

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

1.

INFORMES:

- **Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2010 – 2011. Comunidad de Madrid.**








BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

1

Índice

INFORMES:

	Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2010 – 2011. Comunidad de Madrid.	3
	EDO. Semanas 1 a 4 (del 1 al 29 de enero de 2012)	22
	Brotos Epidémicos. Semanas 1 a 4, 2012.	23
	Red de Médicos Centinela, semanas 1 a 4, 2012.	24
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, enero 2012.	27



INFORME:

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INFORME DE LA TEMPORADA 2010 – 2011 COMUNIDAD DE MADRID

INDICE

Resumen	3
Introducción	4
Objetivos	5
Material y métodos	5
Resultados	6
Discusión	17
Conclusiones	19
Bibliografía	19

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad meningocócica es endémica en la Comunidad de Madrid. Esta enfermedad es producida fundamentalmente por meningococo serogrupo B, para el que no se dispone de vacuna actualmente. La vacuna conjugada frente a meningococo C se incluyó en noviembre del año 2000 en el calendario de vacunaciones infantiles (a los 2, 4 y 6 meses de edad) y en noviembre de 2006 se modificó su pauta vacunal (a los 2, 4 y 15 meses de edad).

Objetivos: Determinar la incidencia y letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2010-2011. Comparar dicha incidencia y letalidad con las de las temporadas previas. Determinar los fracasos vacunales con vacuna conjugada C desde que se introdujo esta vacuna hasta la temporada actual.

Material y métodos: La fuente de información utilizada es el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Se calcula la letalidad y las tasas de incidencia por 100.000 habitantes brutas y específicas por sexo y grupos de edad para la enfermedad meningocócica global y para los diferentes serogrupos. Se compara la temporada actual con las temporadas previas.

Resultados: En la temporada 2010-2011 se han notificado 38 casos de enfermedad meningocócica (incidencia 0,59 por 100.000), de los cuales 2 fallecieron (letalidad 5,3%). La incidencia ha sido superior en varones (0,80) que en mujeres (0,39), así como la letalidad (8,0% vs 0,0%). Del total de casos se han confirmado 34 (89,5%), de los que 24 han sido debidos a meningococo B (70,6%, tasa 0,37) y 3 a meningococo C (8,8%, tasa 0,05). La letalidad para el serogrupo B ha sido de 4,2% y esta temporada no se ha registrado ningún fallecimiento debido al serogrupo C. La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2010-2011 ha sido la más baja de las últimas temporadas, así como la letalidad. La evolución de la enfermedad meningocócica por serogrupo C muestra una disminución marcada de la incidencia y de la mortalidad. Desde que se introdujo la vacuna conjugada frente a meningococo serogrupo C se han registrado 17 fracasos vacunales confirmados, observándose uno en la temporada actual. Esta temporada no se ha registrado ningún caso secundario.

Discusión: La incidencia de la enfermedad meningocócica y su letalidad se han reducido en la temporada actual. La marcada disminución de la incidencia y la mortalidad de la enfermedad por serogrupo C evidencian el efecto de la vacuna conjugada en la población. Es necesario mantener una vigilancia especial del estado vacunal en los casos de enfermedad por serogrupo C, para poder valorar la efectividad de la vacunación. La ausencia de casos secundarios es compatible con una buena efectividad de las medidas de prevención efectuadas en el entorno del caso.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica está producida por *Neisseria meningitidis* (meningococo), un diplococo gram negativo, perteneciente al género *Neisseriae*. El meningococo presenta una cápsula polisacárida que permite su tipificación en 13 serogrupos: A, B, C, D, X, Y, Z, E, W135, H, I, K y L; y una membrana externa formada por lipooligosacáridos y proteínas con carácter inmunógeno, que definen los diferentes serotipos conocidos ⁽¹⁾.

El hábitat natural de este microorganismo es la nasofaringe humana. La tasa de portadores asintomáticos en la población puede llegar a ser de un 5-10%, en las zonas endémicas de la enfermedad ⁽²⁾. El estado de portador es un proceso inmunizante, aunque la duración de los anticuerpos antimeningocócicos no está claramente establecida ⁽¹⁾. En América y Europa la duración media del estado de portador se ha estimado en 9-10 meses ⁽³⁾. La infección se contrae por contacto directo y próximo con secreciones nasofaríngeas de un portador asintomático, o con menor frecuencia de un enfermo. Una minoría de las personas infectadas presentan enfermedad invasiva, observándose principalmente en las personas que están recién infectadas ⁽¹⁾.

No existe una clara relación entre las tasas de portadores de meningococo y las tasas de enfermedad, aunque un incremento en la tasa de portadores es probablemente un prerequisite para la presentación de una epidemia. La mayor incidencia de enfermedad por edad se observa en los menores de 1 año, mientras que las mayores tasas de portadores se encuentran en los adolescentes y adultos jóvenes (20-25%) ⁽³⁾.

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

En la Comunidad de Madrid, así como a nivel nacional, el serogrupo predominante ha sido tradicionalmente el serogrupo B; pero a partir del año 1996 se observó un incremento del número de aislamientos de cepas de serogrupo C ⁽⁴⁻⁶⁾.

El marcado incremento de la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C, dio lugar a la realización de una campaña de vacunación en el grupo de edad de 18 meses a 19 años. Esta campaña se efectuó a finales del año 1997 y en ella se utilizó vacuna de polisacárido capsular A+C ⁽⁷⁾. Esta vacuna debido a sus características (no es inmunógena en menores de 18 meses, su eficacia depende de la edad y no presenta memoria inmunológica) no se recomienda en vacunaciones rutinarias ⁽⁸⁾, habiendo demostrado su eficacia en la resolución de brotes epidémicos ^(9,10).

Tras la vacunación se observó una marcada disminución de la incidencia, con una efectividad vacunal de 79,2%, en el período de tres años tras la vacunación. En los menores de 3 años, no se presentó efecto de la vacunación, ya que la incidencia en vacunados fue superior a la de no vacunados ⁽¹¹⁾.

Posteriormente, debido a que la incidencia volvió a incrementarse en los niños pequeños y a que se dispuso de una nueva vacuna conjugada frente a meningococo C eficaz en los niños pequeños, en noviembre del año 2000 se realizó una nueva campaña de vacunación

en los niños menores de 6 años de edad y se incluyó dicha vacuna en el calendario de vacunaciones infantiles con dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad ⁽¹²⁾.

A finales del año 2004 se efectuó una nueva campaña de vacunación al grupo de edad de 10 a 19 años, que había quedado sin vacunar en la anterior campaña ⁽¹³⁾. Por lo que en la actualidad, en la Comunidad de Madrid, los nacidos a partir del 1 de enero de 1985 tienen que haber recibido vacuna conjugada frente a meningococo C.

Debido a la disminución de la efectividad de la vacuna con el paso del tiempo, especialmente en los niños vacunados en los programas de rutina ^(14,15), en noviembre de 2006 se modificó la pauta de vacunación frente a meningococo C; pasando a efectuarse una vacunación a los 2, 4 y 15 meses de edad ⁽¹⁶⁾.

Para la prevención de esta enfermedad la principal herramienta es la vacunación, pero mientras no se disponga de una vacuna eficaz frente a los diferentes serogrupos que la producen, la administración de quimioprofilaxis antibiótica a los contactos íntimos de los enfermos constituye una medida eficaz ampliamente utilizada. El objetivo de esta medida es evitar la aparición de casos secundarios eliminando el meningococo de los portadores sanos que se encuentren en el entorno del caso, e inhibir la colonización de los contactos susceptibles de adquirir la infección. La vacunación de los contactos no vacunados, cuando se confirma que el serogrupo causante de la enfermedad dispone de vacuna, se recomienda para evitar los casos secundarios más tardíos ⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

OBJETIVOS

En este informe se presenta la incidencia y letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2010-2011, tanto a nivel global como en los diferentes grupos de edad y serogrupos; y se compara dicha incidencia y letalidad con la observada en las temporadas previas. Así mismo se analizan los fracasos vacunales de vacuna conjugada C desde que se introdujo en noviembre del año 2000.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fuente de información: La vigilancia de la enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid, se basa en el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

Tasas de incidencia: Se calculan tasas brutas y específicas por edad para la enfermedad meningocócica total y para los diferentes serogrupos. Las tasas se calculan por 100.000 habitantes. Las poblaciones utilizadas son las proporcionadas por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, referentes al Padrón Municipal de Habitantes del año 1996 y al padrón continuo de los años 1998 a 2010 ⁽²¹⁾.

El período de tiempo estudiado comprende desde la temporada 1996-97 hasta la temporada 2010-2011. La temporada epidemiológica de la enfermedad meningocócica abarca desde la semana 41 de un año hasta la semana 40 del siguiente año (de octubre de un año a septiembre del siguiente año).

Caracterización de las cepas de meningococo: La caracterización de las cepas de meningococo se realiza en el Laboratorio de Neisserias y patógenos especiales del Centro Nacional de Microbiología. Se realiza genosubtipado de las cepas, mediante la amplificación y secuenciación del gen *porA* que codifica para la proteína 1, detectando las regiones variables VR1 y VR2 de dicha proteína.

Fracasos vacunales de vacuna conjugada C: Se evalúan todos los casos confirmados de enfermedad meningocócica por serogrupo C que presentan antecedentes de vacunación antimeningocócica con vacuna conjugada C.

Se considera caso de **fallo vacunal confirmado** a todo paciente diagnosticado de enfermedad meningocócica confirmada por serogrupo C (mediante aislamiento, PCR o antígeno) con antecedentes de vacunación completa para su edad con vacuna conjugada C, al menos 15 días antes del inicio de síntomas de dicha enfermedad (o del momento del diagnóstico).

Se considera caso de **fallo vacunal probable** a todo paciente diagnosticado de enfermedad meningocócica confirmada por serogrupo C (mediante aislamiento, PCR o antígeno) con antecedentes de vacunación completa para su edad con vacuna conjugada C, que presenta síntomas antes de que hayan transcurrido 15 días de la administración de la última dosis. También se considera fallo vacunal probable cuando el inicio de síntomas se presenta antes de que la primovacunación se haya completado. La pauta de vacunación que se considera **vacunación completa** depende de la edad que tenían cuando se vacunaron y la fecha de la vacunación, siendo la siguiente:

- En los nacidos desde enero de 1985 hasta abril de 2006: para los niños menores de siete meses de edad, 3 dosis y para los niños de siete a doce meses de edad, 2 dosis (con un intervalo mínimo entre dosis de al menos cuatro semanas). Para los mayores de doce meses de edad 1 dosis.
- En los nacidos a partir de mayo de 2006: para los niños menores de doce meses de edad, 2 dosis (con un intervalo mínimo entre dosis de al menos ocho semanas) y para los mayores de doce meses de edad 1 dosis.

RESULTADOS

Incidencia

En la temporada 2010-2011 se han registrado en la Red de Vigilancia de la Comunidad de Madrid 38 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una incidencia de 0,59 casos por 100.000 habitantes. Del total de casos 34 (89,5%) fueron confirmados por laboratorio y el resto fueron sospechas clínicas. Del total de casos confirmados 24 (70,6%) fueron debidos a meningococo serogrupo B (incidencia 0,37), 3 (8,8%) a meningococo

serogrupo C (incidencia 0,05), presentándose dos casos debidos a meningococo Y. En 5 casos no se pudo conocer el serogrupo causante de la enfermedad (tabla 1).

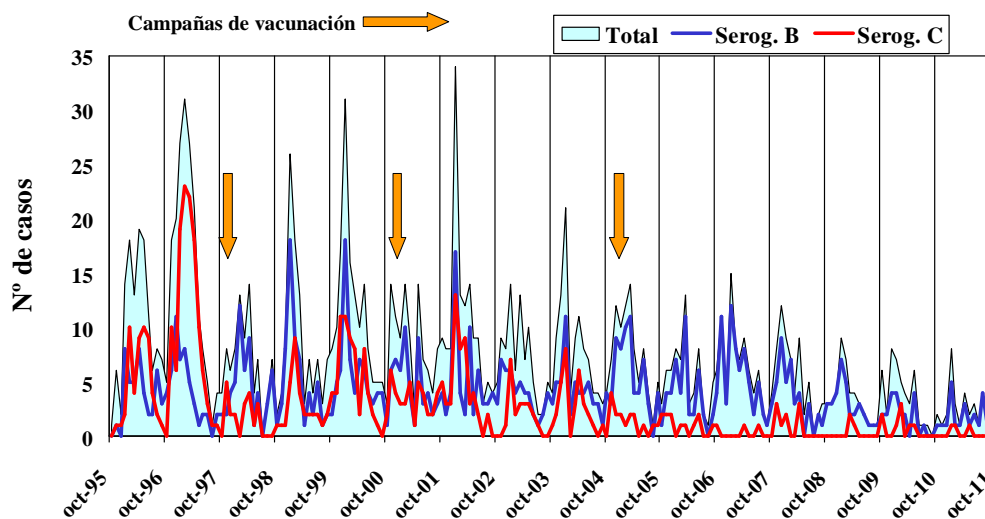
**Tabla 1.- Enfermedad meningocócica, temporada 2010-2011
Incidencia y letalidad**

SEROGRUPO	Casos	%	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	24	63,2	0,37	1	4,2
Serogrupo C	3	7,9	0,05	0	0,0
Serogrupo Y	2	5,3	0,03	0	0,0
Sin serogrupar	5	13,2	0,08	1	20,0
Total confirmados	34	89,5	0,53	2	5,9
Sospechas clínicas	4	10,5	0,06	0	0,0
TOTAL	38	100,0	0,59	2	5,3

*Tasas por 100.000 habitantes

Al comparar la incidencia de la temporada 2010-2011 con las temporadas previas desde la temporada epidémica (temporada 1996-97), observamos que la temporada actual es la que ha mostrado la menor incidencia de enfermedad meningocócica tanto a nivel global, como para el total de casos confirmados y las sospechas clínicas (tabla 2 y figura 1).

**Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada
Temporadas 1995-1996/2010-2011**



Datos actualizados a enero de 2012

**Tabla 2.- Incidencia de enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, temporadas 1996-1997/ 2010-2011**

Temporadas		Serog. A	Serog. B	Serog. C	Serog. Y	Serog. W135	Serog. X	Sin grupar	Total Confirmados	Sosp. clínicas	Total
1996-1997	Casos	0	49	118	0	0	0	7	174	98	272
	Tasas	-	0,98	2,35	-	-	-	0,14	3,46	1,95	5,42
1997-1998	Casos	0	55	21	2	0	0	6	84	38	122
	Tasas	-	1,08	0,41	0,04	-	-	0,12	1,65	0,75	2,40
1998-1999	Casos	1	62	32	0	0	0	12	107	34	141
	Tasas	0,02	1,20	0,62	-	-	-	0,23	2,08	0,66	2,74
1999-2000	Casos	0	68	64	2	0	0	7	141	66	207
	Tasas	-	1,31	1,23	0,04	-	-	0,13	2,71	1,27	3,98
2000-2001	Casos	0	58	41	1	0	0	3	103	43	146
	Tasas	-	1,08	0,76	0,02	-	-	0,06	1,92	0,80	2,72
2001-2002	Casos	1	59	53	1	1	0	11	126	33	159
	Tasas	0,02	1,07	0,96	0,02	0,02	-	0,20	2,28	0,60	2,88
2002-2003	Casos	0	48	23	1	2	0	13	87	17	104
	Tasas	-	0,84	0,40	0,02	0,03	-	0,23	1,52	0,30	1,82
2003-2004	Casos	1	52	32	1	4	0	8	98	20	118
	Tasas	0,02	0,90	0,55	0,02	0,07	-	0,14	1,69	0,34	2,03
2004-2005	Casos	0	67	16	2	1	0	4	90	15	105
	Tasas	-	1,15	0,28	0,03	0,02	-	0,07	1,55	0,26	1,81
2005-2006	Casos	0	45	12	2	0	0	8	67	24	91
	Tasas	-	0,75	0,20	0,03	-	-	0,13	1,12	0,40	1,51
2006-2007	Casos	0	66	3	1	0	0	7	77	19	96
	Tasas	-	1,90	0,05	0,02	-	-	0,12	1,27	0,31	1,58
2007-2008	Casos	1	42	9	1	0	0	11	64	14	78
	Tasas	0,02	0,67	0,14	0,02	-	-	0,18	1,02	0,22	1,24
2008-2009	Casos	0	35	3	0	2	1	3	44	15	59
	Tasas	-	0,56	0,05	-	0,03	0,02	0,05	0,70	0,24	0,94
2009-2010	Casos	2	21	8	1	3	0	9	44	10	54
	Tasas	0,03	0,33	0,13	0,02	0,05	-	0,14	0,69	0,16	0,85
2010-2011	Casos	0	24	3	2	0	0	5	34	4	38
	Tasas	-	0,37	0,05	0,03	-	-	0,08	0,53	0,06	0,59

Evolución clínica

En la temporada 2010-2011 se han producido 2 fallecimientos por enfermedad meningocócica, lo que supone una letalidad del 5,3% y una mortalidad de 0,03 fallecidos por 100.000 habitantes. Los fallecimientos han sido producidos uno por meningococo B (letalidad del 4,2%) y el otro por meningococo sin agrupar (letalidad del 20%). Esta temporada no se ha registrado ningún fallecimiento por meningococo C, ni tampoco entre los casos de sospecha clínica (tabla 1).

En esta temporada sólo un paciente ha presentado secuelas (2,6%). Se trataba de una mujer de 26 años con sepsis por meningococo B que presentó como secuelas insuficiencia renal y necrosis acras.

La letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2010-2011 ha sido la más baja de las registradas, tanto a nivel global como para el total de casos confirmados, los casos de meningococo C y los de sospechas clínicas (tabla 3).

**Tabla 3.- Letalidad por enfermedad meningocócica
Comunidad de Madrid, temporadas 1996-1997/ 2010-2011**

	Serogrupo B	Serogrupo C	Total confirmados	Sospechas clínicas	Total
1996-1997	6,1%	16,9%	13,2%	5,1%	10,3%
1997-1998	7,3%	9,5%	7,1%	5,3%	6,6%
1998-1999	8,2%	15,6%	11,2%	5,9%	9,9%
1999-2000	8,8%	9,4%	8,5%	6,1%	7,7%
2000-2001	1,7%	22,0%	10,7%	16,3%	12,3%
2001-2001	6,8%	24,5%	14,3%	12,1%	13,8%
2002-2003	10,4%	13,0%	12,6%	0,0%	10,6%
2003-2004	3,8%	25,0%	13,3%	0,0%	11,0%
2004-2005	9,0%	25,0%	12,2%	6,7%	11,4%
2005-2006	13,3%	25,0%	14,9%	0,0%	11,0%
2006-2007	12,1%	0,0%	10,4%	10,5%	10,4%
2007-2008	7,1%	11,1%	6,3%	14,3%	7,7%
2008-2009	11,4%	33,3%	13,6%	0,0%	10,2%
2009-2010	0,0%	25,0%	6,8%	0,0%	5,6%
2010-2011	4,2%	0,0%	5,9%	0,0%	5,3%

Incidencia y letalidad por sexo

En la temporada 2010-2011 la razón H/M de los casos de enfermedad meningocócica ha sido de 1,92. La incidencia ha sido superior en varones que en mujeres (0,80 vs 0,39), así como la letalidad (8,0% vs 0,0%).

La distribución de los casos de enfermedad meningocócica por sexo y serogrupo se muestra en la tabla 4. Los varones presentan una mayor proporción de casos sin agrupar y de sospechas clínicas que las mujeres, y por su parte las mujeres presentan una mayor proporción de casos debidos a serogrupo B que los varones.

La letalidad de los casos de meningococo B en varones ha sido del 7,1%, la de los casos sin agrupar del 25% y la del total de casos confirmados del 9,1%.

**Tabla 4.- Enfermedad meningocócica, temporada 2010-2011
Incidencia y letalidad por sexo**

	Hombres				Mujeres			
	Casos	%	Fallecidos	Letalidad	Casos	%	Fallecidos	Letalidad
Serogrupo B	14	56,0	1	7,1	10	76,9	0	0,0
Serogrupo C	2	8,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Serogrupo Y	2	8,0	0	0,0	0	0,0	0	-
Sin serog.	4	16,0	1	25,0	1	7,7	0	0,0
Total confirm.	22	88,0	2	9,1	12	92,3	0	0,0
Sosp. clínicas	3	12,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Total	25	100,0	2	8,0	13	100,0	0	0,0

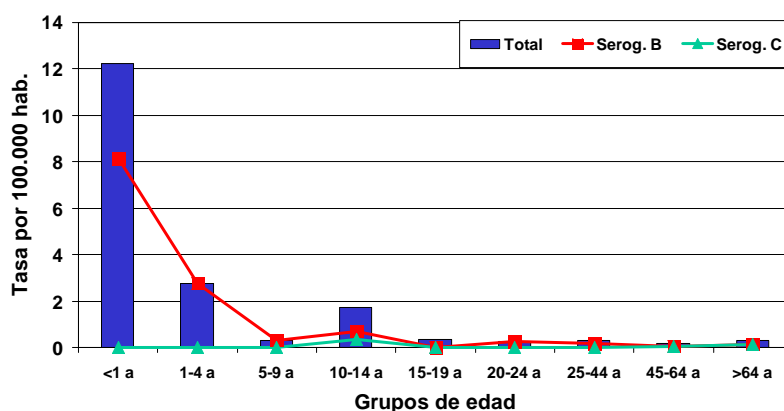
Incidencia por edad

La media de edad de los casos de enfermedad meningocócica en la temporada 2010-2011 ha sido de 20 años (DE: 24,8). No se han observado diferencias significativas en la media de edad según el sexo (21,2 años en varones y 17,6 años en mujeres), ni según el tipo de diagnóstico (19,9 años en los casos confirmados y 21,0 años en las sospechas clínicas); pero sí para los principales serogrupos causantes de la enfermedad (12,9 años para meningococo B y 50,6 años para meningococo C).

La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2010-2011 muestra las mayores tasas en los menores de un año, como es habitual (figura 2). La incidencia por grupo de edad muestra ciertas diferencias por sexo, mostrando los varones una mayor incidencia que las mujeres en todos los grupos de edad salvo el de los menores de 1 año (tabla 5).

El patrón de presentación por edad según el serogrupo se presenta en la tabla 6 y figura 2. El serogrupo B presenta la mayor incidencia en los menores de un año, como el global de los casos confirmados y las sospechas clínicas; sin embargo en los casos debidos al serogrupo C la mayor incidencia se ha registrado en el grupo de edad de 10 a 14 años.

**Fig. 2.- Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Temporada 2010-2011**



En la temporada 2010-2011, al comparar con la temporada anterior, observamos una reducción de la incidencia en los grupos de edad de 1 a 9 años, de 15 a 19 años y de mayores de 44 años (tabla 7). La incidencia de la enfermedad por serogrupo C en la temporada actual ha sido de las más bajas registradas, siendo similar a la de la temporada 2006-07 y 2008-09. La evolución de la incidencia de la enfermedad por serogrupo C ha mostrado una reducción paulatina tras las diferentes campañas de vacunación (tabla 8 y figura 3).

En relación al serogrupo B, al comparar la temporada actual con las temporadas previas se observa una reducción en la incidencia global y para la mayoría de los grupos de edad (tabla 9).

**Tabla 5.- Enfermedad meningocócica, temporada 2010-2011
Incidencia por edad y sexo**

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	4	10,48	5	14,09	9	12,22
1 a 4	6	4,01	2	1,41	8	2,74
5 a 9	1	0,59	0	0,00	1	0,30
10 a 14	4	2,70	1	0,71	5	1,73
15 a 19	1	0,65	0	0,00	1	0,33
20 a 24	1	0,54	0	0,00	1	0,27
25 a 44	4	0,35	3	0,26	7	0,31
45 a 64	2	0,27	1	0,12	3	0,19
>64	2	0,52	1	0,18	3	0,32
Total	25	0,80	13	0,39	38	0,59

**Tabla 6.- Enfermedad meningocócica, temporada 2010-2011
Incidencia por edad y serogrupo**

Grupo de edad	Serogrupo B		Serogrupo C		Confirmados*		Sospechas	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	6	8,15	0	0,00	8	10,86	1	1,36
1 a 4	8	2,74	0	0,00	8	2,74	0	0,00
5 a 9	1	0,30	0	0,00	1	0,30	0	0,00
10 a 14	2	0,69	1	0,35	4	1,39	1	0,35
15 a 19	0	0,00	0	0,00	1	0,33	0	0,00
20 a 24	1	0,27	0	0,00	1	0,27	0	0,00
25 a 44	4	0,18	0	0,00	5	0,22	2	0,09
45 a 64	1	0,06	1	0,06	3	0,19	0	0,00
>64	1	0,11	1	0,11	3	0,32	0	0,00
Total	24	0,37	3	0,05	34	0,53	4	0,06

*Se incluyen también los casos debidos a serogrupo Y y sin grupar

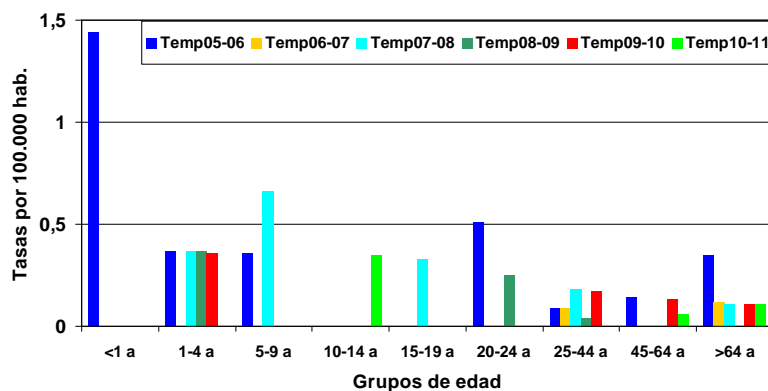
**Tabla 7.- Enfermedad meningocócica. Tasas de incidencia por grupos de edad
Comunidad de Madrid, temporadas 2005-2006/ 2010-2011**

Grupos de edad	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-2010	2010-2011
<1	20,15	33,51	25,92	21,60	12,23	12,22
1 a 4	9,87	10,29	5,55	6,30	4,27	2,74
5 a 9	2,55	2,80	2,66	1,66	1,27	0,30
10 a 14	0,73	1,83	1,07	0,72	1,06	1,73
15 a 19	4,05	2,72	2,98	0,33	1,33	0,33
20 a 24	1,01	1,02	1,02	0,51	0,26	0,27
25 a 44	0,65	0,32	0,44	0,31	0,26	0,31
45 a 64	0,43	0,28	0,40	0,27	0,52	0,19
>64	0,58	1,04	0,56	0,67	0,76	0,32
Total	1,51	1,58	1,24	0,94	0,85	0,59

**Tabla 8.- Enfermedad meningocócica por serogrupo C
Tasas de incidencia por grupos de edad
Comunidad de Madrid, temporadas 2005-2006/ 2010-2011**

Grupos de edad	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-2010	2010-2011
<1	1,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1 a 4	0,37	0,00	0,37	0,37	0,36	0,00
5 a 9	0,36	0,00	0,66	0,00	0,00	0,00
10 a 14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35
15 a 19	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00
20 a 24	0,51	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00
25 a 44	0,09	0,09	0,18	0,04	0,17	0,00
45 a 64	0,14	0,00	0,00	0,00	0,13	0,06
>64	0,35	0,12	0,11	0,00	0,11	0,11
Total	0,20	0,05	0,14	0,05	0,13	0,05

**Fig. 3.- Enfermedad meningocócica por serogrupo C
Incidencia por grupos de edad
Temporadas 2005-06/2010-11**



**Tabla 9.- Enfermedad meningocócica por serogrupo B
Tasas de incidencia por grupos de edad
Comunidad de Madrid, temporadas 2005-2006/ 2010-2011**

Grupos de edad	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-2010	2010-2011
<1	14,39	29,14	21,60	17,28	9,51	8,15
1 a 4	4,75	8,09	3,33	3,33	1,42	2,74
5 a 9	1,46	1,05	1,00	1,00	0,63	0,30
10 a 14	0,00	0,73	0,72	0,36	0,35	0,69
15 a 19	3,03	1,70	1,33	0,00	0,66	0,00
20 a 24	0,25	0,51	0,51	0,25	0,00	0,27
25 a 44	0,23	0,18	0,09	0,09	0,00	0,18
45 a 64	0,21	0,21	0,27	0,20	0,26	0,06
>64	0,00	0,58	0,11	0,45	0,11	0,11
Total	0,75	1,09	0,67	0,56	0,33	0,37

Letalidad por edad

La letalidad de la enfermedad meningocócica por grupos de edad se muestra en la tabla 10. En la temporada actual, la mayor letalidad se ha presentado en el grupo de edad de 45 a 64 años (66,7%), ya que los dos únicos fallecidos pertenecían a dicho grupo de edad.

**Tabla 11.- Enfermedad meningocócica
Fallecidos y letalidad por grupos de edad
Comunidad de Madrid, temporadas 2009-2010 y 2010-2011**

Grupo de edad	2009-2010		2010-2011	
	Fallecidos	Letalidad (%)	Fallecidos	Letalidad (%)
<1	0	0,0	0	0,0
1 a 4	0	0,0	0	0,0
5 a 9	0	0,0	0	0,0
10 a 14	0	0,0	0	0,0
15 a 19	0	0,0	0	0,0
20 a 24	0	0,0	0	0,0
25 a 44	2	33,3	0	0,0
45 a 64	0	0,0	2	66,7
>64	1	14,3	0	0,0
Total	3	5,6	2	5,3

Forma clínica de presentación

En la temporada 2010-2011 la forma clínica de presentación predominante ha sido la meningitis (31,6%), seguida de la meningitis y sepsis (28,9%). Tres casos se han presentado en forma de meningococemia (7,9%), uno con artritis (2,6%) y se desconoce la forma clínica de presentación en otro caso. Esta temporada sólo se han registrado fallecimientos entre los casos de sepsis (letalidad del 10%) y sepsis y meningitis (9,1%) (tabla 11).

**Tabla 11.- Enfermedad meningocócica, temporada 2010-2011
Forma clínica de presentación**

	Casos	%	Tasas	Fallecidos	Letalidad (%)
Sepsis	10	26,3	0,15	1	10,0
Meningitis	12	31,6	0,19	0	0,0
Sepsis y meningitis	11	28,9	0,17	1	9,1
Meningococemia	3	7,9	0,05	0	0,0
Artritis	1	2,6	0,02	0	0,0
Total	38*	100,0	0,59	2	5,3

*Se desconoce la forma clínica en un caso

La forma de presentación clínica según el serogrupo se muestra en la tabla 12. En ella observamos el predominio de la meningitis en los casos debidos al serogrupo B (37,5%) y de la meningitis y sepsis en los casos sin serogrupar (40,0%); así como la distribución más homogénea de formas clínicas en los casos de serogrupo C y de sospechas clínicas.

Tabla 12.- Enfermedad meningocócica, temporada 2010-2011
Forma clínica de presentación

	Sepsis	Meningitis	Sepsis y meningitis	Meningococemia	Otras	Total
Serogrupo B	7	9	6	2	0	24
Serogrupo C	0	1	1	1	0	3
Serogrupo Y	1	0	1	0	0	2
Sin grupar	1	1	2	0	1	5
Total confirmados	9	11	10	3	1	34
Sospechas clínicas	1	1	1	0	0	4*
Total	10	12	11	3	1	38*

*Se desconoce la forma clínica en un caso

Identificación de las cepas de meningococo

De los 24 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo B, se dispone de identificación de la cepa mediante genotipado en 18 (75,0%). Los genotipos más prevalentes han sido el VR1:22-1, VR2:14 (22,2%), VR1:19-2, VR2:13-1 (11,1%), VR1:19, VR2:15 (11,1%) y VR1:7-2, VR2:4 (11,1%). En cuanto al serogrupo C, se dispone de identificación de la cepa en 2 casos (66,7%), siendo VR1:5-1, VR2:2 y VR2:10-8 respectivamente.

Presentación epidemiológica

En la temporada 2010-2011 no se han registrado casos asociados de enfermedad meningocócica.

Vacunación antimeningocócica

De los 3 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C registrados en la temporada 2010-2011, sólo uno se ha producido en el grupo diana de la vacunación con vacuna conjugada (nacidos a partir del 1 de enero de 1985). Se trataba de un varón de trece años de edad vacunado con una dosis en la campaña del año 2000 cuando tenía 3 años de edad. Por lo que se trata de un caso de fracaso vacunal de vacuna antimeningocócica conjugada C.

Desde la introducción de la vacuna conjugada en noviembre del 2000 hasta la temporada actual, se han presentado en total 17 fallos vacunales confirmados y 5 fallos vacunales probables de vacuna conjugada C. Los fallos vacunales confirmados se han registrado, dos en la temporada 2000-01, uno en la temporada 2002-03, seis en la temporada 2003-04, dos en la temporada 2005-06, tres en la temporada 2007-08, uno en la temporada 2008-09, uno en la temporada 2009-2010 y uno en la temporada actual (tabla 13).

Tabla 13.- Fallos vacunales confirmados y probables () de vacuna conjugada por año de inicio de síntomas y año de vacunación

Año de vacunación	Año de inicio de síntomas											Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
2000	2	-	(1)	1	1	-	1	-	-	-	1	6 (1)
2001	-	(1)	1	2	-	-	-	1	-	-	-	4 (1)
2002	-	-	1 (1)	1	-	-	-	-	-	-	-	2 (1)
2003	-	-	(1)	1	-	-	-	1	-	-	-	2 (1)
2004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	-	-	-	-	(1)	1	-	-	-	-	-	1 (1)
2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2008	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Total	2	(1)	2 (3)	5	1 (1)	1	1	2	1	1	1	17 (5)

Intervención ante la aparición de un caso

En la temporada 2010-2011, de los 38 casos notificados de enfermedad meningocócica, 11 pertenecían a algún colectivo diferente al familiar (28,9%). Este colectivo era escolar en el 54,5% de dichos casos. En total en 8 casos estaba recomendada la intervención en el colectivo, efectuándose en todos ellos, mediante la administración de quimioprofilaxis antibiótica a los contactos. La mediana de contactos a los que se administró quimioprofilaxis fue de 28 personas (intervalo intercuartil = 5-47) y la intervención en el colectivo se efectuó en un período medio de 3 días tras el ingreso hospitalario del caso.

DISCUSIÓN

La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada actual ha sido la más baja de los últimos años tanto a nivel global (0,59 casos por 100.000 habitantes), como para el serogrupo C (0,05), el total de casos confirmados (0,53) y las sospechas clínicas (0,06)^(11,22-31).

La incidencia de esta enfermedad en la Comunidad de Madrid en la temporada 2010-2011 ha sido inferior a la nacional para la temporada 2009-2010 (1,65 casos por 100.000 habitantes). La incidencia por Comunidades Autónomas osciló entre 2,09 en Navarra y 0,30 en Aragón⁽³²⁾.

La incidencia presentada en la Comunidad de Madrid es similar a la de otros países de nuestro entorno. Así, en Francia en el año 2010 la incidencia de la enfermedad meningocócica fue de 0,89 casos por 100.000 habitantes, con una proporción de casos de serogrupo B del 74% y de serogrupo C del 17%⁽³³⁾.

La incidencia de casos confirmados de enfermedad meningocócica en Europa en el año 2009 ha sido de 0,89 por 100.000 habitantes. Irlanda (3,01) y Reino Unido (1,93) registraron las mayores tasas y Chipre (0,13), Bulgaria (0,21) y Letonia (0,22) las menores⁽³⁴⁾.

La incidencia de enfermedad meningocócica invasiva en EEUU, según datos del Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) basados en aislamientos de *Neisseria meningitidis* en el año 2009 ha sido de 0,28 casos por 100.000 habitantes⁽³⁵⁾, inferior a la registrada en la Comunidad de Madrid en la temporada actual para los casos confirmados (0,53).

En la Comunidad de Madrid en la temporada 2010-2011 como es habitual la razón H/M ha sido superior a 1 (1,25), con una incidencia de la enfermedad también superior en los varones. Esta mayor afectación de los varones coincide con lo descrito, así por ejemplo en Francia en 2010 la razón H/M fue de 1,24⁽³³⁾ y en Europa en 2009 fue de 1,12⁽³⁴⁾. Esta temporada la letalidad en la Comunidad de Madrid también ha sido superior en los varones. Estas diferencias en la letalidad pueden explicarse por la distinta distribución por edad y serogrupo de los casos en hombres y mujeres.

La incidencia de la enfermedad meningocócica por edad en la Comunidad de Madrid presenta un patrón con una mayor afectación de los menores de 5 años, a expensas de los casos de serogrupo B; similar al observado en otros entornos geográficos^(33,34).

La evolución de la enfermedad por serogrupo C muestra una importante reducción de la incidencia y la mortalidad, tras la vacunación introducida a finales del año 2000^(11,22-31). En la temporada actual sólo se ha registrado un caso por este serogrupo en los menores de 25 años. Esta disminución marcada de la incidencia en los grupos de edad de la vacunación también se ha observado a nivel nacional⁽³²⁾ y en otros países en los que se ha introducido la vacuna^(33,36).

La enfermedad meningocócica cursa con una elevada letalidad al compararla con otros procesos bacterianos. La letalidad depende de la forma clínica de presentación de la enfermedad (la sepsis presenta mayor letalidad que la meningitis), de la edad del paciente (la letalidad aumenta con la edad) y del fenotipo del microorganismo. En la temporada actual la

enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid ha presentado la letalidad más baja de todas las temporadas. Esta letalidad se encuentra en el rango descrito a nivel europeo ⁽³⁶⁾ y es inferior tanto a la presentada en Francia en el año 2010 (10%) ⁽³³⁾, como a la registrada a nivel nacional para la temporada 2009-2010 (10%) ⁽³²⁾.

Desde la introducción de la vacuna conjugada C en noviembre del 2000 hasta la temporada actual, en la Comunidad de Madrid se han presentado 17 fracasos vacunales confirmados y 5 probables. La mayoría de los fracasos vacunales confirmados se registraron en la temporada 2003-04. El único fracaso vacunal de la temporada actual se ha producido en un varón de 13 años vacunado durante la campaña de 2000 (con una dosis cuando tenía tres años de edad). Por lo que hasta ahora no se ha registrado ningún fracaso vacunal en niños vacunados con la nueva pauta vacunal introducida en noviembre de 2006 ⁽¹⁶⁾.

Según el último informe disponible a nivel nacional sobre fallos vacunales, elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, desde la introducción de la vacuna conjugada en el año 2000 hasta junio de 2011 se han notificado 123 fallos vacunales. El 32,5% de los fallos vacunales se presentaron en niños que recibieron la vacuna en campañas de vacunación, y el otro 67,5% fueron niños vacunados según la pauta establecida en el calendario infantil. El 70% de los fallos tuvo lugar durante los cuatro primeros años de vida de los casos. En este período no se registró ningún fallo vacunal en niños vacunados con la nueva pauta introducido en el año 2006 ⁽³⁷⁾.

Respecto a las medidas de prevención de la transmisión del patógeno a partir de un caso, la mediana de personas que han recibido quimioprofilaxis en el colectivo se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, oscilando entre 23 y 34 ⁽²³⁻³¹⁾, encontrándose el valor de esta temporada (28) en la media de los registrados. Sin embargo estos valores son superiores a los registrados en Francia en el año 2010 con una mediana de personas tratadas en el colectivo de 12 ⁽³³⁾. Es necesario acotar los contactos susceptibles en el colectivo para evitar la producción de resistencias antibióticas a los fármacos utilizados para la prevención de esta enfermedad (fundamentalmente la rifampicina).

Respecto a la oportunidad de la intervención, esta temporada la media de días desde el ingreso hospitalario del paciente hasta la intervención en el colectivo ha sido de 3 días, superior a la media de los últimos años (1,96) ⁽²⁷⁻³¹⁾. Como el período de incubación mínimo de la enfermedad es de 2 días, la intervención debería realizarse lo antes posible, para poder evitar los casos precoces. Por lo que es necesario que se notifique a Salud Pública cuando se sospecha la enfermedad, para poder asegurar una intervención oportuna.

Esta temporada no se ha registrado ningún caso secundario, lo que es compatible con una buena efectividad en nuestro medio de las medidas de prevención en el entorno del caso.

CONCLUSIONES

El **diagnóstico y notificación precoz** de los casos de enfermedad meningocócica permite prevenir la aparición de casos secundarios en el entorno del paciente, mediante una **intervención de salud pública eficaz y oportuna**.

La **confirmación microbiológica** y la **información sobre el estado vacunal** permiten valorar la efectividad de los programas de vacunación y detectar los posibles cambios en la distribución de las cepas de meningococo que la presión de la vacuna pueda ocasionar.

Por todo ello es necesario mantener una estrecha colaboración con los profesionales sanitarios, recordándoles la importancia de la notificación precoz a Salud Pública, la confirmación microbiológica de los casos (enviando las cepas al laboratorio de referencia para su caracterización) y la correcta y completa vacunación de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apicella AM. *Neisseria meningitidis*. En Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Elsevier España SA, 6ª ed. Madrid, 2006.
2. Infección meningocócica. En Manual para el control de las enfermedades transmisibles. David L. Heymann, editor. Decimotava edición. Washington, D.C.: OPS, 2005.
3. Cartwright K. Meningococcal disease. Wikley, 1995.
4. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. La enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid. Vol 5, nº 4, abril 1997.
5. Mateo S, Cano R, García C. Changing epidemiology of meningococcal disease in Spain, 1989-1997. Eurosurveillance, Vol 2, nº 10, octubre 1997.
6. De Mateo S. La enfermedad meningocócica en España 1990-1997. Cambio en su patrón epidemiológico. Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 387-396.
7. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informe: Impacto de la vacunación en la enfermedad meningocócica serogrupo C. Vol 6, nº 7, enero-febrero 2000.
8. González Enríquez J, García Comas L, Alcaide Jiménez JF, Sáez Calvo A, Conde Olasagasti J. Eficacia de la vacuna meningocócica de polisacárido capsular del grupo C. Rev Esp Salud Pública 1997; 71:103-126.
9. Kriz P, Vlckova J, Bobak M. Targeted vaccination with meningococcal polysaccharide vaccine in one district of the Czech Republic. Epidemiol Infect 1995; 115:411-418.
10. De Wals P, Dionne M, Douville-Fradet M, Boulianne N, Drapeau J, De Serres G. Impact of a mass immunization campaign against serogroup C meningococcus in the province of Quebec, Canada. Bull WHO 1996; 74(4):407-411.
11. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. La enfermedad meningocócica, 1999-2000. Vol 7, nº 1, enero 2001.
12. Programa de vacunación frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C: situación epidemiológica y utilización de la vacuna conjugada como instrumento de control. Dirección General de Salud Pública (Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid) y Dirección Territorial de Madrid (INSALUD). Septiembre 2000.
13. Campaña de refuerzo de la vacunación frente a la Enfermedad Meningocócica por serogrupo C en la Comunidad de Madrid. Año 2004. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo.

14. Larrauri A, Cano R, García M and de Mateo S. Impact and effectiveness of meningococcal C conjugate vaccine following its introduction in Spain. *Vaccine* 2005; 23:4097-4100.
15. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2005. Vol 12, nº 3, marzo 2006.
16. Orden 1869/2006, de 10 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad de Madrid.
17. Protocolo de actuación frente a enfermedad meningocócica. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Mayo de 2005.
18. Fraser A, Gafer-Gvili A, Paul M, Leibovici L. Antibióticos para la prevención de infecciones meningocócicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Updated Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. CDC. Prevention and control of meningococcal disease. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2005; 54 (RR-7):1-21.
20. Guidelines for public health management of meningococcal disease in the UK. Health Protection Agency Meningococcus Forum. Updated August 2006.
21. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. Características demográficas básicas <http://infomadrid.icm.es/iestadis/fijas/otros/estructu.htm#Demograficos>
22. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2000-01. Vol 8, nº 1, enero 2002.
23. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2001-02. Vol 9, nº 1, enero 2003.
24. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2002-03. Vol 10, nº 3, marzo 2004.
25. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2003-04. Vol 11, nº 1, enero 2005.
26. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2004-05. Vol 12, nº 1, enero 2006.
27. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2005-06. Vol 12, nº 12, diciembre 2006.
28. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2006-07. Vol 14, nº 1, enero 2008.
29. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2007-08. Vol 15, nº 1, enero 2009.
30. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2008-09. Vol 16, nº 1, enero 2010.
31. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2009-10. Vol 17, nº 1, enero 2011.
32. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Enfermedad meningocócica en España. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2010. *Bol Epidemiol Semanal* 2011; Vol. 19, nº 8. <http://revistas.isciii.es/bes/index.php/bes/issue/view/69>
33. Parent du Châtelet I, Taha M-K, Lepoutre A, Maine C, Deghmane A-E, Lévy-Bruhl D. Les infections invasives à méningocoques en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2011 nº 45-46, p.457-480 <http://www.invs.sante.fr>

34. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. 2011. Stockholm: ECDC; 2011.
<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Pages/Publications.aspx>
35. Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Neisseria meningitidis*, 2009.
<http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/abcs/survreports/mening09.pdf>
36. European Union Invasive Bacterial Infections Surveillance Network. EU-IBIS Network Invasive *Neisseria meningitidis* in Europe 2006. Health Protection Agency, London 2007.
<http://www.euibis.org>
37. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Enfermedad meningocócica en España. Análisis de la temporada 2009-2010. Bol Epidemiol Semanal 2011; Vol. 19, nº 17.
<http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/boletinessemanal.jsp>



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid Año 2012, semanas 1 a 4 (del 1 al 29 de enero de 2012)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	
Infecciones que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	5	5	11	11	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Meningitis bacterianas, otras	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2		
Meningitis víricas	0	0	0	0	0	0	2	2	3	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	15	15	
Enf. neumocócica invasora	0	0	3	3	0	0	0	0	2	2	1	1	2	2	5	5	5	5	1	1	10	10	29	29	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5	
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	3	3	
Hepatitis víricas, otras	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4	0	0	8	8	
Enf. transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Triquinosis	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. transmisión respiratoria																									
Gripe	1647	1647	1461	1461	1475	1475	1258	1258	2341	2341	2474	2474	1008	1008	1554	1554	1295	1295	1198	1198	1697	1697	17408	17408	
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Varicela	68	68	41	41	28	28	56	56	50	50	68	68	36	36	52	52	23	23	20	20	62	62	504	504	
Enf. transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	4	4	1	1	1	1	1	1	5	5	0	0	12	12	4	4	1	1	2	2	8	8	39	39	
Sífilis	1	1	1	1	1	1	0	0	4	4	5	5	11	11	4	4	3	3	5	5	7	7	45	45	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Leishmaniasis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	8	8	0	0	0	0	10	10	
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	13	13	1	1	1	1	5	5	4	4	7	7	3	3	3	3	2	2	2	2	6	6	47	47	
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	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
Sarampión	14	14	0	0	0	0	3	3	2	2	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	14	14	42	42	
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	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	1	1	9	9	
Enf. importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	5	
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*	3	3	2	2	2	2	2	2	4	4	7	7	7	7	4	4	3	3	3	3	9	9	49	49	
Enf. Notificadas sist. especiales																									
E.E.T.H.	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Lepra	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 congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Poblaciones**	810.445		460.842		371.449		604.017		832.870		709.505		537.813		498.241		408.771		372.190		883.537		6.489.680		

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2011 *** 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 1 a 4 (del 1 al 29 de enero de 2012)

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 2012. Semanas 1-4

Brotes de origen alimentario	Año 2012			Año 2011		
	Semanas 1-4			Semanas 1-4		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Domicilios	4	16	1	1	5	0
Restaurantes, bares y similares	1	6	0	1	7	0
Comedores de empresa	0	0	0	1	25	0
Total	5	22	1	3	37	0

Brotes de origen no alimentario. Año 2012. Semanas 1-4

Brotes de origen no alimentario*	Año 2012			Año 2011		
	Semanas 1-4			Semanas 1-4		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	4	187	2	4	189	0
Enf. de mano, pie y boca	2	16	0	0	0	0
Sarampión	3	7	0	0	0	0
Molusco contagioso	1	7	0	0	0	0
Parotiditis	1	7	0	0	0	0
Escarlatina	1	4	1	0	0	0
Total	12	228	3	4	189	0

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2012, semanas 1 a 4
(Del 1 al 29 de enero de 2012)

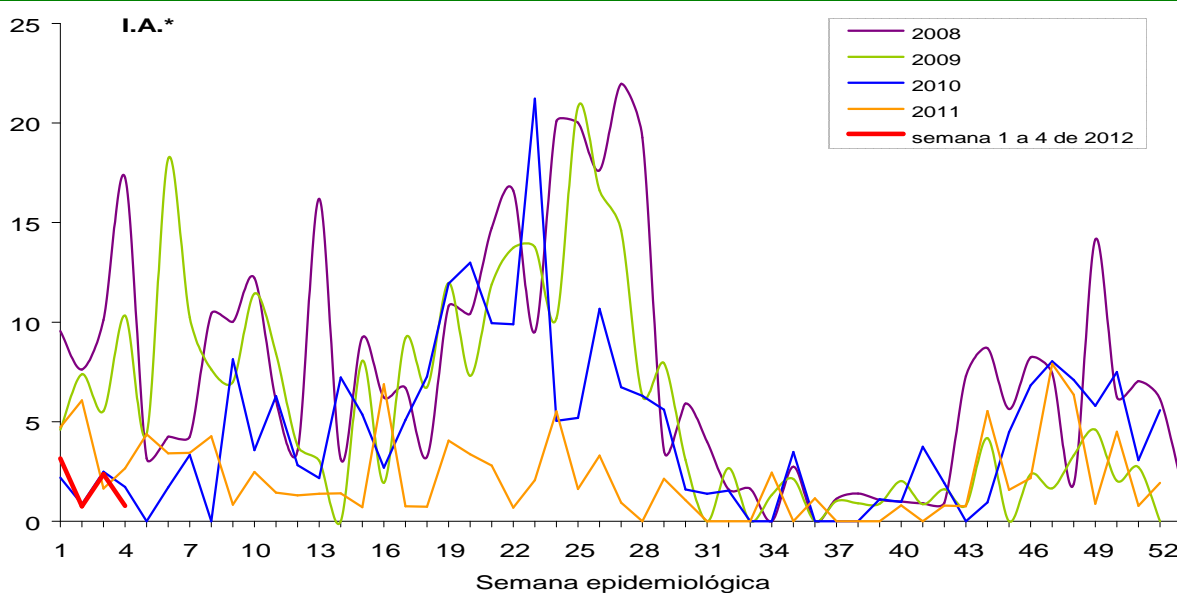
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 119 médicos de atención primaria que atienden a unas 170.000 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 63,0% (n° de semanas en que se ha enviado notificación / n° de semanas teóricas x 100).

VARICELA

Durante las semanas 1 a 4 del año 2012 se han declarado 8 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 15,5 casos por 100.000 personas (IC 95%: 7,9 – 23,1). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2008-2011 y de la semana 1 a la 4 de 2012.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2008-2011 y semana 1 a 4 de 2012.

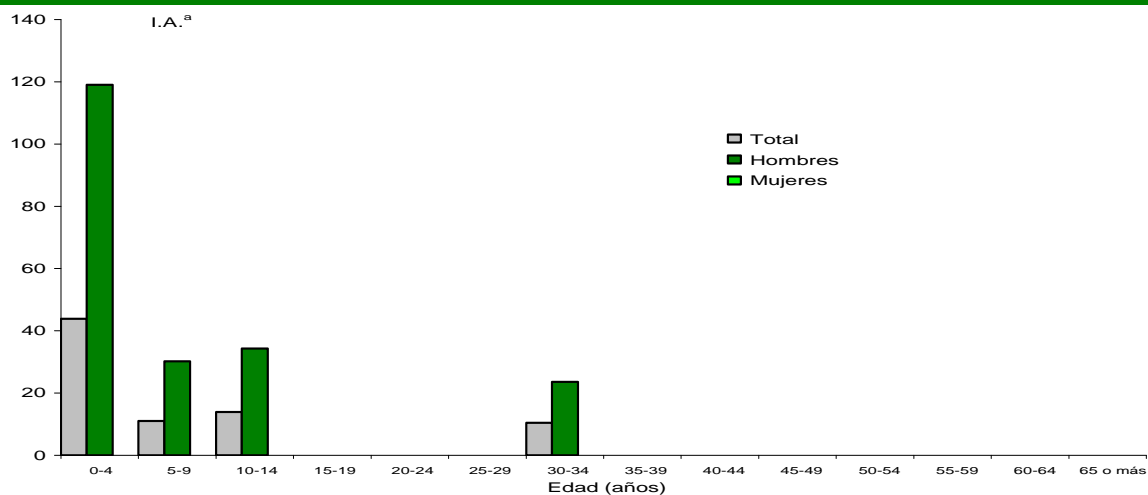


* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

De los 8 casos notificados, 7 caso se dieron en varones (87,5%) y 1 en mujer (12,5%). La edad se conoció en el 100% de los casos siendo el 75,0% de los casos con edad conocida menores de 10 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. En ningún caso se registró complicación alguna ni se requirió derivación a atención especializada.

En 6 casos (75,0%) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, y 2 casos (25%) a contactos con casos de herpes zoster. El lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en 3 casos (37,5%), en el hogar 4 casos (50%) y un caso en el trabajo (12,5%).

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2012

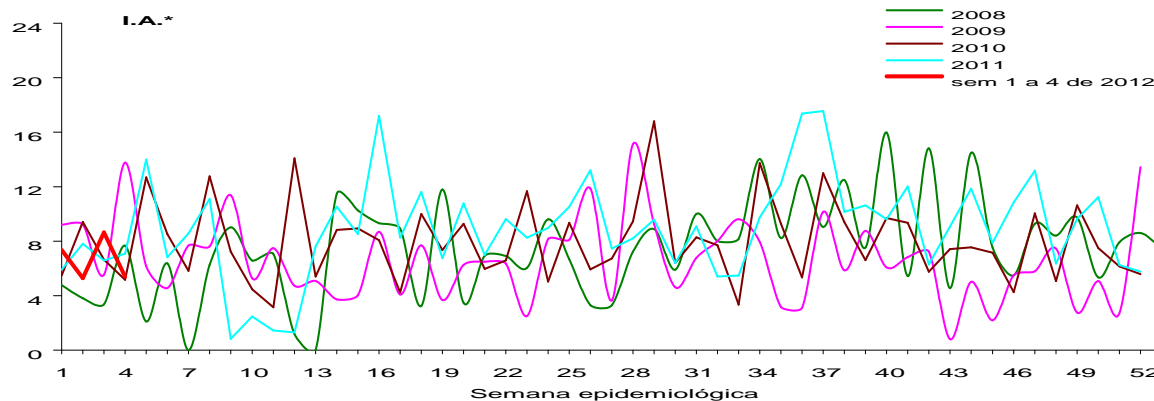


^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

HERPES ZÓSTER

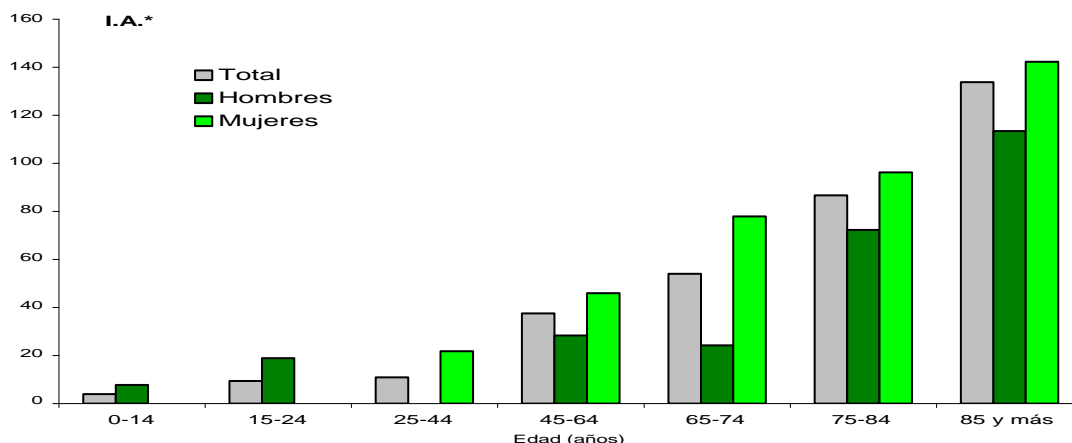
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 32 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 1 a 4 de 2012, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 26,4 por 100.000 habitantes (IC 95%: 17,3 – 35,6). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2008, 2009, 2010, 2011 y las semanas 1 a 4 de 2012. El 68,8% de los casos se dio en mujeres (22 casos) y el 31,3% en hombres (10 casos). La mediana de edad fue de 63 años con un mínimo de 2 y un máximo de 88 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 1 a 4 de 2012



* 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 1 a 4 de 2012

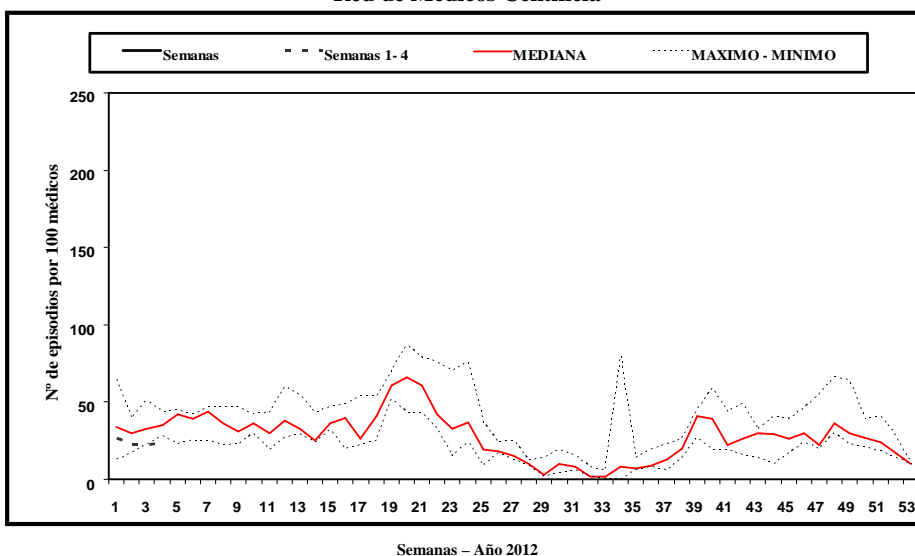


* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Episodios de asma. Año 2012

Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2012.

	Semanas 1 a 4	Año 2012
Gripe*	440	964*
Varicela	8	8
Herpes zoster	32	32
Crisis asmáticas	93	93
* Desde la semana 40 de 2011 hasta la 20 de 2012		



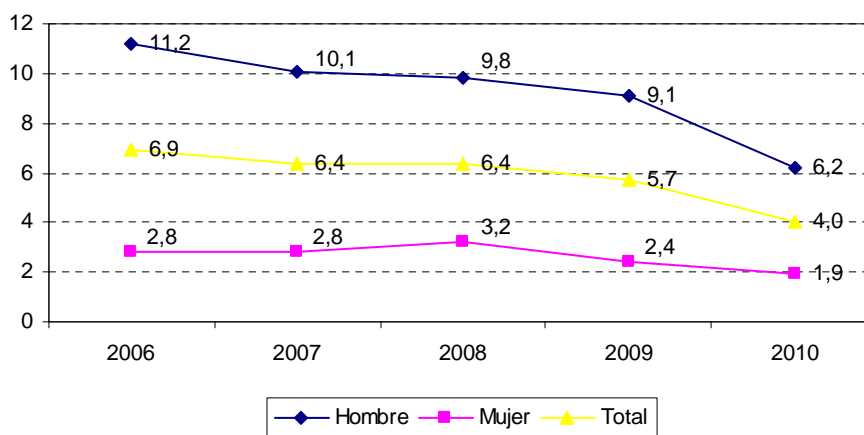
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Situación del VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Casos de sida 31 de diciembre 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 diciembre de 2011. Los datos correspondientes al periodo 2010-2011 todavía no están consolidados.

Desde el año 2006 hasta el 31 de diciembre de 2011 se han notificado 1914 casos de sida diagnosticados en la CM. El 77,1% son hombres y el 73,4% tenían entre 30 y 49 años de edad al diagnóstico de sida, media de edad 40,5 años (DE: 9,9). El 16,5% (315 casos) sabemos que han fallecido.

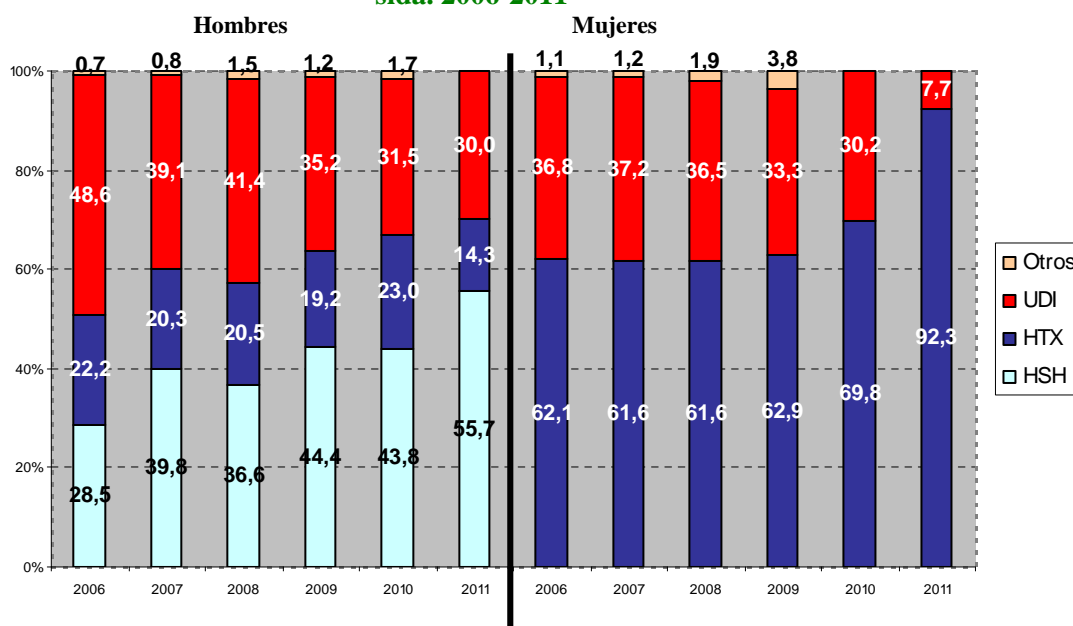
Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico de sida. 2006-2010



* Datos de 2010 provisionales

* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

Gráfico 2. Porcentaje de casos según mecanismo de transmisión y sexo por año de diagnóstico de sida. 2006-2011



* Casos con mecanismo de transmisión conocido (n=1770, 92,5%)

El 35,9% de los casos de sida habían nacido fuera de España. La incidencia (por 100.000 habitantes) ha disminuido en población foránea, de 16,9 en 2006 a 11,3 en 2009; y en autóctonos de 5,3 en 2006 a 4,3 en 2009. En 2010 la incidencia en población foránea fue de 7,6 casos por 100.000 habitantes y en nacidos en España de 3,1.

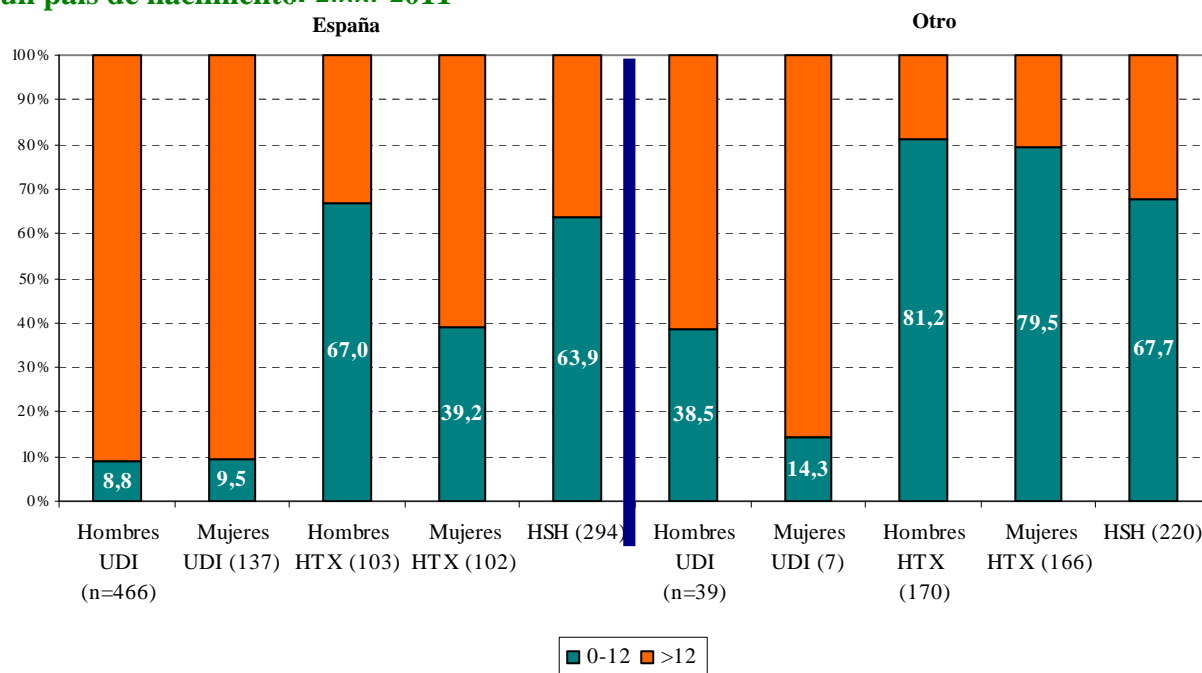
Tabla 1. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo. 2006-2011

	Hombres						Mujeres					
	España		Otro		Total		España		Otro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión												
UDI	490	50,4	39	7,8	529	35,9	141	55,7	7	3,8	148	33,7
HSH	297	30,5	223	44,3	520	35,3						
HTX	104	10,7	172	34,3	276	18,7	104	41,1	172	92,5	276	62,9
Sexual (s.e.)	6	0,6	3	0,6	9	0,6						
Otros	5	0,5	9	1,8	14	0,9	2	0,8	5	2,7	7	1,6
Desconocido/N.C.	71	7,3	56	11,2	127	8,6	6	2,4	2	1,0	8	1,8
Total	973	100,0	502	100,0	1475	100,0	253	100,0	186	100,0	439	100,0

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; Sexual (s.e.): Relaciones sexuales sin especificar; N.C.: No consta

El retraso diagnóstico (RD) de infección por VIH en los casos diagnosticados de sida se define cuando transcurren 12 meses ó menos entre el diagnóstico de VIH y el desarrollo de alguna enfermedad indicativa de sida, siguiendo el criterio establecido por los CDC. De los casos notificados, en 1858 (97,1%) conocemos la fecha de diagnóstico de VIH. De ellos el 46,6% presentaban retraso diagnóstico de infección por VIH.

Gráfico 3. Porcentaje de casos con RD de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento. 2006-2011



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres

(1) Entre paréntesis, número total de casos de sida en cada categoría, independiente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH

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>

Link directo:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=12656185616308&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1156329914017



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria