

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

1.

INFORMES:

- Meningitis Víricas, 2000.
- Enfermedad Meningocócica.
Temporada 2000-01.



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

12

Índice

INFORME:

Informes:



*Meningitis Vírica, Año 2000. Comunidad de Madrid 3



*Enfermedad Meningocócica. Informe de la Temporada 2000-01. Comunidad de Madrid.....30



- EDO. Semanas 1 a 5
(del 30 de diciembre de 2001 al 2 de febrero de 2002) 43



- Brotes Epidémicos. Semanas 1 a 5, 2002 46



- Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.
(Datos Actualizados a 31 de diciembre de 2001) 49



- Red de Médicos Centinela. 52



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.



INFORME:
MENINGITIS VÍRICA, AÑO 2000.
COMUNIDAD DE MADRID

INDICE

Resumen	4
Introducción	5
Objetivos	7
Material y métodos	7
Resultados	8
Discusión	13
Bibliografía	14
Anexo	15

RESUMEN

Antecedentes: En el año 2000 se detectó un incremento de casos de meningitis vírica en la Comunidad de Madrid, que siguen un patrón epidemiológico similar al de los años previos.

Objetivos: Conocer la incidencia y características epidemiológicas de los casos de meningitis vírica producidos en el año 2000. Describir la evolución temporal y la agregación espacio-temporal de los casos. Comparar la incidencia presentada con la del año anterior.

Material y métodos: Los casos proceden del Registro de Infecciones que causan Meningitis, así como de la revisión del C.M.B.D. de diferentes hospitales. Se calculan tasas de incidencia brutas y por grupos de edad para el total de la Comunidad y tasas estandarizadas por área y distrito de residencia. Se comparan las tasas del año 2000 con las del año 1999, mediante el riesgo relativo (RR), con el programa EpiInfo V6.04. Se elaboran mapas de incidencia utilizando el Sistema de Información Geográfica Institucional (SIGI), mediante la herramienta VISIGI.

Resultados: En el año 2000 se han registrado 1002 casos de meningitis vírica en la Comunidad de Madrid (tasa 19,95 por 100.000), de los cuales uno falleció (letalidad 0,09%). Se ha confirmado el agente causal en un 12,9% de los casos, siendo los principales agentes implicados los enterovirus no polio. El 63,8% de los enfermos eran varones, y un 85% eran menores de 15 años. Las mayores tasas se han presentado en los menores de 10 años. La mayor incidencia se observa en el área 9 (tasa 37,11), el área 3 (tasa 35,41), el área 6 (tasa 25,66) y el área 8 (tasa 24,65). La incidencia de meningitis vírica en el año 2000 ha sido superior a la de los últimos años; siendo el riesgo de enfermar por esta causa 4,58 veces mayor en el año 2000 que en el año 1999.

Discusión: En el año 2000 se ha producido un aumento llamativo de la incidencia de meningitis vírica que puede haberse debido a la difusión de un serotipo de enterovirus que llevaba tiempo sin circular en nuestro medio, por lo que se había acumulado una importante cohorte de susceptibles. Es preciso mejorar la confirmación microbiológica de los casos.

INTRODUCCIÓN

La meningitis es la inflamación de las meninges que se identifica por la elevación del número de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo (LCR). La meningitis aguda se define clínicamente por un síndrome que se caracteriza por la instauración brusca de síntomas meníngeos. La cefalea acompañada de signos de irritación meníngea (signos de Kerning y/o Brudzinski), es un síntoma temprano, que puede ser seguido por confusión y coma.

El síndrome de meningitis aguda puede ser producido por diferentes agentes infecciosos, o constituir una manifestación de enfermedades no infecciosas. Los virus constituyen la principal causa del síndrome de meningitis aséptica aguda, que comprende aquellas meningitis, especialmente con pleocitosis linfocítica, cuya causa no es evidente después de la evaluación inicial y las tinciones y cultivos de rutina del LCR.

La meningitis vírica es un síndrome clínico relativamente común que se caracteriza por fiebre de comienzo brusco, con signos y síntomas de irritación meníngea, pleocitosis en el LCR (en general mononuclear, que puede ser polimorfonuclear en las etapas iniciales), aumento de la concentración de proteínas, glucosa normal y ausencia de bacterias. Este cuadro puede ser causado por diferentes virus y su evolución suele ser benigna.

En la actualidad los enterovirus constituyen la principal causa reconocible del síndrome de meningitis aséptica y comprenden el 80-85% de los casos en los que se identifica un agente patógeno; aunque en aproximadamente la mitad de los pacientes no se logra identificar ningún patógeno.

Los enterovirus presentan una distribución mundial de forma esporádica y epidémica, siendo ubicuos en las zonas tropicales y subtropicales, y predominando en verano y otoño en las zonas templadas. El hombre es el único reservorio conocido de estos patógenos. Se diseminan de forma predominante por vía fecal-oral, pero también por vía respiratoria. El período de incubación suele ser de 3-5 días, aunque puede ser de 2 días a 2 semanas. El período de transmisibilidad puede ser amplio, ya que la duración máxima de la excreción viral es de 3-4 semanas en la faringe y de 5-6 semanas o incluso más en las heces.

La infección por enterovirus suele ser asintomática o paucisintomática, siendo las manifestaciones severas relativamente infrecuentes. A los dos años de edad, sin tener en cuenta el clima, la localización geográfica o las condiciones socioeconómicas, la mayoría de los niños ya han experimentado varias infecciones asintomáticas o leves por enterovirus.

Los lactantes y los niños pequeños son los que con mayor frecuencia presentan meningitis por enterovirus, ya que constituyen los huéspedes más susceptibles (es decir, ausencia de exposición previa e inmunidad) de la comunidad. La meningitis se presenta casi con el doble de frecuencia en los varones y el cuadro agudo rara vez excede de 10 días.

La inmunidad contra las infecciones por enterovirus es específica de tipo, siendo los anticuerpos circulantes la principal defensa para prevenir la enfermedad. Durante las reinfecciones (que no se asocian con enfermedad) la duración de la excreción del virus es más corta que en la primoinfección.

La producción de brotes de infección por enterovirus se debe al acúmulo de susceptibles en la población, niños nacidos después de la última onda epidémica producida por un determinado

serotipo. Se diseminan rápidamente en el entorno familiar así como en instituciones cerradas, donde la tasa de infección entre los miembros no inmunes puede ser de hasta un 80%.

El género *Enterovirus* pertenece a la familia *Picornaviridae* e incluye los poliovirus (3 serotipos), los virus Coxackie A (23 serotipos), los virus Coxackie B (6 serotipos), los virus ECHO (31 serotipos) y los enterovirus 68-71. Diferentes virus de este grupo pueden producir el mismo síndrome, y un mismo serotipo puede producir distintas manifestaciones clínicas. Pueden ocasionar meningitis aséptica los poliovirus, los Coxackie A 1-11, 14, 16-18, 22 y 24, todos los Coxackie B, todos los ECHO excepto el 24, 26, 29 y 32; y el enterovirus 71. Sin embargo son los Coxackie B2 y B5, y los ECHO 4, 6, 9, 11, 16 y 30 los que con mayor frecuencia producen meningitis.

Los brotes de infecciones por enterovirus ocurren en todo el mundo. Un grupo de serotipos puede ser predominante durante un tiempo en algunas áreas o incluso a nivel mundial, y ser sustituido por otros serotipos. Se han descrito epidemias de Coxackie A16 cada 3 años y de Coxackie B2, B3, B4 y B5 en ciclos cada 3-6 años. Echovirus 9 tiende a recurrir a intervalos de 4 años y Echovirus 4 y 30 en intervalos de 7 a 9 años.

La parotiditis epidémica es una de las principales causas de meningitis aséptica en poblaciones no inmunizadas, estimándose que aproximadamente un 10-30% de todos los pacientes desarrollan meningitis sintomática. La meningitis es la manifestación neurológica más frecuente de la infección por el virus de la parotiditis epidémica, siendo su evolución benigna y autolimitada.

Los virus herpes pueden presentar también complicaciones neurológicas, pero de estas las asociadas con los virus herpes simple son las más importantes, explicando alrededor del 0,5-3% de todos los casos de meningitis aséptica. El síndrome de meningitis aséptica por virus herpes simple casi siempre se asocia con una infección genital primaria por virus herpes simple tipo 2. El virus herpes humano 6 también se ha relacionado con meningitis, acompañada de roséola infantil. El citomegalovirus y el virus de Epstein-Barr pueden producir meningitis en asociación con un síndrome de mononucleosis, especialmente en personas inmunocomprometidas.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede infectar las meninges en una fase temprana y persistir en el sistema nervioso central después de la infección inicial. La meningitis asociada con VIH puede ocurrir como parte de la infección primaria o en un paciente ya infectado.

La meningitis vírica es una enfermedad de declaración obligatoria en la Comunidad de Madrid, desde el año 1997. Desde el punto de vista de Salud Pública el interés de vigilar esta patología es debido a la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que cursan habitualmente con meningitis, como la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* y la enfermedad meningocócica, que requieren intervención de salud pública para evitar la aparición de casos secundarios y/o están incluidas en el calendario de vacunación infantil recomendado en la Comunidad de Madrid.

La intervención de Salud Pública en las meningitis víricas se limita a informar a los colectivos donde se producen los casos (sobretudo si se dan agregaciones de casos) de la necesidad de mantener las medidas higiénicas adecuadas, como son el lavado de manos y la limpieza de los utensilios de mesa y objetos de uso habitual. Ante los pacientes están

indicadas las precauciones de tipo entérico durante 7 días después de haber comenzado la enfermedad.

OBJETIVOS

El objetivo general del presente estudio es conocer la incidencia de la meningitis vírica en la Comunidad de Madrid, en el año 2000.

Los objetivos específicos son describir la distribución de los casos por edad, sexo y lugar de residencia; así como conocer su evolución y letalidad. También se pretende describir la evolución temporal de los casos y la agrupación espacio-temporal de los mismos; así como determinar si en este año se ha producido un exceso de morbilidad por esta causa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los casos se han obtenido del Registro Regional de Infecciones que causan Meningitis, así como de la revisión del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de diferentes Hospitales por los Servicios de Salud Pública de las Áreas 1, 2, 3, 7 y 9. La información microbiológica se ha completado con los datos sobre aislamientos recibidos del Centro Nacional de Microbiología.

Se calculan las tasas de incidencia de meningitis vírica por grupos de edad y lugar de residencia. Las poblaciones se han obtenido del Padrón Municipal de Habitantes de 1996. Se han elaborado mapas de distribución de las tasas por área y distrito de residencia estandarizadas por edad, así como mapas específicos por grupos de edad y área.

En cuanto a la evolución temporo-espacial de los casos se ha seleccionado el período de mayor incremento de la incidencia (semanas 5 a 12) y se ha representado dicha incidencia de una forma secuencial, para determinar el patrón de difusión espacial de la enfermedad. Para los tratamientos de representación geográfica y temporo-espacial de los casos se ha utilizado el Sistema de Información Geográfica Institucional (SIGI), mediante la herramienta VISIGI.

Se han comparado las tasas de incidencia globales y por edad y área de residencia con las del año 1999, mediante el riesgo relativo (RR), con el programa informático Epiinfo V6.04.

Se ha analizado la agregación de casos en el colectivo escolar, considerando como casos agrupados aquellos que, independientemente de la edad de los afectados, se hayan producido en pacientes que acuden al mismo colectivo escolar (escuela infantil, colegio o instituto) y se hayan presentado en un período de tiempo inferior al mes. Se ha determinado para cada área de salud en la que se localiza el colectivo escolar, el nº de casos agrupados y el nº de agregaciones presentadas. Se calcula la proporción de casos pertenecientes a agregaciones del total de casos con colectivo escolar para cada área de salud.

RESULTADOS

En el año 2000, en la Comunidad de Madrid, se han registrado 1002 casos de meningitis vírica, lo que supone una tasa de 19,95 casos por 100.000 habitantes. Del total de meningitis vírica se ha confirmado el agente causal en un 12,9%, siendo los principales agentes implicados los enterovirus no polio (tabla 1). Dentro de los enterovirus se han identificado Coxackie B5 (un caso), Echovirus 13 (cuatro casos) y Echovirus 30 (cuatro casos).

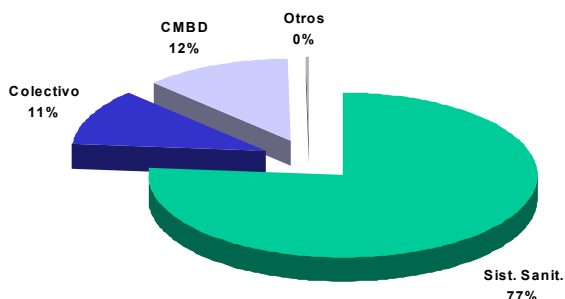
Tabla 1.- Meningitis vírica, por agente causal. Incidencia por 100.000 habitantes y letalidad. Comunidad de Madrid, año 2000.

Diagnóstico	Casos (%)	Tasas	Fallecidos	Letalidad
Sospecha clínica	869 (86,7)	17,30	1	0,10
Enterovirus no polio	124 (12,4)	2,46	-	-
Virus parotiditis	2 (0,2)	0,03	-	-
Virus herpes simple	3 (0,3)	0,05	-	-
Virus varicela zoster	3 (0,3)	0,05	-	-
Virus influenza A	1 (0,1)	0,01	-	-
Total	1002 (100)	19,95	1	0,09

Fuentes de información

El 76,2% de los casos fueron notificados por el sistema sanitario asistencial, 10,9% por el colectivo al que acudía el caso (básicamente centros educativos y escuelas infantiles). Un 12,3% de los casos procedían del CMBD y el resto procedía de otros notificadores (figura 1).

Fig.1.- Meningitis vírica, año 2000.
Distribución según fuente de información.



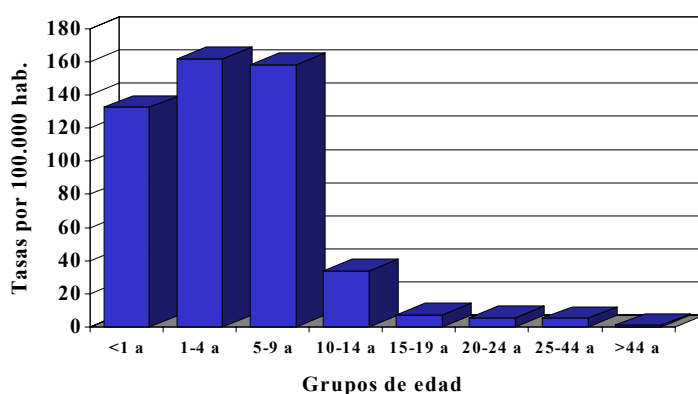
Distribución por sexo y edad

La distribución por sexo presenta un predominio masculino (63,8%). La edad de los casos ha oscilado entre 2 meses y 92 años, siendo la mediana de 5 años y el intervalo intercuartil de 6 años. Aproximadamente el 85% de los casos eran menores de 15 años, siendo los grupos de edad predominantes el de 5 a 9 años (39,3%), el de 1 a 4 años (29,6%) y el de 10 a 14 años (10,2%). Las mayores tasas se han observado en los menores de 10 años (tabla 2 y figura 2).

Tabla 2.- Meningitis vírica. Casos y tasas por grupos de edad. Comunidad de Madrid, años 1999 y 2000.

Grupos de edad	Año 2000		Año 1999	
	Casos (%)	Tasas	Casos (%)	Tasas
< de 1 año	57 (5,7)	132,54	20 (9,1)	46,50
1-4 años	297 (29,6)	161,90	54 (24,7)	29,44
5-9 años	394 (39,3)	158,31	58 (26,5)	23,30
10-14 años	102 (10,2)	33,84	16 (7,3)	5,31
15-19 años	29 (2,9)	7,25	13 (5,9)	3,25
20-24 años	24 (2,4)	5,32	10 (4,6)	2,22
25-44 años	81 (8,1)	5,19	38 (17,4)	2,44
45-64 años	11 (1,1)	0,96	7 (3,2)	0,61
> de 64 años	7 (0,7)	1,02	3 (1,4)	0,44
Total	1002 (100)	19,95	219 (100)	4,36

Fig. 2.- Meningitis vírica, año 2000.
Tasas por grupos de edad.

**Evolución clínica de la enfermedad**

La evolución de la enfermedad se desconoce en el 2,2 % de los casos. Ha sido favorable en la mayoría de ellos, mostrando secuelas un caso (varón de cuatro años que presentó encefalitis) y habiendo fallecido otro (mujer de 92 años diagnosticada de sospecha

clínica de meningitis vírica). Por lo que la letalidad de esta enfermedad ha sido muy baja (0,1%).

Cinco casos no requirieron ingreso hospitalario, y de los ingresados se dispone de información sobre la duración de la estancia en el 91,5%, siendo la estancia media de 4 días (DE=3,5).

Distribución por área de residencia

La distribución de las tasas estandarizadas por área de residencia, con la proporción de casos por grupos de edad se muestra en el mapa 1. Se observa que las áreas 9 (37,11 casos por 100.000 habitantes), 3 (tasa 35,41), 6 (tasa 25,66) y 8 (tasa 24,65) son las de mayor incidencia, mostrando una distribución desigual de casos por grupos de edad (mayor proporción de casos en adultos las áreas 9, 8 y 3). En el mapa 2 que representa las tasas estandarizadas por distrito se advierte que Navalcarnero (tasa 51,34 por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (tasa 45,79) y Torrejón de Ardoz (tasa 43,22) fueron los distritos más afectados.

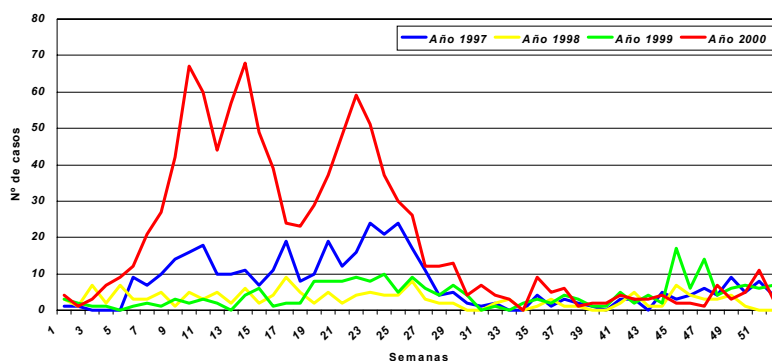
Los mapas 3-11 representan las tasas para los diferentes grupos de edad, por área de residencia. Las mayores tasas en los menores de 1 año de edad se localizan en las áreas 9 y 3 (mapa 3), las áreas 3 y 6 son las que acumulan las mayores tasas en los grupos de edad de 1 a 4 años y de 5 a 9 años (mapas 4 y 5), las áreas 9 y 8 muestran las mayores tasas en el grupo de edad de 10 a 14 años (mapa 6) y el área 9 en los grupos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 24 años (mapas 7 y 8); presentando las mayores tasas en los adultos las áreas 3, 8 y 9 (mapas 9-11).

Evolución temporal

La evolución temporal de los casos de meningitis vírica en los últimos años se presenta en la figura 3. El año 2000 se ha producido un incremento espectacular en la incidencia de dicha patología, lo que nos hace suponer que estamos ante una onda epidémica tal vez debida a la introducción de un serotipo de enterovirus para el que se había acumulado una importante población susceptible. El mayor nº de casos se presenta entre las semanas 6 y 29, con un predominio por tanto en primavera y comienzos del verano.

Los mapas 12-15 recogen la evolución temporo-espacial de la onda epidémica de meningitis vírica producida en el año 2000 en la Comunidad de Madrid. En ellos se representan las tasas por área de residencia para períodos bisemanales, durante la fase ascendente de la onda epidémica (semanas 5-12). Se observa que la epidemia se inicia en las áreas 6 y 8, que presentan las mayores tasas en las semanas 5-6 (mapa 12). En el siguiente período bisemanal se incorpora el área 11 (mapa 13) y en las semanas 9-10 las áreas 5, 9 y 1; manteniendo las mayores tasas el área 6 (mapa 14). En las semanas 11-12, ya en el pico de la epidemia, se incorpora el área 3; presentando el área 9 las mayores tasas (mapa 15).

Fig. 3.- Evolución temporal de la meningitis vírica.
Comunidad de Madrid, años 1997-2000.



Agrupación de casos en colectivo escolar

De los 1002 casos de meningitis vírica registrados en el año 2000, 591 (59,0%) pertenecían a un colectivo escolar en el momento del diagnóstico. En la mayoría de los casos se conoce el área de localización del colectivo (99,0%), así como el distrito (97,8%). Las áreas que contabilizaron un mayor número de casos que acudían a dichos colectivos fueron el área 6 (15,8%), el área 9 (12,7%) y el área 3 (10,3%). Los distritos de Fuenlabrada (8,0%), Majadahonda (7,4%) y Alcalá de Henares (5,9%) fueron los que mostraron un mayor número de casos con colectivo escolar.

Se han considerado como casos agrupados en el colectivo escolar, aquellos que independientemente de la edad del sujeto, se han producido en un período de tiempo inferior a un mes. Con este criterio se han contabilizado 190 casos, que suponen el 32% de los casos que pertenecen a dicho colectivo.

La distribución de los casos por área de localización del colectivo escolar se muestra en la tabla 3. Las áreas que contabilizan un mayor número de casos agrupados son el área 6 (30 casos), el área 3 (24 casos), el área 8 (23 casos) y el área 1 (20 casos). Los distritos de Majadahonda, Torrejón de Ardoz, Móstoles, Alcalá de Henares, Vallecas, Fuenlabrada, y Parla fueron los más afectados.

La mayoría de las agrupaciones observadas están formadas por dos casos únicamente, aunque hay una que contiene 6 casos asociados, 4 que contienen cuatro casos y 18 que contienen tres casos.

Tabla 3.- Meningitis vírica, año 2000. Distribución de los casos según la localización del colectivo escolar.

Área del colectivo	Casos	Casos agrupados	%	Nº agrupaciones
Área 1	50	20	40,0	9
Área 2	45	8	17,8	4
Área 3	60	24	40,0	11
Área 4	47	13	27,7	6
Área 5	47	14	29,8	6
Área 6	92	30	32,6	11
Área 7	24	9	37,5	4
Área 8	56	23	41,1	9
Área 9	74	18	24,3	8
Área 10	45	18	40,0	7
Área 11	44	13	29,5	5
Total	584	190	32,5	80

Comparación con el año 1999

La comparación de la incidencia de meningitis vírica del año 2000, con la observada en el año 1999, muestra unas diferencias significativas tanto para el valor global (RR=4,58) como para los grupos de edad de los menores de 15 años y el de 25-44 años. Los grupos de edad que han presentado un mayor riesgo de enfermar por meningitis vírica han sido el de 5 a 9 años (RR=6,79) y el de 10 a 14 años (RR=6,38) (tabla 4).

Tabla 4.- Comparación de tasas de incidencia de meningitis vírica por grupos de edad. Comunidad de Madrid, años 1999 y 2000.

Grupos de edad	Riesgo relativo	Intervalo de confianza al 95%
< de 1 año	2,85*	1,71-4,74
1-4 años	5,50*	4,12-7,35
5-9 años	6,79*	5,16-8,95
10-14 años	6,38*	3,76-10,80
15-19 años	2,23	1,16-4,29
20-24 años	2,40	1,15-5,02
25-44 años	2,13*	1,45-3,13
45-64 años	1,57	0,61-4,05
> de 64 años	2,33	0,60-9,02
Total	4,58*	3,94-5,30

* p<0,001

También se ha observado una diferente distribución de los casos por edad, al comparar ambos años. En el año 2000 el porcentaje de casos menores de 15 años fue mayor que en el año 1999 (84,8% vs 67,6%), mostrando sin embargo un menor porcentaje de casos menores de 1 año (5,7% vs 9,1%). El grupo de edad que más se ha incrementado ha sido el de 5 a 9 años (39,3% vs 26,5%).

Al comparar el año 2000 con el año 1999, el riesgo de presentar meningitis vírica fue mayor para los residentes en el área 10 (RR=24,00), en el área 5 (RR=11,88), en el área 6 (RR=8,47) y en el área 2 (RR=6,10) (tabla 5).

Tabla 5.- Comparación de tasas de incidencia de meningitis vírica por área de residencia. Comunidad de Madrid, años 1999 y 2000.

Área de residencia	Riesgo relativo	Intervalo de confianza al 95%
Área 1	3,84*	2,47-5,96
Área 2	6,10*	3,13-11,90
Área 3	3,93*	2,59-5,95
Área 4	3,65*	2,13-6,24
Área 5	11,88*	5,77-24,43
Área 6	8,47*	4,96-14,46
Área 7	4,64*	2,42-8,90
Área 8	4,52*	2,88-7,10
Área 9	3,02*	2,19-4,16
Área 10	24,00*	5,83-98,75
Área 11	3,23*	2,15-4,87

*p<0,001

DISCUSIÓN

En el año 2000, en la Comunidad de Madrid, se ha producido una onda epidémica de meningitis vírica, probablemente debida a la difusión de un serotipo para el que se había acumulado una importante cohorte de susceptibles. Así, el riesgo de presentar la enfermedad fue 4,58 veces mayor en el año 2000 que en el año 1999. Este fenómeno también ha sido observado en otras Comunidades Autónomas y a nivel nacional.

El brote afectó fundamentalmente al grupo de edad de 5 a 14 años, que presentó un riesgo de enfermar superior a 6 al comparar con el año anterior. La evolución de la enfermedad ha sido favorable en la gran mayoría de los casos, por lo que no se ha observado que el agente causal del brote presentara una virulencia especial.

En el 12,9% de los casos de meningitis vírica registrados en el año 2000 se ha confirmado el agente causal, porcentaje muy superior al de los años previos (4% en 1999). Los enterovirus no polio han sido los agentes más frecuentemente identificados, lo que coincide con lo descrito en la literatura. La mayoría de las identificaciones se han realizado mediante PCR del LCR, aislándose echovirus 13 en cuatro ocasiones, echovirus 30 en otras cuatro y Coxackie B5 en un caso.

En el año 2000 también se han descrito brotes debidos a echovirus 13 en otros países de Europa (Reino Unido y Alemania) y según información facilitada por el Centro Nacional de Microbiología este serotipo hacía tiempo que no se aislaba en nuestro país; por lo que la onda epidémica puede haber sido debida a dicho serotipo.

Las áreas de salud que han mostrado una mayor afectación han sido las área 9, 3, 6 y 8 con tasas superiores a los 25 casos por 100.000 habitantes todas ellas. Las áreas 3 y 9 son

las que habitualmente presentan las mayores tasas de meningitis vírica en nuestra Comunidad. Las diferencias en la incidencia de esta enfermedad en las distintas áreas puede ser debida en parte a variaciones en el comportamiento de los notificadores, ya que habitualmente se recupera un cierto porcentaje de casos cuando se realiza la revisión del CMBD y no se dispone de dicha información para todas las áreas de salud.

La representación temporo-espacial muestra la evolución de la epidemia que parece haberse iniciado en las áreas 6 y 8, difundiéndose seguidamente a las áreas 11, 5, 9 y 1; incorporándose ya en el pico del brote el área 3. Los Sistemas de Información Geográfica son una herramienta básica para la vigilancia de las enfermedades, que debería ser incorporado al quehacer diario de los profesionales de Salud Pública.

El alto porcentaje de casos de meningitis vírica que pertenecen a un colectivo escolar es el esperado teniendo en cuenta los grupos de edad que de forma habitual son afectados por esta patología. Sin embargo el importante porcentaje de casos asociados que se producen en dicho colectivo (32%) y el gran número de casos que se han presentado en el año 2000 están a favor de la presencia de una onda epidémica de un serotipo no habitual.

Desde Salud Pública la intervención que se realiza en los colectivos donde se notifica un caso se basa en la información específica de las medidas higiénicas básicas para evitar la transmisión de la enfermedad. En el año 2000 se ha efectuado intervención mediante información específica en el 61,1% de los colectivos. Esta información no sólo sirve para tranquilizar a los responsables de los colectivos escolares y a los padres (sobretudo cuando se producen agrupaciones de casos); sino que también puede evitar la transmisión de la infección en aquellos colectivos de niños de menor edad, en los que las medidas higiénicas presentan una mayor eficacia.

Agradecimientos

Agradecemos a Ignacio Duque su colaboración en la elaboración de los mapas.

BIBLIOGRAFÍA

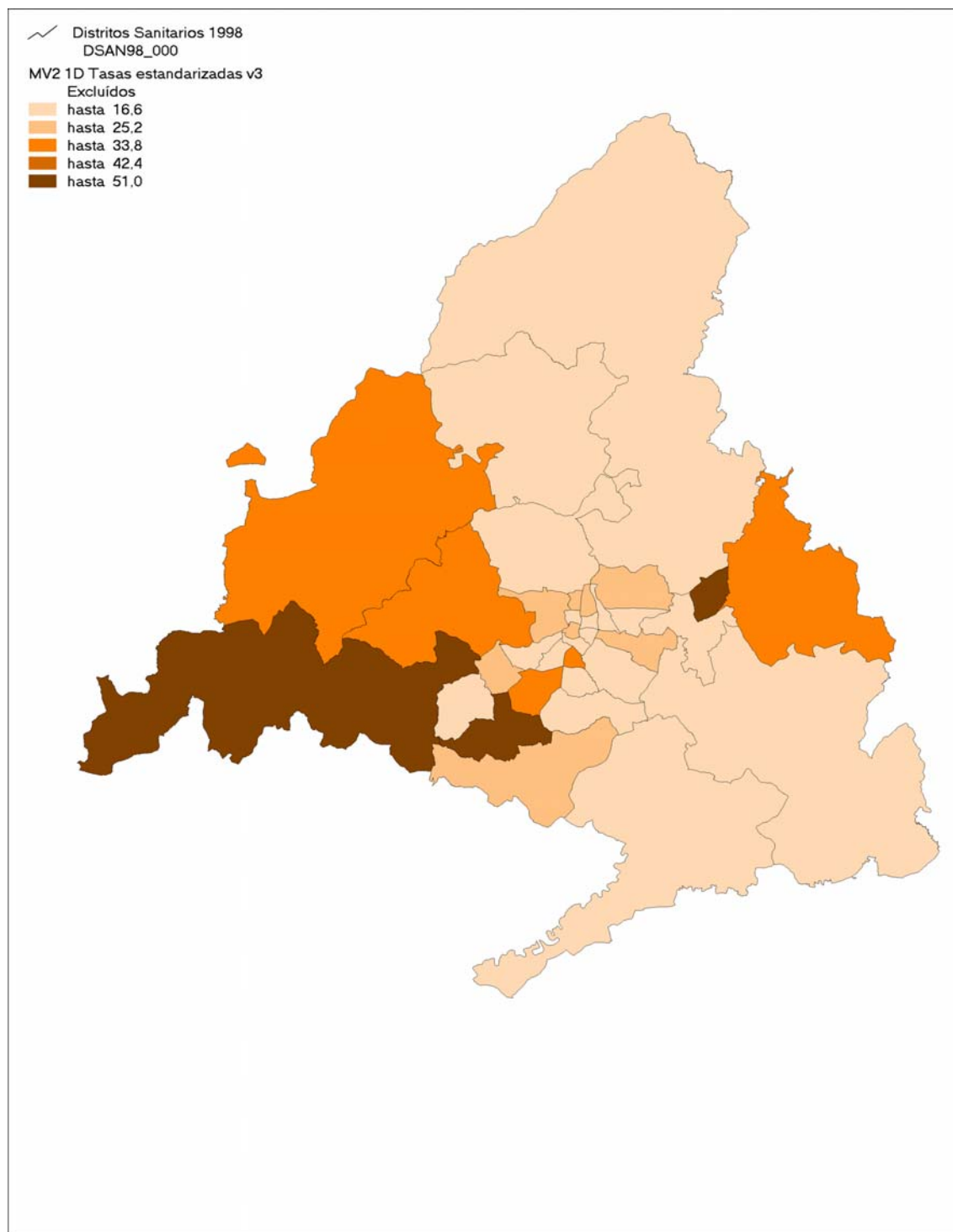
1. Tunkel AR, Scheld WM. Meningitis aguda. En Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Editorial Médica Panamericana, 4ª ed. Buenos Aires, 1997.
2. Modlin JF. Picornaviridae. En Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Editorial Médica Panamericana, 4ª ed. Buenos Aires, 1997.
3. Melnick JL. Poliovirus and other enteroviruses. In Viral infections of humans. Epidemiology and control. Ed. Alfred S. Evans and Richard A. Kaslow, fourth edition. New York, 1997.
4. Meningitis vírica. En Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Abram S. Benenson, editor. Decimosexta edición. Washington, 1997.

5. Infecciones por enterovirus (no polio). En Red Book. Enfermedades infecciosas en Pediatría. Peter, Lepow, McCracken y Phillips. Editorial Médica Panamericana S.A. 22ª ed. Buenos Aires, 1992.
6. Estadísticas de Población de la Comunidad de Madrid. 1996. Tomo 1. Características demográficas básicas.
7. Cluster of cases of viral meningitis caused by echovirus type 13 in Germany. Eurosurveillance weekly nº 40, 5 october 2000.
8. CDSC. Viral meningitis associated with increase in echovirus type 13. CDR Wkly 2000 10 (31): 277-280.
9. Meningitis vírica. Informe semanal VEA vol. 5, nº 21.
10. CDC. Outbreak of aseptic meningitis associated with múltiple enterovirus serotypes-Romania, 1999. MMWR 2000, 49(29): 669-671.
11. CDC. Enterovirus surveillance-United States, 1997-1999. MMWR 2000, 49(40):913-916.
12. CDC. Outbreak of aseptic meningitis- Whiteside County, Illinois, 1995. MMWR, 1997 46(10): 221-224.
13. Reintjes R, Pohle M, Vieth U et al. Community-wide outbreak of enteroviral illness caused by echovirus 30: a cross-sectional survey and case-control study. Pediatr Infect Dis J 1999, 18(2): 104-108.
14. Somekh E, Shohat T, Handsher R and Serour F. An outbreak of echovirus 11 in a children's home. Epidemiol Infect 2001, 126(3): 441-444.
15. Mohle-Boetani JC, Matkin Ch, Pallansch M et al. Viral meningitis in child care center staff and parents: an outbreak of echovirus 30 infections. Public Health Rep 1999, 114(3): 249-256.
16. Vieth UC, Kunzelmann M, Diedrich S et al. An echovirus 30 outbreak with a high meningitis attack rate among children and household members at four day-care centers. Eur J Epidemiol 1999, 15(7):655:658.
17. Schumacher JD, Curad Ch, Reveney F et al. Outbreak of echovirus 30 meningitis in Switzerland. Scand J Infect Dis 1999, 31(6): 539-542.

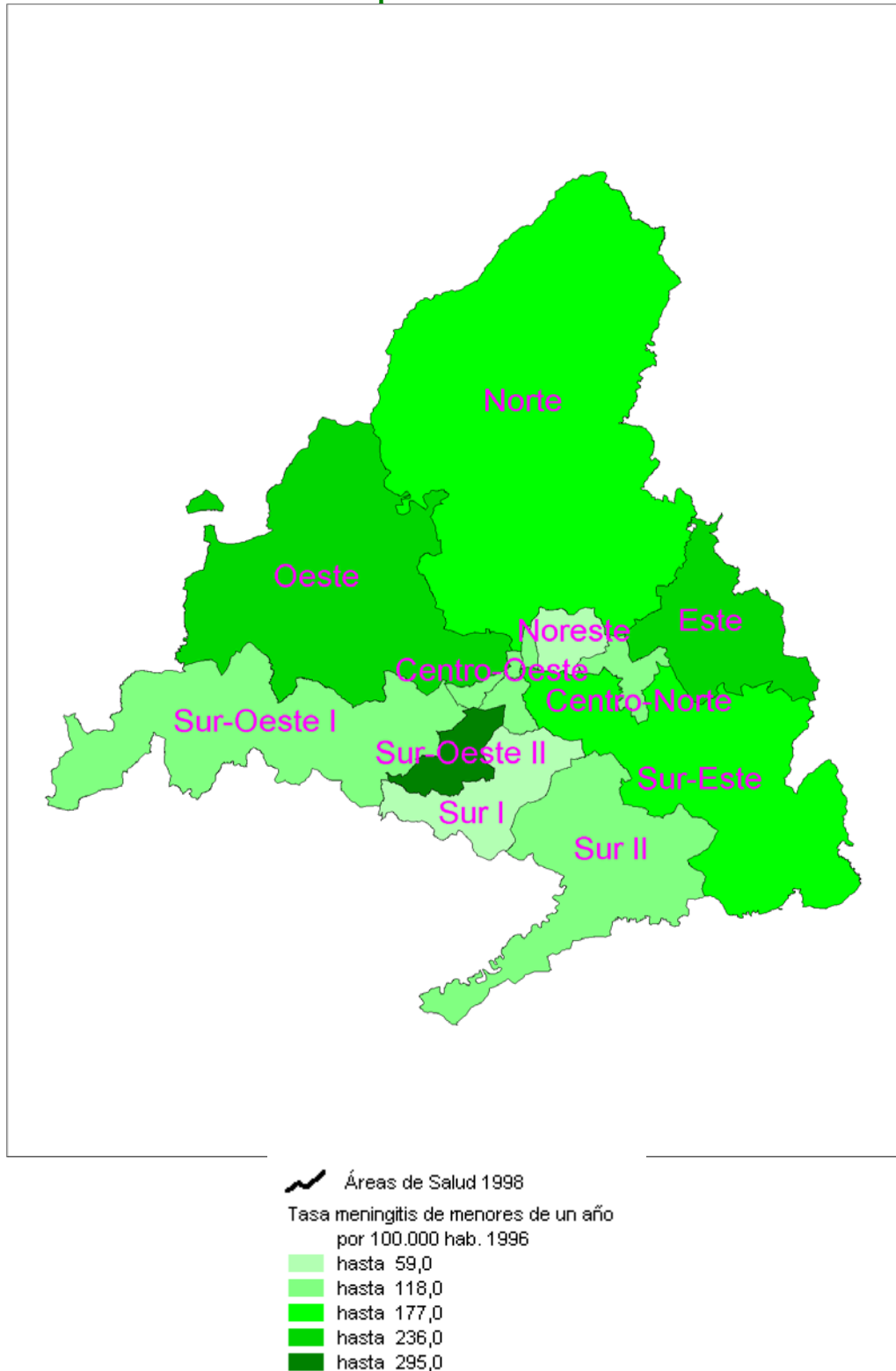
ANEXO

Mapa 1. Tasas estandarizadas por Área de Salud con distribución proporcional de casos por grupos de edad.

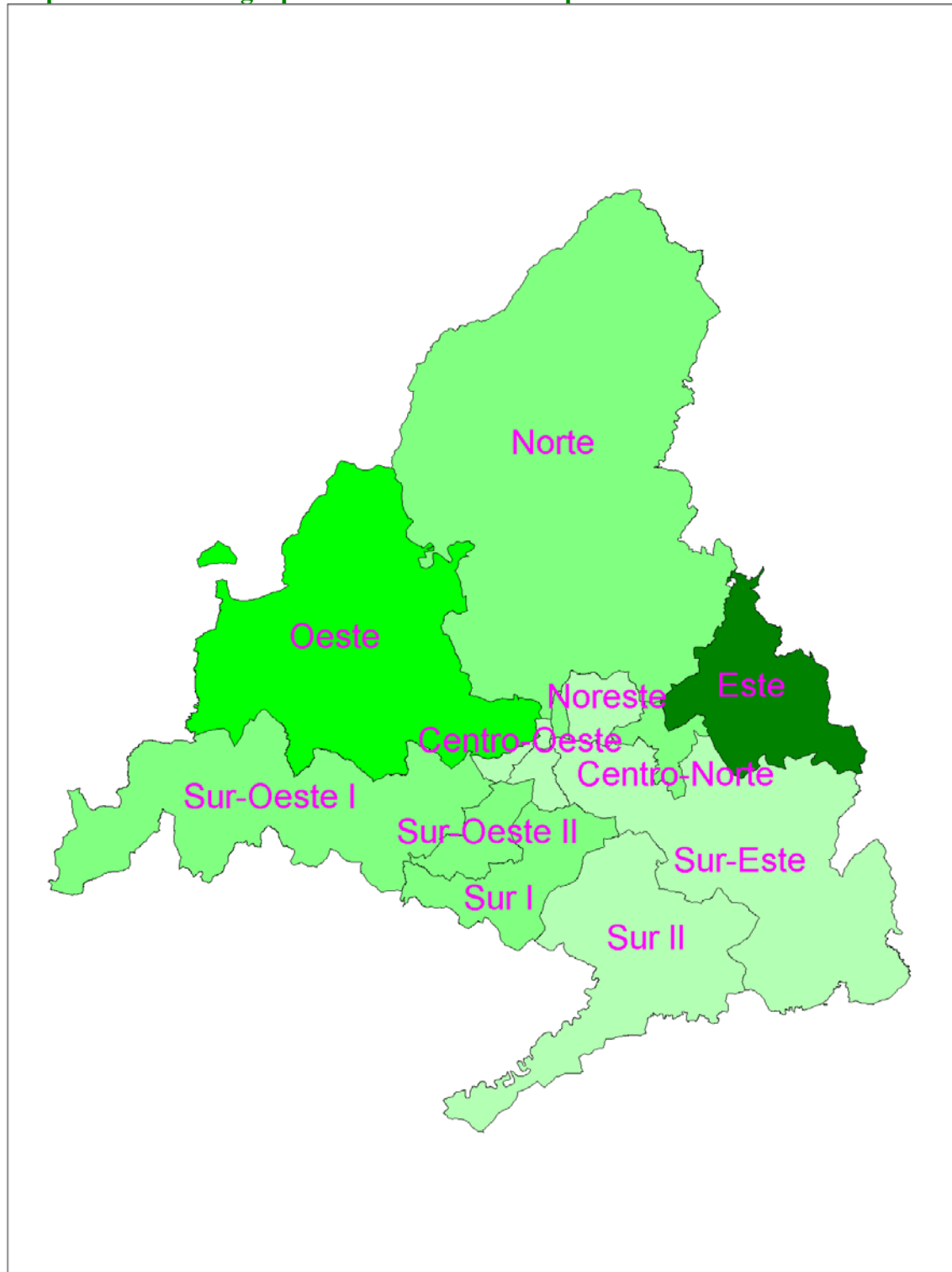
Mapa 2. Tasas estandarizadas por Distrito Sanitario.



Mapa 3. Tasas en menores de un año por Área de salud.



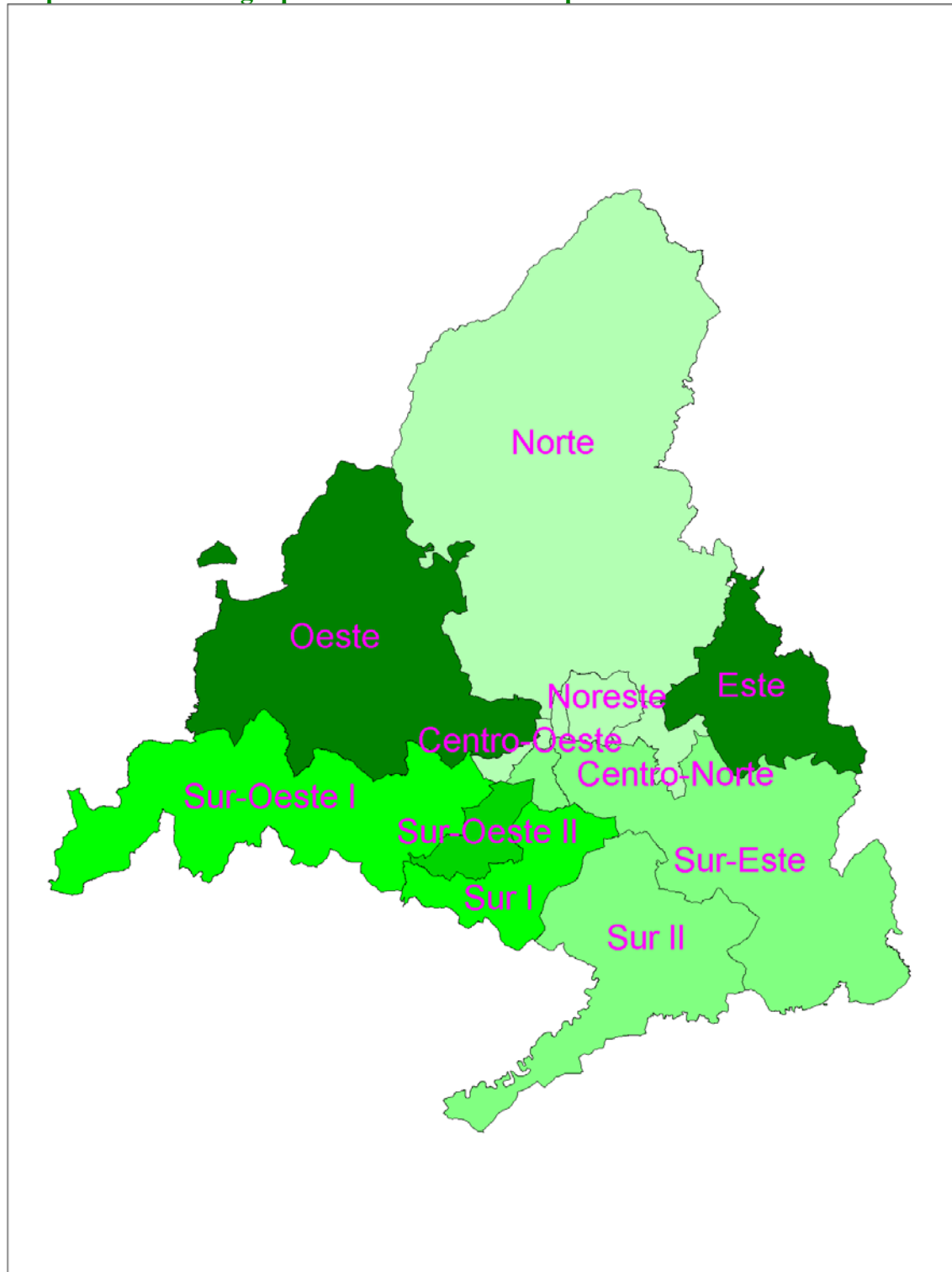
Mapa 4. Tasas en el grupo de edad de 1 a 4 años por Área de Salud.



~ Áreas de Salud 1996
Tasa meningitis de 1 a 4 años
por 100.000 hab. 1996

- hasta 151,6
- hasta 182,2
- hasta 212,8
- hasta 243,4
- hasta 274,0

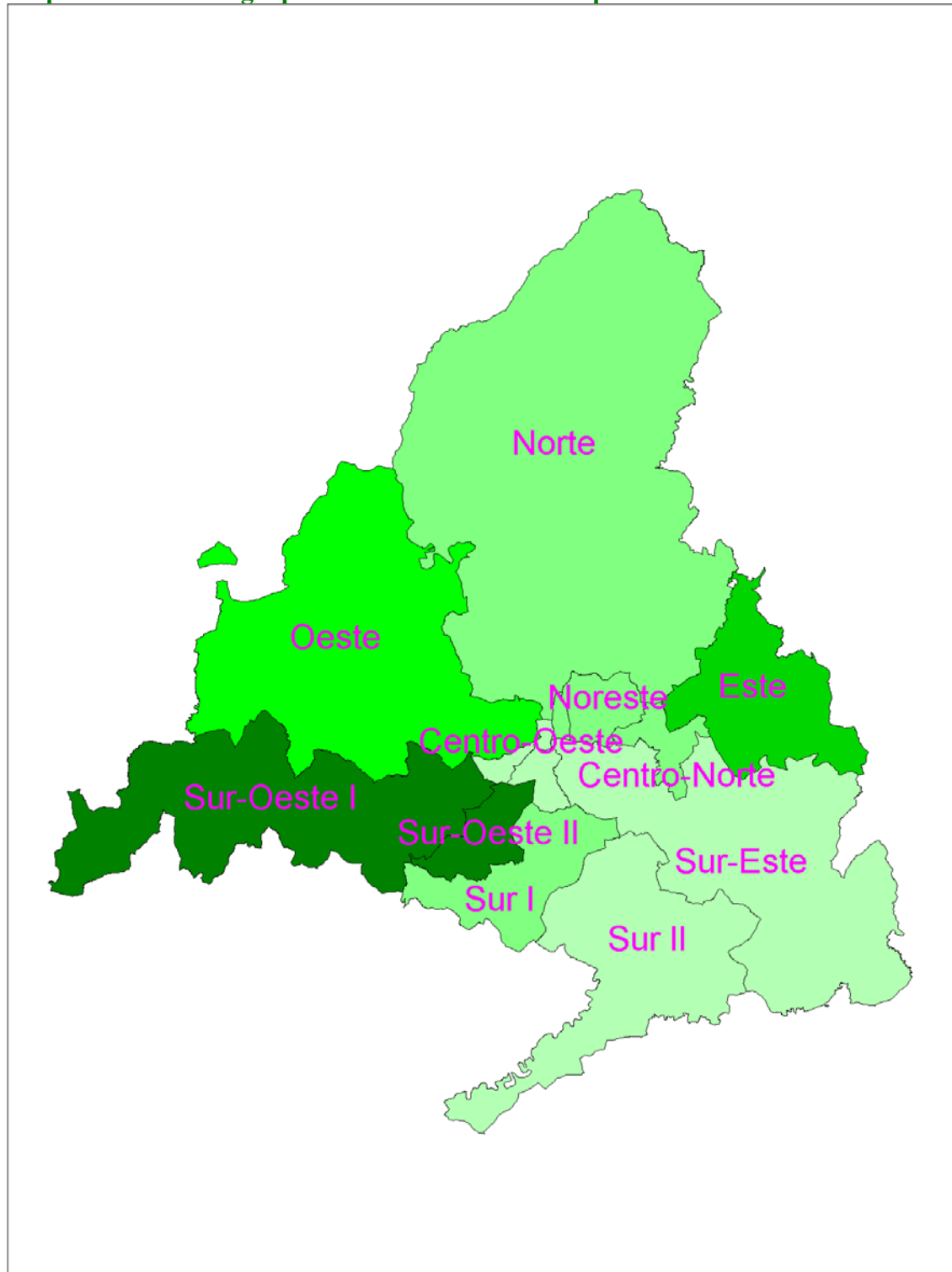
Mapa 5. Tasas en el grupo de edad de 5 a 9 años por Área de Salud.



Áreas de Salud 1996
Tasa meningitis de 5 a 9 años
por 100.000 hab. 1996

- hasta 126,2
- hasta 161,4
- hasta 196,6
- hasta 231,8
- hasta 267,0

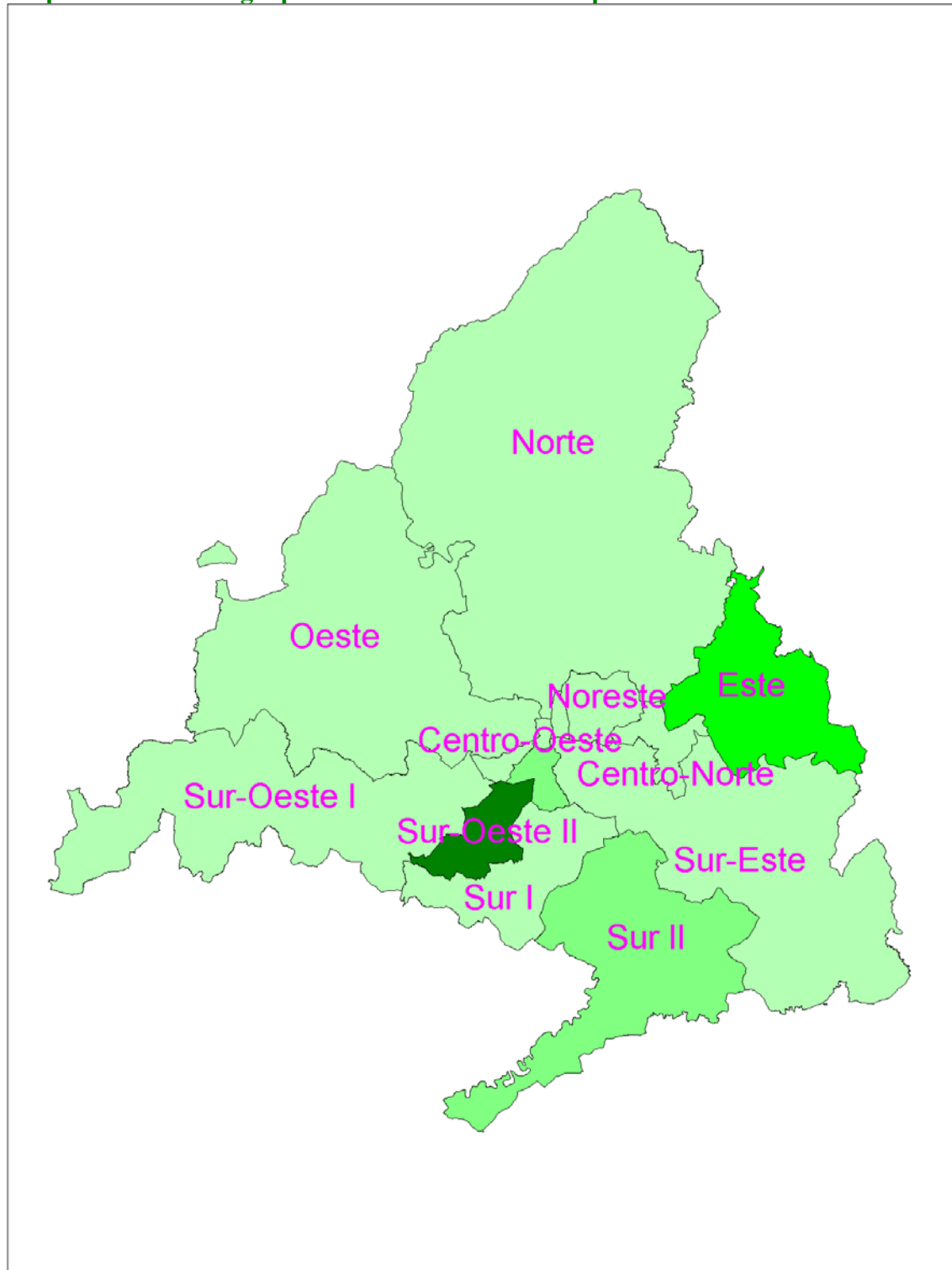
Mapa 6. Tasas en el grupo de edad de 10 a 14 años por Área de Salud.



Áreas de Salud 1998
Tasa meningitis de 10 a 14 años
por 100.000 hab. 1996

- hasta 24,8
- hasta 35,6
- hasta 46,4
- hasta 57,2
- hasta 68,0

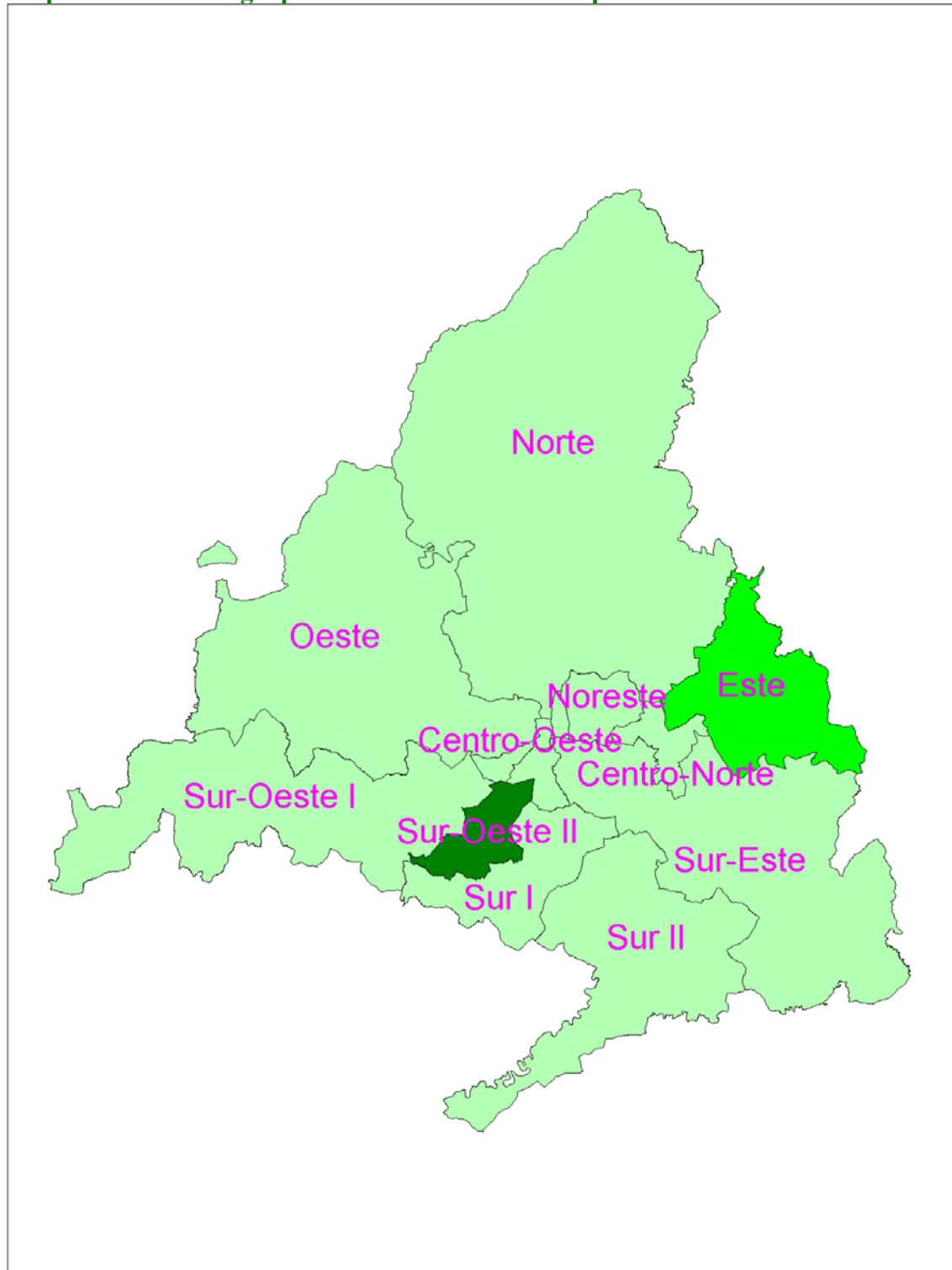
Mapa 7. Tasas en el grupo de edad de 15 a 19 años por Área de Salud.



Áreas de Salud 1998
Tasa meningitis de 15 a 19 años
por 100.000 hab. 1996

- hasta 6,4
- hasta 12,8
- hasta 19,2
- hasta 25,6
- hasta 32,0

Mapa 8. Tasas en el grupo de edad de 20 a 24 años por Área de Salud.

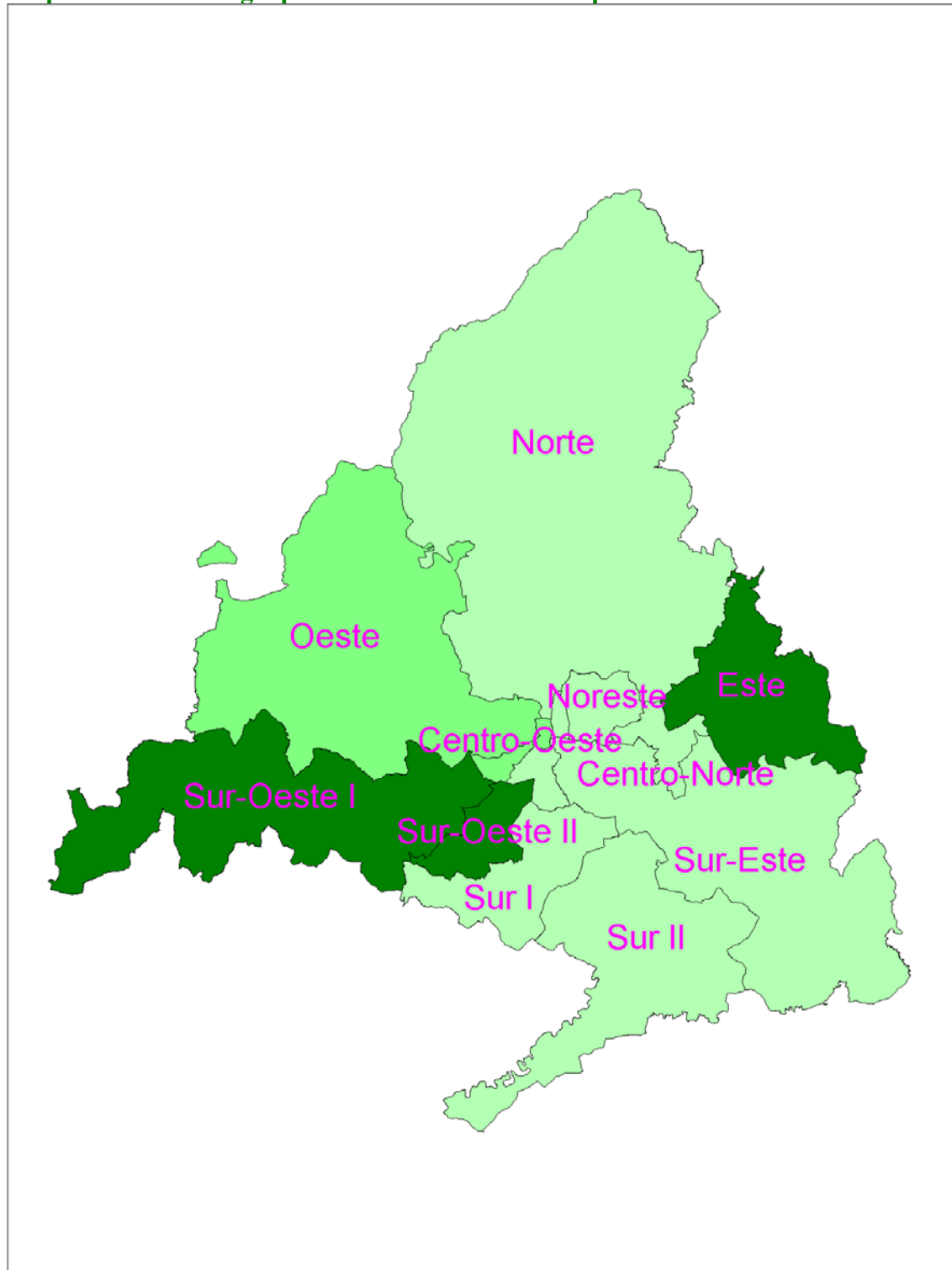


Áreas de Salud 1998

Tasa meningitis de 20 a 24 años
por 100.000 hab. 1996

- hasta 7,4
- hasta 14,8
- hasta 22,2
- hasta 29,6
- hasta 37,0

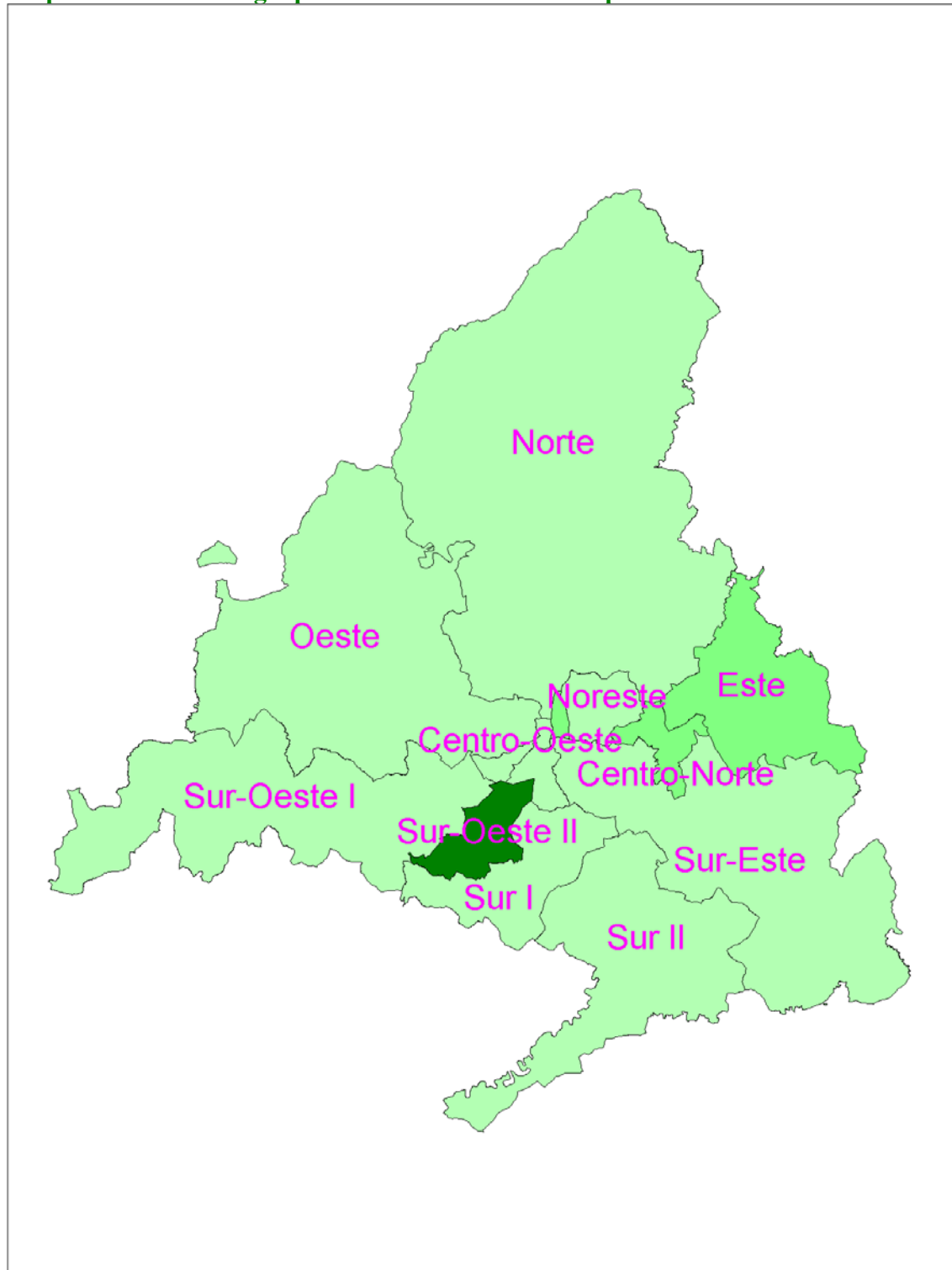
Mapa 9. Tasas en el grupo de edad de 25 a 44 años por Área de Salud.



Áreas de Salud 1998
Tasa meningitis de 25 a 44 años
por 100.000 hab. 1996

- hasta 3,8
- hasta 6,6
- hasta 9,4
- hasta 12,2
- hasta 15,0

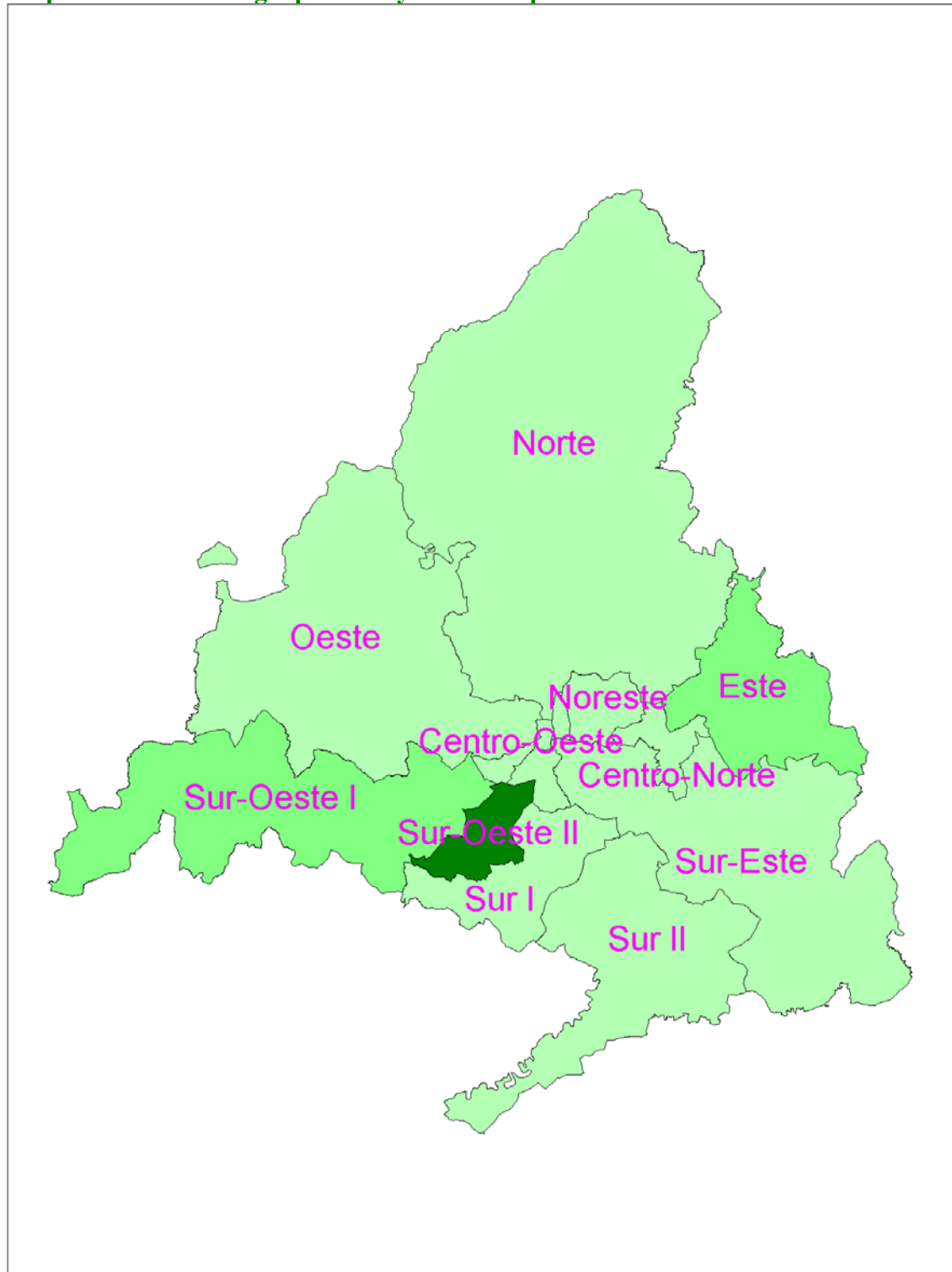
Mapa 10. Tasas en el grupo de edad de 45 a 64 años por Área de Salud.



Áreas de Salud 1998
Tasa meningitis de 45 a 64 años
por 100.000 hab. 1996

- hasta 1,4
- hasta 2,8
- hasta 4,2
- hasta 5,6
- hasta 7,0

Mapa 11. Tasas en el grupo de 65 y más años por Área de Salud.

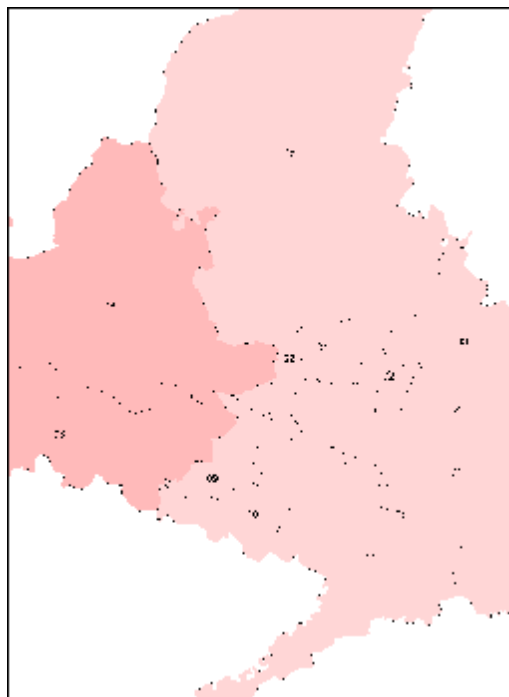


Áreas de Salud 1998

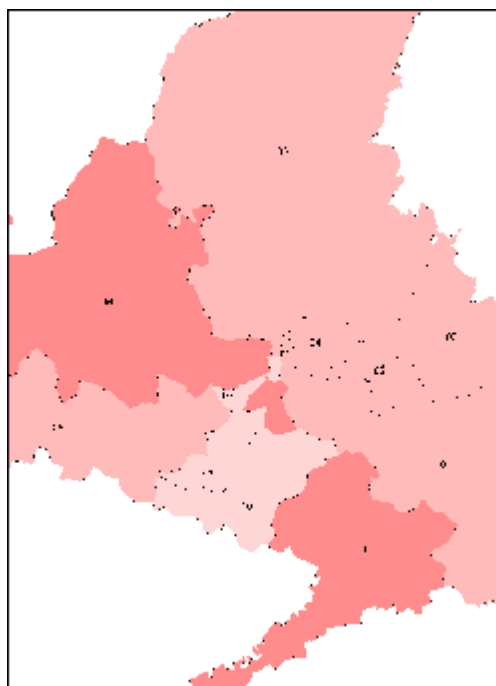
Tasa meningitis de 65 y más años
por 100.000 hab. 1996

- hasta 3,0
- hasta 6,0
- hasta 9,0
- hasta 12,0
- hasta 15,0

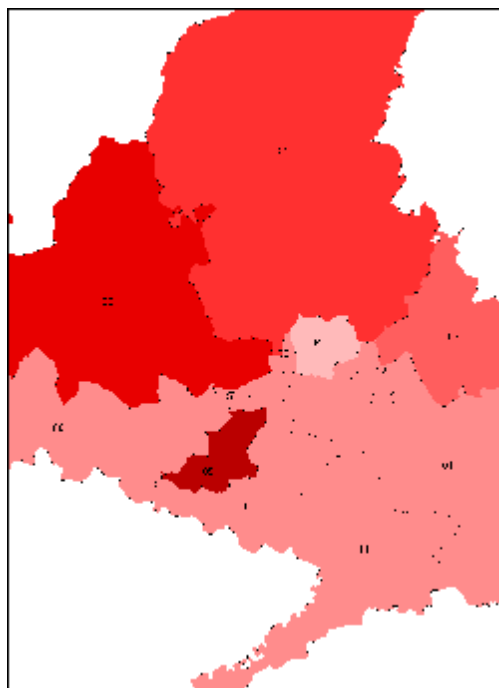
Mapa 12. Tasas totales en las semanas 5 y 6 por Área de Salud.



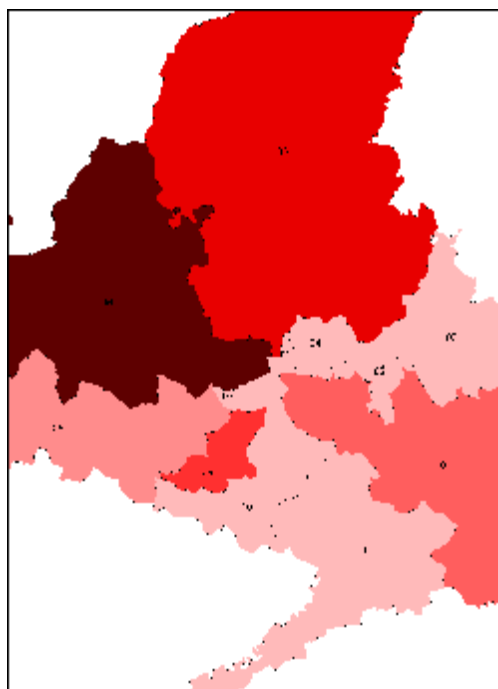
Mapa 13. Tasas totales en las semanas 7 y 8 por Área de Salud.

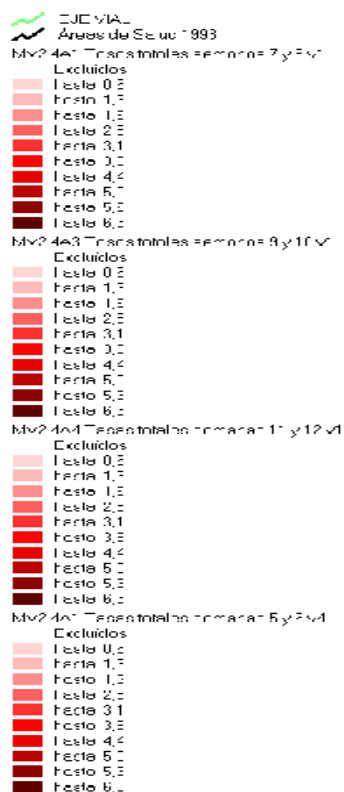


Mapa 14. Tasas totales en las semanas 9 y 10 por Área de Salud.



Mapa 15. Tasas totales en las semanas 11 y 12 por Área de Salud.







INFORME:
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA
INFORME DE LA TEMPORADA 2000-01.
COMUNIDAD DE MADRID.

INDICE

Resumen	31
Introducción	32
Objetivos	33
Material y métodos	33
Resultados	35
Discusión	40
Bibliografía	41

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 2000-2001. Comparar dicha incidencia con la observada en las temporadas previas y analizar el estado vacunal de los casos debidos al serogrupo C.

Material y métodos: Se calculan tasas de incidencia brutas y específicas por edad para la enfermedad meningocócica total y para los diferentes serogrupos. Se compara las tasas de la temporada actual con la de las cuatro temporadas previas mediante el riesgo relativo (RR) con el programa Statgraphics V6.0.

Resultados: En la temporada 2000-01 se han notificado 144 casos de enfermedad meningocócica (tasa 2,87 por 100.000), de los cuales 17 fallecieron (letalidad 11,8%). Del total de casos se han confirmado 101 (70,1%), de los que 57 han sido debidos a meningococo B (56,5%) y 40 a meningococo C (39,6%). La letalidad para el serogrupo B ha sido de 1,8% y para el serogrupo C de 20%. La distribución de la enfermedad meningocócica por serogrupo C, por grupos de edad, muestra las tasas más elevadas en los menores de 5 años (tasa 3,97) y especialmente en los menores de 1 años (tasa 6,40). Se han producido 9 casos en vacunados, siete habían recibido vacuna de polisacárido capsular A+C administrada antes de los 5 años de edad y dos habían recibido vacuna conjugada C.

Discusión: La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2000-01 ha sido menor a la de la temporada previa (temporada 1999-2000), tanto para el total de enfermedad como para el serogrupo C. Pero la letalidad en esta temporada ha sido superior a la de las últimas temporadas, sobretodo la del serogrupo C. Se han presentado dos fracasos vacunales de vacuna conjugada C.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica es una de las pocas enfermedades infecciosas agudas por las que aún hoy en día puede fallecer una persona sana, en los países industrializados, como el nuestro. Este hecho y el de que afecta fundamentalmente a niños menores de cinco años hacen que esta enfermedad tenga una gran importancia sanitaria y social.

El agente patógeno que produce esta enfermedad es *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.

La única fuente de infección para el meningococo es el ser humano. Este agente puede colonizar la nasofaringe, pudiendo ascender la tasa de portadores asintomáticos a un 5-10% de la población, en las zonas endémicas de la enfermedad. Una minoría de las personas infectadas presentan enfermedad invasiva. La infección se contrae por contacto directo y próximo con secreciones nasofaríngeas de un portador asintomático, o con menor frecuencia de un enfermo.

No existe una clara relación entre las tasas de portadores de meningococo y las tasas de enfermedad. La mayor incidencia 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. Esta enfermedad presenta una marcada variación estacional en Europa, América y África, sin embargo no se han detectado variaciones estacionales en las tasas de portadores.

La enfermedad meningocócica tiene una distribución universal, presentándose de modo habitual como casos esporádicos, pudiendo también producir brotes epidémicos. Los serogrupos A, B y C son los responsables del 80-90% de los casos. El serogrupo B suele aparecer en forma de casos esporádicos, el C se asocia a brotes localizados y el A se suele presentar en forma de epidemias. El serogrupo A predomina en el África subsahariana (cinturón de la meningitis). El serogrupo B predomina en Europa, Norteamérica y Australia. El serogrupo C prevalece en América del Sur, aunque en los últimos años ha presentado un incremento en Europa, Canadá, y USA.

En España la tasa anual de enfermedad meningocócica es de aproximadamente 4 casos por 100.000 habitantes, presentándose ondas epidémicas multianuales. El serogrupo predominante ha sido tradicionalmente el serogrupo B, pero a partir del año 1995 se observó un incremento del número de aislamientos de cepas de serogrupo C. Los últimos brotes se han producido en la temporada 1970-71 y en la temporada 1978-79, debidos al serogrupo B; y en la temporada 1996-97, debido al serogrupo C.

Tras el brote epidémico de enfermedad meningocócica por serogrupo C, se procedió a realizar una vacunación masiva en el grupo de edad de 18 meses a 19 años. Esta campaña se efectuó en el año 1997 y se utilizó vacuna de polisacárido capsular A+C. Posteriormente en noviembre del año 2000 se incluyó en el calendario vacunal la vacuna conjugada frente a meningococo C y se realizó la vacunación de los niños menores de 6 años de edad, población no protegida por la vacuna de polisacárido, ya que ésta no es efectiva en menores de 18 meses, y la pérdida de la inmunidad en niños pequeños es rápida.

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. Por un lado se dispone de vacunas frente a alguno de los serogrupos del patógeno, y por otro puede evitarse la transmisión de las personas enfermas y/o portadores del agente patógeno, a las personas susceptibles, mediante la administración de antibióticos (quimioprofilaxis).

Los contactos estrechos de los casos de enfermedad meningocócica tienen un mayor riesgo de presentar la enfermedad, dentro de estos son los contactos familiares los que tienen el riesgo más elevado; aunque también se ha descrito un mayor riesgo en los contactos escolares (escuelas infantiles y educación preescolar sobretodo). Para evitar los casos secundarios está recomendada la quimioprofilaxis con rifampicina a todos los contactos íntimos, tan pronto como sea posible, después del diagnóstico del caso índice, y al caso índice antes del alta hospitalaria (cuando se ha utilizado en el tratamiento un fármaco que no elimina el meningococo de la nasofaringe). La ciprofloxacina o la ceftriaxona son otras alternativas posibles.

La quimioprofilaxis es utilizada junto con la vacunación, en los contactos de los enfermos debidos a serogrupos vacunables. Hasta hace poco se disponía únicamente de vacuna de polisacárido frente a meningococo de los serogrupos A, C, Y y W135, en presentación bivalente (A+C) o tetravalente. En la actualidad se dispone de una vacuna conjugada frente a meningococo serogrupo C, que incluye como ventajas su eficacia en los menores de 2 años y la producción de memoria inmunológica.

OBJETIVOS

En el presente estudio se determina la incidencia y letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2000-01, para los diferentes grupos de edad y serogrupos; y se compara dicha incidencia con la observada en las temporadas previas. También se analiza el estado vacunal de los casos debidos al serogrupo C.

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 y 2000-01. 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 octubre 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 cuatro temporadas anteriores (temporada 1999-2000, temporada 1998-1999, temporada 1997-1998 y temporada 1996-1997).

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

Estado vacunal: Se determina la situación de vacunación de los casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C, en los grupos de edad en los que está recomendada la vacunación. El grupo de 18 meses a 19 años en la campaña de vacunación con vacuna de polisacárido capsular A+C efectuada a finales de 1997, los menores de 6 años en la campaña de vacunación con vacuna conjugada C efectuada a finales del año 2000; y a partir de noviembre del año 2000 vacuna conjugada C incluida en el calendario vacunal.

RESULTADOS

Incidencia y letalidad

En la temporada epidemiológica 2000-01 (casos acumulados desde la semana 41 del año 2000 hasta la semana 40 del año 2001) se han notificado a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid 144 casos de enfermedad meningocócica, lo que ha supuesto una tasa de 2,87 por 100.000 habitantes.

Del total de casos 101 (70,1 %) fueron casos confirmados microbiológicamente y el resto sospechas clínicas de enfermedad meningocócica. El serogrupo B fue el predominante (56,4 %), seguido del serogrupo C (39,6 %), con unas tasas de 1,13 y 0,80 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (tabla 1).

Tabla 1.- Casos y tasas* de incidencia de enfermedad meningocócica. Fallecidos y letalidad. Temporada 2000-01.

SEROGRUPO	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad
Serogrupo B	57	1,13	1	1,8
Serogrupo C	40	0,80	8	20,0
Serogrupo Y	1	0,02	0	-
Sin Serogrupar	3	0,06	1	33,3
T. confirmados	101	2,01	10	9,9
Sosp. clínicas	43	0,86	7	16,3
TOTAL	144	2,87	17	11,8

*Tasas por 100.000 habitantes

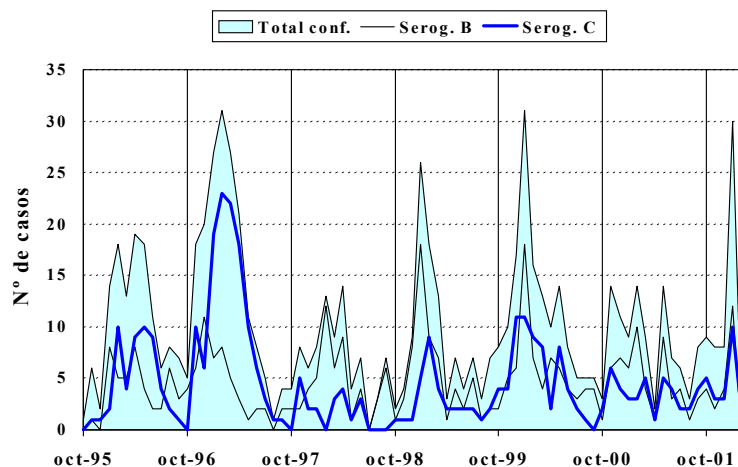
La evolución de la enfermedad meningocócica muestra una disminución tras la temporada 1996-1997, a expensas del serogrupo C y de las sospechas clínicas, apreciándose sin embargo un incremento ligero de la enfermedad por serogrupo B (tabla 2 y gráfico).

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

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

*Tasas por 100.000 habitantes

Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada. Comunidad de Madrid.
Temporadas 1995-96, 1996-97, 1997-98, 1998-99, 1999-2000, 2000-01 y 2001-02.



Datos actualizados a 18 de febrero de 2002

En la temporada 2000-01 se han producido 17 fallecimientos por enfermedad meningocócica, lo que supone una letalidad del 11,8%. La letalidad para el serogrupo B ha sido de 1,8% y para el serogrupo C del 20,0% (tabla1).

Tabla 3.- Riesgos relativos de padecer la enfermedad meningocócica. Comparación de la temporada 2000-01 con las temporadas 1999-2000, 1998-1999, 1997-1998 y 1996-1997.

SEROGRUPO	RR 2000-01/99-2000	RR 2000-01/98-99	RR 2000-01/97-98	RR 2000-01/96-97
Serogrupo B	0,83	0,91	1,03	1,16
Serogrupo C	0,62*	1,25	1,90	0,33*
Sin Serogrupar	0,42	0,25*	0,5	0,42
Total Confirmados	0,71*	0,94	1,20	0,58*
Sospechas clínicas	0,65*	1,26	1,13	0,43*
TOTAL	0,69*	1,02	1,18	0,52*

*p<0.05

La letalidad para el serogrupo C en la temporada 2000-2001 ha sido la más alta de las últimas temporadas, mostrando sin embargo el serogrupo B la menor letalidad. A nivel global se presenta una letalidad para la enfermedad meningocócica ligeramente superior a la de la temporada epidémica, aunque las diferencias no han sido significativas, salvo para las sospechas clínicas (tablas 1, 4 y 5).

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

SEROGRUPO	Temporada 1996-1997		Temporada 1997-1998		Temporada 1998-1999		Temporada 1999-2000	
	Fallecidos	Letalidad	Fallecidos	Letalidad	Fallecidos	Letalidad	Fallecidos	Letalidad
Serogrupo A	-	-	-	-	0	-	-	-
Serogrupo B	3	6,1%	4	7,3%	5	8,2%	6	8,8%
Serogrupo C	20	16,9%	2	9,5%	5	15,6%	6	9,4%
Serogrupo Y	-	-	0	-	-	-	0	-
Sin serogr.	0	-	0	-	2	16,7%	0	-
T. confirm.	23	13,2%	6	7,1%	12	11,2%	12	8,5%
Sosp. clínicas	5	5,1%	2	5,3%	2	5,9%	4	6,1%
TOTAL	28	10,3%	8	6,6%	14	9,9%	16	7,7%

La distribución por edad de la enfermedad meningocócica por serogrupo C, se muestra en la tabla 6. En la temporada 2000-2001 las tasas más elevadas, como es habitual, se producen en los menores de 5 años (3,97 por 100.000 habitantes) y especialmente en los menores de 1 año (6,40 por 100.000 habitantes).

Tabla 5.- Riesgos relativos de fallecer por enfermedad meningocócica. Comparación de la temporada 2000-01 con las temporadas 1999-2000, 1998-1999, 1997-1998 y 1996-1997.

SEROGRUPO	RR 2000-01/99-2000	RR 2000-01/98-99	RR 2000-01/97-98	RR 2000-01/96-97
Serogrupo B	0,20	0,22	0,24	0,29
Serogrupo C	2,13	1,28	2,10	1,18
Total Confirmados	1,16	0,88	1,39	0,75
Sospechas clínicas	2,69	2,77	3,09	3,19*
TOTAL	1,53	1,19	1,80	1,15

*p<0.05

Al comparar la temporada actual con la previa (temporada 1999-2000) observamos una disminución de la incidencia sobretodo en los menores de 5 años, aunque también se ha reducido en los grupos de 10 a 14, de 15 a 19 años y en mayores de 64 años (tablas 6 y 7). Sin embargo, estas diferencias sólo han sido significativas para el grupo de edad de los menores de 5 (RR= 0,21; p<0,05).

La letalidad del meningococo serogrupo C por grupos de edad se muestra en las tabla 6 y 8. En la temporada 2000-2001 sólo ha habido un fallecido en los menores de 15 años. En comparación con las temporadas previas, no se ha presentado letalidad en los menores de 5 años, mostrando la mayor letalidad 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.

Tabla 6.- Casos, tasas y letalidad específicos por edad. Enfermedad meningocócica por serogrupo C. Temporada 2000-01.

Grupos de edad	Casos vacunados	Casos no vacunados	Tasas	Fallecidos	Letalidad
<1	0	3	6,40	0	-
1 a 4	2	4	3,34	0	-
5 a 9	6	0	2,41	1	16,7
10 a 14	0	1	0,33	0	-
15 a 19	1	3	1,00	1	25,0
20 a 24	0	2	0,44	0	-
25 a 44	0	10	0,64	2	20,0
45 a 64	0	5	0,44	2	40,0
>64	0	3	0,44	2	66,6
Total	9	31	0,80	8	20,0

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

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

Tabla 8.- Letalidad por grupos de edad. Enfermedad meningocócica por serogrupo C. Temporadas 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999 y 1999-2000.

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

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 la temporada previa (temporada 1999-2000), ni con la temporada epidémica para el serogrupo C (temporada 1996-1997).

Estado vacunal

En la temporada 2000-01 se ha presentado 40 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C, de los cuales 20 (50,0%) tenían una edad en la que se había recomendado vacunar en alguna de las diferentes campañas. De estos 20 casos había 9 vacunados (45%) y el resto no estaban vacunados. De los 9 casos en vacunados la mayoría había recibido la vacuna de polisacárido capsular A+C antes de los 5 años de edad (7 casos) y dos casos habían recibido vacuna conjugada C, uno de dos años de edad y el otro de seis años (éste había recibido las dos vacunas).

Presentación epidemiológica

En la temporada 2000-2001 no se ha presentado ningún caso secundario de enfermedad meningocócica. La mayoría de los casos han sido esporádicos, notificándose dos casos coprimarios, en las dos hermanas de dos casos primarios, respectivamente.

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 siguiente 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.

Como resultado de dicha vacunación, en la temporada actual se ha observado 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 estas edades. Por el contrario la mayoría de los casos se han presentado en adultos jóvenes (grupo de 25 a 44 años).

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 esta temporada especialmente alta (20%), superando incluso a la temporada epidémica, tal vez debido al mayor número de casos en personas mayores. Sin embargo esta temporada el serogrupo B ha mostrado una letalidad muy baja (1,8%), la menor de los últimos años.

En la temporada 2000-2001 el 29,9% de los casos notificados han sido sospechas clínicas, por lo que en ellos no se ha podido confirmar el agente causal. Este porcentaje ha oscilado en las últimas temporadas entre un 24,1% en la temporada 1998-1999 y un 36% en la temporada epidémica (temporada 1996-1997). Así mismo, en un 2,9% de los casos confirmados no se ha podido determinar el serotipo/subtipo. Esta información microbiológica es de especial importancia debido a 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 y los posibles fracasos vacunales.

En este sentido es necesario realizar un esfuerzo para confirmar el agente etiológico de la enfermedad, teniendo en cuenta 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 tres años de seguimiento fue de un 79,2% para la población global vacunada. Lo que significa que la vacuna evitó el 79,2% de los casos en los vacunados. La mayor efectividad se presentó en el grupo de edad de 5 a 9 años, que fue de un 99,9%.

En la temporada actual se han presentado dos fracasos vacunales de vacuna conjugada C. 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 una meningitis vírica, en el año 1999.

Una adecuada vigilancia epidemiológica permitirá detectar los cambios que la vacunación frente al serogrupo C puedan ocasionar en la incidencia de esta enfermedad.

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.

4. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. 1996. Tomo 1. Características demográficas básicas.
5. Demografía y salud. Movimiento natural de la población. Septiembre 2000.
6. Mateo S, Cano R, García C. Changing epidemiology of meningococcal disease in Spain, 1989-1997. *Eurosurveillance*, Vol 2, nº 10, octubre 1997.
7. De Mateo S. La enfermedad meningocócica en España 1990-1997. Cambio en su patrón epidemiológico. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 387-396.
8. Cartwright K. Meningococcal disease. Wikley, 1995.
9. Peltola H. Meningococcal vaccines: Current status and future possibilities. *Drugs* 1998; 53 (3): 347-366.



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2002, semanas 1 a 5
(del 30 de diciembre de 2001 al 2 de febrero de 2002)**

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.

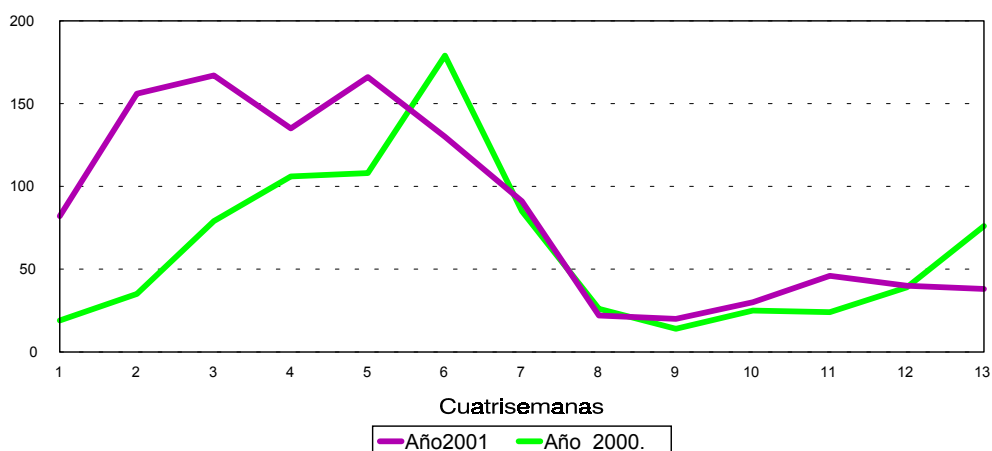
GRUPE

En el gráfico nº 1 aparece la evolución por cuatrisesmanas del número de casos de parotiditis en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 52 de los años 2000 y 2001. En total fueron notificados 1123 casos en el año 2001 y 815 casos en el 2000, lo que supone un total de 308 casos más que el año anterior durante el mismo periodo. El mayor número de casos se observó durante las semanas 6 (74 casos) y 17 (65 casos).

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 Villaverde y Vallecas con cifras de 45.35 y 43.12 casos por 100.000 habitantes respectivamente, seguidas por los distritos de Hortaleza, Collado Villalba y Chamberí con cifras de 39.01, 37.74 y 36 casos por 100.000 habitantes.

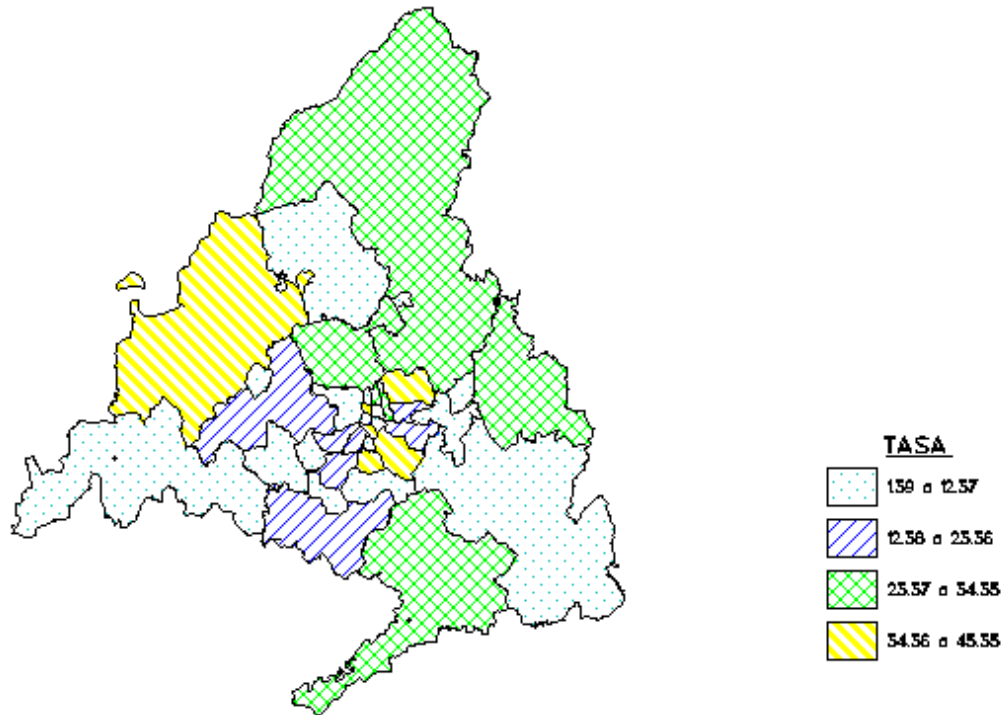
Teniendo en cuenta el género, el 56% de los casos se observó en varones. El 82.1% (883 casos) se presentaron en menores de 15 años, de los cuales el 42,4% tenían menos de 5 años. Del total de los menores de 15 años, 662 (75%) estaban vacunados según calendario, 32 de ellos (3.6%) no lo estaban y en el resto, no se conoce o no consta.

**Gráfico 1. PAROTIDITIS. Casos notificados por cuatrisesmana. Semanas 1- 52
Años 2000-2001. Comunidad de Madrid.**



Fuente: Enfermedades de Declaracion Obligatoria de la Comunidad de Madrid

**Mapa 1. PAROTIDITIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios
Semana 1-52 . Año 2001. Comunidad de Madrid.**



**Tasas por 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid.
Semanas 1 a 5 (desde 30/12/2001 hasta 2/2/2002)***

	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.
Brucelosis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0
Disentería	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
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	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0
Enf. Meningocócica**	0.6	0.6	0.0	0.0	0.4	0.4	1.4	1.4	0.7	0.7	1.2	1.2	0.4	0.4	0.5	0.5	0.9	0.9	0.4	0.4	1.0	1.0	0.7	0.7
Fiebre tifoidea	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gripe	2164.3	2164.3	2694.2	2694.2	3549.1	3549.1	3043.1	3043.1	2559.0	2559.0	2238.6	2238.6	3093.0	3093.0	4151.2	4151.2	3986.9	3986.9	2396.4	2396.4	2964.0	2964.0	2921.9	2921.9
Hepatitis A	0.0	0.0	0.7	0.7	0.4	0.4	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.1	0.1
Hepatitis B	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
Hepatitis víricas (otras)	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1
Infección Gonocócica	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1
Legionelosis	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.1	0.1
Leishmaniasis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Meningitis aséptica**	0.0	0.0	0.2	0.2	1.1	1.1	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	2.6	2.6	0.0	0.0	0.3	0.3	0.4	0.4
Meningitis bacter,**	0.3	0.3	0.2	0.2	0.0	0.0	0.4	0.4	0.2	0.2	0.0	0.0	0.6	0.6	0.0	0.0	0.6	0.6	0.0	0.0	0.2	0.2	0.3	0.3
Paludismo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0
Parotiditis	0.8	0.8	1.0	1.0	1.9	1.9	0.0	0.0	0.5	0.5	1.0	1.0	0.8	0.8	1.3	1.3	0.3	0.3	0.0	0.0	4.8	4.8	1.3	1.3
Sarampión	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sífilis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tos ferina	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TBC respiratoria***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	34.8	34.8	66.1	66.1	81.6	81.6	46.9	46.9	39.9	39.9	39.9	39.9	72.4	72.4	74.0	74.0	79.6	79.6	44.2	44.2	52.2	52.2	55.0	55.0
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	68,53%	88,69%	72,77%	74,63%	64,67%	57,75%	78,71%	85,04%	84,66	67,13%	73,26%	73,70%												

* Aquellas enfermedades de las que no se ha declarado ningún caso no aparecen en la tabla

** Casos procedentes del registro de Infecciones que causan Meningitis en la Comunidad de Madrid

*** Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico.

El último informe publicado aparece en el Boletín Epidemiológico de la C.M., volumen 7, nº 2.



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

Semanas 1 a 5 de 2002.

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
1	Parotiditis	Belmonte del tajo	Empresa	70	5	1	--	<i>V parotiditis</i>
1	Alimentario	Madrid (Retiro)	Familiar	5	5	3	Tortilla	Salmonella sp
2	GEA	Coslada	Res. Ancianos	260	66	0	--	<i>Rotavirus</i>
2	Alimentario	Madrid (Salamanca)	Cafetería	2	2	0	Tortilla	Salmonella sp
5	Alimentario	Tres Cantos	Familiar	3	3	0	Tomate frito enlatado	<i>Desconocido</i>
6	Parotiditis	Pozuelo de Alarcón	Colegio	5	5	0	--	V parotiditis
7	Escabiosis	Madrid (Chamberí)	C. Sanitario	5	5	0	--	S Scabiei
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Cervercería	3	3	1	Tortilla	<i>Desconocido</i>
8	Escarlatina	Móstoles	E. Infantil	25	2	0	--	S pyogenes
9	Conjuntivitis	Leganés	Res. Ancianos	394	57	0	--	Desconocido
9	Alimentario	Leganés	Familiar	8	3	0	Desconocido	Salmonella sp
11	Parotiditis	Madrid (Usera)	Colegio	12	12	0	--	V parotiditis
11	Alimentario	Madrid (Arganzuela)	Restaurante	3	2	0	Salsa de carne	Desconocido
11	Alimentario	Madrid (Arganzuela)	Familiar	4	3	2	Albóndigas	Salmonella sp



SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA

Tercer Trimestre de 2001

Tabla 1.- PATÓGENOS NOTIFICADOS SEGÚN TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y PATOLOGÍA PRODUCIDA.
 Datos correspondientes al tercer trimestre del 2001, comparados con el mismo periodo del año anterior.

TÉCNICA	INF. RESPIRATORIAS			INF. GASTROINTESTINALES			INF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL			OTRAS INFECCIONES		
	Patógeno	2001	2000	Patógeno	2001	2000	Patógeno	2001	2000	Patógeno	2001	2000
CULTIVO	<i>B. catarrhalis</i>	2	4	Aeromonas	27	23	<i>M. hominis</i>	42	19	<i>Brucella</i>	0	0
	<i>Haemophilus</i>	41	54	<i>Campylobacter</i>	130	277	<i>N. gonorrhoeae</i>	13	15	<i>Leishmania</i>	2	2
	<i>Legionella</i>	0	0	<i>Salmonella</i>	394	452	<i>U. urealyticum</i>	73	85	<i>N. meningitidis</i>	4	2
	<i>S. agalactiae</i>	7	10	<i>Shigella</i>	5	3						
	<i>S. pyogenes</i>	137	278	<i>Yersinia</i>	6	17						
	<i>S. pneumoniae</i>	47	39									
SEROLOGÍA	<i>Chlamydias</i>	36	33	<i>Adenovirus</i>	0	2	<i>C. trachomatis</i>	15	11	<i>B. burgdorferi</i>	1	2
	<i>C. burnetti</i>	11	11	<i>Rotavirus</i>	33	50	<i>T. pallidum</i>	49	35	<i>Brucella</i>	5	8
	<i>Legionella</i>	2	1							<i>E. granulosus</i>	9	15
	<i>Mycoplasma</i>	14	8							<i>Epstein-Barr</i>	38	59
	<i>Parvovirus B19</i>	1	6							<i>Leishmania</i>	7	11
	<i>V.R. Sincitial</i>	1	1							<i>R. connori</i>	7	10
VISUALIZACIÓN DIRECTA	<i>B.A.A.R</i>	9	1	<i>A. lumbricoides</i>	4	5	<i>Trichomonas</i>	44	70	<i>Plasmodium</i>	21	6
	<i>P. carinii</i>	2	6	<i>Cryptosporidium</i>	10	11						
				<i>Entamoeba</i>	33	67						
				<i>E. vermicularis</i>	10	25						
				<i>G. lamblia</i>	67	98						
				<i>T. saginata</i>	2	5						
				<i>T. trichiura</i>	3	5						

Tabla 2.- PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES SEGÚN CENTRO Y TIPO DE PATOLOGÍA.

Datos correspondientes al tercer trimestre de 2001, comparados con el mismo periodo del año anterior. Centros notificadores.

CENTRO	INF. RESPIRATORIAS		INF. GASTROINTESTINALES		INF. TRANSMISIÓN SEXUAL		OTRAS INFECCIONES		NOTIFICACIÓN TOTAL	
	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000
Gregorio Marañón	27.9	29.7	25.3	19.9	5.1	4.3	51.6	55.1	26.1	20.9
Ramón y Cajal	46.3	21.1	27.4	11.2	23.3	8.5	36.4	27.2	32.4	20.6
Getafe	15.0	9.3	22.5	24.4	4.7	8.1	10.9	13.2	15.9	14.3
El Escorial	0	5.1	0	4.3	0	1.3	0	0	0	4.2
Santa Cristina	0	0.4	0	0	46.2	51.5	0	0.7	7.4	6.3
TOTAL HOSPITALES	89.2	65.6	75.2	59.8	79.3	73.7	98.9	96.2	81.8	66.3
Argüelles	0	23.1	0	28.2	0	6.4	0	0	0	21.5
Hermanos Miralles	4.0	6.0	9.1	5.5	12.6	12.3	0	0	7.8	6.9
Vicente Soldevilla	6.8	5.3	15.7	6.5	8.1	7.6	1.1	3.8	10.4	5.3
TOTAL AMBULATORIOS	10.8	34.4	24.8	40.2	20.7	26.3	1.1	3.8	18.2	33.7
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS

Datos Actualizados a 31 de diciembre de 2001

En esta Sección se presentan los datos provisionales, recogidos en el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid hasta el 31 de diciembre de 2001, respecto a los pacientes con domicilio en la Comunidad de Madrid (se excluyen los residentes en prisión).

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

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

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

El último informe publicado a nivel Regional con información consolidada corresponde al año 1999 (Comunidad de Madrid. Informe del Registro de Casos de Tuberculosis 1999. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001;7 (2):3-45.

TABLA 1 **Número de casos detectados según sexo, grupo de edad, localización pulmonar y Área Sanitaria de residencia, hasta el 30 de junio de 2000.**
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

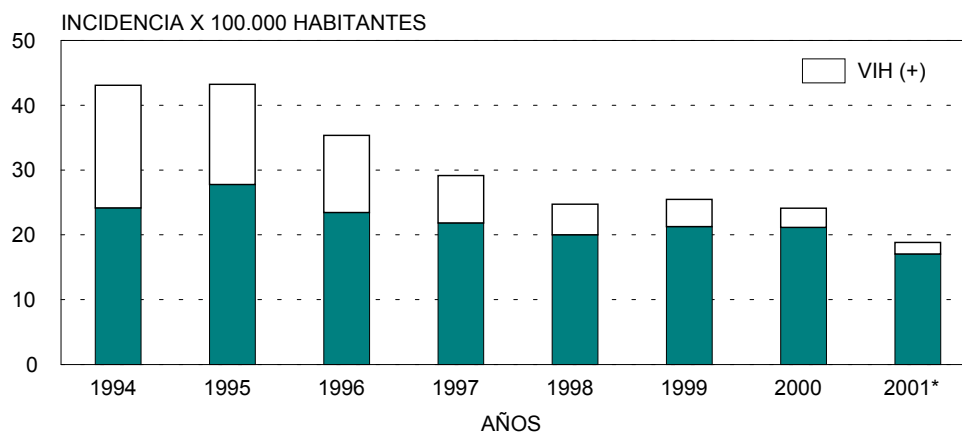
	Año 2000	Año2001 *
Nº Casos detectados	1212	946
Sexo		
- Masculino	770	585
- Femenino	440	359
- Desconocido	2	2
Grupo de Edad		
- 0-14 años	58	68
- 15-24 años	123	123
- 25-44 años	491	410
- 45-64 años	229	126
- Mayores de 64 años	82	179
- Desconocido		40
Nº casos detectados con localización pulmonar	806	696
Área Sanitaria de residencia		
- Área 1	143	138
- Área 2	61	57
- Área 3	57	52
- Área 4	111	84
- Área 5	94	53
- Área 6	104	48
- Área 7	182	128
- Área 8	47	57
- Área 9	83	61
- Área 10	40	45
- Área 11	186	182
- Domicilio desconocido	104	41

* Datos provisionales acumulados hasta el 31 de diciembre de 2001

* Casos de tuberculosis con domicilio en la Comunidad de Madrid, salvo residentes en prisiones.

GRÁFICO 1

INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID



Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

*Datos provisionales acumulados hasta 31 de diciembre 2001



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2002, semanas 1 a 5.
(Del 30 de diciembre de 2001 al 2 de febrero de 2002)**

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 47 médicos generales y 41 pediatras de Atención Primaria, y los procesos objeto de vigilancia durante este periodo han sido: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática, Diabetes y Gripe.

VARICELA

Durante las semanas **1 a 5 del año 2002** la Red de Médicos Centinela ha notificado 93 casos de varicela, 22 menos que el año anterior durante el mismo periodo (**Graf.1**)

La distribución de casos por género ha sido de 47,5 % en mujeres y 52,5 % en varones. Si se consideran grupos de edad, se observa que del total de casos, 83 (89%) tienen edad inferior a 15 años, de los cuales el grupo de 2- 5 años es el más numeroso, con 34 casos (36,6%) mientras que en edades superiores a 15 años se han registrado 10 casos (11 %). (**Graf.2**)

Respecto a la adquisición de la enfermedad, 53 casos (57%) refieren haber tenido contacto con otro caso de varicela, 1 caso (1%) estuvo expuesto a casos de herpes zoster, 13 (14%) se declaran en el contexto de un brote y en 26 casos (28%) se desconoce (**Graf.3**) .

Los lugares de exposición más habituales fueron: colegios y guarderías 43%, el hogar en el 25,8% y 31,2% “otros” (**Graf.4**)

Del total de casos, 2 presentaron complicaciones correspondiendo a infección bacteriana . Ningún caso requirió derivación a atención especializada

HERPES ZOSTER

Durante las semanas 1-5 del año 2002, se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 20 casos de Herpes Zoster, 4 casos menos que los notificados en el año anterior durante el mismo periodo. La distribución por género fue: 7 casos (35%) en varones y 13 casos (65,%) en mujeres.

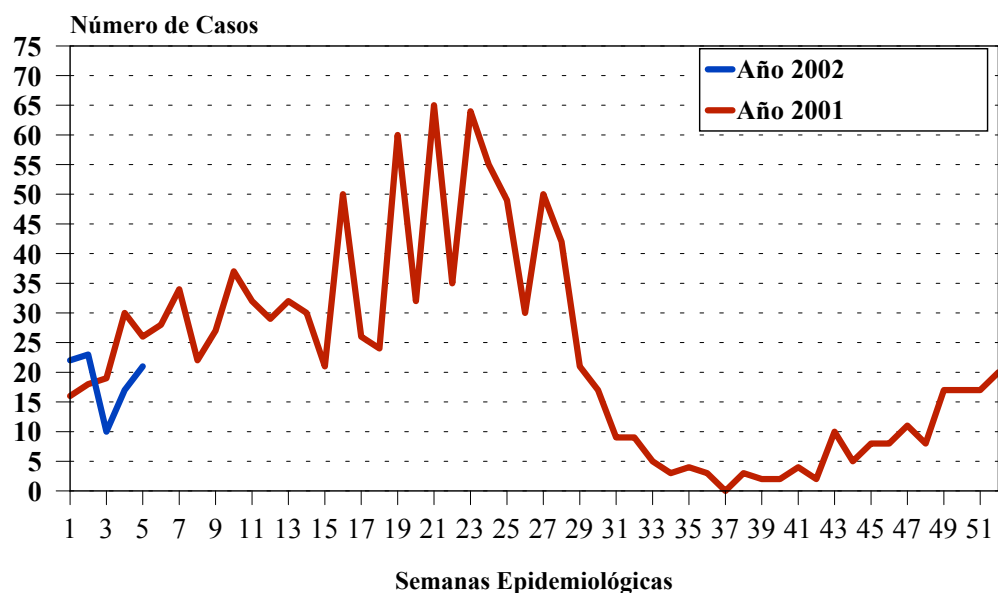
La media de edad ha sido de 56 años (DE = 21,4 años), con un rango de edad que va de los 14 a los 80 años. (**Graf.5**)

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 2001 y 2002

**Gráfico 2. VARICELA. Red de Médicos Centinela.**

Casos Notificados en las semanas 1-5. Año 2002

Distribución por edad

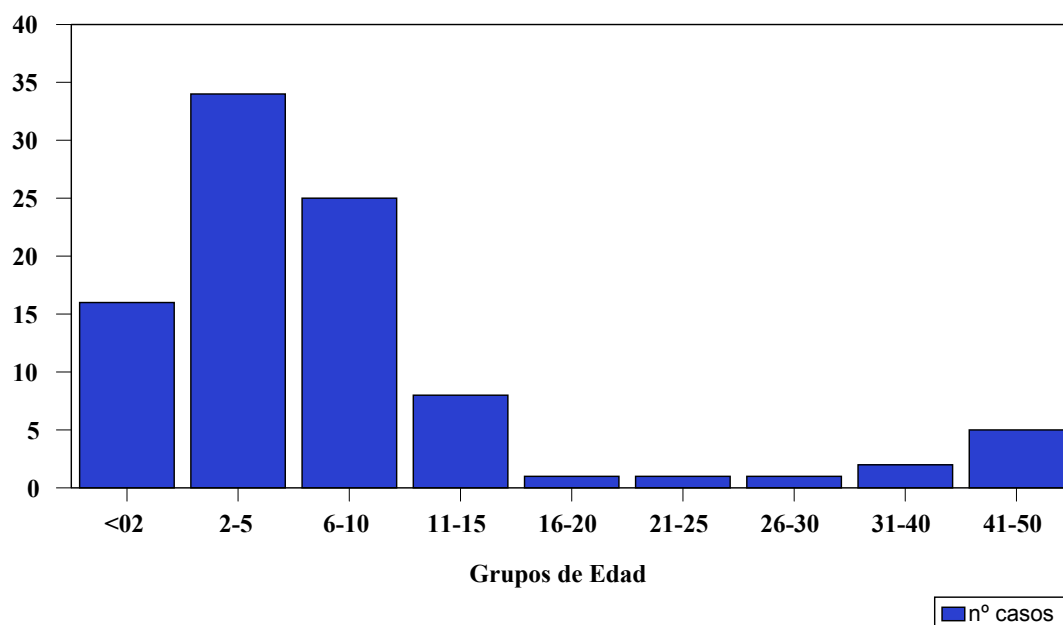


Gráfico 3. VARICELA. Red de Médicos Centinela
Tipo de exposición

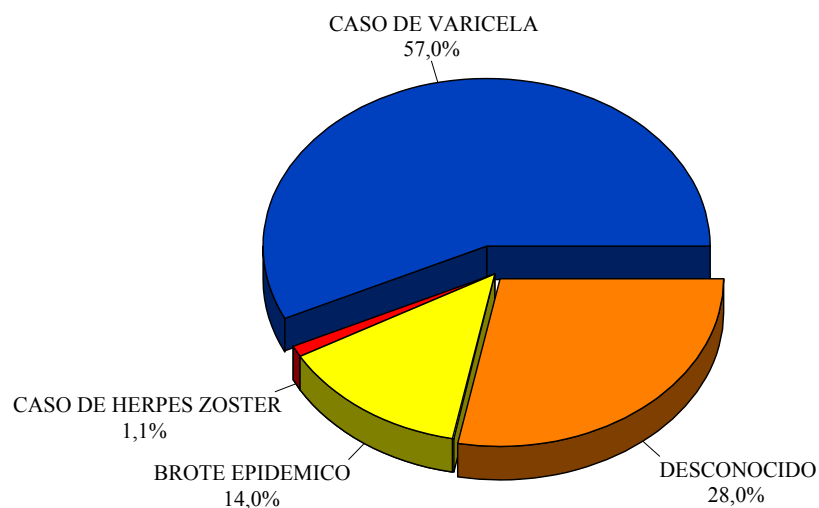
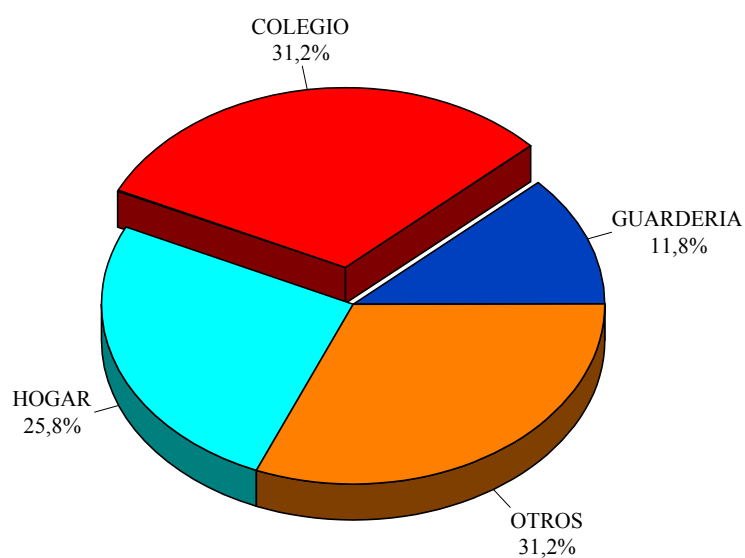


Gráfico 4. VARICELA. Red de Médicos Centinela
Lugar de exposición

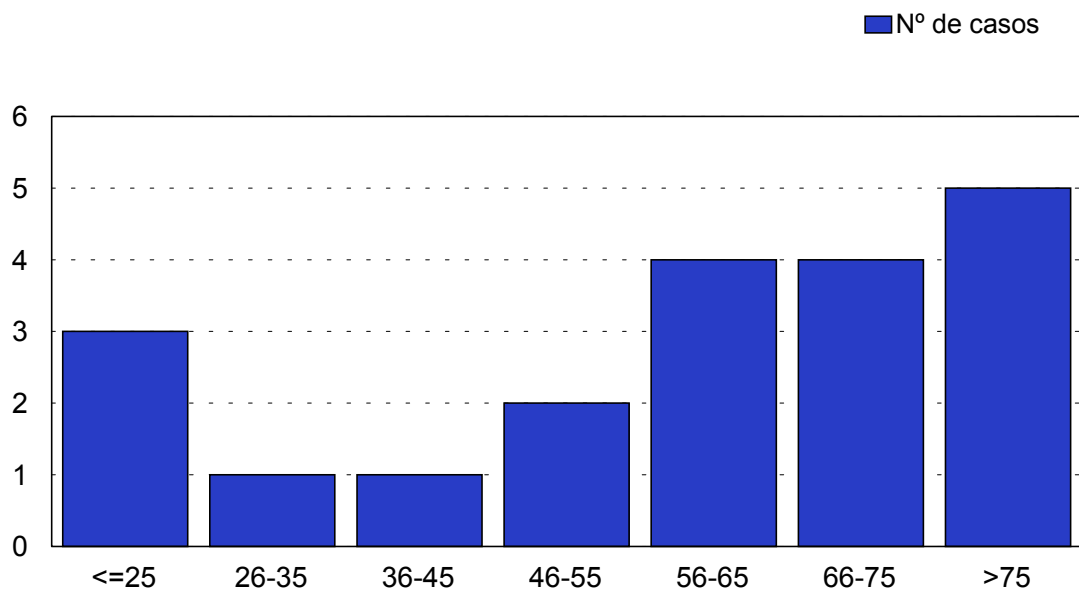


Fuente: Red de Médicos Centinela

Gráfico 5. HERPES ZOSTER. Red de Médicos Centinela.

Casos Notificados en las semanas 1-5

Distribución por edad

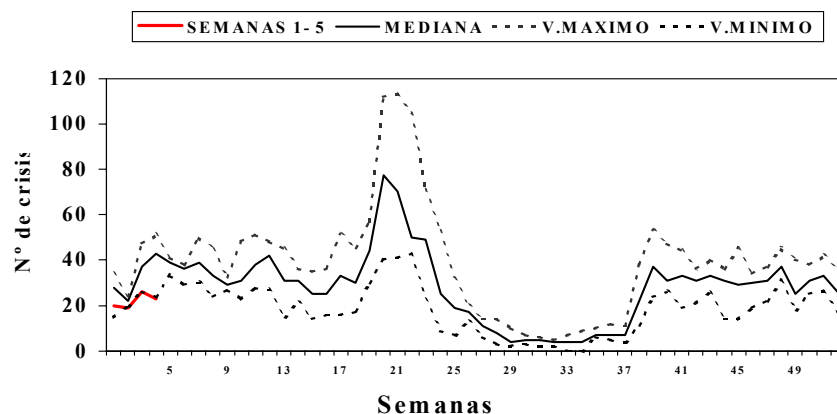


Los comentarios sobre los procesos que no aparecen en este boletín mensual, se difunden en informes independientes. Así, la Gripe, cuenta con un informe semanal durante la temporada al que se puede acceder en la página <http://www.comadrid.es/sanidad/noticias/pdf/gripe01.pdf> y el resto de procesos con un informe anual.

CRISIS ASMÁTICAS

Crisis asmáticas. Año 2002

Red de Médicos Centinela
Semanas 1 - 5



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

Tabla 1. Casos notificados a la Red y cobertura de notificación
Año 2002

	<i>Nº casos semanas 1-5</i>	<i>Casos acumulados</i>	<i>Cobertura %</i>
Gripe*	421	421	80
Otros procesos:			
Varicela	93	93	70
Herpes zoster	20	20	
Crisis asmáticas	124	124	

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

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.comadrid.es/sanidad/salud/vigilancia/boletín/index.htm>.

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."