

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

5.

INFORMES:

- **Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, Comunidad de Madrid, 2004.**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

5

Índice

INFORMES:

	- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, Comunidad de Madrid año 2004.	3
	- EDO. Semanas 18 a 21 (del 1 al 28 de mayo de 2005)	60
	- Brotes Epidémicos. Semanas 18 a 21, 2005.	63
	- Red de Médicos Centinela, semanas 18 a 21, 2005.	65
	- Información de: Tuberculosis, Legionela, enfermedad meningocócica, Sarampión y notificación microbiológica. Semanas 1 a 17, 2005.	69



Biblioteca Virtual

Comunidad de Madrid

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: 04/05

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

ISSN: 1135-3155



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2004

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 2004 y 2003 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 2004 participó en el sistema un total de 543 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (62,06%). La cobertura de notificación de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud alcanzada fue de 72,31%. El número total de registros analizados fue de 21.992, de los cuales 90,49% corresponden a notificaciones semanales de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 9,51% restante (2.091) son registros de EDO con datos epidemiológicos básicos. Hay que reseñar la elevación registrada en la triquinosis, disentería, Parálisis Fláccida Aguda en <15 años, sífilis, hepatitis A, encefalopatía espongiiforme transmisible humana, lepra, otras hepatitis víricas, tos ferina, infección gonocócica, leishmaniasis, varicela, hepatitis B, brucelosis y legionelosis, así como el descenso en la parotiditis, rubéola, gripe, paludismo, Fiebre tifoidea y sarampión.

Conclusiones: El sistema de Vigilancia Epidemiológica ha funcionado de forma adecuada. Para mejorar en la prevención y control de algunas de las enfermedades incluidas en las EDO, 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.

El Sistema cuenta con 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.

Durante el año 2004 se ha estado trabajando en una nueva aplicación informática para el manejo de los datos de las EDO en la Comunidad de Madrid. La aplicación se puso en funcionamiento en enero de 2005, y con ella se espera facilitar la gestión de la información.

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 2004 y 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 de 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 2004 de la CM.
- Informe de Plan de Eliminación del Sarampión de 2004 de la CM.

2.2.- VARIABLES

2.2.1.- Variables relacionadas con el centro notificador

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

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

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

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

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

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

- Enfermedad 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

Además de los datos epidemiológicos básicos, para el grupo de enfermedades que lo requieren, se recogen y analizan variables 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

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

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

- **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 2004 y 2003:**

Nº casos notificados (enfermedad #) en 2004 - Nº casos notificados (enfermedad #) en 2003.

- **Tasas de incidencia acumulada (TI):** para su cálculo se ha la población recogida en la actualización del Padrón municipal de la CM de 2004.

$$TI (CM): \frac{\text{Nº casos}^* (\text{enfermedad \#}) \text{ en } 2004}{\text{Población CM}} \times 100.000$$

* 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 (1999-2003)*

$$\frac{TI (CM \text{ 2004}) - TI \text{ mediana (1999 - 2003)}}{TI \text{ mediana (1999 - 2003)}} \times 100$$

- **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):**

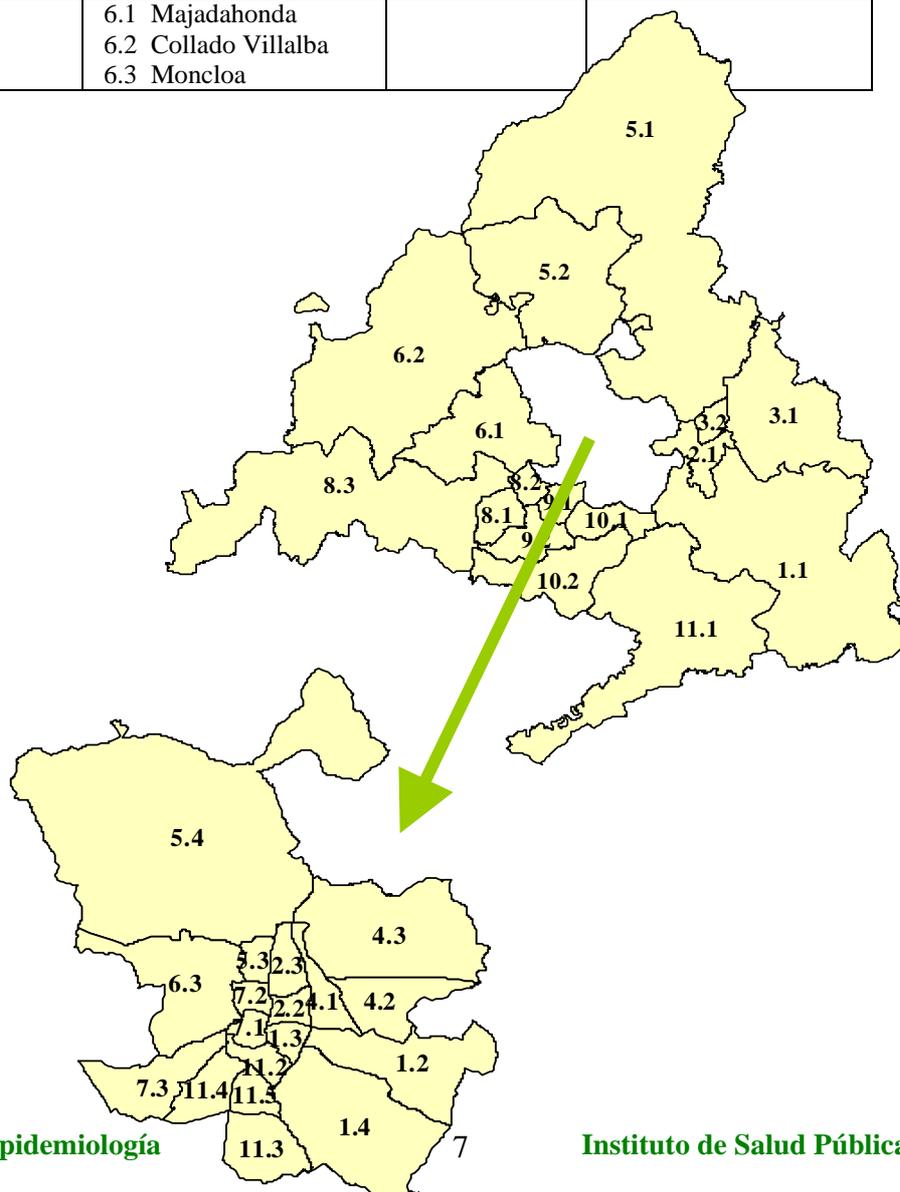
$$\frac{\text{Nº casos notificados (enfermedad \#) en } 2004 (\text{nivel geográfico \#})}{\text{Población CM (nivel geográfico \#)}} \times 100.000$$

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

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

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 SANTARIA			
Área	Distrito	Área	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 2004 participó en el sistema un total de 543 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (62,06%). El 18,42% era centros de atención especializada hospitalaria y no hospitalaria, y el 19,52% restante, centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, etc.)

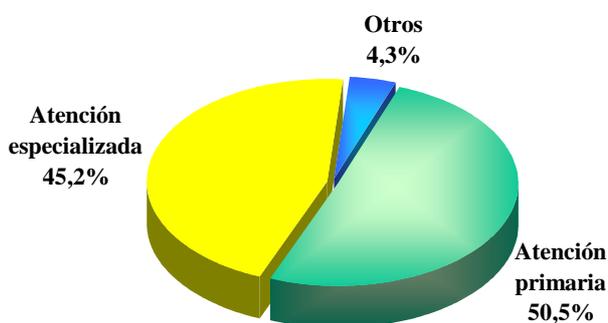
3.1.2.- EDO notificadas según modalidad de notificación

El número total de registros analizados fue de 21.992, de los cuales 90,49% corresponden a notificaciones semanales de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 9,51% restante (2.091) son registros de EDO con datos epidemiológicos básicos (se excluye tuberculosis, que es grabada en una base de datos específica).

3.1.3.- EDO notificadas según nivel asistencial

El 93,7% de los casos de enfermedad de declaración numérica fueron notificados por el nivel de atención primaria. En cuanto a las notificaciones de EDO con datos epidemiológicos básicos (excluyendo tuberculosis), el 50,45% fueron realizadas por atención primaria y el 45,24% desde el nivel hospitalario (gráfico 1).

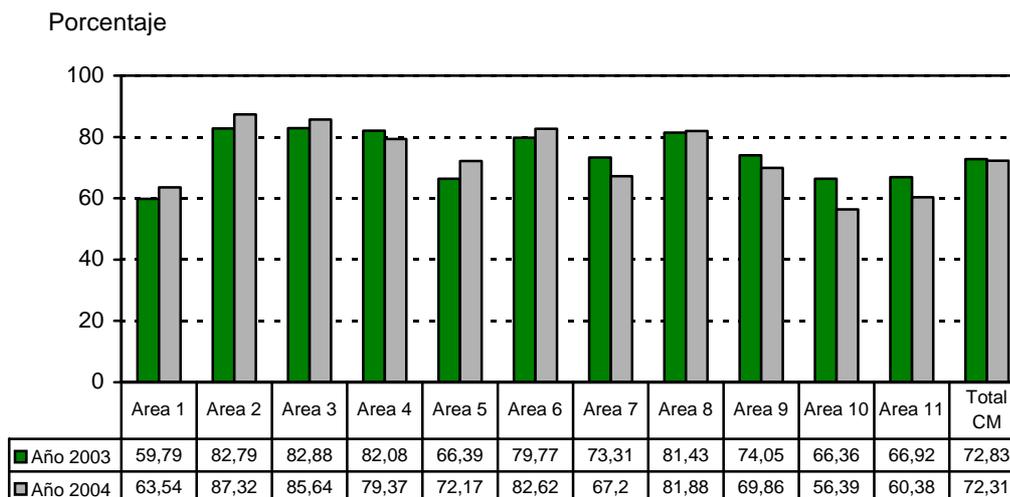
Gráfico 1.- EDO con datos epidemiológicos básicos. Notificación según nivel asistencial. Comunidad de Madrid. Año 2004.



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 2004 fue de 72,31%. En el gráfico 2 se presentan las coberturas por área de salud para el año 2003 y el 2004. En 5 áreas se superó el 75%.

Gráfico 2.- Cobertura del sistema por áreas de salud (sólo nivel de atención primaria). Comunidad de Madrid. Año 2003 y 2004.



3.1.4.- 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 (área y distrito), así como el nombre, edad, sexo y tipo de diagnóstico, supera el 95%.

Tabla 1.- Grado de cumplimentación de las variables epidemiológicas básicas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2004.

VARIABLE	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN
Área sanitaria	100 %
Distrito sanitario	100 %
Datos de identificación del caso	99,40 %
Edad	96,90 %
Sexo	99,90%
Tipo de diagnóstico (clínico, sexológico, microbiológico y/u otros)	96,06 %
Fecha de inicio de los síntomas	83,79 %

3.2.- COMPARACIÓN DE LA TASA DE INCIDENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2004 CON LA MEDIANA DE LAS TASAS EN EL QUINQUENIO ANTERIOR

El gráfico 3 compara la tasa de incidencia (TI) de la CM en el año 2004 de las enfermedades estudiadas 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 2004”* y *“Registro Regional de Casos de Tuberculosis, informe del año 2004”*.

Se observa un aumento en la TI en relación con la mediana la TI del quinquenio anterior para: triquinosis (487,5%), disentería (211,76%), P.F.A en <15 años (184,78%), sífilis (132,26%), hepatitis A (129,27%), EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas) (110%), otras hepatitis víricas (64,61%), infección gonocócica (52,86%), tos ferina (52,43%), leishmaniasis (25%), varicela (24,38%), hepatitis B (24,23%), brucelosis (17,54%) y legionelosis (7,53%). Se percibe un descenso en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para el resto de enfermedades: sarampión (-79,17%), gripe (-67,48%), parotiditis (-49,75%), rubéola (-45,45%), fiebre tifoidea (-33,33%) y paludismo (-18,68%).

Gráfico 3.- Comparación de la tasa de incidencia acumulada de la Comunidad de Madrid en el año 2004 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio anterior. Comunidad de Madrid.

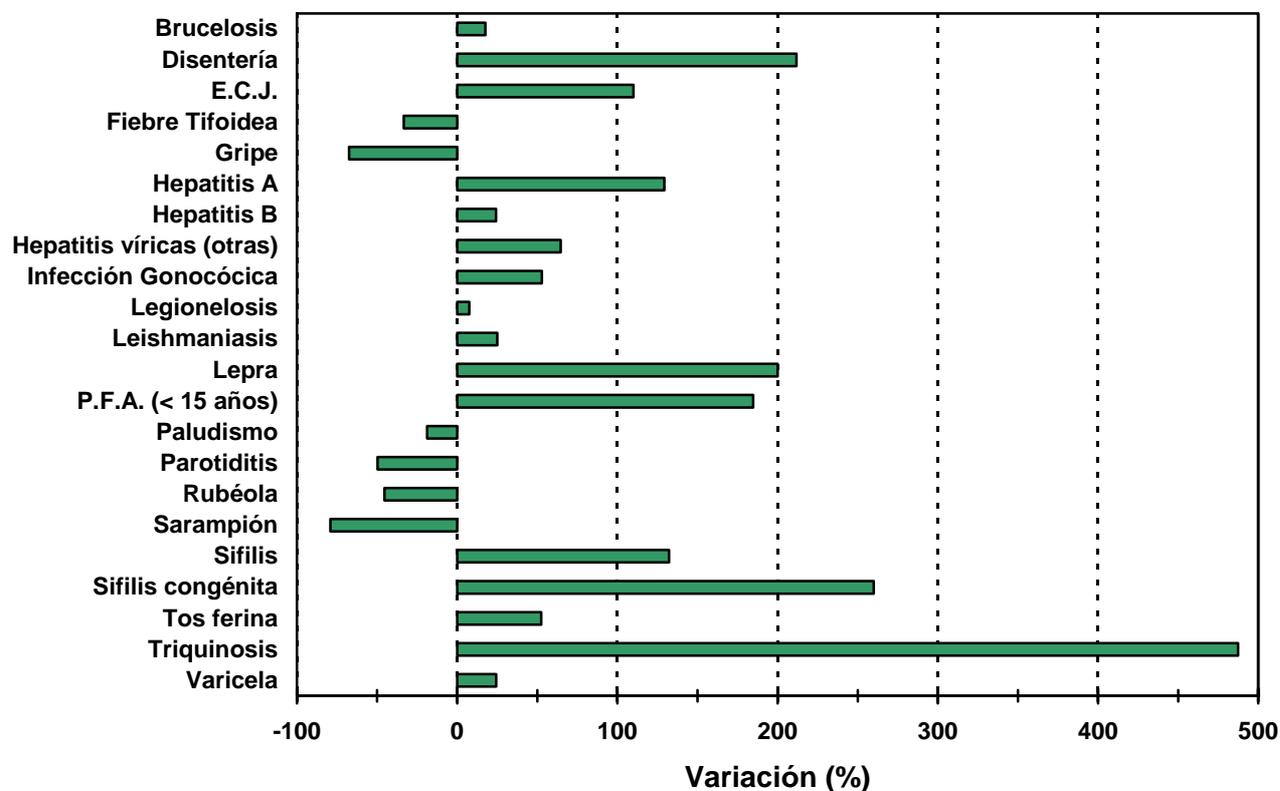


Tabla 2. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2004-2003.

Enfermedades	Comunidad de Madrid				I. España			
	Casos		Tasas		Casos		Tasas	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Botulismo	1	1	0,02	0,02	5	6	0,01	0,02
Brucelosis	35	29	0,6	0,51	596	642	1,50	1,62
Disentería	31	13	0,53	0,23	115	136	0,29	0,34
E. C. J.*	7	10	0,12	0,17	57	59	0,13	0,14
E. I. <i>Haemophilus influenzae</i> **	5	4	0,09	0,07				
Enfermedad meningocócica	109	109	1,88	1,91	853	1.007	2,15	2,54
Fiebre tifoidea	9	17	0,16	0,30	101	148	0,25	0,37
Gripe	89477	239.220	1.541,42	4.182,94	584.574	1.490.098	1.474,30	3.762,19
Hepatitis A	218	230	3,76	4,02	796	760	2,01	1,92
Hepatitis B	140	130	2,41	2,27	737	801	1,86	2,02
Hepatitis (otras)	170	100	2,93	1,75	688	911	1,74	2,30
Infección gonocócica	62	63	1,07	1,10	866	1.069	2,18	2,70
Legionelosis	58	83	1,00	1,45	1.093	1.263	2,76	3,19
Leishmaniasis	29	23	0,5	0,4				
Lepra	5	0	0,09	0,00	16	6	0,04	0,02
Meningitis bacterianas (otras)	103	114	1,77	1,99				
Meningitis vírica	218	279	3,76	4,88				
Paludismo	129	126	2,22	2,20	364	456	0,92	1,15
P. F. A. (< 15 años).***	11	7	1,31	0,80	51	44	0,85	0,74
Parotiditis	287	314	4,94	5,49	1.471	1.677	3,71	4,23
Poliomielitis								
Rubéola	14	32	0,24	0,56	90	113	0,23	0,29
Rubéola congénita					1	0	0,00	0,00
Sarampión	3	21	0,05	0,37	26	246	0,07	0,62
Sífilis	167	118	2,88	2,06	1.051	917	2,65	2,32
Sífilis congénita	5	2	0,09	0,03	16	4	0,04	0,01
Tétanos					16	24	0,04	0,06
Tos ferina	182	302	3,14	5,28	518	551	1,31	1,39
Triquinosis	27	0	0,47	0,00	31	48	0,08	0,12
Tuberculosis respiratoria****	654	857	11,27	14,99	5.689	6.743	14,35	17,02
Tuberculosis (otras)****	221	285	3,81	4,98				
Varicela	47957	37.521	826,16	656,08	233.934	180.783	589,98	456,44

* 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 2004.

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	3	2	3	2	8	3		5	1	3	4	35 [#]
Disentería			1	13	3	1	9				4	31
E. C. J. *	1				1			1		2	2	7
E.I. <i>Haemophilus influenzae</i> **		1					1				3	5
Enfermedad meningocócica	13	10	5	9	7	15	13	16	4	5	12	109
Fiebre tifoidea	1					1	3	1	1		2	9
Gripe***	5359	5935	2921	5931	13878	7952	14801	11114	5808	2597	13086	89477 ^{##}
Hepatitis A	15	13	4	13	13	14	51	18	13	7	55	218 ^{###}
Hepatitis B	11	6	8	7	12	21	9	7	7	23	29	140
Hepatitis víricas (otras)	20	9	8		14	18	9	13	13	16	49	170 [#]
Infección gonocócica	7	9	1	6	7	6	7	4	4	1	9	62 [#]
Legionelosis	7	2	5	7	3	1	11	5	3	3	8	58 ^{####}
Leishmaniasis		2			1	6	6	4	3		7	29
Lepra			1				1		1			5 ^{###}
Meningitis vírica	5	16	28	14	17	8	7	20	42	7	52	218 ^{###}
Meningitis bacterianas (otras)	3	3	7	12	9	8	9	15	13	3	21	103
Paludismo	7	2	18	4	2	1	13	28	32	10	12	129
P. F. A. (< 15 años)****		1			3	2	1	2			2	11
Parotiditis	25	31	25	20	50	40	6	12	15	16	46	287 [#]
Rubéola		3	1			1	1	2	1	1	4	14
Sarampión						1		2				3
Sífilis	11	12	5	12	14	13	22	6	7	9	55	167 [#]
Sífilis congénita						1	1				3	5
Tétanos												
Tos ferina	8	16	22	25	12	17	10	6	10	9	47	184
Triquinosis					20		1	3	2		1	27
Tuberculosis respiratoria *****	96	29	33	55	43	47	77	43	28	29	148	654
Tuberculosis (otras) *****	19	18	16	21	16	16	22	10	7	12	57	221
Varicela***	4295	4024	3318	4309	5803	4435	3617	5670	4253	2403	5830	47957

* 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 95 casos. ### Se desconoce el área de residencia en dos casos. #### Se desconoce el área de residencia en tres casos.

Tabla 4. Tasas x 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria por áreas de salud. Comunidad de Madrid. Año 2004.

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				0,18								0,02
Brucelosis	0,42	0,46	0,91	0,35	1,13	0,51		1,12	0,26	0,99	0,52	0,60
Disentería			0,30	2,31	0,42	0,17	1,64				0,52	0,53
E. C. J. *	0,14				0,14			0,22		0,66	0,26	0,12
E. I. <i>Haemophilus influenzae</i> **		0,23					0,18				0,39	0,09
Enfermedad meningocócica	1,81	2,28	1,52	1,60	0,99	2,53	2,37	3,58	1,03	1,66	1,56	1,88
Fiebre tifoidea	0,14					0,17	0,55	0,22	0,26		0,26	0,16
Gripe***	747,08	1.354,91	885,74	1.052,72	1.955,63	1.342,57	2.701,43	2.487,78	1.497,35	861,32	1.698,79	1.541,42
Hepatitis A	2,09	2,97	1,21	2,31	1,83	2,36	9,31	4,03	3,35	2,32	7,14	3,76
Hepatitis B	1,53	1,37	2,43	1,24	1,69	3,55	1,64	1,57	1,80	7,63	3,76	2,41
Hepatitis víricas (otras)	2,79	2,05	2,43		1,97	3,04	1,64	2,91	3,35	5,31	6,36	2,93
Infección Gonocócica	0,98	2,05	0,30	1,06	0,99	1,01	1,28	0,90	1,03	0,33	1,17	1,07
Legionelosis	0,98	0,46	1,52	1,24	0,42	0,17	2,01	1,12	0,77	0,99	1,04	1,00
Leishmaniasis		0,46			0,14	1,05	1,09	0,91	0,79		0,93	0,51
Lepra			0,30				0,18		0,26			0,09
Meningitis vírica	0,7	3,65	8,49	2,48	2,4	1,35	1,28	4,48	10,83	2,32	6,75	3,76
Meningitis bacteriana (otras)	0,42	0,68	2,12	2,13	1,27	1,35	1,64	3,36	3,35	0,99	2,73	1,77
Paludismo	0,98	0,46	5,46	0,71	0,28	0,17	2,37	6,27	8,25	3,32	1,56	2,22
P. F. A. (< 15 años)** **		1,69			2,80	1,86	1,72	3,21			1,91	1,31
Parotiditis	3,49	7,08	7,58	3,55	7,05	6,75	1,10	2,69	3,87	5,31	5,97	4,94
Rubéola		0,68	0,30			0,17	0,18	0,45	0,26	0,33	0,52	0,24
Sarampión						0,17		0,46				0,05
Sífilis	1,53	2,74	1,52	2,13	1,97	2,19	4,02	1,34	1,80	2,98	7,14	2,88
Sífilis congénita						0,17	0,18				0,39	0,09
Tétanos												
Tos ferina	1,12	3,65	6,67	4,44	1,69	2,87	1,83	1,34	2,58	2,98	6,10	3,14
Triquinosis					2,82		0,18	0,67	0,52		0,13	0,47
Tuberculosis respiratoria** ***	13,38	6,62	10,01	9,76	6,06	7,94	14,05	9,63	7,22	9,62	19,21	11,27
Tuberculosis (otras)*** **	2,65	4,11	4,85	3,73	2,25	2,70	4,02	2,24	1,80	3,98	7,40	3,81
Varicela***	598,75	918,65	1.006,12	764,82	817,74	748,78	660,16	1.269,19	1.096,46	796,98	756,84	826,16

* 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 95 casos. ### Se desconoce el área de residencia en dos casos. #### Se desconoce el área de residencia en tres casos.

3.3.- RESULTADOS POR ENFERMEDAD

En la tabla 2 aparece el número de casos y tasas de incidencia acumulada en los años 2004 y 2003 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 2004 por áreas de salud.

3.3.1. – Botulismo

En el año 2004 se notificó un caso de botulismo en un hombre de 66 años residente en el distrito sanitario de San Blas (Área 4). El enfermo tenía antecedentes de haber consumido judías verdes de procedencia casera. Presentó un cuadro clínico típico pero sin parálisis que requirió hospitalización y evolucionó favorablemente. El diagnóstico fue clínico y de laboratorio, con determinación de toxina botulínica en suero, clasificando el caso como botulismo confirmado.

En 2003 se notificó otro caso en nuestra comunidad. A nivel nacional, en 2004 se notificaron 5 casos (0,01 casos/100.000 habitantes), y en 2003 se notificaron 6 casos (0,02 casos/100.000 habitantes) (tabla 2).

3.3.2. – Brucelosis

En el año 2004 se notificaron 35 casos de brucelosis, 6 casos más que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,6 casos/100.000 habitantes, un 17,65% 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 0,4 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas sanitarias 3, 5, 8 y 10 fueron las que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con las de la CM (tabla 4, gráfico 4). Los distritos sanitarios con mayores tasas de incidencia fueron Parla (2,06 casos/100.000 habitantes), Alcobendas (1,99 casos/100.000 habitantes), Colmenar Viejo (1,9 casos/100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (1,87 casos/100.000 habitantes) y Usera (1,58 casos/100.000 habitantes) (mapa 1).

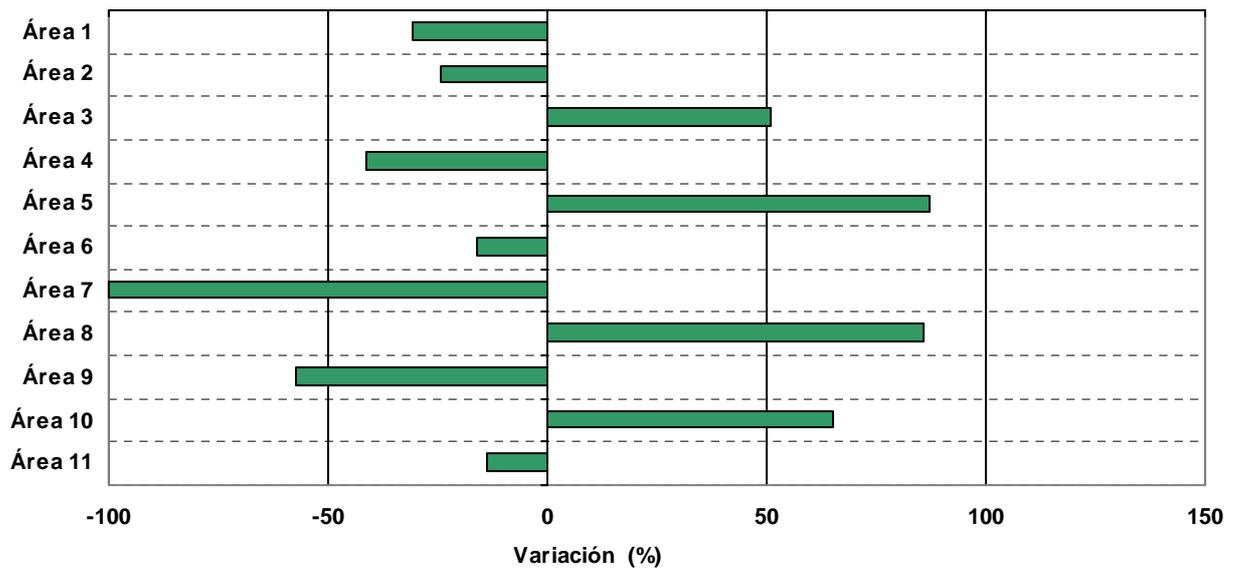
El 74,29% de los casos se produjo en varones, y el 65,71% en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 49 años.

El 85,71% de los casos se clasificó como confirmado. En 22 casos (62,86%) se realizó cultivo, aislándose *Brucella mellitensis* y *Brucella sp.* en 10 y 2 casos respectivamente, y en 8 casos (22,86%) se detectó Ig M por ELISA. En 9 casos se desconoce si se realizó o no cultivo (25,71%).

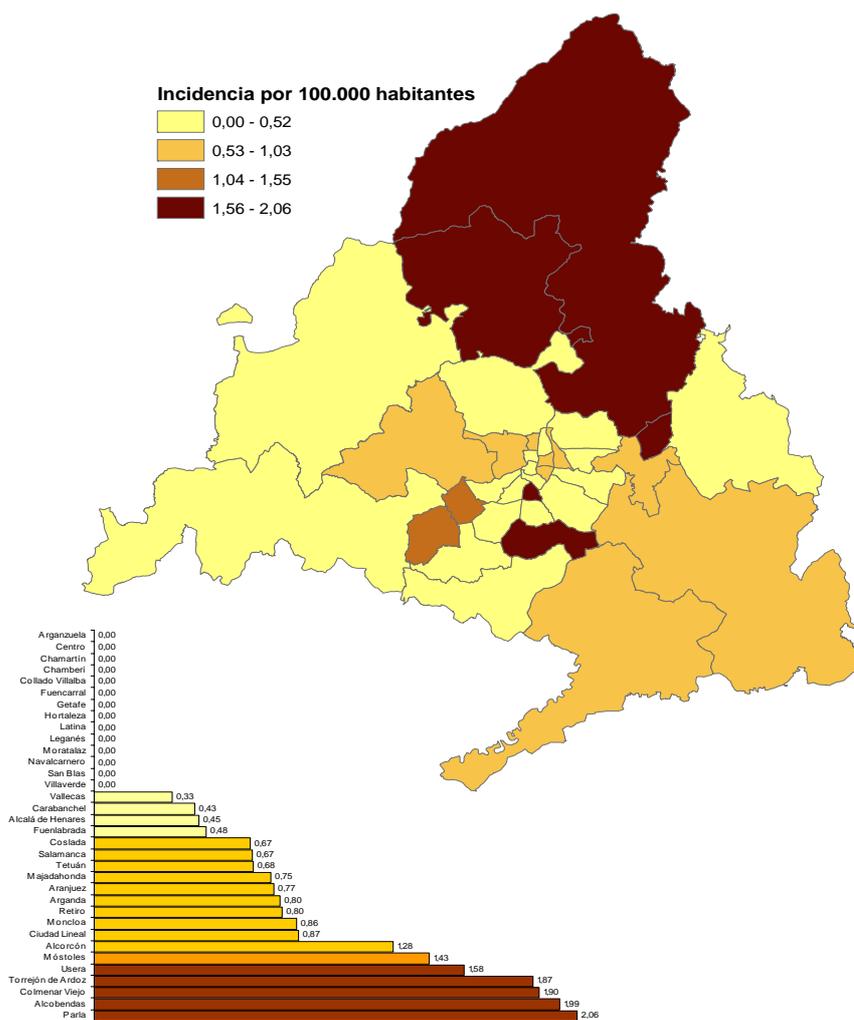
En 7 casos existía el antecedente de contacto con ganado, en 2 de ellos el contacto era habitual, en 4 era esporádico y el otro se desconoce. Se recogía el antecedente de consumo de lácteos en los 6 meses anteriores en más del 50% de los casos, destacando que el 5,71% (2 casos) habían consumido leche cruda, el 20% (7 casos) queso artesanal/tradicional y el 11,43% (4 casos) queso casero.

Respecto a la forma de presentación de casos se notificaron en forma de brote 4 de ellos, agrupados 2 a dos. En uno de los brotes se afectaron 2 manipuladores de leche cruda, y el otro estaba relacionado con productos lácteos adquiridos en la CM.

Gráfico 4. Brucelosis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 1. Brucelosis. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.3.- Disentería

Durante el año 2004 se notificaron 31 casos de disentería, 18 casos más que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,53 casos/100.000 habitantes, un 211,76% mayor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y mayor que la tasa alcanzada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 1,84 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas sanitarias 4 y 7 fueron las que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM (tabla 4, gráfico 5). No hubo casos en 22 distritos, y los distritos sanitarios que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Chamberí (3,96/100.000), Hortaleza (3,68/100.000), Ciudad Lineal (1,75/100.000), Usera (1,58/100.000), Arganzuela (1,40/100.000) y San Blas (1,39/100.000).

En 1 caso no se disponía de información del sexo, y en el resto el 60% de los casos se presentó en mujeres. En 5 casos no se disponía de información sobre la edad, y el resto se produjeron en menores de 49 años (gráfico 6).

En el 93,55% de los casos se efectuó diagnóstico microbiológico, y fueron clasificados como casos confirmados.

El 38,71% de los casos estaba asociado a otros casos de su entorno familiar o a un colectivo particular.

Gráfico 5. Disentería. Variación de las tasa de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.

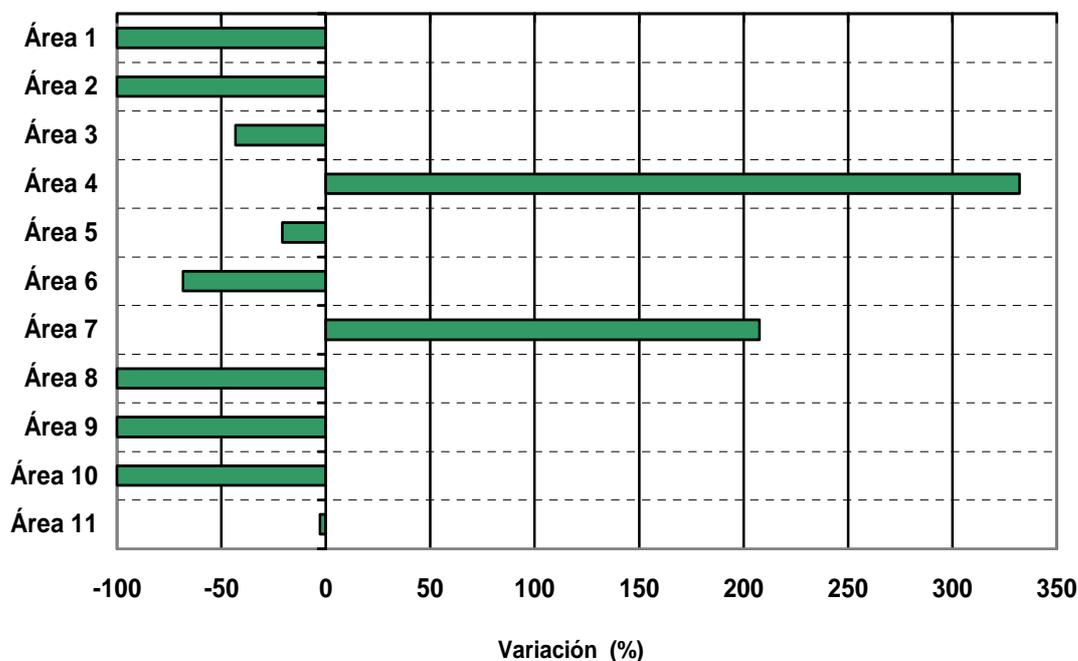
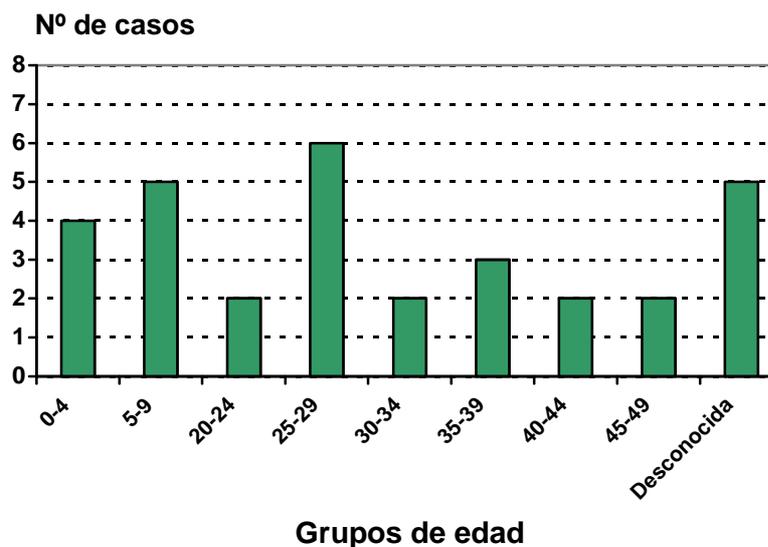
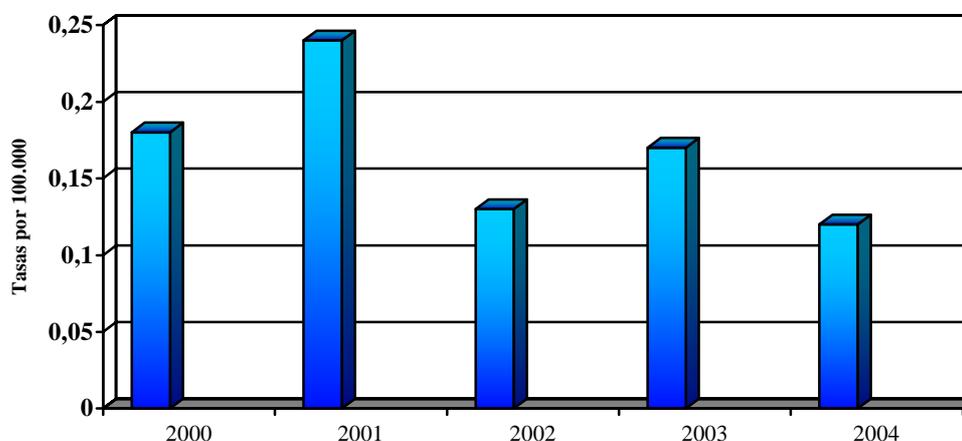


Gráfico 6. Disentería. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.**3.3.4.- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (Ecj)**

Durante el año 2004 se han diagnosticado 7 casos de Ecj, todos ellos residentes en nuestra Comunidad, lo que representa una incidencia de 0,12 por 100.000 habitantes, cifra inferior a la registrada en el año anterior (0,17 por 100.000) y algo menor que la observada a nivel nacional (0,13 casos por 100.000), siendo la razón de tasas de 0,92 (referencia: nivel nacional) (Gráfico 7).

4 de los casos se han clasificado como ECJ esporádico (3 probables y 1 posible) y 3 como ECJ familiar (2 confirmados y 1 probable). El 57,1% (4 casos) eran varones y el 42,9% (3 casos) eran mujeres. La edad media de los casos ha sido de 59,57 años (DT 12,03).

En 2003 se diagnosticaron 10 casos, todos ellos residentes en la Comunidad de Madrid.

Gráfico 7.- Tasa de incidencia de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Comunidad de Madrid 2000-2004.

3.3.5.- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2004 se notificaron 5 casos de Enfermedad Invasiva por *Haemophilus influenzae*, un caso más que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,09 casos por 100.000 habitantes en población general (tabla 2). Este año no se ha registrado ningún fallecimiento por esta enfermedad.

En la distribución por género, se observó un predominio en varones (60%). Sólo dos de los 5 casos notificados eran menores de 15 años (40,0%), de un mes y cinco años de edad respectivamente. La incidencia en menores de 5 años ha sido de 0,33 casos por 100.000 habitantes, en menores de 15 años de 0,24 por 100.000; y en mayores de 14 años de 0,06 por 100.000. Hay que recordar que la edad pediátrica tiene especial interés en relación con la vacuna.

En cuanto a la forma clínica de presentación, la presentación más frecuente ha sido la sepsis (40,0%), presentando un caso meningitis (20,0%), otro bacteriemia (20,0%) y otro corioamionitis (20,0%). Dos de los pacientes presentaban patología subyacente grave (mieloma múltiple y leucemia linfoblástica aguda respectivamente) y en uno de ellos se ha considerado la infección de origen nosocomial (sepsis).

Todos los casos han sido confirmados microbiológicamente. De los 5 casos de enfermedad invasiva que se han notificados en uno se ha identificado *Haemophilus influenzae* tipo b y en los otros cuatro 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 2004.*” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, abril 2005, vol. 11, nº 4.) Se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

3.3.6.- Enfermedad meningocócica

Durante el año 2004 se notificaron 109 casos de enfermedad meningocócica, los mismos casos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,88 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional (2,15 casos por 100.000), siendo la razón de tasas de 0,87 (referencia: nivel nacional) (tabla 2).

Las áreas con mayores tasas de incidencia fueron la 8 (3,58 casos por 100.000), la 6 (2,53 casos por 100.000), la 7 (2,37 casos por 100.000) y la 2 (2,28 casos por 100.000). Los distritos sanitarios que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Moncloa (6,04/100.000), Coslada (4/100.000), Móstoles (3,82/100.000), Torrejón de Ardoz (3,75/100.000), Navalcarnero (3,72/100.000), Alcorcón (3,19/100.000) y Latina (3,14/100.000) (Mapa 2).

De los casos registrados, 94 (86,2%) se han confirmado microbiológicamente (1,62 por 100.000) y el resto han sido sospechas clínicas (0,26 por 100.000). El serogrupo B ha producido el 57,4% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 0,93 casos por cien mil habitantes; y el serogrupo C del 31,9%, con una incidencia de 0,52. Se han notificado tres casos debidos al serogrupo W135 (incidencia 0,05) y uno al serogrupo Y (incidencia 0,02). En otros 6 casos no se ha determinado el serogrupo.

Se ha notificado el fallecimiento de 14 pacientes, por lo que la letalidad ha sido del 12,8% y la mortalidad de un 0,24 por 100.000 habitantes.

En la distribución por sexo se observa un ligero predominio de los varones (55,0%), a expensas fundamentalmente del serogrupo B y de las sospechas clínicas. Los casos debidos al serogrupo C muestran una proporción similar de varones y mujeres, y en los otros serogrupos se observa un predominio de mujeres.

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 38,5% de los casos. La mayor incidencia se observa en los menores de un año (27,16 por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (10,12 por 100.000) y el de 15 a 19 años (4,92 por 100.000).

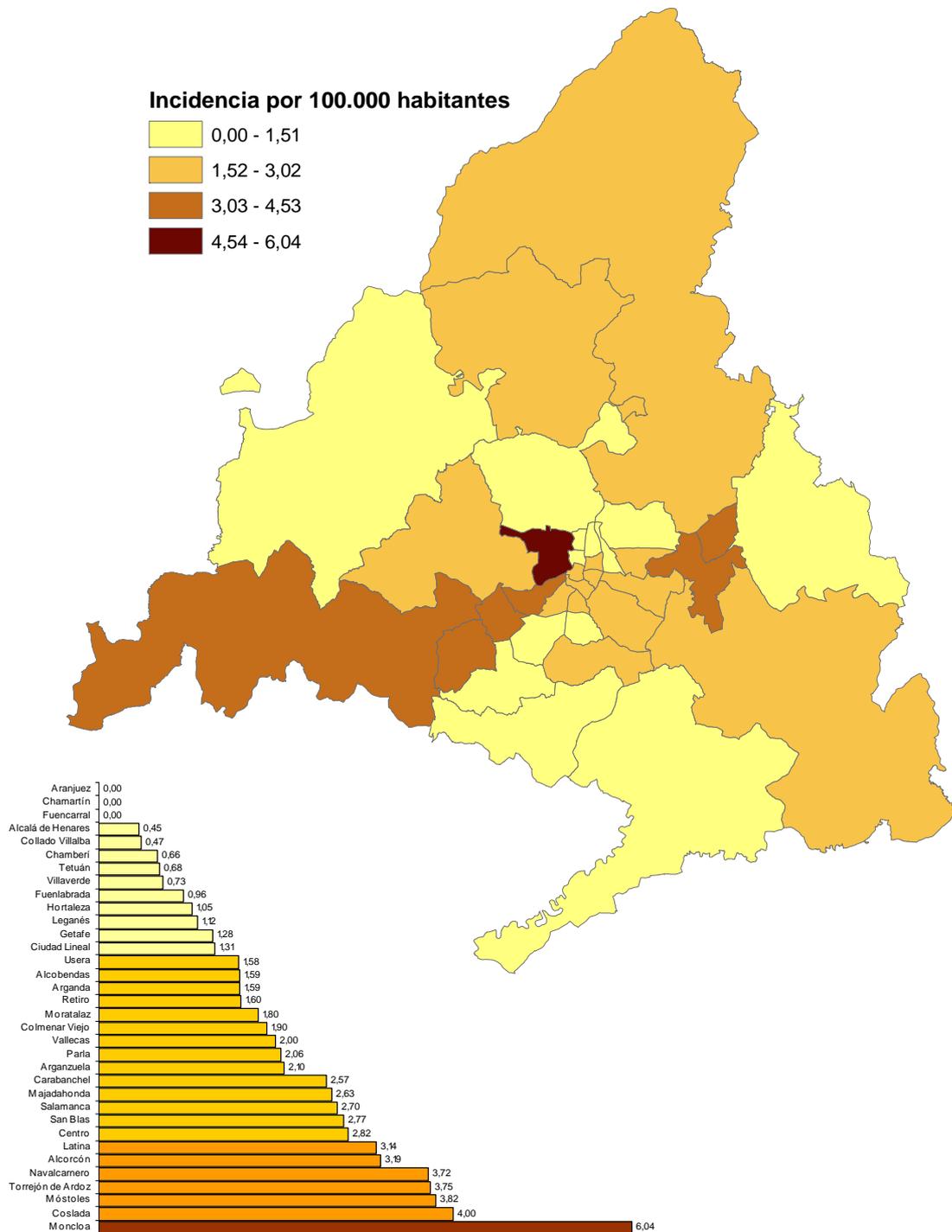
La forma clínica de presentación ha sido sepsis en el 33,0% de los casos, meningitis en el 39,4%, ambas en el 18,3%, meningococemia en el 6,4% y otras formas en el 2,8%.

La evolución de la enfermedad meningocócica se conoce en el 91,7% de los casos, siendo favorable en el 85,0% de los mismos. Además de la letalidad que ya se ha comentado, también se ha informado del desarrollo de secuelas en un caso (1,0%). Se trataba de un varón de 56 años con meningitis por serogrupo C que presentó hipoacusia.

En el año 2004 se han registrado cuatro casos asociados de enfermedad meningocócica, de ellos sólo uno fue un caso secundario (0,9%). Se trata de dos grupos de casos asociados dos a dos. El primer grupo estaba formado por un caso primario y otro secundario, debidos a serogrupo B. Se presentaron en dos adolescentes (de 17 y 18 años) que compartieron estancia de vacaciones, además el caso secundario practicó maniobra de respiración boca a boca al caso primario. El caso secundario no había recibido quimioprofilaxis debido a que no se sospechó enfermedad meningocócica en el caso primario, en un primer momento. El otro grupo estaba formado por dos casos coprimarios en dos hermanos de 2 años y 10 meses de edad respectivamente, identificándose meningococo serogrupo B en uno de ellos.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2004.”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, abril 2005, vol. 11, nº 4.) Se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 2. Enfermedad meningocócica. Tasa de Incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.7.- Fiebre tifoidea

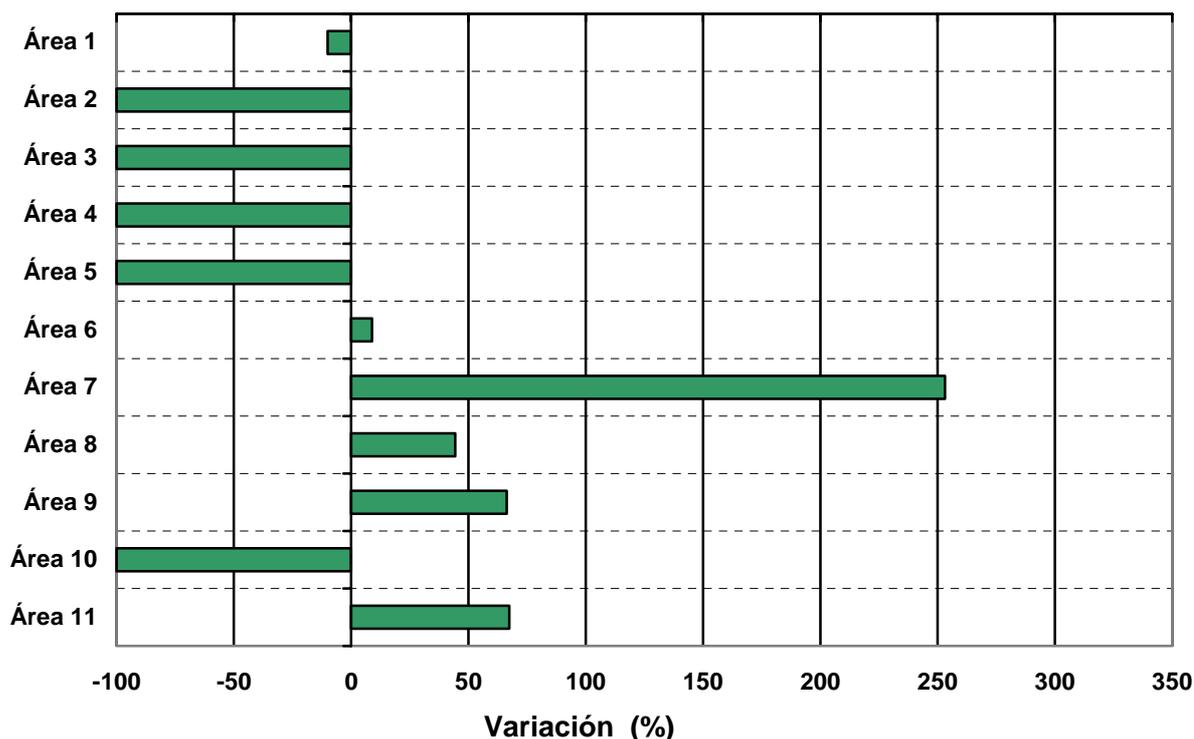
En el año 2004 se notificaron 9 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, 8 casos menos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,16 casos por 100.000 habitantes, cifra un 33,33% menor que la mediana de las tasas de la CM en el quinquenio anterior, y menor que la observada a nivel nacional ese mismo año, siendo la razón de tasas 0,62 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas que presentaron casos fueron: 1, 6, 7, 8, 9 y 11 con unas tasas de incidencia de 0,14, 0,17, 0,55, 0,22, 0,26 y 0,26 casos por 100.000 habitantes.

En cuanto a la distribución por género, se observó un ligero predominio en varones (66,67%). El 77,78% se observó en menores de 35 años, y el rango de edad osciló entre 10 y 45 años.

El 88,89% se clasificaron como casos confirmados, en todos ellos el diagnóstico se realizó con microbiología y/o serología. En el 77,78% de los casos la confirmación se realizó por microbiología y en el 33,33% por serología.

Gráfico 8.- 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 2004.



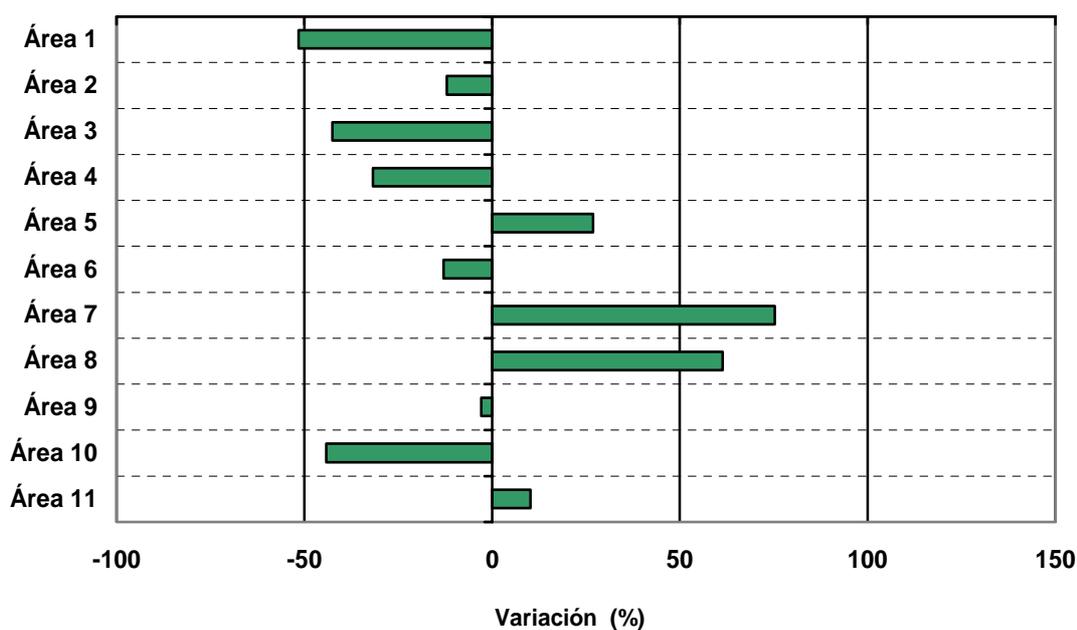
3.3.8.- Gripe

Durante el año 2004 se notificaron 89.477 casos de gripe, 149.743 casos menos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 1.541,42 casos por 100.000 habitantes, un 67,48% menor que la mediana de las tasas de incidencia del quinquenio anterior en la CM, y mayor que la observada a nivel nacional para ese mismo año, siendo la razón de tasas 1,05 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

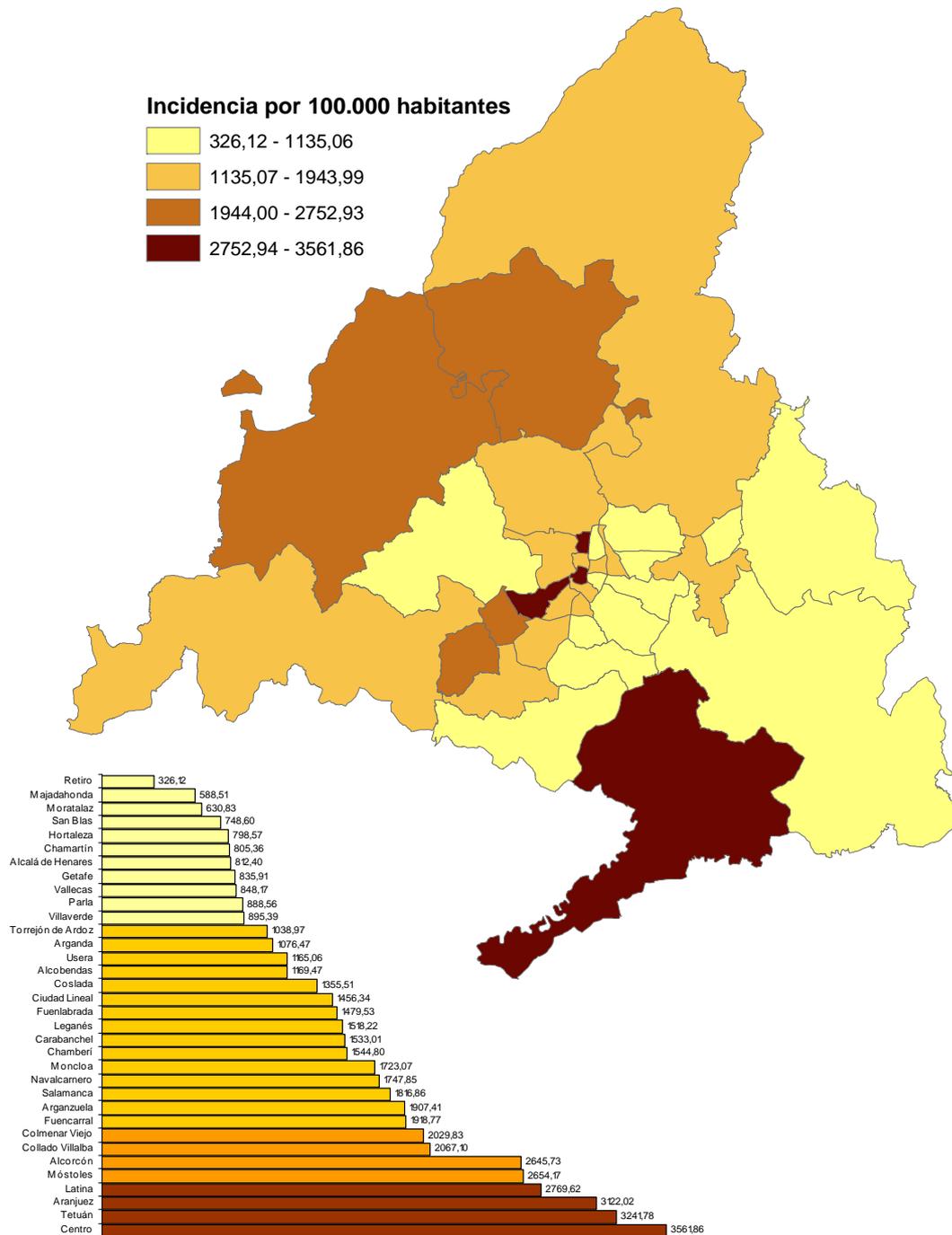
Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación a la de la CM fueron la 5, la 7, la 8, y la 11 (tabla 4, gráfico 9). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (3.561,86 por 100.000), Tetuan (3.241,78 por 100.000), Aranjuez (3.122,02 por 100.000) y Latina (2.769,62 por 100.000) (Mapa 3).

En el informe de la “*Temporada de gripe 2004-2005 en la Comunidad de Madrid*” se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Pendiente de publicar).

Gráfico 9. Gripe. Variación de las tasas de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 3. Gripe. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.9.- Hepatitis víricas

En el año 2004 se notificaron 528 casos de hepatitis víricas, 68 casos más que en el año 2003. El 41,29% fue hepatitis A, el 26,52% hepatitis B y el 32,2% otras hepatitis víricas.

3.3.9.1.- Hepatitis A

Durante el año 2004 se notificaron 218 casos de hepatitis A, 12 casos menos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 3,76 casos por 100.000 habitantes, un 129,27% 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 1,87 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 7 (9,31 casos por 100.000 habitantes), la 11 (7,14 casos por 100.000 habitantes) y la 8 (4,03 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 10). Sólo 2 distritos no tuvieron ningún caso, y los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (24,67 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (19,67 casos por 100.000 habitantes), Alcorcón (9,58 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (9,09 casos por 100.000 habitantes).

En la distribución por género se observó un predominio en varones (69,72%). No se disponía información de la edad en el 2,75% de los casos, del resto el 75% de los casos se presentó en menores de 35 años (gráfico 11).

El 89,91% de los casos se clasificaron como confirmados, y en el 87,61% se detectó Ig M anti VHA.

En 9 casos (4,13%) existía antecedente de contacto sexual de riesgo y el 15,6% no eran C.D.V.P. o habían tenido contacto sexual de riesgo (Tabla 5). Se disponía información de vacunación de 117 casos, y de ellos sólo estaban vacunados el 5,98%.

En cuanto al modo de presentación, 50 casos estuvieron asociados a otros enfermos. En total se produjeron 12 brotes de hepatitis A en la Comunidad de Madrid, 9 de ellos familiares y 3 en colectivos.

Gráfico 10. 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 2004.

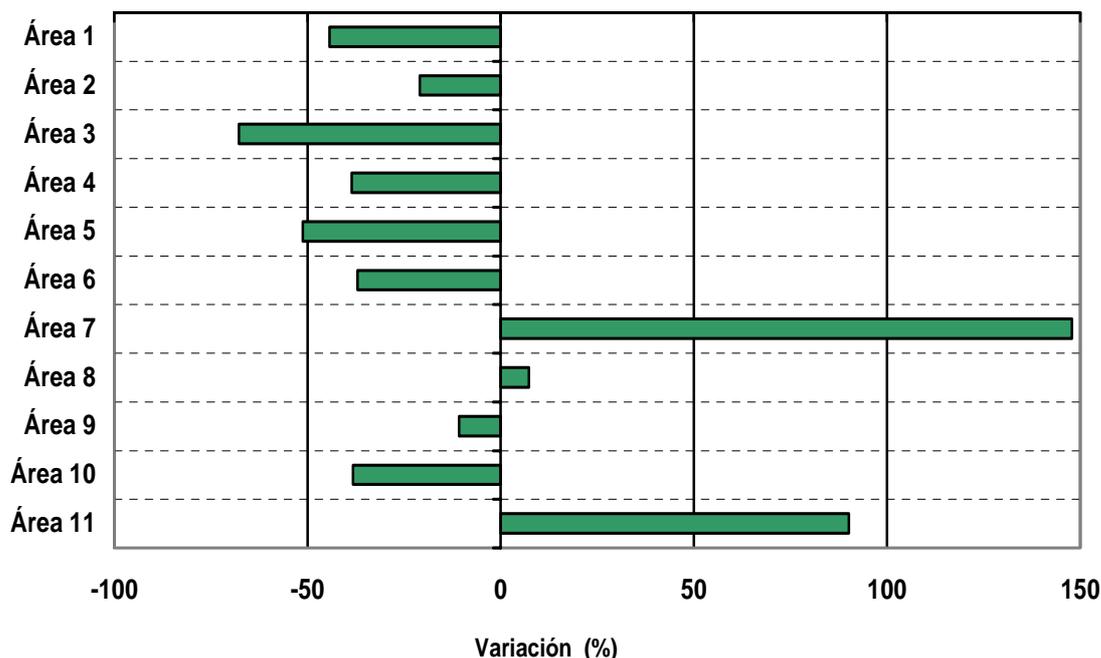
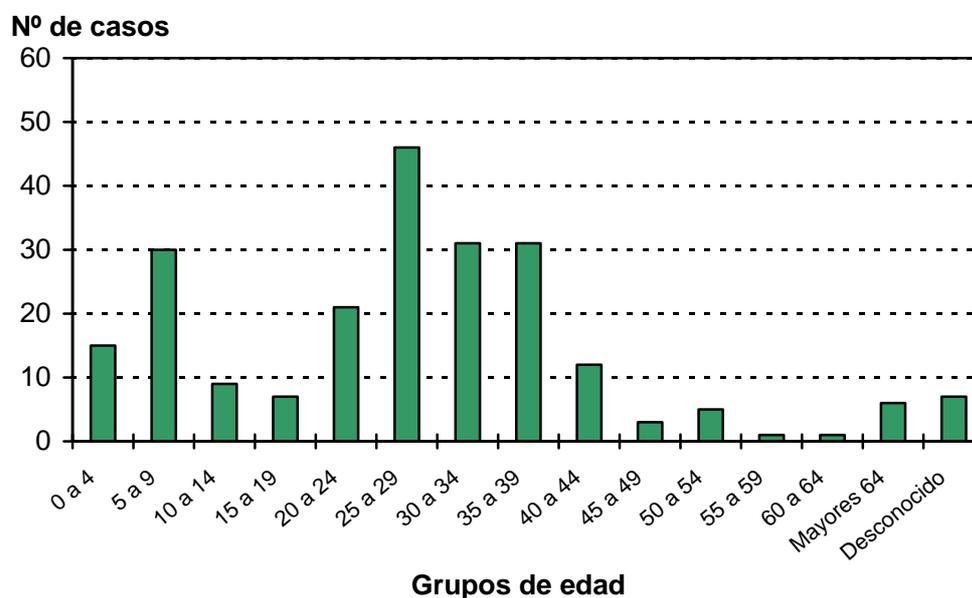


Gráfico 11.- Hepatitis A. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.9.2.- Hepatitis B

En el año 2004 se notificaron 140 casos de hepatitis B en la CM, 10 casos más que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,41 casos por 100.000 habitantes, un 24,23% 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 1,3 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con las de la CM fueron la 10 (7,63 casos por 100.000 habitantes), la 11 (3,76 casos por 100.000 habitantes), la 6 (3,55 casos por 100.000 habitantes) y la 3 (2,43 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 12). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Parla (10,31 casos por 100.000 habitantes), Usera (7,10 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (5,83 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 4).

La información sobre la edad no estaba recogida en un 2,86%. El 64,29% de los casos se produjeron en varones, y el 90,44% en mayores de 24 años. (gráfico 13).

El 87,86% de los casos fueron clasificados como confirmados. La prueba de detección de anticuerpos antiHBc (IgM) fue positiva en el 47,14% de los casos, y el 68,57% tenía una prueba Ag antiHBs positiva.

En 19 casos existían antecedentes de contacto sexual de riesgo y 1 era C.D.V.P. (Tabla 5). En relación al estado vacunal sólo 3 casos estaban vacunados. En relación a los casos nacidos con posterioridad a 1994, que es el año que se introdujo la vacuna a recién nacidos en el calendario oficial, hubo 3 casos, de los que 2 no estaban vacunados y en 1 se desconocía, destacando que 2 de ellos eran de origen rumano y el otro se desconocía país de origen.

Gráfico 12.- 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 2004.

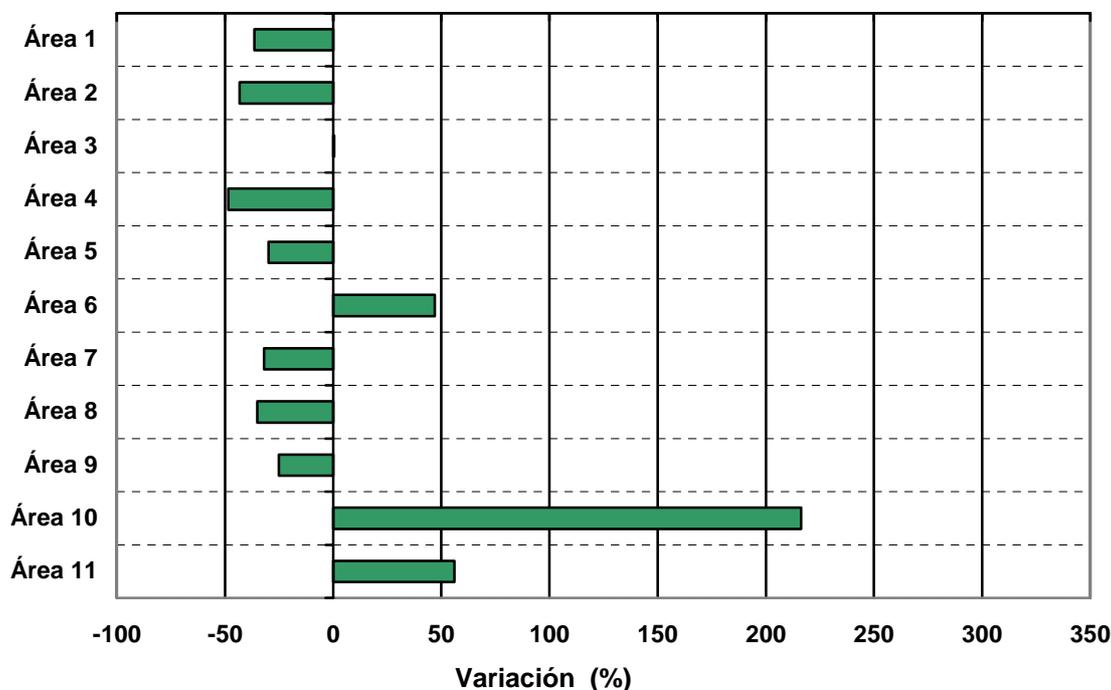
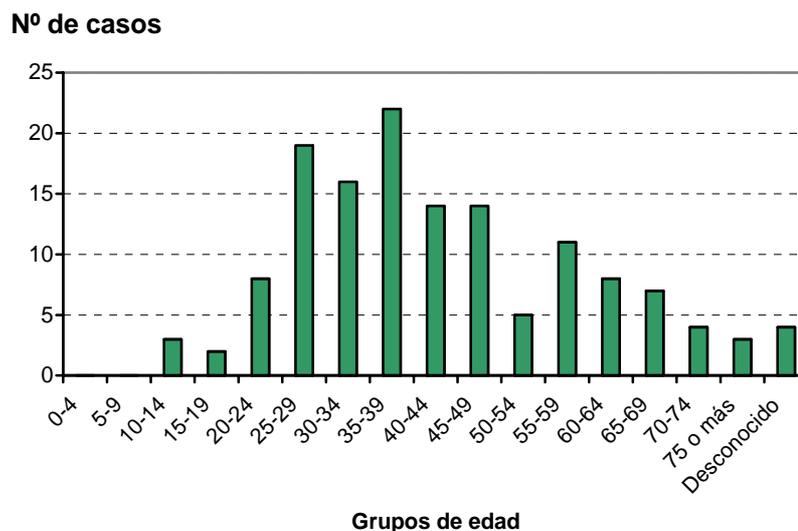
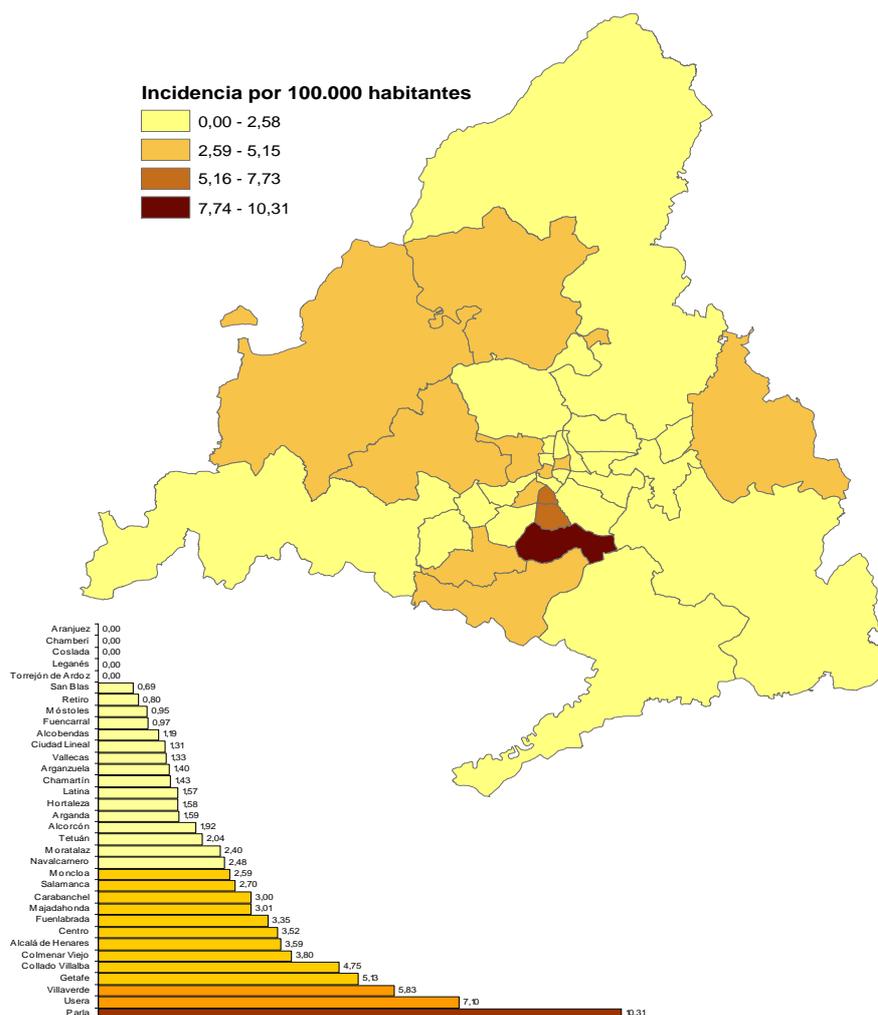


Gráfico 13. Hepatitis B. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 4.- Hepatitis B. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.9.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2004 se notificaron 170 casos de otras hepatitis víricas, 70 casos más que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,93 casos por 100.000 habitantes, un 64,61% 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 1,68 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

150 casos estaban clasificados como hepatitis C (92% confirmados), siendo la prueba de detección de anticuerpo Ig antiVHC positivo en 133 casos y en 2 casos hubo RNA-VHC positivo, lo que supone una tasa de hepatitis C de 2,58 casos por 100.000 habitantes.

Se clasificaron como hepatitis Delta 2 casos, pero sólo consta positividad para Ig antiVHD en uno de ellos, y 2 como hepatitis E, ambos con Ac Anti-VHE positivo. 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 10, la 11, la 9, la 8, la 6 y la 1 (gráfico 14). Los distritos sanitarios que presentaron una tasa más elevada fueron Arganzuela (6,29/100.000), Usera (5,53/100.000), Parla (5,50/100.000), Getafe (5,13/100.000), Alcorcón (5,11/100.000), Villaverde (5,10/100.000) y Centro (4,93/100.000) (Mapa 5).

El porcentaje de casos en función del sexo se repartió al 50% en la hepatitis C, y el 89,51% de los casos eran mayores de 25 años, si bien en un 4,67% (7 casos) se desconocía la edad del caso (Gráfico 15).

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de hepatitis C, 12 casos (8%) eran CDVP, 9 casos (6%) presentaban antecedentes de contacto sexual de riesgo y en 29 casos (19,33%) se recogían otros factores de riesgo (Tabla 5).

Respecto a la forma de presentación de los casos, 3 de ellos estaban agrupados y fueron notificados como un brote localizado en el Área 5, de los que necesitó hospitalización 1 de ellos.

Gráfico 14. 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 2004.

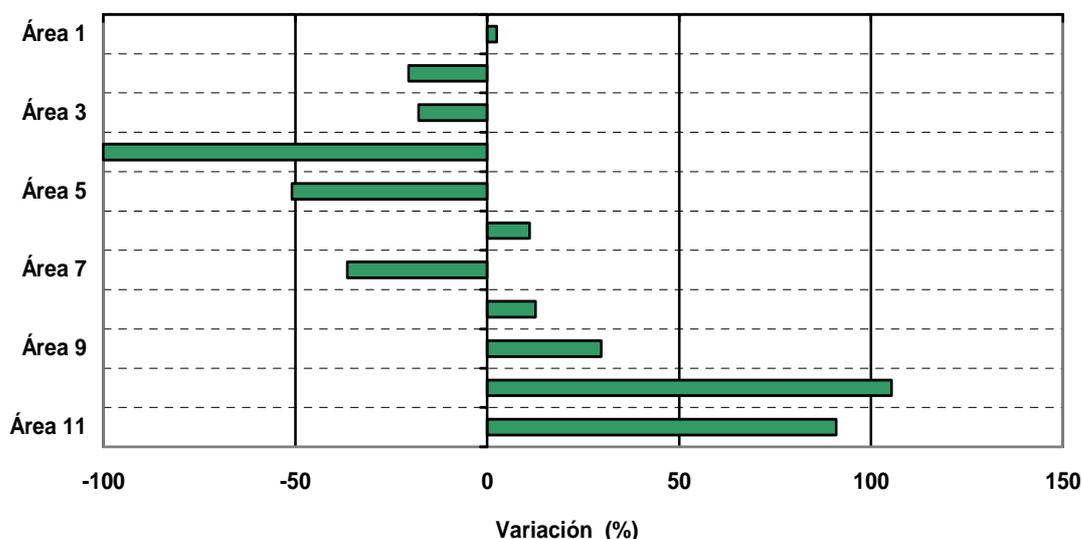
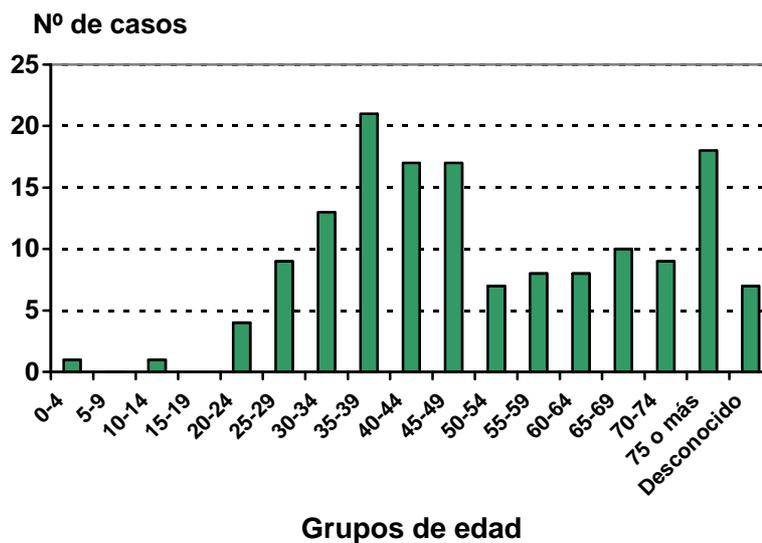


Gráfico 15. Hepatitis C. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 5.- Hepatitis C. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.

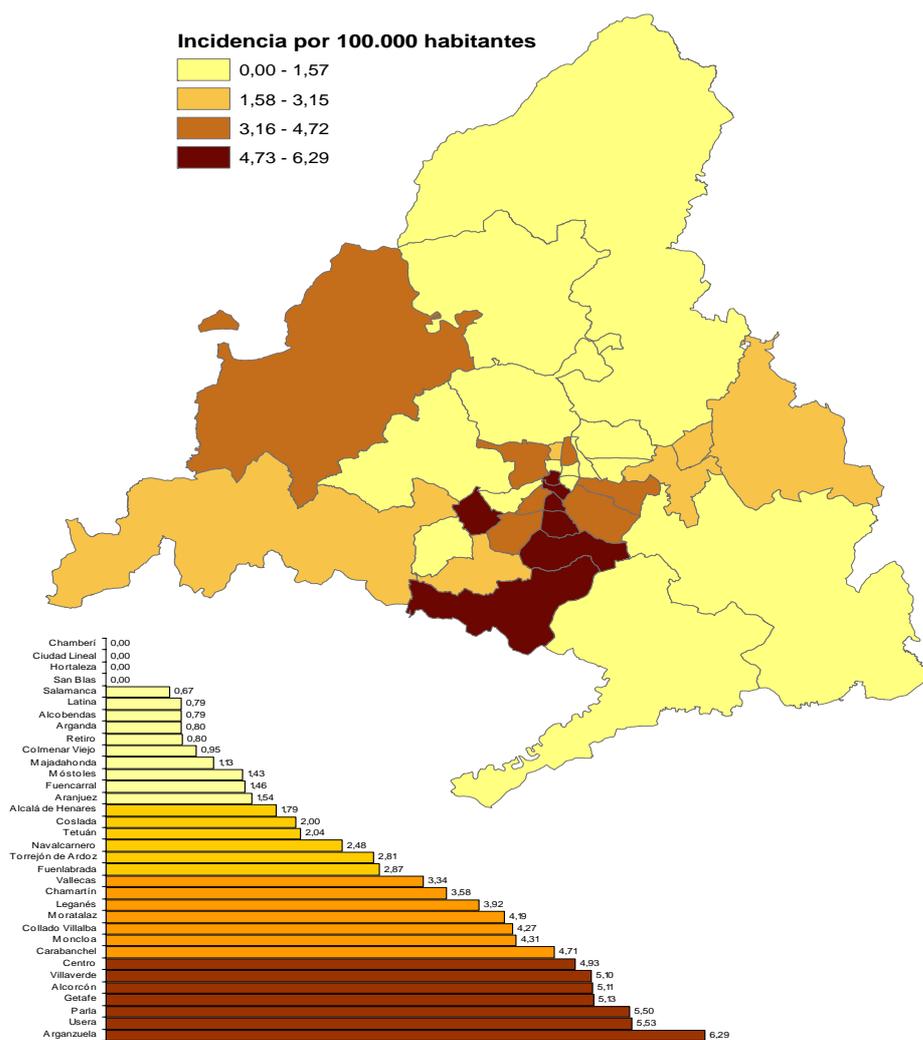


Tabla 5. Distribución de los casos de hepatitis según factores de riesgo. Comunidad de Madrid. Año 2004.

<i>Tipo de Hepatitis</i>	C.D.V.P	FACTORES DE RIESGO			Total
		Transmisión sexual	Desconocido	Ninguno	
<i>Hepatitis A</i>	0	9	175	34	218 (41,29%)
<i>Hepatitis B</i>	1	19	107	13	140 (26,52%)
<i>Hepatitis C</i>	12	9	115	14	150 (28,41%)
<i>Otras Hepatitis</i>	1	1	18	0	20 (3,79%)
TOTAL	14 (2,65%)	38 (7,2%)	415 (78,6%)	61 (11,55%)	528 (100%)

3.3.10- Infección gonocócica

Durante el año 2004 se notificaron 62 casos de infección gonocócica, 1 caso menos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,07 casos por 100.000 habitantes, un 52,86% 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 0,49 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 2 (2,05 casos por 100.000 habitantes), la 7 (1,28 casos por 100.000 habitantes) y la 11 (1,17 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 16). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Chamartin (3,58 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (2,80 casos por 100.000 habitantes), Leganés (2,24 casos por 100.000 habitantes), Tetuán (2,04 casos por 100.000 habitantes), Alcorcón (1,92 casos por 100.000 habitantes) y Majadahonda (1,88 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6).

La información sobre la edad era desconocida en un 1,61% de los casos. En la distribución por género se observó un claro predominio en varones (87,10%). El 90,16% de los casos se presentó en menores de 45 años, y el rango de edad osciló entre 16 y 70 años (gráfico 17).

En el 35,48% de los casos el diagnóstico se realizó sólo por sospecha clínica. El 64,52% de casos restantes se clasificaron como confirmados, en el 62,90% se realizó confirmación microbiológica, en el 1,61% confirmación serológica y en el 1,61% confirmación por PCR.

Sólo 1 caso (1,61%) se presentó como asociado a otro caso.

Gráfico 16. 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 2004.

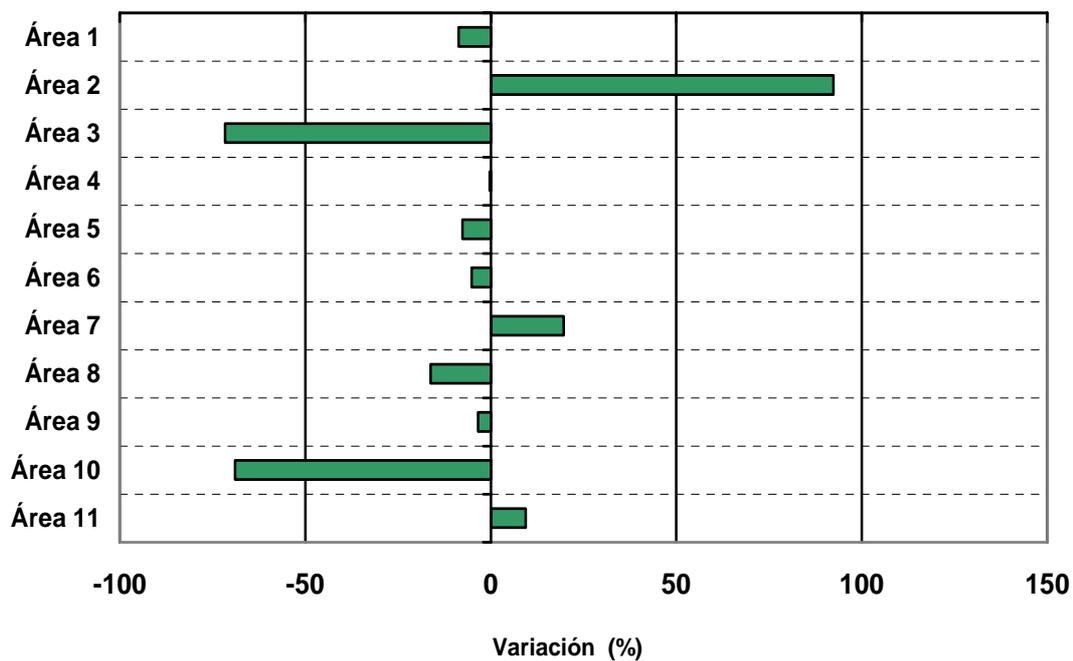
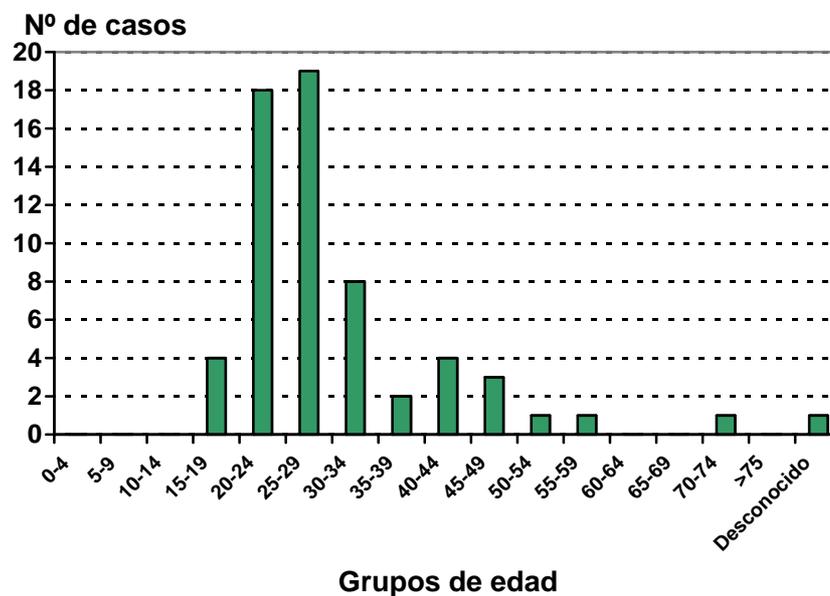
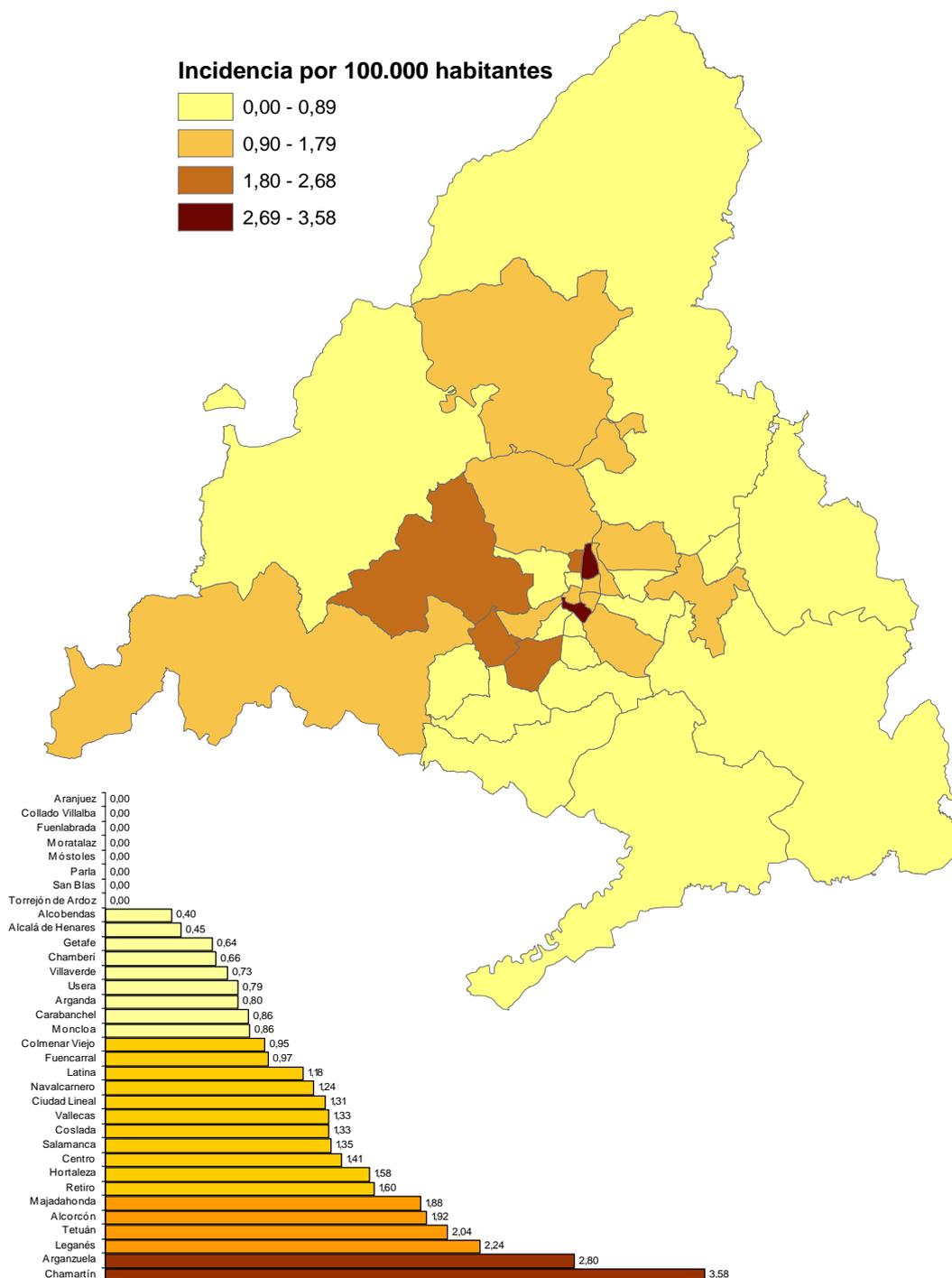


Gráfico 17. Infección gonocócica. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 6.- Infección gonocócica. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.11.- Legionelosis

En el año 2004 se notificaron 58 casos de legionelosis, 25 casos menos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 1 caso por 100.000 habitantes, un 7,53% 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 0,36 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

El área que presentó una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fue la 7 (2,01 casos por 100.000 habitantes), seguida de la 3 (1,52 casos por 100.000 habitantes), la 4 (1,24 casos por 100.000 habitantes), la 8 (1,12 casos por 100.000 habitantes) y la 11 (1,04 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 18). El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Usera (3,16 por 100.000), seguido de los distritos de Chamberí (2,64 por 100.000), Navacarnero (2,48 por 100.000), Latina (2,36 por 100.000) y Alcalá de Henares (2,24 por 100.000) (Mapa 7).

El 82,76% de los casos se observó en varones. La edad media de los casos fue de 56,66 años (desviación estándar: 15,03). El 86,21% de los casos se observó en mayores de 40 años (gráfico 19).

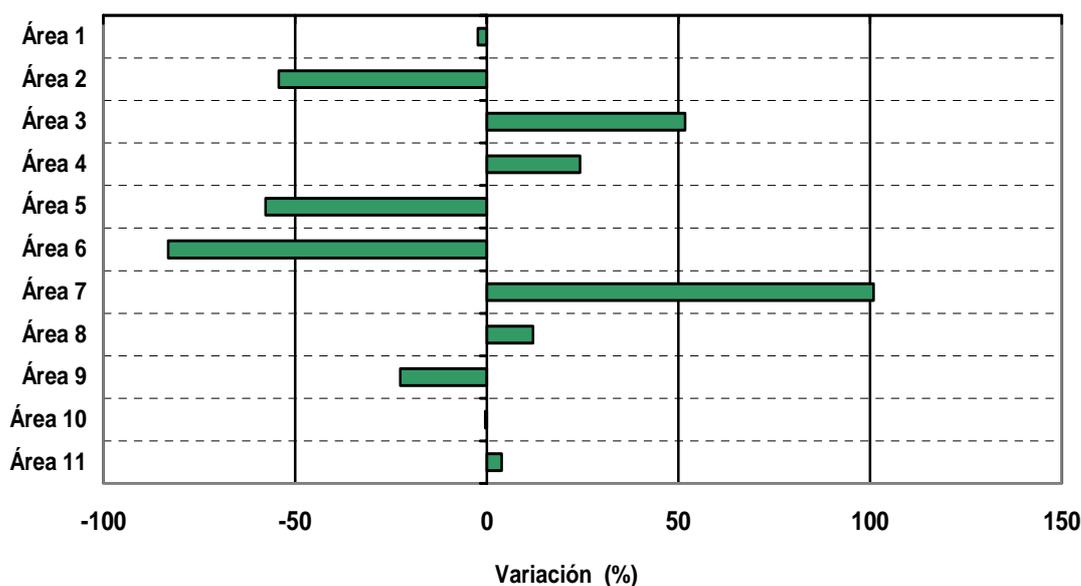
El 84,48% de los casos se clasificó como confirmado, y en el 98% de ellos el diagnóstico se realizó mediante pruebas de confirmación, demostrándose en el 91,84% el antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina, en un 3,45% se observó seroconversión frente a *L. pneumophila* SG1 y en un 1,72% se aisló *L. pneumophila* en secreciones respiratorias, tejido pulmonar o sangre.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (53,45%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (17,24%), tener diabetes (12,07%), padecer un cáncer (8,62%), estar en tratamiento con corticoides (8,62%), padecer una inmunodepresión (3,45%), ser un receptor de trasplante (3,45%) y padecer una neuropatía (1,72%).

Del total de casos, el 3,45% estaba asociado a otros casos.

En el gráfico 20 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 el 2004 se rompe la tendencia ascendente de la incidencia.

Gráfico 18. Legionelosis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 7. Legionelosis. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.

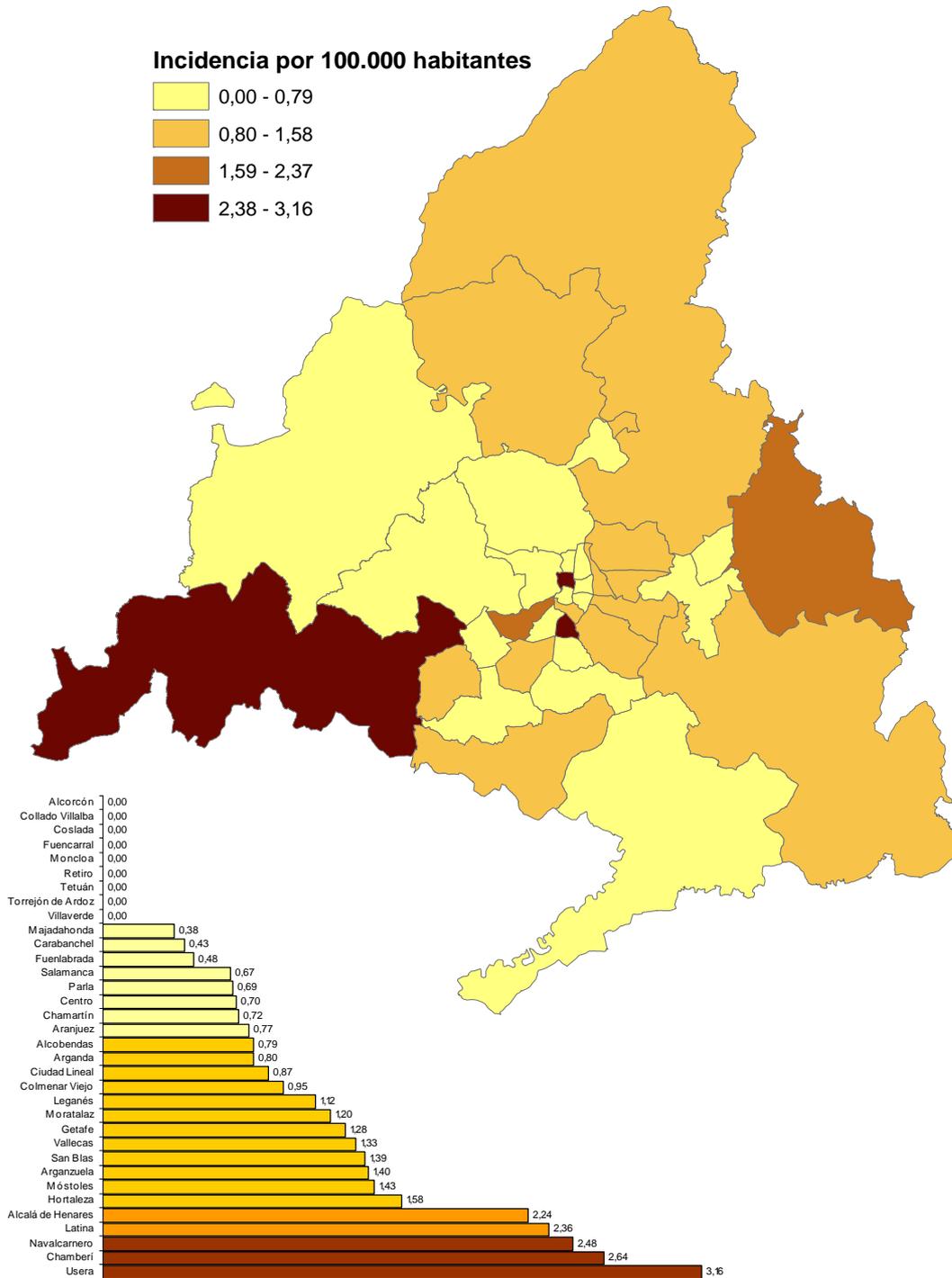
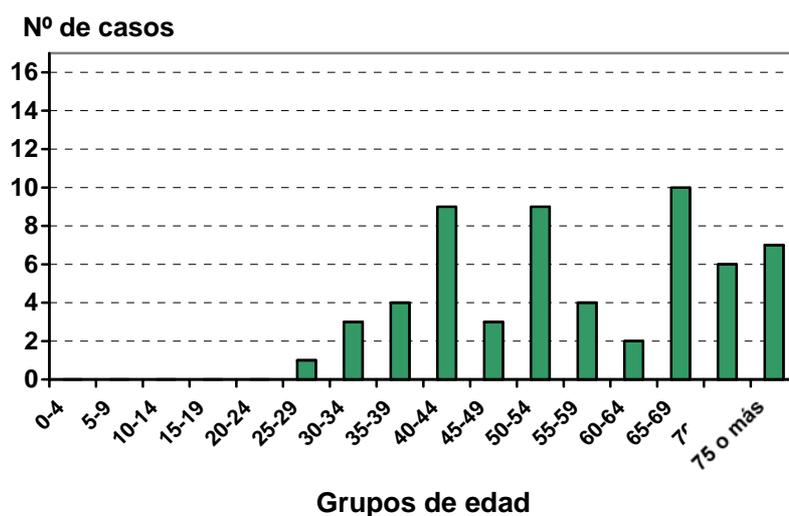
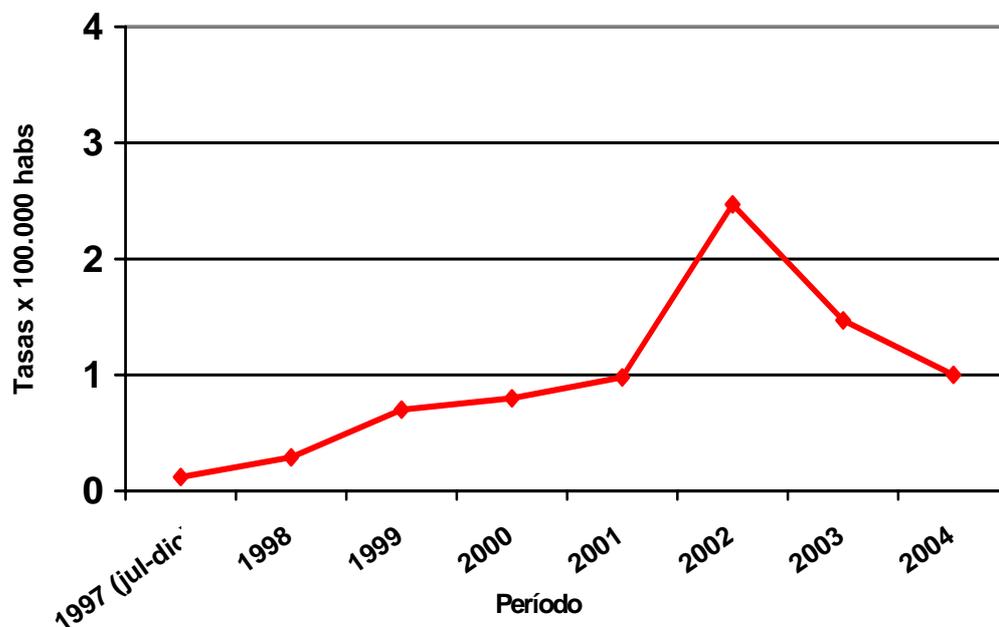


Gráfico 19. Legionelosis. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.**Gráfico 20. Legionelosis. Tasas de incidencia. Comunidad de Madrid. Periodo 1997-2004.**

3.3.12.- Leishmaniasis

Durante el año 2004 se notificaron 29 casos de leishmaniasis, 6 casos más que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,5 casos por 100.000 habitantes, un 25% mayor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 7 (1,10 casos por 100.000 habitantes), la 6 (1,01 casos por 100.000 habitantes), la 11 (0,91 casos por 100.000 habitantes), la 8 (0,90 casos por 100.000 habitantes) y la 9 (0,77casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 21). Hubo 20 distritos que no notificaron

ningún caso, y los que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Navalcarnero (4,97 casos por 100.000 habitantes), Centro (2,82 casos por 100.000 habitantes), Carabanchel (1,71 casos por 100.000 habitantes), Majadahonda (1,51 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (1,32 casos por 100.000 habitantes).

En 4 casos se desconoce el tipo de leishmaniasis, siendo el resto leishmaniasis visceral en el 92% de los casos, leishmaniasis cutáneo-mucosa en el 4% y leishmaniasis cutánea en otro 4%.

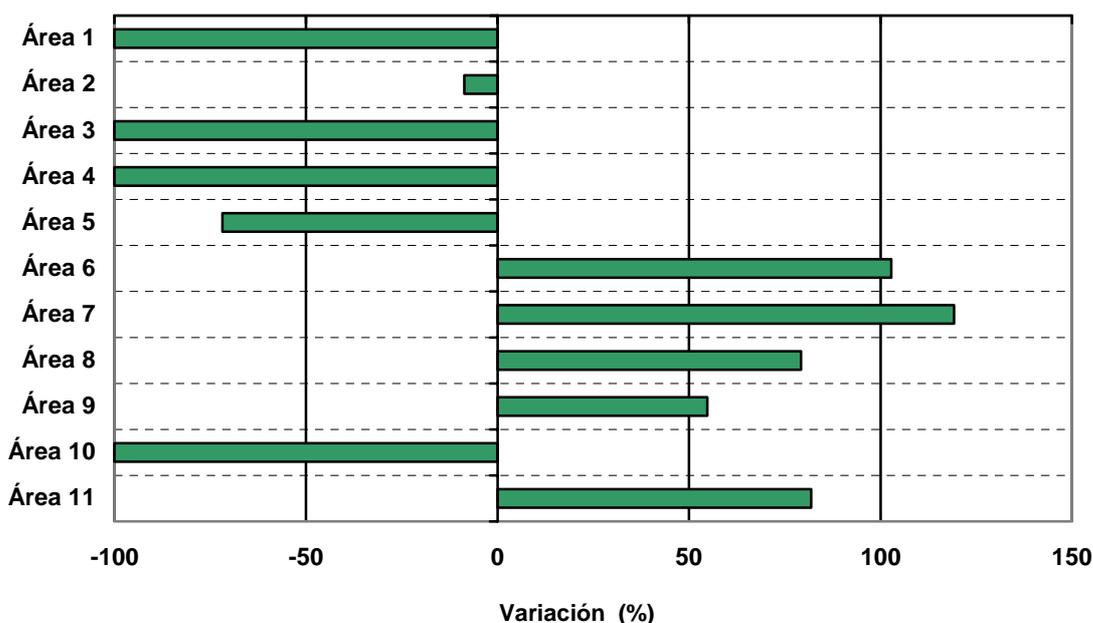
El 79,31% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 8 meses y 77 años, destacando que el 27,59% se produjo en menores de 5 años (se desconocía la edad de un caso).

El 10,34% se clasificaron como sospechosos, el 13,79% de los casos como probables y el 75,86% como confirmados. En el 48,28% de los casos se realizó diagnóstico serológico, y en el 58,62% diagnóstico microbiológico. Se realizó biopsia de médula ósea en el 55,17% de los casos.

El 79,31% de los casos precisó ingreso hospitalario.

Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de enfermedad inmunosupresora (17,24%), alcoholismo (6,9%), haber recibido una transfusión (6,9%), ser o haber sido CDVP (3,45% en ambos casos), estar en tratamiento inmunosupresor (3,45%) y haber sufrido un transplante (3,45%).

Gráfico 21. Leishmaniasis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.13.- Lepra

Durante el año 2004 se notificaron 5 casos de lepra (todos ellos diagnosticados en el año 2004), aunque hay que destacar que el inicio de síntomas fueron todos en años previos (2 casos en 2003, 2 casos en 2002 y un caso en 2000). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,09 casos por 100.000 habitantes, mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 2,15 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

La edad al diagnóstico fue de 31 a 51 años. El 60% (3) eran varones.

El 80% se diagnosticaron por microbiología o anatomía patológica, clasificándose como confirmados. La forma clínica de presentación fue paucibacilar en 3 de los casos y multibacilar en los otros 2 casos, y 2 de los casos correspondían a recidiva de la enfermedad. Todos los casos están en tratamiento con multiterapia de la OMS.

En cuanto al país de origen, 3 de los casos son inmigrantes, (1 de África y 2 de Sudamérica), y se desconoce en los otros dos casos.

3.3.14.- Meningitis Bacterianas

Durante el año 2004 se notificaron 103 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo las debidas a *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *M. tuberculosis*), 9 casos menos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,77 casos por 100.000 habitantes (tabla 2).

El 64,1% de los casos se clasificaron como confirmados. Se han registrado 7 fallecimientos por esta causa, con una letalidad por tanto de un 6,8% y una mortalidad de un 0,12 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 38,8% de los casos (incidencia 0,69), de los que 2 han fallecido (letalidad del 5,0%).

Las áreas más afectadas por este grupo de meningitis bacterianas fueron: el Área 8 (incidencia 3,36 casos por 100.000 habitantes), el Área 9 (3,35 casos por 100.000 habitantes), el Área 11 (2,73 casos por 100.000 habitantes), el Área 4 (2,13 casos por 100.000 habitantes) y el Área 3 (2,12 casos por 100.000 habitantes). En cuanto a las meningitis neumocócicas el Área 3 (1,21 casos por 100.000 habitantes), el Área 4 (1,06 casos por 100.000 habitantes) y el Área 11 (1,04 casos por 100.000 habitantes) han sido las más afectadas. La distribución por distrito sanitario se muestra en el Mapa 8.

El 56,3% de los casos notificados de meningitis bacterianas eran varones. Para las meningitis por neumococo se observa sin embargo un ligero predominio de mujeres (55,0%).

La mayores tasas se presentan en los menores de 1 año (18,11 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (tasa 2,53). La tasa en menores de cinco años ha sido de 5,93 y en menores de 2 años de 10,84.

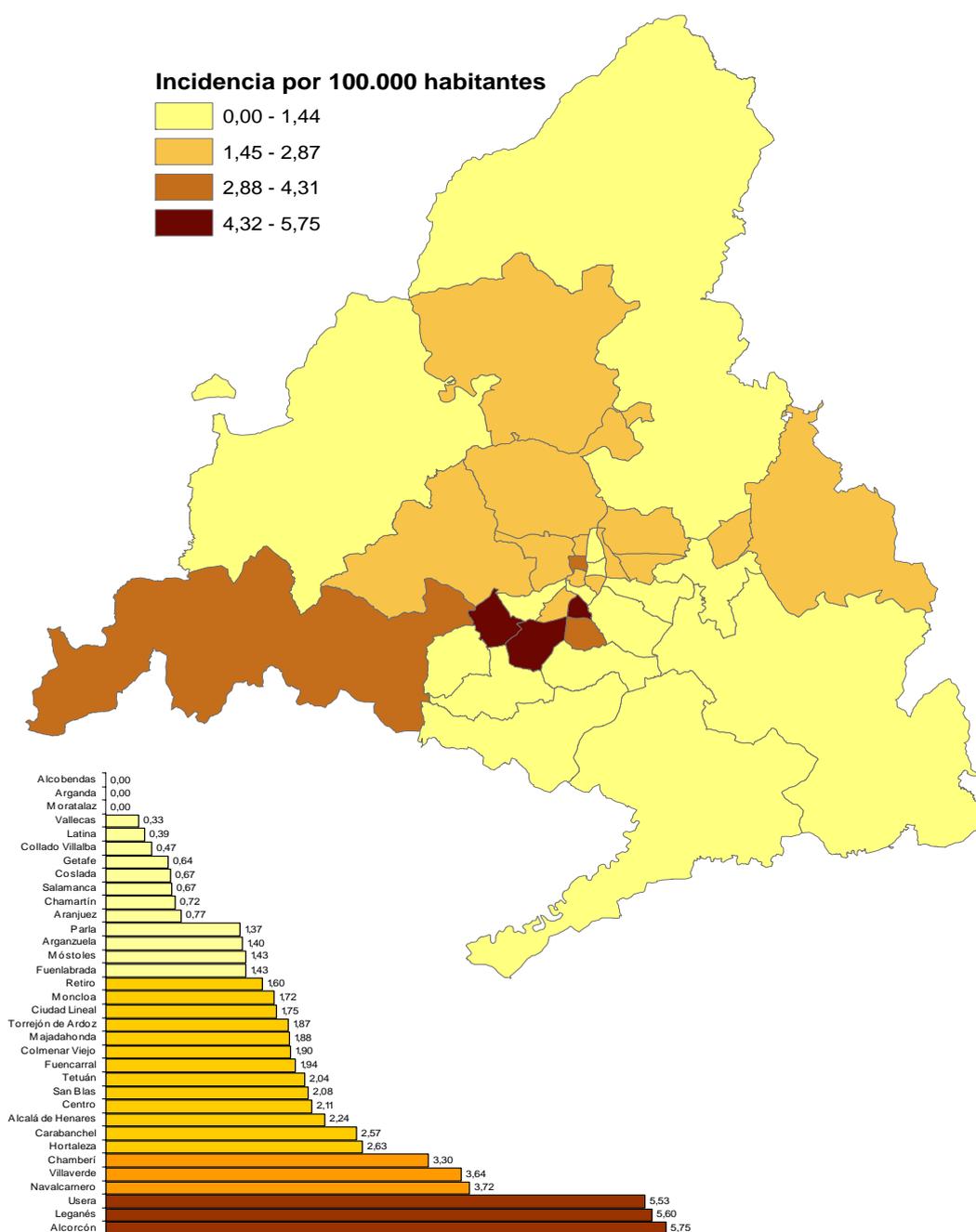
Se conoce la evolución en el 84,5% de los casos. Se han notificado 7 fallecimientos (6,8%) y dos enfermos presentaron secuelas (1,9%). En todos los fallecidos se confirmó el patógeno causante del cuadro. El 85,7% de los fallecidos eran adultos mayores de 22 años y el 57,1% eran mayores de 50 años. Sólo se ha registrado el fallecimiento de un caso pediátrico.

El 15,0% de los pacientes presentan antecedentes patológicos considerados factores de riesgo para la enfermedad neumocócica 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 2004.”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, abril 2005, vol. 11, nº 4.) Se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 8. Meningitis Bacterianas. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004



3.3.15.- Meningitis víricas

En el año 2004 en la Comunidad de Madrid se han registrado 218 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 3,76 casos por 100.000 habitantes (tabla 2).

La mayor incidencia de meningitis vírica se localizan en el Área 9 (10,83 casos por 100.000 habitantes), seguida por el Área 3 (8,49 casos por 100.000 habitantes) y el Área 11 (6,75 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4). La distribución de tasas por distrito sanitario se observa en el Mapa 9.

La mayoría de las meningitis víricas han sido sospechas clínicas. Sólo se han confirmado 22 casos (10,1%): 18 por enterovirus, dos por virus de la parotiditis, uno por herpes simple y uno por virus de Epstein-Barr.

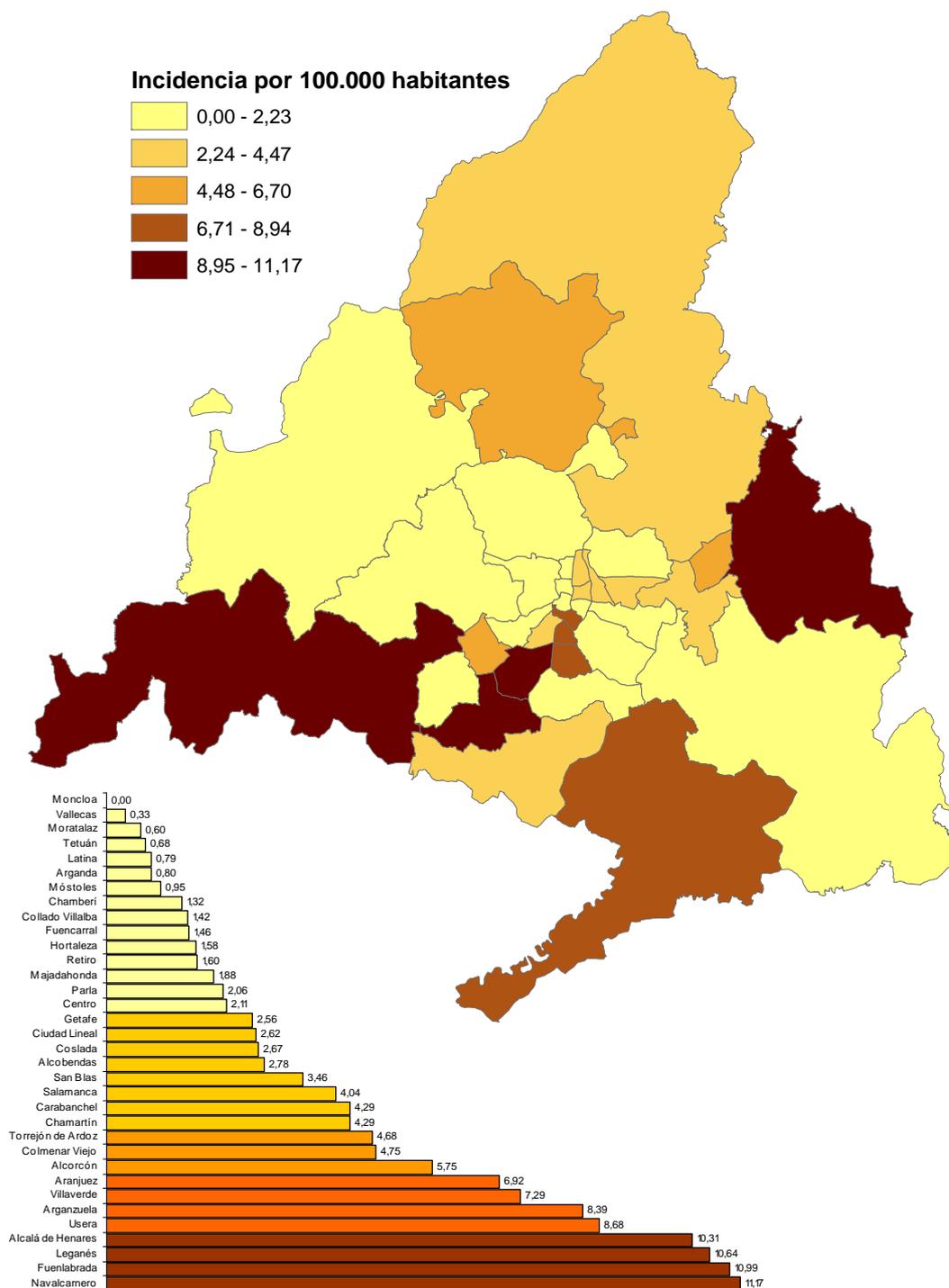
Muestra un predominio masculino, ya que el 58,7% de los enfermos fueron varones. La mayor frecuencia se observó en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en los menores de 1 año (66,39 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (25,31 casos por 100.000) y el de 5 a 9 años (10,34 casos por 100.000).

Se conoce la evolución en el 92,2% de los pacientes. Se ha notificado el fallecimiento en un caso (letalidad de 0,5%) y no se han notificado secuelas. El caso fallecido ha sido un varón de 17 años con mononucleosis infecciosa y patología previa (inmunodepresión por tratamiento antitumoral), con identificación de virus de Epstein-Barr como agente causal.

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

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2004.”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, abril 2005, vol. 11, nº 4.) Se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 9. Meningitis Víricas. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004



3.3.16.- Paludismo

En el año 2004 se notificaron 129 casos de paludismo, 3 casos más que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,22 casos por 100.000 habitantes, un 17,31% 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 2,42 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2). Las

notificaciones provenían en más de la mitad de los casos de sólo tres centros: 31,78% de los casos fue notificado por el Hospital Carlos III, el 13,95% por el Severo Ochoa, y el 9,3% por el Hospital Príncipe de Asturias.

Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia fueron la 9 (8,25 casos por 100.000 habitantes), la 8 (6,27 casos por 100.000 habitantes), la 3 (5,46 casos por 100.000 habitantes), la 10 (3,32 casos por 100.000 habitantes) y la 7 (2,37 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 22). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Fuenlabrada (8,60 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (8,43 casos por 100.000 habitantes) y Leganés (7,84 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 10).

Se disponía de información sobre el la edad en un 96,12% de los casos y sobre el sexo el 100%. El 54,26% de ellos eran varones, el 27,42% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 56,45% en los grupos de edad comprendida entre los 15 y los 39 años. El rango de edad osciló entre 5 meses y 74 años.

El 93,02% (120 casos) de los casos se clasificaron como confirmados, detectándose en todos ellos la presencia de *Plasmodium*. Entre los casos con presencia de parásito confirmada e identificación del mismo, el 84,26% de los parásitos detectados fue *P. falciparum*, el 3,7% *P. malariae*, el 2,78% *P. vivax*, el 2,78% *P. ovale*, el 1,85% *P. sp* y en el 4,63% se identificaron infecciones mixtas (tabla 6).

En el 31,01% de los casos se desconoce el motivo de estancia en otros países. Del resto el 53,93% de los casos tenían como antecedente la inmigración de zonas endémicas, y el 19,1% de los casos el antecedente de viaje turístico a dichos lugares. El lugar de contagio se conoce en el 88,37% de los casos, siendo África el continente más frecuente (95,61%) y Guinea Ecuatorial el país africano más frecuentemente registrado como país de origen (54,13%).

Gráfico 22. Paludismo. Variación de las tasa de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.

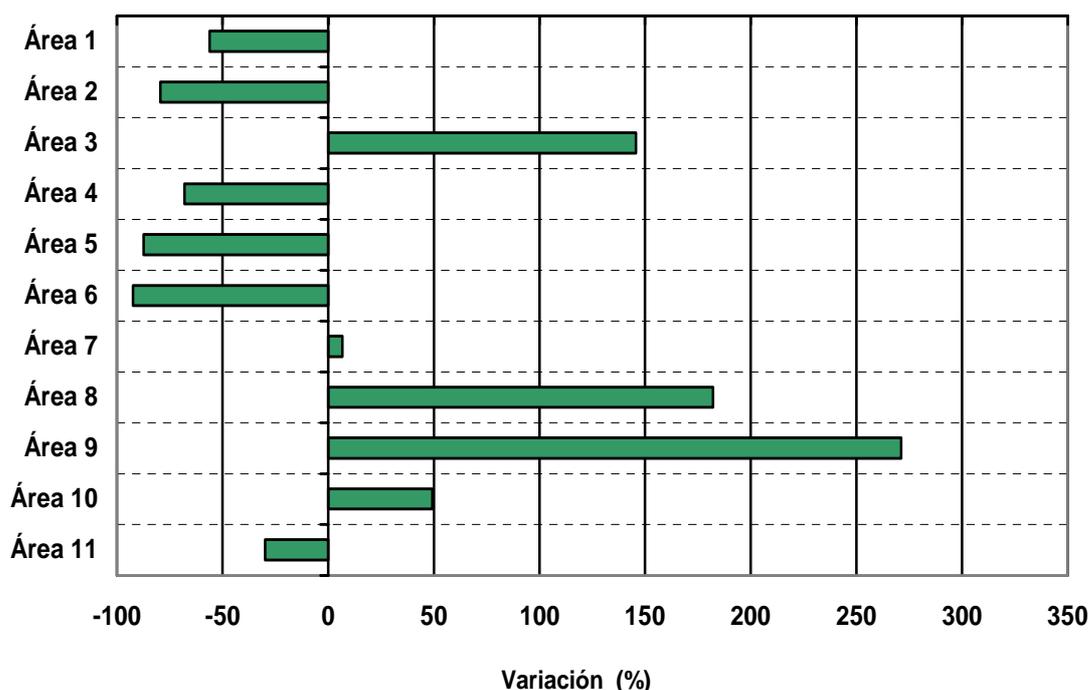
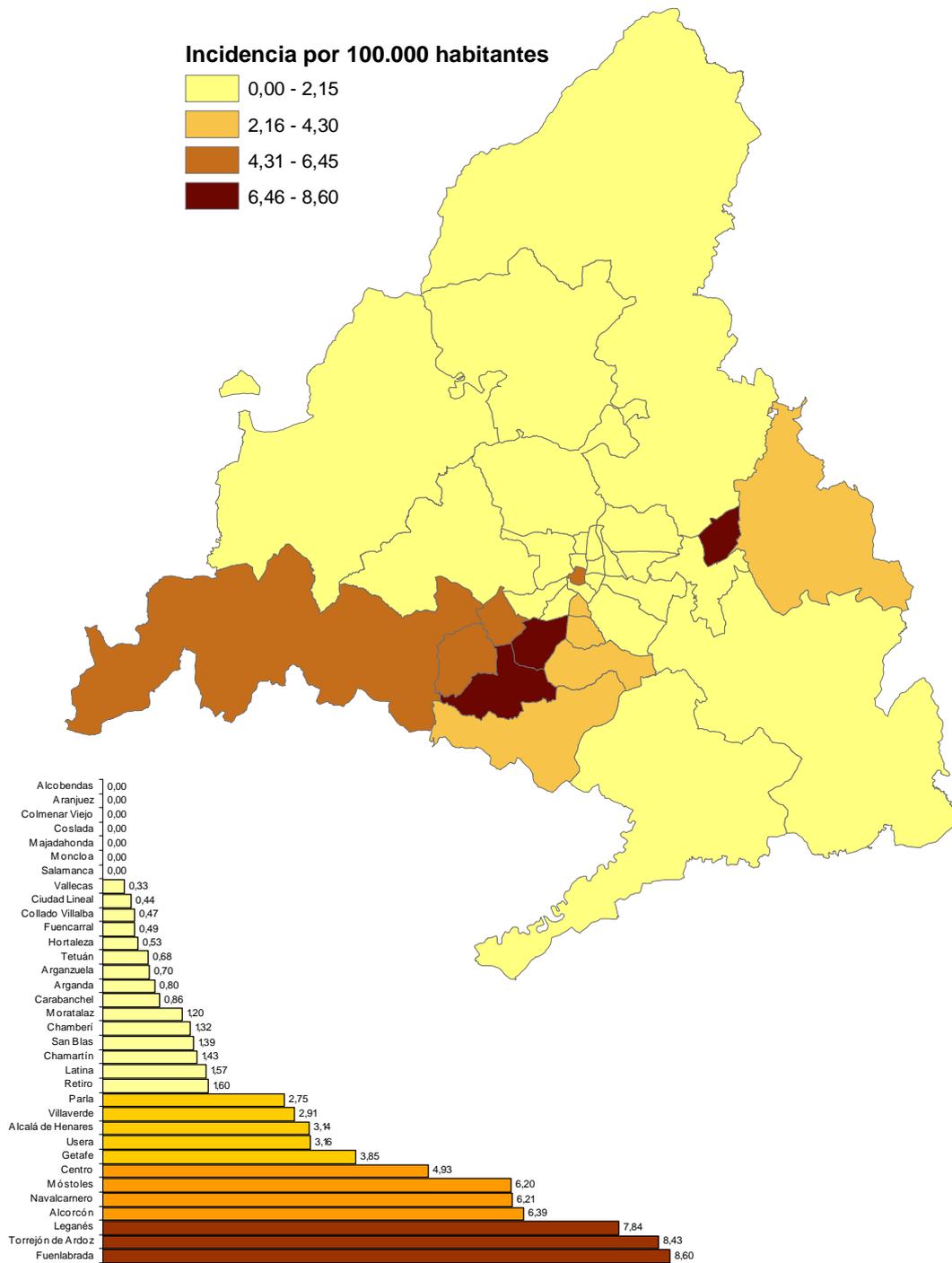


Tabla 6. Distribución de los casos de paludismo según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid. Año 2004.

<i>PLASMODIUM</i> AISLADO	PAÍS / CONTINENTE DE CONTAGIO					Total
	Guinea Ecuatorial	Resto de África	América Latina	Asia	No figura	
<i>P. falciparum</i>	46	33	1	1	10	91 (75,83%)
<i>P. malariae</i>	2	2				4 (3,33%)
<i>P. vivax</i>			2	1		3 (2,5%)
<i>P. ovale</i>	2	1				3 (2,5%)
<i>P. spp</i>		1			1	2 (1,67%)
<i>P. mixtas</i>	3	1			1	5 (4,17%)
No figura especie	4	8				12 (10%)
TOTAL	57 (47,5%)	46 (38,33%)	3 (2,5%)	2 (1,67%)	12 (10%)	120 (100%)

Mapa 10. Paludismo. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.17.- Parálisis flácida aguda (PFA)

Durante 2004 en la Comunidad de Madrid se han notificado 15 casos de PFA menores de 15 años, de ellos 10 (66%) se notificaron al sistema de vigilancia de la PFA y 5 (33%) se recuperaron en la revisión del CMBD.

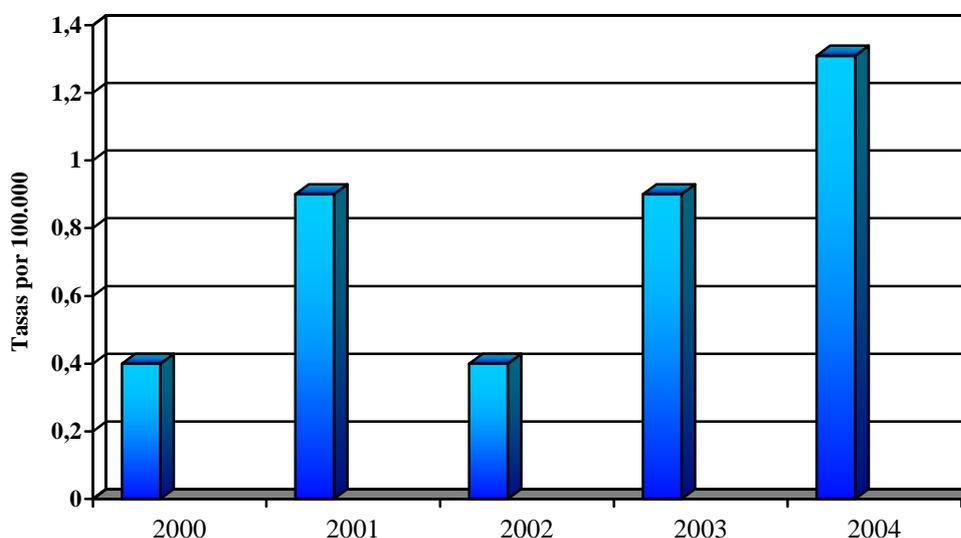
De estos 15 casos, 11 (73%) eran residentes en la Comunidad de Madrid y 4 (27%) residían en otras ciudades; uno de los casos, residente en Madrid lo notificó un hospital de Castilla la Mancha.

Cuatro de los casos residían en el Área 5, dos en el municipio de Alcorcón (Área 8), dos en el Área 11, tres casos repartidos entre las Áreas 2, 6 y 7 y cuatro casos en otras Comunidades Autónomas en las provincias de Cuenca, Ciudad Real, Guadalajara y Segovia.

La tasa de incidencia acumulada ha sido de 1,31 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, cifra mayor que la observada a nivel nacional (51 casos, tasa de 0,85 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años). En el gráfico 23 se muestra la evolución de la incidencia desde el año 2000.

De los once casos residentes en la Comunidad de Madrid, 7 eran varones (64%) y 4 mujeres (36%). La edad media de los casos es de 5,36 años (DT 4,00), todos estaban correctamente vacunados con vacuna oral anti-poliomielítica (VOP) y un varón de un año ya había recibido en su última dosis la vacuna inyectable de la polio (VIP).

Gráfico 23.- Tasa de incidencia de PFA en menores de 15 años. Comunidad de Madrid 2000-2004.



En el informe de *“Plan de Erradicación de la Poliomiélitis, Comunidad de Madrid, año 2004”* se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA (Pendiente de publicación).

3.3.18.-Parotiditis

En el año 2003 se notificaron 287 casos de parotiditis, 28 casos menos que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 4,94 casos por 100.000 habitantes, un

49,75% menor 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 1,33 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2). Los casos notificados por cuatrisesmanas, comparados con al año 2003, se observan en el gráfico 24.

Las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia con respecto a la CM fueron la 3 (7,58 casos por 100.000 habitantes), la 2 (7,08 casos por 100.000), la 5 (7,05 casos por 100.000), la 6 (6,75 casos por 100.000), la 11 (5,97 casos por 100.000) y la 10 (5,31 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 23). La tasa de incidencia en menores de 15 años fue de 18,27 casos por 100.000 niños <15 años, y se observó mayor incidencia en las Áreas 2 (33,80), 3 (27,14), 5 (25,23), 10 (22,03), 6 (21,42) y 4 (19,67).

Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia en los menores de 15 años fueron Coslada (50,10 casos por 100.000), Colmenar Viejo (47,84 casos por 100.000), Usera (42,42 casos por 100.000) y Alcalá de Henares (37,64 casos por 100.000) (mapa 11).

En el 50,87% de los casos se observó en varones. No se disponía de información sobre la edad en el 4,53% de los casos, de los casos de los que se disponía la edad, el 72,26% se registró en menores de 15 años, el 13,87% en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, y el 13,87% en mayores de 29 años (gráfico 26).

En cuanto al tipo de diagnóstico, en el 88,15% de los casos se realizó por sospecha clínica, en el 6,27% se corroboró con pruebas serológicas y en el 0,7% con pruebas microbiológicas. El 5,23% de los casos se clasificó como confirmados.

En el gráfico 27 se muestra el estado vacunal de los 216 casos menores de 21 años. El 7,87% no estaba vacunado y en el 16,2% se desconocía el estado vacunal. El 75,93% restante estaba vacunado, de ellos el 88,41% de ellos había recibido al menos una dosis de vacuna y en el 11,57% se desconocía el número de dosis recibidas.

Aunque a través de la notificación de casos sólo el 3,14% estaba asociado a otros (9 casos), en el año 2004 se notificaron 8 brotes de parotiditis, 2 de ellos familiares y 3 en centros escolares, con un total de 28 afectados, de los que ninguno requirió hospitalización.

Gráfico 24. Parotiditis. Número de casos notificados por cuatrisesmanas. Comunidad de Madrid. Años 2003-2004.

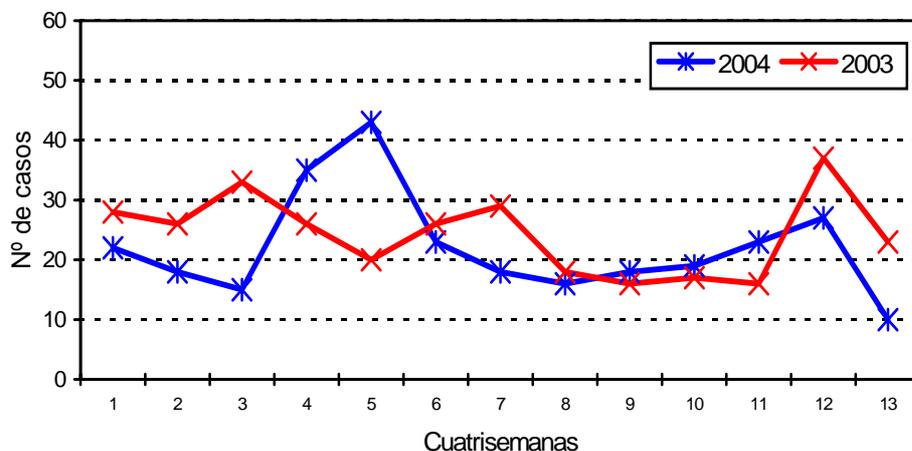
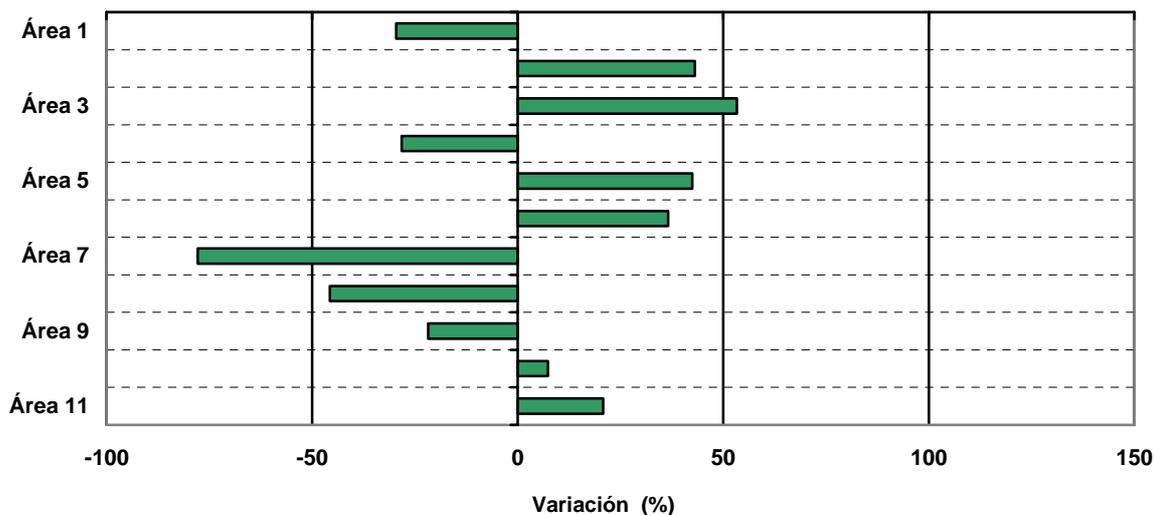


Gráfico 25. Parotiditis. Variación de las tasas de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 11. Parotiditis. Tasas de incidencia en menores de 15 años por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2004.

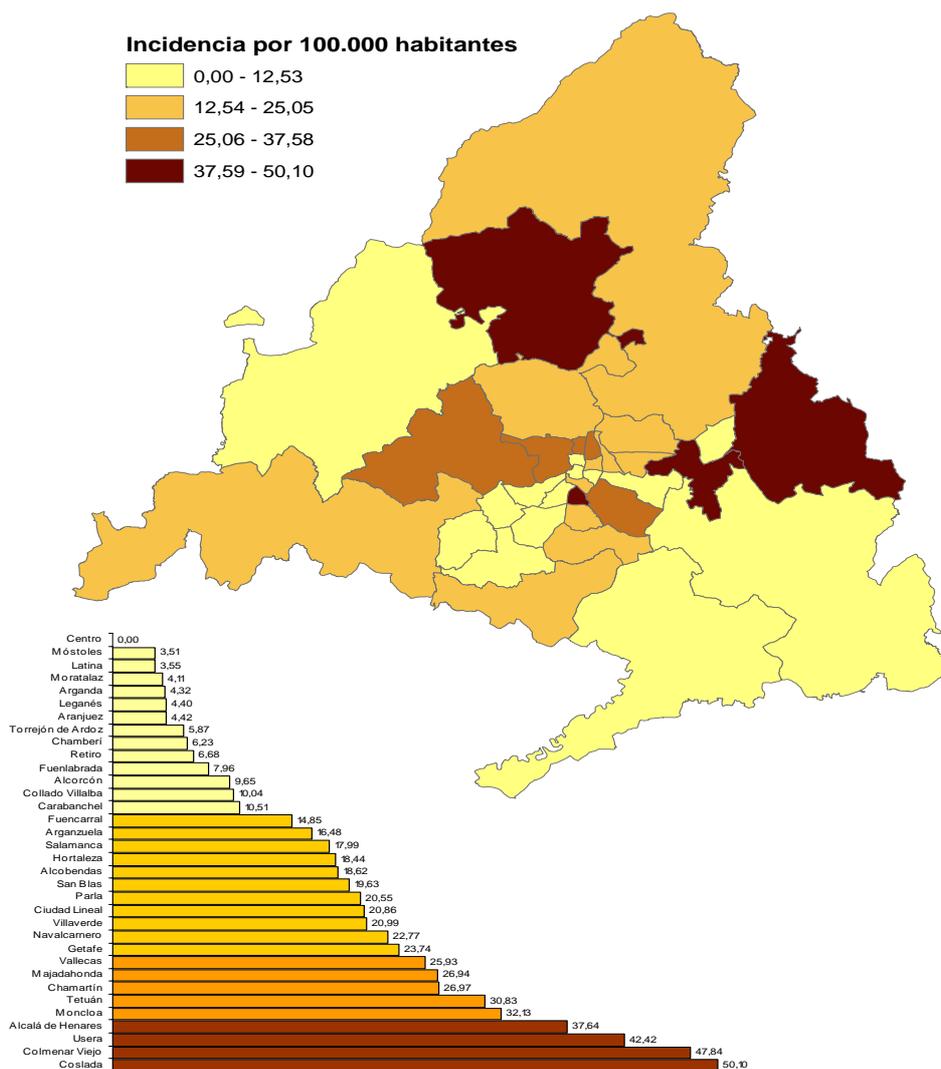


Gráfico 26. Parotiditis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.

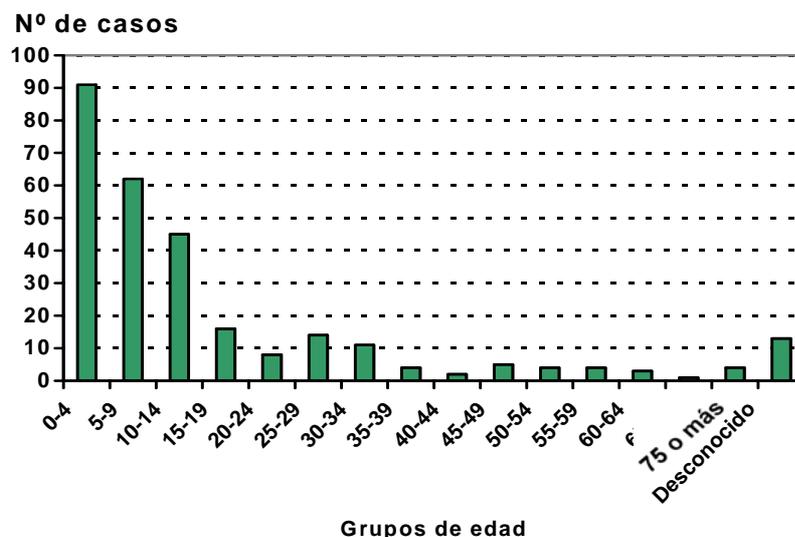
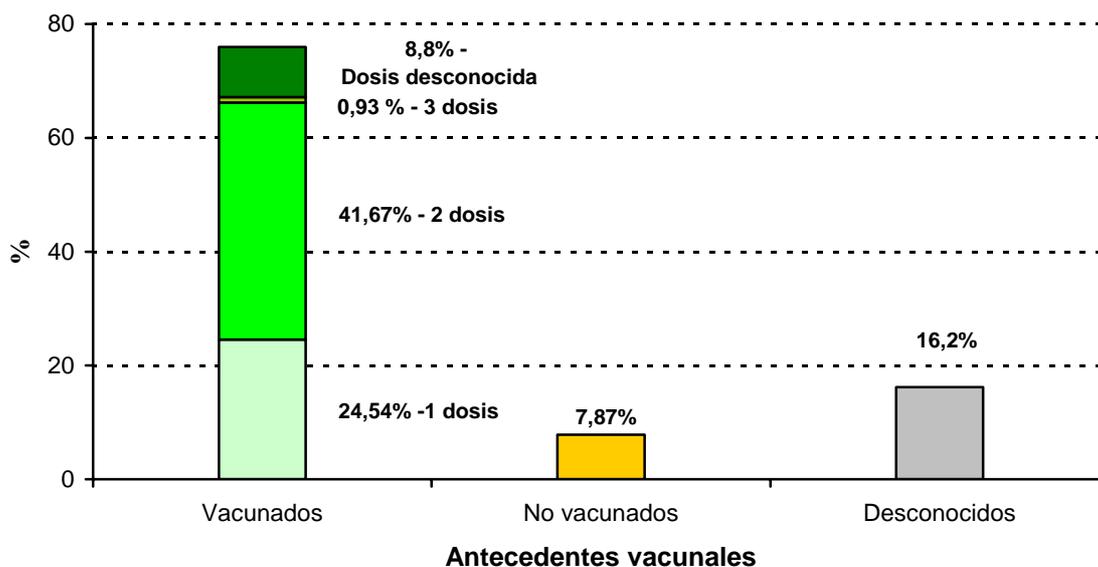


Gráfico 27. Parotiditis. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.19.- Rubéola

En el año 2004 se notificaron 14 casos de rubéola en la CM, 18 casos menos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,24 casos por 100.000 habitantes, un 45,45% menor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM, y mayor que la observada a nivel nacional siendo la razón de tasas 1,05 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2)

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con las de la CM fueron la 2 (0,68 casos por 100.000 habitantes), la 11 (0,52 casos por 100.000 habitantes), la 8 (0,45 casos por 100.000 habitantes), la 10 (0,33 casos por 100.000 habitantes), la 3 (0,3 casos por 100.000 habitantes) y la 9 (0,26 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 28). En

22 distritos no se notificó ningún caso, y los que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Chamartín (1,43 casos por 100.000 habitantes) y Aranjuez (0,77 casos por 100.000 habitantes).

En la distribución por género, se observó un reparto igualitario al 50%. Se desconocía la edad en un caso, y del resto todos los casos se produjeron en menores de 39 años, apareciendo el 71,43% de ellos en menores de 25 años (gráfico 29).

El 50% de los casos fueron clasificados como confirmados, y en todos ellos se realizó confirmación serológica. En cuanto a la forma de presentación, ninguno estaba asociado a otro caso.

El 33,33% de los casos menores de 21 años había recibido al menos una dosis de vacuna (8/15), el 33,33% no estaban vacunados y en el 33,33% se desconocía el estado vacunal (gráfico 30).

Respecto al total de casos notificados en mujeres (7), el rango de edad osciló entre 1 y 39 años (se desconocía la edad en un caso), 1 de ellas era de nacionalidad dominicana, si bien en el resto no se conoce la nacionalidad. En cuanto a sus antecedentes vacunales, 4 de ellas no estaban vacunadas y en las otras 3 se desconocía el estado vacunal. Si se consideran los varones 2 de ellos estaban vacunados.

Durante los años 2001, 2002, 2003 y 2004 no se han notificado casos de rubéola congénita en la Comunidad de Madrid.

Gráfico 28. Rubéola. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.

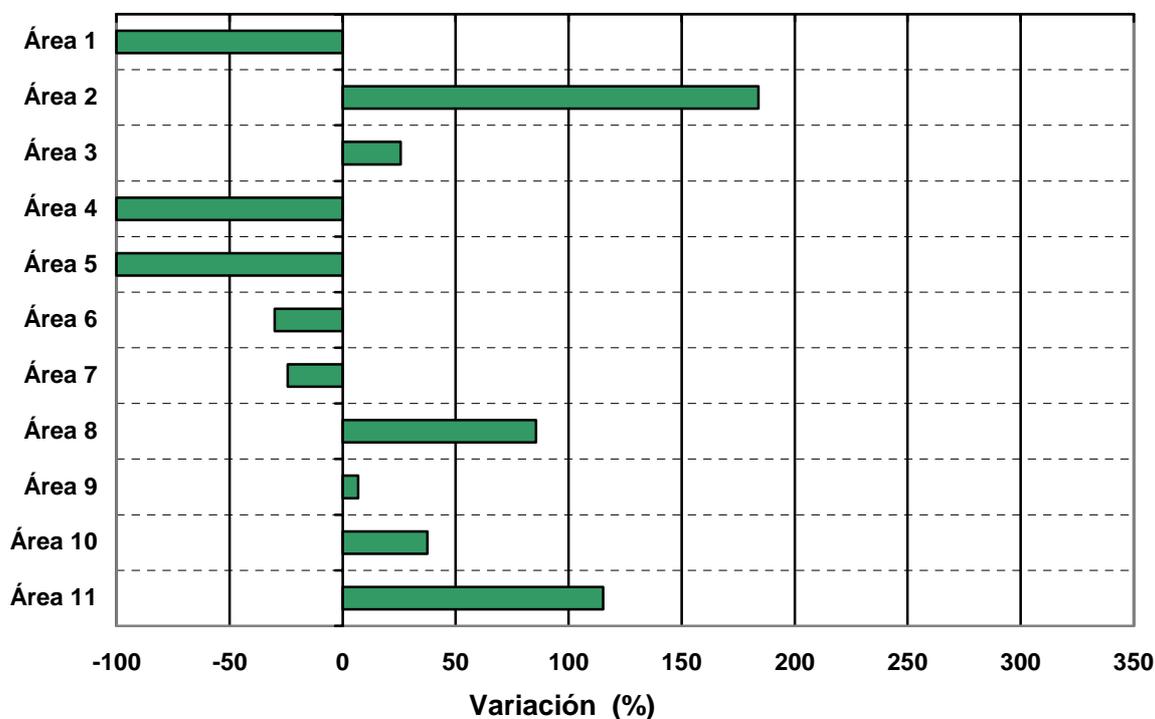


Gráfico 29. Rubéola. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2004.

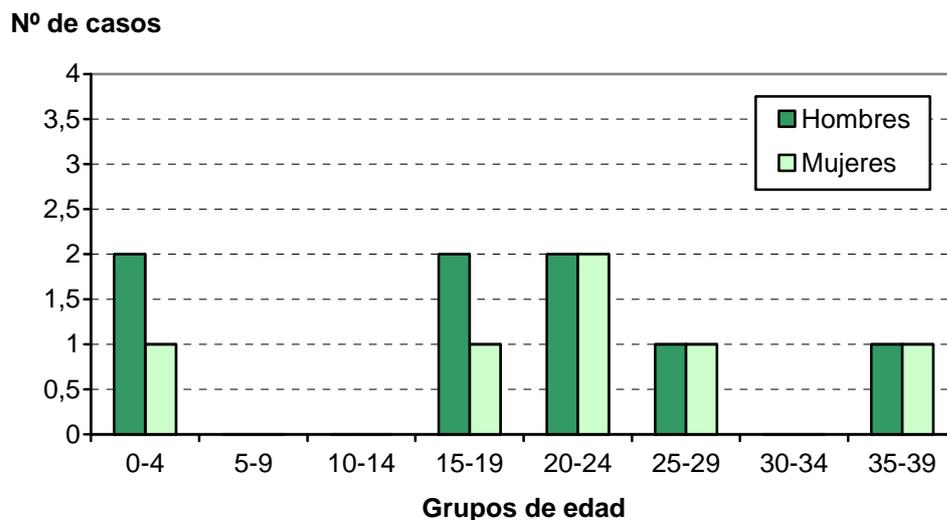
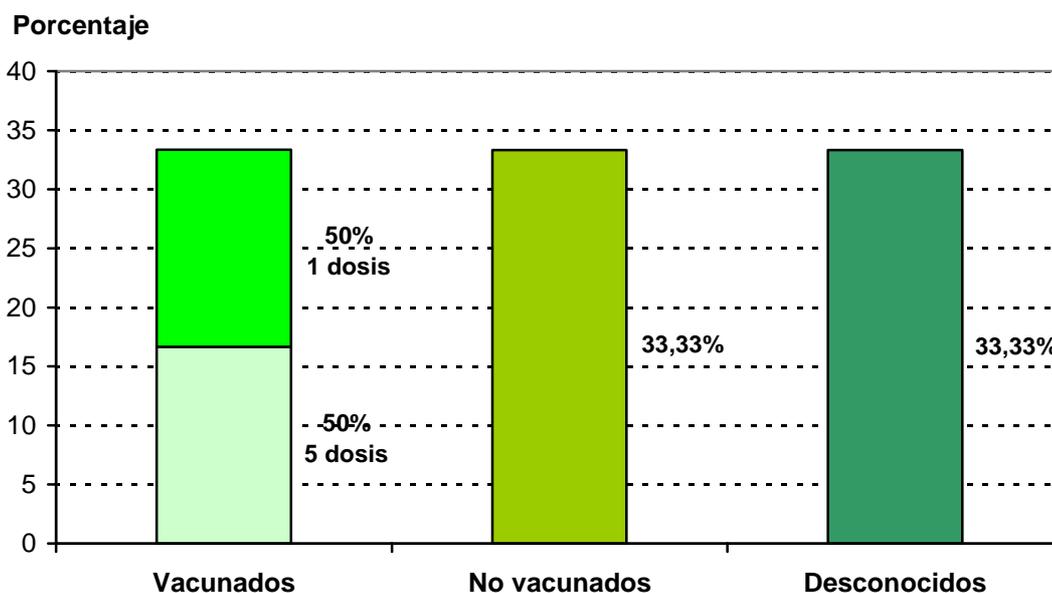


Gráfico 30. Rubéola. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2004.



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. 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 es eliminar el sarampión autóctono para el año 2005.

En el año 2004 se notificaron 15 casos sospechosos de sarampión en la Comunidad de Madrid, de los que 3 se confirmaron por laboratorio (20,0%) y el resto fueron descartados. La incidencia acumulada ha sido de 0,05 casos por 100.000 habitantes, menor que la observada en el año 2003 (0,4 por 100.000) y menor que la observada a nivel nacional (26 casos, tasa de incidencia de 0,07 casos por 100.000), siendo la razón de tasas 0,74 (gráfico 3, tabla 2).

Los 3 casos confirmados en el año 2004 se produjeron en el mes de abril y residían en las áreas 6 (1 caso) y 8 (2 casos). Ninguno estaba asociado con otro caso ni presentaban antecedentes de viaje durante el período de incubación de la enfermedad.

Todos eran mujeres jóvenes, de 23, 27 y 29 años. En cuanto al estado vacunal uno refirió haber recibido en el pasado una dosis de triple vírica, si bien no lo pudo documentar, otro refirió no estar vacunado y en el otro su estado vacunal era desconocido. No se produjo ningún caso en las cohortes sometidas al programa de vacunación infantil.

En el informe *“Plan de Eliminación del Sarampión. Comunidad de Madrid. Año 2004”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, febrero 2005, volumen 11, nº 2) se exponen más detalladamente el tema.

3.3.21.- Sífilis

En el año 2004 se notificaron 167 casos de sífilis, 49 casos más que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,28, un 132,26% 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 1,09 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM fueron la 11 (7,14 casos por 100.000 habitantes), la 7 (4,02 casos por 100.000) y la 10 (2,98 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 31). Todos los distritos sanitarios, excepto Móstoles, notificaron algún caso y los que mostraron mayores tasas fueron Villaverde (11,66 casos por 100.000 habitantes), Centro (11,28 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (9,09 casos por 100.000 habitantes) y Usera (7,10 casos por 100.000 habitantes).

El 75,45% de los casos se observó en varones. La información sobre la edad era desconocida en el 4,79% de los casos. El rango de edad varió entre 18 y 87 años, y el 67,3% de los casos se presentaron en personas de 20 a 39 años (gráfico 32).

El 65,87% de los casos se clasificaron como confirmados. En cuanto al tipo de diagnóstico, en el 96,36% se realizó diagnóstico serológico y en el 5,45% diagnóstico microbiológico (1,82 casos con ambas pruebas). El 7,78% de los casos se presentaron como asociados a otros casos de sífilis.

Durante el año 2004 se notificaron 5 casos de sífilis congénita, 1 de ellos asintomático. 2 de los casos se clasificaron como confirmados y el resto como probables. En cuanto al sexo tres de ellos eran niñas, y todos con edades menores de 1 mes al diagnóstico, residentes en las áreas 6, 7 y 11 (3 casos). A nivel nacional se notificaron 16 casos en 2004 y 2 casos en 2003, lo que supone unas tasas de incidencia de 0,09 y 0,03 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

Gráfico 31. Sífilis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.

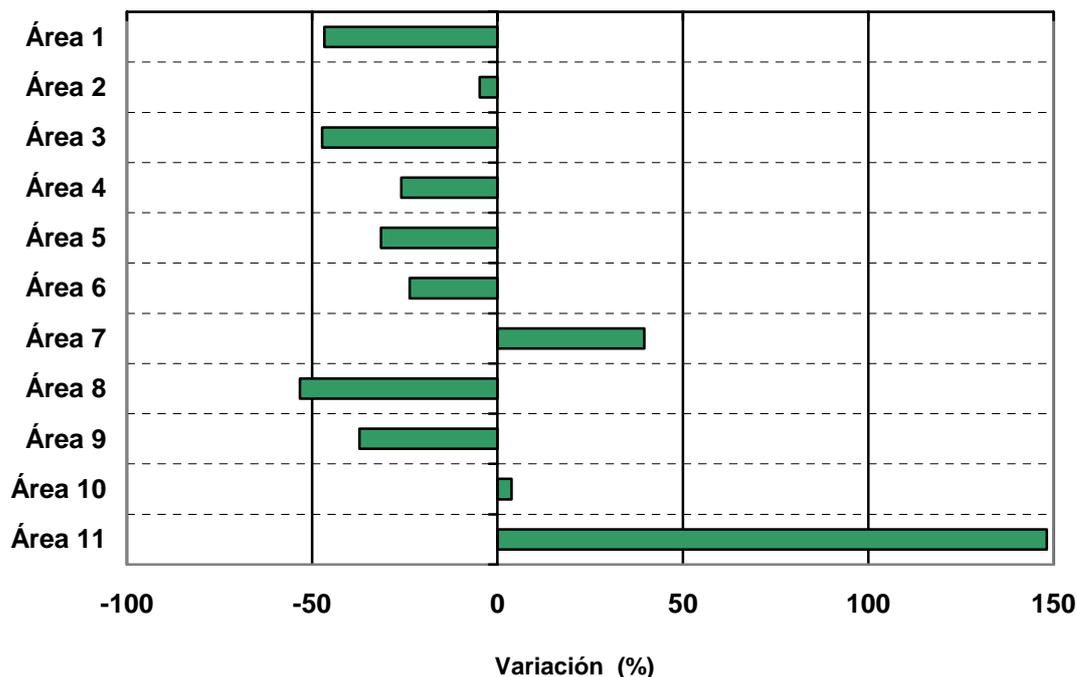
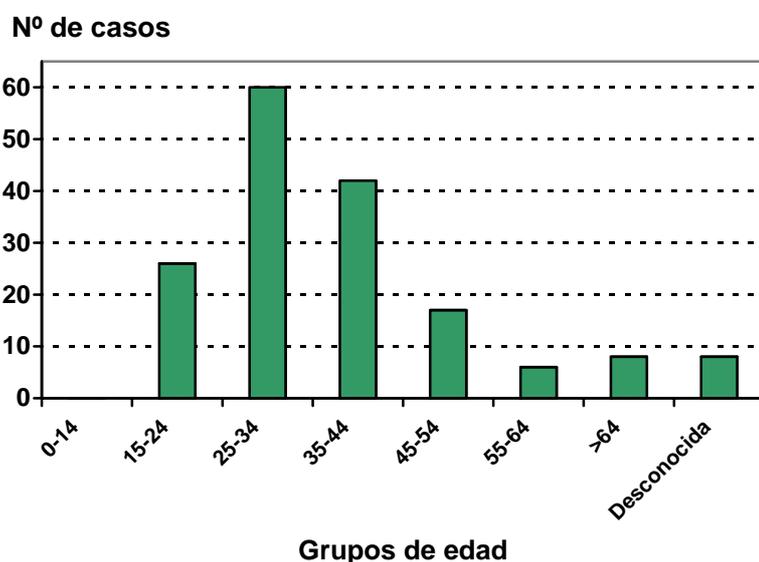


Gráfico 32. Sífilis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.22.- Tos ferina

En el año 2004 se notificaron 182 casos de tos ferina en la CM, 122 casos menos que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 3,14 casos por 100.000 habitantes, un 52,43% mayor 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 2,43 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3,

tabla 2). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 20,3 casos por 100.000 habitantes. El mayor número de casos se observó durante las cuatrisesmanas 5 a 8 del año 2004 (gráfico 33).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM fueron la 3, 11, la 4 y la 2, con 6,84, 6,22, 4,45 y 3,66 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (gráfico 34). Para los niños menores de 15 años las mayores incidencias fueron en las Áreas 11 (39,07), 3 (38,78), 4 (26,23) y 10 (17,63).

Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia en menores de 15 años fueron Villaverde (62,98 casos por 100.000 habitantes), Moncloa (51,41 casos por 100.000 habitantes), Usera (48,48 casos por 100.000 habitantes), Aranjuez (44,16 casos por 100.000 habitantes), Alcalá de Henares (43,44 casos por 100.000 habitantes) y Hortaleza (40,57 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 12).

No se disponía de información sobre la edad en un 1,65% de casos. El 55,49% se presentó en mujeres. En cuanto a la distribución por edad, el rango de edad osciló entre 1 mes y 54 años, observándose el 56,59% en el grupo de 0 a 4 años de edad, el 24,18% en el grupo de 5 a 9 años, y el 12,64% en el grupo de 10 a 14 años (gráfico 35).

El 18,13% de los casos se clasificaron como confirmados. El diagnóstico se realizó por la clínica en el 50,55% de casos, en el 35,16% se realizó diagnóstico serológico, y en el 12,64% diagnóstico microbiológico.

El estado vacunal en los menores de 21 años era desconocido en el 28,07% de los casos y el 21,05% no estaban vacunados. Entre el 50,88% de casos vacunados, se desconocía el número de dosis recibidas en el 20,69%, y el 79,31% restante estaba inmunizado con al menos una dosis de vacuna (gráfico 36).

El 20,33% de los enfermos estaban asociados a otros casos. Durante el año 2004 se notificaron 4 brotes de tos ferina en la CM, con un total de 29 afectados (1 necesitó hospitalización). El 50% de los brotes se notificó en el mes de junio. El 75% de los brotes se produjo en centros escolares, con 26 afectados, y el otro 25% en el ámbito familiar.

Gráfico 33. Tos ferina. Número de casos notificados por cuatrisesmanas. Comunidad de Madrid. Años 2003-2004.

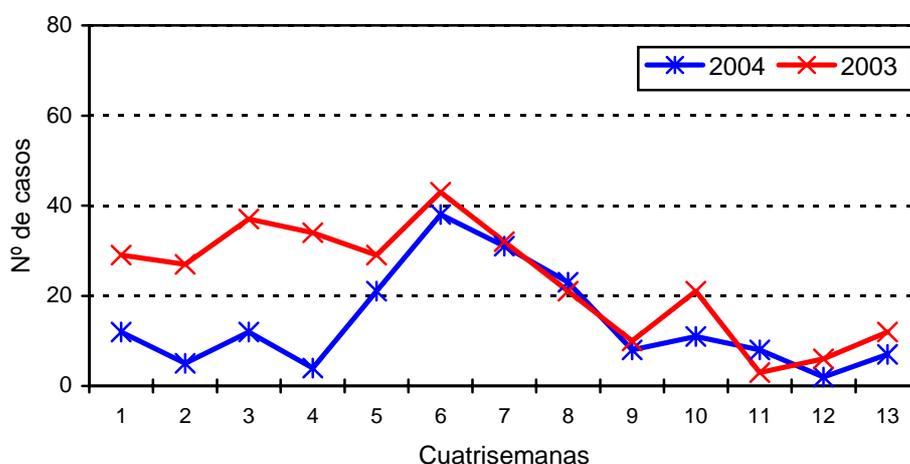
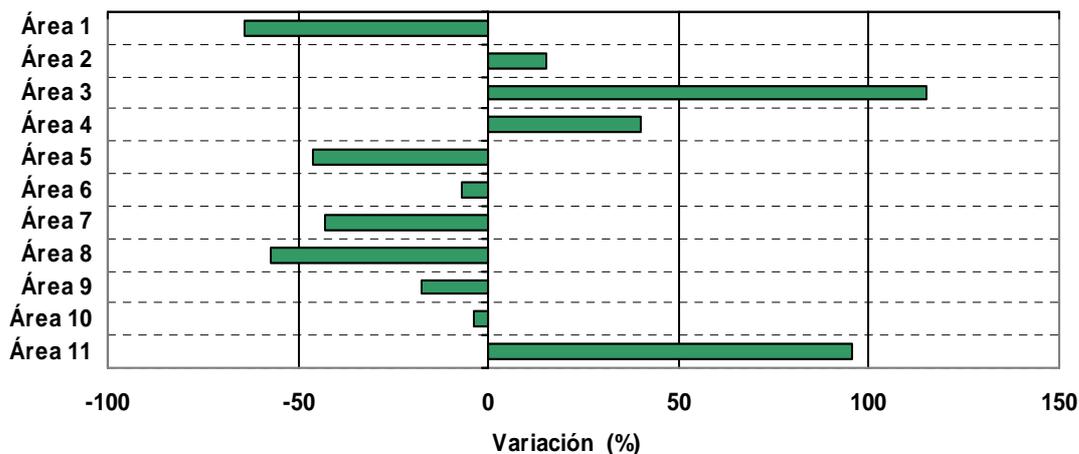


Gráfico 34. Tos ferina. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 12. Tos ferina. Tasas de incidencia en menores de 15 años por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.

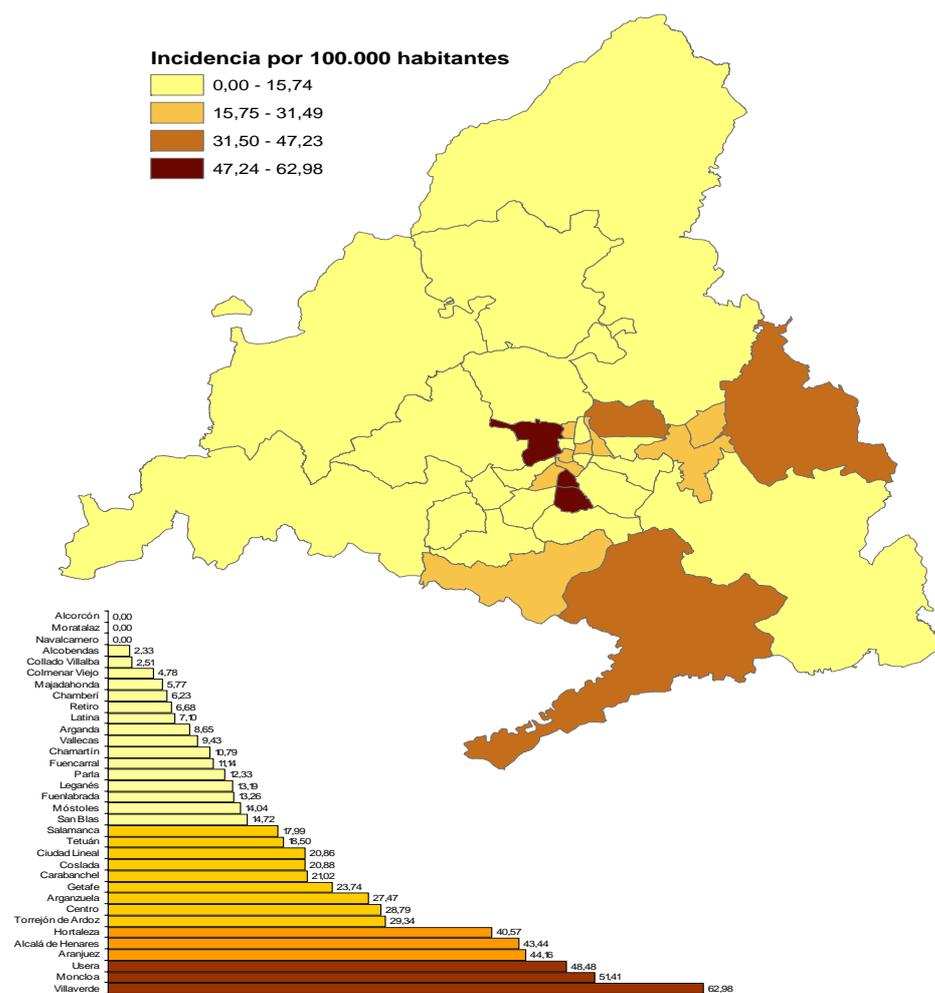


Gráfico 35. Tos ferina. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2004.

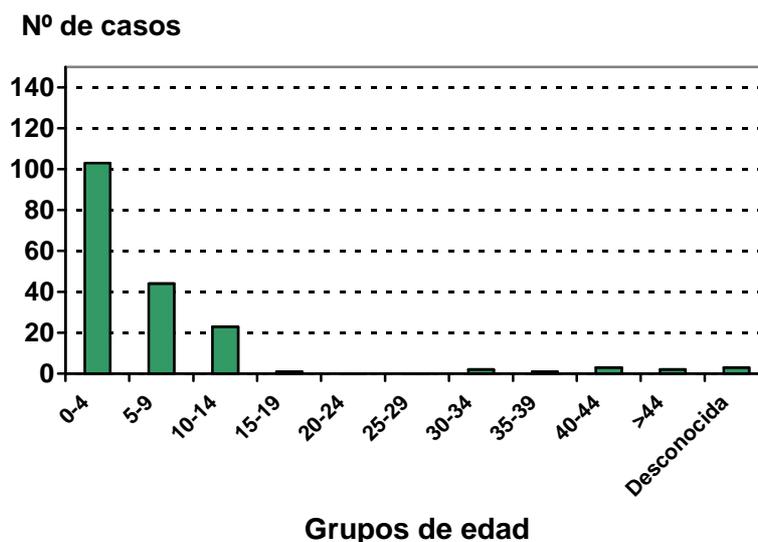
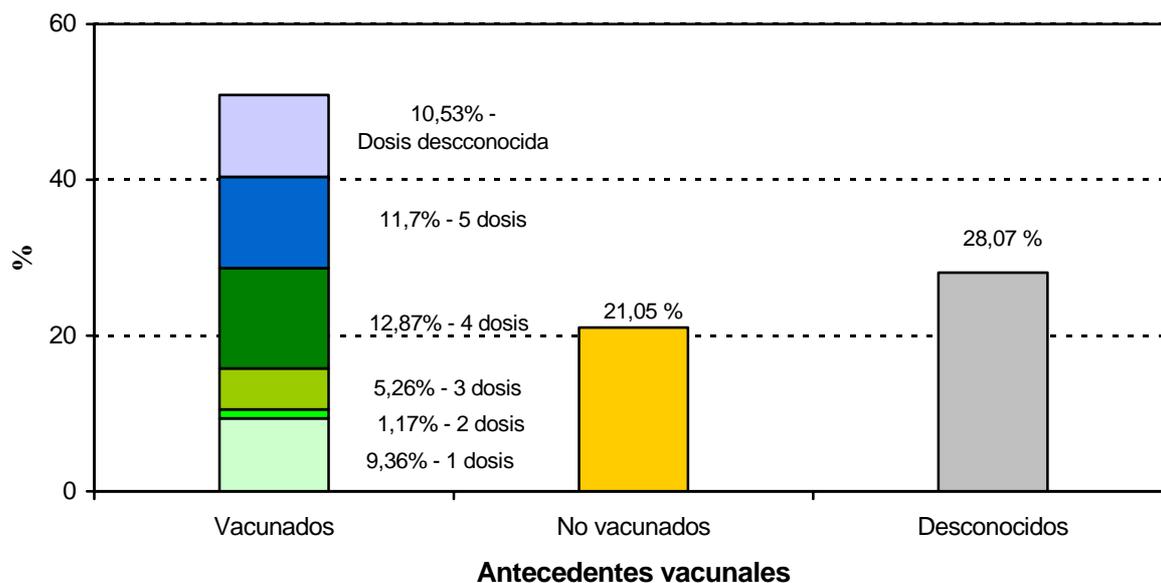


Gráfico 36. Tos ferina. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2004.



3.3.23.- Triquinosis

En el año 2004 se notificaron 27 casos de triquinosis en la CM, lo que indica una tasa de incidencia acumulada de 0,47 casos por 100.000 habitantes, superior a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 5,81 (referencia: nivel nacional).

Todos los casos corresponden a dos brotes en el que se agruparon 4 y 23 casos respectivamente. En ambos casos se relacionó con ingesta de jabalí, en un brote procedente de una matanza y en el otro el origen de la carne era Cuenca.

3.3.24.- Tuberculosis respiratoria

Durante el año 2004 se notificaron 654 casos de tuberculosis respiratoria, 203 casos menos que en 2003, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 11,27 casos por 100.000 habitantes. Estos datos son provisionales.

En el informe “*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2004*” se presentará un análisis más detallado de esta enfermedad (pendiente de publicar).

3.3.25.- Tuberculosis (otras)

Durante el año 2004 se notificaron 221 casos de otras tuberculosis, incluidas las tuberculosis meníngeas, lo que supone 64 casos menos que en 2003 y una tasa de incidencia acumulada de 3,81 casos por 100.000 habitantes. Estos datos son provisionales.

En el informe “*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2004*” se presentará un análisis más detallado de esta enfermedad (pendiente de publicar).

3.3.26.- Varicela

Durante el año 2004 se notificaron 47.957 casos de varicela, 9.971 casos más que en 2003. La tasa de incidencia acumulada fue de 826,16 casos por 100.000 habitantes, cifra un 24,38% mayor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior en la CM, y mayor que la observada a nivel nacional ese mismo año, siendo la razón de tasas 1,4 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

El mayor número de casos se registró entre las semanas 10 y 26 (ver gráfico 38). El 94,45% 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 8 (1.269,19 casos por 100.000 habitantes), la 9 (1.096,46 casos por 100.000), la 3 (1006,12 casos por 100.000) y la 2 (918,65 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 38). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Colmenar Viejo (1.598,59 casos por 100.000 habitantes) y Alcorcón (1.457,29 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 13).

Gráfico 37. Varicela. Número de casos notificados por semana. Comunidad de Madrid. Años 2003-2004.

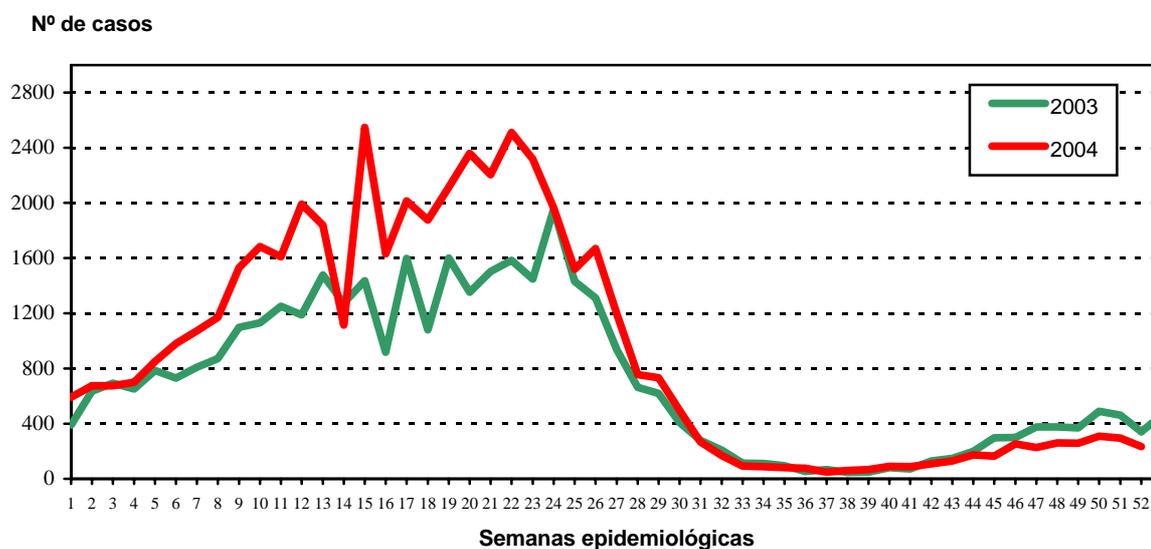
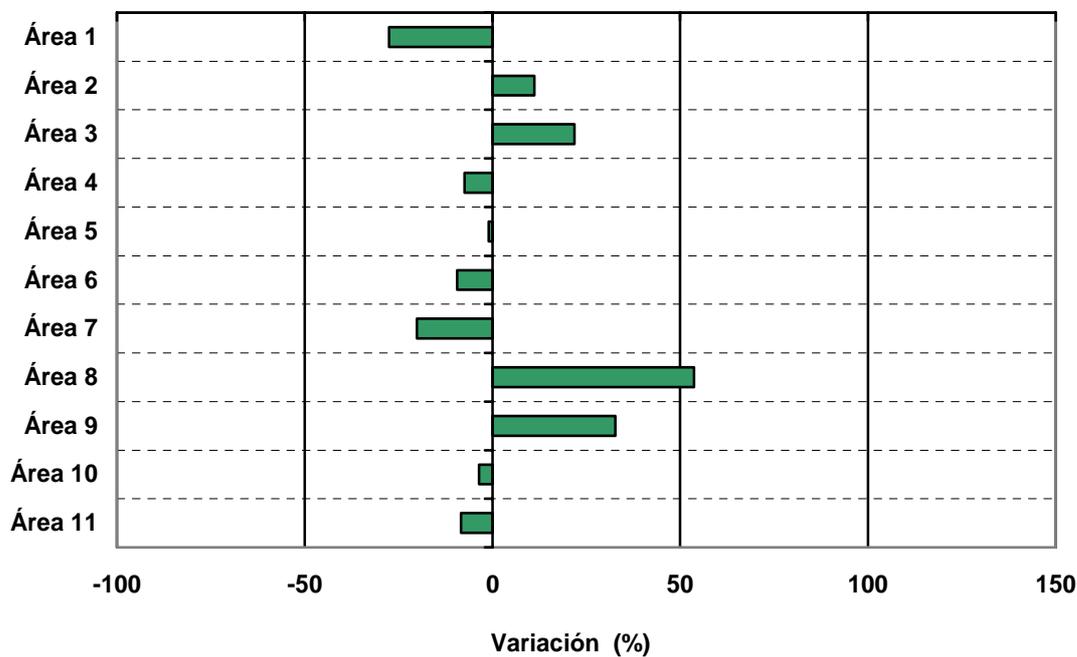
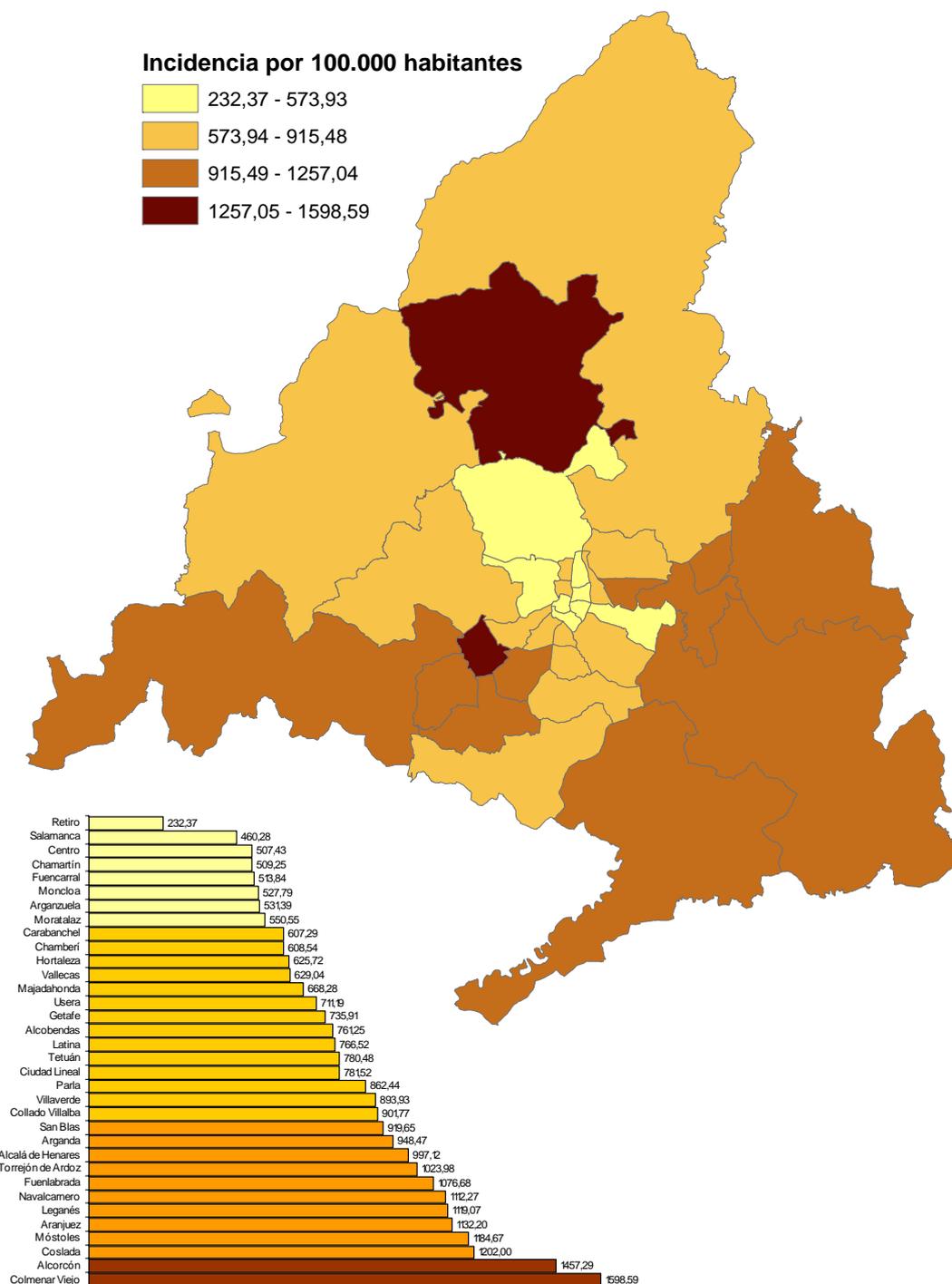


Gráfico 38. Varicela. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Mapa 13. Varicela. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2004.



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

Durante el año 2004 no se declaró ningún caso de las siguientes enfermedades: cólera, difteria, fiebre amarilla, peste, poliomielitis, rabia, rubéola 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

El grado de cumplimentación de las variables del cuestionario de notificación, por los profesionales sanitarios es bastante elevado. Así, se cuenta con datos de identificación del enfermo en el 99,4% de los casos, de edad en el 96,9%, sexo en el 99,9%, pero debería mejorarse la información de algunas variables fundamentales como son:

- 1) País de origen del caso: variable de introducción este año, y que podría suponer un importante avance en el estudio del comportamiento de las EDO en este colectivo.
- 2) Las variables relacionadas con el tipo de diagnóstico y la clasificación del caso que están incluidas en el protocolo de cada enfermedad.
- 3) 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.).
- 4) Nº de dosis de vacuna (en enfermedades incluidas en calendario vacunal).
- 5) Las variables que recogen información sobre la pertenencia a colectivos desfavorecidos.

La cobertura del sistema por Atención Primaria es aceptable (72,31%), pero claramente mejorable, por lo que habrá que seguir insistiendo en la necesidad de la declaración de todas las enfermedades, lo que puede que se consiga, entre otros métodos, facilitando la vinculación de la notificación a los sistemas informáticos de Atención Primaria (OMI). Otro aspecto a seguir mejorando es conseguir una mayor participación de los especialistas, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, en colaboración con los Servicios de Medicina Preventiva de los hospitales de la Comunidad de Madrid. También subrayar la importancia que siguen teniendo los notificadores no sanitarios, especialmente los Centros escolares, 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** se ha producido un aumento de la incidencia en todas ellas respecto al año 2003. Destaca el aumento de **triquinosis** (sin ningún caso en 2003) debido a 2 brotes asociados al consumo de jabalí de matanza. La incidencia de la **hepatitis A** sigue aumentando, ya por tercer año consecutivo, aunque el número de brotes ha disminuido respecto al 2003. Sólo 1 de los 12 brotes ocurridos se produjo por transmisión alimentaria, en el resto de brotes los contagios fueron persona a persona.

En este mismo grupo de enfermedades, se observó un aumento en la **brucelosis** respecto al 2003, destacando un brote en la industria de fabricación de quesos, con 2 casos asociados que eran manipuladores de queso crudo. De la **disentería** cabe destacar que no se ha encontrado ningún caso relacionado ni se ha notificado ningún brote.

Con respecto a las **enfermedades de transmisión respiratoria** destaca la ruptura de la tendencia ascendente en la notificación de la **legionelosis**, pero habrá que seguir mejorando la vigilancia para confirmar si esta tendencia se consolida en el tiempo.

Entre las **enfermedades de transmisión sexual**, destaca el aumento experimentado por la **infección gonocócica** y la **sífilis**, sobre todo de la **sífilis congénita**, por lo que será necesario establecer una mayor vigilancia de la sífilis, sobre todo en mujeres embarazadas. En ambas enfermedades los hombres con edades comprendidas entre 20 y 39 años fueron los más afectados.

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 similar a la de 2003. 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. Los inmigrantes y en especial sus hijos, que viajan a sus países de origen sin profilaxis, constituyen un grupo de riesgo elevado. 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 2003 y respecto a la mediana del quinquenio anterior. Este último con excepción de la **tos ferina**, que aunque se observa una disminución de más de 2 puntos en la incidencia respecto al 2003, aún es mayor que la mediana del quinquenio anterior.

Respecto al **sarampión** se ha producido una notable disminución, tanto de la notificación de sospechas como de la incidencia, y 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.

Y por último, entre las enfermedades vacunables también destaca el patrón de presentación de la **rubéola** que pone de manifiesto la persistencia de bolsas de susceptibles en la población, especialmente en el colectivo de mujeres inmigrantes, lo que implica la necesidad de seguir incrementando la cobertura vacunal en este grupo, aprovechando cualquier contacto con el sistema sanitario para informales de los riesgos y actualizar el calendario vacunal según sus antecedentes y edad.

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 2005, semanas 18 a 21
(del 1 al 28 de mayo de 2005)**

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.

SÍFILIS

Hasta la semana 21 del año 2005, se han notificado 70 casos de sífilis, que supone una incidencia acumulada de 1,21 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, 12 casos menos que el año anterior durante el mismo período (1,38 casos por 100.000 habitantes). El área sanitaria con mayor incidencia ha sido la 11, con 2,47 casos por 100.000 habitantes, seguida del área 7 2,19 casos por 100.000 habitantes.

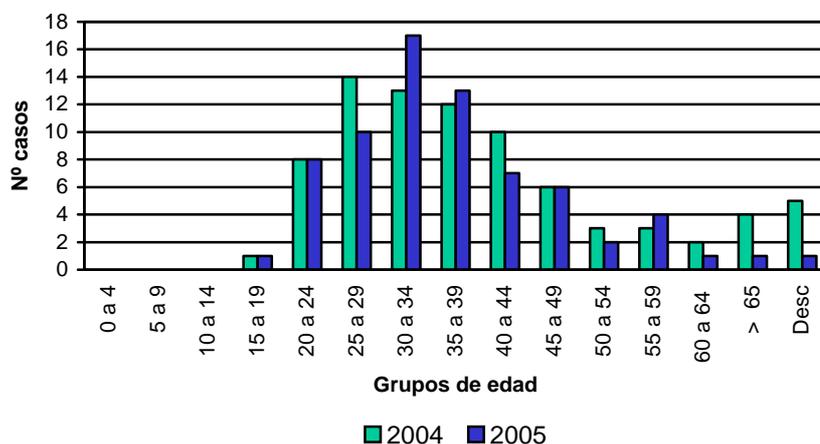
En el mapa nº 1 se presentan la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor incidencia se ha observado en los distritos Arganzuela (área 11) Centro (área 7), y Navacarnero (área 8) con 4,89, 4,23 y 3,72 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

En la distribución por género, el 81,4% corresponde a hombres. El rango de edad osciló entre 17 y 68 años. En el gráfico nº 1 aparece la distribución de casos de sífilis por grupos de edad, en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 21 de los años 2005 y 2004.

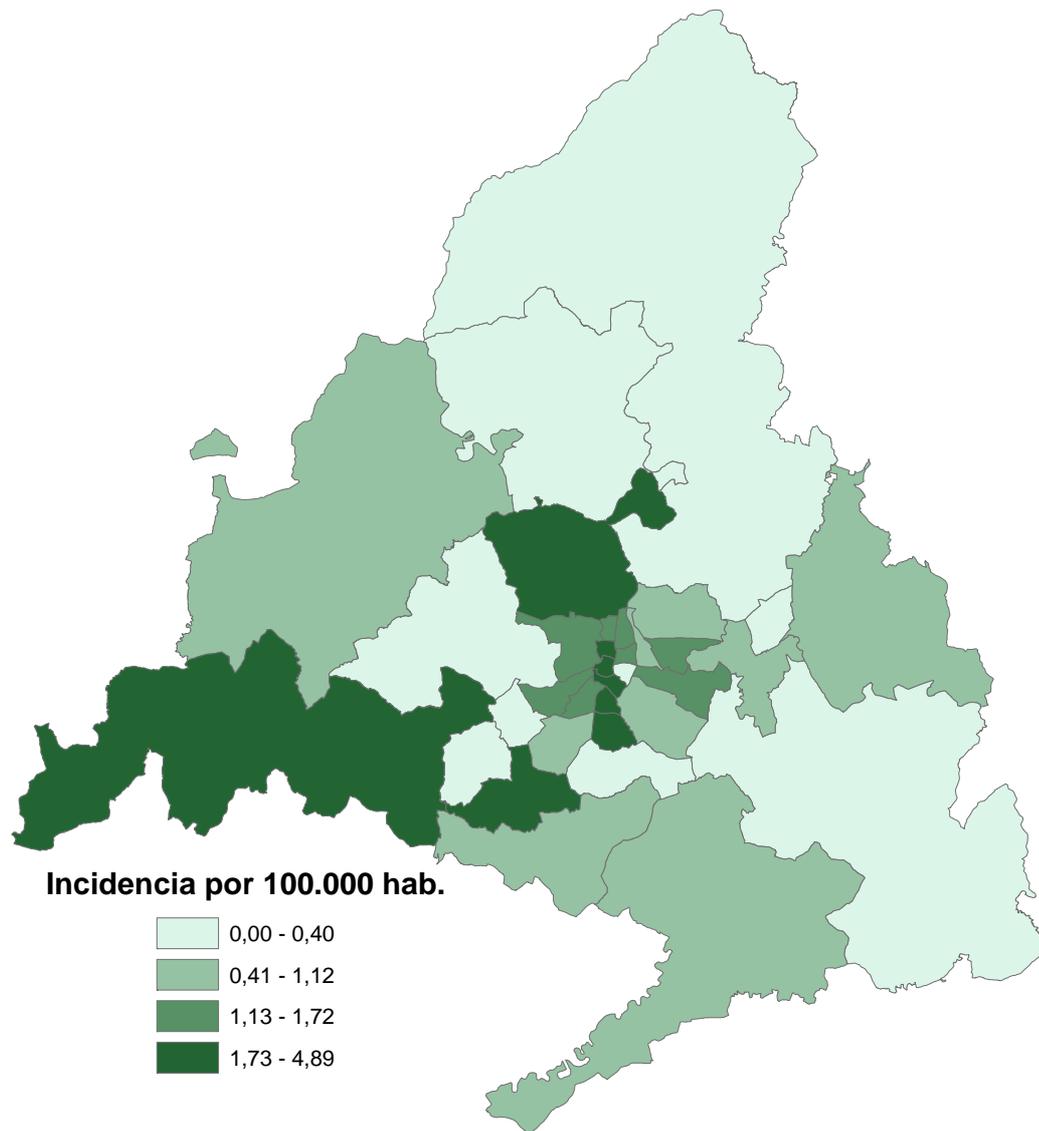
Considerando el tipo de diagnóstico, en el 87,1% se realizó diagnóstico serológico y en el 2,9% microbiológico. Del total de casos, 22,9% fueron derivados a atención especializada y el 80% de los casos se clasificaron como confirmados.

En el periodo analizado del año 2005 no se ha notificado ningún caso de sífilis congénita.

Gráfico 1.- SÍFILIS. Casos notificados en las semanas 1 a 21. Distribución por grupos de edad. Años 2005 y 2004. Comunidad de Madrid.



**Mapa 1.- SÍFILIS. Incidencia acumulada por distritos sanitarios.
Semana 1- 21. Año 2005. Comunidad de Madrid.**



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2005, semanas 18 a 21 (del 1al 28 mayo 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***	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.																				
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	2	10	1	3	0	2	0	4	0	2	0	3	1	9	1	12	0	3	0	2	1	7	6	57
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	6
Meningitis bacterianas, otras	0	1	1	2	1	1	0	2	0	6	0	4	0	3	1	6	1	3	0	0	6	11	10	40
Meningitis víricas	0	1	1	1	6	10	0	0	3	12	3	7	0	1	1	8	7	12	0	2	12	21	33	75
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	0	1	2	7	0	0	0	15	1	7	1	2	1	17	2	12	0	3	0	1	1	7	9	73
Hepatitis B	0	7	1	4	0	2	0	0	0	2	3	7	1	9	1	5	0	2	0	3	5	17	11	58
Hepatitis víricas, otras	0	2	0	1	0	8	1	4	0	2	1	5	0	8	0	2	1	4	0	2	4	17	7	56
Enf transmisión alimentos																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4
Triquinosis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Enf transmisión respiratoria																								
Gripe	8	8456	81	11834	28	6540	76	8402	423	20645	59	12752	258	17581	119	18091	25	7550	7	5107	173	17129	1257	134105
Legionelosis	1	2	1	1	0	1	0	3	0	2	1	8	0	1	5	5	0	1	0	2	0	4	8	30
Varicela	252	803	342	1093	126	468	170	664	310	945	284	1067	162	672	343	1206	115	490	403	1162	488	1816	2995	10386
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	1	1	0	1	0	1	0	4	0	1	3	5	0	6	0	0	1	4	1	3	2	4	8	30
Sífilis	1	5	1	5	0	1	3	5	1	7	1	4	3	12	1	3	2	8	0	1	4	19	17	70
Antropozoonosis																								
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4
Leishmaniasis	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	2	3	8
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf prevenibles inmunización																								
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	2	12	1	7	10	27	3	11	3	22	4	18	4	9	3	17	1	7	1	7	6	17	35	141
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	14	1	8	4	31	10	81	8	23	14	113	7	53	4	15	1	8	1	9	9	73	59	428
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
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	1	5	1	10	0	1	0	0	0	0	0	1	0	5	1	3	0	0	2	10	5	36
Enf importadas																								
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	0	1	7	0	1	0	1	0	1	1	4	4	10	3	10	0	0	1	5	10	39
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis *																								
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf notificad sist especiales																								
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	0	0	0	2	4
Lepra	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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
Poblaciones **	704.030		436.986		321.576		561.912		701.564		573.249		551.242		438.715		380.230		294.236		755.202		5.718.942	
Cobertura de Médicos	67,33 %		91,28%		93,79 %		97,65 %		87,98 %		74,56%		61,83 %		73,44 %		61,44 %		81,48 %		54,05 %		75,09 %	

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2003 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 18 a 21 (del 1 al 28 de mayo de 2005)

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

Brotes de origen alimentario. Año 2005. Semanas 18-21

Area	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Madrid (Moratalaz)	Restaurante	52	9	Desconocido	Desconocido
1	Madrid (Moratalaz)	Restaurante	189	46	Desconocido	Desconocido
1	Fuentidueña de Tajo	Restaurante	8	3	Desconocido	<i>Salmonella sp</i>
3	Torrejón de Ardoz	Colegio	74	23	Cocido	Desconocido
4	Madrid (Ciudad Lineal)	Colegio mayor	81	15	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
4	Madrid (Ciudad Lineal)	Restaurante	4	4	Huevo escalfado	<i>S. enteritidis</i>
4	Madrid (Ciudad Lineal)	Restaurante	4	3	Huevo escalfado	<i>Salmonella sp</i>
5	Madrid (Tetuán)	Restaurante	33	14	Pastel	Desconocido
5	Alcobendas	Feria	4	4	Marisco	Desconocido
5	Madrid (Tetuán)	Familiar	21	17	Pollo asado	<i>S. enteritidis</i>
6	Madrid (Moncloa)	Familiar	10	8	Mayonesa	Desconocido
6	Guadarrama	Restaurante	62	24	Marisco	<i>S. enteritidis</i>
6	Las Rozas de Madrid	Familiar	30	21	Mayonesa	<i>S. enteritidis</i>
6	Guadarrama	R. ancianos	230	83	Desconocido	<i>Salmonella sp</i>
8	Móstoles	Familiar	3	3	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
8	Alcorcón	Restaurante	36	22	Desconocido	<i>Salmonella sp</i> *
8	Alcorcón	Familiar	6	5	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
9	Leganés	R. ancianos	254	43	Desconocido	Virus*
10	Getafe	Bar	7	4	Tortilla	Desconocido

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Brotes de origen no alimentario. Año 2005. Semanas 18-21

Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	Escabiosis	Madrid (Vallecas)	Centro asistencial	4	4	<i>S. scabiei</i> *
2	Tos ferina	Velilla de S. Antonio	Colegio	25	3	<i>B. pertussis</i> *
5	Eritema infeccioso	Madrid (Fuencarral)	Colegio	400	19	Virus*
6	Gastroenteritis aguda	Boadilla del Monte	Colegio	1760	417	Virus*
6	Tos ferina	Pozuelo de Alarcón	Familiar	5	4	<i>B. pertussis</i>
8	Gastroenteritis aguda	Alcorcón	Centro sanitario	7	7	<i>Rotavirus</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2005. Semanas 18-21 y datos acumulados hasta la semana 21**

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 18-21	Acum.	Sem 18-21	Acum.
<i>Lugar de consumo</i>				
Bares, restaurantes y similares	10	21	133	172
Domicilio	3	13	46	93
Centros escolares	1	5	23	224
Comedor de empresa	0	1	0	58
Residencias PPMM	2	3	126	161
Otras residencias	1	1	15	15
Otros	2	3	8	88
Desconocido	0	1	0	5
Total	19	48	351	816
Brotes de origen no alimentario	Sem 18-21	Acum.	Sem 18-21	Acum.
Gastroenteritis aguda	2	13	424	907
Tos ferina	2	2	7	7
Escabiosis	1	4	4	15
Escarlatina	0	2	0	12
Molusco contagioso	0	1	0	7
Eritema infeccioso	1	3	19	29
Hepatitis A	0	2	0	8
Fiebre Pontiac	0	1	0	9
Psitacosis	0	1	0	3
Meningitis vírica	0	1	0	2
Total	6	30	454	999
TOTAL BROTES NOTIFICADOS	25	78	805	1815

Entre las semanas epidemiológicas 18 y 21 se han notificado 19 **brotes de origen alimentario**. Los colectivos de aparición más frecuentes son los bares y restaurantes (10 brotes) y los familiares (5 brotes). Los alimentos preparados con huevo son los más frecuentemente implicados (8 brotes). En 10 brotes se aisló *Salmonella*.

En el período analizado (semanas 18-21) fueron detectados 6 **brotes de origen no alimentario**, con un total de 454 casos asociados. En 3 de los brotes estuvo implicado un centro escolar. El mayor número de casos está asociado a un brote de gastroenteritis aguda de probable etiología vírica ocurrido en un centro escolar del área 6, con 417 afectados, de los que ninguno requirió ingreso hospitalario.

Desde el inicio del año 2005 hasta la semana 21 han ocurrido 78 brotes y 1815 casos asociados. En el 61,5% de los brotes (48 de 78), el agente causal fue vehiculizado por algún alimento. Los brotes de origen alimentario fueron responsables del 45,0% de los casos (816 de 1815). La mayor parte de los casos asociados a brotes se han debido a brotes de gastroenteritis aguda de origen no alimentario (50,0%).

En las primeras semanas del año se detectó un **incremento de casos de rubéola en la Comunidad de Madrid**, por lo que se llevó a cabo un reforzamiento de la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad. De entre los casos notificados hasta la semana 21 se han detectado 111 casos asociados a otros casos y 38 agrupaciones de 2 ó más casos, de las que 24 (63,2%) están constituidas por 2 casos, 13 por 3 casos y 1 por 4.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2005, semanas 18 a 21
(Del 1 al 28 de mayo de 2005)

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 33 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, 2003" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2004, Vol. 10, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/Agosto2004.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/gripe04.pdf>

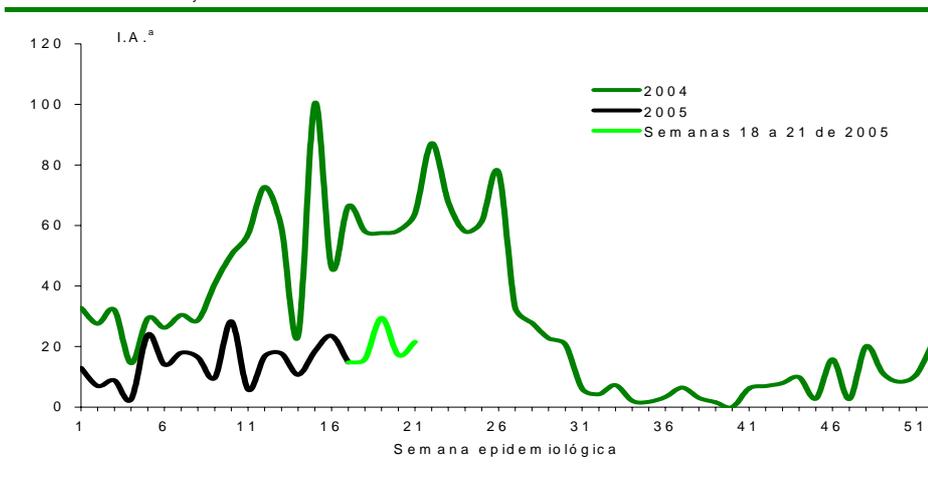
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 80,8%, siendo la cobertura a lo largo del año 2005 del 79,0%. Para la gripe, la cobertura alcanzada en este período ha sido del 87%.

VARICELA

Durante las semanas 18 a 21 del año 2005 han sido declarados 67 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 82,7 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 62,9 – 102,5). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2004 y 2005.

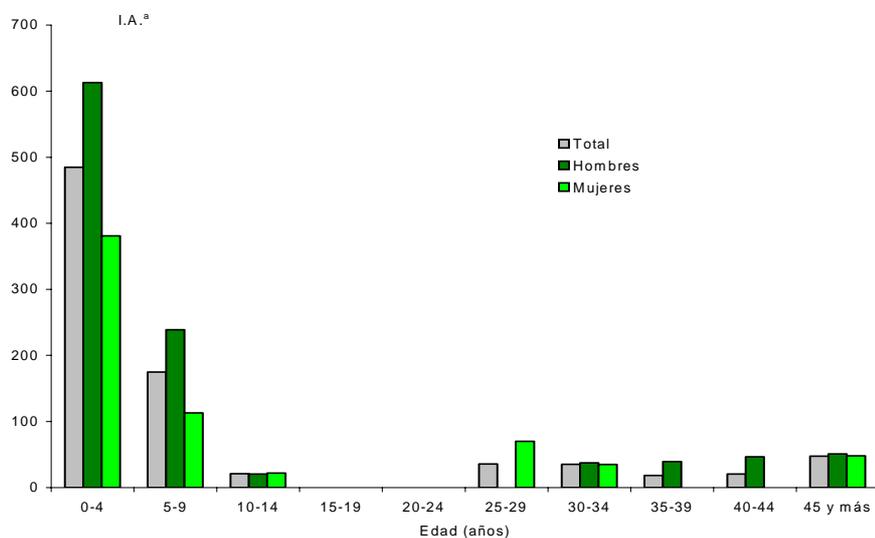
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.



El 61,2 % de los casos (41) se dio en hombres, y el 38,8 % (26 casos), en mujeres. Entre los hombres, la incidencia acumulada fue de 105,2 por 100.000 (IC 95 %: 73,0 – 137,3), y entre

las mujeres fue de 61,9 por 100.000 (IC 95 %: 38,1 – 85,7). El 87,3 % de los casos se dio en menores de 15 años, donde la incidencia acumulada es de 209,3 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 154,0 – 264,5). 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 18 a 21 de 2005.



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

En el 76,1 % de los casos (51) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, en 1 caso fue el contacto con un caso de herpes zóster, y otro caso adquirió la enfermedad en el seno de un brote; en el 20,9 % (14 casos) se desconocía la fuente; en el 52,2 % de los casos el lugar de exposición fueron la guardería o el colegio, en el 20,9 % fue el hogar, en un solo caso (1,5 %) fue el lugar de trabajo, y en el 25,4 % el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 del año

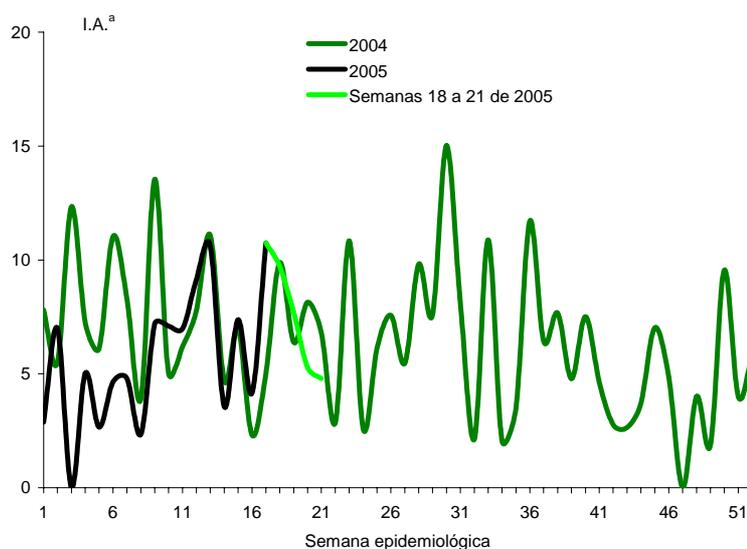
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	51	(76,1)
Caso de herpes zóster	1	(1,5)
Brote de varicela	1	(1,5)
Desconocido	14	(20,9)
Total	67	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	12	(17,9)
Colegio	23	(34,3)
Hogar	14	(20,9)
Trabajo	1	(1,5)
Desconocido	17	(25,4)
Total	67	(100)

Como complicaciones, se notificaron tres infecciones bacterianas. Ningún paciente precisó de asistencia especializada.

HERPES ZÓSTER

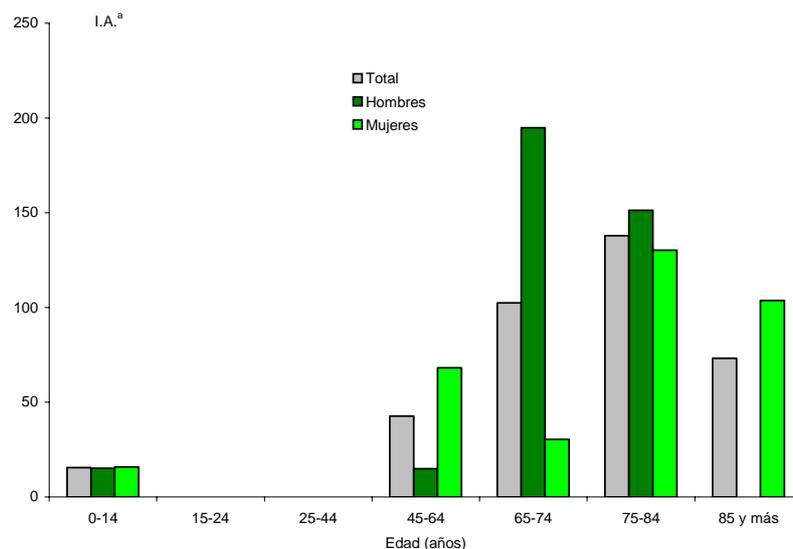
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 22 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 18 a 21, lo que representa una incidencia acumulada de 22,2 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 15,8 – 38,5). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2004 y 2005. 12 de los casos se dieron en mujeres, y 10 en hombres. La edad mediana fue de 67 años, y se notificaron 4 casos en personas menores de 45 años, dos niñas de 7 y 9 años y dos niños de 4 y 7 años. La incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad. (Gráfico 4).

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2005.

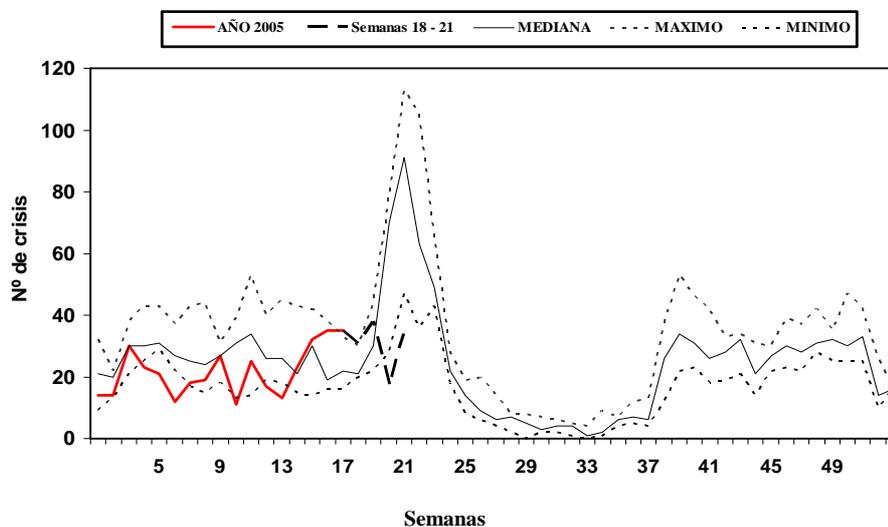


^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Crisis asmáticas. Año 2005

Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2004.

	Semanas 18 a 21	Año 2005
Gripe ^a	3	990
Varicela	67	261
Herpes zoster	22	100
Crisis asmáticas	120	486

^a Desde la semana 40 de 2004.



INFORMACIÓN DE: Tuberculosis Legionela Enfermedad meningocócica Sarampión Notificación microbiológica.

Semanas 1 a 17 (desde el 2 de enero hasta el 30 de abril de 2005)

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

TUBERCULOSIS

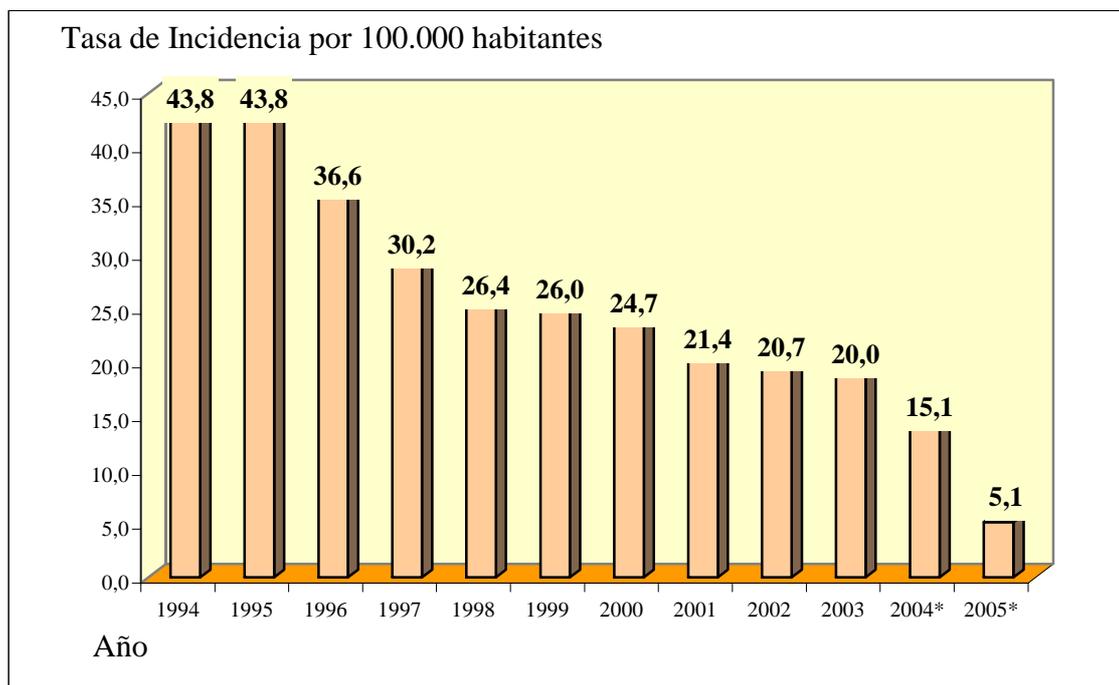
En esta sección se presentan los datos provisionales, recogidos en el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid del año 2005, respecto a los pacientes con domicilio en la Comunidad de Madrid.

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

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

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

El último informe publicado a nivel Regional con información consolidada corresponde al Informe del registro de casos de tuberculosis del año 2002 que aparece en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de noviembre 2004;11 (10).

Gráfico 1. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1994 – 2005 (semanas 1-17).

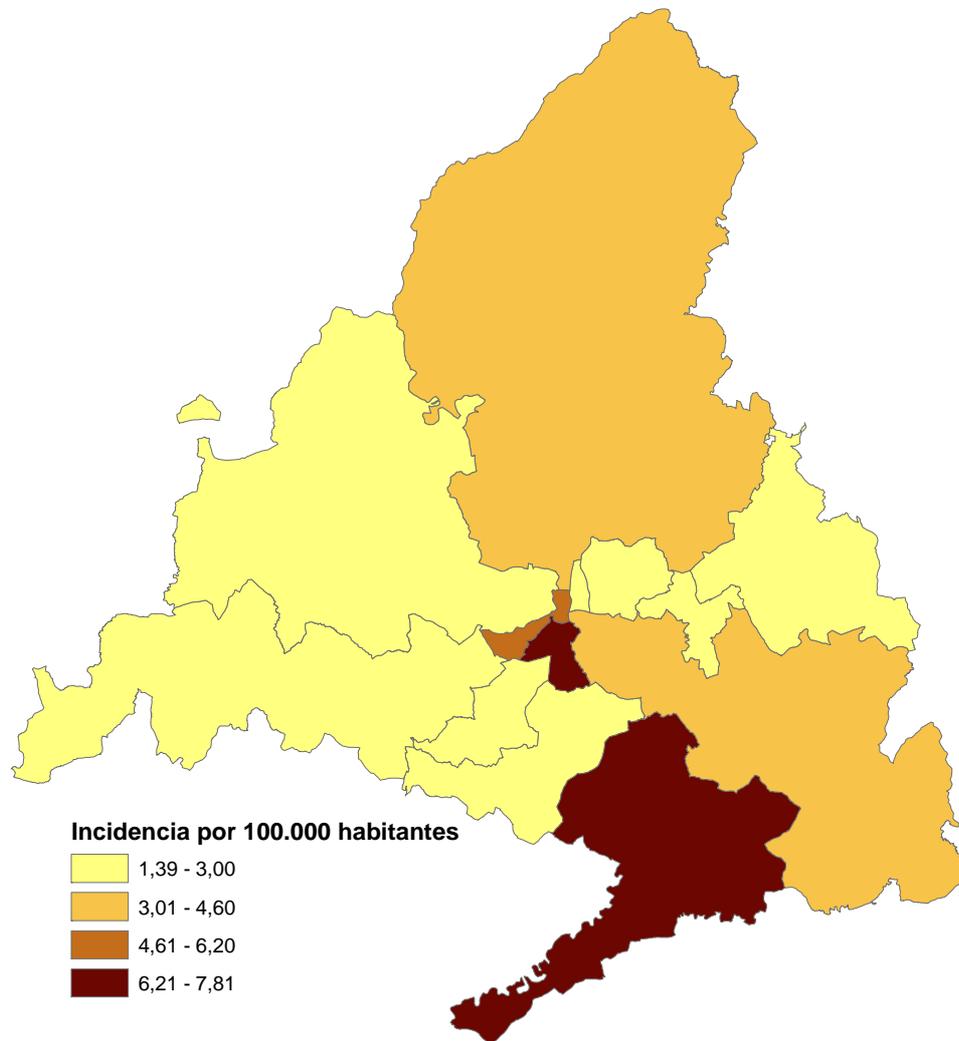
*Datos provisionales hasta el 1 de enero de 2005

Tabla 1. Número de casos de tuberculosis detectados en 2005 (semanas 1-17) según género, localización pulmonar, y grupo de edad. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

	N	%	Tasa de incidencia por 100.000 hab.
Casos detectados	244	100	4,20
Género: Masculino	135	55,3	4,81
Femenino	104	42,6	3,47
Desconocido	5	2,0	
Casos detectados de localización pulmonar	195	79,9	3,36
Grupos de edad: 0-14 años	13	5,4	1,55
15-24 años	41	16,8	5,64
25-44 años	118	48,4	5,70
45-64 años	33	13,5	2,49
>64 años	34	13,9	4,02
Desconocido	5	2,0	

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

Mapa 1. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes según área de residencia desde 1 de enero a 30 de abril de 2005. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.



LEGIONELOSIS.

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

En el periodo comprendido entre las semanas 1 y 17 del año 2005 se han notificado 22 casos, que supone una tasa de 0,38 casos por 100.000 habitantes, muy superior a los 7 casos notificados durante ese mismo período del año 2004 (tasa de 0,12 casos por 100.000 habitantes).

Teniendo en cuenta el género, 12 casos (54,5%) fueron varones. La mediana de edad fue de 49 años con un rango de 13 a 82 años.

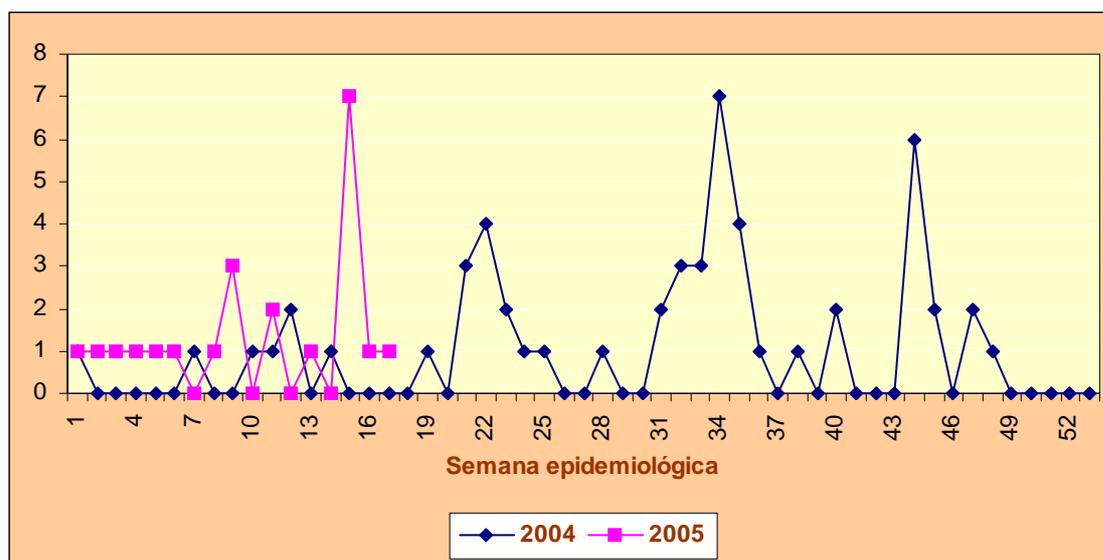
En relación con los factores predisponentes se observa que el 31,8%, eran fumadores, el 18,2% tenía antecedente de alguna enfermedad inmunosupresora (neoplasias, tratamiento con corticoides, otras), el 13,6% tenían antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y un caso padecía diabetes mellitus.

Considerando el tipo de diagnóstico, fue sospechoso o probable en 1 caso con títulos de Ac SG1>256 y de confirmación en 21 casos (84,2%), siendo la confirmación a través de la detección de antígeno en orina en 18 de ellos (86%) y en el resto a través de seroconversión.

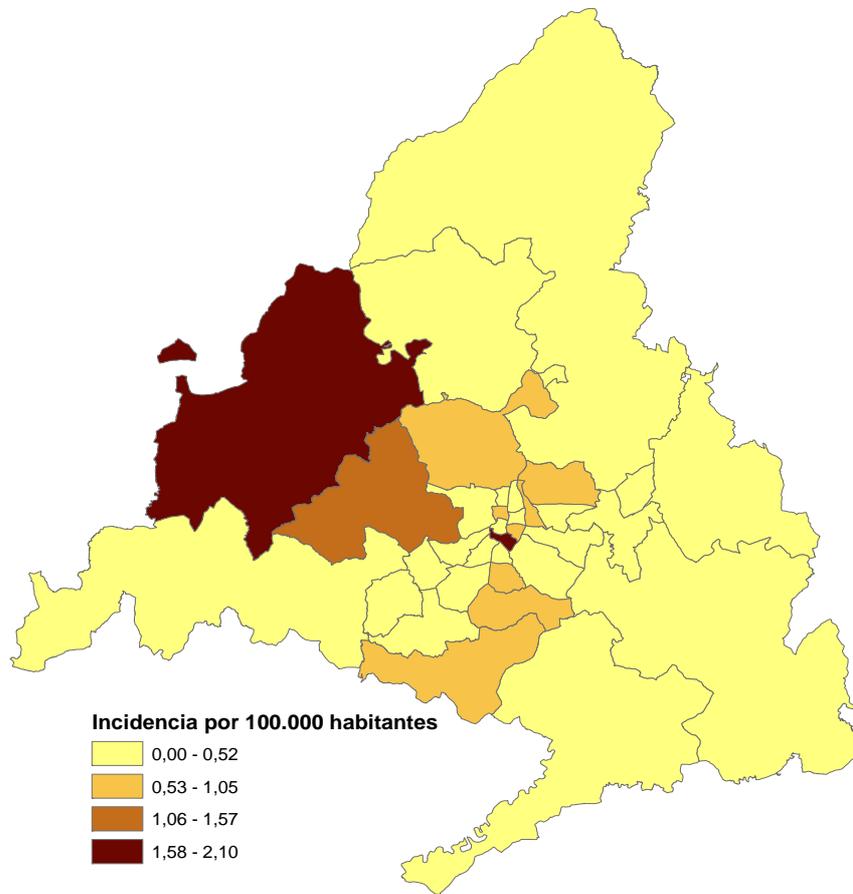
El modo de presentación de 9 casos fue asociado a brote con una fuente de exposición común: una instalación de baño doméstica. Se trata de una familia, sus vecinos y amigos con residencia en Collado Villalba y en Arganzuela. El cuadro clínico en todos ellos se inició en torno a la semana 15. El resto de casos fueron esporádicos, existiendo el antecedente de viaje en los últimos 10 días en 3 casos (13,6%).

En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor tasa de incidencia se ha observado en el distrito de Arganzuela (área11) con una tasa de 2,10 casos por 100.000 habitantes seguido de los distritos de Collado Villalba y Majadahonda (área 6) con unas tasas de 1,90 y 1,13 casos por 100.000 habitantes respectivamente. El resto de distritos de la Comunidad de Madrid presentaron tasas inferiores a 1 caso por 100.000.

Gráfico 1.- LEGIONELOSIS. Casos notificados por cuatrisesemanas. Años 2004 y 2005 (semanas 1-17) Comunidad de Madrid.



Mapa 1.- LEGIONELOSIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios, por 100.000 habitantes (semanas 1-17 de 2005). Comunidad de Madrid.



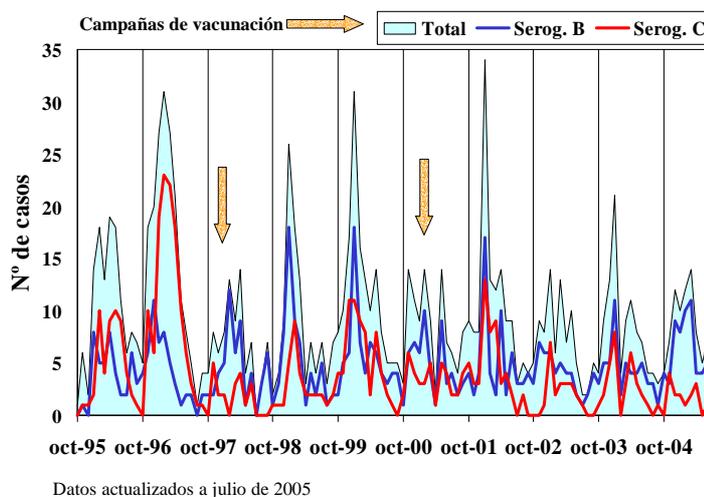
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

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

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

En este informe se presentan los datos de la temporada actual (temporada 2004-05) y de la temporada anterior (temporada 2003-04), en el período comprendido entre la semana 41 de un año y la semana 17 del siguiente año.

Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada
Temporadas 1995-96/2004-05

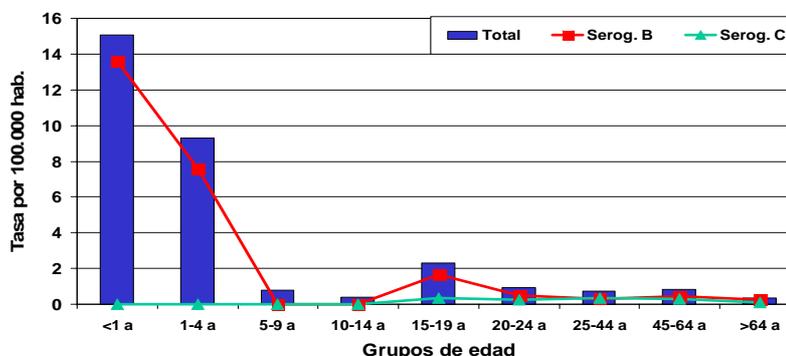


**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA.
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADAS 2003-04 Y 2004-05
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 17**

SEROGRUPO	Temporada 2003-04				Temporada 2004-05			
	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo A	1	0,02	0	0,0	0	0,00	0	-
Serogrupo B	34	0,59	0	0,0	48	0,83	4	8,3
Serogrupo C	24	0,42	7	29,2	14	0,24	4	28,6
Serogrupo Y	0	0,00	0	-	1	0,02	0	0,0
Serogrupo W135	3	0,05	2	66,7	0	0,00	0	-
Sin serogrupar	5	0,09	0	0,0	3	0,05	0	0,0
Total confirmados	67	1,17	9	13,4	66	1,14	8	12,1
Sospechas clínicas	16	0,28	0	0,0	9	0,16	1	11,1
TOTAL	83	1,45	9	10,8	75	1,29	9	12,0

- Tasas por 100.000 habitantes (Población: Padrón continuo años 2003 y 2004)

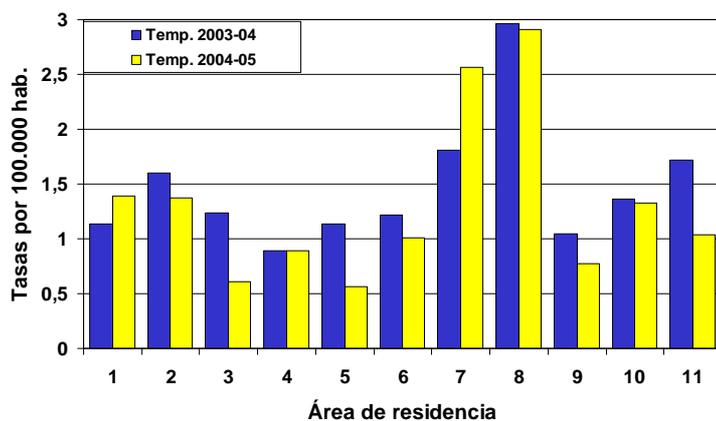
Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Temporada 2004-2005 (semanas 41-17)



**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR ÁREA DE RESIDENCIA
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADA 2004-05
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 17**

ÁREA	Serog. B	Serog. C	Otros Serog.	Sin Serogrupal	Total confirmados	Sospechas clínicas	TOTAL
1	8	2	0	0	10	0	10
2	2	2	0	1	5	1	6
3	2	0	0	0	2	0	2
4	3	2	0	0	5	0	5
5	2	1	0	1	4	0	4
6	5	0	0	0	5	1	6
7	7	4	1	0	12	2	14
8	10	1	0	0	11	2	13
9	1	0	0	1	2	1	3
10	3	1	0	0	4	0	4
11	5	1	0	0	6	2	8
TOTAL	48	14	1	3	66	9	75

Enfermedad meningocócica por Área de residencia
Temporadas 2003-04 y 2004-05 (semanas 41-17)



PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN. INFORME CUATRISEMANAL

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 es 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 12 casos sospechosos de sarampión hasta la semana 17, que finalizó el 30 de abril. Todos los casos se descartaron menos uno, un niño de etnia gitana, de 12 años de edad y no vacunado, del que no se pudo extraer muestra, por lo que fue clasificado como compatible (tabla 1). En el mismo período del año 2004 se notificaron 10 casos, de los que 3 se confirmaron por laboratorio. Los casos tenían entre 23 y 29 años de edad y en uno se detectó el genotipo C2.

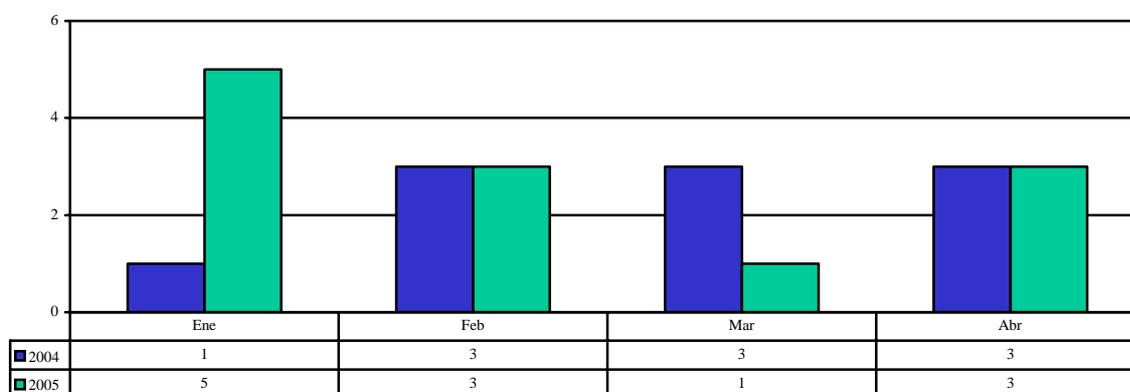
Tabla 1. Plan de Eliminación del Sarampión. Clasificación de los casos notificados. Comunidad de Madrid. Año 2004 y 2005. Semanas 1-17.

CLASIFICACIÓN DE CASOS		Año 2004 Nº casos	Año 2005 Nº casos
Casos autóctonos o con fuente de infección desconocida	Confirmados microbiológicamente	3	0
	Confirmados por vínculo epidemiológico	0	0
	Compatibles	0	1
	Total	3	1
Casos pertenecientes a otra Comunidad Autónoma		0	0
Casos importados		0	0
Casos vacunales		0	0
Casos descartados		7	11
Total casos notificados		10	12

Entre los casos descartados en el primer cuatrimestre de 2005, en 7 de ellos se confirmó el **virus de la rubéola** como agente causal. En las primeras semanas del año 2005, la confirmación microbiológica de varios casos de rubéola notificados en el contexto del Plan de Eliminación del Sarampión permitió la detección de un incremento de casos de rubéola en nuestra Comunidad Autónoma. Próximamente se publicará un informe epidemiológico detallado.

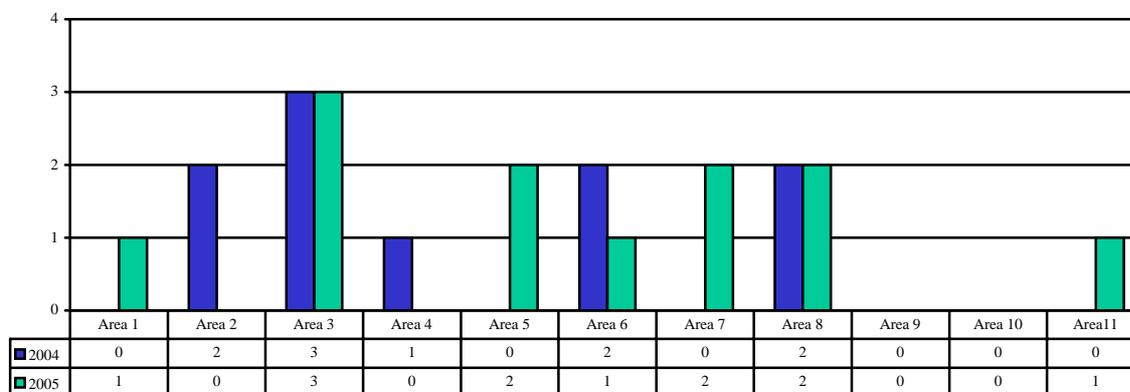
En las figuras 1 y 2 se muestran las notificaciones de casos sospechosos de sarampión por mes de notificación y por área de residencia hasta el 30 de abril de los años 2004 y 2005. Se confirmó el virus de la rubéola en tres de los casos notificados en enero, tres de febrero y uno de abril.

Figura 1. Plan de Eliminación del Sarampión. Nº de casos sospechosos notificados por mes de inicio del exantema. Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005 (semanas 1-17).



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

Figura 2. Plan de Eliminación del Sarampión. Nº de casos sospechosos notificados por área de residencia. Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005 (semanas 1-17).



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA

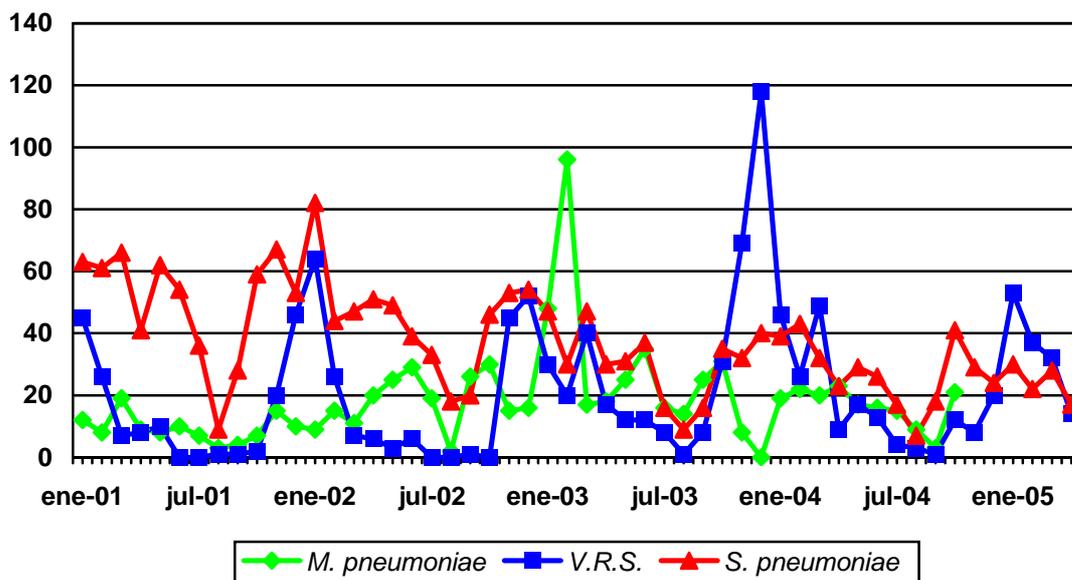
El Sistema de notificación de los Laboratorios de Microbiología (SNOLAM) se inicia en la Comunidad de Madrid en 1994 y se basa en la notificación voluntaria de los laboratorios de microbiología. Se vigila una selección de microorganismos productores de patología que se encuadran en cinco grandes grupos clínicos: Infecciones respiratorias, infecciones gastrointestinales, infecciones de transmisión sexual, infecciones del sistema nervioso central y antropozoonosis. En la actualidad notifican diez centros, 6 Hospitales y 4 Ambulatorios.

Periodo analizado: Primer cuatrimestre de 2005, comparado con el mismo periodo del año anterior.

PATÓGENOS NOTIFICADOS SEGÚN TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y PATOLOGÍA PRODUCIDA.

TÉCNICA	INF. RESPIRATORIAS			INF. GASTROINTESTINALES			INF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL			OTRAS INFECCIONES		
	Patógeno	2005	2004	Patógeno	2005	2004	Patógeno	2005	2004	Patógeno	2005	2004
CULTIVO	<i>B. catarrhalis</i>	28	50	<i>Aeromonas</i>	3	24	<i>M. hominis</i>	49	60	<i>Brucella</i>	0	7
	<i>Haemophilus</i>	87	165	<i>Campylobacter</i>	177	514	<i>N. gonorrhoeae</i>	28	58	<i>Leishmania</i>	2	1
	<i>Legionella</i>	0	0	<i>Salmonella</i>	147	522	<i>U. urealyticum</i>	149	137	<i>L. monocytogenes</i>	3	4
	<i>S. agalactiae</i>	4	13	<i>Shigella</i>	4	9				<i>N. meningitidis</i>	9	7
	<i>S. pyogenes</i>	735	1538	<i>Yersinia</i>	6	34						
	<i>S. pneumoniae</i>	127	137									
SEROLOGÍA	<i>Chlamydiae</i>	0	77	<i>Adenovirus</i>	45	49	<i>C. trachomatis</i>	58	121	<i>B. burgdorferi</i>	2	1
	<i>C. burnetti</i>	0	4	<i>Rotavirus</i>	163	243	<i>T. pallidum</i>	46	121	<i>Brucella</i>	2	16
	<i>Legionella</i>	8	2							<i>E. granulosus</i>	6	20
	<i>Mycoplasma</i>	0	84							<i>Epstein-Barr</i>	71	130
	<i>Parvovirus B19</i>	3	3							<i>Leishmania</i>	6	5
	<i>V.R. Sincitial</i>	136	130							<i>R. conorii</i>	0	3
V. DIRECTA										<i>Toxoplasma</i>	0	26
	<i>B.A.A.R</i>	0	6	<i>A. lumbricoides</i>	1	11	<i>Trichomonas</i>	38	93	<i>Anisakis</i>	0	2
	<i>P. carinii</i>	2	3	<i>Cryptosporidium</i>	7	19				<i>Plasmodium</i>	4	25
				<i>Entamoeba</i>	35	166						
				<i>E. vermicularis</i>	10	33						
				<i>G. lamblia</i>	38	252						
				<i>T. saginata</i>	3	8						
			<i>T. trichiura</i>	3	7							

Infecciones respiratorias. Patrón estacional. Años 2001-2005.
Sistema de Vigilancia Microbiológica. Comunidad de Madrid.



PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES SEGÚN CENTRO Y TIPO DE PATOLOGÍA.

CENTRO	INF. RESPIRATORIAS		INF. GASTROINTESTINALES		INF. TRANSMISIÓN SEXUAL		OTRAS INFECCIONES		NOTIFICACIÓN TOTAL	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
Gregorio Marañón	54.3	22.3	36.9	12.0	10.9	6.4	94.6	28.6	47.0	18.3
Ramón y Cajal*	0	11.7	0	21.7	0	17.1	0	51.7	0	17.7
Getafe	36.2	16.3	48.9	25.8	15.2	4.7	5.4	1.4	32.6	16.8
El Escorial *	0	5.2	0	4.8	0	1.6	0	0.4	0	4.1
Santa Cristina *	0	0	0	0.1	0	3.4	0	0	0	0.4
La Paz *	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL HOSPITALES	90.5	55.5	85.8	64.4	26.1	33.2	100.0	82.1	79.6	57.3
Argüelles *	0	34.6	0	23.2		5.9	0	0	0	25.6
Hermanos Miralles	9.5	7.4	14.2	7.3	19.3	11.1	0	0	12.1	7.7
Vicente Soldevilla*	0	2.5	0	5.1	0	3.7	0	17.9	0	4.2
Dispensario Sandoval	0	0	0	0	54.6	46.1	0	0	8.3	5.2
TOTAL AMBULATORIOS	9.5	44.5	14.2	35.6	73.9	66.8	0	17.9	20.4	42.7
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(*) Centros que no han notificado en el primer cuatrimestre de 2005.

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: boletin.epidemiologico@madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>

(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín epidemiológico
->números disponibles en la red.)

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."

