

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

11.

INFORMES:

- **Enfermedades de Declaración obligatoria, situación general, año 2008.**
- **Plan de erradicación de la poliomielitis, Comunidad de Madrid, 2008.**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

11

Índice

INFORMES:

	- Enfermedades de Declaración Obligatoria, Situación general, año 2008.	3
	- Plan de erradicación de la poliomielitis, Comunidad de Madrid, 2008.	18
	- EDO. Semanas 44 a 47 (del 1 al 28 de noviembre de 2009)	28
	- Brotes Epidémicos. Semanas 44 a 47, 2009.	29
	- Red de Médicos Centinela, semanas 44 a 47, 2009.	30



INFORME:

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA, SITUACIÓN GENERAL. AÑO 2008.

RESUMEN:

Introducción: El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM). Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria.

Objetivos: Describir el funcionamiento del sistema de vigilancia y las características de presentación de las enfermedades incluidas en las EDO.

Material y métodos: Se calculan indicadores del funcionamiento del propio sistema de vigilancia y de morbilidad notificada (número de casos y tasas de incidencia acumulada en el año 2008 y comparación con 2007, en el ámbito de la CM y de España). La incidencia se presenta a nivel regional y por área, utilizando como denominador el padrón continuo de habitantes de la CM de los años correspondientes.

Resultados: Durante el año 2008 participaron en el sistema 364 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (74%). La cobertura de notificación de atención primaria fue del 77%. Se han notificado 67.897 casos de EDO, de los que el 93,3% corresponden a EDO numéricas (gripe y varicela) y el resto son notificaciones individualizadas con datos epidemiológicos básicos. Estas últimas presentan un grado de cumplimentación óptimo para las variables edad, sexo, lugar de residencia, país de origen, y de tipo de diagnóstico. La variable fecha de inicio de los síntomas está cumplimentada en el 87% de los casos. Hay que reseñar el incremento en la tasa de incidencia respecto al quinquenio anterior en sarampión, lepra, parotiditis, infección gonocócica, sífilis, hepatitis A, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, sífilis congénita, tétanos, hepatitis B, legionelosis y meningitis víricas, así como el descenso en varicela, gripe, otras meningitis bacterianas, disentería, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, leishmaniasis, rubéola, tos ferina, fiebre tifoidea y paratifoidea, triquinosis, enfermedad meningocócica, otras hepatitis víricas, paludismo, brucelosis y tuberculosis.

Conclusiones: El sistema de vigilancia epidemiológica de EDO ha funcionado de forma adecuada. Destaca el importante descenso de la parotiditis respecto al año anterior, el aumento en los casos de hepatitis A, (situación también reflejada en el resto del país) y el aumento de casos de sarampión, (con numerosos casos concentrados en un brote en escuelas infantiles, cuyas medidas de control fueron efectivas). Se mantiene la tendencia creciente detectada en años anteriores en las infecciones de transmisión sexual, por lo que se deberían tomar medidas de vigilancia y control centradas en estas enfermedades.

1.- INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica, tanto a nivel nacional como de la CM. Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria. La declaración se refiere a los casos nuevos (en base a la definición de caso) de enfermedades detectadas durante la semana epidemiológica, (a efectos de notificación, la semana comienza a las 0 horas del domingo y finaliza a las 24 horas del sábado siguiente). El manual de notificación del sistema de enfermedades de declaración obligatoria contiene los diferentes impresos de notificación, las definiciones de caso a efectos de vigilancia y la normativa actual.

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM, sus modalidades de notificación (urgente con datos epidemiológicos básicos, semanal con datos epidemiológicos básicos y semanal sólo numérica), así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la CM. En el año 2001 se desarrolló reglamentación complementaria a ésta, que incorpora nuevas enfermedades a la lista de EDO e introduce cambios en la modalidad de declaración de otras: la Orden 150/2001, del Consejero de Sanidad de la CM, incluye a las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas en la lista, la Orden 186/2001, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la CM estableciendo que esta enfermedad sea de declaración urgente y la Orden 130/2001, del Consejero de Sanidad, mediante la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la CM. Posteriormente, en febrero de 2007 se incluyó en la lista de EDO toda la enfermedad neumocócica invasora, mediante la Orden 74/2007, de 22 de enero, del Consejero de Sanidad y Consumo..

En este informe se describen las características del sistema de vigilancia en cuanto a su calidad en la recogida de datos, notificación, así como la situación general de las EDO detectadas durante el año 2008 correspondientes a pacientes con residencia en la CM.

2.- METODOLOGIA

2.1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

La información analizada procede de las notificaciones realizadas por los centros de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud, por los centros hospitalarios (públicos y privados) y por otras instituciones (sanitarias públicas o privadas, residencias de ancianos, instituciones penitenciarias, instituciones militares, centros de atención a menores, particulares, etc.)

2.2.- VARIABLES

Se analizan las variables relacionadas con el centro notificador (área, distrito sanitario y nivel asistencial al que pertenece -atención primaria, especializada, otro-) y entre las variables recogidas en la notificación de EDO, tipo y número de casos de cada enfermedad, y variables epidemiológicas básicas (edad, sexo, lugar de residencia, país de origen, tipo de diagnóstico y fecha de inicio de los síntomas).

Las variables recogidas en la ficha de notificación de EDO con datos epidemiológicos básicos y con protocolo específico se analizarán en informes concretos de cada enfermedad o grupo de enfermedades.

2.3.- INDICADORES

Indicadores de funcionamiento del sistema de vigilancia

- Número de centros notificadores
- Cobertura de médicos notificadores en Atención Primaria (número total de médicos que notifican esa semana en relación al total que pasaron consulta)
- Grado de cumplimentación de las variables (sólo para EDO con datos epidemiológicos básicos)

Indicadores de morbilidad

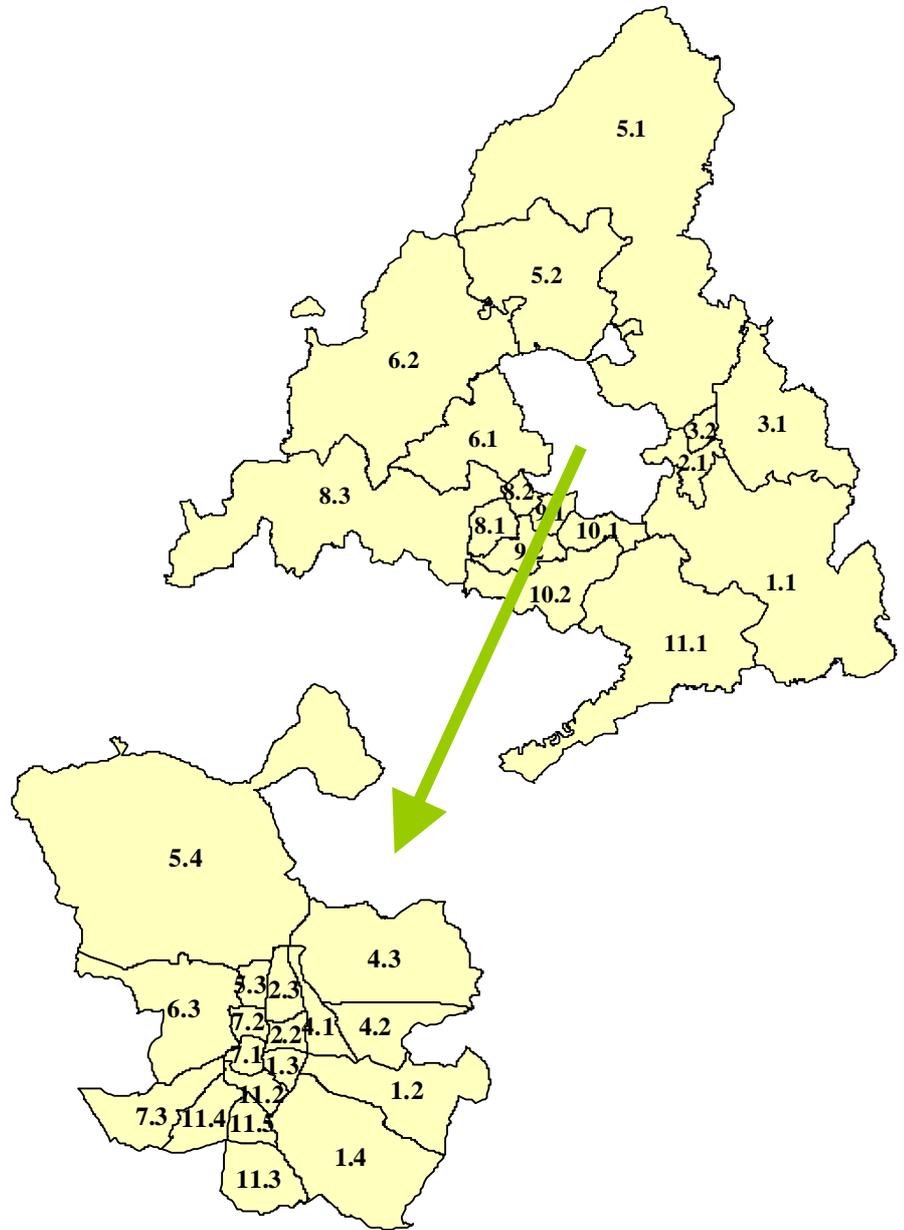
- Número de casos notificados y comparación con el año anterior
- Tasas de incidencia por 100.000 habitantes (TI)
- Comparación histórica de tasas, a través del porcentaje de variación de la TI de la CM con respecto a la tasa mediana del quinquenio anterior (2003-2007)

$$\frac{TI(CM\ 2008) - TI\ mediana\ (2003 - 2007)}{TI\ mediana\ (2003 - 2007)} \times 100$$

- Comparación de tasas con el nivel nacional, a través de la razón de tasas de incidencia, tomando como referencia la TI de España.

- Razón de TI: $\frac{TI(CM)}{TI(España)}$

Área	Distrito
Área 1	1.1 Arganda
	1.2 Moratalaz
	1.3 Retiro
	1.4 Vallecas
Área 2	2.1 Coslada
	2.2 Salamanca
	2.3 Chamartín
Área 3	3.1 Alcalá de Henares
	3.2 Torrejón de Ardoz
Área 4	4.1 Ciudad Lineal
	4.2 San Blas
	4.3 Hortaleza
Área 5	5.1 Alcobendas
	5.2 Colmenar Viejo
	5.3 Tetuán
	5.4 Fuencarral
Área 6	6.1 Majadahonda
	6.2 Collado Villalba
	6.3 Moncloa
Área 7	7.1 Centro
	7.2 Chamberí
	7.3 Latina
Área 8	8.1 Móstoles
	8.2 Alcorcón
	8.3 Navacarnero
Área 9	9.1 Leganés
	9.2 Fuenlabrada
Área 10	10.1 Parla
	10.2 Getafe
Área 11	11.1 Aranjuez
	11.2 Arganzuela
	11.3 Villaverde
	11.4 Carabanchel
	11.5 Usera



3.- FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

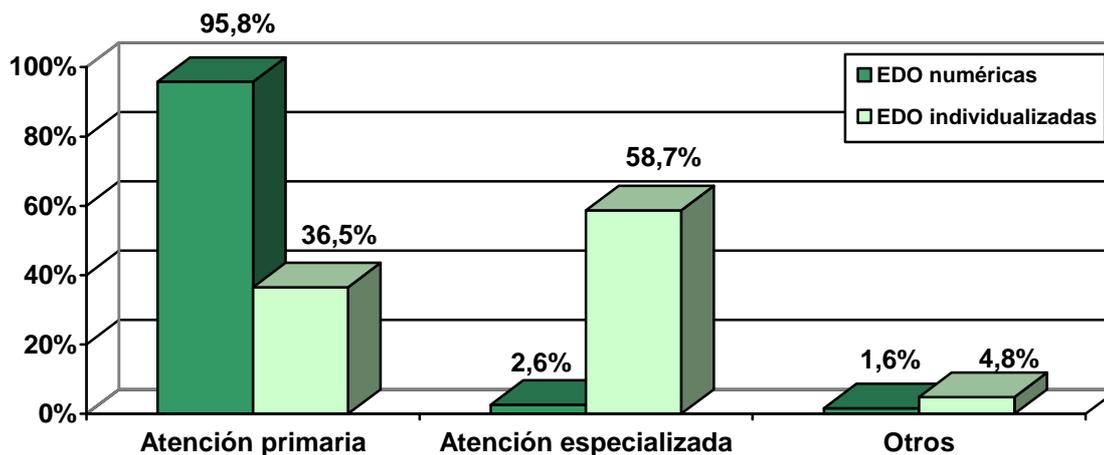
3.1.- CENTROS NOTIFICADORES

Durante el año 2008 participaron en el sistema 364 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (268,74%). Participaron 67 centros de atención especializada (hospitales y centros de especialidades periféricos) y 29 centros de diversas instituciones (residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, médicos privados, etc.)

3.2.- NOTIFICACIONES RECIBIDAS SEGÚN MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN Y NIVEL ASISTENCIAL DEL NOTIFICADOR

Durante 2008 se han recibido 16.428 notificaciones, la mayor parte (65%) correspondiente a notificaciones semanales de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el resto (35%) son notificaciones individualizadas de enfermedades con datos epidemiológicos básicos. En el gráfico 1 se muestra la distribución de las notificaciones recibidas en función del nivel asistencial del notificador.

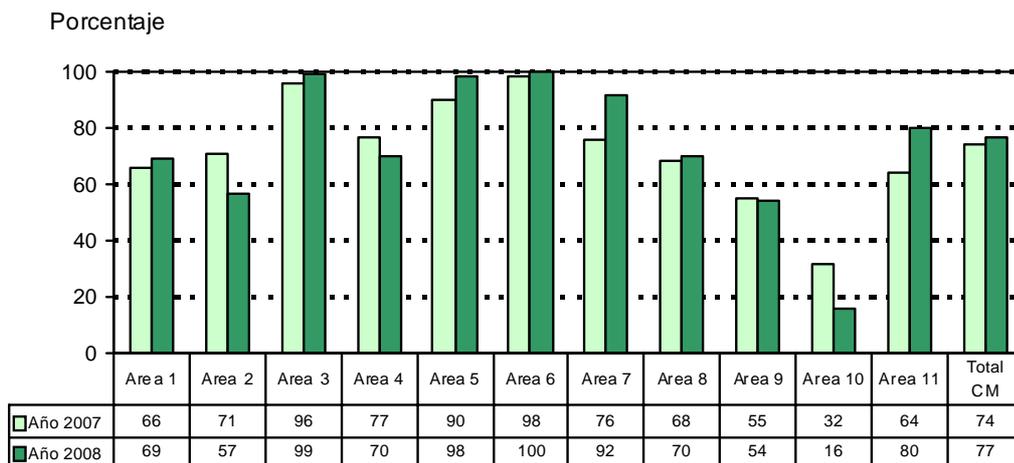
Gráfico 1.- Notificaciones de EDO según modalidad de notificación y nivel asistencial. Comunidad de Madrid. Año 2008.



3.3.- COBERTURA DEL SISTEMA

La cobertura de médicos notificadores de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud alcanzada en la CM durante el año 2008 fue de 77%. En el gráfico 2 se presentan las coberturas por área de salud para el año 2008 y el 2007. En 5 áreas se superó el 75%.

Gráfico 2.- Cobertura del sistema por áreas de salud (sólo nivel de atención primaria). Comunidad de Madrid. Años 2007 y 2008.



3.4.- EDO NOTIFICADAS SEGÚN MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN Y NIVEL ASISTENCIAL.

En 2008 se notificaron un total de 67.897 casos de EDO, de los cuales el 93,3% correspondía a EDO numéricas y el resto a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 95,8% de los casos de enfermedad de declaración numérica fue notificado por el nivel de atención primaria. En cuanto a las EDO con datos epidemiológicos básicos, el 58,1% fue notificado por atención especializada, el 39,45% por atención primaria y el restante 2,5% por otros notificadores. Hay que señalar que para este análisis sólo se ha considerado el primer notificador de cada caso, ya que es el que alerta al sistema.

3.5.- GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LAS VARIABLES

El grado de cumplimentación de las variables recogidas en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos ha sido óptimo en 2008 para las variables edad, sexo, lugar de residencia, país de origen, y tipo de diagnóstico. La variable fecha de inicio de los síntomas, de gran importancia epidemiológica, está cumplimentada en el 87% de los casos.

4.- SITUACIÓN GENERAL DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2008.

En las tablas 1 y 2 se presentan, respectivamente, los casos y las tasas de incidencia de las EDO en 2008 del total de la CM y por áreas de salud. Se han excluido las enfermedades para las que no se ha notificado ningún caso en 2008 en la CM: cólera, rabia, difteria, poliomielitis, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, rubéola congénita y tétanos neonatal.

Las enfermedades que han presentado durante 2008 un mayor número de casos y las mayores incidencias, han sido la gripe y la varicela, seguidas por la tuberculosis, la enfermedad neumocócica invasora, la parotiditis, la sífilis y la hepatitis A.

En la tabla 3 se presentan los casos y tasas de incidencia de las EDO notificadas en 2008 y 2007, tanto en la CM como a nivel nacional. Se han excluido las enfermedades para las que no se ha notificado ningún caso en esos dos años en la CM ni a nivel nacional: rabia, difteria, poliomielitis, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático y tétanos neonatal.

Tanto en la CM como en el conjunto del estado español, han registrado un marcado descenso en número de casos y tasa de incidencia respecto a 2007 la gripe, la varicela y la parotiditis. Han registrado un ascenso la hepatitis A, la enfermedad neumocócica invasora, el sarampión y las enfermedades de transmisión sexual.

En la tabla 4 se presentan los indicadores de morbilidad de las EDO notificadas en la CM en 2008 (número de casos y TI en 2008), su comparación con el año anterior (casos 2008 - casos 2007), con el quinquenio anterior (% de variación de la TI de la CM respecto a la mediana de la TI del quinquenio anterior) y con el nivel nacional (TI CM / TI España).

El gráfico 3 compara la TI de las enfermedades notificadas en la CM en el año 2008 con la mediana de las TI de la CM en el quinquenio anterior 2003-2007. Los datos se presentan ordenados por los grupos de enfermedades utilizados en las tablas anteriormente expuestas. No se incluye la enfermedad neumocócica invasora porque empezó a ser de notificación obligatoria en febrero de 2007, y no se dispone de datos específicos de esta enfermedad como tal para el quinquenio anterior.

Se observa un aumento en la TI en relación con la mediana del quinquenio anterior para: sarampión (625,0%), lepra (133,3%), infección gonocócica (121,9%), parotiditis (116,0%), sífilis (93,0%), hepatitis A (91,3%), enfermedad invasiva por *H. influenzae* (76,5%), sífilis congénita (66,7%), tétanos (50%), hepatitis B (21,5%), legionelosis (15,0%) y meningitis víricas (3,5%). Se constata un descenso en la TI en relación con la mediana del quinquenio anterior para: varicela (61,0%), gripe (46,1%), otras meningitis bacterianas (46,4%), disentería (43,2%), enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (38,1%), leishmaniasis (37,5%), rubéola (35,5%), tos ferina (30,2%), fiebre tifoidea y paratifoidea (34,8%), triquinosis (33,3%), enfermedad meningocócica (29,9%), otras hepatitis víricas (19,5%), paludismo (19,5%), brucelosis (11,8%) y tuberculosis (1,4%)

Tabla 1. Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por áreas de salud. Comunidad de Madrid. Año 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*
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA												
Gripe**	3705	3078	4020	2930	7917	6595	6632	3743	2328	804	7426	49202
Legionelosis	6	5	1	3	10	8	7	10	13	4	5	74
Varicela**	1439	986	1365	931	2402	1670	959	1004	805	94	2495	14152
TUBERCULOSIS												
Tuberculosis	139	50	49	80	113	73	136	87	80	62	219	1125
INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS												
Enfermedad meningocócica	19	6	3	4	7	7	6	5	6	2	5	70
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>			2	1		1	1	1		1	2	9
Otras meningitis bacterianas	3	5	9	3	9	4	4	4	6	1	15	63
Meningitis víricas	12	7	15	5	27	17	16	40	46	10	55	250
Enfermedad neumocócica invasora	96	37	39	69	49	72	76	55	66	43	118	736
HEPATITIS VÍRICAS												
Hepatitis A	19	12	10	9	39	17	102	25	34	20	42	335
Hepatitis B	15	18	9	6	14	16	23	10	10	8	39	172
Otras hepatitis víricas	4	16	3	1	7	18	14	2	8	3	24	103
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA												
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Disentería	0	0	0	5	1	1	2	0	3	0	3	15
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	9
Triquinosis	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL												
Infección gonocócica	7	10	8	8	38	24	56	5	11	3	32	204
Sífilis	16	23	11	26	60	32	77	17	18	8	60	352
ANTROPOZOONOSIS												
Brucelosis	0	0	1	0	2	3	1	2	0	0	0	9
Leishmaniasis	1	0	0	1	2	1	1	1	5	0	2	15
ENF. PREVENIBLES INMUNIZACIÓN												
Parotiditis	77	42	76	59	114	82	77	58	36	20	70	723
Rubéola	1	0	1	0	0	5	1	2	0	0	1	12
Sarampión	4	0	0	7	2	1	0	20	0	0	1	35
Tétanos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Tos ferina	2	7	24	6	7	19	9	4	6	6	22	117
ENFERMEDADES IMPORTADAS												
Paludismo	8	6	24	3	1	6	3	7	32	6	9	105
ENF. NOTIFICADAS SISTEMAS ESPECIALES												
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0	2	8
Lepra	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	4
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
OTRAS												
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	0	0	1	1	1	2	0	1	1	1	1	9

* El total de casos puede exceder a la suma de las áreas cuando hay notificaciones que proceden de otros notificadores (prisiones, albergues o con área de residencia desconocida).

** Clasificación por área de notificador

Tabla 2. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria por áreas de salud. Comunidad de Madrid. Año 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*
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA												
Gripe**	476,4	676,5	1108,1	494,5	1010,3	978,9	1222,4	776,4	580,5	232,4	871,7	784,5
Legionelosis	0,8	1,1	0,3	0,5	1,3	1,2	1,3	2,1	3,2	1,2	0,6	1,2
Varicela**	185,0	216,7	376,3	157,1	306,5	247,9	176,8	208,3	200,7	27,2	292,1	225,7
TUBERCULOSIS												
Tuberculosis	17,9	11,2	13,5	13,5	14,4	10,8	25,1	18,0	19,9	18,5	25,6	18,0
INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS												
Enfermedad meningocócica	2,4	1,3	0,8	0,7	0,9	1,0	1,1	1,0	1,5	0,6	0,6	1,1
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,3	0,2	0,1
Otras meningitis bacterianas	0,4	1,1	2,5	0,5	1,1	0,6	0,7	0,8	1,7	0,3	1,8	1,0
Meningitis víricas	1,5	1,8	4,1	0,8	3,4	2,5	2,9	8,3	13,0	2,9	6,4	4,1
Enfermedad neumocócica invasora	12,5	8,1	10,8	11,6	6,3	10,7	14,0	11,6	16,5	12,4	13,8	11,8
HEPATITIS VÍRICAS												
Hepatitis A	2,4	2,6	2,8	1,5	5,1	2,5	18,8	5,2	8,5	5,8	5,0	5,4
Hepatitis B	1,9	4,0	2,5	1,0	1,8	2,4	4,2	2,1	2,5	2,3	4,7	2,8
Otras hepatitis víricas	0,5	3,7	0,8	0,2	0,9	2,7	2,6	0,4	2,0	0,9	2,8	1,7
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA												
Botulismo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Disentería	0,0	0,0	0,0	0,8	0,1	0,1	0,4	0,0	0,7	0,0	0,4	0,2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,3	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1
Triquinosis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL												
Infección gonocócica	0,9	2,2	2,2	1,5	4,8	3,6	10,7	1,0	2,7	0,9	3,7	3,3
Sífilis	2,1	5,1	3,0	4,4	7,7	4,7	14,7	3,5	4,5	2,3	7,0	5,6
ANTROPOZOONOSIS												
Brucelosis	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,4	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1
Leishmaniasis	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	1,5	0,0	0,2	0,3
ENF. PREVENIBLES INMUNIZACIÓN												
Parotiditis	10,0	9,5	20,9	10,0	14,5	12,2	14,2	12,0	9,0	5,8	8,2	11,6
Rubéola	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,2
Sarampión	0,5	0,0	0,0	1,2	0,3	0,1	0,0	4,1	0,0	0,0	0,1	0,6
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Tos ferina	0,3	1,5	6,6	1,0	0,9	2,8	1,7	0,8	1,7	1,7	2,6	1,9
ENFERMEDADES IMPORTADAS												
Paludismo	1,0	1,3	6,6	0,5	0,1	0,9	0,6	1,5	8,0	1,7	1,1	1,7
ENF. NOTIFICADAS SISTEMAS ESPECIALES												
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1
Lepra	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1
Sífilis congénita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
OTRAS												
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	0,0	0,0	1,7	1,2	0,0	1,6	0,0	1,4	1,7	1,9	0,8	1,0

* El total de casos puede exceder a la suma de las áreas cuando hay notificaciones que proceden de otros notificadores (prisiones, albergues o con área de residencia desconocida).

** Clasificación por área de notificador

Tabla 3. Casos y tasas de incidencia de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2007.

ENFERMEDADES	Comunidad de Madrid				España*			
	Casos		Tasas		Casos		Tasas	
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA								
Gripe	49202	73324	784,52	1205,65	610736	681988	1366,68	1541,85
Legionelosis	74	58	1,18	0,95	1232	1178	2,76	2,66
Varicela	14152	20002	225,65	328,89	122517	153099	274,16	346,13
TUBERCULOSIS**								
Tuberculosis	1125	1067	18,00	17,54	8221	8056	18,40	18,20
INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS								
Enfermedad meningocócica	70	96	1,12	1,58	755	830	1,69	1,88
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	9	3	0,14	0,05				
Otras meningitis bacterianas	63	51	1,02	0,84				
Meningitis víricas	250	175	4,10	2,88				
Enfermedad neumocócica invasora	736	525	11,77	8,63				
HEPATITIS VÍRICAS								
Hepatitis A	335	150	5,37	2,47	2136	1002	4,78	2,27
Hepatitis B	172	187	2,76	3,07	1007	931	2,25	2,10
Otras hepatitis víricas	103	138	1,66	2,27	725	698	1,62	1,58
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA								
Botulismo	1	2	0,02	0,03	7	9	0,02	0,02
Cólera	0	0	0,00	0,00	0	2	0,00	0,00
Disentería	15	23	0,24	0,38	341	219	0,76	0,50
Fiebre tifoidea y paratifoidea	9	17	0,14	0,28	69	75	0,82	0,74
Triquinosis	3	1	0,05	0,02	51	115	0,11	0,26
ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL								
Infección gonocócica	204	162	3,30	2,66	1866	1698	4,18	3,84
Sífilis	352	284	5,63	4,67	2513	1936	5,62	4,38
ANTROPOZOONOSIS								
Brucelosis	9	10	0,14	0,16	160	263	0,36	0,59
Leishmaniasis	15	15	0,26	0,25				
ENF. PREVENIBLES INMUNIZACIÓN								
Parotiditis	723	1805	11,56	29,68	3763	10343	8,42	23,38
Rubéola	12	8	0,19	0,13	69	60	0,15	0,14
Sarampión	35	1	0,56	0,02	312	241	0,70	0,54
Tétanos	2	1	0,03	0,02	15	12	0,03	0,03
Tos ferina	117	167	1,88	2,75	557	554	1,25	1,25
ENFERMEDADES IMPORTADAS								
Paludismo	105	131	1,67	2,15	323	345	0,72	0,78
ENF. NOTIFICADAS SISTEMAS ESPECIALES								
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	8	13	0,13	0,21	73	73	0,16	0,16
Lepra	4	1	0,06	0,02	17	19	0,04	0,04
Rubéola congénita	0	0	0,00	0,00	1	0	0,00	0,00
Sífilis congénita	3	1	0,05	0,02	24	19	0,05	0,04
OTRAS								
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	9	6	0,98	0,66	35	37	0,53	0,57

* Fuente: Informe Semanal de Vigilancia 9 de febrero de 2009. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

** Fuente de datos para tuberculosis: Informe sobre la situación de tuberculosis, España 2007 y 2008. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

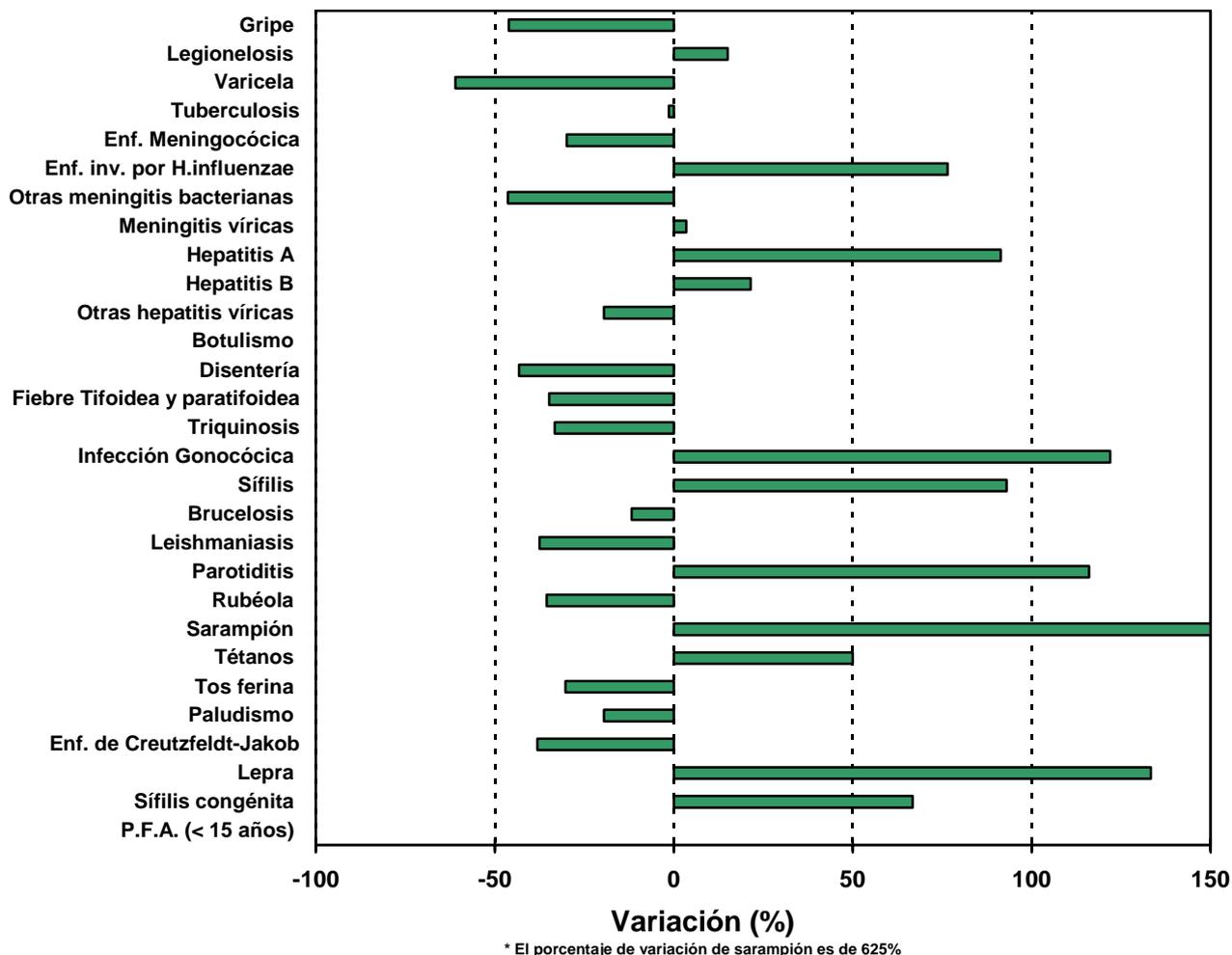
Tabla 4. Enfermedades de Declaración Obligatoria: indicadores de morbilidad. Comunidad de Madrid. Año 2008.

ENFERMEDADES	Casos 2008	Tasas 2008	Casos CM 2008 – Casos CM 2007	% variación TI CM respecto mediana 2003-2007	TI CM / TI España*
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA					
Gripe	49.202	784,5	-24.122	-46,1	0,6
Legionelosis	74	1,2	18	+15,0	0,4
Varicela	14.152	225,6	-5.850	-61,0	0,8
TUBERCULOSIS**					
Tuberculosis	1125	18,0	58	-1,4	1,0
INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS					
Enfermedad meningocócica	70	1,1	-26	-29,9	0,7
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	9	0,1	6	+76,5	
Otras meningitis bacterianas	63	1,0	12	-46,4	
Meningitis víricas	250	4,1	75	+3,5	
Enfermedad neumocócica invasora	736	11,7	211	--	
HEPATITIS VÍRICAS					
Hepatitis A	335	5,3	185	+91,3	1,1
Hepatitis B	172	2,7	-15	+21,5	1,2
Otras hepatitis víricas	103	1,6	-35	-19,5	1,0
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA					
Botulismo	1	0,0	-1	0	1,0
Disentería	15	0,2	-8	-43,2	0,3
Fiebre tifoidea y paratifoidea	9	0,1	-8	-34,8	0,1
Triquinosis	3	0,0	2	-33,3	0,4
ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL					
Infección gonocócica	204	3,3	42	+121,9	0,8
Sífilis	352	5,6	68	+93,0	1,0
ANTROPOZOONOSIS					
Brucelosis	9	0,1	-1	-11,8	0,4
Leishmaniasis	15	0,2	0	-37,5	
ENF. PREVENIBLES INMUNIZACIÓN					
Parotiditis	723	11,5	-1082	+116,0	1,4
Rubéola	12	0,2	-4	-35,5	1,3
Sarampión	35	0,5	-34	+625	0,8
Tétanos	2	0,0	1	+50,0	1,0
Tos ferina	117	1,9	-50	-30,2	1,5
ENFERMEDADES IMPORTADAS					
Paludismo	105	1,7	-26	-19,5	2,3
ENF. NOTIFICADAS SISTEMAS ESPECIALES					
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	8	0,1	-5	-38,1	0,8
Lepra	4	0,0	3	+133,3	1,5
Sífilis congénita	3	0,0	2	+66,7	1,0
OTRAS					
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	9	0,9	3	0	1,8

* Fuente: Informe Semanal de Vigilancia 9 de febrero de 2009. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

**Fuente de datos para tuberculosis: Informe sobre la situación de tuberculosis, España 2008. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Gráfico 3.- Comparación de la tasa de incidencia acumulada de la Comunidad de Madrid en el año 2008 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio 2003-2007. Comunidad de Madrid.



5.- COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La introducción de la nueva normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria en Enero de 1997 y la implantación real de la misma, en julio del mismo año, produjeron cambios importantes en el sistema de vigilancia epidemiológica. Estos cambios se dirigieron, básicamente, a mejorar la calidad de la información sobre las enfermedades sometidas a vigilancia, normalizando las definiciones de caso entre las diferentes Comunidades Autónomas. En la CM el “Manual de Notificación. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria” (documento técnico de Salud Pública nº 69) tiene como objetivo facilitar la notificación de todos los profesionales sanitarios de la región. Este documento está disponible en el Portal de Salud de la Comunidad de Madrid.

Las conclusiones del informe hacen referencia a la calidad del funcionamiento del sistema y a la situación general de las EDO en la CM en 2008.

5.1.- CALIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

En 2008 han participado en el sistema de vigilancia 364 unidades notificadoras, siendo el 74% centros de atención primaria. La cobertura del sistema ha aumentado hasta el 77%. Se han notificado 67.897 casos de EDO, de lo que el 93,3% corresponden a EDO numéricas (gripe y varicela). Las variables epidemiológicas básicas edad y sexo han tenido una cumplimentación óptima, al igual que el país de origen y las variables relacionadas con el domicilio del caso y el tipo de diagnóstico. La fecha de inicio de síntomas ha tenido un nivel de cumplimentación aceptable, del 87 %, si bien es susceptible de mejora.

El sistema de vigilancia ha funcionado adecuadamente en 2008 y se sigue trabajando para mejorar la coordinación entre la Red de Vigilancia y los centros notificadores. Además se están desarrollando nuevas funciones de la aplicación informática que permitirán integrar automáticamente la información procedente de otras fuentes, como el OMI-AP o los registros de los laboratorios de microbiología.

5.2.- SITUACIÓN GENERAL DE LAS EDO EN 2008

En los otros números del Boletín Epidemiológico de la CM se incluyen informes específicos de estas enfermedades o grupos de enfermedades, con información detallada de las mismas. A continuación se describen las principales conclusiones extraídas de la situación general de las EDO de la CM en 2008, presentadas en los gráficos y tablas.

La incidencia de la **gripe** en 2008 ha sido menor que en 2007, un 46,1% menor que la mediana del quinquenio 2003-2007, y también menor que la TI nacional (razón de TI: 0,6). Las TI más elevadas se han presentado en las áreas 7 y 3.

La **legionelosis** ha presentado una TI un 15% mayor que la mediana del quinquenio anterior. Hay que destacar que la TI de la CM ha sido mucho menor que la observada a nivel nacional (razón de TI: 0,4), algo que ya ocurría en años anteriores. La mayor TI se ha observado en el área 9.

La TI de **varicela** en 2008 ha sido menor que la detectada en 2007, un 61% menor que la mediana del quinquenio 2003-2007 e inferior a la TI del nivel nacional (razón de TI: 0,8). Las áreas 3, 5 y 11 han sido las que han presentado la mayor TI de la CM.

En cuanto a la **tuberculosis**, ha experimentado un ligero ascenso con respecto a 2007 y se mantiene estable respecto a la mediana del quinquenio 2003-2007. La TI es muy similar a la TI del total nacional (razón de tasas: 1). Las áreas 11, 7, 9 y 1 han presentado una TI mayor que la de la CM.

Entre las **infecciones que causan meningitis**, la **enfermedad meningocócica** ha descendido con respecto a 2007 y ha disminuido un 30% con respecto al quinquenio 2003-2007. Se han notificado 9 casos de **enfermedad invasiva por *H. influenzae***, mientras que en 2007 sólo se habían notificado 3 casos, con una TI un 76,5% mayor que la mediana del quinquenio anterior. En **otras meningitis bacterianas** se ha registrado un aumento en la TI respecto al año 2007, pero un descenso del 46,4% respecto a la mediana del quinquenio anterior. En **meningitis víricas** se ha observado un aumento en la TI con respecto a la TI de 2007 y también un ligero aumento con respecto a la mediana de la TI del quinquenio anterior. La

enfermedad neumocócica invasora se incluyó entre las EDO en 2007, por lo que no se puede comparar con el periodo anterior.

Se ha observado un importante aumento de **hepatitis A**, habiéndose duplicado la TI respecto a 2007 (5,5 vs 2,5). La TI es un 91,3% superior a la mediana 2003-2007 y sólo moderadamente superior a la presentada a nivel nacional (razón de tasas: 1,1). El área 7 ha presentado una TI muy elevada (19,1), seguida por el área 8 (TI 8,6).

La **hepatitis B** y las **otras hepatitis víricas** han mostrado una TI menor que en 2007. La hepatitis B ha presentado una TI mayor que en el quinquenio 2003-2007 (21,5% superior) y mayor que la del nivel nacional (razón de tasas: 1,2). Otras hepatitis víricas han presentado una TI menor que en el quinquenio 03-07 e igual a la TI del nivel nacional. Las áreas sanitarias que han mostrado una TI más elevada con respecto a la TI de la CM han sido las áreas 1, 7 y 2, tanto para la hepatitis B como para las otras hepatitis víricas.

En 2008 se notificó un caso de **botulismo** en la CM (sospecha), mientras que en 2007 se habían notificado dos casos. La razón de tasas (1) es igual al nivel nacional.

La TI de la **disentería** ha experimentado un descenso con respecto a 2007 y a la mediana del quinquenio 2003-2007, siendo también mucho menor que la TI nacional (razón de tasas 0,3). Las mayores TI se observaron en las áreas 4 y 9.

La TI de la **fiebre tifoidea y paratifoidea** ha disminuido respecto a 2007 y a la mediana del quinquenio 2003-2007 (descenso del 34,8%). También es menor que la observada a nivel nacional (razón de tasas: 0,1).

En 2008 se han notificado tres casos de **triquinosis** en la CM, a diferencia del único caso notificado en 2007. La TI es un 33,3% menor que la mediana de la TI del quinquenio anterior y mucho menor que la observada a nivel nacional (razón de tasas: 0,4).

Las **enfermedades de transmisión sexual** siguen mostrando la tendencia ascendente ya detectada en años anteriores. La **infección gonocócica** ha presentado una TI mayor que en 2007 y un 121,9% mayor que la mediana del quinquenio 03-07, pero menor que la observada a nivel nacional (razón de tasas: 0,8). La TI de **sífilis** ha sido mayor que la de 2007, un 93,0% mayor que la mediana del quinquenio 2003-2007, y similar a la TI nacional (razón de tasas 1). Las áreas 7, 5 y 11 han mostrado las mayores TI de la CM para ambas enfermedades. Se han notificado tres casos de **sífilis congénita** durante 2008 (un único caso en 2007).

La **brucelosis** se mantiene estable respecto a 2007 en la CM, pero ha descendido con respecto al quinquenio 2003-2007, y la TI es mucho menor a la observada a nivel nacional (razón de tasas: 0,4).

La **leishmaniasis** ha presentado el mismo número de casos (15) que en 2007, con una TI un 37,5% menor que la mediana del quinquenio 03-07.

Entre las **enfermedades prevenibles por inmunización**, hay que destacar la situación del **sarampión**, con 35 casos notificados en 2008, (frente a un único caso notificado en 2007), de los cuales 19 estuvieron relacionados con un brote en el entorno de una escuela infantil y otros 4 casos con un brote en un centro sanitario. Se aplicaron medidas para el control en los brotes que fueron efectivas. La TI ha sido un 625% superior a la mediana del quinquenio anterior, pero algo inferior a la observada a nivel nacional (razón de tasas 0,8)

La situación de la **parotiditis** ha mejorado de manera importante respecto al año anterior, con una marcada disminución en la TI respecto al año 2007 (29,7 vs 11,9), pero ha experimentado un aumento del 116% respecto a la mediana del quinquenio 03-07, siendo ligeramente mayor que la detectada a nivel nacional (razón de tasas: 1,4). Las áreas 6, 2, 7, 5 y 4 presentaron las mayores TI con respecto a la CM.

En 2008 se han notificados 12 casos de **rubéola**, en comparación con los 8 casos notificados en 2007, con una TI un 35,5 menor que la mediana del quinquenio anterior y moderadamente superior a la observada a nivel nacional (razón de tasas 1,3). No se ha notificado ningún caso de **rubéola congénita**.

Se han notificado dos casos de **tétanos**, uno menos que el año anterior, y ningún caso de **tétanos neonatal**.

La TI de **tos ferina** ha sido inferior a la notificada en 2007, pero superior a la observada a nivel nacional (razón de tasas: 1,5). También ha descendido ligeramente respecto a la mediana del quinquenio 2003-2007. Los casos de tos ferina se han concentrado en las áreas 3, 11 y 6.

La TI del **paludismo** ha mostrado una disminución con respecto a 2007 y al quinquenio 2003-2007, aunque es claramente mayor que la TI de España (razón de tasas 2,3). La mayor TI se ha registrado en las áreas 9 y 3.

La **enfermedad de Creutzfeldt-Jakob** ha disminuido respecto al año 2007 y al quinquenio 2003-2007. También tiene una TI inferior al nivel nacional (razón de tasas: 0,8).

Se han notificado 4 casos de **lepra**, a diferencia del único caso notificado en 2007, con una TI un 133% mayor que la mediana del quinquenio 2003-2007 y una razón de TI de 1,5, superior a la del nivel nacional.

La **parálisis flácida aguda** en menores de 15 años ha aumentado respecto a 2007, con 9 casos notificados frente a 6, pero es igual a la mediana del quinquenio anterior. Tiene una TI superior al nivel nacional (razón de tasas: 1,8).

En resumen, como aspectos más destacables de las EDO notificadas en 2008 cabe señalar que el sistema de vigilancia ha funcionado adecuadamente, se ha producido un importante descenso en las tasas de parotiditis respecto al año anterior, (situación similar al resto del territorio nacional), un aumento en los casos de hepatitis A, (situación también reflejada en el resto del país), y un aumento en los casos de sarampión, la mayor parte pertenecientes a un brote en el entorno de escuelas infantiles, cuyas medidas de control fueron efectivas. También se ha registrado un importante aumento de casos de enfermedad neumocócica invasora, aunque esta situación pudiera estar interferida por el inicio de la notificación obligatoria en febrero de 2007. Así mismo, se mantiene la tendencia creciente detectada en años anteriores en las infecciones de transmisión sexual.

Para finalizar este informe, es imprescindible agradecer su colaboración a todos los profesionales sanitarios de la CM, cuyo esfuerzo continuado hace posible la realización de las actividades de vigilancia y control de estas enfermedades.



INFORME:

PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS, COMUNIDAD DE MADRID, 2008

RESUMEN:

I. Introducción: Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la Poliomielitis en el año 2000, tres Regiones han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus en los laboratorios.

II. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2008 se han detectado en la Comunidad de Madrid 9 casos de parálisis flácida en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,98 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años.

III. Situación en España: A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 35 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 80%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

IV. Situación de la Poliomielitis en el mundo: Después de los logros iniciales en los que se consiguió reducir el número de países endémicos de 125 a 6 y el número de casos en un 99%, de 350.000 a 784, se produjo un repunte de la enfermedad entre 2003-2006 como consecuencia de la diseminación de casos a partir de los focos epidémicos a países previamente libres de polio. En la actualidad la polio endémica se mantiene confinada en 4 países: Nigeria, India, Pakistán y Afganistán. En 2008 se han contabilizado 1.659 casos frente a los 1.315 del año anterior.

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los primeros pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos, tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998.

El número de países endémicos disminuyó de 125 en 1988 a 6 a finales de 2004 (India, Nigeria, Pakistán, Egipto, Afganistán y Níger) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó un 99%, de 350.000 casos en 1988 a 784 casos notificados en el año 2003.

Desde 2003 hasta 2006 fueron aumentando los casos notificados (784, 1255, 1936 y 1997 respectivamente); y en 2007 bajaron a 1307 casos. Durante 2008 se notificaron 1655 casos de polio en el mundo, 1509 en países endémicos y 146 en países no endémicos. En la actualidad quedan 4 focos endémicos localizados en 4 países: Nigeria, Pakistán, Afganistán e India.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere:

- mantener elevadas las coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos
- mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad, con alta sensibilidad, basado en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad adecuados, la posible existencia de casos de poliomielitis
- un plan de contención de poliovirus en los laboratorios, basado en la búsqueda, localización y control de poliovirus salvajes almacenados en los laboratorios para evitar que pudieran ser reintroducidos accidental o intencionadamente en la población

El Sistema de vigilancia de PFA en menores de 15 años, implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de PFA e inicia un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio, que permite descartar/confirmar y clasificar el caso de forma adecuada y en su caso tomar rápidamente las medidas de intervención adecuadas ante la posible existencia de casos de polio. En España se inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional.

La calidad del sistema de vigilancia se evalúa sistemáticamente mediante los indicadores establecidos por la OMS referentes a la sensibilidad y cobertura del sistema, notificación oportuna e investigación adecuada y análisis de muestras en el laboratorio. Entre estos indicadores, los dos más importantes son el indicador de sensibilidad del sistema, representado por la tasa de PFA (que ha de ser al menos de 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años) y el porcentaje de casos de PFA en los que se han tomado muestras adecuadas (dos muestras de heces recogidas en un período ≤ 14 días del inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24 horas, que ha de ser $\geq 80\%$).

El cumplimiento de estos objetivos se evalúa anualmente en cada país por un Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Polio y por la Organización Mundial de la Salud.

En este informe se describen las características de los casos notificados de PFA a la Red de Vigilancia en el año 2008, de la notificación y de los principales indicadores de situación, nacionales e internacionales.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2008

En la Comunidad de Madrid (CM) la Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM e incluye la PFA en menores de 15 años como enfermedad de notificación urgente con datos epidemiológicos básicos.

La PFA como enfermedad de declaración obligatoria tiene la siguiente definición clínica de caso: enfermedad que se caracteriza por el inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros, con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

El criterio diagnóstico de laboratorio establece el aislamiento e identificación de poliovirus en heces en laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

El procedimiento establecido en vigilancia ante un cuadro compatible con PFA en un niño con edad inferior a 15 años ingresado en un hospital, incluye las siguientes actuaciones:

- Cumplimentación del cuestionario epidemiológico específico de PFA.
- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología de Área o al Servicio de Epidemiología.
- Solicitar el envío de muestras biológicas al laboratorio de referencia para la investigación de enterovirus (en la CM al Centro Nacional de Microbiología). Se deben remitir dos muestras de heces del caso, separadas entre sí entre 24-48 horas y dentro de los quince días siguientes al inicio de la parálisis, dos muestras de suero separadas entre 2-4 semanas y una muestra de líquido cefalorraquídeo.
- Realizar la revisión clínica del caso a los 60 días de iniciado el cuadro.
- Clasificación definitiva del caso: Sospechoso, compatible, confirmado o descartado.

Este sistema de vigilancia se complementa con la notificación de Cero-Casos mensual, que se realiza contactando al finalizar el mes con los servicios hospitalarios implicados, lo que permite comprobar que no haya habido ningún caso que por algún motivo no se hubiera notificado. Posteriormente, se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes hospitales.

Estudio descriptivo de los casos

En 2008 en la CM se han detectado 9 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,98 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Cuatro de los casos han sido notificados al sistema de vigilancia y otros 5 casos han sido recuperados en la revisión del CMBD. Todos se han clasificado como “descartados” de polio.

La distribución de los casos por sexo es de 6 varones y 3 mujeres. El rango de edad oscilaba entre 1 y 14 años, con una mediana de 5 años. En cuanto al lugar de residencia se han repartido los casos entre las áreas 3, 4, 5, 8, 9, 10 y 11 con un caso en cada una y el área 6 con dos casos.

Los casos de PFA notificados a la red de vigilancia han sido 4, lo que supone una incidencia de 0,43 casos por 100.000 menores de 15 años. Las notificaciones se realizaron desde el Hospital del Niño Jesús dos casos y desde el Hospital Gregorio Marañón y el Hospital de Puerta Hierro un caso en cada uno.

Los 4 casos residían en distintos municipios de Madrid: Camarma de Esteruelas (Área 3), Alcorcón (Área 8), Paracuellos del Jarama (Área 5) y Pozuelo (Área 6).

Los cuatro casos estaban correctamente vacunados de acuerdo con su edad. En la Comunidad de Madrid, la cobertura de vacunación es del 95,16 % (tres dosis de VPI a los 6 meses de edad).

Se enviaron muestras biológicas al Centro Nacional de Microbiología para el diagnóstico de enterovirus que resultaron negativas. En dos casos no se procesaron las muestras.

En cuanto al diagnóstico definitivo, en los 4 casos se estableció como Síndrome de Guillain-Barré.

En la revisión del CMBD de los distintos hospitales correspondiente al año 2008, se encontraron siete casos que no fueron notificados en su momento: Tres en el Hospital San Rafael residentes en las Áreas 4, 6 y uno en la provincia de Toledo. Tres en el Hospital 12 de Octubre residentes en las Áreas 9, 11 y uno en la provincia de León. Uno en el Hospital Universitario de Getafe residente en el Área 10.

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia, período 2004-2008

En las Tablas 1 y 2 se presentan los indicadores de calidad del sistema de Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, durante los años 2004 a 2008.

Tabla 1. Indicadores de Calidad de la Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, años 2004 - 2008

INDICADOR	OBJETIVO	2004	2005	2006	2007	2008
Incidencia de PFA Nº de casos por cada 100.000 niños menores de 15 años	≥ 1	0,90	0,50	1,26	0,33	0,43
% PFA notificados ≤ 7 días del inicio de la parálisis	$\geq 80 \%$	71 %	75 %	64 %	66 %	25 %
% PFA notificados ≤ 7 días del ingreso hospitalario	$\geq 80 \%$	100 %	75 %	82 %	66 %	50 %
% PFA investigados ≤ 48 horas de la notificación	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces ≤ 14 días	$\geq 80 \%$	71 %	100 %	64 %	33 %	50 %
% PFA con una muestra de heces ≤ 14 días		100 %	100 %	64 %	33 %	50 %
% PFA con dos muestras de heces "sin tiempo"		71 %	100 %	91 %	33 %	75 %
% PFA con seguimiento clínico ≥ 60 días	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con diagnóstico clínico	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabla 2. Indicadores de Calidad del envío y tratamiento de muestras en el Laboratorio, años 2004 - 2008

	OBJETIVO		2004	2005	2006	2007	2008
Envío de muestras al laboratorio ≤ 3 días	$\geq 80 \%$	1ª muestra	100 %	75 %	91 %	33 %	100 %
		2ª muestra	71 %	75 %	91 %	33 %	75 %
Resultados laboratorio ≤ 28 días	$\geq 80 \%$	1ª muestra	100 %	100 %	100 %	100 %	50 %
		2ª muestra	71 %	100 %	100 %	100 %	66 %
% Aislamientos de enterovirus no polio	$\geq 10 \%$		17 %	0 %	0 %	0 %	0 %

En relación a los indicadores relacionados con la notificación a la red de vigilancia, la incidencia registrada en 2008, 0,43 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, es superior a la registrada el año anterior (0,33) pero sigue lejos de la incidencia esperada (1/100.000). Se ha utilizado como denominador las poblaciones del padrón continuo publicadas por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Respecto a los indicadores de calidad relativos a la recogida de muestras adecuadas, se han obtenido dos muestras de heces en un periodo menor o igual a 14 días desde el inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24-48 horas en solo 1 caso (25%). El tiempo transcurrido entre el envío de las muestras y la recepción en el laboratorio ha sido menor de 3

días en el 100% de los casos de los que se han enviado muestras. Los resultados de laboratorio deben estar disponibles en menos de 28 días en el 80% de los casos y se cumplió con cuatro de las siete muestras enviadas (57%). El porcentaje de muestras procesadas con resultados positivos de “enterovirus no polio” que debe ser superior al 10% no se ha alcanzado, se procesaron cuatro muestras de heces con resultados negativos en todas ellas.

El indicador de seguimiento clínico a los 60 días, que debe realizarse en al menos el 80% de los casos, se completó en los 4 casos notificados (100%).

Conclusiones

En 2008 en la CM se han detectado 9 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,98 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Cuatro casos se notificaron al sistema y otros cinco casos se recuperaron en la revisión del CMBD.

La vigilancia de esta enfermedad precisa ser revisada y mejorada. Dos de los indicadores de calidad: % de casos de PFA notificados dentro de los 7 días siguientes al inicio de los síntomas (25%) y % de casos de PFA con dos muestras de heces enviadas dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis (50%) se encuentran por debajo del objetivo (80%).

La ausencia de casos de polio en la CM (y en España) en los últimos años, hace que la vigilancia activa de esta enfermedad esté relativamente relegada en la rutina de los notificadores, en especial cuando la mayoría de los diagnósticos definitivos son Síndrome de Guillain-Barré. Sería necesario revisar la sistemática de la vigilancia, ya que continúa siendo muy necesaria por el riesgo de importación de poliovirus.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Vigilancia de la PFA en España

En el año 2008 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 35 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,53 por 100.000. Este número de casos es inferior a los 59 casos esperados en el conjunto del país, considerando una incidencia de PFA en menores de 15 años de al menos 1 por 100.000 habitantes. La **Tabla 3** refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

Tabla 3: Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2004 a 2008

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2004		2005		2006		2007		2008	
	CASOS	TASAS								
Andalucía	8	0.6	9	0.7	7	0.6	7	0.6	8	0.6
Aragón	0	0	1	0.7	0	0	0	0	1	0.6
Asturias	2	1.8	3	2.7	0	0	0	0	0	0
Baleares	1	0.7	1	0.7	2	1.3	2	1.3	4	2.5
Canarias	3	1.0	7	2.3	2	0.6	2	0.7	1	0.3
Cantabria	1	1.5	2	3.0	0	0	2	2.8	0	0
Castilla la Mancha	4	1.4	3	1.0	1	0.4	3	1.0	0	0
Castilla León	1	0.4	1	0.4	4	1.4	1	0.3	0	0
Cataluña	6	0.7	2	0.2	3	0.3	6	0.6	4	0.4
Comunidad Valenciana	7	1.1	5	0.8	7	1.0	8	1.1	4	0.5
Extremadura	0	0	3	1.7	1	0.6	1	0.6	1	0.6
Galicia	1	0.3	0	0	1	0.3	0	0	2	0.6
Madrid	7	0.9	4	0.5	11	1.2	3	0.3	4	0.4
Murcia	0	0	2	0.9	2	0.9	0	0	5	2.0
Navarra	1	1.3	1	1.3	0	0	1	1.1	0	0
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	1	2.8	0	0	0	0	1	2.3	1	2.3
Ceuta	0	0	0	0	1	7.0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	43	0.7	44	0.7	42	0.7	37	0.6	35	0.5

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

A los 35 casos notificados al sistema de vigilancia, se añadirán los detectados por búsqueda en CMBD.

En cuanto a la distribución de casos por sexo 20 casos (57,1%) son hombres y 15 casos (42,9%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 5,4 años (DE: 2,65). El grupo de edad en que aparecieron más casos fue el grupo de 5 a 9 años (54,3% del total).

De los 35 casos, 33 estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inyectable (VPI). Los casos no correctamente vacunados son: Un varón de 3 años de etnia gitana que sólo tenía documentada una dosis de VPI y una niña de dos años de origen rumano, cuyos padres aseguraron que estaba vacunada, pero sin documentar, por lo que se desconoce el número de dosis y el tipo de vacuna. Ambos casos se diagnosticaron de Síndrome de Guillain-Barré, el primero con parálisis residual en miembros inferiores y dos muestras de heces negativas, y el segundo, sin parálisis residual y con una muestra de heces negativa.

El 97% de los casos (34) presentaron parálisis espinal y el 3% (1 caso) afectación bulbar. En el 46% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores y en el resto (54%) la parálisis sólo afectó a las extremidades inferiores. La progresión rápida de la parálisis se presentó en 15 casos, la parálisis cursó con una progresión rápida, en 13 casos (37,1%). Se detectó asimetría en 3 casos. En la revisión a los 60-90 días, 8 casos presentaban parálisis residual.

Diagnóstico definitivo: El diagnóstico definitivo fue en el 80% de los casos de síndrome de Guillain-Barré / polirradiculoneuritis y en el 20% de mielitis.

En cuanto a los cultivos celulares de las muestras de heces de casos y contactos, se analizaron un total de 44 muestras de las que el 84,1% presentaron resultados negativos. En las muestras en las que se identificaron virus, se aislaron: Echovirus3, Echovirus6, Echovirus30 y Adenovirus. Cinco muestras no fueron procesadas.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA

En el año 2002 la Región Europea de la OMS ha obtenido la certificación de zona libre de polio, tras haber pasado tres años desde la detección del último caso de polio indígena en la región, un niño turco no vacunado en noviembre de 1998.

El último brote de polio salvaje indígena en la región europea se notificó en el año 1992-1993 en Holanda, tras 14 años sin la detección de ningún caso, en una comunidad de personas contrarias a la vacunación. En el brote se detectaron 71 pacientes de entre 10 días y 69 años de edad, de los cuales 2 fallecieron. El virus fue importado de la India y se limitó al grupo afectado.

Los últimos casos de polio salvaje importada en la región fueron en Bulgaria y en Georgia. Tres niños de etnia gitana se infectaron por un virus similar al que circulaba en la India, probablemente importado por algún viajero en el año 2001. La primera niña afectada tenía 13 meses de edad y no estaba vacunada, posteriormente aparecieron dos casos más, otra niña de 2 años de edad tampoco vacunada y un niño de 3 meses vacunado con una dosis.

El caso identificado en Georgia era un niño de 5 años de edad, incompletamente vacunado durante las campañas de vacunación masiva llevadas a cabo en ese país. Se detectó en septiembre de 2001 y el virus identificado era similar al que circulaba en la India.

Vacuna de la polio y coberturas vacunales

Las coberturas vacunales con 3 dosis de polio en los países de la Región Europea de la OMS en el año 2007, oscilan en un rango entre el 75% y el 100%. La mayoría de los países de Europa occidental han realizado ya el cambio de vacuna de polio oral a vacuna de polio inactivada. Otros muchos países del centro y este de Europa tienen calendarios vacunales en los que todavía se administra vacuna de polio oral, bien de forma exclusiva, bien conjuntamente con la vacuna de polio inactivada.

En diciembre de 2008 en 28 países europeos se seguía administrando vacuna de polio oral: Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Chipre, República Checa, Estonia, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Malta, Montenegro, Moldavia, Polonia, Rumania, Serbia, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Federación Rusa, Tajikistan, Turquía, Turkmenistan, Ucrania y Uzbekistan.

Vigilancia de la PFA en Europa. Indicadores de calidad

En 44 países miembros de la Región Europea de la OMS se realiza la vigilancia de la PFA, lo que supone una vigilancia sobre el 83% de la población menor de 15 años de la región. La oportunidad y la exhaustividad en la notificación de los casos en los países que hacen vigilancia han sido estables en los últimos años (88%-90% y 79%-80% respectivamente).

La incidencia de PFA cumple el objetivo de detectar más de 1 caso por 100.000 menores de 15 años en la Región Europea. La recogida adecuada de muestras de heces también es superior al objetivo del 80%.

V. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos: tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea.

Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación mundial, consiguieron reducir el número de casos de 350.000 a 1.189. Sin embargo la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen durante 2003-2006 a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio. A pesar de este fenómeno de diseminación internacional, la polio endémica se mantiene confinada en cuatro focos de cuatro países: India, Pakistán, Afganistán y Nigeria.

Tabla 4. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomieltis, años 2005 – 2008

Regiones de la OMS	2005		2006		2007		2008	
	Tasas PFA	Casos Polio						
Africana	3.3	848	2.9	1189	4.2	367	4.4	920
Americana	1.2	0	0.6	0	1.2	0	1.2	0
Mediterráneo Este	3.7	727	3.9	107	4.1	58	4.6	174
Europea	1.1	0	0.9	0	1.0	0	0.9	0
Sudeste Asiático	5.1	373	4.0	701	7.2	890	7.8	565
Pacífico Oeste	1.5	0	0.8	0	1.6	0	1.4	0
Total Global	3.3	1948	3.0	1997	4.3	1315	4.6	1659

Fuente: OMS

Bibliografía

- Castellanos T, Masa J, Alcalde E, Peña-Rey I. *Vigilancia de parálisis flácida aguda. España 2008*. Boletín epidemiológico semanal 2009; 17 (2): 13-16.
- World Health Organization. Global Polio Eradication initiative. <http://www.polioeradication.org>
- World Health Organization. Number of polio cases reported globally <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Plan de Erradicación de la poliomieltis en España. <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi-pfa.jsp>



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid Año 2009, semanas 44 a 47 (del 1 al 28 de noviembre de 2009)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.																					
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	0	8	0	4	0	3	0	3	1	8	0	6	1	5	0	3	0	1	0	5	0	6	2	52	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	
Meningitis bacterianas, otras	1	3	0	2	0	2	0	0	0	4	0	3	0	2	0	5	1	7	1	2	0	4	3	34	
Meningitis víricas	1	12	0	12	0	18	0	4	0	12	0	23	1	14	4	29	1	39	0	15	3	44	11	225	
Enf. neumocócica invasora	6	93	2	20	2	15	5	47	6	41	2	59	3	47	5	33	4	35	0	18	5	63	41	481	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	0	10	0	9	0	5	0	21	1	23	3	26	1	73	0	38	1	29	0	13	2	67	8	319	
Hepatitis B	1	9	0	7	1	3	1	4	0	10	1	14	0	14	0	5	0	3	0	4	0	13	4	86	
Hepatitis víricas, otras	0	5	0	5	0	1	0	3	1	5	0	2	0	7	0	0	1	2	0	3	0	9	2	43	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12	
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	1	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	7425	18453	4409	11023	5585	13302	4588	13375	7868	20583	11817	28367	4175	13208		2900	4685	10684	770	4709	7891	21422	59214	158029	
Legionelosis	0	2	1	4	0	4	1	4	0	5	1	6	0	3	2	5	0	4	0	5	0	3	5	45	
Varicela	61	1445	7	778	7	811	22	764	43	1236	104	1458	29	552	10	620	13	568	11	259	53	1149	360	9640	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	2	7	0	5	2	7	0	5	1	21	3	14	2	46	1	5	1	9	0	5	2	28	14	153	
Sífilis	2	18	0	13	0	13	2	16	3	32	2	20	8	91	1	9	4	17	0	3	2	57	24	289	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Leishmaniasis	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	3	0	0	1	2	0	0	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parotiditis	3	33	0	9	1	45	0	23	2	68	9	61	0	27	2	28	0	22	2	16	5	55	25	395	
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	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	4	1	13	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tos ferina	0	4	0	2	0	9	0	6	0	0	0	16	0	0	0	7	0	9	0	6	0	13	1	76	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	3	6	0	4	3	14	0	3	0	4	0	0	1	5	1	8	0	24	0	5	0	5	8	78	
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*	12	115	1	27	3	35	6	69	4	92	4	79	4	105	3	74	7	71	0	28	6	145	50	862	
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	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	11	
Lepra	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
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	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A. (<15 años)	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	
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		

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2008 *** 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 44 a 47 (del 1 al 28 de noviembre de 2009)

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.

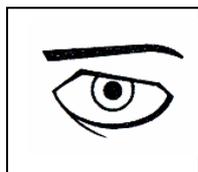
Brotes de origen alimentario. Año 2009. Semanas 44-47 (fecha de inicio de síntomas)

Lugar de consumo	Año 2009						Año 2008		
	Semanas 44-47			Semanas 1-47			Semanas 1-47		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	0	0	0	28	222	14	35	196	13
Centros educativos	0	0	0	7	214	12	12	1355	2
Comedores de empresa	0	0	0	2	145	1	1	36	0
Domicilios	1	2	1	31	127	22	33	168	23
Otras residencias	0	0	0	4	92	0	5	106	3
Residencias de P. Mayores	0	0	0	2	22	0	2	62	0
Otros lugares	0	0	0	1	10	1	4	51	1
Centros sanitarios	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Centros penitenciarios	0	0	0	0	0	0	2	65	0
Desconocido	0	0	0	0	0	0	1	2	0
Total	1	2	1	76	837	50	95	2041	42

Brotes de origen no alimentario. Año 2009. Semanas 44-47 (fecha de inicio de síntomas)

Tipo de brote*	Año 2009						Año 2008		
	Semanas 44-47			Semanas 1-47			Semanas 1-47		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	3	120	0	30	797	3	28	1258	3
Conjuntivitis vírica	1	8	0	4	222	0	1	3	0
Hepatitis A	0	0	0	6	19	2	9	37	1
Onicomadesis	0	0	0	3	17	0	0	0	0
Viriasis inespecífica	0	0	0	1	13	0	1	11	0
Parotiditis	0	0	0	5	12	0	4	57	0
Meningitis vírica	0	0	0	4	11	11	0	0	0
Escabiosis	0	0	0	3	9	0	5	73	0
Dermatosis por corrosivo	0	0	0	2	9	0	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	0	0	0	1	6	3	0	0	0
Escarlatina	0	0	0	2	5	0	6	36	0
Nemonía bacteriana	0	0	0	1	4	3	0	0	0
Eritema infeccioso	0	0	0	1	4	0	1	11	0
Tos ferina	0	0	0	1	3	0	2	5	2
Total	4	128	0	64	1131	22	57	1491	6

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2009, semanas 44 a 47
(Del 1 al 28 de noviembre de 2009)

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. 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, 2006" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de mayo 2007, Vol. 13, n° 5, disponible en 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.

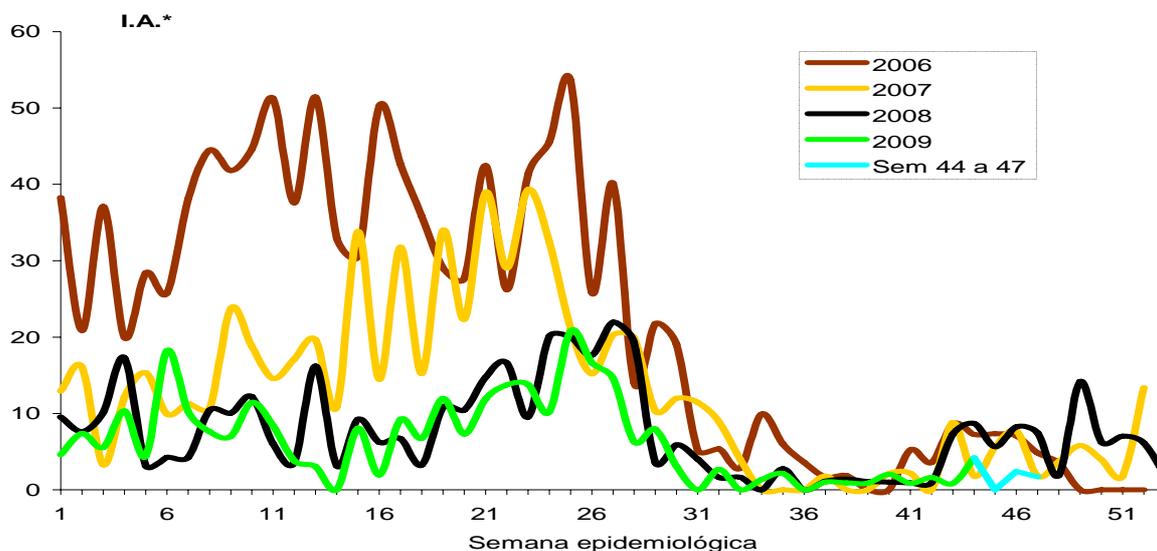
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura de notificación alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 68,1% (n° de semanas en que se ha enviado notificación con o sin casos / n° de semanas teóricas x 100).

VARICELA

Durante las semanas 44 a 47 del año 2009 han sido declarados 10 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 7,2 casos por 100.000 personas (IC 95%: 2,5 – 12,0). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006, 2007, 2008 y hasta la semana 47 de 2009.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006, 2007, 2008 y 2009

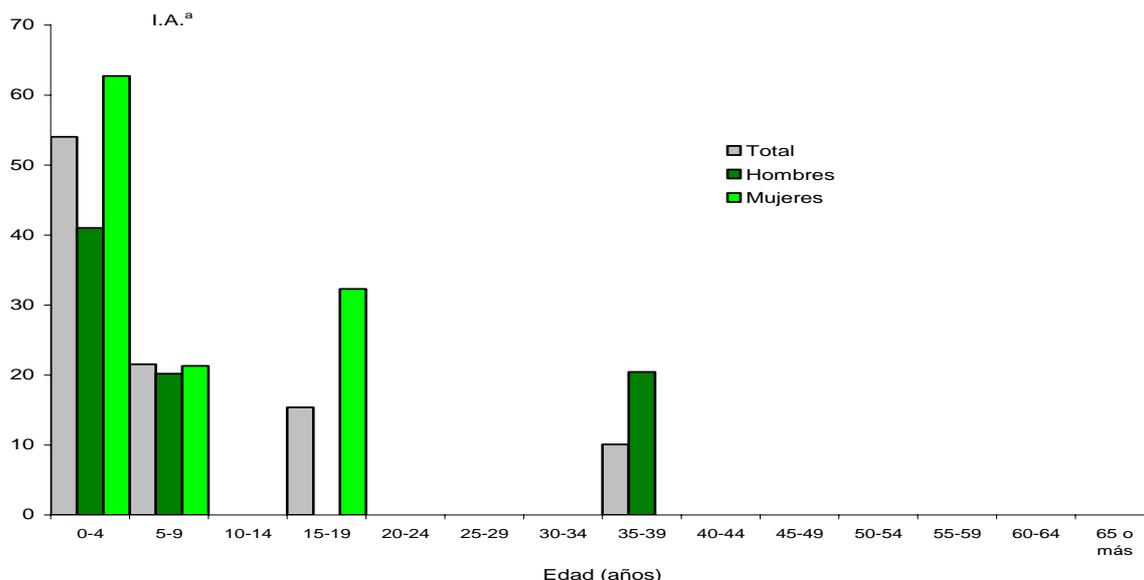


* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los 10 casos notificados, 6 casos se dieron en mujeres (60%). La edad se conoció en el 90% de los casos: 7 (77,8%) tenían menos de 10 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En dos casos se registró infección bacteriana como complicación.

En 7 casos (70%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela. En el resto se desconocía. El lugar de exposición declarado fue el colegio en dos casos (20%) y tres en el hogar (30%). Para el resto de casos, 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 44 a 47 de 2009



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

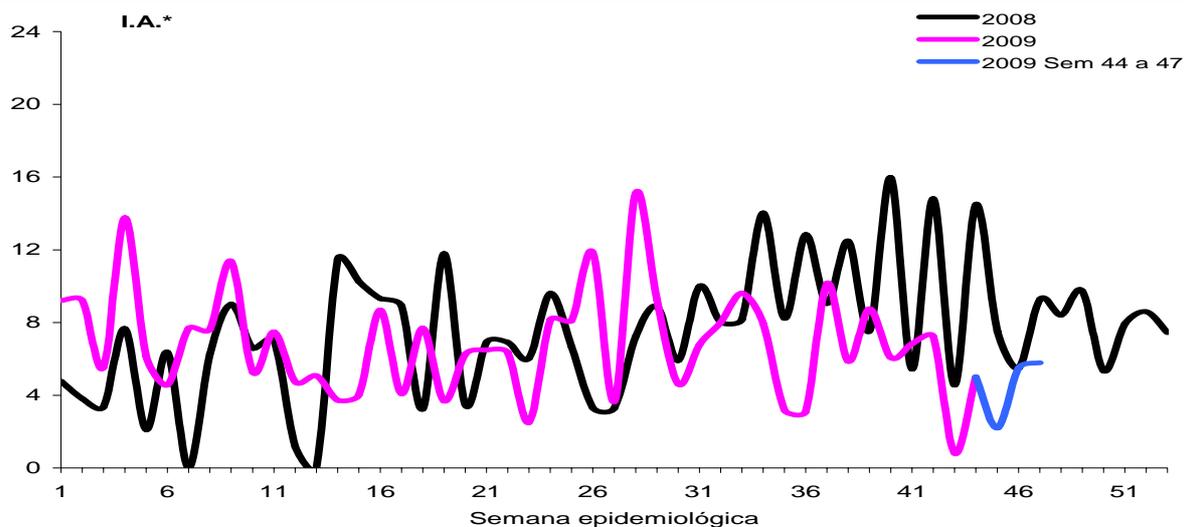
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 47 del año 2009

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	7	(70,0)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	0	(0,0)
Desconocido	3	(30,0)
Total	10	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	0	(0,0)
Colegio	2	(20,0)
Hogar	3	(30,0)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	5	(50,0)
Total	10	(100)

HERPES ZÓSTER

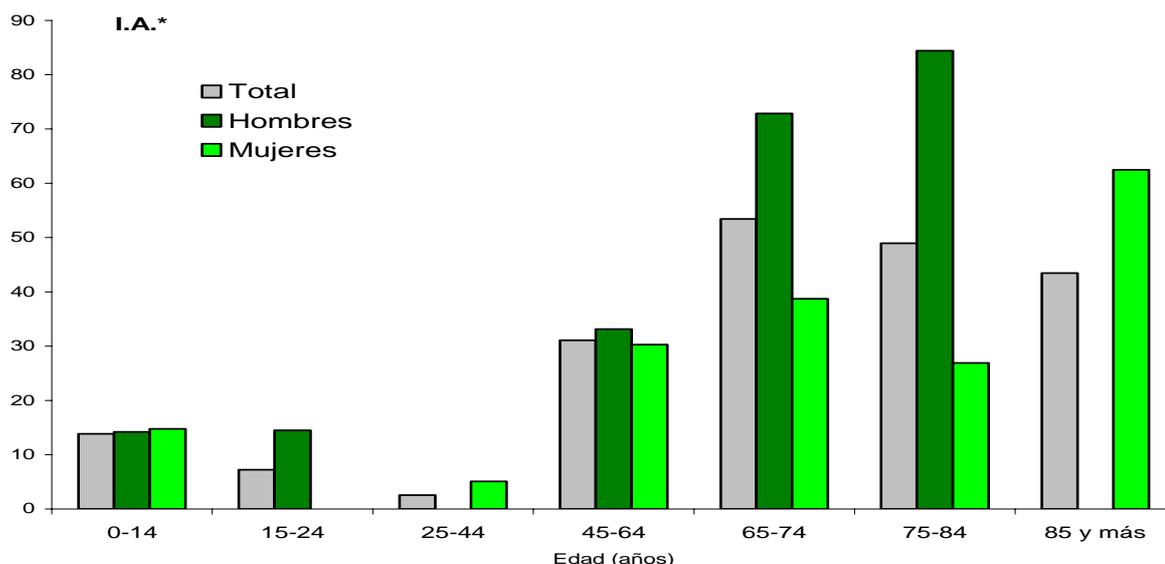
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 23 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 44 a 47 de 2009, lo que representa una incidencia acumulada en el periodo de 18,3 por 100.000 habitantes (IC 95%: 10,8 - 25,8). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008 y hasta la semana 43 de 2009. El 52,2% de los casos se dio en varones. La mediana de edad fue de 52 años con un mínimo de 1 y un máximo de 87 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2008 y 2009.



* 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 44 a 47 de 2009



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

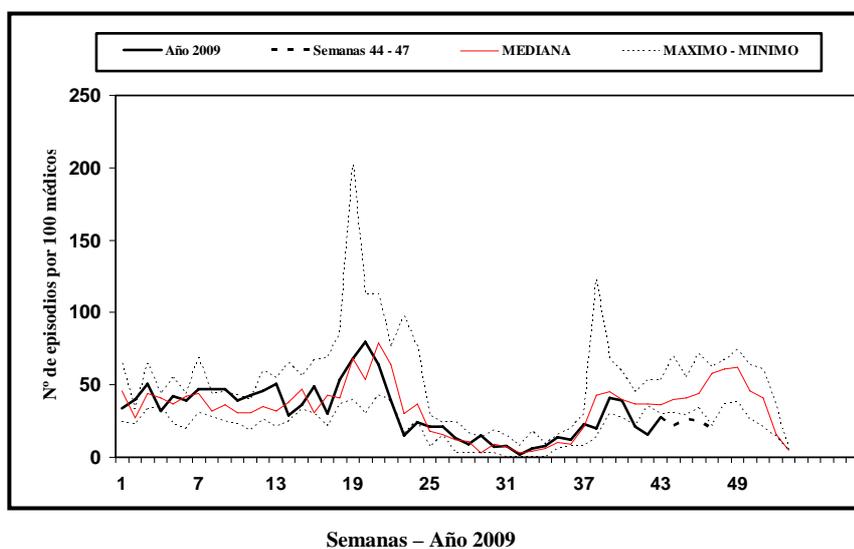
TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 47 de 2009.

	Semanas 44 a 47	Año 2009
Gripe	1174	2310
Varicela	10	287
Herpes zoster	23	323
Crisis asmáticas	92	1465

^a Desde la semana 40 de 2008 hasta la 20 de 2009

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2009 Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid



La suscripción electrónica 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



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

