

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

6.

INFORMES:

- **Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* en la Comunidad de Madrid. CMBD 1998 - 2007.**
- **Legionelosis, año 2007.**








BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

6

Índice

INFORMES:

	- Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i> en la Comunidad de Madrid. CMBD 1998 - 2007.	3
	- Legionelosis, año 2007.	
	- EDO. Semanas 23 a 26 (del 1 al 28 de junio de 2008)	27
	- Brotes Epidémicos. Semanas 23 a 26, 2008.	28
	- Red de Médicos Centinela, semanas 23 a 26, 2008.	29



INFORME:

ENFERMEDAD INVASORA POR *Streptococcus pneumoniae* EN LA COMUNIDAD DE MADRID. CMBD 1998 – 2007.

INDICE

Resumen	3
Introducción	4
Objetivos	5
Metodología	6
Resultados	6
Discusión	19
Conclusiones	21
Bibliografía	21

RESUMEN

Antecedentes: La disponibilidad de vacunas antineumocócicas de amplia difusión en la Comunidad de Madrid hace necesario profundizar en el conocimiento de la enfermedad neumocócica.

Objetivos: Determinar la incidencia de ingresos por enfermedad neumocócica invasora en la Comunidad de Madrid en el año 2007 y su evolución desde 1998. Así como describir las características epidemiológicas de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los casos de enfermedad neumocócica que han requerido ingreso hospitalario, incluidos en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y Cirugía Ambulatoria (CMBD) de la Comunidad de Madrid, durante el período 1998-2006. Para este estudio se han seleccionado los siguientes códigos de la CIE-9-MC: 481 (neumonía neumocócica), 320.1 (meningitis neumocócica), 038.2 (septicemia neumocócica) y 567.1 (peritonitis neumocócica), recogidos en el diagnóstico principal o en el primer diagnóstico secundario. Se calcula la incidencia anual de la enfermedad, por grupos de edad y formas clínicas. Se compara la incidencia del período 1998-2000 (previo a la disponibilidad de la vacuna conjugada) con el período 2001-2007.

Resultados: En el año 2007 se han registrado 3.334 casos de enfermedad invasiva por neumococo, lo que supone una incidencia de 54,82 casos por 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se presentaron en forma clínica de neumonía (tasa 53,14). La incidencia de meningitis neumocócica fue de 0,74 casos por 100.000 habitantes. La letalidad global ha sido de un 9,0%, siendo de un 13,3% para la meningitis. El 57,6% de los casos eran varones y el 61,1% eran mayores de 64 años. Las mayores tasas se presentan en los mayores de 64 años (235,10 casos por 100.000 habitantes), seguido por los menores de 5 años (79,25 casos por 100.000 habitantes). La mayor letalidad también se ha presentado en los mayores de 64 años (12,1%). La evolución de la incidencia muestra una tendencia lineal significativa, a expensas fundamentalmente de los casos de neumonía. La incidencia de la enfermedad en el período 2001-2007 con respecto al período 1998-2000, disminuyó para la enfermedad neumocócica global y para la neumonía (diferencias significativas); sin embargo la incidencia de la meningitis y de la septicemia aumentaron en dicho período (diferencias no significativas).

Conclusiones: La enfermedad neumocócica en nuestro medio presenta una elevada incidencia y letalidad, afectando fundamentalmente a los extremos de la vida. La incidencia observada en este estudio es superior a la de otros estudios, debido a la fuente de información utilizada que incluye los casos de sospecha. Sin embargo, la incidencia de la meningitis neumocócica es similar a la descrita. Los cambios en la incidencia pueden deberse al uso de las vacunas antineumocócicas, a mejoras en la confirmación diagnóstica y a la tendencia secular de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Streptococcus pneumoniae (neumococo) es la principal bacteria productora de otitis media, sinusitis y neumonía; y una de las principales causas de meningitis bacteriana junto con *Neisseria meningitidis* (meningococo). Neumococo es el agente patógeno más frecuente de meningitis en pacientes que han sufrido fractura de la base del cráneo con pérdida de LCR. También produce, aunque con menor frecuencia, endocarditis, artritis séptica y peritonitis.

Neumococo es un coco Gram positivo, catalasa negativo y productor de α -hemólisis. Casi todos los aislamientos clínicos de este patógeno contienen una cápsula externa constituida por polisacáridos. Se han identificado más de 90 serotipos de neumococo en relación con diferencias antigénicas en los polisacáridos capsulares ⁽¹⁾. Pero los datos actuales sugieren que los 11 serotipos más comunes causan al menos el 75% de la enfermedad invasiva en niños, en las diferentes regiones geográficas ⁽²⁾.

El ecosistema natural de este patógeno es la nasofaringe humana. Entre un 5 y un 10% de los adultos sanos, y entre un 20 y un 40% de los niños presentan colonización por neumococo. La colonización es estacional, aumentando a mediados del invierno. La duración del estado de portador es variable (entre 1 y 17 meses) y depende del serotipo, siendo más prolongada en niños que en adultos ⁽³⁾. La media de edad para la primera adquisición es de 6 meses. La infección usualmente ocurre en el primer mes tras la adquisición de un nuevo serotipo ⁽⁴⁾.

Existe una clara interrelación entre la edad y la susceptibilidad a la infección por neumococo. La incidencia de bacteriemia neumocócica es elevada en neonatos y niños menores de 2 años, disminuye en adolescentes y adultos jóvenes, y aumenta de nuevo en los adultos de mayor edad. Una amplia variedad de trastornos que alteran la capacidad inmunológica del huésped, predisponen al desarrollo de la infección neumocócica.

Los neumococos se transmiten por mecanismo directo de persona a persona como consecuencia de un contacto íntimo prolongado. La cohabitación en espacios reducidos, como campamentos militares, prisiones o refugios para mendigos, se asocia con epidemias; pero el contacto en escuelas o en lugares de trabajo no aumenta significativamente la transmisión de la enfermedad. Es probable que las guarderías sean el ámbito responsable del contagio entre niños pequeños ⁽¹⁾.

La letalidad de la enfermedad neumocócica varía con la edad y la presencia de enfermedades subyacentes. Oscila entre el 5-10% para los casos de neumonía (20-40% en pacientes con patología grave subyacente o alcoholismo) ⁽⁵⁾ y entre el 19-26% para los casos de meningitis. Las secuelas neurológicas son frecuentes en los casos de meningitis ⁽⁶⁾.

La penicilina ha sido el tratamiento de elección de la infección neumocócica durante el último medio siglo, pero en las últimas décadas se ha observado en todo el mundo una resistencia creciente de neumococo a este antibiótico. Según el último informe del European Antimicrobial Resistance Surveillance System (ERASS), España en el año 2006 ha presentado una proporción de aislamientos no-susceptibles a penicilina de un 27%, no-

susceptibles a eritromicina de un 22% y con resistencia dual a ambos antibióticos de un 13%; siendo la media europea de un 9%, un 15% y un 5% respectivamente. Sin embargo en el periodo 1999-2006 en España ha disminuido significativamente la proporción de aislamientos resistentes a eritromicina, así como la de aislamientos con resistencia dual ⁽⁷⁾.

En la Comunidad de Madrid, la única forma de enfermedad neumocócica invasora que se vigilaba hasta ahora era la meningitis neumocócica, que se incluía en el grupo de otras meningitis bacterianas como enfermedad de declaración obligatoria (EDO). En el período 1998-2007 se han notificado 404 casos de meningitis neumocócica, con una incidencia media anual de 0,72 casos por 100.000 habitantes. El 39,4% de los casos tenían menos de 15 años, suponiendo los mayores de 64 años el 21,3%. La mayor incidencia se ha presentado en los menores de 1 año (12,19 por 100.000 habitantes), seguida por el grupo de 1-4 años (2,54 por 100.000 habitantes) y por los mayores de 64 años (0,89 por 100.000 habitantes). La letalidad en este período ha sido de un 14,4% y un 5,7% de los casos ha presentado secuelas.

En la actualidad en nuestro medio se dispone de dos tipos de vacunas frente a neumococo. Una vacuna de polisacárido capsular derivado de los 23 serotipos que causan infección neumocócica con mayor frecuencia, que está recomendada por la OMS para mayores de 2 años de edad con alto riesgo de enfermedad neumocócica. En este grupo se incluyen los mayores de 65 años sanos, especialmente los que viven en instituciones; y los pacientes con fallos orgánicos crónicos, diabetes, síndrome nefrótico y ciertas inmunodeficiencias, sobre todo aquellas con asplenia funcional o anatómica ⁽²⁾. En la Comunidad de Madrid en los últimos años se ha incluido esta vacuna antineumocócica en las recomendaciones de la vacunación de los adultos mayores de 59 años, administrándose junto a la vacuna antigripal. Previamente se había reforzado su administración a las personas mayores institucionalizadas.

Además, desde el año 2001 se dispone de una vacuna neumocócica conjugada heptavalente (frente a los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F), indicada desde los 2 meses hasta los 2 años de edad. En España las autoridades sanitarias recomiendan esta vacuna en grupos de riesgo, en los que se incluyen niños inmunocompetentes con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a enfermedades crónicas, niños inmunodeprimidos y niños con infección por VIH ⁽⁸⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la inclusión de esta vacuna en los programas nacionales de inmunización debería ser una prioridad, particularmente en los países donde la mortalidad en los niños menores de 5 años es elevada y en aquellos con alta prevalencia de infección por VIH ⁽⁹⁾.

La Comunidad de Madrid ha incluido la vacuna conjugada heptavalente en el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles (Orden 1869/2006, de 10 de octubre) ⁽¹⁰⁾ con dosis a los dos, cuatro, seis y dieciocho meses de edad. Este calendario entró en vigor el día 1 de noviembre de 2006. Además, para reforzar la vigilancia de la enfermedad se ha incluido toda la enfermedad neumocócica invasora como EDO (Orden 74/2007, de 22 de enero) ⁽¹¹⁾ en febrero de 2007.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es describir la incidencia de ingresos por enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* en la Comunidad de Madrid en el año 2007 y su evolución desde el año 1998. Así como describir las características epidemiológicas de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los casos de enfermedad neumocócica que han requerido ingreso hospitalario, incluidos en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y Cirugía Ambulatoria (CMBD) de la Comunidad de Madrid, durante el período 1998-2007. Para este estudio se han seleccionado los siguientes códigos de la CIE-9-MC: 481 (neumonía neumocócica), 320.1 (meningitis neumocócica), 038.2 (septicemia neumocócica) y 567.1 (peritonitis neumocócica), recogidos en el diagnóstico principal o en el primer diagnóstico secundario.

Se calculan tasas de incidencia por 100.000 habitantes, globales y específicas por grupos de edad y forma clínica de presentación. Como población de referencia se utiliza el Padrón continuo de habitantes de la Comunidad de Madrid ⁽¹²⁾. Se valora la tendencia temporal de la incidencia mediante el test de χ^2 de tendencia. Se compara la incidencia del período 1998-2000 (previo a la disponibilidad de la vacuna conjugada) con el período 2001-2007. El análisis estadístico se ha efectuado con los programas Epiinfo v6.04 y SPSS v14.0.

RESULTADOS

En el CMBD del año 2007 se han registrado 3.334 casos de enfermedad invasora neumococo, lo que supone una incidencia de 54,82 casos por 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se presentaron en forma clínica de neumonía (96,9%), con una incidencia de 53,14 casos por 100.000 habitantes. Se han registrado 53 casos de septicemia (1,6%) con una incidencia de 0,87 casos por 100.000 habitantes y 45 casos de meningitis (1,3%) con una incidencia de 0,74 casos por 100.000 habitantes. También se han registrado 4 casos de peritonitis (incidencia 0,07) (tabla 1).

**Tabla 1.- Enfermedad invasora por neumococo
Comunidad de Madrid, CMBD 2007
Incidencia media anual y letalidad**

	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad (%)
Septicemia	53	0,87	13	24,5
Meningitis	45	0,74	6	13,3
Neumonía	3.232	53,14	281	8,7
Peritonitis	4	0,07	0	0,0
Total	3.334	54,82	300	9,0

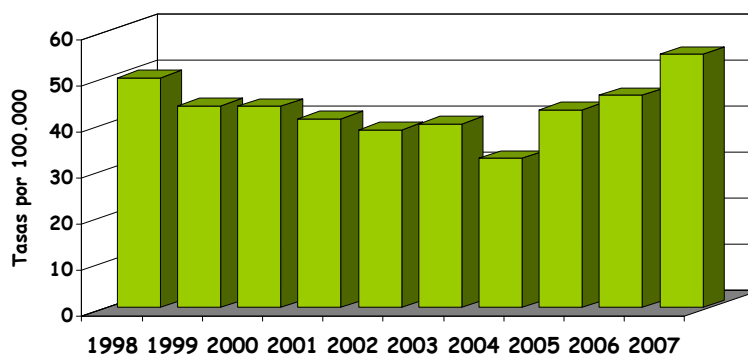
Se ha registrado el fallecimiento en 300 pacientes, por lo que la letalidad ha sido de un 9,0%. La mayor letalidad se ha presentado en los casos de septicemia (24,5%), seguidos de los de meningitis (13,3%) y de los de neumonía (8,7%). No se ha registrado ningún fallecimiento por peritonitis (tabla 1).

En el período 1998-2007 se han registrado 24.147 casos de enfermedad invasora por neumococo, con una incidencia media anual de 43,16 casos por 100.000 habitantes. La evolución de la incidencia en dicho período muestra una tendencia lineal significativa ($p < 0,05$). La mayor incidencia se observa en el año 2007 (tasa 54,82) y la menor en el año 2004 (tasa 32,23). Esta evolución es a expensas fundamentalmente de los casos de neumonía ($p < 0,05$), y de los de septicemia ($p < 0,05$); no siendo significativa la tendencia en la meningitis ni en la peritonitis ($p > 0,05$) (fig.1-3 y tabla 2).

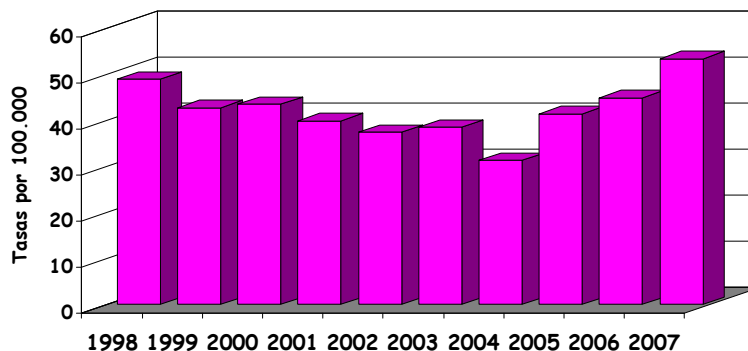
**Tabla 2.- Enfermedad invasora por neumococo
Comunidad de Madrid, CMBD 1998-2007
Incidencia anual según formas clínicas**

	Septicemia		Meningitis		Neumonía		Peritonitis		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1998	27	0,53	33	0,65	2.468	48,47	2	0,04	2.530	49,69
1999	19	0,37	36	0,70	2.189	42,54	4	0,08	2.248	43,69
2000	22	0,42	39	0,75	2.202	42,30	2	0,04	2.265	43,51
2001	20	0,37	37	0,69	2.136	39,76	2	0,04	2.195	40,86
2002	13	0,24	48	0,87	2.060	37,27	3	0,05	2.124	38,43
2003	22	0,38	55	0,96	2.193	38,35	3	0,05	2.273	39,75
2004	17	0,29	44	0,76	1.808	31,15	2	0,03	1.871	32,23
2005	32	0,54	52	0,87	2.463	41,30	3	0,05	2.550	42,76
2006	28	0,47	43	0,72	2.685	44,69	1	0,02	2.757	45,89
2007	53	0,87	45	0,74	3.232	53,14	4	0,07	3.334	54,82

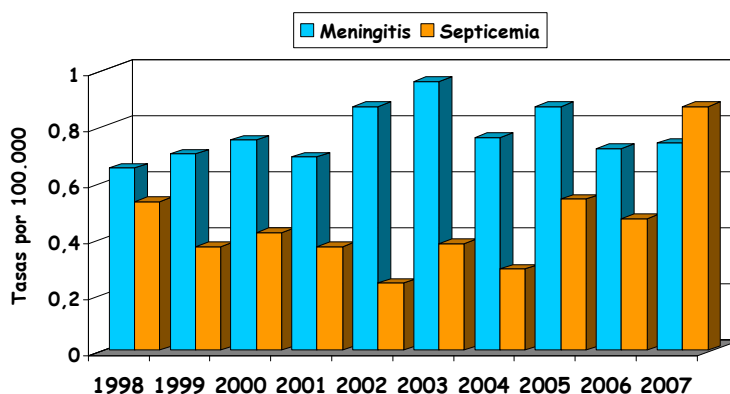
**Fig. 1.-Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 1998-2007
Incidencia anual**



**Fig. 2.-Incidencia de neumonía neumocócica
CMBD 1998-2007**



**Fig. 3.-Incidencia de meningitis y
septicemia neumocócicas
CMBD 1998-2007**

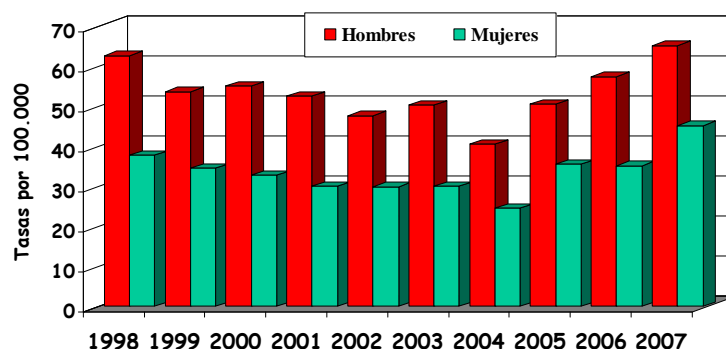


En el año 2007, la distribución de los casos de enfermedad invasora por sexo muestra un predominio en varones (fig. 4), con una razón hombre-mujer de 1,4 y una tasa de 65,14 casos por 100.000 en hombres y de 45,12 por 100.000 en mujeres. La evolución de la incidencia por sexo se muestra en la fig. 5.

**Fig.4.- Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 2007
Distribución por sexo**



**Fig.5.- Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 1998-2007
Incidencia por sexo**

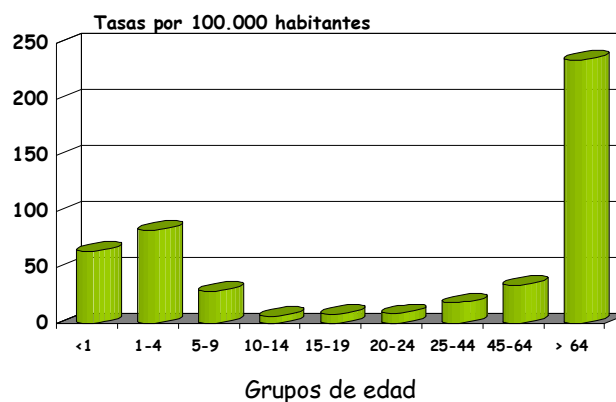


En la distribución por edad de los casos de enfermedad invasora por neumococo del año 2007, observamos que el 61,1% son mayores de 64 años, suponiendo los menores de 15 años el 11,0% de los casos. La mayor incidencia se presenta en los mayores de 64 años (235,10 casos por 100.000 habitantes), seguida por el grupo de 1 a 4 años (83,08 casos por 100.000 habitantes) y por los menores de 1 año (64,11 casos por 100.000 habitantes). La incidencia en los menores de 2 años ha sido de 74,70 casos por 100.000 habitantes y en los menores de 5 años de 79,25 (tabla 3 y fig. 6).

**Tabla 3.- Enfermedad invasora por neumococo
Comunidad de Madrid, CMBD 2007
Incidencia y letalidad por grupos de edad**

Grupos de edad	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad
< 1	44	64,11	0	0,0
1 a 4	226	83,08	0	0,0
5 a 9	81	28,32	1	1,2
10 a 14	17	6,22	0	0,0
15 a 19	22	7,47	0	0,0
20 a 24	32	8,20	0	0,0
25 a 44	395	17,98	18	4,6
45 a 64	481	33,54	34	7,1
> 64	2.036	235,10	247	12,1
Total	3.334	54,82	300	9,0

**Fig. 6.- Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 2007
Incidencia por grupos de edad**

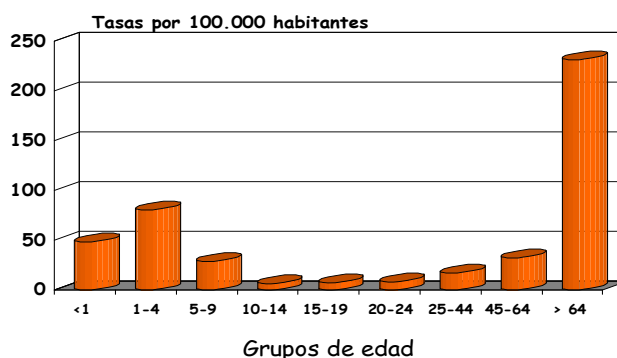


La incidencia por grupos de edad, según la forma clínica de presentación de la enfermedad, se muestra en la tabla 4. La neumonía muestra las mayores tasas en los mayores de 64 años (231,40), seguido por los grupos de edad de 1 a 4 años (80,50) y de los menores de 1 año (48,08) (fig. 7).

**Tabla 4.- Enfermedad invasora por neumococo
Comunidad de Madrid, CMBD 2007
Incidencia por grupos de edad y forma clínica**

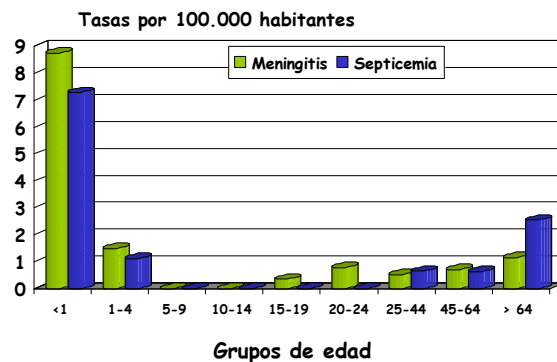
Grupos de edad	Septicemia		Meningitis		Neumonía		Peritonitis	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
< 1	5	7,28	6	8,74	33	48,08	0	0,00
1 a 4	3	1,10	4	1,47	219	80,50	0	0,00
5 a 9	0	0,00	0	0,00	81	28,32	0	0,00
10 a 14	0	0,00	0	0,00	16	5,86	1	0,37
15 a 19	0	0,00	1	0,34	21	7,13	0	0,00
20 a 24	0	0,00	3	0,77	29	7,43	0	0,00
25 a 44	14	0,64	11	0,50	368	16,75	2	0,09
45 a 64	9	0,63	10	0,70	461	32,15	1	0,07
> 64	22	2,54	10	1,15	2004	231,40	0	0,00
Total	53	0,87	45	0,74	3232	53,14	4	0,07

**Fig.7.- Neumonía neumocócica
CMBD 2007
Incidencia por grupos de edad**



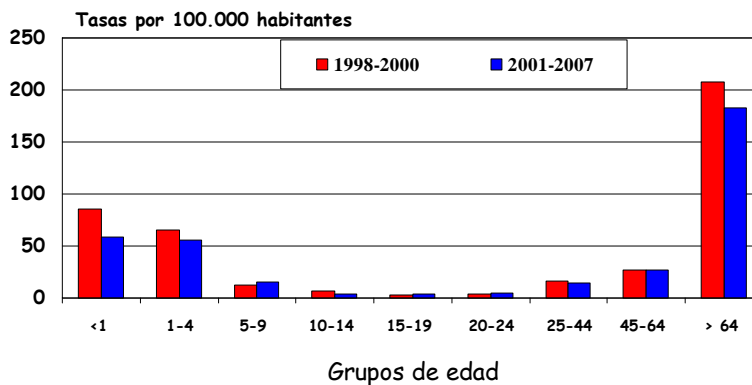
Las otras formas clínicas muestran un patrón por edad diferente. En la meningitis los menores de 1 año son los más afectados (tasa de 8,74), seguidos por el grupo de 4 a 9 años (1,47) y por el de los mayores de 64 (1,15). La septicemia muestra un patrón similar, con las mayores tasas en los menores de 1 año (7,28) y los mayores de 64 años (2,54) (fig. 8). El grupo de edad más afectado por la peritonitis ha sido el de 15 a 19 años (tasa de 0,37), aunque solo se ha presentado un caso en dicho grupo de edad.

**Fig.8.- Meningitis y septicemia neumocócicas
CMBD 2007
Incidencia por grupos de edad**



En la tabla 5 y la figura 9 se muestra la incidencia de enfermedad invasora por grupos de edad para los períodos 1998-2000 y 2001-2007. La menor incidencia, para la mayoría de los grupos de edad, se presenta en el período 2001-2007.

**Fig.9.- Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 1998-2007
Incidencia por grupos de edad**



**Tabla 5.- Enfermedad invasora por neumococo
Comunidad de Madrid, CMBD 1998-2000 y 2001-2007
Incidencia media por grupos de edad**

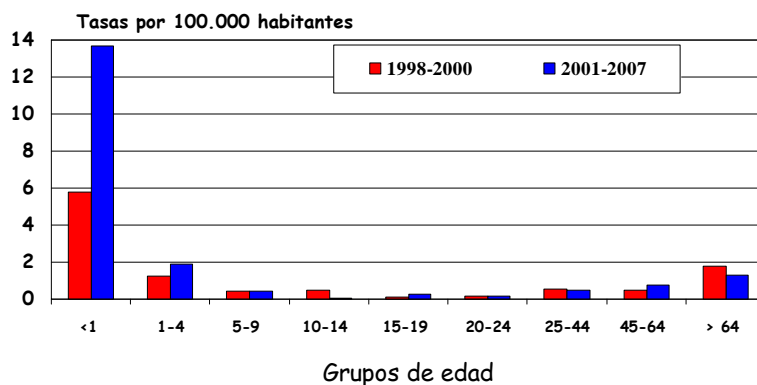
Grupos de edad	1998-2000	2001-2007
< 1	85,8	58,79
1 a 4	65,2	55,74
5 a 9	12,8	15,06
10 a 14	6,3	4,09
15 a 19	2,8	4,22
20 a 24	3,9	4,44
25 a 44	16,5	14,41
45 a 64	26,9	27,07
> 64	207,6	182,52
Total	45,6	42,10

La incidencia de la meningitis neumocócica para los dos períodos de estudio se muestra en la tabla 6 y la figura 10. En el último período se observa una incidencia superior para la mayoría de los grupos de edad.

**Tabla 6.- Meningitis neumocócica
Comunidad de Madrid, CMBD 1998-2000 y 2001-2007
Incidencia media por grupos de edad**

Grupos de edad	1998-2000	2001-2007
< 1	5,77	13,69
1 a 4	1,27	1,91
5 a 9	0,41	0,43
10 a 14	0,48	0,05
15 a 19	0,10	0,28
20 a 24	0,15	0,14
25 a 44	0,52	0,46
45 a 64	0,51	0,74
> 64	1,76	1,32
Total	0,70	0,80

**Fig.10.- Meningitis neumocócica
CMBD 1998-2007
Incidencia por grupos de edad**



Al comparar el período 2001-2007 con el período 1998-2000, observamos un menor riesgo de enfermar en el último período para la enfermedad neumocócica global y para la neumonía. Sin embargo para la meningitis el riesgo de enfermar fue mayor en el período 2001-2007 (diferencias no significativas) (tabla 7).

Tabla 7.- Comparación de la incidencia de los períodos 2001-2007 y 1998-2000 (referencia), por grupos de edad y forma clínica. Comunidad de Madrid.

Grupos de edad	Enfermedad neumocócica global		Neumonía		Meningitis	
	RR	IC 95%	RR	IC 95%	RR	IC 95%
< 1 año	0,70	0,56-0,86*	0,54	0,43-0,69*	2,41	1,15-5,04*
1-4 años	0,88	0,78-0,99*	0,91	0,80-1,03	1,47	0,65-3,33
5-9 años	1,20	0,95-1,51	1,29	1,01-1,65*	1,06	0,28-3,98
10-14 años	0,65	0,46-0,92*	0,77	0,53-1,13	0,11	0,01-0,97*
15-19 años	1,47	0,97-2,22	1,42	0,93-2,16	2,94	0,35-24,42
20-24 años	1,12	0,82-1,55	1,12	0,81-1,56	0,92	0,17-5,05
25-44 años	0,88	0,81-0,95*	0,86	0,79-0,93*	0,89	0,57-1,41
45-64 años	1,01	0,94-1,09	1,00	0,93-1,08	1,47	0,88-2,48
> 64 años	0,88	0,85-0,91*	0,88	0,85-0,91*	0,74	0,50-1,09
Total	0,93	0,90-0,95*	0,92	0,90-0,95*	1,15	0,93-1,43

*p<0,05

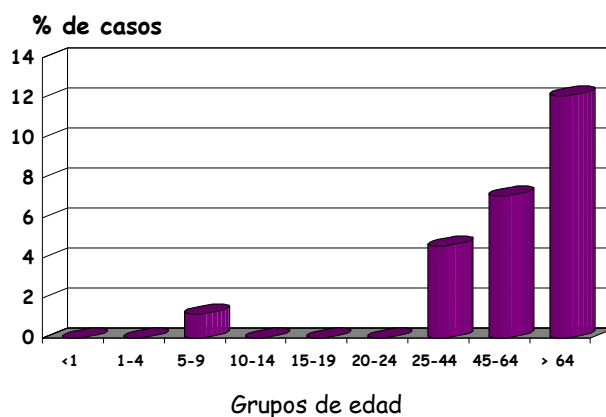
En el análisis por grupos de edad se observa que las diferencias entre ambos períodos son significativas para la enfermedad neumocócica global en los menores de 5 años, el grupo de edad de 10 a 14 años, el de 25 a 44 años y el de los mayores de 64 años.

Para la neumonía, muestran diferencias significativas los grupos de edad de los menores de 1 año, el grupo de edad de 25 a 44 años y los mayores de 64 años, en los que el riesgo de enfermar ha sido menor en el período 2001-2007 respecto al período 1998-2000. Sin embargo se observa un mayor riesgo de enfermar en el grupo de edad de 5 a 9 años en el último período.

En cuanto a la meningitis, las diferencias en la incidencia en el período 2001-2007 respecto al período 1998-2000 sólo han sido significativas en los menores de 1 año, en los que el riesgo de presentar la enfermedad ha sido mayor en el período 2001-2007 y en el grupo de edad de 10 a 14 años, en el que el riesgo de presentar la enfermedad ha sido menor en el último período.

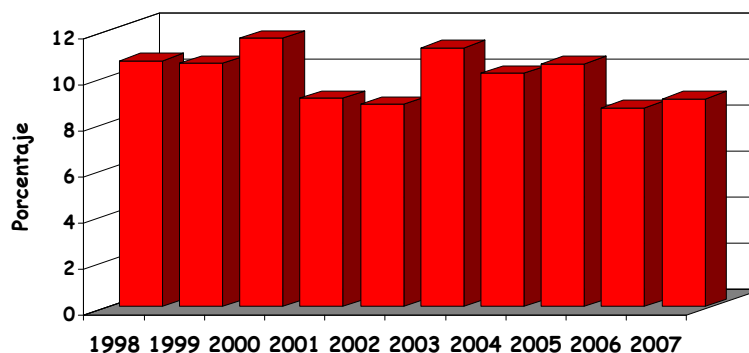
La distribución de la letalidad de la enfermedad en el año 2007, por grupos de edad, se muestra en la figura 11. La letalidad aumenta con la edad, siendo de un 12,1% en los mayores de 64 años. Este año sólo se ha registrado un fallecimiento en los menores de 25 años.

**Fig.11.- Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 2007
Letalidad por grupos de edad**



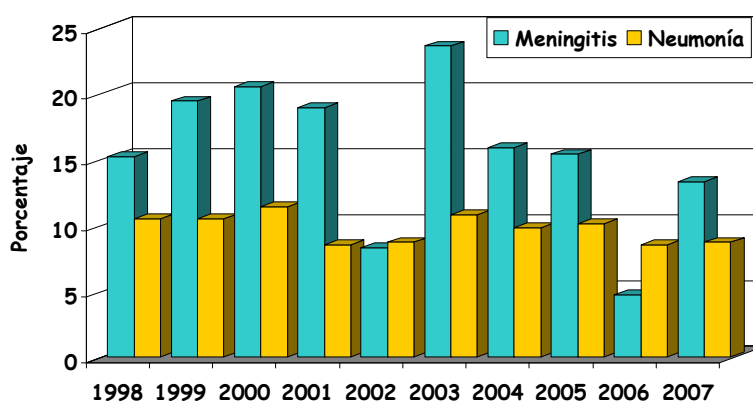
La evolución de la letalidad no presenta una clara tendencia en el período de estudio. La letalidad más baja se ha presentado en el año 2006 (8,6%) y la más elevada en el año 2000 (11,6%) (fig. 12).

**Fig. 12.-Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 1998-2007
Letalidad**



La evolución de la letalidad para las principales formas clínicas de presentación de la enfermedad se muestra en la figura 13. La letalidad de la neumonía es la más estable, oscilando entre un 8,5% en el año 2006 en el que se ha registrado la letalidad más baja, y un 11,4% en el año 2000. Sin embargo la letalidad de la meningitis ha mostrado amplias oscilaciones, registrándose también la menor letalidad en el año 2006 (4,7%) y la más elevada en el año 2003 (23,6%).

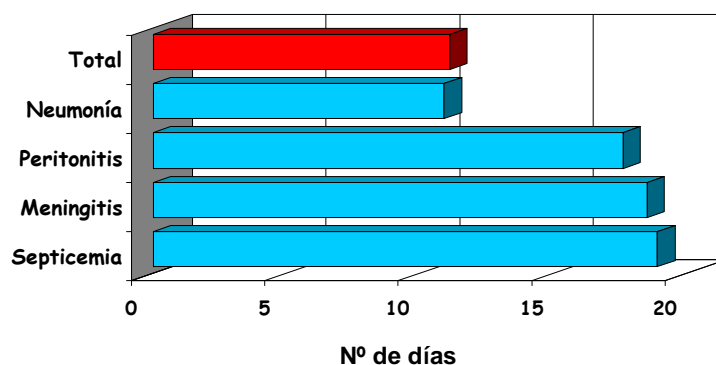
**Fig. 13.-Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 1998-2007
Letalidad**



La estancia media hospitalaria de la enfermedad invasora por neumococo en el año 2007 ha sido de 11,8 días, mostrando diferencias según la forma clínica. La mayor estancia se observa en los casos de septicemia (18,9 días) y en los de meningitis (18,5 días) (fig. 14).

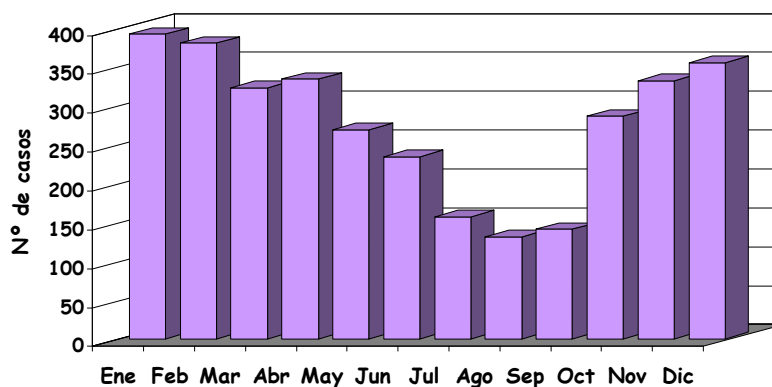
También se observan diferencias en la estancia media según la edad, siendo el grupo de 45 a 64 años el que presenta la estancia media más elevada (12,9 días) y el de 15 a 19 años la más baja (6,0 días).

**Fig.14.- Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 2007
Estancia media**



La distribución estacional de los casos de enfermedad invasora se muestra en la figura 15, observándose un predominio en los meses fríos.

**Fig.15.- Enfermedad invasora por neumococo
CMBD 2007
Distribución temporal**



Este patrón estacional se observa para las diferentes formas clínicas de la enfermedad, aunque es más claro para la neumonía neumocócica (fig. 16) que para la meningitis y la septicemia (fig. 17).

Fig.16.- Neumonía neumocócica
CMBD 2007
Distribución temporal

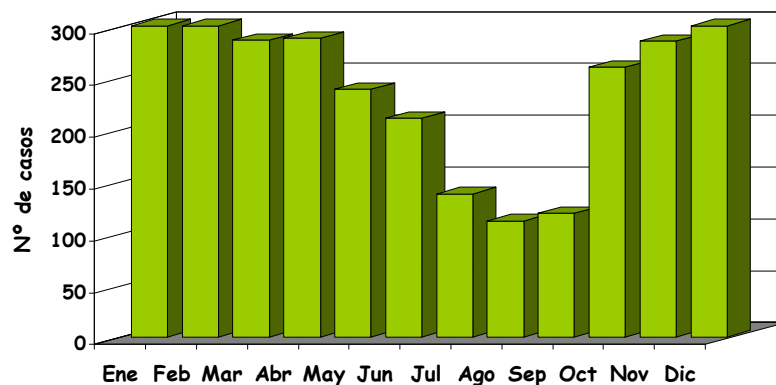
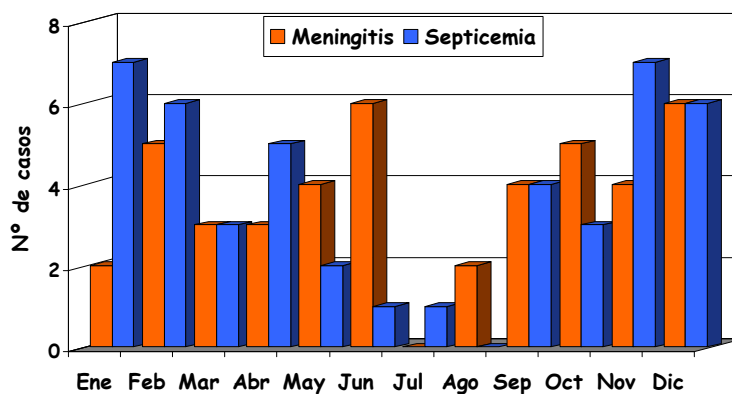


Fig.17.- Meningitis y septicemia neumocócicas
CMBD 2007
Distribución temporal



DISCUSIÓN

En España, la enfermedad neumocócica invasora no es de declaración obligatoria a nivel nacional, por lo que hasta ahora no disponemos de información homogénea y comparable a dicho nivel. Sin embargo, al igual que en la Comunidad de Madrid, recientemente también se ha incluido esta enfermedad en el sistema de enfermedades de declaración obligatoria en otras CCAA. Sin embargo *Streptococcus pneumoniae* es un

patógeno que se vigila a través del sistema de información microbiológica, por lo que tanto a nivel nacional como en la mayoría de las CCAA, se dispone de información sobre los aislamientos de este patógeno; aunque esta información puede no ser representativa a nivel poblacional, ya que el sistema de información es voluntario.

La comercialización de la vacuna heptavalente conjugada en España el año 2001, su inclusión en las vacunaciones sistemáticas de países de nuestro entorno, y su recomendación por la Asociación Española de Pediatría y por la OMS ha incrementado el interés y la necesidad de mejorar la información sobre la incidencia y las características de esta enfermedad. La mayoría de los estudios sobre esta enfermedad se basan en casos confirmados mediante identificación microbiológica y se han realizado en población pediátrica, que es en la que se recomienda dicha vacuna.

Los estudios efectuados en España en los últimos años, en diferentes ámbitos geográficos, muestran tasas de incidencia de enfermedad invasora por neumococo que presentan amplias diferencias⁽¹³⁻²¹⁾. Así, la incidencia en menores de 5 años oscila entre 8,9 casos por 100.000 habitantes en Murcia⁽¹⁶⁾ y 67 por 100.000 en Navarra⁽²⁰⁾.

Los datos de incidencia de enfermedad invasora en otros países de nuestro entorno, también muestran amplias variaciones⁽²²⁻²⁵⁾. En USA tras la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada en el año 2000, en el año 2006 se ha estimado una incidencia de 13,8 casos por 100.000 en población general y de 20,4 en menores de 5 años⁽²⁶⁾.

Sin embargo la incidencia de meningitis neumocócica es muy similar en los diferentes estudios^(13-17,19,21-25, 27-33). En España, la incidencia en los menores de 5 años ha oscilado entre 2,7 casos por 100.000 habitantes en Galicia⁽¹⁷⁾ y 7,9 en el País Vasco y Navarra⁽²¹⁾.

La incidencia de enfermedad invasiva en la Comunidad de Madrid en el año 2007, basándonos en el CMBD, ha sido superior a la observada en la mayoría de los estudios (54,82 casos por 100.000 habitantes). Esto se debe fundamentalmente a la fuente de información utilizada, que incluye los casos de sospecha clínica. Además nuestro estudio incluye todas las neumonías neumocócicas, y sólo un porcentaje de las mismas serían bacteriémicas y por tanto se considerarían enfermedad invasiva. La inclusión de todas las neumonías neumocócicas se debe a la imposibilidad de seleccionar sólo las neumonías bacteriémicas a partir de esta fuente de información.

Si consideramos que del total de neumonías neumocócicas serían bacteriémicas en adultos un 10-20% y en niños un 5-8%⁽³⁴⁾, la incidencia de enfermedad invasiva por neumococo en la Comunidad de Madrid en el año 2007 oscilaría entre 6,70-11,62 casos por 100.000 habitantes en población general, y entre 8,98-11,20 casos por 100.000 en los menores de 5 años.

La meningitis neumocócica es la enfermedad invasiva que muestra una incidencia más comparable, ya que la bacteriemia asintomática dependería de la práctica de hemocultivos en los pacientes que presentan dicho cuadro clínico. Así, la incidencia de meningitis neumocócica en nuestro estudio es similar a la publicada por otros autores, sobre todo en los niños^(15,16,21,22,24,25).

En la Comunidad de Madrid, como ya se ha comentado previamente, se vigila la meningitis neumocócica como EDO desde el año 1997, incluida en el grupo de meningitis bacterianas y además se vigila toda la enfermedad neumocócica invasora desde el año 2007. Al comparar los resultados del estudio con los datos sobre esta enfermedad recogidos en el Sistema EDO, se observa que la incidencia media anual de meningitis neumocócica en el período de estudio (1998-2007) es ligeramente superior en el CMBD (0,77) que en el sistema EDO (0,72). Sin embargo la incidencia en los menores de 5 años y en los menores de 15 años es algo superior en el sistema EDO (4,77 y 1,96 respectivamente) que en el CMBD (3,77 y 1,51). Ya que en ambos sistemas de información se incluyen los casos de sospecha clínica, estas diferencias pueden deberse por una parte a infranotificación al sistema EDO de los casos en adultos y por otra a errores en la clasificación o uso de un código inespecífico en el CMBD.

En cuanto a la enfermedad neumocócica invasora global observamos que la incidencia registrada en el sistema EDO en el año 2007 (9,70) se encuentra en el rango obtenido en nuestro estudio a partir del CMBD, cuando consideramos únicamente las neumonías bacteriémicas (6,70-11,62).

En USA tras la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada en el año 2000, se ha observado una disminución en la incidencia de la enfermedad neumocócica invasora y de los ingresos por neumonía ⁽³⁵⁾. En nuestro medio los cambios observados en la evolución de la enfermedad pueden deberse al aumento en el uso de las vacunas, a mejoras en la confirmación diagnóstica y a la tendencia secular de la enfermedad.

En el período analizado el CMBD ha sufrido algunas variaciones; a mediados del año 2000 se incorporaron los hospitales privados y en 2005 lo hicieron los hospitales militares. Por tanto la incidencia de la enfermedad en los primeros años del estudio podría estar infraestimada, y la reducción de la incidencia ser mayor que la observada.

La principal limitación de este estudio se debe a la fuente de información utilizada. El CMBD no aporta información microbiológica, por lo que no se dispone de datos sobre la confirmación diagnóstica de los casos, ni sobre los serotipos causantes de la enfermedad. Esto último es fundamental para valorar el efecto de las vacunas, ya que éstas se dirigen frente a determinados serotipos. Sin embargo esta información se recoge a partir del año 2007 junto con la vigilancia de toda la enfermedad neumocócica invasora en el sistema EDO (ver informe específico).

CONCLUSIONES

La enfermedad neumocócica invasora presenta una elevada incidencia y letalidad, afectando fundamentalmente a las edades extremas. Los resultados de este estudio muestran cifras de incidencia superiores a las obtenidas en otros estudios, ya que la fuente de información utilizada incluye los diagnósticos de sospecha clínica. Sin embargo la incidencia de meningitis neumocócica es muy similar en los diferentes estudios.

Los cambios observados en la incidencia pueden deberse al incremento del uso de las vacunas antineumocócicas, a mejoras en la confirmación diagnóstica y a las tendencias seculares de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Musher DM. *Streptococcus pneumoniae*. En Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Elsevier España SA, 6ª ed. Madrid, 2006.
2. WHO. Pneumococcal vaccines. Weekly Epidemiological Record 2003, Vol. 78, nº 14: 110-119. (<http://www.who.int/wer>)
3. Ghaffar F, Friedland IR and McCracken GH. Dynamics of nasopharyngeal colonization by *Streptococcus pneumoniae*. Pediatr Infect Dis 1999; 18:638-46.
4. Gray BM, Converse GM and Dillon HC. Epidemiologic studies of *Streptococcus pneumoniae* in infants: acquisition, carriage, and infection during the first 24 months of life. J Infect Dis 1980; 142:923-33.
5. Neumonía neumocócica. En El control de las enfermedades transmisibles. David L. Heymann, editor. Decimotava edición. Washington, D.C.: OPS, 2005.
6. Tunkel AR and Scheld WM. Meningitis aguda. En Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Elsevier España SA, 6ª ed. Madrid, 2006.
7. European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS): Annual Report 2006. The Netherlands, October 2007. (<http://www.rivm.nl/earss>)
8. Grupo de Estudio “ad hoc”. Vacuna Neumococo Conjugada. Recomendaciones de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo 2001.
9. WHO. Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization-WHO position paper. Weekly Epidemiological Record 2007, Vol. 82, nº 12: 93-104. (<http://www.who.int/wer>)
10. Orden 1869/2006, de 10 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad de Madrid.
11. Orden 74/2007, de 22 de enero, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las enfermedades de declaración obligatoria, a las situaciones epidémicas y brotes, y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) e infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
12. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. Características demográficas básicas. <http://infomadrid.icm.es/iestadis/fijas/otros/estructu.htm#Demograficos>
13. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en menores de 5 años. Comunidad de Madrid, 2003. Vol. 10, nº 5, mayo, 2004.
14. Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae*: Estudio de la incidencia de la enfermedad en menores de 5 años, en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agosto de 2004.
15. Domínguez A, Salleras L, Cardeñosa N et al. The epidemiology of invasive *Streptococcus pneumoniae* disease in Catalonia (Spain). A hospital-based study. Vaccine 2002; 20: 2989-2994.
16. Espín MI, Sandoval A, Ruiz J et al. Enfermedad neumocócica invasiva en niños de la Región de Murcia. Gac Sanit 2002; 16(5): 385-91.
17. Boletín Epidemiológico de Galicia. A enfermidade pneumocócica invasiva en Galicia: 2004-2006. Vol. XX, nº 7, 2007.
18. Goicoechea-Sáez M, Fullana-Montoro AM, Momparler-Carrasco P, Redondo-Gallego MJ, Brines-Solanes J, Bueno-Cañigral FJ. Enfermedad neumocócica invasiva en la población infantil de la Comunidad Valenciana. Gac Sanit 2003; 17(6):458-65.

19. González A, Vilorio LJ, Sanz JA, Ansorena L. Incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en Cantabria (1995-2001) e implicaciones para el calendario vacunal. *Gac Sanit* 2003; 17(6):453-7.
20. Barricarte A, Gil-Setas A, Torroba L et al. Enfermedad neumocócica invasiva en la población menor de 5 años de edad en Navarra (2000-2005): impacto de la vacuna conjugada. *Med Clin (Barc)* 2007; 129(2):41-5.
21. Aristegui J, Bernaola E, Pocheville I et al. Reduction in paediatric invasive pneumococcal disease in the Basque Country and Navarra, Spain, after the introduction of the heptavalent pneumococcal vaccine. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2007; 26:303-310.
22. Sleeman K, Knox K, George R et al. Invasive pneumococcal disease in England and Wales: vaccination implications. *JID* 2001; 183: 239-46.
23. Syriopoulou V, Daikos GL, Soulis K et al. Epidemiology of invasive childhood pneumococcal infections in Greece. *Acta Paediatr Suppl* 2000; 435: 30-4.
24. Jefferson T, Ferroni E, Curtale F et al. *Streptococcus pneumoniae* in western Europe: serotype distribution and incidence in children less than 2 years old. *Lancet Infect Dis* 2006; 6:405-10.
25. Lepoutre A, Varon E, Georges S et al. Impact de la vaccination par le vaccine pneumococcique conjugué heptavalent sur l'incidence des infections invasives à pneumocoque en France.
http://www.invs.sante.fr/presse/2008/le_point_sur/vaccination_pneumo_180108/index.htm
26. Centers for Disease Control and Prevention. 2007. Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report. Emerging Infections Program Network, *Streptococcus pneumoniae*, 2006.
<http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/abcs/survreports/spneu06.pdf>
27. Casado Flores J, Fenoll A, Arístegui Fernández et al. Meningitis neumocócica en niños españoles: incidencia, serotipos y resistencia antibiótica. Estudio prospectivo multicéntrico. *An Esp Pediatr* 2002; 57 (4): 295-300.
28. Casado Flores J, Arístegui J, Rodrigo de Liria C, Martín JM, Fernández Pérez C y Grupo para el estudio de la Meningitis Neumocócica. Prevalencia de meningitis neumocócica en niños españoles. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 5-9.
29. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Meningitis neumocócica en Andalucía. Período 1998-2006. Informe semanal Vol 12, nº 47, 2007.
30. Principi N and Marchisio P. Epidemiology of *Streptococcus pneumoniae* in Italian children. *Acta Paediatr Suppl* 2000; 435:40-3.
31. Kaltoft MS, Zeuthen N and Konradsen HB. Epidemiology of invasive pneumococcal infections in children aged 0-6 years in Denmark: a 19-year nationwide surveillance study. *Acta Paediatr Suppl* 2000; 435: 3-10.
32. Eriksson M, Henriques B and Ekdahl K. Epidemiology of pneumococcal infections in Swedish children. *Acta Paediatr Suppl* 2000; 435: 35-9.
33. Spanjaard L, Van der Ende A, Rümke H et al. Epidemiology of meningitis and bacteraemia due to *Streptococcus pneumoniae* in The Netherlands. *Acta Paediatr Suppl* 2000; 435: 22-6.
34. Salleras L, Domínguez A y Navarro JA. Vacuna antineumocócica conjugada. En *Vacunas preventivas. Principios y aplicaciones*. Masson, 2ª edición. Barcelona 2003; 399-420.
35. Grijalva CG, Nuorti JP, Arbogast PG, Martin SW, Edwards KM, Griffin MR. Decline in pneumonia admissions after routine childhood immunisation with pneumococcal conjugate vaccine in the USA: a time-series analysis. *Lancet* 2007; 369:1179-1186.



INFORME:

LEGIONELOSIS. AÑO 2007

1.- INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid la legionelosis es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO), de notificación semanal con datos epidemiológicos básicos. Esta enfermedad se puede presentar con dos manifestaciones clínicas y epidemiológicas identificadas y diferentes: la enfermedad del legionario y la fiebre de Pontiac. Clínicamente la enfermedad del legionario se define como una enfermedad respiratoria aguda con signos focales de neumonía, fiebre, cefalea y mialgias, alrededor de un tercio de los casos desarrollan diarrea y vómitos y la mitad de ellos pueden presentar confusión mental y delirio. La fiebre de Pontiac se define clínicamente como un síndrome febril agudo autolimitado.

A efectos de vigilancia epidemiológica se considera caso *sospechoso/probable* aquel que es compatible con la definición clínica de caso y/o que presenta resultado positivo de alguna de las siguientes pruebas de laboratorio, consideradas pruebas de presunción:

- Título alto (>256) de anticuerpos frente a *L. pneumophila* serogrupo (SG) 1 en un suero tomado en la fase convaleciente, o
- Seroconversión: aumento del título de anticuerpos en cuatro veces o más, frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella* distinto de *L. pneumophila* SG1, por inmunofluorescencia indirecta, en sueros tomados en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad, siempre que el valor final alcanzado sea ≥ 128 , o
- Tinción directa de la bacteria en secreciones respiratorias o tejido pulmonar, por fluorescencia directa con anticuerpos mono o policlonales frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella*, incluido SG1.

Se considera caso *confirmado* aquel que es compatible con la definición clínica de caso y que presenta resultado positivo de alguna de las pruebas de confirmación de laboratorio:

- Aislamiento de cualquier especie o SG de *Legionella* a partir de secreciones respiratorias, tejido pulmonar o sangre, o
- Seroconversión: aumento del título de anticuerpos en cuatro veces o más, frente a *L. pneumophila* SG1, por inmunofluorescencia indirecta, en sueros tomados en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad, siempre que el valor final alcanzado sea ≥ 128 , o
- Demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1, en orina por ELISA o RIA.

Según el **ámbito de aparición de los casos** se pueden clasificar en:

- Caso nosocomial: se define caso de origen nosocomial confirmado aquél que tiene lugar en un enfermo que ha pasado los 10 días anteriores a la fecha de inicio de los síntomas en un establecimiento hospitalario y caso de origen nosocomial probable cuando el enfermo ha estado ingresado por lo menos un día, en los 10 días anteriores a la fecha de inicio de los síntomas.

- Caso comunitario: cuando la infección es adquirida en la comunidad.
- Caso asociado a viaje: cuando ocurre en una persona con antecedentes de haber viajado y pernoctado fuera de casa, una o más noches, durante los 10 días anteriores al comienzo de los primeros síntomas. Actualmente este criterio está en revisión, para alcanzar un acuerdo entre las diversas comunidades autónomas en cuanto al tiempo pernoctado fuera en los 10 días previos al inicio de síntomas para considerar que un caso es asociado a viaje.

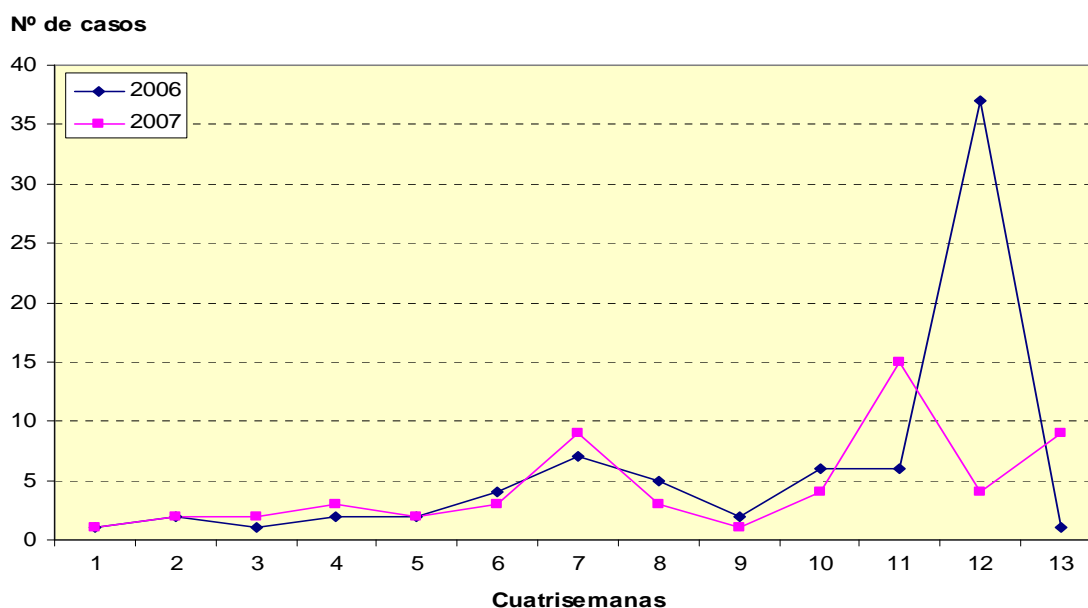
Según el **modo de presentación** se puede distinguir:

- Caso esporádico: caso aislado sin relación epidemiológica con ningún otro.
- Caso relacionado: dos ó más casos ocurridos en un intervalo de tiempo superior a 6 meses, en personas que hayan frecuentado un mismo lugar en los 2-10 días previos a la fecha de inicio de los síntomas.
- Caso agrupado o brote: dos ó más casos ocurridos en un intervalo de tiempo inferior a 6 meses, en personas que hayan frecuentado un mismo lugar en los 2-10 días previos a la fecha de inicio de los síntomas.

2.- INCIDENCIA

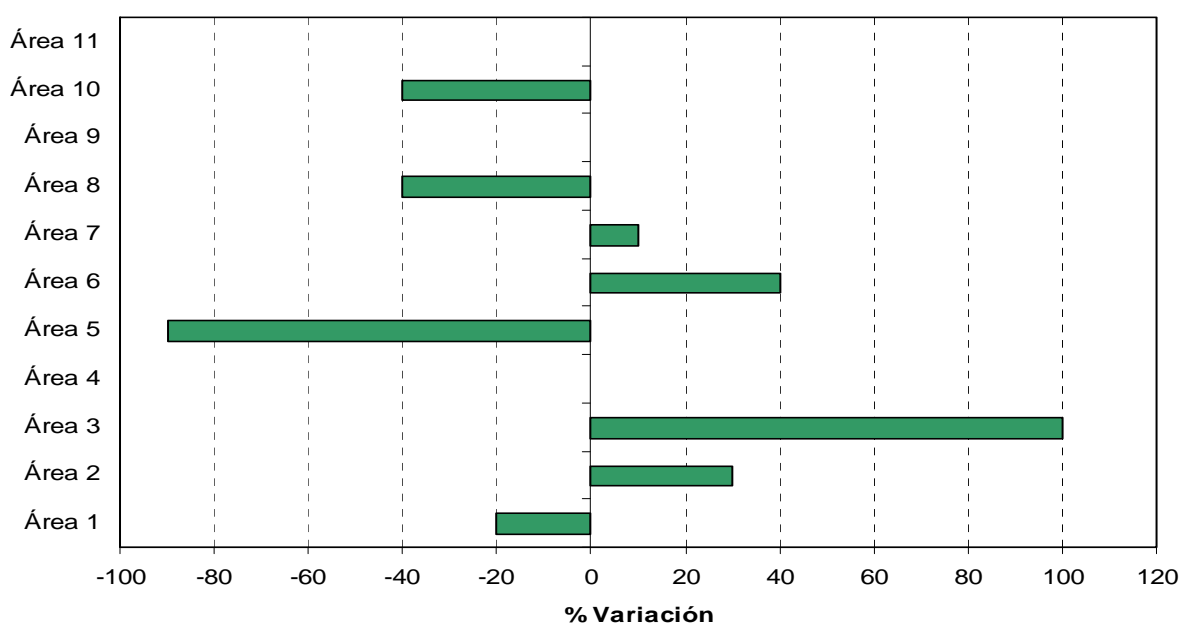
En el año 2007 se notificaron 58 casos de legionelosis, 18 casos menos que en 2006. En el gráfico 1 se muestran los casos de legionelosis notificados en 2007 y 2006 por cuatrisesmana epidemiológica. La tasa de incidencia acumulada en 2007 fue de 0,95 casos por 100.000 habitantes, un 24,60% menor que la mediana de las tasas de la CM del quinquenio anterior. A nivel nacional se notificaron 1.178 casos, 165 casos menos que en 2006, con una tasa de incidencia de 2,66 casos por 100.000 habitantes. La razón de tasas entre la CM y el nivel nacional en 2007 fue de 0,36 (referencia: nivel nacional).

**Gráfico 1.- Legionelosis. Casos notificados por cuatrisesmanas.
Años 2006 y 2007. Comunidad de Madrid.**



Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 3 (2,00 casos por 100.000 habitantes), seguida de la 6 (1,42 casos por 100.000 habitantes), la 2 (1,36 casos por 100.000 habitantes) y la 7 (1,11 casos por 100.000 habitantes). En el gráfico 2 se presenta el porcentaje de variación de la tasa de incidencia de cada área de salud en relación con la de la CM. El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Coslada (3,15 por 100.000), seguido de los distritos de Ciudad Lineal (2,24 por 100.000), Collado Villalba (2,16 por 100.000), Alcalá de Henares (2,11 por 100.000) y Villaverde (2,09 por 100.000) (Mapa 1).

Gráfico 2.- Legionelosis. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Año 2007.



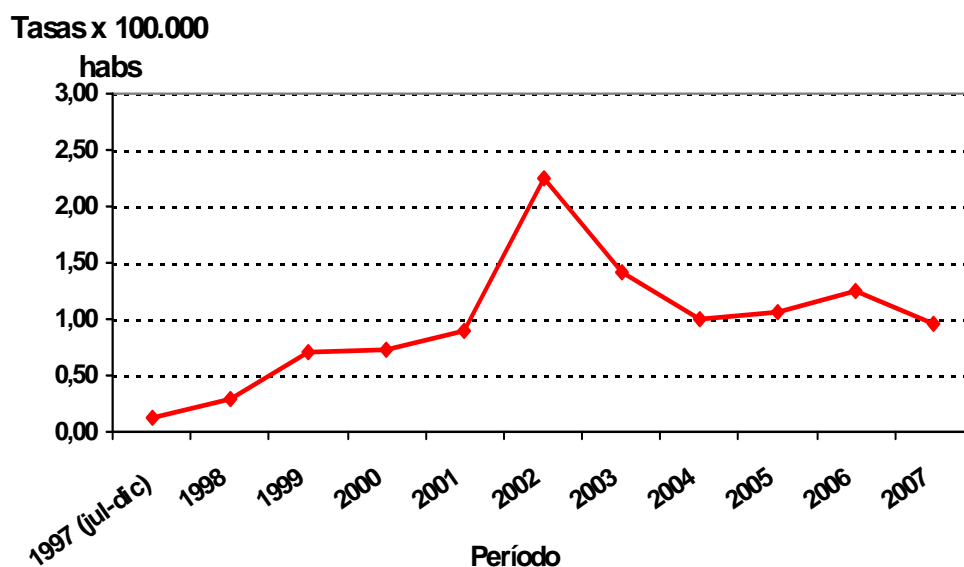
Considerando sólo los casos comunitarios, en el año 2007 se notificaron 45 casos de legionelosis, lo que supuso una tasa de incidencia acumulada de 0,74 casos por 100.000 habitantes. Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 3 (1,14 casos por 100.000 habitantes), seguida de la 6 (1,08 casos por 100.000 habitantes), la 4 (1,04 casos por 100.000 habitantes) y la 9 (1,01 casos por 100.000 habitantes). El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Ciudad Lineal (2,24 por 100.000), seguido de los distritos de Villaverde (2,09 por 100.000), Coslada (1,89 por 100.000), Collado Villalba (1,73 por 100.000) y Leganés (1,64 por 100.000) (Mapa 2).

3.- EVOLUCIÓN TEMPORAL

En el gráfico 3 se muestra la incidencia de esta enfermedad desde julio de 1997, fecha en que comenzó a considerarse de declaración obligatoria en nuestra comunidad. En este período se observa un aumento en la incidencia de legionelosis declarada, debido, al menos en parte, a la mejora y consolidación de la vigilancia de esta enfermedad con el paso del tiempo. Se observó un pico de incidencia en el año 2002, probablemente relacionado con la vigilancia activa realizada durante el tercer trimestre ante la alerta surgida por la **Servicio de Epidemiología**

agregación temporoespacial de 8 casos en el área 4, que finalmente no se confirmó como brote. Entre 2004 y 2006 la incidencia ascendió ligeramente para volver a disminuir en 2007, aunque con una tendencia relativamente estable a lo largo de este periodo.

Gráfico 3. Legionelosis. Tasas de incidencia. Comunidad de Madrid. Periodo 1997-2007.



4.- CASOS NOTIFICADOS

El 69,0% de los casos se produjo en varones. La edad media de los casos fue de 55,8 años (desviación típica 15,0), con un rango que oscilaba entre 3 y 76 años. En el 1,7% de los casos no se conocía el país de origen, el 1,7% eran colombianos y el 96,6% españoles (56 casos).

El 93,5% de los casos se clasificaron como confirmados (54 casos), en 2 de ellos no se recogió el método de confirmación, uno se confirmó por seroconversión y el resto por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (39,7%), tener diabetes mellitus (19,0%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (12,1%), padecer una nefropatía (3,4%), estar en tratamiento con corticoides (3,4%), padecer una inmunodepresión (1,7%), padecer un cáncer (1,7%) y haber recibido un trasplante (1,7%).

No se dispone de información sobre la evolución en 35 casos (60,3%). Se registró el fallecimiento de 4 casos, todos confirmados, dos de los cuales estaban asociados a viaje, uno de ellos en el entorno de un brote. Se trataba de 3 varones y una mujer de edades comprendidas entre los 39 y los 76 años.

En el 37,9% de los casos se recogía el antecedente de viaje en los últimos 10 días, pero sólo el 22,4% se clasificó como asociado a viaje, considerando como tales aquellos

casos que habían pasado más de 5 días fuera de la CM en los 10 días previos al inicio de los síntomas.

Según el modo de presentación, 6 casos se presentaron en el contexto de brotes epidémicos: tres de ellos asociados con la estancia en un hotel en el Algarve (Portugal), dos con la estancia en un hostel de Águilas (Murcia) y el otro asociado a un balneario en Baños de Montemayor (Cáceres). No se ha notificado ningún caso nosocomial.

5.- CASOS COMUNITARIOS

Se presenta un análisis independiente de los 45 casos definidos como comunitarios, ya que son aquellos en los que se considera que el riesgo de la enfermedad ha estado en la CM.

El 71,1% de los casos se produjo en varones. La edad media de los casos fue de 55,2 años (desviación típica 14,6), con un rango que oscilaba entre 3 y 76 años. En el gráfico 4 se presenta la distribución por grupos de edad de los casos comunitarios y de los casos asociados a viaje. En el 2,2% de los casos no se conocía el país de origen, el 2,2% eran colombianos y el 95,6% españoles (43 casos).

El 91,1% de los casos se clasificaron como confirmados (41 casos), en 2 de ellos no se recogió el método de confirmación y el resto por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (44,4%), tener diabetes mellitus (20,0%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (15,6%), estar en tratamiento con corticoides (4,4%), padecer una nefropatía (2,2%), haber recibido un transplante (2,2%) y padecer otra inmunosupresión (2,2%). En el gráfico 5 se presenta la distribución de los principales factores predisponentes observados en los casos comunitarios y en los casos asociados a viaje.

Se registró el fallecimiento de 2 varones de 39 y 58 años, ambos clasificados como casos confirmados.

No se registró ningún caso asociado a brote entre los casos comunitarios, es decir, que en 2007 no se produjo ningún brote de legionelosis con el riesgo localizado en la CM.

Gráfico 4. Legionelosis. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2007.

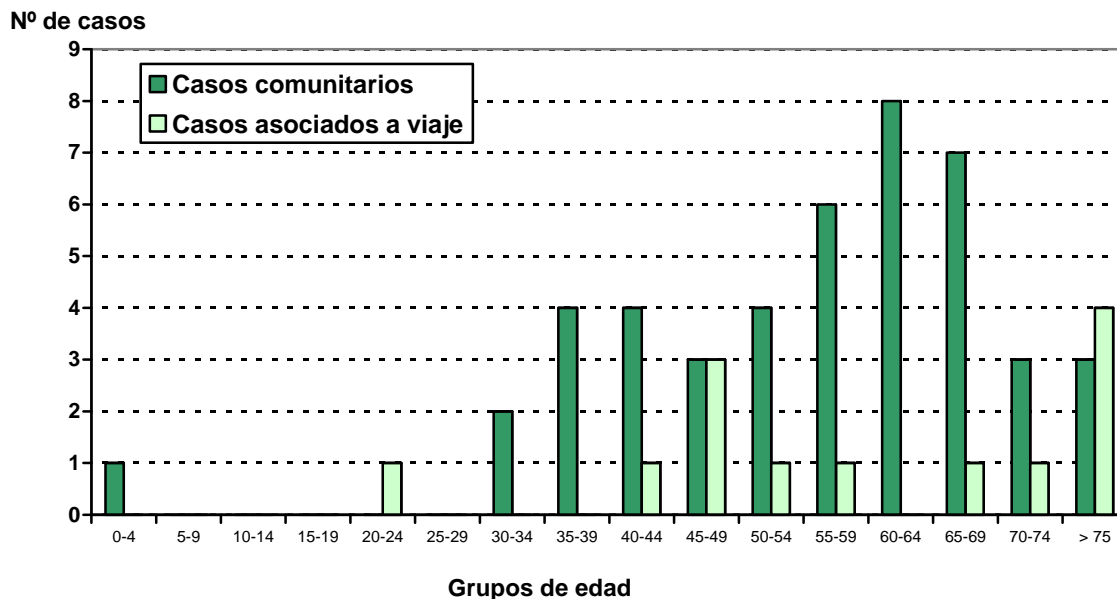
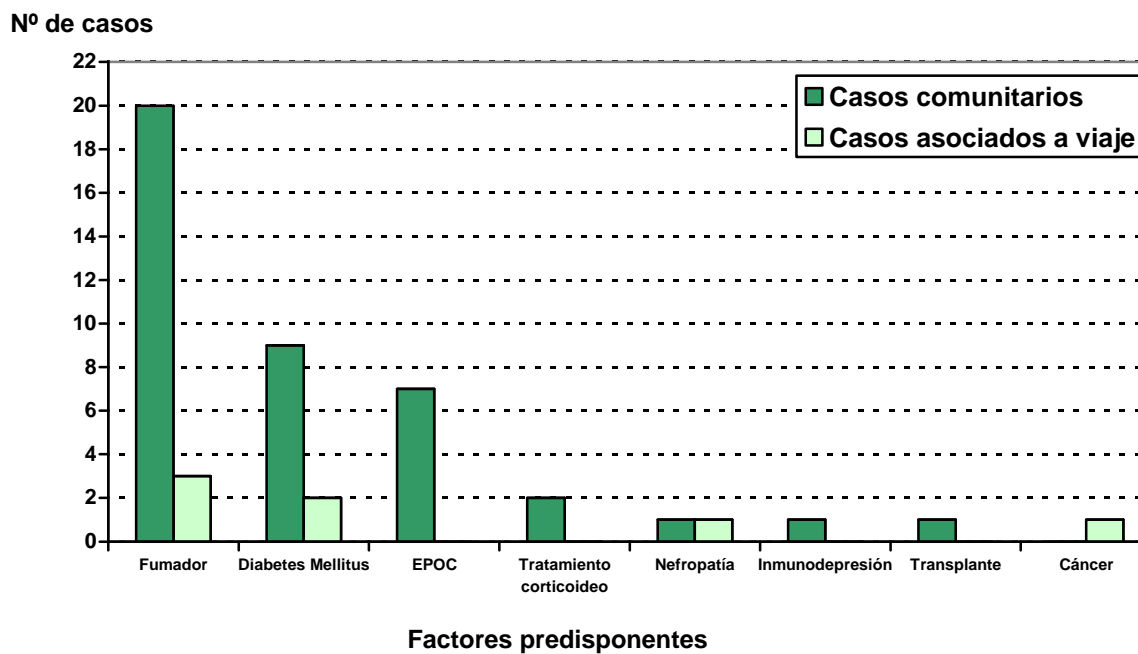


Gráfico 5. Legionelosis. Distribución de los principales factores predisponentes. Comunidad de Madrid. Año 2007.



6.- CASOS REGISTRADOS EN EL CMBD

Se analizan los casos de legionelosis en residentes en la CM registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias de 2007, con código 482.84 en cualquiera de los diagnósticos, principal o secundarios.

En el CMBD del año 2007 se hallaron 71 casos con diagnóstico de legionelosis, uno de los cuales reingresó en un periodo inferior a un mes, por lo que se consideró que no era un caso nuevo y se eliminó del análisis. Por lo tanto, se detectaron 70 casos de legionelosis con alta hospitalaria en 2007, lo que supuso una tasa de incidencia de 1,15 casos por 100.000 habitantes.

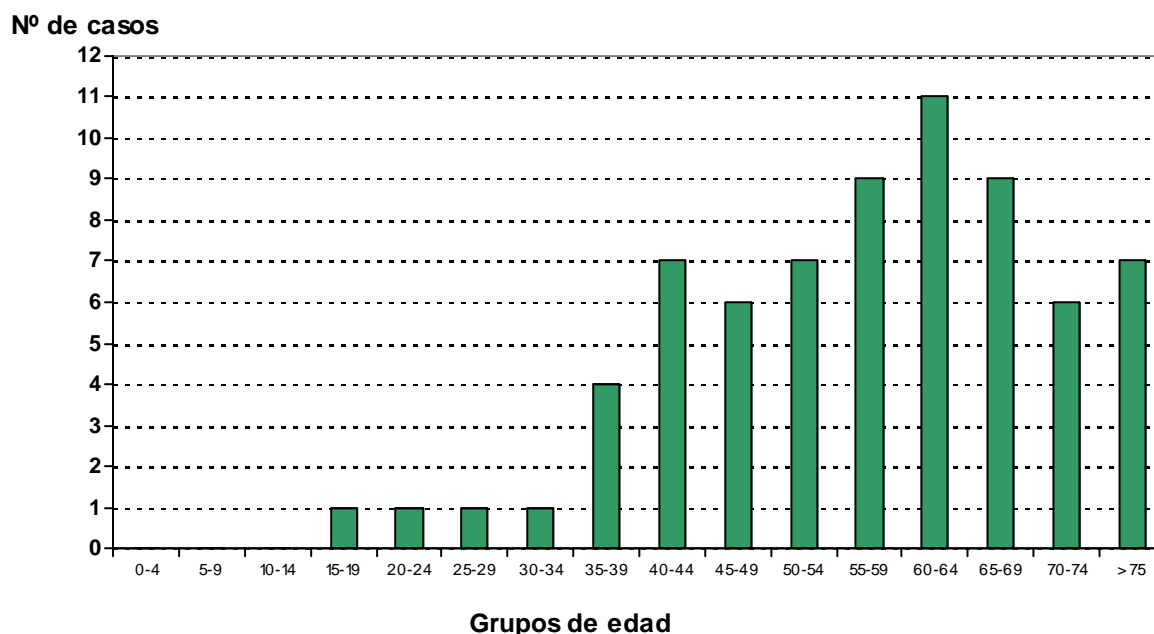
El 77,1% de estos casos fueron varones, el rango de edad osciló entre 19 y 87 años, con una media de 56,8 años (desviación típica: 14,3), en el gráfico 6 se presenta la distribución por edad. En el 20,0% de casos no constaba el país de origen, el 4,3% eran extranjeros y el 75,7% españoles.

En el 97,1% de casos el ingreso se produjo de forma urgente. La duración de la estancia hospitalaria osciló entre 1 y 80 días, con una mediana de 8 días. El 92,9% de los casos se fueron a su domicilio al alta, el 1,4% fue trasladado a otro hospital y el 5,7% fallecieron. Los 4 casos fallecidos eran 2 hombres y 2 mujeres de edades comprendidas entre los 39 y los 76 años.

En el 92,9% de los casos el código diagnóstico de legionelosis aparecía como diagnóstico principal, en el 4,3% como primer diagnóstico secundario, en el 1,4% como segundo diagnóstico secundario y en el 1,4% restante como tercer diagnóstico secundario. Los tres casos con legionelosis como primer diagnóstico secundario correspondían a 3 varones de 28, 56 y 66 años, cuyo diagnóstico principal fue, respectivamente, tuberculosis pulmonar infiltrativa diagnosticada por microscopía, empiema sin fístula y otras septicemias por gram negativos. El caso con legionelosis como segundo diagnóstico secundario era un varón de 35 años con enfermedad por VIH como diagnóstico principal, y el caso con legionelosis como tercer diagnóstico secundario era una mujer de 84 años con otras septicemias por gram negativos como diagnóstico principal.

Gráfico 6.

**Legionelosis: altas hospitalarias con diagnóstico de legionelosis (código 482.84).
Distribución por grupos de edad. CMBD Comunidad de Madrid. Año 2007.**



7.- MÉTODO CAPTURA – RECAPTURA PARA DOS FUENTES DE INFORMACIÓN

Al explorar la concordancia entre los casos registrados en el CMBD y los casos notificados al sistema de vigilancia, se observa que 40 de los casos detectados en el CMBD de 2007 coinciden en fecha de nacimiento y sexo con los casos notificados. Los casos no concordantes en fecha de nacimiento y sexo entre ambos sistemas fueron 30 casos registrados en el CMBD y 18 casos notificados como EDO.

El método captura-recaptura para dos fuentes de información nos permite estimar, a partir de los datos expuestos, el número total de casos de legionelosis en la población, así como la sensibilidad de cada uno de los sistemas y de ambos sistemas combinados. Se ha utilizado el programa estadístico EPI-INFO para analizar la información.

El número total de casos identificados por ambos sistemas es 88, lo que nos da un número total de 101 casos estimados (intervalo de confianza 95%: 90-112). La sensibilidad del sistema EDO es 57,4% (IC 95%: 51,7% - 64,5%), la sensibilidad del CMBD es 69,3% (IC 95%: 62,4% - 77,9%) y la sensibilidad de ambos sistemas combinados es 87,1% (IC 95%: 78,5% - 97,9%).

A través del sistema EDO se notificó un caso en una niña de 3 años que no se detectó en el análisis del CMBD. Dada la poca frecuencia de la legionelosis a esta edad, se hizo una búsqueda específica de este caso en el CMBD de 2007, por hospital de ingreso, fecha de nacimiento y sexo, y se encontró el caso coincidente entre los registrados en el CMBD, con el código 486 en el diagnóstico principal, correspondiente a “Neumonía por organismo sin especificar”, y sin ningún otro código en las variables que recogen el diagnóstico secundario.

8.- CONCLUSIONES

La tasa de incidencia de legionelosis en 2007 fue de 0,95 casos por 100.000 habitantes, menor que en 2006, un 24,60% menor que la mediana de las tasas del quinquenio 2002-2006 y menor que la observada a nivel nacional (razón de tasas: 0,36). Las áreas con mayor tasa fueron la 3 y la 6, tanto al considerar todos los casos notificados como considerando sólo los casos comunitarios. En el análisis del CMBD se detectaron 70 casos con diagnóstico de legionelosis (1,15 casos por 100.000 habitantes).

Al igual que en años anteriores, la mayoría de los casos fueron varones, y la media de edad estaba por encima de los 55 años, distribución similar a la encontrada en los casos detectados al analizar el CMBD. El porcentaje de confirmación de la enfermedad fue superior al 90% y en la mayoría de los casos el método de confirmación utilizado fue la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG 1 en orina.

En 2007 no se notificó ningún brote con el riesgo localizado en la CM y se produjeron 6 casos de legionelosis asociados a brotes con el riesgo localizado fuera de nuestra comunidad.

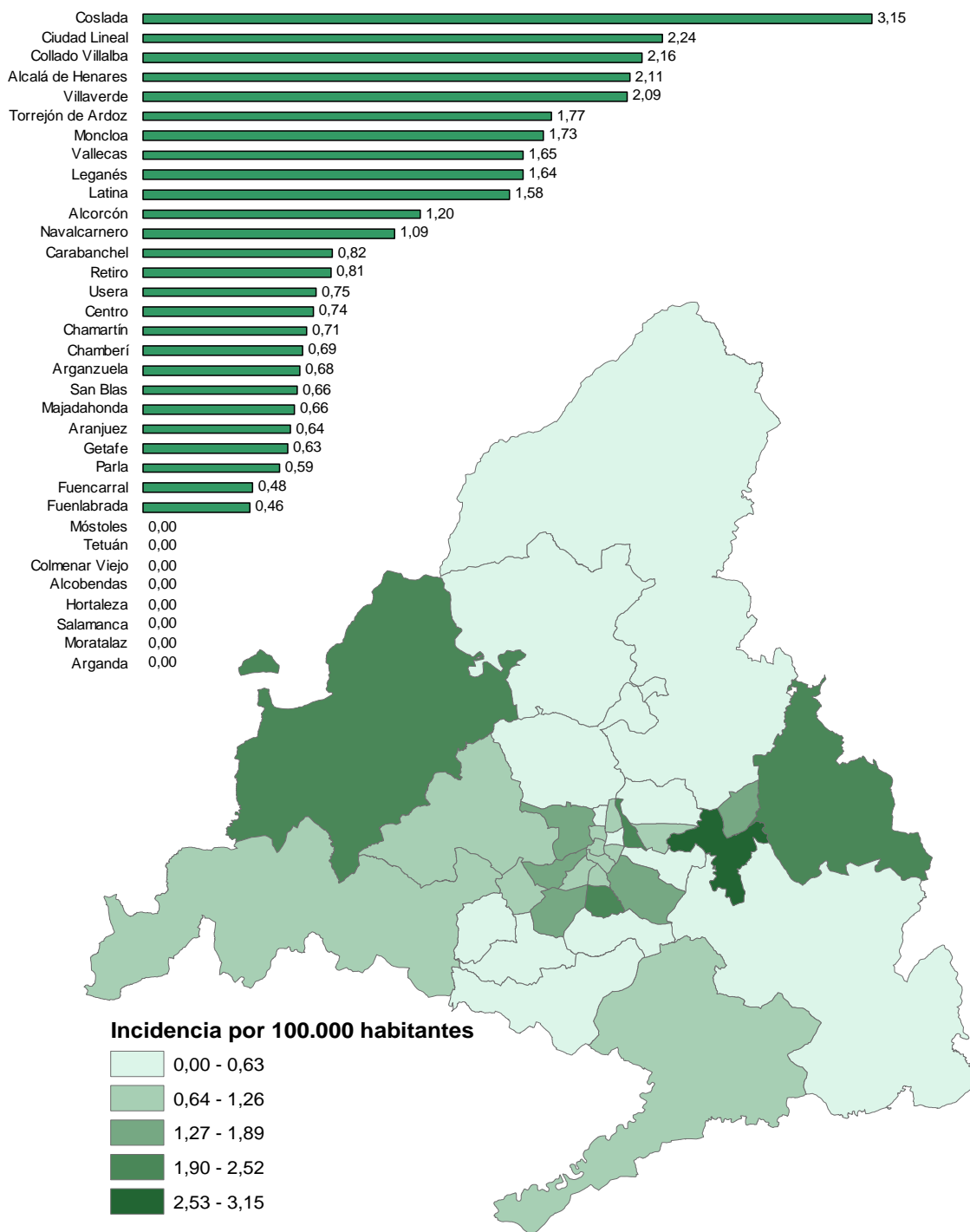
En el análisis del CMBD se recogió el fallecimiento de 4 casos de los 70 detectados, lo que supone una letalidad del 5,7%, aunque hay que tener en cuenta que la información aportada por este registro se refiere al momento del alta hospitalaria. Si se consideran las EDO, en el 60% de los casos notificados no se dispone de información sobre la evolución, de modo que no podemos calcular la letalidad, por lo que sería conveniente hacer hincapié en la importancia de mejorar la cumplimentación de esta variable.

La información aportada por el CMBD es insuficiente en cuanto a variables epidemiológicas de interés como los factores predisponentes, la exposición a fuentes de aerosoles o los antecedentes de viaje, pero es útil al optimizar la exhaustividad del sistema y contribuir a mejorar la información relacionada con el ingreso hospitalario. Las estimaciones realizadas por el método captura-recaptura muestran el importante incremento de la sensibilidad obtenido con la utilización conjunta de ambos sistemas, lo que nos permitiría obtener una incidencia más cercana a la realidad.

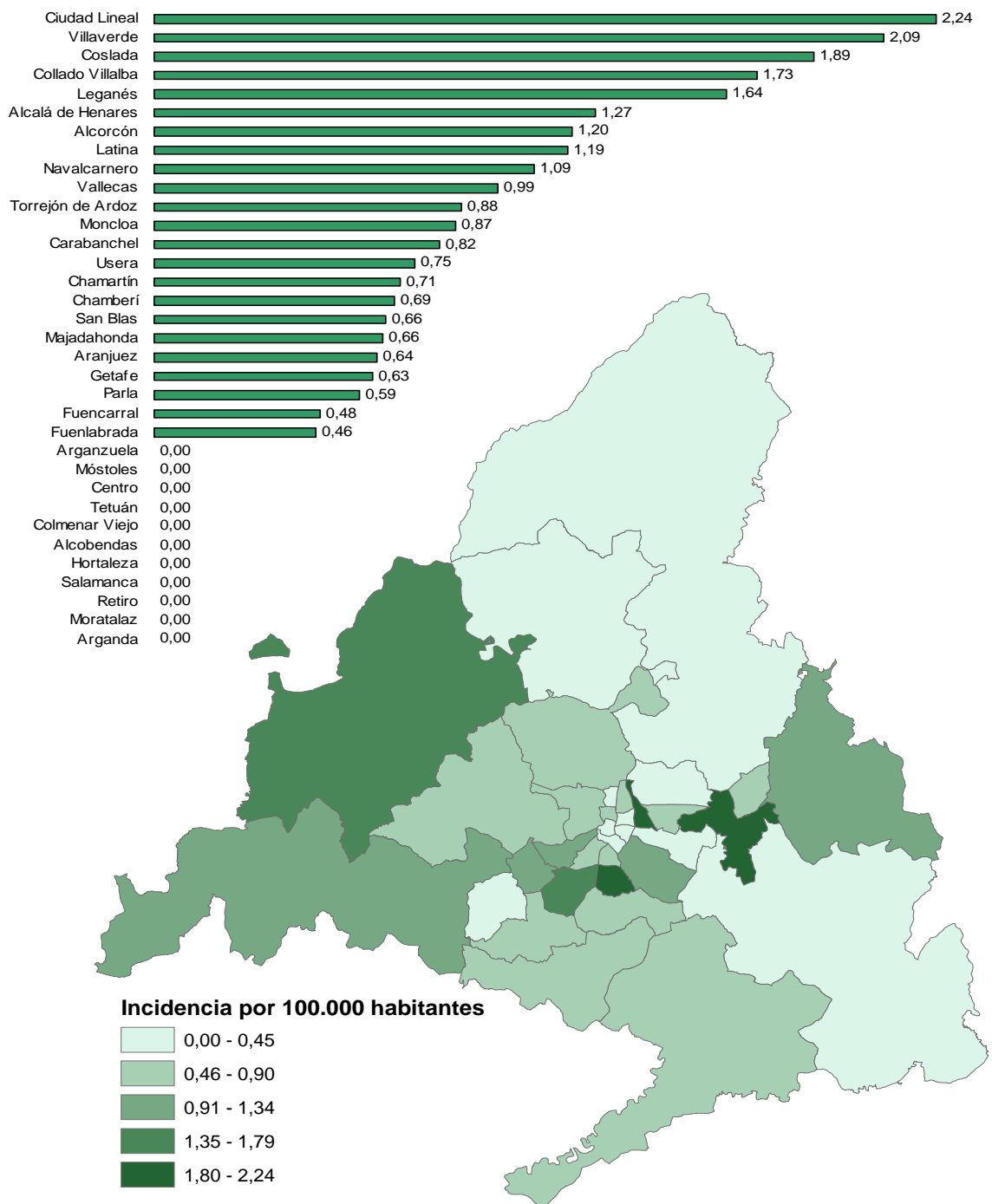
Hay que tener en cuenta que pueden existir errores en la codificación del CMBD, como el que se ha detectado en el caso de la niña de 3 años. Esto nos lleva a plantearnos la posibilidad de redefinir los criterios de búsqueda de casos a través del CMBD para realizar este tipo de análisis captura-recaptura, incluyendo otros códigos menos específicos, con lo que el número de casos estimado sería aún mayor.

La red de vigilancia ha funcionado adecuadamente, contribuyendo a la situación descrita de estabilización o descenso de la incidencia de la legionelosis en la CM y a la no aparición de brotes con el riesgo localizado en nuestra comunidad. Hay que seguir trabajando para mejorar el sistema y estar alerta ante posibles cambios de tendencias y ante la aparición de brotes.

Mapa 1. Legionelosis: casos notificados. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2007.



Mapa 2. Legionelosis: casos comunitarios. Tasas de incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2007.





Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud.

Comunidad de Madrid Año 2008, semanas 23 a 26 (del 1 al 28 de junio de 2008)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***			
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.		
Inf que causan meningitis																										
Enf. meningocócica	3	16	0	1	0	3	2	2	1	6	1	6	0	4	0	1	1	5	0	2	0	3	8	49		
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5		
Meningitis bacterianas, otras	1	1	1	4	0	4	0	0	3	5	0	2	0	2	0	2	1	1	0	1	0	9	6	32		
Meningitis víricas	2	5	2	5	2	9	0	4	6	17	3	14	3	9	5	19	8	30	2	5	11	25	45	144		
Enf. neumocócica invasora	3	38	3	12	3	27	1	41	6	26	5	48	3	54	5	36	8	35	1	18	8	63	46	407		
Hepatitis víricas																										
Hepatitis A	5	7	0	2	2	4	0	0	5	12	1	6	4	16	3	6	2	5	1	2	1	7	24	67		
Hepatitis B	2	9	3	11	0	2	0	4	0	6	1	5	1	16	1	8	0	5	1	3	2	22	12	93		
Hepatitis víricas, otras	0	1	0	8	0	0	0	1	2	4	1	11	2	7	0	2	0	3	0	0	2	13	7	50		
Enf transmisión alimentos																										
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1	8		
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4		
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3		
Enf transmisión respiratoria																										
Gripe	4	2135	2	1971	2	2233	8	1765	34	4643	47	3960	67	4683	3	1968	5	1388	0	456	27	4533	199	29735		
Legionelosis	0	1	0	2	0	0	1	2	1	7	2	4	0	5	0	3	4	8	1	1	1	3	11	37		
Varicela	285	948	143	720	350	938	132	571	265	1646	207	1221	130	710	141	694	197	575	4	48	400	1519	2255	9591		
Enf transmisión sexual																										
Infección Gonocócica	1	1	2	6	0	4	0	0	4	18	2	11	7	30	1	2	2	6	0	2	2	12	21	92		
Sífilis	1	6	2	7	0	4	3	9	6	34	2	14	7	41	2	5	0	8	1	4	3	27	28	161		
Antropozoonosis																										
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3		
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	4	0	0	1	2	1	11		
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Enf prevenibles inmunización																										
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Parotiditis	10	35	7	33	3	40	7	36	3	57	6	43	6	43	5	32	1	20	3	9	3	41	56	396		
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Rubéola	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	7		
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2		
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		
Tos ferina	0	1	0	2	1	3	1	5	0	2	3	7	1	4	0	2	0	2	2	2	3	9	12	41		
Enf importadas																										
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Paludismo	0	6	1	2	1	5	0	2	0	1	0	2	0	3	0	2	6	19	1	2	1	3	10	47		
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tuberculosis *																										
TB respiratoria*	5	65	6	22	4	26	4	36	12	64	7	43	6	61	5	45	7	39	6	26	15	102	80	543		
TB, otras*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Enf notificad sist especiales																										
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4		
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
P.F.A.0(<0150años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Poblaciones**	752.687		444.557		350.313		575.937		752.006		650.956		532.912		472.572		397.579		328.701		823.469		6.081.689			
Cobertura de Médicos	72,18%		69,96%		98,83%		60,34%		97,99%		100,00%		94,29%		71,58%		64,67%		3,78%		67,00%		76,24%			

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2007 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 23 a 26 (del 1 al 28 de junio de 2008)

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

Brotes de origen alimentario. Año 2008. Semanas 23-26 y datos acumulados hasta la semana 26

Lugar de consumo	Año 2008						Año 2007		
	Semanas 23-26			Semanas 1-26			Semanas 1-26		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	0	0	0	10	975	2	6	313	5
Instituciones penitenciarias	0	0	0	2	115	0	0	0	0
Restaurantes, bares y similares	2	41	1	18	112	6	14	327	1
Domicilios	6	21	3	17	78	9	13	53	6
Residencias de ancianos	0	0	0	3	48	0	2	47	1
Otras residencias	0	0	0	3	44	3	1	14	0
Comedores de empresa	1	22	0	1	22	0	0	0	0
Otros lugares	0	0	0	3	41	0	1	4	1
Desconocido	1	2	0	1	2	0	0	0	0
Total	10	86	4	58	1437	20	37	758	14

Brotes de origen no alimentario. Año 2008. Semanas 23-26 y datos acumulados hasta la semana 26

Tipo de brote*	Año 2008						Año 2007		
	Semanas 23-26			Semanas 1-26			Semanas 1-26		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	1	2	0	10	437	0	12	340	7
Varicela	0	0	0	2	84	0	0	0	0
Escabiosis	0	0	0	4	40	0	5	58	0
Hepatitis A	1	4	1	6	17	1	3	17	1
Parotiditis	0	0	0	4	16	0	22	462	0
Escarlatina	0	0	0	3	15	0	0	0	0
Viriasis inespecífica	0	0	0	1	11	0	0	0	0
Eritema infeccioso	0	0	0	1	7	0	0	0	0
Tos ferina	1	2	0	2	7	2	7	38	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	4	0	1	7	0
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	4	0	0	0	0
Conjuntivitis vírica	1	3	0	1	3	0	1	43	0
Total	4	11	1	36	645	3	51	965	8

*Aparecen sólo los procesos que se han presentado como brotes a lo largo del año en curso.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2008, semanas 23 a 26
(Del 1 al 28 de junio de 2008)**

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 40 Médicos Generales y 30 Pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2005" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de julio 2006, Vol. 12, nº 7, disponible en <http://www.madrid.org>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en la misma página de internet.

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

La cobertura de notificación alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 53,9% (nº de semanas en que se ha enviado notificación con o sin casos / nº de semanas teóricas x 100).

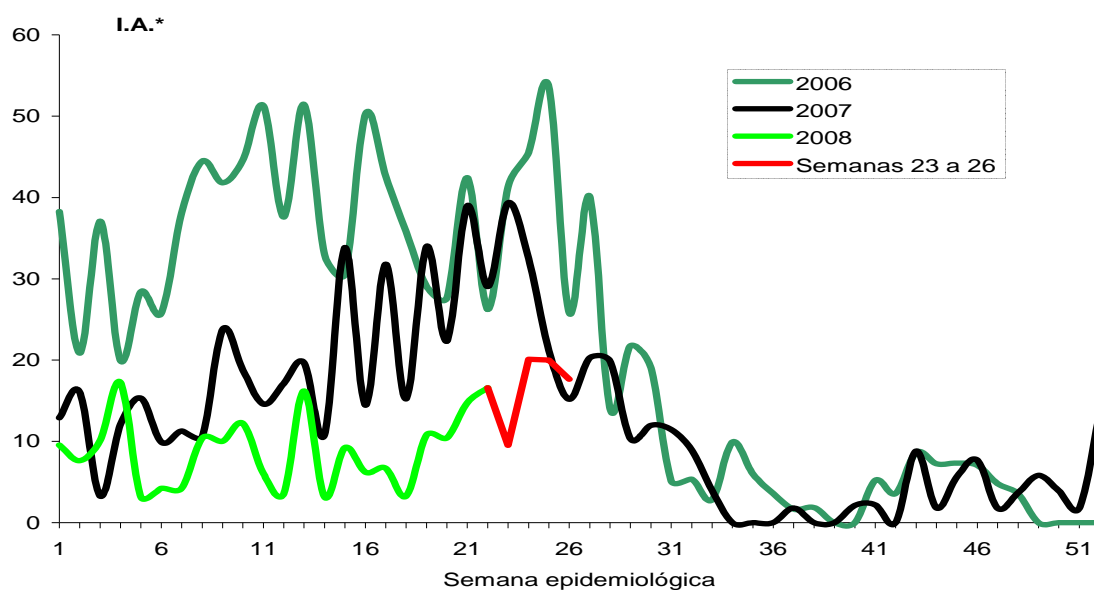
Nota aclaratoria:

A partir de 2008 se amplía la Red de Médicos Centinela con el objetivo de ajustar su representatividad al aumento y cambios sociodemográficos que se han dado en la población de la Comunidad de Madrid en los últimos años. La actual red contará con 130 médicos de atención primaria que atienden a unas 170.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). La incorporación de los nuevos médicos será progresiva durante 2008, y comenzarán a notificar varicela, herpes-zóster y crisis asmáticas desde el momento de su incorporación, aquellos que además notifiquen gripe lo harán a partir de la temporada 2008-2009.

Coincidiendo con este cambio en la Red de Médicos Centinela, y para mantener la comparabilidad con el período anterior, el gráfico de crisis asmáticas reflejará los episodios ponderados por 100 notificadores, sustituyendo al número absoluto de crisis utilizado hasta ahora.

VARICELA

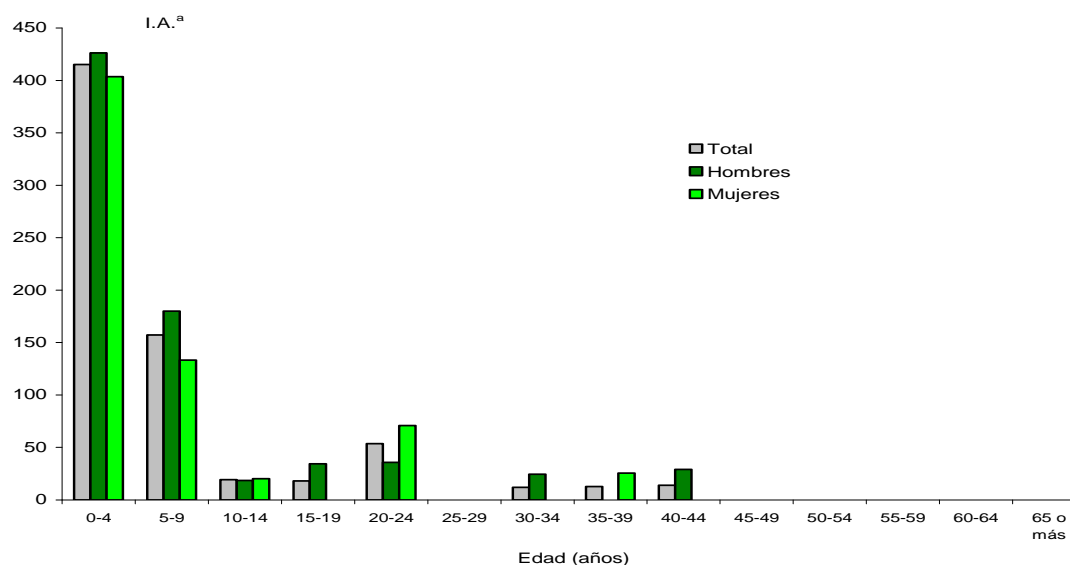
Durante las semanas 23 a 26 del año 2008 se han declarados 71 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela. La incidencia acumulada del período ha sido de 65,2 casos por 100.000 personas (IC 95%: 50,0 - 80,5). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006, 2007 y hasta la semana 26 de 2008.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006, 2007 y 2008

* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, 33 se dieron en hombres (46,5%). En 63 casos (90,0%) la edad fue inferior a 15 años, 4 casos entre 15 y 24 años y 3 casos entre 30 y 44 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. Ninguno de los casos se dio en pacientes inmunodeprimidos, sufrió complicaciones o hubo de ser derivado a atención especializada.

En 39 casos (55,0%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, 3 casos (4,2%) se dieron en el seno de un brote, y en 26 casos (36,6%) la fuente se desconocía. El lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 38,0% de los casos, el hogar en el 19,7% y en el 42,3% el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 de 2008

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

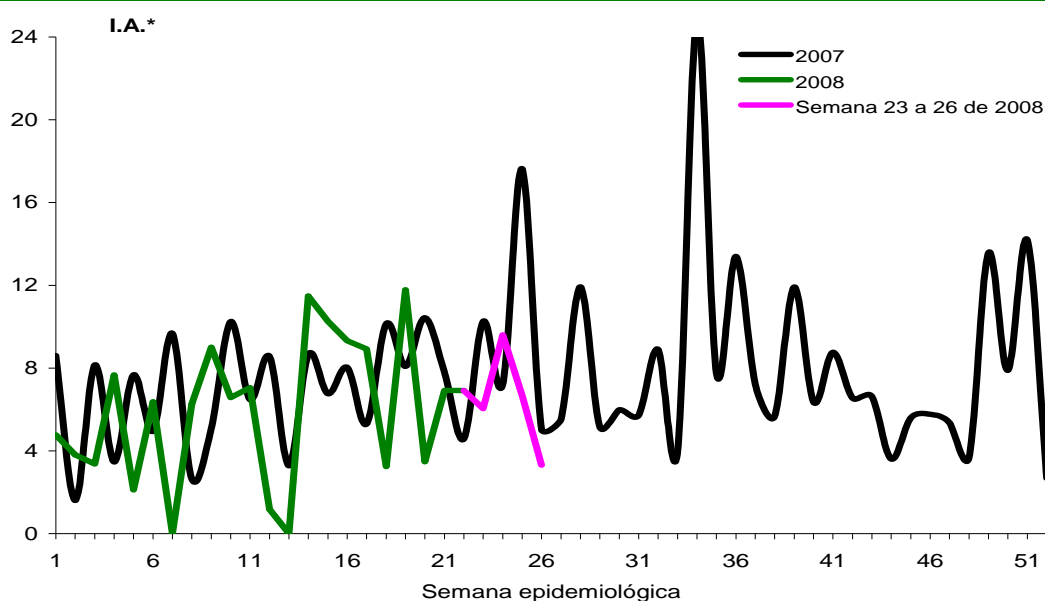
TABLA 1
Fuente y lugar de exposición de casos de varicela.
Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid.
Semanas 23 a 26 del año 2008.

	n	%
Fuente de exposición		
Caso de varicela	39	55,0
Caso de herpes zóster	3	4,2
Brote de varicela	3	4,2
Desconocido	26	36,6
Total	71	100,0
Lugar de exposición		
Guardería	3	4,2
Colegio	24	33,8
Hogar	14	19,7
Trabajo	0	0,0
Desconocido	30	42,3
Total	71	100,0

HERPES ZÓSTER

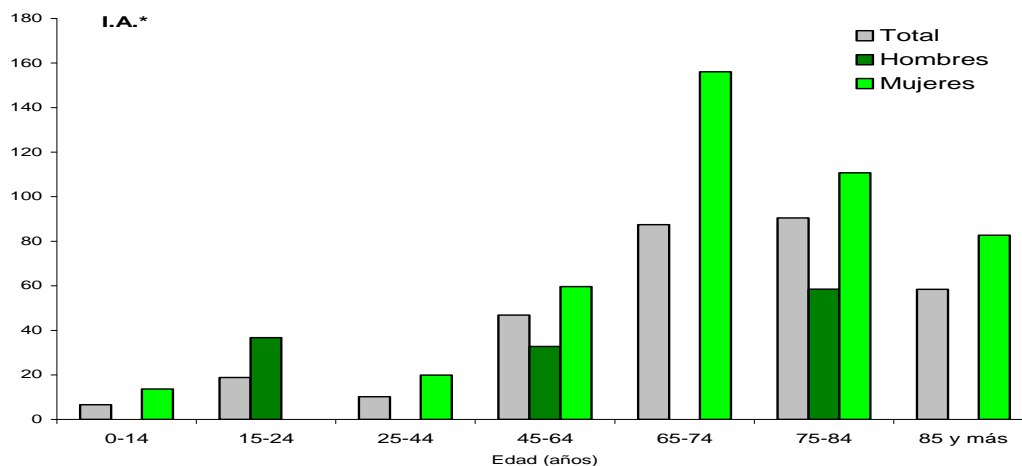
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 28 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2008, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 26,3 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 16,4 - 36,3). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en la Comunidad de Madrid durante 2007 y hasta la semana 26 de 2008. El 78,6 % de los casos se dio en mujeres. El 63,0 % de los casos fueron mayores de 50 años, la incidencia por grupos de edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2007 y 2008.



* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 de 2008



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

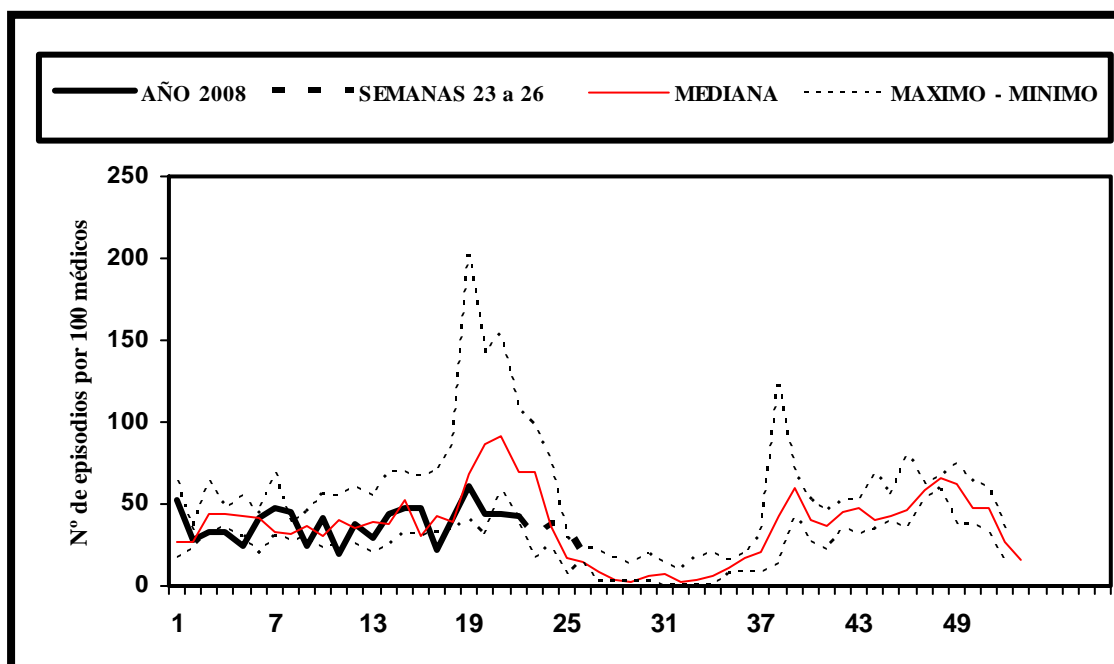


TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 de 2008.

	Semanas 23 a 26	Año 2008
Gripe	--	358 ^a
Varicela	71	275
Herpes zoster	28	148
Crisis asmáticas	122	971

^a Desde la semana 40 de 2007 hasta la 20 de 2008.

La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

Sanidad -> Portal de Salud -> Profesional -> Información técnica
-> Salud Pública -> Boletín Epidemiológico

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."

