

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

10.

INFORMES:

- **Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria, Comunidad de Madrid, año 2003.**





BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

10

Índice

INFORMES:

	- Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, Comunidad de Madrid, año 2003.	3
	- EDO. Semanas 40 a 43 (del 3 al 30 de octubre de 2004)	60
	- Brotes Epidémicos. Semanas 40 a 43, de 2004.	64
	- Red de Médicos Centinela, semanas 40 a 43, de 2004.	67



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: 2.900 ejemplares
Edición: 12/04

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

ISSN: 1135-3155



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA AÑO 2003

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 2003 y 2002 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 2003.

Resultados: Durante el año 2003 participó en el sistema un total de 516 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (61,24%). La cobertura de notificación de atención primaria del IMS alcanzada fue de 75,57%. El número total de registros analizados fue de 22.566, de los cuales 90,32% corresponden a notificaciones semanales agrupadas de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 9,68% restante (2.184) son registros de EDO con datos epidemiológicos básicos. Hay que reseñar la elevación registrada en la tos ferina, hepatitis A, infección gonocócica, legionelosis, sífilis, sarampión, rubéola, fiebre tifoidea, disentería y hepatitis B, así como el descenso en la parotiditis, gripe, paludismo, otras hepatitis víricas, brucelosis, leishmaniasis y varicela.

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. Esto se realiza a través de la recogida de datos de dichas enfermedades, de sus factores de riesgo, análisis de los mismos y posterior difusión y recomendaciones a los distintos niveles operativos competentes. La declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos (en base a la definición de caso) de enfermedades detectadas durante la semana en curso, teniendo en cuenta que, a efectos de notificación, la semana finaliza a las 24 horas del sábado. El sistema se basa en la labor realizada por los profesionales sanitarios y de su oportuna notificación va a depender la adecuada toma de medidas de control.

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.

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 (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, marzo 2004, volumen 10, nº 3).

2.- METODOLOGIA

2.1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

La información analizada procede de las siguientes fuentes:

- Notificaciones realizadas por los centros de atención primaria de IMSALUD.
- Notificaciones realizadas por los centros hospitalarios (públicos, privados y militares).
- 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 brotes epidémicos de 2003 de la CM.
- Informe de Infecciones que causan meningitis de 2003 de la CM.
- Informe de Plan de Eliminación del Sarampión de 2003 de la CM.
- Red de Médicos Centinelas de la CM.
- Sistema de Vigilancia Microbiológica de la CM.

2.2.- VARIABLES

2.2.1.- Variables relacionadas con el centro notificador

- Identificación del centro notificador: nombre del centro y código.
- Ubicación del centro notificador: nombre, 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 notificación de EDO con datos epidemiológicos básicos

- Enfermedad notificada.
- Semana epidemiológica en que se produjo el caso.
- Identificación del centro notificador.
- Residencia del enfermo en el momento de aparición de la enfermedad.
- Edad y /o fecha de nacimiento.
- Sexo.
- 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).
- Clasificación del caso, en base a la definición de caso establecida (sospechoso, probable, confirmado).

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

- Para: brucelosis, leishmaniasis, legionelosis y 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 2003 y 2002:**

Nº casos notificados (enfermedad #) en 2003 - Nº casos notificados (enfermedad #) en 2002.

- **Tasas de incidencia acumulada (TI):** para su cálculo se han utilizado las cifras de población recogidas en la actualización del Padrón municipal de la CM de 2003.

TI (CM):

$$\frac{\text{Nº casos notificados (enfermedad #) en 2003}}{\text{Población CM}} \times 100.000$$

- **Comparación histórica de tasas:** Se presenta el siguiente indicador

- **Porcentaje de variación de la TI (CM) con respecto a la tasa mediana (1998-2002)**

$$\frac{\text{TI (CM)} - \text{TI mediana (1998-2002)}}{\text{TI mediana (1998-2002)}} \times 100$$

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

- **Tasas de incidencia acumulada por localización geográfica:** la comparación de los resultados se ha realizado por los niveles geográficos: área y distrito sanitario. Se han utilizado los siguientes indicadores:

- **TI (nivel geográfico):**

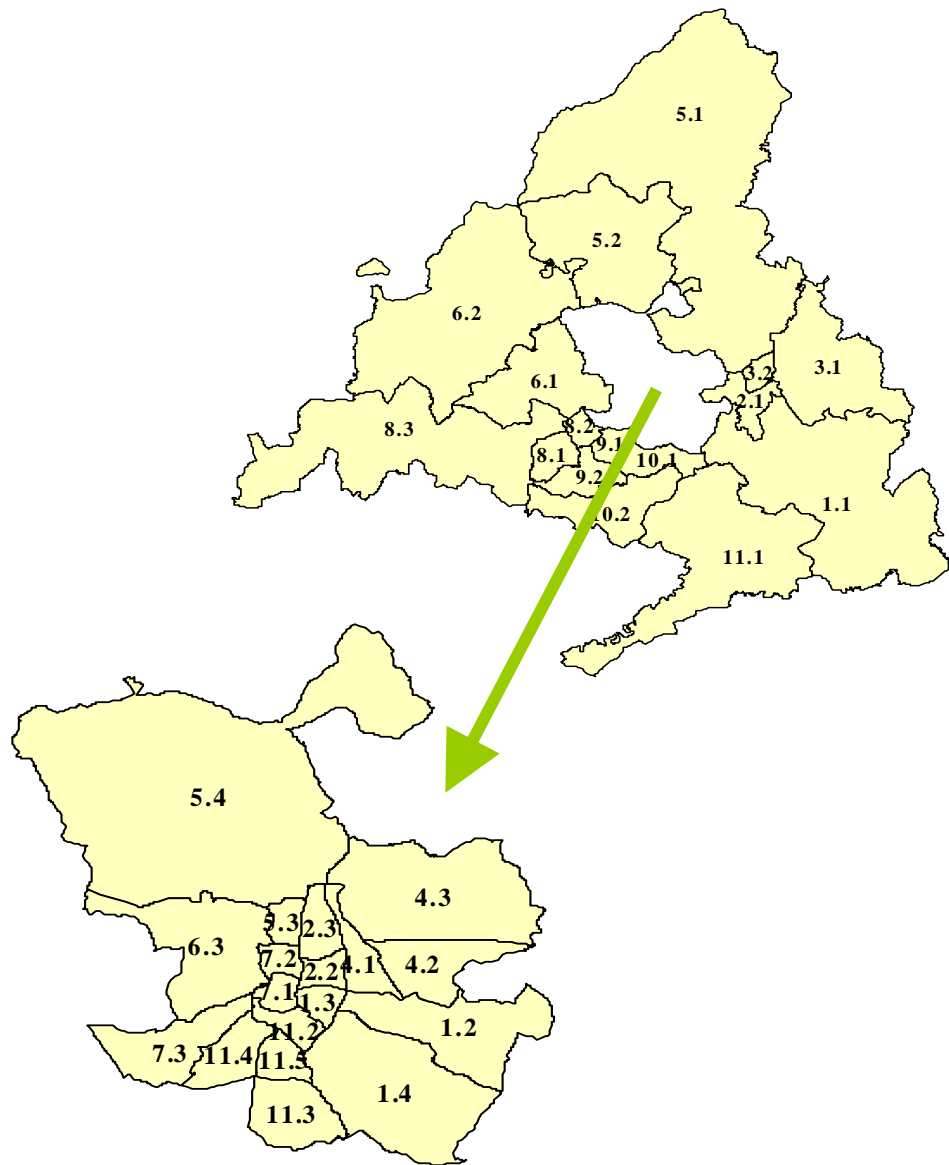
$$\frac{N^{\circ} \text{ casos notificados (enfermedad \#) en 2003 (nivel geográfico \#)} \times 100.000}{\text{Población (nivel geográfico \#)}}$$

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

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

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

ZONIFICACION SANITARIA			
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 2003 participó en el sistema un total de 516 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (61,24%). El 18,41% era centros de atención especializada hospitalaria y no hospitalaria y el 20,35% restante, centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, etc.)

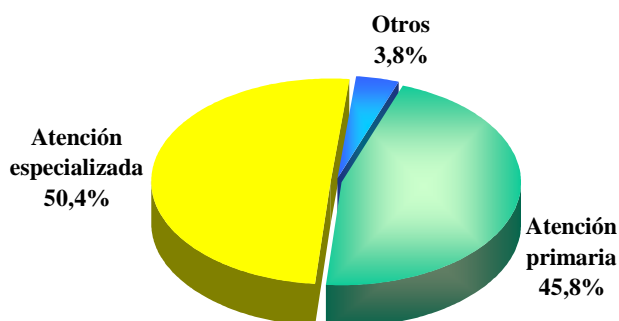
3.1.2.- EDO notificadas según modalidad de notificación

El número total de registros analizados fue de 22.566, de los cuales 90,32% corresponden a notificaciones semanales agrupadas de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 9,68% restante (2.184) 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 93,08% 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 45,83% fueron realizadas por atención primaria y el 50,41% desde el nivel hospitalario (gráfico 1).

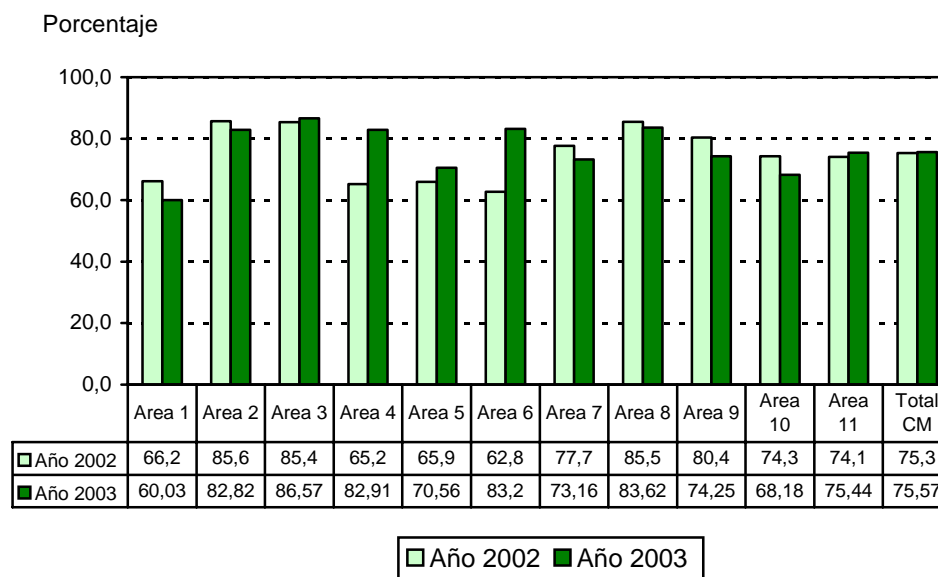
Gráfico 1.- EDO con datos epidemiológicos básicos. Notificación según nivel asistencial. Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.1.3.- Cobertura del sistema

La cobertura de médicos notificadores de atención primaria del IMSALUD alcanzada en la Comunidad de Madrid durante el año 2003 fue de 75,57%. En el gráfico 2 se presentan las coberturas por área de salud para el año 2002 y el 2003. En 6 áreas se superó el 75%.

Gráfico 2.- Cobertura del sistema por áreas de salud (sólo nivel de atención primaria). Comunidad de Madrid. Año 2002 y 2003.



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 la ubicación del caso (área y distrito), así como el nombre, edad, sexo y tipo de diagnóstico, supera el 98%.

Tabla 1.- Grado de cumplimentación de las variables epidemiológicas básicas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2003.

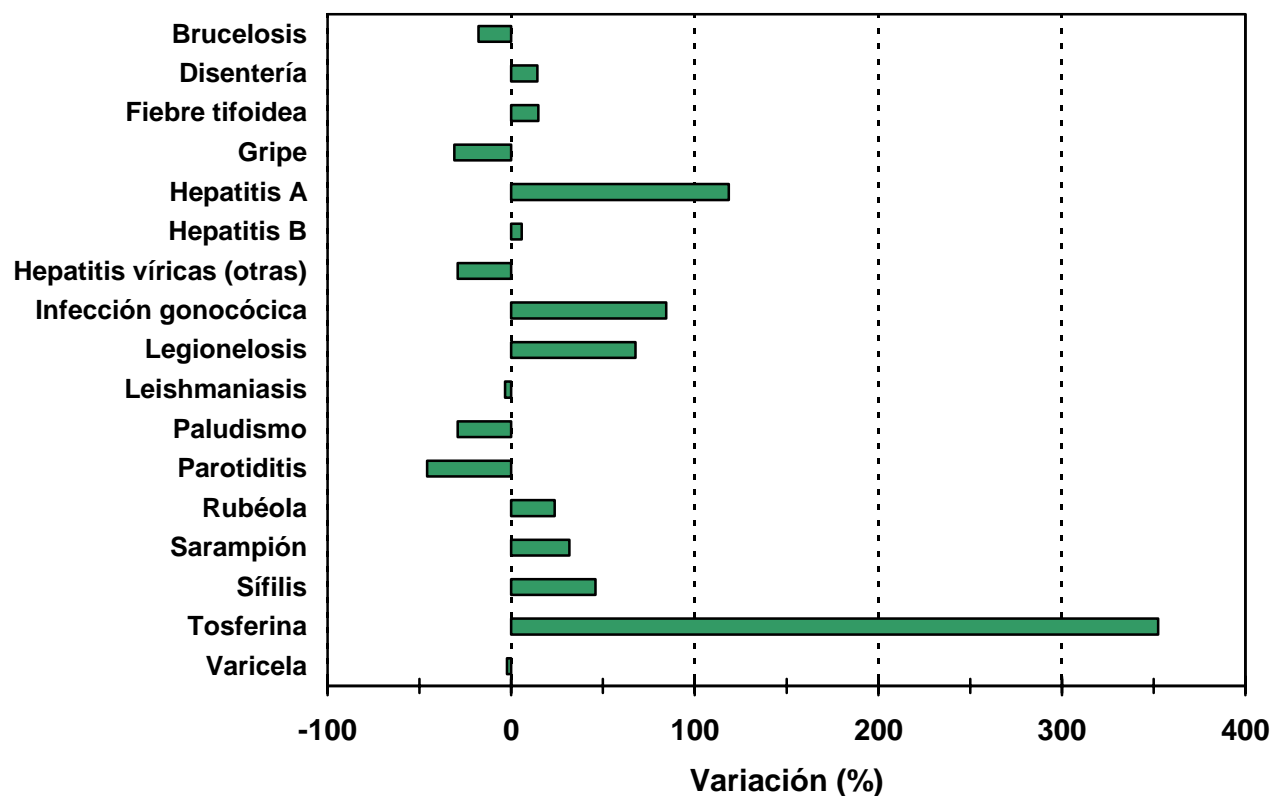
VARIABLE	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN
Área sanitaria	100 %
Distrito sanitario	100 %
Datos de identificación del caso (apellidos y nombre)	99,95 %
Edad	98,58 %
Sexo	99,68%
Tipo de diagnóstico (clínico, serológico y/o microbiológico)	99,36 %
Fecha de inicio de los síntomas	82,40 %

3.2.- COMPARACIÓN DE LA TASA DE INCIDENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2003 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 2003 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 los informes *“Infecciones que causan meningitis. Año 2003”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, julio 2004, vol. 10, nº 7.) y *“Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2002”* (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, septiembre 2003, volumen 9, nº 9).

Se observa un aumento en la TI en relación con la mediana la TI del quinquenio anterior para: tos ferina (352,49%), hepatitis A (118,61%), infección gonocócica (84,42%), legionelosis (67,65%), sífilis (45,95%), sarampión (31,73%), rubéola (23,71%), fiebre tifoidea (14,84%), disentería (14,16%) y hepatitis B (5,71%). Se percibe un descenso en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para el resto de enfermedades: parotiditis (-45,83%), gripe (-31,12%), paludismo (-29,07%), otras hepatitis víricas (-29,04%), brucelosis (-17,85%), leishmaniasis (-3,35) y varicela (-2,32).

Gráfico 3.- Comparación de la tasa de incidencia acumulada de la Comunidad de Madrid en el año 2003 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 2003-2002.**

Enfermedades	Comunidad de Madrid				I. España			
	Casos		Tasas		Casos		Tasas	
	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002
Botulismo	1	1	0,02	0,02	6	6	0,02	0,02
Brucelosis	29	17	0,51	0,31	642	893	1,62	2,26
Cólera	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Disentería	13	76	0,23	1,38	136	301	0,34	0,76
E. C. J.*	11	7	0,19	0,12	60	65	0,15	0,16
E. I. <i>Haemophilus influenzae</i> **	5	3	0,09	0,05				
Enfermedad meningocócica	111	150	1,94	2,71	1.007	1.102	2,54	2,79
Fiebre tifoidea	17	14	0,30	0,25	148	181	0,37	0,46
Gripe	242.748	271.079	4.244,63	4.904,50	1.490.098	1.595.725	3.762,19	4.033,57
Hepatitis A	234	111	4,09	2,01	760	620	1,92	1,57
Hepatitis B	130	111	2,27	2,01	801	818	2,02	2,07
Hepatitis (otras)	101	84	1,77	1,52	911	1.188	2,30	3,00
Infección gonocócica	63	44	1,10	0,80	1.069	833	2,70	2,11
Legionelosis	84	134	1,47	2,42	1.263	1.461	3,19	3,69
Leishmaniasis	23	23	0,40	0,42				
Lepra	0	3	0,00	0,05	6	18	0,02	0,05
Meningitis bacterianas (otras)	118	93	2,06	1,68				
Meningitis vírica	282	362	4,93	6,55				
Paludismo	126	147	2,20	2,66	456	452	1,15	1,14
P. F. A. (< 15 años).***	7	3	0,85	0,39	44	37	0,74	0,60
Parotiditis	315	562	5,51	10,17	1.677	4.515	4,23	11,41
Poliomielitis	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Rubéola	32	25	0,56	0,45	113	138	0,29	0,35
Rubéola congénita	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Sarampión	21	12	0,38	0,22	246	89	0,62	0,22
Sífilis	118	70	2,06	1,27	917	734	2,32	1,86
Sífilis congénita	2	0	0,03	0,00	4	15	0,01	0,04
Tétanos	0	1	0,00	0,02	24	21	0,06	0,05
Tos ferina	304	163	5,32	2,95	551	347	1,39	0,88
Triquinosis	0	4	0,00	0,07	48	25	0,12	0,06
Tuberculosis respiratoria****	875	909	15,30	16,45	6.743	7.153	17,02	18,08
Tuberculosis (otras)****	210	225	3,67	4,07				
Varicela	37.986	45.548	664,21	824,08	180.783	196.257	456,44	496,09

* 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 2003.

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	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Brucelosis	1	5	1	4	5	0	9	2	0	0	2	29
Disentería	1	0	0	7	1	0	0	0	0	2	2	13
E. C. J. *	1	2	1	2	1	0	2	0	1	0	1	11
E.I. <i>Haemophilus influenzae</i> **	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	5
Enfermedad meningocócica	10	14	11	7	10	8	10	10	4	6	21	111
Fiebre tifoidea	0	4	0	4	1	0	4	0	0	0	4	17
Gripe	17.264	17.365	10.714	17.959	36.508	20.417	32.227	30.776	18.955	7.795	32.613	242.748 [#]
Hepatitis A	22	13	15	8	17	17	73	15	14	7	33	234
Hepatitis B	10	3	8	9	12	12	17	7	5	10	36	130 ^{##}
Hepatitis víricas (otras)	4	2	5	6	8	15	6	4	5	16	30	101
Infección gonocócica	2	7	1	5	3	8	15	3	1	3	15	63
Legionelosis	5	7	4	7	5	9	9	8	12	3	14	84 ^{##}
Leishmaniasis	0	0	0	1	1	2	1	2	7	1	8	23
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis vírica	10	16	61	14	14	22	17	35	47	1	43	282 ^{###}
Meningitis bacterianas (otras)	10	9	13	6	9	8	8	10	13	2	28	118 ^{###}
Paludismo	3	5	27	2	6	7	10	9	26	12	17	126 ^{###}
P. F. A. (< 15 años) ^{***}	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	3	7
Parotiditis	42	30	37	30	37	43	24	9	12	14	37	315
Rubéola	3	5	0	3	5	2	6	2	0	0	6	32
Sarampión	1	0	12	0	0	1	1	1	0	1	3	21 ^{####}
Sífilis	8	18	2	9	4	7	24	5	6	5	30	118
Sífilis congénita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	22	121	32	20	8	23	14	7	6	1	50	304
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria ^{****}	130	53	59	65	57	68	118	70	58	39	158	875
Tuberculosis (otras) ^{****}	33	12	15	22	12	14	23	20	12	11	36	210
Varicela	4.079	3.218	2.365	3.563	5.511	3.876	3.440	3.415	2.779	1.145	4.595	37.986

* Enf. de Creutzfeldt-Jacob ** Enf. Invasiva por *Haemophilus influenzae**** 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 155 casos. ## Se desconoce el área de residencia en un caso. ### Se desconoce el área de residencia en dos casos. #### Uno de los casos residía en otra comunidad autónoma, pero se consideró autóctono porque estaba vinculado a un brote ocurrido en el área 3.

Tabla 4. Tasas x 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria por áreas de salud. Comunidad de Madrid. Año 2003.

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	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Brucelosis	0,14	1,14	0,31	0,71	0,71	0,00	1,63	0,46	0,00	0,00	0,26	0,51
Disentería	0,14	0,00	0,00	1,25	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,26	0,23
E. C. J. *	0,14	0,46	0,31	0,36	0,14	0,00	0,36	0,00	0,26	0,00	0,13	0,19
E. I. <i>Haemophilus influenzae</i> **	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	0,09
Enfermedad meningocócica	1,42	3,20	3,42	1,25	1,43	1,40	1,81	2,28	1,05	2,04	2,78	1,94
Fiebre tifoidea	0,00	0,92	0,00	0,71	0,14	0,00	0,73	0,00	0,00	0,00	0,53	0,30
Gripe	2.452,17	3.973,81	3.331,72	3.196,05	5.203,80	3.561,63	5.844,32	7.015,03	4.985,14	2.649,23	4.318,45	4.244,63 [#]
Hepatitis A	3,12	2,97	4,66	1,42	2,42	2,97	13,24	3,42	3,68	2,38	4,37	4,09
Hepatitis B	1,42	0,69	2,49	1,60	1,71	2,09	3,08	1,60	1,31	3,40	4,77	2,27 ^{###}
Hepatitis víricas (otras)	0,57	0,46	1,55	1,07	1,14	2,62	1,09	0,91	1,31	5,44	3,97	1,77
Infección Gonocócica	0,28	1,60	0,31	0,89	0,43	1,40	2,72	0,68	0,26	1,02	1,99	1,10
Legionelosis	0,71	1,60	1,24	1,25	0,71	1,57	1,63	1,82	3,16	1,02	1,85	1,47 ^{###}
Leishmaniasis	0,00	0,00	0,00	0,18	0,14	0,35	0,18	0,46	1,84	0,34	1,06	0,40
Lepra	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Meningitis vírica	1,42	3,66	18,97	2,49	2,00	3,84	3,08	7,98	12,36	0,34	5,69	4,93 ^{###}
Meningitis bacteriana (otras)	1,42	2,06	4,04	1,07	1,28	1,40	1,45	2,28	3,42	0,68	3,71	2,06 ^{###}
Paludismo	0,43	1,14	8,40	0,36	0,86	1,22	1,81	2,05	6,84	4,08	2,25	2,20 ^{###}
P. F. A. (< 15 años) ^{***}	0,00	0,00	0,00	0,00	1,90	0,00	0,00	0,00	1,68	2,28	2,95	0,85
Parotiditis	5,97	6,87	11,51	5,34	5,27	7,50	4,35	2,05	3,16	4,76	4,90	5,51
Rubéola	0,43	1,14	0,00	0,53	0,71	0,35	1,09	0,46	0,00	0,00	0,79	0,56 ^{####}
Sarampión	0,14	0,00	3,73	0,00	0,00	0,17	0,18	0,23	0,00	0,34	0,40	0,38
Sífilis	1,14	4,12	0,62	1,60	0,57	1,22	4,35	1,14	1,58	1,70	3,97	2,06
Sífilis congénita	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,03
Tétanos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tos ferina	3,12	27,69	9,95	3,56	1,14	4,01	2,54	1,60	1,58	0,34	6,62	5,32
Triquinosis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tuberculosis respiratoria ^{***}	18,47	12,13	18,35	11,57	8,12	11,86	21,40	15,96	15,25	13,25	20,92	15,30
Tuberculosis (otras) ^{***}	4,69	2,75	4,66	3,92	1,71	2,44	4,17	4,56	3,16	3,74	4,77	3,67
Varicela	579,38	736,41	735,44	634,09	785,53	676,15	623,84	778,41	730,87	389,14	608,45	664,21

* Enf. de Creutzfeldt-Jacob ** Enf. Invasiva por *Haemophilus influenzae**** Parálisis flácida aguda (<15 años). **** Datos provisionales, precedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. # Se desconoce el área de residencia en 155 casos. ## Se desconoce el área de residencia en un caso. ### Se desconoce el área de residencia en dos casos. #### Uno de los casos residía en otra comunidad autónoma, pero se consideró autóctono porque estaba vinculado a un brote ocurrido en el área 3.

3.3.- RESULTADOS POR ENFERMEDAD

En la tabla 2 aparece el número de casos y tasas de incidencia acumulada en los años 2003 y 2002 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 2003 por áreas de salud.

3.3.1. – Botulismo

En el año 2003 se notificó un caso de botulismo en un hombre de 52 años residente en el distrito sanitario de Torrejón de Ardoz (Área 3). El enfermo tenía antecedentes de haber consumido conserva de pimientos de procedencia casera. Presentó un cuadro clínico típico que requirió hospitalización y evolucionó favorablemente. El diagnóstico fue únicamente clínico y el caso se clasificó como botulismo sospechoso o probable, ya que las muestras de suero y heces del enfermo resultaron negativas, y no se pudieron recoger muestras del alimento sospechoso.

En 2002 se notificó otro caso en nuestra comunidad. A nivel nacional, en 2003 se notificaron 6 casos (0,02 casos/100.000 habitantes), y en 2002 se notificaron 6 casos (0,02 casos/100.000 habitantes) (tabla 2).

3.3.2. – Brucelosis

En el año 2003 se notificaron 29 casos de brucelosis, 12 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,51 casos/100.000 habitantes, un -17,85% menor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 0,31 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas sanitarias 7, 2, 5 y 4 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 Centro (3,52 casos/100.000 habitantes), Tetuán (2,72 casos/100.000 habitantes), Navacarnero (2,62 casos/100.000 habitantes) y Salamanca (2,03 casos/100.000 habitantes) (mapa 1).

El 72,41% de los casos se produjo en varones, y el 65,50% en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 49 años.

El 82,76% de los casos se clasificó como confirmado. En 13 casos (44,83%) se realizó cultivo, aislándose *Brucella mellitensis* en 9 de ellos, y en 11 casos (37,93%) se detectó Ig M por ELISA.

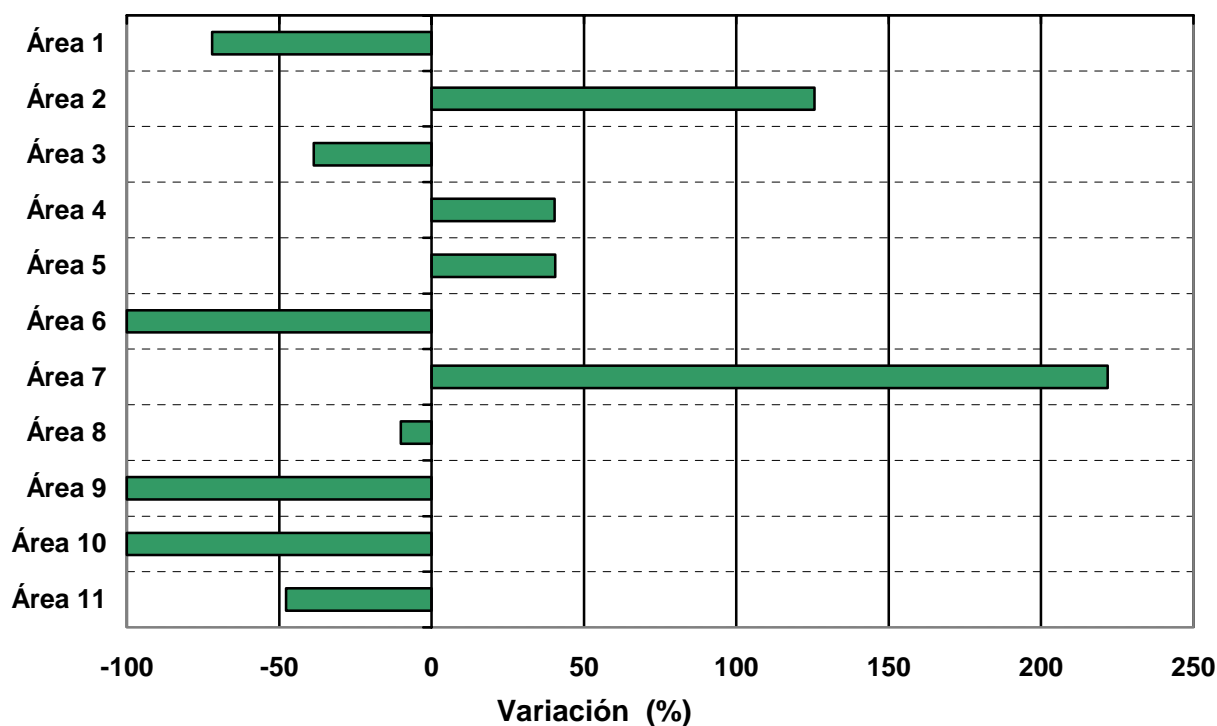
En 7 casos (24,14%) existía el antecedente de contacto con ganado, en 4 de ellos el contacto era habitual y en 3 era esporádico. En 9 casos (31,03%) se recogía el antecedente de consumo de lácteos sin higienizar.

En 2003 se produjo una agrupación de casos de brucelosis constituida por 10 de los casos notificados en 2003 y un caso notificado el 1 de enero de 2004. Estos casos presentaban como características comunes el ser todos los enfermos de origen ecuatoriano y el haber

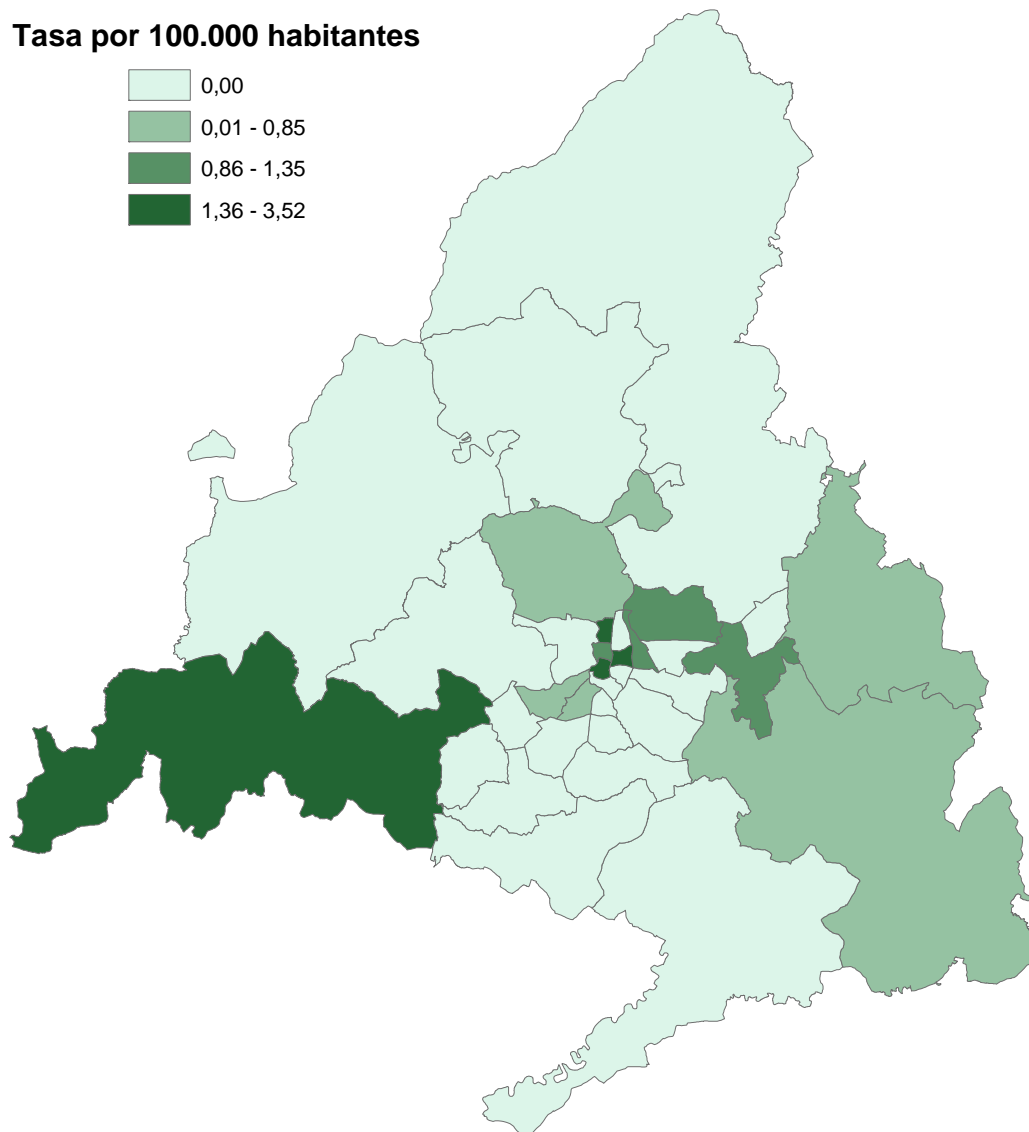
consumido quesos frescos adquiridos en puestos ambulantes no autorizados de los distritos de Tetuán y Centro y en otros mercados de la zona.

Por otro lado, se notificaron dos brotes de brucelosis relacionados con productos lácteos elaborados fuera de la CM, que afectaron a un total de 5 personas residentes en nuestra comunidad.

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 2003.



**Mapa 1. Brucelosis. Tasas de incidencia por distritos sanitarios.
Comunidad de Madrid. Año 2003.**



3.3.3.- Disentería

Durante el año 2003 se notificaron 13 casos de disentería, 63 casos menos que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,23 casos/100.000 habitantes, un 14,16% mayor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, y menor que la tasa alcanzada a nivel nacional, siendo la razón de tasas 0,68 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

Las áreas sanitarias 4, 10 y 11 fueron las que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM (tabla 4, gráfico 5). Los distritos sanitarios que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Ciudad Lineal (2,17/100.000), San Blas (1,41/100.000), Getafe (1,28/100.000), Usera (0,81/100.000) y Arganzuela (0,70/100.000) (mapa 2).

El 53,85% de los casos se presentó en hombres. En un caso no se disponía de información sobre la edad, y el resto se produjeron en menores de 44 años (gráfico 6).

En el 69,23% de los casos se efectuó diagnóstico microbiológico, y fueron clasificados como casos confirmados.

El 38,46% de los casos estaba asociado a otros casos de su entorno familiar. En 2003 no se notificó ningún brote de disentería en la CM, mientras que en 2002 se notificaron 6 brotes que explicaban el incremento de incidencia observado en dicho año.

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 2003.

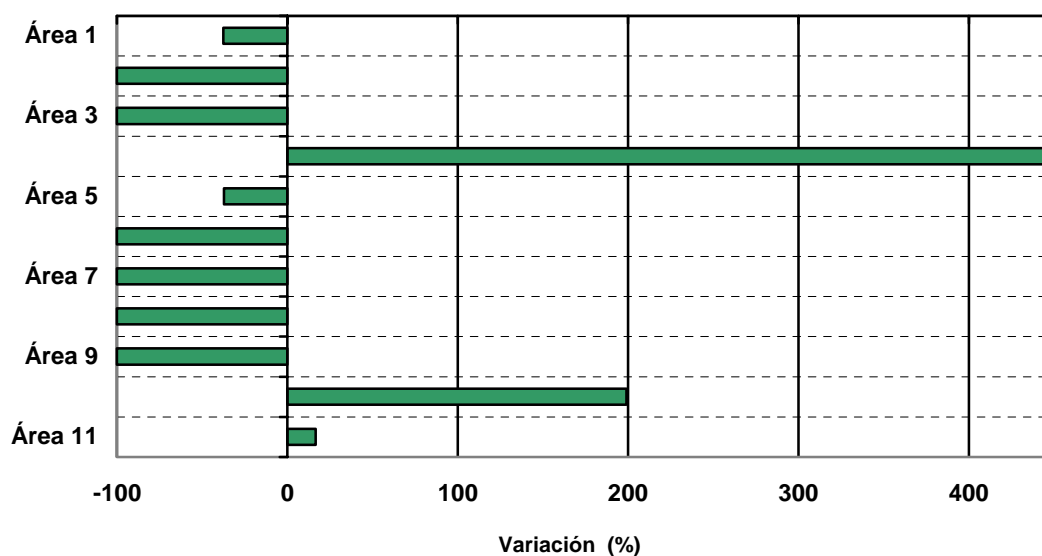
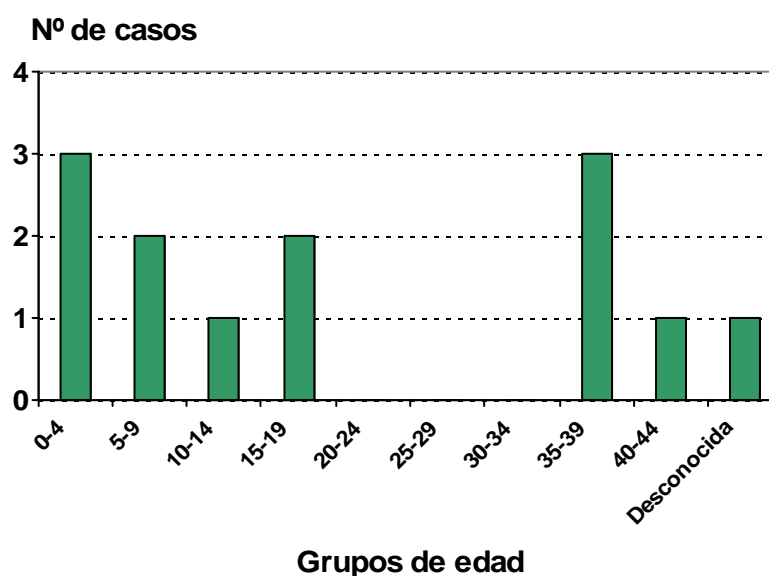
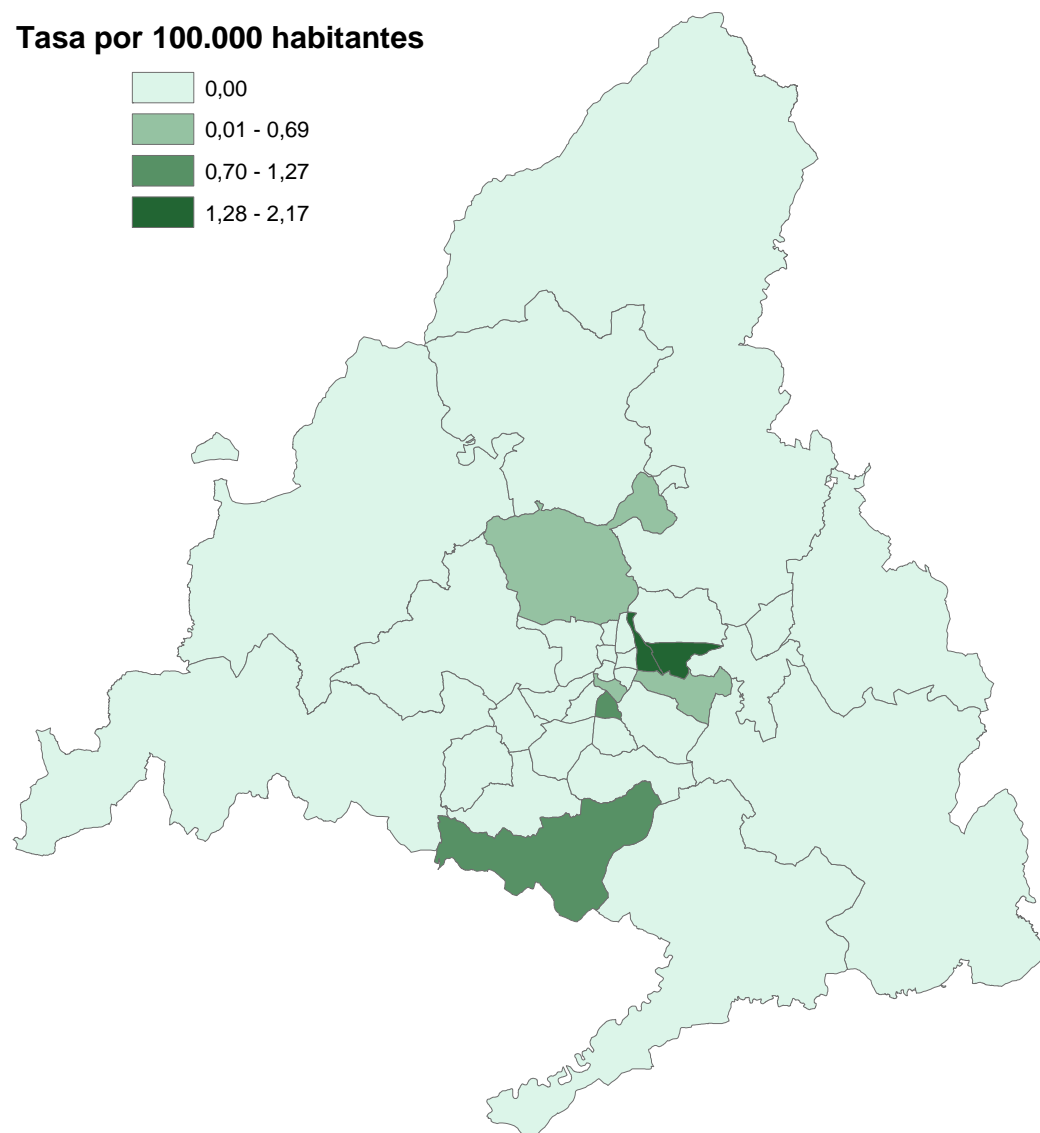


Gráfico 6. Disentería. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.



**Mapa 2.- Disentería. Tasas de incidencia por distritos sanitarios.
Comunidad de Madrid. Año 2003.**

Tasa por 100.000 habitantes



3.3.4.- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (Ecj)

Durante el año 2003 se notificaron 11 casos de ECJ, 4 casos menos que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,19 casos por 100.000 habitantes, cifra algo mayor que la observada a nivel nacional (0,15 casos por 100.000), siendo la razón de tasas de 1,26 (referencia: nivel nacional) (tabla 2).

Se han clasificado como confirmados 4 casos (36%) y en 7 la clasificación ha sido de probables o posibles. No se ha identificado ningún caso de la variante de la enfermedad (vECJ).

En el informe de “*Vigilancia de las Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas en la Comunidad de Madrid, 1993–2003*” se presenta un análisis más detallado de esta

enfermedad. (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, abril 2004, volumen 10, nº 4).

3.3.5.- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2003 se notificaron 5 casos de Enfermedad Invasiva por *Haemophilus influenzae*, 2 más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,09 casos por 100.000 habitantes en población general (tabla 2).

En la distribución por género, se observó un predominio en varones (60%). De los 5 casos notificados, sólo uno se produjo en edad pediátrica. La tasa de incidencia en menores de 5 años fue de 0,34 casos por 100.000 habitantes, y en menores de 15 años de 0,12 casos por 100.000 habitantes. De los casos notificados, 4 vivían en el Área 11 y uno en el área 6 (tabla 3).

En cuanto a la forma clínica de presentación, el 60% de los casos se presentaron como neumonía y el 40% como meningitis. La evolución fue favorable en 4 de los 5 casos, siendo la letalidad de la enfermedad del 20%. La fallecida fue una mujer de 67 años que presentó una neumonía, no disponiéndose de información sobre posible patología de base.

El único caso pediátrico observado correspondía a un niño de 3 años, que estaba correctamente vacunado para su edad. Presentaba como antecedente cirugía por mielomeningocele. No se identificó el serotipo de *H. influenzae* aislado, por lo que no se pudo confirmar que fuera debido a un fracaso vacunal.

Todos los casos notificados se presentaron de forma aislada y ninguno de ellos cumplía criterios para realizar una intervención de salud pública.

En el informe de “*Infecciones que causan meningitis. Año 2003.*” Se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, julio 2004, volumen 10, nº 7).

3.3.6.- Enfermedad meningocócica

Durante el año 2003 se notificaron 111 casos de enfermedad meningocócica, 39 casos menos que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,94 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional (2,54 casos por 100.000), siendo la razón de tasas de 0,76 (referencia: nivel nacional) (tabla 2).

Las áreas con mayores tasas de incidencia fueron la 3 (3,42 casos por 100.000), la 2 (3,20 casos por 100.000), la 11 (2,78 casos por 100.000), la 8 (2,28 casos por 100.000) y la 10 (2,04 casos por 100.000) (tabla 4).

En el 17,1% de los casos el diagnóstico se estableció por sospecha clínica (0,50 casos por 100.000 habitantes), y en el 82,9% restante por confirmación microbiológica (1,61 casos por 100.000 habitantes). Entre los casos confirmados, en 50% se encontró el serogrupo B (0,80 casos por 100.000), en 32,6% el serogrupo C (0,52 casos por 100.000), en 3 casos el serogrupo W135, en un caso el serogrupo A y en otro caso el serogrupo Y.

En la distribución por sexo se observó un ligero predominio en varones (54,1%) para los principales serogrupos, pero esta distribución se invirtió en el caso de las sospechas clínicas (57,9% eran mujeres).

En cuanto a la distribución por edad, el 37,8% se produjo en menores de 5 años. Las mayores tasas de incidencia se observaron en los menores de 1 año (25,62 casos por 100.000), seguidos del grupo de edad comprendido entre 1 y 4 años. El serogrupo B fue el que ocasionó una mayor incidencia en todos los grupos de edad, salvo en el de 20 a 44 años.

La forma clínica de presentación más frecuente fue la sepsis (41,8%), seguida de la meningitis (31,5%), sepsis más meningitis (17,1%), meningococemia (3,6%), artritis séptica (0,9%) y neumonía (0,9%).

La evolución de la enfermedad meningocócica se conocía en el 98,2% de los casos, siendo favorable en el 81,7% de ellos. Un 4,5% de los casos ocasionó secuelas. Se notificaron 13 fallecimientos, lo que supuso una letalidad del 11,7%, con variaciones por serogrupos. En los producidos por el serogrupo W135 la letalidad fue del 100%, en los debidos al serogrupo C fue del 16,7% y en los ocasionados por el serogrupo B fue del 8,7%.

Seis de los 111 notificados se clasificaron como casos asociados de enfermedad meningocócica, y correspondían a 3 grupos de casos asociados dos a dos, entre los que se produjeron dos casos secundarios que no habían recibido quimioprofilaxis.

Se disponía de información sobre pertenencia a colectivo en el 88,3% de los casos, y el 58,16% de ellos acudían a un colectivo (57 casos). En 51 de los 57 casos pertenecientes a un colectivo estaba indicada la intervención, y se realizó en todos ellos.

Se registraron 17 casos de enfermedad meningocócica en el grupo de edad de la vacunación, y se conocía el estado vacunal en 14 (82,4%), de los cuales 11 (78,6%) presentaban el antecedente de vacunación antimeningocócica. Seis habían recibido vacuna de polisacárido capsular A+C (42,9%) y cinco habían recibido vacuna conjugada C; aunque de éstos últimos sólo dos presentaban vacunación correcta y completa, por lo que se trataría de dos fracasos vacunales de vacuna conjugada. Dos casos presentaban vacunación incorrecta y otro no había aún completado la vacunación. En relación con la enfermedad meningocócica por serogrupo C se ratifica la necesidad de vigilar el estado vacunal de los casos para poder estimar la efectividad vacunal y aprovechar las ocasiones para actualizar los calendarios vacunales; recomendándose las intervenciones específicas en colectivos desfavorecidos.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2003.”* Se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, julio 2004, volumen 10, nº 7).

3.3.7.- Fiebre tifoidea

En el año 2003 se notificaron 17 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, 3 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,30 casos por 100.000 habitantes, cifra un 14,84% mayor 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 0,81 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

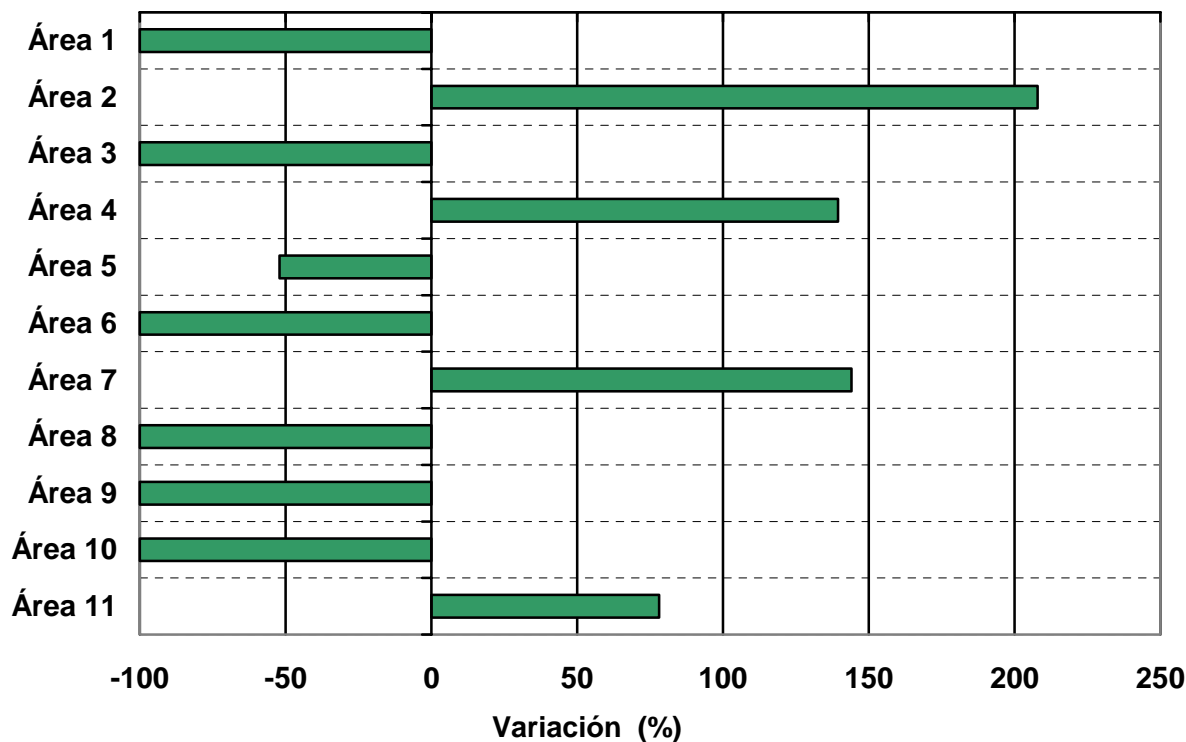
Las áreas 2, 7, 4 y 11 presentaron una mayor tasa de incidencia en comparación con la de la CM (tabla 4, gráfico 7). Los distritos sanitarios que mostraron las tasas de incidencia más elevadas fueron Centro (2,11 casos / 100.000 habitantes), Salamanca (2,03 casos / 100.000 habitantes), Hortaleza (1,58 casos / 100.000 habitantes), y Carabanchel (1,29 casos / 100.000 habitantes).

En cuanto a la distribución por género, se observó un ligero predominio en varones (64,71%). El 82,35% se observó en menores de 33 años, y el rango de edad osciló entre 2 y 55 años.

En dos casos el diagnóstico se realizó sólo por sospecha clínica, y el 88,24% restante se clasificaron como casos confirmados. En el 76,47% de los casos la confirmación se realizó por microbiología y en el 17,65% por serología.

Un caso vino de Guinea tres días antes de la notificación, un caso se produjo en un cooperante no sanitario en Ecuador, y dos casos se asociaron a viajes a Marruecos poco tiempo antes (uno de ellos era marroquí).

Gráfico 7.- 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 2003.



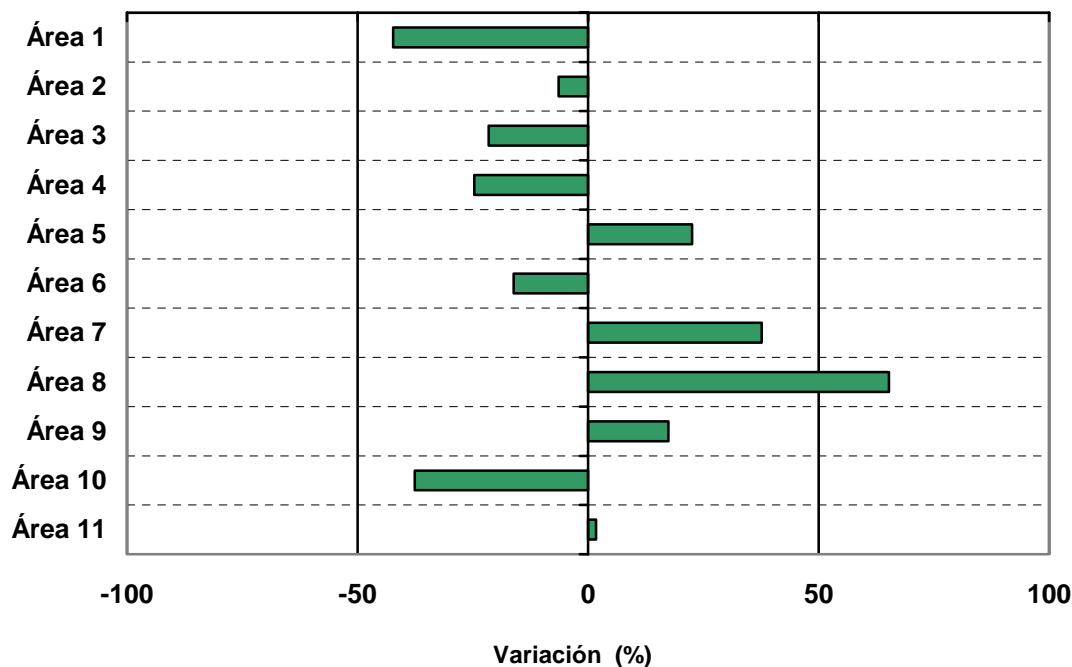
3.3.8.- Gripe

Durante el año 2003 se notificaron 242.748 casos de gripe, 28.331 casos menos que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 4.244,63 casos por 100.000 habitantes, un 32,12% 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 1,13 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

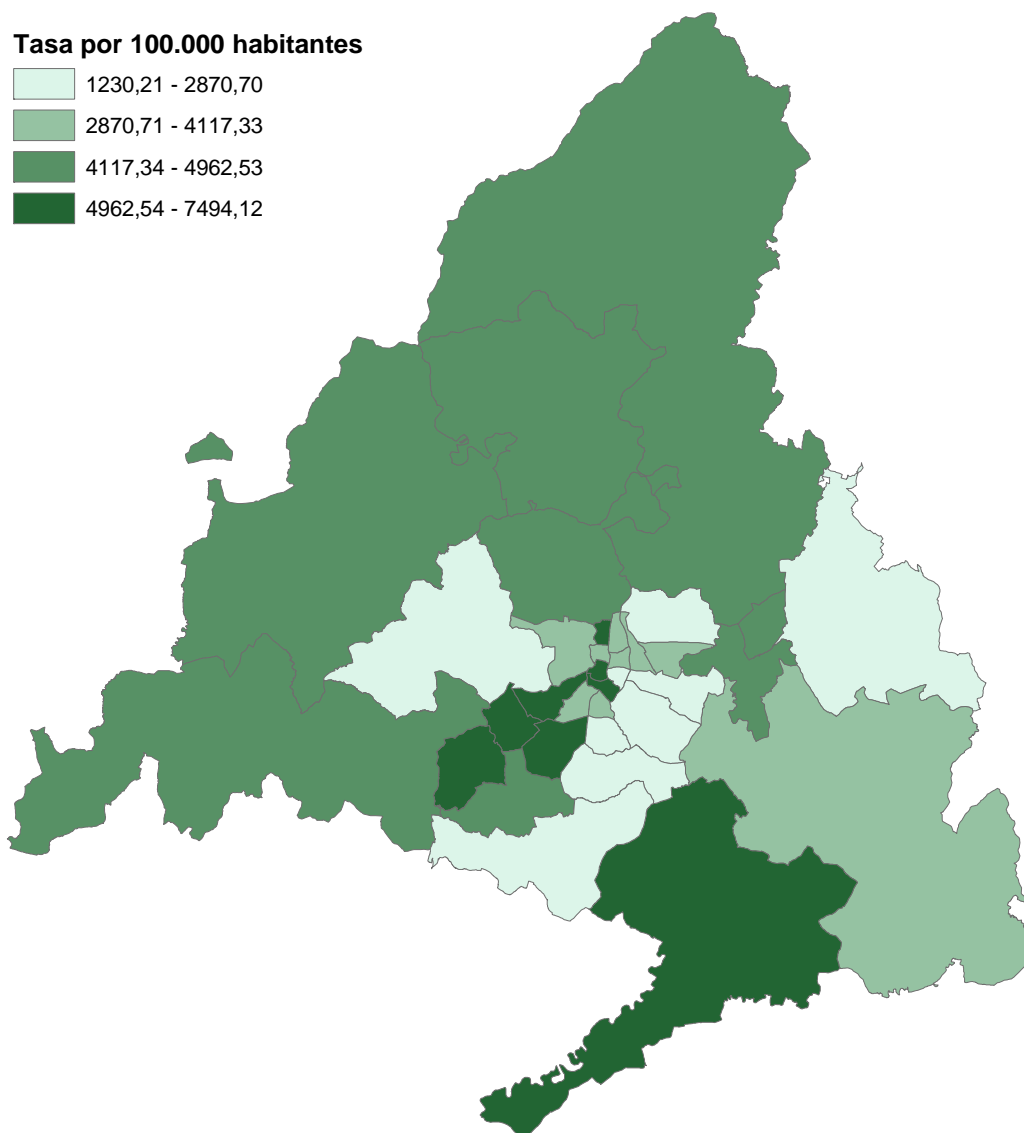
Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación a la de la CM fueron la 8, la 7, la 5, la 9 y la 11 (tabla 4, gráfico 8). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Alcorcón (7.494,12 por 100.000), Móstoles (7.461,1 por 100.000), Aranjuez (7.097,65 por 100.000), Centro (6.940,37 por 100.000), Tetuán (6.727,04 por 100.000) y Latina (6.132,49 por 100.000) (mapa 3).

En el informe de la “*Temporada de gripe 2003-2004 en la Comunidad de Madrid*” se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, mayo 2004, volumen 10, nº 5).

Gráfico 8. Gripe. Variación de las tasas de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2003.



**Mapa 3. Gripe. Tasas de incidencia por distritos sanitarios.
Comunidad de Madrid. Año 2003.**



3.3.9.- Hepatitis víricas

En el año 2003 se notificaron 465 casos de hepatitis víricas, 159 casos más que en el año 2002. El 50,32% fue hepatitis A, el 27,96% hepatitis B y el 21,72% otras hepatitis víricas.

3.3.9.1.- Hepatitis A

Durante el año 2003 se notificaron 234 casos de hepatitis A, 123 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 4,09 casos por 100.000 habitantes, un 118,61% 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 2,13 (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 (13,24 casos por 100.000 habitantes), la 3 (4,66 casos por 100.000 habitantes) y la 11 (4,37 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 9). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (28,85 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (13,10 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (7,73 casos por 100.000 habitantes), Moncloa (6,94 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (6,76 casos por 100.000 habitantes), y Alcorcón (6,47 casos por 100.000 habitantes) (mapa 4).

La información sobre el género y la edad era desconocida en un 0,43% y un 2,14% de los casos, respectivamente. En la distribución por género se observó un predominio en varones (70,51%). El 75,64% de los casos se presentó en menores de 35 años (gráfico 10).

El 89,74% de los casos se clasificaron como confirmados, y en el 87,61% se detectó Ig M anti VHA.

En 10 casos existía antecedente de contacto sexual de riesgo y dos casos eran CDVP.

En cuanto al modo de presentación, 61 casos estuvieron asociados a otros enfermos. Trece de estos casos estuvieron asociados a 5 brotes en los que existía el antecedente de viaje al Norte de África, 4 de ellos relacionados con familias residentes en la CM que acababan de visitar sus países de origen. Quince casos asociados a 3 brotes estuvieron relacionados con centros escolares, 10 a 3 brotes producidos en familias de etnia gitana, 20 a 1 brote ocurrido en un poblado marginal y 3 a un brote en un grupo de amigos. El 61,5% de los brotes y el 65,6% de los casos se produjo en grupos socialmente desfavorecidos, si consideramos como tales a las familias de etnia gitana, familias residentes en la CM procedentes del norte de África y residentes en poblados marginales.

Gráfico 9. 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 2003.

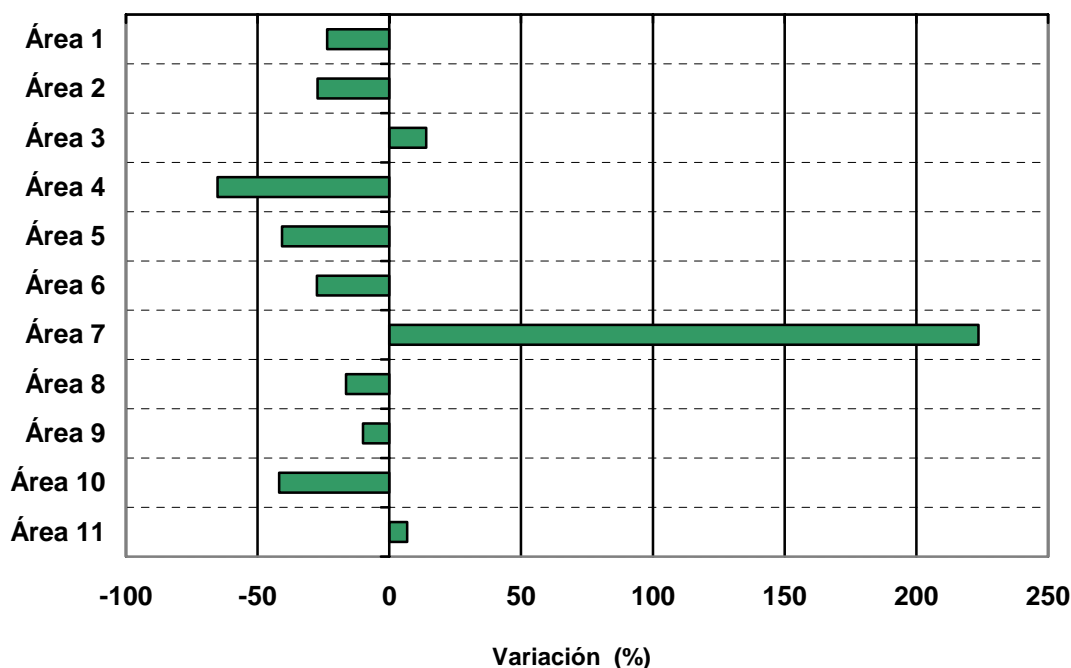
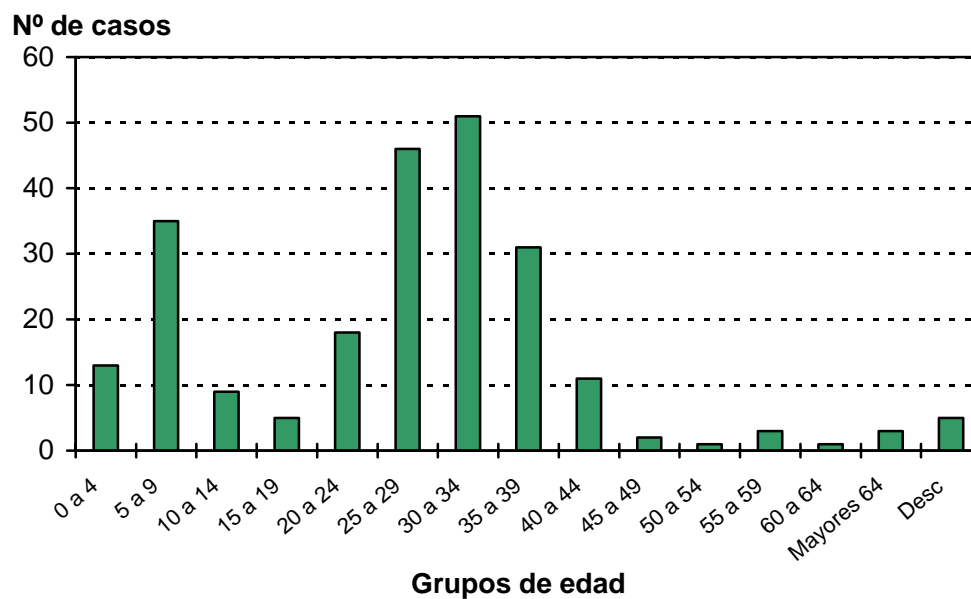
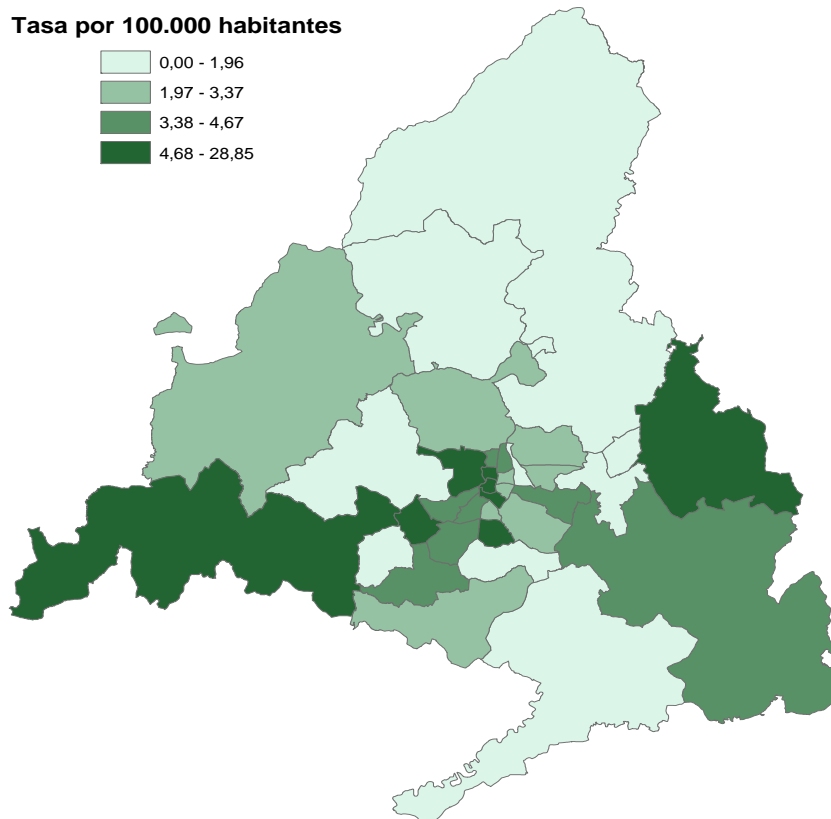


Gráfico 10.- Hepatitis A. Distribución por grupos de edad.
Comunidad de Madrid. Año 2003.



Mapa 4. Hepatitis A. Tasas de incidencia por distritos sanitarios.
Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.3.9.2.- Hepatitis B

En el año 2003 se notificaron 130 casos de hepatitis B en la CM, 19 casos más que en 2002. El número de casos notificados fue un 17,2% mayor que la mediana del quinquenio anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,27 casos por 100.000 habitantes, un 5,71% 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 1,12 (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 11 (4,77 casos por 100.000 habitantes), la 10 (3,40 casos por 100.000 habitantes), la 7 (3,08 casos por 100.000 habitantes) y la 3 (2,49 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 11). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (9,15 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (8,26 casos por 100.000 habitantes), Carabanchel (5,17 casos por 100.000 habitantes), Parla (4,35 casos por 100.000 habitantes) y Usera (4,06 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5).

La información sobre el sexo y la edad no estaba recogida en un 0,77% y un 4,62% respectivamente. El 69,77% de los casos se produjeron en hombres, y el 82,30% en mayores de 24 años. En los menores de 15 años, se produjo un caso en un niño de 10 meses y 4 casos en niños de entre 10 y 14 años (gráfico 12).

El 87,69% de los casos fueron clasificados como confirmados. La prueba de detección de anticuerpos antiHBc (IgM) fue positiva en el 60,77% de los casos, y el 73,85% tenía una prueba Ag antiHBs positiva.

En cuanto a la forma de presentación, el 5,38% estaba asociado a otros casos de su entorno.

En 23 casos existían antecedentes de contacto sexual de riesgo y 1 era CDVP. Cuatro casos estaban vacunados, 69 no lo estaban, y en el resto se desconocían los antecedentes vacunales.

Gráfico 11.- 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 2003.

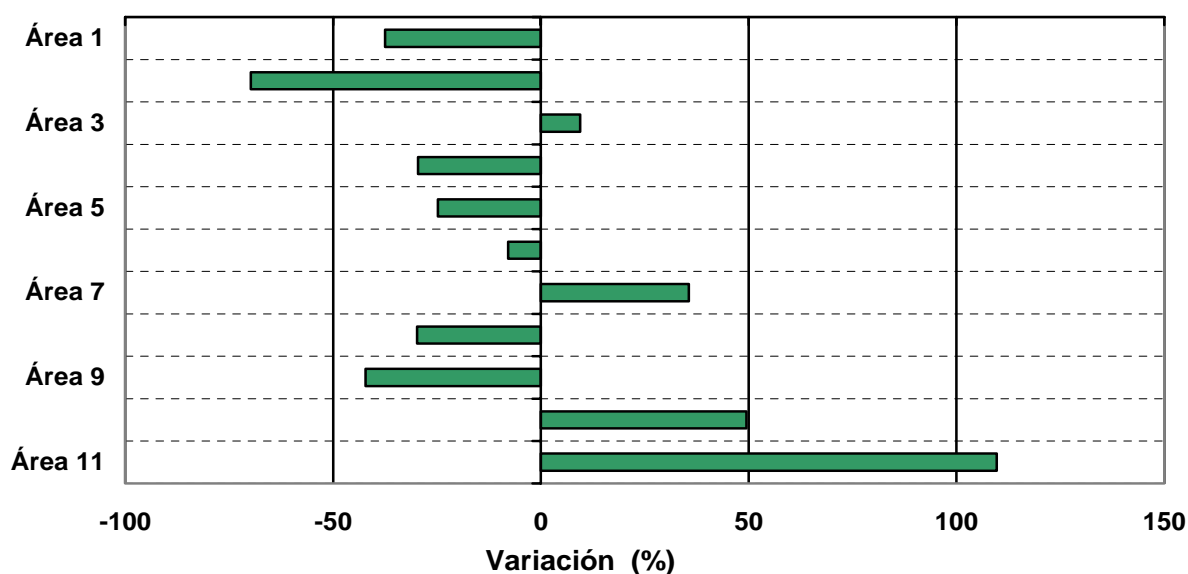
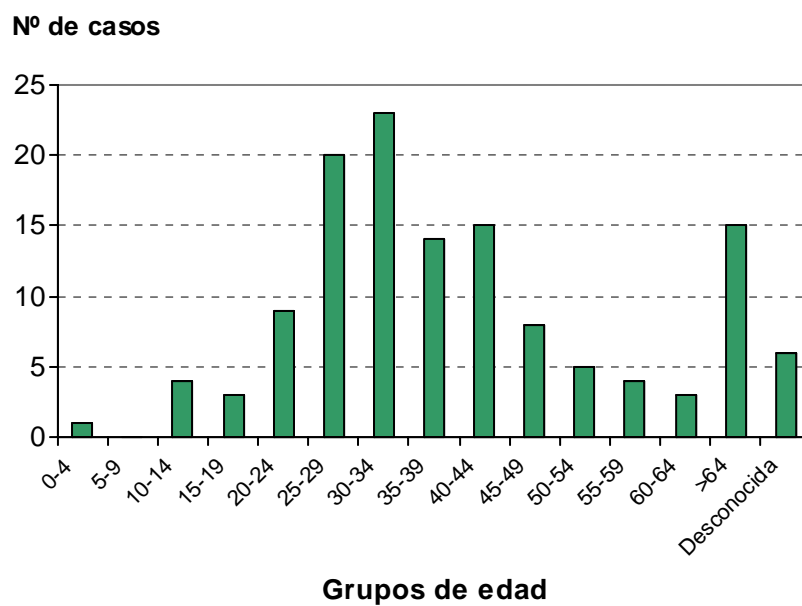
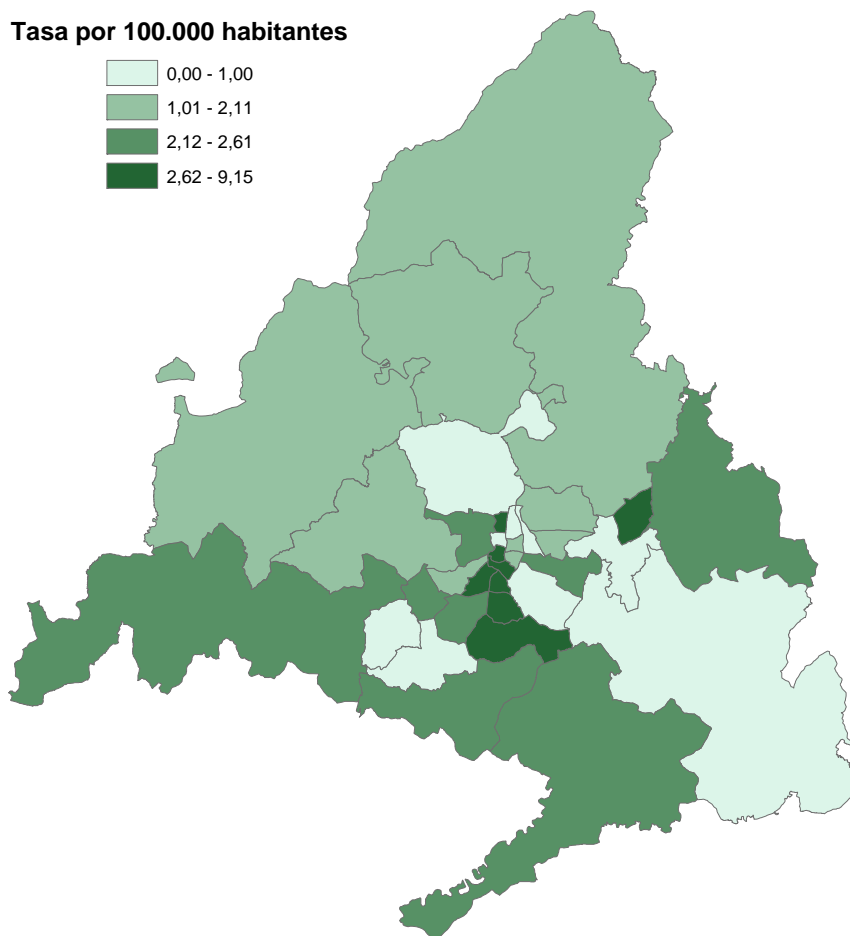


Gráfico 12. Hepatitis B. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.**Mapa 5.- Hepatitis B. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.**

3.3.9.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2003 se notificaron 101 casos de otras hepatitis víricas, 17 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,77 casos por 100.000 habitantes, un 29,04% inferior a la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior, e inferior a la observada a nivel nacional para ese mismo año, con una razón de tasas de 0,77 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

La prueba de detección de anticuerpo Ig antiVHC fue positiva en 89 casos, lo que supone una tasa de hepatitis C de 1,56 casos por 100.000 habitantes, un caso era positivo para Ig antiVHD y 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 y la 6 (gráfico 13). Los distritos sanitarios que presentaron una tasa más elevada fueron Getafe (6,40/100.000), Arganzuela (4,92/100.000), Usera (4,06/100.000), Villaverde (3,75/100.000) y Carabanchel (3,45/100.000) (mapa 6).

El 57,30% de los casos de hepatitis C se produjeron en varones, y el 93,26% en mayores de 30 años, si bien en un 1,12% se desconocía la edad del caso (Gráfico 14).

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de hepatitis C, 9 casos (8,91%) eran CDVP, 4 casos (4,49%) presentaban antecedentes de contacto sexual de riesgo y en 21 casos (20,79%) se recogían otros factores de riesgo.

Gráfico 13. 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 2003.

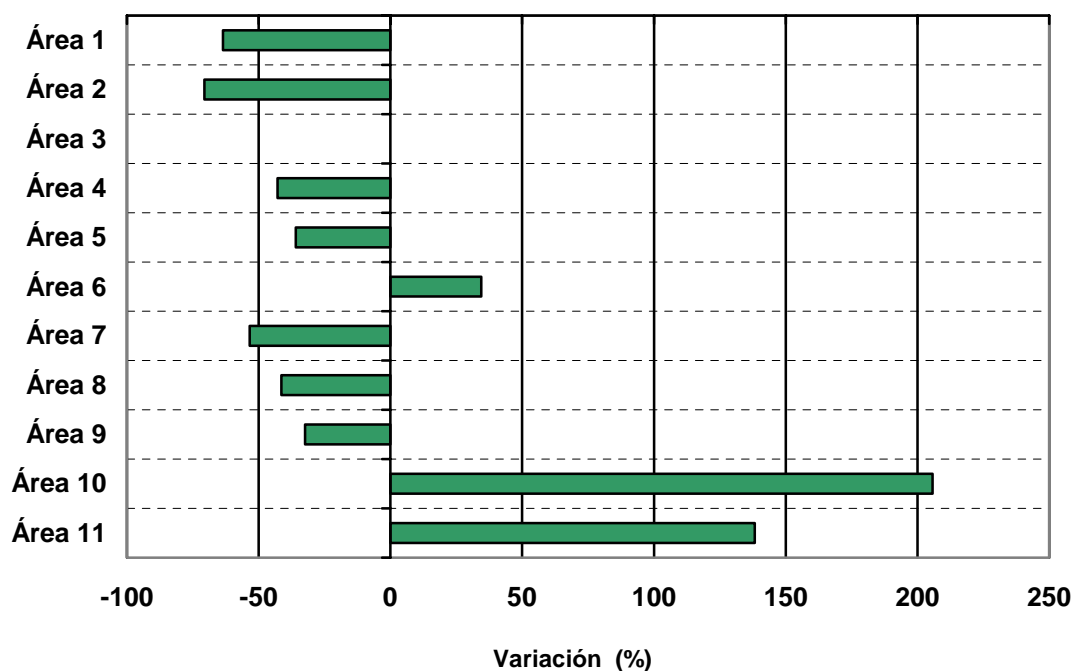
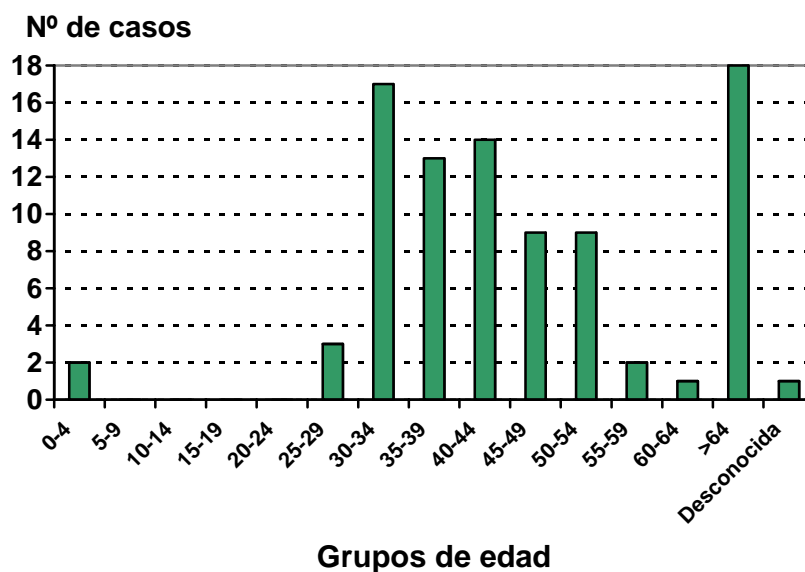
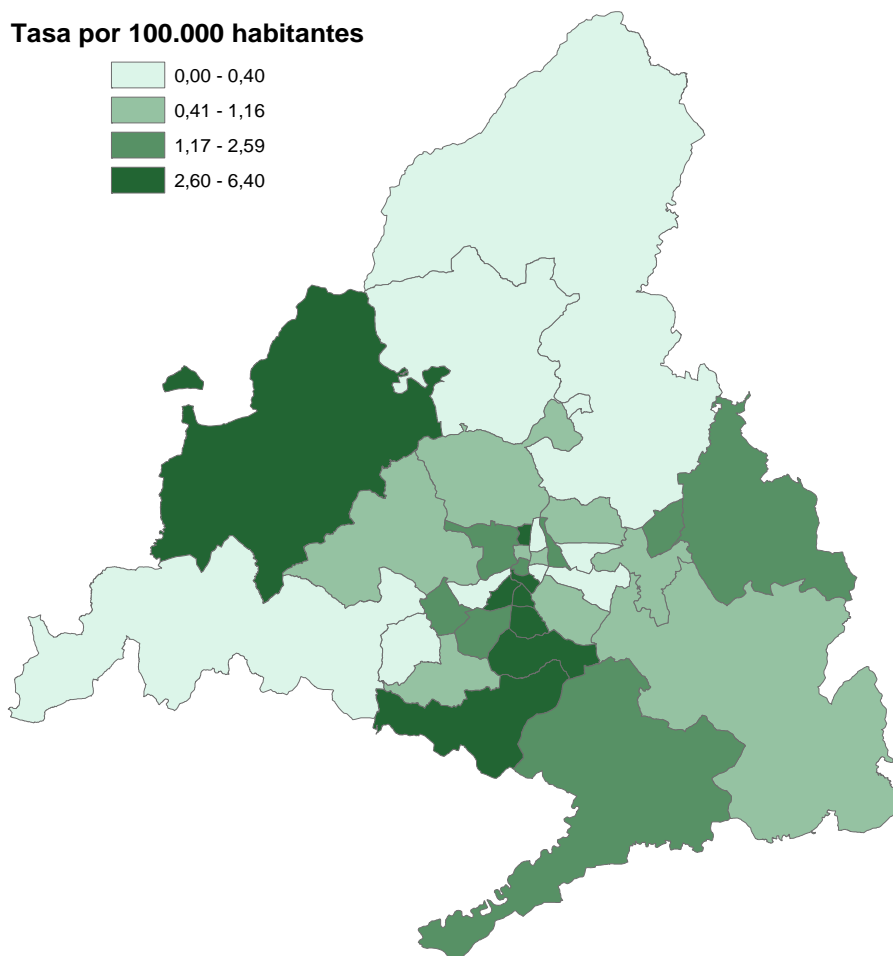
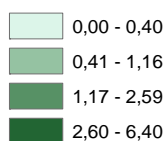


Gráfico 14. Hepatitis C. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.



Mapa 6.- Hepatitis C. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.

Tasa por 100.000 habitantes



3.3.10- Infección gonocócica

Durante el año 2003 se notificaron 63 casos de infección gonocócica, 19 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,10 casos por 100.000 habitantes, un 84,42% mayor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior para la CM, y mayor que la observada a nivel nacional para ese mismo año, siendo la razón de tasas 0,41 (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 (2,72 casos por 100.000 habitantes), la 11 (1,99 casos por 100.000 habitantes), la 2 (1,60 casos por 100.000 habitantes) y la 6 (1,40 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 15). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (7,04 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (2,81 casos por 100.000 habitantes), Usera (2,44 casos por 100.000 habitantes), Majadahonda (2,35 casos por 100.000 habitantes), Carabanchel (2,15 casos por 100.000 habitantes), Chamartín (2,12 casos por 100.000 habitantes) y Coslada (2,03 casos por 100.000 habitantes) (mapa 7).

La información sobre el género y la edad era desconocida en un 1,59% y un 4,76% de los casos, respectivamente. En la distribución por género se observó un marcado predominio en varones (93,65%). El 93,65% de los casos se presentó en menores de 45 años, y el rango de edad osciló entre 17 y 51 años (gráfico 16).

En el 26,98% de los casos el diagnóstico se realizó sólo por sospecha clínica. El 73,02% de casos restantes se clasificaron como confirmados, en el 65,08% se realizó confirmación microbiológica y en el 9,52% confirmación serológica.

Sólo 3 casos (4,76%) se presentaron como asociados a otros casos.

Gráfico 15. 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 2003.

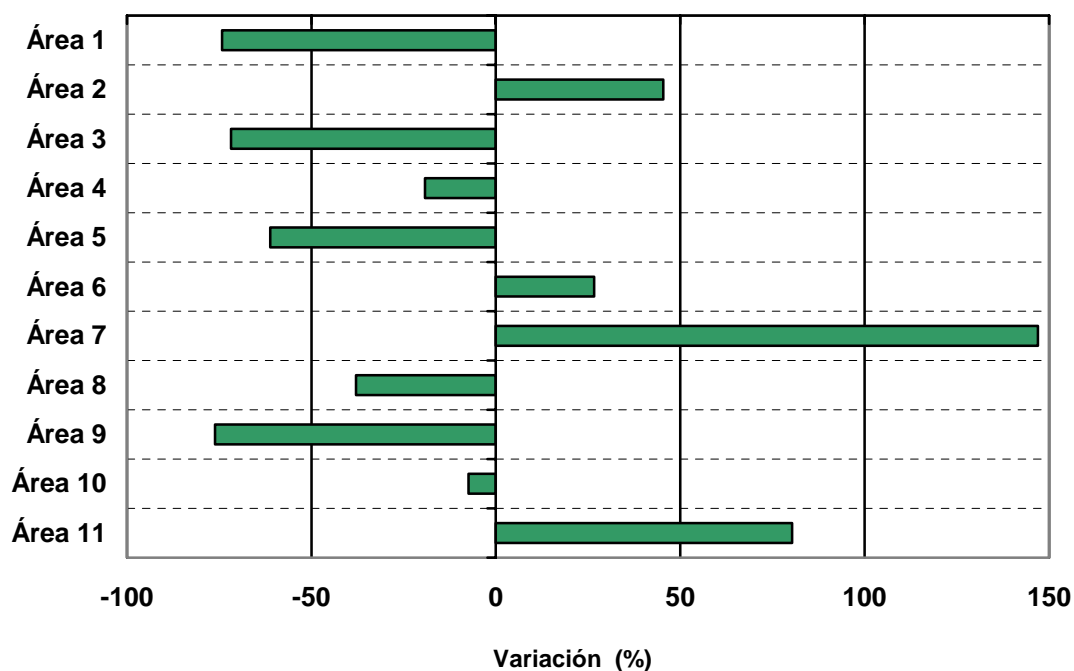
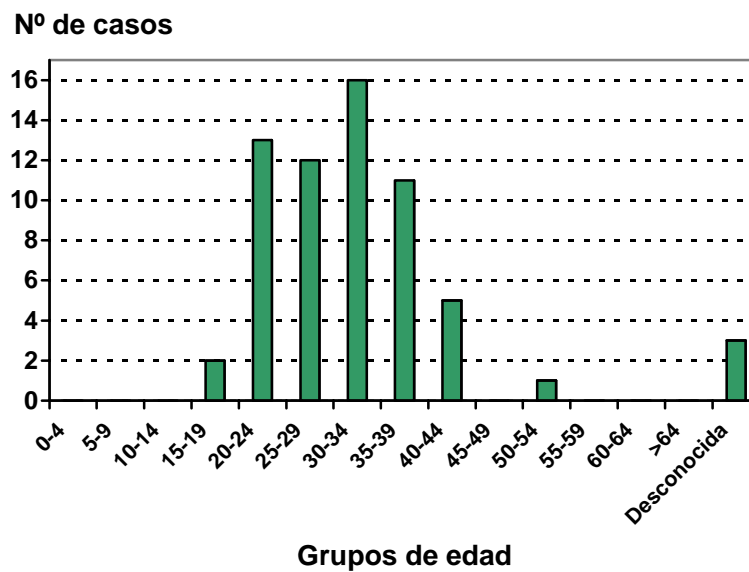
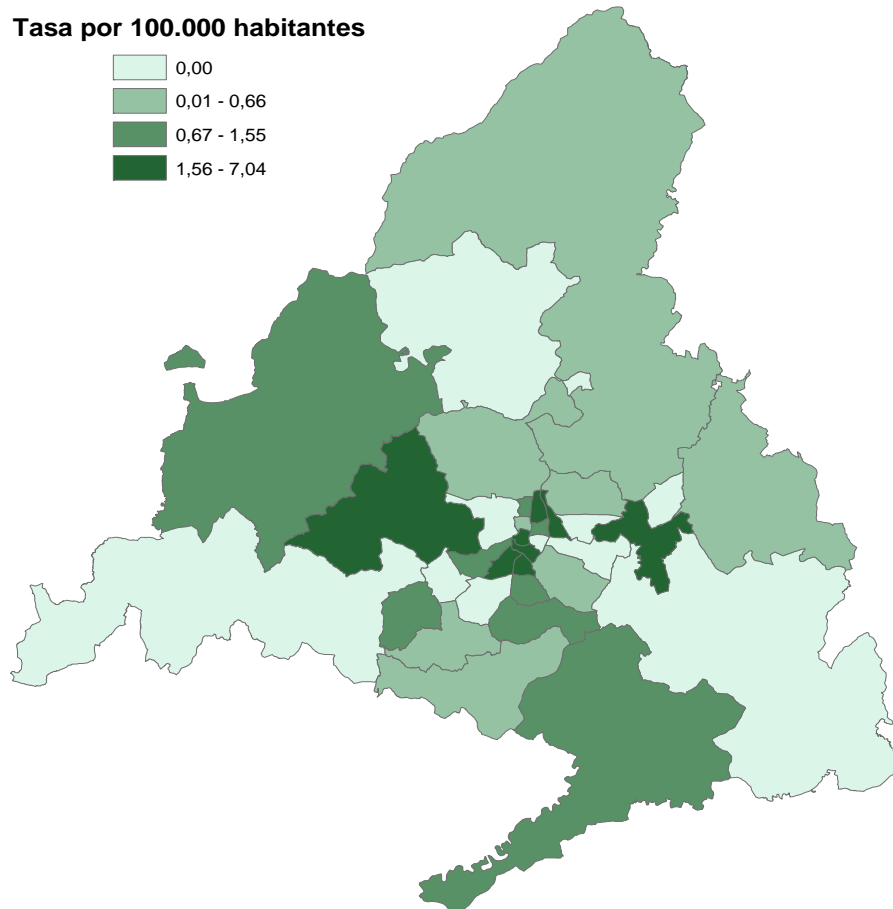


Gráfico 16. Infección gonocócica. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.



Mapa 7.- Infección gonocócica. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.3.11.- Legionelosis

En el año 2003 se notificaron 84 casos de legionelosis, 50 casos menos que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,47 casos por 100.000 habitantes, un 67,65% 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 de 0,46 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla2).

El área que presentó una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fue la 9 (3,16 casos por 100.000 habitantes), seguida de la 11 (1,85 casos por 100.000 habitantes) y la 8 (1,82 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 17). El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Centro (4,22 por 100.000), seguido de los distritos de Arganzuela (3,51 por 100.000), Moncloa (3,47 por 100.000), Fuenlabrada (3,44 por 100.000), Leganés (2,83 por 100.000) y Salamanca (2,70 por 100.000) (mapa 8).

El 86,90% de los casos se observó en varones. La edad media de los casos fue de 58,53 años (desviación estándar: 15,34). El 66,66% de los casos se observó en mayores de 49 años (gráfico 18).

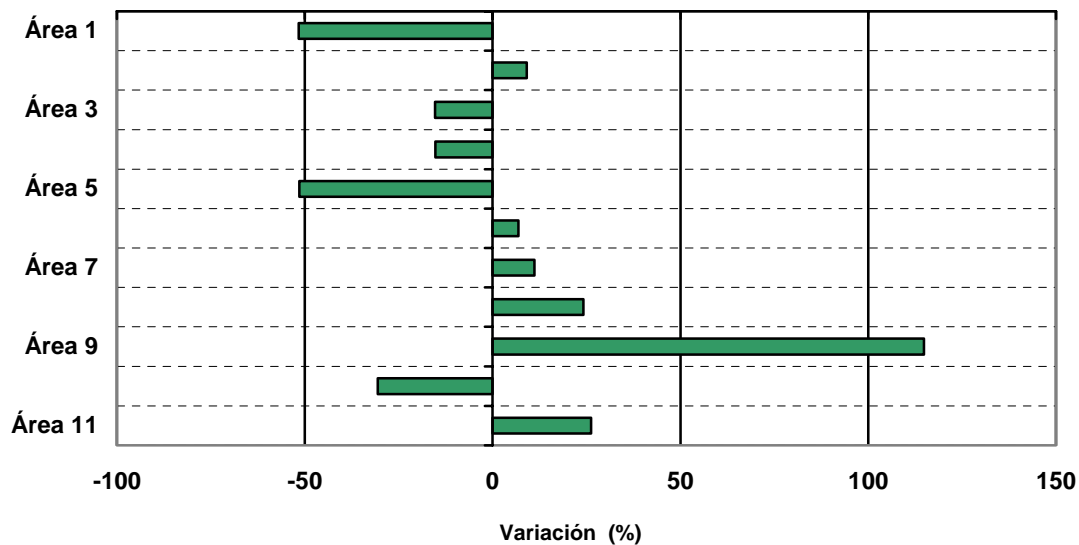
El 92,86% de los casos se clasificó como confirmado, y en el 98,72% de ellos el diagnóstico se realizó mediante pruebas de confirmación, demostrándose en todos el antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina, en un 3,90% se aisló *L. pneumophila* en secreciones respiratorias, tejido pulmonar o sangre y en un 1,30% se observó seroconversión frente a *L. pneumophila* SG1.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (68,66%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (23,73%), tener diabetes (16,13%) y padecer un cáncer (8,62%).

Del total de casos, el 3,57% estaba asociado a otros casos.

En el gráfico 19 se muestra la incidencia de esta enfermedad durante los últimos 7 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.

Gráfico 17. Legionelosis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2003.



Mapa 8. Legionelosis. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.

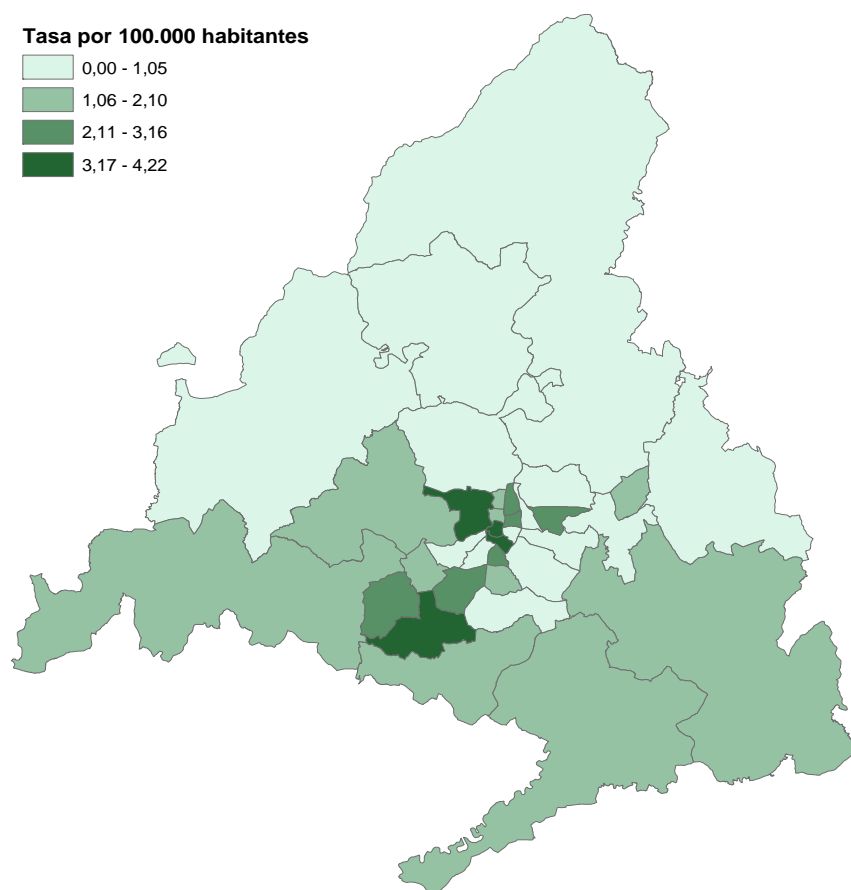


Gráfico 18. Legionelosis. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.

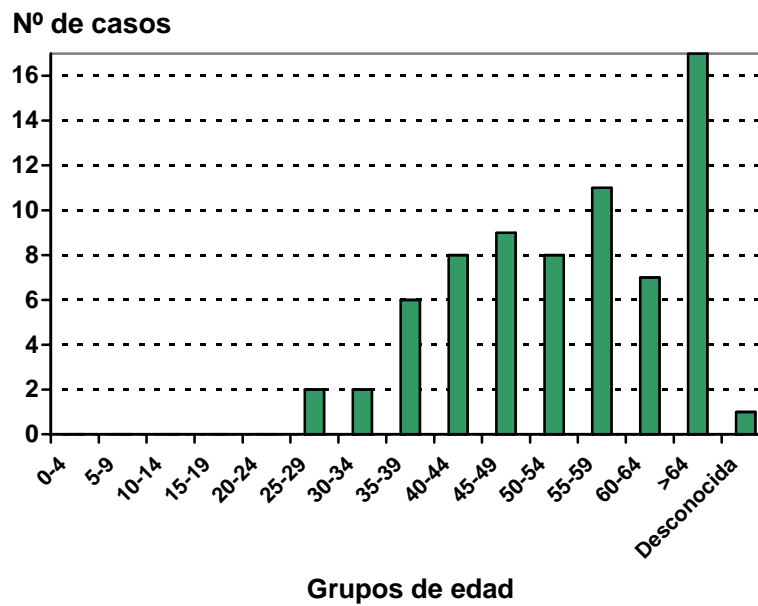
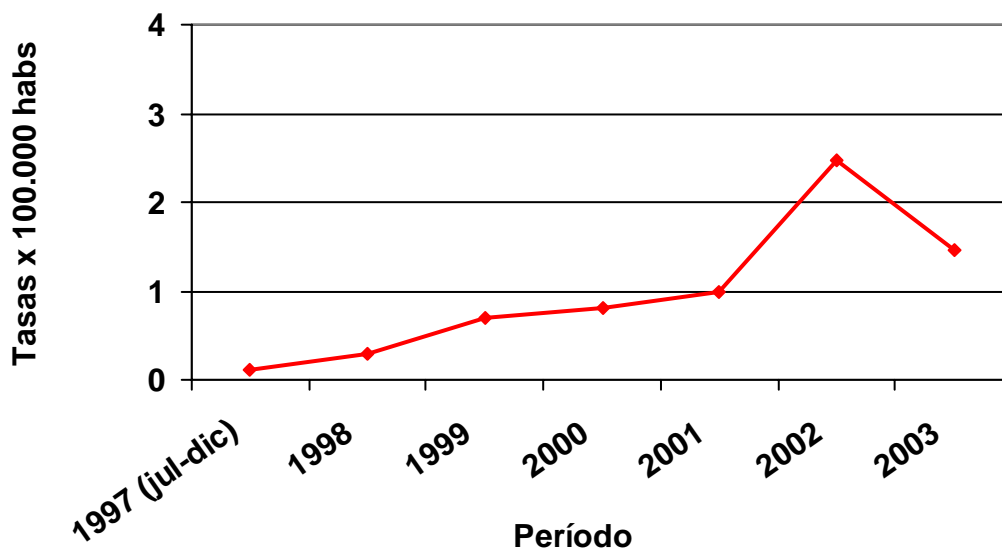


Gráfico 19. Legionelosis. Tasas de incidencia. Comunidad de Madrid. Periodo 1997-2003.



3.3.12.- Leishmaniasis

Durante el año 2003 se notificaron 23 casos de leishmaniasis, el mismo número de casos que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,40 casos por 100.000 habitantes, un 3,35% menor 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 9 (1,84 casos por 100.000 habitantes), la 11 (1,06 casos por 100.000 habitantes) y la 8 (0,46 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 20). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Fuenlabrada (1,97 casos por 100.000 habitantes), Leganés (1,70 casos por 100.000 habitantes), Usera (1,62 casos por 100.000 habitantes), Aranjuez (1,61 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (1,31 casos por 100.000 habitantes) y Carabanchel (1,29 casos por 100.000 habitantes) (mapa 9).

Veintidós de los 23 casos se diagnosticaron como leishmaniasis visceral, y el caso restante se diagnosticó como leishmaniasis cutánea.

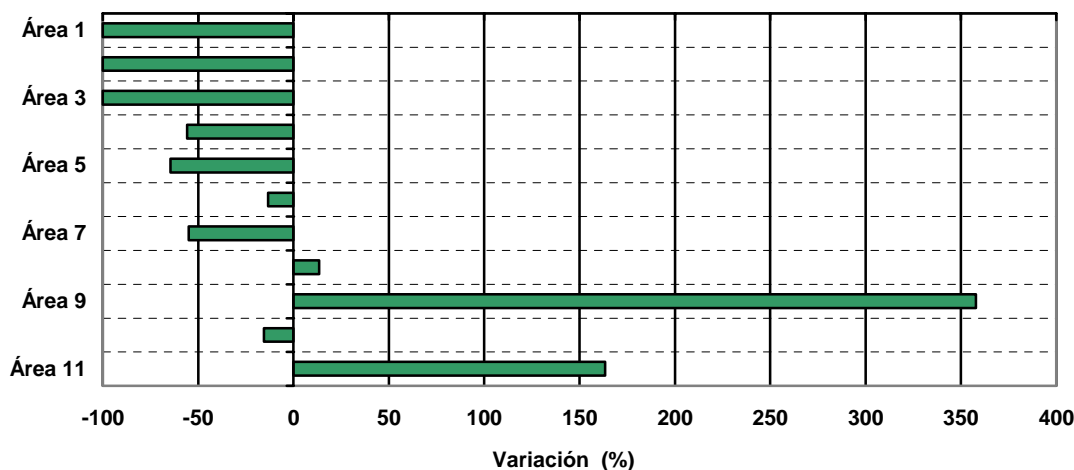
El 82,61% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 1 y 67 años, y el 65,21% de los casos estaba comprendido en los grupos de edad de 30 a 44 años.

El 21,74% de los casos se clasificaron como probables, el 73,91% como confirmados y tan solo el 4,35% como sospechosos. En el 30,43% de los casos se realizó diagnóstico serológico, y en el 65,22% diagnóstico microbiológico.

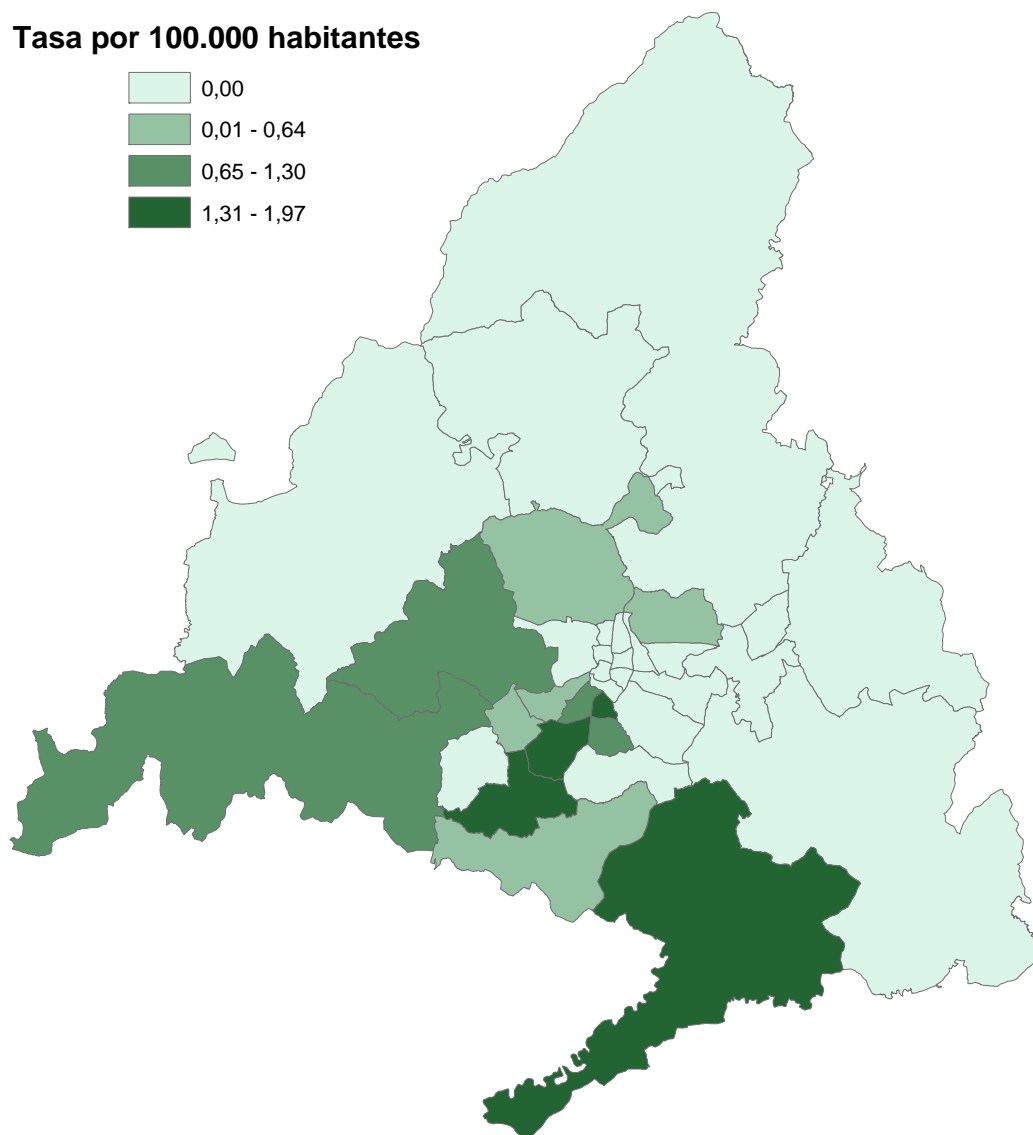
El 95,65% de los casos precisó ingreso hospitalario.

Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de enfermedad inmunosupresora (56,52%), estar en tratamiento inmunosupresor (13,04%), alcoholismo (13,04%), ser o haber sido CDVP (8,70% y 13,04%, respectivamente), haber recibido una transfusión (8,70%) y haber sufrido un transplante (8,70%).

Gráfico 20. Leishmaniasis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2003.



Mapa 9. Leishmaniasis. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.3.13.- Meningitis Bacterianas

Durante el año 2003 se notificaron 118 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo las debidas a *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *M. tuberculosis*), 28 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,06 casos por 100.000 habitantes (tabla 2). El 61,9% de los casos se clasificaron como confirmados y el patógeno causal más frecuentemente aislado fue el *Streptococcus pneumoniae* que ocasionó 41 casos, con una tasa de incidencia de 0,72 casos por 100.000 habitantes.

Las áreas más afectadas por este grupo de meningitis bacterianas fueron: el Área 3 (incidencia 4,04 casos por 100.000 habitantes), el Área 11 (3,71 casos por 100.000 habitantes) y

el Área 9 (3,42 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4). En cuanto a las meningitis neumocócicas el Área 3 (2,18 casos por 100.000 habitantes) y el Área 2 (1,37 casos por 100.000 habitantes) han sido las más afectadas.

El 53,8% de los casos notificados eran varones, siendo el 52,5% en las meningitis neumocócicas (52,5%).

La mayor incidencia se observó en los menores de un año (30,42 casos por 100.000), seguidos por el grupo de edad comprendido entre 1 y 4 años (5,81 por 100.000). En la meningitis neumocócica se observó una distribución similar, con 14,41 casos por 100.000 habitantes menores de un año, y 3,58 casos por 100.000 habitantes de 1 a 4 años de edad.

Este tipo de meningitis fueron las que ocasionaron una mayor letalidad (21,2%), siendo del 22,0% para las meningitis neumocócicas. Un 3,4% de los casos presentaron secuelas. En 8 casos se recogía el antecedente de vacunación antineumocócica.

Todos los casos fueron esporádicos, no habiéndose notificado ningún caso secundario.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2003.”* Se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, julio 2004, volumen 10, nº 7).

3.3.14.- Meningitis víricas

En el año 2003 se registraron 282 casos de meningitis vírica, 80 menos que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 4,93 casos por 100.000 habitantes (tabla 2).

La mayor incidencia de meningitis vírica se localizan en el Área 3 (18,97 casos por 100.000 habitantes), seguida por el Área 9 (12,36 casos por 100.000 habitantes) y el Área 8 (7,98 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4).

La mayoría de los casos fueron sospechas clínicas, habiéndose confirmado sólo un caso ocasionado por el virus de Ebstein-Barr.

La meningitis vírica presenta un predominio masculino (59,9%). La mayor frecuencia se observó en los menores de 10 años, con las mayores tasas en los menores de 1 año (38,43 casos por 100.000), seguidos del grupo de 5 a 9 años (31,52 casos por 100.000) y el de 1 a 4 años (21,47 casos por 100.000).

La evolución clínica se conocía en el 97,5% de los casos. Se registraron dos casos con secuelas (0,7%). La letalidad fue del 0,7%, los fallecidos fueron dos varones adultos con patología previa (inmunodeficiencia y miocardiopatía), en uno de los cuales se identificó el virus de Ebstein-Barr como agente causal.

Hay que señalar que esta enfermedad no es vigilada a nivel nacional.

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2003.”* Se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, julio 2004, volumen 10, nº 7).

3.3.15.- Paludismo

En el año 2003 se notificaron 126 casos de paludismo, 21 casos menos que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,20 casos por 100.000 habitantes, un 29,07% 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 2,33 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2). Las notificaciones provenían fundamentalmente de tres centros: 29,37% de los casos fue notificado por el Centro Nacional de Investigaciones Clínicas, el 17,46% por el Hospital Príncipe de Asturias, y el 15,08% por el Severo Ochoa.

Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia fueron la 3 (8,40 casos por 100.000 habitantes), la 9 (6,84 casos por 100.000 habitantes), la 10 (4,08 casos por 100.000 habitantes) y la 11 (2,25 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 21). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Torrejón de Ardoz (8,59 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (8,36 casos por 100.000 habitantes), Alcalá de Henares (8,30 casos por 100.000 habitantes), Getafe (5,12 casos por 100.000 habitantes), Leganés (5,09 casos por 100.000 habitantes) y Usera (4,06 casos por 100.000 habitantes) (mapa 10).

Se disponía de información sobre el sexo y la edad en un 99,21% de los casos. El 50,4% de ellos eran varones, el 27,2% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 53,6% en los grupos de edad comprendida entre los 15 y los 39 años. El rango de edad osciló entre 1 y 72 años.

El 92,86% de los casos se clasificaron como confirmados, detectándose en todos ellos la presencia de *Plasmodium*. Entre los casos con presencia de parásito confirmada, el 79,49% de los parásitos detectados fue *P. falciparum*, el 8,55% *P. vivax*, el 4,27% *P. malariae*, el 0,85% *P. ovale*, y en el 5,98% se identificaron infecciones mixtas (tabla 5).

El 38,10% de los casos tenían como antecedente la inmigración de zonas endémicas, y el 14,29% de los casos el antecedente de viaje turístico a dichos lugares. El lugar de contagio se conoce en el 85,71% de los casos, siendo África el continente más frecuente (94,44%) y Guinea Ecuatorial el país africano más frecuentemente registrado como país de origen (57,84%).

Gráfico 21. Paludismo. Variación de las tasa de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2003.

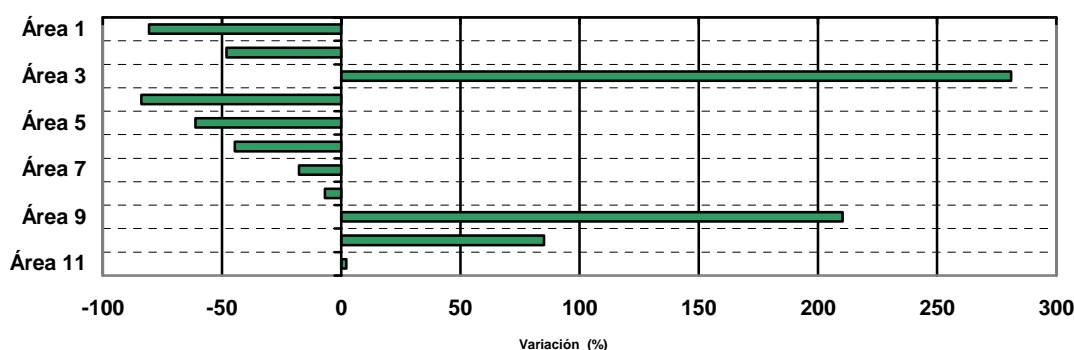
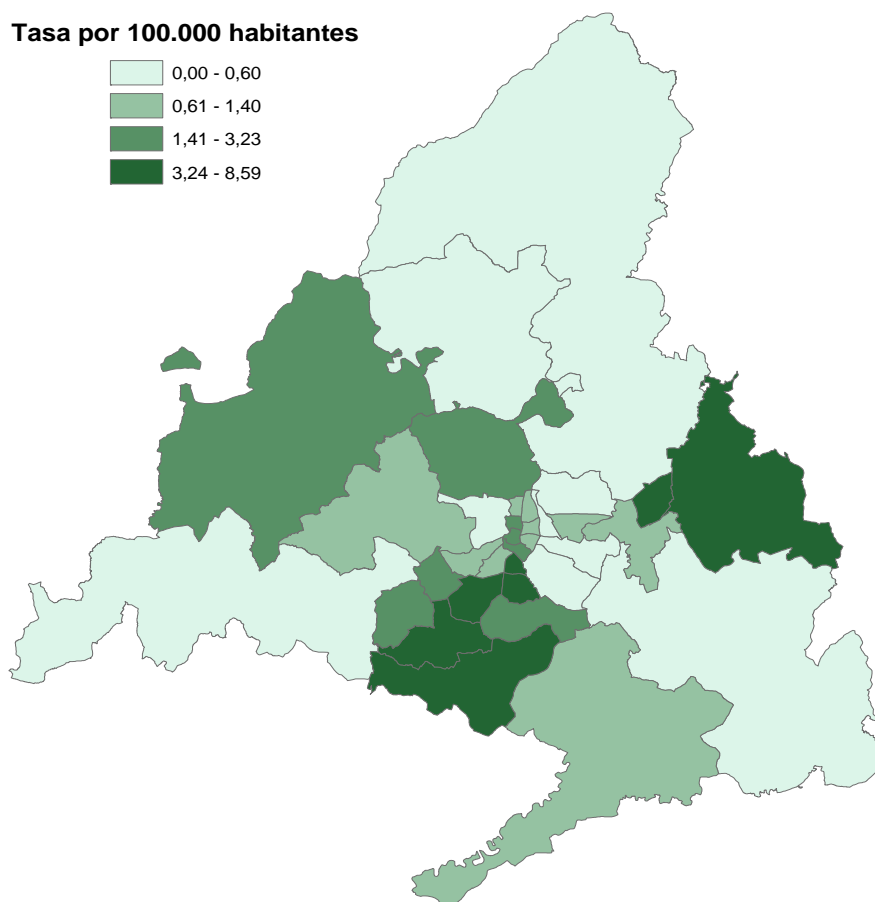


Tabla 5. Distribución de los casos de paludismo según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid. Año 2003.

<i>PLASMODIUM</i> AISLADO	PAÍS / CONTINENTE DE CONTAGIO					Total
	Guinea Ecuatorial	Resto de África	América Latina	Asia	No figura	
<i>P. falciparum</i>	48	35	1	-	9	93 (73,81%)
<i>P. vivax</i>	1	1	5	-	3	10 (7,94%)
<i>P. malariae</i>	2	1	-	-	2	5 (3,97%)
<i>P. ovale</i>	-	-	-	1	-	1 (0,79%)
<i>P. mixtas</i>	3	4	-	-	-	7 (5,56%)
<i>P. spp</i>	1	-	-	-	-	1 (0,79%)
No figura especie	4	1	-	-	4	9 (7,14%)
TOTAL	59	42	6	1	18	126
	(46,83%)	(33,33%)	(4,76%)	(0,79%)	(14,29%)	(100,00%)

Mapa 10. Paludismo. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.3.16.- Parálisis fláccida aguda (PFA)

Durante el año 2003 se han notificado 7 casos de parálisis fláccida aguda, 4 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 0,85 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, cifra menor que la observada a nivel nacional (44 casos, tasa de 0,74 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años) (tabla 2).

Tres de los 7 casos se recuperaron en la revisión del CMBD de los distintos hospitales de la Comunidad de Madrid correspondiente al año 2003.

Estos 7 casos han ocurrido en 5 varones y 2 mujeres, con un rango de edad comprendido entre los 0 y los 10 años. El diagnóstico final en cuatro de los casos fue Síndrome de Guillain-Barré, y en otro fue aciduria glutárica tipo I.

En el informe de *“Plan de Erradicación de la Poliomiélitis, Comunidad de Madrid, año 2003”* se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, julio 2004, volumen 10, nº 7).

3.3.17.-Parotiditis

En el año 2003 se notificaron 315 casos de parotiditis, 247 casos menos que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 5,51 casos por 100.000 habitantes, un 45,83% 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 1,30 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2). El mayor número de casos se observó durante las 6 primeras cuatrisesmanas del año 2003 (gráfico 22).

Las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia con respecto a la CM fueron la 3 (11,51 casos por 100.000 habitantes), la 6 (7,50 casos por 100.000), la 2 (6,87 casos por 100.000) y la 1 (5,97 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 23). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Alcalá de Henares (11,53 casos por 100.000), Torrejón de Ardoz (11,45 casos por 100.000), Coslada (9,49 casos por 100.000), Retiro (8,74 casos por 100.000) y Arganda (8,63 casos por 100.000) (mapa 11).

En el 0,32% de los casos no se disponía de información sobre el sexo, y el 61,59% de los casos se observó en varones. No se disponía de información sobre la edad en el 0,95% de los casos, el 68,57% se registró en menores de 15 años, el 18,72% en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, y el 11,75% en mayores de 29 años (gráfico 24).

En cuanto al tipo de diagnóstico, en el 94,2% de los casos se realizó por sospecha clínica, en el 8,25% se corroboró con pruebas serológicas y en el 0,63% con pruebas microbiológicas. El 5,40% de los casos se clasificó como confirmados.

En el gráfico 25 se muestra el estado vacunal de los 235 casos menores de 21 años. El 4,68% no estaba vacunado y en el 20,85% se desconocía el estado vacunal. El 74,47% restante estaba vacunado, el 90,29% de ellos había recibido al menos una dosis de vacuna y en el 0,71% se desconocía el número de dosis recibidas.

Del total de los casos, el 5,71% estaba asociado a otros casos (18 casos). En el año 2003 se notificó un brote de parotiditis en un centro escolar del área 1, con un total de 3 afectados.

Gráfico 22. Parotiditis. Número de casos notificados por cuatrisesmanas. Comunidad de Madrid. Años 2002-2003.

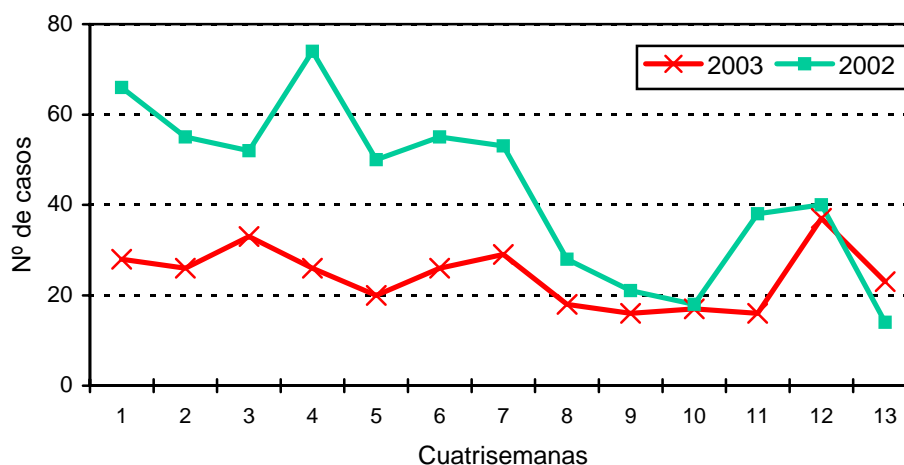
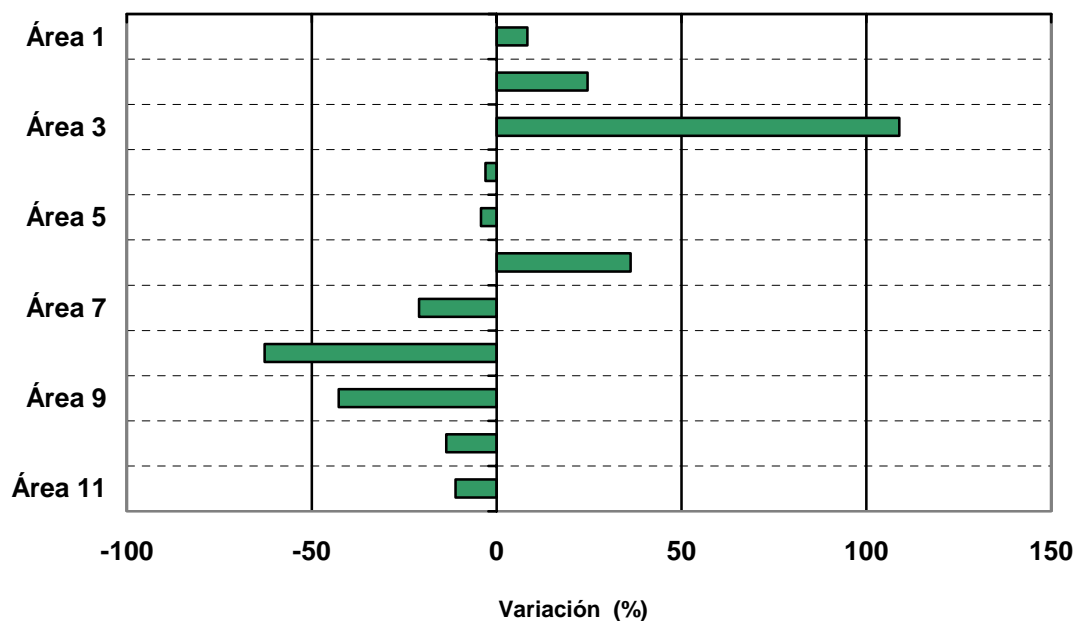


Gráfico 23. Parotiditis. Variación de las tasas de incidencias por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2003.



Mapa 11. Parotiditis. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2003.

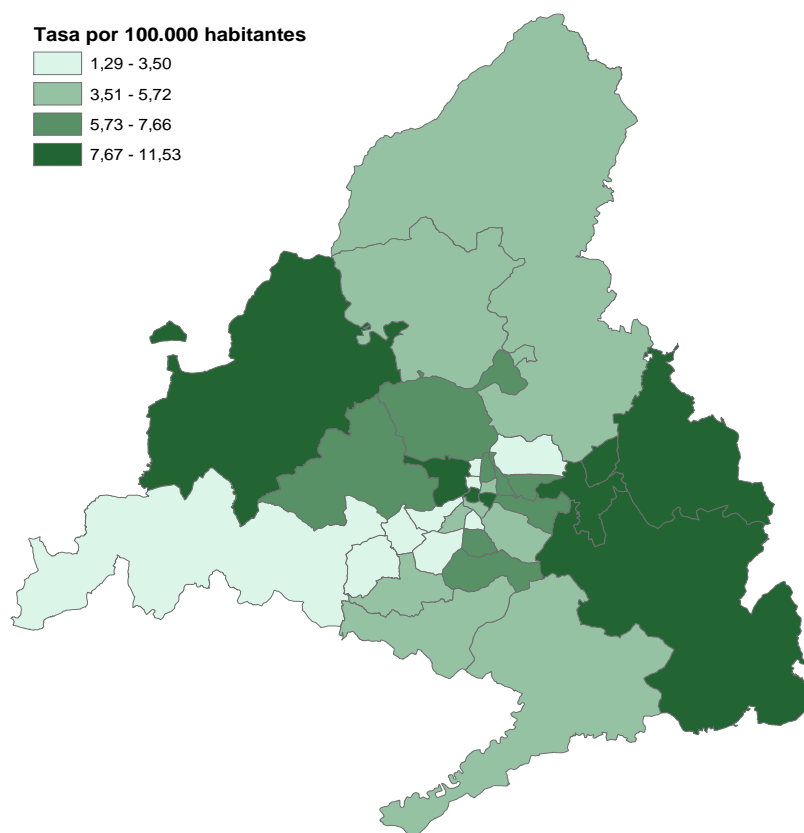


Gráfico 24. Parotiditis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.

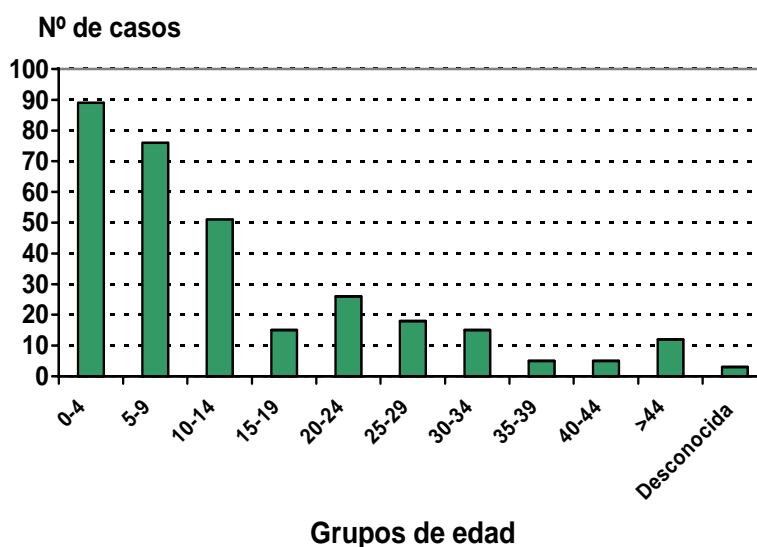
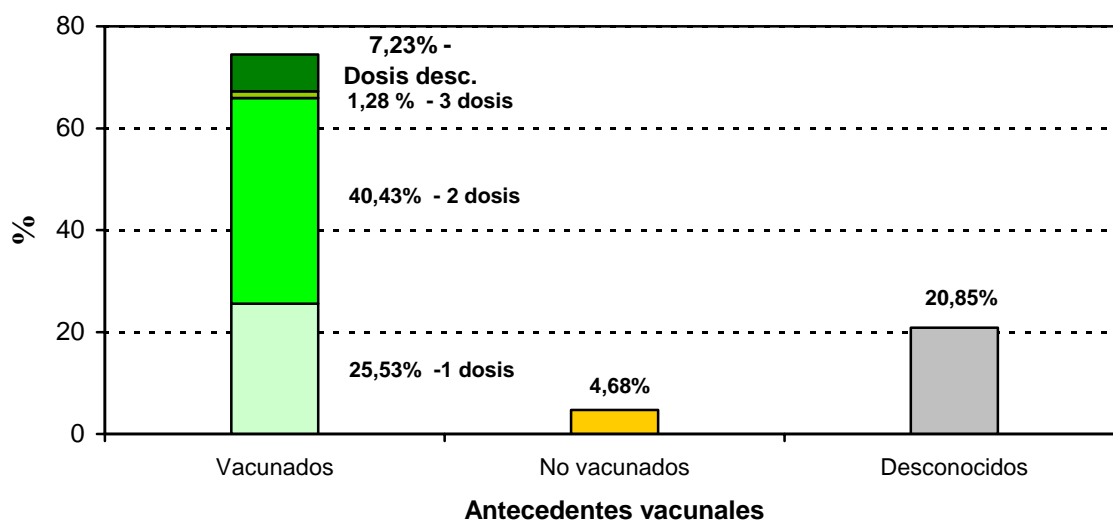


Gráfico 25. Parotiditis. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.3.18.- Rubéola

En el año 2003 se notificaron 32 casos de rubéola en la CM, 7 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,56 casos por 100.000 habitantes, un 23,71% 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 1,93 (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 (1,14 casos por 100.000 habitantes), la 7 (1,09 casos por 100.000 habitantes), la 11 (0,79 casos por 100.000 habitantes) y la 5 (0,71 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4, gráfico 26). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Chamberí (3,28 casos por 100.000 habitantes), Chamartín (2,12 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (1,41 casos por 100.000 habitantes), Tetuán (1,36 casos por 100.000 habitantes) y Vallecas (1,01 casos por 100.000 habitantes) (mapa 12).

En la distribución por género, se observó un predominio en hombres (56,25%). Todos los casos se produjeron en menores de 41 años, apareciendo el 68,75% de ellos en menores de 25 años (gráfico 27).

El 56,25% de los casos fueron clasificados como confirmados, y en todos ellos se realizó confirmación serológica.

En cuanto a la forma de presentación, 15,62% (5 casos) estaban asociados a otros casos de su entorno.

El 53,33% 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 13,33% se desconocía el estado vacunal (gráfico 28)

Respecto al total de casos notificados en mujeres (14), el rango de edad osciló entre 18 y 40 años, 4 de ellas eran de nacionalidad colombiana y una dominicana, si bien en el resto no se conoce la nacionalidad. En cuanto a sus antecedentes vacunales, sólo el 15,38% (2/14) estaban vacunadas, una de ellas con una dosis y en la otra no se conocía el número de dosis, el 61,54% no lo estaba y en el 23,08% se desconocía si estaban inmunizadas.

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

Gráfico 26. Rubéola. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid.

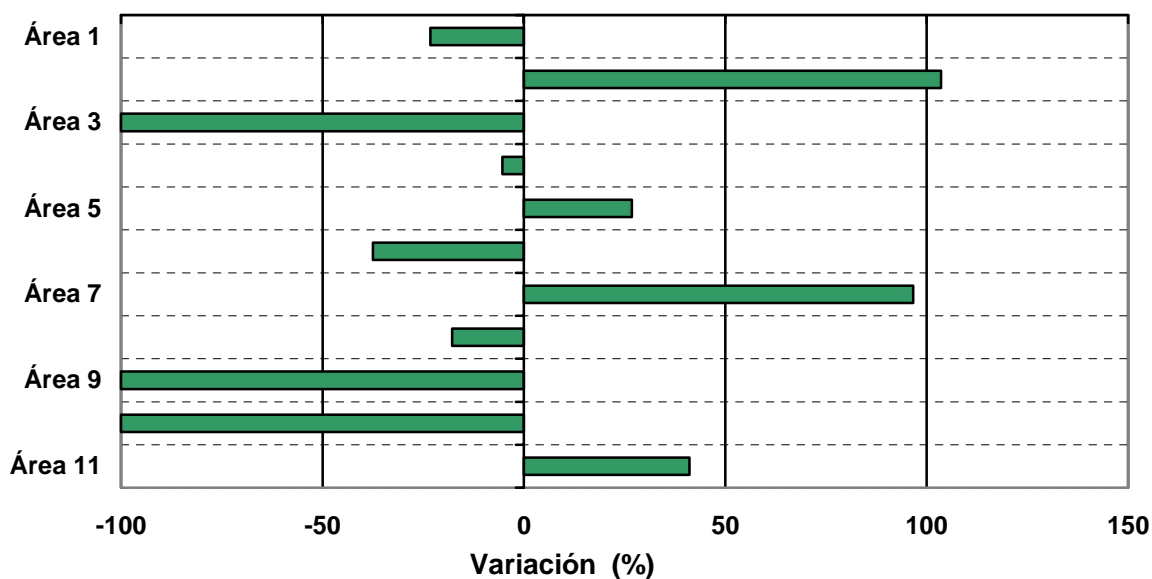
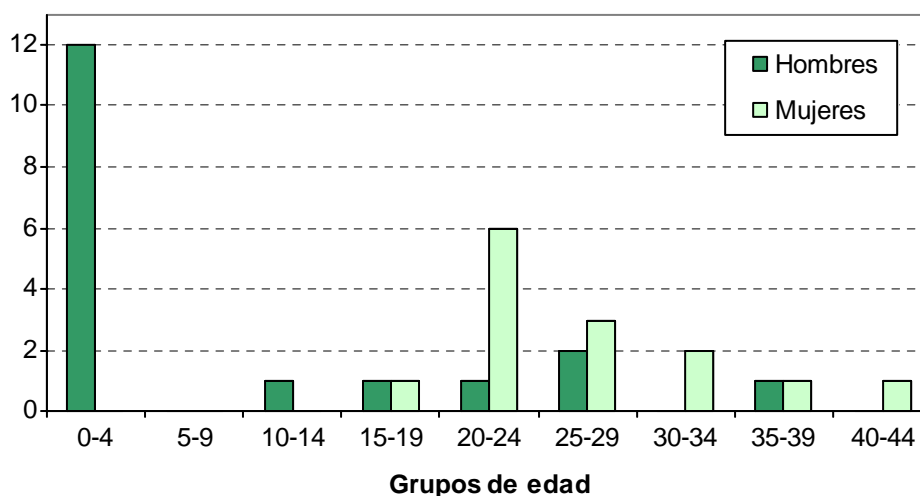


Gráfico 27. Rubéola. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2003.

Nº de casos



Mapa 12. Rubéola. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.

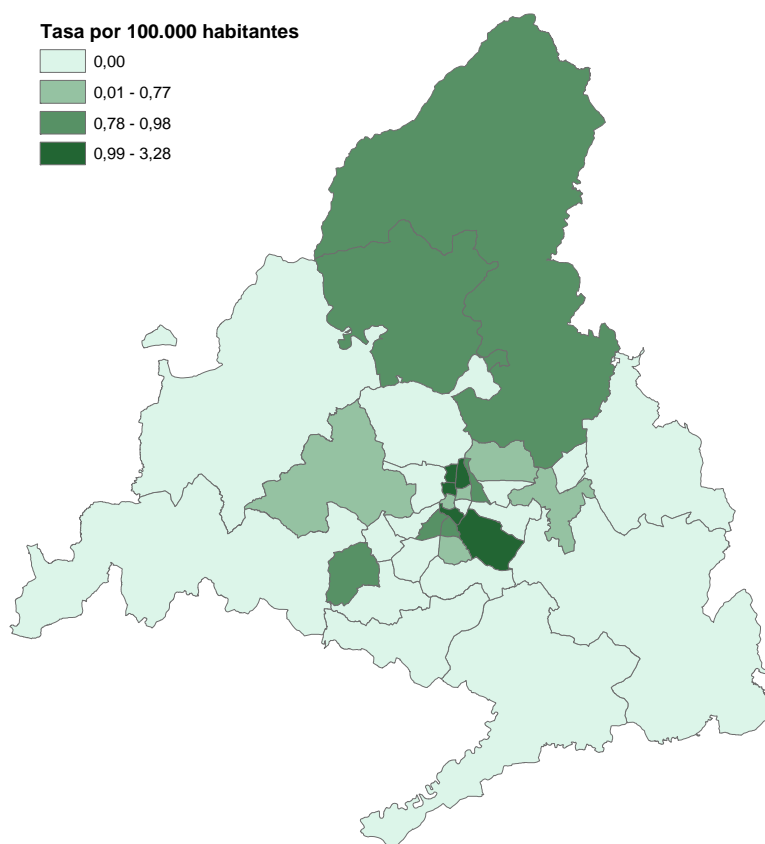
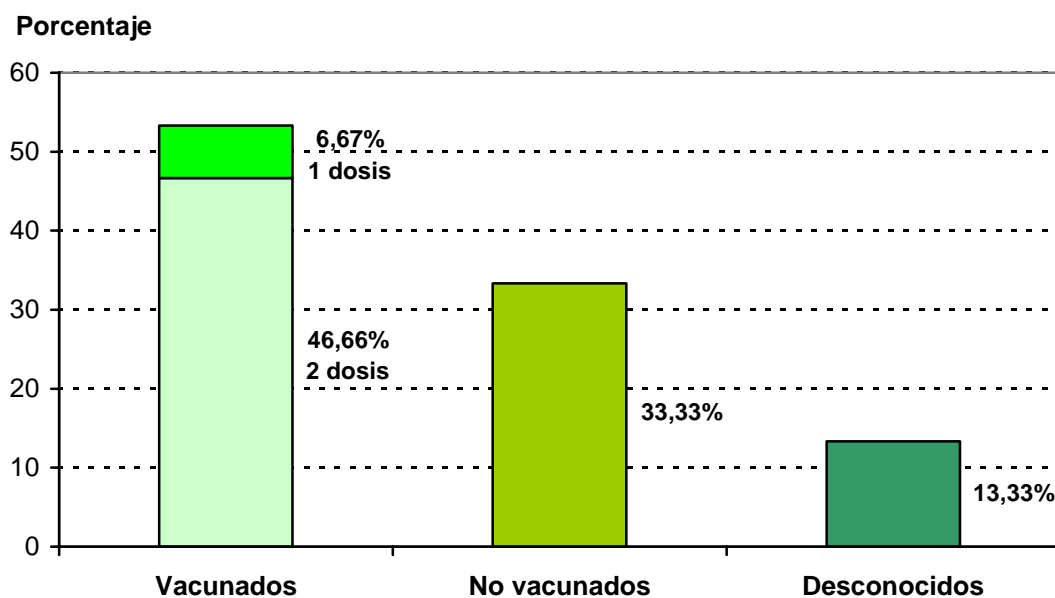


Gráfico 28. Rubéola. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.3.19.- 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. 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 2003 se recibieron 81 notificaciones, de las cuales 64 cumplían criterios clínicos de sospecha. Se descartaron el 57,81% de los casos sospechosos. Se detectaron 5 casos (7,81%) que habían recibido una dosis de vacuna triple vírica dentro de las 6 semanas anteriores a la fecha de inicio del exantema y no presentaron vínculo epidemiológico con ningún caso confirmado, por lo que fueron clasificados como casos vacunales. El 34,38% restante (22 casos) se clasificaron como confirmados y compatibles. Uno de estos casos había pasado la mayor parte del período de incubación en otra Comunidad Autónoma (CA), por lo que fue clasificado como perteneciente a otra CA, y los otros 21 casos fueron clasificados como autóctonos. De los casos autóctonos, 18 fueron confirmados por laboratorio y 3 quedaron clasificados compatibles por la imposibilidad de extraer muestras oportunas, en dos casos por rechazo de los padres a la extracción y en el otro por retraso en la notificación. En la tabla 6 se recoge la clasificación de los casos notificados en la CM en los años 2001 a 2003.

Los 21 casos autóctonos representan una tasa de incidencia de 0,38 por 100.000, mayor que la observada en el año 2002 (0,22 por 100.000) y menor que la observada a nivel nacional (246 casos, tasa de incidencia de 0,62 casos por 100.000) (gráfico 3, tabla 2). En el gráfico 29 se presenta la distribución del número de casos autóctonos por área de salud en la CM desde 2001 a 2003.

El 50% de las notificaciones procedieron de centros de atención primaria y el 42,4% de centros hospitalarios.

El rango de edad fue de 2 meses a 33 años. El mayor número de casos se observó en el grupo de 21 a 30 años de edad, seguido del de menores de 15 años. La mayor incidencia se observó en el grupo de 0-12 meses (5,09 casos por 100.000) (gráfico 30).

El 71,4% de los casos autóctonos se presentó asociados a un brote relacionado con un centro hospitalario del Área 3, que afectó sobre todo a población mayor de 20 años (60,0% de los casos de 20 a 25 años y 26,7% mayores de 25). En relación con el año anterior se ha observado un incremento de la incidencia de casos clasificados como autóctonos, debido al brote notificado. Este brote afectó a 15 personas de entre 14 meses y 33 años de edad, la evolución fue favorable en todos ellos y no se produjeron complicaciones.

El 38,1% de los casos se produjo en las cohortes sometidas al programa de vacunación. De estos 8 casos, un niño que acababa de cumplir 15 meses estaba sin vacunar, en un caso de 21 años no se llegó a conocer el estado vacunal y el resto de los casos estaba vacunado, si bien en 3

casos no se pudo documentar la dosis recibida. En la tabla 7 se muestra el estado vacunal por grupos de edad de los casos autóctonos.

De los 37 casos descartados, se llegó a establecer un diagnóstico etiológico en 19 (51,4%). El agente causal más frecuente fue el virus herpes 6 (8 casos), seguido de rubéola (7 casos), adenovirus (2 casos), parvovirus (1 caso) y *S. pyogenes* (1 caso) (tabla 6).

En el informe “*Plan de Eliminación del Sarampión. Comunidad de Madrid. Año 2003*” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, enero 2004, volumen 10, nº 1).

Tabla 6. Plan de Eliminación del Sarampión. Clasificación de los casos notificados. Comunidad de Madrid. Años 2001, 2002 y 2003.

CLASIFICACIÓN DE CASOS		Año 2001 Nº casos	Año 2002 Nº casos	Año 2003 Nº casos
Casos autóctonos o con fuente de infección desconocida	Confirmados microbiológicamente	5	8	18
	Confirmados por vínculo epidemiológico	3	0	0
	Compatibles	7	4	3
	TOTAL CASOS AUTÓCTONOS	15	12	21
Casos pertenecientes a otra Comunidad Autónoma		0	0	1
Casos importados		2	1	0
TOTAL CASOS CONFIRMADOS Y COMPATIBLES		17	13	22
Casos vacunales		3	1	5
Casos descartados	Rubéola	0	5	7
	Herpes 6	3	3	8
	Parvovirus B19	0	0	1
	Escarlatina	0	4	1
	Otros	0	2	2
	No concluyente	3	18	18
TOTAL CASOS DESCARTADOS		6	32	37
TOTAL CASOS NOTIFICADOS		26	46	64

Caso autóctono: todo caso que no pueda ser clasificado como importado o de otra Comunidad Autónoma. Los casos vinculados epidemiológicamente a un caso confirmado son considerados autóctonos si su exposición ocurre en la C. de Madrid.

Caso importado: todo caso confirmado de sarampión cuyo exantema se inicia en un período mayor o igual a 18 días de su llegada de otro país, siempre que no esté vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono anterior.

Caso confirmado por laboratorio: caso que las determinaciones de laboratorio indique la presencia de anticuerpos IgM frente a sarampión, seroconversión de IgG o cultivo positivo, con independencia de que la definición de caso se cumpla o no.

Caso confirmado con vínculo epidemiológico: todo caso que cumple los criterios de la definición clínica sin que se disponga de pruebas de laboratorio, y que ha estado en contacto témporo-espacial con otro caso de sarampión confirmado microbiológicamente, y en el cual el exantema se inició entre el 7-8 día antes de caso actual.

Caso compatible o que cumpla la definición clínica de caso: todo caso que cumple los criterios de definición clínica de sospecha de caso, en el que no ha sido posible recoger muestras para su confirmación por el laboratorio, y que no está vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado por laboratorio.

Caso descartado (no sarampión): Todo caso sospechoso en el que las determinaciones aportan resultados negativos.

Gráfico 29. Plan de Eliminación del Sarampión. Distribución de los casos autóctonos por áreas de salud. Comunidad de Madrid. Años 2001, 2002 y 2003.

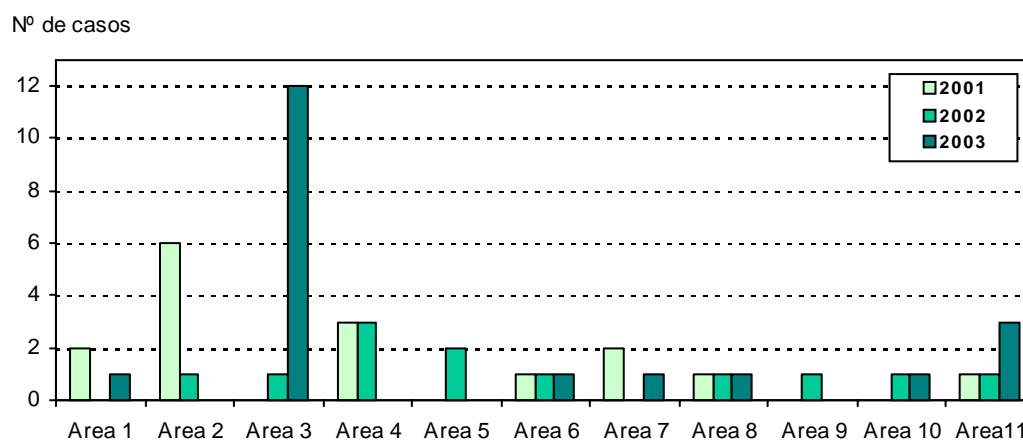


Gráfico 30. Plan de Eliminación del Sarampión. Tasas de incidencia de casos autóctonos por 100.000 habitantes por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2001, 2002 y 2003.

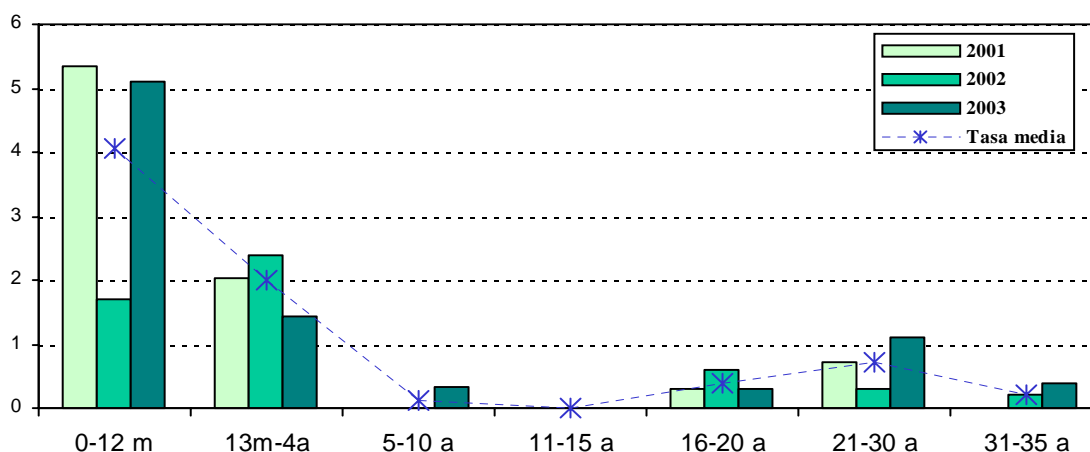


Tabla 7. Plan de Eliminación del Sarampión. Estado vacunal por grupo de edad de los casos autóctonos. Comunidad de Madrid. Años 2001, 2002 y 2003.

Edad	EV descon.	0 dosis	1 dosis	2 dosis	Total
0-14 meses	0	4	0	0	4
15 meses-4 años	0	1	1	0	2
5-10 años	0	0	0	1	1
11-15 años	0	0	0	0	0
16-20 años	0	0	1*	0	1
21-30 años	3	1	6**	1*	11
30-35 años	1	1	0	0	2
Total_{0-35 años}	4	7	8	2	21

* Dosis no documentadas; ** Dosis no documentada en 5 casos

3.3.20.- Sífilis

En el año 2003 se notificaron 118 casos de sífilis, 48 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,06, un 45,95% 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 0,89 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

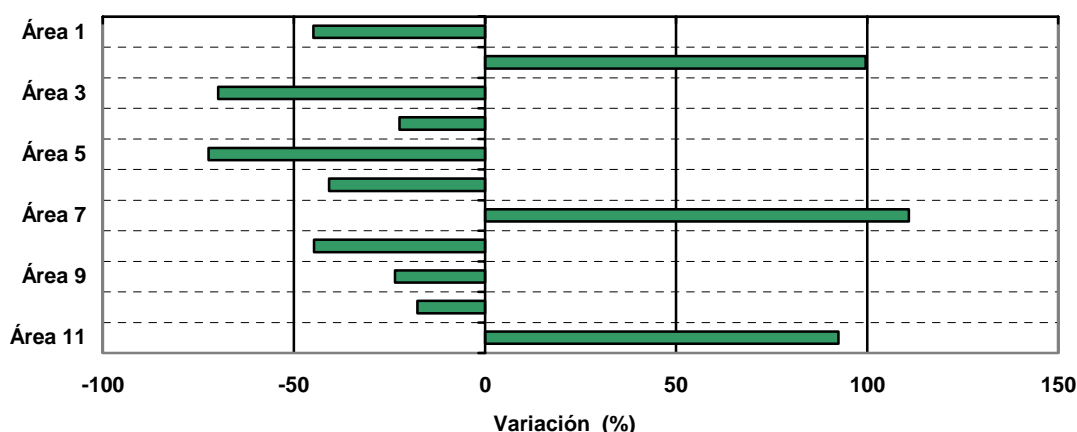
Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM fueron la 7 (4,35 casos por 100.000 habitantes), la 2 (4,12 casos por 100.000) y la 11 (3,97 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 31). Los distritos sanitarios que mostraron mayores tasas fueron Centro (9,85 casos por 100.000 habitantes), Salamanca (6,08 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (5,26 casos por 100.000 habitantes), Carabanchel (5,17 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (4,22 casos por 100.000 habitantes) (mapa 13).

El 71,19% de los casos se observó en varones. La información sobre la edad era desconocida en el 2,54% de los casos. El rango de edad varió entre 15 y 68 años, y el 68,63% de los casos se presentaron en personas de 20 a 39 años.

El 66,95% de los casos se clasificaron como confirmados. Dos de los casos confirmados se detectaron a través de la realización rutinaria de serologías de control durante el seguimiento del embarazo. En cuanto al tipo de diagnóstico, en el 88,14% se realizó diagnóstico serológico y en el 3,39% diagnóstico microbiológico. El 12,71% de los casos se presentaron como asociados a otros casos de sífilis.

Durante el año 2002 no se declaró ningún caso de sífilis congénita en la CM, y en 2003 se notificaron dos casos, correspondientes a dos varones de 0 y 4 meses de edad, residentes en las áreas 1 y 11. En uno ellos la madre fue diagnosticada de sífilis durante el primer trimestre del embarazo. A nivel nacional se notificaron 4 casos en 2003 y 15 casos en 2002, lo que supone unas tasas de incidencia de 0,01 y 0,04 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 2003.



Mapa 13. Sífilis. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.

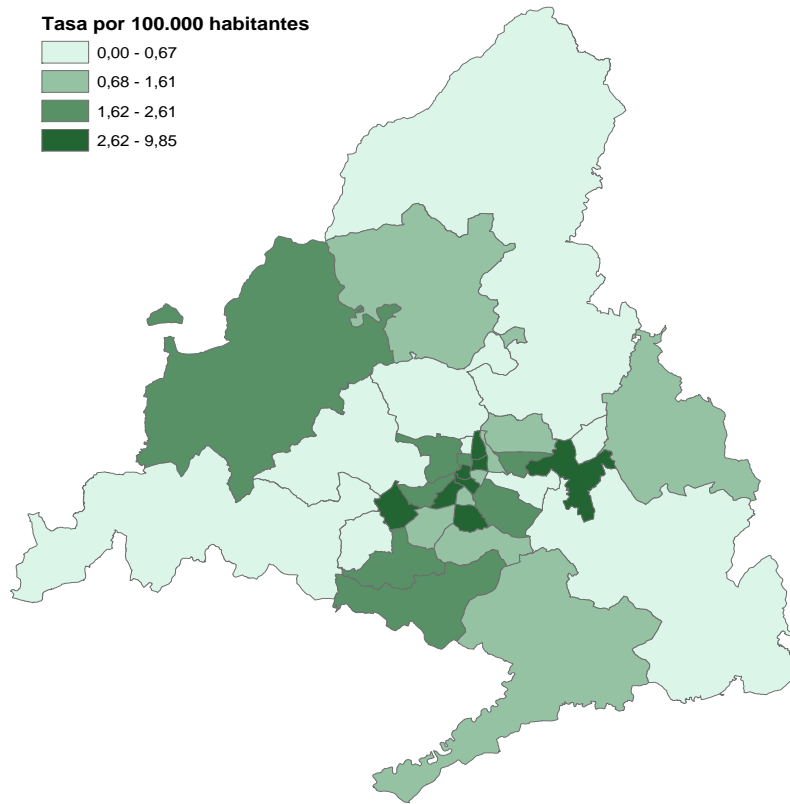
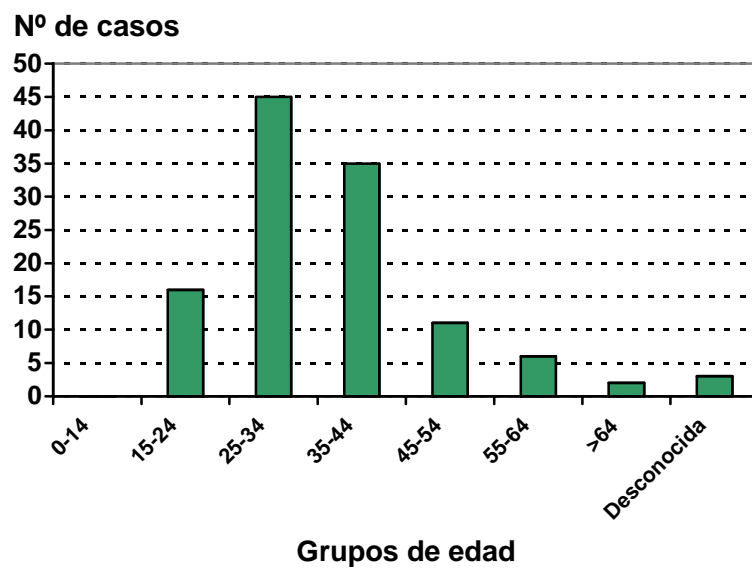


Gráfico 32. Sífilis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.3.21.- Tos ferina

En el año 2003 se notificaron 304 casos de tos ferina en la CM, 141 casos más que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 5,32 casos por 100.000 habitantes, un 352,49% 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 3,83 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 34,07 casos por 100.000 habitantes. El mayor número de casos se observó durante las cuatrisesmanas 3 a 7 del año 2003 (gráfico 33).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la CM fueron la 2, la 3 y la 11, con 27,69, 9,95 y 6,62 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (gráfico 34). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Coslada (75,91 casos por 100.000 habitantes), Alcalá de Henares (10,61 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (10,51 casos por 100.000 habitantes), Usera (9,74 casos por 100.000 habitantes) y Torrejón de Ardoz (8,59 casos por 100.000 habitantes) (mapa 14).

No se disponía de información sobre el sexo y la edad en un 0,33% y 1,97% de casos, respectivamente. El 58,55% se presentó en mujeres. En cuanto a la distribución por edad, el rango de edad osciló entre 0 y 63 años, observándose el 46,05% en el grupo de 0 a 4 años de edad, el 30,92% en el grupo de 5 a 9 años, y el 14,80% en el grupo de 10 a 14 años (gráfico 35).

El 12,50% de los casos se clasificaron como confirmados. El diagnóstico se realizó por la clínica en el 94,41% de casos, en el 41,78% se realizó diagnóstico serológico, y en el 4,61% diagnóstico microbiológico.

El estado vacunal en los menores de 21 años era desconocido en el 17,79% de los casos y el 13,52% no estaban vacunados. Entre el 68,68% de casos vacunados, se desconocía el número de dosis recibidas en el 9,60%, y el 59,08% restante estaba inmunizado con al menos una dosis de vacuna (gráfico 36).

El 37,83% de los enfermos estaban asociados a otros casos. Durante el año 2003 se notificaron 8 brotes de tos ferina en la CM, con un total de 78 afectados y ninguna hospitalización; esto supone 6 brotes y 7 afectados más que en 2002. Estos brotes afectaron a 4 áreas sanitarias, siendo el área 2 la que tuvo el mayor número de casos (55). El 50% de los brotes se notificó en el mes de junio. El 50% de los brotes se produjo en centros escolares, con 67 afectados, y el otro 50% en el ámbito familiar.

Gráfico 33. Tos ferina. Número de casos notificados por cuatrisesmanas. Comunidad de Madrid. Años 2002-2003.

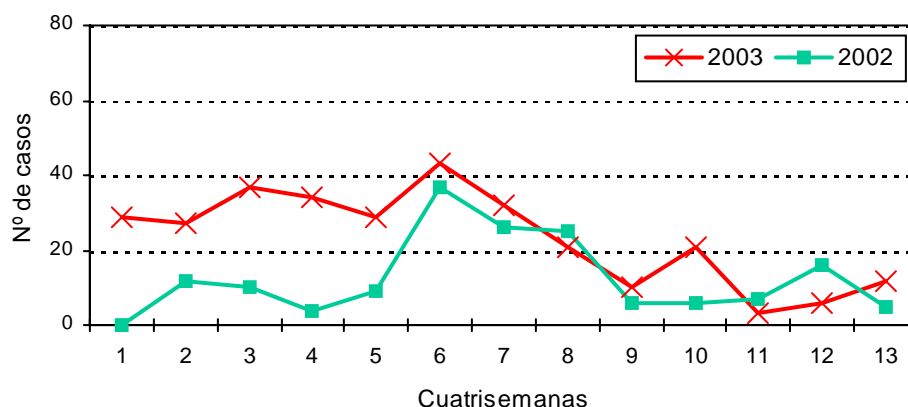
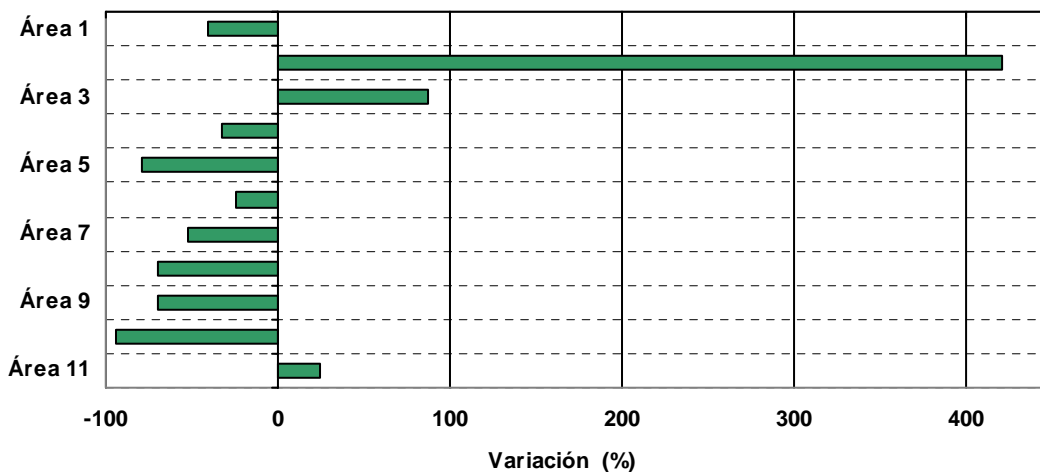


Gráfico 34. Tos ferina. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2003.



Mapa 14. Tos ferina. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.

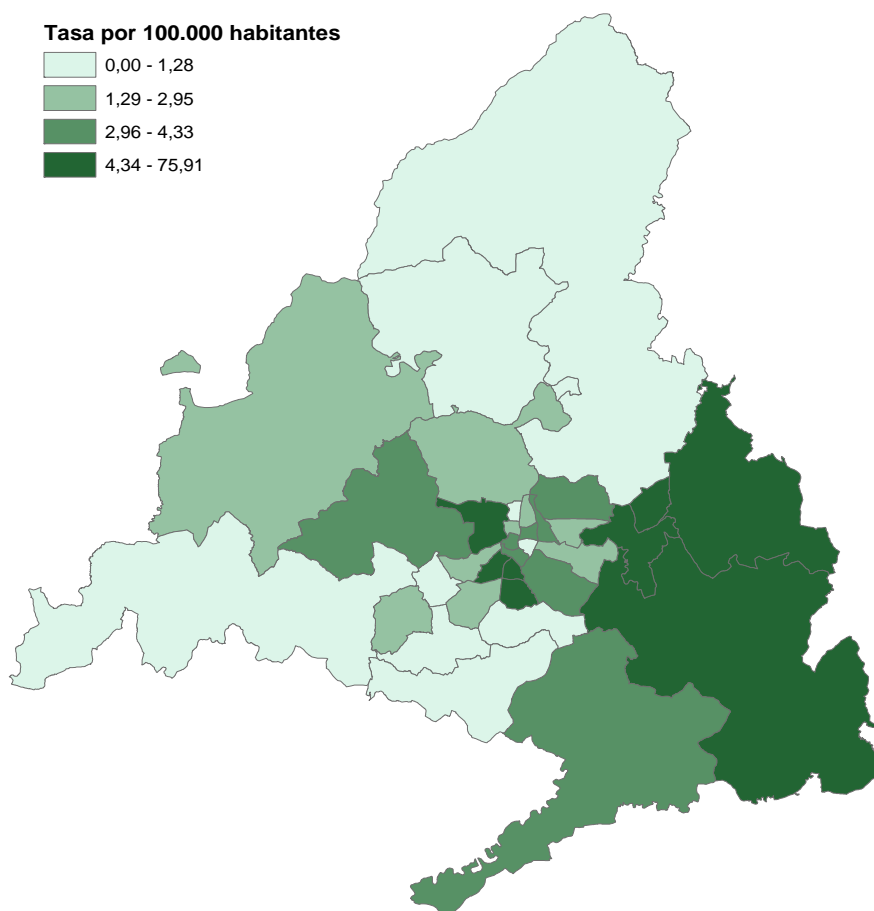


Gráfico 35. Tos ferina. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2003.

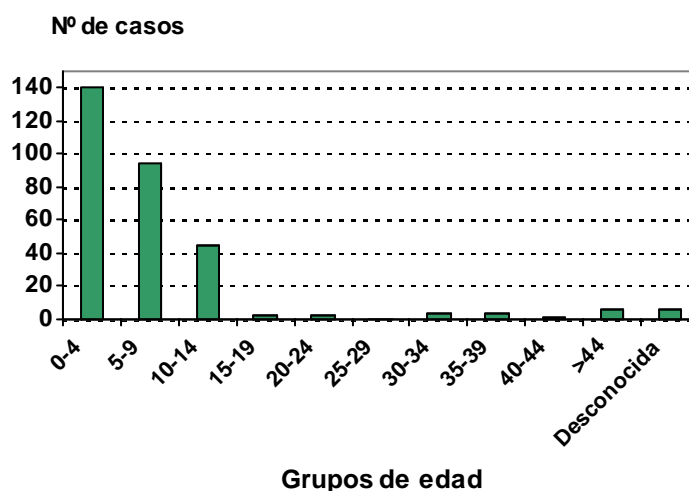
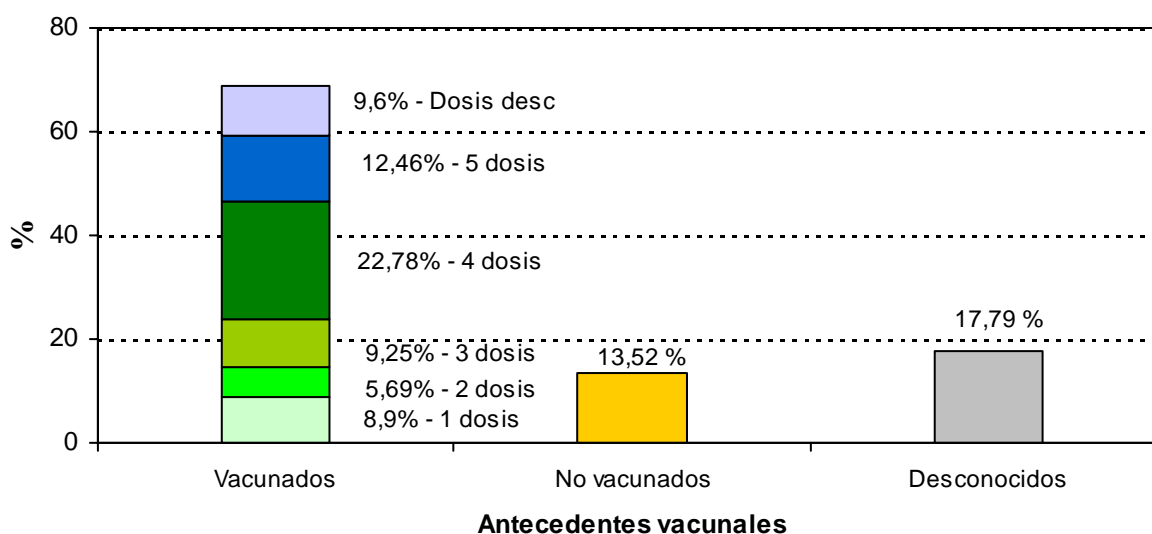


Gráfico 36. Tos ferina. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2003.



3.3.22.- Tuberculosis respiratoria

Durante el año 2003 se notificaron 875 casos de tuberculosis respiratoria, 48 casos menos que en 2002, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 15,30 casos por 100.000 habitantes.

En el informe “*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2002*” se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, noviembre 2004, volumen 10, nº 11).

3.3.23.- Tuberculosis (otras)

Durante el año 2003 se notificaron 210 casos de otras tuberculosis, incluidas las tuberculosis meníngeas, lo que supone 36 casos menos que en 2002 y una tasa de incidencia acumulada de 3,67 casos por 100.000 habitantes.

En el informe “*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2002*” se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, noviembre 2004, volumen 10, nº 11).

3.3.24.- Varicela

Durante el año 2003 se notificaron 37.986 casos de varicela, 7.562 casos menos que en 2002. La tasa de incidencia acumulada fue de 664,21 casos por 100.000 habitantes, cifra un 2,32% menor que la mediana de las tasas del quinquenio anterior en la CM, y mayor que la observada a nivel nacional ese mismo año, siendo la razón de tasas 1,46 (referencia: nivel nacional) (gráfico 3, tabla 2).

El mayor nº de casos se registró entre las semanas 13 y 26 (ver gráfico 38). El 93,39% de los casos fueron notificados por el nivel de atención primaria.

Las áreas sanitarias que presentaron las mayores tasas de incidencia en la Comunidad de Madrid fueron la 5 (785,53 casos por 100.000 habitantes), la 8 (778,41 casos por 100.000), la 2 (736,41 casos por 100.000), la 3 (735,44 casos por 100.000), la 9 (730,18 casos por 100.000) y la 6 (676,15 casos por 100.000) (tabla 4, gráfico 38). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Alcorcón (1.251,61 casos por 100.000 habitantes), Alcobendas (999,71 casos por 100.000 habitantes), Colmenar Viejo (812,20 casos por 100.000 habitantes), San Blas (775,56 por 100.000 habitantes), Collado Villalba (768,41 por 100.000 habitantes) y Alcalá de Henares (755,12 por 100.000 habitantes) (mapa 15).

Gráfico 37. Varicela. Número de casos notificados por semana. Comunidad de Madrid. Años 2002-2003.

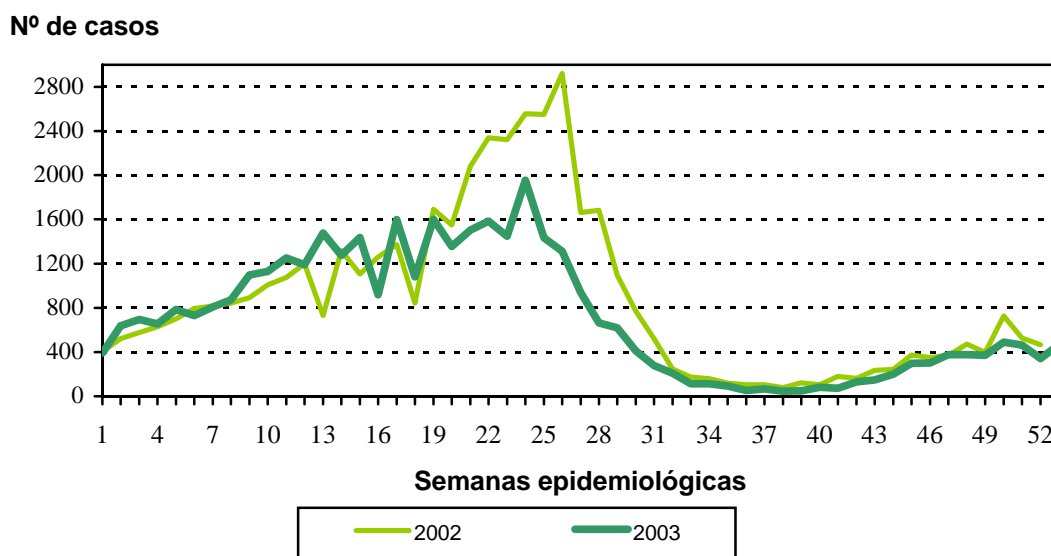
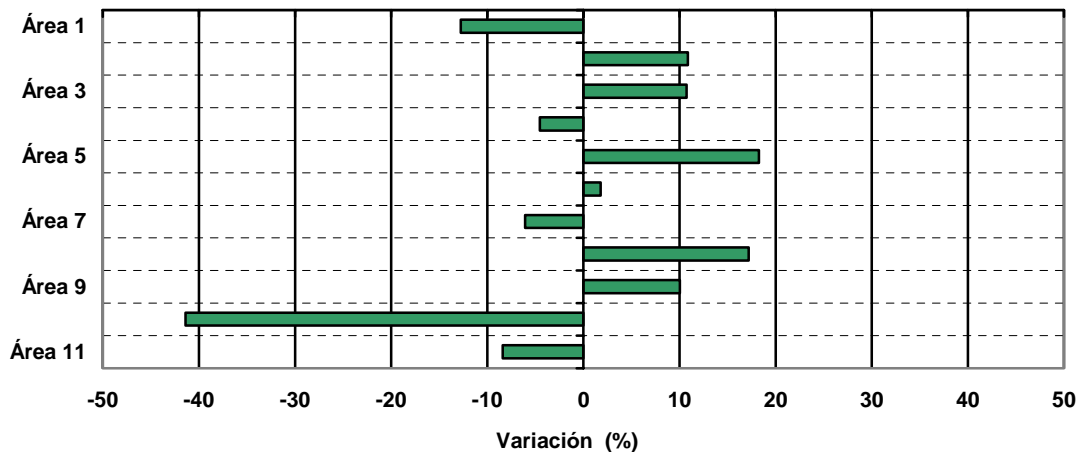
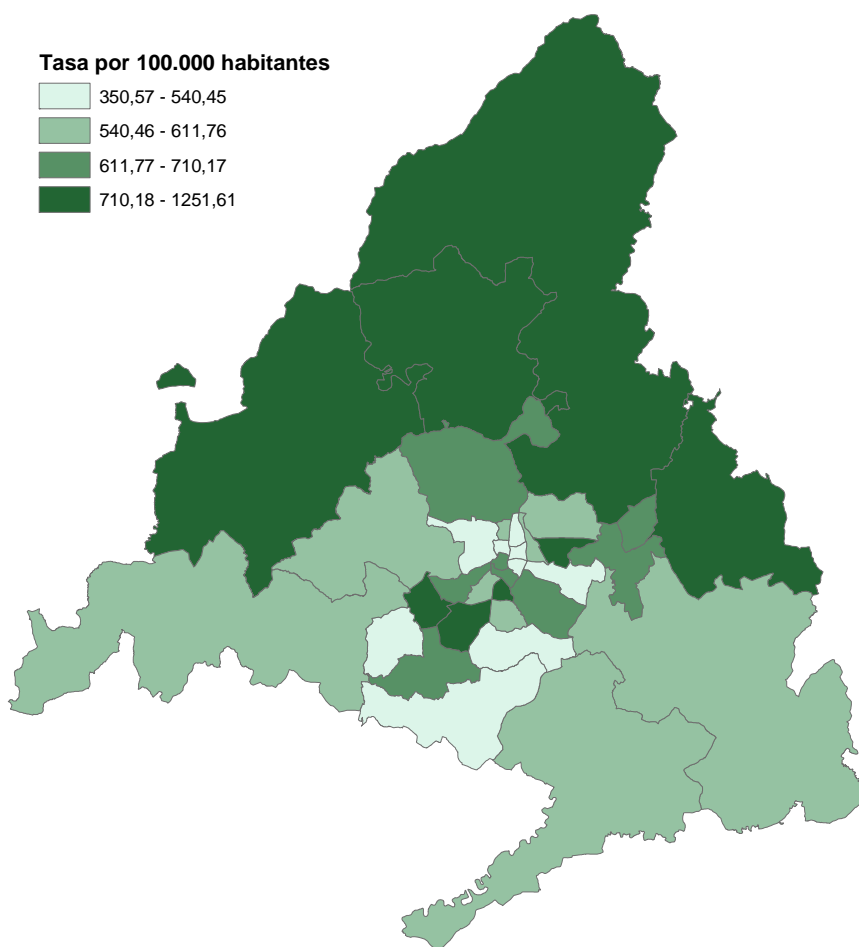


Gráfico 38. Varicela. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2003.



Mapa 15. Varicela. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2003.



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

Durante el año 2003 no se declaró ningún caso de las siguientes enfermedades: cólera, difteria, fiebre amarilla, lepra, peste, poliomielitis, rabia, rubéola congénita, tétanos, tétanos neonatal, triquinosis y tifus exantemático.

3.5.- CONCLUSIONES

La introducción de la nueva normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria en Enero de 1997 y la implantación real de la misma, en julio del mismo año, produjeron cambios importantes en el sistema de vigilancia epidemiológica. Estos cambios se dirigieron, básicamente, a mejorar la calidad de la información sobre las enfermedades sometidas a vigilancia, normalizando las definiciones de caso entre las diferentes Comunidades Autónomas y difundiendo entre los profesionales sanitarios a través del “Manual de Notificación. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria” (documento técnico de Salud Pública nº 69).

Las conclusiones se plantean en dos grandes apartados: 1º) En relación a la calidad del funcionamiento del sistema y 2º) 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 99,95% de los casos, de edad en el 98,58%, sexo en el 99,68%. Pero debería realizarse un mayor esfuerzo en mejorar la información de algunas variables fundamentales como son:

- 1) Las variables relacionadas con el tipo de diagnóstico y la clasificación del caso que están incluidas en el protocolo de cada enfermedad.
- 2) 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.).
- 3) Nº de dosis de vacuna (en enfermedades incluidas en calendario vacunal).
- 4) Las variables que recogen información sobre la pertenencia a colectivos desfavorecidos.

En la actualidad se está trabajando en la nueva aplicación informática para el manejo de los datos de las EDO en la Comunidad de Madrid, con lo que se espera simplificar y facilitar la gestión de la información del sistema.

Así mismo se está trabajando para mejorar la vinculación de la notificación a los sistemas informáticos que están implantados en la Red Asistencial como es el caso del OMI de Atención Primaria.

Otro aspecto a mejorar es conseguir una mayor participación de los especialistas, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, en este sistema de información, con excepciones importantes, gracias a la colaboración de 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 docentes, en la notificación de enfermedades y brotes que afectan a la población infantil de la Comunidad de Madrid.

3.5.2.- Enfermedades notificadas

En el conjunto de las enfermedades que se vigilan hay que destacar la elevación que se ha producido en la tos ferina, hepatitis A, infección gonocócica, legionelosis, sífilis, sarampión, rubéola, fiebre tifoidea, disentería y hepatitis B, así como el descenso en la parotiditis, gripe, paludismo, otras hepatitis víricas, brucelosis, leishmaniasis y varicela.

Entre las **enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica** sobresale el aumento de incidencia de la **hepatitis A**. La mayoría de los casos apareció en grupos socialmente desfavorecidos como familias de etnia gitana, familias residentes en la CM procedentes del norte de África y residentes en poblados marginales.

En este mismo grupo de enfermedades, se observó una disminución en la **brucelosis**, si bien cabe destacarla aparición de una agrupación de casos en personas de origen ecuatoriano que presentaban el antecedente común de haber consumido quesos frescos adquiridos en puestos ambulantes no autorizados de los distritos de Tetuán y Centro y en otros mercados de la zona.

Con respecto a las **enfermedades de transmisión respiratoria** destaca la continuación de la tendencia creciente en la notificación de la **legionelosis**, debido, al menos en parte, a la mejora y consolidación de la vigilancia de esta enfermedad con el paso del tiempo, si bien se declararon menos casos que en 2002 por la alerta de agregación témporo-espacial de casos legionelosis en el área 4 que se efectuó durante el tercer trimestre del año y que finalmente no se confirmó.

Entre las **enfermedades de transmisión sexual**, destaca el aumento experimentado por la **infección gonocócica** y la **sífilis**. En ambas enfermedades los hombres con edades comprendidas entre 20 y 39 años fueron los más afectados. Es interesante destacar la notificación de dos casos de **sífilis congénita** en 2003 en la CM, correspondientes a dos varones de 0 y 4 meses de edad.

Con respecto a las **enfermedades transmitidas por vectores**, la patología con mayor incidencia notificada ha sido el **paludismo**. Durante este año se ha observado una ligera disminución con respecto a la mediana del quinquenio anterior. La mayoría de los casos se infectaron en el continente africano y fueron causados por *P. falciparum*. Todos los casos son importados y presentan como principal antecedente la inmigración de zonas endémicas, seguidos del grupo de viajeros de corta y larga estancia. Un 27,2% de los casos ocurrió en edades pediátricas. Los inmigrantes y en especial sus hijos, que viajan a sus países de origen sin profilaxis, constituyen un grupo de riesgo elevado. Se recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informarles de los riesgos de infección por paludismo, así como establecer estrategias adecuadas de prevención en este grupo de población.

Entre las **enfermedades vacunables** sobresale el aumento de incidencia de la **tos ferina**, ocasionado por la aparición de ocho brotes en colectivos escolares y familiares, y de **sarampión**, debido a un brote relativo a un centro hospitalario del área 3.

Y por último, entre las enfermedades vacunables también destaca el patrón de presentación de la **rubéola**. Un 43,75% de los casos (14 casos) se notificaron en personas de

sexo femenino, cuyo rango de edad osciló entre 18 y 40 años, cuatro de ellas eran de nacionalidad colombiana y una dominicana, aunque en el resto no se disponía de información sobre su origen. La mayoría de ellas no estaban vacunadas. Esta situación ha puesto de manifiesto la existencia de bolsas de susceptibles en la población femenina en edad reproductiva, especialmente en el colectivo de mujeres inmigrantes, y evidencia la necesidad de incrementar la cobertura vacunal en este grupo, así como desarrollar estrategias de prevención adaptadas a esta población. Se recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informales de los riesgos de infección por el virus de la rubéola 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 2004, semanas 40 a 43
(del 3 al 30 de Octubre de 2004)**

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.

VARICELA

Hasta la semana 43 del año 2004 se han notificado 45.780 casos de varicela, lo que supone una incidencia acumulada (IA) del 800,50 por 100.000 habitantes. Durante el mismo periodo del año 2003 se produjeron 34.305 casos de varicela (IA = 599,85 por 100.000 habitantes).

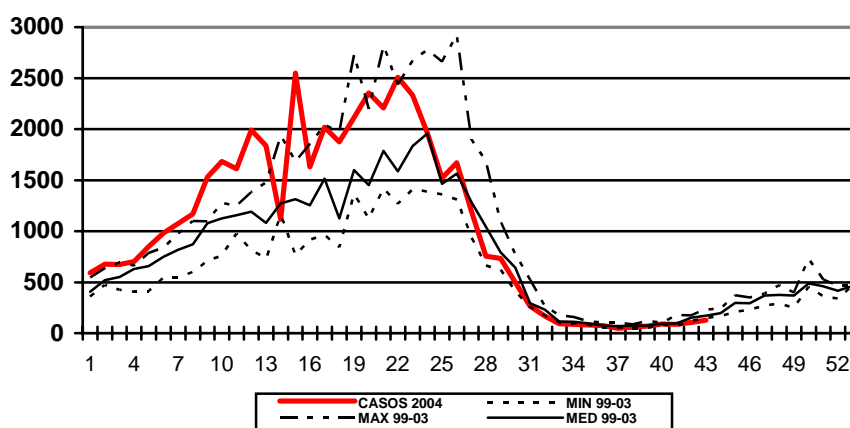
En el gráfico 1 se muestra la evolución de los casos de varicela hasta la semana 43 en relación al mínimo, el máximo y la mediana del quinquenio anterior.

Como en los años precedentes, el número de casos de varicela va aumentando desde la semana 1 a lo largo del invierno y la primavera y alcanza el máximo en la semana 23 (primera semana de junio). Luego desciende de forma brusca al principio del otoño para comenzar de nuevo a aumentar a partir de la semana 40.

El número de casos en el año 2004 es superior al máximo de los 5 años anteriores en los tres primeros meses del año (semanas 1 a 13), y está por encima de la mediana de los 5 años anteriores entre la semana 1 y la 25.

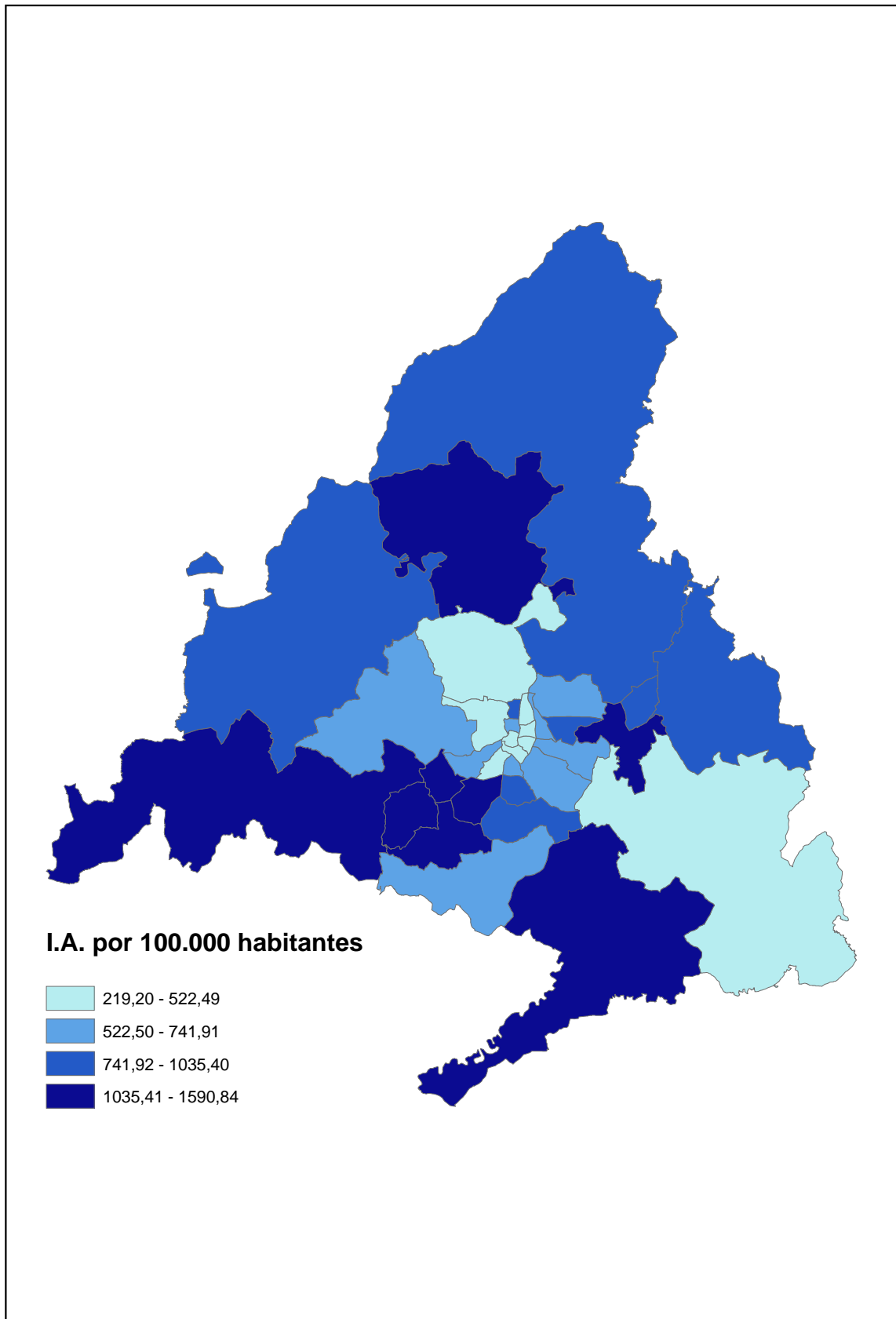
Gráfico 1

Nº de casos de varicela año 2004, Comunidad de Madrid. Canal endemo-epidémico.



En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por distritos sanitarios en el periodo estudiado. La mayor incidencia se observa en el distrito de Colmenar Viejo (1590,84 por 100.000 habitantes), seguida de la del distrito de Alcorcón (1429,67). La incidencia menor se registra en el distrito de Retiro (219,20 por 100.000 habitantes).

Mapa 1
VARICELA. Incidencia acumulada de la semana 1 a la 43 por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2004, semanas 40 a 43 (del 3/10 al 30/10)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	0	11	0	6	0	5	1	8	0	5	1	13	1	8	0	14	0	4	1	4	0	10	4	88
Enf. inv. <i>H. influenzae</i>	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
Meningitis bacterianas, otras	1	3	0	3	1	5	1	10	0	5	3	8	0	7	1	10	0	11	0	2	3	18	10	83
Meningitis víricas	0	3	0	13	0	25	0	12	0	11	1	6	0	6	2	13	0	36	0	5	3	41	7	173
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	1	15	0	11	0	3	0	13	0	13	3	13	5	49	0	15	0	11	0	6	2	55	11	204
Hepatitis B	1	8	1	6	1	8	0	6	1	10	2	20	1	6	0	6	3	7	1	20	0	26	11	123
Hepatitis víricas, otras	2	17	1	8	1	8	0	0	1	10	2	15	1	6	0	13	2	8	2	14	1	48	13	147
Enf transmisión alimentos																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	1	1	12	1	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	4	22
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	0	1	0	0	0	2	1	9
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	23
Enf transmisión respiratoria																								
Gripe	127	2.217	312	2.804	81	1.120	306	3.131	772	7.374	461	3.887	1046	8.979	631	5.151	290	2.452	63	857	637	7.823	4726	45.890
Legionelosis	0	6	1	1	0	4	0	6	0	3	0	0	1	9	0	2	0	3	0	3	0	5	2	43
Varicela	57	4.056	53	3.803	15	3.221	43	4.136	41	5.627	59	4.170	37	3.465	31	5.418	23	4.179	10	2.277	46	5.428	415	45.780
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	1	7	1	7	0	0	1	5	0	4	1	5	1	7	0	4	0	4	0	1	1	8	6	53
Sífilis	2	11	0	8	1	5	0	10	2	14	0	12	1	18	0	4	0	6	0	8	2	48	9	145
Antropozoonosis																								
Brucelosis	0	3	0	2	1	2	0	2	1	6	0	3	0	0	1	4	0	1	0	3	0	4	3	31
Leishmaniasis	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	0	4	0	3	0	2	0	0	1	7	1	24
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	3	22	2	22	1	20	3	16	5	38	3	36	0	5	2	11	1	12	1	15	3	42	24	240
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	1	10
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
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	1	8	0	14	1	17	0	24	0	12	0	17	0	10	0	6	1	10	1	9	5	48	9	175
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	3	6	0	1	3	17	0	3	0	1	0	1	3	9	2	19	3	26	1	10	0	10	15	106
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 notifiad sist especiales																								
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	8
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	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
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	69.31%		86.84%		89.96%		52.05%		57.06%		76.09%		58.64%		62.44%		63.89%		45.38%		48.97%		61.75%	

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2003



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 40 a 43 (del 3 al 30 de octubre de 2004)

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 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 2004. Semanas 40-43

Area	Localización	Ambito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Carabaña	Familiar	6	6	Mayonesa	<i>Desconocido</i>
1	Madrid (Vallecas)	Mixto	6	6	Tarta	<i>Desconocido</i>
3	Alcalá de Henares	Restaurante	5	5	Desconocido	<i>Desconocido</i>
5	San Sebastián de los Reyes	Mixto	2	2	Creps jamón y queso	<i>Desconocido</i>
5	San Agustín de Guadalix	Colegio	395	55	Desconocido	<i>S. enteritidis</i>
6	Madrid (Moncloa)	Laboral	¿?	3	Agua de bastecimiento	<i>Desconocido</i>
6	Collado Villalba	Familiar	8	6	Pollo	<i>Salmonella sp</i>
8	Móstoles	Familiar	4	4	Pescado plancha	<i>Desconocido</i>
8	Alcorcón	Familiar	7	7	Mayonesa y pollo	<i>Salmonella sp</i>
8	Alcorcón	Colegio	330	7	Pavo	<i>Salmonella sp</i>

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

Brotes de origen no alimentario. Año 2004. Semanas 40-43

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	Escabiosis	Madrid (Vallecas)	Residencia PPMM	180	2	<i>S. scabiei</i> *
2	GEA	Coslada	Residencia PPMM	300	26	<i>Virus</i> *
2	Neumonía	Madrid (Salamanca)	Laboral	5	5	<i>C. pneumoniae</i>
4	GEA	Madrid (Ciudad Lineal)	Residencia PPMM	67	22	<i>Norovirus</i>
4	GEA	Madrid (Hortaleza)	Residencia PPMM	190	18	<i>Virus</i> *
5	GEA	Alcobendas	Residencia PPMM	190	60	<i>Norovirus</i>
5	GEA	San Agustín de Guadalix	Colegio	780	31	<i>Virus</i> *
6	Hepatitis A	Villanueva de la Cañada	Familiar	4	2	<i>VHA</i>
6	GEA	Las Rozas de Madrid	Residencia PPMM	470	25	<i>Virus</i> *
7	GEA	Madrid (Latina)	E. Infantil	116	2	<i>S. enteritidis</i>
9	GEA	Leganés	Residencia PPMM	345	51	<i>Norovirus</i>
9	GEA	Leganés	Residencia PPMM	373	75	<i>Norovirus</i>
11	GEA	Pinto	Residencia PPMM	78	20	<i>Desconocido</i>
11	GEA	Valdemoro	Residencia PPMM	80	26	<i>Norovirus</i>

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

**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2004. Semanas 40-43 y datos acumulados hasta la semana 43.**

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 40-43	Acum.	Sem 40-43	Acum.
<i>Lugar de consumo</i>				
Colegios y guarderías	2	20	62	821
Bares, restaurantes y similares	1	37	5	309
Domicilio	6	60	31	317
Comedores de empresa	0	1	0	16
Residencias de ancianos	0	2	0	37
Otras residencias	0	1	0	8
Instituciones sanitarias	0	1	0	10
Otros	1	14	3	196
Desconocido	0	1	0	2
Total	10	137	101	1716
Brotes de origen no alimentario	Sem 40-43	Acum.	Sem 40-43	Acum.
Gastroenteritis aguda	11	35	356	1509
Hepatitis A	1	12	2	52
Tos ferina	0	3	0	26
Fiebre Q	0	1	0	25
Escarlatina	0	5	0	24
Escabiosis	1	6	2	22
Parotiditis	0	6	0	16
Infección respiratoria por adenovirus	0	1	0	12
Infección respiratoria por bacterias	1	1	5	5
Eritema infeccioso	0	1	0	11
Hepatitis C	0	1	0	8
Molusco contagioso	0	2	0	9
Dermatofitosis	0	1	0	5
Meningitis vírica	0	1	0	2
Brucelosis	0	1	0	2
Giardiasis	0	1	0	2
Total	14	78	365	1730
TOTAL BROTES NOTIFICADOS	24	215	466	3446

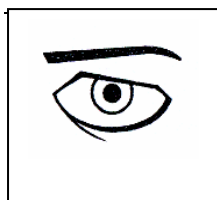
Durante las semanas epidemiológicas 40-43 de 2004 (del 3 al 30 de octubre) han sido notificados un total de 10 brotes de origen alimentario y 101 casos asociados. De los 16 enfermos que han necesitado ingreso hospitalario, 8 han sido casos relacionados con brotes en colegios y los otros 8 de ámbito familiar. Los alimentos implicados más frecuentemente en los brotes de este periodo son las aves de corral y las salsas elaboradas con huevo crudo (mayonesa). También se notificaron 3 casos de gastroenteritis aguda en el ámbito laboral tras el consumo de agua de abastecimiento procedente de un pozo.

Se han notificado 14 **brotes de origen no alimentario**, 10 de los cuales se han producido en Residencias de Personas Mayores. De éstos, 9 brotes correspondieron a cuadros de gastroenteritis aguda, con 2093 personas en riesgo y 323 casos. Se produjeron otros 33 casos de gastroenteritis aguda en 2 centros escolares.

Los brotes notificados hasta la semana 43 del **año 2004** han sido 215, 137 (63,7%) de origen alimentario y 78 (36,3%) no relacionados con alimentos. El 93,6% de todos los casos notificados se relacionan con brotes de gastroenteritis agudas (de origen alimentario o por

transmisión persona-persona). Los *brotos de origen alimentario* se producen más frecuentemente en el ámbito familiar (60 brotes) y en establecimientos de restauración (37 brotes). En los colegios y escuelas infantiles se producen el mayor número de casos (821; 47,8% de todos los casos relacionados con alimentos).

Respecto a los *brotos de origen no alimentario*, destaca el número de brotes de gastroenteritis aguda (35 brotes, 1509 casos asociados y 6 ingresos hospitalarios), la mayoría en residencias de personas mayores, relacionados con infecciones de origen vírico. En el periodo cuatrisesemanal correspondiente al mes de octubre de 2004, se ha notificado un número anormalmente alto de este tipo de brotes respecto a los años anteriores (6 en octubre de 2002 y 5 en octubre de 2003). Esta misma situación, junto con un cambio en la estacionalidad de los brotes invernales por norovirus, ha sido también detectada en varios países. En Holanda y Australia se ha identificado una nueva variante de norovirus (GGII.4-2004) como predominante en este tipo de brotes. Los datos iniciales apuntan a que esta nueva variante se asociaría más frecuentemente a brotes en instituciones cerradas que otras variantes, probablemente debido a características específicas que facilitarían su capacidad de transmisión. Además, existe el antecedente en el año 2002 de un incremento agudo en el número de brotes por norovirus en Europa (incluyendo España) y Estados Unidos, relacionado con la introducción de una nueva variante (GGII.4-2002) que fue sustituyendo progresivamente a la hasta entonces predominante. También en ese año la situación afectó fundamentalmente a colectivos cerrados como hospitales, geriátricos o cruceros. Por todo ello, la detección y notificación precoz de los brotes de gastroenteritis aguda, especialmente en colectivos o grupos más susceptibles, resulta fundamental para la rápida adopción de las medidas de control, así como para hacer posible la identificación y caracterización etiológica de los mismos y disponer de una información útil para detectar posibles cambios en su presentación.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2004, semanas 40 a 43
(Del 3 al 30 de octubre de 2004)**

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 46 médicos generales y 36 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, 2002" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2003, Volumen 9, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/Agosto2003.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/gripe03.pdf>

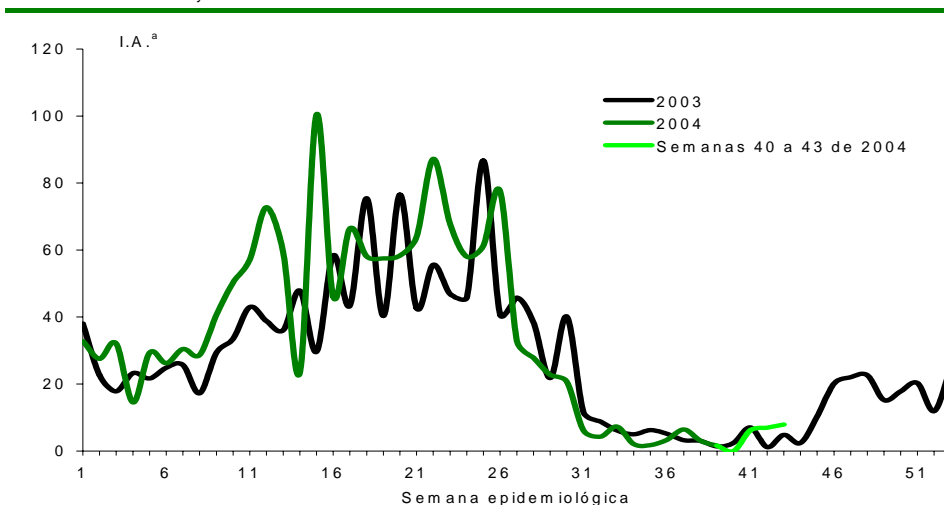
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado.

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 65,6 %, mientras que la cobertura durante todo el año 2004 hasta la semana 43 alcanza el 62,8 %. Para la gripe, la cobertura alcanzada en este período ha sido del 70 %.

VARICELA

Durante las semanas 40 a 43 del año 2004 han sido notificados 15 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 20,5 casos por 100.000 personas. En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado, el año 2003 y el año 2004.

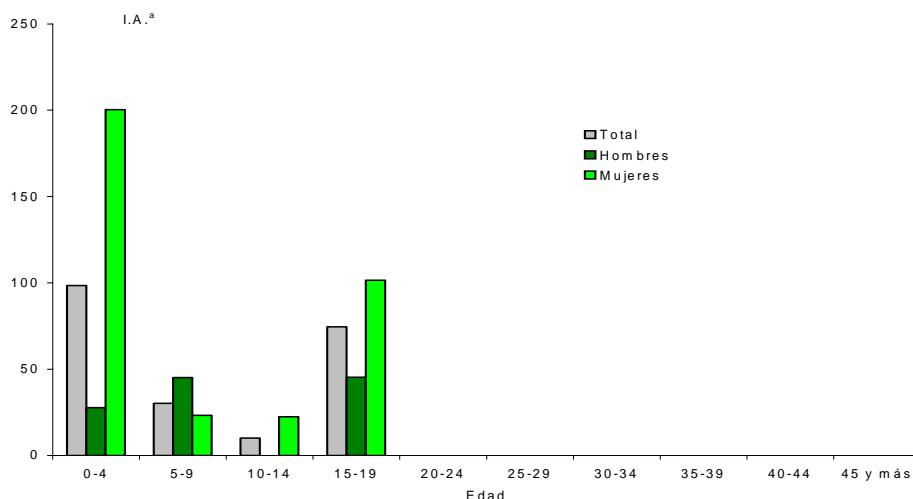
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2003 y 2004.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El 73,3 % de los casos se produjo en mujeres y el 26,7 %, en hombres. Las incidencias acumuladas para hombres y mujeres son de 19,9 y 29,1 por 100.000, respectivamente. Todos los casos se produjeron en menores de 20 años. Hubo un caso en un chico de 18 años y dos casos en chicas de 16 años. Casi la totalidad del resto de los casos se dio entre niños y niñas de hasta 5 años. En el gráfico 2 se muestran 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 40 a 43 de 2004.



ª Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En 5 de los casos la fuente de exposición fue el contacto con un caso de varicela (33,3 %), y en el resto, las dos terceras partes, se desconocía; en 3 casos el lugar de exposición fue la guardería, en 1 el centro de trabajo, y en 11 (73,3 %) 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 40 a 43 del año 2004.

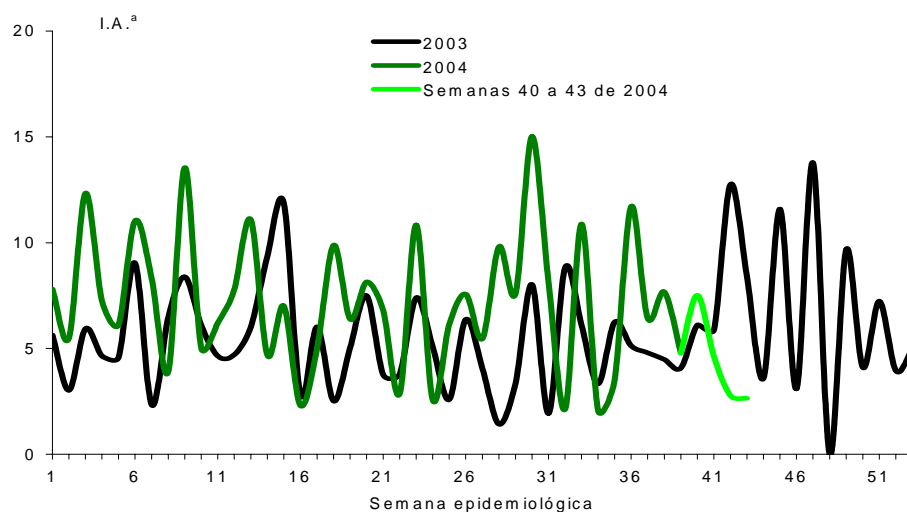
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	5	(33,3)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	0	(0,0)
Desconocido	10	(66,7)
Total	15	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	3	(20,0)
Colegio	0	(0,0)
Hogar	0	(0,0)
Trabajo	1	(6,7)
Desconocido	11	(73,3)
Total	15	(100)

Durante el período estudiado no se registró ninguna complicación, y ningún caso necesitó de Atención Especializada.

HERPES ZÓSTER

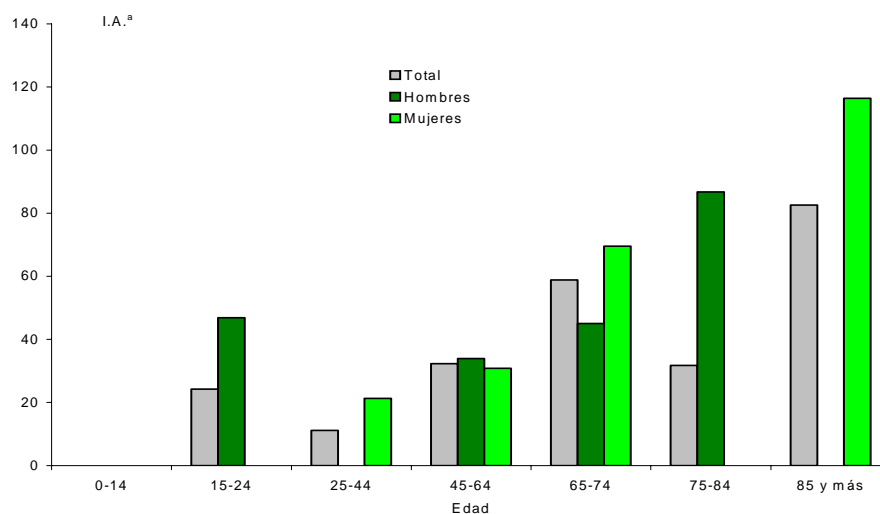
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 13 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 40 a 43, lo que representa una incidencia acumulada de 17,8 por 100.000 habitantes. El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2003 y 2004. El 53,8 % de los casos se dio en mujeres, y el 46,2 % en hombres. La edad mediana fue de 58 años, y se notificaron 4 casos en personas menores de 50 años, dos hombres de 16 y 18 años y dos mujeres de 25 y 35 años; el caso con más edad tenía 90 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 2003 y 2004.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2004.



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

CRISIS ASMÁTICAS

TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2004.

	Semanas 35 a 39	Año 2004
Gripe ^a	13	13
Varicela	10	1.081
Herpes zoster	21	194
Crisis asmáticas	8	626

^a Desde la semana 40.

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."