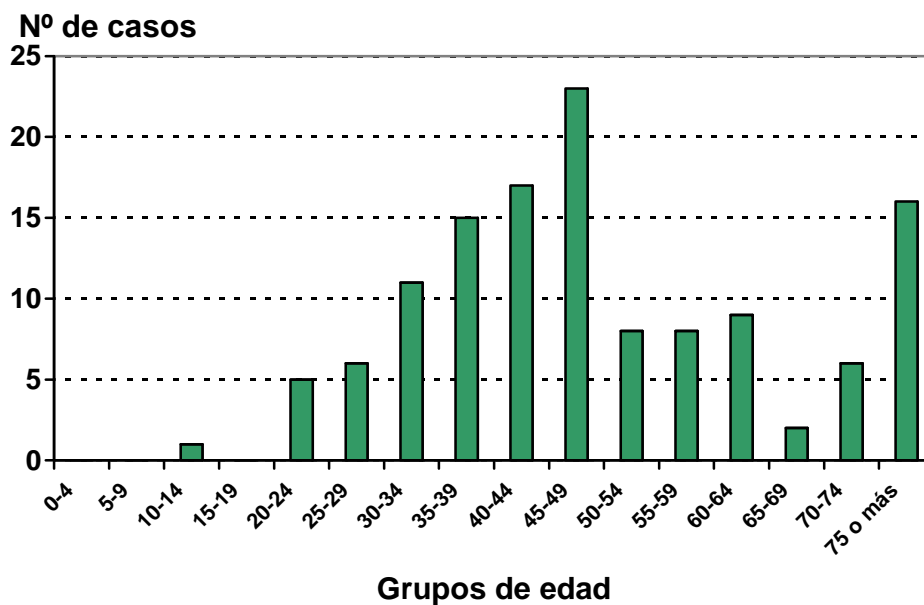
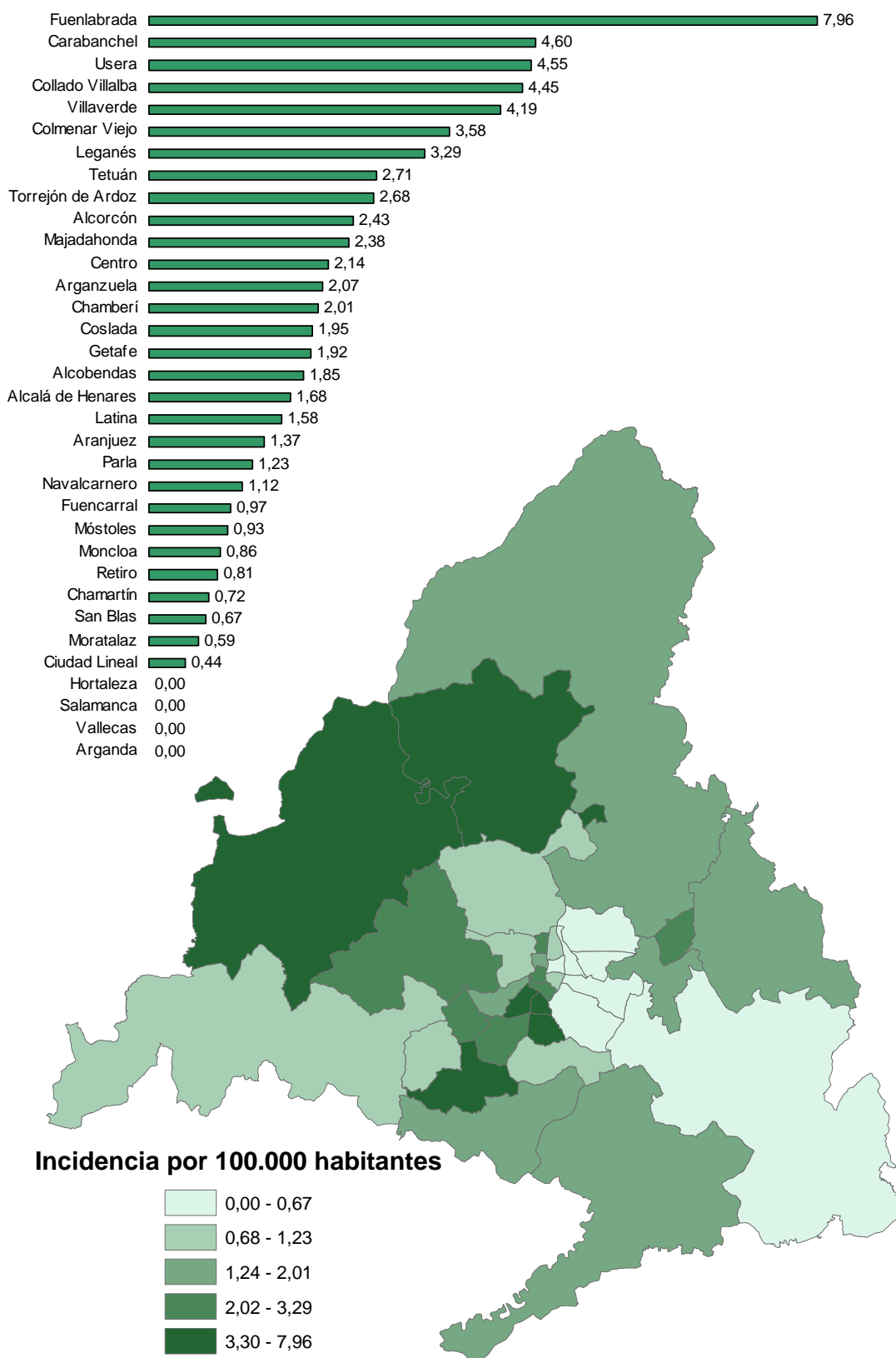


Gráfico 16. Otras hepatitis víricas. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Mapa 5.- Otras hepatitis víricas. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.8- Infección gonocócica

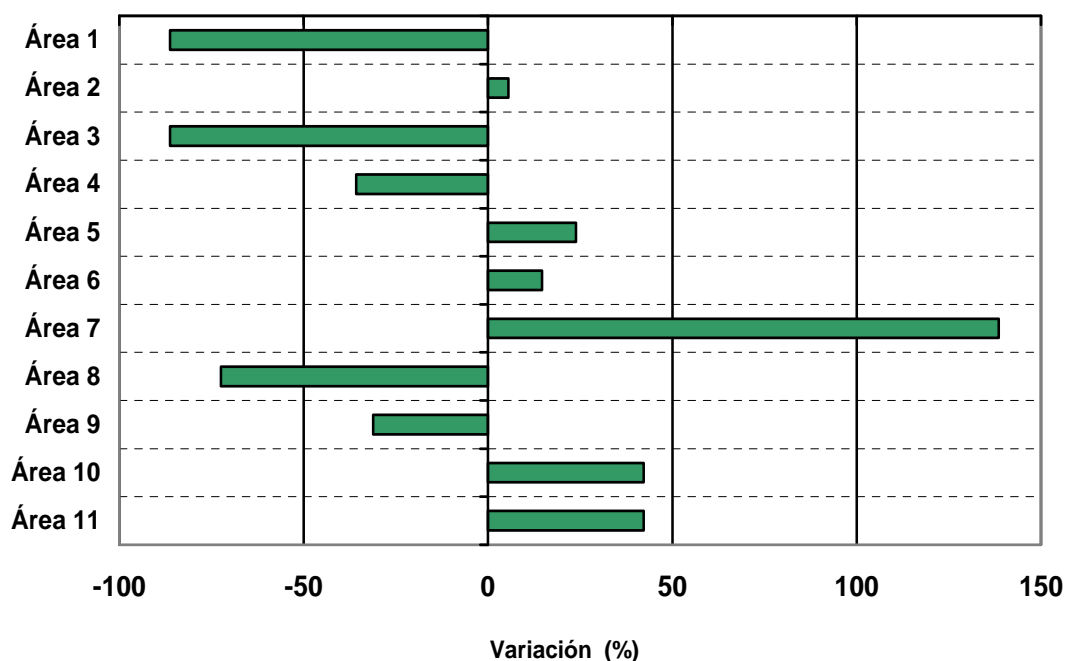
Durante el año 2006 se notificaron 131 casos de infección gonocócica, 41 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,18 casos por 100.000 habitantes, un 103,74% mayor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM, y menor que la observada a nivel nacional para ese mismo año, siendo la razón de tasas 0,61 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 7 (5,16 casos por 100.000 habitantes), la 10 (3,14 casos por 100.000 habitantes) y la 11 (3,10 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 17). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (13,54 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (8,98 casos por 100.000 habitantes) y Tetuán (6,10 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6).

En la distribución por género se observó un claro predominio en varones (92,5%). El 84,0% de los casos eran menores de 40 años, y el rango de edad osciló entre 15 y 61 años (gráfico 18). En el 9,9% de los casos no se conoce el país de origen, el 38,9% de los casos eran extranjeros y el 51,2% restante eran españoles.

El 61,1% de los casos se clasificaron como confirmados microbiológicamente y los restantes como sospechosos/probables por sospecha clínica.

Gráfico 17. Infección Gonocócica. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Mapa 6.- Infección gonocócica. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.

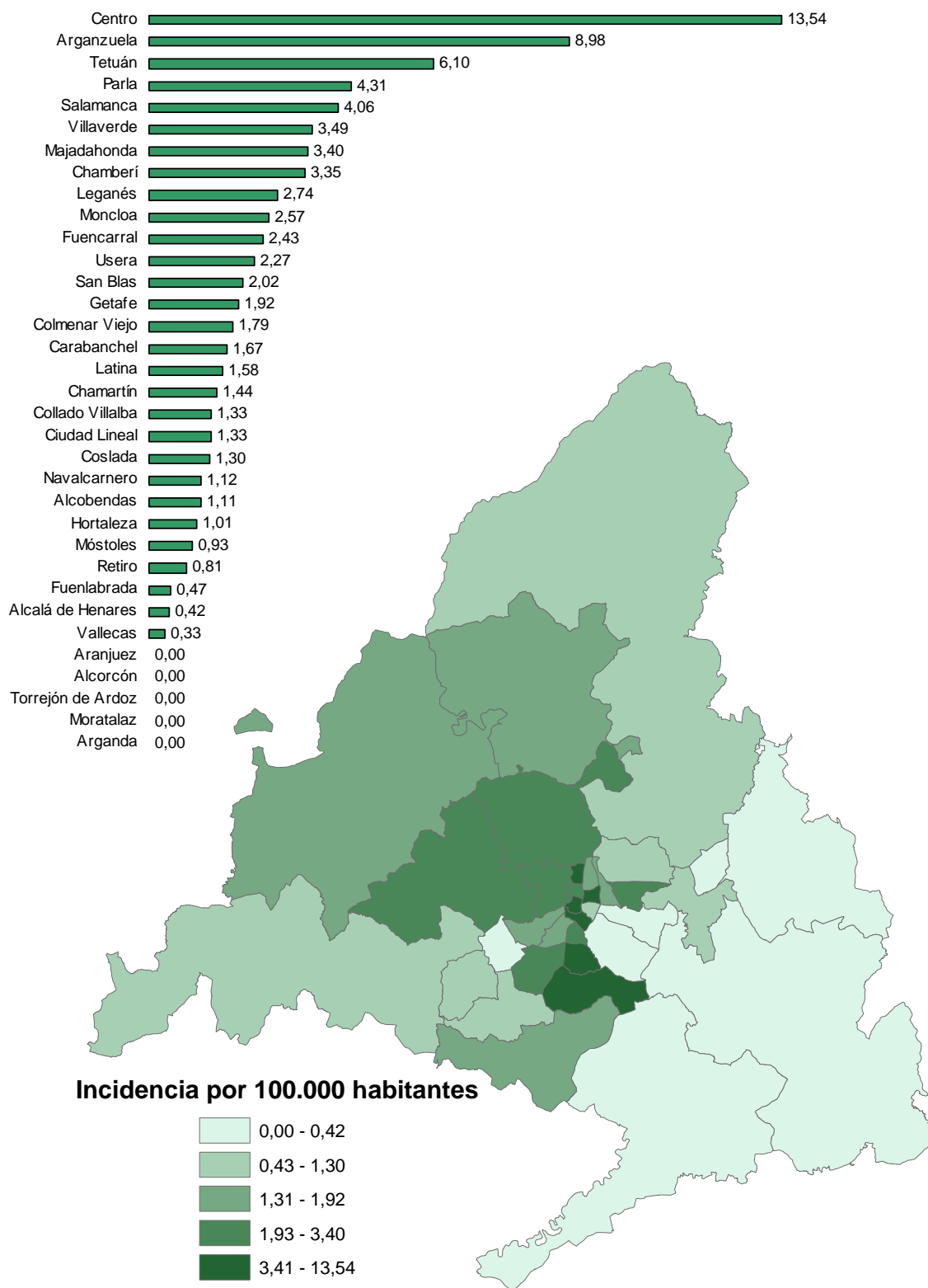
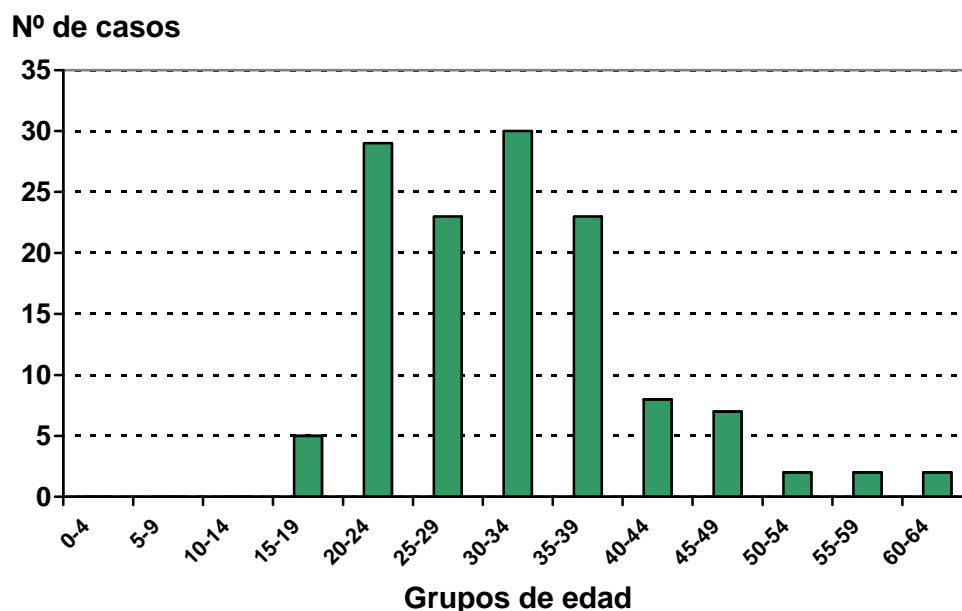


Gráfico 18. Infección gonocócica. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.9.- Legionelosis

En el año 2006 se notificaron 76 casos de legionelosis, 13 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,26 casos por 100.000 habitantes, un 18,87% mayor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,37 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 8 (2,98 casos por 100.000 habitantes), seguida de la 10 (2,20 casos por 100.000 habitantes), la 7 (1,66 casos por 100.000 habitantes) y la 9 (1,51 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 19). El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Móstoles (3,72 por 100.000), seguido de los distritos de Moncloa (3,43 por 100.000), Parla (3,08 por 100.000), Alcorcón (2,43 por 100.000), Navalcarnero (2,25 por 100.000) y Centro (2,14 por 100.000) (Mapa 7).

El 82,9% de los casos se produjo en varones. La edad media de los casos fue de 59 años, con un rango que oscilaba entre 24 y 92 años (gráfico 20). En el 2,6% de los casos no se conocía el país de origen y el 93,4% eran españoles.

Un caso se clasificó como sospechoso/probable por presentar un título de anticuerpos frente a *L. pneumophila* SG 1 mayor de 256 en un suero tomado en la fase convaleciente. Los 75 casos restantes se clasificaron como confirmados, en 2 de ellos no se recogió el método de confirmación, uno se confirmó por el aislamiento de *Legionella* en secreciones y el resto por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (59,2%), tener diabetes mellitus (17,1%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (3,9%), padecer una nefropatía (2,6%), padecer una

inmunodepresión (2,6%), padecer un cáncer (1,3%) y estar en tratamiento con corticoides (1,3%).

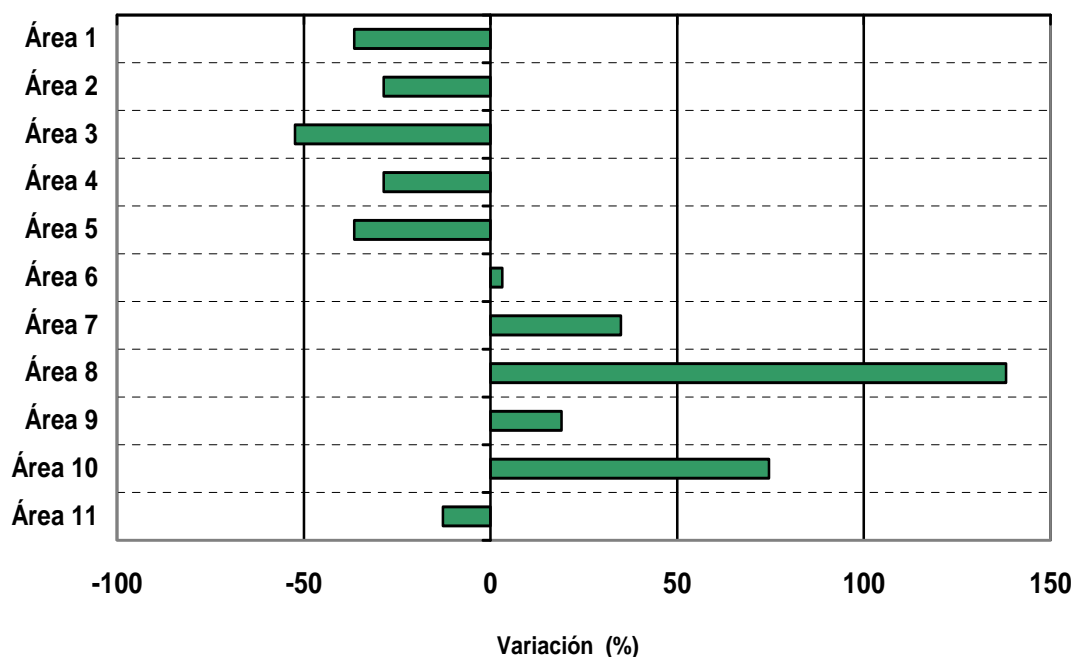
Se registró el fallecimiento de 5 casos, todos ellos confirmados, dos de los cuales estaban asociados a viaje. Se trataba de 4 varones y una mujer de edades comprendidas entre los 37 y los 60 años.

En el 32,9% de los casos se recogía el antecedente de viaje en los últimos 10 días, pero sólo el 19,7% se clasificó como asociado a viaje, considerando como tales aquellos casos que han pasado más de 5 días fuera de la CM en los 10 días previos al inicio de los síntomas.

Según el modo de presentación, 3 casos se presentaron en el contexto de dos brotes epidémicos: dos de ellos con asociados con la estancia en un hotel en Gandía (Valencia) y el otro asociado a un balneario en Baños de Montemayor (Cáceres).

En el gráfico 21 se muestra la incidencia de esta enfermedad desde julio de 1997, fecha en que comenzó a considerarse de declaración obligatoria en nuestra comunidad. En este período se observa un aumento en la incidencia de legionelosis declarada, debido, al menos en parte, a la mejora y consolidación de la vigilancia de esta enfermedad con el paso del tiempo. Se observó un pico de incidencia en el año 2002, probablemente relacionado con la vigilancia activa realizada durante el tercer trimestre ante la alerta surgida por la agregación temporoespacial de 8 casos en el área 4, que finalmente no se confirmó como brote. Desde 2004 la incidencia sigue una tendencia ligeramente ascendente.

Gráfico 19. Legionelosis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Mapa 7. Legionelosis. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.

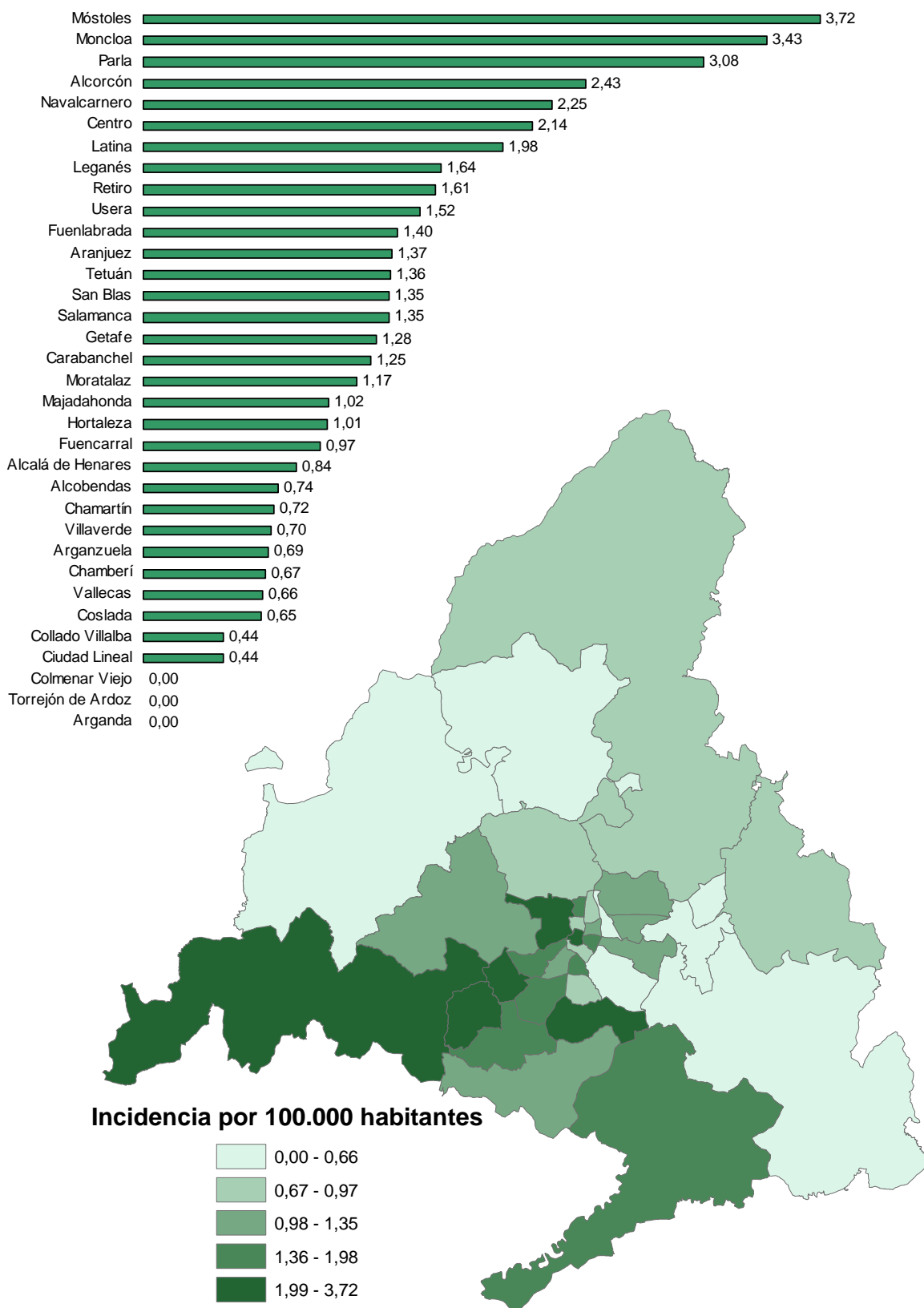


Gráfico 20. Legionelosis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.

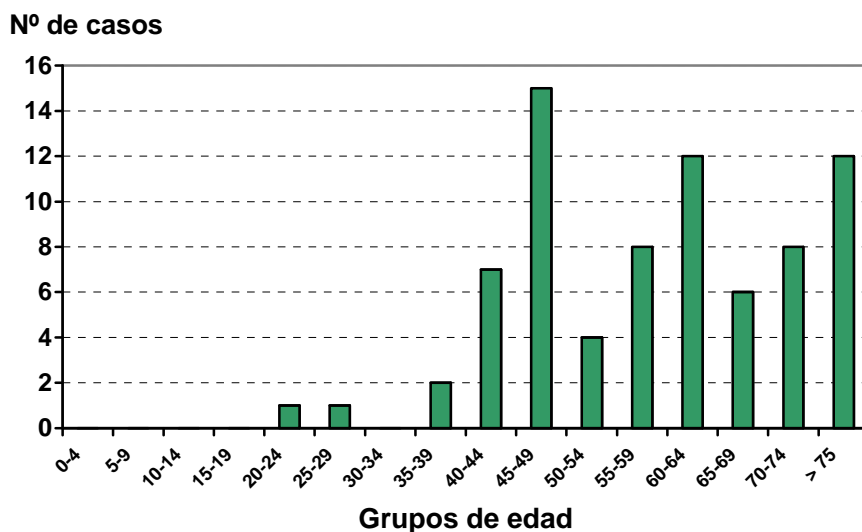
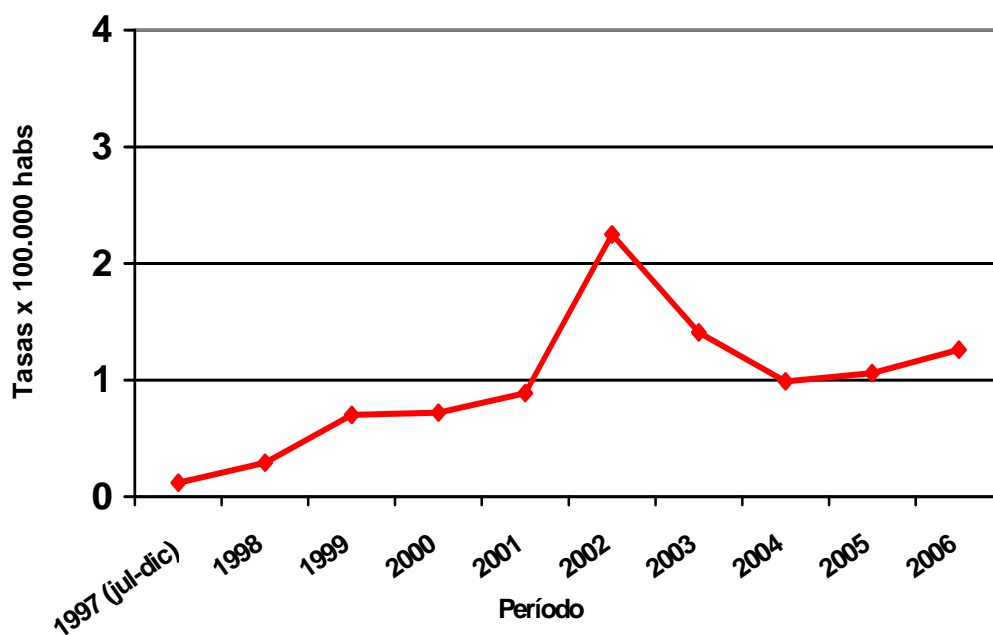


Gráfico 21. Legionelosis. Tasas de incidencia. Comunidad de Madrid. Periodo 1997-2006.



3.3.10.- Leishmaniasis

Durante el año 2006 se notificaron 19 casos de leishmaniasis, 5 casos menos que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,32 casos por 100.000 habitantes, un 23,81% menor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM (gráfico 4, tabla 2).

En 2006 no se notificó ningún caso de leishmaniasis en las áreas 1, 2, 3, 4 y 10. Entre las restantes áreas fue la 9 la que presentó la mayor incidencia con 1,01 casos por 100.000 habitantes, seguida del área 8 con 0,85 casos por 100.000 habitantes (tabla 4, gráfico 22). Los casos fueron notificados por 10 distritos sanitarios, observándose las mayores incidencias en

Móstoles (área 8), Leganés (área 9), Majadahonda (área 6) y Fuencarral (área 5), con 1,86, 1,64, 1,36 y 0,97 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

El 73,7% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 8 meses y 70 años, destacando que el 31,6% estaba en edad pediátrica. En un caso no se disponía de información sobre el país de origen y el 77,8% de los casos restantes eran españoles.

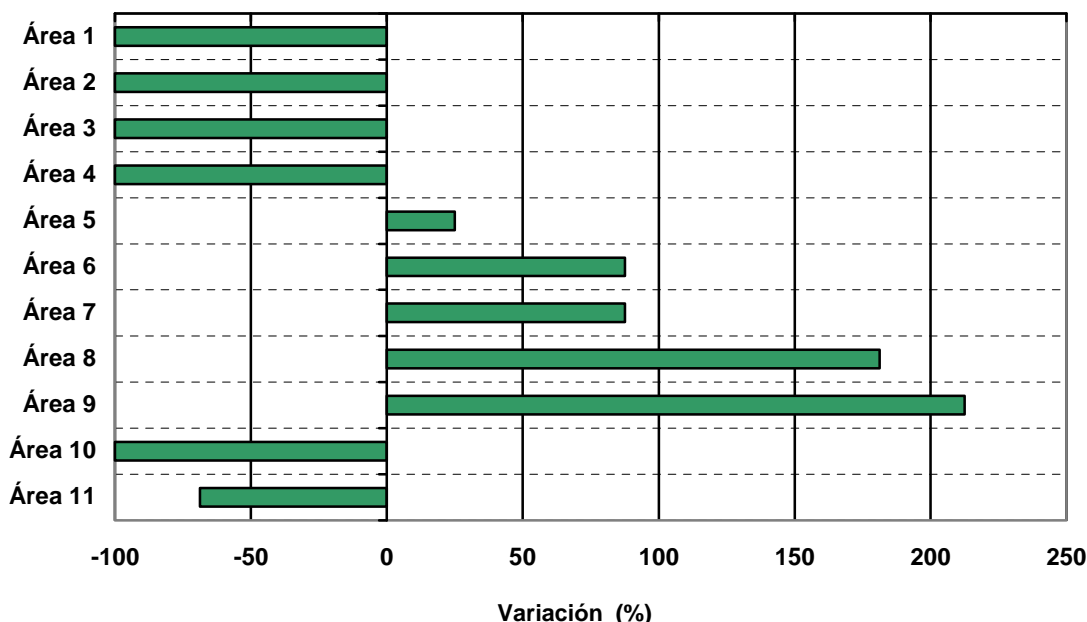
En 2 casos se desconoce el tipo de leishmaniasis, siendo el 94,1% de los casos restantes leishmaniasis visceral y el 5,9% leishmaniasis cutánea.

Se clasificaron como confirmados 17 casos (89,5%), un caso se clasificó como probable por presentar serología positiva a Leishmania y el otro caso se consideró sospechoso. En el 63,2% de los casos el diagnóstico se realizó gracias a la demostración de la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia y en el 31,6% mediante cultivo.

En todos los casos fue preciso el ingreso hospitalario.

Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de enfermedad inmunosupresora (26,3%), estar en tratamiento inmunosupresor (15,8%), alcoholismo (5,3%), haber sido CDVP (5,3%) y haber sufrido un transplante (5,3%).

Gráfico 22. Leishmaniasis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.11.- Lepra

Durante el año 2006 se notificaron 5 casos de lepra en la CM, 4 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,08 casos por 100.000 habitantes, mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 2,00 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Uno de los casos notificados presentaba una recidiva de lepra multibacilar que se había diagnosticado en su país de origen en 1995 sin completar tratamiento. Otros dos casos habían comenzado con síntomas en 2005, uno de ellos se diagnosticó a principios de 2006 como lepra multibacilar confirmada y el otro se clasificó como sospechoso y no constaba la fecha de diagnóstico. Los dos casos restantes eran casos confirmados con inicio de síntomas en 2006, se trataba de un varón de 30 años con una lepra paucibacilar y de una mujer de 82 años con una lepra multibacilar. Todos los casos notificados se produjeron en extranjeros.

3.3.12.- Meningitis Bacterianas

Durante el año 2006 se notificaron 117 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo *las debidas a N. meningitidis, H. influenzae y M. tuberculosis*), 8 casos menos que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,95 casos por 100.000 habitantes (tabla 2).

Las áreas más afectadas por este grupo de meningitis bacterianas fueron: el Área 3 (5,15 casos por 100.000 habitantes), el Área 9 (3,79 casos por 100.000 habitantes) y el Área 8 (2,56 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4). La distribución por distrito sanitario se muestra en el Mapa 8.

El 65,0% de los casos notificados de meningitis bacterianas eran varones. La edad media de los casos notificados fue de 35,3 años. La mayores tasas se presentan en los menores de 1 año (20,15 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (tasa 5,12) y el de 5 a 9 años (3,64).

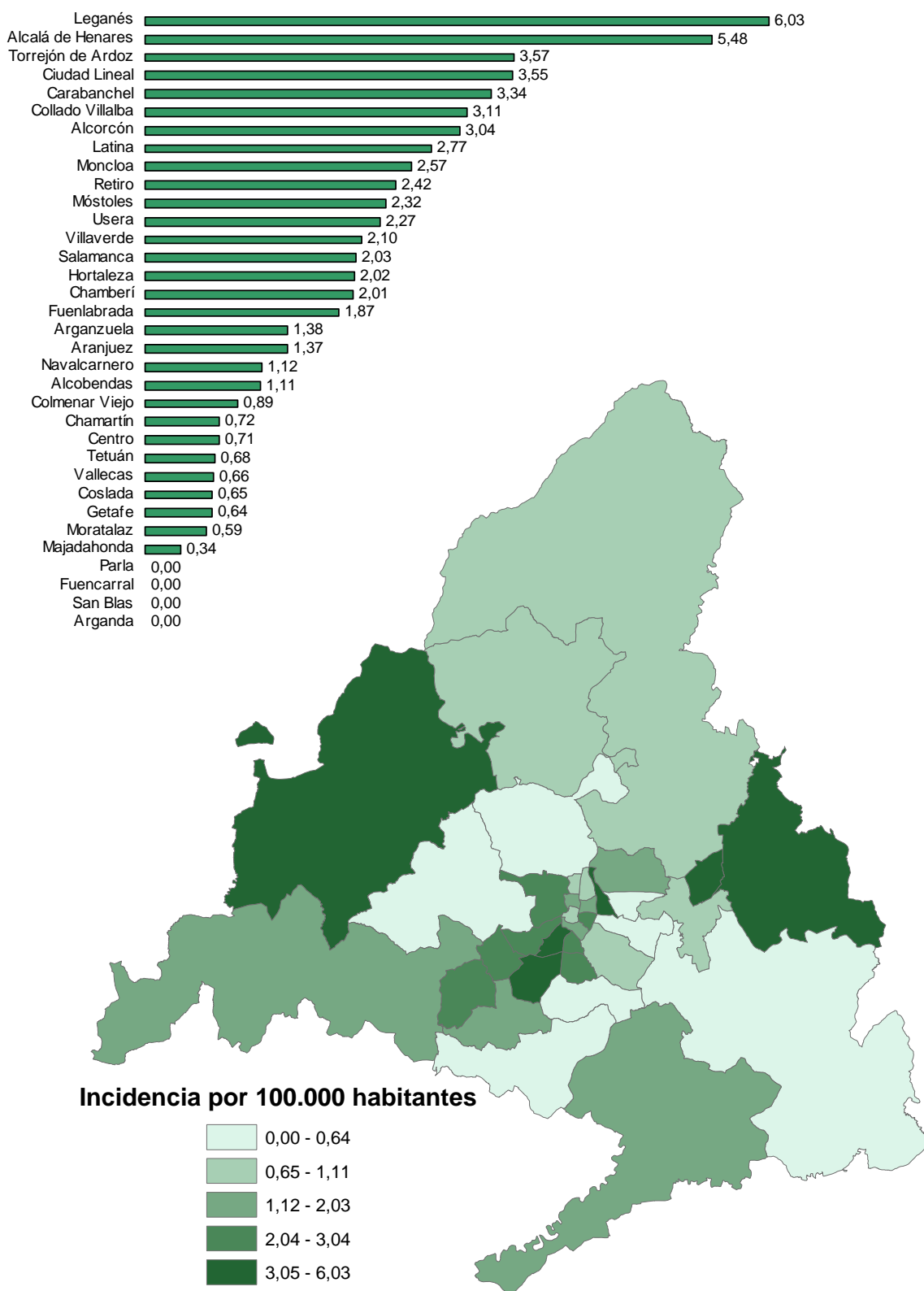
El 53,0% de los casos se clasificaron como confirmados. El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Streptococcus pneumoniae*, que ha producido el 28,2% de los casos, lo que supone una incidencia de 0,55 casos por 100.000 habitantes, observándose las tasas más elevadas en el Área 9 (1,77 casos por 100.000 habitantes) y el Área 7 (1,11 casos por 100.000 habitantes).

Se conoce la evolución en el 75,2% de los casos. Siete enfermos presentaron secuelas (6,0%) y se han registrado 8 fallecimientos por esta causa, con una letalidad de un 6,8% y una mortalidad de un 0,13 por 100.000 habitantes, para este grupo de enfermedades. En 5 de los casos fallecidos se confirmó neumococo (letalidad del 15,2% para el total de meningitis neumocócicas), en otro se confirmó *Listeria monocytogenes* (letalidad del 6,3%). En los otros 2 casos en que se registró el fallecimiento no se había notificado el patógeno identificado en el proceso. El 62,5% de los fallecidos eran varones y el 75,0% eran mayores de 58 años, habiéndose registrado el fallecimiento de un caso pediátrico.

Todos los casos notificados han sido esporádicos, no habiéndose notificado ningún caso asociado.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2006.”* (Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Febrero 2007. Volumen 13. Nº 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 8. Meningitis Bacterianas. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006



3.3.13.- Meningitis víricas

En el año 2006 en la CM se han registrado 579 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 9,64 casos por 100.000 habitantes (tabla 2).

La mayor incidencia de meningitis vírica se localiza en el Área 8 (21,96 casos por 100.000 habitantes), seguida por el Área 3 (20,60 casos por 100.000 habitantes), el Área 9 (18,93 casos por 100.000 habitantes), el Área 6 (11,02 casos por 100.000 habitantes) y el Área 11 (10,80 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4). La distribución de tasas por distrito sanitario se observa en el Mapa 9.

La mayoría de las meningitis víricas han sido sospechas clínicas. Sólo se han confirmado 66 casos (11,4%): 60 por enterovirus, 4 por herpes simple, uno por virus varicela-zoster y un virus Toscana.

La distribución por sexo muestra un predominio masculino, ya que el 57,7% de los enfermos fueron varones. La mayor frecuencia se observó en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en los menores de 1 año (71,96 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (63,97 casos por 100.000) y el de 5 a 9 años (54,63 casos por 100.000).

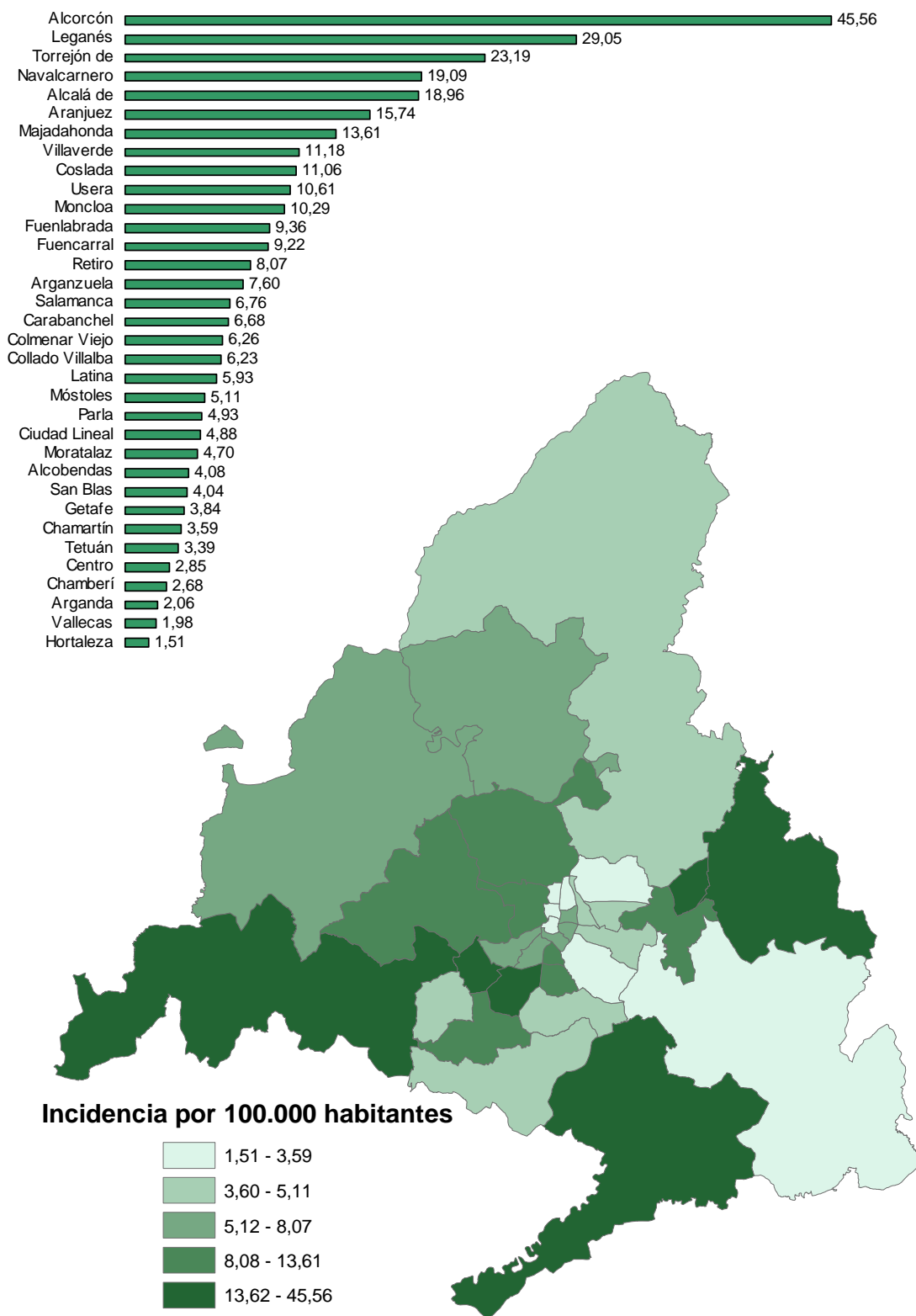
Se conoce la evolución en el 88,9% de los pacientes. Se ha notificado el fallecimiento de dos casos (letalidad 0,3% y mortalidad de 0,03 por 100.000 habitantes), se trataba de dos varones de 5 y 46 años de edad que han presentado meningoencefalitis, en los que no se pudo confirmar el agente causal (diagnóstico de sospecha).

En 2006 se notificaron 12 casos de meningitis vírica asociados dos a dos, incluyendo 4 casos primarios con sus correspondientes casos secundarios y 4 casos coprimarios, en hermanos gemelos y en compañeros de colegio. Además, en 52 casos se comunicó su relación con otros casos (fundamentalmente en el ámbito escolar), sin que se pudiera establecer una vinculación directa entre ellos o sin que se pudieran identificar los casos con los que habían tenido relación.

Hay que señalar que esta enfermedad no se vigila a nivel nacional.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2006.”* (Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Febrero 2007. Volumen 13. Nº 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 9. Meningitis Víricas. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.14.- Paludismo

En el año 2006 se notificaron 131 casos de paludismo, 8 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,18 casos por 100.000 habitantes, un 4,80% menor que la mediana de las tasas de la CM en el quinquenio anterior, y mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 2,16 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2). Más del 75% de las notificaciones provenían de sólo cinco centros: 26,7% de los casos fue notificado por el Hospital Carlos III, el 21,4% por el Hospital Príncipe de Asturias, el 12,2% por el Hospital 12 de Octubre, el 9,2% por el Hospital Severo Ochoa y el 8,4% por el Hospital de Fuenlabrada.

Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia fueron la 3 (9,16 casos por 100.000 habitantes), la 9 (7,32 casos por 100.000 habitantes) y la 11 (3,23 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 23). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Torrejón de Ardoz (12,49 casos por 100.000 habitantes), Leganés (7,67 casos por 100.000 habitantes), Alcalá de Henares (7,58 casos por 100.000 habitantes) y Fuenlabrada (6,55 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 10).

El 60,3% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 5 meses y 71 años, con una mediana de 32 años. El 17,7% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 53,8% en el grupo de edad de 25 a 44 años. En el 2,3% de casos no se conocía el país de origen, el 28,2% eran españoles, el 63,4% africanos, 5,3% latinoamericanos y el 0,8% europeos.

El 97,7% de los casos se clasificaron como confirmados mediante diagnóstico microbiológico. En el 80,2% de los casos se detectó *P. falciparum*, en el 3,8% *P. vivax*, en el 2,3% *P. sp.*, en el 1,5% *P. malariae*, en el 1,5% *P. ovale*, en el 1,5% se identificaron infecciones mixtas y en el 9,2% no se identificó la especie (tabla 5).

En el 38,9% de los casos no constaba el motivo del viaje a la zona endémica (51 casos, de los cuales 33 eran originarios de zonas endémicas, por lo que es de suponer que el motivo estaría relacionado con la inmigración), el 43,5% tenía como antecedente la inmigración o la visita a sus países de origen, el 3,8% el antecedente de viaje turístico a lugares endémicos y los restantes habían viajado por motivos de trabajado o estudios a esas zonas, o bien eran personas originarias de esos países que habían venido al nuestro por motivos médicos. El lugar de contagio se conoce en el 77,0% de los casos, siendo África el continente más frecuente (94,1%) y Guinea el país más frecuentemente registrado como país de origen (49,5%). El 11,5% de los casos realizaron profilaxis antipalúdica, aunque sólo 2 de ellos refirieron haberla tomado correctamente.

Gráfico 23. Paludismo. Variación de las tasa de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.

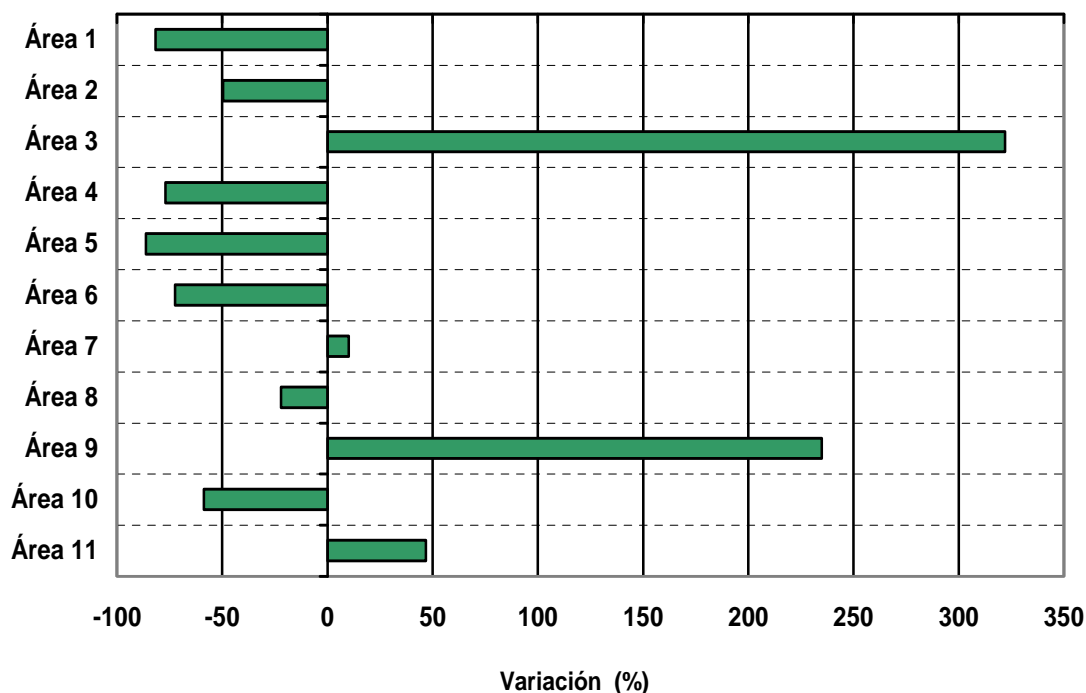
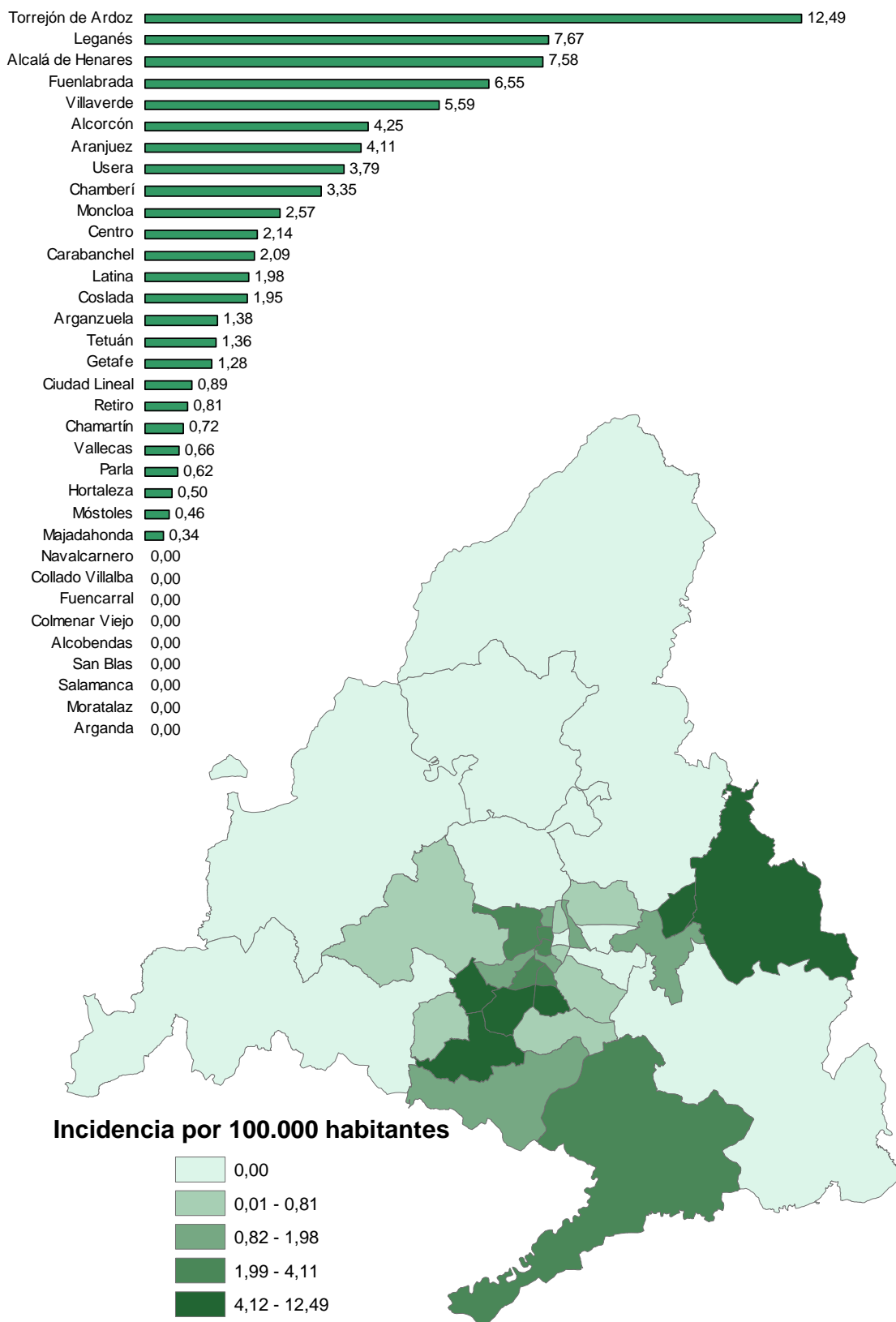


Tabla 5. Distribución de los casos de paludismo según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid. Año 2006.

<i>PLASMODIUM</i> AISLADO	PAÍS / CONTINENTE DE CONTAGIO					Total
	Guinea	Resto de África	América Latina	Asia	No figura	
<i>P. falciparum</i>	37	43		1	24	105 (80,2%)
<i>P. malariae</i>		1	1			2 (1,5%)
<i>P. vivax</i>		1	3		1	5 (3,8%)
<i>P. ovale</i>		1			1	2 (1,5%)
<i>P. spp</i>	1	2				3 (2,3%)
<i>P. mixtas</i>	1		1			2 (1,5%)
No figura especie	6	2			4	12 (9,2%)
TOTAL	45 (34,3%)	50 (38,2%)	5 (3,8%)	1 (0,8%)	30 (22,9%)	131 (100%)

Mapa 10. Paludismo. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.15.- Parálisis flácida aguda (PFA)

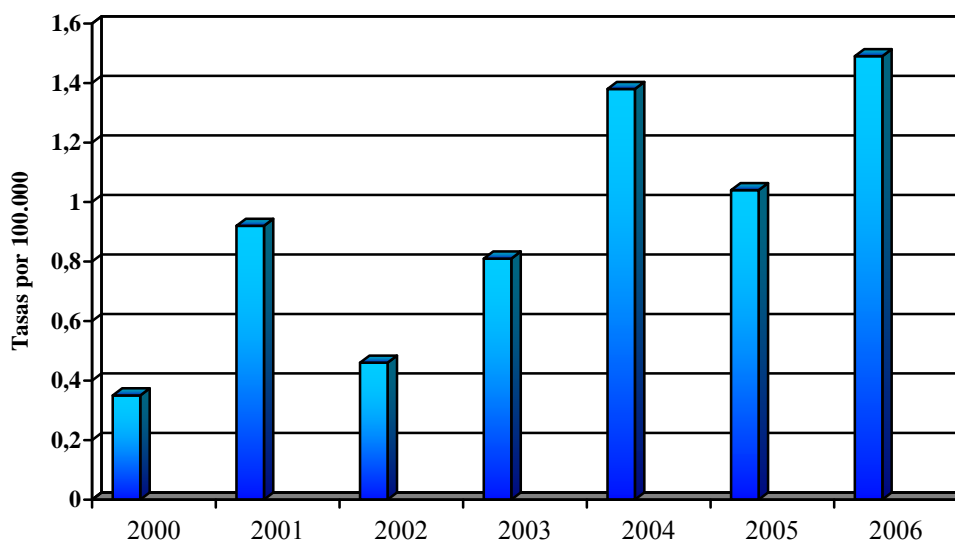
Durante 2006 en la CM se han declarado 13 casos de PFA, once fueron notificados al sistema de vigilancia de la PFA y dos se recuperaron en la revisión del CMBD.

La tasa de incidencia acumulada ha sido de 1,49 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, cifra mayor que la observada a nivel nacional (42 casos, tasa de 0,66 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años). En el gráfico 24 se muestra la evolución de la incidencia desde el año 2000.

En las áreas 1, 4, 5 y 9 se notificó un caso por área, en las áreas 2, 3 y 7 dos casos por área y en el área 6 tres casos.

El 53,8% de los casos residentes en la CM eran varones. El rango de edad de los casos oscilaba entre 1 y 13 años, con una mediana de 4 años. Ocho casos estaban vacunados con vacuna oral anti-poliomielítica (VOP), aunque en uno de ellos se desconocía el número de dosis recibidas, cuatro estaban vacunados con la vacuna inyectable de la polio (VIP) y en el caso restante se sabía que había recibido 3 dosis vacunales pero se desconocía el tipo de vacuna.

Gráfico 24.- Tasa de incidencia de PFA. Comunidad de Madrid 2000-2006.



En el informe de *“Plan de Erradicación de la Poliomiélitis, Comunidad de Madrid, año 2006”* se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA (Pendiente de publicación).

3.3.16.-Parotiditis

En el año 2006 se notificaron 909 casos de parotiditis, 617 casos más que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 15,13 casos por 100.000 habitantes, un 174,59% mayor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 0,87 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2). Los casos notificados por cuatrisesmanas, comparados con al año 2005, se observan en el gráfico 25.

Las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia con respecto a la CM fueron la 8 (37,31 casos por 100.000 habitantes), la 2 (23,82 casos por 100.000), la 9 (23,48 casos por 100.000) y la 5 (21,49 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 26). La tasa de incidencia en menores de 15 años fue de 40,53 casos por 100.000, observándose las mayores tasas en las Áreas 5 (83,91 casos por 100.000), 2 (78,13 casos por 100.000) y 9 (76,15 casos por 100.000).

Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Navacarnero (140,35 casos por 100.000), Coslada (48,78 casos por 100.000), Alcobendas (40,41 casos por 100.000) y Leganés (34,53 casos por 100.000) (mapa 11). En los menores de 15 años los distritos con mayores tasas de incidencia fueron Alcobendas (183,60 casos por 100.000), Coslada (161,36 casos por 100.000), Navacarnero (158,45 casos por 100.000) y Leganés (139,99 casos por 100.000).

El 58,4% de los casos se produjeron en varones. En un caso no se disponía de información sobre la edad y el rango de edad de los casos restantes osciló entre 0 meses y 79 años, con una media de 19,5 años; el 39,8 % se registró en menores de 15 años, el 44,6 % en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, y el 15,6% en mayores de 29 años (gráfico 27). No se conocía el país de origen en 83 casos y el 92,6% de los casos restantes eran españoles.

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

En el gráfico 28 se muestra el estado vacunal de los 564 casos menores de 23 años. En el 19,7% se desconocía el estado vacunal, el 5,0% no estaba vacunado y el 75,3% restante estaba vacunado (el 82,3% de ellos había recibido al menos una dosis de vacuna y en los demás se desconocía el número de dosis recibidas).

En el 40,7% de los casos se recogió su asociación a otros casos. Se notificaron 21 brotes de parotiditis con un total de 237 casos, de los que ninguno necesitó hospitalización. El 62,0% de los casos de parotiditis estuvieron vinculados a brotes en centros escolares y el 28,3% a centros laborales.

Gráfico 25. Parotiditis. Número de casos notificados por cuatrisesmanas. Comunidad de Madrid. Años 2005-2006.

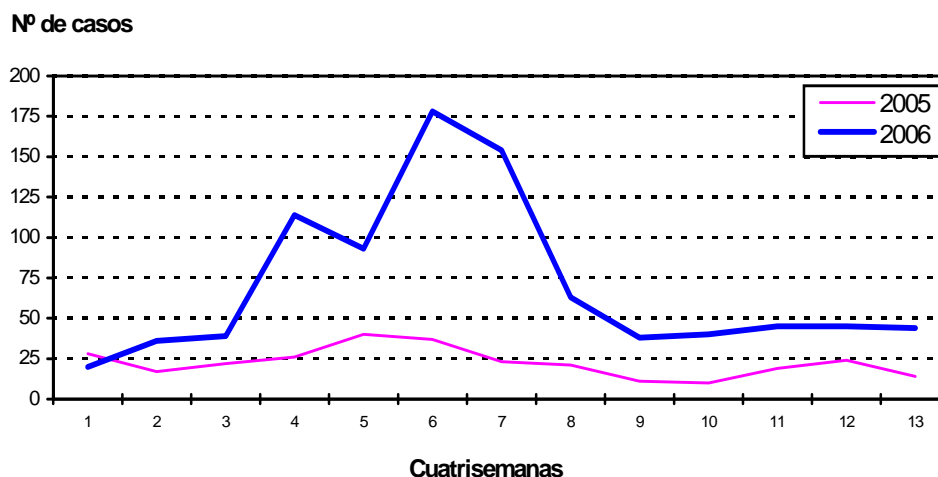


Gráfico 26. Parotiditis. Variación de las tasas de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.

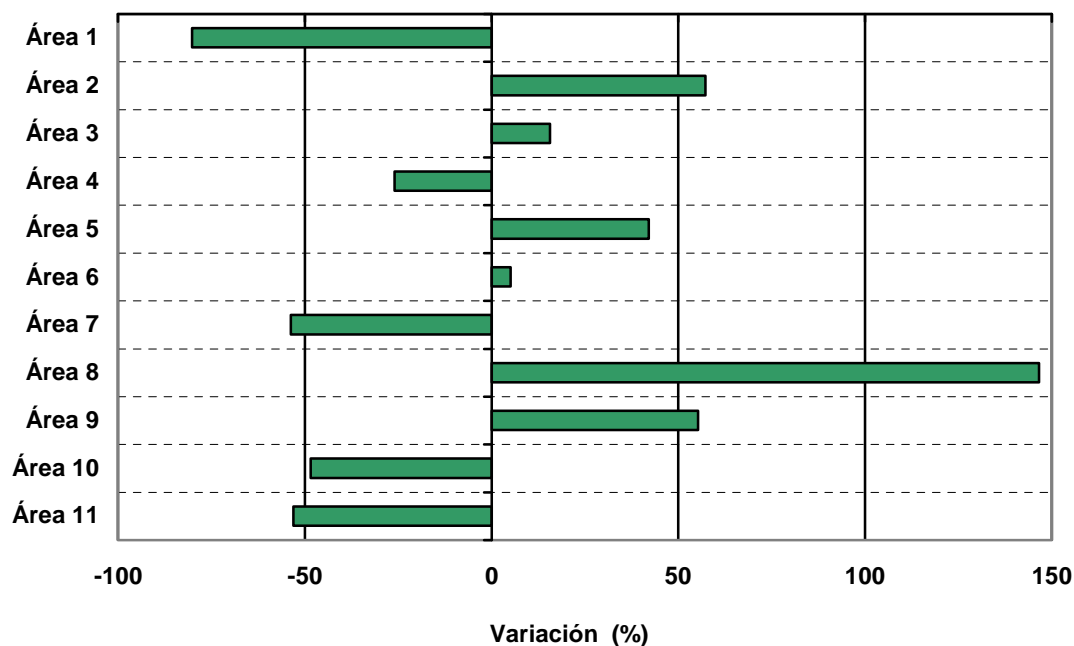
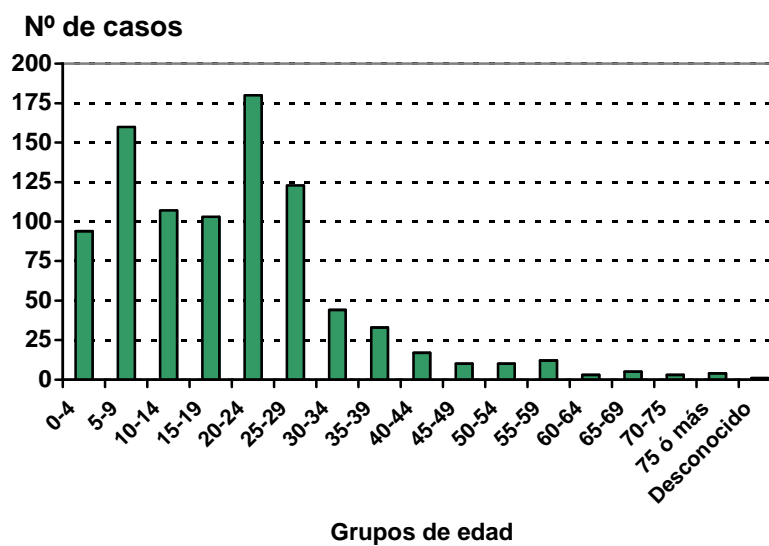


Gráfico 27. Parotiditis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Mapa 11. Parotiditis. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2006.

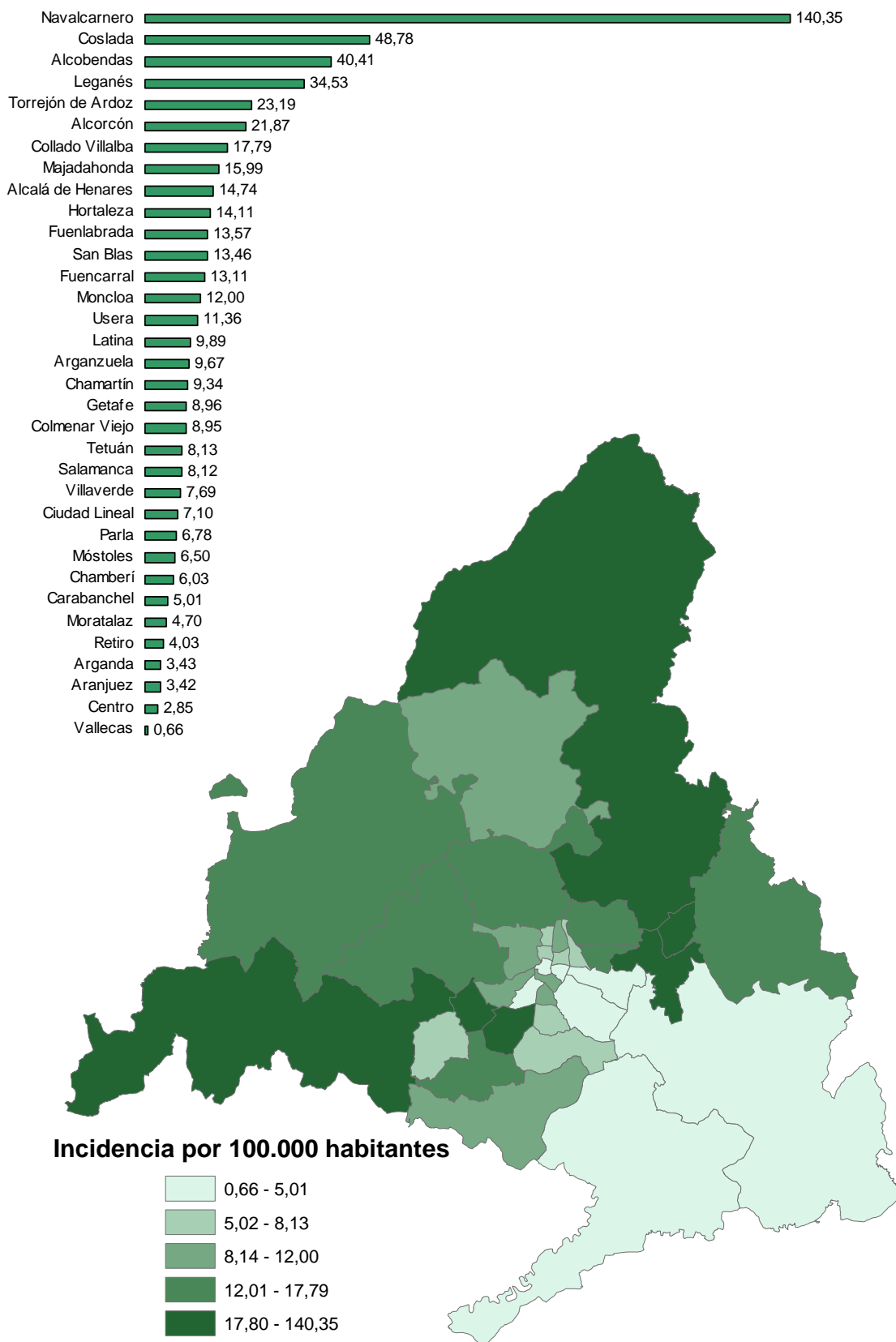
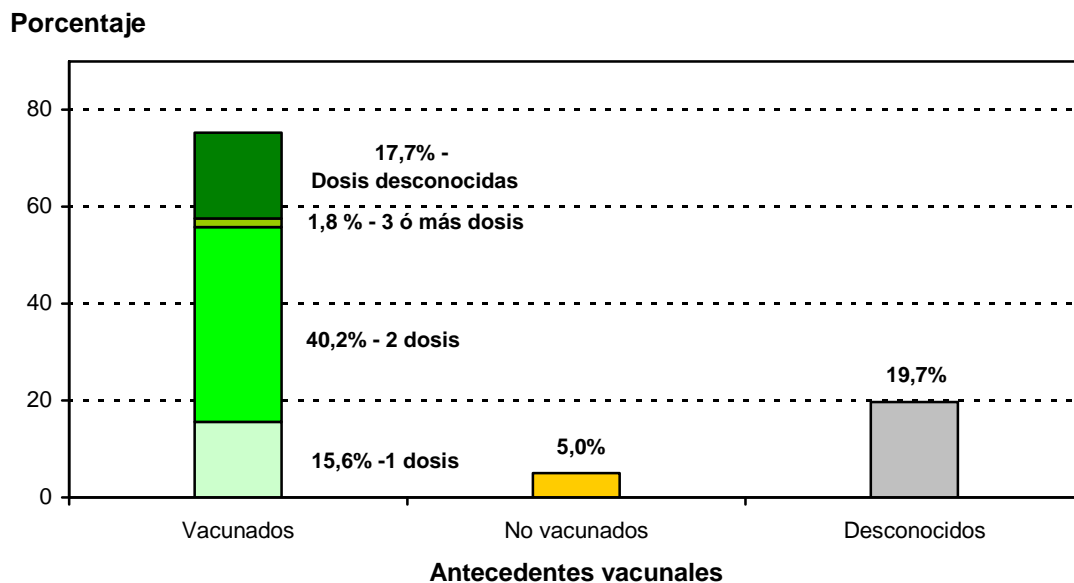


Gráfico 28. Parotiditis. Distribución de los antecedentes vacunales en menores de 23 años. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.17.- Rubéola

En el año 2006 se notificaron 19 casos de rubéola en la CM, 460 casos menos que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,32 casos por 100.000 habitantes, un 28,89% menor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM, y mayor que la observada a nivel nacional siendo la razón de tasas 1,45 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con las de la CM fueron la 11 (0,75 casos por 100.000 habitantes), la 6 (0,63 casos por 100.000 habitantes) y la 9 (0,50 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 29). Todos los casos notificados se distribuyeron en 14 distritos sanitarios, de los cuales los que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Usera (1,52 casos por 100.000 habitantes), Majadahonda (1,02 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (0,94 casos por 100.000 habitantes) y Moncloa (0,86 casos por 100.000 habitantes).

Un 52,6% de los casos se observó en varones. El rango de edad oscilaba entre 5 meses y 38 años, con una mediana de 24 años, apareciendo el 52,6% de ellos en menores de 25 años (gráfico 30). En 2 casos no se conocía el país de origen y el 82,4% de los casos restantes eran españoles.

El 36,8% de los casos fueron clasificados como confirmados, todos ellos por la demostración de Ig M anti-rubéola. Sólo un caso se presentó como asociado a otro caso.

De los 9 casos notificados en menores de 23 años, en 2 no se conocía el estado vacunal, otros 2 no estaban vacunados y los 5 restantes estaban vacunados. Entre los casos vacunados había un caso confirmado en un varón colombiano de 15 años con una dosis de vacuna sin documentar, los otros 4 casos estaban clasificados como sospechosos y uno de ellos no tenía documentada la vacunación (gráfico 31)

En los 9 casos notificados en mujeres, el rango de edad osciló entre 9 meses y 38 años, con una mediana de 26 años. Siete de ellas eran españolas, una colombiana y una rusa. En cuanto a sus antecedentes vacunales, 3 de ellas no estaban vacunadas y las otras 3 habían recibido al menos una dosis de vacuna, desconociéndose el estado vacunal en el resto de los casos.

En 2006 no se notificó ningún caso de rubéola congénita en la CM, y en el quinquenio anterior sólo se notificó un caso en 2005, en una niña de un mes residente en el Área 3, hija de una mujer colombiana en la que no constaban antecedentes de vacunación y que había padecido una enfermedad semejante a la rubéola en el primer mes de embarazo.

Gráfico 29. Rubéola. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.

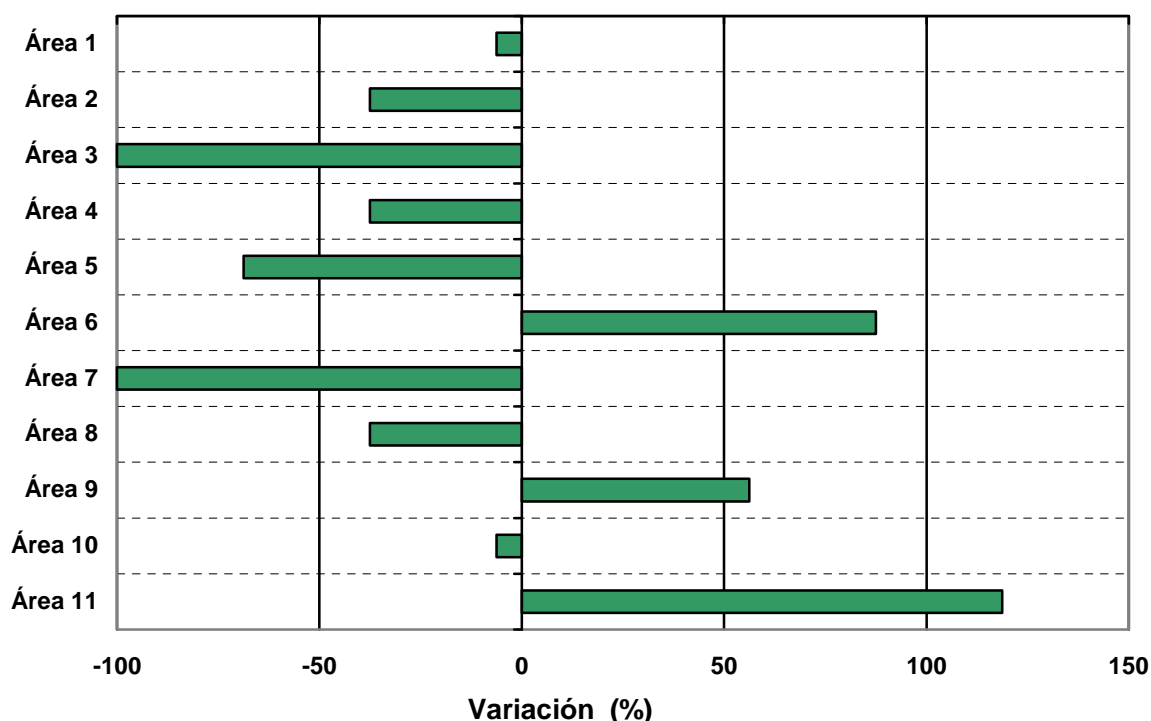


Gráfico 30. Rubéola. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2006.

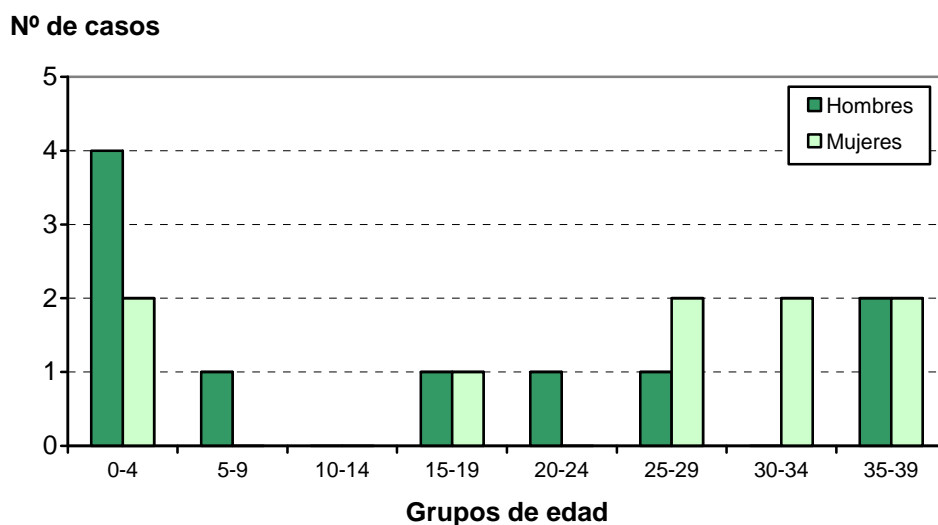
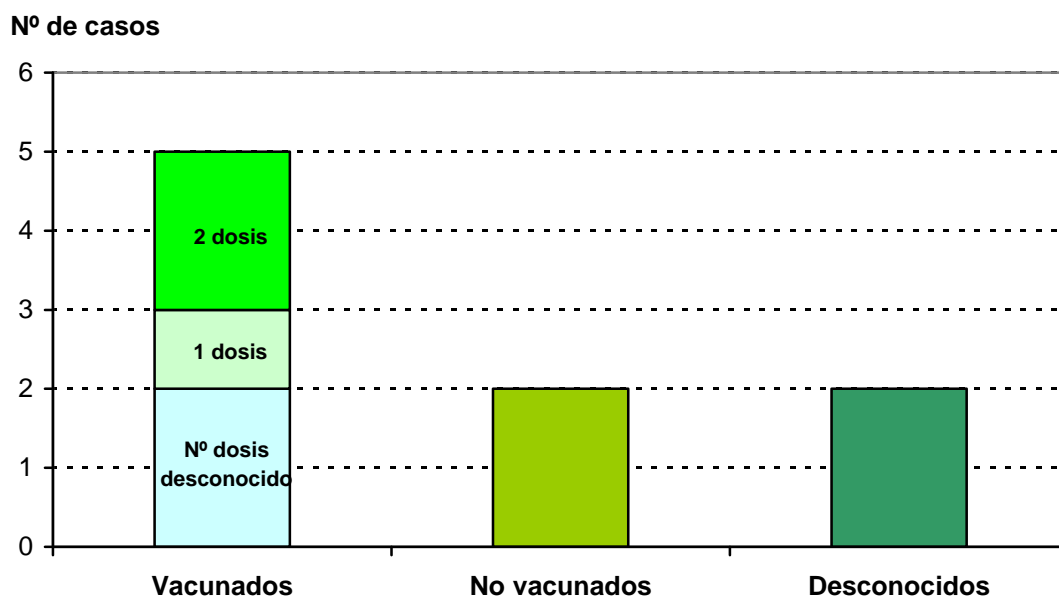


Gráfico 31. Rubéola. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 23 años. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.18.- Sarampión

En el año 2006 se notificaron 177 casos de sarampión (2,95 casos por 100.000 habitantes), frente a los 5 casos notificados en 2005 (0,08 por 100.000), la tasa de incidencia de 2006 fue un 1.129,17% mayor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior y mayor que la tasa observada a nivel nacional (334 casos, tasa de incidencia de 0,84 casos por 100.000), siendo la razón de tasas 3,51 (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas sanitarias que mostraron mayores tasas de incidencia fueron la 10 (6,90 casos/100.000 habitantes), la 11 (5,96 casos/ 100.000 habitantes), la 6 (4,56 casos/100.000 habitantes) y la 7 (3,13 casos /100.000 habitantes) (tabla 4). Los distritos sanitarios con

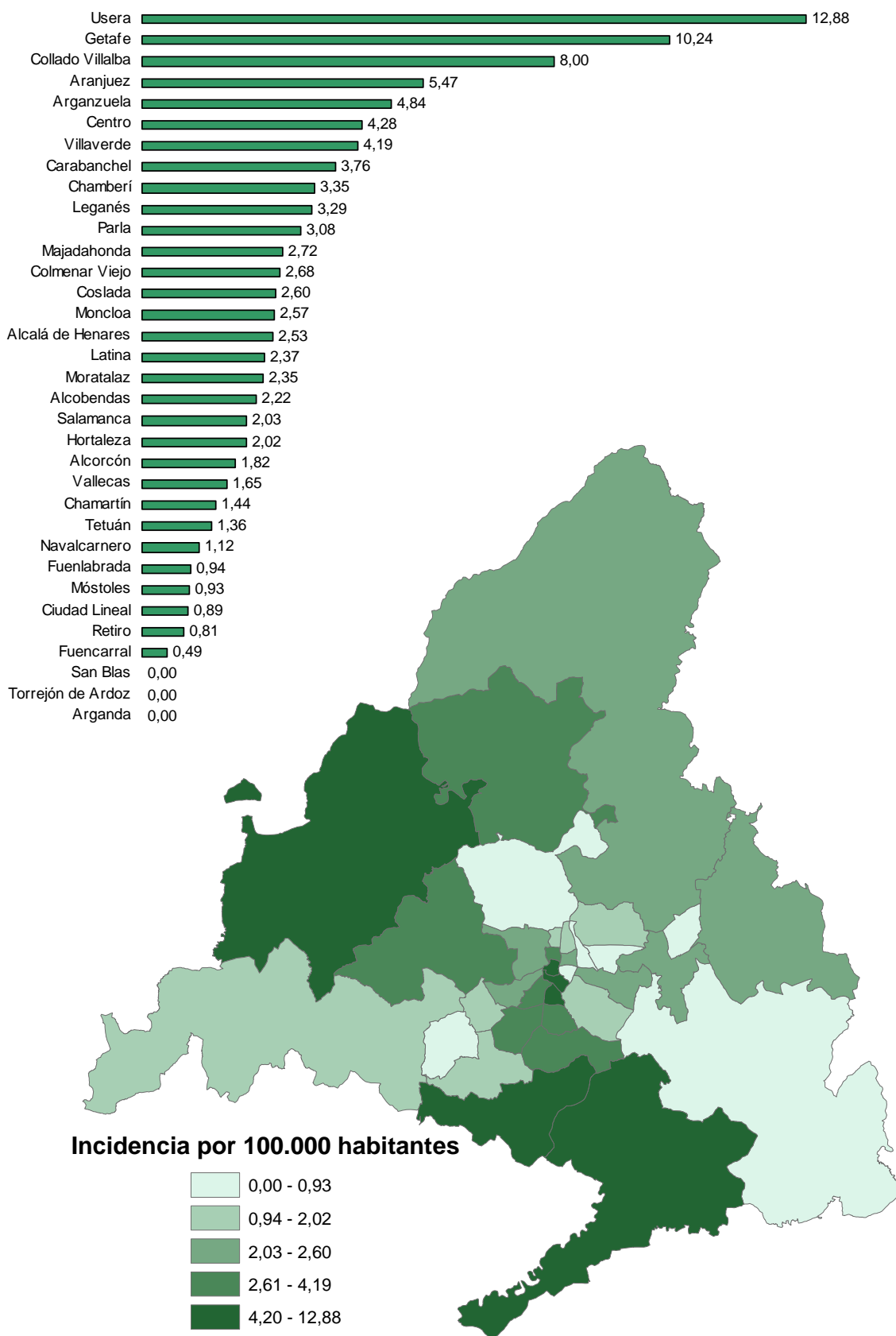
mayores tasas de incidencia fueron Usera (12,88/100.000), Getafe (10,24/100.000), Collado Villalba (8,00/100.000) y Aranjuez (5,47/100.000) (Mapa 12).

En 2006 llegaron al sistema de vigilancia 266 casos sospechosos de sarampión, de los que 164 (66,5%) se confirmaron por laboratorio o vínculo epidemiológico y 13 (4,9%) quedaron clasificados como compatibles. De los casos confirmados, 3 fueron importados. Uno de ellos, procedente del Reino Unido, generó un brote de ámbito comunitario, responsable del 65,5% de los casos que llegaron al sistema de vigilancia durante el año (174 casos). La duración del brote fue de 198 días. El 47,1% eran adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad y el 13,2% niños entre 6 y 11 meses. Se determinó el genotipo B3 con una secuencia genómica idéntica en todas las muestras donde se detectó el virus. Los centros sanitarios y las escuelas infantiles jugaron un papel muy importante en la transmisión del virus. La afectación de los niños menores de 15 meses condujo a la modificación temporal de la estrategia de vacunación sistemática infantil con triple vírica.

Experiencias recientes muestran cómo pueden producirse brotes de sarampión en un territorio una vez alcanzada la eliminación, a pesar de la baja prevalencia de susceptibles en la población. En 1998, la Oficina Regional para Europa de la O. M. S. aprobó el Plan Estratégico de Eliminación del Sarampión, cuyos objetivos generales persiguen reducir la morbimortalidad del sarampión y eliminar el sarampión autóctono de la Región para el año 2007. En concordancia con las recomendaciones de la OMS, en España se estableció un Plan de Acción Nacional y en la CM (CM) se diseñó un Plan Regional, cuyo objetivo general era eliminar el sarampión autóctono para el año 2006.

En el informe “*Plan de Eliminación del Sarampión. Comunidad de Madrid. Año 2006*” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enero 2007. Volumen 13. Nº 1) se expone más detalladamente el tema.

Mapa 12. Sarampión. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.19.- Sífilis

En el año 2006 se notificaron 222 casos de sífilis, 44 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 3,69, un 79,13% mayor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 0,86 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

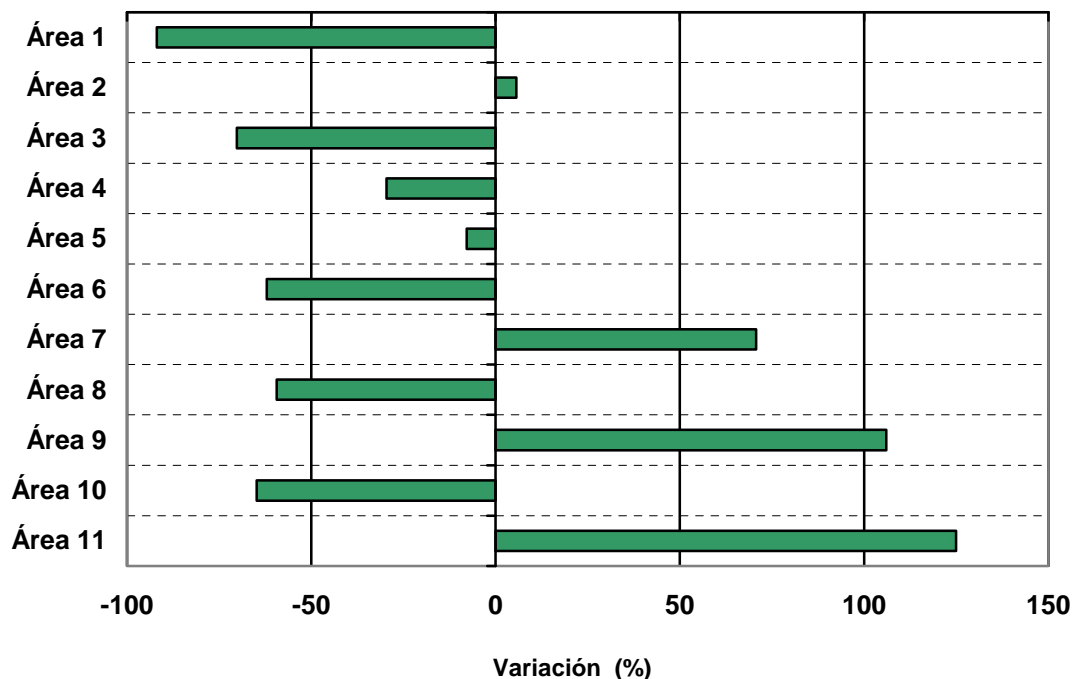
Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM fueron la 11 (8,32 casos por 100.000 habitantes), la 9 (7,57 casos por 100.000) y la 7 (6,27 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 32). Todos los distritos sanitarios, excepto Moratalaz, Vallecas y Torrejón de Ardoz, notificaron algún caso y los que mostraron mayores tasas fueron Centro (15,68 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (14,51 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (12,58 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 13).

El 73,0% de los casos se observó en varones. El rango de edad varió entre 19 y 89 años, con una edad media de 37 años y el 70,3% de los casos se presentó en personas de 40 años o menos (gráfico 33)

El 68,9% de los casos se clasificaron como confirmados. En el 92,3% de los casos el diagnóstico se realizó por serología y en el 3,2% se hizo diagnóstico microbiológico.

En cuanto a la distribución de los casos según el país de origen el 43,2% eran españoles, el 34,7% de Latinoamérica, el 11,7% de países africanos, el 5,86% de Europa del Este, el 2,25% de otros países y únicamente en el 1,8% de los casos se desconocía esta información.

Gráfico 32. Sífilis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Mapa 13. Sífilis. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2006.

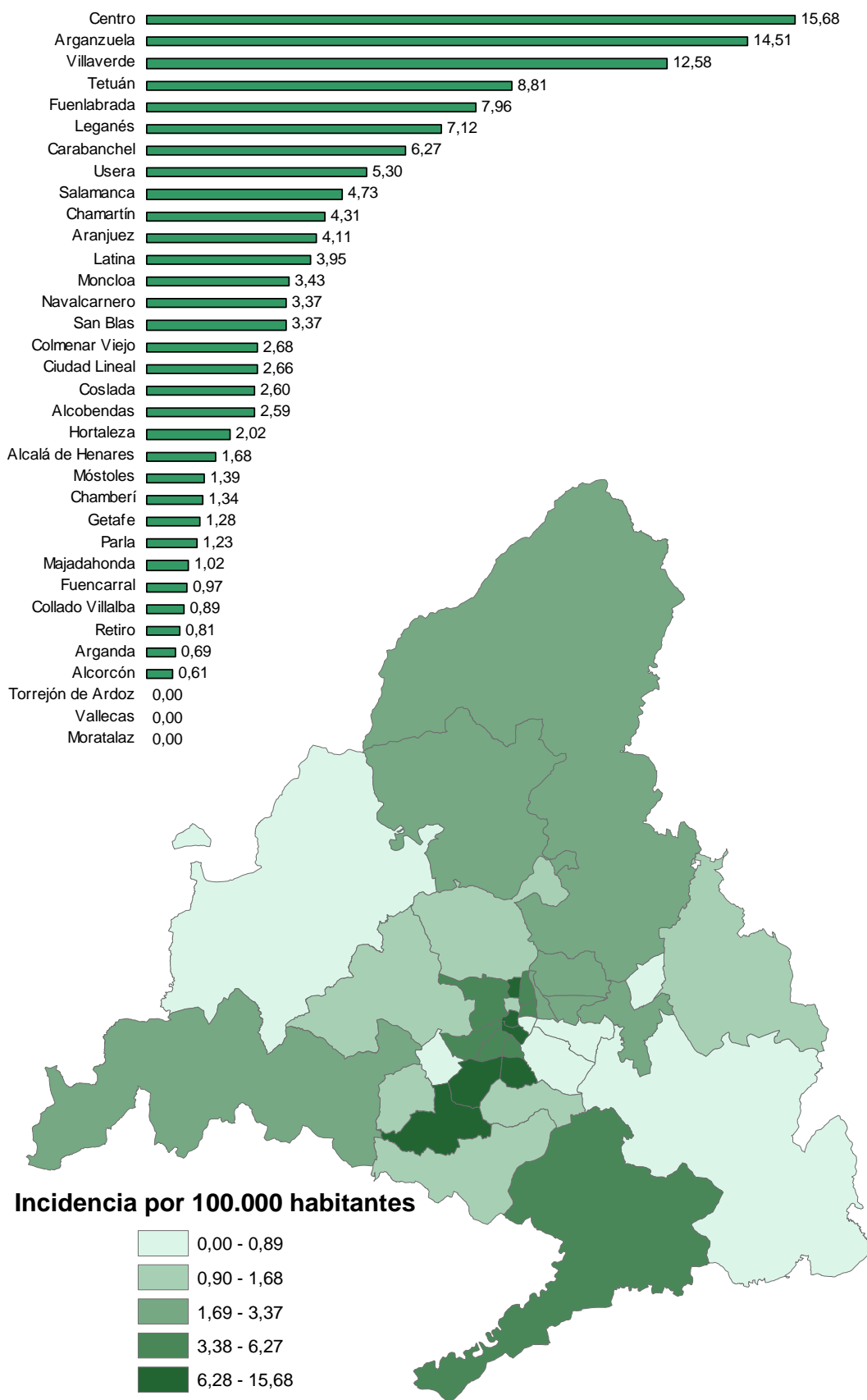
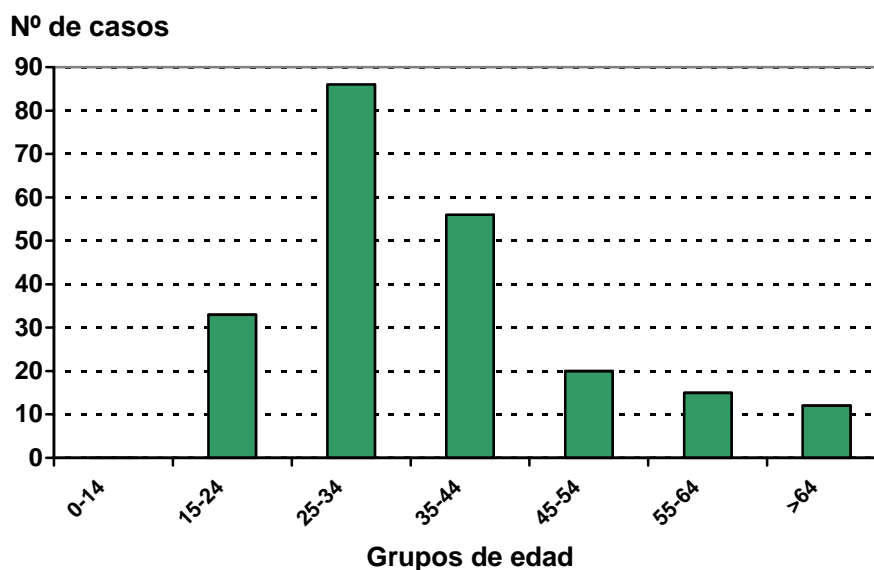


Gráfico 33. Sífilis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.20.- Sífilis congénita

En la CM se notificaron dos casos de sífilis congénita durante el año 2006 (0,03 casos por 100.000 habitantes) y ningún caso en 2005. A nivel nacional se notificaron 18 casos en 2006 y 13 casos en 2005, lo que supone unas tasas de incidencia de 0,05 y 0,03 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Uno de los casos notificados en 2006 era un varón recién nacido residente en el área 4, hijo de padres inmigrantes, y el otro era un varón de 3 años procedente de la India con residencia en el área 7.

3.3.21.- Tos ferina

En el año 2006 se notificaron 96 casos de tos ferina en la CM, 7 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,60 casos por 100.000 habitantes, un 45,76% menor que la mediana de las tasas de incidencia del quinquenio anterior en la CM, y superior a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 1,67 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 9,77 casos por 100.000 habitantes. El mayor número de casos se observó durante las cuatrisesmanas 4 a 9 del año 2006, con un nuevo ascenso en la cuatrisesmana 11 (gráfico 34).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM fueron la 3, la 2 y la 11 con 9,16, 2,50 y 1,74 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (tabla 4, gráfico 35). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Alcalá de Henares (9,69 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (6,24 casos por 100.000 habitantes), Coslada (4,55 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (4,19 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 14); estos distritos también presentaron las mayores incidencias en menores de 15 años: 56,24 casos por 100.000 habitantes en Alcalá de Henares, 38,42 casos por 100.000

habitantes en Torrejón de Ardoz, 29,72 casos por 100.000 habitantes en Coslada y 27,83 casos por 100.000 habitantes en Villaverde.

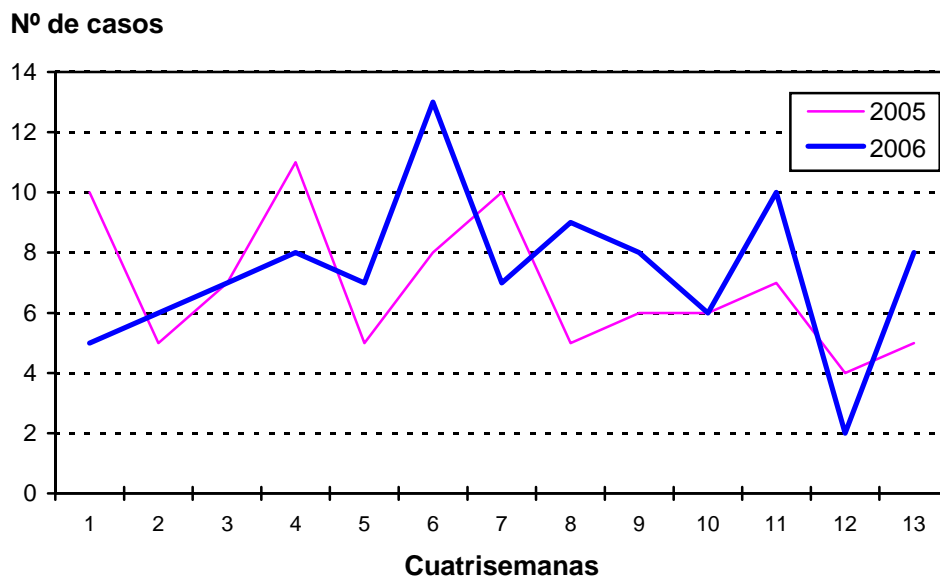
El 52,2% de los casos se produjo en mujeres. El rango de edad osciló entre 0 meses y 71 años, observándose el 42,6% en menores de 6 meses, el 26,2% entre 6 meses y 4 años, el 4,2% en el grupo de 5 a 9 años, y el 17,7% en el grupo de 10 a 14 años (gráfico 36). No se disponía de información sobre el país de origen en 9 casos y el 90,8% de los casos restantes eran españoles.

El 12,5% de los casos se clasificaron como confirmados, el 20,8% como probables y el 66,7% restantes como sospechosos. Se realizó diagnóstico serológico en el 41,7% y diagnóstico microbiológico en el 11,5%.

El estado vacunal en los menores de 23 años era desconocido en el 24,7% de los casos, el 21,5% no estaban vacunados y el 53,8% sí lo estaban (en el 14,0% se desconocía el número de dosis recibidas y el resto estaba inmunizado con al menos una dosis de vacuna) (gráfico 37).

El 13,5% de los enfermos estaban asociados a otros casos. Durante el año 2006 se notificaron 2 brotes de tos ferina en la CM, con un total de 7 afectados (1 necesitó hospitalización). Los dos brotes fueron de ámbito familiar y afectaron a personas menores de 6 meses y de 12 a 19 años, produciéndose el fallecimiento de un niño de 1 mes de edad por tos ferina maligna.

Gráfico 34. Tos ferina. Número de casos notificados por cuatrisesemanas. Comunidad de Madrid. Años 2005-2006.



Mapa 14. Tos ferina. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.

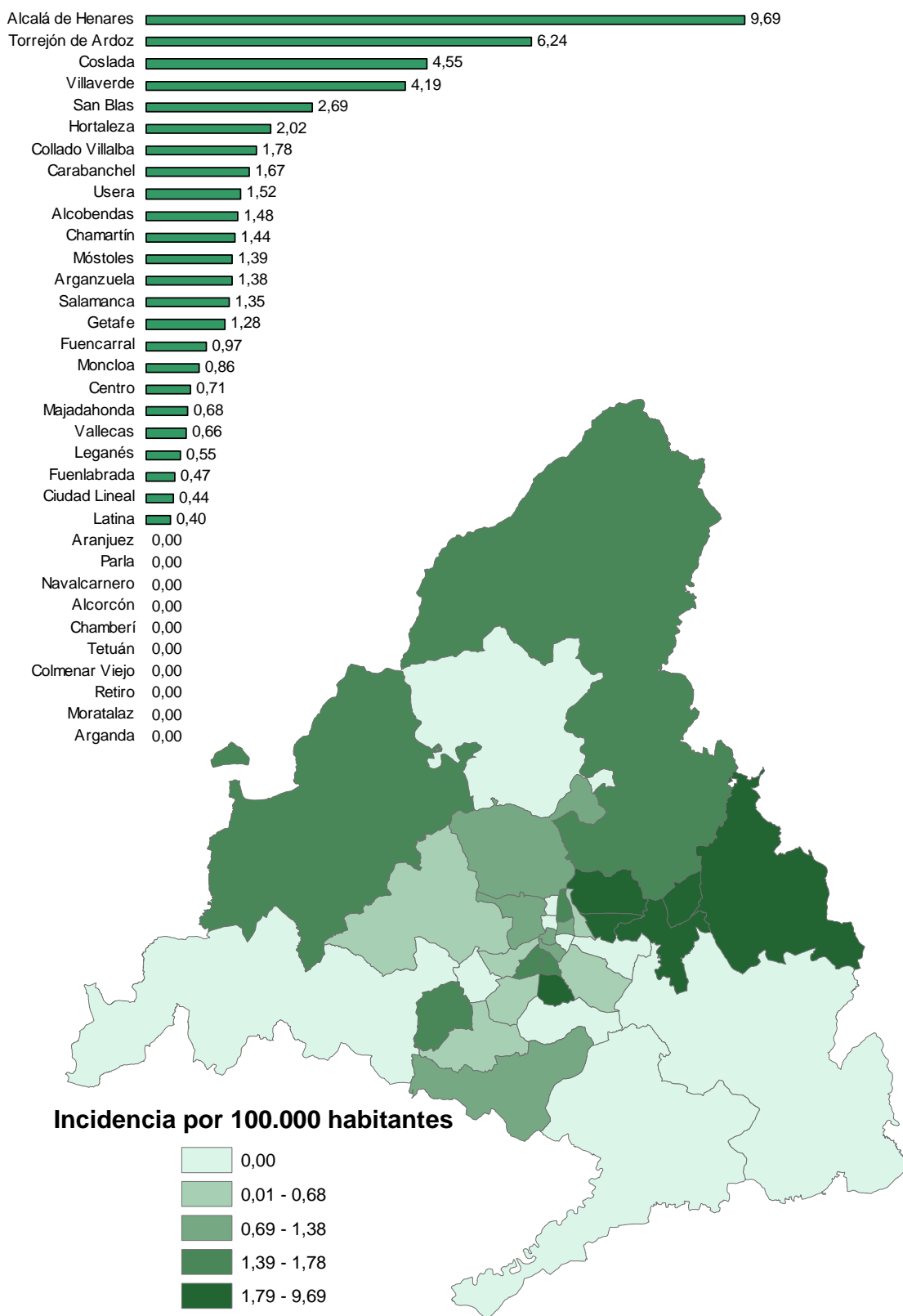


Gráfico 35. Tos ferina. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.

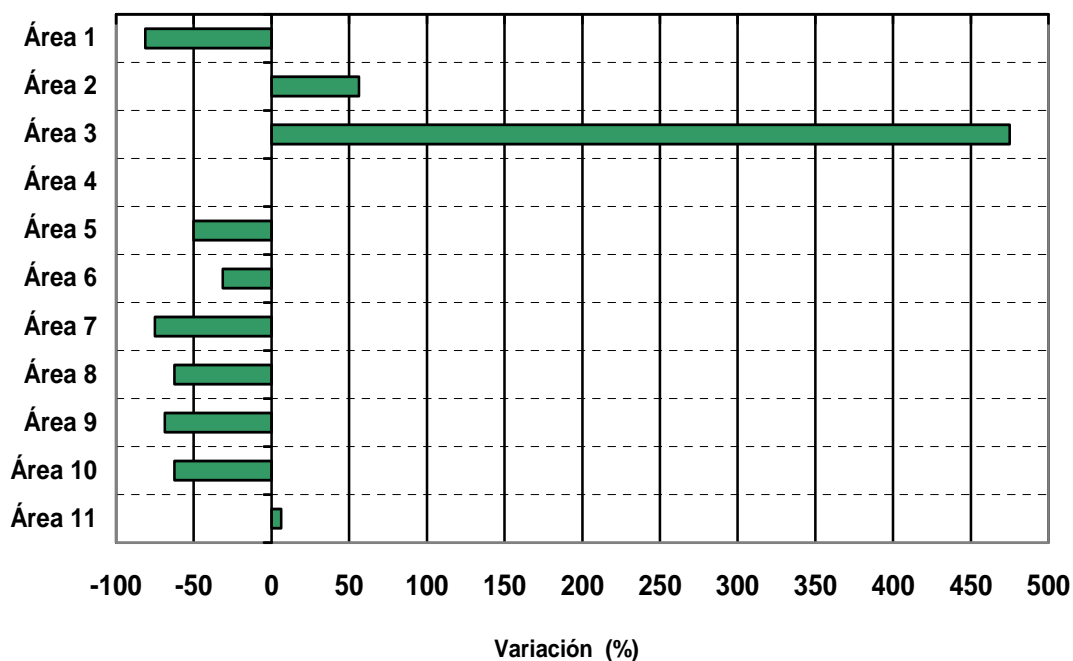


Gráfico 36. Tos ferina. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.

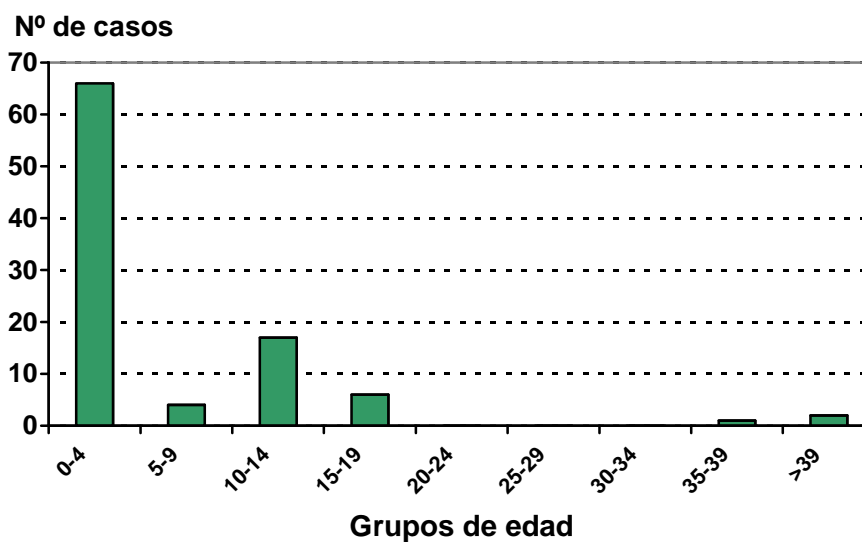
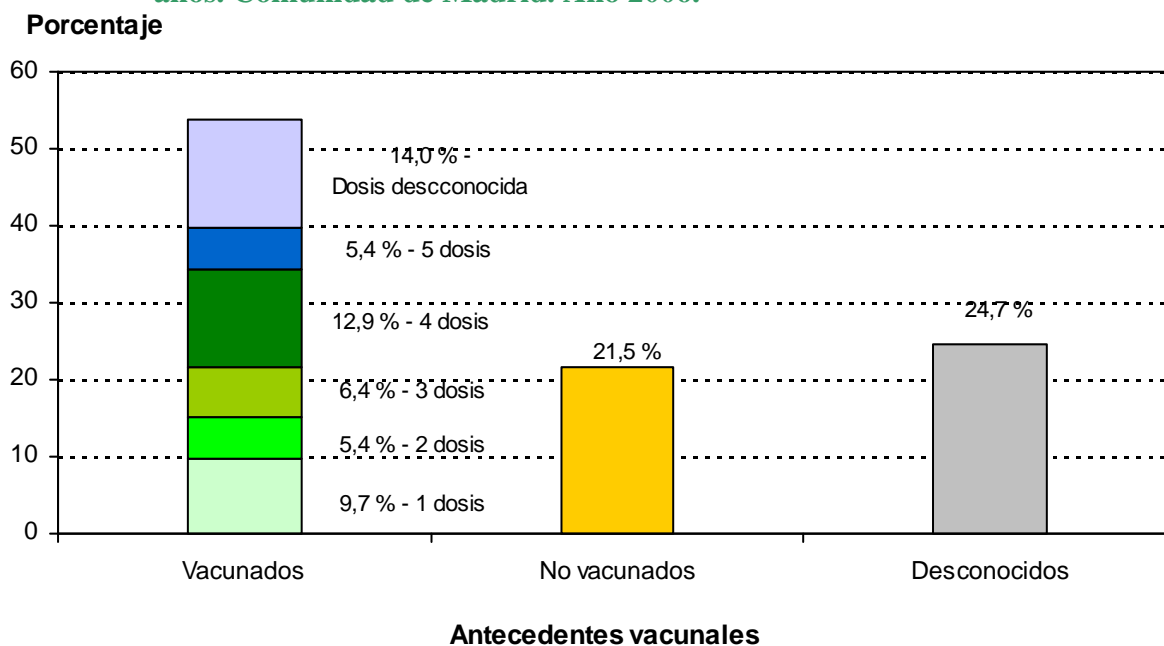


Gráfico 37. Tos ferina. Distribución de los antecedentes vacunales en menores de 23 años. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.3.22.- Triquinosis

En el año 2006 se notificaron 7 casos de triquinosis en la CM, 5 casos más que en 2005, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 0,12 casos por 100.000 habitantes, un 71,43% mayor que la mediana de las tasas de incidencia de la comunidad en el quinquenio anterior, y mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 1,33 (referencia: nivel nacional).

Cinco de los casos notificados se asociaron a un brote por consumo de carne de jabalí procedente de una cacería realizada en Cuenca, se trataba de 2 hombres y 2 mujeres de edades comprendidas entre los 43 y 48 años y de un niño de 7 años, 3 de los casos se clasificaron como confirmados y el examen del alimento sospechoso resultó positivo. Otro de los casos se asoció con el consumo de carne de jabalí procedente de una cacería realizada en Soria, se trataba de un caso sospechoso en un varón de 66 años. El último caso era un varón de 30 años de origen rumano con antecedente de consumo de carne de jabalí traída desde su país de origen.

3.3.23.- Tuberculosis respiratoria

Durante el año 2006 se notificaron 894 casos de tuberculosis respiratoria, 9 casos más que en 2005, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 14,88 casos por 100.000 habitantes.

En el informe *“Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2006”* se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (pendiente de publicar).

3.3.24.- Tuberculosis (otras)

Durante el año 2006 se notificaron 211 casos de otras tuberculosis, incluidas las tuberculosis meníngeas, lo que supone 99 casos menos que en 2005 y una tasa de incidencia acumulada de 3,51 casos por 100.000 habitantes.

En el informe “*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2006*” se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (pendiente de publicar).

3.3.25.- Varicela

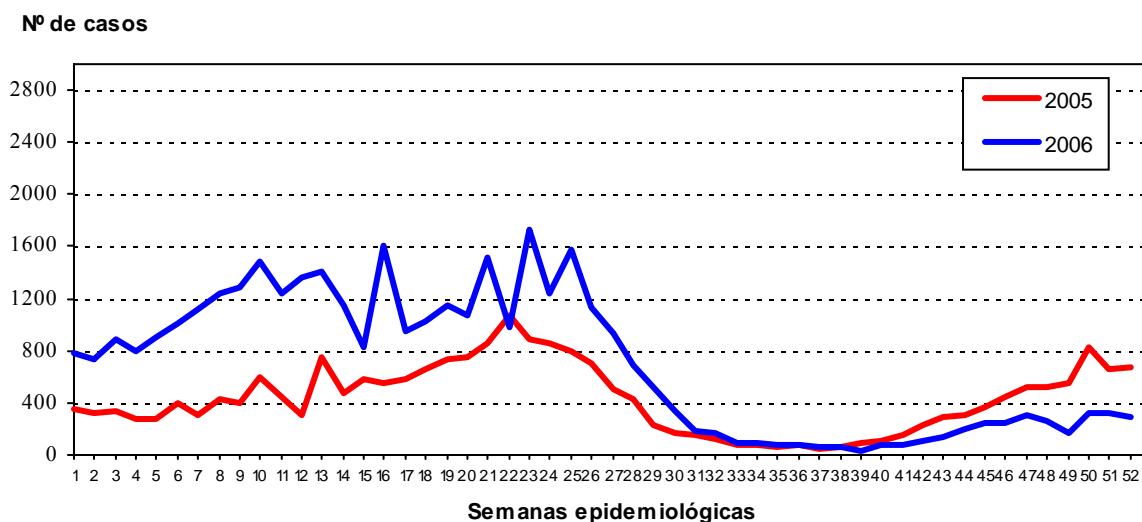
Durante el año 2006 se notificaron 36.329 casos de varicela, 13.852 casos más que en 2005. La tasa de incidencia acumulada fue de 604,66 casos por 100.000 habitantes, cifra un 11,08% menor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior en la CM, y mayor que la observada a nivel nacional ese mismo año, siendo la razón de tasas 1,35 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

El mayor número de casos se registró entre las semanas 10 y 26 (ver gráfico 38). El 97,1% de los casos fueron notificados por profesionales de atención primaria.

Las áreas sanitarias que presentaron las mayores tasas de incidencia en la CM fueron la 3 (847,75 casos por 100.000 habitantes), la 6 (774,67 casos por 100.000), la 9 (685,07 casos por 100.000) y la 7 (625,63 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 39). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Collado Villalba (994,37 casos por 100.000 habitantes), Alcalá de Henares (872,79 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (794,73 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (790,85 casos por 100.000 habitantes) y Vallecas (773,76 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 15).

En 2006 se notificaron dos brotes de varicela, uno de ellos afectó a 3 miembros de una familia, uno de ellos una mujer embarazada y el otro a 6 internos de un centro penitenciario, de 23 a 47 años, todos ellos de origen extranjero.

Gráfico 38. Varicela. Número de casos notificados por semana. Comunidad de Madrid. Años 2005-2006.



Mapa 15. Varicela. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.

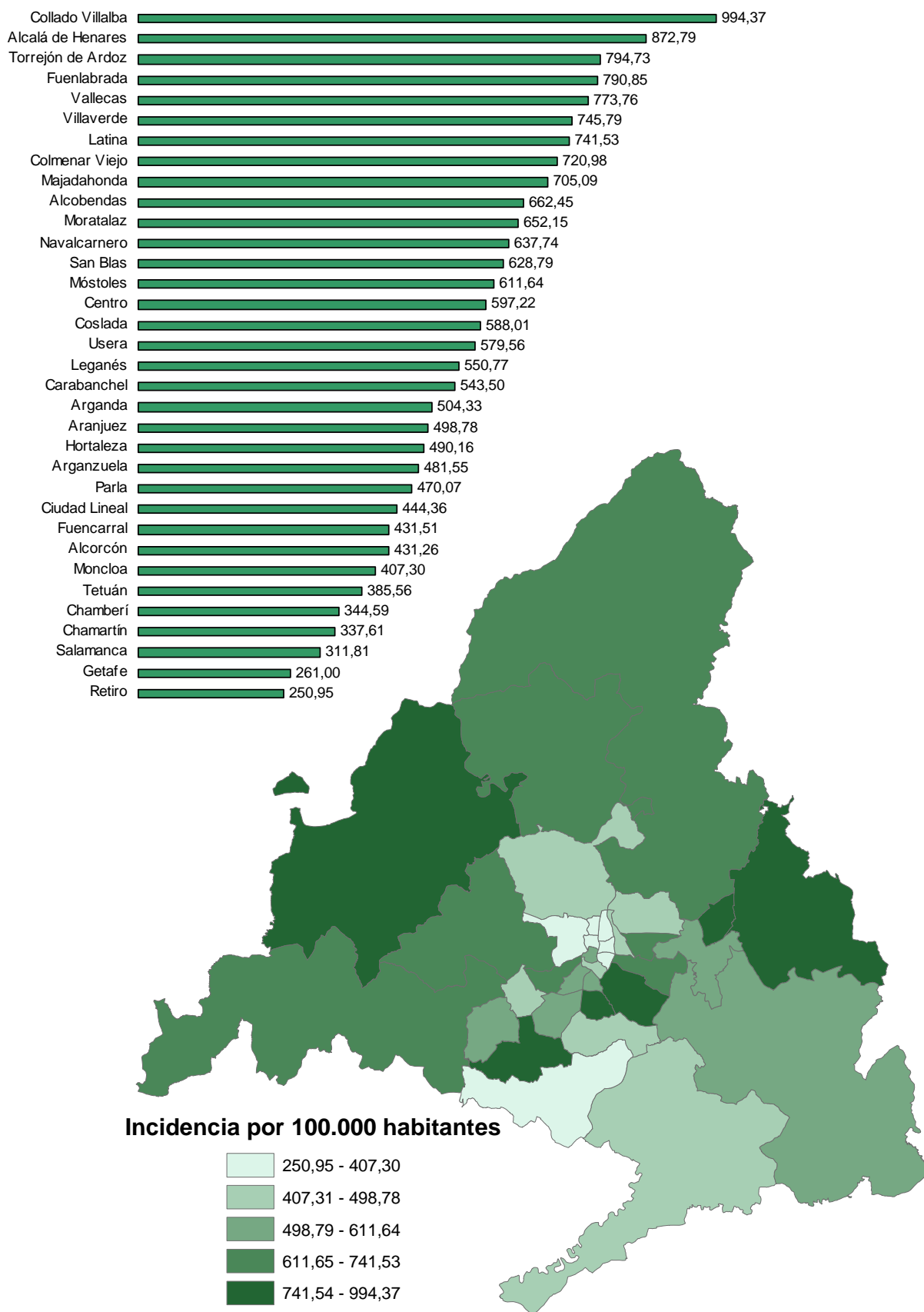
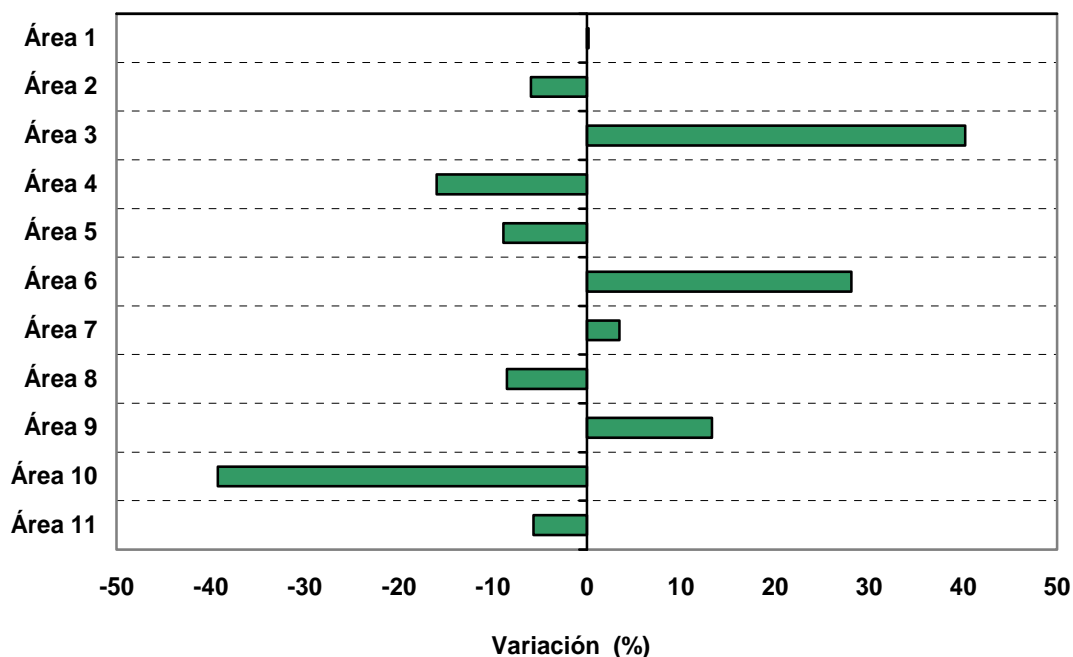


Gráfico 39. Varicela. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2006.



3.4.- ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

Durante el año 2006 no se declaró ningún caso de las siguientes enfermedades: botulismo, cólera, difteria, enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, fiebre amarilla, peste, poliomielitis, rabia, rubéola congénita, tétanos, tétanos neonatal y tifus exantemático.

3.5.- CONCLUSIONES

La introducción de la nueva normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria en Enero de 1997 y la implantación real de la misma, en julio del mismo año, produjeron cambios importantes en el sistema de vigilancia epidemiológica. Estos cambios se dirigieron, básicamente, a mejorar la calidad de la información sobre las enfermedades sometidas a vigilancia, normalizando las definiciones de caso entre las diferentes Comunidades Autónomas. En la CM el “Manual de Notificación. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria” (documento técnico de Salud Pública nº 69) tiene como objetivo facilitar la notificación de todos los profesionales sanitarios de la Región. Este documento está disponible en el Portal de Salud de la Comunidad de Madrid.

Las conclusiones del informe realizado se plantean en dos grandes apartados en relación a la calidad del funcionamiento del sistema y en relación a los resultados obtenidos de la vigilancia de las enfermedades.

3.5.1.-Calidad del funcionamiento del sistema

La aplicación informática para el manejo de los datos de las EDO en la CM, puesta en marcha en enero de 2005, se ha ido consolidando paulatinamente. A lo largo de 2006 se ha realizado el seguimiento y resolución de las incidencias y errores detectados, así como el mantenimiento y actualización de la misma. Este proceso continuo de mejora tiene como objetivo conseguir una aplicación que responda a las necesidades de la vigilancia epidemiológica. Para conseguirlo se está trabajando para lograr la vinculación automatizada con los sistemas de información que se utilizan en el ámbito asistencial, como el OMI o los registros de los laboratorios de microbiología.

La cumplimentación de las variables epidemiológicas básicas edad y sexo ha alcanzado unos porcentajes óptimos (99,9%). Los esfuerzos se deberían centrar en mejorar la información recogida en otras variables, fundamentales para la vigilancia epidemiológica, que no alcanzan unos niveles de cumplimentación elevados.

Las variables relacionadas con el tipo de diagnóstico presentan una cumplimentación muy elevada (98,8%). Este porcentaje se calcula excluyendo los casos de tuberculosis.

La variable que recoge la clasificación del caso es de cumplimentación obligatoria para la aplicación informática, registrándose los casos por defecto en la categoría de “sospechosos”, que puede ser modificada en virtud a la información disponible. Esto hace que no tenga sentido valorar su cumplimentación a la hora de evaluar el funcionamiento del sistema.

La fecha de inicio de síntomas tiene un nivel de cumplimentación aceptable, por encima del 80%, aunque susceptible de mejora. Con frecuencia surge el problema del desconocimiento de la fecha concreta de inicio de síntomas, y esta se cumplimenta con otras fechas decididas por consenso: fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, fecha de inicio del tratamiento o cualquier fecha que nos aproxime el caso al momento en que se produjo.

La asociación o no asociación a otros casos y el colectivo de pertenencia, si son colectivos favorecedores de la transmisión de determinadas enfermedades (guarderías, colegios, residencias de personas mayores, etc.), presentan una cumplimentación muy baja. Se está trabajando en la creación de tablas catálogo de colectivos que permitan recoger mejor esta información y relacionarla con la obtenida a través del Sistema de Notificación de Alertas y Brotes.

La información sobre la vacunación y el número de dosis de vacuna (en enfermedades incluidas en calendario vacunal) son variables de gran importancia para las actuaciones de salud pública. En concreto, en el 15% de los casos de parotiditis y en el 25% de los casos de tos ferina en edad de estar vacunados, no se dispone de esta información, por lo que hay que seguir trabajando en mejorar la calidad de esta información, y así, por ejemplo, se está valorando la forma de conseguir la información sobre la historia vacunal a partir de las notificaciones obtenidas a través de OMI.

La variable país de origen del caso alcanza unos porcentajes de cumplimentación superiores al 90%, mejorando notablemente con respecto al año anterior en que no se superó el 50%. Esta información tiene una gran relevancia desde el punto de vista epidemiológico, ya que permite definir mejor los grupos de riesgo, conocer tendencias específicas en colectivos de inmigrantes y plantear unas estrategias de prevención centradas en los grupos más

afectados. La variable año de llegada podría ser útil para definir mejor a estos grupos, pero sólo se recoge en el 8,7% de los extranjeros.

Las variables que recogen información sobre la pertenencia a colectivos desfavorecidos siguen presentando una cumplimentación muy baja, menor del 4%, situación ya detectada en años anteriores. Sería conveniente trabajar este aspecto y plantear algún tipo de recogida sistemática de la información.

La proporción de notificaciones de EDO individualizadas procedentes de atención especializada ha aumentado en 2006, lo que probablemente se ha debido en gran parte a la integración de los registros de tuberculosis en la misma base de datos que el resto de las EDO, ya que la mayoría de las notificaciones de tuberculosis proceden de atención especializada. Este hecho no nos debe hacer olvidar la gran importancia de conseguir una mayor participación de los especialistas, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, fomentando la colaboración de los Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios. Los notificadores no sanitarios, especialmente los docentes, también tienen un papel fundamental, especialmente en la notificación de enfermedades y brotes que afectan a la población infantil de la CM.

3.5.2.- Enfermedades notificadas

Entre las **enfermedades de transmisión respiratoria** destaca el aumento en la incidencia de **legionelosis** con respecto a 2005 y a la mediana de las tasas del quinquenio anterior, manteniéndose la tendencia creciente ya detectada el pasado año. Tres de los casos notificados se asociaron a dos brotes con el riesgo localizado fuera de nuestra comunidad. La mayor disponibilidad de las pruebas de detección de antígeno en orina, que han facilitado la confirmación diagnóstica, pueden haber influido en esta línea ascendente, pero debemos mantenernos alerta con esta enfermedad, vigilando la tendencia y valorando otros aspectos de relevancia.

En 2006 la incidencia de **varicela** aumentó con respecto a 2005, pero fue algo menor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior, y se notificaron dos brotes con 9 afectados, mientras que en 2005 sólo se notificó un brote con 6 afectados.

Entre las **enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica**, la tendencia ha sido variable según la enfermedad considerada. La incidencia de **disentería** se ha mantenido igual que en 2005 e igual que la mediana del quinquenio anterior, y se notificó un brote de 8 casos residentes en el área 11, mientras que en 2005 no se produjo ningún brote. La incidencia de la **fiebre tifoidea y paratifoidea** ha presentado un ligero ascenso con respecto a 2005, pero ha descendido levemente con respecto a la mediana de las tasas del quinquenio anterior. La **triquinosis** ha experimentado un aumento respecto a 2005 y respecto al quinquenio anterior, si bien hay que tener en cuenta que el alimento sospechoso no procedía de nuestra comunidad en ninguno de los 7 casos notificados; en uno de los casos el alimento había llegado de otro país, circunstancia similar a lo ocurrido en años anteriores en colectivos de inmigrantes, y en los 6 restantes el alimento procedía de jabalíes cazados en otras comunidades, por lo que, a pesar de que los hábitos de los colectivos de inmigrantes tienen gran importancia en la aparición de casos de esta enfermedad, no podemos olvidar la relevancia de las cacerías.

Entre las **enfermedades de transmisión sexual**, se sigue observando la tendencia creciente detectada en años anteriores por la **infección gonocócica** y la **sífilis**, siendo

destacable la utilidad que tiene para la vigilancia de estas enfermedades la posibilidad de analizar la variable país de origen. En 2005 no se había notificado ningún caso de **sífilis congénita**, mientras que en 2006 se notificaron dos casos, aunque ninguno de ellos era hijo de padres españoles. La tendencia creciente de estas enfermedades debería llevarnos a reforzar las estrategias de vigilancia implantadas.

Entre las **antropozoonosis** hay que hablar de la brucelosis y la leishmaniasis. En la **brucelosis** se observó una disminución respecto al 2005 y respecto a la mediana de las tasas del quinquenio anterior, se notificó un caso asociado a un brote con el riesgo localizado en otra comunidad autónoma, pero no se notificó ningún brote en nuestra comunidad. La incidencia de **leishmaniasis** disminuyó con respecto a 2005 y también con respecto a la mediana del quinquenio anterior, siendo de especial interés que cerca del 32% de los casos estaban en edad pediátrica.

Respecto a las **hepatitis**, la incidencia de **hepatitis A** se mantiene prácticamente constante aunque con un leve ascenso con respecto a años anteriores, en 2006 se notificaron 6 brotes con 60 casos mientras que en 2005 hubo 5 brotes con 30 casos. Tanto la incidencia de **hepatitis B** como la de **otras hepatitis víricas** son ligeramente mayores que las de 2005 y que la mediana del quinquenio anterior, y no se registró la aparición de ningún brote por estas causas. Sigue existiendo un gran número de casos en los que no se recoge información sobre los factores de riesgo en los distintos tipos de hepatitis, por lo que hay que insistir en este aspecto como un punto importante de mejora.

Las **enfermedades vacunables** presentan situaciones diferenciadas sobre las que hay que reflexionar específicamente.

La **parotiditis** ha presentado una incidencia mucho mayor que en 2005 y que la mediana del quinquenio anterior, además en 2006 se notificaron 21 brotes de parotiditis con 237 casos, tanto en población escolar como en adultos, mientras que en 2005 se notificaron 4 brotes con 14 casos. Esta situación particular se ha producido también en otros puntos del territorio nacional y pone de manifiesto la importancia de reforzar y adecuar tanto la vigilancia epidemiológica como las campañas de vacunación.

Durante la primera mitad de 2005 se produjo el mayor brote de **rubéola** registrado durante los últimos años en la Comunidad de Madrid. Este brote afectó fundamentalmente a adultos, en su mayoría inmigrantes latinoamericanos de ambos sexos y varones jóvenes españoles. Probablemente como consecuencia de la importante disminución de susceptibles, en 2006 los casos detectados hayan disminuido drásticamente. Esta disminución de susceptibles se ha producido por el propio brote y por las medidas de prevención adoptadas, la potenciación de la vacunación en población general y en población de alto riesgo, y también la realización de campañas de vacunación, sobre todo en mujeres en edad fértil. Así en 2006, se detectaron 19 casos frente a los 479 casos de 2005, y no se ha notificado ningún caso de **rubéola congénita** como ocurrió en 2005, por lo que se puede decir que las actuaciones realizadas han sido efectivas.

Respecto al **sarampión** se ha pasado de 5 casos en 2005 a 177 casos en 2006, situación originada por un caso importado del Reino Unido, que causó un brote con 174 afectados, y que se describe más ampliamente en el informe referenciado.

Hay que destacar que no ha habido ningún caso de **tétanos** en los últimos cuatro años, ni de **tétanos neonatal** en los últimos seis años.

La incidencia de **tos ferina** ha sido algo mayor que en 2005 pero menor que la mediana del quinquenio anterior, notificándose dos brotes con 7 afectados mientras que en 2005 se notificaron 4 brotes con 13 casos. Casi el 97% de los casos se produjeron en menores de 20 años y cerca del 43% en menores de 6 meses, que aún no han recibido la primovacunación completa.

La incidencia de **paludismo** en 2006 ha sido ligeramente mayor que en 2005, pero menor que la mediana del quinquenio anterior. Al igual que en 2005, la mayoría de los casos se infectaron en el continente africano (sobre todo de Guinea Ecuatorial) y fueron causados por *P. falciparum*. Todos los casos son importados, más del 60% son originarios de zonas endémicas y cerca del 20% están en edad pediátrica, lo que hace que el colectivo de inmigrantes y, en especial sus hijos, sigan constituyen un grupo de riesgo elevado.

Con respecto a la **lepra** hay que destacar que en 2006 se notificaron 5 casos, 2 de los cuales eran recidivas, con una incidencia cuatro veces mayor que en 2005 y un 100% mayor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior. Es fundamental mantener y mejorar la colaboración con los responsables del manejo de los pacientes con esta enfermedad para garantizar la detección oportuna y el seguimiento hasta que completen su tratamiento.

Para finalizar este informe, queremos agradecer la colaboración de todos los médicos, enfermeros y resto de profesionales sanitarios de la CM, sin cuya participación sería imposible realizar cualquier actividad de vigilancia y control de estas enfermedades.

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.

GRIPE, AÑO 2006

La gripe es una enfermedad objeto de vigilancia por la OMS que, en nuestra Comunidad Autónoma, es observada a través de dos subsistemas de Vigilancia Epidemiológica: la Red de Médicos Centinela y el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

En este informe se presentan los datos de vigilancia de gripe obtenidos a través del Sistema de Vigilancia de EDO, según el cual, en la Comunidad de Madrid la gripe es una enfermedad de declaración numérica semanal. Clínicamente la enfermedad se caracteriza por un comienzo brusco con fiebre elevada ($\geq 38^\circ \text{C}$), cefalea, malestar general, artromialgias, odinofagia, coriza y tos.

A efectos de vigilancia epidemiológica se considera caso *Sospechoso/Probable* de gripe aquel que presenta una enfermedad clínicamente compatible, sobre todo en situación epidémica. Se considera caso *Confirmado* aquel compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio mediante alguno de los siguientes criterios: aislamiento de virus de influenza de secreciones nasofaríngeas, detección de ácido nucleico viral, detección de antígeno y seroconversión en muestras recogidas en fase aguda y convaleciente.

Incidencia

Durante el año 2006 se notificaron 55.198 casos de gripe, lo que supone una incidencia acumulada de 918,71 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, y 95.094 casos menos que en el año anterior. A nivel nacional se observó una tasa de 1.194,20 casos por 100.000 habitantes, en comparación con los 3.400,12 casos por 100.000 de 2005.

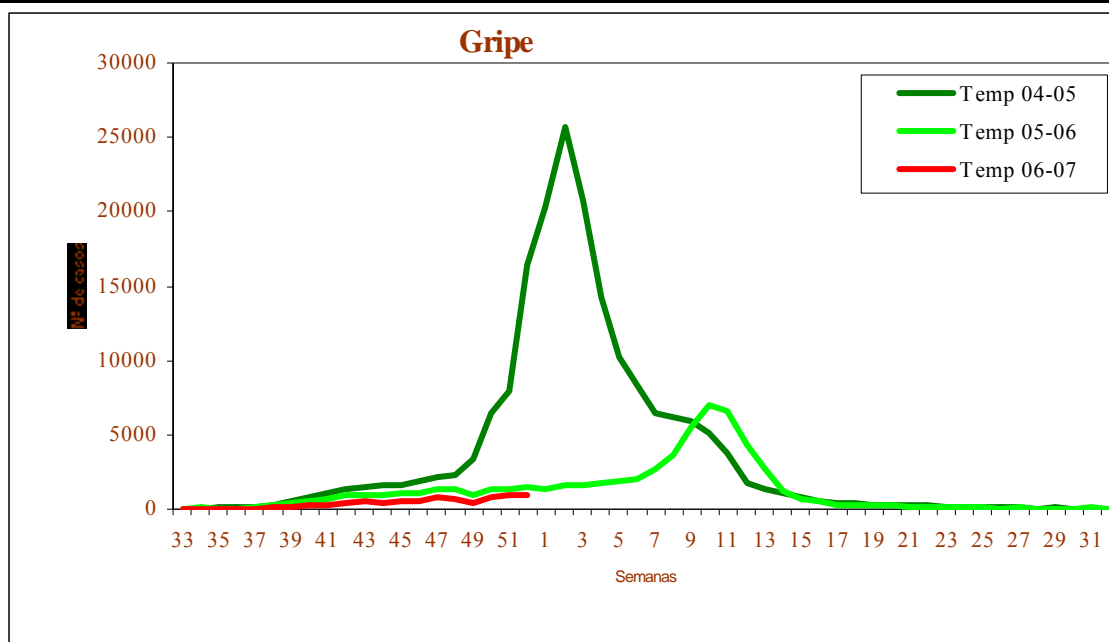
Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación a la de la CM fueron la 7 (1.736,02 casos por 100.000), la 8 (1.461,99 casos por 100.000), la 2 (1.367,74 casos por 100.000) y la 5 (1.017,62 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 10). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (2.399,57 por 100.000), Móstoles (1.906,46 por 100.000) y Coslada (1.763,38 por 100.000) (Mapa 1).

En el gráfico 1 se muestra la evolución semanal del número de casos notificados durante las temporadas 2004/2005, 2005/2006 y 2006/2007 (hasta la semana 52 de 2006). Las semanas con mayor número de casos notificados en cada temporada fueron la semana 2 de 2005 en la temporada 2004/2005, con 26.669 casos, la semana 10 de 2006, con 6.971 casos y la semana 52 de 2006 con 986 casos en el tiempo transcurrido de la temporada 2006/2007, en las que se observa que el número de casos por semana se ha mantenido por debajo de los detectados en la temporada anterior.

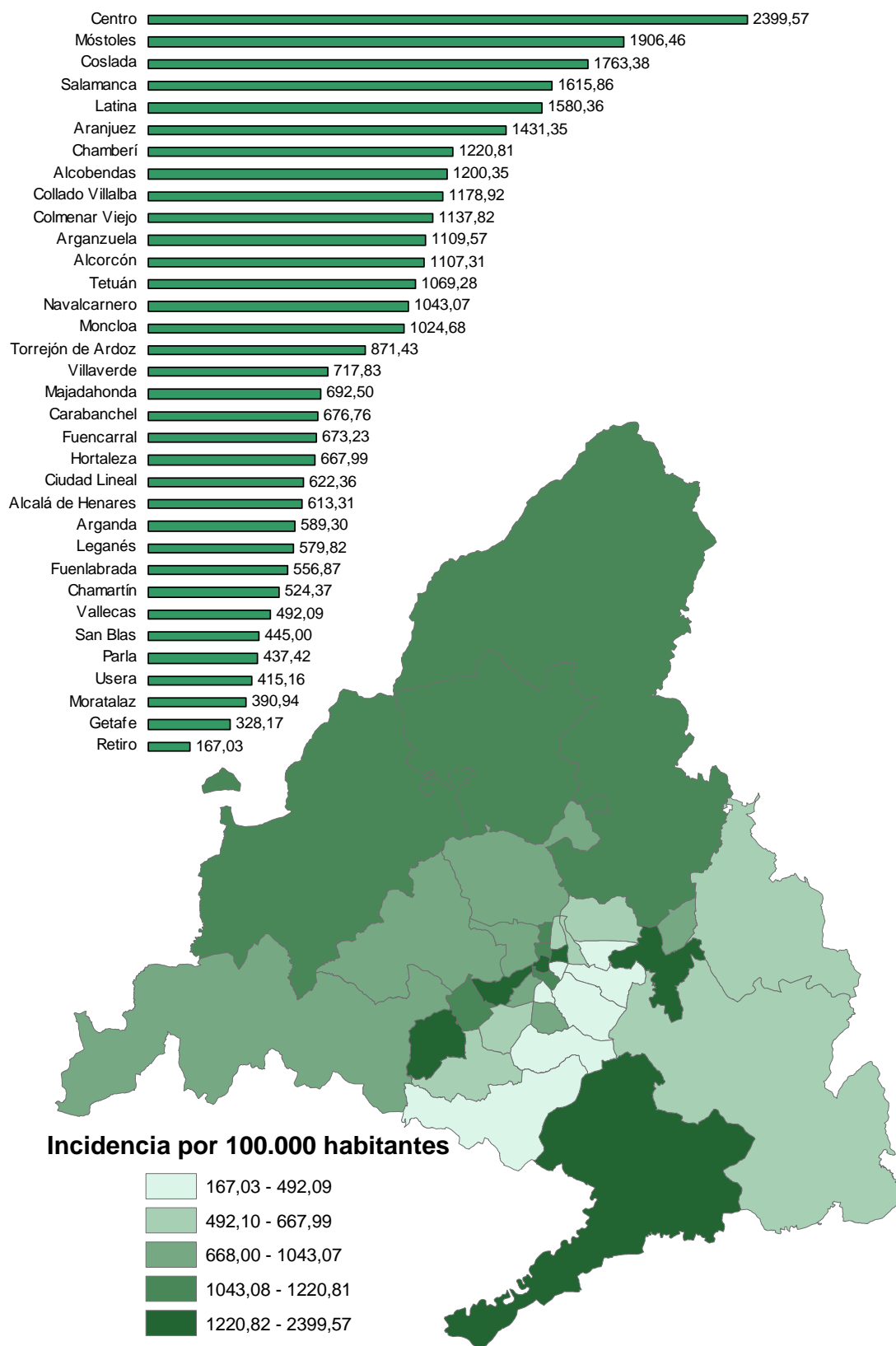
En 2006 se recibieron un total de 10.914 notificaciones de gripe, en comparación con las 12.029 recibidas en 2005. La distribución de las notificaciones por nivel asistencial se ha mantenido constante en ambos años: el 95,1% procedían de atención primaria, el 2,1% de atención especializada y el 2,7% de otros notificadores.

Gráfico 1

GRUPE. Número de casos. Temporadas 04/05, 05/06 y 06/07 (hasta la semana 52 de 2006). Comunidad de Madrid.



Mapa 1.- GRIPE. 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 40 a 44 (del 30 septiembre al 3 de noviembre de 2007)

Enfermedades	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	1	11	0	8	0	5	1	10	0	8	1	6	1	6	1	4	0	6	1	4	2	11	8	79	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
Meningitis bacterianas, otras	0	2	0	2	0	3	0	3	0	2	2	6	0	2	0	5	0	10	0	0	2	5	4	41	
Meningitis víricas	2	7	0	7	4	25	0	6	1	13	1	19	0	10	3	22	2	19	0	1	2	23	15	152	
Enf. neumocócica invasora	10	26	0	24	0	18	5	64	3	14	8	40	6	20	4	28	15	31	4	18	6	64	63	353	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	1	11	1	9	2	8	0	5	6	14	4	22	1	7	1	9	1	4	0	8	0	17	17	115	
Hepatitis B	0	3	1	15	0	2	1	7	0	13	1	14	4	31	3	19	0	2	1	7	7	47	18	162	
Hepatitis víricas, otras	0	4	0	5	0	1	0	0	2	12	1	9	8	30	2	11	0	13	1	4	1	22	15	112	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1	0	1	0	4	0	0	0	3	1	4	0	0	0	2	0	0	1	3	3	18	
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	0	2	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	1	3	1	15	
Triquinosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	154	5199	75	4592	104	4115	84	4996	235	7029	156	6911	404	7511	72	4883	139	3803	8	2051	154	8408	1585	59525	
Legionelosis	0	4	2	2	2	7	2	5	0	0	1	8	1	6	2	3	2	3	1	2	3	5	16	45	
Varicela	48	2164	31	1553	24	1127	26	1058	167	2291	75	2518	40	1239	26	1339	28	1849	20	634	53	2555	538	18334	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	4	0	5	0	2	1	6	0	23	2	20	1	34	1	2	2	13	0	5	1	25	8	140	
Sífilis	0	3	0	13	1	3	3	11	3	26	1	13	9	57	1	7	2	22	0	8	7	53	27	222	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	1	10	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	1	1	0	1	0	2	0	0	0	3	1	14	
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	2	49	1	167	4	91	10	187	9	249	20	355	5	183	4	83	6	110	2	36	12	142	76	1664	
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	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Tétanos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Tos ferina	0	2	0	4	1	41	0	1	0	3	32	68	1	6	0	4	0	2	0	4	1	20	35	155	
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	3	0	10	0	7	0	5	0	4	0	5	2	8	2	27	2	7	0	16	6	95	
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*	15	113	0	38	5	59	7	63	13	67	8	40	9	96	9	66	3	70	4	48	18	165	94	859	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T. H.	0	0	3	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	3	8	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis0congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
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	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	
Poblaciones**	738.481		443.547		341.411		573.659		727.112		621.395		554.492		460.826		395.016		311.468		796.736		5.964.143		
Cobertura0de0Médicos	65,26%		76,60%		99,26%		80,31%		100,00%		100,00%		93,74%		69,44%		70,06%		9,58%		77,24%		79,71%		

* 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 40 a 44 (del 30 de septiembre al 3 de noviembre 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 40-44

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
3	Alcalá de Henares	Restaurante	47	20	Desconocido	Norovirus
3	Alcalá de Henares	Colegio	209	65	Desconocido	Virus*
5	Madrid (Fuencarral)	Cafetería	2	2	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
6	El Escorial	Restaurante	5	4	Desconocido	Toxina bacteriana*
6	Villanueva del Pardillo	Colegio	1050	232	Cocido completo	<i>C. perfringens</i>
7	Madrid (Centro)	Restaurante	240	64	Carne de ternera	<i>C. perfringens</i> *
7	Madrid (Latina)	Familiar	6	5	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
8	Arroyomolinos	Bar	3	3	Patatas con salsas	Desconocido
9	Moraleja de Enmedio	Colegio	227	36	Merluza rebozada	<i>B. cereus</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	2	2	Carne adobada	<i>Salmonella sp</i>
11	Madrid (Carabanchel)	Familiar	7	7	Mayonesa casera	<i>S. enteritidis</i>

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

Se han detectado 11 brotes de origen alimentario pertenecientes a las semanas epidemiológicas 40-44, repartidos entre los ocurridos en establecimientos de restauración en general (5 brotes, 93 casos asociados y 3 ingresos hospitalarios), los de ámbito familiar (3 brotes, 14 casos y 8 ingresos) y los localizados en centros escolares (3 brotes y 333 casos sin hospitalizaciones conocidas). Como ocurre frecuentemente, los brotes de mayor extensión afectan a niños usuarios de comedores escolares, aunque en este periodo han sido producidos por microorganismos que no revisten especial gravedad (virus, *C. perfringens* y *B. cereus*). Se ha producido también un brote durante la celebración de una boda en un restaurante de Alcalá de Henares, probablemente debido a la transmisión de un virus a través de alguno de los alimentos del menú, y un brote en el cual se sospechó la contaminación de carne de ternera por toxina de *C. perfringens* y que afectó a 64 adultos residentes en 13 Comunidades Autónomas distintas asistentes a una convención en Madrid. Hasta la semana 44 de 2007 han ocurrido 69 brotes de origen alimentario, los más frecuentes por elaboración y consumo de alimentos dentro del ámbito exclusivamente familiar, en establecimientos de restauración (cafeterías, restaurantes, bares, hoteles, etc.) y en centros escolares. Estos últimos colectivos acumulan el mayor número de enfermos. Entre los brotes notificados, los brotes familiares y los ocurridos en restaurantes son los que han producido más ingresos hospitalarios, 31 y 10 respectivamente. *Salmonella* (24 brotes), *C. perfringens* (3 brotes) y toxina estafilocócica (2 brotes) son, hasta ahora, los microorganismos confirmados más frecuentemente. Sólo en 15 de 69 brotes se ha podido confirmar el alimento mediante identificación del agente en muestras alimentarias y/o análisis estadístico. Estos alimentos han sido de diversa índole, aunque los

más frecuentes han correspondido a los elaborados con huevo fresco, los pescados cocinados, los potajes con carne y las ensaladas.

Entre las semanas 40 y 44 se han identificado también 12 brotes de origen no alimentario, con 126 casos asociados (77,8% de ellos debidos a gastroenteritis agudas) y 4 hospitalizaciones (dos por hepatitis A y otras dos en un brote de gastroenteritis por norovirus en una residencia de personas mayores). Los casos de hepatitis A han correspondido a niños escolarizados o adultos convivientes menores de 40 años de edad. Los casos de parotiditis también han afectado a niños o adultos jóvenes. Entre los brotes no relacionados con el consumo de alimentos notificados entre las semanas 1 y 44 destacan los de parotiditis (35,9% de los brotes y 38,9% de los casos asociados), gastroenteritis aguda (26,9% de los brotes, 44,1% de los casos y 58,8% de ingresos), tos ferina (11,5% de los brotes y 3,4% de los casos) y hepatitis A (10,3% de los brotes, 2,7% de los casos y 23,5% de los ingresos).

Brotes de origen no alimentario. Año 2007. Semanas 40-44

Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	Parotiditis	Rivas-Vaciamadrid	I. E. Secundaria	50	4	V. parotiditis*
2	Hepatitis	Madrid (Salamanca)	Escuela Infantil	70	3	VHA
5	GEA	Alcobendas	Residencia PPMM	368	31	Norovirus
5	GEA	Cobeña	Residencia PPMM	175	34	Virus*
5	Hepatitis	Alcobendas	Familiar	8	2	VHA
6	Tos ferina	Las Rozas de Madrid	Colegio	40	3	<i>B. pertussis</i>
6	GEA	Madrid (Moncloa)	Familiar	4	4	Virus*
7	Parotiditis	Madrid (Centro)	Familiar	4	4	V. parotiditis*
9	GEA	Leganés	Residencia PPMM	123	29	Desconocido
9	Dermatofitosis	Leganés	Colegio	30	2	Hongo
11	Hepatitis	Valdemoro	Escuela Infantil	8	8	VHA
11	Hepatitis	Chinchón	Familiar	3	2	VHA

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

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

Año 2007. Semanas 40-44 y datos acumulados hasta la semana 44

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 40-44	Acum.	Sem 40-44	Acum.
Familiar	3	27	14	114
Bares, restaurantes y similares	5	25	93	490
Centros escolares y similares	3	11	333	687
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	47
Otras Residencias	0	2	0	43
Instituciones penitenciarias	0	1	0	39
Otros lugares	0	1	0	3
Total	11	69	440	1423
Brotes de origen no alimentario	Sem 40-44	Acum.	Sem 40-44	Acum.
Parotiditis	2	28	8	508
Gastroenteritis aguda	4	21	98	576
Tos ferina	1	9	3	44
Hepatitis A	4	8	15	35
Escabiosis	0	5	0	58
Neumonía	0	2	0	27
Dermatofitosis	1	2	2	5
Conjuntivitis	0	1	0	43
Molusco contagioso	0	1	0	7
Rubéola	0	1	0	2
Total	12	78	126	1305
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	23	147	566	2728



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2007, semanas 40 a 44
(Del 30 de septiembre al 3 de noviembre 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.

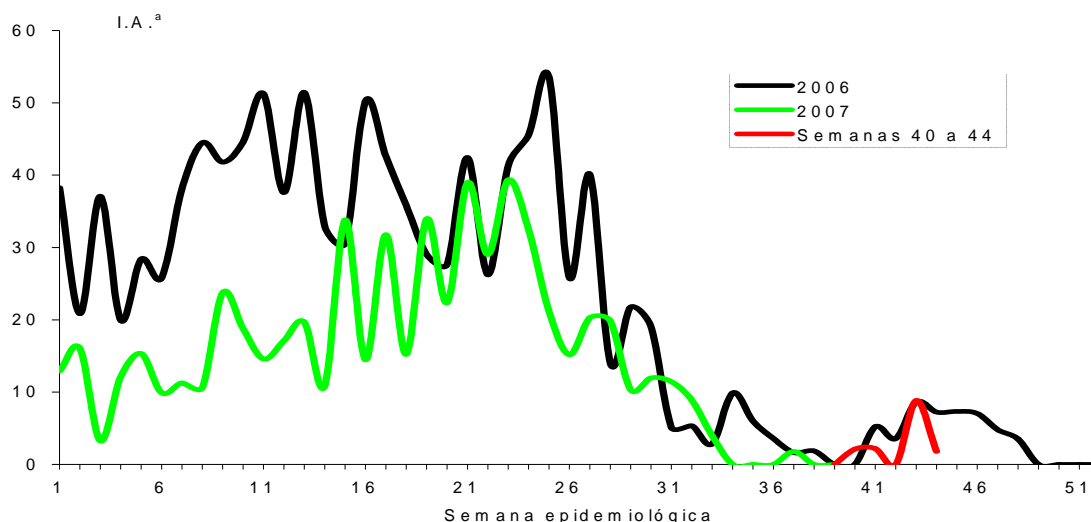
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 52,6%.

VARICELA

Durante las semanas 40 a 44 del año 2007 han sido declarados 7 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 29,7 casos por 100.000 personas (IC 95%: 14,6 – 44,7). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2006 y 2007.

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

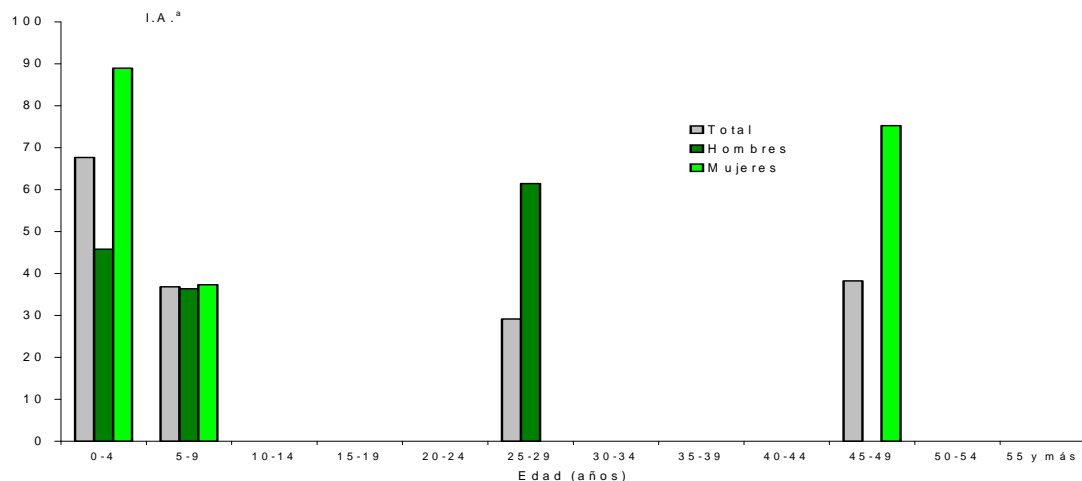


^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, cuatro se dieron en mujeres (57%), y tres en hombres (43%). Cinco casos fueron en niños menores de 10 años. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupos de edad. No se registró ninguna complicación.

En el 28,6% de los casos se cogió como fuente de exposición el contacto con otro caso de varicela y en el 14% de los casos el lugar de exposición notificado fue la guardería o el colegio (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 44 de 2007.



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

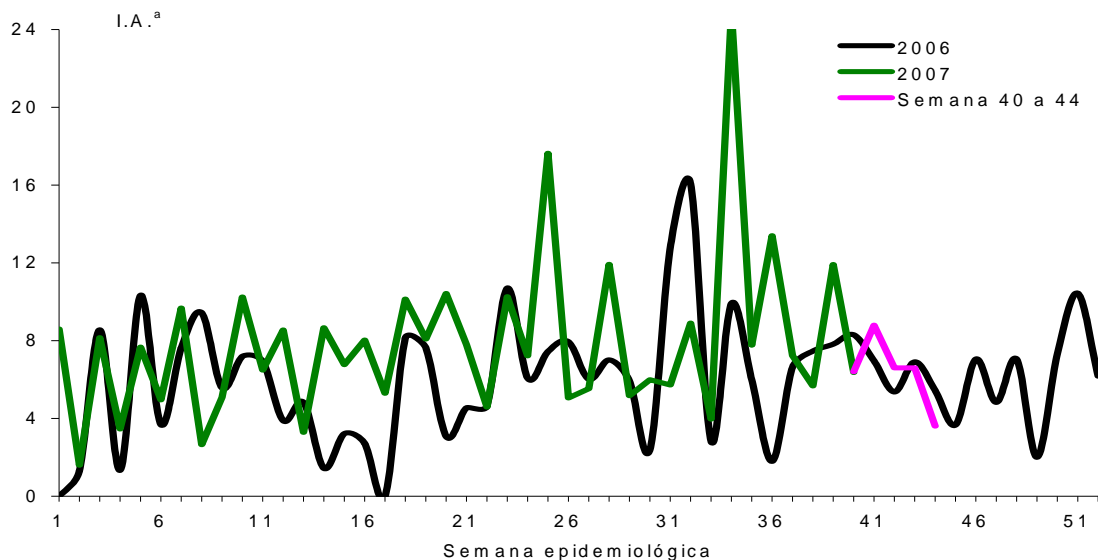
TABLA 1.
Fuente y lugar de exposición de casos de varicela.
Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 44 del año 2007.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	2	(28,6)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	0	(0,0)
Desconocido	5	(71,4)
Total	7	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	0	(0,0)
Colegio	1	(14,3)
Hogar	1	(14,3)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	5	(71,4)
Total	7	(100)

HERPES ZÓSTER

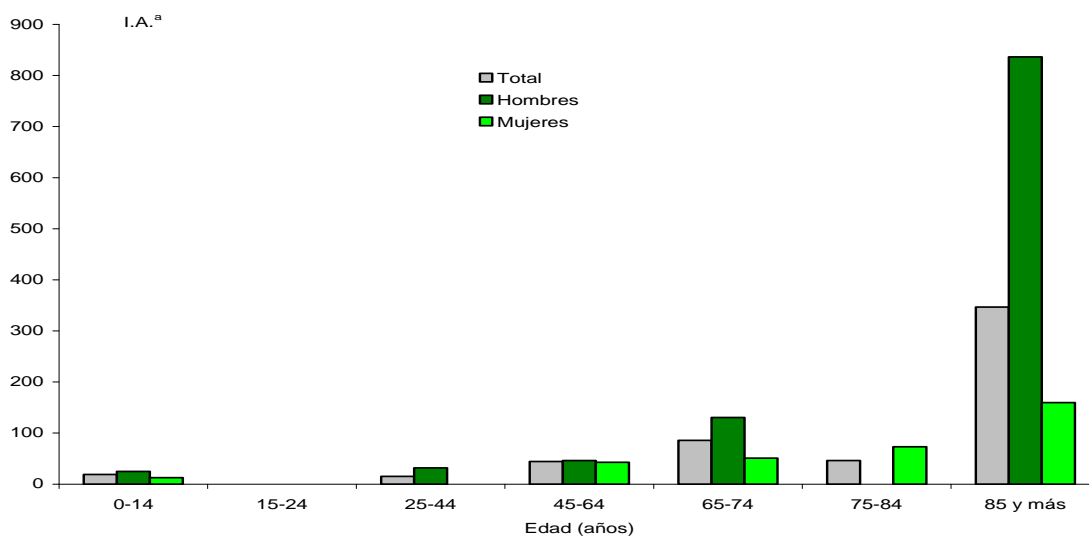
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 16 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 40 a 44, lo que representa una incidencia acumulada de 30,4 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 19,1 – 52,0). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2006 y 2007. El 62,5 % de los casos se dio en hombres y el 37,5 % en mujeres. El 75 % de los casos se dio en personas mayores de 40 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.



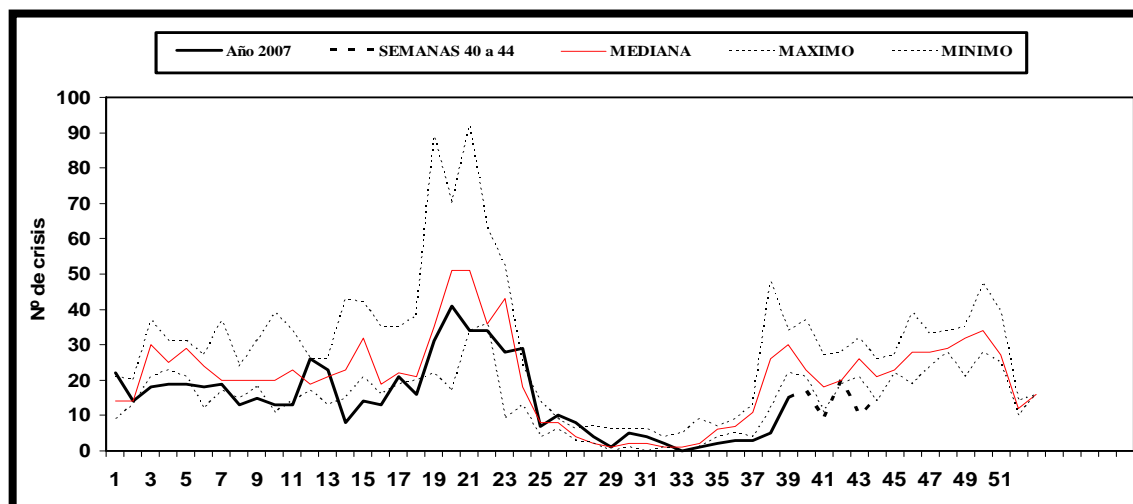
^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 44 de 2007.



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

CRISIS ASMÁTICAS



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

Semanas – Año 2007

TABLA 1.
Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 44 de 2007.

	Semanas 40 a 44	Año 2007
Gripe ^a	3	3
Varicela	7	382
Herpes zoster	16	182
Crisis asmáticas	71	633

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

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

Solicitudes:

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

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

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