

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

# 6.

## INFORMES:

- **Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria en la Comunidad de Madrid, año 2005.**







# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

## 6

### Índice

#### INFORMES:

	- Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria en la Comunidad de Madrid, año 2005.	3
	- EDO. Semanas 22 a 26 (del 28 de mayo al 1 de julio de 2006)	68
	- Brotes Epidémicos. Semanas 22 a 26, 2006.	71
	- Red de Médicos Centinela, semanas 22 a 26, 2006.	74



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.

Tirada: 2.600 ejemplares  
Edición: 04/06

Depósito Legal: M-26.256-1989  
Imprime: B.O.C.M.

ISSN: 1135-3155

**INFORME:****MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID  
AÑO 2005****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 2005 y 2004 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 2005 participó en el sistema un total de 386 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,3%). La cobertura de notificación de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud alcanzada fue de 72,2%. El número total de notificaciones recibidas fue de 27.598, de las cuales 91,3% corresponde a notificaciones semanales de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 8,7% restante (2.407) son notificaciones de EDO con datos epidemiológicos básicos. Hay que reseñar la elevación registrada en rubéola, disentería, sífilis, infección gonocócica, EETH, hepatitis A, P.F.A. en < 15 años, hepatitis B, otras hepatitis víricas y legionelosis, así como el descenso en paludismo, leishmaniasis, fiebre tifoidea y paratifoidea, lepra, gripe, varicela, tos ferina, parotiditis, sarampión, brucelosis y triquinosis.

**Conclusiones:** El sistema de Vigilancia Epidemiológica EDO ha funcionado de forma adecuada durante 2005. Para mejorar en la prevención y control de algunas de las enfermedades incluidas en este Sistema es necesario reforzar las estrategias de intervención sobre grupos socialmente desfavorecidos y especialmente la población inmigrante y sus hijos.

## 1.- 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. 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 2005 se puso en funcionamiento una nueva aplicación informática para el manejo de los datos de las EDO en la Comunidad de Madrid que facilita tanto la grabación como la realización de consultas y exportaciones. Por otro lado, el sistema informático utilizado en atención primaria (OMI) posee una herramienta específica para la notificación en cuya mejora y actualización se está trabajando. El Sistema cuenta con la normalización de las definiciones de caso a nivel estatal, con el acuerdo entre las diferentes Comunidades Autónomas. En la Comunidad de Madrid 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.

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 Comunidad de Madrid, 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 Comunidad de Madrid 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 Comunidad de Madrid.

A continuación se describen las EDO notificadas durante el año 2005 correspondientes a pacientes con residencia en la Comunidad de Madrid, 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 en un informe específico (Pendiente de publicar).

## 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.
- 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").
- Informe de Infecciones que causan meningitis de 2005 de la CM.
- Informe del Plan de Eliminación del Sarampión de 2005 de la CM.
- Informe de brotes de 2005

### 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 notificada.
- Semana epidemiológica en que se produjo el caso.
- Identificación del centro notificador.
- Edad y /o fecha de nacimiento.
- Sexo.
- País de nacimiento del enfermo y año de llegada a España.

- 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.**
- **Cobertura de médicos notificadores en la CM (%):**

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

- **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 2005 y 2004:**  
Nº casos notificados (enfermedad #) en 2005 - Nº casos notificados (enfermedad #) en 2004.
- **Tasas de incidencia acumulada (TI):** para su cálculo se ha utilizado la población recogida en la actualización del Padrón municipal de la CM de 2005.

$$TI (CM): \frac{N^{\circ} \text{ casos}^* \text{ (enfermedad \#) en 2005}}{\text{Población CM}} \times 100.000$$

\* 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 (2000-2004)*

$$\frac{TI (CM \text{ 2005}) - TI \text{ mediana (2000 - 2004)}}{TI \text{ mediana (2000 - 2004)}} \times 100$$

- **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):**

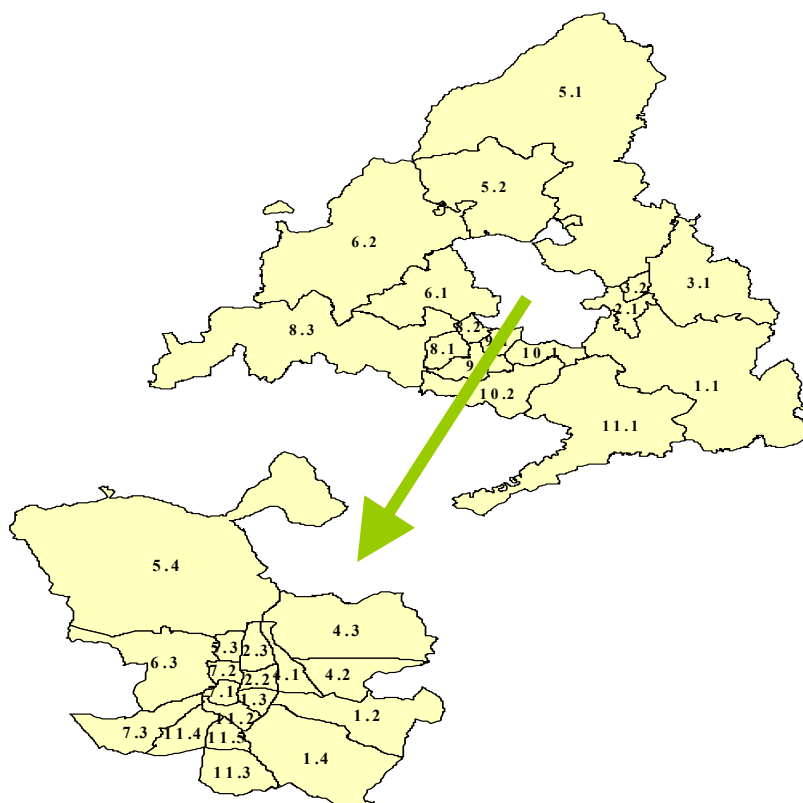
$$\frac{N^{\circ} \text{ casos notificados (enfermedad \#) en 2005 (nivel geográfico \#)}}{\text{Población CM (nivel geográfico \#)}} \times 100.000$$

- **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 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.

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

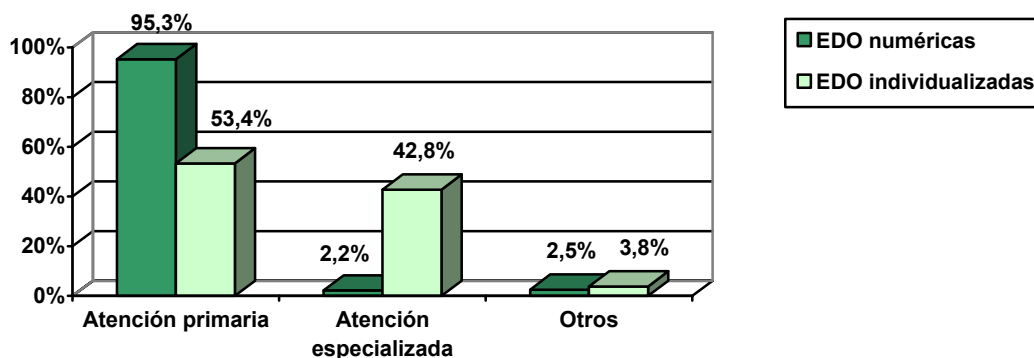
##### 3.1.1.- Centros notificadores

Durante el año 2005 participaron en el sistema 386 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,3%). El 11,4% eran centros de atención especializada hospitalaria y no hospitalaria, y el 8,3% restante, 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 27.598, de las cuales el 91,3% corresponde a notificaciones semanales de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 8,7% restante son notificaciones de EDO con datos epidemiológicos básicos (se excluye tuberculosis, que es grabada en una base de datos específica). En el gráfico 1 se muestra la distribución de las notificaciones recibidas en función del nivel asistencial del notificador.

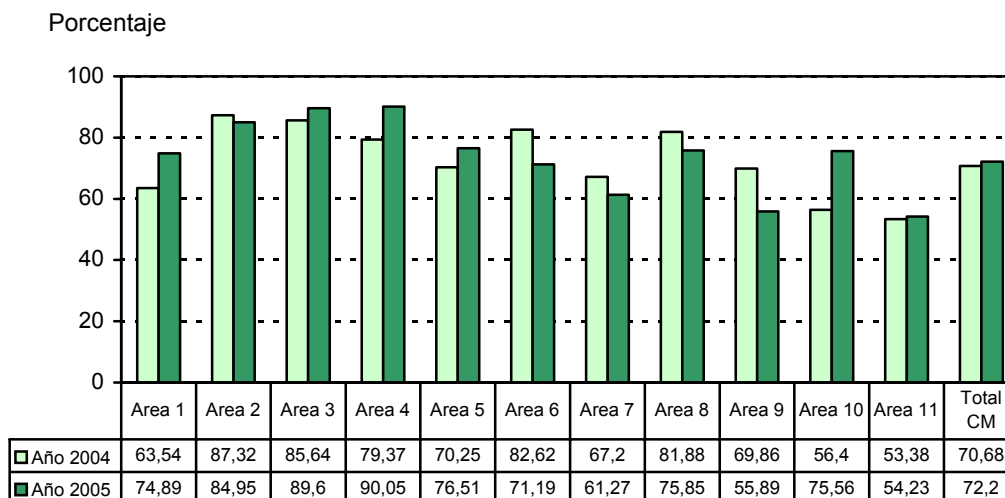
**Gráfico 1.- Notificaciones de EDO según modalidad de notificación y nivel asistencial. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



##### 3.1.3.- Cobertura del sistema

La cobertura de médicos notificadores de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud alcanzada en la Comunidad de Madrid durante el año 2005 fue de 72,2%. En el gráfico 2 se presentan las coberturas por área de salud para el año 2004 y el 2005. En 6 áreas se superó el 75%.

**Gráfico 2.- Cobertura del sistema por áreas de salud (sólo nivel de atención primaria). Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.**

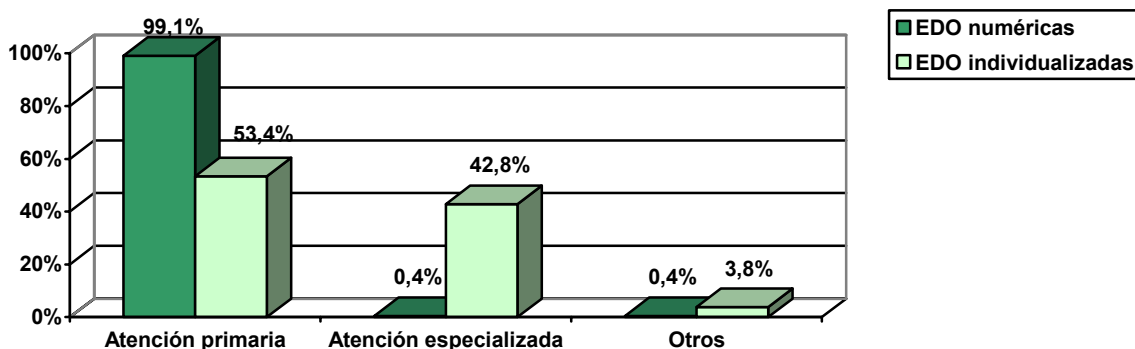


### 3.1.4.- EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial.

En 2005 se notificaron un total de 175.150 casos de EDO (excluyendo tuberculosis), de las cuales el 98,6% correspondía a EDO numéricas y el 1,4% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 99,1% 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 53,4 % fue notificado por atención primaria y el 42,8 % por el nivel hospitalario (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 2005.**



### 3.1.5.- 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 96,0%.

**Tabla 1.- Grado de cumplimentación de las variables epidemiológicas básicas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2005.**

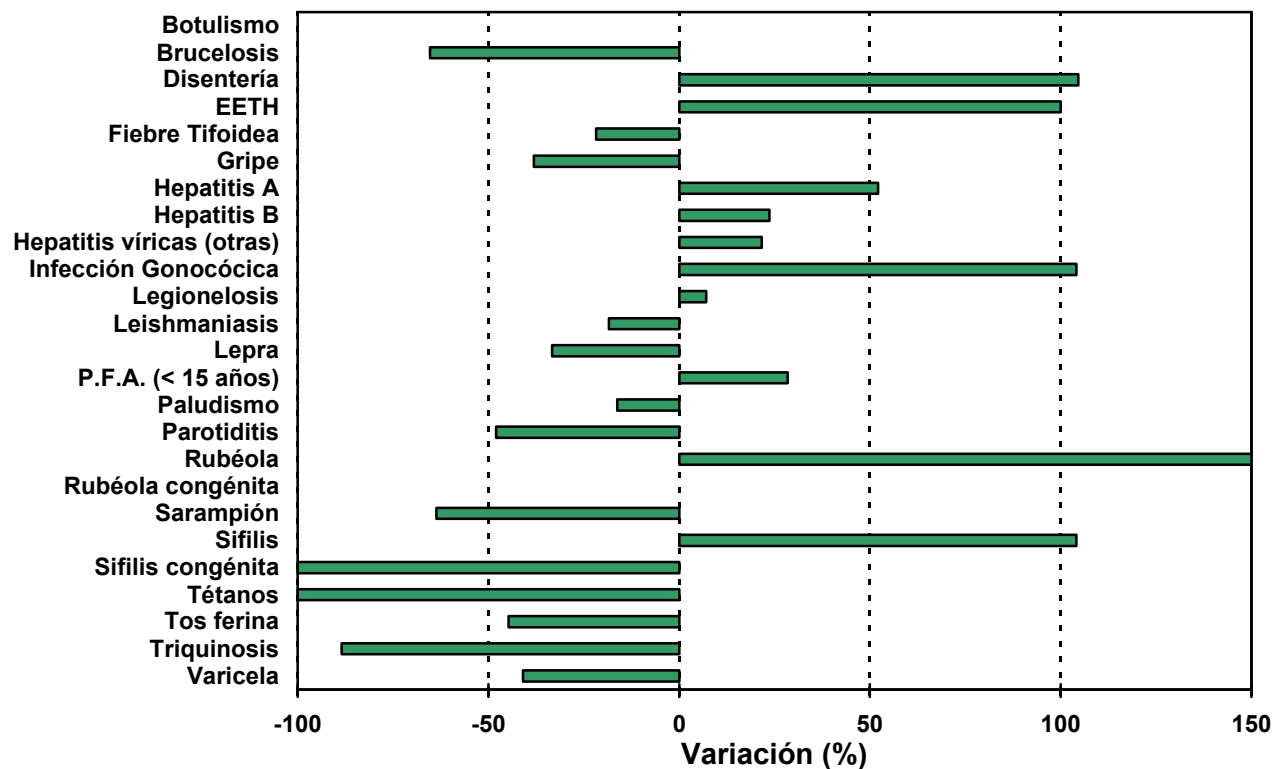
VARIABLE	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN
Área sanitaria	98,0 %
Distrito sanitario	96,8 %
Edad	97,5 %
Sexo	99,8%
Tipo de diagnóstico (clínico, serológico, microbiológico y/u otros)	98,5 %
Fecha de inicio de los síntomas	86,1 %

### 3.2.- COMPARACIÓN DE LA TASA DE INCIDENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2005 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 2005 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 informes del boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid: *“Infecciones que causan meningitis. Año 2005”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, marzo 2006, vol. 12, nº 3), y *“Registro Regional de Casos de Tuberculosis, informe del año 2004”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, mayo 2006, vol. 12, nº 5).

Se observa un aumento en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para: rubéola (2.247,1%), disentería (104,6%), sífilis (104,1%), infección gonocócica (104,1%), EETH (100,0%), hepatitis A (52,2%), P.F.A. en < 15 años (28,4%), hepatitis B (23,7%), otras hepatitis víricas (21,6%), legionelosis (7,1%). Se percibe un descenso en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para las siguientes enfermedades: paludismo (16,3%), leishmaniasis (18,4%), fiebre tifoidea y paratifoidea (21,7%), lepra (33,3%), gripe (38,1%), varicela (40,9%), tos ferina (44,7%), parotiditis (48,0%), sarampión (63,6%), brucelosis (65,3%), triquinosis (88,5%).

**Gráfico 4.- Comparación de la tasa de incidencia acumulada de la Comunidad de Madrid en el año 2005 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio anterior. Comunidad de Madrid.**



**Tabla 2. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2005-2004.**

Enfermedades	Comunidad de Madrid				I. España			
	Casos		Tasas		Casos		Tasas	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
Botulismo	1	1	0,02	0,02	15	7	0,04	0,02
Brucelosis	10	34	0,17	0,57	350	636	0,88	1,60
Disentería	27	31	0,45	0,52	186	129	0,47	0,33
E. C. J.*	12	8	0,21	0,14	85	73	0,22	0,19
E. I. <i>Haemophilus influenzae</i> **	8	5	0,13	0,08				
Enfermedad meningocócica	98	109	1,64	1,83	844	881	2,13	2,22
Fiebre tifoidea	11	9	0,18	0,15	74	102	0,19	0,26
Gripe	150.292	89.517	2.519,83	1.500,92	1.349.366	615.229	3.399,68	1.551,61
Hepatitis A	169	219	2,83	3,67	1.136	844	2,86	2,13
Hepatitis B	137	140	2,30	2,35	652	762	1,64	1,92
Hepatitis (otras)	124	170	2,08	2,85	671	873	1,69	2,20
Infección gonocócica	90	62	1,51	1,04	1.150	981	2,90	2,47
Legionelosis	63	59	1,06	0,99	1.295	1.139	3,26	2,87
Leishmaniasis	24	30	0,40	0,50				
Lepra	1	5	0,02	0,08	10	18	0,03	0,05
Meningitis bacterianas (otras)	125	105	2,10	1,76				
Meningitis vírica	237	220	3,97	3,69				
Paludismo	123	133	2,06	2,23	328	383	0,83	0,97
P. F. A. (< 15 años).***	9	12	1,04	1,38	51	52	0,85	0,86
Parotiditis	292	286	4,90	4,80	2.440	1.526	6,15	3,85
Rubéola	476	14	7,98	0,23	592	87	1,49	0,22
Rubéola congénita	3	0	0,05	0,00	4	1	0,01	0,00
Sarampión	4	3	0,07	0,05	21	29	0,05	0,07
Sífilis	178	170	2,98	2,85	1.339	1.152	3,37	2,91
Sífilis congénita	0	5	0,00	0,08	13	16	0,03	0,04
Tétanos	0	0	0,00	0,00	18	16	0,05	0,04
Tos ferina	90	182	1,51	3,05	303	531	0,76	1,34
Triquinosis	2	27	0,03	0,45	11	32	0,03	0,08
Tuberculosis respiratoria****	740	698	12,41	12,02	4.958	6.511	12,49	16,42
Tuberculosis (otras)****	168	284	2,82	4,98				
Varicela	22.451	47.944	376,43	803,87	146.066	237.160	368,01	598,12

\* Enf. de Creutzfeldt-Jakob \*\* Enf. Invasiva por *Haemophilus influenzae*. \*\*\* Parálisis flácida aguda (<15 años). \*\*\*\* Datos provisionales, 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 2005.**

ENFERMEDADES	ÁREA 1	ÁREA 2	ÁREA 3	ÁREA 4	ÁREA 5	ÁREA 6	ÁREA 7	ÁREA 8	ÁREA 9	ÁREA 10	ÁREA 11	TOTAL
Botulismo					1							1
Brucelosis	2				3			2			3	10
Disentería	1			9	1	14	1	1				27
E. C. J. *	2	1		1	1		2	3	1		1	12
E.I. <i>Haemophilus influenzae</i> **				1							7	8
Enfermedad meningocócica	14	5	5	8	9	11	13	16	6	3	8	98
Fiebre tifoidea			1			3	1				6	11
Gripe***	9071	12966	7037	9027	23407	13984	22206	20225	8107	5293	18951	150292 <sup>##</sup>
Hepatitis A	4	23	7	20	17	8	42	16	10	2	19	169 <sup>#</sup>
Hepatitis B	13	7	10	2	11	13	23	10	6	6	36	137
Hepatitis víricas (otras)	9	3	12	6	9	16	13	5	11	5	34	124 <sup>#</sup>
Infección gonocócica	2	12	3	11	9	8	15	1	7	8	13	90 <sup>#</sup>
Legionelosis	6	1	1	8	4	11	4	6	6	5	11	63
Leishmaniasis	3		3	2	2	2	1	5	1	1	4	24
Lepra				1								1
Meningitis vírica	6	4	46	5	15	15	10	24	56	6	50	237
Meningitis bacterianas (otras)	3	9	6	8	10	14	11	15	16	4	28	125 <sup>#</sup>
Paludismo	2	2	25	2	6	3	7	23	31	8	14	123
P. F. A. (< 15 años)****	1			1	1		2	1	2		1	9
Parotiditis	22	20	71	28	41	32	12	4	12	13	36	292 <sup>#</sup>
Rubéola	14	13	33	84	28	127	57	17	10	9	84	476
Rubéola congénita			1									1
Sarampión			1			1	2	1				5
Sífilis	8	15	6	11	16	13	29	7	18	4	51	178
Sífilis congénita												
Tétanos												
Tos ferina	2	16	22	3	3	11	4	8	3		18	90
Triquinosis			1					1				2
Tuberculosis respiratoria *****	116	37	40	56	56	45	96	38	42	36	146	740 <sup>###</sup>
Tuberculosis (otras) *****	28	12	7	12	7	6	33	9	8	10	31	168 <sup>####</sup>
Varicela***	2127	2142	2130	1362	2422	2106	1375	2197	1310	1780	3500	22451

\* Enf. de Creutzfeldt-Jacob \*\* Enf. Invasiva por *Haemophilus influenzae* \*\*\* Clasificación por área de notificador \*\*\*\* Parálisis flácida aguda (<15 años). \*\*\*\*\* Datos provisionales, procedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid (26 casos de prisiones o albergues en la TBC respirat, y 7 en otras TBC). # Se desconoce el área de residencia en 1 caso. ## Se desconoce el área de notificación en 18 casos. ### Se desconoce el área de notificación en 32 casos. #### Se desconoce el área de notificación en 5 casos.



**Tabla 4. Tasas x 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria por áreas de salud. Comunidad de Madrid. Año 2005.**

ENFERMEDADES	ÁREA 1	ÁREA 2	ÁREA 3	ÁREA 4	ÁREA 5	ÁREA 6	ÁREA 7	ÁREA 8	ÁREA 9	ÁREA 10	ÁREA 11	TOTAL
Botulismo					0,14							0,02
Brucelosis	0,27				0,41			0,43			0,38	0,17
Disentería	0,14			1,57		2,25	0,18	0,22				0,45
E. C. J. *	0,27	0,23		0,17	0,14		0,36	0,65	0,25		0,13	0,20
E. I. <i>Haemophilus influenzae</i> **				0,17							0,88	0,13
Enfermedad meningocócica	1,9	1,13	1,46	1,39	1,24	1,77	2,34	3,47	1,52	0,96	1	1,64
Fiebre tifoidea			0,29			0,48	0,18				0,75	0,18
Gripe***	1228,33	2923,25	2061,15	1573,58	3219,17	2250,42	4004,74	4388,86	2052,32	1699,37	2378,58	2519,93###
Hepatitis A	0,54	5,19	2,05	3,31	2,34	1,29	7,39	3,47	2,53	0,64	2,38	2,83#
Hepatitis B	1,76	1,58	2,93	0,17	1,51	2,09	4,15	2,17	1,52	1,93	4,52	2,30
Hepatitis víricas (otras)	1,22	0,68	3,51	1,05	1,24	2,57	2,34	0,87	2,78	1,61	4,27	2,08#
Infección Gonocócica	0,27	2,71	0,88	1,92	1,24	1,29	2,71	0,22	1,77	2,57	1,63	1,51#
Legionelosis	0,81	0,23	0,29	1,39	0,55	1,77	0,72	1,3	1,27	1,61	1,38	1,06
Leishmaniasis	0,41		0,88	0,35	0,28	0,32	0,18	1,09	0,25	0,32	0,5	0,40
Lepra				0,17								0,02
Meningitis vírica	0,68	0,9	13,18	0,7	1,65	2,41	1,62	5,21	13,92	1,93	6,15	3,97
Meningitis bacteriana (otras)	0,41	2,03	1,76	1,39	1,38	2,25	1,98	3,26	3,8	1,28	3,51	2,10#
Paludismo	0,27	0,45	7,32	0,35	0,83	0,48	1,26	4,99	7,34	2,57	1,76	2,06
P. F. A. (< 15 años)** **	0,92			1,26	0,91		3,41	1,54	1,64		0,9	1,04
Parotiditis	2,98	4,51	20,8	4,18	5,64	5,15	2,16	0,87	2,53	3,85	4,52	4,90#
Rubéola	1,9	2,93	9,67	14,64	3,85	20,44	10,28	3,69	2,53	2,89	10,54	7,98
Rubéola congénita			0,29									0,02
Sarampión			0,29			0,16	0,36	0,22				0,08
Sífilis	1,08	3,38	1,76	1,92	2,2	2,09	5,23	1,52	4,56	1,28	6,4	2,98
Sífilis congénita												
Tétanos												
Tos ferina	0,27	3,61	6,44	0,52	0,41	1,61	0,72	1,74	0,76		2,26	1,51
Triquinosis			0,29									0,03
Tuberculosis respiratoria** **	15,71	8,34	11,72	9,76	7,70	7,24	17,31	8,25	10,63	11,56	18,32	12,41####
Tuberculosis (otras)** **	3,79	2,71	2,05	2,09	0,96	0,97	5,95	1,95	2,03	3,21	3,89	2,82####
Varicela***	288,02	482,93	623,88	237,42	333,1	338,91	247,97	476,75	331,63	571,49	439,29	376,43

\* Enf. de Creutzfeldt-Jacob \*\* Enf. Invasiva por *Haemophilus influenzae* \*\*\* Clasificación por área de notificador \*\*\*\* Parálisis flácida aguda (<15 años). \*\*\*\*\* Datos provisionales, procedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. # Se desconoce el área de residencia en 1 caso. ## Se desconoce el área de notificación en 18 casos. ### Se desconoce el área de notificación en 32 casos. #### Se desconoce el área de notificación en 5 casos.

### 3.3.- RESULTADOS POR ENFERMEDAD

En la tabla 2 aparece el número de casos y tasas de incidencia acumulada en los años 2005 y 2004 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 2005 por áreas de salud.

#### 3.3.1. – Botulismo

En el año 2005 se notificó un caso de botulismo en una mujer de 28 años residente en el distrito sanitario de Cuatro Caminos (Área 5). Presentaba antecedentes de haber comido conservas de vegetales y aún tanto de procedencia industrial como casera. Presentó un cuadro clínico típico que requirió hospitalización y evolucionó favorablemente. El diagnóstico fue clínico y por electromiograma, clasificándose como sospechoso de botulismo.

En 2004 se notificó otro caso en nuestra comunidad. A nivel nacional, en 2005 se notificaron 15 casos (0,04 casos/100.000 habitantes), y en 2004 se notificaron 7 casos (0,02 casos/100.000 habitantes) (tabla 2).

#### 3.3.2. – Brucelosis

En el año 2005 se notificaron 10 casos de brucelosis, 24 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,17 casos/100.000 habitantes, un 65,31% 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 0,19 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

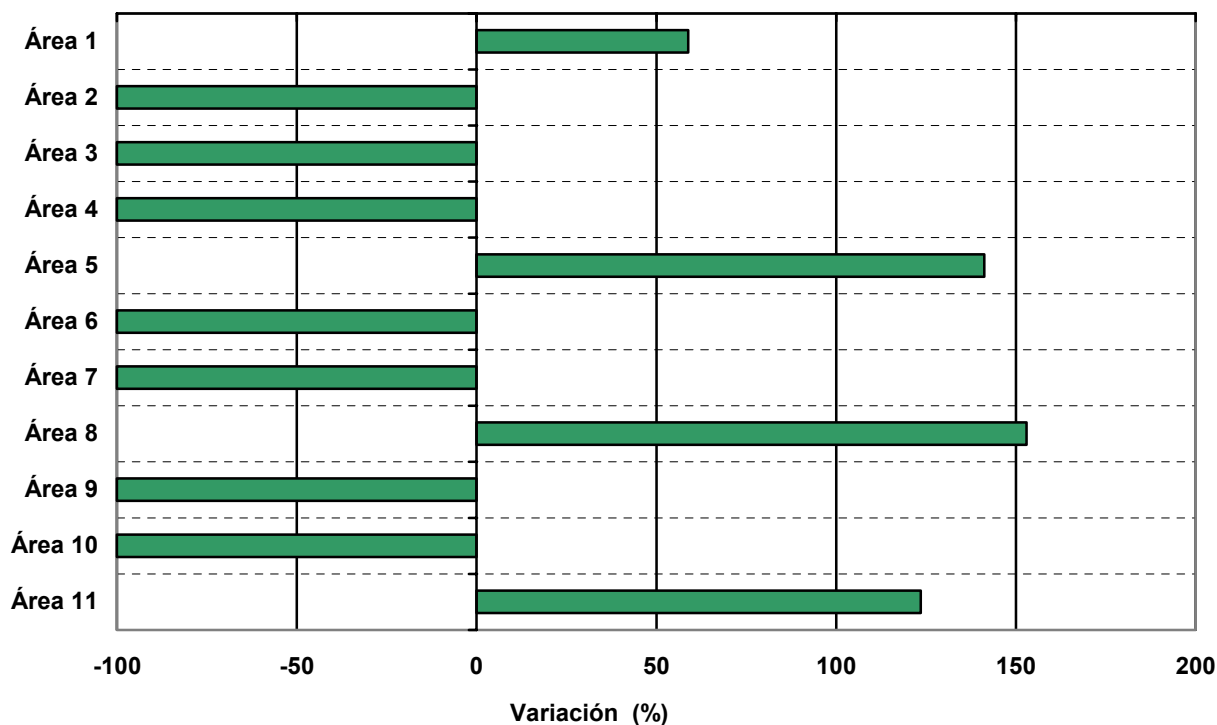
Los 10 casos se produjeron en cuatro áreas sanitarias: la 8, la 5, la 11 y la 1, con 0,43, 0,41, 0,38 y 0,27 casos por 100.000 habitantes respectivamente (tabla 4, gráfico 5). Los distritos sanitarios con mayores tasas de incidencia fueron de Usera (Área 11) con 1,52 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Alcorcón (Área 8) con 1,23 casos por 100.000 habitantes y Alcobendas (Área 5) con 1,14 casos por 100.000 habitantes.

El 90,0% de los casos se produjo en varones, y el 60,0% en el grupo de edad comprendido entre los 23 y 35 años.

El 80,0% de los casos se clasificó como confirmado y el 20% restante como sospechoso/probable. En el 60% de casos se detectó Ig M positiva para *Brucella* por ELISA. En 3 casos se realizó cultivo, aislándose *Brucella spp.* en dos de ellos.

En el 70% de los casos constaba el antecedente de contacto con ganado, en su mayoría de tipo ovino o bovino, siendo en 4 casos un contacto habitual. En el 60% de los casos se recogía el antecedente de consumo de lácteos en los 6 meses anteriores, habiendo consumido uno de los casos leche de vaca hervida y queso de cabra casero, y otro caso leche de oveja cruda.

**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 2005.**



### 3.3.3.- Disentería

Durante el año 2005 se notificaron 27 casos de disentería, 4 casos menos que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,45 casos/100.000 habitantes, un 104,55% mayor 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 0,96 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

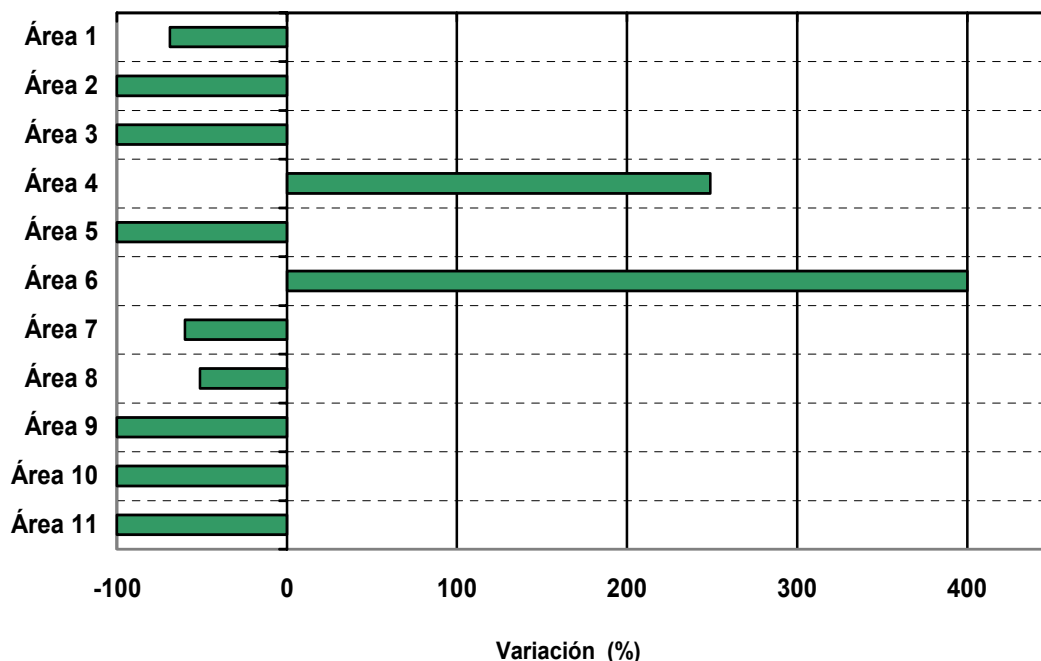
Las áreas sanitarias 4 y 6 fueron las que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM (tabla 4, gráfico 6). No hubo casos en 25 distritos, y los distritos sanitarios que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Moncloa (2,53/100.000), Majadahonda (2,48/100.000), Hortaleza (2,05/100.000), Collado Villalba (1,81/100.000) y Ciudad Lineal (1,74/100.000).

El 51,9% de los casos se presentó en mujeres. La edad media de los casos fue de 24 años, con un rango que oscilaba entre 1 y 55 años (gráfico 7).

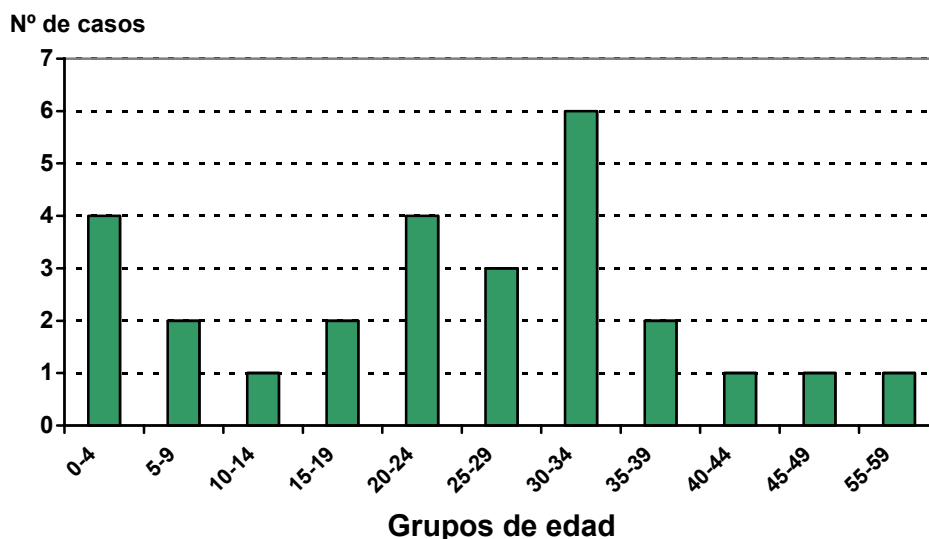
En el 92,6% de los casos se efectuó diagnóstico microbiológico, y el 96,3% fueron clasificados como casos confirmados.

El 29,6% de los casos estaba asociado a otros casos de su entorno familiar o a compañeros de viaje.

**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 2005.**



**Gráfico 7. Disentería. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



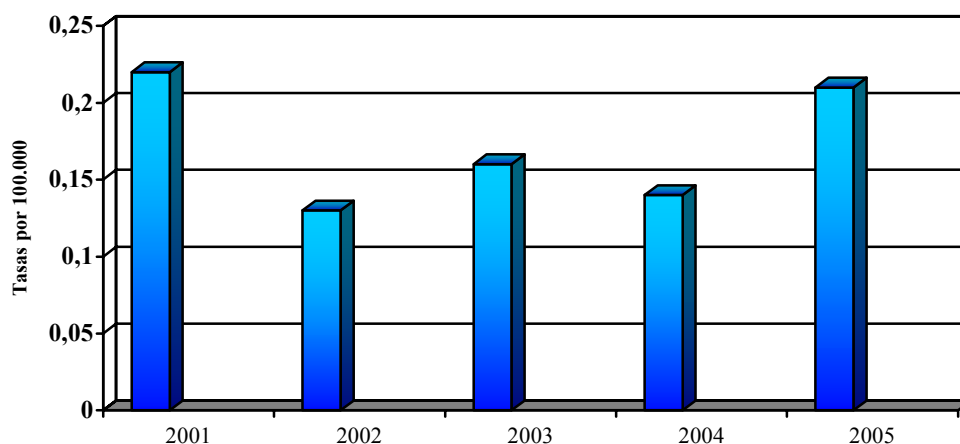
### 3.3.4.- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

Durante el año 2005 se han notificado 12 casos de ECJ residentes en nuestra Comunidad, lo que representa una incidencia de 0,21 por 100.000 habitantes, mayor que la registrada en el año anterior y similar a la observada a nivel nacional (0,22 casos por 100.000), siendo la razón de tasas de 0,95 (referencia: nivel nacional) (Gráfico 8).

Ocho de los casos se han clasificado como ECJ esporádico (3 confirmados y 5 probables), 1 como ECJ familiar (confirmado) y 1 como variante de la ECJ (confirmado). El 54,5% (6 casos) eran varones y el 45,5% (5 casos) eran mujeres. La mediana de la edad de los casos ha sido de 64 años, con un rango entre 26 y 78 años.

El caso de variante-ECJ, primero detectado en España era una mujer de 26 años que inicio los síntomas clínicos del proceso en julio de 2004 y fue diagnosticada en 2005, para el diagnóstico se contó con los resultados de la detección de proteína 14-3-3 en LCR, del estudio genético, del electroencefalograma y de la resonancia magnética. La paciente falleció en julio de 2005.

### Gráfico 8.- Tasa de incidencia de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Comunidad de Madrid 2001-2005.



#### 3.3.5.- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2005 se notificaron 8 casos de Enfermedad Invasiva por *Haemophilus influenzae*, 3 casos más que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,13 casos por 100.000 habitantes en población general (tabla 2).

En la distribución por género, se observó un predominio en varones (62,5%). Sólo se han presentado dos casos en edad pediátrica (menores de 14 años), siendo la incidencia en menores de 5 años de 0,62 por 100.000 habitantes (que es el grupo que tiene especial interés en relación con la vacuna).

En cuanto a la forma clínica de presentación, la presentación más frecuente ha sido la sepsis (62,5%), presentando dos casos neumonía (25,0%) y uno bacteriemia (12,5%). Se ha registrado un fallecimiento en una mujer de 50 años con presentación clínica en forma de sepsis (letalidad 12,5%).

Los dos casos de edad pediátrica (de 2 y 10 meses respectivamente) estaban correctamente vacunados para su edad.

Siete de los casos (87,5%) se clasificaron como confirmados por aislamiento del patógeno, y el otro se clasificó como sospechoso/probable por la detección del antígeno. En dos de los casos se ha identificado *Haemophilus influenzae* tipo b y en los demás no se ha determinado el serotipo.

Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2005”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, marzo 2006, vol. 12, nº 3), se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

### 3.3.6.- Enfermedad meningocócica

Durante el año 2005 se notificaron 98 casos de enfermedad meningocócica, 11 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,64 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional (2,10 casos por 100.000), siendo la razón de tasas de 0,78 (referencia: nivel nacional) (tabla 2).

Las áreas con mayores tasas de incidencia fueron la 8 (3,47 casos por 100.000), la 7 (2,34 casos por 100.000), la 1 (1,90 casos por 100.000) y la 6 (1,77 casos por 100.000) (tabla 4). Los distritos sanitarios que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Arganda (7,35/100.000), Navalcarnero (5,84/100.000), Alcorcón (4,92/100.000), Latina (2,34/100.000) y Alcalá de Henares (2,16/100.000) (Mapa 1).

De los casos registrados, 82 (83,7%) se han confirmado microbiológicamente (1,37 por 100.000), y el resto han sido sospechas clínicas (0,27 por 100.000). El serogrupo B ha producido el 73,2% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 1,01 casos por cien mil habitantes; y el serogrupo C del 19,5%, con una incidencia de 0,27. Se han notificado 2 casos debidos al serogrupo Y (incidencia 0,03) y uno al serogrupo W135 (incidencia 0,02). En otros 3 casos no se ha determinado el serogrupo.

Se ha notificado el fallecimiento de 11 pacientes; la letalidad para el total de casos confirmados ha sido del 11,0% y para los casos de sospecha clínica ha sido de un 6,3%.

No se observan diferencias importantes en la distribución por sexo, con el 51,0% de los casos en varones, si bien en los casos debidos al serogrupo C hay un predominio de mujeres (75%).

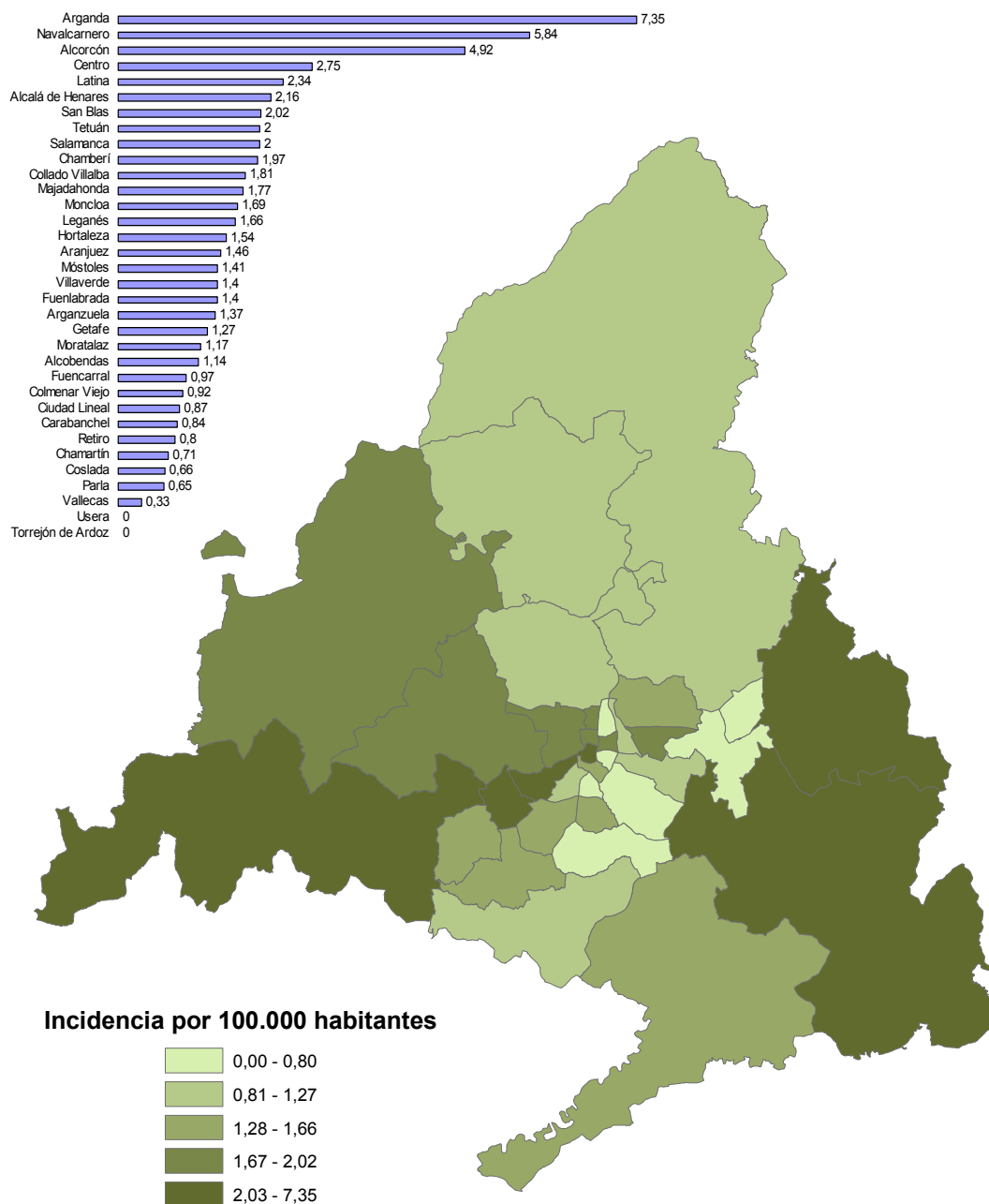
La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 48,0% de los casos. La mayor incidencia se observa en los menores de un año (22,96 por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (12,27 por 100.000) y el de 15 a 19 años (2,96 por 100.000).

La forma clínica de presentación ha sido meningitis en el 39,8% de los casos, sepsis en el 36,7%, ambas en el 15,3%, meningococemia en el 6,1% y neumonía en el 1,0%. La evolución de la enfermedad meningocócica se conoce en el 71,4% de los casos, siendo favorable en el 82,9% de los mismos. Además de la letalidad que ya se ha comentado, también se ha informado del desarrollo de secuelas en 2 casos (2,9%). Se trataba de una mujer de 32 años, con meningitis por serogrupo C, que presentó deterioro cognitivo leve y un varón de 6 meses, con meningitis y sepsis por serogrupo B, que presentó equimosis importantes.

En el año 2005 se ha registrado un caso asociado de enfermedad meningocócica, era un caso confirmado debido a serogrupo B que se presentó en una niña de 2 años como caso secundario, siendo el caso primario su cuidadora, residente de otra comunidad autónoma.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2005”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, marzo 2006, vol. 12, nº 3), se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

**Mapa 1. Enfermedad meningocócica. Tasa de Incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.7.- Fiebre tifoidea

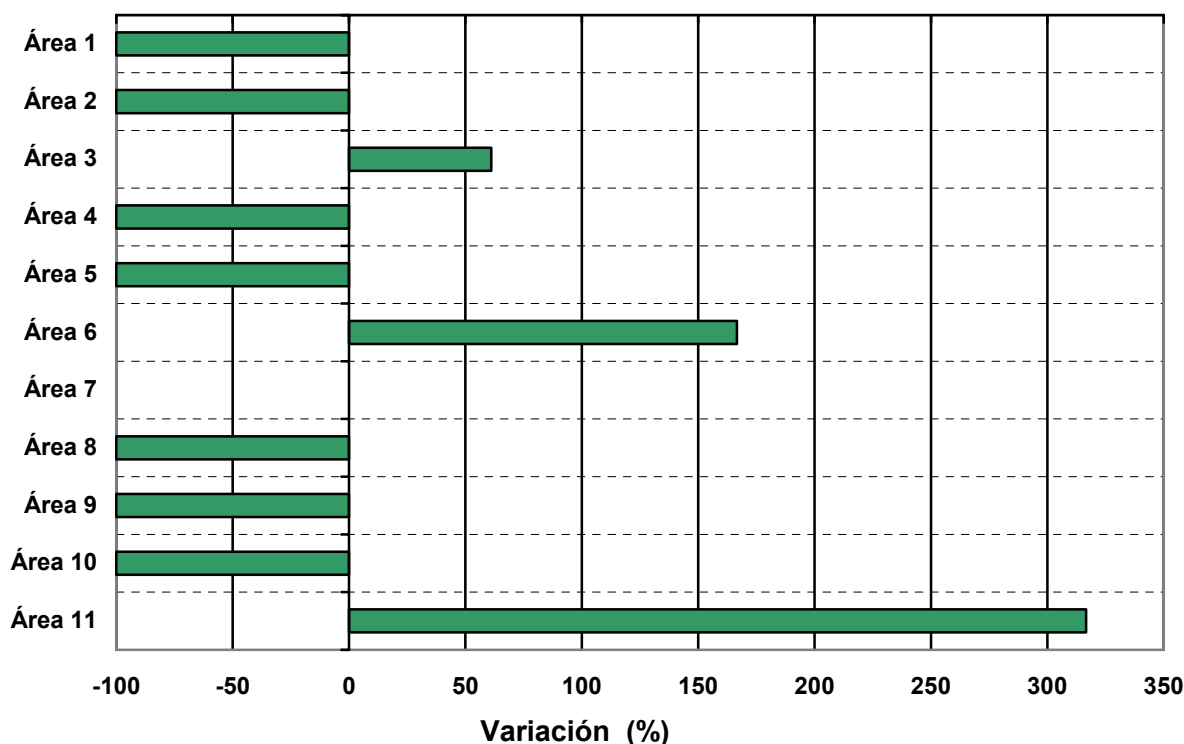
En el año 2005 se notificaron 11 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, 2 casos más que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,18 casos por 100.000 habitantes, cifra un 21,74% menor que la mediana de las tasas de la CM en el quinquenio anterior, y similar a la observada a nivel nacional ese mismo año, siendo la razón de tasas 0,95 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas que presentaron casos fueron: 3, 6, 7 y 11 con unas tasas de incidencia de 0,29, 0,48, 0,18 y 0,75 casos por 100.000 habitantes (tabla 4).

En cuanto a la distribución por género, se observó un predominio en mujeres (72,7%). La edad no constaba en uno de los casos, y la mediana de edad para los restantes era de 19 años, con un rango que oscilaba entre 4 y 82 años.

El 90,9% se clasificó como caso confirmado, con confirmación microbiológica en todos ellos y en uno también confirmación serológica.

**Gráfico 9.- Fiebre tifoidea. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2005.**





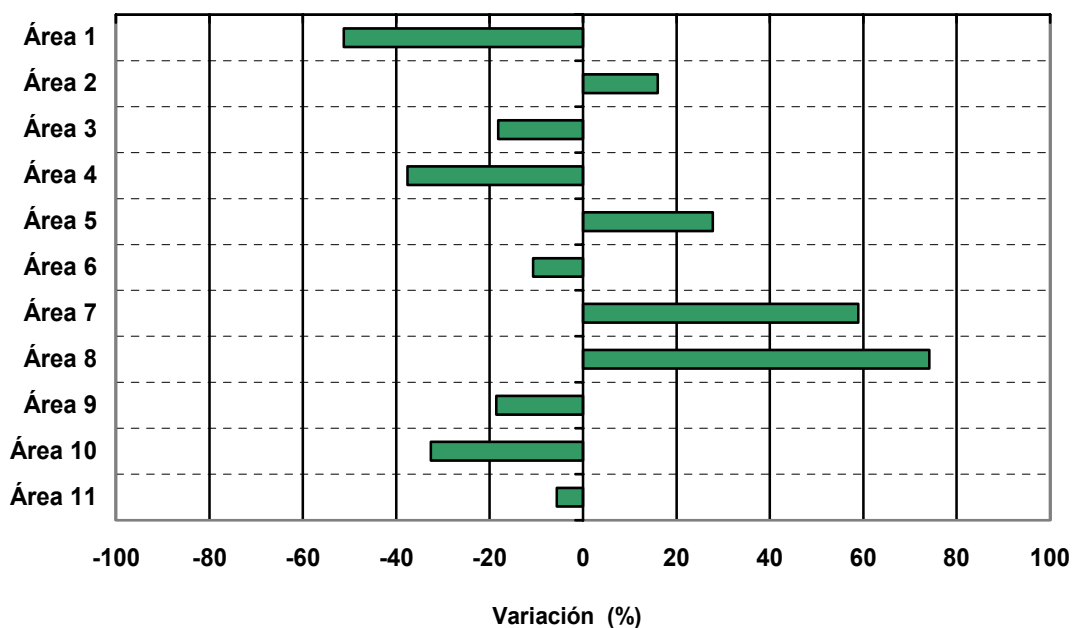
### 3.3.8.- Gripe

Durante el año 2005 se notificaron 150.292 casos de gripe, 60.775 casos más que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 2.519,93 casos por 100.000 habitantes, un 38,09% 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 0,74 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

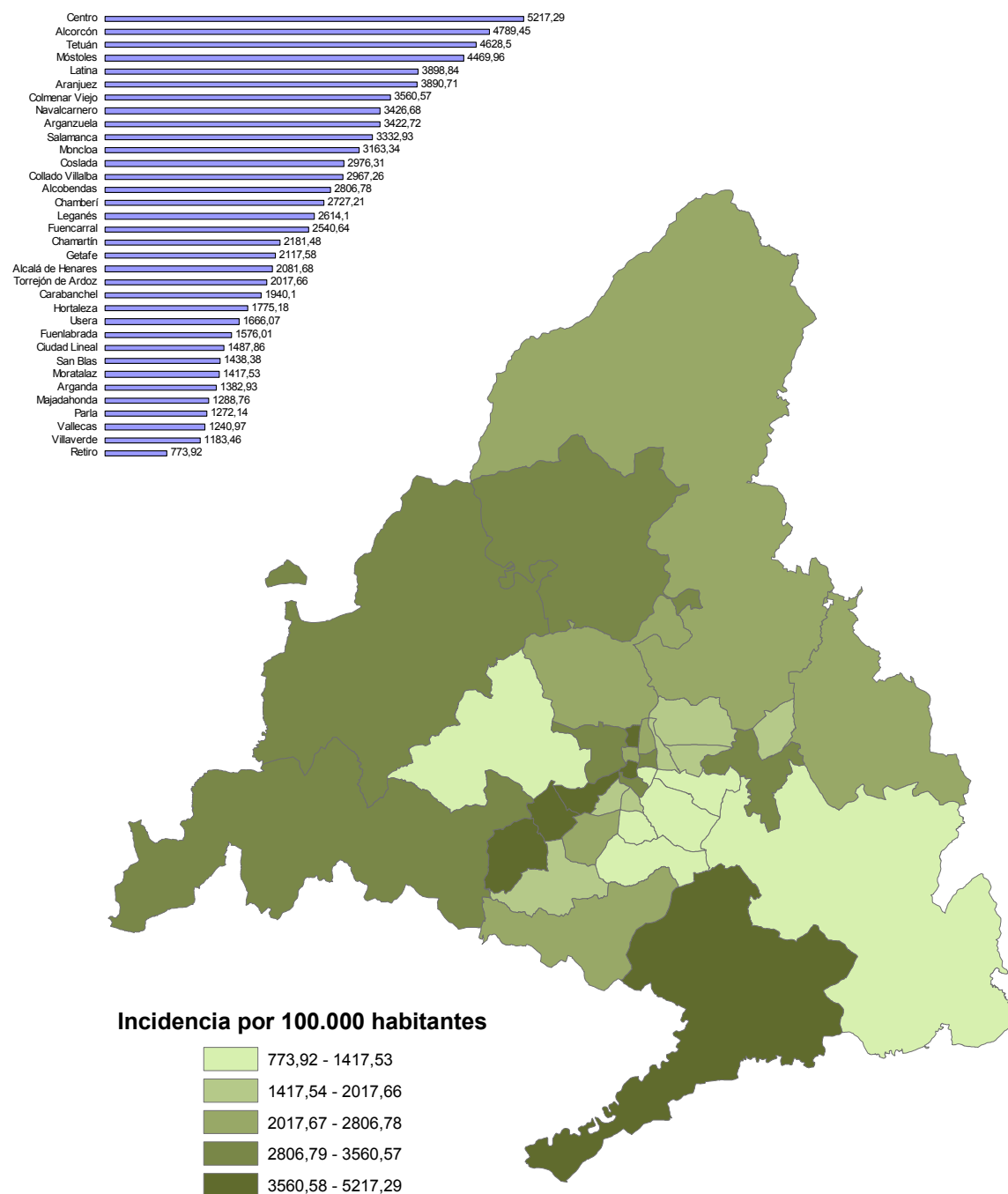
Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación a la de la CM fueron la 8, la 7, la 5 y la 2 (tabla 4, gráfico 10). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (5.217,29 por 100.000), Alcorcón (4.789,45 por 100.000), Tetuán (4.628,50 por 100.000) y Móstoles (4.469,96 por 100.000) (Mapa 2).

En el informe de la “*Temporada de gripe 2005-2006 en la Comunidad de Madrid*” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, mayo 2006, vol. 12, nº 5) 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. Año 2005.**



**Mapa 2. Gripe. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.9.- Hepatitis víricas

En el año 2005 se notificaron 430 casos de hepatitis víricas, 99 casos menos que en el año 2004. El 39,3% fue hepatitis A, el 31,9% hepatitis B y el 28,8% otras hepatitis víricas.

#### 3.3.9.1.- Hepatitis A

Durante el año 2005 se notificaron 169 casos de hepatitis A, 50 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,83 casos por 100.000 habitantes, un 52,15% mayor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM, y ligeramente mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 0,99 (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 (7,39 casos por 100.000 habitantes), la 2 (5,19 casos por 100.000 habitantes), la 8 (3,47 casos por 100.000 habitantes) y la 4 (3,31 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 11). Sólo 3 distritos no tuvieron ningún caso, y los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Salamanca (9,98 casos por 100.000 habitantes), Centro (8,95 casos por 100.000 habitantes), Ciudad Lineal (7,83 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (6,55 casos por 100.000 habitantes).

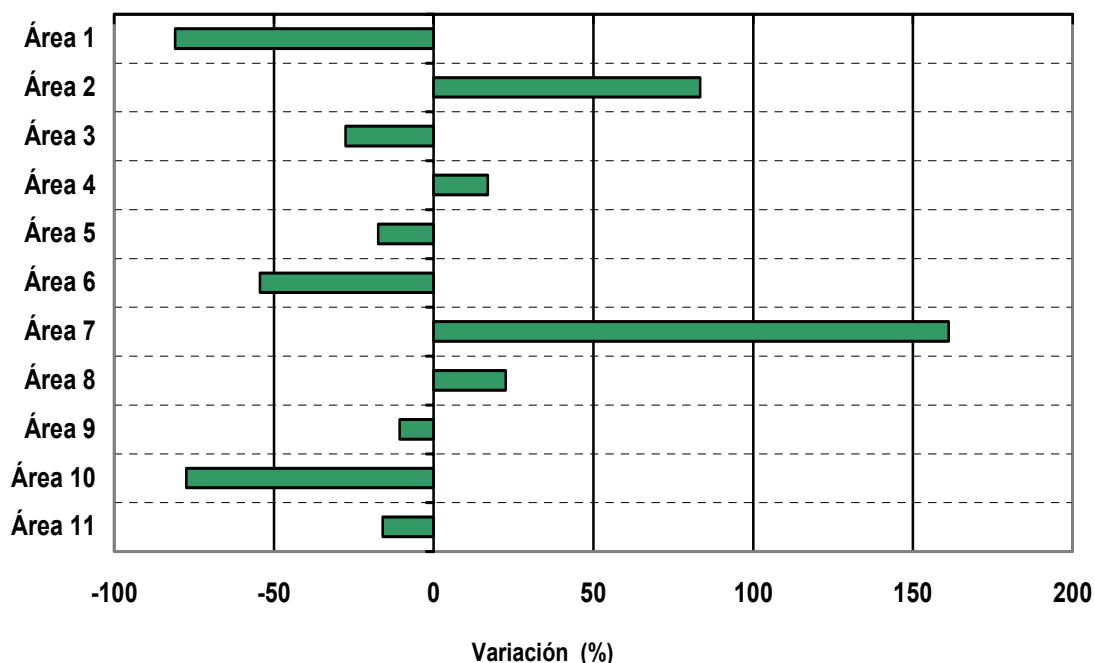
No se conocía el sexo de uno de los casos, y el 56,0% de los casos restantes se produjo en varones. No se disponía información de la edad en el 4,7% de los casos, y el rango de edad de aquellos casos en los que sí se tenía la información oscilaba entre 0 y 90 años, siendo un 65,0% de ellos menor de 35 años (gráfico 12).

El 93,5% de los casos se clasificó como confirmado, y en el 89,9% se detectó Ig M anti VHA.

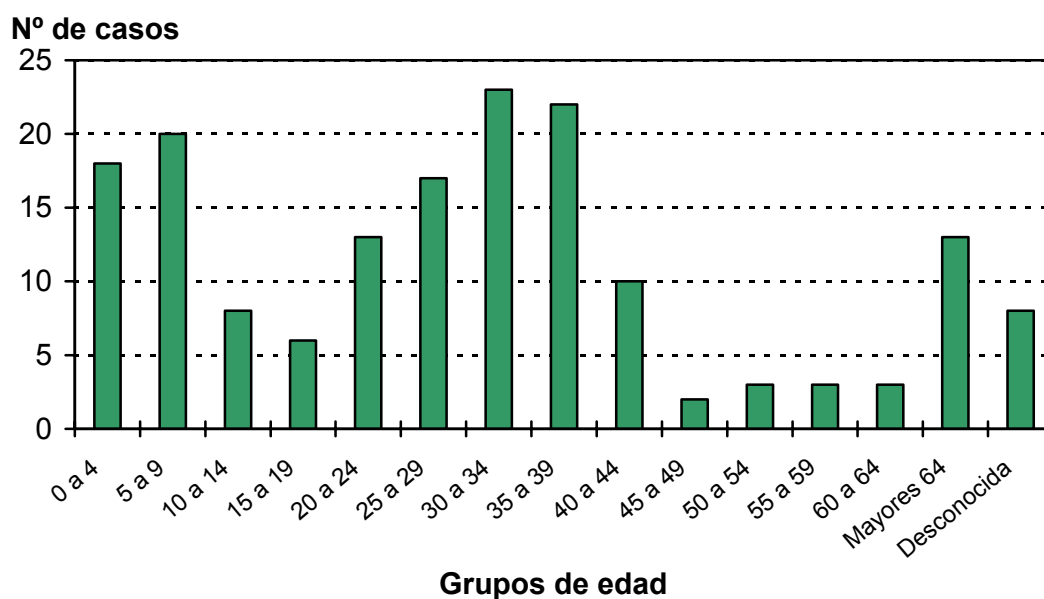
En 2 casos (1,2%) existía antecedente de contacto sexual de riesgo y el 0,6% era CDVP (Tabla 5). Se disponía información sobre la vacunación en 74 casos, de los que sólo 3 estaban vacunados (el 1,8% del total).

En cuanto al modo de presentación, 41 casos estuvieron asociados a otros enfermos. En total se produjeron 5 brotes de hepatitis A en la Comunidad de Madrid, 3 de ellos en colectivos escolares y 2 en el entorno familiar, con un total de 30 afectados de los que 5 necesitaron hospitalización.

**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 2005.**



**Gráfico 12.- Hepatitis A. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.9.2.- Hepatitis B

En el año 2005 se notificaron 137 casos de hepatitis B en la CM, 3 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,30 casos por 100.000 habitantes, un 23,66% 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 1,40 (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 (4,52 casos por 100.000 habitantes), la 7 (4,15 casos por 100.000 habitantes) y la 3 (2,93 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 13). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (8,26 casos por 100.000 habitantes), Usera (6,08 casos por 100.000 habitantes), Carabanchel (5,86 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (4,91 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (4,67 casos por 100.000 habitantes), y Vallecas (4,24 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 3).

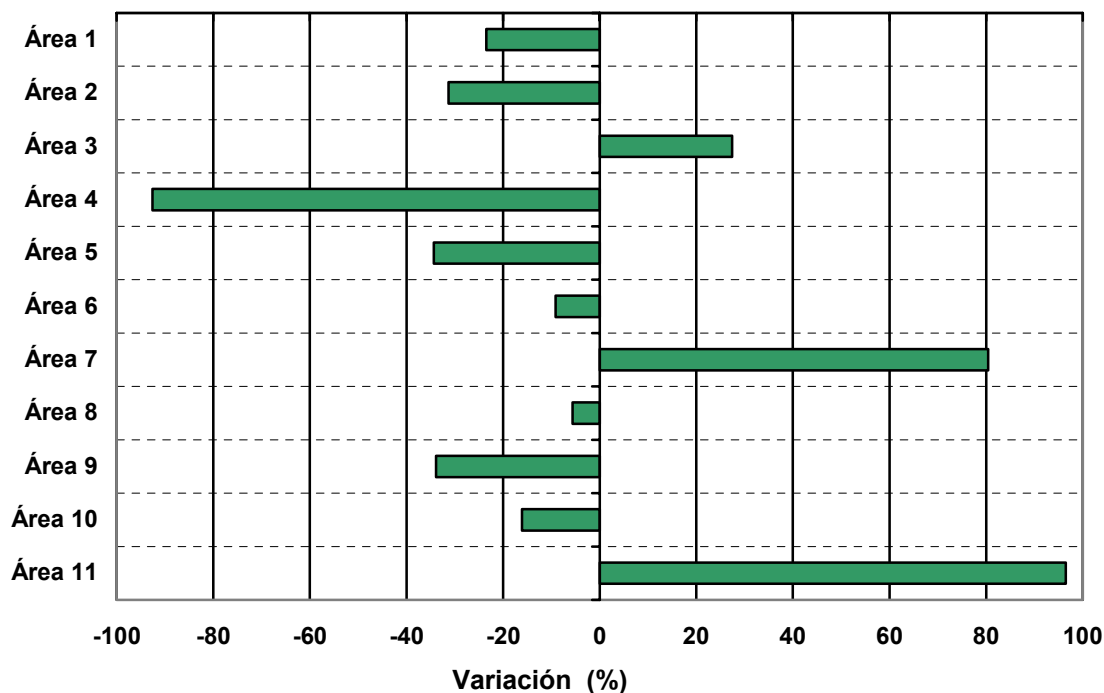
No se disponía de información sobre el sexo en el 0,7% de los casos y el 70,6% de los casos restantes se produjo en varones. La información sobre la edad no estaba recogida en un 4,4% de los casos, y en los restantes el rango de edad oscilaba entre 8 y 79 años, con una media de 39 años (gráfico 14).

El 81,8% de los casos fue clasificado como confirmado. La prueba de detección de anticuerpos antiHbc (IgM) fue positiva en el 47,4% de los casos, y el 70,8% tenía el Ag antiHBs positivo.

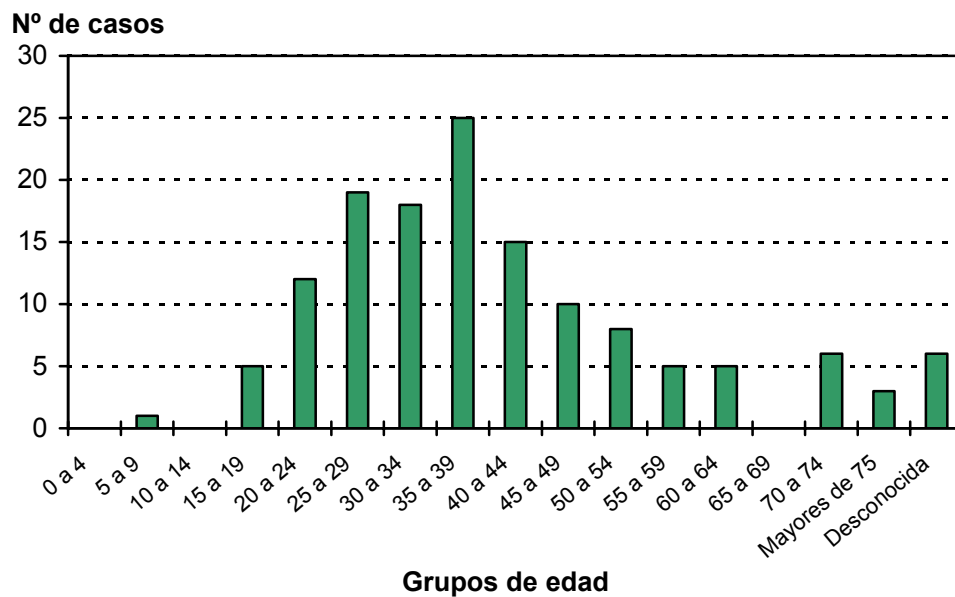
En 13 casos (9,5%) existían antecedentes de contacto sexual de riesgo. En relación al estado vacunal sólo 4 casos (2,9%) estaban vacunados, y uno de ellos correspondía a un caso confirmado en un niño de 8 años, nacido con posterioridad a 1994, que es el año que se introdujo la vacuna a recién nacidos en el calendario oficial.

Se registró un brote de hepatitis B en el Área 8 que afectó a 4 casos del mismo entorno familiar.

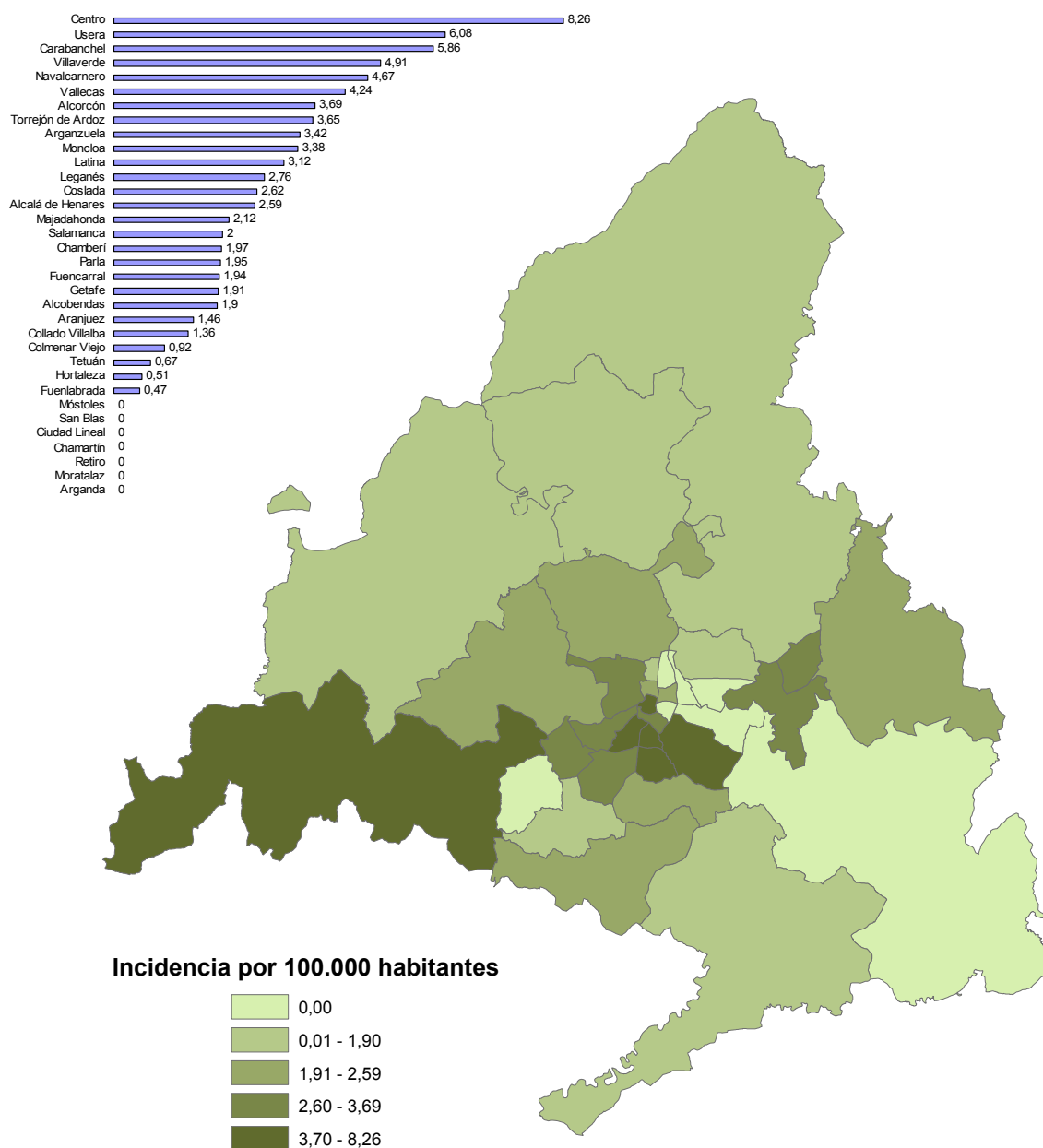
**Gráfico 13.- Hepatitis B. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 14. Hepatitis B. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Mapa 3.- Hepatitis B. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.9.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2005 se notificaron 124 casos de otras hepatitis víricas, 46 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,08 casos por 100.000 habitantes, un 21,64% 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 1,23 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

112 casos estaban clasificados como hepatitis C (91,1% confirmados), siendo la prueba de detección de anticuerpo Ig antiVHC positivo en el 83,0%, lo que supone una tasa de hepatitis C de 1,86 casos por 100.000 habitantes. En el resto de los casos se desconocía el serogrupo.

Considerando sólo los casos de hepatitis C, las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 11, la 3, la 6 y la 9 (gráfico 15). Los distritos sanitarios que presentaron una tasa más elevada fueron Usera (7,60/100.000), Torrejón de Ardoz (5,48/100.000), Leganés (4,41/100.000), Villaverde (4,21/100.000), Centro (3,44/100.000) y Moncloa (3,38/100.000) (Mapa 4).

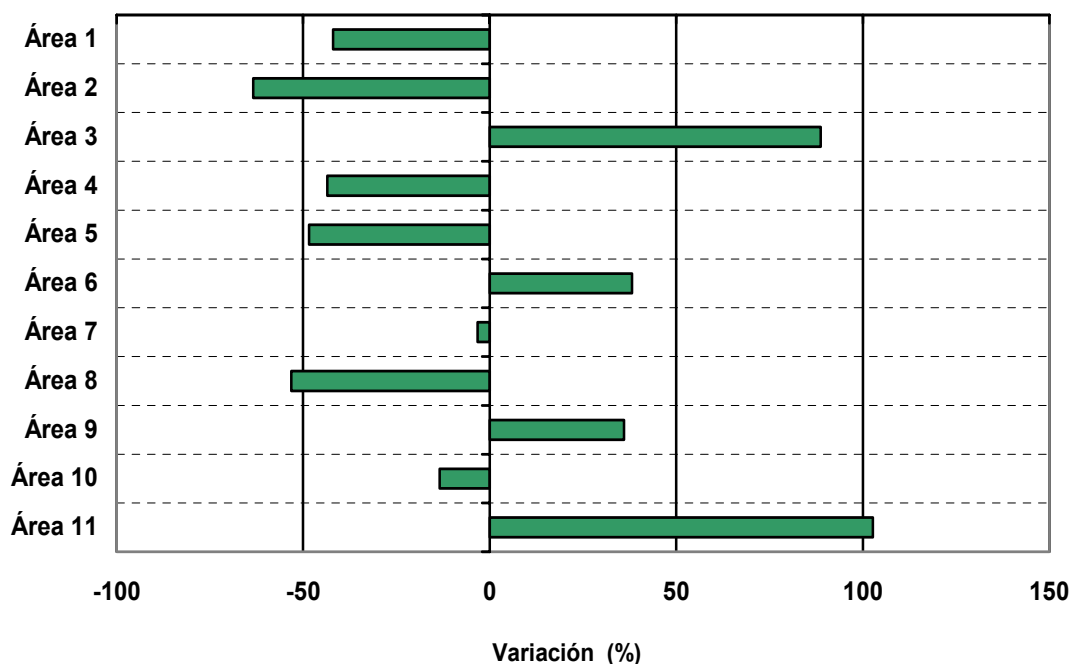
No se disponía de información sobre el sexo en el 0,9% de los casos y el 55,0% de los restantes se produjo en varones. En un 3,6% de los casos se desconocía la edad, en el resto de los casos la edad media era de 44,7 años (DT 17,2), siendo el 87% de ellos mayor de 25 años (Gráfico 16).

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de hepatitis C, 15 casos (13,4%) eran CDVP, 10 casos (8,9%) presentaban antecedentes de contacto sexual de riesgo y en 18 casos (14,1%) se recogían otros factores de riesgo (Tabla 5).

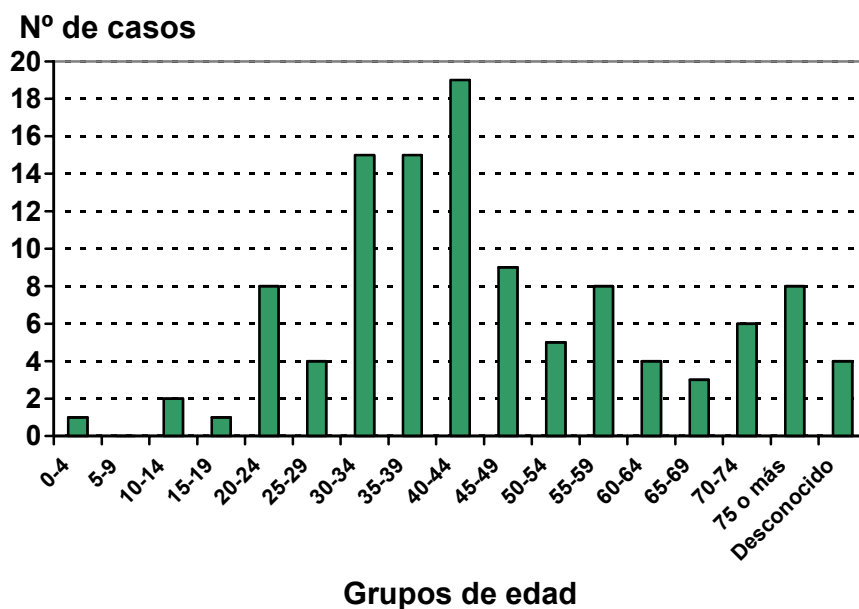
Respecto a la forma de presentación de los casos, en 9 casos se recogía su asociación con otros casos de su entorno familiar, pero no se registró la aparición de ningún brote.



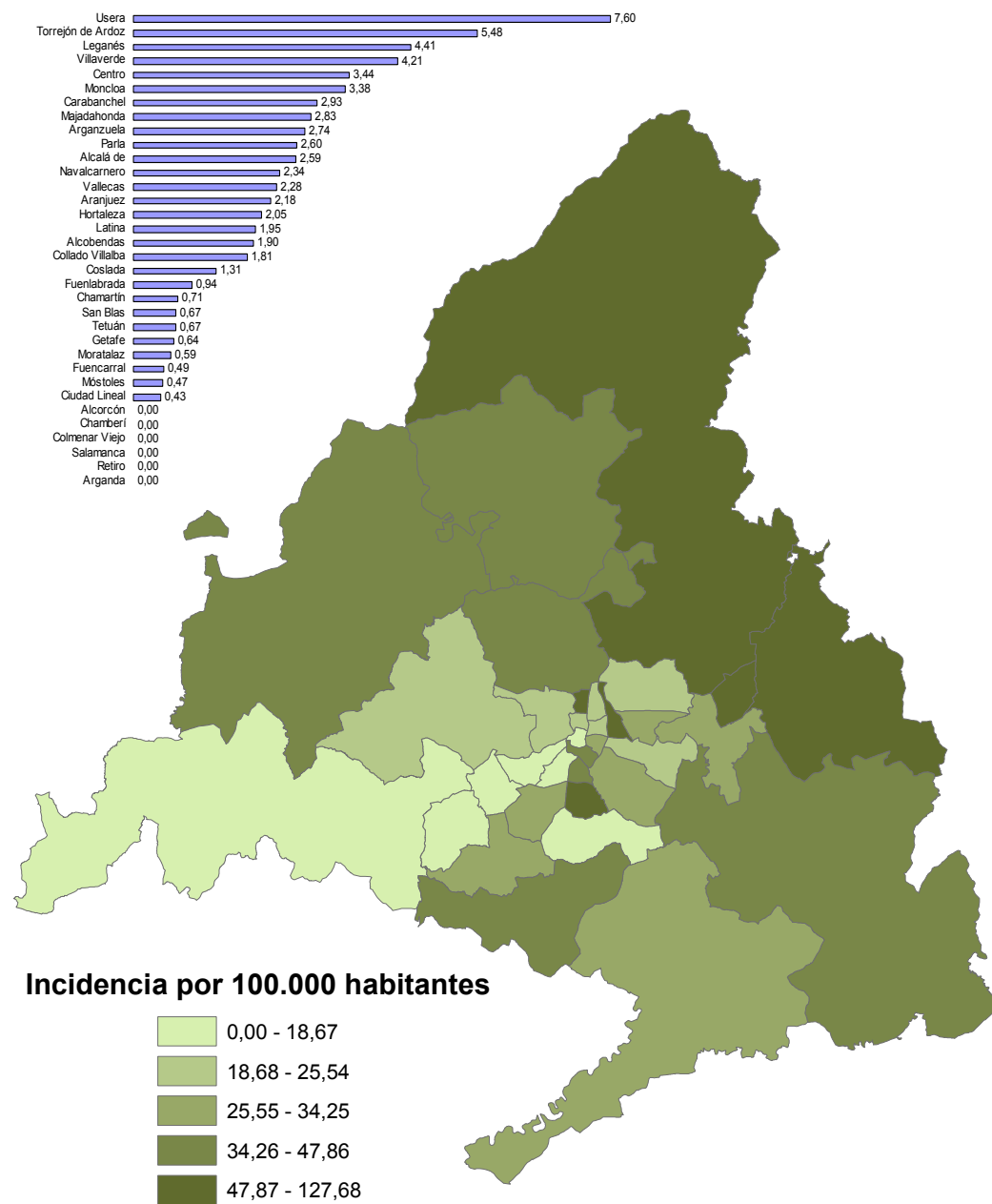
**Gráfico 15. Hepatitis C. Variación de las tasa de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 16. Hepatitis C. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Mapa 4.- Hepatitis C. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Tabla 5. Distribución de los casos de hepatitis según factores de riesgo. Comunidad de Madrid. Año 2005.**

<i>Tipo de Hepatitis</i>	FACTORES DE RIESGO				Total
	CDVP	Transmisión sexual	Desconocido	Ninguno	
<i>Hepatitis A</i>	1	2	153	13	169 (39,30%)
<i>Hepatitis B</i>	0	13	114	10	137 (31,86%)
<i>Hepatitis C</i>	15	10	80	7	112 (26,05%)
<i>Otras Hepatitis</i>	1	0	11	0	12 (2,79%)
<b>TOTAL</b>	17 (3,95%)	25 (5,81%)	358 (83,26%)	30 (6,98%)	430 (100%)

### 3.3.10- Infección gonocócica

Durante el año 2005 se notificaron 90 casos de infección gonocócica, 28 casos más que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,51 casos por 100.000 habitantes, un 104,05% 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 0,52 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

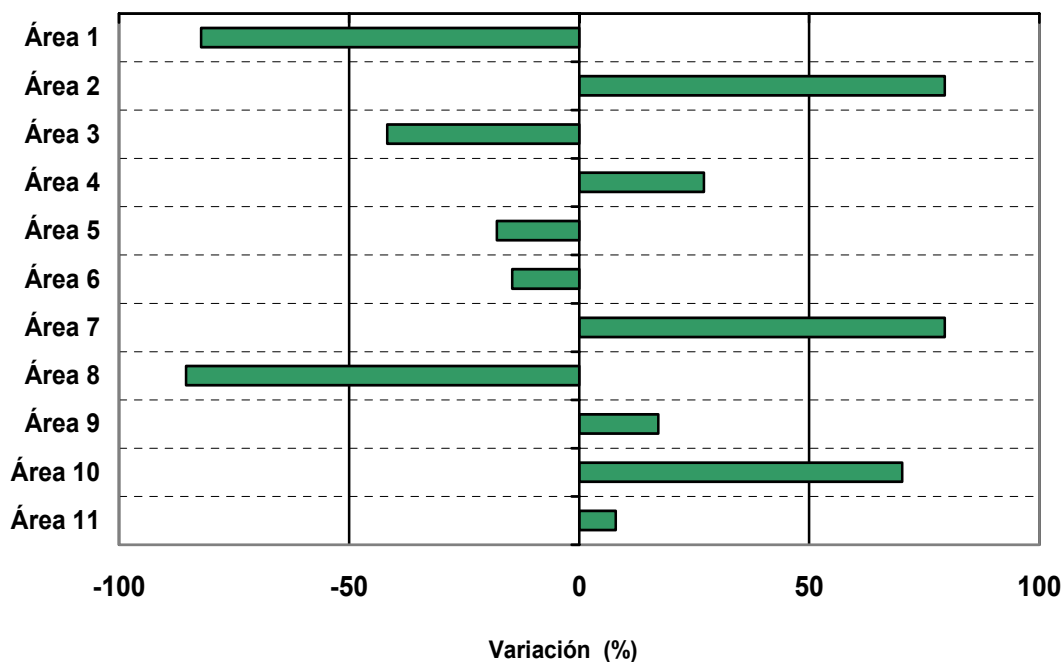
Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 2, la 7 (2,71 casos por 100.000 habitantes en cada una de ellas), la 10 (2,57 casos por 100.000 habitantes), la 4 (1,92 casos por 100.000 habitantes), la 9 (1,77 casos por 100.000 habitantes) y la 11 (1,63 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 17). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (5,51 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (4,79 casos por 100.000 habitantes), Salamanca (3,99 casos por 100.000 habitantes), Tetuán (3,34 casos por 100.000 habitantes), Getafe (3,18 casos por 100.000 habitantes) y Ciudad Lineal (3,04 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 5).

En la distribución por género se observó un claro predominio en varones (95,6%). La información sobre la edad era desconocida en un 7,8% de los casos. El 90,4% de los casos se presentó en menores de 45 años, y el rango de edad osciló entre 17 y 69 años (gráfico 18).

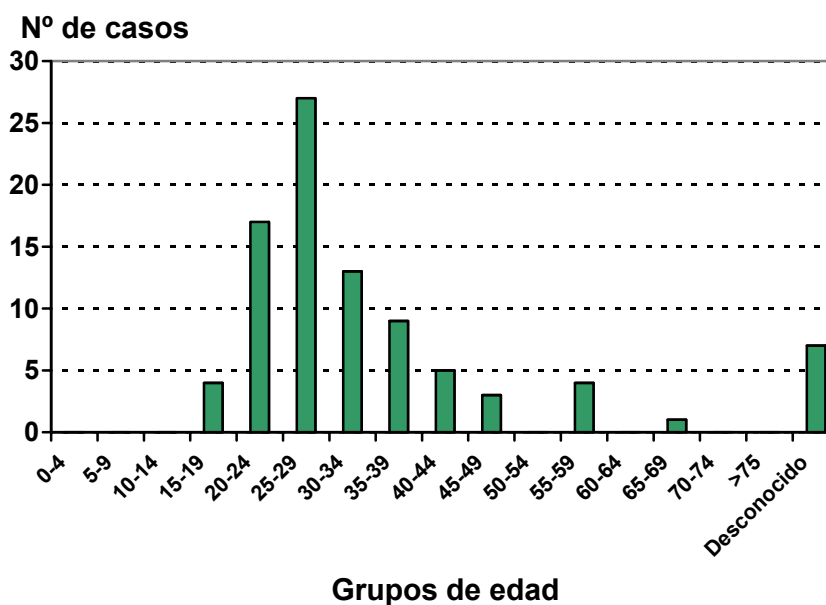
El 32,2% de los casos se clasificó como sospechoso o probable y el 67,8% de casos restantes como confirmado. En el 66,7% de los casos se realizó diagnóstico microbiológico.

Un total de 9 casos (10%) se presentó como asociado a otros casos, en 7 de ellos el caso asociado era la pareja.

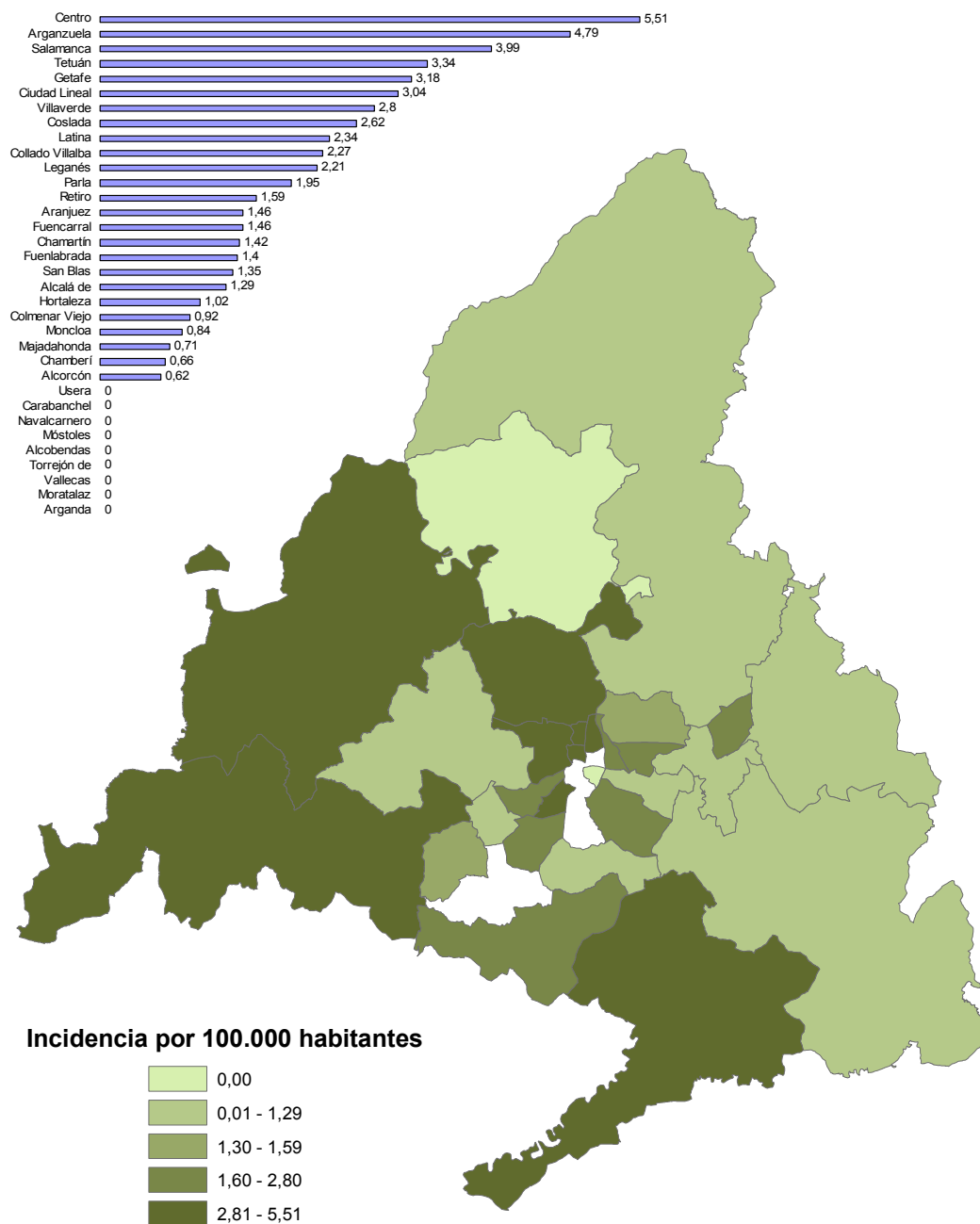
**Gráfico 17. Infección Gonocócica. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 18. Infección gonocócica. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Mapa 5.- Infección gonocócica. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.11.- Legionelosis

En el año 2005 se notificaron 63 casos de legionelosis, 4 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,06 casos por 100.000 habitantes, un 7,07% 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 0,32 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

El área que presentó una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fue la 6 (1,77 casos por 100.000 habitantes), seguida de la 10 (1,61 casos por 100.000 habitantes), la 4 (1,39 casos por 100.000 habitantes), la 11 (1,38 casos por 100.000 habitantes), la 8 (1,30 casos por 100.000 habitantes) y la 9 (1,27 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 19). El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Arganzuela (2,74 por 100.000), seguido de los distritos de Collado Villalba (2,72 por 100.000), Móstoles (2,35 por 100.000), Ciudad Lineal (2,17 por 100.000) y Villaverde (2,10 por 100.000) (Mapa 6).

El 71,4% de los casos se observó en varones. La edad media de los casos fue de 54,5 años (desviación estándar: 15,5). El 77,4% de los casos se observó en mayores de 40 años (gráfico 20).

El 96,8% de los casos se clasificó como confirmado, en el 91,8% de ellos se demostró el antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina (en uno de estos casos además se realizó aislamiento de *Legionella*) y en el 3,3% se observó seroconversión frente a *L. pneumophila* SG1.

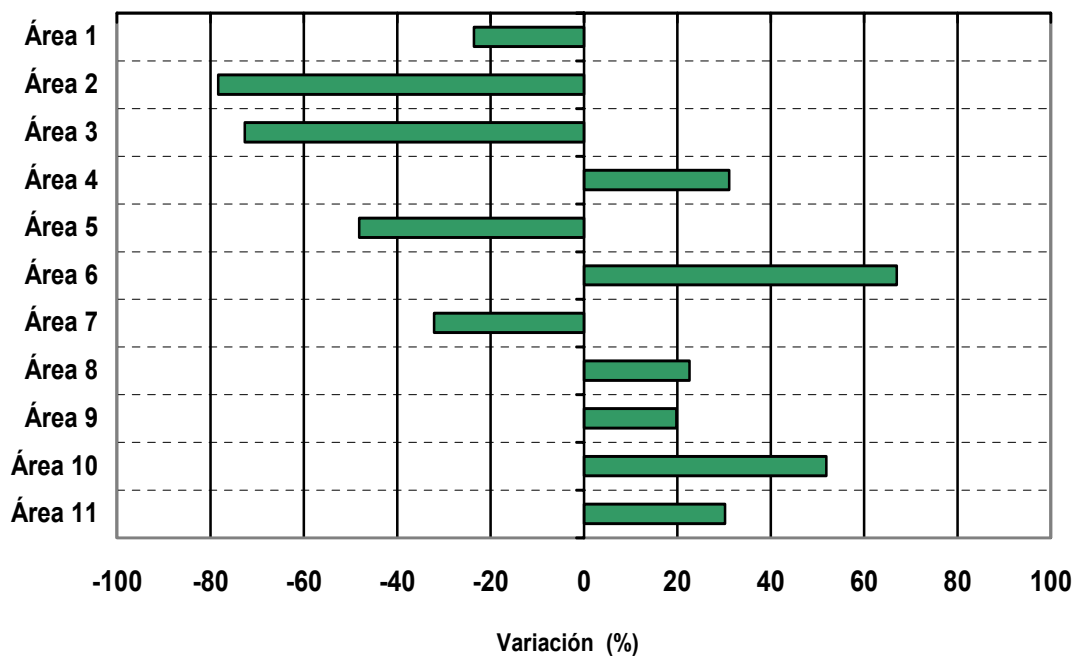
Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (44,4%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (11,1%), tener diabetes mellitas (9,5%), padecer una nefropatía (6,3%), padecer un cáncer (4,8%), padecer una inmunodepresión (3,2%) y estar en tratamiento con corticoides (1,6%).

En el 41,3% de los casos se recogía el antecedente de viaje en los últimos 10 días, pero sólo el 36,5% se clasificó como asociado a viaje.

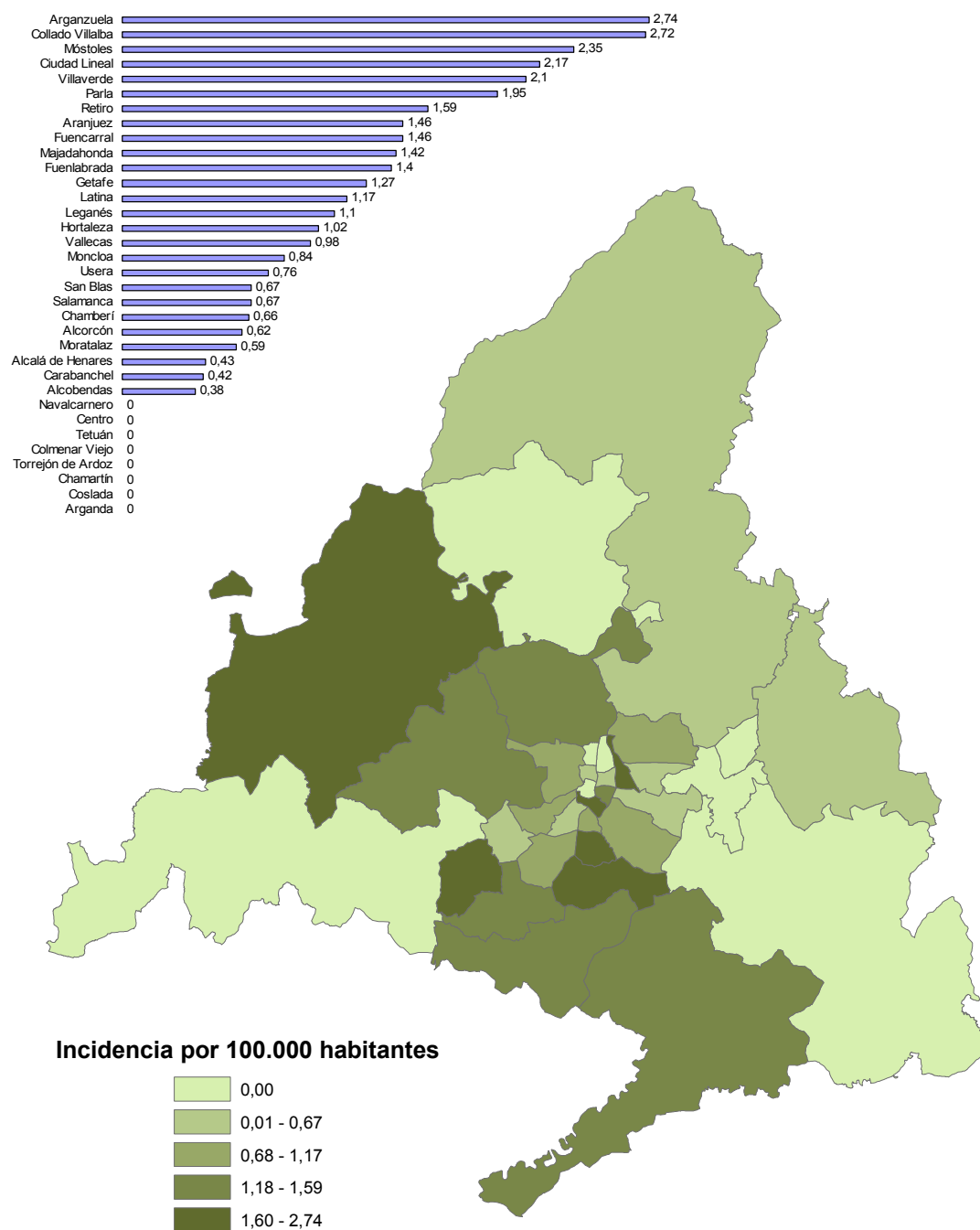
Según el modo de presentación, 17 casos (27,0%) se presentaron en el contexto de brotes epidémicos, los más numerosos fueron: Un balneario en Cuntis (Pontevedra) como fuente de exposición común en 5 casos y 7 relacionados con un jacuzzi de uso privado localizado en el municipio de Galapagar.

En el gráfico 21 se muestra la incidencia de esta enfermedad durante los últimos 8 años, 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. En 2004 y 2005 la incidencia es bastante similar, con un leve ascenso en este último año.

**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 2005.**

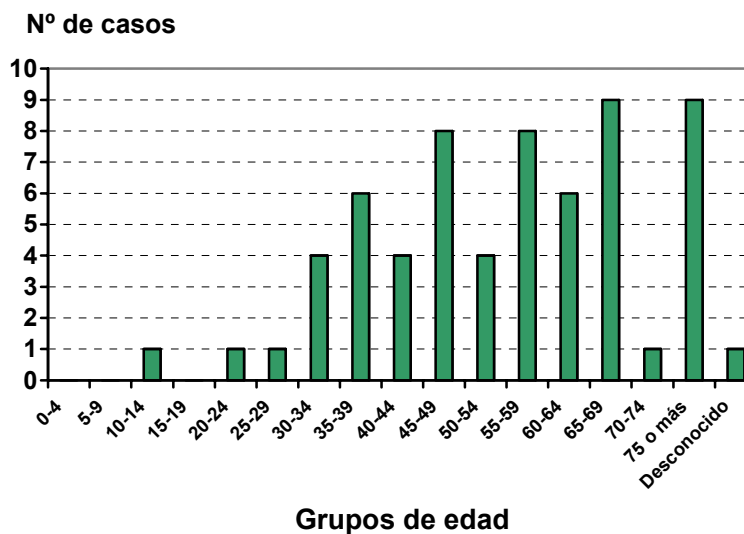


**Mapa 6. Legionelosis. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**

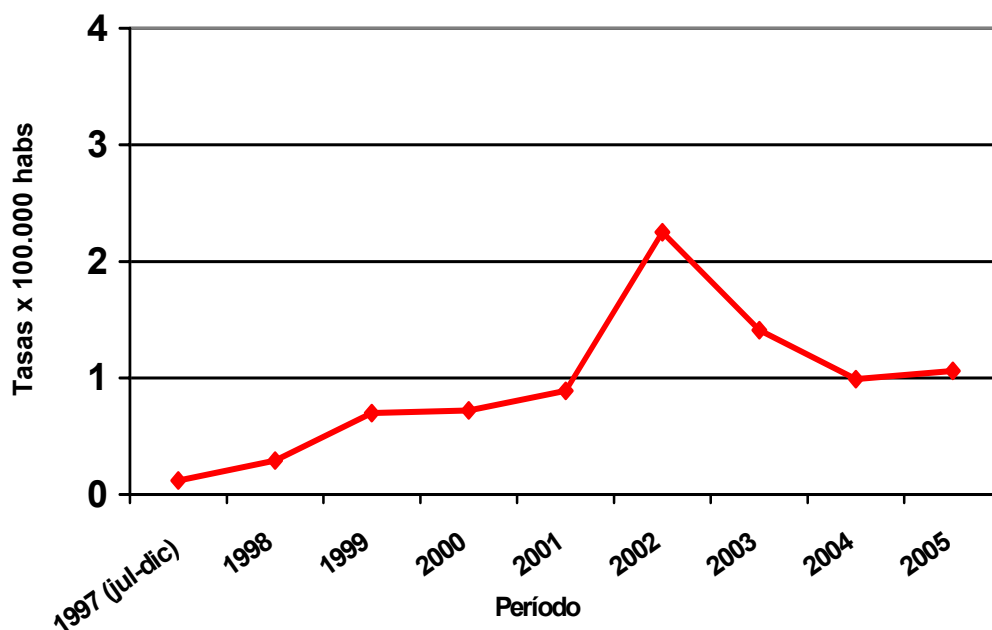




**Gráfico 20. Legionelosis. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 21. Legionelosis. Tasas de incidencia. Comunidad de Madrid. Periodo 1997-2005.**



### 3.3.12.- Leishmaniasis

Durante el año 2005 se notificaron 24 casos de leishmaniasis, 6 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,4 casos por 100.000 habitantes, un 18,4% menor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 8 (1,09 casos por 100.000 habitantes), la 3 (0,66 casos por 100.000 habitantes), la 11 (0,50 casos por 100.000 habitantes) y la 1 (0,41 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4,

gráfico 22). Hubo 18 distritos que no notificaron ningún caso, y los que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Navalcarnero (2,34 casos por 100.000 habitantes), Alcorcón (1,23 casos por 100.000 habitantes), Hortaleza (1,02 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (0,91 casos por 100.000 habitantes), Alcalá de Henares (0,86 casos por 100.000 habitantes) y Moncloa y Carabanchel (ambos con 0,84 casos por 100.000 habitantes).

En 4 casos se desconoce el tipo de leishmaniasis, siendo el resto leishmaniasis visceral en el 75% de los casos, leishmaniasis cutánea en el 20% y leishmaniasis cutáneo-mucosa en el 5%.

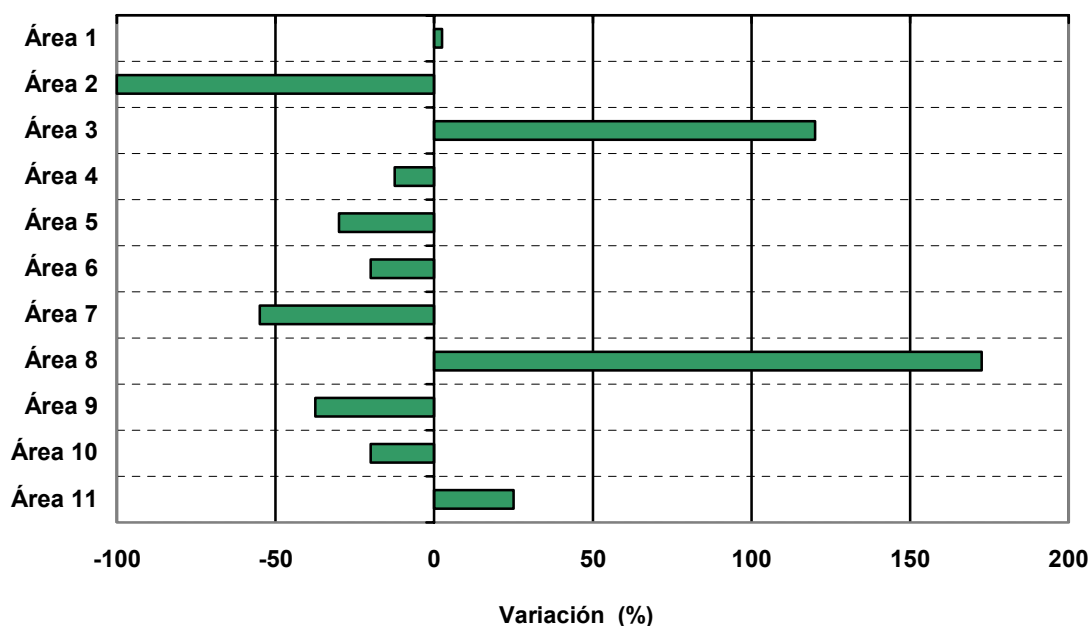
El 91,7% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 7 meses y 68 años, con una mediana de 39 años y destacando que el 25,0% se produjo en menores de 8 años.

El 4,2% de los casos se clasificó como sospechoso, el 20,8% como probable y el 75,0% como confirmado. En el 37,5% de los casos se realizó diagnóstico serológico, y en el 66,7% diagnóstico microbiológico. Se realizó biopsia en 15 casos, en 12 de ellos de médula ósea y en el resto biopsia cutánea.

El 70,8% de los casos precisó ingreso hospitalario.

Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de enfermedad inmunosupresora (29,2%), ser o haber sido CDVP (12,5%), estar en tratamiento inmunosupresor (8,3%), haber recibido una transfusión (4,2%) y haber sufrido un transplante (4,2%).

**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 2005.**



### 3.3.13.- Lepra

Durante el año 2005 se notificó un caso de lepra en la Comunidad de Madrid, con inicio de síntomas en diciembre de 2001. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,02 casos por 100.000 habitantes, menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 20,67 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Se trataba de un varón de 58 años procedente de República Dominicana con una forma de lepra paucibacilar sin tratamiento previo que comenzó con la multiterapia de la OMS. El caso se clasificó como probable y el diagnóstico se realizó por anatomía patológica.

### 3.3.14.- Meningitis Bacterianas

Durante el año 2005 se notificaron 125 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo las debidas a *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *M. tuberculosis*), 20 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,10 casos por 100.000 habitantes (tabla 2).

El 68,8% de los casos se clasificaron como confirmados. Se han registrado 12 fallecimientos por esta causa, con una letalidad por tanto de un 9,6% y una mortalidad de un 0,20 por 100.000 habitantes, para este grupo de enfermedades. El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Streptococcus pneumoniae*, que ha producido el 38,4% de los casos (incidencia 0,80), de los que 8 han fallecido (letalidad del 16,7%).

Las áreas más afectadas por este grupo de meningitis bacterianas fueron: el Área 9 (incidencia 3,80 casos por 100.000 habitantes), el Área 11 (3,51 casos por 100.000 habitantes), el Área 8 (3,26 casos por 100.000 habitantes), el Área 6 (2,25 casos por 100.000 habitantes) y el Área 2 (2,03 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4). En cuanto a las meningitis neumocócicas el Área 8 (1,95 casos por 100.000 habitantes), el Área 7 (1,08 casos por 100.000 habitantes) y las Áreas 5 y 10 (0,96 casos por 100.000 habitantes en cada una de ellas) han sido las más afectadas. La distribución por distrito sanitario se muestra en el Mapa 7.

El 60,0% de los casos notificados de meningitis bacterianas eran varones. Para las meningitis por neumococo se observa sin embargo un ligero predominio de mujeres (62,5%).

La mayores tasas se presentan en los menores de 1 año (12,91 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (tasa 2,77) y el de los mayores de 64 años (1,18). La tasa en menores de cinco años ha sido de 4,963 y en menores de 2 años de 10,99.

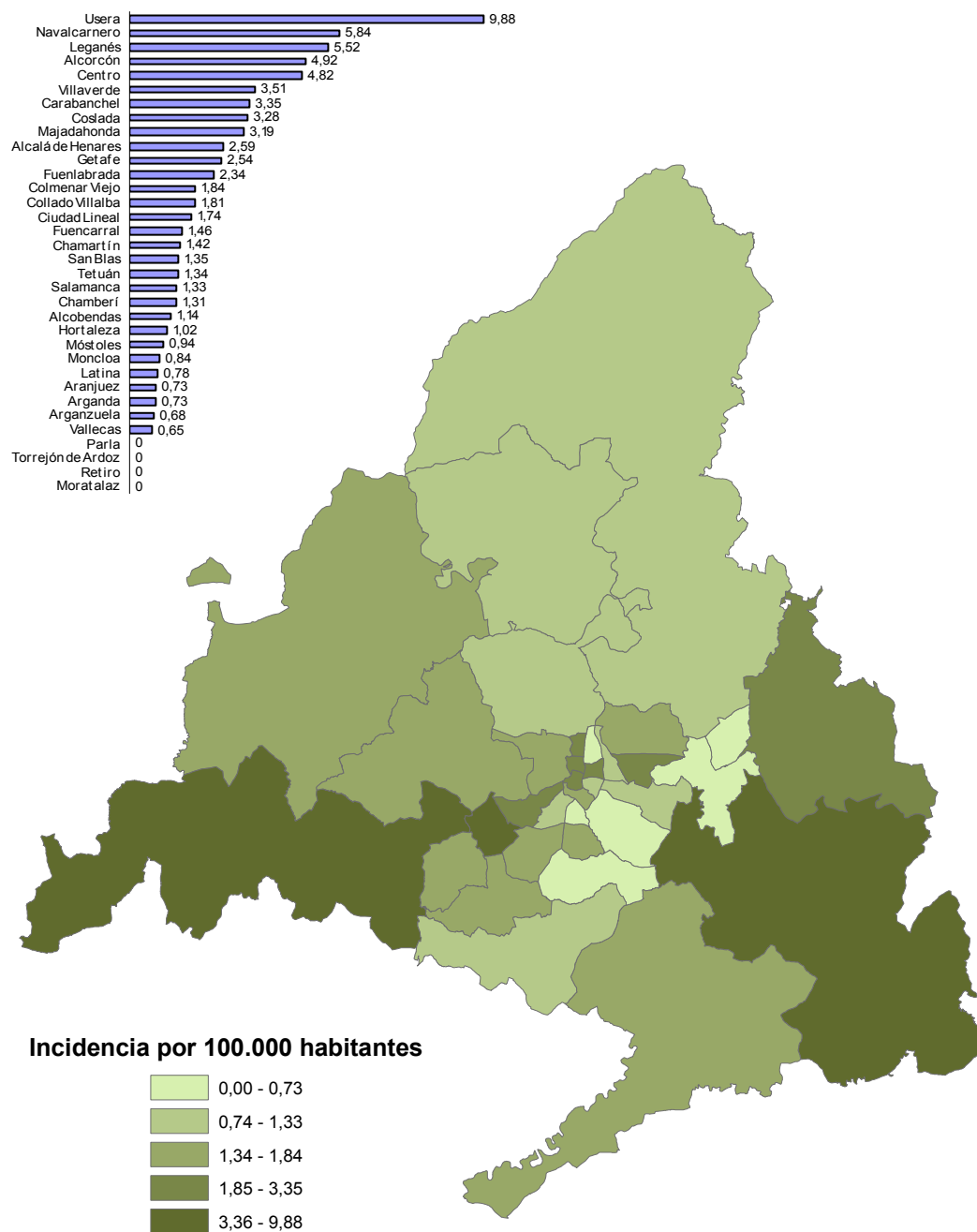
Se conoce la evolución en el 97,4% de los casos. Se han notificado 12 fallecimientos (6,9%) y 6 enfermos presentaron secuelas (4,8%). En todos los fallecidos menos en uno se confirmó el patógeno causante del cuadro. El 75% de los fallecidos eran mujeres y el 66,7% eran mayores de 57 años, habiéndose registrado el fallecimiento de 4 casos pediátricos.

Siete de los pacientes con meningitis neumocócica (14,6%) presentaban antecedentes patológicos considerados factores de riesgo para la enfermedad e incluidos en la actual recomendación de la vacuna antineumocócica.

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

En el informe de “*Infecciones que causan meningitis. Año 2005*” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, marzo 2006, vol. 12, nº 3), se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

**Mapa 7. Meningitis Bacterianas. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005**



### 3.3.15.- Meningitis víricas

En el año 2005 en la Comunidad de Madrid se han registrado 237 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 3,97 casos por 100.000 habitantes (tabla 2). Se ha producido un fallecimiento por esta causa, por lo que la letalidad fue de un 0,4% y la mortalidad de un 0,02 por 100.00 habitantes.

La mayor incidencia de meningitis vírica se localizan en el Área 9 (13,92 casos por 100.000 habitantes), seguida por el Área 3 (13,18 casos por 100.000 habitantes), el Área 11 (6,11 casos por 100.000 habitantes) y el Área 8 (5,21 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4). La distribución de tasas por distrito sanitario se observa en el Mapa 8.

La mayoría de las meningitis víricas han sido sospechas clínicas. Sólo se han confirmado 21 casos (8,9%): 15 por enterovirus, 4 por herpes simple, 2 por adenovirus, 1 por citomegalovirus y uno por virus varicela-zoster.

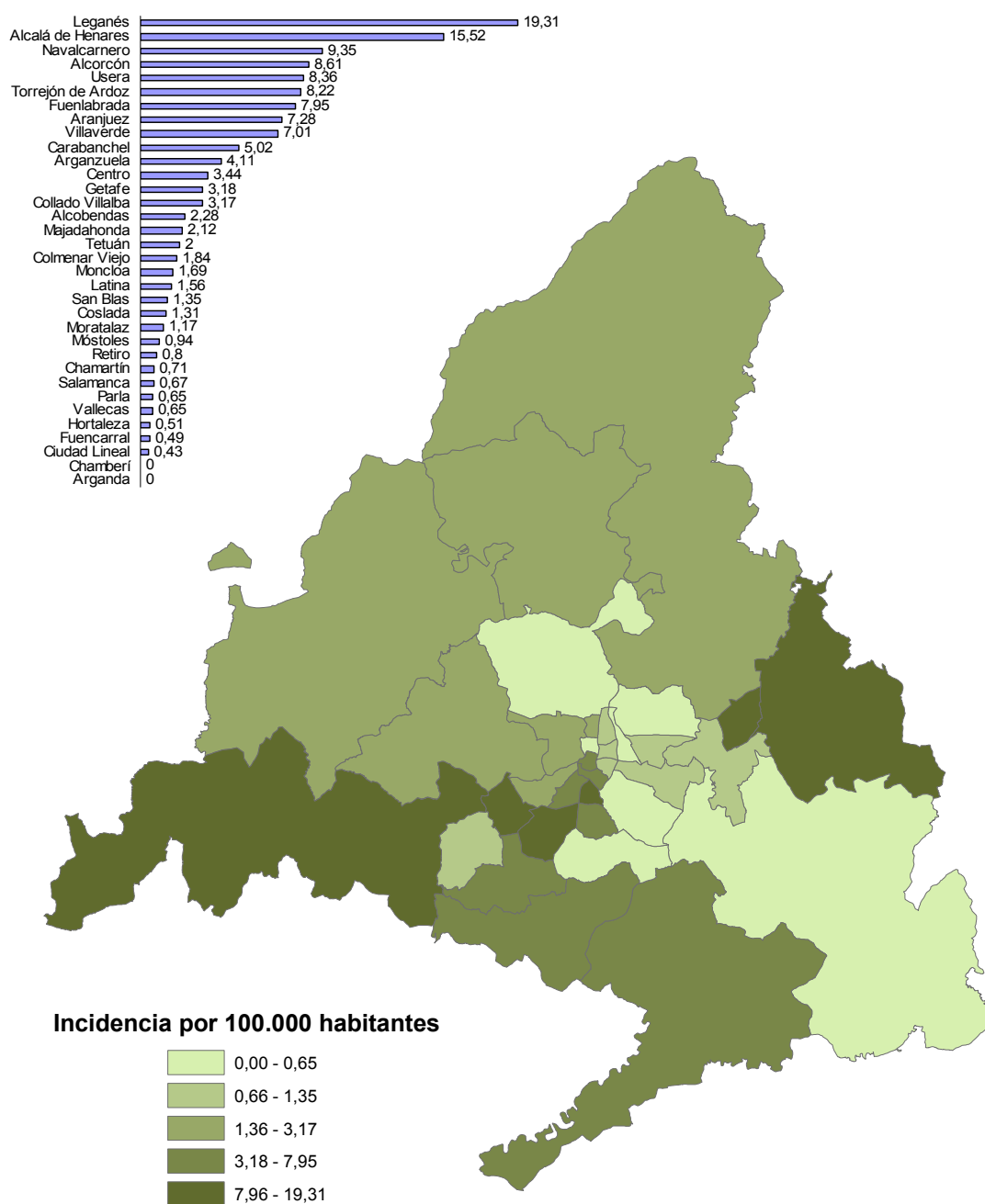
Muestra un predominio masculino, ya que el 57,4% de los enfermos fueron varones, aunque en un caso no constaba el sexo. La mayor frecuencia se observó en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en los menores de 1 año (43,04 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (23,35 casos por 100.000) y el de 5 a 9 años (17,82 casos por 100.000).

Se conoce la evolución en el 81,4% de los pacientes. El fallecimiento notificado corresponde a una mujer de 88 años que ingresó en el hospital del Alcorcón y en la que el diagnóstico se realizó por sospecha clínica. Se han notificado secuelas en dos casos: parálisis facial y vejiga neurógena.

En 2005 se notificaron dos agrupaciones de casos de meningitis vírica, de dos casos cada una de ellas (un caso primario y uno secundario). Una estaba formada por dos hermanos de 3 y 4 años de edad respectivamente, y la otra por dos compañeros de clase de 2 y 3 años de edad respectivamente.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2005”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, marzo 2006, vol. 12, nº 3), se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

**Mapa 8. Meningitis Víricas. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005**



### 3.3.16.- Paludismo

En el año 2005 se notificaron 123 casos de paludismo, 10 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,06 casos por 100.000 habitantes, un 16,26% 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 2,48 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2). Más del 60% de las notificaciones provenían de sólo cuatro centros: 27,6% de los casos fue notificado por el Hospital Carlos III, el 17,1% por el Hospital de Fuenlabrada, el 10,6% por el Hospital Fundación de Alcorcón y el 8,9% por el Hospital Príncipe de Asturias.

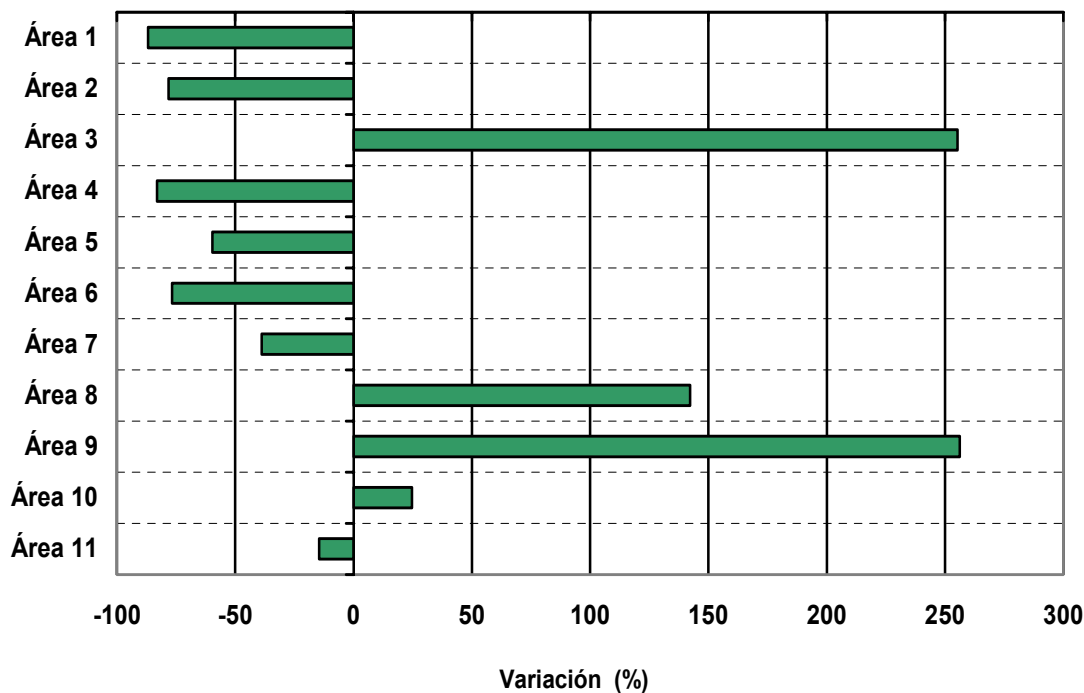
Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia fueron la 9 (7,34 casos por 100.000 habitantes), la 3 (7,32 casos por 100.000 habitantes), la 8 (4,99 casos por 100.000 habitantes) y la 10 (2,57 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 23). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Torrejón de Ardoz (10,5 casos por 100.000 habitantes), Alcorcón (9,84 casos por 100.000 habitantes) y Fuenlabrada (8,89 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 9).

Se disponía de información sobre el la edad en un 95,1% de los casos y sobre el sexo el 100%. El 52,8% de ellos eran varones, el 17,9% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 59,0% en los grupos de edad comprendida entre los 15 y los 39 años. El rango de edad osciló entre 4 meses y 77 años.

El 88,6% (109 casos) de los casos se clasificó como confirmado, detectándose en 103 la presencia de *Plasmodium*. Entre los casos con presencia de parásito confirmada, el 76,7% de los detectados fue *P. falciparum*, el 5,8% *Plasmodium sp*, el 4,9% *P. malariae*, el 3,9% *P. vivax*, el 1,9% *P. ovale*, en el 4,9% se identificaron infecciones mixtas y en el 1,9% no se identificó la especie (tabla 6).

En el 46,3% de los casos se desconoce el motivo de estancia en otros países, de los casos en que se conoce el motivo más frecuente es la inmigración de zonas endémicas, seguido del antecedente de viaje turístico a dichos lugares. El lugar de contagio se conoce en el 87,0% de los casos, siendo África el continente más frecuente (97,2%) y Guinea el país más frecuentemente registrado como país de origen (54,2%).

**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 2005.**

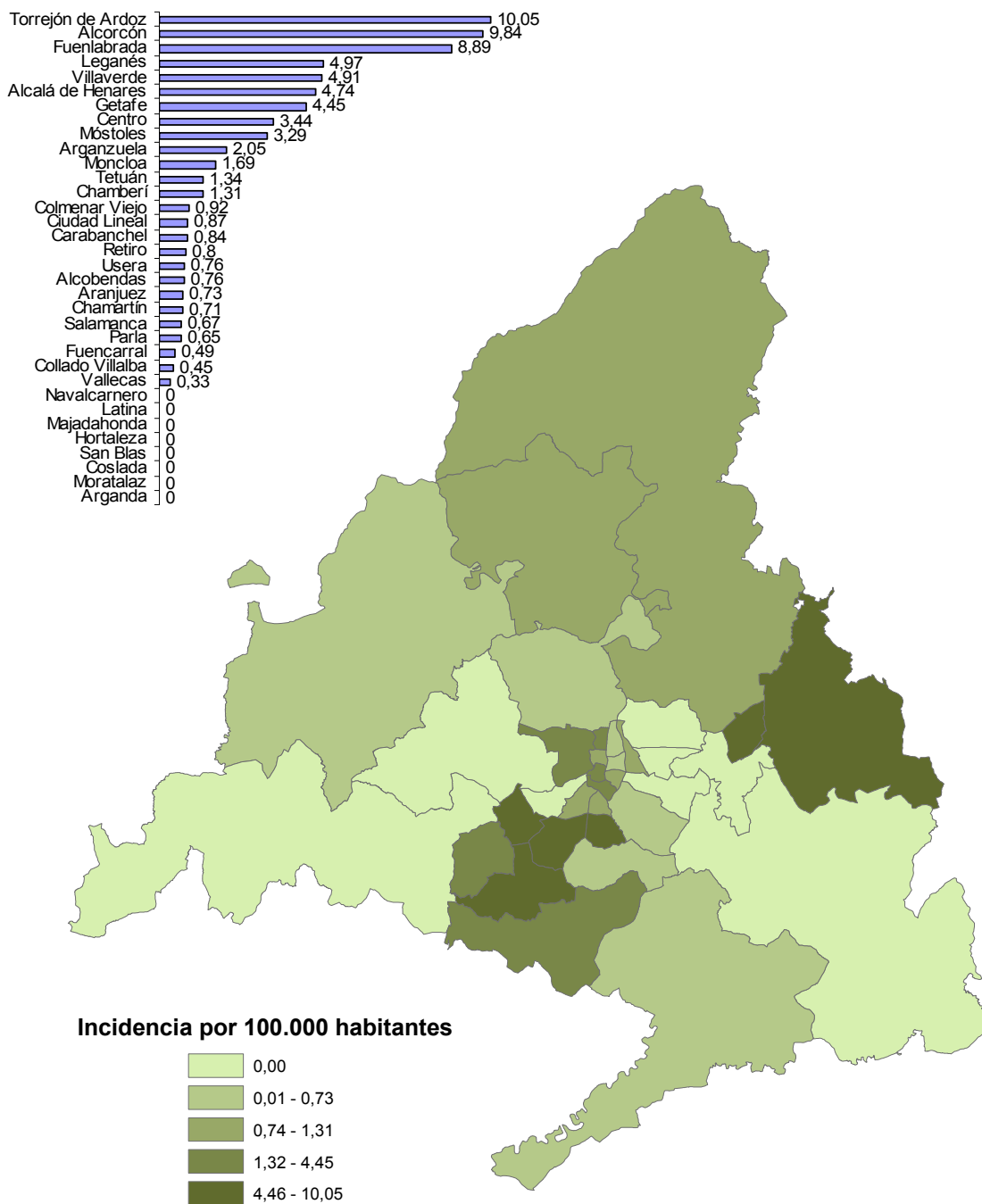


**Tabla 6. Distribución de los casos de paludismo según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid. Año 2005.**

<i>PLASMODIUM</i> AISLADO	PAÍS / CONTINENTE DE CONTAGIO					Total
	Guinea	Resto de África	América Latina	Asia	No figura	
<i>P. falciparum</i>	33	36	2	1	7	79 (76,7%)
<i>P. malariae</i>	3	2				5 (4,9%)
<i>P. vivax</i>	2		2			4 (3,9%)
<i>P. ovale</i>	2					2 (1,9%)
<i>Plasmodium spp.</i>	5	1				6 (5,8%)
<i>P. mixtas</i>	2	3				5 (4,9%)
No figura especie	1				1	2 (1,9%)
<b>TOTAL</b>	<b>48 (46,6%)</b>	<b>42 (40,8%)</b>	<b>4 (3,9%)</b>	<b>1 (0,9%)</b>	<b>8 (7,8%)</b>	<b>103 (100%)</b>



**Mapa 9. Paludismo. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.17.- Parálisis fláccida aguda (PFA)

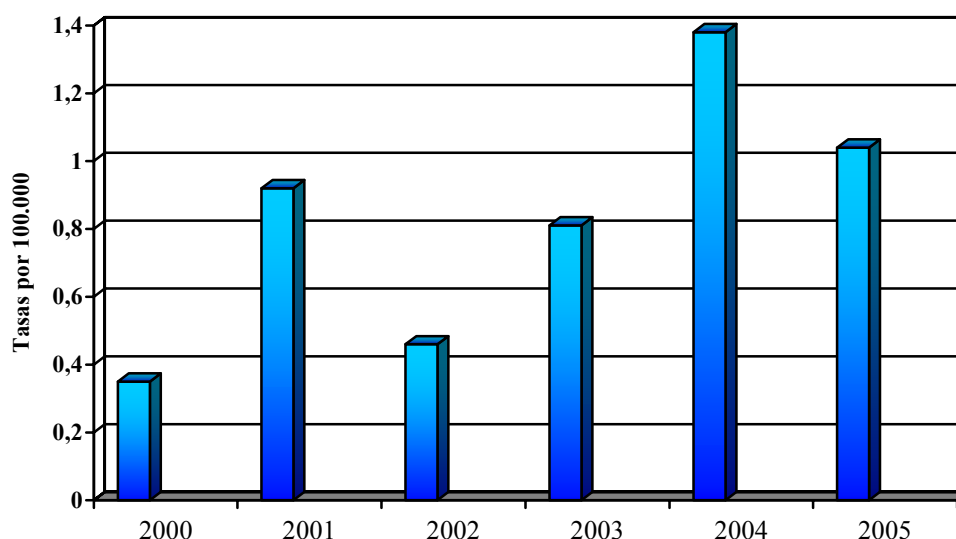
Durante 2005 en la Comunidad de Madrid se han notificado 9 casos de PFA, de ellos 5 (55,6%) se notificaron al sistema de vigilancia de la PFA y 4 (44,4%) se recuperaron en la revisión del CMBD.

La tasa de incidencia acumulada ha sido de 1,04 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, cifra mayor que la observada a nivel nacional (52 casos, tasa de 0,86 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años). En el gráfico 24 se muestra la evolución de la incidencia desde el año 2000.

Dos de los casos residían en el Área 7, otros 2 en el Área 9, y el resto se repartía entre las Áreas 1, 4, 5, 8 y 11.

El 88,9% de los nueve casos residentes en la Comunidad de Madrid eran varones. El rango de edad de los casos oscilaba entre 0 y 14 años, con una mediana de 3 años. En 4 casos no se conocía el estado vacunal, tres estaban correctamente vacunados con vacuna oral anti-poliomielítica (VOP) y dos estaban vacunados con la vacuna inyectable de la polio (VIP).

**Gráfico 24.- Tasa de incidencia de PFA. Comunidad de Madrid 2000-2005.**



En el informe de *“Plan de Erradicación de la Poliomiélitis, Comunidad de Madrid, año 2005”* se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA (Pendiente de publicación).

### 3.3.18.-Parotiditis

En el año 2005 se notificaron 292 casos de parotiditis, 6 casos más que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 4,9 casos por 100.000 habitantes, un 47,98% 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 0,80 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2). Los casos notificados por cuatrisesmanas, comparados con al año 2004, se observan en el gráfico 25.

Las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia con respecto a la CM fueron la 3 (20,8 casos por 100.000 habitantes), la 5 (5,64 casos por 100.000) y la 6 (5,15 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 26). La tasa de incidencia en menores de 15 años fue de 34,00 casos por 100.000 niños <15 años, y se observó mayor incidencia en las Áreas 3 (97,84), 5 (47,52), 11 (39,91) y 4 (36,42).

Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia en los menores de 15 años fueron Torrejón de Ardoz (119,44 casos por 100.000), Villaverde (102,28 casos por 100.000), Alcalá de Henares (87,02 casos por 100.000), Tetuán (58,69 casos por 100.000) y Alcobendas (51,95 casos por 100.000) (mapa 10).

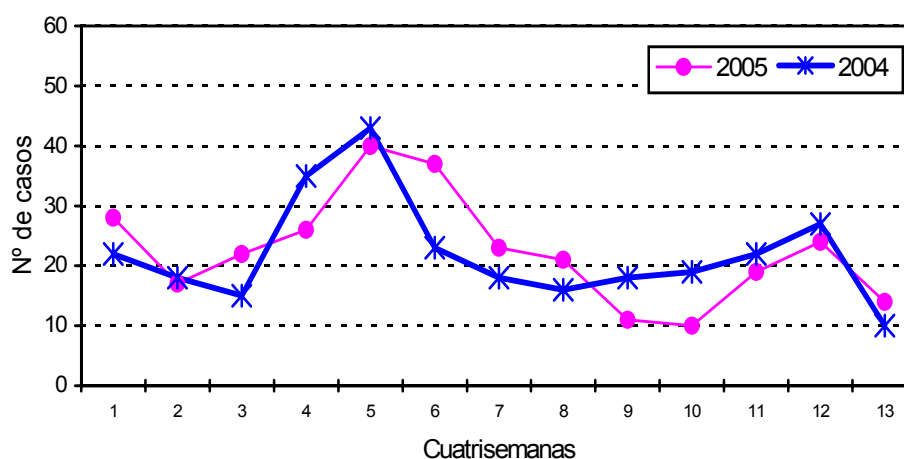
No se disponía de información sobre el sexo en el 0,3% de los casos, y sobre la edad en el 3,4%. El 65,6% de los casos con sexo conocido se observó en varones. De los casos de los que se disponía la edad el 54,5% se registró en menores de 15 años, el 29,8% en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, y el 15,7% en mayores de 29 años (gráfico 27).

En cuanto al tipo de diagnóstico, en el 96,2% de los casos se realizó por sospecha clínica, en el 15,8% se corroboró con pruebas serológicas y en el 0,3% con pruebas microbiológicas. El 11,6% de los casos se clasificó como confirmado.

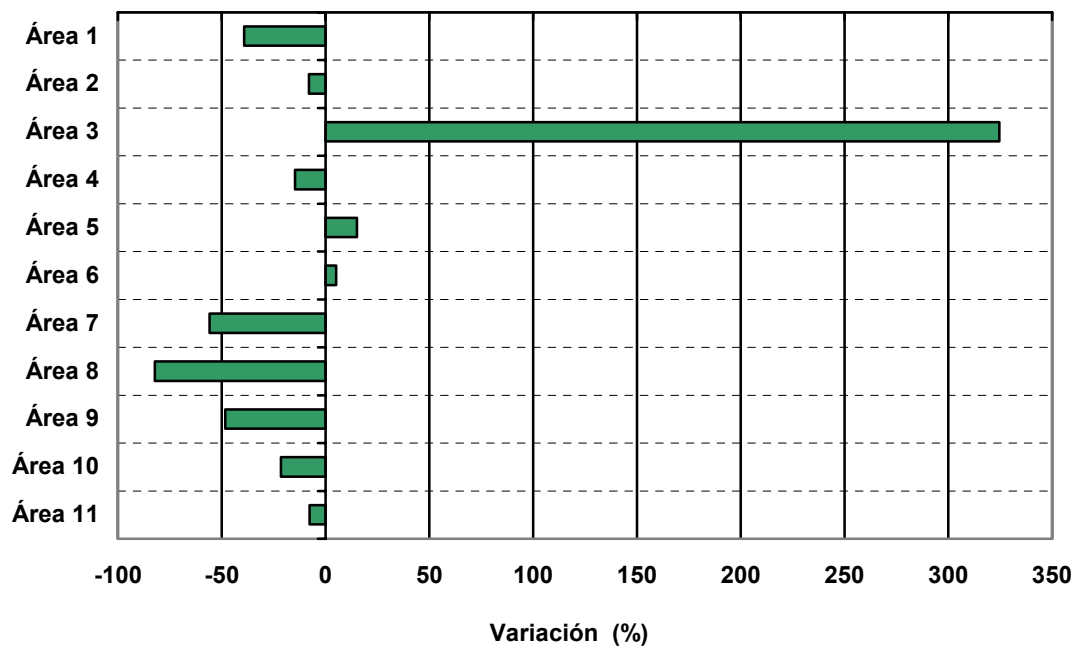
En el gráfico 28 se muestra el estado vacunal de los 187 casos menores de 21 años. El 4,3% no estaba vacunado y en el 18,7% se desconocía el estado vacunal. El 77,0% restante estaba vacunado, de ellos el 86,8% había recibido al menos una dosis de vacuna y en los demás se desconocía el número de dosis recibidas.

A través de la notificación de casos el 7,9% estaba asociado a otros (23 casos) y se notificaron 4 brotes de parotiditis en centros escolares, con un total de 14 afectados, de los que ninguno requirió hospitalización.

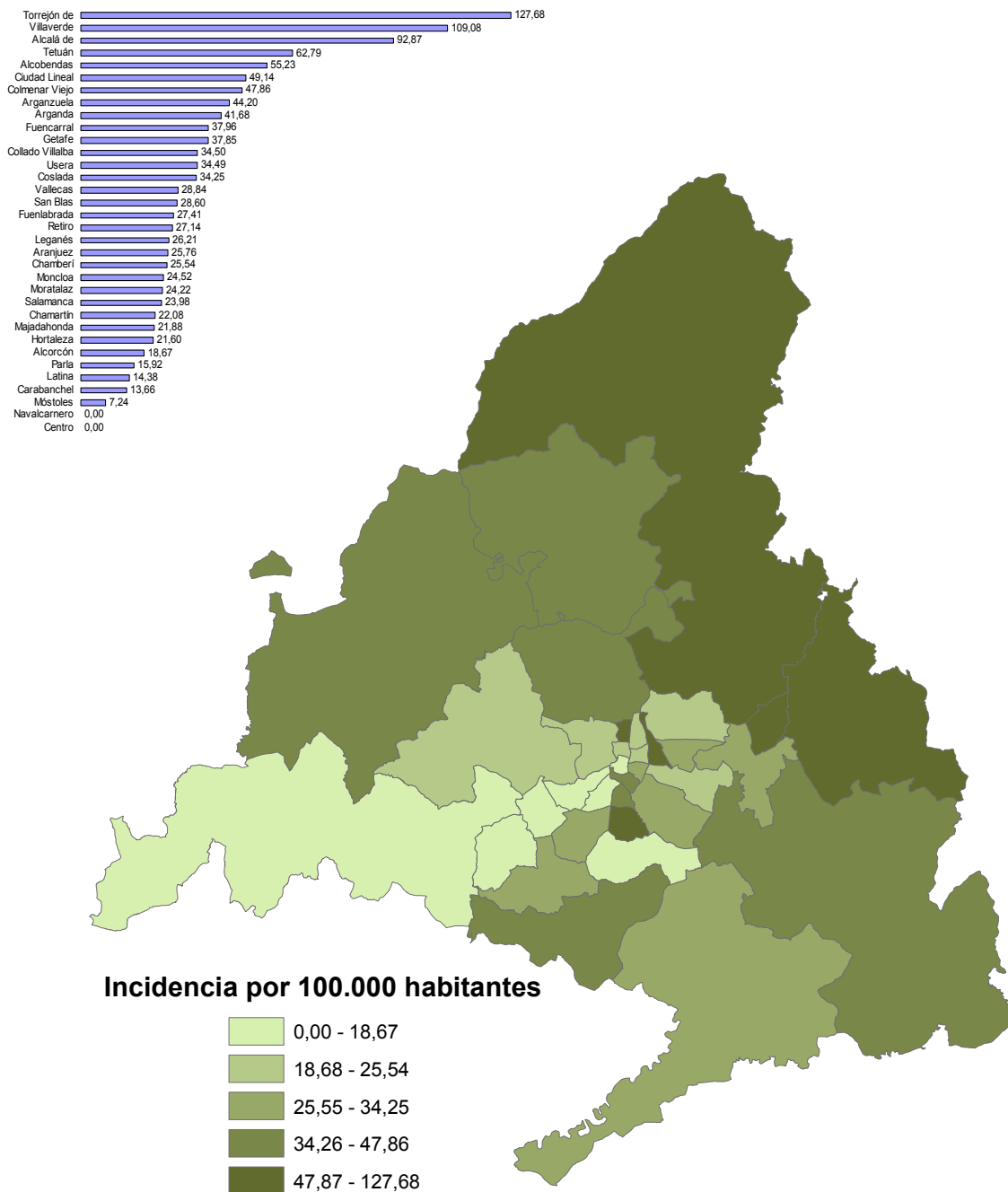
**Gráfico 25. Parotiditis. Número de casos notificados por cuatrisesmanas. Comunidad de Madrid. Años 2004-2005.**



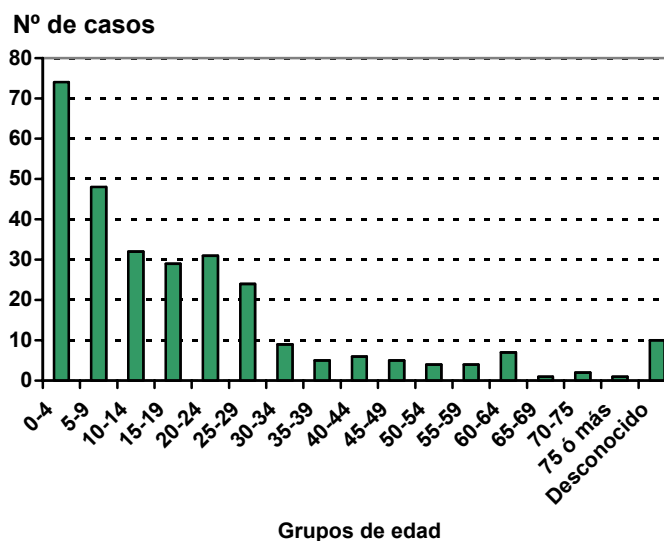
**Gráfico 26. Parotiditis. Variación de las tasas de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



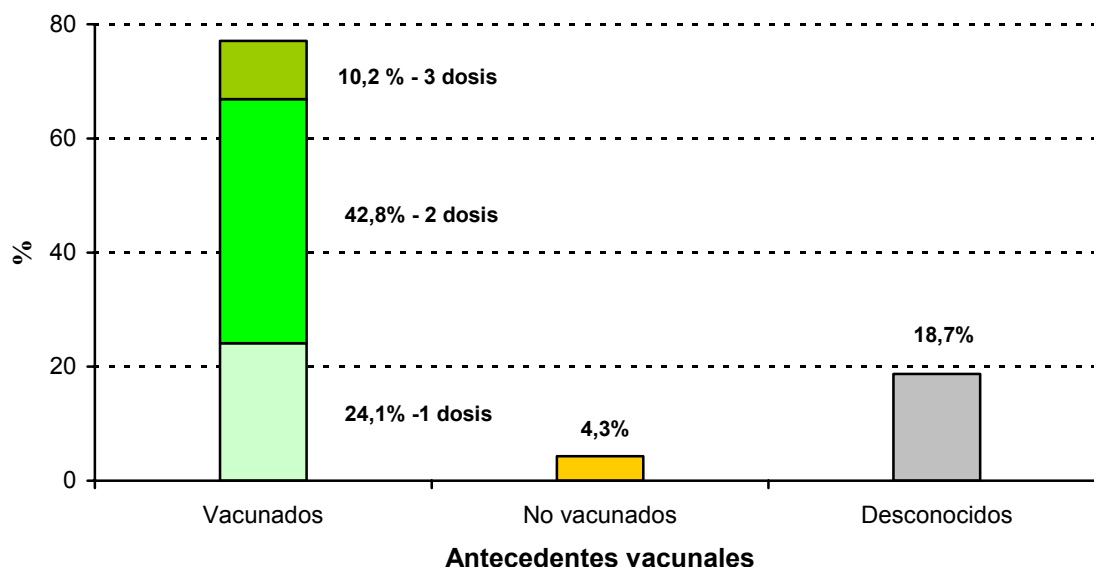
**Mapa 10. Parotiditis. Tasas de incidencia en menores de 15 años por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 27. Parotiditis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 28. Parotiditis. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.19.- Rubéola

En el año 2005 se ha observado un acusado incremento en la incidencia de la rubéola en la CM en relación con los últimos años, se notificaron 476 casos, frente a los 14 casos detectados el año anterior. La tasa de incidencia acumulada ascendió a 7,98 casos por 100.000 habitantes, un 2.247,06% mayor 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 5,36 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2). Esta situación, en ese año, no se observó en ninguna otra Comunidad

Autónoma y permitió establecer en la CM la situación de brote epidémico poblacional, que duró desde principio del año hasta el mes de agosto.

El incremento se detectó en las primeras semanas del año, en el marco del Plan de Eliminación del Sarampión y afectó a todas las Áreas de Salud. La mayor parte de los casos del brote aparecieron en los primeros cinco meses del año. Hasta el 31 de agosto de 2005 se habían producido 460 casos, lo que suponía una incidencia acumulada de 8,04 casos por 100.000 habitantes, 16,8 veces mayor que la incidencia anual media para ese período entre 1998 y 2004 (0,48 por 100.000 habitantes). Las mayores tasas de incidencia se han observado en los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad, a diferencia de la mayor afectación en la edad infantil observada en los años previos. El 56,2% de los casos detectados eran inmigrantes. Entre los casos autóctonos se observó un claro predominio de hombres (sólo el 18,5% de los casos autóctonos eran mujeres), mientras que entre los casos inmigrantes se observó una mayor proporción de mujeres, si bien la diferencia en la distribución por sexos es menor. El 94,3% de los casos no presentaba antecedentes de vacunación.

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con las de la CM fueron la 6 (156,14 casos por 100.000 habitantes), la 4 (83,46 casos por 100.000 habitantes), la 11 (32,08 casos por 100.000 habitantes), la 7 (28,82 casos por 100.000 habitantes) y la 3 (21,18 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 29). Los distritos que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Collado Villalba (25,38 casos por 100.000 habitantes), Majadahonda (21,26 casos por 100.000 habitantes), Usera (21,27 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (16,83 casos por 100.000 habitantes), Ciudad Lineal (16,09 casos por 100.000 habitantes), Hortaleza (15,36 casos por 100.000 habitantes), y Chamberí (15,07 casos por 100.000 habitantes).

Un 57,6% de los casos se observó en varones. Se desconocía la edad en un caso, y los casos restantes tenían una media de edad de 26 años, con un rango que oscilaba entre 6 meses y 55 años, apareciendo el 44,8% de ellos en menores de 25 años (gráfico 30 A). En el gráfico 30 B se presenta la distribución de los casos por edad, sexo y lugar de procedencia hasta el 31 de agosto, donde queda reflejada la diferente afectación, tal y como se comentó antes.

El 80,7% de los casos fueron clasificados como confirmados, y en el 68,2% de ellos la confirmación se realizó por la demostración de Ig M anti-rubéola. En cuanto a la forma de presentación, el 21,04% estaba asociado a otro caso.

El 10,1% de los casos menores de 21 años había recibido al menos una dosis de vacuna (8/15), el 60,8% no estaba vacunado y en el 29,1% se desconocía el estado vacunal (gráfico 31)

En los 202 casos notificados en mujeres, el rango de edad osciló entre 0 y 55 años, con una media de 27 años. Se desconocía la nacionalidad en el 11,4% de ellas, el 17,7% era de Colombia, el 23,3% de Ecuador y el 20,8% eran españolas. En cuanto a sus antecedentes vacunales, el 9,4% de ellas no estaban vacunadas y el 7,9% había recibido al menos una dosis de vacuna, desconociéndose el estado vacunal en el resto de los casos.

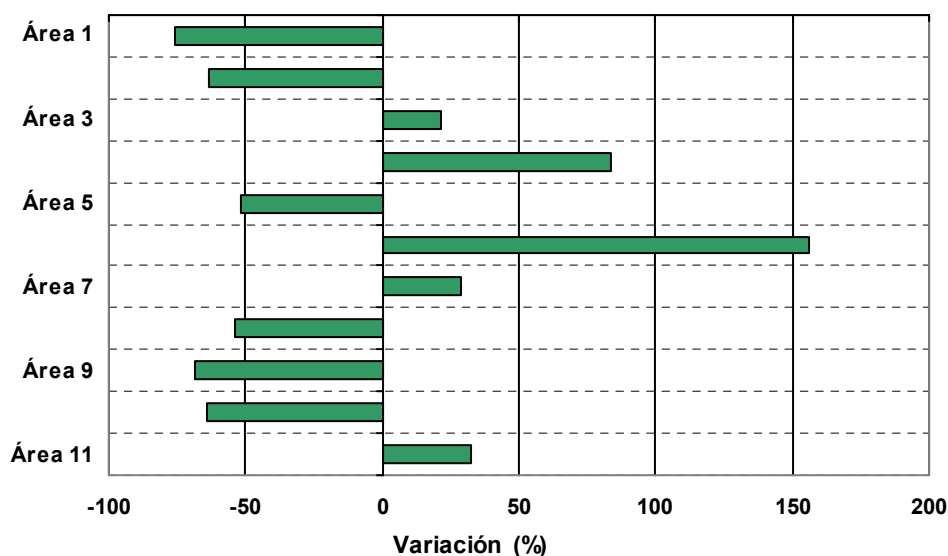
En 2005 se notificaron 3 casos de Síndrome de Rubéola Congénita residentes en la CM, ambos en el último cuatrimestre del año (gráfico 4, tabla 2). La madre de otro caso, residente habitualmente en Galicia, pudo haber adquirido la rubéola en la CM, donde estuvo de visita durante el embarazo. Las tres madres presentaban antecedentes de exantema durante el embarazo y en una de ellas se confirmó rubéola serológicamente. Dos de ellas son de procedencia

latinoamericana. Durante los años 2001, 2002, 2003 y 2004 no se había notificado ningún caso de rubéola congénita en nuestra Comunidad.

La circulación del virus en nuestra Comunidad ha sido favorecida probablemente por el gran incremento de población susceptible procedente de otros países que está teniendo lugar en los últimos años. Esta situación se ha reflejado en un aumento del número de casos en la población con mayor nivel de susceptibilidad, como son la población inmigrante y la población masculina autóctona. El mantenimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias de vacunación frente a rubéola de estos grupos de población más susceptibles, especialmente el de mujeres en edad fértil, es fundamental para abordar el control del Síndrome de Rubéola Congénita, en consonancia con las recientes recomendaciones de la OMS.

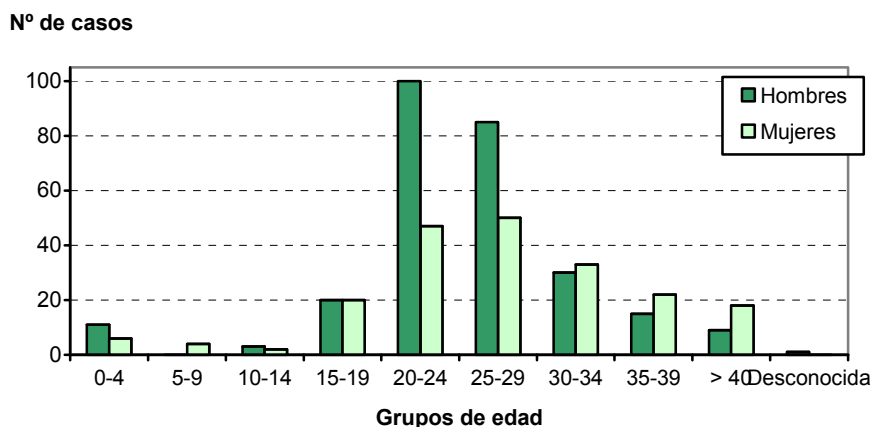
Un informe detallado sobre el brote comunitario de rubéola se puede consultar en “*Brote comunitario de rubéola en la población residente en la Comunidad de Madrid, año 2005*”. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005; nº 11 vol 11 (noviembre de 2005).

**Gráfico 29. Rubéola. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2005.**

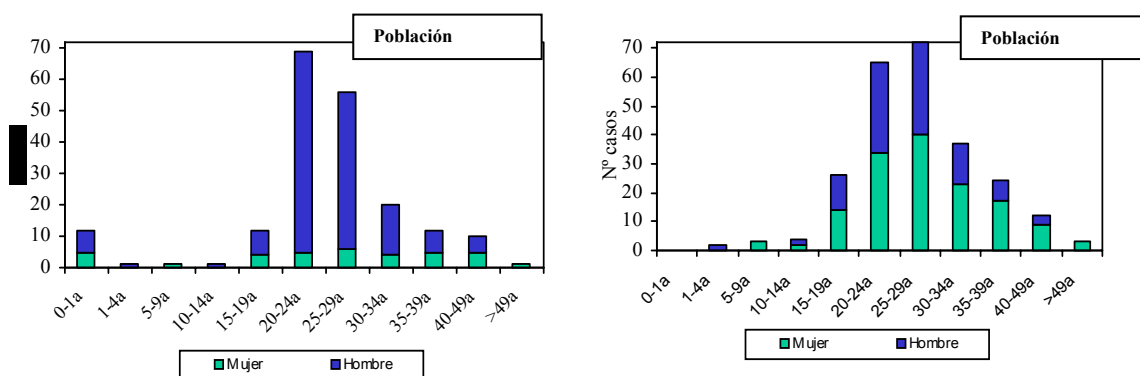




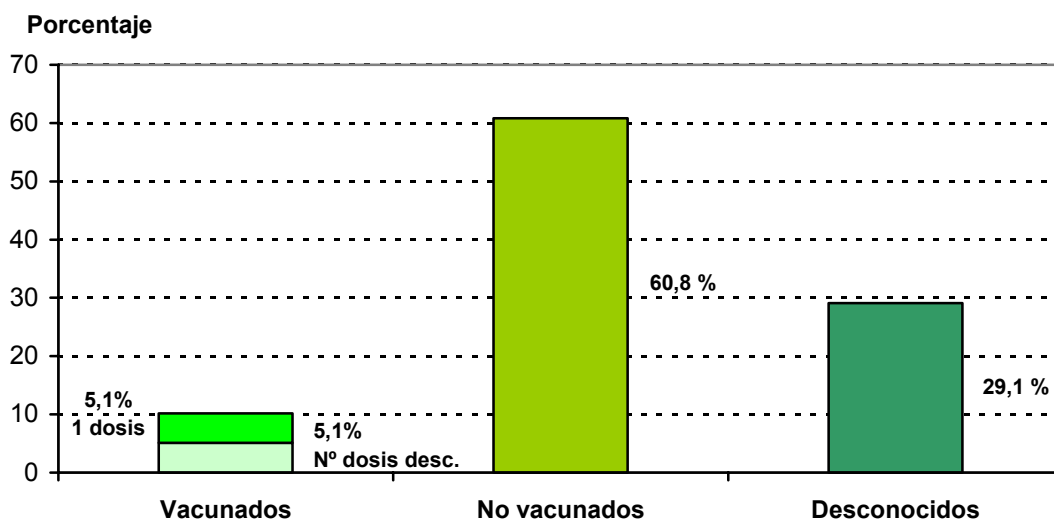
**Gráfico 30 a. Rubéola. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 30 b. Rubéola. Distribución por edad, sexo y lugar de origen Comunidad de Madrid. Año 2005 (del 1 de enero al 31 de agosto)**



**Gráfico 31. Rubéola. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.20.- Sarampión

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 morbi-mortalidad del sarampión y eliminar el sarampión autóctono de la Región para el año 2007. Los objetivos específicos de este Plan Estratégico son reducir la proporción de susceptibles al sarampión en la población por debajo de los niveles establecidos por la O.M.S para el año 2005 y mantener estos niveles de susceptibles hasta alcanzar la eliminación global del sarampión. En el año 2003, la OMS ha elaborado el Plan Estratégico para la eliminación del sarampión y el control del síndrome de rubéola congénita en la Región Europea, que establece la interrupción de la transmisión del sarampión indígena y la reducción de la incidencia del síndrome de rubéola congénita a menos de 1 caso por 100.000 nacidos vivos para el año 2010, con una evaluación a medio plazo de la estrategia frente al sarampión en el año 2005.

En concordancia con las recomendaciones de la OMS, en España se ha establecido un Plan de Acción Nacional y en la Comunidad de Madrid (CM) se ha diseñado un Plan Regional, cuyo objetivo general era eliminar el sarampión autóctono para el año 2005. Desde el año 2001, el sarampión es una enfermedad de declaración urgente; se intenta realizar diagnóstico microbiológico de todos los casos notificados y se lleva a cabo una investigación epidemiológica exhaustiva para hacer posible la adopción precoz de las medidas de control más eficaces.

En el año 2005 se notificaron 23 casos sospechosos de sarampión, de los que 3 se confirmaron por laboratorio, 1 quedó clasificado como compatible y el resto quedaron descartados. Los 4 casos de sarampión detectados suponen una tasa de incidencia acumulada de 0,07 casos por 100.000 habitantes, mayor que la observada en el año 2004 (0,05 casos por 100.000 habitantes) y mayor que la observada a nivel nacional (21 casos, tasa de incidencia 0,05 casos por 100.000 habitantes), siendo la razón de tasas 1,40 (gráfico 4, tabla 2).

De los 3 casos confirmados, dos de ellos presentaban antecedentes de viaje fuera de España durante el período de incubación y el otro no había viajado fuera de la Comunidad de Madrid ni había tenido contacto con otro caso sospechoso, por lo que fue clasificado como autóctono. Los dos casos importados se produjeron en una niña de 14 meses que había estado durante todo el período de incubación en California y en una mujer de 24 años con antecedente de estancia en Londres. El caso autóctono era una niña de 2 años con antecedentes de vacunación no documentada. El caso compatible era un niño de etnia gitana, de 12 años de edad y no vacunado. Sólo se detectó el virus en el caso procedente de Londres (genotipo D4).

En el informe *“Plan de Eliminación del Sarampión. Comunidad de Madrid. Año 2005”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, febrero 2005, volumen 11, nº 2) se expone más detalladamente el tema.

### 3.3.21.- Sífilis

En el año 2005 se notificaron 178 casos de sífilis, 8 casos más que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,98, un 104,11% 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 0,88 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM fueron la 11 (6,40 casos por 100.000 habitantes), la 7 (5,23 casos por 100.000), la 9 (4,56 casos por 100.000)

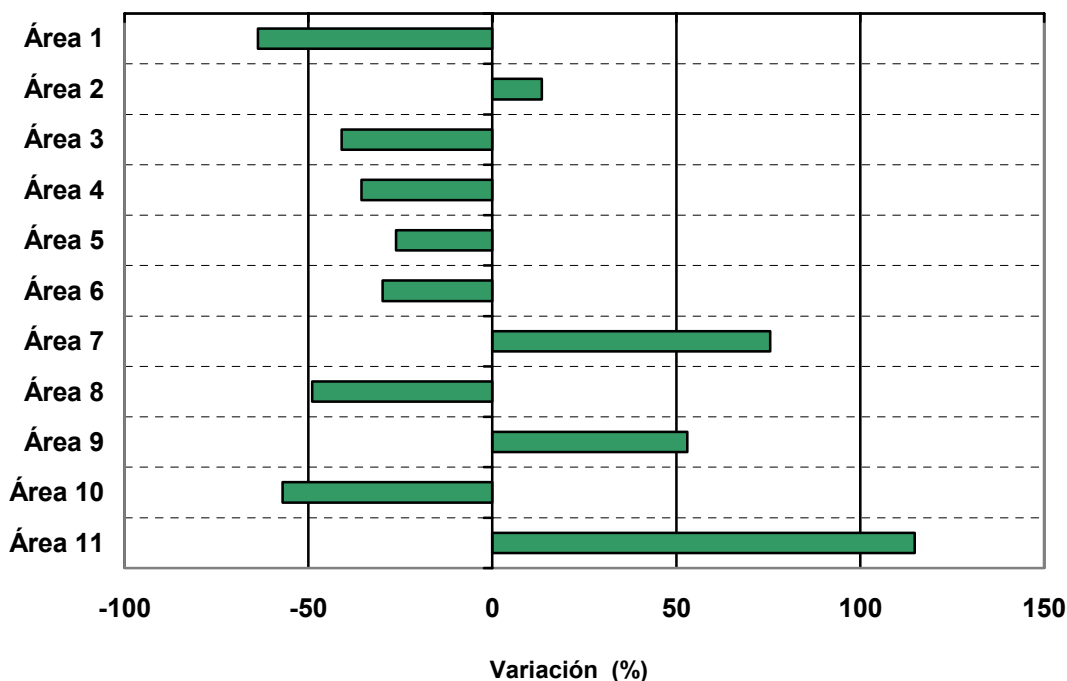
y la 2 (3,38 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 32). Todos los distritos sanitarios, excepto Retiro y Colmenar Viejo, notificaron algún caso y los que mostraron mayores tasas fueron Centro (12,39 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (10,95 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (9,11 casos por 100.000 habitantes) y Usera (8,36 casos por 100.000 habitantes).

El 78,7% de los casos se observó en varones. La información sobre la edad era desconocida en el 3,9% de los casos. El rango de edad varió entre 17 y 85 años, y el 73,1% de los casos se presentó en personas menores de 40 años (gráfico 33)

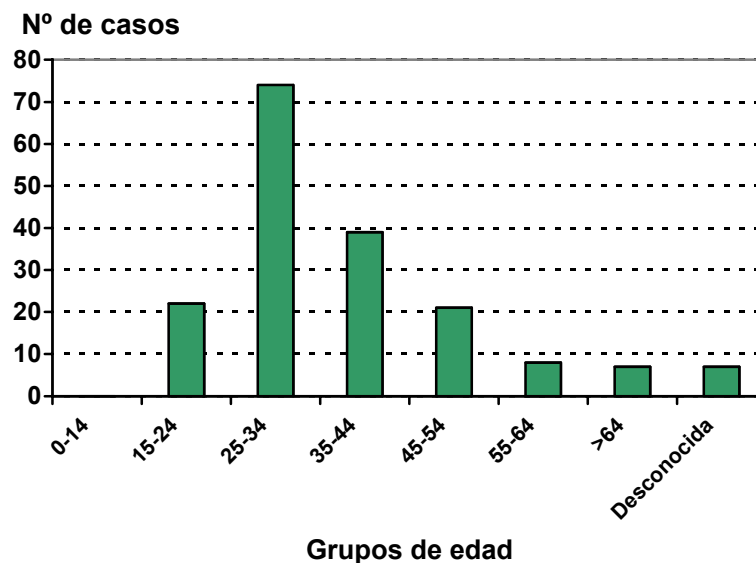
El 68,5% de los casos se clasificó como confirmado. En cuanto al tipo de diagnóstico, en el 89,9% se realizó diagnóstico serológico y en el 2,2% diagnóstico microbiológico, realizándose ambos tipos de pruebas sólo en un caso. El 15,2% de los casos se presentó como asociado a otros casos de sífilis.

Durante el año 2005 no se notificó ningún caso de sífilis congénita en la CM, en comparación con los 5 casos que se notificaron en 2004. A nivel nacional se notificaron 13 casos en 2005 y 16 casos en 2004, lo que supone unas tasas de incidencia de 0,03 y 0,04 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

**Gráfico 32. Sífilis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 33. Sífilis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.22.- Tos ferina

En el año 2005 se notificaron 90 casos de tos ferina en la CM, 92 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,51 casos por 100.000 habitantes, un 44,69% 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 1,99 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2). La distribución en periodos cuatrisesmanales no muestra picos de incidencia llamativos a lo largo del año (gráfico 34). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 17,54 casos por 100.000 habitantes.

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM fueron la 3, 2, 11, 8 y 6 con 6,44, 3,61, 1,51, 1,74 y 1,61 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (gráfico 35). Para los niños menores de 15 años las mayores incidencias fueron en las Áreas 3 (85,13 por 100.000 habitantes), 2 (37,83 por 100.000 habitantes) y 11 (27,72 por 100.000 habitantes).

Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia en menores de 15 años fueron Alcalá de Henares (92,87 casos por 100.000 habitantes), Coslada (77,07 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (69,65 casos por 100.000 habitantes), Carabanchel (59,50 casos por 100.000 habitantes) y Móstoles (50,66 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 11).

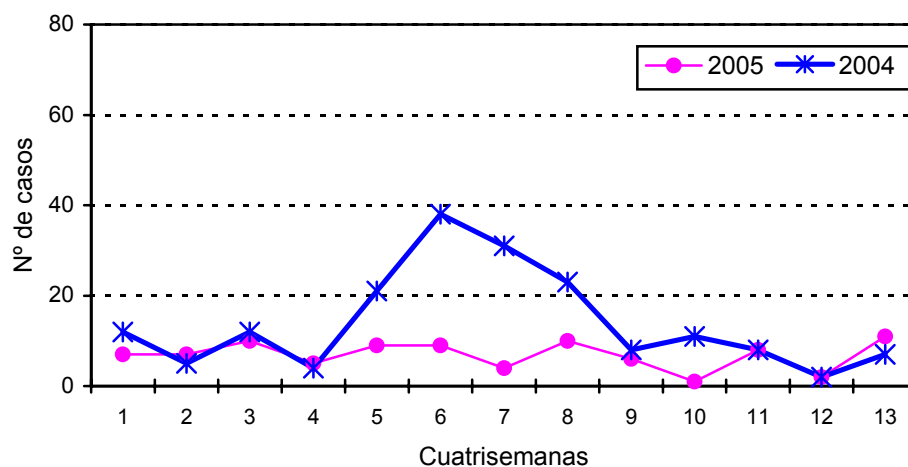
El 51,1% de los casos se produjo en mujeres. No se disponía de información sobre la edad en un 3,3% de casos, el rango de edad de los restantes casos osciló entre 1 mes y 46 años, observándose el 57,8% en el grupo de 0 a 4 años de edad, el 16,7% en el grupo de 5 a 9 años, y el 11,1% en el grupo de 10 a 14 años (gráfico 36).

El 25,6% de los casos se clasificó como confirmado. El diagnóstico se realizó por la clínica en el 83,3% de casos, en el 18,9% se realizó diagnóstico serológico, y en el 22,2% diagnóstico microbiológico.

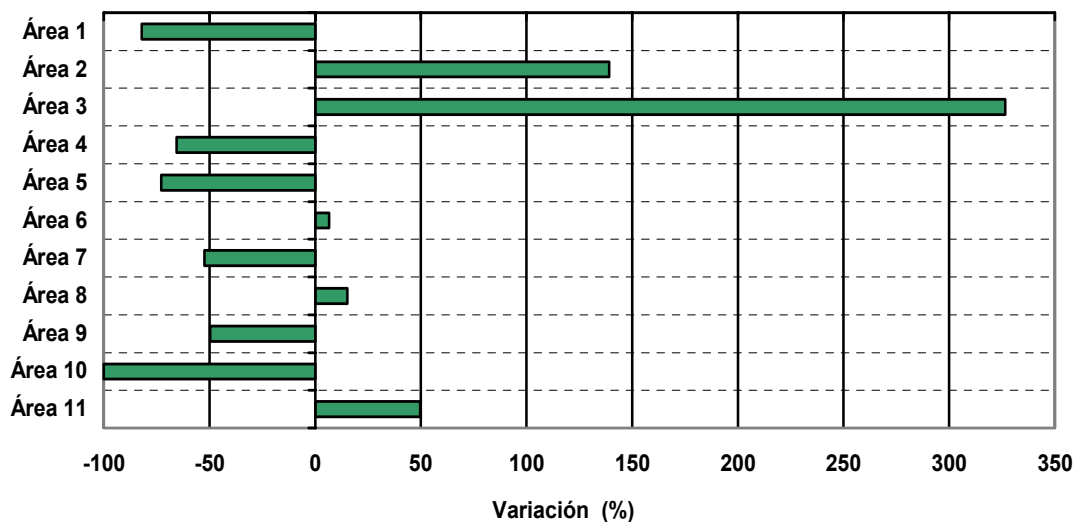
El estado vacunal en los menores de 21 años era desconocido en el 18,4% de los casos y el 26,3% no estaba vacunado. Entre el 55,3% de casos vacunados, se desconocía el número de dosis recibidas en el 16,7%, y el resto estaba inmunizado con al menos una dosis de vacuna (gráfico 37).

El 27,8% de los enfermos estaban asociados a otros casos. Durante el año 2005 se notificaron 4 brotes de tos ferina en la CM, con un total de 13 afectados (1 necesitó hospitalización). Uno de los brotes, con 5 afectados, se produjo en un centro escolar, otro brote, con dos afectados, se produjo en un centro asistencial y los otros dos brotes, con 6 casos, se produjeron en el ámbito familiar.

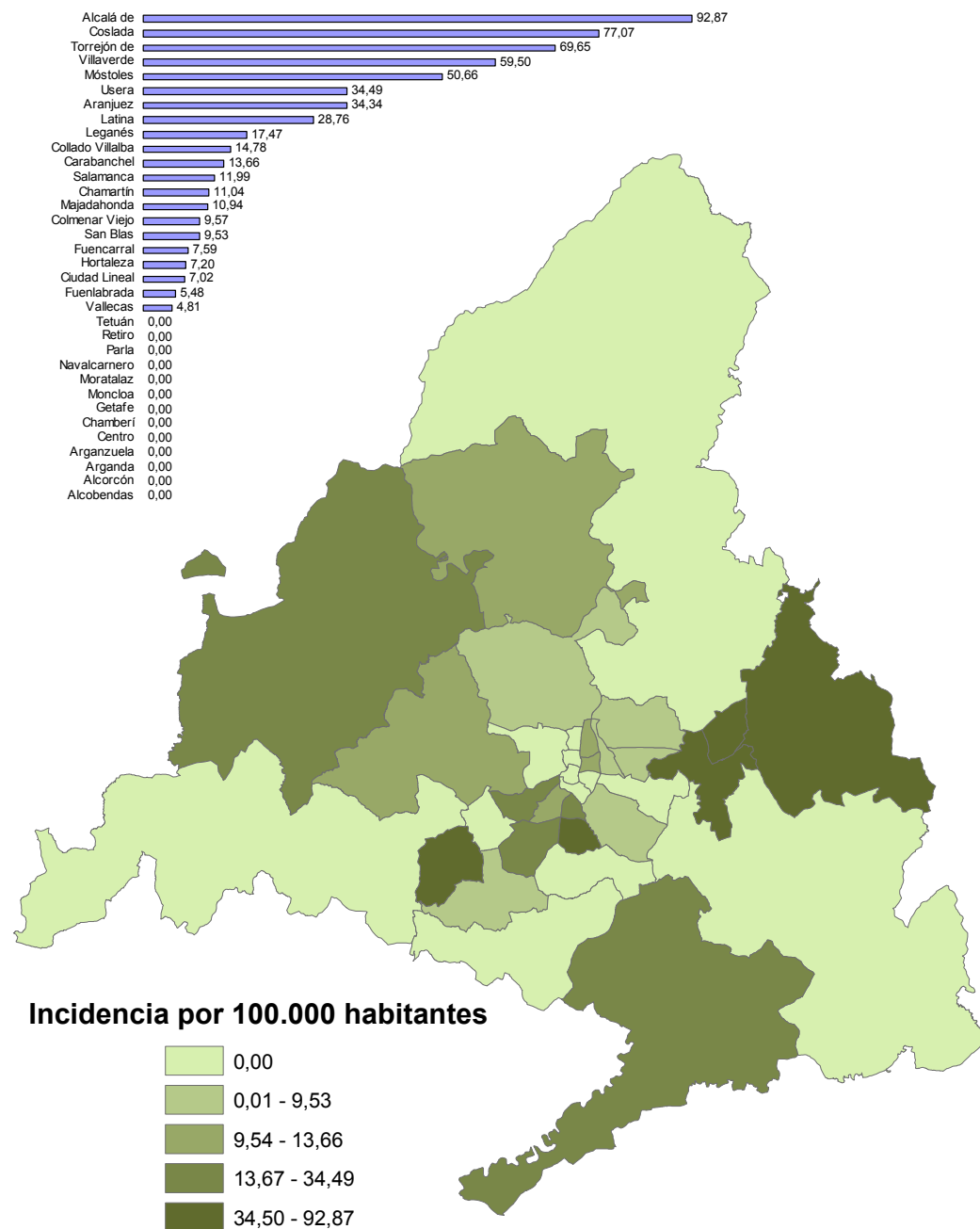
**Gráfico 34. Tos ferina. Número de casos notificados por cuatrisesmanas. Comunidad de Madrid. Años 2004-2005.**



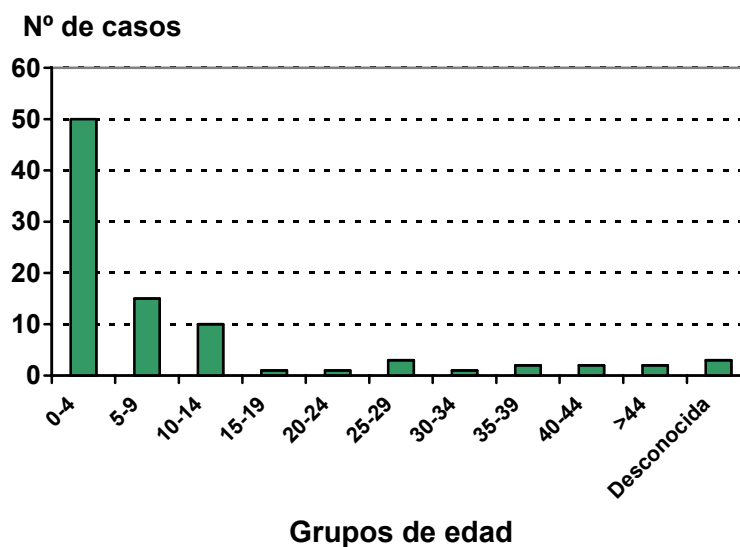
**Gráfico 35. Tos ferina. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



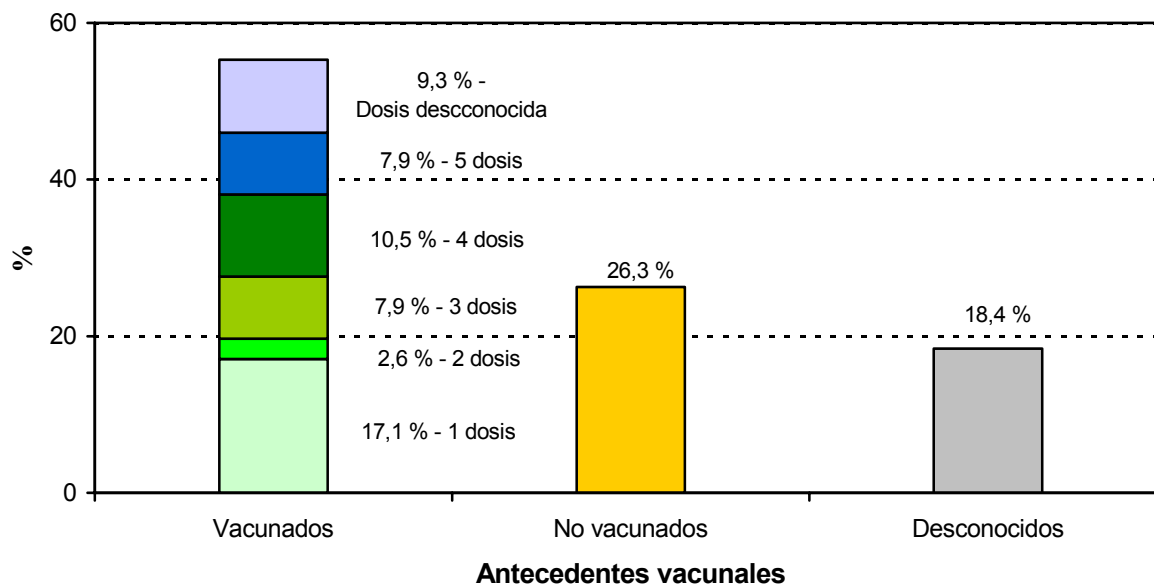
**Mapa 11. Tos ferina. Tasas de incidencia en menores de 15 años por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 36. Tos ferina. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



**Gráfico 37. Tos ferina. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



### 3.3.23.- Triquinosis

En el año 2005 se notificaron 2 casos de triquinosis en la CM, 25 casos menos que en 2004 (en ese año se produjeron dos brotes que afectaron a 4 y 23 casos respectivamente), lo que permite estimar una tasa de incidencia acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes, igual a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 1,00 (referencia: nivel nacional).

Ambos casos se clasificaron como sospechoso/probable y afectaron a dos inmigrantes rumanos. Uno de ellos se produjo en un varón de 37 años como asociado a un brote por consumo de carne de jabalí procedente de una cacería realizada en Rumanía. El otro caso era una niña de 7 años con antecedente de consumo de carne de cerdo enviada desde su país de origen.

### 3.3.24.- Tuberculosis respiratoria

Durante el año 2005 se notificaron 740 casos de tuberculosis respiratoria, 42 casos más que en 2004, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 12,41 casos por 100.000 habitantes.

En el informe "*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2005*" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, mayo 2006, vol. 12, nº 5), se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

### 3.3.25.- Tuberculosis (otras)

Durante el año 2005 se notificaron 168 casos de otras tuberculosis, incluidas las tuberculosis meníngeas, lo que supone 116 casos menos que en 2004 y una tasa de incidencia acumulada de 2,82 casos por 100.000 habitantes.

En el informe "*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2005*" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, mayo 2006, vol. 12, nº 5), se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

### 3.3.26.- Varicela

Durante el año 2005 se notificaron 22.451 casos de varicela, 25.493 casos menos que en 2004. La tasa de incidencia acumulada fue de 376,43 casos por 100.000 habitantes, cifra un 40,90% menor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior en la CM, y ligeramente mayor que la observada a nivel nacional ese mismo año, siendo la razón de tasas 1,02 (referencia: nivel nacional) (gráfico 4, tabla 2).

El mayor número de casos se registró entre las semanas 15 y 26 (ver gráfico 38). El 97,7% de los casos fueron notificados por profesionales de atención primaria.

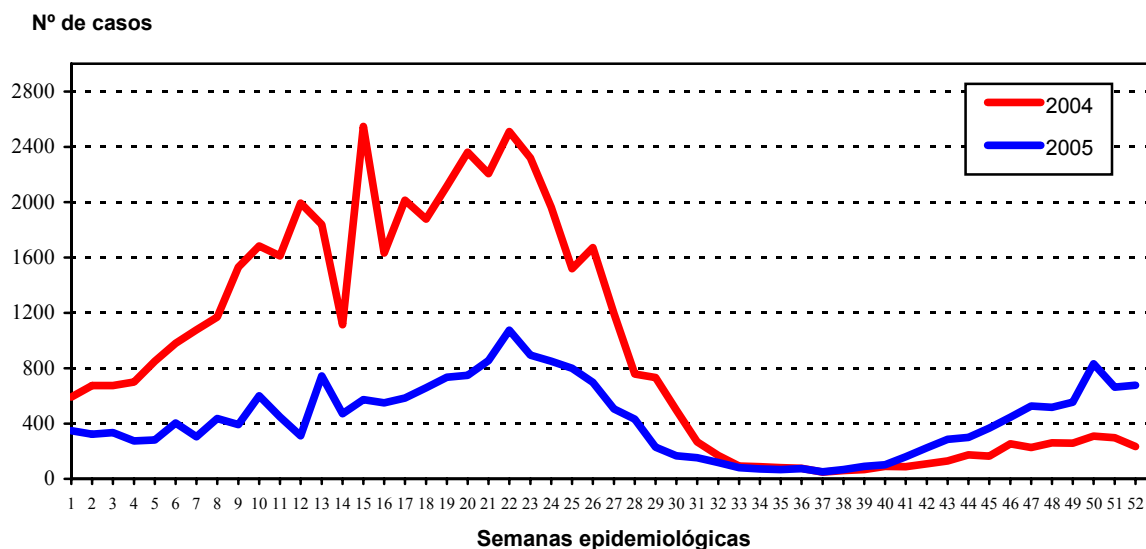
Las áreas sanitarias que presentaron las mayores tasas de incidencia en la Comunidad de Madrid fueron la 3 (623,88 casos por 100.000 habitantes), la 10 (571,49 casos por 100.000), la 2 (482,93 casos por 100.000), la 8 (476,75 casos por 100.000) y la 11 (439,29 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 39). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron



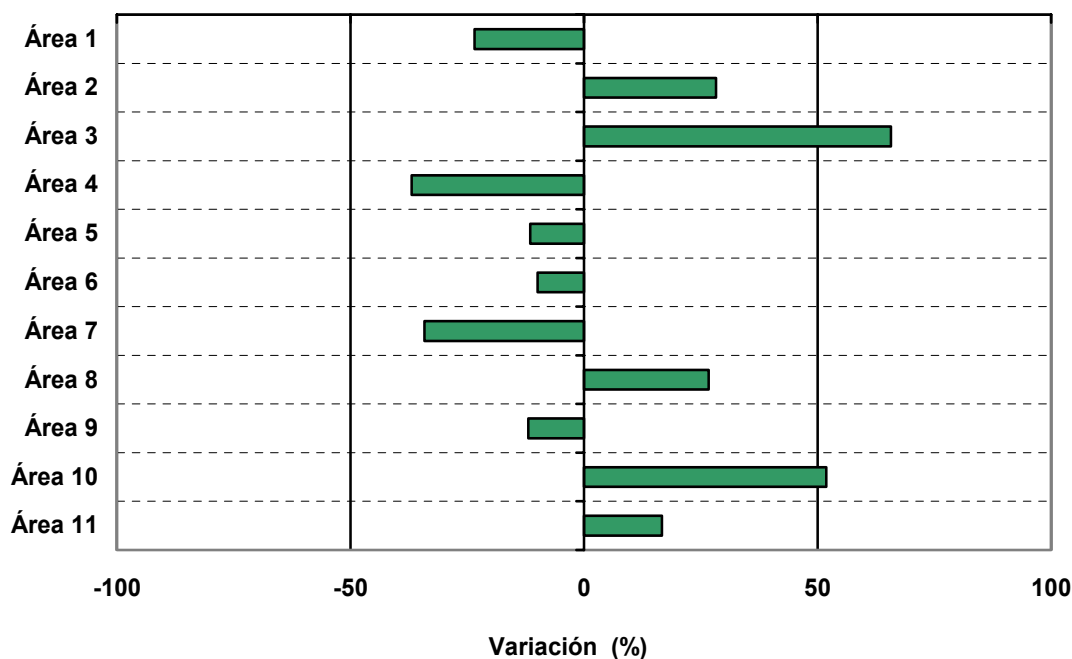
Aranjuez (905,87 casos por 100.000 habitantes), Coslada (785,9 casos por 100.000 habitantes), Getafe (648,04 casos por 100.000 habitantes) y Alcalá de Henares (635,54 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 12).

En 2005 se notificó un brote de varicela en el entorno familiar con 6 afectados, de los que uno requirió hospitalización.

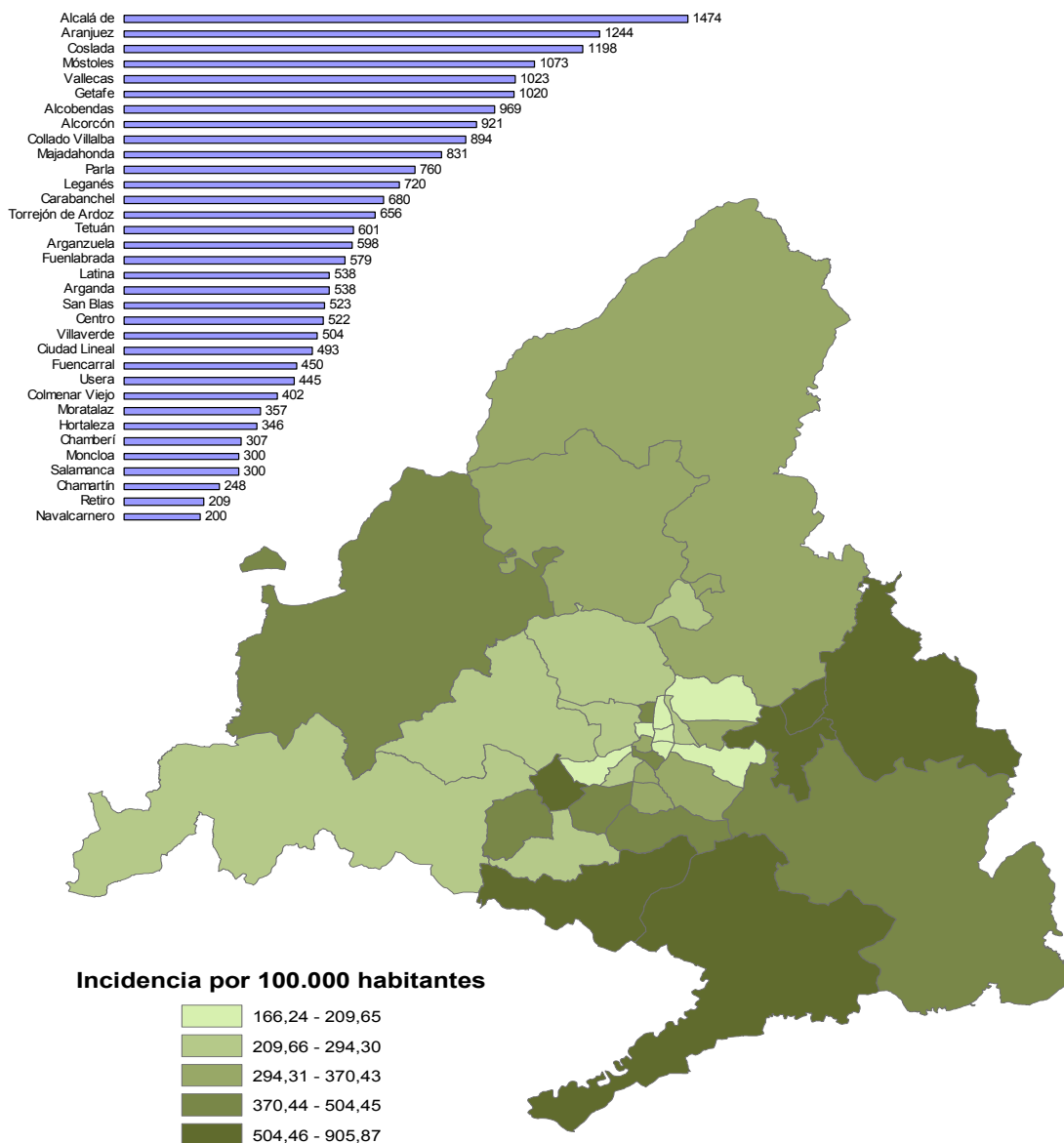
**Gráfico 38. Varicela. Número de casos notificados por semana. Comunidad de Madrid. Años 2004-2005.**



**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 2005.**



**Mapa 12. Varicela. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2005.**



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

Durante el año 2005 no se declaró ningún caso de las siguientes enfermedades: cólera, difteria, fiebre amarilla, peste, poliomielitis, rabia, sífilis congénita, tétanos, tétanos neonatal y tífus exantemático.

### 3.5.- CONCLUSIONES

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 puesta en marcha en enero de 2005 de la nueva aplicación informática para el manejo de los datos de las EDO en la Comunidad de Madrid ha ayudado a gestionar esta información, simplificando el proceso de descarga de datos, así como su análisis y depuración. Esto ha facilitado la introducción de nuevos indicadores, que ayudan a mejorar la calidad de la información.

El grado de cumplimentación de las variables del cuestionario de notificación por los profesionales sanitarios es bastante elevado, se cuenta con datos de edad en el 97,5% de los casos y de sexo en el 99,8%. Además de estas variables básicas se recogen otras fundamentales para la vigilancia epidemiológica y los esfuerzos de mejora de la información deberían centrarse en ellas.

Las variables relacionadas con el tipo de diagnóstico presentan una cumplimentación muy elevada (98,5%) y también las que recogen la clasificación del caso, lo nos ha permitido avanzar en la depuración de la información y evaluar su coherencia con las definiciones recogidas en el manual de notificación.

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.), así como el número de dosis de vacuna (en enfermedades incluidas en calendario vacunal) son variables de gran importancia para las actuaciones de salud pública. Debemos 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.

Con la nueva aplicación informática se introdujo la variable país de origen del caso de forma sistematizada, a partir de una tabla de valores, lo que elimina los problemas previos en cuanto a las diferentes formas de recoger el nombre de un mismo país (abreviaturas, acentos, etc.). La cumplimentación de esta variable no ha alcanzado el 50%, por lo que aún no se ha introducido como indicador de calidad, pero su recogida está aumentando progresivamente, y permitirá mejorar el estudio del comportamiento de las EDO en relación con el origen de los casos.

Las variables que recogen información sobre la pertenencia a colectivos desfavorecidos presentan una cumplimentación muy baja, son variables de definición compleja, y además no

tienen una forma de recogida sistemática, por lo que este es un aspecto en el que hay que trabajar, para mejorar el análisis y la interpretación de los resultados.

La cobertura del sistema por Atención Primaria es aceptable (72,2%), y algo mejor que en 2004 (70,7%), pero aún sigue siendo claramente mejorable, por lo que habrá que seguir insistiendo en la necesidad de la declaración de todas las enfermedades. Como ya se ha comentado, se está trabajando en la mejora de la informatización de la notificación desde Atención Primaria mediante la vinculación de la notificación a sus sistemas informáticos (OMI).

Otro aspecto a seguir mejorando es conseguir una mayor participación de los especialistas, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, fomentando la colaboración de los Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios, sin olvidar la importancia que siguen teniendo los notificadores no sanitarios, especialmente los docentes, en la notificación de enfermedades y brotes que afectan a la población infantil de la Comunidad de Madrid.

### 3.5.2.- Enfermedades notificadas

Entre las **enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica**, en general, se ha producido una disminución o mantenimiento de la incidencia respecto al año 2004. Se observó una disminución en la **brucelosis** respecto al 2004 y respecto a la mediana de las tasas del quinquenio anterior, sin aparición de brotes por esta causa. Se produjo una leve disminución en la incidencia de **disentería** respecto a 2004, aunque la tasa es mucho mayor que la mediana del quinquenio anterior, y aunque cerca del 30% de los casos estaba asociada a otros casos, no se ha notificado ningún brote por disentería. La aparición de dos casos de **triquinosis** en inmigrantes, lejos de los 27 casos de 2004 debidos a 2 brotes, siguen poniendo de manifiesto la importancia de los hábitos de estos colectivos en la aparición de casos de esta enfermedad.

La incidencia de la **hepatitis A** no alcanza los niveles de los dos años anteriores, pero sigue siendo elevada con respecto a la mediana del quinquenio anterior, y el número de brotes ha disminuido respecto a 2004, pasando de 11 a 5. La incidencia de **hepatitis B** es similar a la de los dos años anteriores, y algo mayor que la mediana del quinquenio anterior, destacando la aparición de un brote con 4 casos afectados, mientras que en 2004 no se notificó ningún brote por esta causa. La incidencia de **otras hepatitis víricas** disminuyó respecto a 2004, pero estaba elevada con respecto a la mediana del quinquenio anterior. En un gran número de casos 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.

Con respecto a las **enfermedades de transmisión respiratoria** destaca el leve aumento en la tendencia en la notificación de la **legionelosis** con respecto a 2004 y con respecto a la mediana de las tasas del quinquenio anterior, por lo que tendremos que seguir atentos a su evolución confirmar si esta tendencia se consolida en el tiempo y nos permite hablar de constancia en la misma, valorando nuevos aspectos a vigilar.

Entre las **enfermedades de transmisión sexual**, destaca la continuación en el aumento experimentado por la **infección gonocócica** y la **sífilis**, siendo los hombres con edades comprendidas entre 20 y 39 años los más afectados. En 2005 no se notificó ningún caso de **sífilis congénita**, a diferencia de los 5 casos notificados en 2004. Sería necesario adaptar las estrategias de vigilancia de estas enfermedades a su tendencia creciente para mejorar el conocimiento de los factores que están influyendo en esta evolución.

Con respecto al **paludismo**, durante este año se ha mantenido la disminución de la incidencia con respecto a la mediana del quinquenio anterior, con una incidencia algo menor que la de 2004. Al igual que en 2004, 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 y presentan como principal antecedente la inmigración de zonas endémicas, seguidos de viaje turístico a dichos lugares, si bien en el 46,3% de los casos se desconoce el motivo de la estancia en otros países, por lo que se debería insistir en la recogida de este dato. Hay que destacar que el 17,9% de los casos se produjeron en edades pediátricas. Los inmigrantes y en especial sus hijos, que viajan a sus países de origen sin profilaxis, constituyen un grupo de riesgo elevado, por lo que es necesario mejorar las estrategias oportunas para disminuir la incidencia en estos grupos. Se recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario de personas de este colectivo para informar sobre los riesgos de infección por paludismo.

Entre las **enfermedades vacunables** sobresale la disminución de incidencia en todas ellas respecto al año 2004 y respecto a la mediana del quinquenio anterior, con la excepción de la rubéola.

En cuanto a la **rubéola** hay que destacar la aparición de 476 casos en la Comunidad de Madrid. En el informe de las EDO 2004 ya se ponía de manifiesto la persistencia de bolsas de susceptibles en la población, especialmente en el colectivo de mujeres inmigrantes, situación que ha quedado patente en 2005, con 202 mujeres afectadas, con una media de edad de 27 años. En relación con lo comentado sobre la calidad de funcionamiento del sistema, es importante destacar que se tenía información sobre la nacionalidad en el 88,6% de las mujeres, mientras que la información sobre el estado vacunal constaba en menos del 82% de las mismas. Así mismo, hay que señalar la notificación de **rubéola congénita**, algo que no ocurría desde el año 2000. El mantenimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias de vacunación frente a rubéola de estos grupos de población más susceptibles, especialmente el de mujeres en edad fértil, es fundamental para abordar el control del Síndrome de Rubéola Congénita, en consonancia con las recientes recomendaciones de la OMS.

Respecto al **Sarampión** se han detectado 4 casos en 2005 continuando la tendencia descendente empezada en 2004. Para continuar con la consecución del Plan de eliminación es de gran importancia mantener una alta sensibilidad en la detección de los casos sospechosos y en su notificación urgente (dentro de las 24 horas desde la sospecha), teniendo en cuenta este diagnóstico de sospecha en los adultos jóvenes que demanden asistencia sanitaria por cuadros exantemáticos febriles.

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

Con respecto a la **lepra** hay que destacar que en 2005 sólo se notificó un caso, con fecha de inicio de síntomas en diciembre de 2001, rompiéndose la tendencia ascendente del quinquenio anterior.

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

## ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2006, semanas 22 a 26  
(del 28 de mayo al 1 de julio de 2006)**

*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. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.*

### INFECCIÓN GONOCÓCICA

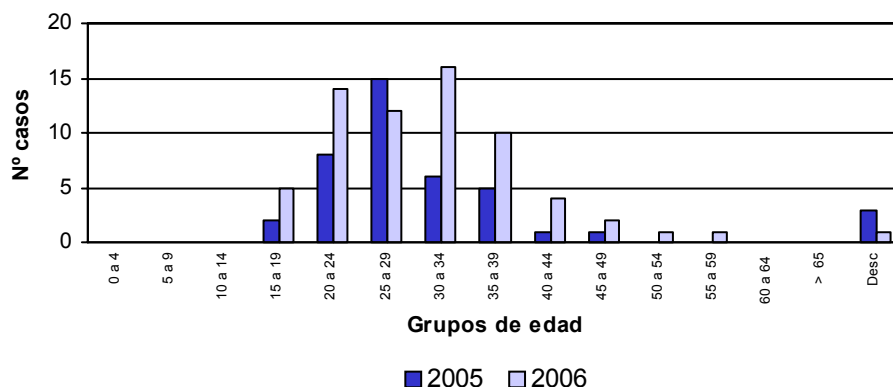
Hasta la semana 26 del año 2006, se han notificado 67 casos de infección gonocócica, que supone una incidencia acumulada de 1,12 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, 30 casos mas que el año anterior durante el mismo período (0,6 casos por 100.000 habitantes). El área sanitaria con mayor incidencia ha sido la 7, con 3,07 casos por 100.000 habitantes, seguida del área 5, incidencia 1,65 casos por 100.000 habitantes.

En el mapa nº 1 se presentan la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor incidencia se ha observado en los distritos Centro (área 7) Arganzuela (área 11), y Salamanca (área 2) con 8,26, 6,16 y 3,3 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

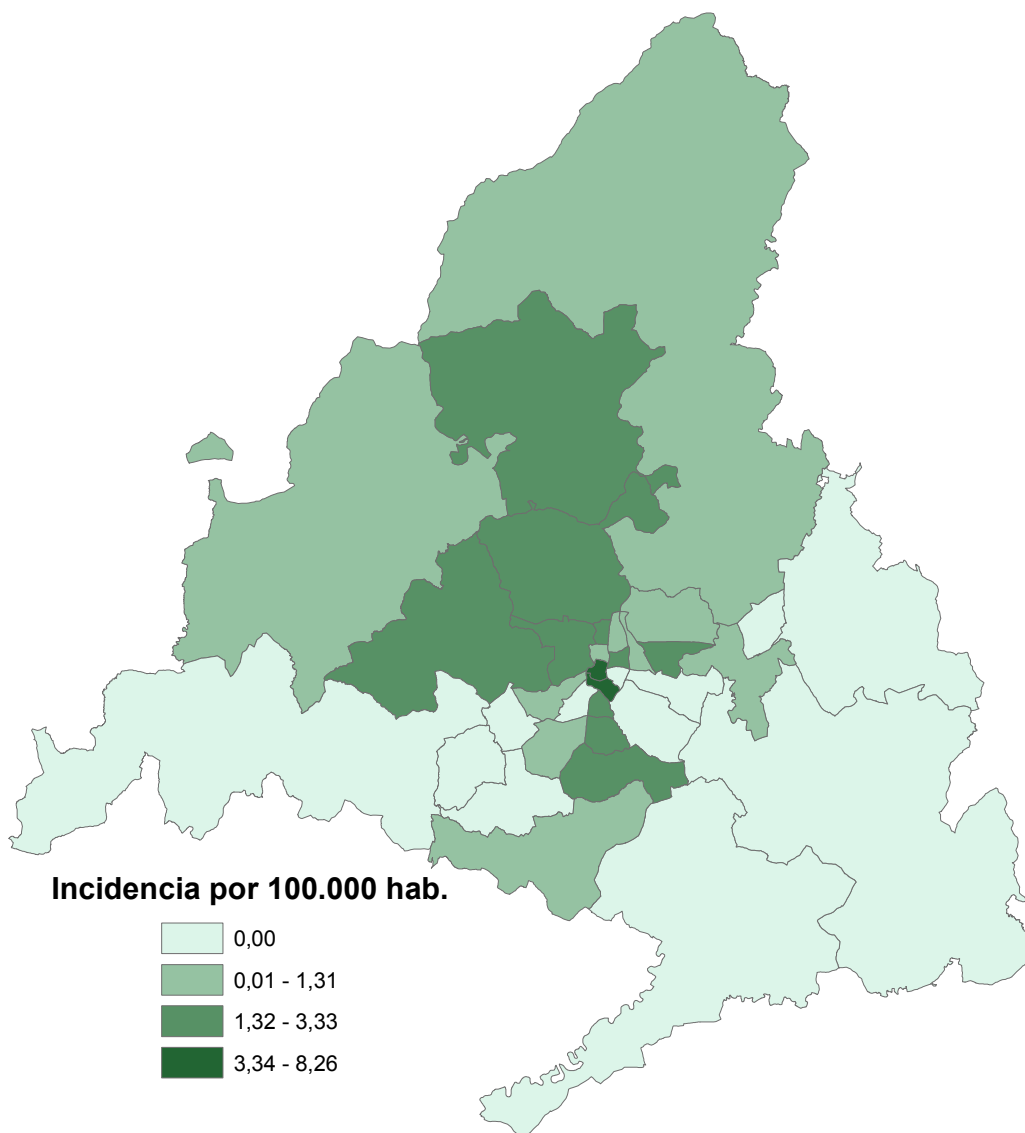
En la distribución por género, el 89,6 % corresponde a hombres. El rango de edad osciló entre 15 y 59 años. En el gráfico nº 1 aparece la distribución de casos de infección gonocócica por grupos de edad, en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 26 de los años 2006 y 2005.

El 63,6 % de los casos se confirmaron microbiológicamente. Del total de casos, el 11,9% fueron derivados a atención especializada.

**Gráfico 1.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Casos notificados en las semanas 1 a 26. Distribución por grupos de edad. Años 2006 y 2005. Comunidad de Madrid.**



Mapa 1.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. . Incidencia acumulada por distritos sanitarios. Semana 1- 26. Año 2006. Comunidad de Madrid.



## Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2006, semanas 22 a 26 (del 28 de mayo al 1 de julio de 2006)

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.		
<b>Inf que causan meningitis</b>																										
Enf. meningocócica	2	8	0	2	0	2	0	5	0	4	2	11	2	8	0	6	1	5	2	6	0	3	9	60		
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Meningitis bacterianas, otras	0	3	0	2	2	7	1	4	0	4	0	6	2	5	0	7	2	9	0	1	0	7	7	55		
Meningitis víricas	5	20	8	25	18	46	2	15	14	22	12	50	3	12	32	72	21	47	2	8	25	54	142	371		
<b>Hepatitis víricas</b>																										
Hepatitis A	1	1	1	7	0	0	0	2	3	6	0	6	3	11	0	5	2	4	0	0	14	20	24	62		
Hepatitis B	0	1	2	5	0	3	0	1	2	6	0	5	1	8	1	6	1	2	0	2	10	28	17	67		
8Hepatitis víricas, otras	0	0	0	0	1	6	0	1	2	7	3	10	1	3	0	2	2	9	0	2	5	15	14	55		
<b>Enf transmisión alimentos</b>																										
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	1	1	1	0	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	8	9	16		
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	1	9		
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
<b>Enf transmisión respiratoria</b>																										
Gripe	16	2728	38	5077	5	2214	20	2923	42	6546	40	5314	222	7293	0	4643	7	2029	2	1102	42	5708	434	45577		
Legionelosis	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	2	3	0	2	2	2	0	2	0	1	0	1	5	13		
Vancela	745	3645	429	2060	283	2680	552	2493	820	3373	943	4105	641	2987	0	708	336	1955	305	892	930	3985	5984	28883		
<b>Enf transmisión sexual</b>																										
Infección Gonocócica	0	0	2	7	0	0	2	5	0	12	1	8	6	17	0	0	0	1	0	4	3	13	14	67		
Sífilis	0	1	1	9	0	0	1	11	6	16	1	4	3	17	0	2	5	16	0	2	7	33	24	111		
<b>Antropozoonosis</b>																										
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	5		
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	4	0	2	0	3	0	3	0	0	0	0	2	15		
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
<b>Enf prevenibles inmunización</b>																										
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	0	0
Parotiditis	6	13	45	68	15	42	12	31	37	118	23	75	11	25	5	46	17	39	1	9	14	40	186	506		
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	2	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4	3	14		
Sarampión	1	8	0	8	0	6	0	7	3	12	3	29	2	16	1	6	1	10	1	21	3	46	15	169		
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tos ferina	0	1	0	2	7	14	0	4	0	2	1	3	0	0	0	2	1	3	0	2	0	2	9	36		
<b>Enf importadas</b>																										
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	0	0
Paludismo	0	0	0	1	0	5	0	1	0	0	0	0	0	5	2	3	1	11	0	1	2	11	5	38		
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		
<b>Tuberculosis *</b>																										
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Enf notificar sist especiales</b>																										
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	6		
Lepra	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2		
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5		
<b>Poblaciones **</b>	<b>738.481</b>		<b>443.547</b>		<b>341.411</b>		<b>573.659</b>		<b>727.112</b>		<b>621.395</b>		<b>554.492</b>		<b>460.826</b>		<b>395.016</b>		<b>311.468</b>		<b>796.736</b>		<b>5.964.143</b>			
<b>Cobertura de Médicos</b>	<b>81,12 %</b>		<b>81,20 %</b>		<b>76,86 %</b>		<b>90,49 %</b>		<b>75,88 %</b>		<b>70,64 %</b>		<b>69,54 %</b>		<b>00,00 %</b>		<b>62,35 %</b>		<b>66,74 %</b>		<b>61,28 %</b>		<b>68,44 %</b>			

\* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. \*\* Según Padrón continuo del año 2004 \*\*\* En algunas enfermedades, la suma de casos por Area no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.





## BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

**SEMANAS 22 a 26 (del 28 de mayo al 1 de julio de 2006)**

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

### Brotos de origen alimentario. Año 2006. Semanas 22-26

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
2	Madrid (Salamanca)	Familiar	4	4	Mayonesa casera	<i>S. enteritidis</i>
5	Colmenar Viejo	Bar/Restaurante	4	4	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
5	Puentes Viejas	Restaurante	205	29	Desconocido	Desconocido
5	Madrid (Tetuán)	Familiar	9	5	Arroz con pollo y tortilla	<i>Salmonella sp</i> *
5	Madrid (Tetuán)	Restaurante	3	3	Guisantes a la crema	<i>Salmonella sp</i>
6	Las Rozas de Madrid	Feria gastronómica	83	58	Pimientos rellenos	<i>Salmonella sp</i>
6	Pozuelo de Alarcón	Restaurante	120	53	Langostinos	Virus*
6	Torrelodones	Restaurante	12	6	Tiramisú	<i>S. enteritidis</i>
6	Villanueva del Pardillo	Restaurante	6	4	Tiramisú	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Chamberí)	Restaurante	2	2	Tortilla y mayonesa	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Latina)	Familiar	2	2	Croquetas caseras	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Latina)	Familiar	11	11	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	2	2	Mayonesa	Desconocido
9	Fuenlabrada	Familiar	10	10	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>
10	Parla	Familiar	6	6	Tortilla patatas	<i>Salmonella sp</i>
10	Pinto	Residencia PPMM	160	50	Desconocido	Desconocido
10	Griñón	Hotel	28	17	Ensalada pimientos	Norovirus*
11	Madrid (Arganzuela)	Mixto	2	2	Tortilla precocinada	<i>Salmonella sp</i>

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

Entre las semanas epidemiológicas 22 y 26 de 2006 han ocurrido **18 brotes de origen alimentario**. Casi todos ellos han ocurrido en establecimientos de restauración o dentro del ámbito familiar. Los ingresos hospitalarios han sido 22, 9 de ellos en personas que acudieron a una feria gastronómica. En este brote se aisló *Salmonella* en heces de 14 afectados y se identificaron unos pimientos rellenos de carrillada como el alimento más probablemente relacionado con los síntomas, aunque no se pudo confirmar por laboratorio. En dos de los brotes notificados en este periodo se sospecha que el agente causal ha podido ser un virus, aunque el microorganismo más frecuente confirmado (12 brotes) ha sido *Salmonella*.

**Brotos de origen no alimentario. Año 2006. Semanas 22-26**

Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	GEA	Madrid (Vallecas)	Centro de Día	73	12	Virus*
2	Parotiditis	Coslada	Grupo de amigos	6	5	V. parotiditis
2	Parotiditis	Coslada	E. Infantil	150	2	V. parotiditis*
3	Parotiditis	Alcalá de Henares	Familiar	2	2	V. parotiditis*
3	Tos ferina	Alcalá de Henares	Familiar	4	4	<i>B. pertussis</i>
8	Meningitis vírica	Alcorcón	Colegio	3	3	Virus*
8	Meningitis vírica	Alcorcón	Colegio	3	3	Virus*
8	Meningitis vírica	Alcorcón	Colegio	2	2	Virus*
8	Meningitis vírica	Alcorcón	Colegio	2	2	Virus*
8	Meningitis vírica	Alcorcón	Colegio	3	3	Virus*
8	Varicela	Móstoles	Familiar	3	3	V. varicela*
9	GEA	Leganés	Familiar	7	6	Virus*
9	Neumonía	Leganés	Familiar	6	4	<i>M. pneumoniae</i>
10	GEA	Pinto	Residencia PPM	197	22	Desconocido
11	Hepatitis A	Aranjuez	Familiar	9	2	VHA*
11	Disentería	Madrid (Villaverde)	Familiar	16	8	<i>S. flexneri</i>

\*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp=Expuestos; Enf= Enfermos; GEA: Gastroenteritis aguda

Se han notificado 16 **brotos de origen no alimentario** en este periodo, con 83 casos asociados y 20 ingresos hospitalarios. Entre los cuadros de gastroenteritis aguda destacan dos brotes ocurridos en centros geriátricos, con 12 y 22 casos, respectivamente, aunque ninguno de ellos requirió hospitalización. También hay que destacar un brote de gastroenteritis por *Shigella flexneri* que afectó a 8 niños (6 de ellos con ingreso hospitalario) de una misma familia residente en un poblado marginal. Aunque en un principio se sospechó que el brote podría estar relacionado con el consumo de agua potable de dos fuentes que habían estado cerradas durante los 7 meses previos, el análisis microbiológico de estas fuentes y la información recogida sobre la evolución del brote y las condiciones higiénico-sanitarias de este colectivo orientaron hacia una probable transmisión persona-persona. En este periodo también se han detectado 5 brotes de meningitis vírica en distintos centros escolares de un mismo municipio del Área 8.

**Desde el comienzo del año hasta la semana epidemiológica 26 de 2006** se han notificado 129 brotes, 2497 casos asociados y 85 ingresos hospitalarios. El elevado número de hospitalizaciones es a expensas, fundamentalmente, de los brotes relacionados con el consumo de alimentos en domicilios particulares (que son notificados más probablemente cuando ocurren ingresos) y en establecimientos de restauración, y de los brotes de meningitis víricas (18 ingresos de 19 casos relacionados con brotes), que han experimentado un incremento importante respecto a los años anteriores. En este periodo (primer semestre del año 2006) se han notificado un total de 378 casos de meningitis vírica en la Comunidad de Madrid, con un pico máximo entre las semanas 21 y 25, en las que se han superado los valores máximos del periodo 2001-2005. Según datos del Centro Nacional de Microbiología y del Centro Nacional de Epidemiología, en la actualidad se observa un aumento de la incidencia de meningitis por enterovirus, también a nivel nacional, situación que suele suceder cuando se introduce un serotipo nuevo de enterovirus o que hace tiempo que no circulaba. En lo que va de año, los serotipos más frecuentemente identificados son Echovirus 6 y Echovirus 30. Por otra parte, el patrón de presentación de las meningitis víricas por grupos de edad es similar al año anterior, es decir, alrededor de 80% de los casos en menores de 15 años, por lo que no es de extrañar que en la actual situación epidemiológica de la enfermedad se produzcan agregaciones de casos en colectivos escolares.

**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.  
Año 2006. Semanas 22-26 y datos acumulados hasta la semana 26**

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 22-26	Acum.	Sem 22-26	Acum.
Bares, restaurantes y similares	9	28	176	348
Familiar	8	22	42	102
Centros escolares	0	10	0	387
Residencias de Personas Mayores	1	2	50	63
Otras Residencias	0	2	0	66
Centros penitenciarios o de internamiento	0	1	0	41
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>65</b>	<b>268</b>	<b>1007</b>
Brotes de origen no alimentario	Sem 22-26	Acum.	Sem 22-26	Acum.
Gastroenteritis aguda	4	35	48	1338
Hepatitis A	1	4	2	39
Parotiditis	3	14	9	80
Meningitis vírica	5	7	13	19
Tos ferina	1	2	4	7
Neumonía	1	1	4	4
Varicela	1	1	3	3
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>64</b>	<b>83</b>	<b>1490</b>
<b>TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS</b>	<b>34</b>	<b>129</b>	<b>351</b>	<b>2497</b>



## RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2006, semanas 22 a 26**  
(Del 28 de mayo al 1 de julio de 2006)

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 31 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, 2004" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2005, Vol. 10, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/igilancia/boletin/pdf/agosto2005.pdf>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/noticias/pdf/GRIPE05.pdf>

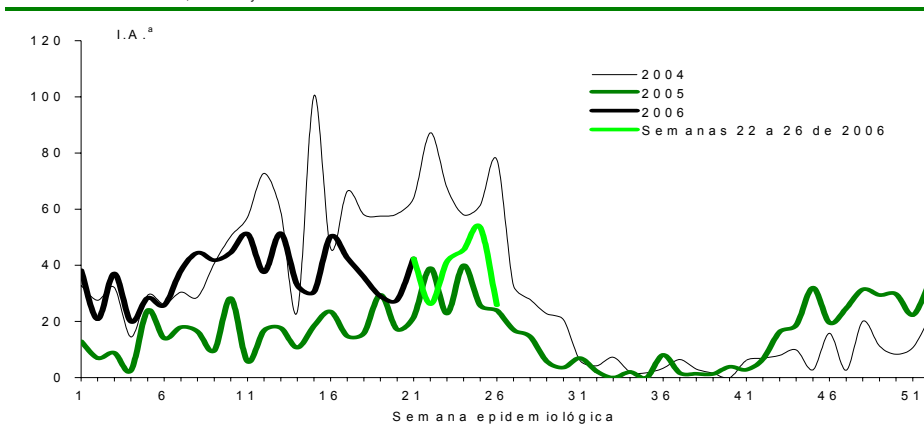
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 63,1 %, siendo la cobertura durante el año 2006 del 70,1 %.

### VARICELA

Durante las semanas 22 a 26 del año 2006 han sido declarados 123 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 197,4 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 162,6 – 232,3). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2004, 2005 y 2006.

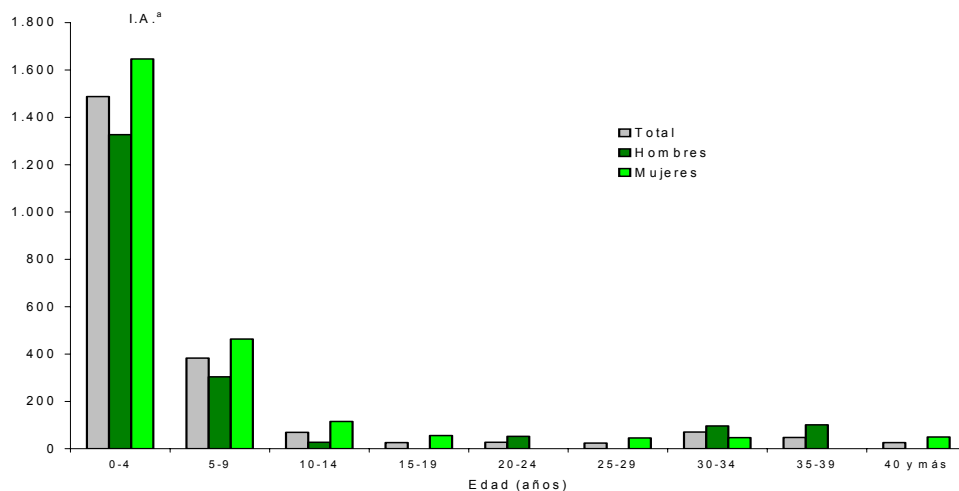
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004, 2005 y 2006.



\* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El 43,1 % de los casos notificados (53) se dio en hombres, y el 56,9 % (70), en mujeres. El 92,4 % de los casos notificados (109) se dio en niños menores de 15 años. Se notificaron 6 casos en mayores de 30 años. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

**GRÁFICO 2.** Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2006.



\* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En el 65,9 % de los casos (81) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela; 23 casos (18,7 %) se dieron en el seno de un brote, y en el 15,4 % (19 casos) la fuente se desconocía; el lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 56,1 % de los casos; el hogar lo fue en 27 casos (22,0 %), y en otros 27 casos (22,0 %) el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

**TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 del año 2006.**

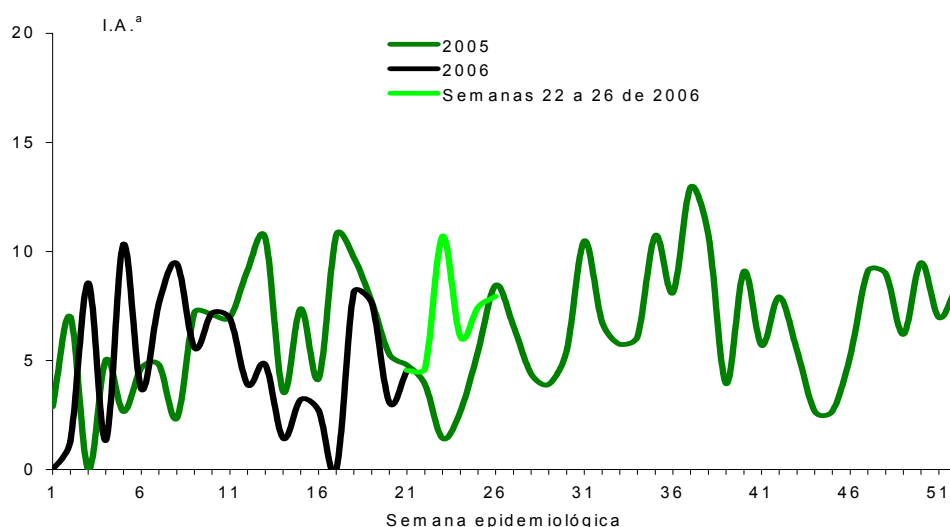
	n	(%)
<b>Fuente de exposición</b>		
Caso de varicela	81	(65,9)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	23	(18,7)
Desconocido	19	(15,4)
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>(100)</b>
<b>Lugar de exposición</b>		
Guardería	31	(25,2)
Colegio	38	(30,9)
Hogar	27	(22,0)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	27	(22,0)
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>(100)</b>

Como complicaciones se registraron en este período 3 infecciones bacterianas, en un niño de 4 años, una niña de 5 y un hombre de 35 años. Además se notificó un caso especialmente virulento en un hombre de 31 años.

## HERPES ZÓSTER

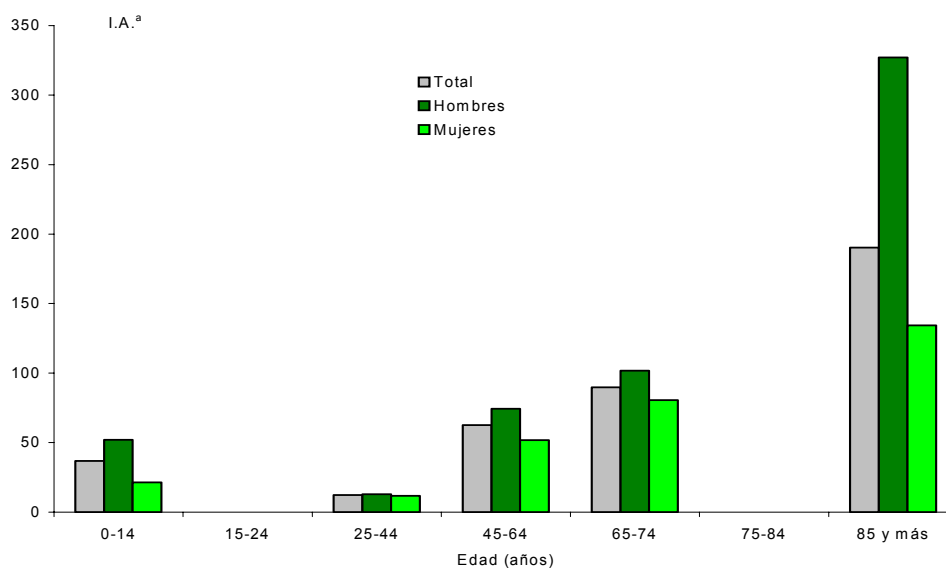
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 23 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 22 a 26, lo que representa una incidencia acumulada de 36,9 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 21,8 – 52,0). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2005 y 2006. 10 de los casos (43,5 %) se notificaron en mujeres, y 13 (56,5 %) en hombres. El 40,9 % de los casos (9) se dio en personas menores de 25 años. La incidencia por grupos de mayor edad puede verse en el Gráfico 4.

**GRÁFICO 3.** Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



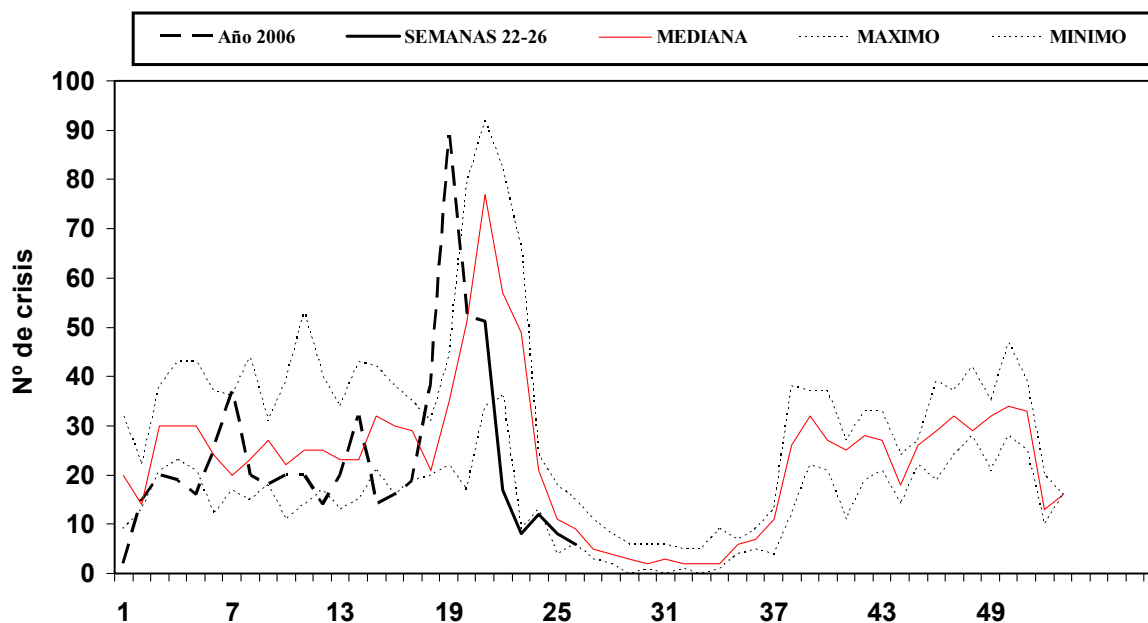
<sup>a</sup> Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

**GRÁFICO 4.** Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2006.



<sup>a</sup> Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

## CRISIS ASMÁTICAS



**TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 22 a 26 de 2006.**

	Semanas 22 a 26	Año 2006
Gripe <sup>a</sup>	0	271
Varicela	123	645
Herpes zoster	23	95
Crisis asmáticas	51	607

<sup>a</sup> Desde la semana 40 de 2005 hasta la 20 de 2006.

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.epidemiologia@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org)

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

(una vez en esta dirección ir a:  
Consejería de Sanidad y Consumo -> Publicaciones  
-> 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."