



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

1.

INFORMES:

Enfermedad meningocócica, informe de la
temporada 2001 – 2002. Comunidad de
Madrid.

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

1

Índice

INFORMES:



- Enfermedad meningocócica, informe de la temporada 2001
- 2002. Comunidad de Madrid. 3



- EDO. Semanas 1 a 5
(del 29 de diciembre de 2002 al 1 de febrero de 2003) 22



- Brotes Epidémicos. Semanas 1 a 5, 2003 25



- Red de Médicos Centinela 26



Biblioteca Virtual

Comunidad de Madrid

Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

Tirada: 3.500 ejemplares
Edición: 03/03

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

ISSN: 1135-3155



INFORME:

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA, INFORME DE LA TEMPORADA 2001-02. COMUNIDAD DE MADRID

INDICE

Resumen	4
Introducción	5
Objetivos	6
Material y métodos	6
Resultados	7
Discusión	17
Bibliografía	20

RESUMEN

Antecedentes: En los últimos años, debido al incremento de la enfermedad meningocócica por serogrupo C, se han efectuado dos campañas vacunales frente a este patógeno. Una se realizó a finales de 1997 (al grupo de edad de 18 meses a 19 años), con vacuna de polisacárido capsular A+C; y otra a finales del año 2000 (en menores de 6 años), con vacuna conjugada C; incluyéndose dicha vacuna en noviembre del año 2000 en el calendario vacunal.

Objetivos: Determinar la incidencia y letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2001-02. Comparar dicha incidencia y letalidad con las de las temporadas previas, calcular la efectividad vacunal de la vacuna de polisacárido capsular A+C a los cinco años de la campaña de vacunación y analizar los fracasos vacunales con vacuna conjugada C en la temporada actual.

Material y métodos: Se calculan tasas de incidencia brutas y específicas por edad para la enfermedad meningocócica total y para los diferentes serogrupos. Se comparan las tasas de la temporada actual con la de las temporadas previas mediante el riesgo relativo (RR) con el programa Statgraphics V6.0. Se calcula la efectividad vacunal como $(1 - (\text{Tasa en vacunados} / \text{Tasa en no vacunados})) * 100$ o $(1 - \text{RR}) * 100$, mediante el programa Epiinfo V6.

Resultados: En la temporada 2001-02 se han notificado 157 casos de enfermedad meningocócica (tasa 3,13 por 100.000), de los cuales 22 fallecieron (letalidad 14,0%). Del total de casos se han confirmado 126 (80,3%), de los que 55 han sido debidos a meningococo B (43,7%, tasa 1,10) y 52 a meningococo C (41,3%, tasa 1,04). La letalidad para el serogrupo B ha sido de 7,3% y para el serogrupo C de 25,0%. La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2001-02 ha sido ligeramente superior a la de la temporada previa (temporada 2000-01), tanto para el total de enfermedad como para el serogrupo C. La letalidad para el serogrupo C también ha sido superior a la de las últimas temporadas. La evolución de la enfermedad meningocócica por serogrupo C, muestra una disminución marcada de la incidencia en menores de 5 años. El 80% de los casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C en el grupo de edad de la vacunación, no estaban vacunados; y 5 habían recibido vacuna de polisacárido capsular A+C. No se ha registrado ningún caso de fallo vacunal con vacuna conjugada, en la temporada actual.

La efectividad de la vacuna de polisacárido capsular, para el grupo de edad de 3 a 19 años, a los 5 años de la campaña de vacunación del 1997 ha sido de 89,8% (IC 95% 81,3-94,5). La menor efectividad se ha mostrado en el grupo de edad de los vacunados con 3 años (69,9%).

Discusión: La marcada disminución de la incidencia de la enfermedad por serogrupo C en los menores de 5 años refleja el efecto de la vacuna conjugada en este grupo de edad. La elevada letalidad del serogrupo C en las últimas temporadas probablemente es debida a un aumento de los casos en edades mayores y al serotipo prevalente (2a:P1,5) que pertenece a un clon hipervirulento. El 80% de los casos de meningococo C en el grupo de edad de la vacunación no estaban vacunados, lo que hace preciso recordar al personal sanitario la necesidad de completar el calendario vacunal en relación con esta enfermedad.

En el seguimiento de 5 años tras la campaña de vacunación, se han evitado en la cohorte vacunada entre 3 y 19 años, aproximadamente un 90% de los casos; con una menor efectividad (70%) en los vacunados con menor edad. Estos resultados son compatibles con lo descrito sobre las características de esta vacuna.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica está producida por *Neisseria meningitidis* (meningococo), un diplococo gram negativo, perteneciente al género *Neisseriae*. El meningococo presenta una cápsula polisacárida que permite su tipificación en 13 serogrupos: A, B, C, D, X, Y, Z, E, W135, H, I, K y L; y una membrana externa formada por proteínas con carácter inmunógeno, que definen los 20 serotipos conocidos.

El hábitat natural de este microorganismo es la nasofaringe humana. La tasa de portadores asintomáticos en la población puede llegar a ser de un 5-10%, en las zonas endémicas de la enfermedad. La infección se contrae por contacto directo y próximo con secreciones nasofaríngeas de un portador asintomático, o con menor frecuencia de un enfermo. Una minoría de las personas infectadas presentan enfermedad invasiva.

No existe una clara relación entre las tasas de portadores de meningococo y las tasas de enfermedad. La mayor incidencia de enfermedad por edad se observa en los menores de 1 año, mientras que las mayores tasas de portadores se encuentran en los adolescentes y adultos jóvenes.

La enfermedad meningocócica es endémica a nivel mundial, mostrando un claro patrón estacional. Los casos se suelen presentar de forma esporádica, pudiendo también producirse pequeñas agrupaciones, así como amplios brotes epidémicos. Los serogrupos A, B y C son los responsables del 80-90% de los casos.

En la Comunidad de Madrid, así como a nivel nacional, el serogrupo predominante ha sido tradicionalmente el serogrupo B; pero en el año 1997 se observó un incremento del número de aislamientos de cepas de serogrupo C.

El marcado incremento de la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C, dio lugar a la realización de una campaña de vacunación en el grupo de edad de 18 meses a 19 años. Esta campaña se efectuó a finales del año 1997 y en ella se utilizó vacuna de polisacárido capsular A+C, que es la que entonces estaba disponible. Posteriormente, debido a que la incidencia volvió a incrementarse en los niños pequeños y a que se dispuso de una nueva vacuna conjugada frente a meningococo C, en noviembre del año 2000 se realizó una nueva campaña de vacunación en los niños menores de 6 años de edad y se incluyó dicha vacuna en el calendario vacunal.

Desde el punto de vista de salud pública, el interés de la enfermedad meningocócica se basa fundamentalmente en el hecho de que existen medidas de prevención que disminuyen el riesgo de enfermar en la población. Para la prevención de esta enfermedad la principal herramienta es la vacunación, pero mientras no se disponga de una vacuna eficaz frente a los diferentes serotipos que producen esta enfermedad, la administración de quimiopprofilaxis antibiótica a los contactos íntimos de los enfermos constituye la principal medida para la mayoría de los casos.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es determinar la incidencia y letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2001-02, tanto a nivel global como para los diferentes grupos de edad y serogrupos; y comparar dicha incidencia con la observada en las temporadas previas. Así como calcular la efectividad de la vacuna de polisacárido capsular A+C a los cinco años de seguimiento tras la campaña de vacunación de 1997; y analizar los fracasos vacunales de vacuna conjugada C en la temporada 2001-02.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tasas de incidencia: Se calculan tasas brutas y específicas por edad para la enfermedad meningocócica total y para los diferentes serogrupos. Las tasas se calculan por 100.000 habitantes. Las poblaciones se obtienen del Padrón Municipal de Habitantes del año 1996.

Los períodos de tiempo estudiados se corresponden con las temporadas 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-01 y 2001-02. La temporada epidemiológica de la enfermedad meningocócica abarca desde la semana 41 de un año hasta la semana 40 del siguiente año (de octubre de un año a septiembre del siguiente año).

Riesgo relativo (RR): Se calcula mediante el programa Statgraphics V 6.0, asumiendo una distribución de Poisson. Se comparan las tasas de incidencia de la temporada 2000-01 con las temporadas anteriores.

Letalidad: Se compara la letalidad por enfermedad meningocócica de la temporada con las temporadas previas, para el total de la enfermedad meningocócica y por serogrupos; mediante el test de Chi cuadrado de Mantel y Haenszel.

Efectividad de la vacuna de polisacárido capsular: Se calcula como $(1 - (\text{Tasa en vacunados} / \text{Tasa en no vacunados})) * 100$ o $(1 - \text{RR}) * 100$ (Orenstein, 1985). La determinación de la efectividad de la vacuna se realiza mediante la comparación de la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C en población vacunada y no vacunada, en el grupo de edad de 3 a 19 años en el momento de la vacunación; ya que los vacunados menores de dicha edad recibieron posteriormente vacuna conjugada, en la campaña del año 2000. La efectividad de la vacuna se calcula para la edad a la vacunación y se interpreta como el porcentaje de reducción del riesgo de enfermar en vacunados atribuible al efecto de la vacuna.

Para el cálculo de la efectividad se ha seguido la cohorte vacunada y no vacunada tras la intervención, determinándose la misma a los cinco años de seguimiento (temporadas 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-01 y 2001-02). Se ha utilizado como población vacunada la procedente del registro realizado durante la campaña y los vacunados previamente en intervenciones puntuales.

También se estiman los casos evitados y las muertes evitadas, aplicando la tasa y la letalidad por enfermedad meningocócica por serogrupo C en no vacunados, a la población vacunada.

Fracasos vacunales de vacuna conjugada C: Se consideran fracasos vacunales a los casos confirmados de enfermedad meningocócica por serogrupo C que se presentan tras un plazo de 15 días después de haber recibido una vacunación completa para su edad con vacuna conjugada C. Se considera vacunación completa para los niños menores de siete meses de edad, 3 dosis; para los niños de siete a doce meses de edad, 2 dosis; y para los mayores de doce meses de edad 1 dosis.

RESULTADOS

I. Incidencia y letalidad

En la temporada epidemiológica 2001-02 (casos acumulados desde la semana 41 del año 2001 hasta la semana 40 del año 2002) se han notificado a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid 157 casos de enfermedad meningocócica, lo que ha supuesto una tasa de 3,13 por 100.000 habitantes (tabla 1).

**Tabla 1.- Enfermedad meningocócica, temporada 2001-02.
Casos, tasas, fallecidos y letalidad.**

SEROGRUPO	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad
Serogrupo A	1	0,02	0	-
Serogrupo B	55	1,10	4	7,3%
Serogrupo C	52	1,04	13	25,0%
Serogrupo Y	1	0,02	0	-
Serogrupo W135	1	0,02	0	-
Sin serogrupar	16	0,32	1	6,3%
Total confirmados	126	2,51	18	14,3%
Sospechas clínicas	31	0,62	4	12,9%
TOTAL	157	3,13	22	14,0%

*Tasas por 100.000 habitantes

Del total de casos 126 (80,3%) fueron confirmados microbiológicamente y el resto sospechas clínicas de enfermedad meningocócica. El porcentaje de casos debidos al serogrupo B fue ligeramente superior (43,7 %), seguido por el serogrupo C (41,3 %), con unas tasas de 1,10 y 1,04 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

La evolución de la enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid en las seis últimas temporadas muestra una disminución tras la temporada epidémica (1996-1997), a expensas del serogrupo C y de las sospechas clínicas; apreciándose sin embargo un incremento ligero de la enfermedad por serogrupo B (tabla 2 y fig.1).

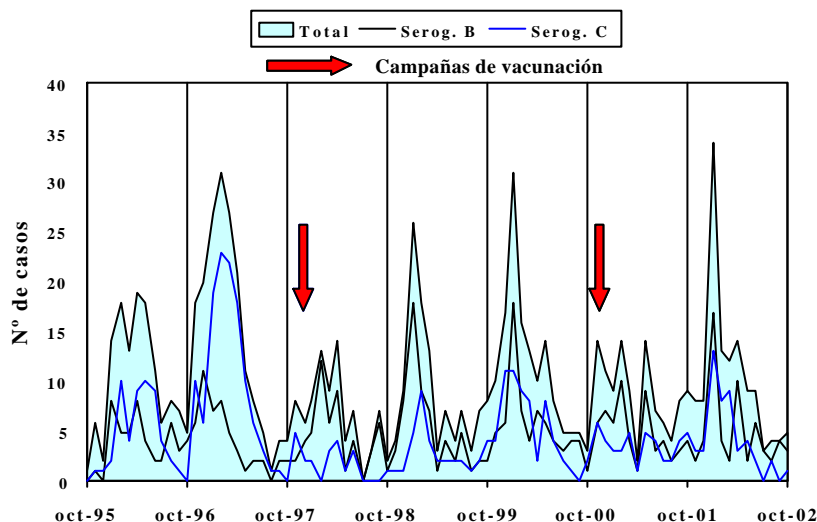
**Tabla 2.- Casos y tasas de enfermedad meningocócica.
Temporadas 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 y 2000-2001.**

SEROGRUPO	1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Casos	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Serogrupo A	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00
Serogrupo B	49	0,98	55	1,10	62	1,23	68	1,35	57	1,13
Serogrupo C	118	2,35	21	0,42	32	0,64	64	1,27	40	0,80
Serogrupo Y	0	0,00	2	0,04	0	0,00	2	0,04	1	0,02
Sin grupar	7	0,14	6	0,12	12	0,24	7	0,14	3	0,06
T. confirmados	174	3,46	84	1,67	107	2,13	141	2,81	101	2,01
Sosp. clínicas	98	1,95	38	0,76	34	0,68	66	1,31	43	0,86
TOTAL	272	5,42	122	2,43	141	2,81	207	4,12	144	2,87

*Tasas por 100.000 habitantes

En la temporada 2001-02 el riesgo de presentar enfermedad meningocócica ha sido superior al de la temporada previa, tanto para la enfermedad global, como para la producida por el serogrupo C y por el grupo de meningococos sin grupar (tabla 3).

Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada. Comunidad de Madrid. Temporadas 1995/96-2001/02.



Datos actualizados a diciembre de 2002

Al comparar con el resto de temporadas, se observa que el riesgo de enfermar ha sido menor en la temporada actual que en la temporada 1999-2000, la previa a la campaña de vacunación con vacuna conjugada. En cuanto a la enfermedad por serogrupo C, se presenta un riesgo superior en la temporada actual, que en las que siguieron a la campaña de vacunación con vacuna de polisacárido A+C; siendo estas diferencias estadísticamente significativas (tabla 3).

**Tabla 3.- Riesgos relativos de padecer la enfermedad meningocócica.
Comparación de la temporada 2001-02 con las temporadas previas.**

SEROGRUPO	RR 2000-01	RR 99-2000	RR 98-99	RR 97-98	RR 96-97
Serogrupo B	0,94	0,80	0,88	1	1,12
Serogrupo C	1,26	0,81	1,62*	2,47*	0,44*
Sin serogrupar	5,3*	2,28	1,13	2,66	2,28
Total confirmados	1,22	0,89	1,17	1,5*	0,72*
Sospechas clínicas	0,72	0,46*	0,91	0,81	0,31*
TOTAL	1,07	0,75*	1,11	1,28*	0,57*

*p<0.05

En la temporada 2001-02 se han producido 22 fallecimientos por enfermedad meningocócica, lo que supone una letalidad del 14,0%. La letalidad para el serogrupo B ha sido de 7,3% y para el serogrupo C del 25,0% (tabla1).

La letalidad tanto para la enfermedad meningocócica a nivel global, como para el serogrupo C en la temporada 2001-2002 ha sido la más alta de las últimas temporadas. Sin embargo el serogrupo B muestra una letalidad similar a otras temporadas, aunque superior a la de la temporada anterior (temporada 2000-01), que presentó una letalidad especialmente baja (tablas 1, 4 y 5).

**Tabla 4.- Letalidad por enfermedad meningocócica.
Temporadas 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 y 2000-01.**

SEROGRUPO	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-01
Serogrupo A	-	-	-	-	-
Serogrupo B	6,1%	7,3%	8,2%	8,8%	1,7%
Serogrupo C	16,9%	9,5%	15,6%	9,4%	22,0%
Serogrupo Y	-	-	-	-	-
Sin serogrupar	-	-	16,7%	-	33,3%
Total confirmados	13,2%	7,1%	11,2%	8,5%	10,7%
Sospechas clínicas	5,1%	5,3%	5,9%	6,1%	16,3%
TOTAL	10,3%	6,6%	9,9%	7,7%	12,3%

En la temporada actual se observa un mayor riesgo de fallecer al comparar con las temporadas previas, tanto para la enfermedad meningocócica total, como para el serogrupo C; aunque las diferencias sólo son significativas al comparar con la temporada 1997-98 para la enfermedad total y con la temporada 1999-2000 para la enfermedad por serogrupo C (tabla 5).

**Tabla 5.- Riesgos relativos de fallecer por enfermedad meningocócica.
Comparación de la temporada 2001-02 con las temporadas previas.**

SEROGRUPO	RR 2000-01	RR 99-2000	RR 98-99	RR 97-98	RR 96-97
Serogrupo B	4,22	0,82	0,90	1	1,19
Serogrupo C	1,14	2,67*	1,60	2,63	1,48
Sin serogrupar	0,19	-	0,38	-	-
Total Confirmados	1,34	1,68	1,27	2	1,08
Sospechas clínicas	0,79	2,13	2,19	2,45	2,53
TOTAL	1,14	1,81	1,41	2,14*	1,36

*p<0.05

La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2001-02, muestra las mayores tasas en los menores de 5 años, y especialmente en los menores de un año; como es habitual. La enfermedad debida al serogrupo C presenta una distribución por edad diferente al serogrupo B; con unas tasas muy bajas en los menores de 5 años, mostrando el grupo de edad de 10 a 19 años mayores tasas que el grupo de 1 a 9 años, y superando las tasas del serogrupo B en todos los grupos de edad a partir de los 5 años (tabla 6).

**Tabla 6.- Enfermedad meningocócica, temporada 2001-02.
Casos y tasas específicas por edad.**

Grupo de edad	Serogrupo B		Serogrupo C		Confirmados		Sospechas		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Casos	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	16	34,13	1	2,13	20	42,66	1	2,13	21	44,80
1 a 4	17	9,47	3	1,67	20	11,14	11	6,13	31	17,26
5 a 9	3	1,21	4	1,61	7	2,81	10	4,02	17	6,83
10 a 14	1	0,33	6	1,99	7	2,32	2	0,66	9	2,99
15 a 19	3	0,75	7	1,75	14	3,50	3	0,75	17	4,25
20 a 24	3	0,66	5	1,11	10	2,22	2	0,44	12	2,66
25 a 44	2	0,13	11	0,71	17	1,09	1	0,06	18	1,15
45 a 64	3	0,26	5	0,44	13	1,13	1	0,09	14	1,22
>64	7	1,02	10	1,46	18	2,63	0	0,00	18	2,63
Total	55	1,10	52	1,04	126	2,51	31	0,62	157	3,13

*Tasas por 100.000 habitantes

En la temporada 2001-02, al comparar con la temporada anterior observamos una reducción de la incidencia en los menores de 5 años y en el grupo de edad de 10 a 14 años (diferencias no estadísticamente significativas) (tablas 6 y 7).

Tabla 7.- Enfermedad meningocócica. Casos y tasas específicas por edad. Temporadas 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 y 2000-01.

Grupo de edad	1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Casos	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	40	85,33	24	51,20	26	55,46	42	89,60	30	64,00
1 a 4	111	61,81	35	19,49	36	20,05	85	47,33	35	19,49
5 a 9	32	12,86	18	7,23	17	6,83	23	9,24	15	6,03
10 a 14	21	6,97	8	2,65	6	1,99	11	3,65	11	3,65
15 a 19	36	8,99	14	3,50	13	3,25	15	3,75	11	2,75
20 a 24	12	2,66	5	1,11	13	2,88	5	1,11	6	1,33
25 a 44	6	0,38	7	0,45	10	0,64	13	0,83	15	0,96
45 a 64	6	0,52	1	0,09	13	1,13	6	0,52	13	1,13
>64	8	1,17	10	1,46	7	1,02	7	1,02	10	1,46
Total	272	5,42	122	2,43	141	2,81	207	4,12	146	2,91

*Tasas por 100.000 habitantes

En cuanto a la enfermedad meningocócica por serogrupo C, observamos en la temporada actual una disminución de la incidencia en los menores de 10 años, con un incremento en el grupo de 10 a 24 años y el de los mayores de 65 años (diferencias no estadísticamente significativas). Pero si comparamos con la temporada previa a la última campaña de vacunación (temporada 1999-2000), la reducción de la incidencia en los menores de 5 años, si es estadísticamente significativa (tablas 6 y 8).

La letalidad del meningococo serogrupo C por grupos de edad se muestra en las tablas 9 y 10. En la temporada 2000-2001 sólo ha habido un fallecido en los menores de 15 años. Sin embargo, la mayor letalidad se ha presentado en los menores de 1 año, ya que el único caso que se ha registrado falleció. El siguiente grupo de edad en cuanto a letalidad ha sido el de 20 a 24 años, con una letalidad del 60%. En comparación con las temporadas previas, no se han registrado fallecimientos en los grupos de edad de 1 a 14 años, ni en el de 45 a 64 años; mostrando una menor letalidad que la temporada previa el grupo de los mayores de 64 años. Pero debido a los pocos efectivos las variaciones en la letalidad pueden ser muy amplias y las diferencias han de interpretarse con cautela.

En relación al serogrupo B, en la temporada actual no se observan diferencias significativas en el riesgo de enfermar para los diferentes grupos de edad, al comparar con las temporadas previas (tablas 6 y 11).

Tabla 8.- Enfermedad meningocócica por serogrupo C. Casos y tasas específicas por edad. Temporadas 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 y 2000-01.

Grupo de edad	1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Casos	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	16	34,13	7	14,93	6	12,80	9	19,20	3	6,40
1 a 4	36	20,05	5	2,78	10	5,57	33	18,38	6	3,34
5 a 9	10	4,02	0	0,00	2	0,80	1	0,40	6	2,41
10 a 14	12	3,98	0	0,00	0	0,00	2	0,66	1	0,33
15 a 19	24	6,00	2	0,50	1	0,25	5	1,25	4	1,00
20 a 24	9	1,99	3	0,66	4	0,89	1	0,22	2	0,44
25 a 44	4	0,26	0	0,00	2	0,13	6	0,38	11	0,71
45 a 64	4	0,35	0	0,00	4	0,35	1	0,09	5	0,44
>64	3	0,44	4	0,58	3	0,44	6	0,88	3	0,44
Total	118	2,35	21	0,42	32	0,64	64	1,27	41	0,82

*Tasas por 100.000 habitantes

Tabla 9.- Casos, tasas y letalidad específicos por edad. Enfermedad meningocócica por serogrupo C. Temporada 2001-02.

Grupos de edad	Casos Vacuna A+C	Casos no vacunados	Tasas	Fallecidos	Letalidad
<1	0	1	2,13	1	100%
1 a 4	0	3	1,67	0	-
5 a 9	1	3	1,61	0	-
10 a 14	2	4	1,99	0	-
15 a 19	2	5	1,75	3	42,9%
20 a 24	0	5	1,11	3	60,0%
25 a 44	0	11	0,71	2	18,2%
45 a 64	0	5	0,44	0	-
>64	0	10	1,46	4	40,0%
Total	5	47	1,04	13	25,0%

*Tasas por 100.000 habitantes

Tabla 10.- Enfermedad meningocócica por serogrupo C. Letalidad por grupos de edad. Temporadas 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999 y 1999-2000.

Grupo de edad	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
<1	18,8%	-	16,7%	22,2%	-
1 a 4	13,9%	20,0%	20,0%	6,1%	-
5 a 9	10,0%	-	-	-	16,7%
10 a 14	33,3	-	-	-	-
15 a 19	12,5%	-	-	20,0	25,0%
20 a 24	11,1	-	-	-	-
25 a 44	50,0	-	50,0	-	27,3%
45 a 64	-	-	-	-	40,0%
>64	33,3%	25,0%	33,3%	16,7%	66,7%
Total	16,9%	9,5%	15,6%	9,4%	22,0%

Tabla 11.- Enfermedad meningocócica por serogrupo B. Casos y tasas específicas por edad. Temporadas 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 y 2000-01.

Grupo de edad	1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Casos	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	12	25,60	11	23,47	18	38,40	24	51,20	19	40,53
1 a 4	21	11,69	10	5,57	13	7,24	20	11,14	12	6,68
5 a 9	4	1,61	11	4,42	4	1,61	4	1,61	2	0,80
10 a 14	2	0,66	3	1,00	3	1,00	3	1,00	3	1,00
15 a 19	4	1,00	10	2,50	8	2,00	5	1,25	4	1,00
20 a 24	2	0,44	2	0,44	3	0,66	2	0,44	3	0,66
25 a 44	0	0,00	3	0,19	5	0,32	6	0,38	3	0,19
45 a 64	1	0,09	1	0,09	6	0,52	3	0,26	8	0,70
>64	3	0,44	4	0,58	2	0,29	1	0,15	4	0,58
Total	49	0,98	55	1,10	62	1,23	68	1,35	58	1,15

*Tasas por 100.000 habitantes

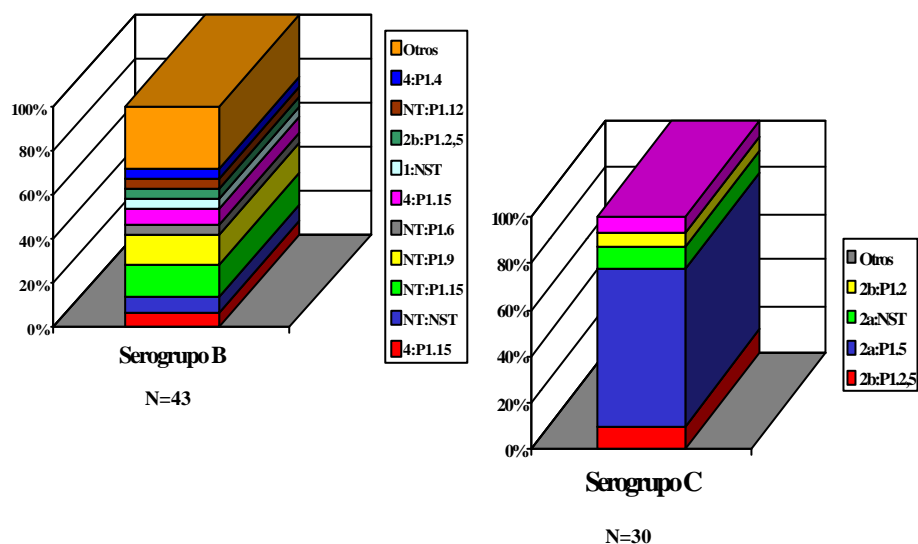
Serosubtipación de las cepas de meningococo

De los 55 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo B, se dispone de información sobre serosubtipación de las cepas en 43 (78,2%). Las cepas más frecuentes han sido las no tipables (53,5%) y los serosubtipos más prevalentes han sido el NT: P1.15 (13,9%) y el NT: P1.9 (13,9%). Se han identificado dos cepas de serogrupo B con el mismo serosubtipo que la cepa epidémica, del año 1997, de serogrupo C (2b:P1.2,5), lo que supone un intercambio de material genético entre cepas de meningococo. También se ha identificado una cepa de serogrupo B con el mismo serosubtipo de la actual cepa más prevalente de serogrupo C (2a:P1.5).

En cuanto al serogrupo C, se han serosubtipado el 57,7% de las cepas y se ha identificado como el serosubtipo más prevalente el 2a: P1.5 (70%), seguido a gran distancia del 2b:P1.2,5 (10%). Con lo que se observa que el serosubtipo responsable del brote epidémico del año 1997 (2b: P1.2,5) ha sido sustituido por 2a: P1.5 que es en la actualidad el más prevalente también en Europa. De los 13 fallecidos con enfermedad meningocócica por serogrupo C, en 8 (61,5%) se identificó la cepa 2a: P1.5. La letalidad para la cepa 2a: P1.5 ha sido del 38,1%, ya que han fallecido 8 de los 21 casos en los que se ha identificado dicha cepa (fig. 2).

Enfermedad meningocócica, temporada 2001-02.

Distribución por serosubtipos.



Presentación epidemiológica

En la temporada 2001-2002 no se ha notificado ningún caso secundario de enfermedad meningocócica. Todos los casos han sido esporádicos.

Vacunación antimeningocócica

En la temporada 2001-02, el 80,8% de los casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C en el grupo de edad de la vacunación (menores de 25 años, ya que se vacunó en el año 1997 hasta los 19 años, y la cohorte que tenía entonces 19 años ahora tiene 24 años), no estaban vacunados. De ellos el 71,4% pertenecían a grupos sociales desfavorecidos (inmigrantes, etnia gitana).

Efectividad vacunal

Tras el brote epidémico de enfermedad meningocócica por serogrupo C en la temporada 1996-97, se efectuó una campaña de vacunación masiva con vacuna de polisacárido capsular A+C a finales del año 1997. La población diana de la campaña fue la de 18 meses a 19 años, y la cobertura vacunal alcanzada fue de un 89,04%. En este estudio se ha analizado el grupo de edad a la vacunación de 3 a 19 años, porque los menores de 3 años posteriormente recibieron vacuna conjugada C en el año 2000.

Se ha seguido la cohorte de vacunados desde la temporada 1997-98 hasta la temporada actual (2001-02) y en estos cinco años de seguimiento se han presentado 46 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C, en el grupo de edad a la vacunación de 3 a 19 años. De ellos 19 presentaban el antecedente de haber sido vacunados con vacuna de polisacárido capsular A+C, 23 no habían sido vacunados y en otros 4 se desconocía el estado vacunal. La efectividad vacunal global para el grupo de edad de 3 a 19 años ha sido del 89,8% (IC 95% 81,3-94,5). Esto significa que la vacuna ha evitado el 89,8% de los casos en vacunados, al comparar con la incidencia en no vacunados (tabla 12).

Tabla 12.- Efectividad de la vacuna de polisacárido capsular A+C frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C a los cinco años de seguimiento (temporadas 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-01 y 2001-02).

Edad de la vacunación	Temporadas 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-01 y 2001-02 (Cinco años de seguimiento)				EV (IC 95%)
	vacunados		no vacunados		
	casos	tasas	casos	tasas	
3 a 4 años	8	8,95	2	55,45	83,9 (24,0-96,6)
5 a 9 años	5	2,06	4	3773,58	99,9 (99,8-100,0)
10 a 14 años	3	1,08	9	101,63	98,9 (96,1-99,7)
15 a 19 años	3	1,07	8	8,24	87,0 (51,0-96,6)
3 a 19 años	19	2,13	23	20,97	89,8 (81,3-94,5)

*Tasas por 100.000 habitantes

La menor efectividad vacunal se presenta en los casos vacunados a los 3 años de edad, en los que en este período de cinco años se han evitado el 69,9% de los casos en vacunados. La mayor efectividad se muestra en los vacunados a los 9 años (efectividad del 99,4%)(tabla13).

En el período de cinco años en el grupo de edad de 3 a 19 años a la vacunación, se estima que se han evitado un total de 168 casos y dos fallecimientos por enfermedad meningocócica por serogrupo C.

Tabla 13.- Efectividad de la vacuna de polisacárido capsular A+C frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C a los cinco años de seguimiento (temporadas 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-01 y 2001-02).

Edad de la vacunación	Temporadas 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-01 y 2001-02 (Cinco años de seguimiento)				EV (IC 95%)
	vacunados		no vacunados		
	casos	tasas	casos	tasas	
3 años	7	1,61	1	5,35	69,9 (-144,4-96,3)
4 años	1	2,18	1	57,50	96,2 (39,5-99,8)
5 años	1	2,07	0	-	-
6 años	0	-	0	-	-
7 años	3	6,26	1	243,9	97,4 (75,4-99,7)
8 años	0	-	0	-	-
9 años	1	2,00	3	310,24	99,4 (93,8-99,9)
10 años	0	-	2	261,09	-
11 años	0	-	1	65,01	-
12 años	2	3,59	2	161,55	97,8 (84,2-99,7)
13 años	1	1,72	2	116,08	98,5 (83,7-99,9)
14 años	0	-	2	55,69	-
15 años	1	1,60	0	-	-
16 años	1	1,59	1	13,58	88,3 (-86,8-99,3)
17 años	1	1,59	1	8,15	80,5 (-211,8-98,8)
18 años	0	-	3	9,90	-
19 años	0	-	3	6,99	-
3 a 19 años	19	2,13	23	20,97	89,8 (81,3-94,5)

*Tasas por 100.000 habitantes

Fracasos vacunales de vacuna conjugada C

En la temporada 2001-02 no se ha presentado ningún caso de fracaso vacunal con vacuna conjugada C, ya que únicamente se ha presentado un caso de enfermedad meningocócica por serogrupo C en un niño que presentaba antecedente de vacunación con vacuna conjugada C, pero que no había recibido una vacunación completa para su edad. Este niño fue vacunado a los 8 meses de edad con una sola dosis de vacuna conjugada (le correspondían dos dosis), y presentó la enfermedad a los 12 meses de edad.

DISCUSIÓN

La enfermedad meningocócica se presenta generalmente en forma de casos esporádicos con una marcada estacionalidad, con oscilaciones anuales en la incidencia y aparición de brotes en ciclos cada 7-10 años. La evolución reciente de esta enfermedad en nuestra Comunidad viene marcada por el pico epidémico de la temporada 1996-1997, debido a la cepa 2b:P1.2,5 de meningococo serogrupo C; que dio lugar a una campaña de vacunación masiva con vacuna antimeningocócica A+C, dirigida a los niños y adolescentes entre 18 meses y 19 años de edad.

En la temporada posterior a la de la campaña de vacunación (temporada 1997-1998), se constató una disminución significativa de la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C; que fue aumentando paulatinamente en las dos temporadas siguientes. El grupo de edad que más contribuyó a este aumento fue el de los menores de 5 años, situación que se debe a la falta de eficacia de la vacuna en los menores de 18 meses y a la pérdida de la inmunidad en los niños pequeños vacunados con vacuna de polisacárido capsular.

Este incremento paulatino de la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C, junto a la disponibilidad de una nueva vacuna conjugada dio lugar a una nueva intervención poblacional, en menores de 6 años, y a incluir dicha vacuna en el calendario vacunal, a finales del año 2000.

Como resultado de dicha vacunación, en la temporada 2000-01 se observó una reducción significativa de la incidencia de enfermedad por serogrupo C en los menores de 5 años, así como una ausencia de letalidad de dicho serogrupo en este grupo de edad. En la temporada actual (temporada 2001-02), la enfermedad meningocócica por serogrupo C ha sufrido un ligero incremento con respecto a la temporada anterior, pero la incidencia en menores de 5 años ha seguido disminuyendo. Sin embargo, ha aumentado la incidencia sobre todo en el grupo de edad de 10 a 14 años ($RR=6$; $p=0,1$), y también en el de los mayores de 64 años ($RR=3,3$; $p=0,09$), en el de 20 a 24 años ($RR=2,5$; $p=0,44$) y en el de 15 a 19 años ($RR=1,75$; $p=0,54$). En estos grupos de edad el riesgo de enfermedad ha sido superior en la temporada actual al de las temporadas previas, aunque las diferencias no hayan sido estadísticamente significativas.

La enfermedad meningocócica cursa con una elevada letalidad al compararla con otros procesos bacterianos. La letalidad es superior para el serogrupo C que para el resto de serogrupos, y ha sido en las dos últimas temporadas especialmente alta (20 y 25% respectivamente), superando ambas a la temporada epidémica (17%). Esto probablemente sea debido al mayor número de casos en personas mayores y al cambio del serotipo más prevalente en dichas temporadas en nuestro medio (2a:P1,5) que pertenece a un clon hipervirulento (ET-

37). En la actual temporada el serogrupo B también ha mostrado una letalidad superior a la de la temporada previa, que fue especialmente baja (7,3% vs 1,7%).

Según el informe nacional de la enfermedad meningocócica en la temporada 2001-02, la Comunidad de Madrid presenta una tasa de incidencia superior a la media nacional para la enfermedad meningocócica total y para el serogrupo C. Esta incidencia superior de la enfermedad meningocócica total se observa también para la mayoría de los grupos de edad, excepto el de 5 a 19 años. Los grupos de edad donde las diferencias en la incidencia son mayores son el de los menores de 1 año (razón 1,20) y el de los mayores de 64 años (razón 1,86). En cuanto a la enfermedad por serogrupo C la mayor incidencia en nuestra Comunidad se observa en todos los grupos de edad, con las mayores diferencias en los grupos de los mayores de 64 años (razón 3,04), el de 10 a 14 años (razón 2,13) y el de 25 a 44 años (razón 1,97). La disminución de la incidencia de la enfermedad meningocócica por serogrupo C en los menores de 5 años, que se observa en nuestra Comunidad, también se presenta a nivel nacional; así como el ligero incremento a partir de los 9 años. A nivel nacional este incremento de la incidencia, al comparar con la temporada previa, se muestra significativo para los grupos de edad de 25 a 44 años y para los mayores de 64 años. La letalidad del serogrupo C en nuestra Comunidad también ha sido superior a la nacional, siendo inferior la del serogrupo B.

En la temporada 2001-2002 el 19,7% de los casos notificados han sido sospechas clínicas, el porcentaje más bajo de las últimas temporadas. Este porcentaje ha oscilado entre un 24,1% en la temporada 1998-1999 y un 36% en la temporada epidémica (temporada 1996-1997). Así mismo, en un 12,7% de los casos confirmados no se ha podido determinar el serotipo/subtipo; porcentaje superior al de otras temporadas, tal vez debido a que algunas de estas cepas están pendientes de resultados del Laboratorio de Referencia, que se reciben con un cierto retraso. La información microbiológica es de especial importancia ya que la inclusión de la vacuna conjugada C en el calendario precisa una vigilancia especial de esta enfermedad por serogrupos, para poder valorar la efectividad de dicha vacuna, así como los posibles cambios en la distribución de cepas que la presión de la vacuna pueda ocasionar.

Recientemente se ha publicado, procedente del Laboratorio de Referencia de Infección Meningocócica del País Vasco, la detección desde el año 2000 de 39 cepas de meningococo 2a:P1.5, ST-11 que pertenecen al complejo ET-37. Estas cepas correspondían tanto al serogrupo B (20 cepas) como al C (19 cepas), perteneciendo a un único clon. Según los autores, este intercambio de cápsula entre serogrupos, se ha observado en otras zonas en las que también existía el antecedente de vacunación frente a meningococo C. Como ya se ha comentado previamente, en nuestra Comunidad en esta temporada se ha identificado un aislamiento de serogrupo B con este serosubtipo y 21 de serogrupo C.

En este sentido es necesario mantener el esfuerzo para confirmar el agente etiológico de la enfermedad, recordando que se dispone de la posibilidad de enviar al Laboratorio de Referencia de Meningococos del Centro Nacional de Microbiología las muestras de LCR y/o suero de los casos de sospecha, en los que no se ha podido realizar aislamiento; así como de las cepas aisladas para serosubtipar.

La efectividad de la vacunación con vacuna de polisacárido capsular A+C, realizada en la campaña de 1997, tras cinco años de seguimiento ha sido de un 89,8% para la población vacunada. Lo que significa que la vacuna, en este grupo de edad ha evitado el 89,8% de los casos en los vacunados. La mayor efectividad se ha presentado en los grupos de edad de 5 a 9 años (99,9%) y de 10 a 14 años (98,9%).

En los vacunados a los 3 años de edad se observa la menor efectividad (69,9%). Lo que es compatible con las características descritas para esta vacuna de una menor efectividad en los más pequeños y una disminución de la misma con el paso del tiempo, debido a una pérdida de la inmunidad. La cohorte de vacunados a los 3 años de edad, presenta una edad de 8 años en la actual temporada, con un riesgo de presentar enfermedad meningocócica bajo (1,61 casos por 100.000 habitantes en el grupo de edad de 5 a 9 años).

La efectividad vacunal en los últimos dos años de seguimiento (temporadas 2000-01 y temporada 2001-02) puede haber sido influenciada por el hecho de que en noviembre de 2000 se realizó una nueva intervención poblacional mediante vacunación con vacuna conjugada C a los menores de 6 años y se introdujo dicha vacuna en el calendario vacunal. Ya que la vacuna conjugada C presenta memoria inmunológica y disminuye el estado de portador, es posible que el efecto de inmunidad de grupo que dicha vacuna ha generado haya podido mejorar la efectividad vacunal que hemos obtenido.

Nuestros datos difieren de los resultados obtenidos en Québec (Canada), donde se realizó una vacunación masiva con vacuna de polisacárido capsular, en el invierno de 1992-1993, tras una brote epidémico de enfermedad meningocócica por serogrupo C. Observaron una efectividad vacunal del 65% (20%-84%) en los dos primeros años tras la vacunación, pero no en los siguientes 3 años (efectividad vacunal 0%). Como en nuestro caso, la efectividad vacunal estuvo relacionada con la edad y no se observó protección en los menores de 2 años.

Tras la campaña de vacunación con vacuna conjugada en noviembre del 2000, se han presentado dos fracasos vacunales de vacuna conjugada C, ambos en la temporada anterior (temporada 2000-01). Uno de ellos en un niño de 2 años de edad, vacunado a los 18 meses; y el otro en un niño de 6 años y 8 meses, vacunado con vacuna conjugada a los 6 años y previamente vacunado con vacuna de polisacárido capsular A+C a los 3 años de edad. Este niño había presentado previamente dos episodios de meningitis vírica (en 1999 y 1997), aunque no constaba el diagnóstico de ningún tipo de inmunodeficiencia.

Según los datos nacionales se han producido cuatro fallos vacunales confirmados desde la vacunación en el año 2000 hasta la semana 23 del año 2002. Como vemos la mitad de ellos corresponden a la Comunidad de Madrid, donde se han vacunado aproximadamente 408.000 niños entre 2 meses y 5 años, desde noviembre del año 2000 hasta septiembre de este año. Por tanto se ha presentado aproximadamente un fracaso vacunal por cada 204.000 vacunados. En Inglaterra y Gales donde en los últimos años se ha realizado una campaña de vacunación masiva con vacuna conjugada C, se han confirmado 23 fallos vacunales entre el 1 de enero del 2000 y el 30 de septiembre del 2001; tras haber vacunado a aproximadamente 5 millones y medio de personas. Por lo que se ha presentado aproximadamente un fracaso vacunal por cada 239.000 vacunados. Teniendo en cuenta que la cifra de vacunados en nuestra Comunidad es una estimación, la proporción de fracasos vacunales no difiere mucho de la obtenida en Inglaterra y Gales.

En la temporada 2001-02 en la Comunidad de Madrid, el 80% de los casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C que se presentaron en el grupo de edad de la vacunación, no habían recibido vacuna antimeningocócica. El 70% de estos casos pertenecían a grupos sociales desfavorecidos, con dificultades de acceso al sistema sanitario. Por lo que se recomienda que los profesionales sanitarios aprovechen las ocasiones disponibles para completar el calendario vacunal, y que se realicen intervenciones específicas en estos grupos de población.

El mayor porcentaje de portadores de enfermedad meningocócica se encuentra en los adolescentes y adultos jóvenes. A pesar de que la tasa de portadores no se ha demostrado que se incremente en las temporadas epidémicas, el papel de los portadores en la transmisión de la enfermedad es fundamental. En un estudio recientemente publicado, realizado en el Reino Unido, se ha demostrado que la vacunación con vacuna conjugada frente a meningococo C reduce la tasa de portadores de este serogrupo. Pero el impacto que este hecho pueda tener en la incidencia de la enfermedad, todavía no es claro. En nuestro medio, donde el grupo de edad en el que se ha realizado la vacunación no forma parte del que muestra la mayor tasa de portadores, el posible efecto de la reducción de dicha tasa es menos evidente.

Una adecuada vigilancia epidemiológica permitirá detectar los cambios que la vacunación frente al serogrupo C puedan ocasionar en la incidencia de esta enfermedad, así como valorar la necesidad de realizar intervenciones específicas, o ampliar los grupos de edad en los que se recomienda la vacunación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informe: La enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid. Vol 5, nº 4, abril 1997.
2. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informe: Impacto de la vacunación en la enfermedad meningocócica serogrupo C. Vol 6, nº 7, enero-febrero 2000.
3. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informe: La enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 1999-2000. Comunidad de Madrid. Vol 7, nº 1, enero 2001.
3. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. 1996. Tomo 1. Características demográficas básicas.
4. Mateo S, Cano R, García C. Changing epidemiology of meningococcal disease in Spain, 1989-1997. *Eurosurveillance*, Vol 2, nº 10, octubre 1997.
5. De Mateo S. La enfermedad meningocócica en España 1990-1997. Cambio en su patrón epidemiológico. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 387-396.
6. Cartwright K. Meningococcal disease. Wiley, 1995.
7. Peltola H. Meningococcal vaccines: Current status and future possibilities. *Drugs* 1998; 53 (3): 347-366.
8. Orestein WA, Bernier RH, Dondero TJ et al. Field evaluation of vaccine efficacy. *Bull WHO* 1985; 63(6): 1055-1068.
9. De Wals P, De Serres G and Niyonsenga T. Effectiveness of a mass immunization campaign against serogroup C meningococcal disease in Quebec. *JAMA* 2001; 285:177-181.

10. Trotter CL, Ramsay ME and Kaczmarski EB. Meningococcal serogroup C conjugate vaccination in England and Wales: coverage and initial impact of the campaign. *Commun Dis Public Health* 2002; 5 (3): 220-5.
11. Maiden MCJ and Stuart JM. Carriage of serogroup C meningococci 1 year after meningococcal C conjugate polysaccharide vaccination. *Lancet* 2002; 359: 1829-30.
12. Pérez-Trallero E, Vicente D, Montes M and Cisterna R. Positive effect of meningococcal C vaccination on serogroup replacement in *Neisseria meningitidis*. *Lancet* 2002; 360: 953.
13. Guidelines for public health management of meningococcal disease in the UK. *Commun Dis Public Health* 2002; 5(3): 187-204.

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2003, semanas 1 a 5
(de 29 de diciembre de 2002 al 1 de febrero de 2003)**

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.

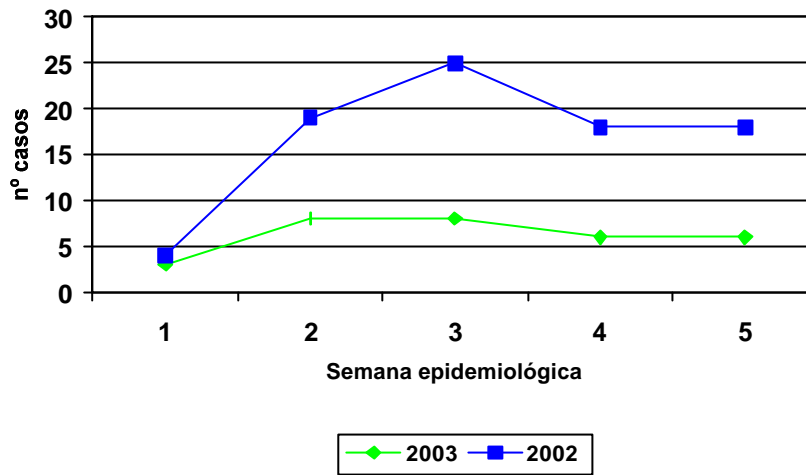
PAROTIDITIS

En el gráfico nº 1 aparece la evolución por semanas epidemiológicas del número de casos de parotiditis en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 5 de los años 2002 y 2003. Durante el año 2003 se han notificado 31 casos, que supone una tasa de 0,62 casos por 100.000 habitantes, a diferencia de los 84 casos notificados durante ese mismo período del año 2002, con una tasa mas de 2 veces superior (tasa de 1,67 casos por 100.000 habitantes). El mayor número de casos se observó durante la semanas 2 y 3 (8 casos, una tasa de 0.16 casos por 100.000 habitantes), cifra muy inferior a la obtenida durante el año 2002, donde la semana con mayor número de casos fue la 3 con un total de 25 casos (tasa de 0.50 casos por 100.000 habitantes).

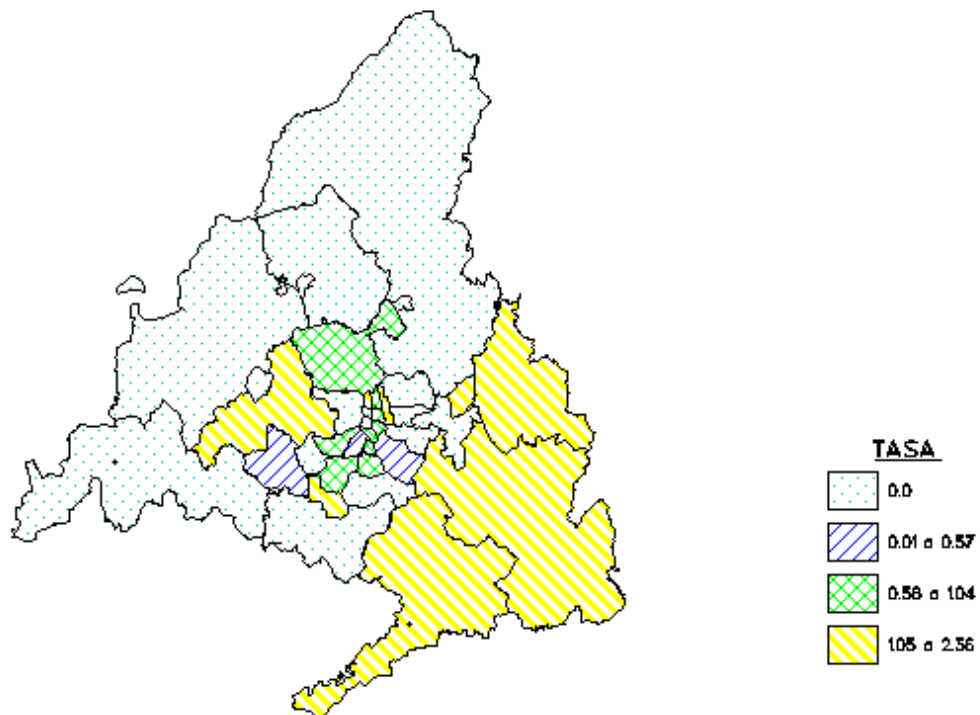
En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. Las mayores tasas de incidencia se observaron en los distritos de Arganda (Área 1) con 2,37 casos por 100.000 habitantes, seguidas por los distritos de Torrejón de Ardoz (Área 3) con cifras de 2,25 y de Majadahonda (Área 6) con 1,68 casos por 100.000 habitantes.

Teniendo en cuenta el género, el 58.1% de los casos se observó en varones. El 54,8% (17 casos) se presentaron en menores de 15 años, de los cuales el 16,1% tenían menos de 5 años. Del total de los menores de 15 años, 15 (88,2%) estaban vacunados según calendario, y en el resto, se desconoce o no consta el estado vacunal.

Gráfico 1. PAROTIDITIS. Casos notificados por semana. Semanas 1-5. Años 2002 y 2003. Comunidad de Madrid.



PAROTIDITIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios. Semana 1- 5. Año 2003. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Semanas 1 a 5 (desde el 29 de Diciembre de 2002 al 1 de Febrero de 2003)*

	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 11		TOTAL	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
E. I. H. <i>Influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Enf. Meningocócica	3	3	0	0	3	3	1	1	3	3	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	16	16
Fiebre tifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Gripe	1823	1823	2476	2476	2098	2098	3403	3403	4812	4812	1367	1367	4776	4776	4369	4369	2665	2665	1548	1548	4837	4837	34174	34174
Hepatitis A	2	2	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	1	1	5	5	2	2	5	5	20	20
Hepatitis B	1	1	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	5
Hepatitis víricas (otras)	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	3	2	2	8	8
Infección Gonocócica	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Legionelosis	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	2	2	1	1	1	1	9	9
Meningitis bacteriana	0	0	2	2	0	0	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	9	9
Meningitis vírica	2	2	0	0	3	3	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	4	4	0	0	1	1	14	14
Paludismo	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3	9	9
Parotiditis	4	4	2	2	4	4	3	3	4	4	3	3	2	2	1	1	3	3	0	0	5	5	31	31
Rubéola	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Sífilis	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4	0	0	0	0	7	7
Tos ferina	0	0	10	10	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	17	17
TBC respiratoria**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	244	244	263	263	156	156	277	277	382	382	132	132	317	317	397	397	168	168	180	180	410	410	2926	2926
Poblaciones	637.028		402.265		269.734		507.409		605.928		415.967		523.245		399.787		346.739		249.045		665.142		5.022.289	
Cobertura de Médicos	41.89%		84,35%		90.35%		87.17%		67.34%		45.72%		63.09%		85.49%		83.19%		69.49%		82.45%		71.37%	

* Aquellas enfermedades de las que no se ha declarado ningún caso no aparecen en la tabla
 ** Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un registro específico.



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. Semanas 1 a 5 de 2003.

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
2	Hepatitis A	Mejorada del Campo	Familiar	6	3	0	--	VHA
2	Alimentario	Madrid (Salamanca)	Familiar	3	3	1	Merluza rebozada	<i>Salmonella sp.</i>
2	Tos ferina	Mejorada del Campo	Colegio	26	6	0	--	<i>B. pertusis</i>
5	Alimentario	Madrid (Tetuan)	Restaurante	7	5	0	Desconocido	Desconocido
6	Mononucleosis	Collado Villalba	Colegio	40	3	0	--	<i>V. Epstein-Barr</i>
6	Alimentario	Madrid (Moncloa)	Inst. Militar	120	30	0	--	Desconocido
7	Alimentario	Madrid (Chamberí)	Familiar	2	2	0	Roscón con trufa	<i>B. cereus</i>
9	Hepatitis A	Fuenlabrada	Familiar	9	2	0	--	VHA
11	GEA	Madrid (Carabanchel)	Res. Ancianos	76	17	0	Desconocido	Desconocido

*Agente causal no confirmado por laboratorio



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2003, semanas 1 a 5
(Del 29 de diciembre de 2002 al 1 de febrero de 2003)**

La “Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid” (RMC) se constituye en 1991 como un sistema de vigilancia basado en la notificación voluntaria de enfermedades. Su función básica consiste en la vigilancia de problemas de salud, que durante un periodo de tiempo determinado se han considerado de especial interés para la Salud Pública.

Actualmente la RMC cuenta con la colaboración de 46 médicos generales y 40 pediatras de Atención Primaria, y los procesos objeto de vigilancia durante este periodo han sido: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática y Gripe.

VARICELA

Durante las semanas 1-6 del año 2003, la Red de Médicos Centinela ha notificado 75 casos de varicela, 19 menos que el año anterior durante el mismo periodo (**Graf.1**)

La distribución de casos por género ha sido de 45,3 % en mujeres y 54,7 % en varones. Si se consideran grupos de edad, se observa que 71 casos (98,9%) tienen edad inferior a 15 años, de los cuales el grupo de 2-5 años es el más numeroso, con 36 casos (48%) seguidos de los de 6 a 15 con 17 casos (22,6%) mientras que en edades superiores a 15 años se han registrado 3 casos 4% (**Graf. 2**)

Respecto a la adquisición de la enfermedad, 54 casos (72%) refieren haber tenido contacto con otro caso de varicela, 4 (5,3%) se presentaron como un brote y en 17 del total (22,7%) se desconoce. (**Graf. 3**)

Los lugares de exposición más habituales fueron: Guardería 12 casos (16%), colegios 21 (28%) hogar 19 casos (25,3%) trabajo 1 caso y en 22 casos (29,3%) se desconoce (**Graf. 4**)

Del total de casos, solo se notificó como complicación una bronquitis que se derivó a urgencias

HERPES ZOSTER

Durante las semanas 1-6 del año 2003, se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 17 casos de Herpes Zoster 4 casos menos que los notificados en el año anterior durante el mismo periodo. La distribución por género fue: 8 casos (47,1%) en varones y 9 en mujeres (52,9%).

La media de edad ha sido de 53,3 años (DE = 29,1 años), con un rango de edad que va de 2 a 96 años. La mediana es de 59 años (**Graf. 5**)

Los comentarios sobre los procesos que no aparecen en este boletín mensual se difunden en 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.comadrid.es/sanidad/noticias/pdf/gripe01.pdf>. El resto de procesos se realiza un informe anual.

Gráfico 1. VARICELA. Red de Médicos Centinelas
Casos notificados durante las semanas 1-5
Años 2002 y 2003

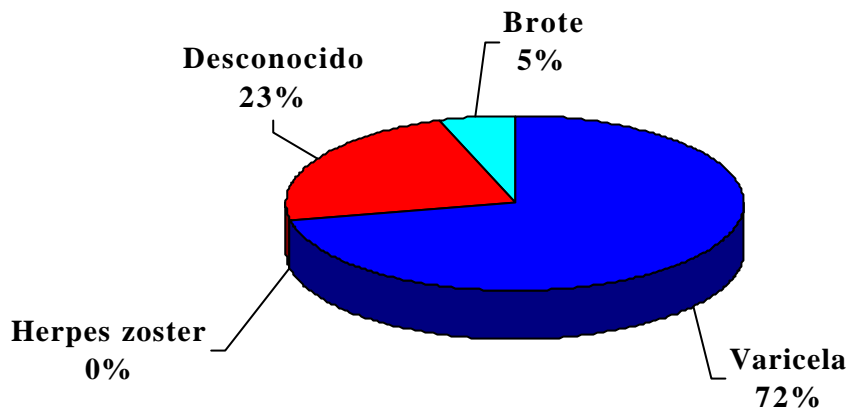


Gráfico 2. VARICELA. Red de Médicos Centinela
Casos Notificados en las semanas 1-5
Distribución por edad. Año 2003

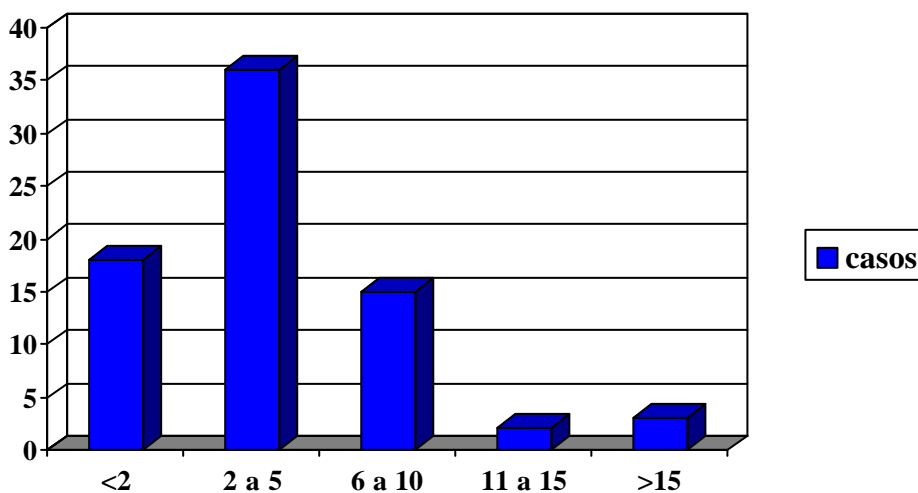


Gráfico 3. VARICELA. Red de Médicos Centinela
Casos Notificados en las semanas 1-5
Tipo de exposición

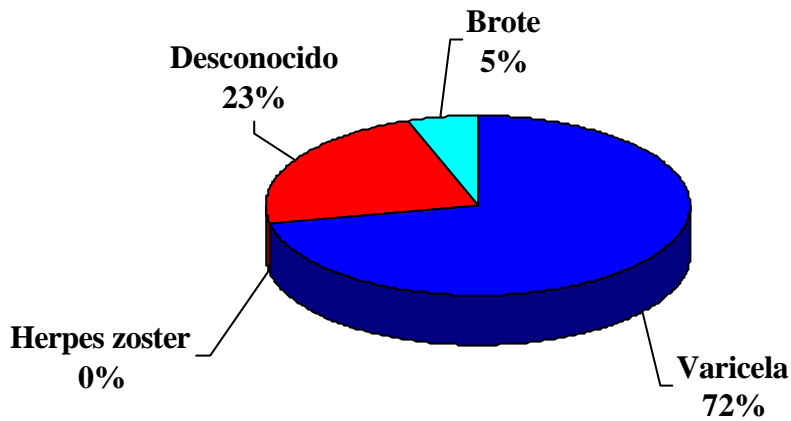


Gráfico 4. VARICELA. Red de Médicos Centinela
Casos Notificados en las semanas 1-5
Lugar de exposición

Lugar de exposición

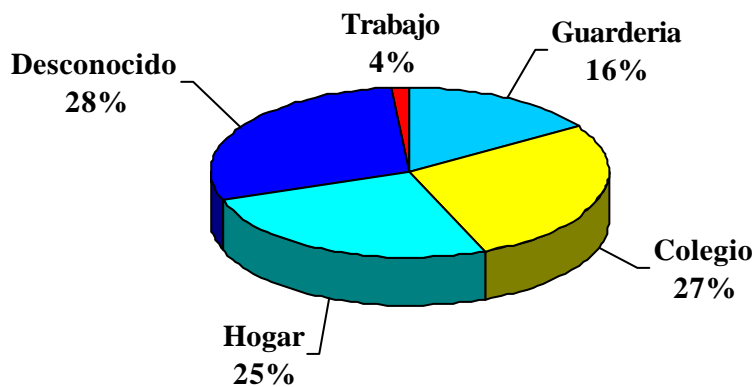


Gráfico 5.
HERPES ZOSTER. Red de Médicos Centinela.
 Casos Notificados en las semanas 1-5
 Distribución por edad

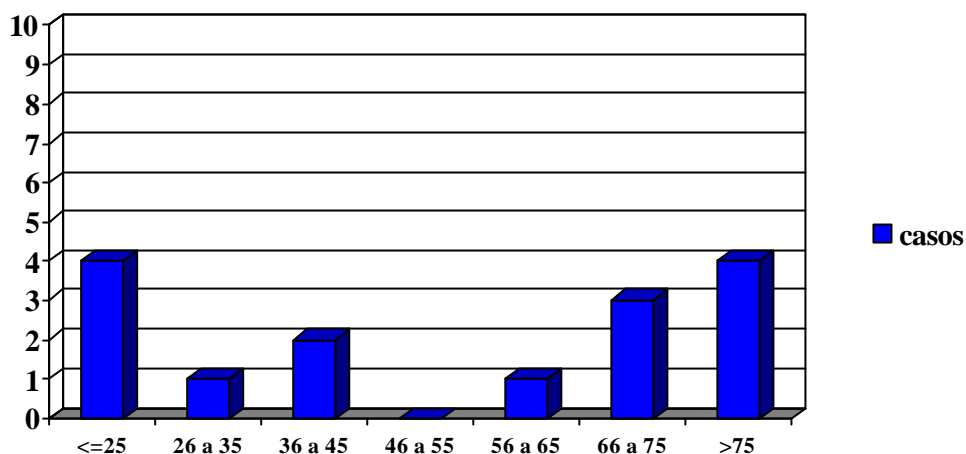
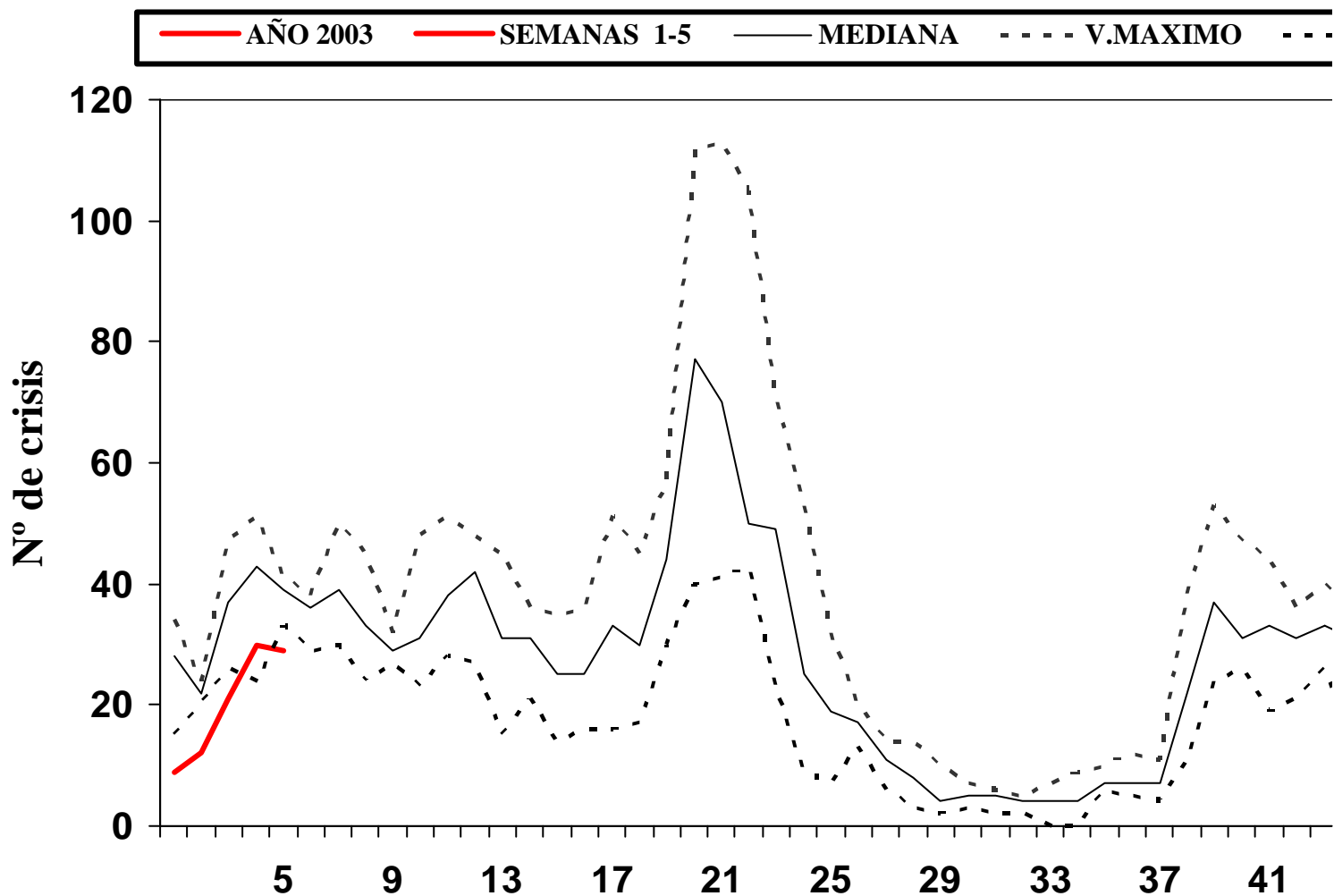


Tabla 1. Casos notificados a la Red y cobertura de notificación Año 2003

	<i>Nº casos semanas 1-5</i>	<i>Casos acumulados</i>	<i>Cobertura %</i>
Gripe*	118	118	84,16%
Otros procesos:			
Varicela	75	75	74,25
Herpes zoster	17	17	
Crisis asmáticas	103	103	

*Sólo se vigila entre la semana 40 y 20 de cada temporada

Crisis asmáticas. Año 2003
Red de Médicos Centinela



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/ Aduana 29, 1ª planta. 28013 Madrid
E-mail: boletin.epidemiologico@madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.comadrid.es/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."