

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8.

INFORMES:

- Red de Médicos Centinela de la
Comunidad de Madrid, años 2007 a 2010.








BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8

Índice

INFORMES:

	Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, años 2007 a 2010.	3
	EDO. Semanas 31 a 34 (del 31 de julio al 27 de agosto de 2011).	25
	Brotos Epidémicos. Semanas 31 a 34, 2011.	26
	Red de Médicos Centinela, semanas 31 a 34, 2011.	27
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, agosto 2011.	31



INFORME:

RED DE MÉDICOS CENTINELA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑOS 2007 A 2010

Resumen

Introducción: La Red de Médicos Centinela (RMC) está integrada en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM). Desde el año 2007, las enfermedades bajo vigilancia son la gripe, la varicela, el herpes zoster y las crisis asmáticas.

Metodología: La Red esta formada por 126 médicos (95 médicos de familia y 31 pediatras) distribuidos en 120 centros de salud que atienden alrededor del 3% de la población de la CM. La notificación tiene una periodicidad semanal. Las definiciones de caso son las consensuadas a nivel nacional. En el presente informe se presentan la incidencia y características epidemiológicas de los casos notificados en el período 2007-2010.

Resultados:

- **Gripe:** la temporada 2009-2010 ha presentado el mayor pico de incidencia (375,8). El inicio de la epidemia osciló entre la semana 42 y la semana 3, y la duración de cada epidemia entre 6 y 12 semanas. El mayor porcentaje de casos de gripe se presentó en el grupo de edad de 15 a 59 años. En las tres primeras temporadas circularon los virus AH3N2, AH1N1 y B. Todos los aislamientos identificados en la temporada 2009-2010 fueron virus de la gripe AnH1N1.
- **Varicela:** se observa un descenso de la incidencia, que alcanza el valor menor en el año 2010 (245,5). La incidencia más elevada se observa en los menores de 10 años de edad en todos el periodo de estudio. Se aprecia un descenso en todos los grupos de edad en relación con el período prevacunal. Se observa un incremento en la proporción de casos vacunados.
- **Herpes Zoster:** la mayor incidencia se presentó en el año 2010 (421,7). En los tres años anteriores la incidencia no superó los 400 casos por 100.000 habitantes. Los mayores valores de incidencia se observan a partir de los 45 años. En éstos, la incidencia anual media varía entre 544,3 en el grupo de 45 a 64 años y 1124,5 en el de 75-84 años.
- **Crisis asmáticas:** la incidencia de episodios o crisis de asma no ha variado a lo largo del período estudiado. La mayor incidencia se observa en los menores de 15 años. La demanda sanitaria por asma es mayor en las primeras semanas del año, en relación con la concentración ambiental de polen de gramíneas. Entre el 34 y el 36% de las crisis asmáticas requirieron algún tipo de atención urgente.
- **Evaluación del sistema:** la cobertura del período analizado se considera óptima. La proporción de población vigilada por la RMC de la CM permite realizar estimaciones con un error relativo máximo de 12,9% para las patologías de menor incidencia.

Conclusiones: La RMC de la CM permite detectar cambios en la tendencia y patrón de las enfermedades vigiladas. Aporta información epidemiológica que puede ser de gran utilidad para la toma de decisiones de salud pública.

1. INTRODUCCIÓN

La Red de Médicos Centinela (RMC) es un sistema de vigilancia epidemiológica integrado en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM) (Decreto 184/1996). Este sistema basado en la participación voluntaria de profesionales sanitarios de Atención Primaria genera información epidemiológica sobre enfermedades o procesos que por sus características son considerados, en un momento dado, de especial interés para la Salud Pública.

Entre los objetivos de una Red Centinela Sanitaria están, además del estudio de los problemas de salud y de sus determinantes, la detección precoz de determinados procesos sometidos a vigilancia, la evaluación de medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de control de los mismos, la promoción de la investigación epidemiológica en atención primaria y la normalización de indicadores que permitan la comparación interregional e internacional.

La RMC proporciona información complementaria a la obtenida por otros sistemas (Enfermedades de Declaración Obligatoria, Información Microbiológica, Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalario, etc) y presenta varias ventajas: los datos proceden directamente de los profesionales de Atención Primaria, los cuales mantienen un contacto más cercano con el paciente; el coste es bajo en relación con otros sistemas, tales como estudios epidemiológicos ad hoc o encuestas, sobre todo cuando se requieren datos de forma continua, ya que la recolección de datos está integrada en el quehacer diario del profesional, sin que éste tenga que desviarse sustancialmente de sus actividades; por último, el sistema es flexible, ya que permite modificar las enfermedades y procesos a vigilar sin modificar la infraestructura. Por tanto, la información epidemiológica obtenida a través de las redes centinela es de gran calidad, dada la procedencia de los datos y el alto grado de compromiso de los notificadores.

Las redes centinela tienen cada vez más amplia distribución en Europa, y en otros muchos países, como Estados Unidos, Australia o Nueva Zelanda. En España existen redes de este tipo en 15 de las 17 Comunidades Autónomas y en las dos Ciudades Autónomas. En la Comunidad de Madrid, la RMC se puso en funcionamiento en 1991 y, en 1996, con la creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, se introdujo en el marco normativo autonómico. Su funcionamiento se basa en la participación voluntaria de un conjunto de médicos de Atención Primaria cuya población asignada configura una muestra representativa de la población de la CM. Desde su puesta en marcha, han sido vigilados procesos diferentes de acuerdo a las necesidades. Desde el año 2007 hasta la actualidad, las enfermedades bajo vigilancia son: Gripe, Varicela, Herpes Zoster y Crisis Asmáticas.

Habitualmente las Redes de Médicos Centinela vigilan gripe durante los meses fríos (semanas epidemiológicas 40 a 20, de octubre a mayo del año siguiente). Si bien es cierto que la situación mundial derivada de la aparición del nuevo virus de la gripe AH1N1 hizo necesario mantener la vigilancia de forma continuada en el período no estacional en 2009. En el resto de temporadas la vigilancia se ha mantenido en los meses habituales. Respecto a la varicela y herpes zoster cabe hacer mención a la comercialización de la vacuna frente a varicela en el año 2004, por lo que desde ese año se vacunó una proporción variable de niños de diferentes edades. En noviembre de 2006 se implantó en la Comunidad de Madrid la vacunación sistemática a los 15 meses de edad. Desde el año 2004 se observa una tendencia decreciente de la incidencia de la varicela, especialmente tras su inclusión en el calendario.

En este informe se presenta la incidencia y características epidemiológicas de los cuatro procesos vigilados por la Red en el periodo 2007-2010 y se compara con los años previos.

2. METODOLOGÍA

2.1. Selección muestral

La población de la CM presenta una gran diversidad demográfica, económica y cultural, por lo que la obtención de una muestra representativa requiere técnicas de muestreo complejas. La selección muestral se llevó a cabo mediante un muestreo en dos etapas, con estratificación previa según las variables que reflejan la diversidad de esta población. Los estratos se constituyeron según territorios que presentaban características sociodemográficas, socioeconómicas y socioculturales similares. Actualmente la Red está formada por 126 profesionales, (95 médicos de familia y 31 pediatras), distribuidos en 120 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud y que en conjunto atienden a 178.716 habitantes, lo que constituye el 2,8% de la población residente en la CM.

2.2. Recogida de datos

Los médicos centinela notifican semanalmente al Servicio de Epidemiología los casos atendidos en la consulta con alguno de los procesos vigilados. La notificación se realiza mediante formularios de notificación específicos que se envían, bien por correo electrónico, o bien por fax. Los médicos centinela deben enviar los formularios aunque no hayan visto casos, con el fin de controlar la cobertura del sistema.

Para la gripe, los médicos, además de cumplimentar el formulario donde se recogen las características clínicas que presentan los casos que atienden en su consulta (lo que permitirá cuantificar la frecuencia de la enfermedad y su forma de presentación), recogen muestras biológicas para la identificación de los virus gripales circulantes. Los laboratorios de virología que han realizado los aislamientos virales han sido el del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III y los del H. 12 de Octubre y H. Ramón y Cajal.

2.3. Definición de caso:

- *Gripe*: La definición de caso de cada temporada es la definición de la Unión Europea, adoptada por todas la Redes del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE): Aparición súbita (menos de 12 horas) y al menos uno de los cuatro síntomas generales siguientes: fiebre, malestar general (debilidad y postración), cefalea, mialgias, y al menos uno de los tres síntomas respiratorios siguientes: tos, dolor de garganta, disnea; en ausencia de otra sospecha diagnóstica
- *Varicela*: Enfermedad aguda generalizada de comienzo repentino con fiebre moderada y con exantema vesiculoso, que evoluciona en brotes y cuyas lesiones evolucionan rápidamente de pápulas superficiales a vesículas y eventualmente a costras.
- *Herpes Zoster*: Erupción vesicular generalmente unilateral con distribución dermatomérica.

- *Crisis asmáticas*: Episodios recurrentes de obstrucción bronquial con uno de los siguientes criterios: pruebas de función pulmonar que muestran obstrucción variable aliviada con broncodilatadores o dos de los tres síntomas siguientes: sibilancias, tos seca o espiración prolongada. Se excluyen bronquiolitis y enfisema.

2.4. Variables:

- *Gripe*: edad, sexo, semana de notificación, manifestaciones clínicas, presencia de patologías previas, complicaciones presentadas, antecedente o no de vacunación, derivación a hospital o a consulta con especialista, toma de muestras y tipo, subtipo y cepa de los virus de la gripe identificados. En relación con la recogida de muestras, se solicitó a los médicos la recogida de muestras de exudado nasofaríngeo de los 2 primeros casos que demandaran atención cada semana.
- *Varicela*: semana de notificación, fecha de nacimiento, sexo, antecedentes de vacunación, fecha de vacunación, exposición a una fuente las últimas tres semanas, en caso de conocerse indicar el lugar de exposición, complicaciones presentadas, derivación a especialistas y presencia o no de inmunosupresión.
- *Herpes zoster*: semana de notificación, fecha de nacimiento y sexo.
- *Crisis asmáticas*: primera letra del nombre, del primero y del segundo apellido, fecha de nacimiento, sexo, fecha de inicio de síntomas, necesidad de consulta a urgencias, especificar si fue la primera crisis presentada, año en que se presentó la primera crisis, número de crisis en el último año, número de hospitalizaciones requeridas debido a las crisis, monitorización con Peak-flow y realización de pruebas alérgicas.

2.5. Análisis:

Con los datos obtenidos se estiman indicadores de salud de la población vigilada e indicadores de evaluación del sistema.

- **Indicadores de salud**: expresan la incidencia y principales características epidemiológicas de las enfermedades vigiladas. Asimismo, permiten analizar tendencias y estacionalidad y calcular umbrales epidémicos. En relación con la gripe, los datos se presentan por temporadas. El umbral epidémico se calcula mediante la media de la incidencia semanal en los 5 años previos. Como inicio de la epidemia se considera la semana en la que la incidencia de casos se sitúa por encima del umbral. En relación con la varicela, el análisis comparativo con años previos se presenta en tres períodos: pre-vacunal (2001-2003), intermedio (2004-2006) y vacunal (2007-2010). En el período intermedio la vacuna estaba comercializada pero no se había incluido aún en el calendario y en el período vacunal la vacuna ya estaba incorporada en el calendario.
- **Evaluación del sistema**: se lleva a cabo mediante el cálculo de coberturas de notificación que nos indican la proporción de población centinela vigilada.

3. RESULTADOS

3.1. GRIPE

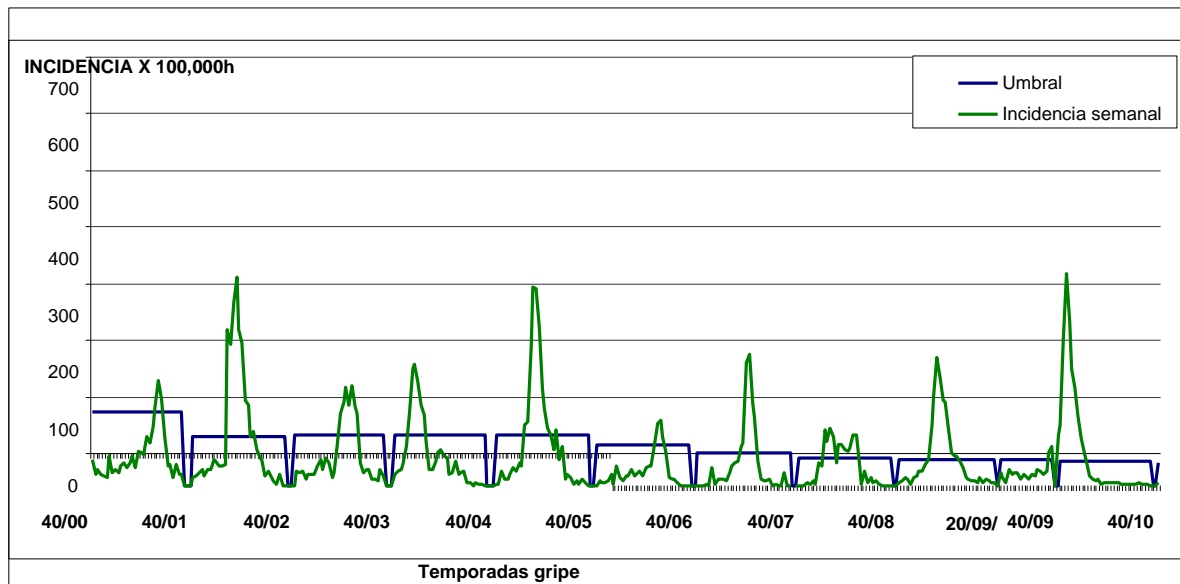
3.1.1. Incidencia

De entre las últimas 4 temporadas (tabla 3.1.1), la temporada 2009 -2010 ha sido la que ha presentado el mayor pico de incidencia: 375,8 casos por 100.000 habitantes. El inicio de la epidemia osciló entre la semana 42 en la temporada 2009-2010 y la semana 3 en la temporada 2006-2007 y la duración de cada epidemia osciló entre 6 semanas (temporadas 2006-2007 y 2009-2010) y 12 semanas (temporada 2007-2008). En el gráfico 3.1.1 se muestran las incidencias semanales de gripe desde la temporada 2000-2001.

Tabla 3.1.1. Incidencia de gripe. Años 2007-2010. RMC. CM.

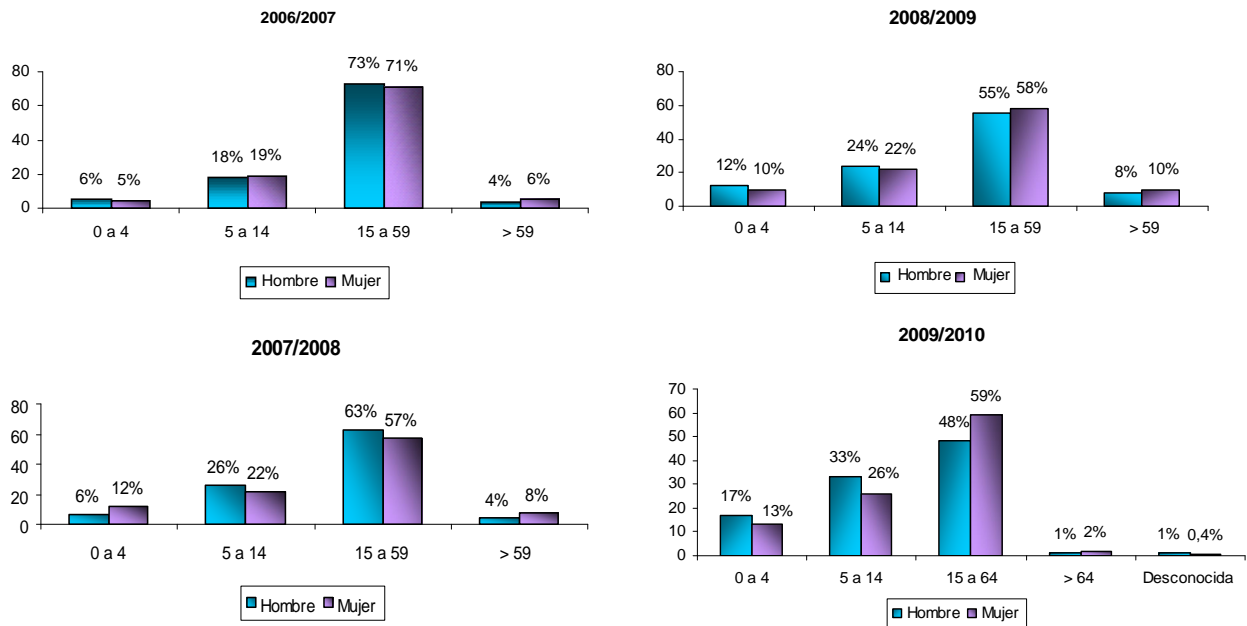
Temporada	Umbral epidémico (casos/10 ⁵ h)	Inicio de epidemia (semanas)	Duración epidemia (semanas)	Incidencia mínima (casos/10 ⁵ h)	Incidencia máxima (casos/10 ⁵ h)	Semana pico máximo
2006-2007	58,25	3/2007	6	69,6	233,1	6/2007
2007-2008	48,37	49/2007	12	61,6	102,8	51/2007
2008-2009	44,92	50/2008	9	47	226,9	53/2008
2009-2010	44,13	42/2009	6	84,2	375,8	43/2009

Gráfico 3.1.1: Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la Red de Médicos Centinela y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 2000/01 a 2009/10.



Durante las cuatro temporadas estudiadas, el mayor porcentaje de casos de gripe se presentó en el grupo de edad de 15 a 59 años y el menor en el grupo de mayores de 59 años. La distribución es similar en ambos sexos. (gráfico 3.1.2)

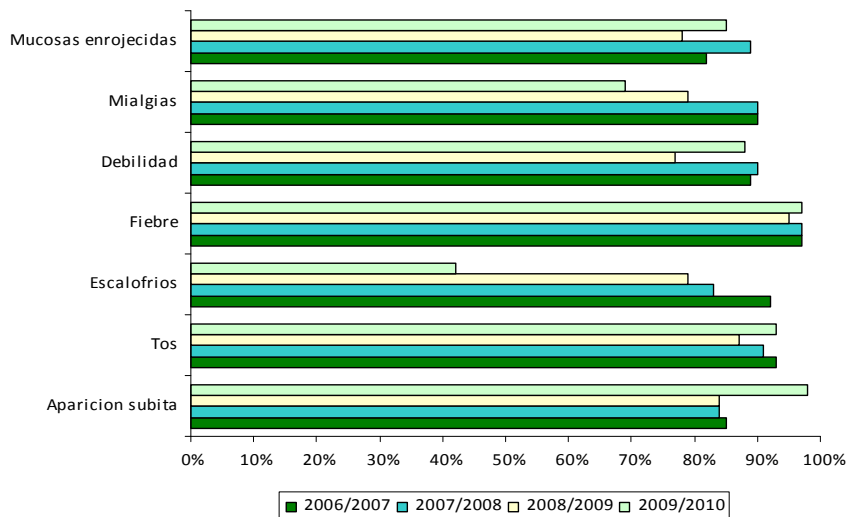
Gráfico 3.1.2: Distribución de casos según sexo y edad. Temporadas 2006/07-2009/10. RMC. CM.



3.1.2. Manifestaciones clínicas

La distribución de frecuencias de las manifestaciones clínicas es muy similar en todas las temporadas. El síntoma más frecuente ha sido la fiebre, seguidas por la tos y las mialgias (gráfico 3.1.3).

Gráfico 3.1.3: Manifestaciones clínicas. Temporadas 2006/07-2009/10. RMC. CM.



Respecto a la proporción de casos vacunados previamente al inicio de síntomas, varía para las cuatro temporadas entre el 3,0% y 7,6%. La mayor proporción de casos vacunados se observa en la temporada 2008-2009 (tabla 3.4.2).

Tabla 3.1.2: Distribución de los casos según estado de vacunación. Temporadas 2006/07-2009/10. RMC. CM.

Vacunación	2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	20	5,5	16	5,3	84	7,6	82	3,0
No	339	93,9	286	94,7	1002	91,2	2607	97,0
Desconocida	2	0,6	--	--	13	1,2	--	--
Total	361	100	302	100	1099	100	2689	100

3.1.3 Aislamientos virales

La temporada 2009-2010 presenta la mayor proporción de muestras recogidas 46,4% (tabla 3.4.3). A continuación se describen los aislamientos virales por temporada:

- **Temporada 2006-2007:** De las 44 muestras recogidas (10,3% de los casos), 25 fueron positivas (56,8%) y correspondieron a casos detectados entre la semana 1 y 10 de 2007. Todos los aislamientos fueron del virus de la gripe A. En 19 se identificó el subtipo AH3N2 y en 15 se llegó a identificar la cepa, siendo todos ellos similares a A/Wisconsin/67/2005, cepa que estaba incluida en la vacuna de la temporada.
- **Temporada 2007-2008:** De las 37 muestras recogidas (10,6% de los casos), 19 fueron positivas (51,3%) y correspondieron a casos detectados entre las semana 47 de 2007 y 7 de 2008. Se aislaron virus gripe A y B. Once aislamientos correspondieron a influenza A, cuya identificación genética permitió caracterizar a 10 de ellos como similares a A/SolomonIsland/03/2006 (H1N1), uno como similar a A/Brisbane/59/2007 (H1N1), y 8 influenza B, similares a B/Florida/4/2006 (linaje B/Yamagata).
- **Temporada 2008-2009:** De las 83 muestras recogidas (7,4% de los casos), 35 fueron positivas (42,2%) y correspondieron a casos detectados entre la semana 50 de 2008 y 8 de 2009. Se identificaron 21 virus gripe A y 14 virus gripe B. De los 21 virus influenza A, se subtiparon 19, todos ellos A (H3N2), 14 de estos A/Brisbane/10/2007. En cuanto a los 14 virus influenza B se realizó la caracterización genómica en 13, 12 B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria) y 1 B/Malaysia/2506/2004 (linaje Victoria).
- **Temporada 2009-2010:** De las 607 muestras recogidas (46,4% de los casos), 607 fueron positivas (49,0%) y correspondieron a casos detectados entre la semana 40 de 2009 y 4 de 2010. Todos los aislamientos fueron virus de la gripe A subtipo nH1N1.

Tabla 3.1.3. Aislamientos virales. Temporadas 2006/07-2009/10. RMC. CM.

Periodo	Casos con muestra n (%)	Muestras positivas n (%)
2006-2007	44 (10,3)	25 (56,8)
2007-2008	37 (10,6)	19 (51,3)
2008-2009	83 (7,4)	35 (42,2)
2009-2010	1238 (46,4)	607 (49,0)

Para más información se puede acceder a las publicaciones de los informes de gripe específicos de cada temporada publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. (1)

3.2. VARICELA

3.2.1. Incidencia

Durante los años 2007-2010 se observa un descenso de la incidencia de varicela, que alcanza el valor menor en el año 2010 (245,54 casos por 100.000 habitantes). Tomando como referencia el año 2007 la incidencia es significativamente menor en los años siguientes, tanto en hombres como en mujeres (tabla 3.2.1).

Tabla 3.2.1. Incidencia de varicela total y por sexo. Años 2007 a 2010. RMC. CM.

Año	Casos	Incidencia	IC 95%	RR (IC95%)
2007				
Total	403	745,04	672,57	817,51
Hombre	200	767,55	661,59	873,52
Mujer	203	724,12	624,86	823,37
2008				
Total	420	457,99	414,29	501,69
Hombre	233	527,02	527,02	594,51
Mujer	187	393,74	337,41	450,06
2009				
Total	308	305,26	271,22	339,30
Hombre	164	336,77	253,81	388,23
Mujer	144	275,87	230,87	320,86
2010				
Total	237	245,54	214,31	276,76
Hombre	116	250,11	204,65	276,76
Mujer	120	239,31	196,49	282,13

Si comparamos la incidencia entre los períodos pre-vacunal (2001-2003), intermedio (2004-2006) y vacunal (2007-2010) se observa que el descenso de la incidencia comienza en el período intermedio y se acentúa en el período vacunal (tabla 3.2.2)

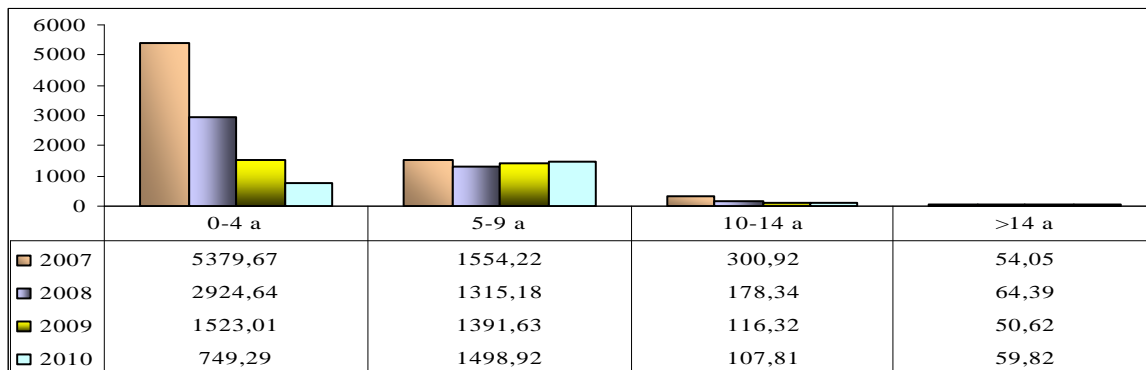
Tabla 3.2.2. Incidencia de varicela. Periodos 2001–2003, 2004-2006 y 2007-2010. RMC. CM

Año	Casos	Incidencia	IC 95%	RR (IC95%)
2001 - 2003	3782	1543,14	1494,34 – 1591,94	1
2004 - 2006	2538	1240,81	1192,83 – 1288,78	0,80 (0,76-0,85)
2007 - 2010	1368	398,58	377,50– 419,66	0,26 (0,24-0,27)

3.2.2. Incidencia de varicela por grupos de edad

En el período 2007-2010 la incidencia más elevada se observa en los menores de 10 años de edad en todos los años. Se aprecia una tendencia decreciente en este grupo de edad, que alcanza el valor mínimo en el año 2010 (749,29 casos por 100.000). En el grupo de 5 a 9 años se aprecia una ligera tendencia creciente desde el año 2009 (gráfico 3.2.1).

Gráfico 3.2.1. Distribución de la Incidencia de varicela por grupos de edad. Años 2007-2010. RMC. CM.



Si comparamos la incidencia de varicela por edad en los tres períodos prevacunal, intermedio y vacunal, se aprecia un descenso en todos los grupos de edad en relación con el período prevacunal (2001-2003), incluidos los grupos que no son diana de la vacuna (tabla 3.2.3).

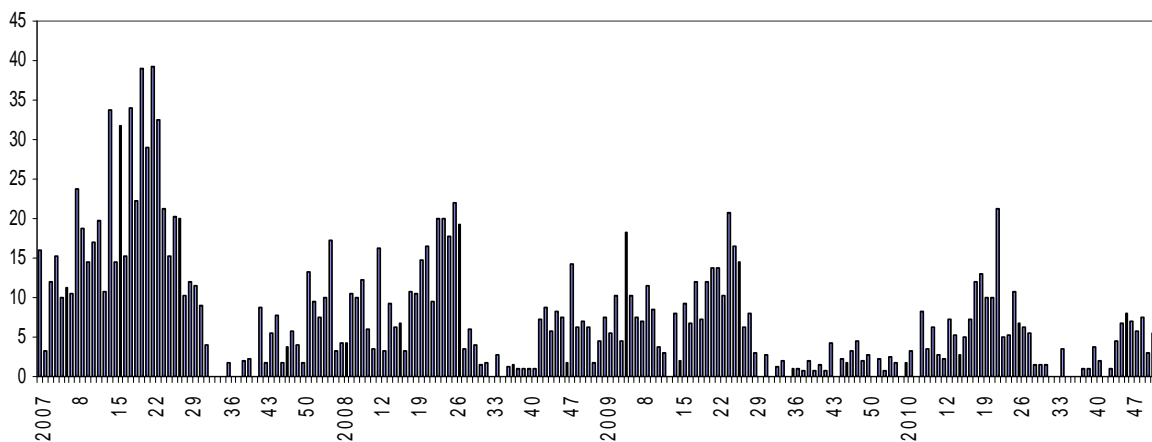
Tabla 3.2.3. Incidencia de varicela por grupos de edad. Periodos 2001–2003, 2004-2006 y 2007-2010. RMC. CM.

Edad	2001-2003	2004 - 2006	2007-2010	RR _{04-06/01-03}	RR _{07-09/01-03}
0-4 a	8822,12 (8471,77-9172,47)	7984,35 (7607,77-8360,94)	2296,86 (2127,33-2466,38)	0,91 (0,85 - 0,96)	0,26 (0,24 - 0,28)
5-9 a	3364,85 (3162,84-3566,85)	2337,71 (2147,72-2527,71)	1428,68 (1296,59-1560,77)	0,69 (0,63 - 0,77)	0,42 (0,38 - 0,47)
10-14 a	755,27 (659,88-850,66)	574,55 (481,94-667,16)	171,06 (124,15-217,97)	0,76 (0,62 - 0,93)	0,23 (0,17 - 0,31)
>14 a	134,47 (116,38-152,38)	100,18 (83,29-117,07)	57,45 (48,10-66,80)	0,74 (0,60 - 0,92)	0,65 (0,53 - 0,81)

3.2.3. Estacionalidad

En el gráfico 3.2.4 se muestra la distribución semanal de la incidencia de varicela entre los años 2007-2010. Aunque en los últimos 4 años no es tan claro el patrón estacional típico, siguen existiendo picos alrededor de las semanas 19 a 26 (mayo y junio).

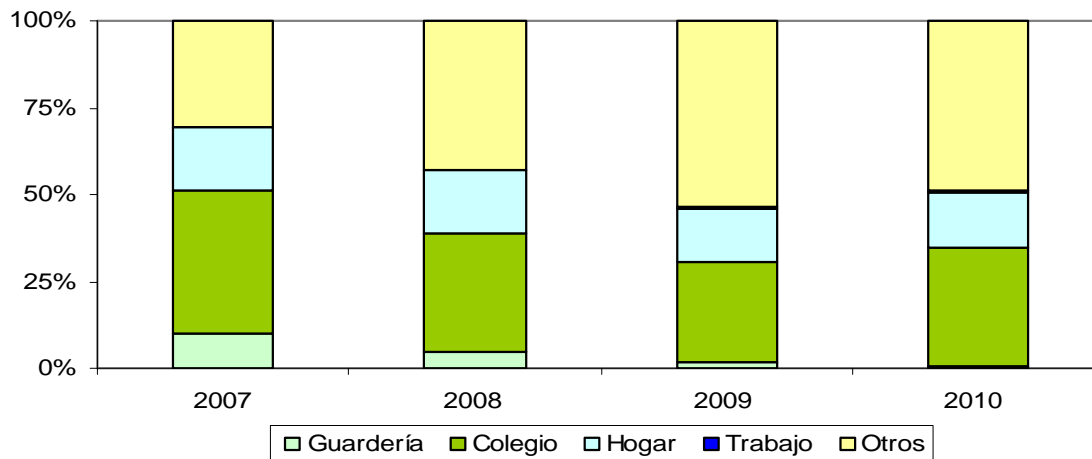
Gráfico 3.2.2. Incidencia semanal de varicela. Años 2007-2010. RMC. CM.



3.2.4. Distribución de los casos de varicela según lugar y fuente de exposición.

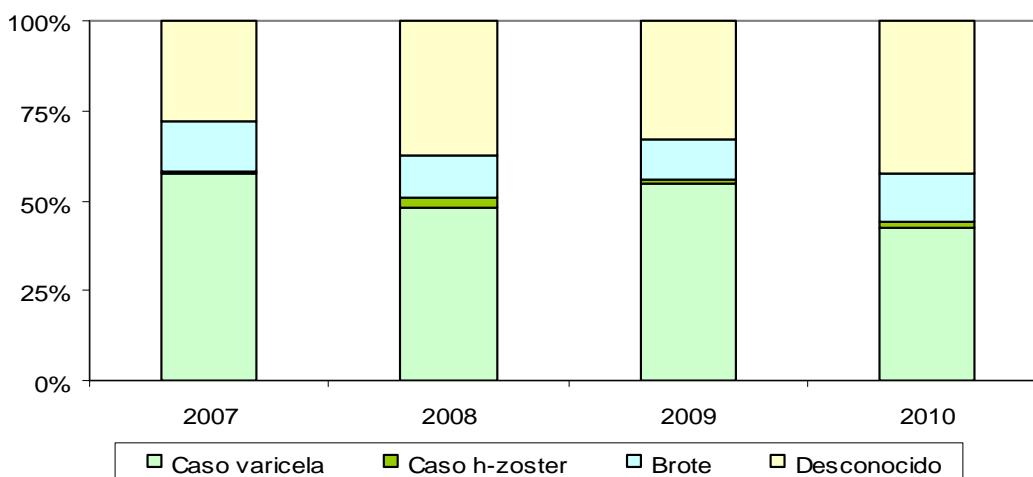
Entre los años 2007 y 2010, la transmisión de la varicela en las escuelas infantiles ha disminuido, pasando de 10,2% en 2007 a 0,4% en 2010. La frecuencia de exposición en el colegio y en el medio laboral se mantiene constante. (gráfico 3.2.3).

Grafico 3.2.3: Distribución de los casos de varicela según lugar de exposición. Años 2007-2010. RMC. CM.



En cuanto al tipo de exposición, en los últimos cuatro años, el contacto con un caso de varicela ha sido la fuente más frecuente de infección. Se aprecia un descenso de la proporción de casos asociados a otro caso de varicela (del 57,6 en 2007 al 42,6% en 2010) y un ligero incremento en la proporción de casos asociados a un caso de herpes zoster (del 0,7% en 2007 al 1,3% en 2010) (Grafico 3.2.4).

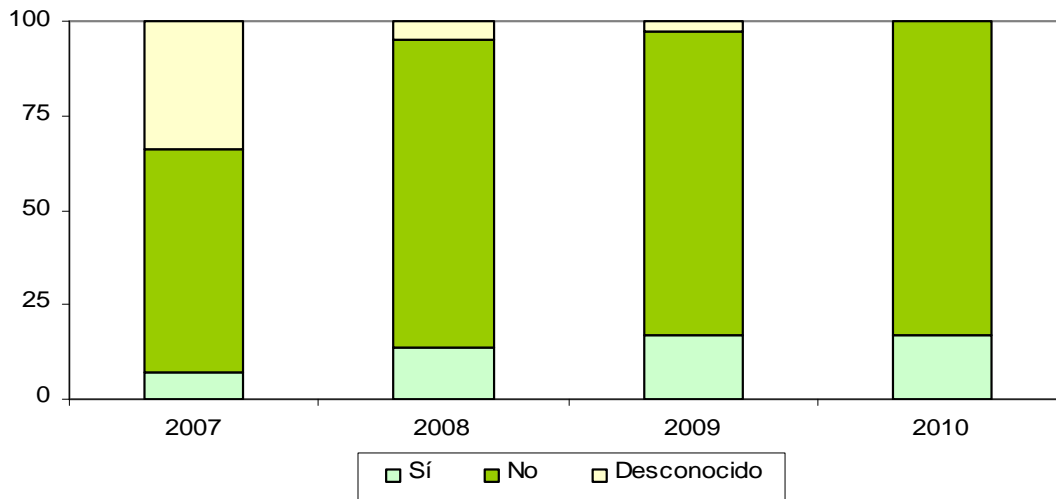
Grafico 3.2.4: Distribución de los casos de varicela según tipo de exposición. Años 2007-2010. RMC. CM.



3.2.5. Estado vacunal de los casos de varicela.

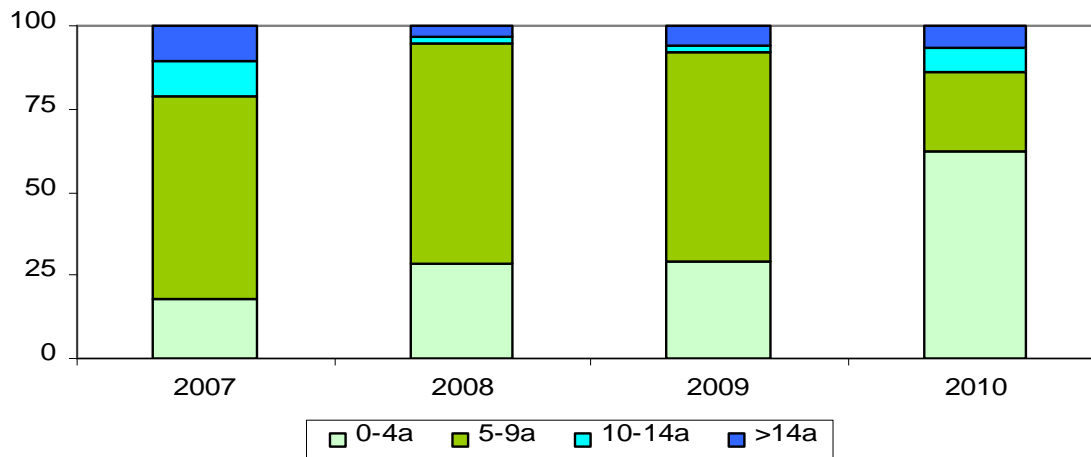
En el período 2007-2010 se observa un incremento en la proporción de casos vacunados. La proporción de casos vacunados alcanza el 16,9% y el 16,7% en los años 2009 y 2010 respectivamente (gráfico 3.2.5).

Gráfico 3.2.5. Distribución porcentual de los casos de varicela según estado vacunal. Años 2007-2010. RMC. CM.



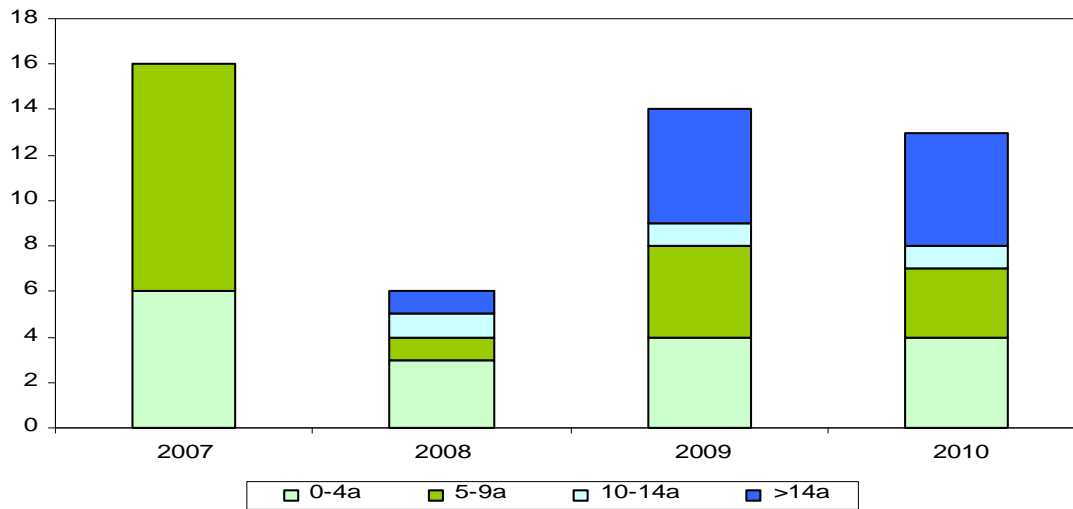
La mayor proporción de casos vacunados tienen entre 5 y 9 años en todos los años excepto en el 2010, donde predominan los casos vacunados de 0-4 años. Se observa un incremento de la proporción de casos vacunados de 0-4 años a lo largo del período (desde el 17,9% en 2007 hasta el 62,1% en 2010) (gráfico 3.2.6).

Gráfico 3.2.6. Distribución porcentual de los casos vacunados por grupo de edad. Años 2007-2010. RMC. CM.



El 3,8% de los casos notificados entre 2007 y 2010 presentaron complicaciones (52 casos), de los que el 71,4% se produjeron en niños menores de 10 años (gráfico 3.2.7). Se observa un incremento de la proporción de casos con complicaciones mayores de 10 años. La complicación más frecuente fue la infección bacteriana, que supone el 88,4% de los casos con complicaciones (46 casos). Otras complicaciones fueron neumonía, encefalitis, amigdalitis, bronquitis, conjuntivitis, diarrea y dolor abdominal (1 caso por cada una de ellas). El 0,8% de los casos fue derivado a servicios de urgencia (12 casos). El 0,3% presentaban inmunodepresión (5 casos).

Gráfico 3.2.7. Número de casos con complicaciones por grupo de edad. Años 2007-2010. RMC. CM.



3.3. HERPES ZOSTER

3.3.1. Incidencia

En el período 2007-2010 se han notificado 1326 casos de herpes zoster. La mayor incidencia se presentó en el año 2010 (421,66 casos por 100.000 habitantes). En los tres años anteriores la incidencia no supera los 400 casos por 100.000 habitantes. En todos los años la incidencia es mayor en mujeres que en los hombres (tabla 3.3.1.).

Tabla 3.3.1: Incidencia de herpes zoster en la CM y su distribución según sexo. Años 2007 a 2010. RMC. CM.

Año	Casos	Incidencia	IC95%	RR (IC95%)
2007				
Total	211	390,08	337,55	442,62
Hombre	97	372,26	298,32	446,21
Mujer	114	406,65	332,15	481,14
2008				
Total	355	387,11	346,92	427,30
Hombre	138	312,14	312,14	364,14
Mujer	217	456,90	396,25	517,56
2009				
Total	353	349,86	313,43	386,30
Hombre	143	293,65	301,80	341,71
Mujer	210	402,30	348,00	456,61
2010				
Total	407	421,66	380,78	462,54
Hombre	176	379,48	323,52	435,44
Mujer	231	460,67	401,40	519,94

Si agrupamos los datos en tres períodos desde el año 2001, observamos que tanto la incidencia de herpes zoster en el período de 2004-2006 como en el período 2007-2010 fueron mayores que en el período 2001-2003 (tabla 3.3.2).

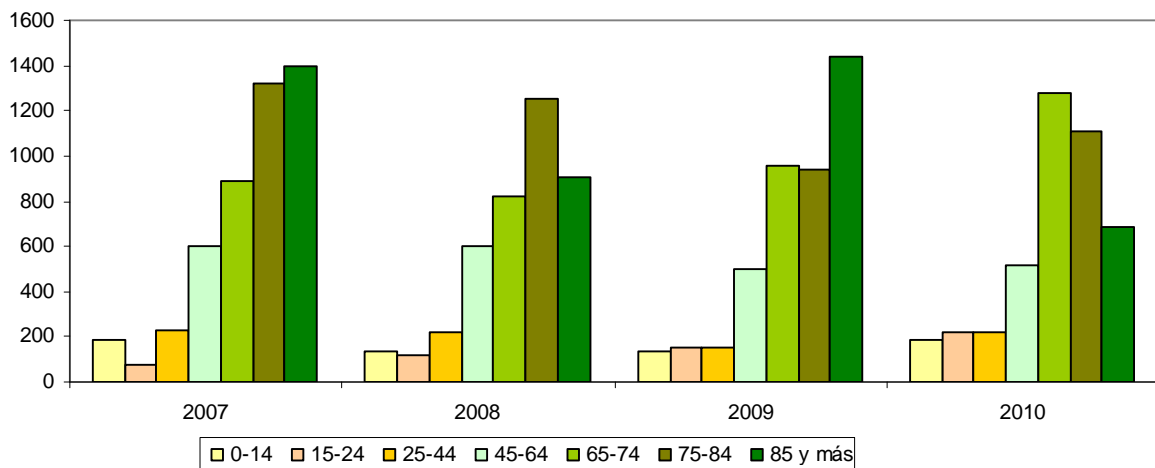
Tabla 3.3.2: Incidencia de herpes zoster. Períodos 2001-2003, 2004-2006 y 2007-2010. RMC. CM.

Año	Casos	Incidencia	IC 95%	RR (IC95%)
2001 - 2003	692	282,35	261,34 - 303,36	1
2004 - 2006	670	327,56	302,79 - 352,32	1,16 (1,04-1,29)
2007 - 2010	1326	386,35	365,59 - 407,10	1,37 (1,25 - 1,50)

3.3.2. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad

La incidencia de herpes zoster aumenta con la edad. Los mayores valores se observan a partir de los 45 años. En éstos, la incidencia anual media del período 2007-2010 varía entre 544,33 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 45 a 64 años hasta 1124,52 en el grupo de 75-84 años. La incidencia más alta se presenta en el grupo de mayores de 84 años en los años 2007 (1400,51) y 2009 (1438,31), en el de 75-84 años en 2008 (1251,97) y en el de 65-74 años en el año 2010 (1280,84) (gráfico 3.2.2). Cabe destacar el descenso en la incidencia del grupo de mayores de 84 años en el año 2010 (684,79).

Gráfico 3.3.1. Incidencia de herpes zoster por grupo de edad. Años 2007-2010. RMC. CM.

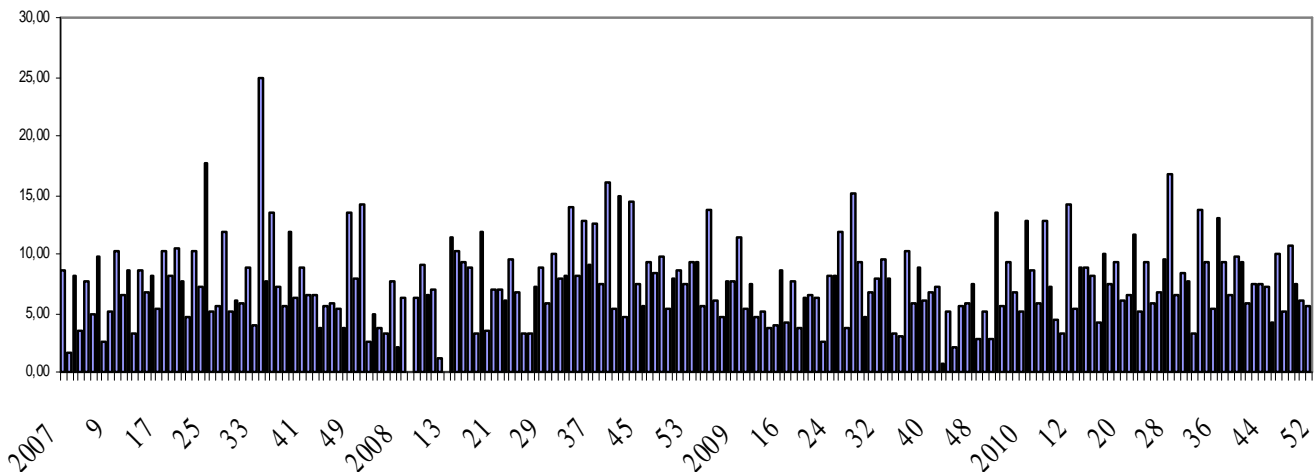


Si comparamos las incidencias por edad en los distintos periodos prevacunales, intermedios y vacunales, se evidencia un aumento de la incidencia entre los periodos 2004-2006 y 2007-2010 con respecto al 2001-2003 en todos los grupos de edad, aunque sólo alcanzan la significación estadística los grupos de 0-14 y mayores de 84 años (Tabla 3.3.3).

Tabla 3.3.3: Incidencia de herpes zoster por grupo de edad. Periodos 2001–2003, 2004-2006 y 2007-2010. RMC. CM.

Edad	2001 - 2003	2004 - 2006	2007 - 2010	RR _{04-06/01-03} (IC95%)	RR _{07-10/01-03} (IC95%)
0-14	77,78	96,01	156,35	1,23 (0,87-1,75)	2,01 (1,51-2,68)
15-24	111,25	107,87	148,21	0,97 (0,57-1,65)	1,33 (0,85-2,09)
25-44	164,01	198,40	202,18	1,21 (0,91-1,60)	1,23 (0,97-1,57)
45-64	473,72	556,43	558,19	1,17 (0,96-1,44)	1,15 (0,96-1,37)
65-74	920,68	931,23	1002,08	1,01 (0,80-1,27)	1,09 (0,89-1,33)
75-84	1088,98	1154,85	1124,52	1,06 (0,82-1,38)	1,03 (0,82-1,30)
85 y más	656,74	895,68	1032,34	1,36 (0,82-2,27)	1,57 (1,02-2,43)

En el gráfico 3.3.2 se presenta la incidencia semanal de casos de herpes zoster en los años 2007- 2010. No se observa ningún patrón cíclico ni estacional.

Gráfico 3.3.2 Incidencia semanal de Herpes Zoster. Años 2003 –2010. RMC. CM.

3.4. CRISIS ASMÁTICAS

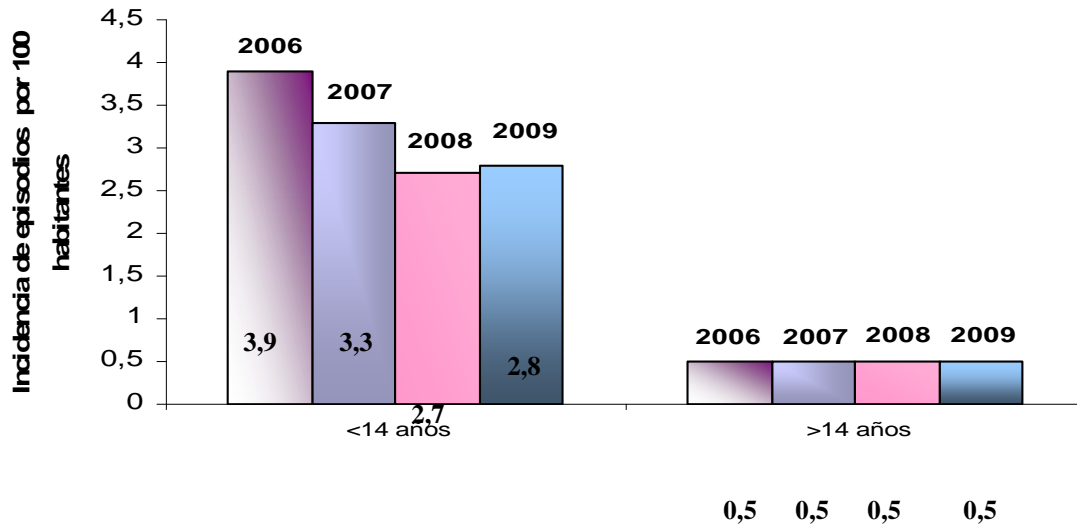
3.4.1. Incidencia

Durante el periodo 2006-2009 se registraron un total de 3909 episodios de crisis asmáticas. La tasa de incidencia de episodios o crisis de asma, ponderada por cobertura de notificación y población asignada a cada médico, fue similar a lo largo de los cuatro años estudiados. La mayor incidencia se presentó en el grupo de menores de 15 años, siendo la incidencia más alta de 3,9% en el año 2006 y la más baja de 2,7% en el 2008. Para el grupo de mayores de 14 años la incidencia se mantuvo en 0,5% durante los 4 años (gráfico 3.4.1).

La tasa de incidencia de casos o personas con alguna crisis de asma (una o más), fue al igual que los episodios de asma, muy similar en los cuatro años e igualmente superior en los menores de 15 años. La mayor incidencia de casos de asma o personas con alguna crisis

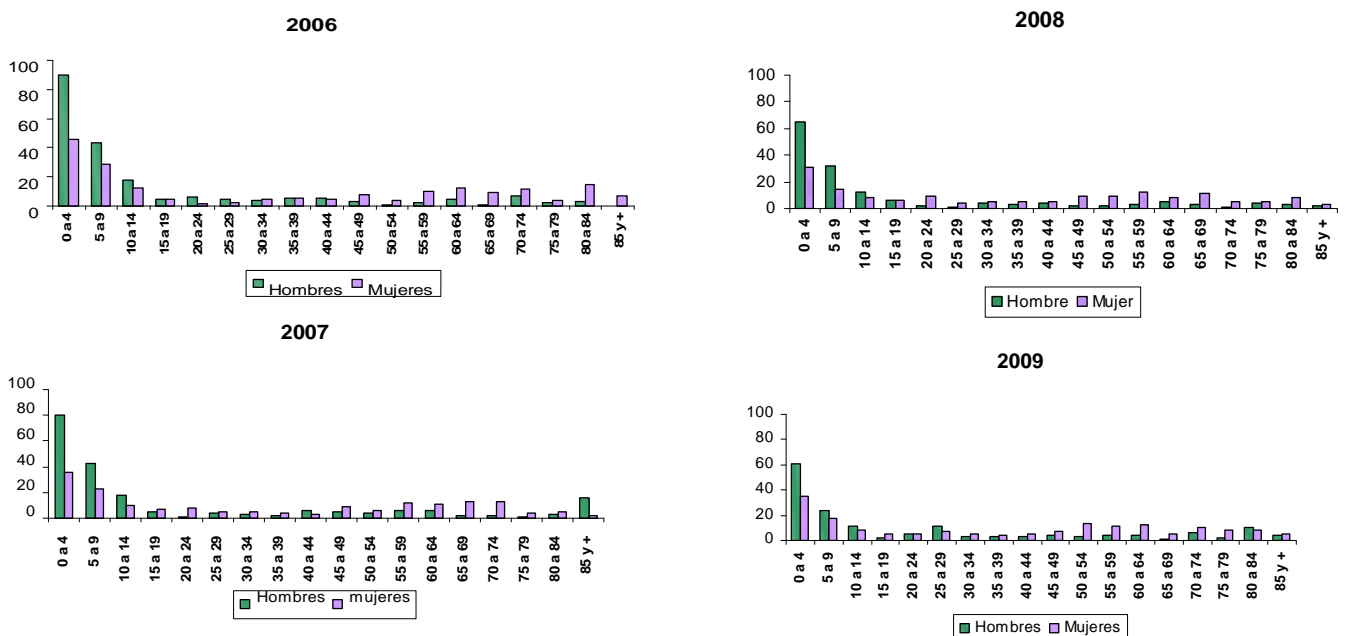
de asma, en menores de 15 años, fue de 3,3% en el año 2006 y la menor de 2,3% en el año 2008. En la población mayor de 14 años la incidencia fue de 0,5% en los cuatro años estudiados (gráfico 3.3.1). Del total de crisis, fueron el único episodio ocurrido el 86,8% en el 2006, 86,1% en el 2007, 87,8% en el 2008 y 89,3% en el 2009.

Gráfico 3.4.1. Incidencia de la demanda sanitaria por asma, en atención primaria. Años 2006-2009.RMC. CM.



En el gráfico 3.4.2 podemos observar la distribución según sexo y edad. La mayor frecuencia se concentra en hombres y mujeres en la edad infantil, especialmente en los menores de 5 años. En la infancia y primera etapa de la adolescencia la incidencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, a partir de las edades medias de la vida esta relación se invierte a favor de las mujeres. La distribución según género y edad se mantiene a lo largo de los 4 años.

Gráfico 3.4.2. Distribución de las crisis de asma según género y edad. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid. Años 2006, 2007, 2008 y 2009.



3.4.2. Tendencia

El análisis del patrón temporal de la incidencia de episodios por médico declarante en estos 17 años de estudio, describe un cambio de tendencia que marca dos fases claramente diferenciadas (gráficos 3.3.3 y 3.3.4). En una primera fase se aprecia un incremento gradual desde 1993 hasta el año 2000, a partir del cual comienza un ligero descenso que continua en la actualidad

Grafico 3.4.3 Demanda sanitaria por asma en atención primaria. Años 1993 - 2009. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

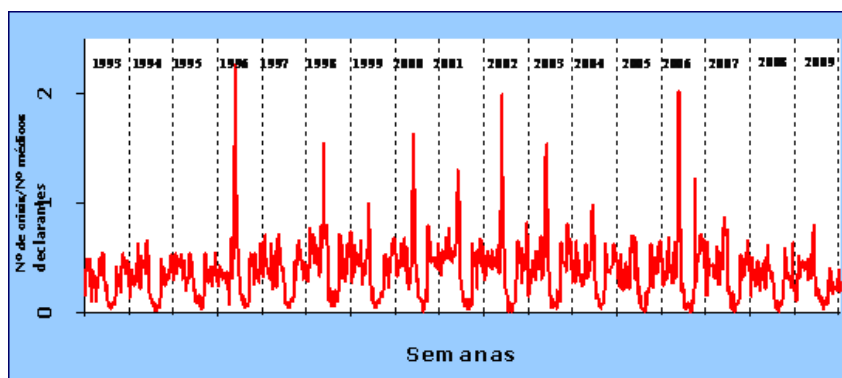
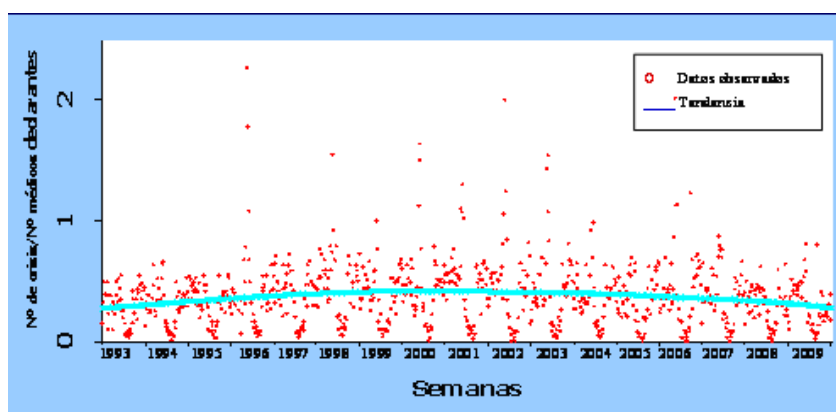


Grafico 3.4.4. Tendencia de la demanda sanitaria por asma en atención primaria. Años 1993 - 2009. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



3.4.3. Estacionalidad

El gráfico 3.3.5 muestra la distribución estacional de la demanda sanitaria por asma en atención primaria según semana epidemiológica en los años 2006, 2007, 2008 y 2009.

Durante el año 2006 destaca un pico de gran magnitud durante el mes de mayo, dado que, la concentración ambiental de polen de gramíneas durante ese año fue muy elevada, alcanzando valores semanales medios durante el periodo de máxima eclosión, de 140 granos/m³ de aire, muy próximo a los valores máximos de la serie.

En los años 2007, 2008 y 2009 la demanda sanitaria por asma es mayor en las primeras semanas del año, comparada con la ocurrida en el 2006. Para estos tres años, exceptuando un

leve aumento de la demanda en las semanas 19 y 20 el incremento de casos en el mes de mayo es menor, esto debido a una menor concentración ambiental de polen de gramíneas en el 2007 y un retraso en la eclosión de este polen al mes de julio para el año 2008 y el año 2009. Para los cuatro años el numero de casos disminuye durante los meses de verano para incrementarse abruptamente en septiembre, y, posteriormente aunque de forma más regular, en los meses de invierno. En los meses de invierno, el aumento de crisis se relaciona en gran parte por el aumento de infecciones respiratorias, que actúan como desencadenantes en los individuos susceptibles (gráficos 3.3.5 y 3.3.6).

Gráfico 3.4.5. Distribución estacional de la demanda sanitaria por asma en atención primaria según semana epidemiológica. Años 2006,2007, 2008 y 2009. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.

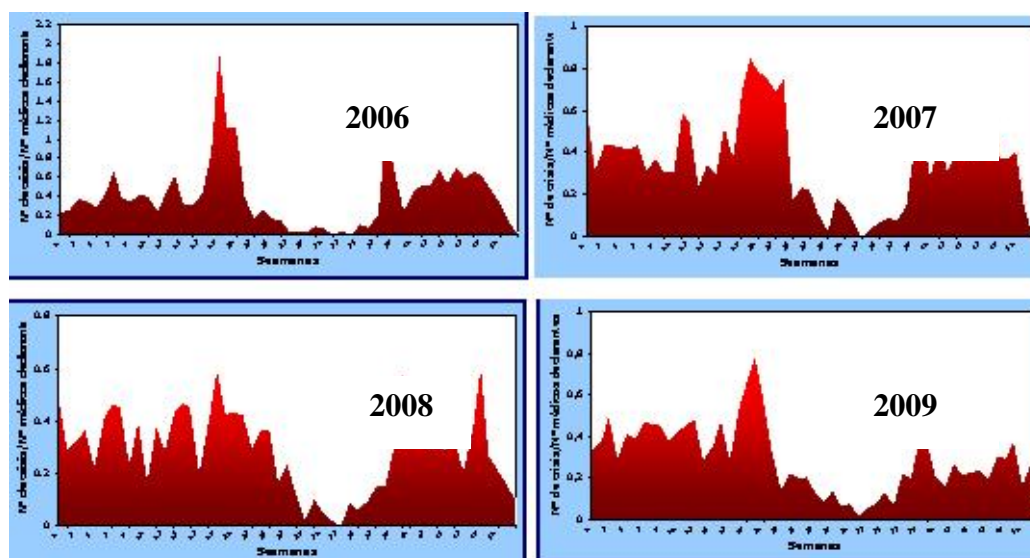
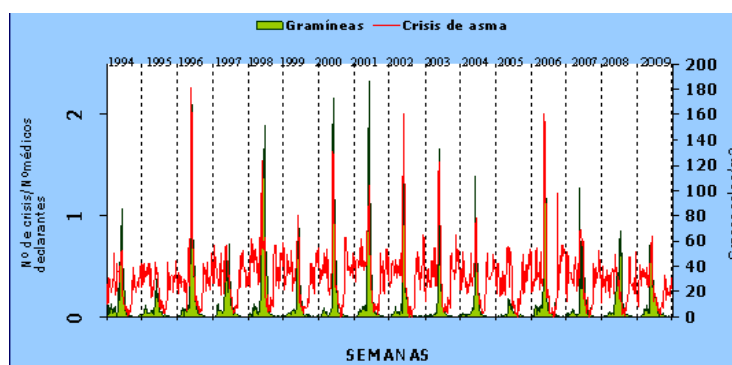


Gráfico 3.4.6. Demanda sanitaria por asma en atención primaria y polen de gramíneas. Años 1994–2009. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



3.4.4. Solicitud de demanda urgente

Durante el año 2006 el 38% de las crisis de asma necesitaron algún tipo de atención urgente, 36% en el 2007, 34% en el año 2008 y 36% en 2009. En 2006 en un 16% de los episodios se acudió a urgencias hospitalarias y para los tres años siguientes acudió a urgencias hospitalarias un 13%.

3.4.5. Historia anterior de asma

En los menores de 15 años tenían historia anterior de asma entre el 75,8% en el 2006 y el 84,2% en el 2009. En mayores de 14 tenían historia anterior de asma entre el 75,5% en 2007 y el 83,4% en 2008. La mediana del número de crisis ocurridas durante el año fue de 2.

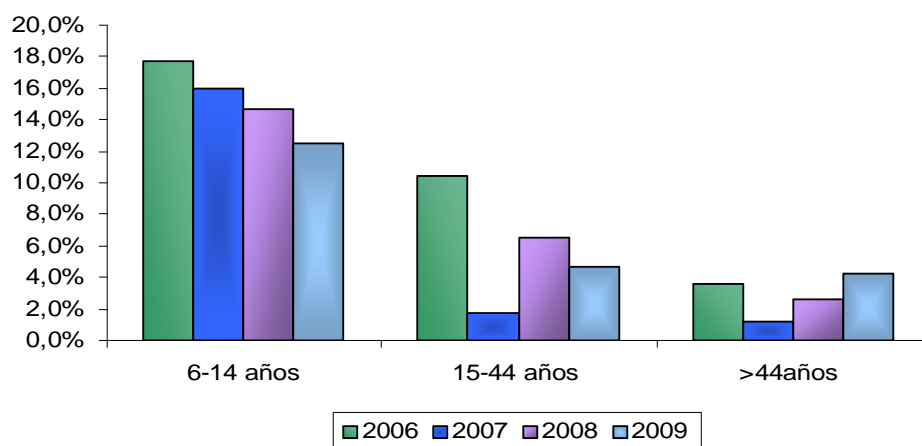
El 23% de los pacientes desarrollaron una única crisis de asma anual; tuvieron cinco o más crisis un 5,6% de pacientes en el año 2006, 7,7% en el año 2007, 8,2 en año 2008 y 9,4% en el 2009.

El porcentaje de pacientes hospitalizados fue mayor en el año 2006 con un 17,7% y menor en el año 2007 con un 7,7%. Para los años 2008 y 2009 el porcentaje de hospitalizaciones fue de 9,2% y 11,7% respectivamente.

3.4.6. Monitorización con peak-flow

La monitorización con Peak – Flow, de los pacientes con patología previa de asma, fue mayor en el grupo de edad de 6 a 14 años, esta monitorización decreció gradualmente desde el año 2006 al 2009. En el grupo de 15 a 44 años la monitorización fue mayor durante el año 2006, disminuyendo en el año 2007 y posteriormente aumentando en los años 2008 y 2009 sin alcanzar la frecuencia presentada durante el 2006. Los pacientes mayores de 44 años presentaron frecuencias menores de monitorización durante los cuatro años analizados gráfico 3.4.7).

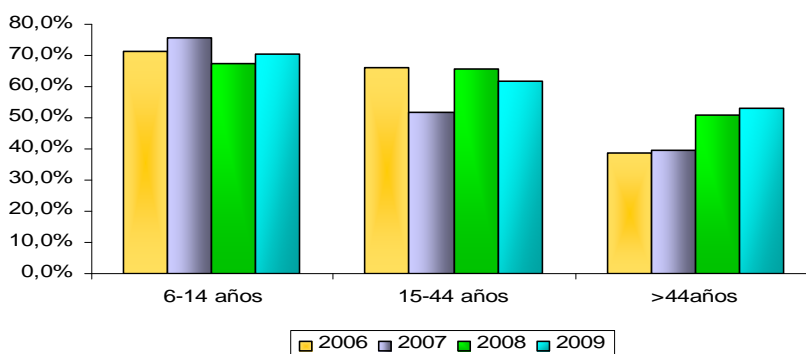
Gráfico 3.4.7. Monitorización con Peak Flow según edad. Años. 2006 – 2009. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



3.4.7. Realización de pruebas alérgicas

Más de la mitad de personas mayores de 2 años con historia previa de asma, se habían realizado pruebas de alergia, 55,8% en el 2006, 54,2% en el 2007, 57,3% en el 2008 y 52,2% en el 2009. El grupo de edad de 6 a 14 años fue el más frecuentemente estudiado con estas pruebas. Dicha frecuencia se mantuvo en los cuatro años (gráfico 3.3.8)

Gráfico 3.4.8. Realización de pruebas alérgicas según edad. Años 2006 – 2009. Red de Médicos Centinela. Comunidad de Madrid.



4. EVALUACIÓN DEL SISTEMA

Durante los años 2007–2010 la Red de Médicos Centinela ha vigilado una proporción de la población de Madrid que oscila entre el 1,61 y el 3,10%, lo que permite realizar las estimaciones de incidencia con un error relativo de entre 10,3 y 12,9% para la patología vigilada con menor incidencia (tabla 4.1.1).

Tabla 4.1.1 Proporción de población cubierta. Años 2007-2009. RMC. CM.

	2007	2008	2009	2010
Población CM	6.081.689	6.271.638	6.386.932	6.458.684
Población vigilada	98.071,02	194.515,09	171.700,38	175.745,00
% Población cubierta	1,61	3,10	2,69	2,72

5. DISCUSIÓN

5.1 Gripe

Las epidemias de gripe se repiten anualmente, durante el otoño y el invierno, y esto se refleja en el aumento de la circulación viral que detectan las redes de médicos centinelas españolas y mundiales (1). En la RMC de la CM el mayor pico de incidencia se presentó en la temporada 2009-2010 (375,8 casos por 100.000 habitantes), coincidiendo con la epidemia mundial de gripe AnH1N1, y fue similar al detectado por las redes de médicos centinela que conforman el Sistema de Vigilancia de Gripe en España (372,15/100.000) (2). En España, según los datos declarados por las redes de médicos centinela de las diferentes Comunidades Autónomas, el mayor pico se presentó entre las semana 43 y 47. En la CM, la incidencia más alta se produjo en la semana 43 (3). Para todas las temporadas estudiadas la mayor incidencia se presenta en el grupo de edad de 15 a 59 años, mientras que a nivel nacional el grupo de 5 a 14 años es el que presenta mayores incidencias. La fiebre es el síntoma más frecuente en todas las temporadas, tanto para Madrid como para el resto de Comunidades Autónomas. El mayor porcentaje de muestras positivas para aislamientos virales, se dio en la temporada 2009-2010, lo que concuerda con un aumento en la intensidad de la circulación viral en esa temporada.

5.2 Varicela

La incidencia de la varicela notificada por la RMC de la CM es significativamente menor en el período vacunal (2007-2010) que en los períodos intermedio (2004-2006) y prevacunal (2001-2003). La incidencia ha descendido en todos los grupos de edad, tanto en los grupos diana de la vacuna como en el resto de la población, lo que es indicativo de la existencia de inmunidad de grupo. El grupo de edad con incidencia más elevada es el de menores de 10 años. El mayor descenso de la incidencia se observa en el grupo de 0-4 años, lo que concuerda con el descenso detectado de la transmisión en escuelas infantiles. En el grupo de 5-9 años se observa una ligera tendencia creciente desde el año 2009. Se aprecia un incremento en el número de casos vacunados, con una tendencia creciente en la proporción de casos vacunados de 0-4 años. La vigilancia continuada de esta enfermedad permitirá identificar cambios en su patrón epidemiológico y valorar la pertinencia de incluir una segunda dosis de vacuna en el calendario.

5.3 Herpes Zoster

Se observa una tendencia creciente de la incidencia del Herpes Zoster a lo largo del período estudiado. La incidencia es significativamente mayor en los períodos 2004-2006 y 2007-2010 en relación con el período 2001-2003. Las incidencias más altas se observan en mayores de 45 años. Se evidencia un aumento de la incidencia en todos los grupos de edad, aunque sólo alcanzan la significación estadística los grupos de 0-14 y mayores de 84 años. La incidencia es mayor en mujeres que en hombres en todo el período analizado.

5.4 Crisis asmáticas

La incidencia de episodios o crisis de asma no ha variado a lo largo del período estudiado. La mayor incidencia se observa en los menores de 15 años. La incidencia de casos o personas con alguna crisis de asma (una o más) fue también similar en todos los años e igualmente superior en los menores de 15 años. En la infancia y primera etapa de la adolescencia la incidencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y a partir de las edades medias de la vida esta relación se invierte. La demanda sanitaria por asma es mayor en las primeras semanas del año, en relación con la concentración ambiental de polen de gramíneas. El número de casos disminuye en los meses de verano y se incrementa abruptamente en septiembre y posteriormente, de forma más gradual, en los meses de invierno. En los meses de invierno este

incremento se asocia con el aumento de las infecciones respiratorias. Entre el 34 y el 36% de las crisis asmáticas requirieron algún tipo de atención urgente. Entre el 7,7% y el 17,7% de los casos requirió ingreso hospitalario.

5.5 Evaluación del sistema.

La proporción de población vigilada por la RMC de la CM permite realizar estimaciones con un error relativo máximo de 12,9% para las patologías de menor incidencia. Según la bibliografía una cobertura significativa por parte de una red de médicos centinela debe tener un error relativo máximo del 20%, por lo cual la cobertura del período analizado se considera óptima.(4)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Temporada de gripe 2006-2007: N°3, Vol 13, Marzo 2007;
Temporada de gripe 2007-2008: N°9, Vol 14, Sept 2008;
Temporada de gripe 2008-2009: N°5, Vol 15, Mayo 2009;
Temporada de gripe 2009-2010: N°2, Vol 16, Feb 2010.
- (2) Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de la Gripe en España: Evolución de la gripe pandémica por AnH1N1 desde la semana 20/2009 hasta la semana 20/2010. 2010. Instituto de Salud Carlos III.
- (3) Larrauri Camara A, Jimenez-Jorge S, Simon Mendez L, Mateo Ontañón S. Vigilancia de la pandemia de gripe (H1N1) 2009 en España. Revista Española de Salud Pública 2010; 84(5):569-588.
- (4) Alonso ATV, Llorens ÈZ, Truyols AG, Alonso JEL, Maestro LP, Costa MG et al. Guía de principios y métodos de las redes centinelas sanitarias en España. Gac Sanit 2006; 20(Supl 3):52-60.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 31 a 34 (del 31 de julio al 27 de agosto de 2011)

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 2011. Semanas 31-34

Lugar de consumo	Año 2011						Año 2010		
	Semanas 31-34			Semanas 1-34			Semanas 1-34		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	0	0	0	7	810	1	10	826	20
Restaurantes, bares y similares	2	14	1	15	183	9	21	96	9
Domicilios	3	19	6	16	135	19	14	73	6
Comedores de empresa	0	0	0	2	36	0	0	0	0
Otros lugares	1	22	0	4	34	2	2	8	0
Centros geriátricos	0	0	0	0	0	0	1	29	1
Centros penitenciarios	0	0	0	0	0	0	1	92	0
Centros sanitarios	0	0	0	0	0	0	1	69	0
Residencias no geriátricas	0	0	0	0	0	0	1	60	4
Total	6	55	7	44	1198	31	51	1253	40

Brotes de origen no alimentario. Año 2011. Semanas 31-34

Tipo de brote*	Año 2011						Año 2010		
	Semanas 31-34			Semanas 1-34			Semanas 1-34		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	2	60	0	18	571	0	23	854	9
Sarampión	5	16	0	32	212	28	1	3	0
Eritema infeccioso	0	0	0	1	40	0	2	25	0
Tos ferina	0	0	0	9	22	1	4	17	0
Enf. Pie-mano-boca	0	0	0	2	22	0	1	6	0
Hepatitis A	0	0	0	5	12	2	2	10	0
Parotiditis	0	0	0	4	12	0	4	15	0
Escabiosis	0	0	0	1	11	0	3	49	0
Escarlatina	0	0	0	3	9	0	2	8	0
Legionelosis/Fiebre de Pontiac	0	0	0	1	4	3	0	0	0
Meningitis vírica	0	0	0	1	3	3	0	0	0
Brucelosis	1	2	0	1	2	0	1	3	0
Dermatofitosis	0	0	0	1	2	0	1	10	0
Hepatitis C	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Ornitosis	0	0	0	1	2	2	1	3	1
Total	8	78	0	81	926	39	45	1003	10

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2011, semanas 31 a 34
(Del 31 de julio al 27 de agosto de 2011)**

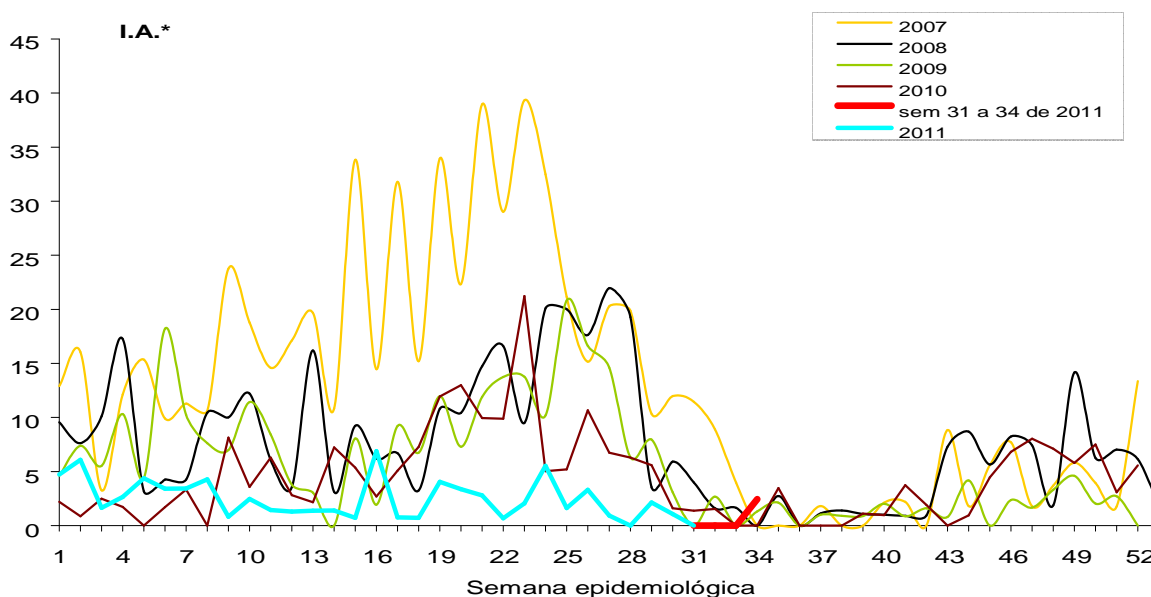
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 126 médicos de atención primaria que atienden a unas 180.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora informes mensuales con los principales resultados del sistema. Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en <http://www.madrid.org>

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 alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 51,4% (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

VARICELA

Durante las semanas 31 a 34 del año 2011 han sido declarados 2 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 2,2 casos por 100.000 personas (IC 95%: -0,9 – 5,3). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2007-2010 y de la semana 31 a la 34 de 2011.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2007-2011 y semana 31 a 34 de 2011.

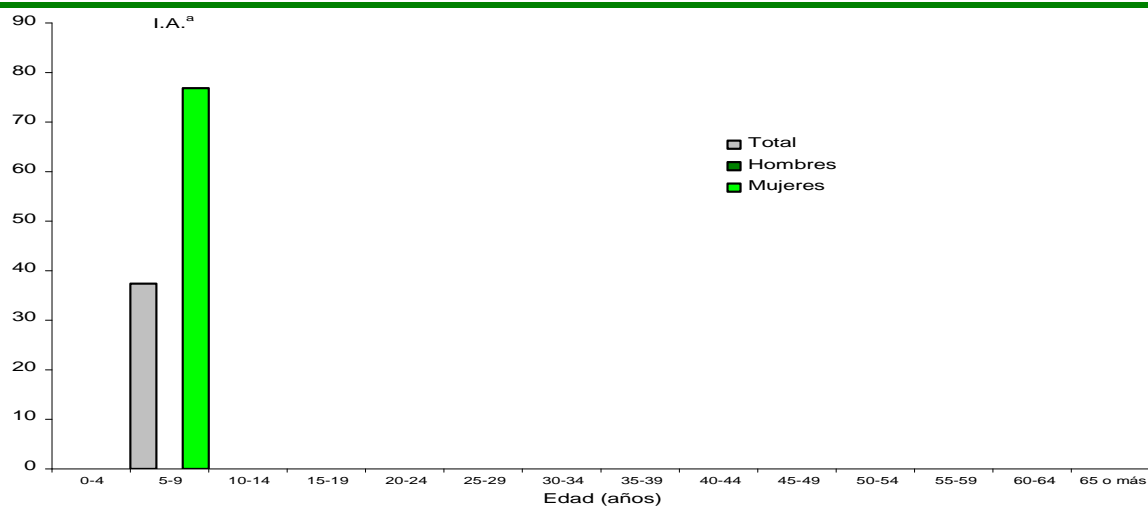


* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los 2 casos notificados, el 100% se dio en mujeres. La edad se conoció en el 100% de los casos y ambos tenían menos de 10 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En ningún caso se registró complicación alguna aunque ni se requirió derivación a atención especializada.

En estos 2 casos (100,0%) no se recogió la fuente de exposición el contacto ni el lugar de exposición.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2011



ª Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

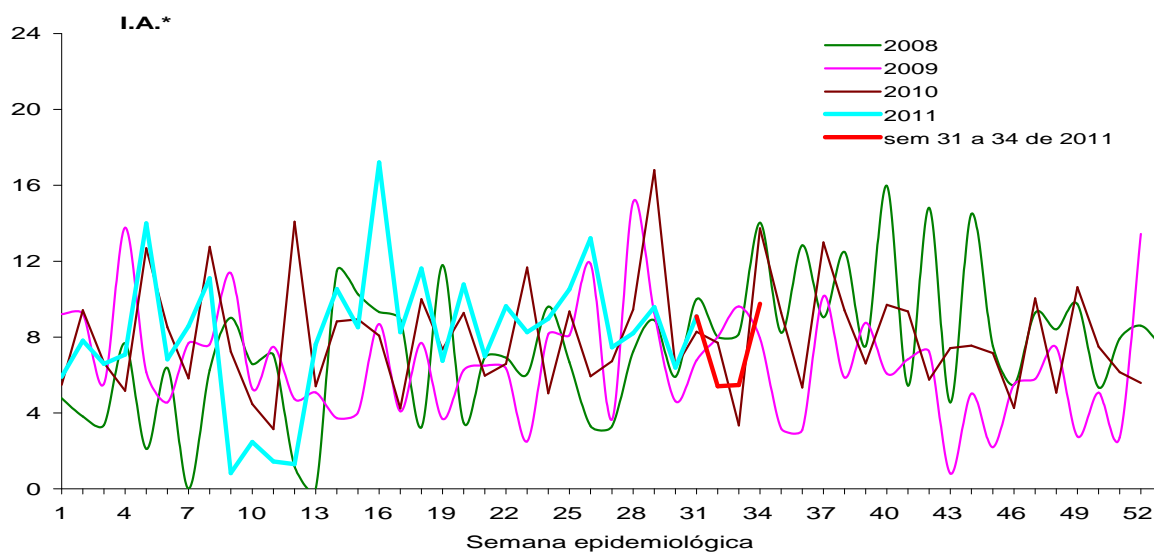
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 del año 2011.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	0	(0,0)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	0	(0,0)
Desconocido	2	(100,0)
Total	2	(100)
Lugar de exposición		
Guardería/Colegio	0	(0,0)
Hogar	0	(0,0)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	2	(100,0)
Total	2	(100)

HERPES ZÓSTER

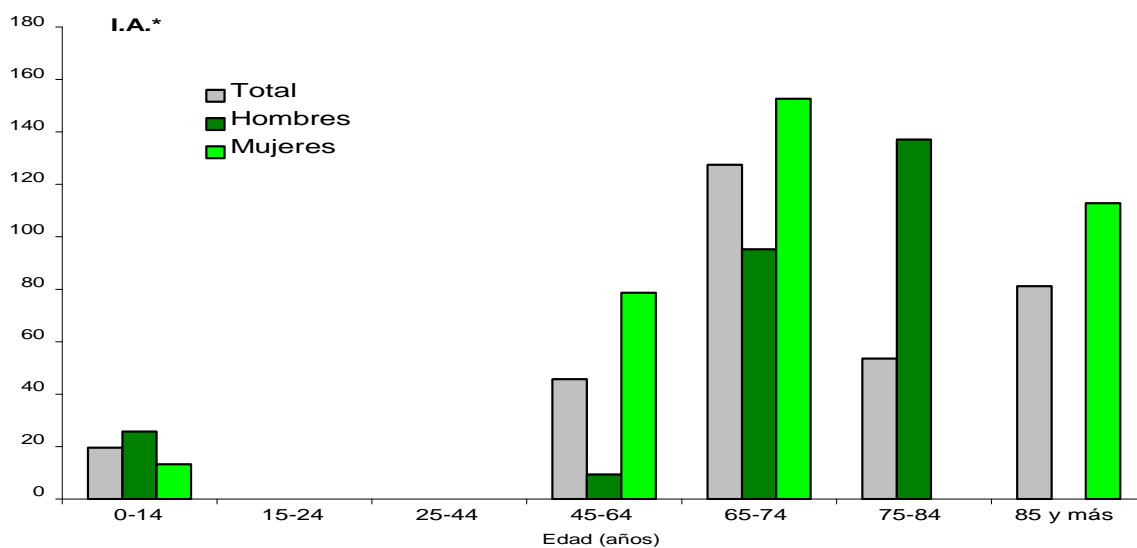
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 27 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2011, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 29,9 por 100.000 habitantes (IC 95%: 18,6 – 41,2). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008, 2009, 2010, 2011 y las semanas 31 a 34 de 2011. El 66,7% de los casos se dio en mujeres (18 casos) y el 33,3% en hombres (9 casos). La mediana de edad fue de 65 años con un mínimo de 7 y un máximo de 89 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 2008-2011 y semanas 31 a 34 de 2011.



* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

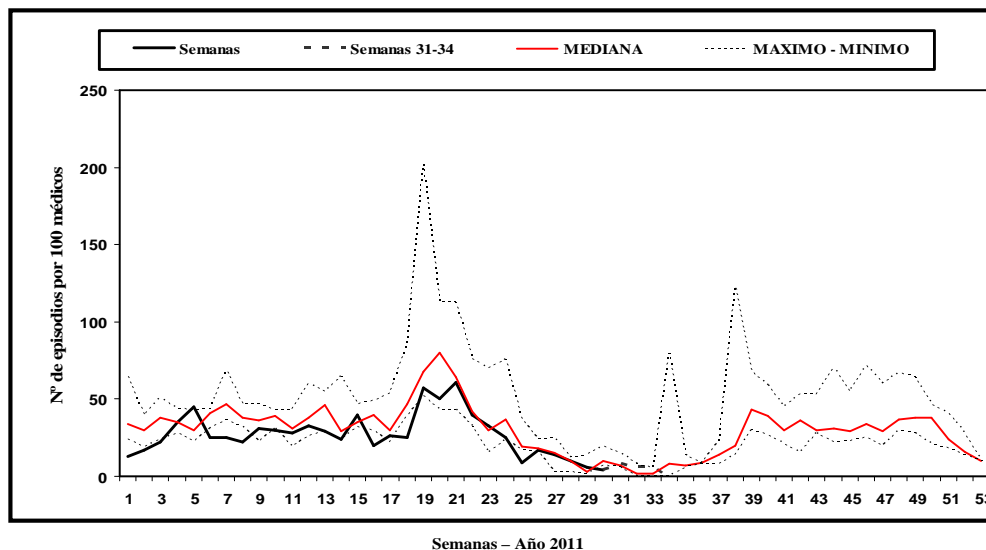
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2011



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2011
Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2.
Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2011.

	Semanas 31 a 34	Año 2011
Gripe*	-	1259*
Varicela	2	86
Herpes zoster	27	335
Crisis asmáticas	18	844

* Desde la semana 40 de 2010 hasta la 20 de 2011



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Situación del VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Mortalidad. 2005 - julio 2011.

Los datos presentados a continuación son los recogidos por el Servicio de Epidemiología de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid (CM) hasta el 31 de julio de 2011. Los datos correspondientes al periodo 2010-2011 todavía no están consolidados.

Desde el año 2005 hasta el 31 de julio de 2011 se han notificado 1700 fallecimientos en pacientes con infección por VIH. De ellos, 1212 (71,3%) habían sido diagnosticados de sida.

Gráfico 1. Distribución según edad al fallecimiento. Comunidad de Madrid 2005-2011

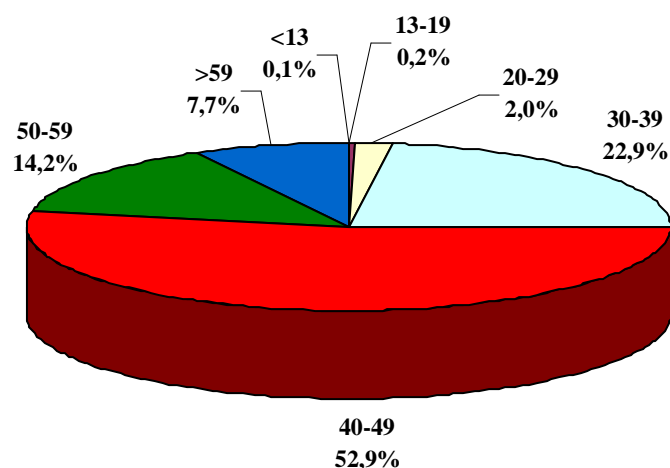


Tabla 1. Distribución según mecanismo de transmisión y sexo. Comunidad de Madrid 2005-2011.

	Hombre	Mujer	Total
UDI	948 69,8%	226 66,1%	1174 69,0%
HSH	168 12,4%		168 9,9%
HTX	91 6,7%	81 23,7%	172 10,1%
Sexual (s.e.)	3 0,2%		3 0,2%
Otros	7 0,5%	8 2,3%	15 0,9%
Desc/NC	141 10,4%	27 7,9%	168 9,9%
Total	1358 100,0%	342 100,0%	1700 100,0%

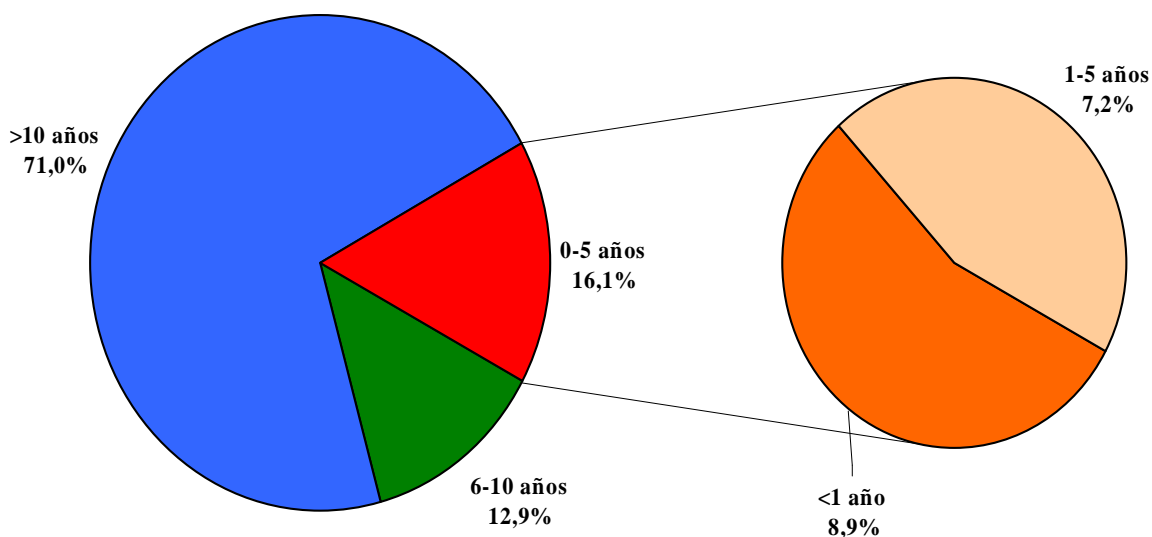
* UDI: usuarios de drogas inyectadas. HSH: hombres que tienen sexo con hombres. HTX: relaciones heterosexuales. Sexual (s.e.): transmisión sexual sin especificar

Tabla 2. Distribución según mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid 2005-2011

	España	Otro	Total
UDI	1148 73,0%	26 20,2%	1174 69,1%
HSH	138 8,8%	30 23,2%	168 9,9%
HTX	130 8,3%	42 32,5%	172 10,1%
Sexual (s.e.)	2 0,1%	1 0,8%	3 0,2%
Otros	11 0,7%	4 3,1%	15 0,9%
Desc/NC	142 9,1%	26 20,2%	168 6,5%
Total	1571 100,0%	129 100,0%	1700 100,0%

* UDI: usuarios de drogas inyectadas. HSH: hombres que tienen sexo con hombres. HTX: relaciones heterosexuales. Sexual (s.e.): transmisión sexual sin especificar

Gráfico 2. Distribución según años transcurridos entre el diagnóstico de infección VIH y éxitus. Comunidad de Madrid 2005-2011



Mediana de años entre el diagnóstico de infección VIH y éxitus: 14,7 años



La suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, se puede realizar desde la misma página web del Boletín.

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

