

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

11.

INFORMES:

- **Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, año 2012.**
- **Plan de erradicación de la poliomielitis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda, 2012.**



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

11

Índice

INFORMES:

	Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, año 2012.	3
	Plan de erradicación de la poliomielitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Comunidad de Madrid, año 2012.	68
	EDO. Semanas 44 a 48 (del 28 de octubre al 1 de diciembre de 2013)	78
	Brotos Epidémicos. Semanas 44 a 48, 2013.	79
	Red de Médicos Centinela, semanas 44 a 48, 2013.	80
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, Noviembre 2013.	84



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA AÑO 2012

RESUMEN:

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

Objetivos: Describir las características de presentación de las enfermedades incluidas en las EDO.

Material y métodos: Se calculan indicadores del funcionamiento del propio sistema de vigilancia y de morbilidad notificada (número de casos y tasas de incidencia acumulada en el año 2012 y comparación con 2011, en el ámbito de la CM y de España). La incidencia se presenta a nivel regional y por distritos, utilizando como denominador el padrón continuo de habitantes de la CM de los años correspondientes.

Resultados: Durante el año 2012 participaron en el sistema un total de 468 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,8%). El número total de casos notificados fue 49.979, de los cuales 89,8% corresponde a EDO numéricas (gripe y varicela) y el 10,2% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos. Hay que reseñar la elevación registrada en sarampión, leishmaniasis, infección gonocócica, sífilis, meningitis víricas, legionelosis, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, encefalopatías espongiiformes de transmisión humana -EETH-, otras hepatitis víricas, disentería, paludismo y parotiditis, así como el descenso en hepatitis B, brucelosis, lepra, varicela, hepatitis A, gripe, tos ferina, parálisis flácida aguda en menores de 15 años, fiebre tifoidea y paratifoidea, tuberculosis, enfermedad neumocócica invasora, enfermedad meningocócica, rubéola y otras meningitis bacterianas.

Conclusiones: En 2012 el sistema de vigilancia epidemiológica ha funcionado de forma adecuada. Las infecciones de transmisión sexual se mantienen con elevadas tasas de incidencia. Se ha producido un brote de legionelosis asociado a un restaurante con un total de 65 casos afectados. El brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la CM ha continuado a lo largo de todo 2012 y continúa abierto. El brote comunitario de sarampión que comenzó en 2011, ha continuado activo hasta el mes de julio de 2012. La incidencia de tos ferina ha descendido a los niveles de años anteriores, tras la importante elevación registrada en 2010 y 2011.

1.- INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM). Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria. El sistema de vigilancia se fundamenta en el trabajo realizado por los profesionales sanitarios, acompañado de la búsqueda activa en algunas enfermedades. La declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos (en base a la definición de caso) de enfermedades detectadas durante la semana epidemiológica en curso. A efectos de notificación, la semana epidemiológica comenzaba a las 0 horas del domingo y finalizaba a las 24 horas del sábado, definición que se ha mantenido hasta el 29 de diciembre de 2012, a partir de esa fecha la semana epidemiológica comienza a las 0 horas del lunes y finaliza a las 24 horas del domingo. Excepcionalmente, para ajustar el calendario a este cambio en la definición, la primera semana epidemiológica de 2013 empieza a las 0 horas del domingo 30 de diciembre de 2012 y acaba a las 24 horas del domingo 6 de enero de 2013.

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la CM. En el año 2001 se desarrolló reglamentación complementaria a ésta, que incorpora nuevas enfermedades a la lista de EDO e introduce cambios en la modalidad de declaración de otras: la Orden 150/2001, del Consejero de Sanidad de la CM, incluye a las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la lista de EDO, la Orden 186/2001, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la CM estableciendo que esta enfermedad sea de declaración urgente y la Orden 130/2001, del Consejero de Sanidad, mediante la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la CM. Posteriormente, en febrero de 2007 se incluyó en la lista de EDO toda la enfermedad neumocócica invasora, mediante la Orden 74/2007, de 22 de enero, del Consejero de Sanidad y Consumo. En octubre de 2011 se produjo una modificación normativa en relación a la estructura organizativa de Atención Primaria: Decreto 52/2011, en que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la CM.

En la CM el “Manual de Notificación. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria” (documento técnico de Salud Pública nº 69) tiene como objetivo facilitar la notificación de todos los profesionales sanitarios de la región. Este documento está disponible en el Portal de Salud de la CM.

Durante 2012 se ha consolidado el proceso de captación automática de los casos EDO desde la historia clínica de Atención Primaria, que se inició en 2009 en el contexto de la pandemia de gripe. Estos casos captados automáticamente son revisados por los epidemiólogos, que validan su incorporación al sistema si cumplen los criterios de definición de caso de la Red de Vigilancia. Se mantiene la obligación para todos los médicos de notificar las EDO de declaración urgente (por teléfono o por fax), ya que una notificación oportuna en el tiempo sigue siendo fundamental para la toma adecuada de medidas de control. Asimismo, se ha reforzado la integración de las diferentes aplicaciones informáticas, lo que ha permitido conseguir una información de mayor calidad, especialmente en las variables relacionadas con los datos básicos de persona y con la vacunación.

En este informe, se describen las características del sistema de vigilancia (calidad de los datos, participantes en la notificación y tipo de notificación) y de las EDO detectadas durante el año 2012 correspondientes a pacientes con residencia en la CM. Para cada enfermedad se

presenta la distribución espacial y temporal de los casos y se analizan las variables clínicas y epidemiológicas básicas y algunas variables específicas de cada protocolo. Para la descripción espacial de los casos se ha utilizado la zonificación de la CM en distritos, basados en los antiguos distritos sanitarios. Los datos de la CM se comparan con los datos del nivel nacional de 2012 (proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III). Para describir la evolución temporal de cada enfermedad se utilizan los datos históricos del sistema de EDO tanto de la CM como del nivel nacional.

En relación a los brotes epidémicos, se han incluido los casos de enfermedad ocurridos en situaciones de brote de las enfermedades contenidas en la lista de EDO. El análisis de todos los brotes epidémicos se presentará en el informe “Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2012” que se publicará en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. (Diciembre 2013. Volumen 19. Nº 12).

2.- METODOLOGIA

2.1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

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

2.2.- VARIABLES

Se analizan las variables relacionadas con la notificación (centro notificador, nivel asistencial al que pertenece: atención primaria, especializada y otro) y con la enfermedad (variables epidemiológicas básicas – edad, sexo, país de origen, tipo de diagnóstico, clasificación y fecha de inicio de los síntomas – y variables específicas de cada enfermedad).

2.3.- INDICADORES

Se han utilizado indicadores de funcionamiento del sistema de vigilancia y de morbilidad notificada.

2.3.1.- Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

- **Número de centros notificadores.**
- **Número de notificaciones recibidas.** Es habitual que de un mismo caso se reciban varias notificaciones. Los datos que contienen todas ellas se integran para completar la información necesaria.
- **Número de casos notificados.**
- **Grado de cumplimentación de las variables** (sólo para EDO con datos básicos).

2.3.2.- Indicadores de morbilidad

- **Nº casos notificados y comparación con el año anterior.**
- **Tasas de incidencia acumulada (TI) por 100.000 habitantes:** para su cálculo se ha utilizado la población recogida en la actualización del Padrón Municipal de la CM de 2012, para el total de la CM y por distritos.

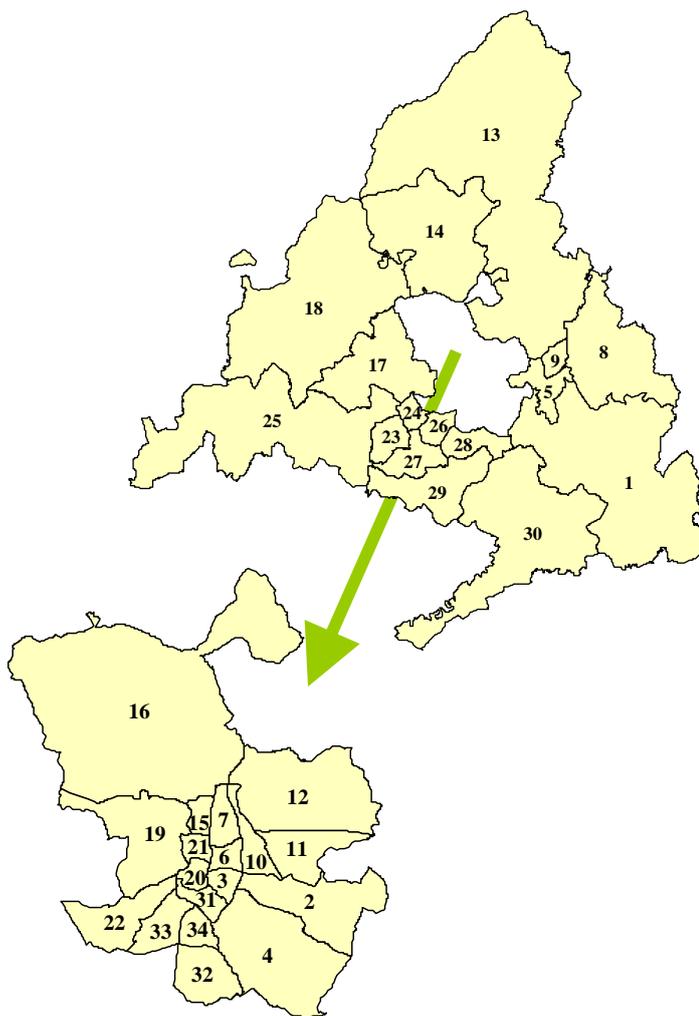
- **Comparación histórica de tasas** a través del porcentaje de variación de la TI de la CM con respecto a la mediana de la TI del quinquenio anterior (2007-2011):

$$\frac{\text{TI (CM 2012)} - \text{TI mediana (2007-2011)}}{\text{TI mediana (2007-2011)}} \times 100$$

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

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

ZONIFICACIÓN	
Distrito	
1 - Arganda	
2 - Moratalaz	
3 - Retiro	
4 - Vallecas	
5 - Coslada	
6 - Salamanca	
7 - Chamartín	
8 - Alcalá de Henares	
9 - Torrejón de Ardoz	
10 - Ciudad Lineal	
11 - San Blas	
12 - Hortaleza	
13 - Alcobendas	
14 - Colmenar Viejo	
15 - Tetuán	
16 - Fuencarral	
17 - Majadahonda	
18 - Collado Villalba	
19 - Moncloa	
20 - Centro	
21 - Chamberí	
22 - Latina	
23 - Móstoles	
24 - Alcorcón	
25 - Navalcarnero	
26 - Leganés	
27 - Fuenlabrada	
28 - Parla	
29 - Getafe	
30 - Aranjuez	
31 - Arganzuela	
32 - Villaverde	
33 - Carabanchel	
34 - Usera	



3.- RESULTADOS

3.1.- FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

3.1.1.- Centros notificadores

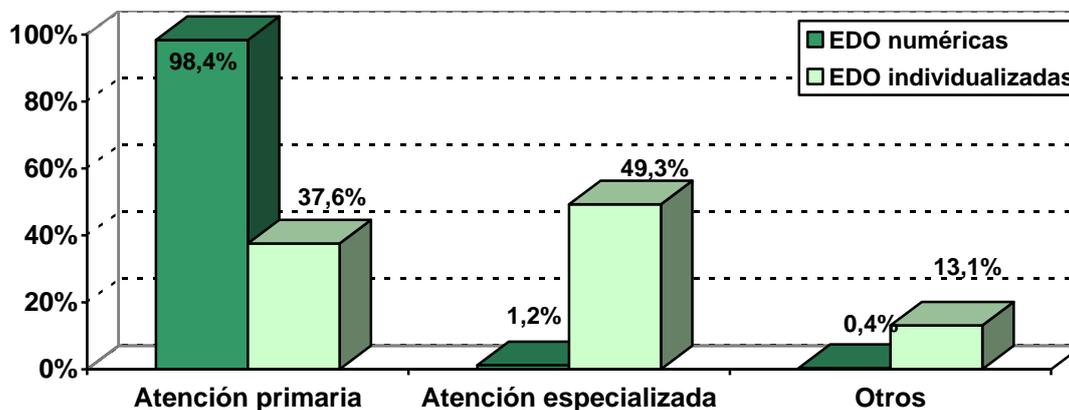
Durante el año 2012 participaron en el sistema 468 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,8%). El 12,6% eran centros de atención especializada hospitalaria y no hospitalaria, y el 6,6% restante eran centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, etc.).

3.1.2.- EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial

En 2012 se notificaron un total de 49.979 casos de EDO, de los cuales el 89,8% correspondía a EDO numéricas y el 10,2% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 98,4% de los casos de enfermedad de declaración numérica fue notificado por el nivel de atención primaria. En cuanto a las EDO con datos epidemiológicos básicos, el 49,3% fue notificado por atención especializada, el 37,6 % por atención primaria y el 13,1% por otros notificadores (gráfico 1). Hay que señalar que para este análisis sólo se considera el primer notificador de cada caso, ya que es el que alerta al sistema.

Gráfico 1. Enfermedades de Declaración Obligatoria según modalidad de notificación y nivel asistencial del primer notificador. Comunidad de Madrid. Año 2012.



3.1.3.- Grado de cumplimentación de las variables

El grado de cumplimentación de las variables recogidas en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos ha sido óptimo en las variables edad, sexo, lugar de residencia, país de origen y clasificación epidemiológica de los casos (confirmados, probables o sospechosos), con una cumplimentación superior al 98% en todas ellas.

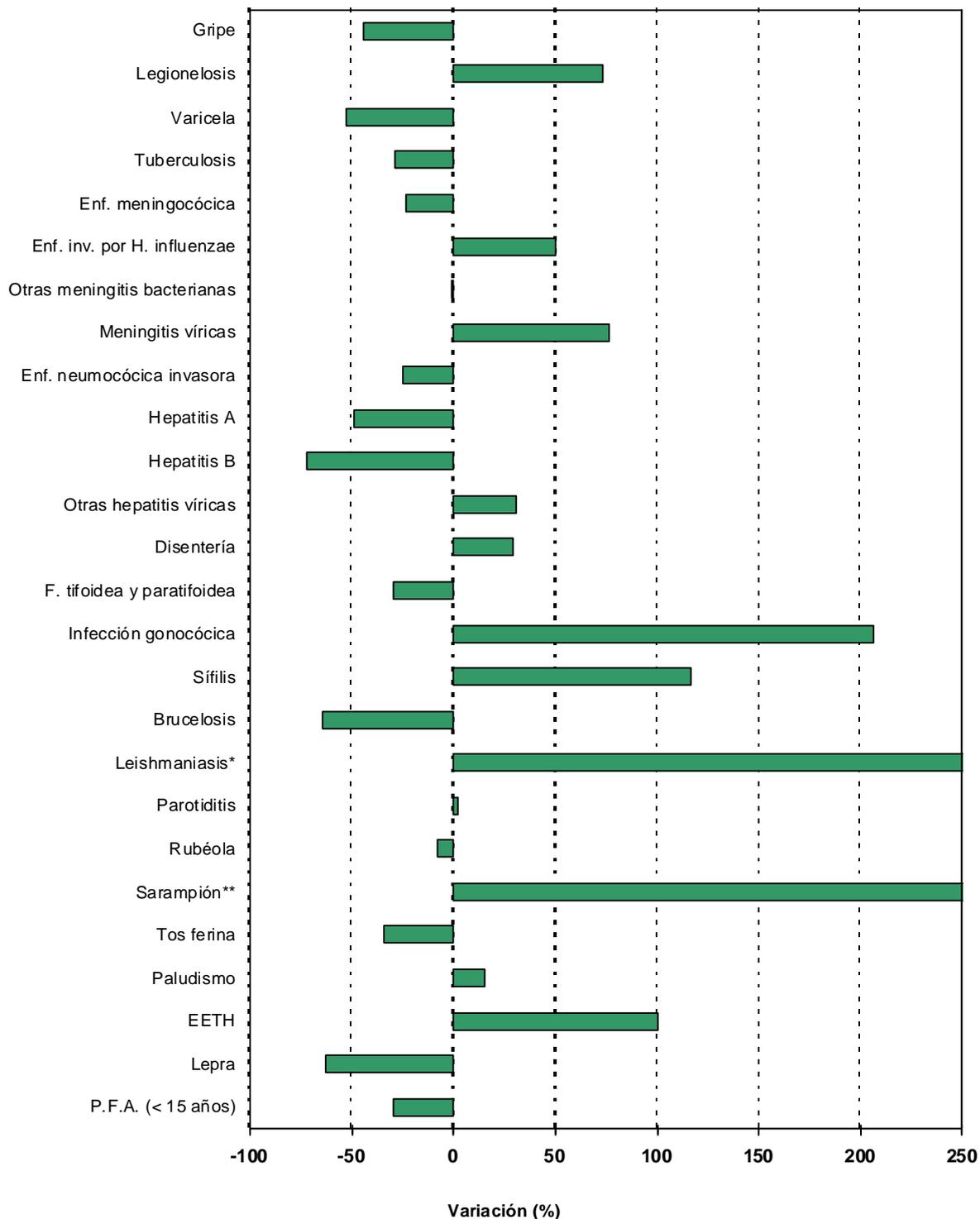
En cuanto a otras variables de gran interés epidemiológico, como la cumplimentación de la fecha de inicio de síntomas, ha sido del 94,2%. La cumplimentación de la variable “Tipo de diagnóstico” ha sido del 95,0% (este porcentaje se calcula excluyendo los casos de tuberculosis).

3.2.- DISTRIBUCIÓN ESPACIOTEMPORAL DE LOS CASOS

Se presenta el número de casos y tasas de incidencia acumulada (TI) en el periodo 2002 a 2012 en la CM (tablas 1 y 2) y en el nivel nacional (tablas 3 y 4). En la tabla 5 se presentan los indicadores de morbilidad de las enfermedades con algún caso notificado en la CM en 2012.

El gráfico 2 compara la TI de las enfermedades estudiadas en la CM en el año 2012 con la mediana de las TI de la CM en el quinquenio anterior. Se observa un **aumento** en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para: sarampión (566,7%), leishmaniasis (380,6%), infección gonocócica (206,0%), sífilis (116,7%), meningitis víricas (76,5%), legionelosis (73,5%), enfermedad invasiva por *H. influenzae* (50,0%), encefalopatías espongiiformes de transmisión humana -EETH- (100%), otras hepatitis víricas (30,5%), disentería (29,2%), paludismo (15,4%) y parotiditis (2,4%). Se observa un **descenso** en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para las siguientes enfermedades: hepatitis B (72,3%), brucelosis (64,3%), lepra (62,5%), varicela (52,5%), hepatitis A (49,2%), gripe (44,5%), tos ferina (34,5%), parálisis flácida aguda en menores de 15 años (29,8%), fiebre tifoidea y paratifoidea (29,4%), tuberculosis (28,6%), enfermedad neumocócica invasora (25,3%), enfermedad meningocócica (22,9%), rubéola (7,7%) y otras meningitis bacterianas (1,16%).

Gráfico 2. Comparación de la tasa de incidencia acumulada en el año 2012 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio 2007-2011. Comunidad de Madrid.



* % variación Leishmaniasis: 380,6%

** % variación Sarampión: 566,7%

***La mediana del quinquenio anterior es 0 para para tétanos, por lo que no se puede calcular el porcentaje de variación

Tabla 1. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Número de casos. Comunidad de Madrid. Años 2002-2012.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ENF. TRANS. RESPIRATORIA											
Gripe	271.079	242.749	89.517	150.292	55.199	73.331	67.140	192.427	16.605	62.320	38.594
Legionelosis	134	74	50	43	64	46	64	37	132	68	115
Varicela	45.548	37.986	47.944	22.479	36.330	20.003	15.439	12.986	9.995	6.598	6.281
TUBERCULOSIS											
Tuberculosis	1.200	1.247	1.090	1.167	1.131	1.073	1.140	1.103	1.006	891	801
INF. CAUSAN MENINGITIS											
Enf. meningocócica	150	111	109	98	98	97	70	61	41	47	48
Enf. inv. por <i>H. influenzae</i>	3	5	5	8	0	3	9	5	8	11	12
Otras meningitis bacterianas	93	117	105	125	118	52	64	41	52	65	55
Meningitis víricas	362	282	220	237	574	180	260	252	201	294	453
Enf. neumocócica invasora*						589	787	722	477	447	429
HEPATITIS VÍRICAS											
Hepatitis A	111	234	219	169	177	151	348	349	153	113	82
Hepatitis B	110	131	140	137	142	188	178	96	100	68	28
Otras hepatitis víricas	84	102	170	125	128	143	108	48	72	85	111
ENF. TRANS. ALIMENTARIA											
Botulismo	1	1	1	1	0	2	1	2	0	1	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	75	13	31	27	27	23	15	16	13	12	20
F. tifoidea y paratifoidea	14	17	9	11	14	17	10	15	7	11	8
Triquinosis	4	0	27	2	7	1	3	0	2	14	0
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL											
Infección gonocócica	44	63	62	90	131	162	211	168	343	590	668
Sífilis	69	118	171	178	223	285	361	339	660	1.003	811
ANTROPOZOONOSIS											
Brucelosis	17	29	34	10	7	10	9	3	12	6	3
Leishmaniasis	25	24	32	25	24	21	42	28	106	226	209
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENF. INMUNOPREVENIBLES											
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	562	315	286	292	909	1.812	743	441	715	735	754
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	25	32	14	479	18	8	14	12	3	4	9
Sarampión	12	22	2	3	176	1	31	0	29	620	195
Tétanos	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1
Tos ferina	163	304	182	89	98	169	118	110	405	410	118
ENF. IMPORTADAS											
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	147	125	133	123	132	132	106	128	95	103	127
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENF. STMAS. ESPECIALES											
EETH**	7	9	8	12	14	7	8	15	8	12	17
Lepra	3	2	5	1	5	1	5	5	2	6	2
Rubéola congénita	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	2	5	0	2	1	3	5	2	2	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS											
P.F.A. (< 15 años)***	4	7	12	9	12	3	9	8	7	21	6

*Enfermedad neumocócica invasora: asignación según año de inicio de síntomas. La vigilancia de esta enfermedad se implantó a lo largo de 2007, por lo que los datos de ese año no se refieren al año completo.

**Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas.

Tabla 2. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. Años 2002-2012.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ENF. TRANS. RESPIRATORIA											
Gripe	4.904,50	4.244,65	1.542,11	2.519,93	918,73	1.205,77	1.070,53	3.012,82	257,10	960,29	593,89
Legionelosis	2,42	1,29	0,86	0,72	1,07	0,76	1,02	0,58	2,04	1,05	1,77
Varicela	824,08	664,21	825,93	376,90	604,68	328,91	246,17	203,32	154,75	101,67	96,65
TUBERCULOSIS											
Tuberculosis	21,71	21,80	18,78	19,57	18,82	17,64	18,18	17,27	15,58	13,73	12,33
INF. CAUSAN MENINGITIS											
Enf. meningocócica	2,71	1,94	1,88	1,64	1,63	1,59	1,12	0,96	0,63	0,72	0,74
Enf. inv. por <i>H. influenzae</i>	0,05	0,09	0,09	0,13	0,00	0,05	0,14	0,08	0,12	0,17	0,18
Otras meningitis bacterianas	1,68	2,05	1,81	2,10	1,96	0,86	1,02	0,64	0,81	1,00	0,85
Meningitis víricas	6,55	4,93	3,79	3,97	9,55	2,96	4,15	3,95	3,11	4,53	6,97
Enf. neumocócica invasora*						9,7	12,6	11,3	7,4	6,9	6,60
HEPATITIS VÍRICAS											
Hepatitis A	2,01	4,09	3,77	2,83	2,95	2,48	5,55	5,46	2,37	1,74	1,26
Hepatitis B	1,99	2,29	2,41	2,30	2,36	3,09	2,84	1,50	1,55	1,05	0,43
Otras hepatitis víricas	1,52	1,78	2,93	2,10	2,13	2,35	1,72	0,75	1,11	1,31	1,71
ENF. TRANS. ALIMENTARIA											
Botulismo	0,02	0,02	0,02	0,02	0,00	0,03	0,02	0,03	0,00	0,02	0,00
Cólera	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Disentería	1,36	0,23	0,53	0,45	0,45	0,38	0,24	0,25	0,20	0,18	0,31
F. tifoidea y paratifoidea	0,25	0,30	0,16	0,18	0,23	0,28	0,16	0,23	0,11	0,17	0,12
Triquinosis	0,07	0,00	0,47	0,03	0,12	0,02	0,05	0,00	0,03	0,22	0,00
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL											
Infección gonocócica	0,80	1,10	1,07	1,51	2,18	2,66	3,36	2,63	5,31	9,09	10,28
Sífilis	1,25	2,06	2,95	2,98	3,71	4,69	5,76	5,31	10,22	15,46	12,48
ANTROPOZOONOSIS											
Brucelosis	0,31	0,51	0,59	0,17	0,12	0,16	0,14	0,05	0,19	0,09	0,05
Leishmaniasis	0,45	0,42	0,55	0,42	0,40	0,35	0,67	0,44	1,64	3,48	3,22
Rabia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ENF. INMUNOPREVENIBLES											
Difteria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Parotiditis	10,17	5,51	4,93	4,90	15,13	29,79	11,85	6,90	11,07	11,33	11,60
Poliomielitis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rubéola	0,45	0,56	0,24	8,03	0,30	0,13	0,22	0,19	0,05	0,06	0,14
Sarampión	0,22	0,38	0,03	0,05	2,93	0,02	0,49	0,00	0,45	9,55	3,00
Tétanos	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02
Tos ferina	2,95	5,32	3,14	1,49	1,63	2,78	1,88	1,72	6,27	6,32	1,82
ENF. IMPORTADAS											
Fiebre amarilla	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Paludismo	2,66	2,19	2,29	2,06	2,20	2,17	1,69	2,00	1,47	1,59	1,95
Peste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tifus exantemático	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ENF. STMAS. ESPECIALES											
EETH**	0,13	0,16	0,14	0,18	0,23	0,12	0,13	0,23	0,13	0,18	0,26
Lepra	0,05	0,03	0,09	0,02	0,08	0,02	0,08	0,08	0,03	0,09	0,03
Rubéola congénita	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sífilis congénita	0,00	0,03	0,09	0,00	0,03	0,02	0,05	0,08	0,03	0,03	0,00
Tétanos neonatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OTRAS											
P.F.A. (< 15 años)***	0,51	0,85	1,43	1,04	1,35	0,33	0,98	0,84	0,81	1,70	0,59

*Enfermedad neumocócica invasora: asignación según año de inicio de síntomas. La vigilancia de esta enfermedad se implantó a lo largo de 2007, por lo que los datos de ese año no se refieren al año completo.

**Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas.

**Tabla 3. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Número de casos.
España. Años 2002-2012.**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ENF. TRANS. RESPIRATORIA											
Gripe	1.595.72	1.490.09	615.218	1.349.53	473.990	681.988	629.504	1.137.61	224.011	590.957	533.675
Legionelosis	1.461	1.263	1.140	1.296	1.343	1.178	1.334	1.307	1.309	1.019	1.077
Varicela	196.257	180.78	237.156	146.113	177.728	153.099	125.706	141.399	157.914	136.823	145.642
TUBERCULOSIS											
Tuberculosis*	7.247	6.836	6.593	7.842	7.954	8.046	8.218	7.721	7.103	6.858	6.046
INF. CAUSAN MENINGITIS											
Enf. meningocócica	1.102	1.007	881	871	794	830	768	725	552	572	427
HEPATITIS VÍRICAS											
Hepatitis A	620	760	845	1.139	1.494	1.002	2.250	2.695	1.023	713	646
Hepatitis B	818	801	764	659	799	931	1.011	871	865	804	605
Otras hepatitis víricas	1.188	911	874	680	748	698	755	708	741	670	635
ENF. TRANS. ALIMENTARIA											
Botulismo	6	6	7	15	3	9	7	13	8	12	9
Cólera	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0
Disentería	301	136	129	186	181	219	360	237	159	124	323
F. tifoidea y paratifoidea	181	148	102	75	84	75	79	70	70	82	68
Triquinosis	25	48	32	11	36	115	50	21	21	34	24
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL											
Infección gonocócica	833	1.069	980	1.155	1.423	1.698	1.897	1.954	2.306	2.640	3.042
Sífilis	734	917	1.156	1.344	1.711	1.936	2.545	2.506	3.187	3.522	3.638
ANTROPOZOONOSIS											
Brucelosis	893	642	636	353	321	263	170	143	110	103	85
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENF. INMUNOPREVENIBLES											
Difteria		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	4.515	1.677	1.526	2.458	6.885	10.343	3.845	2.172	2.705	4.615	9.538
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	138	113	87	592	89	60	63	30	12	19	67
Sarampión	89	246	29	20	334	241	308	44	302	3.641	1.219
Tétanos	21	24	16	18	21	12	15	9	11	10	12
Tos ferina	347	551	532	304	383	554	663	538	884	3.239	3.430
ENF. IMPORTADAS											
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	452	456	383	332	400	345	347	409	448	505	557
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ENF. STMAS. ESPECIALES											
EETH**	79	73	78	104	99	99	107	97	96	90	103
Lepra	18	6	18	10	15	19	18	34	12	16	12
Rubéola congénita	0	0	1	4	0	0	1	2	0	0	1
Sífilis congénita	15	4	16	13	18	19	20	14	11	7	6
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS											
P.F.A. (< 15 años)***	37	44	43	44	42	37	35	21	31	34	23

*Hasta 2004 a nivel nacional sólo se vigilaban la tuberculosis respiratoria y la meningitis tuberculosa, a partir de 2005 se incluyeron en la vigilancia todas las localizaciones.

**Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

Tabla 4. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Tasas de incidencia por 100.000 habitantes. España. Años 2002-2012.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ENF. TRANS. RESPIRATORIA											
Gripe	4.033,6	3.762,2	1.551,6	3.400,1	1.194,2	1.541,9	1.408,7	2.521,9	492,3	1.281,2	1.156,1
Legionelosis	3,7	3,2	2,9	3,3	3,4	2,7	3,0	2,9	2,9	2,2	2,3
Varicela	496,1	456,4	598,1	368,1	447,8	346,1	281,3	313,5	347,1	298,6	315,5
TUBERCULOSIS											
Tuberculosis*	18,3	17,3	16,6	18,1	18,0	17,9	18,0	16,8	15,4	14,6	13,1
INF. CAUSAN MENINGITIS											
Enf. meningocócica	2,8	2,5	2,2	2,2	2,0	1,9	1,7	1,6	1,2	1,2	0,9
HEPATITIS VÍRICAS											
Hepatitis A	1,6	1,9	2,1	2,9	3,8	2,3	5,0	6,0	2,3	1,6	1,4
Hepatitis B	2,1	2,0	1,9	1,7	2,0	2,1	2,3	1,9	1,9	1,7	1,3
Otras hepatitis víricas	3,0	2,3	2,2	1,7	1,9	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4
ENF. TRANS. ALIMENTARIA											
Botulismo	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
Disentería	0,8	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,8	0,5	0,4	0,3	0,7
F. tifoidea y paratifoidea	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Triquinosis	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL											
Infección gonocócica	2,1	2,7	2,5	2,9	3,6	3,8	4,3	4,3	5,1	5,7	6,6
Sífilis	1,9	2,3	2,9	3,4	4,3	4,4	5,7	5,6	7,0	7,6	7,9
ANTROPOZOONOSIS											
Brucelosis	2,3	1,6	1,6	0,9	0,8	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2
Rabia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ENF. INMUNOPREVENIBLES											
Difteria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Parotiditis	11,4	4,2	3,9	6,2	17,4	23,4	8,6	4,8	6,0	10,0	20,7
Poliomielitis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rubéola	0,4	0,3	0,2	1,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2
Sarampión	0,2	0,6	0,1	0,1	0,8	0,5	0,7	0,1	0,7	7,9	2,6
Tétanos	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tos ferina	0,9	1,4	1,3	0,8	1,0	1,3	1,5	1,2	1,9	7,0	7,4
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
Paludismo	1,1	1,2	1,0	0,8	1,0	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2
Peste	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
ENF. STMAS. ESPECIALES											
EETH**	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Lepra	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	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
Sífilis congénita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	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
OTRAS											
P.F.A. (< 15 años)***	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,3	0,4	0,5	0,3

*Hasta 2004 a nivel nacional sólo se vigilaban la tuberculosis respiratoria y la meningitis tuberculosa, a partir de 2005 se incluyeron en la vigilancia todas las localizaciones.

**Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

Tabla 5. Enfermedades de Declaración Obligatoria: indicadores de morbilidad.

Comunidad de Madrid. Año 2012.

ENFERMEDADES	Casos 2012	Tasas 2012	Casos CM 2012 – Casos CM 2011	% variación TI CM respecto mediana 2007- 2011	TI CM / TI España
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA					
Gripe	38.594	593,9	-23.726	-44,52	0,51
Legionelosis	115	1,8	47	73,53	0,76
Varicela	6.281	96,7	-317	-52,46	0,31
TUBERCULOSIS					
Tuberculosis	801	12,3	-90	-28,60	0,94
INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS					
Enfermedad meningocócica	48	0,7	1	-22,92	0,80
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	12	0,2	1	50,00	--
Otras meningitis bacterianas	55	0,9	-10	1,16	--
Meningitis víricas	453	7,0	159	76,46	--
Enfermedad neumocócica invasora*	429	6,6	-18	-25,25	--
HEPATITIS VÍRICAS					
Hepatitis A	82	1,3	-31	-49,19	0,90
Hepatitis B	28	0,4	-40	-72,26	0,33
Otras hepatitis víricas	111	1,7	26	30,53	1,24
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA					
Disentería	20	0,3	8	29,17	0,44
Fiebre tifoidea y paratifoidea	8	0,1	-3	-29,41	0,80
ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL					
Infección gonocócica	668	10,3	78	205,95	1,56
Sífilis	811	12,5	-192	116,67	1,58
ANTROPOZOONOSIS					
Brucelosis	3	0,1	-3	-64,29	0,28
Leishmaniasis	209	3,2	-17	380,60	--
ENF. PREVENIBLES INMUNIZACIÓN					
Parotiditis	754	11,6	19	2,38	0,56
Rubéola	9	0,1	5	-7,69	0,93
Sarampión	195	3,0	-425	566,67	1,14
Tétanos	1	0,0	1	--	0,67
Tos ferina	118	1,8	-292	-34,53	0,24
ENFERMEDADES IMPORTADAS					
Paludismo	127	2,0	24	15,38	1,61
ENF. NOTIFICADAS STMAS. ESPECIALES					
EETH**	17	0,26	5	100,00	2,60
Lepra	2	0,0	-4	-62,50	1,00
OTRAS					
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	6	0,6	-15	-29,76	1,79

No se incluyen en la tabla las enfermedad con 0 casos notificados en 2012.

*La Enfermedad neumocócica invasora se vigila en la Comunidad de Madrid desde 2007.

**Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas.

3.3.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

3.3.1.- Gripe

Durante el año 2012 se notificaron 38.594 casos de gripe, 23.726 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 593,9 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Colmenar Viejo (1.092,6 casos por 100.000 habitantes), Coslada (1.020,5 casos por 100.000 habitantes) y Collado Villalba (956,6 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 1). El 98,5% de los casos fueron notificados por profesionales de atención primaria.

En el informe “Vigilancia de gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2012-2013” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Junio 2013. Volumen 19. N° 6) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 3. Gripe: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

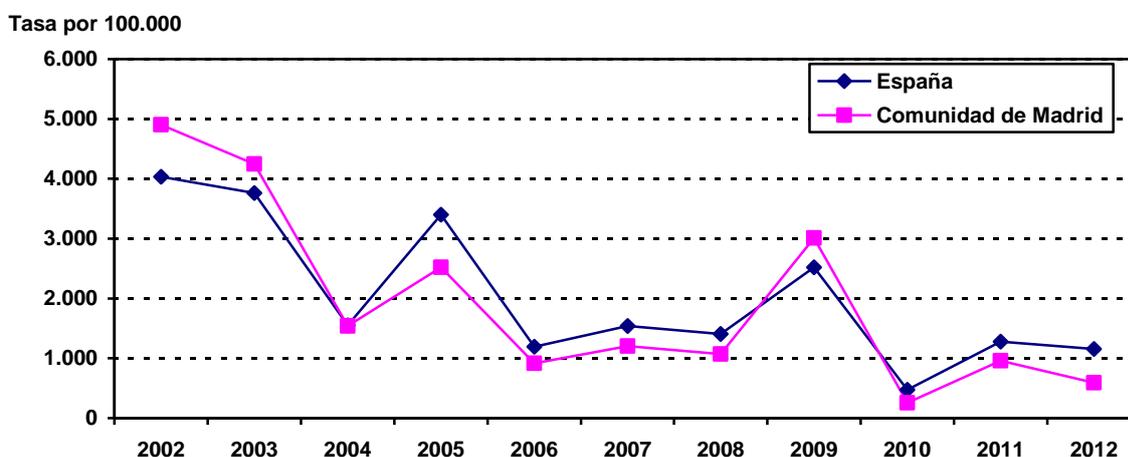
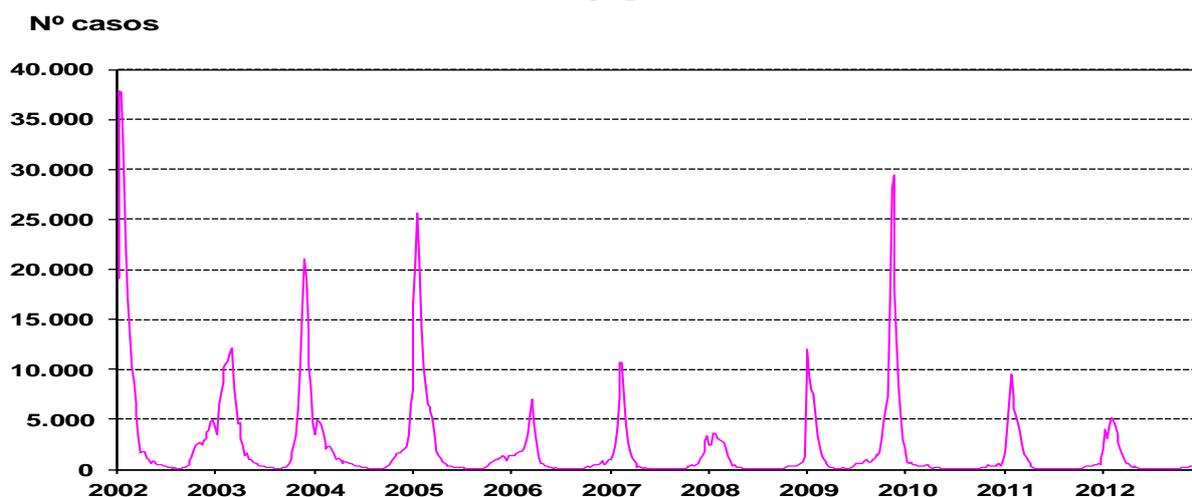
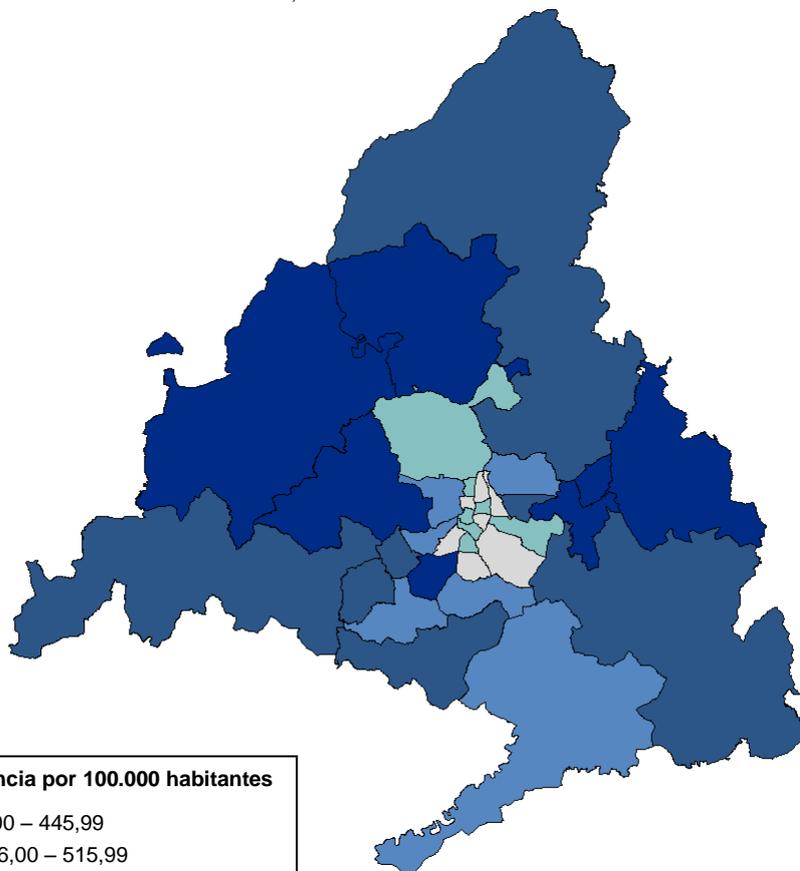
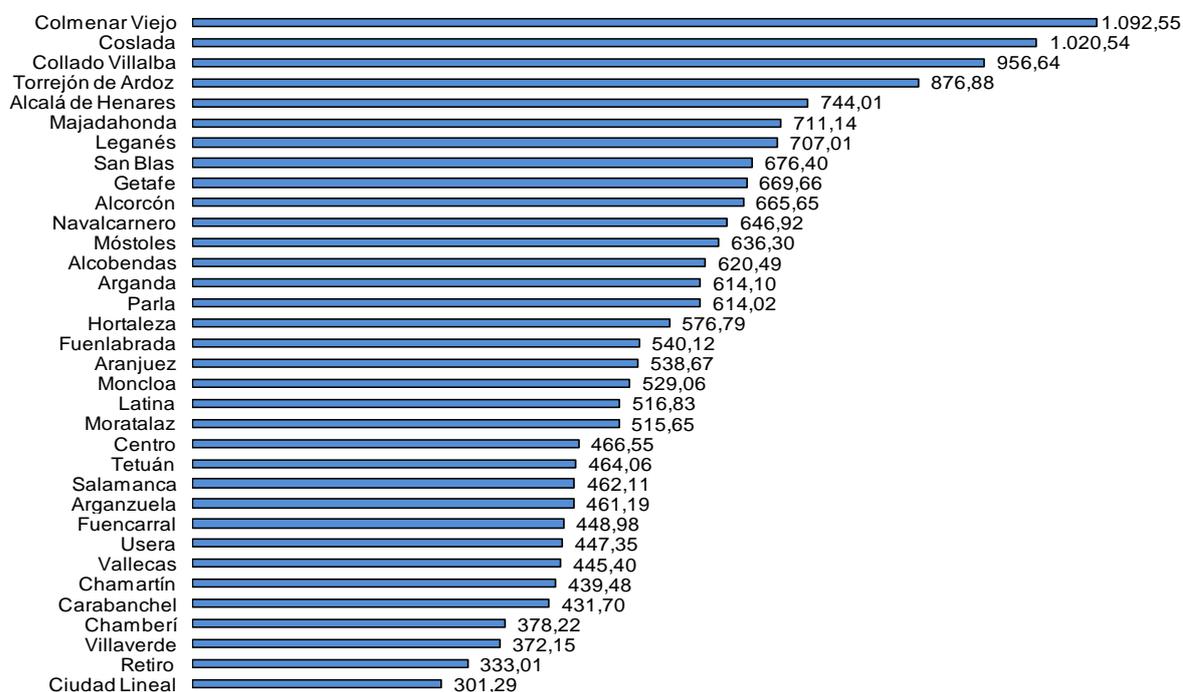


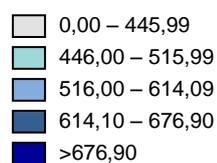
Gráfico 4. Número de casos semanales de gripe. Comunidad de Madrid. 2002-2012.



**Mapa 1.- Gripe. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.**



Incidencia por 100.000 habitantes



3.3.2.- Legionelosis

En el año 2012 se notificaron 115 casos de legionelosis, 47 casos más que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,8 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Móstoles (17,5 casos por 100.000 habitantes), Alcorcón (4,7 casos por 100.000 habitantes) y Navalcarnero (3,7 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 2).

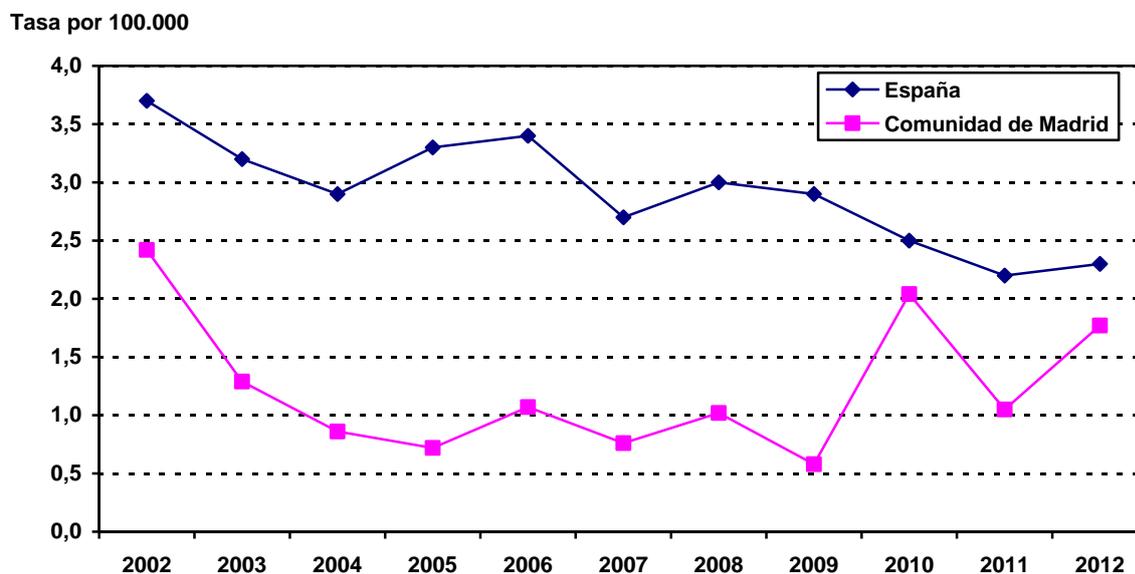
El 63,5% de los casos se produjo en varones. La edad media fue de 59,5 años (desviación típica: 16,0), con un rango que oscilaba entre 11 y 97 años. Se disponía de información sobre el país de origen en el 99,1% de los casos, de los cuales el 93,0% eran españoles.

Veintisiete casos (23,5%) se clasificaron como sospechosos/probables. Los 88 casos restantes (76,5%) se clasificaron como confirmados, de los cuales 12 (13,6%) se confirmaron por seroconversión, 18 (20,5%) por el aislamiento de *Legionella* en secreciones y 75 (85,2%) por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (35,7%), tener diabetes mellitus (23,5%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (9,6%), padecer un cáncer (9,6%), padecer una nefropatía (5,2%), padecer una inmunodepresión (3,5%) y estar en tratamiento con corticoides (1,7%).

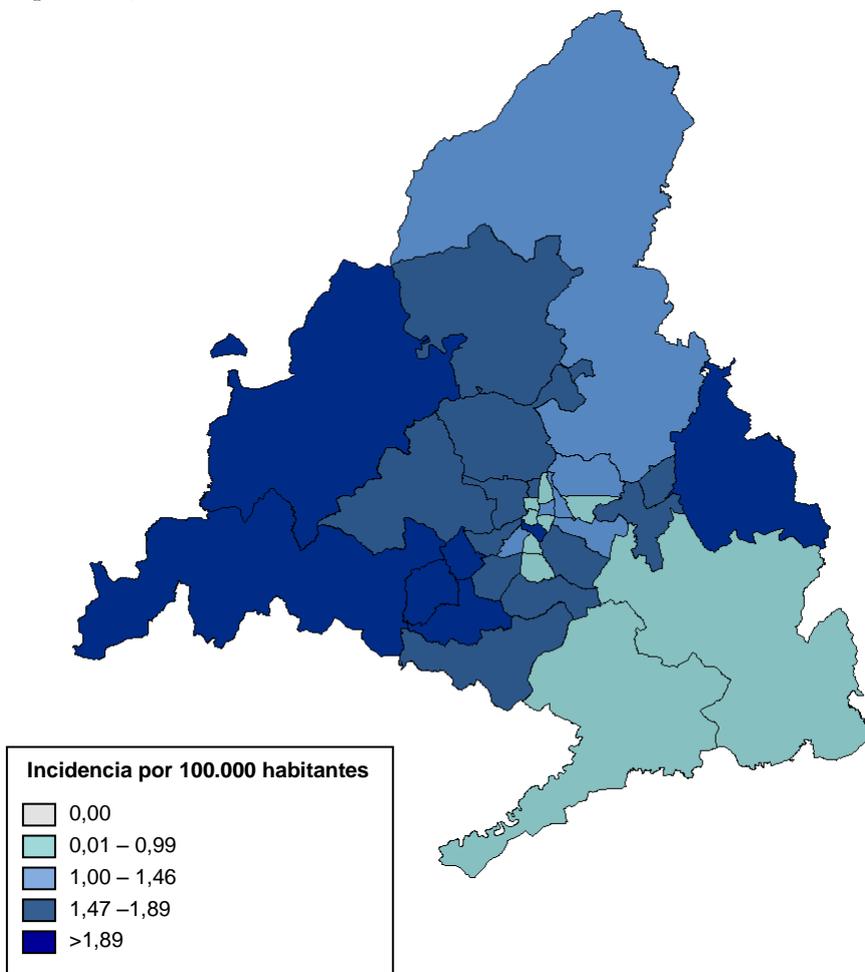
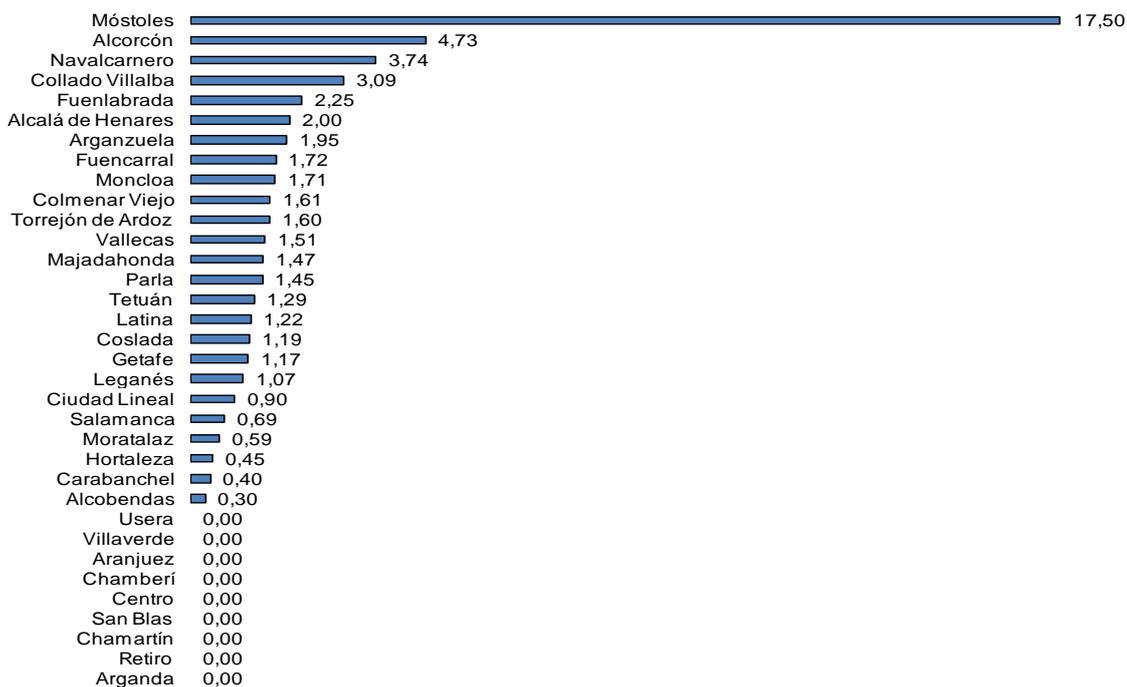
Se produjo el fallecimiento de 9 casos (7,8%). Se trataba de 4 hombres y 5 mujeres, de edades comprendidas entre los 53 y 97 años, todos ellos con al menos un factor predisponente.

Gráfico 5. Legionelosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



En 11 casos (9,6%) se recogió el **antecedente de viaje en los últimos 10 días**, pero ninguno se clasificó como asociado a viaje, considerando como tales aquellos casos que han pasado más de 5 días fuera de la CM en los 10 días previos al inicio de los síntomas.

Mapa 2.- Legionela. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.



En cuanto al ámbito de presentación, 48 casos (41,7%) se consideraron de ámbito comunitarios y 67 casos (58,3%) se consideraron asociados a brotes: 2 casos (1,7%) asociados a un brote relacionado con una residencia de personas mayores y 65 casos (56,5%) asociados a un brote relacionado con un restaurante.

El brote de legionelosis relacionado con un restaurante, ubicado en el término municipal de Móstoles, se produjo en los meses de junio y julio de 2012. Afectó a 65 personas, 40 hombres (61,5%) y 25 mujeres (38,5%), con edades comprendidas entre los 35 y los 87 años, con una media de 59,2 años (desviación típica: 11,5). La presentación clínica fue, mayoritariamente, la enfermedad del legionario y sólo tres pacientes presentaron fiebre de Pontiac. La mayoría de los pacientes tuvieron una evolución clínica favorable. El 76,9% requirió ingreso hospitalario y el 13,8% requirió ingreso en UCI. La tasa de letalidad fue baja (3,1%), los 2 casos que fallecieron presentaban múltiples patologías de base. De los 65 casos incluidos en el brote, 40 (61,5%) correspondían a casos confirmados y 25 (38,5%) a casos probables, ya que la antigenuria fue negativa, así como otras pruebas de laboratorio. Los resultados microbiológicos y de secuenciación genética de las muestras respiratorias de pacientes y de las muestras ambientales demostraron que el brote había sido ocasionado por *L. pneumophila* SG1, subgrupo Pontiac Allentown/France, con el mismo patrón, ST 448 (2,3,18,10,2,1,6), ya que se aisló esta cepa en siete enfermos y en cinco muestras ambientales del restaurante. La investigación epidemiológica y las medidas de investigación y control ambiental adoptadas fueron determinante para el control rápido y eficaz del brote. En el informe de “Brote de legionelosis asociado a un restaurante de la Comunidad de Madrid” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Noviembre 2012. Volumen 18. N° 11) se presentó un análisis más detallado de este brote.

Además de estos 115 casos notificados en la CM, en 2012 se notificaron **22 casos de legionelosis con antecedente de viaje en los que se consideró que el riesgo se había localizado fuera de la CM**. Eran 14 hombres (63,6%) y 8 mujeres (36,4%), con edades comprendidas entre 36 y 86 años y una media de 70 años (desviación típica: 12,3). Cuatro (18,2%) fueron clasificados como confirmados y 18 casos (81,8%) como sospechosos/probables, de los cuales uno (5,6%) se confirmó por seroconversión, tres (16,7%) por el aislamiento de *Legionella* en secreciones y 15 (83,3%) por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina. En 21 casos (95,5%) el riesgo estuvo localizado en otras comunidades autónomas y en un caso (4,5%) el riesgo estuvo localizado fuera del territorio nacional. Ocho casos (36,4%) se consideraron esporádicos, dos casos (9,1%) relacionados con un establecimiento hotelero y 12 casos (54,5%) asociados a un brote relacionado con un establecimiento hotelero de la costa levantina.

3.3.3.- Varicela

Durante el año 2012 se notificaron 6.281 casos de varicela, 317 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 96,7 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Navalcarnero (189,1 casos por 100.000 habitantes), Alcobendas (143,3 casos por 100.000 habitantes) y Usera (139,2 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 3).

En los años 2011 y 2012 no se observó el patrón estacional característico de años anteriores con un importante aumento de casos en primavera, aunque se notificaron más casos en el primer semestre del año que en el segundo (Gráfico 7). El 96,8% de los casos fueron notificados desde atención primaria. Se notificaron 5 brotes con un total de 84 casos, todos ellos en centros escolares.

Mapa 3.- Varicela. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.

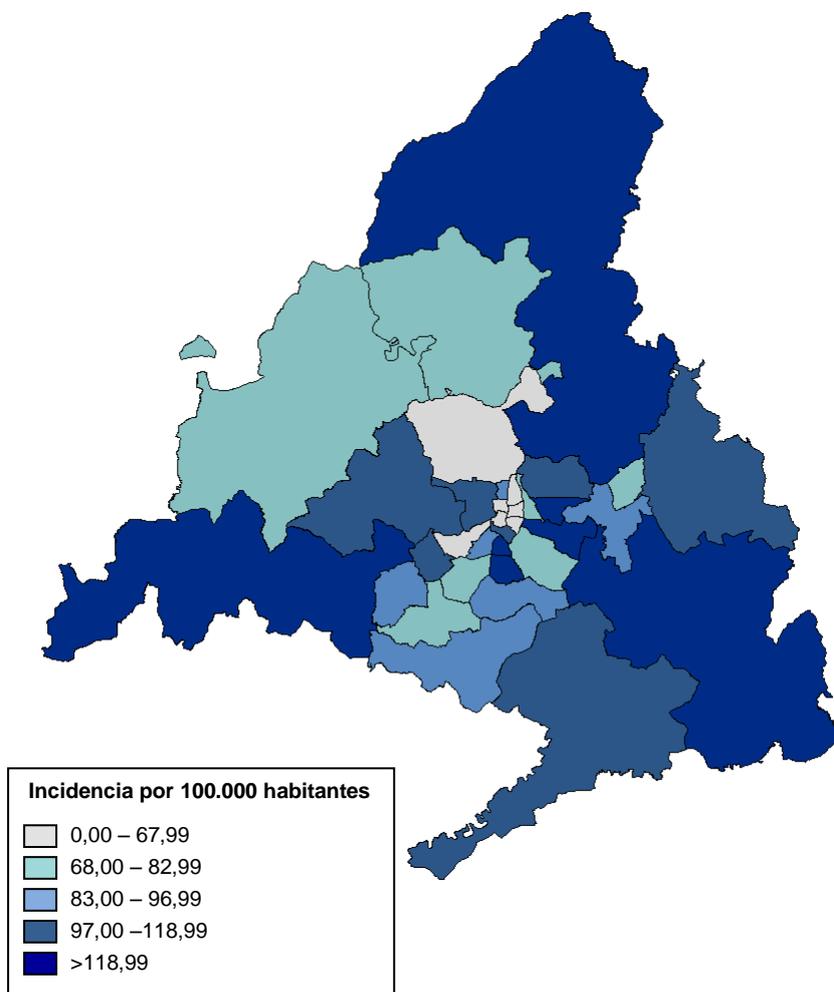
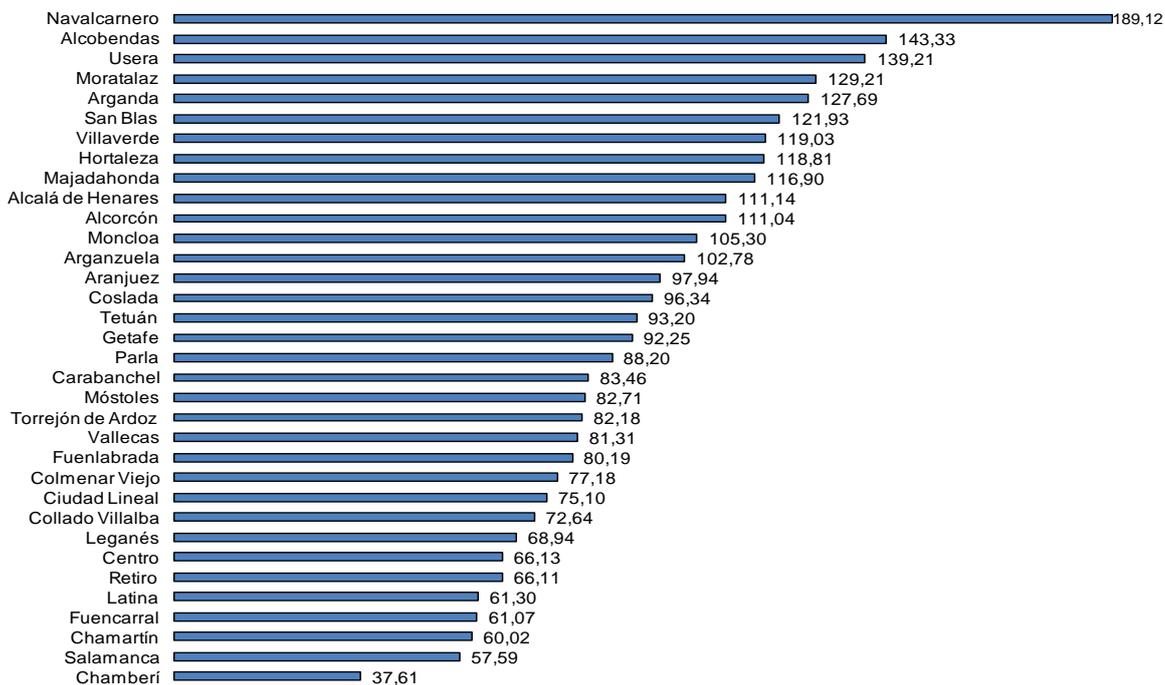


Gráfico 6. Varicela: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

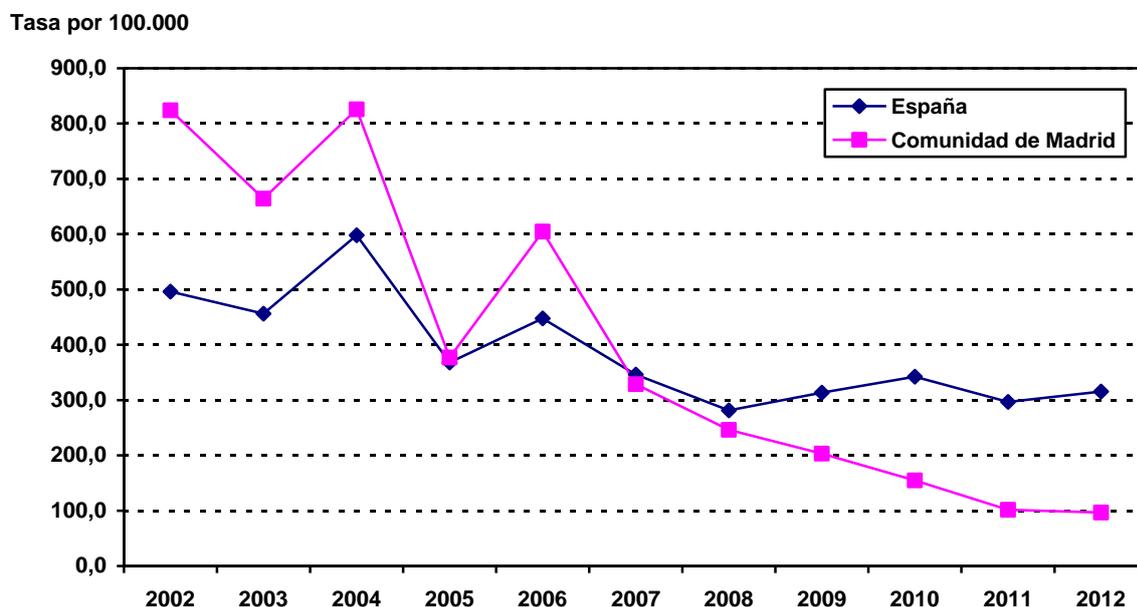
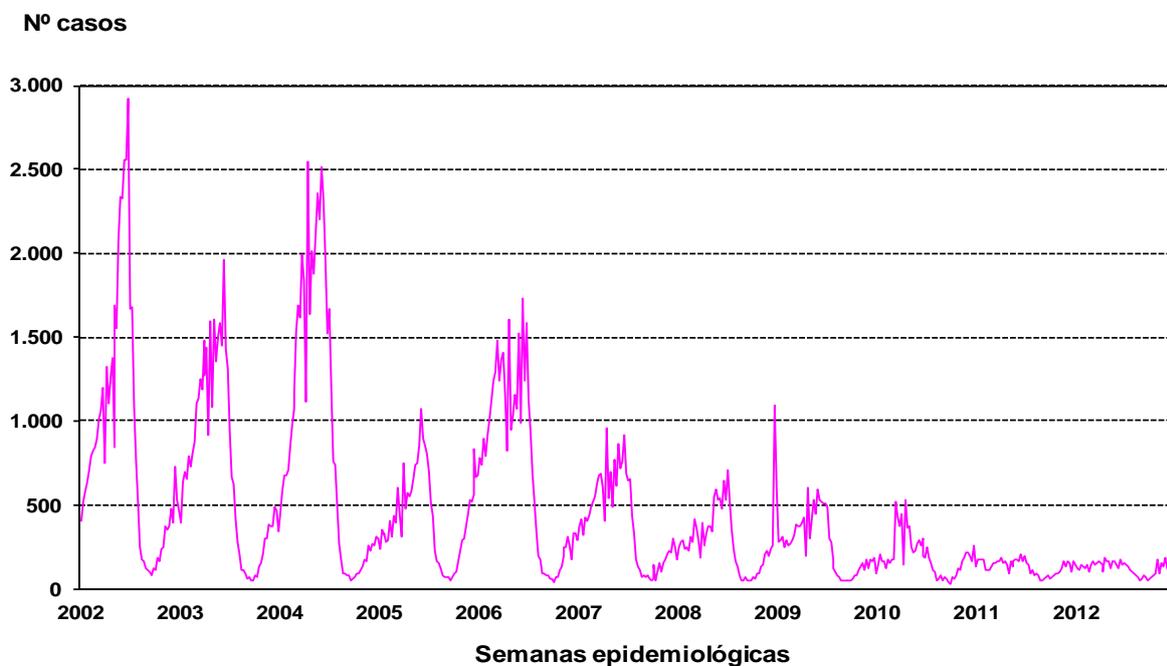


Gráfico 7. Número de casos semanales de varicela. Comunidad de Madrid. 2002-2012.



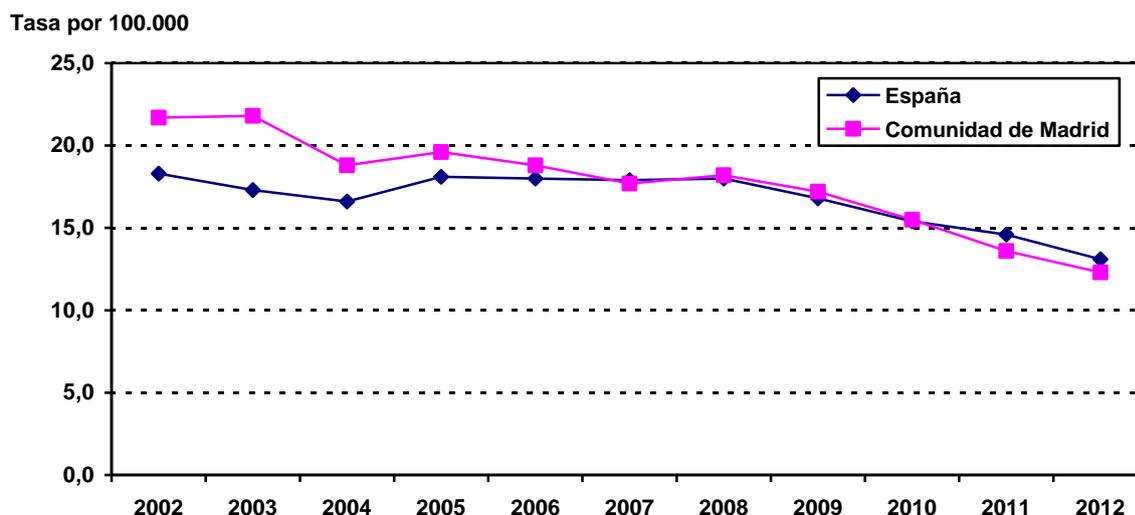
3.4.- TUBERCULOSIS

Durante el año 2012 se notificaron 801 casos de tuberculosis, 90 casos menos que en 2011, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 12,3 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (24,7 casos por 100.000 habitantes), Tetuán (18,6 casos por 100.000 habitantes) y Vallecas (17,8 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 4).

La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (67,8%), siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 8,3 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera de 3,8 casos por 100.000 habitantes.

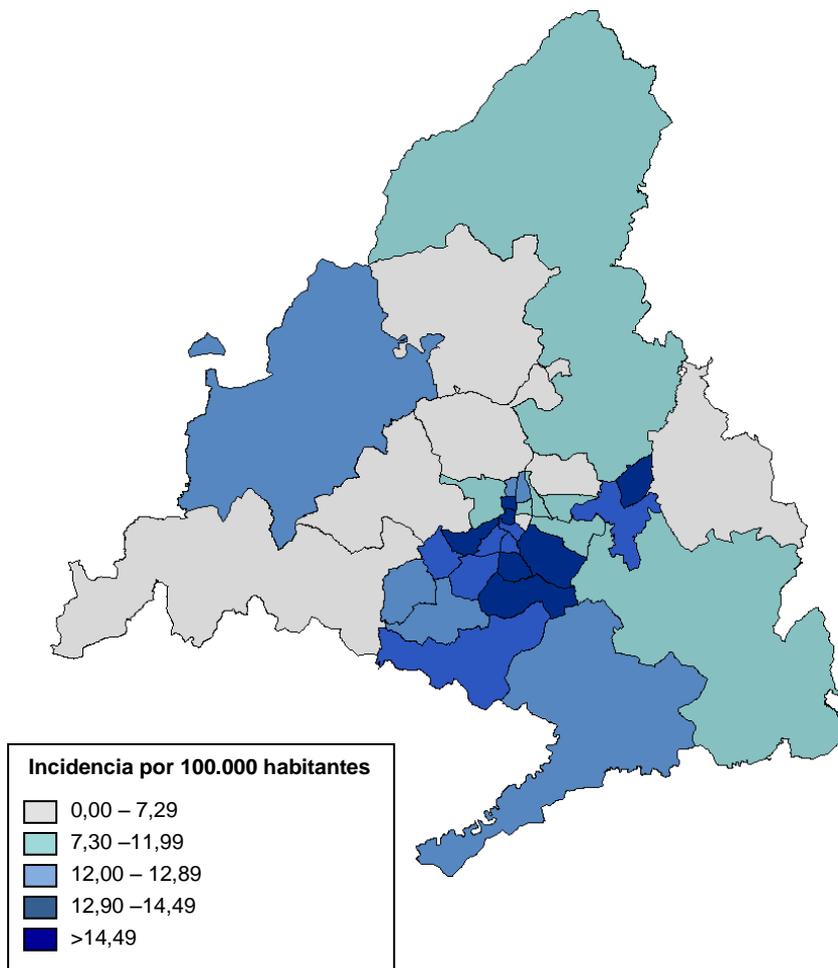
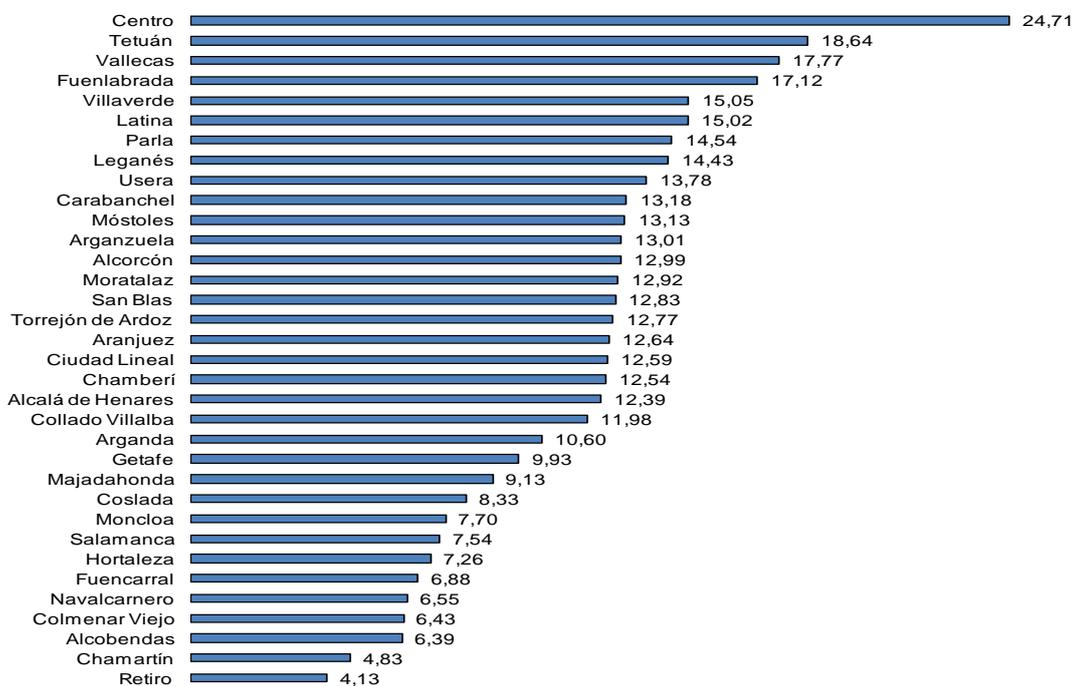
En el informe “Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, año 2012” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Agosto 2013. Volumen 19. N° 8) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 8. Tuberculosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



A nivel estatal se vigila la tuberculosis de todas las localizaciones a partir de 2005, previamente sólo se vigilaban la tuberculosis respiratoria y meníngea.

Mapa 4.- Tuberculosis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.



3.5.- INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS

A nivel estatal sólo se vigila la enfermedad meningocócica, y no se vigilan la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, las otras meningitis bacterianas, las meningitis víricas y la enfermedad neumocócica invasora; esta última enfermedad se vigila en la CM desde 2007. En los gráficos de la evolución temporal de estas enfermedades sólo se recogen los datos de la Comunidad de Madrid, ya que no existen datos para el total de España, y en el caso de la enfermedad neumocócica invasora se presenta la evolución temporal desde 2007.

3.5.1.- Enfermedad meningocócica

Durante el año 2012 se notificaron 48 casos de enfermedad meningocócica, un caso más que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,7 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Colmenar Viejo (1,6 casos por 100.000 habitantes), Vallecas (1,5 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (1,4 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 5).

De los 48 casos de enfermedad meningocócica registrados, 42 (87,5%) se han confirmado (0,65 por 100.000) y el resto han sido sospechas clínicas (0,09 por 100.000). El serogrupo B ha producido el 57,1% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 0,37 y el serogrupo C el 14,3%, con una incidencia de 0,09. También se ha notificado un caso por serogrupo W135. Este año en el 26,2% de los casos confirmados no se ha determinado el serogrupo.

En la distribución por sexo se observa un ligero predominio de las mujeres (58,3%), a expensas fundamentalmente de las sospechas clínicas.

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 39,6% de los casos. La mayor incidencia se observa en los menores de un año (18,1 por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (2,0 por 100.000).

La forma clínica de presentación ha sido sepsis en el 39,6%, meningitis en el 29,2% de los casos, ambas en el 20,8%, meningococemia en el 6,3%, y en el resto artritis y meningoencefalitis.

La evolución de la enfermedad meningocócica ha sido favorable en el 85,4% de los casos. Se ha notificado el fallecimiento de 2 pacientes, por lo que la letalidad ha sido del 4,2% y la mortalidad de un 0,03 por 100.000 habitantes. Se ha informado del desarrollo de secuelas en cinco casos (10,4%).

En el año 2012 se han registrado cuatro casos asociados de enfermedad meningocócica. Se trataba de dos agrupaciones de dos casos cada una.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2012” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Febrero 2013. Volumen 19. N° 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 5.- Enfermedad meningocócica. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2012.

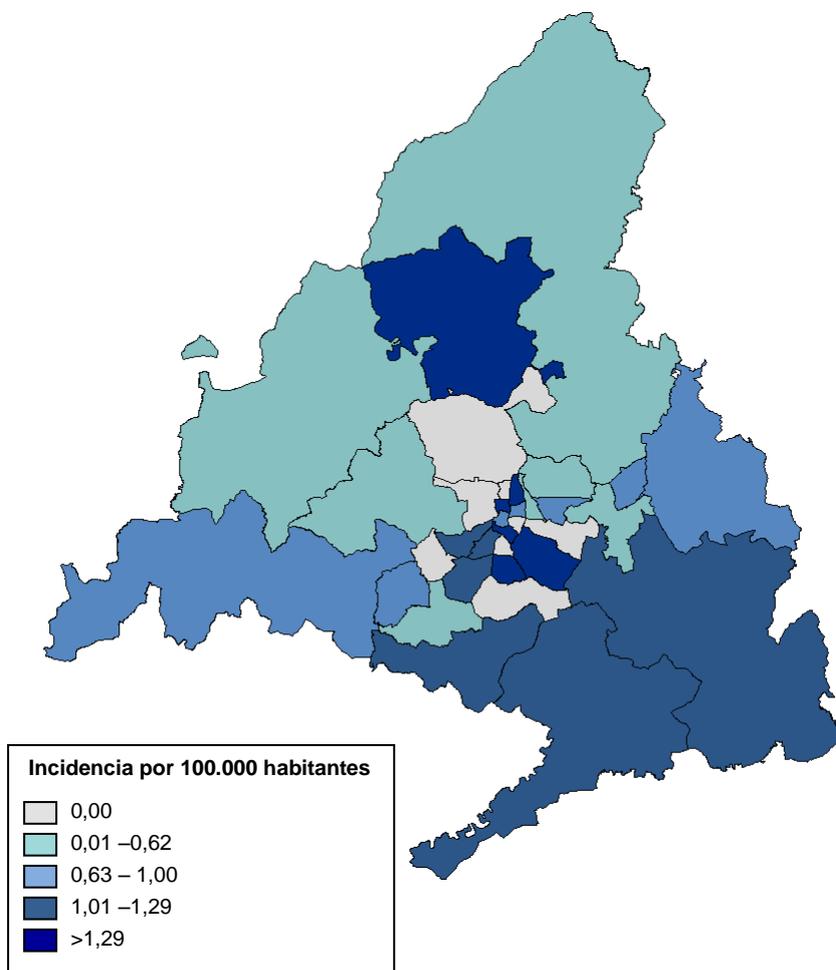
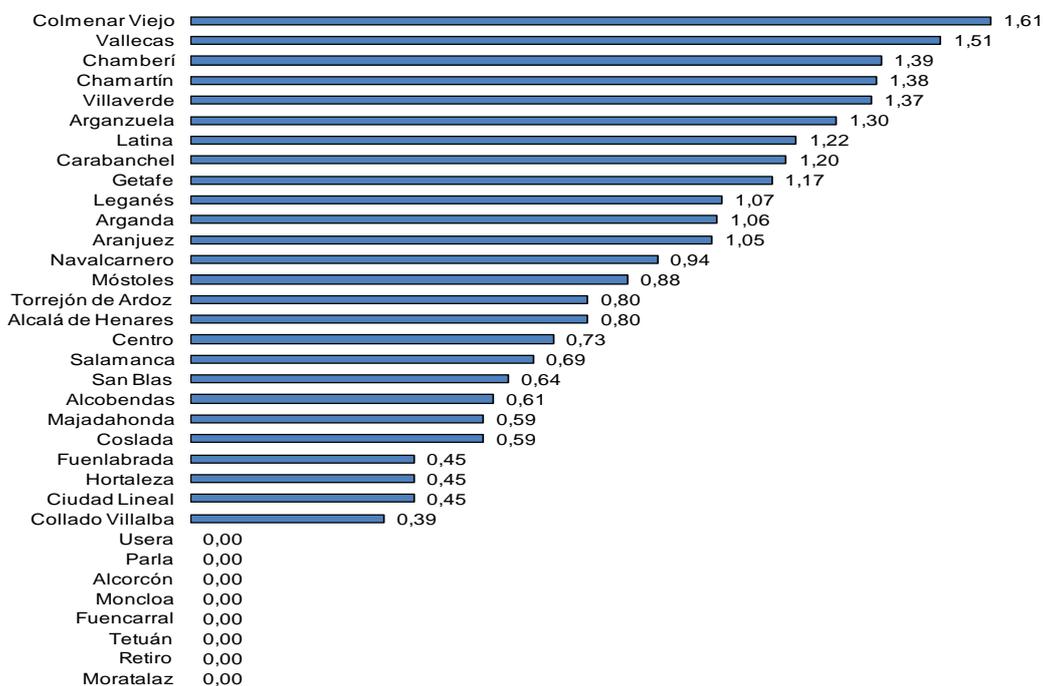
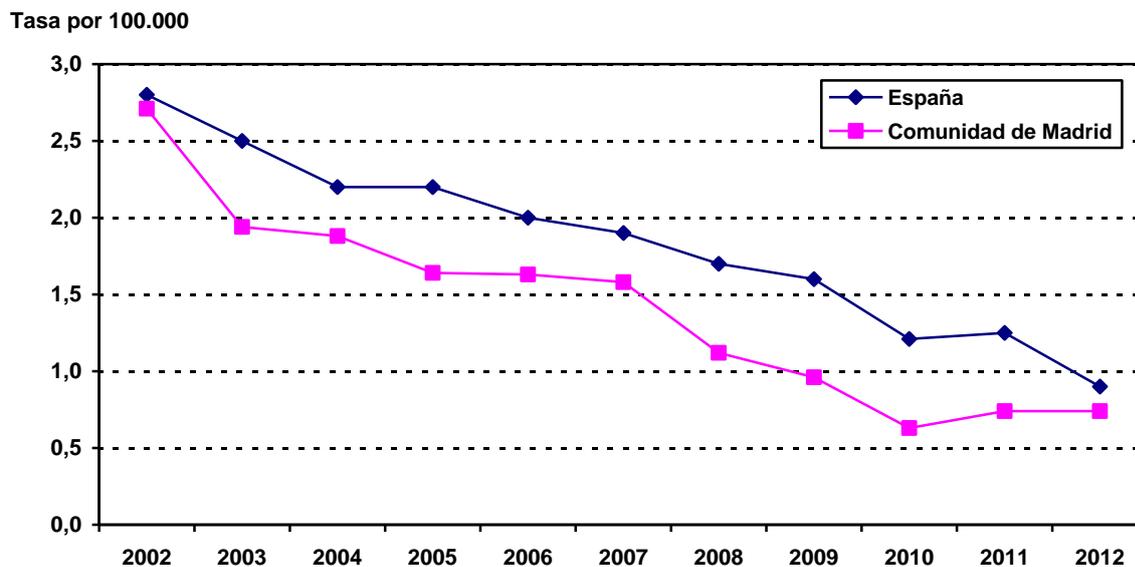


Gráfico 9. Enfermedad meningocócica: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



3.5.2.- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2012 se han notificado en la Comunidad de Madrid 12 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, un caso más que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,2 casos por 100.000 habitantes.

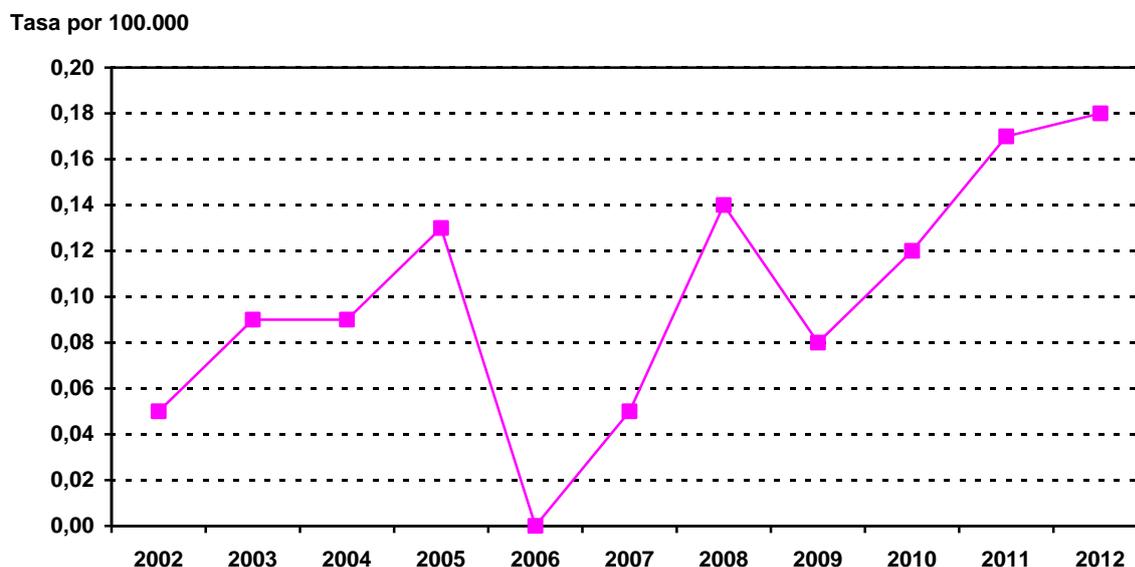
Se han presentado 5 casos en varones (41,7%) y 7 en mujeres (58,3%). La media de edad de los casos ha sido de 52,9 años. El 25,0% de los casos eran menores de 5 años, siendo el 58,3% mayores de 74 años.

Todos los casos han sido confirmados mediante aislamiento microbiológico. En cuatro se ha identificado *Haemophilus influenzae* tipo b (incidencia 0,06), en seis *Haemophilus influenzae* no capsulados (no tipificables) (0,09) y en los dos restantes no se ha determinado el serotipo.

La forma clínica de presentación ha sido neumonía bacteriémica en nueve casos (75,0%), meningitis en dos casos (16,7%) y sepsis con neumonía en el caso restante (8,3%). Se conoce la evolución en todos los casos, habiendo fallecido dos de ellos (letalidad 16,7%). Los fallecimientos se debieron a *Haemophilus influenzae* tipo b en pacientes de 79 y 84 años respectivamente. Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2012” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Febrero 2013. Volumen 19. N° 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 10. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2002-2012.



La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* no se vigila a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la CM.

3.5.3.- Otras meningitis bacterianas

Durante el año 2012 se notificaron 55 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo las debidas a *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *M. tuberculosis*), 10 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,9 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Arganda (2,7 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (2,3 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (2,1 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6).

El 58,2% de los casos eran hombres. La edad media de los casos notificados fue de 52,9 años. La mayor incidencia se presentó en los menores de 1 año, seguida por los mayores de 64 años y los de 1 a 4 años.

De los 55 casos notificados se han confirmado un 49,1%, siendo el resto sospechas clínicas. El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Listeria monocytogenes*, que ha producido el 20,0% de los casos (incidencia 0,17).

Se conoce la evolución en el 96,4% de los casos. Se ha notificado el fallecimiento de cuatro pacientes (letalidad del 7,3%). Los pacientes fallecidos presentaban meningitis por *Listeria monocytogenes* (letalidad del 9,1%), *Bacillus pumilus* (paciente con glioblastoma), *Staphylococcus epidermidis* y en el caso restante no se identificó el agente causal. Además tres pacientes han presentado secuelas (mastoidectomía, miopatía y polineuropatía). Dos de ellos fueron debidos a *Listeria monocytogenes* y el otro a *Streptococcus pyogenes*. Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2012” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Febrero 2013. Volumen 19. N° 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 6.- Otras meningitis bacterianas. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2012.

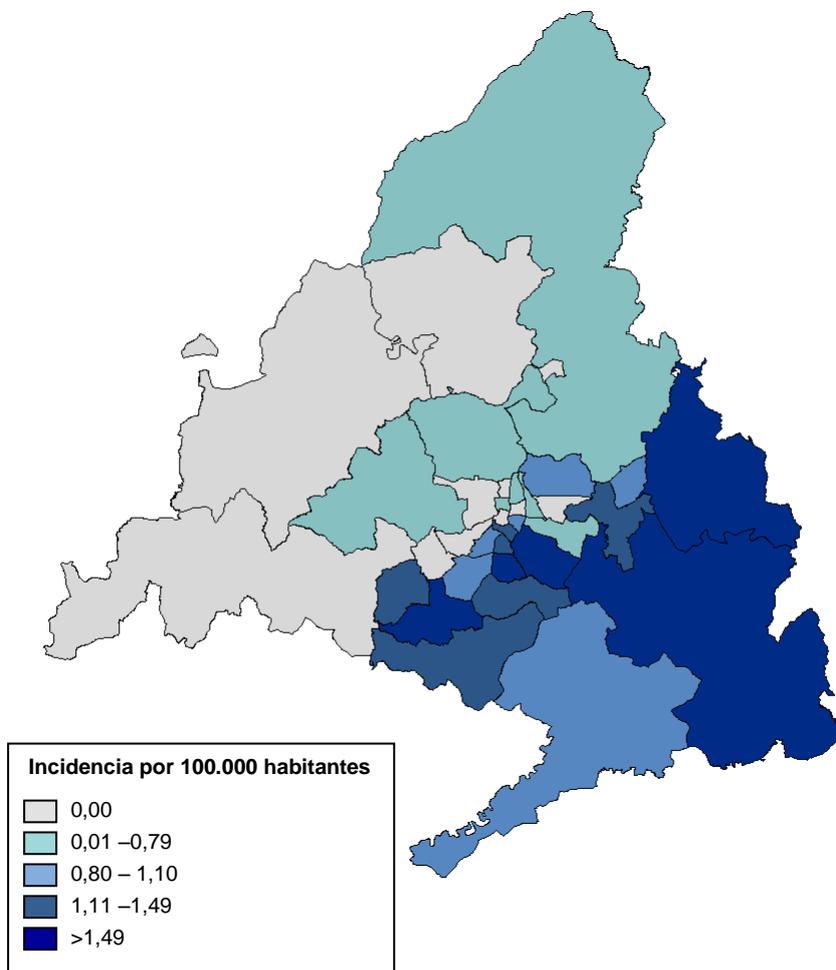
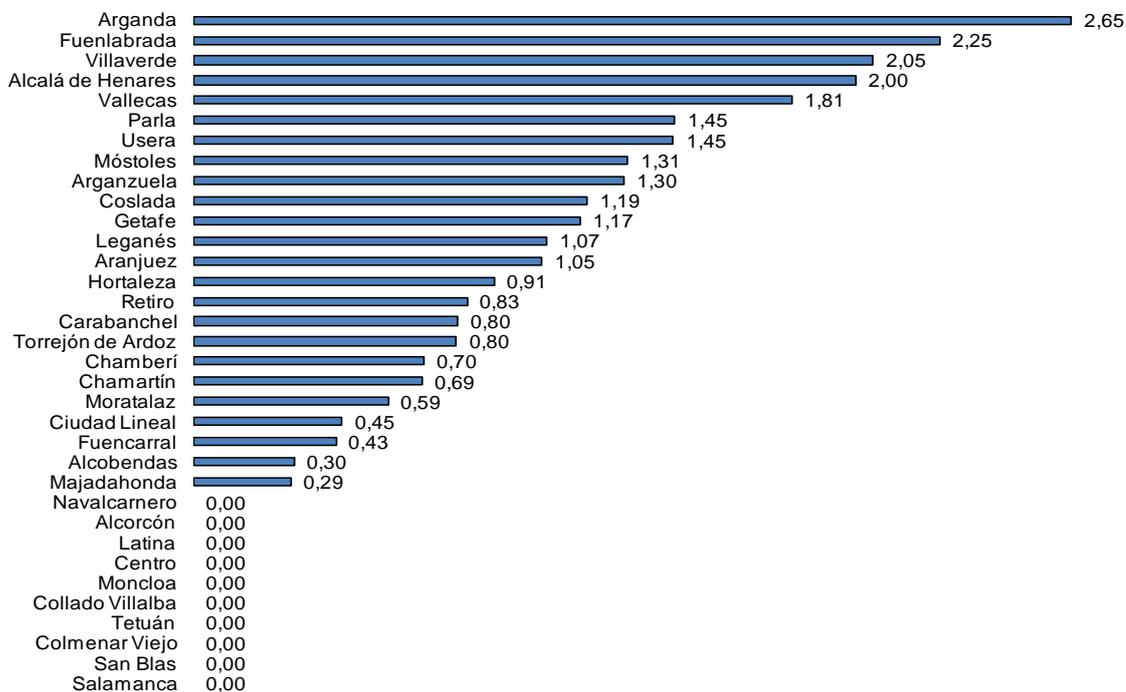
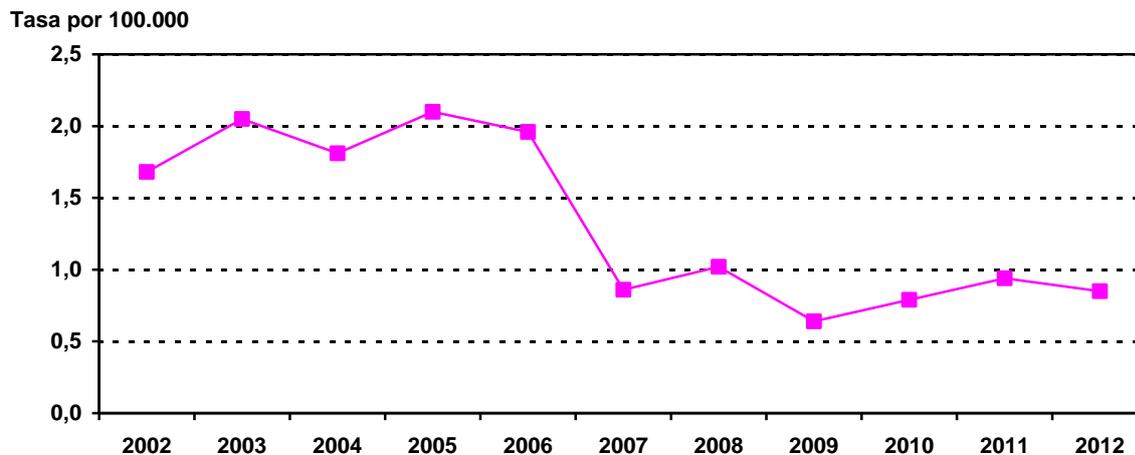


Gráfico 11. Otras meningitis bacterianas: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2002-2012.

Las otras meningitis bacterianas no se vigilan a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la CM.

3.5.4.- Meningitis víricas

En el año 2012 en la CM se han registrado 453 casos de meningitis vírica, 159 casos más que en 2011. La tasa de incidencia fue 7,0 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Usera (17,4 casos por 100.000 habitantes), Leganés (17,1 casos por 100.000 habitantes) y Parla (17,0 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 7).

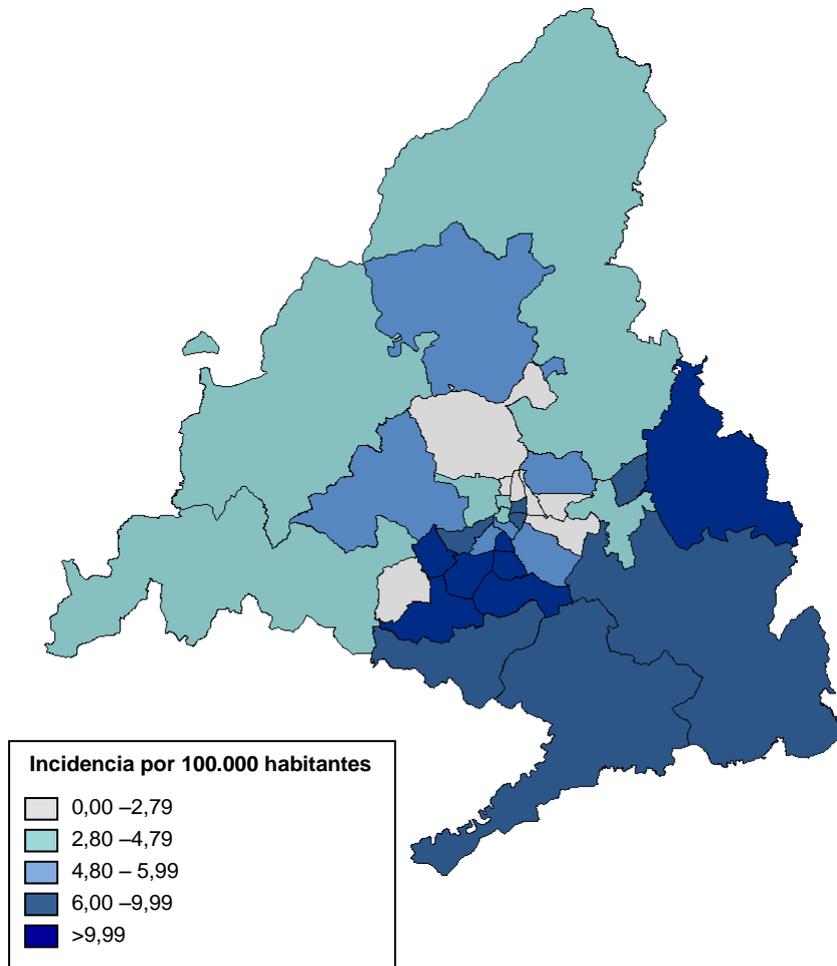
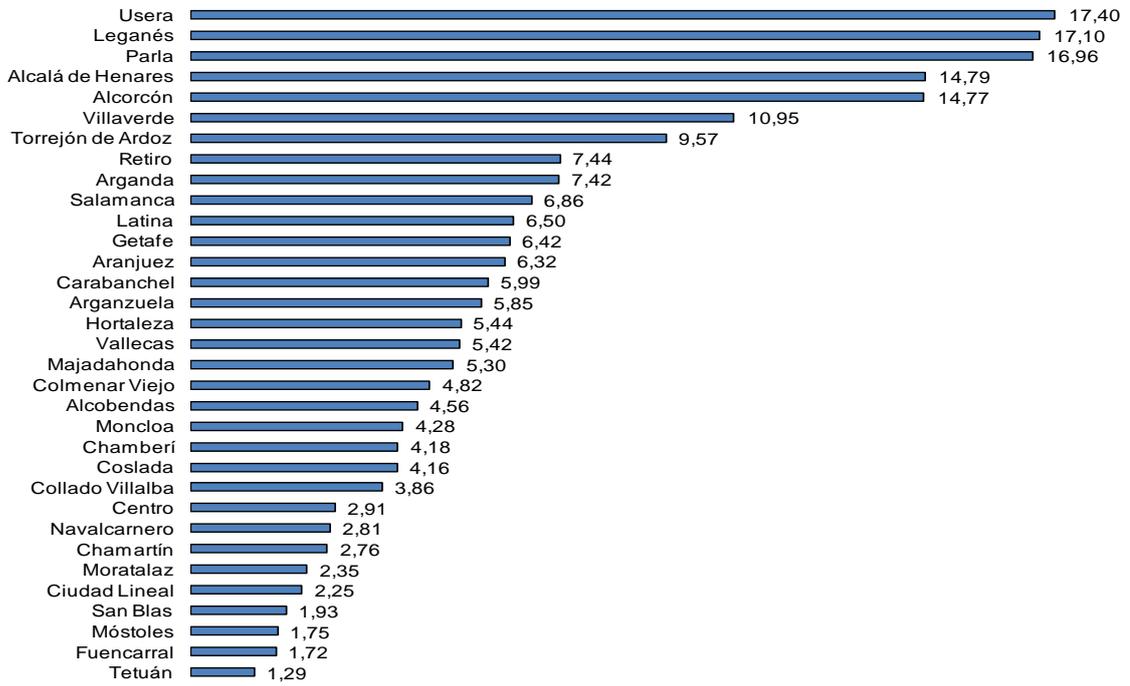
La mayoría de las meningitis víricas han sido sospechas clínicas (68,0%). Se han confirmado 145 casos (32,0%). Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (123 casos), virus Varicela-zoster (8 casos), virus Herpes simple (6 casos), virus Echo (4 caso), virus de Epstein-Barr (2 casos), virus de la Parotiditis epidémica (1 caso) y virus Herpes humano 6 (1 caso).

La distribución por sexo muestra un predominio masculino, ya que el 56,7% de los enfermos fueron varones. La edad media de presentación de la enfermedad ha sido de 15,9 años. La mayor frecuencia se observó en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en los menores de 1 año (72,6 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (40,4 casos por 100.000).

Se conoce la evolución en el 96,7% de los pacientes. Se ha registrado el fallecimiento de un paciente (letalidad 0,2%) con meningoencefalitis por Herpes simple. Además otros cinco pacientes han presentado secuelas, uno de ellos debido a virus Varicela-zoster y los otros eran sospechas clínicas. Las secuelas registradas han sido: epilepsia, isquemia cerebral y bradipsiquia.

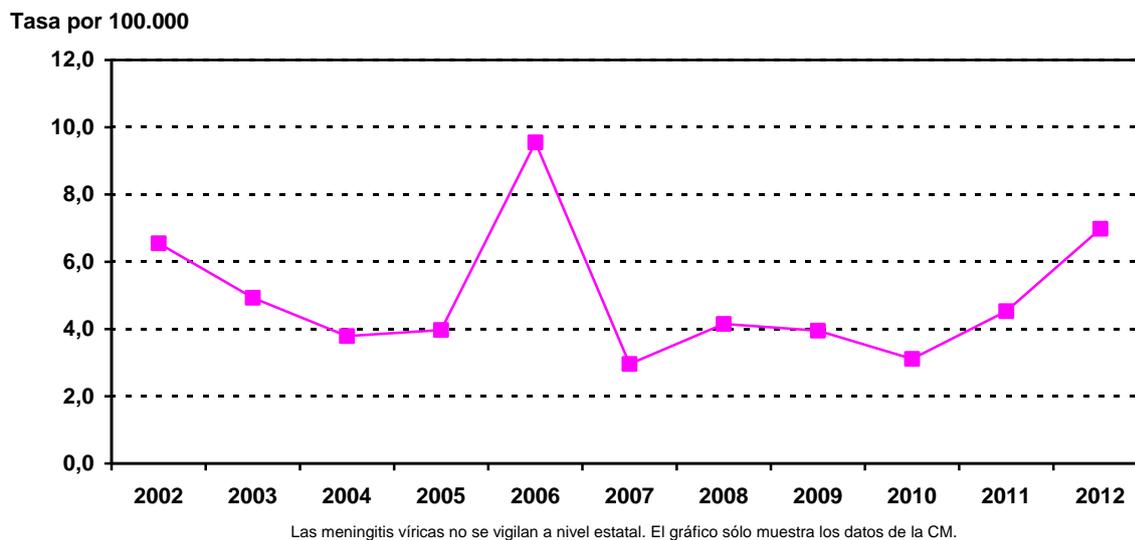
En el año 2012 se han notificado 13 casos asociados pertenecientes a 5 agrupaciones de casos, 2 de ellas en el ámbito familiar y 3 en el ámbito escolar. En todas estas agrupaciones se ha confirmado el agente causal, que ha sido virus Echo en una de ellas y enterovirus no polio en el resto.

Mapa 7.- Meningitis víricas. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.



En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2012” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Febrero 2013. Volumen 19. N° 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 12. Meningitis víricas: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2002-2012.



3.5.5.- Enfermedad neumocócica invasora

En el año 2012 se notificaron en la CM 429 casos de enfermedad neumocócica invasora con inicio de síntomas en 2012, 18 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 6,6 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Moratalaz (12,3 casos por 100.000 habitantes), Centro (11,6 casos por 100.000 habitantes) y Navacarnero (11,2 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 8).

El 58,7% de los casos eran hombres, y los grupos de edad más afectados fueron los menores de 5 años (14,5%) y los mayores de 59 (49,9%). La forma de presentación más frecuente fue la neumonía (45,2%), seguida de la sepsis (19,8%). La letalidad global fue del 16,1%.

Los serotipos más frecuentes fueron 8, 3, 19A, 1 y 11A.

En el informe de “Enfermedad neumocócica invasora. Comunidad de Madrid, 2012” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Abril 2013. Volumen 19. N° 4) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 8.- Enfermedad neumocócica invasora. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2012.

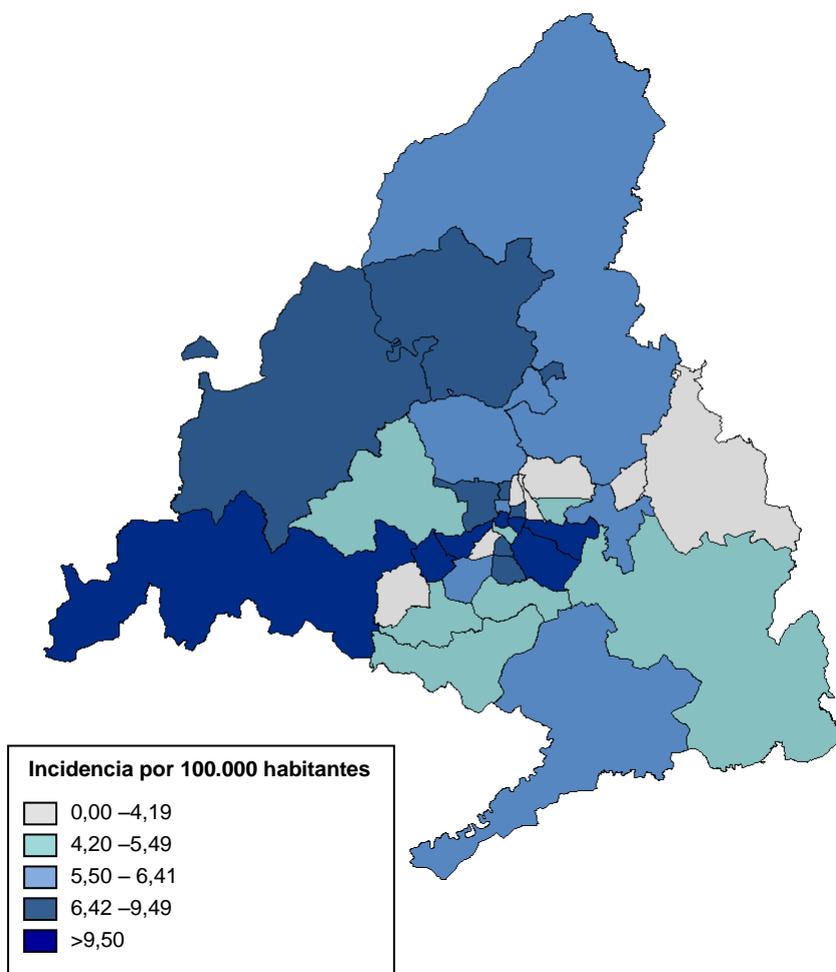
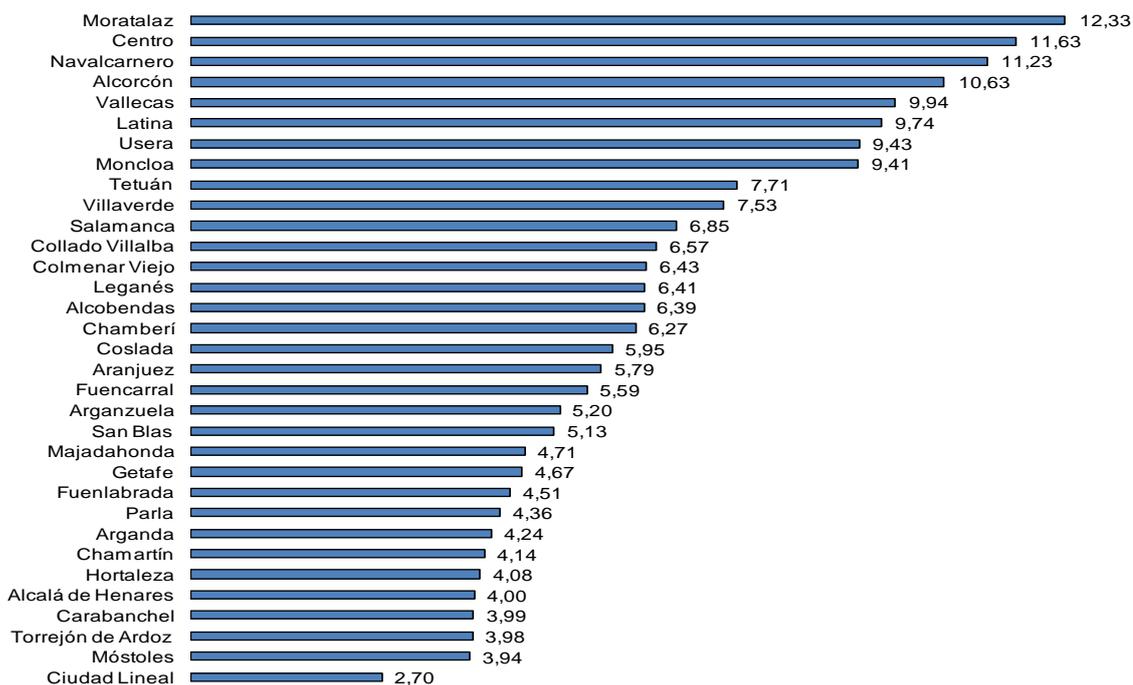
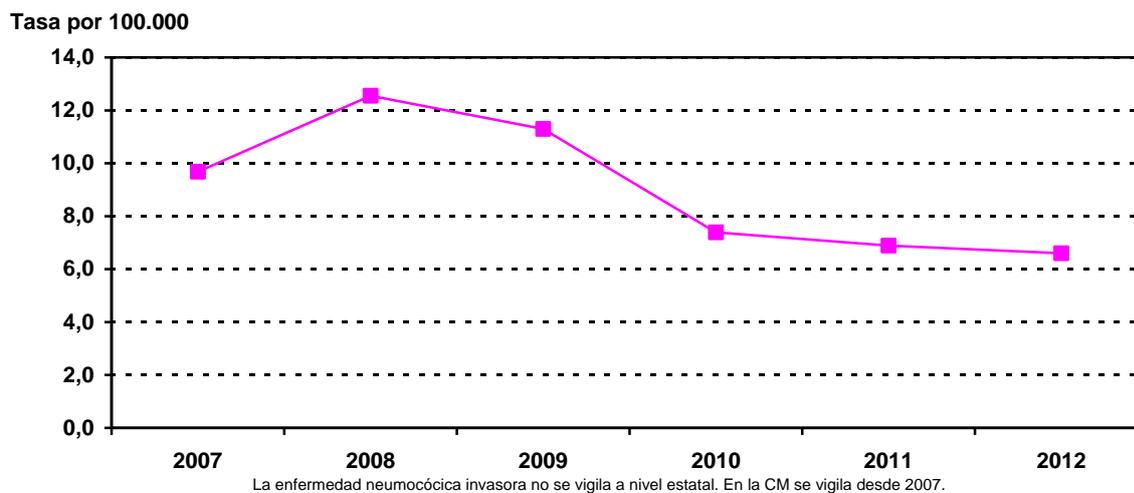


Gráfico 13. Enfermedad neumocócica invasora: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2007-2012.



3.6.- HEPATITIS VÍRICAS

En el año 2012 se notificaron 221 casos de hepatitis víricas, 45 casos menos que en el año 2011. El 37,1% fueron hepatitis A, el 12,7% hepatitis B y el 50,2% otras hepatitis víricas.

3.6.1.- Hepatitis A

Durante el año 2012 se notificaron 82 casos de hepatitis A, 31 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,3 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Latina (3,3 casos por 100.000 habitantes), Vallecas (3,0 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (2,6 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 9).

El 63,4% de los casos se produjeron en varones. La mediana de la edad fue de 26 años, con un rango que oscilaba entre 1 y 83 años, siendo el 67,1% menores de 35 años. La información sobre el país de origen constaba en el 98,8% de los casos, de los cuales el 71,6% eran españoles, el 13,6% latinoamericanos, el 8,6% africanos, el 4,9% europeos y el 1,2% asiáticos. En el gráfico 15 se presenta la distribución de los casos por grupos de edad según el país de origen.

El 80,5% de los casos se clasificaron como confirmados. En el 85,4% se detectó Ig M anti VHA y en el 6,1% se realizó diagnóstico microbiológico.

Se disponía información sobre la vacunación en 58 casos (70,7%), de los que sólo 3 estaban vacunados.

En 4 casos (4,9%) no existía ningún factor de riesgo conocido. En 22 casos (26,8%) constaba el antecedente de viaje o estancia reciente a zonas endémicas de hepatitis A y sólo en uno de ellos constaba la vacunación.

En cuanto al modo de presentación, 12 casos (14,6%) se presentaron asociados a brotes producidos en el entorno familiar y escolar.

Gráfico 14. Hepatitis A: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

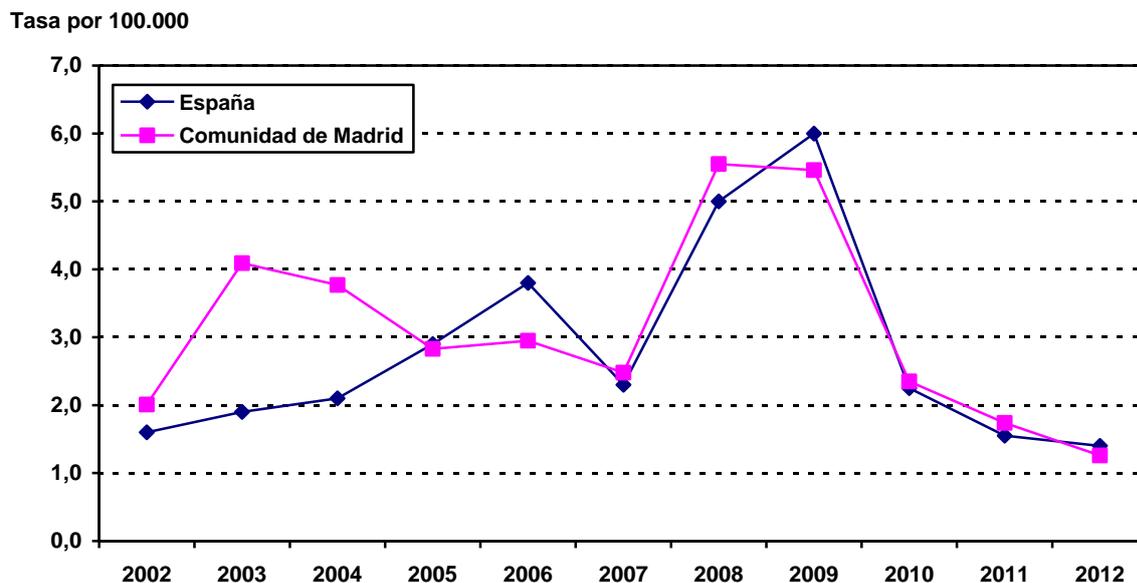
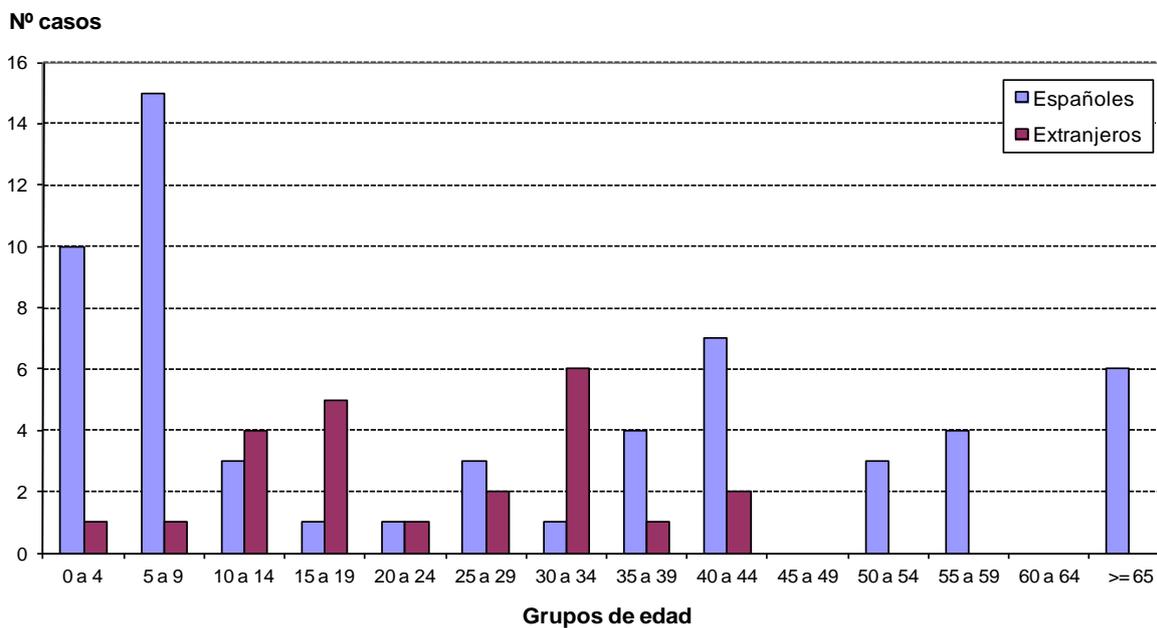
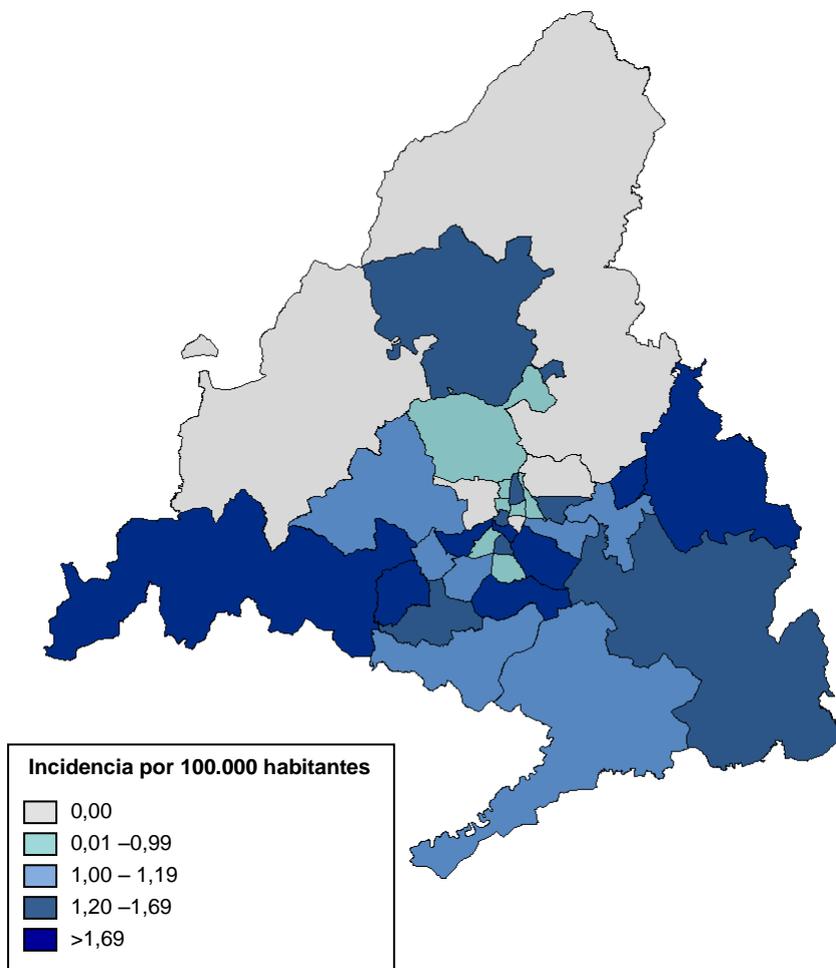
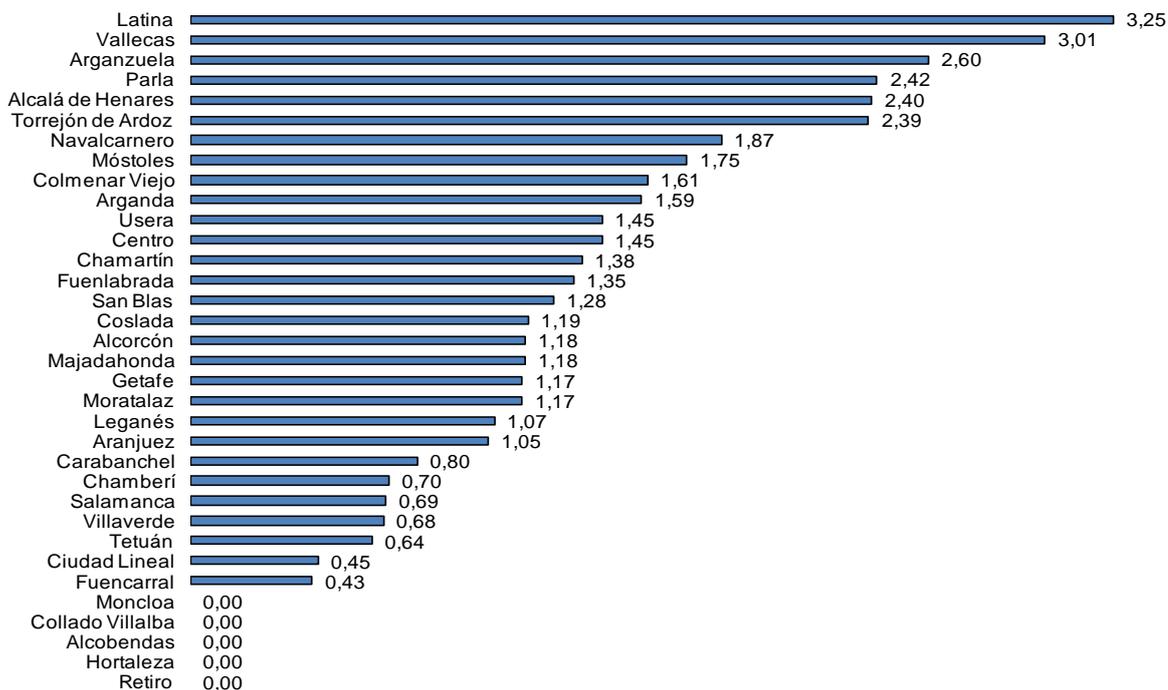


Gráfico 15. Hepatitis A: distribución por grupos de edad según país de origen. Comunidad de Madrid. Año 2012.



**Mapa 9.- Hepatitis A. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.**



3.6.2.- Hepatitis B

En el año 2012 se notificaron 28 casos de hepatitis B en la CM, 40 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,4 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Alcorcón (1,8 casos por 100.000 habitantes), Leganés (1,6 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (1,4 casos por 100.000 habitantes).

El 64,3% de los casos notificados son hombres. El rango de edad osciló entre 24 y 93 años, con una mediana de 43 años, siendo el 92,9% mayores de 30 años (gráfico 17). El 50,0% de los casos son españoles.

El 82,1% de los casos fueron clasificados como confirmados y el 17,9% como sospechosos/probables. En el 78,6% de los casos se detectó Ig M antiHbC positiva y en el 78,6% HbSAg.

En 3 casos (10,7%) existían antecedentes de contacto sexual de riesgo y en un caso (3,6%) constaba el antecedente de consumo de drogas por vía parenteral. En relación al estado vacunal, no constaba la vacunación en ningún caso. La vacuna frente a hepatitis B se introdujo en nuestra Comunidad Autónoma en 1985, y en 2012 se notificaron dos casos nacidos después de 1984 aunque ninguno de ellos era español.

En 2012 se ha producido una modificación en el procedimiento de captación automática de datos de hepatitis B de la historia clínica de Atención Primaria, que ha podido influir en la detección de un número menor de casos que en años anteriores, por lo que la TI de 2012 debe interpretarse con cautela.

Gráfico 16. Hepatitis B: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

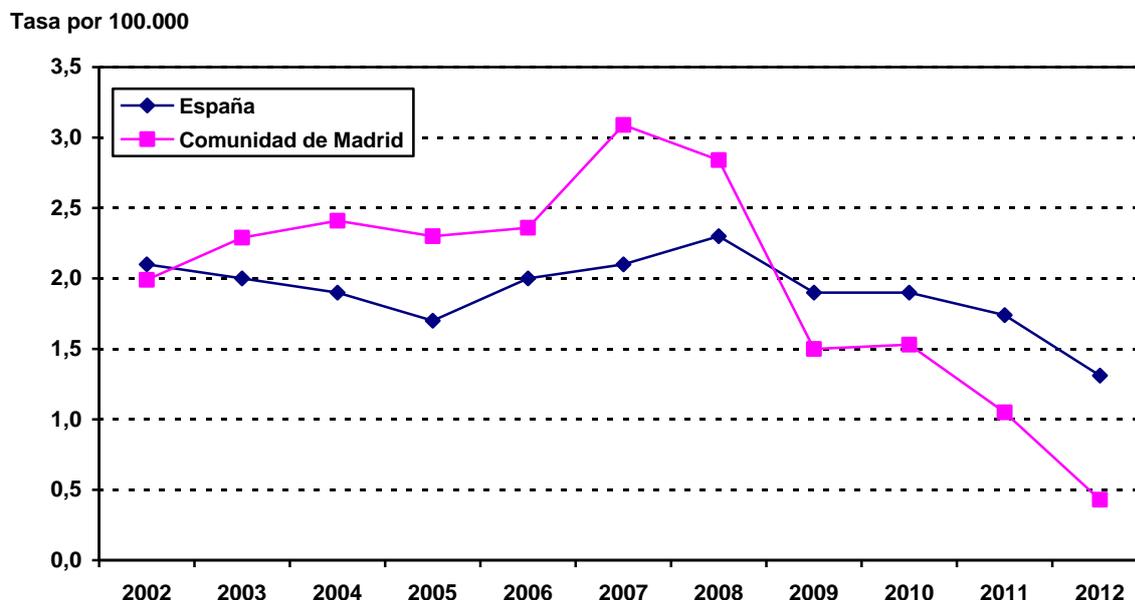
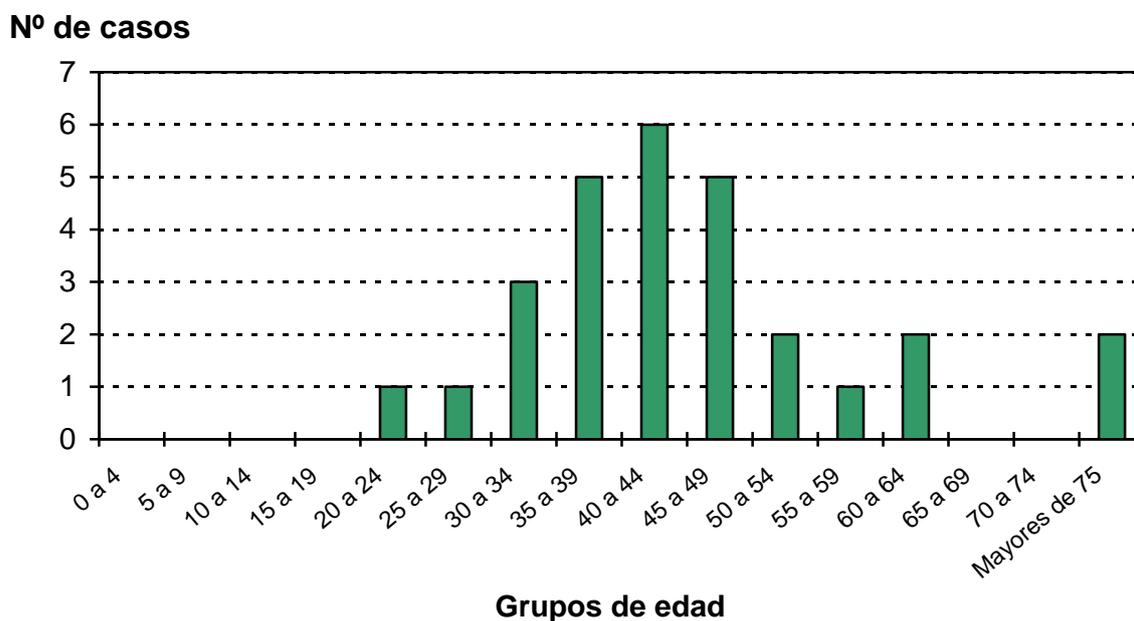


Gráfico 17. Hepatitis B: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2012.



3.6.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2012 se notificaron 111 casos de otras hepatitis víricas, 26 casos más que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,7 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Coslada (8,3 casos por 100.000 habitantes), Parla (6,8 casos por 100.000 habitantes) y Centro (5,8 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 10).

El 50,5% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 17 y 88 años, con una mediana de 45 años (Gráfico 19). El 72,1% eran españoles.

El 41,4% de los casos se clasificaron como sospechosos/probables y el 58,6% como confirmados. En cuanto al tipo de hepatitis, el 64,9 %de los casos se clasificaron como hepatitis C (72 casos, 22 de ellos sospechosos y 50 confirmados), el 0,9% como hepatitis delta y el 0,9% como hepatitis E y en el 33,3% restante no se disponía de información sobre el tipo de hepatitis.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de hepatitis C, 6 casos (5,4%) eran o habían sido consumidores de drogas por vía parenteral y 5 casos (4,5%) presentaban el antecedente de contacto sexual de riesgo.

Mapa 10.- Otras hepatitis víricas. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.

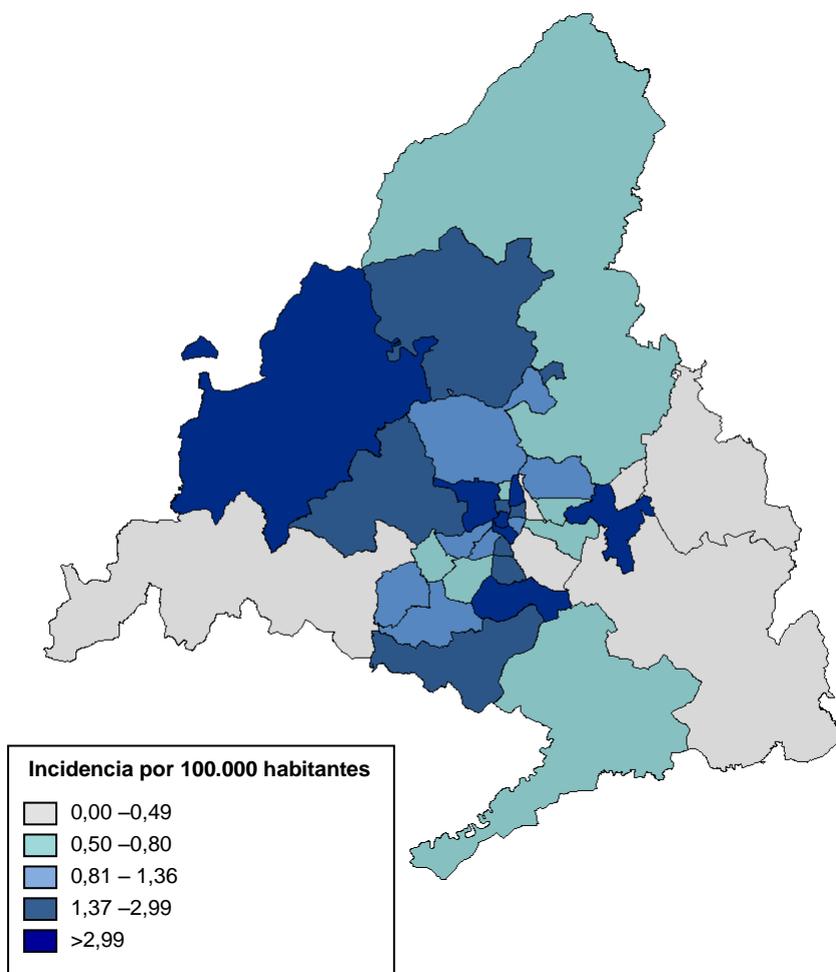
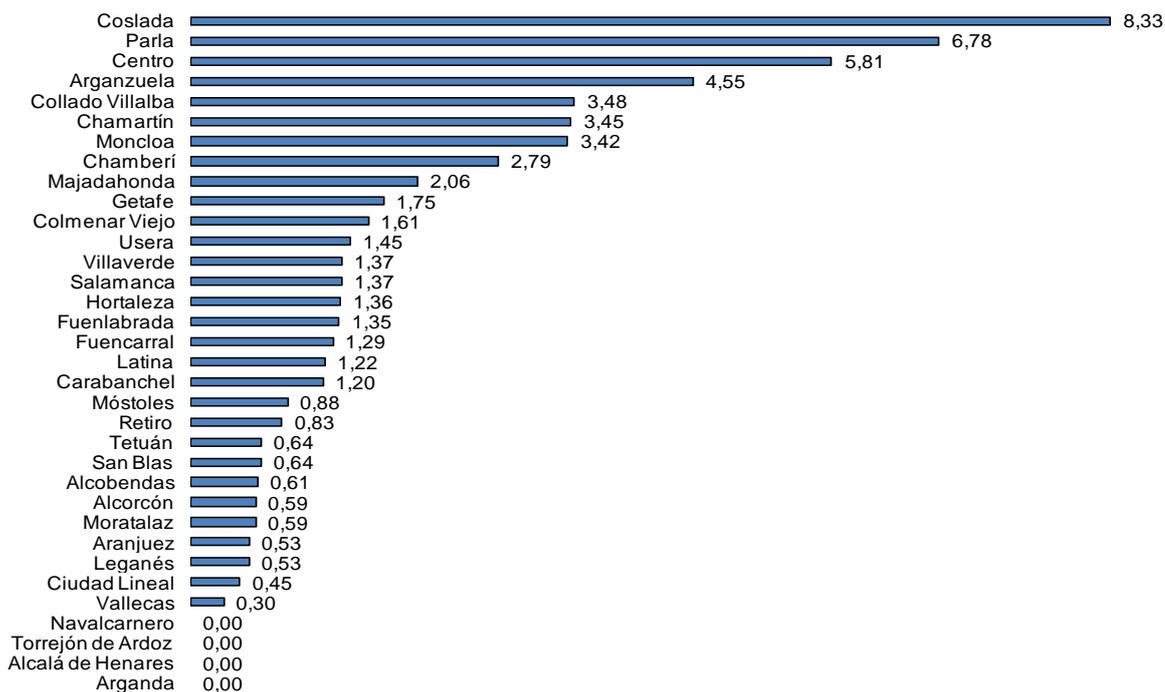


Gráfico 18. Otras hepatitis víricas: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

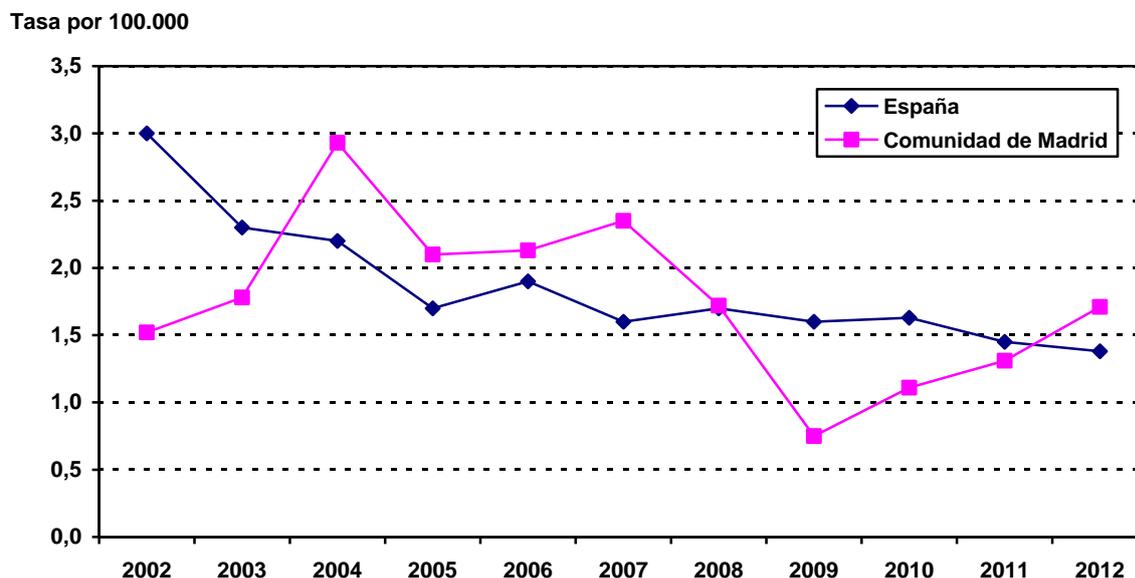
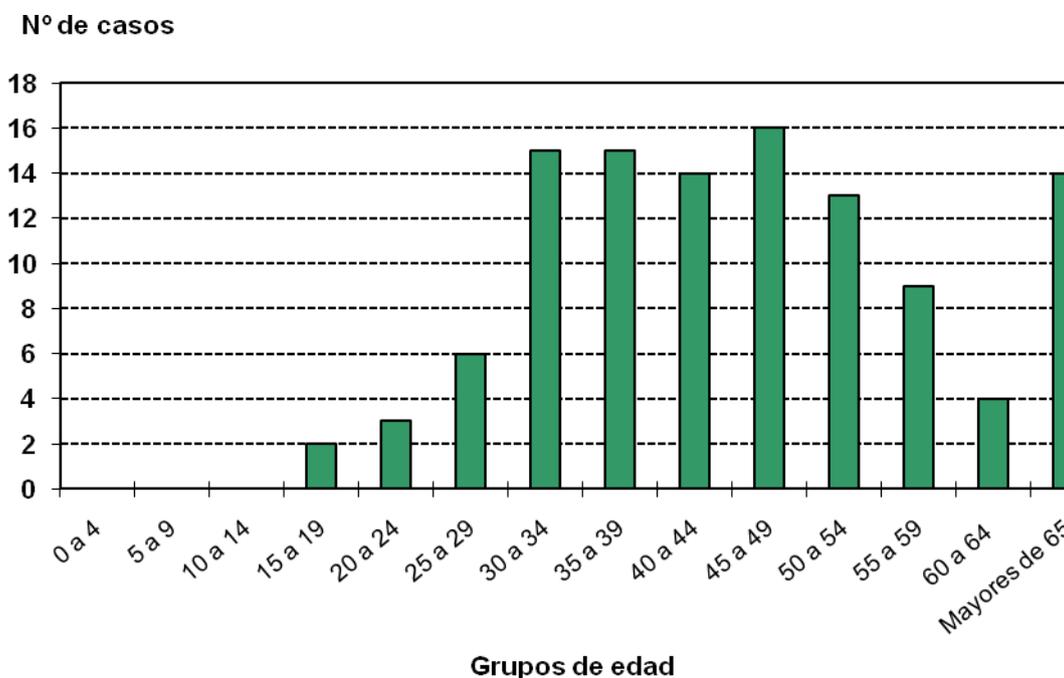


Gráfico 19. Otras hepatitis víricas: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2012.



3.7.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

3.7.1.- Disentería

Durante el año 2012 se notificaron 20 casos de disentería, ocho casos más que el año anterior, con una tasa de incidencia acumulada de 0,3 casos por 100.000 habitantes.

El 50,0% de los casos se presentaron en hombres. La mediana de la edad fue de 32 años, con un rango que oscilaba entre 2 y 44 años. El 85,0% de los casos eran españoles. El 95,0% de los casos se clasificaron como confirmados por aislamiento de *Shigella*.

En el 30,0% de los casos constaba el antecedente de viaje fuera de España, dos de los casos estaban asociados por haber realizado un viaje común.

Gráfico 20. Disentería: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



3.7.2.- Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el año 2012 se notificaron 8 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, 3 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,1 casos por 100.000 habitantes.

El 50,0% de los casos se produjeron en hombres. La mediana de edad fue de 34 años, con un rango que oscilaba entre 8 y 79 años. El 62,5% eran españoles.

El 62,5% de los casos se clasificaron como confirmados, con confirmación microbiológica. En el 12,5% de casos constaba el antecedente de viaje fuera de España. No se notificó ningún brote durante el año 2012.

Gráfico 21. Fiebre tifoidea: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



3.8.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

3.8.1.- Infección gonocócica

Durante el año 2012 se notificaron 668 casos de infección gonocócica, 78 casos más que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 10,3 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Tetuán (25,7 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (23,7 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (19,5 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 11).

En la distribución por género se observó un claro predominio en varones (89,8%). El 83,8% de los casos eran menores de 40 años, y el rango de edad osciló entre 5 y 75 años (gráfico 24).

En el 98,2% de los casos se conoce el país de origen, entre estos casos el 61,0% son españoles, el 26,9% latinoamericanos, el 7,2% de otros países europeos, el 3,3% africanos, el 1,1% asiáticos y el 0,5% norteamericanos.

El 76,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y el 23,2% como sospechosos/probables.

El 37,6% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 31,4% por atención especializada y el 31,0% por otros notificadores. El 30,1% de los casos fueron notificados por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual (que comenzó a notificar en 2010).

Gráfico 22. Infección gonocócica: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

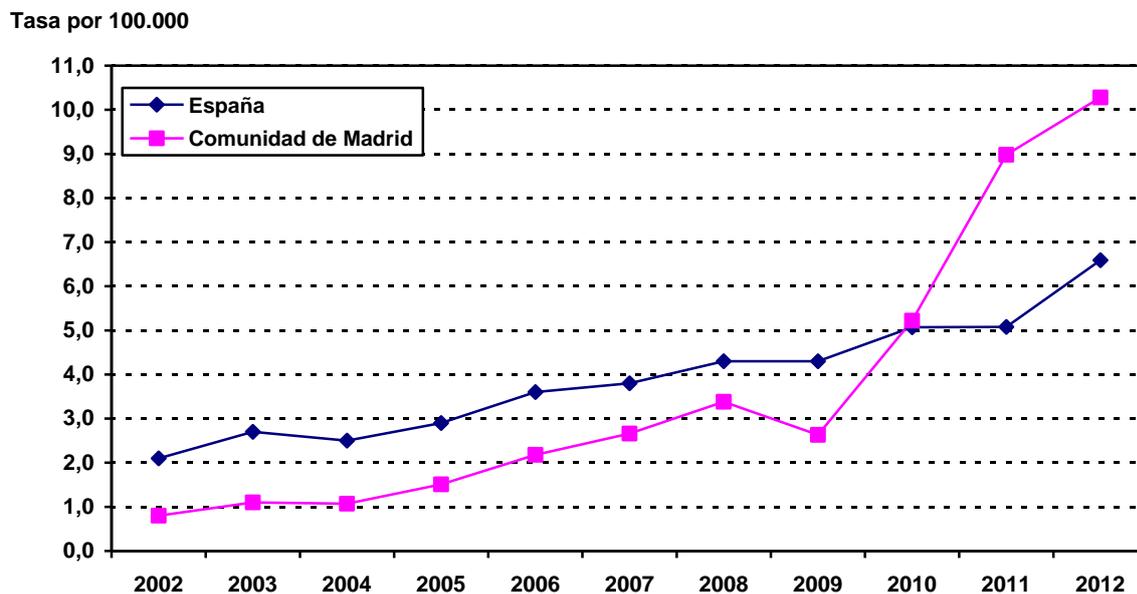
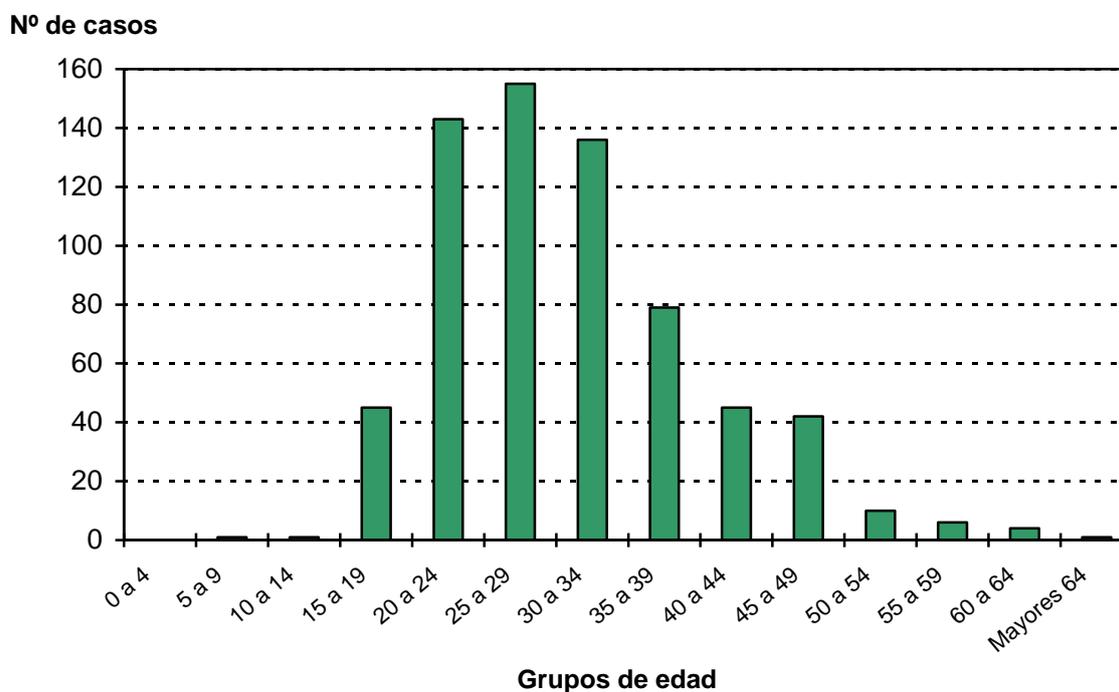
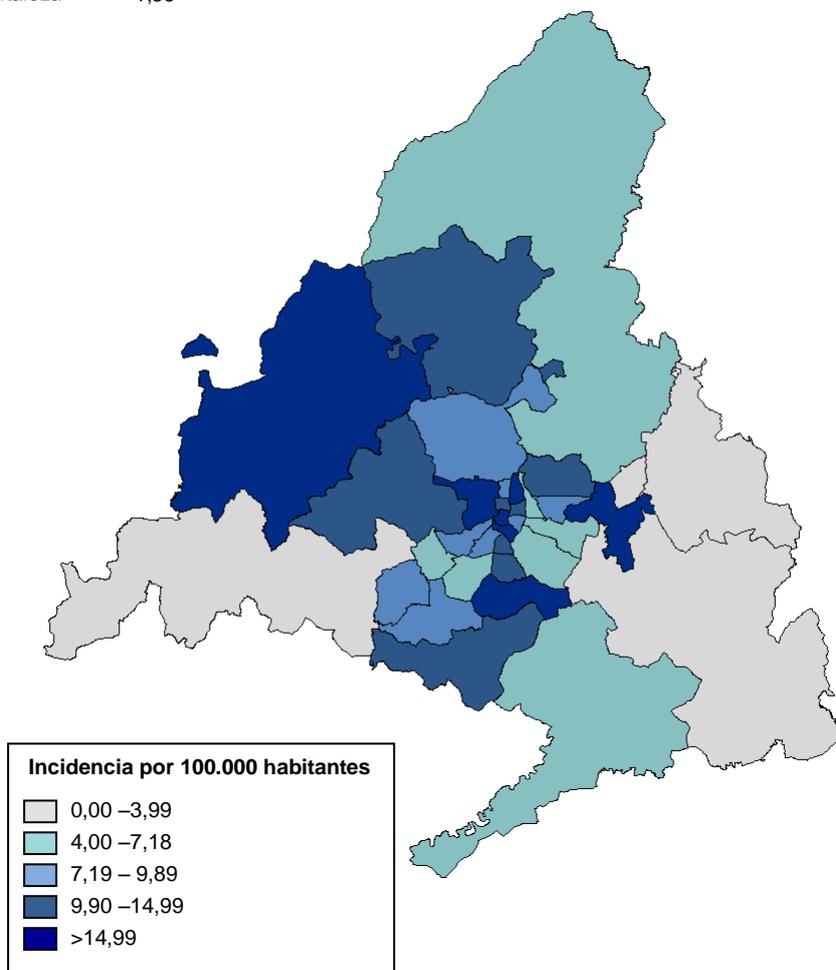
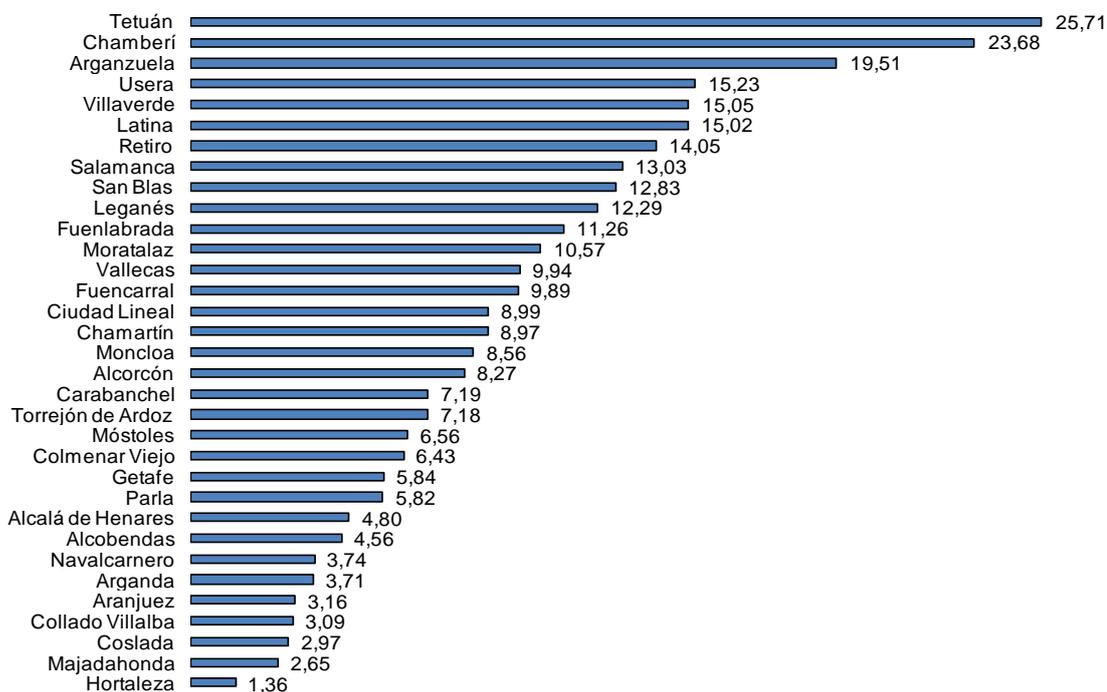


Gráfico 23. Infección gonocócica: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2012.



Mapa 11.- Infección gonocócica. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2012.



3.8.2.- Sífilis

En el año 2012 se notificaron 811 casos de sífilis, 192 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 12,5. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (104,7 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (30,7 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (20,8 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 12).

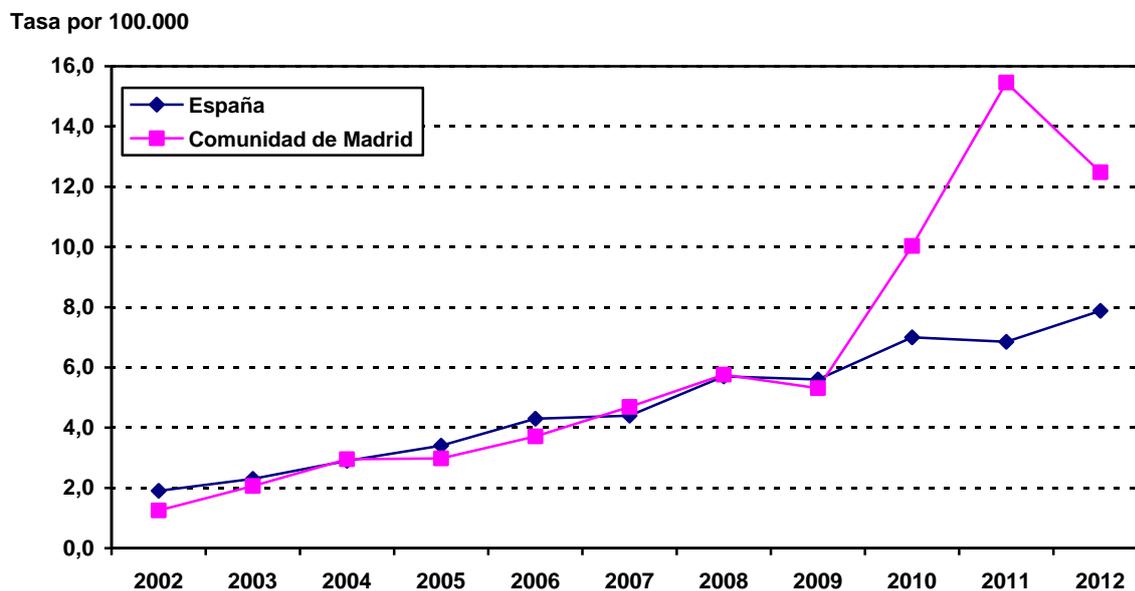
El 79,9% de los casos se observó en varones. El rango de edad varió entre 12 y 91 años, con una edad mediana de 35 años y el 63,4% de los casos se presentó en personas de menos de 40 años (gráfico 26).

Se dispone de información sobre el país de origen en el 98,8% de los casos, de los cuales el 53,2% eran españoles, el 31,2% latinoamericanos, el 9,9% de otros países europeos, el 4,6% africanos, el 0,9% asiáticos y el 0,2% norteamericanos.

El 16,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico, y el 83,2% se clasificaron como sospechosos/probables.

El 54,5% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 27,5% por otros notificadores y el 18,0% por atención especializada. El 26,6% de los casos de sífilis de 2012 fueron notificados por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual (que comenzó a notificar en 2010).

Gráfico 24. Sífilis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



**Mapa 12.- Sífilis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.**

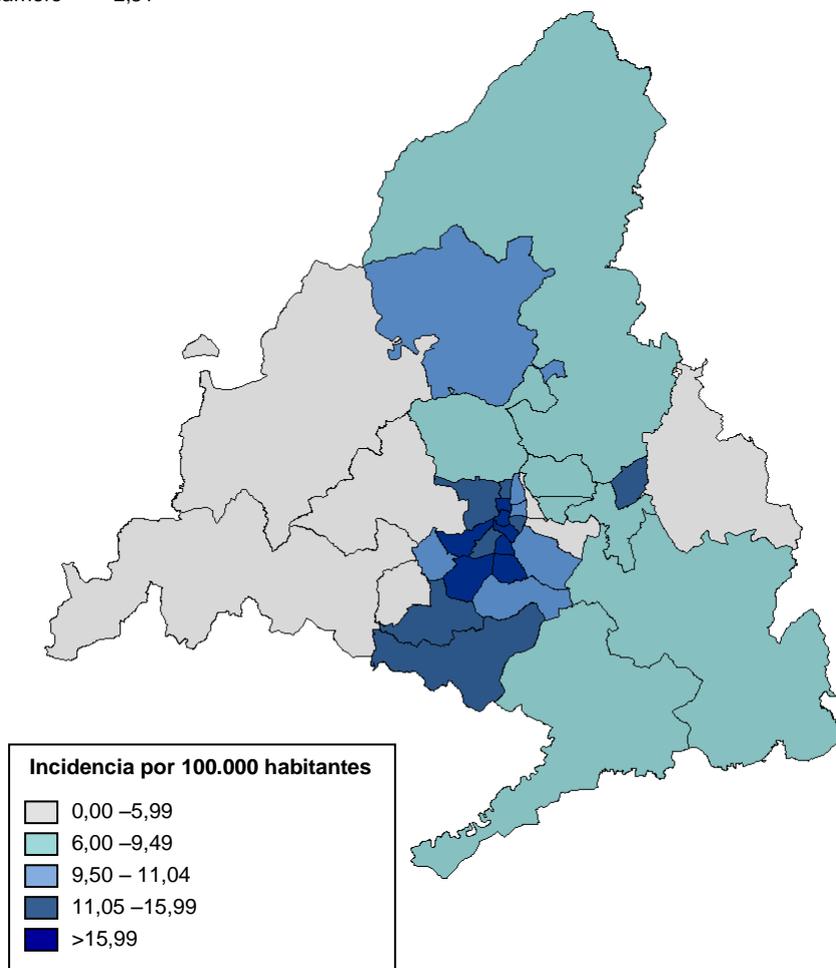
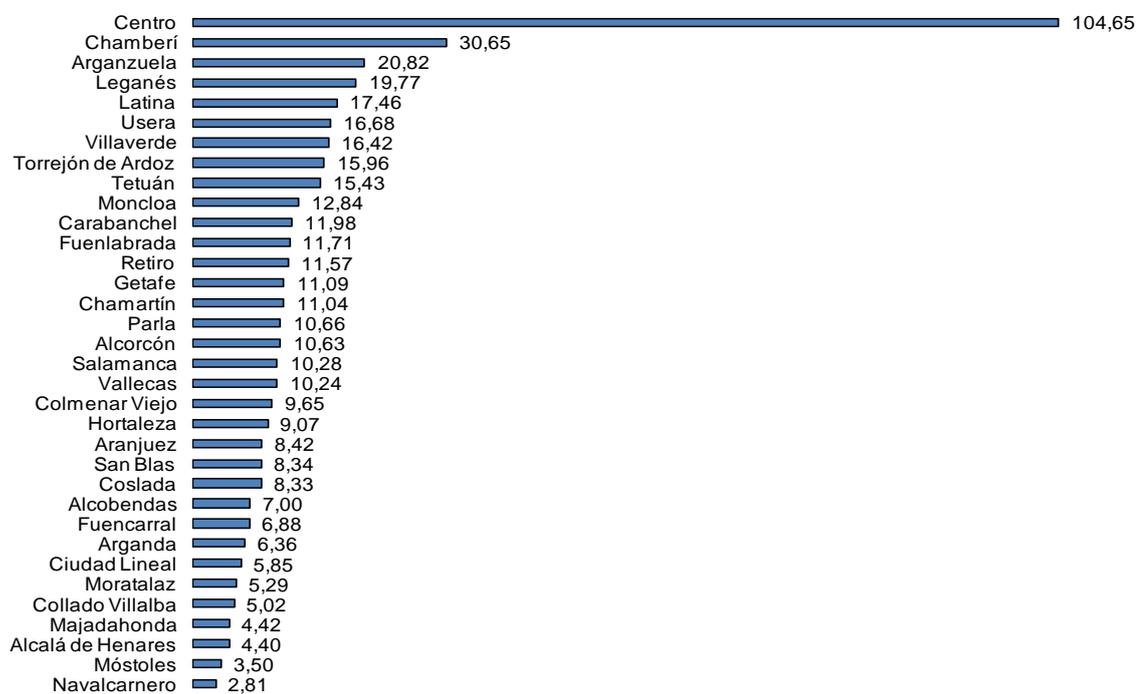
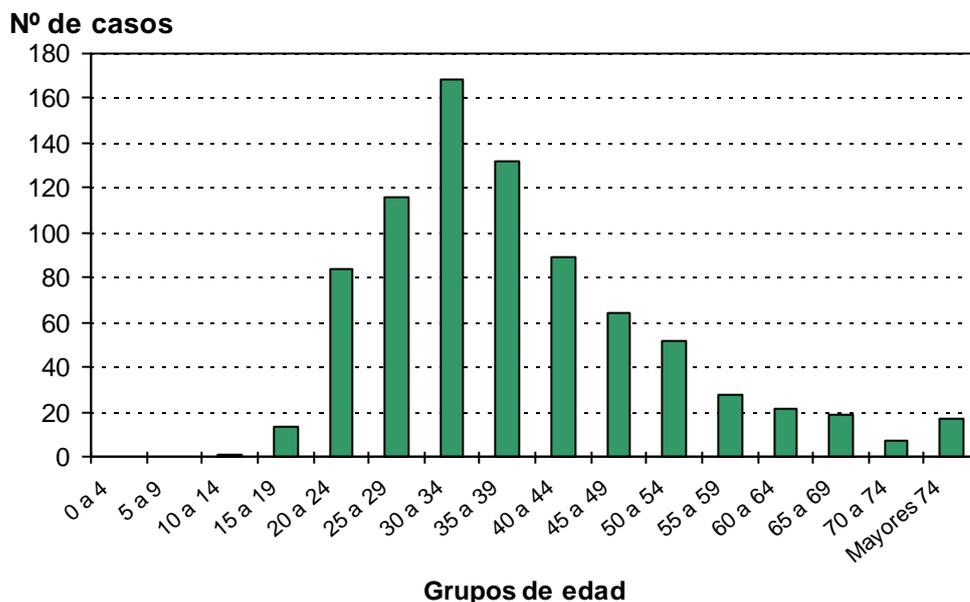


Gráfico 25. Sífilis: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2012.



3.9.- ANTROPOZOONOSIS

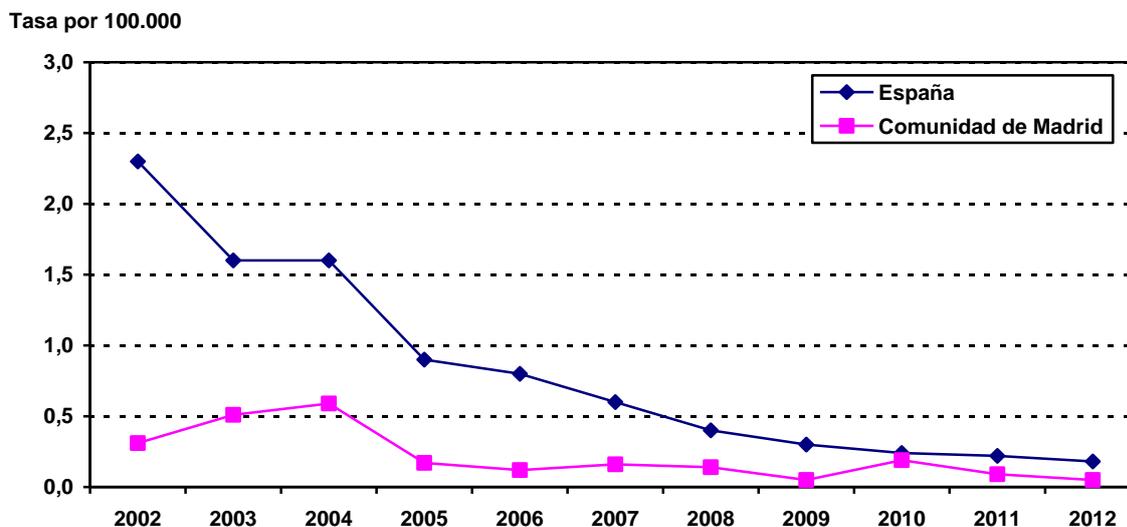
3.9.1.- Brucelosis

En el año 2012 se notificaron 3 casos de brucelosis, 3 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,05 casos por 100.000 habitantes.

El 66,6% de los casos se produjo en varones, y el rango de edad osciló entre 16 y 48 años, con una mediana de 37 años y todos los pacientes eran latinoamericanos. Todos los casos se clasificaron como confirmados, dos de ellos (66,6%) por serología y en el otro (33,3%) se realizó diagnóstico microbiológico mediante aislamiento de *Brucella*.

En dos de los casos (66,6%) constaba el antecedente de consumo de productos lácteos pasteurizados en sus países de origen y en el tercer caso no se pudo establecer el posible origen del contagio.

Gráfico 26. Brucelosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



3.9.2.- Leishmaniasis

Durante el año 2012 se notificaron 209 casos de leishmaniasis, 17 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 3,2 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Fuenlabrada (63,1 casos por 100.000 habitantes), Leganés (10,7 casos por 100.000 habitantes) y Getafe (8,2 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 13). En el gráfico 28 se muestra la evolución de la leishmaniasis en la CM en el periodo 2002-2012 (no se incluyen datos del total de España ya que esta enfermedad no se vigila a nivel nacional).

El 67,5% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 5 meses y 90 años, con una mediana de 48 años. El 11,5% estaban en edad pediátrica, siendo el 4,3% menores de 2 años. El 82,3% de los casos eran españoles, el 6,2% eran originarios de África Subsahariana y el 11,5% de otras procedencias.

El 60,3% de los casos tuvieron leishmaniasis cutánea y el 39,7% leishmaniasis visceral. En el 33,5% fue preciso el ingreso hospitalario.

Se clasificaron como confirmados el 92,8%, 5,7% como probables y 1,4% como sospechosos. En el 90,9% de los casos el diagnóstico se realizó por demostración de la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, en el 10,0% mediante cultivo y en el 29,7% mediante serología.

El 22,0% de los casos presentaron algún factor de riesgo intrínseco. Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de enfermedad inmunosupresora (15,8%), estar en tratamiento inmunosupresor (12,0%), alcoholismo (4,3%), ser o haber sido consumidor de drogas por vía parenteral (4,3%), haber recibido una transfusión (3,3%) o un trasplante (1,9%).

En la investigación del entorno de los casos se encontraron los siguientes factores de riesgo: presencia de perros en 38 casos (18,2%), perros enfermos en 2 casos (1,0%), hábitats

de mosquitos en 47 casos (22,5%), explotaciones ganaderas en 5 casos (2,4%) y escombreras en 16 casos (7,7%).

En 2012 continuó abierto el brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la CM. De los 209 casos notificados en 2012, 174 (83,3%) se consideraron asociados a este brote. Desde el inicio del brote comunitario, en julio de 2009, hasta diciembre de 2012, se han notificado un total de 449 casos asociados al brote: 6 casos (1,3%) con inicio de síntomas en 2009, 97 casos (21,6%) en 2010, 196 casos (43,7%) en 2011 y 150 casos (33,4%) en 2012. Los casos residían en cuatro municipios colindantes de la zona suroeste de la CM: 371 casos en Fuenlabrada (82,6%), 48 casos en Leganés (10,7%), 24 casos en Getafe (5,3%) y 6 casos en Humanes de Madrid (1,3%).

El 61,0% eran hombres, la mediana de la edad era de 48 años, con un rango que oscilaba entre 2 meses y 95 años, y el 84,9% de los casos eran españoles.

El 35,0% de los casos presentaron una leishmaniasis visceral y el 65,0% una leishmaniasis cutánea. El 29,4% precisaron ingreso hospitalario.

El 94,4% de los casos se clasificaron confirmados, el 4,7% probables y el 0,9% sospechosos. En el 92,0% el diagnóstico se realizó mediante biopsia/aspirado, en el 8,0% mediante cultivo y en el 21,8% por serología.

En el 15,8% de los casos existía algún factor de riesgo intrínseco: 9,6% padecían enfermedad inmunosupresora, 8,7% seguían un tratamiento inmunosupresor, 3,6% padecían alcoholismo, 1,8% habían recibido transfusión, 2,4% eran o habían sido usuarios de drogas por vía parenteral y 1,3% habían sido trasplantados.

En la investigación del entorno de los casos se encontró la presencia de perros en el 26,7% de casos, de perros enfermos en el 3,8% (que posteriormente se comprobó que no padecían leishmaniasis), hábitats de mosquitos en el 22,3%, de explotaciones ganaderas en el 3,1% y de escombreras en el 5,3%.

La investigación epidemiológica y ambiental del brote comunitario en la zona suroeste continúa abierta tras finalizar el año 2012.

En el informe de “Brote comunitario de leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid, 2009-2012” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Diciembre 2011. Volumen 17. Nº 12) se presentó un análisis más detallado de esta enfermedad y están previstas nuevas actualizaciones en dicho Boletín.

Mapa 13.- Leishmaniasis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.

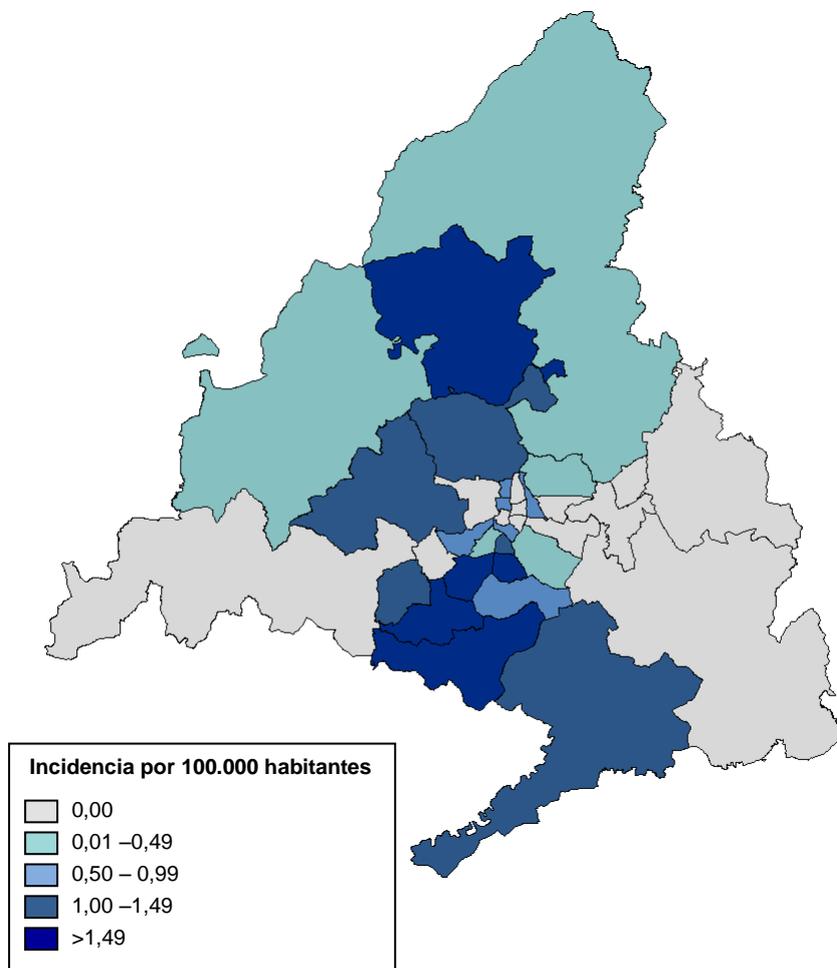
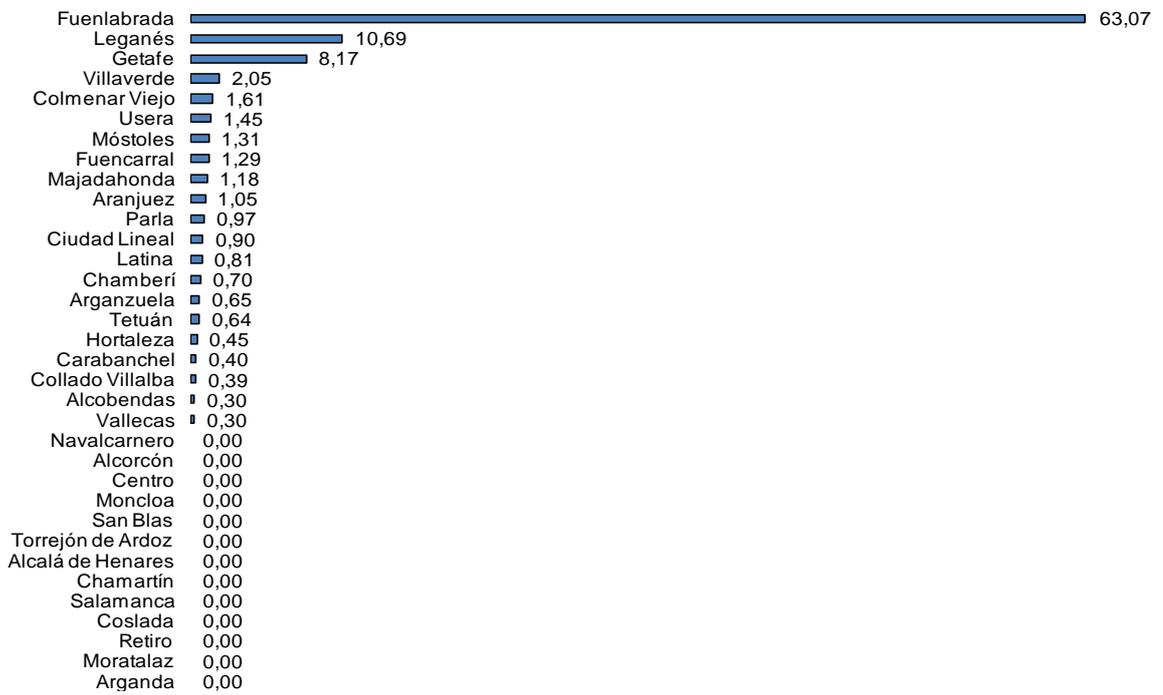
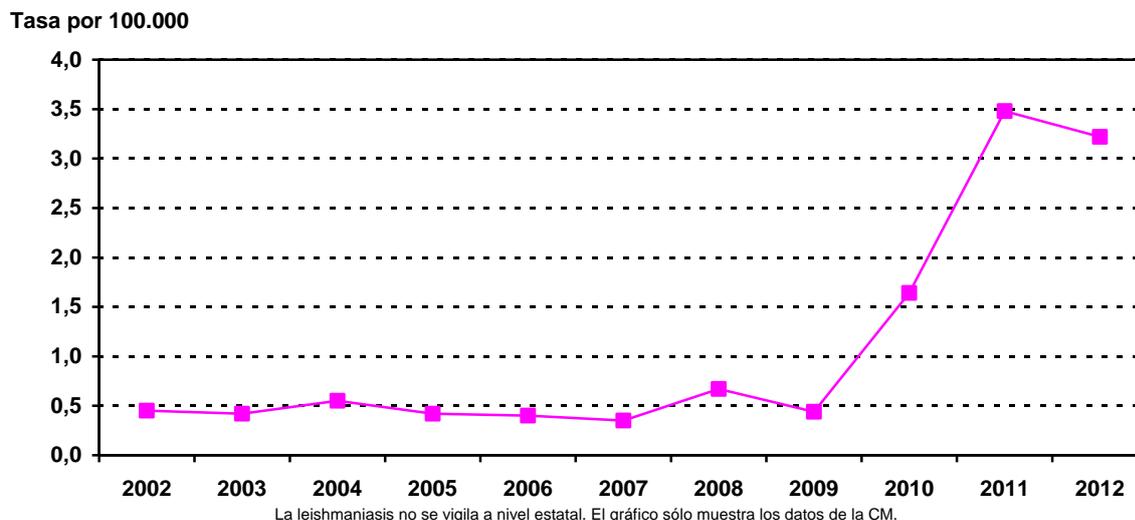


Gráfico 27. Leishmaniasis: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2002-2012.



3.10.- ENFERMEDADES PREVENIBLES MEDIANTE INMUNIZACIÓN

3.10.1.-Parotiditis

En el año 2012 se notificaron 754 casos de parotiditis, 19 casos más que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 11,6 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Villaverde (32,2 casos por 100.000 habitantes), Arganda (26,0 casos por 100.000 habitantes) y Parla (19,9 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 14).

El 52,8% de los casos se produjeron en varones. El rango de edad osciló entre 1 y 83 años, con una mediana de 20,5 años; el 43,6 % se registró en menores de 15 años, el 31,2% en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años y el 25,2% en mayores de 29 años (gráfico 31). Se dispone de información sobre el país de origen en el 99,6% de los casos, de los cuales el 87,0% eran españoles, el 5,4% latinoamericanos y el 7,6% de otros países.

En cuanto al tipo de diagnóstico en el 0,8% se realizó con pruebas microbiológicas, en el 16,4 % con pruebas serológicas, en el 5,2% constaba la existencia de un vínculo epidemiológico y en el resto de los casos sólo existía sospecha clínica. El 9,9% de los casos se clasificaron como confirmados, el 8,2 % como probables y el 81,8% restantes como sospechosos.

La vacunación con triple vírica se introdujo en el calendario vacunal español en 1981, aunque no se alcanzaron altas coberturas vacunales hasta 1984-85, por lo que se puede considerar que los menores de 29 años en 2013 deberían estar vacunados. En el gráfico 32 se muestra el estado vacunal de los 544 casos menores de 29 años: en el 30,1% se desconocía el estado vacunal, el 2,4% no estaba vacunado y el 67,5% restante estaba vacunado (el 89,4% de ellos había recibido al menos una dosis de vacuna y en los demás se desconocía el número de dosis recibidas).

Se notificaron 13 brotes de parotiditis en 2012 con un total de 76 casos: 4 brotes en el ámbito escolar con 47 casos y 5 brotes de ámbito familiar con 14 casos.

Gráfico 28. Parotiditis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

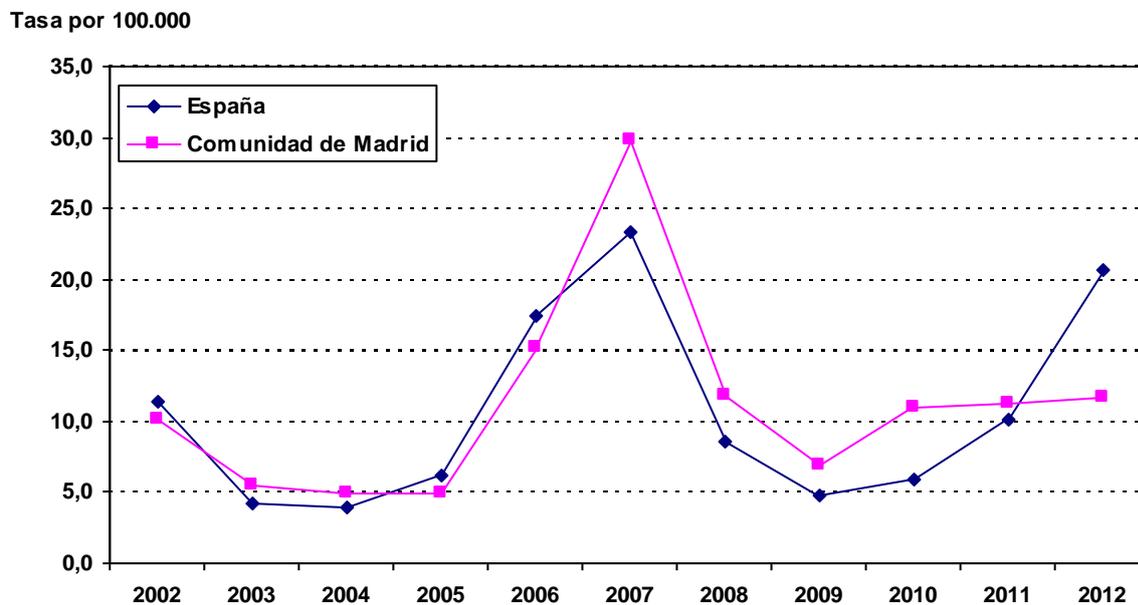
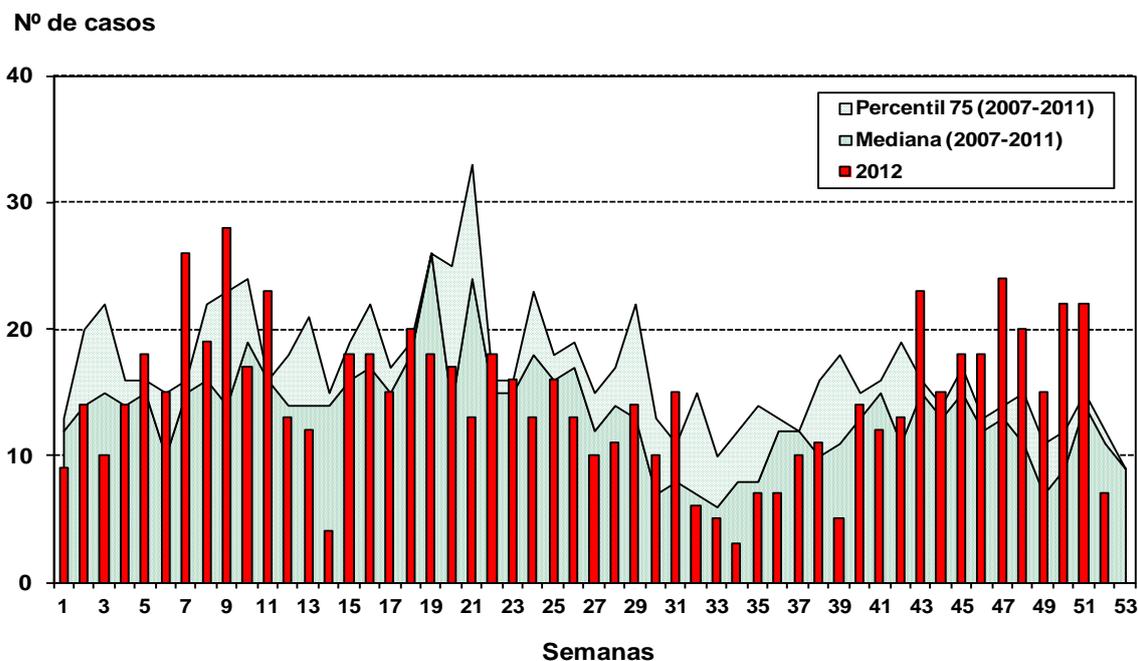


Gráfico 29. Parotiditis: canal epidémico. Comunidad de Madrid. 2007-2012.



Mapa 14.- Parotiditis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.

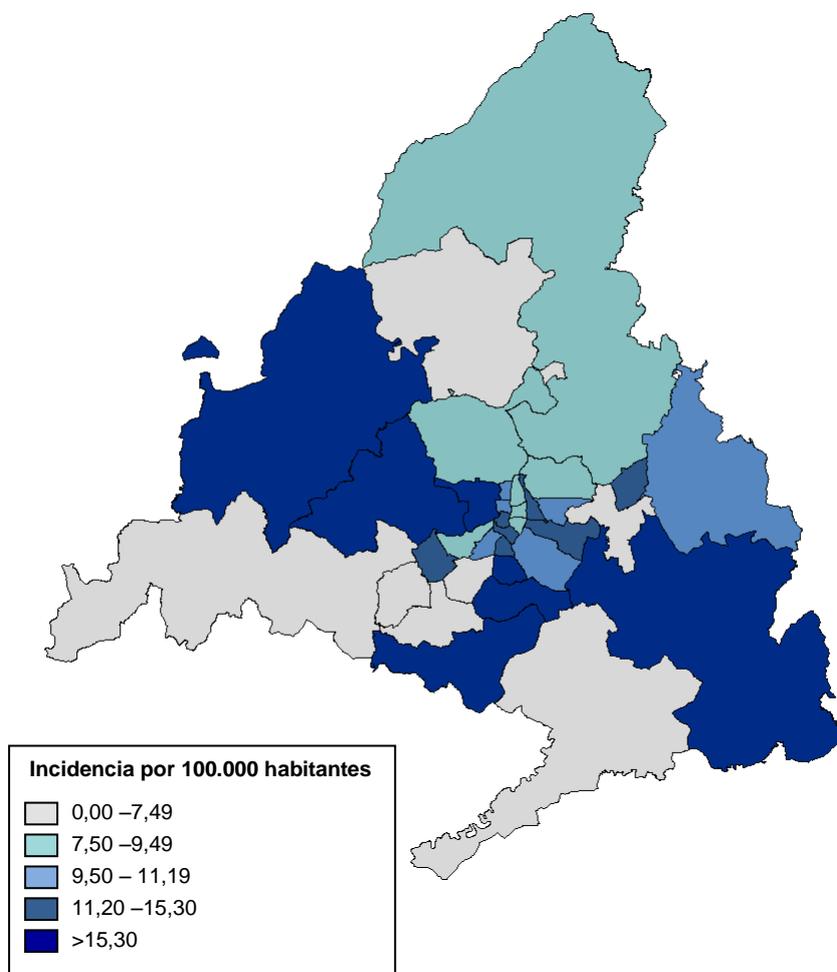
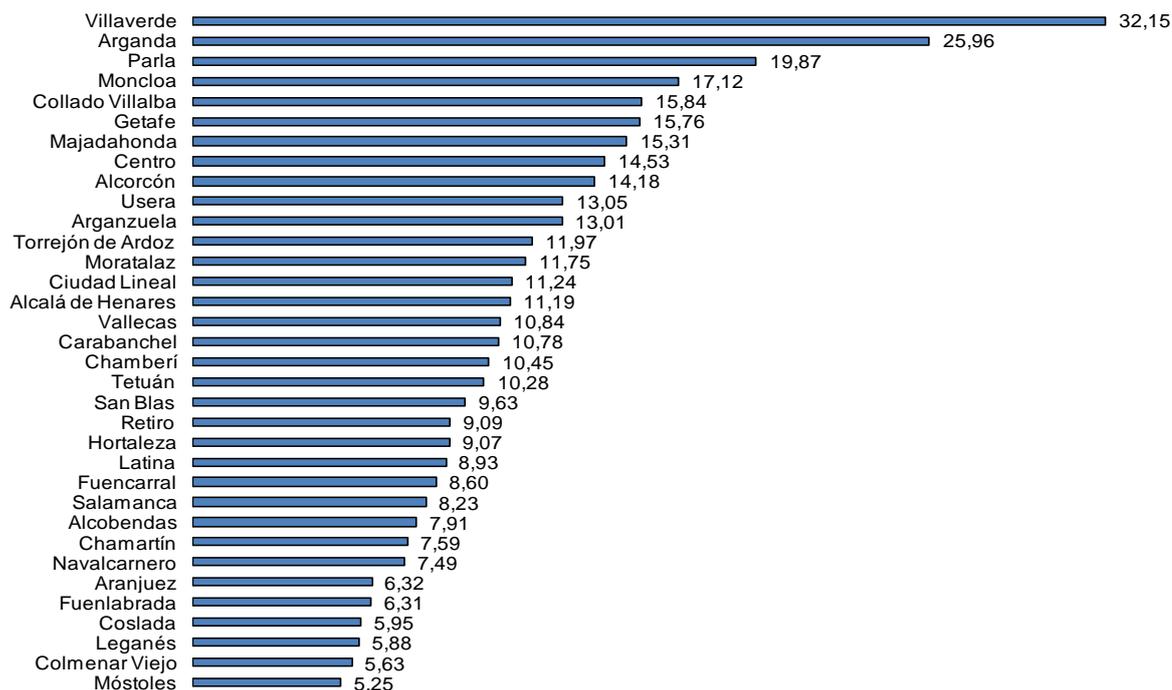


Gráfico 30. Parotiditis: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2012.

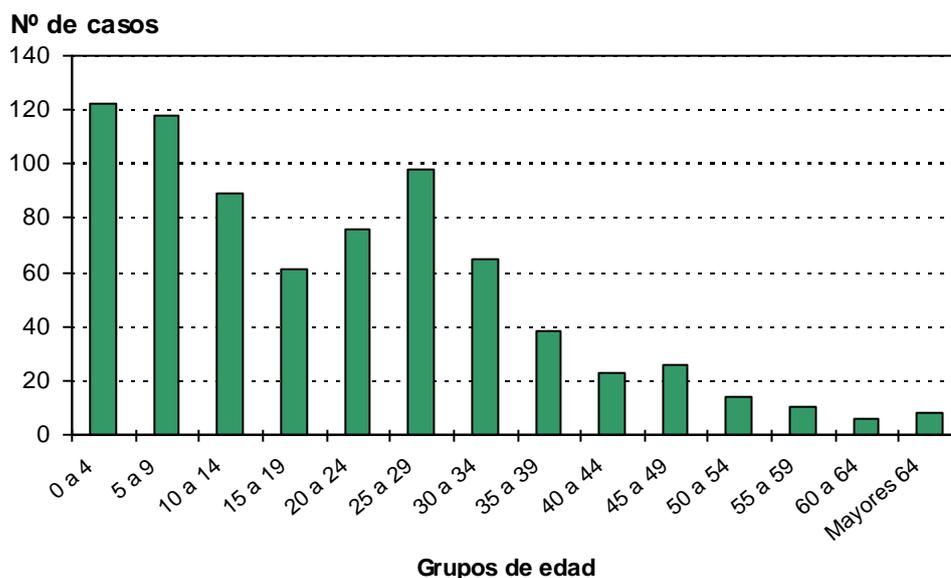
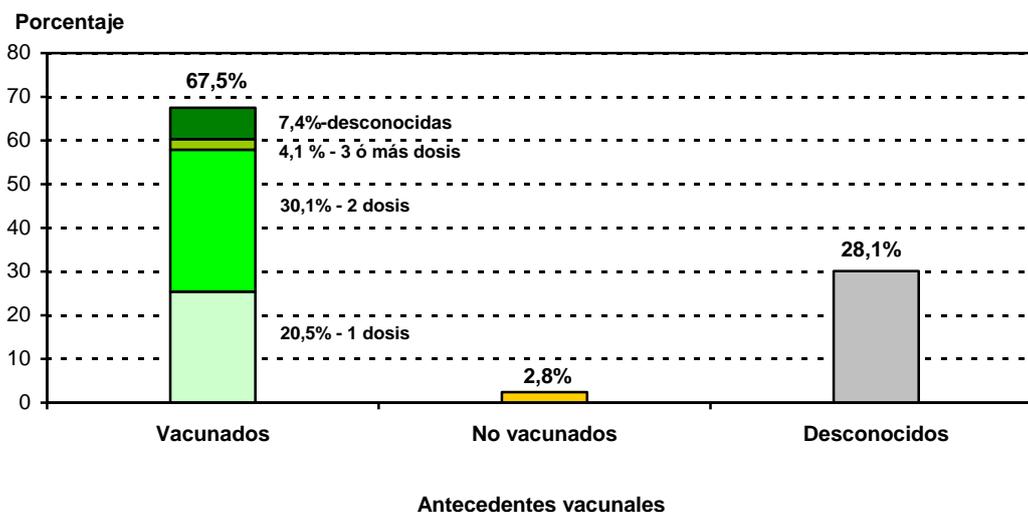


Gráfico 31. Parotiditis: distribución de los antecedentes vacunales en menores de 29 años. Comunidad de Madrid. Año 2012.



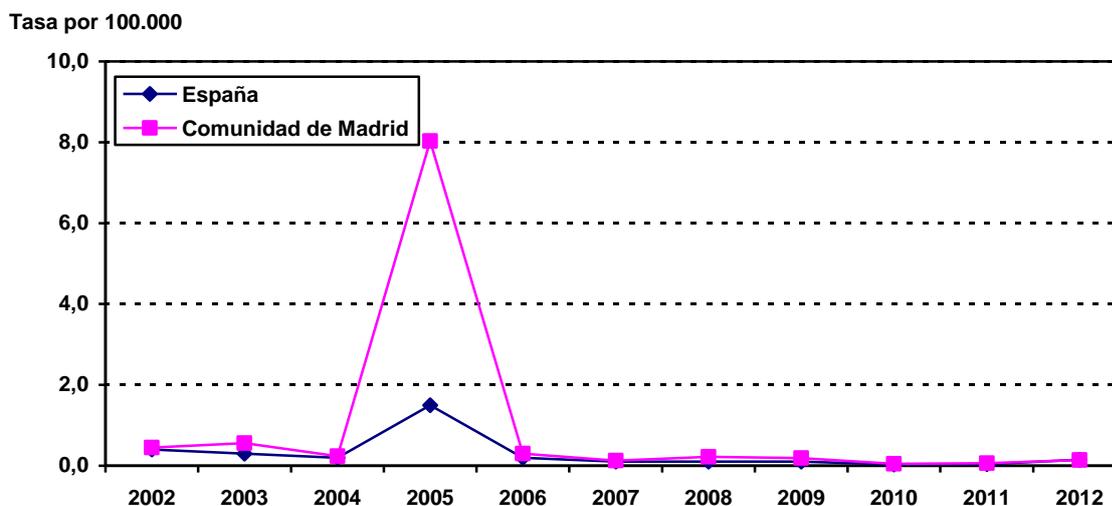
3.10.2.- Rubéola

En el año 2012 se notificaron 9 casos autóctonos de rubéola en la CM, 5 casos más que en 2011, teniendo en cuenta la fecha de inicio del exantema para la asignación temporal de los casos. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,1 casos por 100.000 habitantes. En 2012 entró en vigor el Plan de Eliminación de Rubéola en la Comunidad de Madrid (en el contexto del Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita), que exige estudio serológico de todos los casos son sospecha clínica, por lo que, a partir de ese año, los casos descartados no se cuentan en la incidencia de la enfermedad mientras que en la serie histórica previa a esa fecha se mantenían en la categoría de caso sospechoso (ya que no se disponía de estudio serológico de cada caso).

Los 9 casos autóctonos registrados en 2012 se clasificaron como confirmados por laboratorio. Se identificaron otros 4 casos importados, de los que 3 procedían de Rumanía y 1 de Túnez. Además de estos casos, se notificó un caso vacunal y 8 casos descartados. En cuanto a la forma de presentación de los casos, se notificó un brote de rubéola en un centro escolar con dos casos asociados.

En el informe “Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita de la Comunidad de Madrid, años 2011-2012” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Marzo 2013. Volumen 19. N° 3), se expone una información más amplia sobre esta enfermedad.

Gráfico 32. Rubéola: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



3.10.3.- Sarampión

En el año 2012 se notificaron 195 casos de sarampión considerados autóctonos de la CM (3,0 casos por 100.000 habitantes), frente a los 620 casos notificados en 2011, teniendo en cuenta la fecha de inicio del exantema para la asignación temporal de los casos. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (15,3 casos por 100.000 habitantes), Usera (9,4 casos por 100.000 habitantes) y San Blas (9,0 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 15).

La mayoría de los casos de sarampión notificados en 2012 están relacionados con el brote de ámbito comunitario debido a la circulación de un virus del genotipo D4 que comenzó en febrero de 2011 y permaneció activo hasta julio de 2012. En el informe “Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita de la Comunidad de Madrid, años 2011-2012” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Marzo 2013. Volumen 19. N° 3), se expone una información más amplia sobre este brote y sobre esta enfermedad.

Mapa 15.- Sarampión. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.

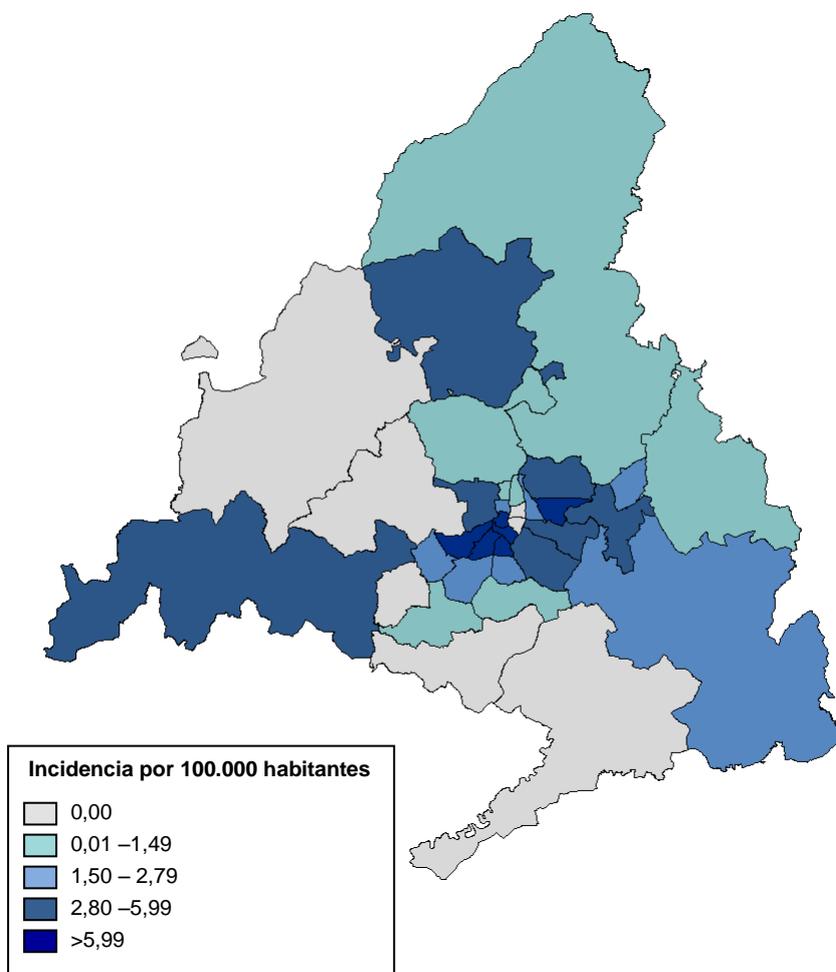
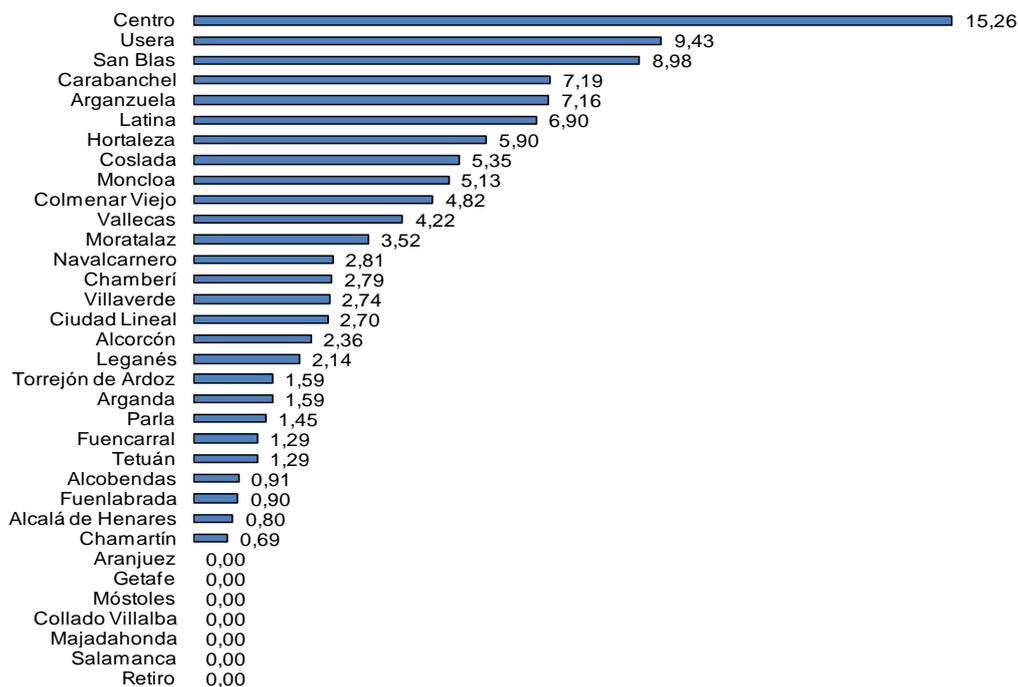
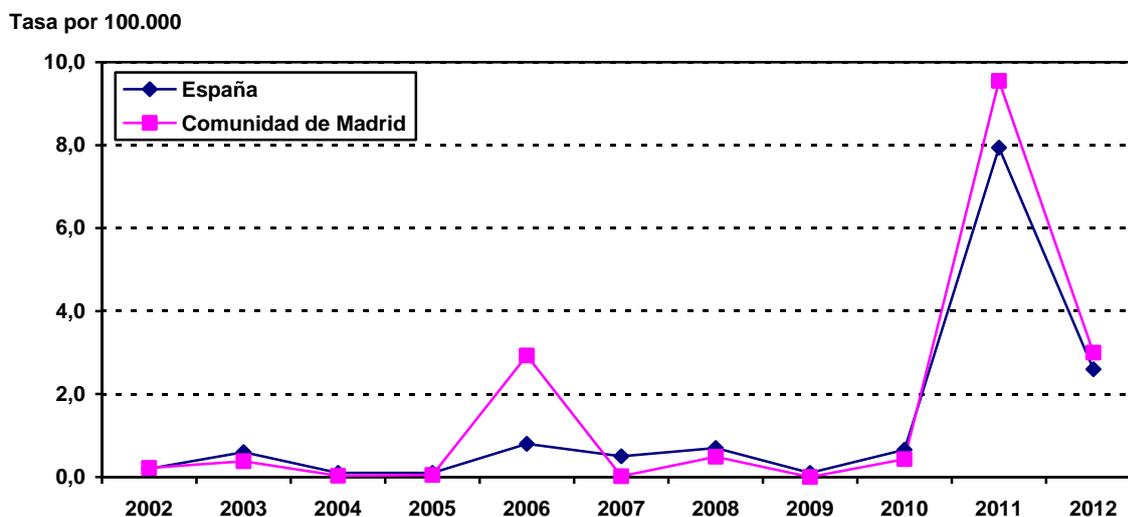


Gráfico 33. Sarampión: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



3.10.4.- Tétanos

Durante el año 2012 se registró un caso de tétanos en la CM, aunque no se había notificado ningún caso desde 2008. Se trataba de una mujer de 54 años, que presentaba antecedente de caída con traumatismo facial y desarrolló el cuadro clínico característico de tétanos. El caso se detectó gracias a la revisión del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria de 2012.

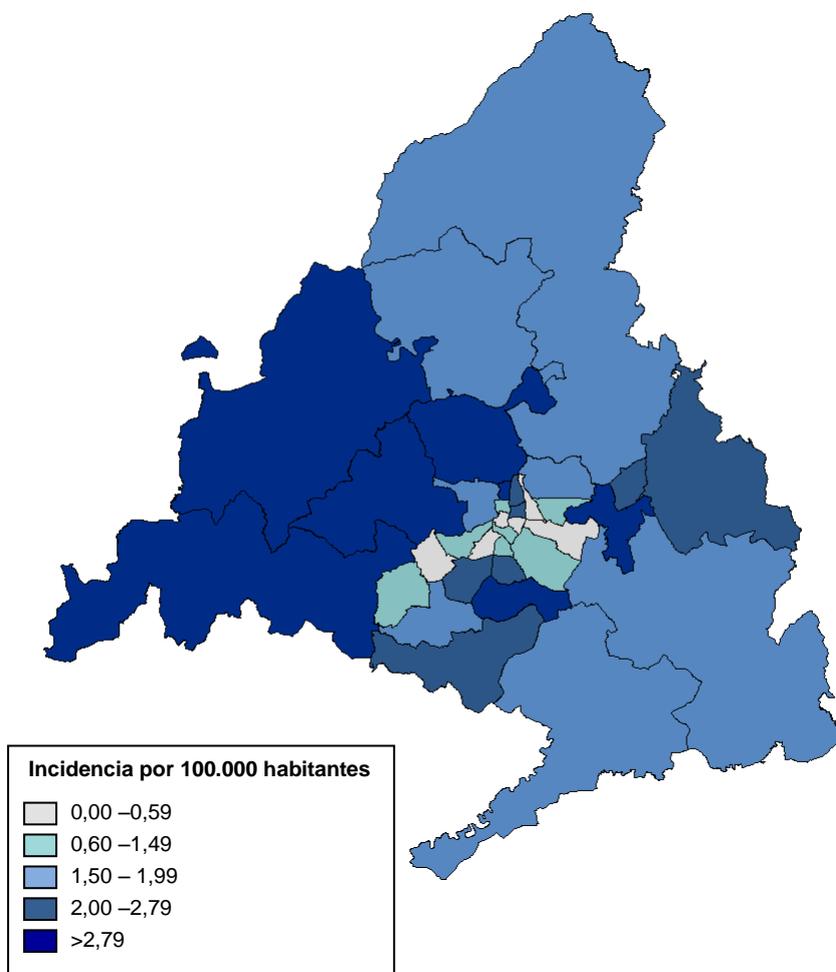
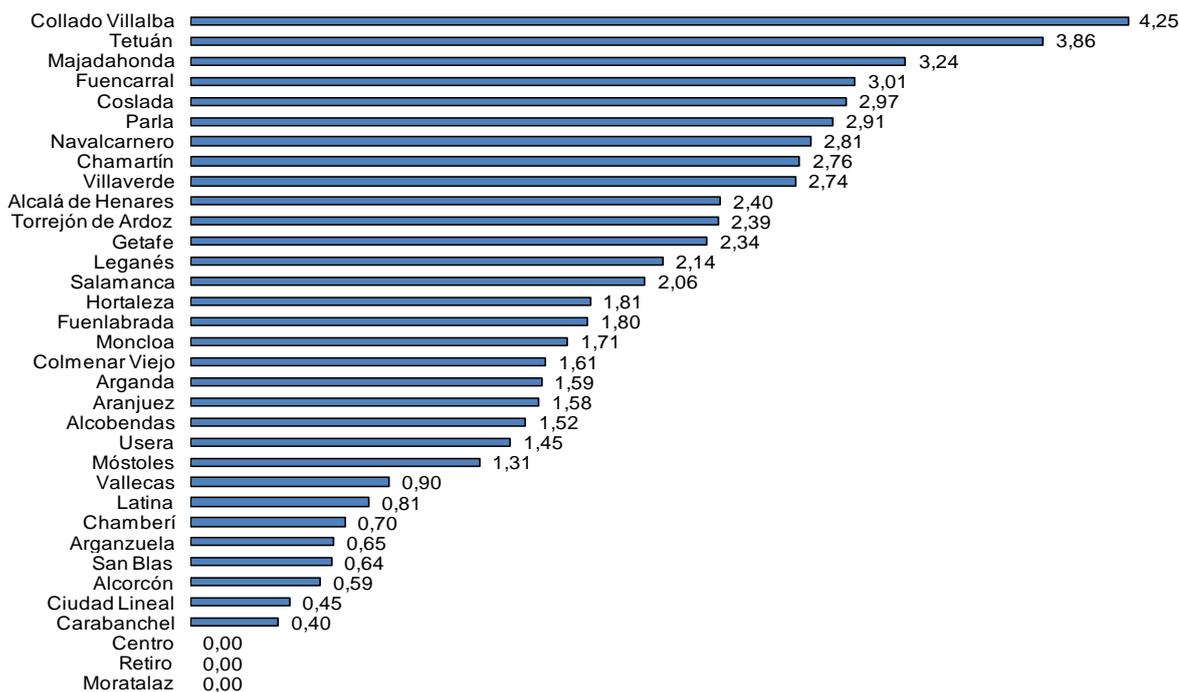
3.10.5.- Tos ferina

En el año 2012 se notificaron 118 casos de tos ferina en la CM, 292 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,8 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Collado Villalba (4,3 casos por 100.000 habitantes), Tetuán (3,9 casos por 100.000 habitantes) y Majadahonda (3,2 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 16).

El 51,7% de los casos se presentaron en hombres. La mediana de la edad fue de 1 año, con un rango que osciló entre 1 mes y 86 años, observándose el 43,2% en menores de 6 meses, el 23,7% entre 6 meses y 4 años, el 16,1% entre 5 y 9 años, el 5,1% entre 10 y 14 años y el 11,9% en mayores de 14 años (gráfico 37). Se dispone de información sobre el país de origen en el 99,2% de los casos, de los cuales el 94,9% eran españoles, el 2,6% latinoamericanos y el 2,6% de otros países de Europa y África.

El 51,7% de los casos se clasificaron como confirmados, el 8,5% como probables y el 39,8% restantes como sospechosos. Se realizó diagnóstico serológico en el 18,6% y diagnóstico microbiológico en el 39,0%.

Mapa 16.- Tos ferina. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.



El estado vacunal era desconocido en el 12,7% de los casos, el 27,1% no estaban vacunados y el 60,2% sí lo estaban (entre los vacunados, el 93,0% de los casos había recibido al menos una dosis de vacuna y en el resto de ellos se desconocía el número de dosis recibidas) (gráfico 38).

Durante el año 2012 se notificaron 3 brotes de tos ferina en la CM, con un total de 9 afectados, todos ellos en el entorno familiar.

Gráfico 34. Tos ferina: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

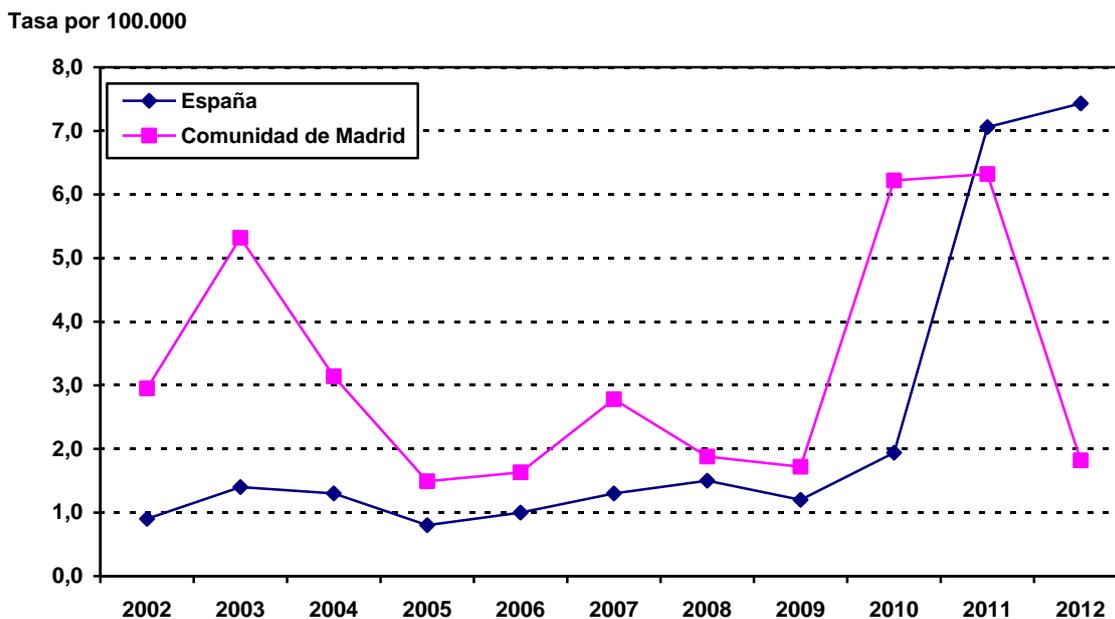


Gráfico 35. Tos ferina: canal epidémico. Comunidad de Madrid. 2007-2012.

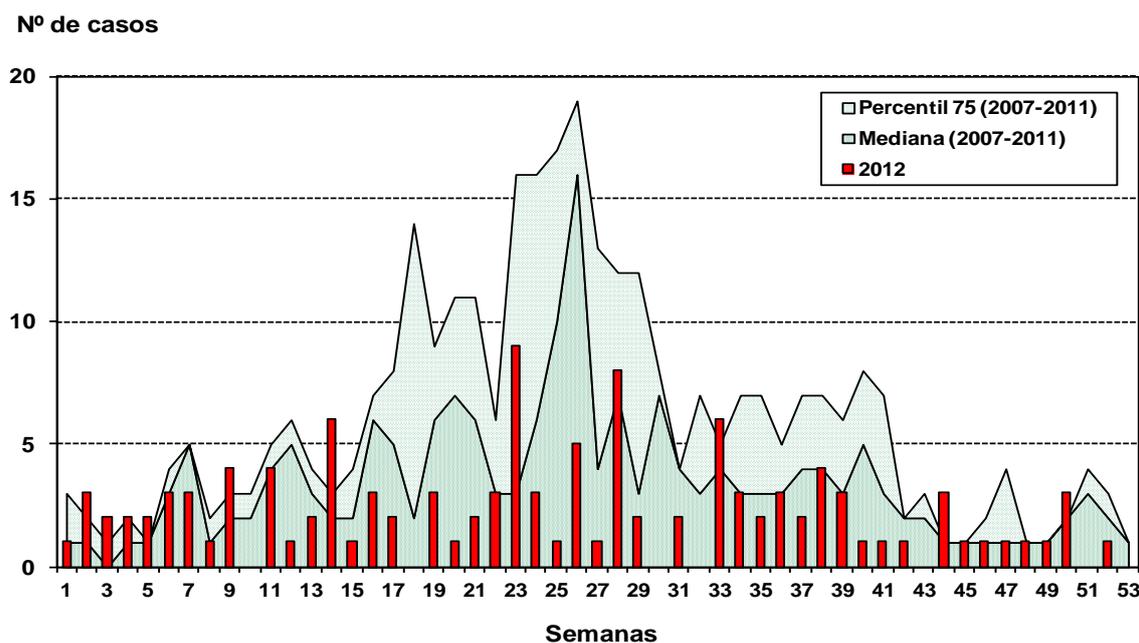


Gráfico 36. Tos ferina: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2012.

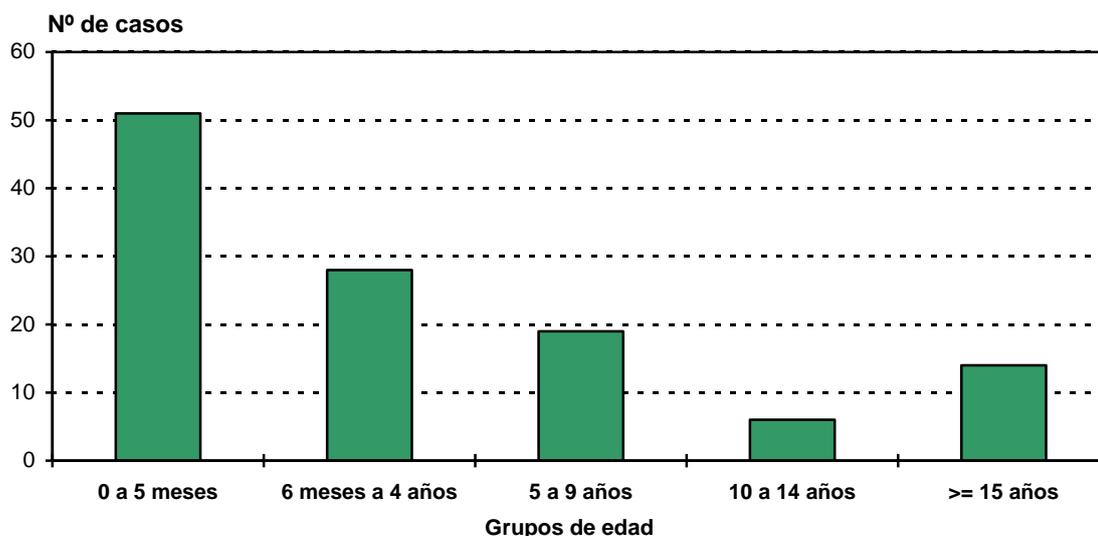
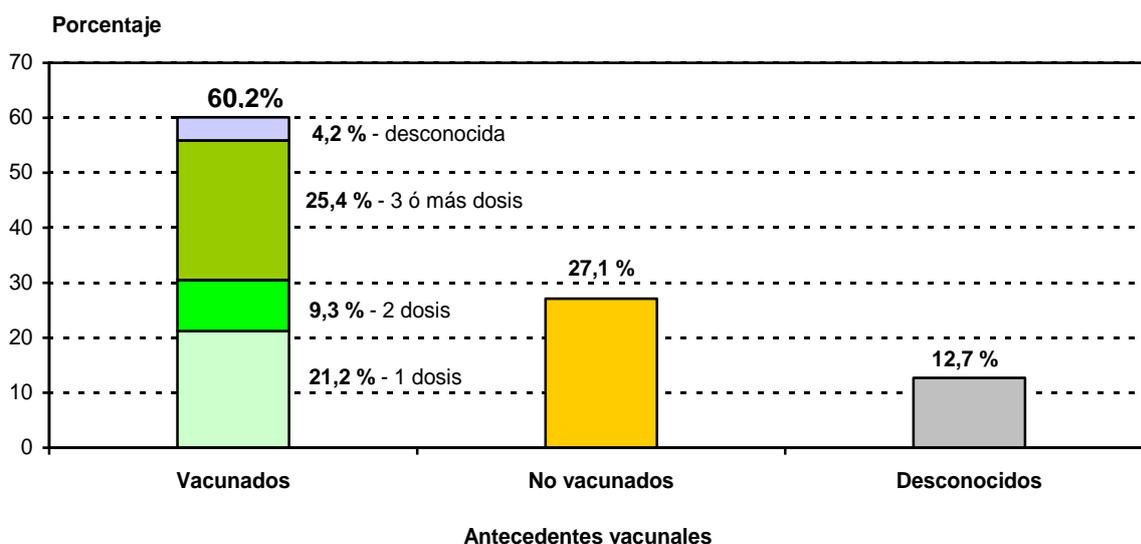


Gráfico 37. Tos ferina: distribución de los antecedentes vacunales. Comunidad de Madrid. Año 2012.



3.11.- ENFERMEDADES IMPORTADAS

3.11.1.- Paludismo

En el año 2012 se notificaron 127 casos de paludismo, 24 casos más que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,0 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Fuenlabrada (9,5 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (8,0 casos por 100.000 habitantes) y Leganés (4,8 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 17).

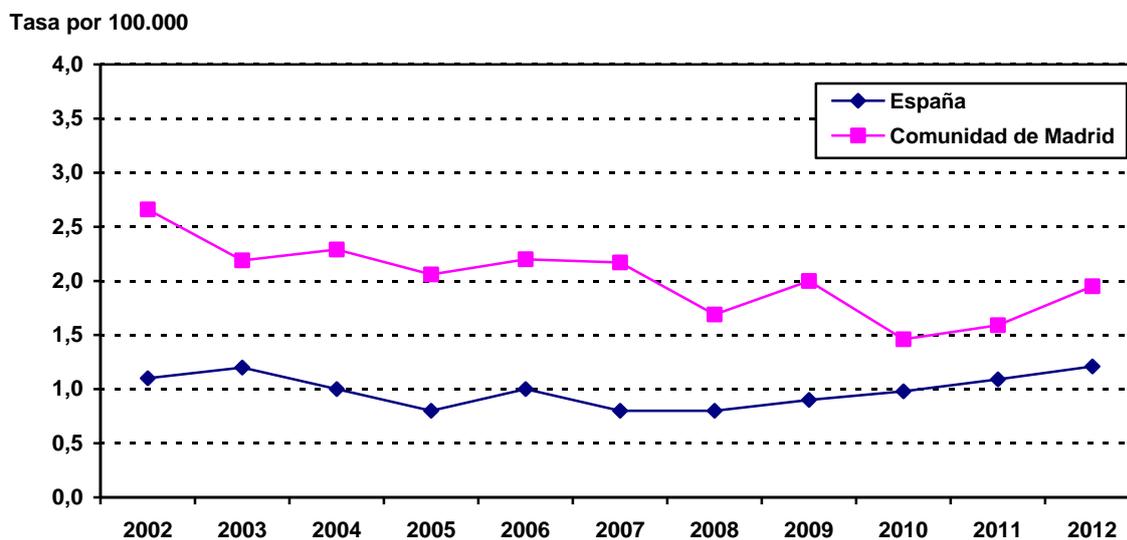
Aproximadamente el 45% de las notificaciones provenían de sólo tres centros: el 18,1% de los casos fue notificado por el Hospital de Fuenlabrada, el 15,7% por el Hospital Carlos III y el 11,8% por el Hospital de Torrejón de Ardoz.

El 57,5% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 3 meses y 79 años, con una mediana de 35 años. El 13,4% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 63,0% en el grupo de edad de 20 a 44 años. En cuanto al país de origen, se disponía de esta información en el 98,4% de los casos, de los cuales el 24,8% eran españoles, el 69,4% africanos (destacar el 41,3% de casos de Guinea Ecuatorial y el 15,9% de Nigeria) y el 5,6% de otros países de Europa, América y Asia.

El 94,5% de los casos (120) se clasificaron como confirmados. En el 90,6% de los casos (115) se aisló *Plasmodium* y las especies aisladas fueron: *P. falciparum* en el 92,2% (106), *P. vivax* en el 1,6% (2), *P. ovale* en el 1,6% (2), *P. malariae* en el 0,8% (1), *P. spp* en el 2,4% (3) y en el 0,8% (1) se identificaron infecciones mixtas (tabla 6).

Todos los casos pueden considerarse como importados. En el 78,7% de los casos (100) se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica: en el 94,0% de ellos constaba la inmigración o la visita a sus países de origen como razón del viaje, el 19,0% había viajado a esas zonas por motivos de trabajo, el 5,0% había realizado viajes de turismo y el 4,0% residían en las zonas endémicas y habían venido a nuestro país de viaje. Entre los 27 casos en los que no constaba el motivo del viaje, 19 eran originarios de zonas endémicas, por lo que el motivo podía estar también relacionado con la inmigración. En el 90,6% de los casos (115) constaba el lugar de contagio, siendo África (97,6%) y Guinea (56,7%) el continente y país más frecuentemente registrados. En el 17,3% de los casos constaba la realización profilaxis antipalúdica.

Gráfico 38. Paludismo: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



Mapa 17.- Paludismo. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2012.

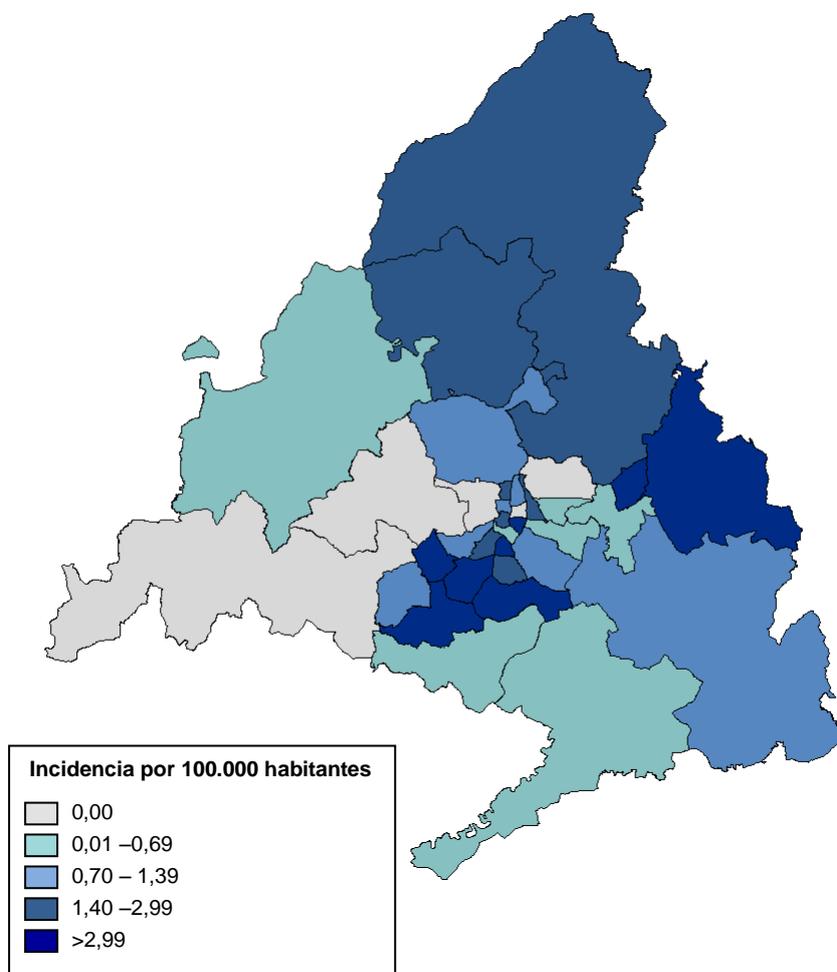
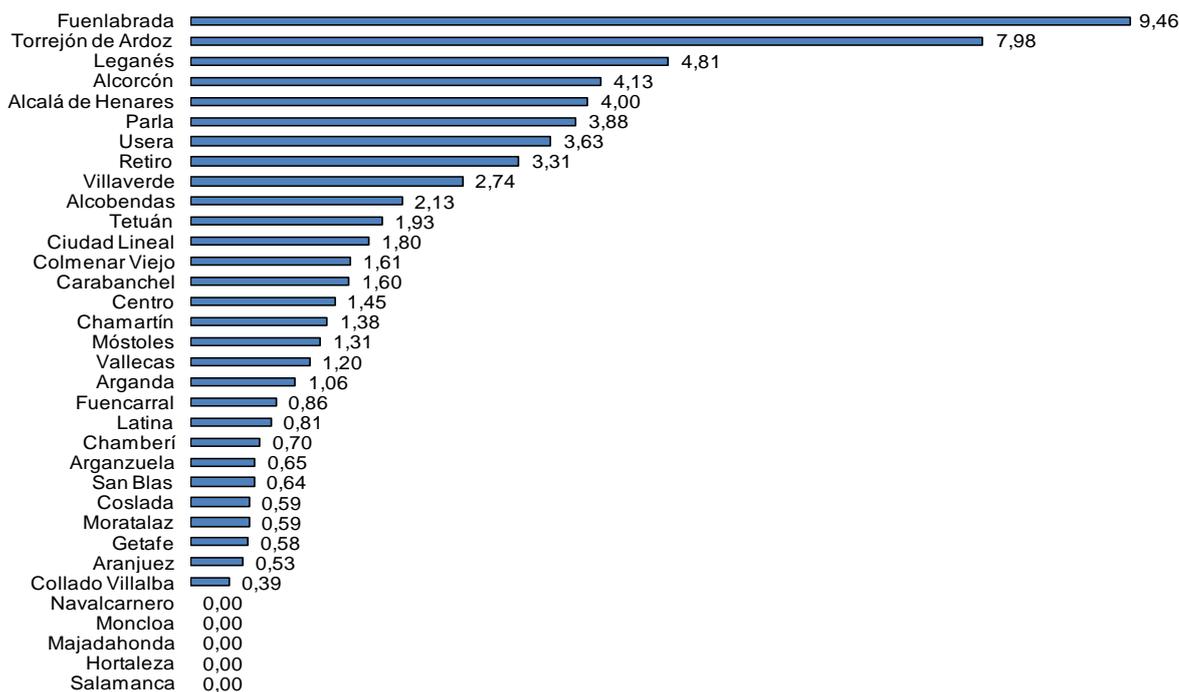


Tabla 6. Paludismo: distribución según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid. Año 2012.

PLASMODIUM AISLADO	PAÍS / CONTINENTE DE CONTAGIO				Total
	Guinea	Resto de África	Asia/ Sudamérica	No figura	
<i>P. falciparum</i>	61	44	0	1	106 (83,5%)
<i>P. vivax</i>	0	0	2	0	2 (1,6%)
<i>P. ovale</i>	0	2	0	0	2 (1,6%)
<i>P. malariae</i>	0	1	0	0	1 (0,8%)
<i>P. spp</i>	3	0	0	0	3 (2,4%)
<i>P. mixtas</i>	1	0	0	0	1 (0,8%)
No figura especie	7	5	0	0	12 (9,4%)
TOTAL	72 (56,7%)	52 (40,9%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	127 (100%)

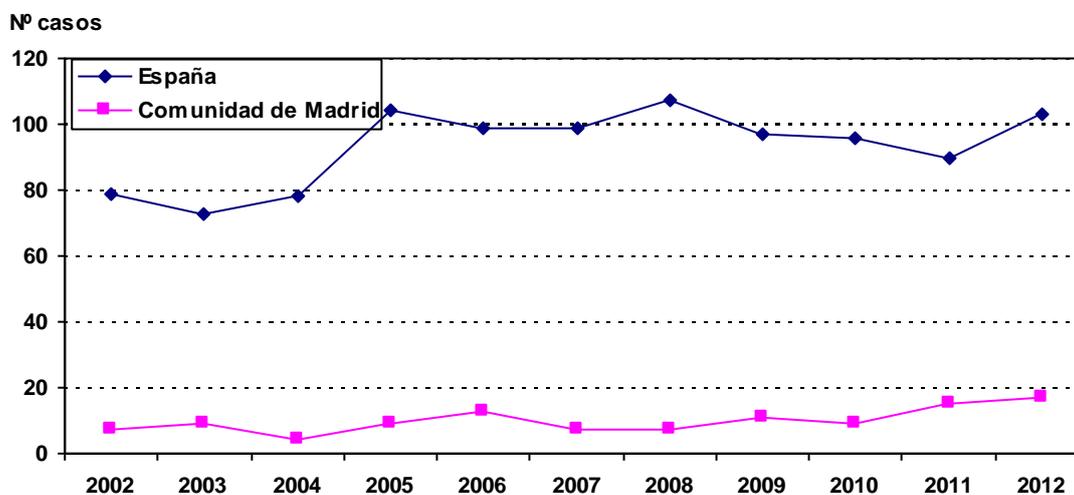
3.12.- ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES

3.12.1.- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

Se han notificado 17 casos de ECJ con inicio de síntomas en 2012 en residentes en la CM, 5 más que en 2011, lo que representa una incidencia de 0,26 por 100.000 habitantes.

Trece de los casos (76,5%) se clasificaron como ECJ esporádico y, según los criterios diagnósticos, 8 de ellos se consideraron confirmados y 5 probables. Cuatro casos (23,5%) fueron ECJ familiar, uno confirmado y tres probables. El 52,9% de los afectados eran hombres, la mediana de la edad de los casos fue de 68 años, con un rango que variaba entre 45 y 82 años.

Gráfico 39. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.

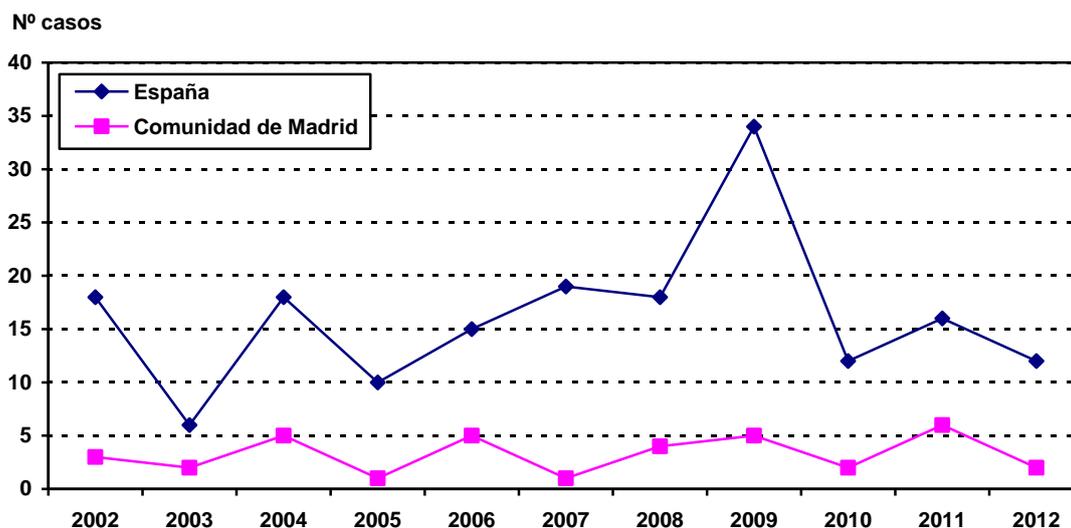


3.12.2.- Lepra

Durante el año 2012 se notificaron 2 casos de lepra en la CM, 4 casos menos que en 2011. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,03 casos por 100.000 habitantes.

Uno de los casos era una mujer colombiana de 49 años y el otro caso era un hombre brasileño de 33 años, ambos presentaban lepra paucibacilar confirmada.

Gráfico 40. Lepra: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.



3.13.- OTRAS ENFERMEDADES

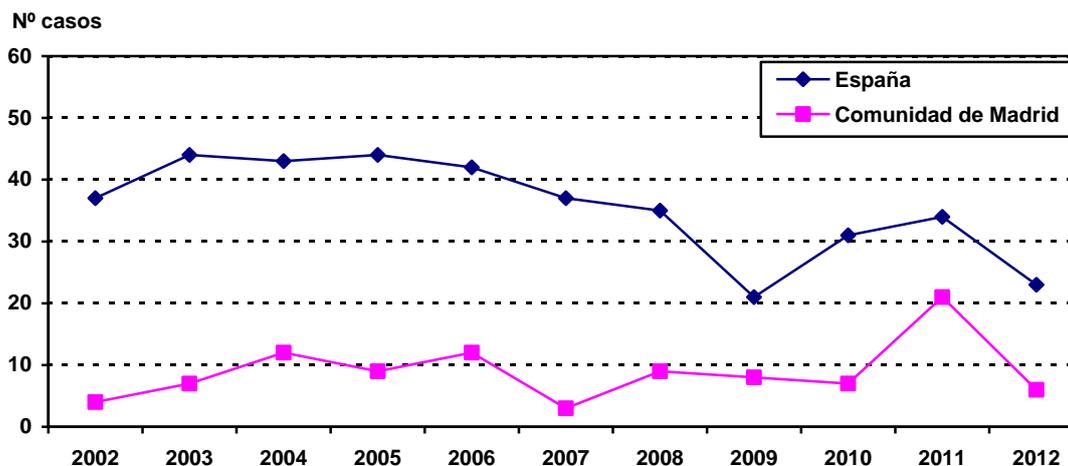
3.13.1.- Parálisis flácida aguda (PFA)

Durante 2012 en la CM se han declarado 6 casos de PFA, 15 casos menos que en 2011, lo que supone una tasa de 0,59 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años.

Tres casos (50%) eran hombres y 3 mujeres (50%). El rango de edad osciló entre 2 y 14 años, con una media de 6,6 años. En 2011 no se notificó ningún caso de PFA a la red de vigilancia y todos se recuperaron en la revisión del CMBD de los distintos hospitales ya que no fueron notificados en su momento.

En el informe “Plan Nacional de Erradicación de la Poliomieltis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Comunidad de Madrid. Año 2012” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Noviembre 2013. Volumen 19. N° 11) se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA.

**Gráfico 41. Parálisis flácida aguda: número de casos.
Comunidad de Madrid y España. 2002-2012.**



3.14.- ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

Durante el año 2012 no se declaró ningún caso de las siguientes enfermedades: botulismo, cólera, triquinosis, rabia, difteria, poliomielitis, fiebre amarilla, peste, tífus exantemático, rubéola congénita, sífilis congénita y tétanos neonatal.

4.- DISCUSIÓN

La discusión y conclusiones del presente informe se plantean en dos apartados: en relación a la calidad del funcionamiento del sistema y a los resultados obtenidos de la vigilancia de las enfermedades notificadas en 2012.

4.1.- CALIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

A lo largo de 2012 se ha consolidado el procedimiento de captación automática de datos EDO a partir de la historia clínica electrónica de Atención Primaria, puesto en marcha en 2009 con motivo de la pandemia de la gripe. La información de las EDO con datos epidemiológicos básicos aportada por este sistema, una vez validada por los epidemiólogos, se incorpora al sistema de vigilancia, sirviendo de complemento y refuerzo a las notificaciones realizadas por los médicos.

En 2012 participaron en el sistema 468 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,8%). Se notificaron un total de 49.979 casos de EDO, de los cuales el 89,8% correspondía a EDO numéricas (98,4% notificadas por atención primaria) y el 10,2% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos (49,3% notificadas por atención especializada, 37,6 % por atención primaria y 13,1% por otros notificadores).

Las variables epidemiológicas básicas relacionadas con los datos de persona (edad, sexo, lugar de residencia y país de origen edad) han tenido una cumplimentación óptima, superior al 98% gracias, en gran parte, a las mejoras introducidas en las aplicaciones informáticas.

Las variables relacionadas con el tipo de diagnóstico presentan también una cumplimentación muy elevada (95,0%). La variable que recoge la fecha de inicio de síntomas presenta una buena cumplimentación (94,2%), lo que supone una mejora con respecto a años anteriores (en 2011 la cumplimentación fue del 93,3%).

4.2.- ENFERMEDADES NOTIFICADAS

Entre las **enfermedades de transmisión respiratoria** destaca un importante descenso en la incidencia de **gripe** registrada en 2012 con respecto a 2011, manteniéndose en los niveles más bajos de la última década, un 44,5% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la observada a nivel nacional (razón de TI: 0,5).

En 2012 aumentó la incidencia de **legionelosis**, con una TI un 73,5% mayor que la del quinquenio anterior y menor que la tasa nacional (razón de TI: 0,8). Se produjo un **brote de legionelosis** relacionado con un restaurante que afectó a 65 personas.

En 2012 la incidencia de **varicela** disminuyó con respecto a 2011, siendo un 52,5% menor que la del quinquenio anterior y continuando con la tendencia descendente iniciada en 2007. También fue menor que la TI del nivel nacional (razón de TI: 0,3). En 2005 se introdujo en el calendario sistemático de vacunaciones infantiles la vacuna de la varicela en niños de 11 años sin antecedentes de vacunación o enfermedad previa, y en noviembre de 2006 se aprobó una nueva modificación del calendario vacunal para vacunar a los niños de 15 meses de la CM. Esta vacunación poblacional ha contribuido de una manera importante a explicar la tendencia descendente observada en esta enfermedad.

La TI de **tuberculosis** en 2012 es menor que en 2011, un 28,6% menor que la mediana del quinquenio anterior y levemente menor que la TI nacional (razón TI: 0,9), si bien se puede considerar elevada en relación a la registrada en otras regiones de Europa Occidental.

En cuanto a las **infecciones que causan meningitis**, en el año 2012 la incidencia de **enfermedad meningocócica** ha sido de 0,7 casos por 100.000, la de **enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*** de 0,2, la del grupo de **otras meningitis bacterianas** de 0,9 y la de la **meningitis vírica** de 7,0. El grupo de edad más afectado por estos procesos es el de los menores de 5 años y sobre todo los menores de un año. La letalidad ha sido de 4,2% para la enfermedad meningocócica, del 16,7% para la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, de 7,3% para el grupo de otras meningitis bacterianas y de 0,2% para las meningitis víricas. Se ha observado un notable incremento de la incidencia de la meningitis vírica. En cambio, se ha observado una reducción en la incidencia de **enfermedad neumocócica invasora**, con una TI de 6,6, lo que supone un 32,0% de disminución desde el inicio de la vigilancia.

Respecto a las **hepatitis**, la incidencia de **hepatitis A** ha disminuido con respecto a los años anteriores, y se ha situado en los niveles más bajos de la última década, siendo un 49,2% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón de TI: 0,9); se han notificado doce casos asociados a brotes en el entorno familiar y escolar. La incidencia de **hepatitis B** ha sido menor que la de 2011, un 72,3% menor que la mediana de la TI del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón de TI: 0,3). La incidencia de **otras hepatitis víricas** ha sido mayor que la de 2011, un 30,5% mayor que la mediana de la TI del quinquenio anterior y algo mayor que la TI nacional (razón de TI: 1,2).

Entre las **enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica**, no se notificó ningún caso de **botulismo** ni de **triquinosis**. La incidencia de **disentería** ha sido mayor que la de

2011, un 29,2% mayor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón TI: 0,4). La incidencia de **fiebre tifoidea y paratifoidea** ha sido menor que la de 2011, un 29,4% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la del nivel nacional (razón TI: 0,8). En 2012 no se notificó ningún brote de disentería ni de fiebre tifoidea y paratifoidea.

Entre las **enfermedades de transmisión sexual**, la TI se mantiene a niveles elevados. La TI de **infección gonocócica** ha sido mayor que en 2011, un 206,0% mayor que la mediana de las TI del quinquenio anterior y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,6). La TI de **sífilis** ha sido menor que en 2011, un 116,7% mayor que la TI del quinquenio anterior y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,6). Se observa una tendencia creciente en ambas enfermedades, que también se refleja en los datos del nivel nacional, si bien en los datos de la CM hay aspectos de la notificación que han influido en esta tendencia, como la consolidación de la captación automática de datos de atención primaria y la incorporación de la notificación de un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual (que notifica un tercio del total de casos). En 2012 no se notificó ningún caso de **sífilis congénita**.

Entre las **antropozoonosis** se han notificado casos de brucelosis y leishmaniasis. En la **brucelosis** se observó una disminución con respecto a 2011, siendo la TI un 64,3% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la del nivel nacional (razón TI: 0,3). La incidencia de **leishmaniasis** ha sido ligeramente menor que en 2011, pero se mantiene en los niveles más elevados de la serie histórica, siendo un 380,6% mayor que la mediana de las TI del quinquenio anterior. El 83,3% de los casos notificados se asociaron a un brote comunitario de leishmaniasis en la zona suroeste de la CM. Desde el inicio del brote comunitario, en julio de 2009, hasta diciembre de 2012, se han notificado un total de 449 casos asociados al brote: de los que el 35,0% presentaban una leishmaniasis visceral y el 15,8% de los pacientes tenía algún factor de riesgo intrínseco que disminuía su inmunidad.

La **parotiditis** ha presentado una incidencia ligeramente mayor que en 2011, menor que la TI nacional (razón TI: 0,6) y un 2,4% mayor que la mediana del quinquenio anterior. Se notificaron 13 brotes de parotiditis en 2012 con un total de 76 casos: 4 brotes en el ámbito escolar con 47 casos y 5 brotes de ámbito familiar con 14 casos.

En 2012 entró en vigor el Plan de Eliminación de Rubéola en la Comunidad de Madrid, la TI de **rubéola** ha sido mayor que en 2011, un 7,7% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la del nivel nacional (razón TI: 0,9). En 2012 no se notificó ningún caso de **rubéola congénita**, el último caso notificado en la CM se registró en 2005.

Se ha pasado de 0 casos de **sarampión** en 2009, a 29 casos en 2010, 620 casos en 2011 y 195 casos en 2012, lo que supone que la TI de 2012 es un 566,7% mayor que la mediana del quinquenio anterior, y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,1). La mayoría de los casos de sarampión notificados en 2012 están relacionados con el brote de ámbito comunitario debido a la circulación de un virus del genotipo D4 que comenzó en febrero de 2011 y se controló en julio de 2012.

Se ha registrado un caso de **tétanos**, captado retrospectivamente a partir de la revisión del CMBD, no se notificaba ningún caso desde 2008. Hay que destacar que no ha habido ningún caso de **tétanos neonatal** en los últimos trece años.

La incidencia de **tos ferina** ha sido mucho menor que en 2011, volviendo a cifras similares a las de 2009 y años anteriores, tras el importante aumento de casos producido en 2010 y 2011. La TI ha sido un 34,5% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón TI: 0,2). Se notificaron tres brotes de tos ferina en la CM, con un total de 9 afectados, todos ellos en el ámbito familiar.

La incidencia de **paludismo** en 2012 ha sido mayor que en 2011, un 15,4% mayor que la mediana del quinquenio, y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,6). Todos los casos son importados y aproximadamente el 69% son originarios de zonas endémicas. La mayoría se infectaron en el continente africano (sobre todo de Guinea Ecuatorial) y fueron causados por *P. falciparum*. Es fundamental concienciar de la importancia de la realización de quimioprofilaxis en las visitas al país de origen para conseguir disminuir el riesgo.

Las **encefalopatías espongiformes transmisibles humanas** presentan una TI mayor que la de 2011, un 100% mayor que la del quinquenio anterior y mayor que la del nivel nacional (razón TI: 2,6).

Con respecto a la **lepra** la TI ha sido menor que la de 2011, un 62,5% menor que la mediana del quinquenio anterior e igual que la del nivel nacional (razón TI: 1,0).

La **parálisis flácida aguda** presenta una TI menor que la de 2011, un 29,8% menor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la nacional (razón TI: 1,8).

Para finalizar este informe, queremos agradecer la colaboración de todos los médicos, enfermeros y resto de profesionales sanitarios de la CM, sin cuya participación sería imposible realizar cualquier actividad de vigilancia y control de estas enfermedades.

INFORME:



INFORME:

PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2012

RESUMEN

Introducción: Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000, tres regiones han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. Hubo una reintroducción en la Región Europea en 2010, en Tayikistán, con 479 casos, que se interrumpió a los ocho meses de la introducción y no fue necesaria la recertificación. Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje y mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica.

Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2012 se han detectado en la CM 6 casos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,59 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo es al 50% y el rango de edad oscila entre 2 y 14 años, con una media de 6,6 años (DE 5,46).

Situación en España: A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 23 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 87%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

Situación de la Poliomielitis en el mundo: Entre 1988 y 2003, los esfuerzos realizados para la erradicación de la polio, consiguieron reducir un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2012 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 223 casos en 2012, por debajo de los 650 casos registrados en 2011.

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los primeros pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos, tres regiones de la OMS han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. En 2010 se produjo la primera reintroducción del virus de la polio en la región europea, originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos.

El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2012 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) que mantienen algún área endémica y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 223 casos en 2012.

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

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

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

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

El cumplimiento de los objetivos de coberturas de vacunación y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por el Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis y por la OMS en el Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio.

En este informe se describen las características de los casos de PFA notificados a la Red de Vigilancia en el año 2012, los indicadores de calidad del sistema de vigilancia y la situación epidemiológica de la poliomielitis en España, en Europa y en el mundo, con un avance de información a nivel europeo y mundial del año 2013.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2012

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

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

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

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

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

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

Para el mantenimiento de la situación libre de polio, es necesario alcanzar elevadas coberturas de vacunación en el calendario de vacunación infantil. En la Comunidad de

Madrid, en el año 2012, la cobertura de la serie primaria de vacunación con tres dosis de vacuna de polio inactivada (VPI), a los 6 meses de edad, ha sido del 96,2%.

Estudio descriptivo de los casos

En 2012 en la CM se han detectado 6 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una tasa de 0,59 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Ninguno de los casos ha sido notificado al sistema de vigilancia, todos se han recuperado en la revisión del CMBD y todos se han clasificado como “descartados” de polio.

La distribución de los casos por sexo es al 50%: 3 varones y 3 mujeres. El rango de edad ha oscilado entre 2 y 14 años, con una media de 6,6 años (DE 5,46).

En cuanto al lugar de residencia 3 casos viven en el municipio de Madrid en los distritos de Carabanchel, Chamberí y Usera y los otros tres en los municipios de Getafe, Villanueva del Pardillo y San Lorenzo del Escorial.

En la revisión del CMBD de los distintos hospitales correspondiente al año 2012 se encontraron 6 casos que no fueron notificados en su momento, con ingreso en los siguientes hospitales: Hospital 12 de Octubre, hospital Clínico San Carlos, hospital de San Rafael, hospital de Madrid (Torrelodones), hospital Gregorio Marañón y hospital de Getafe.

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia

Al no haber ningún caso notificado al sistema de vigilancia, no se pueden evaluar los indicadores de calidad del sistema.

En relación a los indicadores relacionados con la notificación a la red de vigilancia, la incidencia registrada en 2012 fue de 0,0 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, inferior a la registrada el año anterior (0,5) y continúa muy alejada de la incidencia estándar esperada (1 por 100.000). Se ha utilizado como denominador la población del padrón continuo del año 2012, publicada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Conclusiones

En 2012 en la CM se han detectado 6 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,59 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Todos los casos se recuperaron en la revisión del CMBD.

La vigilancia de esta enfermedad precisa ser revisada y mejorada. En 2012 no se ha notificado ningún caso al Sistema de Vigilancia establecido.

Ya que las coberturas registradas de vacunación son elevadas, la vigilancia de la parálisis flácida, ya consolidada en nuestra Comunidad, se considera como la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier sospecha de polio.

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

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Situación de la polio en España

Los últimos casos autóctonos de poliomielitis notificados en España ocurrieron en Andalucía en un brote en 1987 y 1988 en población marginal no vacunada. En 1989 se produjo un caso importado de Mauritania y los últimos casos asociados a la vacuna oral de la polio (VPO) se produjeron entre 1995 y 2001 en Barcelona, Murcia y Bilbao y en 2005 en un lactante inmunodeprimido de 6 meses que había recibido la VPO en Marruecos (su país de origen).

En 1998 se puso en marcha el primer Plan de Erradicación de poliomielitis y en 2007 la Región Europea consiguió el certificado de la OMS de región libre de polio. Desde entonces España cuenta con un Plan de Acción para mantener el Estado libre de polio, basado en las estrategias de la OMS, que se actualizó en 2011 y sigue vigente hasta 2013.

Los tres objetivos principales son:

- Mantener activo un sistema de vigilancia con una alta sensibilidad basado en la vigilancia de la PFA en menores de 15 años.
- Mantener altas coberturas de vacunación, por encima del 90% en todo el Estado.
- Asegurar una adecuada contención de poliovirus salvaje en los laboratorios.

Además, la vigilancia de la PFA se complementa con la vigilancia de enterovirus que se realiza a través de la Red de Laboratorios para la Vigilancia de la PFA, coordinada por el Laboratorio Nacional de Poliovirus del Centro Nacional de Microbiología.

En 2013 se detectó la circulación de poliovirus salvaje en Israel (sin casos sintomáticos), evento importante ya que es la primera vez que se observa una amplia transmisión de poliovirus salvaje tras su reintroducción en un país con altas coberturas de vacunación.

Dado que el único reservorio de poliovirus salvaje es el hombre, el principal riesgo para la reintroducción viene dado por los flujos de población entre los países donde están ocurriendo los casos, como son los países endémicos (Nigeria, Pakistán y Afganistán), y los tres países del cuerno de África afectados este año 2013 (Somalia, Kenia y Etiopía), a los que se suma Israel con la reciente circulación ambiental y presencia de portadores del virus.

La posibilidad de transmisión, en el caso de una reintroducción, depende del porcentaje de población susceptible y de la probabilidad de exposición al virus. Como la inmunidad de la población española es alta, dadas las coberturas medias nacionales por encima del 95%, al igual que el nivel de inmunidad de la población (por encima del 94%), la probabilidad de que una vez introducido el polio virus salvaje contacte con población susceptible es muy baja.

La principal incertidumbre que plantea este nuevo evento es cómo en un país como Israel con altas coberturas de vacunación con la vacuna inyectable de la polio (IPV) ha sido posible la extensa diseminación del poliovirus salvaje. Hasta la fecha, puesto que la mayoría de los países con buenas coberturas de vacunación con IPV no realizan vigilancia ambiental sistemática, no hay datos suficientes para evaluar si esta situación pudiera estar ocurriendo en otros países o si existen características diferenciales del territorio afectado que estarían influyendo en la transmisión del poliovirus.

Como se ha observado recientemente en Israel y previamente en otros países como Holanda, la vigilancia ambiental es importante para detectar la circulación del poliovirus salvaje antes de que se produzcan los primeros casos sintomáticos. Aunque en España se encuentra disponible la metodología, esta vigilancia no se realiza de manera sistemática.

Vigilancia de la PFA en España

En el año 2012 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 23 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,33 por 100.000. La Tabla 1 refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

Tabla 1. Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2008 a 2012

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2008		2009		2010		2011		2012	
	CASOS	TASAS								
Andalucía	8	0.6	1	0.1	7	0.5	2	0.2	3	0.2
Aragón	1	0.6	2	1.1	2	1.1	4	2.2	4	2.1
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.8
Baleares	4	2.5	3	1.8	5	2.9	1	0.6	1	0.6
Canarias	1	0.3	2	0.6	0	0	2	0.6	0	0
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla la Mancha	0	0	0	0	2	0.6	2	0.6	1	0.3
Castilla León	0	0	1	0.3	0	0	2	0.6	0	0
Cataluña	4	0.4	0	0	5	0.4	3	0.3	2	0.2
Comunidad Valenciana	4	0.5	3	0.4	4	0.5	5	0.7	6	0.8
Extremadura	1	0.6	0	0	2	1.2	1	0.6	0	0
Galicia	2	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0
Madrid	4	0.4	4	0.4	1	0.1	5	0.5	0	0
Murcia	5	2.0	2	0.8	3	1.1	4	1.5	3	1.1
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	3	1.1	0	0	3	1.1	2	0.7
La Rioja	1	2.3	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	35	0.5	21	0.3	31	0.4	34	0.5	23	0.3

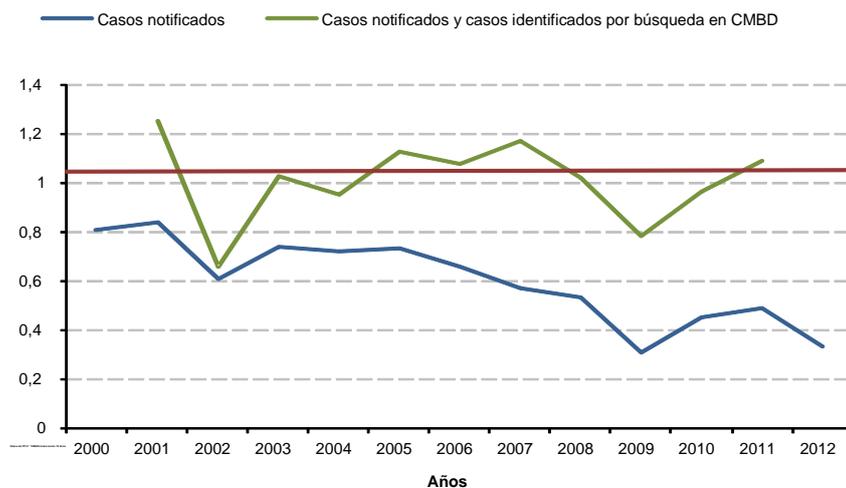
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

Sólo dos comunidades (Aragón y Murcia) alcanzaron la tasa esperada de 1 caso de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 años, ocho comunidades notificaron menos casos de los esperados y diez no notificaron ningún caso.

La tasa óptima de detección de PFA propuesta por la OMS se podría haber alcanzado si el sistema de vigilancia hubiera captado oportunamente los casos que posteriormente se han detectado en la búsqueda activa retrospectiva. Se han identificado 54 casos de PFA en búsqueda activa en el CMBD del año 2011 con lo que la tasa de PFA en ese año pasaría de 0,49 a 1,25 casos por 100.000 menores de 15 años, superando el objetivo de sensibilidad establecido por la OMS en 1 por 100.000 (Gráfico 1).

Gráfico 1

Incidencia anual de casos notificados de PFA. España, años 2000-2012



Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

En cuanto a la distribución de casos por sexo, 15 casos (65%) son hombres y 8 casos (35%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 6 años (DE: 3,9). Los grupos de edad en los que aparecieron más casos fueron el de 1 a 4 años y el de 5 a 9 años (39,1% del total cada uno).

Todos los casos estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inactivada (VPI).

El 87% de los casos presentaron parálisis espinal y en dos casos (13%) el tipo de afectación fue tanto espinal como bulbar. En el 52,2% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores y en otro 34,8% sólo se afectaron los miembros inferiores. La progresión rápida de la parálisis se presentó en 15 casos (65%) y en 5 casos (22%) la progresión fue lenta. Se detectó asimetría en 4 casos (17,4%). En la revisión a los 60-90 días, 5 casos (21,7%) presentan parálisis residual. El diagnóstico definitivo fue de síndrome de Guillain-Barré / polirradiculoneuritis / Síndrome de Landry en el 87% de los casos.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA Y EN EL MUNDO

La primera reintroducción del poliovirus en Europa después de obtener el certificado “libre de polio” sucedió en 2010 con un brote de poliomiélitis en Tayikistán, en el extremo suroriental de Europa, con 479 casos de poliomiélitis y 29 muertes. Se identificó un poliovirus salvaje tipo 1 (PSV1) relacionado genéticamente con poliovirus que circulan en Uttar Pradesh, India. Otros tres países del entorno geográfico de Tayikistán - Kazajistán, Federación Rusa y Turkmenistán- se infectaron con polio. La transmisión quedó interrumpida en los 8 meses posteriores a la introducción, por lo que la Región Europea no ha necesitado someterse a un proceso de recertificación.

En octubre de 2013 se produjo en Siria un brote con 10 casos de polio por PSV1. Este hallazgo supone la primera detección del PSV1 en el país desde que se aisló por última vez en 1999. Los casos se dieron en menores de 2 años que no estaban vacunados o no habían completado la primovacunación. Las coberturas de vacunación estimadas han descendido en el país desde el 91% en 2010 hasta el 68% en 2012, debido principalmente al conflicto bélico que padecen. También en octubre de 2013, en Camerún se notificaron 4 casos, primeros casos por PSV1 desde el año 2009.

Además la evidencia de la reintroducción y circulación de poliovirus salvaje en Israel, detectado en aguas residuales y en muestras de heces de población sana de la zona afectada (4,4% de las muestras de heces positivas) con aislamiento de PVS1, cepa relacionada con la circulante en Pakistán.

El Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio, recuerda a los estados miembros que persiste:

- Riesgo de una importación de poliovirus salvaje.
- Riesgo de emergencia por un poliovirus derivado de la vacuna en los países donde todavía se administra vacuna oral.

Y en la última evaluación de riesgo para Europa, presentada en el informe de 2013, se estimó que cuatro países de la región (Bosnia Herzegovina, Georgia, Rumania y Ucrania) presentan un alto riesgo de transmisión de poliovirus tras una importación. De los países restantes, en 19 se considera el riesgo como intermedio y en 30 (entre los que se incluyó España) como bajo.

Se recomienda: Evaluar las coberturas de vacunación a nivel local con especial énfasis en la identificación de bolsas de población susceptibles. Reforzar los Sistemas de Vigilancia de la PFA en menores de 15 años. Y evaluar la pertinencia de una vigilancia ambiental.

En los últimos años la cifra total de casos de polio en el mundo ha ido descendiendo (Tabla 2), aunque esta cifra ha aumentado en 2013, debido a un brote en Somalia notificado en mayo de 2013 que ha causado 203 casos en tres países del Cuerno de África (Somalia, Kenia y Etiopía) y los casos registrados en Siria y Camerún (Gráfico 2).

Tabla 2. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomiélitis en las regiones de la OMS. Años 2009 – 2012

Regiones de la OMS	2009		2010		2011		2012	
	Tasas PFA	Casos Polio						
Africana	3.9	691	4.9	657	4.4	389	4.8	128
Americana	1.1	0	1.1	0	1.0	0	1.0	0
Mediterráneo Este	4.3	172	5.0	169	5.7	295	5.2	95
Europea	0.9	0	1.2	478	1.3	0	1.3	0
Sudeste Asiático	8.4	741	10.2	48	12.1	1	12.2	0
Pacífico Oeste	1.5	0	1.7	0	2.0	21	2.1	0
Total Global	4.9	1604	5.3	1352	5.9	650	6.0	223

Fuente: OMS. WER (19/04/2013)

Gráfico 2.
Número de casos de poliomielitis por países a 31 de diciembre de 2013

Wild Poliovirus 2008 - 2013

Country or territory ³	Wild virus confirmed cases								Wild virus reported from other sources ²										
	Total						01 Jan - 31 Dec ¹	Date of most recent type 3	Date of most recent type 1	Total					Date of most recent virus				
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013					
Israel	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA					171	22-Dec-13				
Pakistan	117	89	144	198	58	83	58	83	18-Apr-12	12-Dec-13				18	79	142	89	53	26-Nov-13
Afghanistan	31	38	25	80	37	35	35	11	11-Apr-10	12-Nov-13	2								27-Jul-09
Cameroon	0	3	0	0	0	0	0	4	15-Oct-09	30-Oct-13									
Somalia	0	0	0	0	0	0	0	183	NA	09-Oct-13									
Nigeria	798	388	21	62	122	119	51	10-Nov-12	08-Oct-13			1	15	3					29-Apr-13
Syria	0	0	0	0	0	0	0	17	NA	08-Oct-13									
Ethiopia	3	0	0	0	0	0	0	6	NA	19-Sep-13									
West Bank and Gaza	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	NA								3	20-Aug-13
Kenya	0	19	0	1	0	0	0	14	NA	14-Jul-13									
Egypt	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	03-May-04	2		1	2					06-Dec-12
Niger	12	15	2	5	1	1	0	0	19-Jan-11	15-Nov-12									
Chad	37	64	26	132	5	5	0	0	10-Mar-11	14-Jun-12									
DRC	5	3	100	93	0	0	0	0	24-Jun-09	20-Dec-11									
CAR	3	14	0	4	0	0	0	0	09-Aug-09	08-Dec-11									
China	0	0	0	21	0	0	0	0	NA	09-Oct-11									
Guinea	0	42	0	3	0	0	0	0	03-Aug-11	03-Nov-09									
Côte d'Ivoire	1	26	0	36	0	0	0	0	24-Jul-11	06-Aug-09									
Angola	29	29	33	5	0	0	0	0	17-Nov-08	07-Jul-11									
Mali	1	2	4	7	0	0	0	0	23-Jun-11	01-May-10									
Congo ⁴	0	0	441	1	0	0	0	0	NA	22-Jan-11									
Gabon	0	0	0	1	0	0	0	0	NA	15-Jan-11									
India ⁵	559	741	42	1	0	0	0	0	22-Oct-10	13-Jan-11	33	2	19						10-Nov-10
Uganda	0	8	4	0	0	0	0	0	NA	15-Nov-10									
Russian Federation	0	0	14	0	0	0	0	0	NA	25-Sep-10									
Liberia	0	11	2	0	0	0	0	0	NA	08-Sep-10									
Nepal	6	0	6	0	0	0	0	0	15-Oct-08	30-Aug-10			1						12-Jul-10
Kazakhstan	0	0	1	0	0	0	0	0	NA	12-Aug-10									
Tajikistan	0	0	460	0	0	0	0	0	NA	04-Jul-10									
Turkmenistan	0	0	3	0	0	0	0	0	NA	28-Jun-10									
Senegal	0	0	18	0	0	0	0	0	NA	30-Apr-10									
Mauritania	0	13	5	0	0	0	0	0	NA	28-Apr-10									
Sierra Leone	0	11	1	0	0	0	0	0	NA	28-Feb-10									
Burkina Faso	6	15	0	0	0	0	0	0	NA	25-Oct-09									
Burundi	0	2	0	0	0	0	0	0	NA	12-Sep-09									
Sudan	26	45	0	0	0	0	0	0	16-Dec-08	27-Jun-09	1								09-Jan-09
Benin	6	20	0	0	0	0	0	0	01-Dec-08	19-Apr-09									
Togo	3	6	0	0	0	0	0	0	NA	28-Mar-09									
Ghana	8	0	0	0	0	0	0	0	NA	08-Nov-08									
Total	1651	1604	1352	650	223	218	369				35	23	100	143	106	230			
Total wild virus type 1⁶	976	462	1265	583	202	197	369												
Total wild virus type 3	675	1122	87	67	21	21	0												
Tot. in endemic countries	1505	1256	232	341	217	212	145												
Tot. in non-end countries	146	348	1120	309	6	6	224												
No. of countries	18	23	20	16	5	5	8												
No. of endemic countries	4	4	4	4	3														

Countries in yellow are endemic. Countries in pale yellow are considered to have active transmission (i.e. within the previous 6 months) of an imported poliovirus.
¹Data in WHO HQ on 01 January 2013 for 2012 data and 31 Dec 2013 for 2013 data. ²Wild viruses from environmental samples, contacts and other non-AFP sources. ³All cases, except those occurring in endemic countries, are importation related. ⁴The 2010 total includes cases with inadequate specimens that were exceptionally classified as confirmed polio based on their association with the WPV1 outbreak. ⁵As of 28 February 2012, India is no longer considered to be a polio-endemic country. ⁶Includes 1 case in 2012, 3 in 2009 and 2 in 2008 with a mixture of WYV6 virus. NA- Most recent case had onset prior to 1999.

Data in WHO HQ as of 31 Dec 2013

Fuente: “The Global Polio Eradication Initiative”

Bibliografía

- Noemí López Perea, Javier Almazán Isla, Josefa Masa Calles. *Plan de Erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2012.* Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Agosto 2013.
- World Health Organization. *Global Polio Eradication initiative.* <http://www.polioeradication.org> , <http://www.who.int/immunization/en/>
- World Health Organization. *Number of polio cases reported globally* <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. *Detección de poliovirus salvaje tipo1 en muestras ambientales en Israel. Informe de situación y evaluación del riesgo para España (18 septiembre 2013).*



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Comunidad de Madrid. Año 2013, semanas 44 a 48 (del 28 de octubre al 1 de diciembre de 2013)

	Casos Semanas 44 a 48	Casos Acumulados Semanas 1 a 48	Tasas Semanas 44 a 48	Tasas Acumulados Semanas 1 a 48
Infecciones que causan meningitis				
Enfermedad meningocócica	6	38	0,1	0,6
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	1	8	0,0	0,1
Meningitis bacterianas, otras	4	49	0,1	0,8
Meningitis víricas	19	249	0,3	3,8
Enfermedad neumocócica invasora	42	344	0,6	5,3
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	10	69	0,2	1,1
Hepatitis B	10	41	0,2	0,6
Hepatitis víricas, otras	14	125	0,2	1,9
Enfermedades transmisión por alimentos				
Botulismo	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	2	18	0,0	0,3
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	4	0	0,1
Triquinosis	0	28	0	0,4
Enfermedades transmisión respiratoria				
Gripe	1.370	55.642	21,1	856,2
Legionelosis	9	70	0,1	1,1
Varicela	550	5.253	8,5	80,8
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección Gonocócica	31	608	0,5	9,4
Sífilis	53	638	0,8	9,8
Antropozoonosis				
Brucelosis	0	1	0,0	0,0
Leishmaniasis	6	71	0,1	1,1
Rabia	0	0	0	0
Enfermedades prevenibles inmunización				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	88	1.903	1,4	29,3
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	1	0	0,0
Sarampión	0	2	0	0,0
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	9	207	0,1	3,2
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	13	135	0,2	2,1
Peste	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0
Tuberculosis *				
Tuberculosis respiratoria*	51	608	0,8	9,4
Enfermedades notificadas por sistemas especiales				
Encefalopatía Espongiforme transmisible humana	0	7	0,0	0,1
Lepra	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0
Parálisis flácida aguda (<15 años)	0	1	0	0,1

* Según padrón continuo del año 2012, población Comunidad de Madrid 6.498.560



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 44 a 48 (del 28 de octubre al 1 de diciembre de 2013)

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 2013. Semanas 44-48

Lugar de consumo	Año 2013						Año 2012		
	Semanas 44-48			Semanas 1-48			Semanas 1-48		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	2	55	0	6	352	0	15	1788	22
Restaurantes, bares y similares	2	5	0	33	248	20	30	393	8
Domicilios	4	25	5	25	160	27	42	253	60
Residencias no geriátricas	0	0	0	5	129	6	0	0	0
Centros geriátricos	0	0	0	2	81	0	5	242	3
Otros lugares	0	0	0	4	33	0	0	0	0
Comedores de empresa	0	0	0	1	27	0	0	0	0
Total	8	85	5	76	1030	53	92	2676	93

Brotes de origen no alimentario. Año 2013. Semanas 44-48

Tipo de brote*	Año 2013						Año 2012		
	Semanas 44-48			Semanas 1-48			Semanas 44-48		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	3	53	0	23	660	6	30	1487	3
Conjuntivitis vírica	1	30	0	6	270	0	5	144	0
Parotiditis	0	0	0	30	183	2	11	60	2
Escabiosis	0	0	0	4	45	0	4	74	0
Tos ferina	1	5	0	7	22	5	3	9	0
Hepatitis A	0	0	0	6	18	4	4	12	2
Enf. de mano, pie y boca	0	0	0	2	17	0	4	29	0
Dermatofitosis	1	16	0	1	16	0	0	0	0
Escarlatina	1	10	0	2	12	0	8	49	1
Meningitis vírica	0	0	0	5	10	9	5	13	12
Molusco contagioso	0	0	0	1	3	0	2	9	0
Total	7	114	0	87	1256	26	76	1886	20

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2013, semanas 44 a 48
(Del 28 de octubre al 1 de diciembre de 2013)**

Esta sección incluye información mensual 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 112 médicos de atención primaria que atienden a unas 155.000 personas, (aproximadamente un 2,3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública.

http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630

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 71,29% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2013.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 48 de 2013.

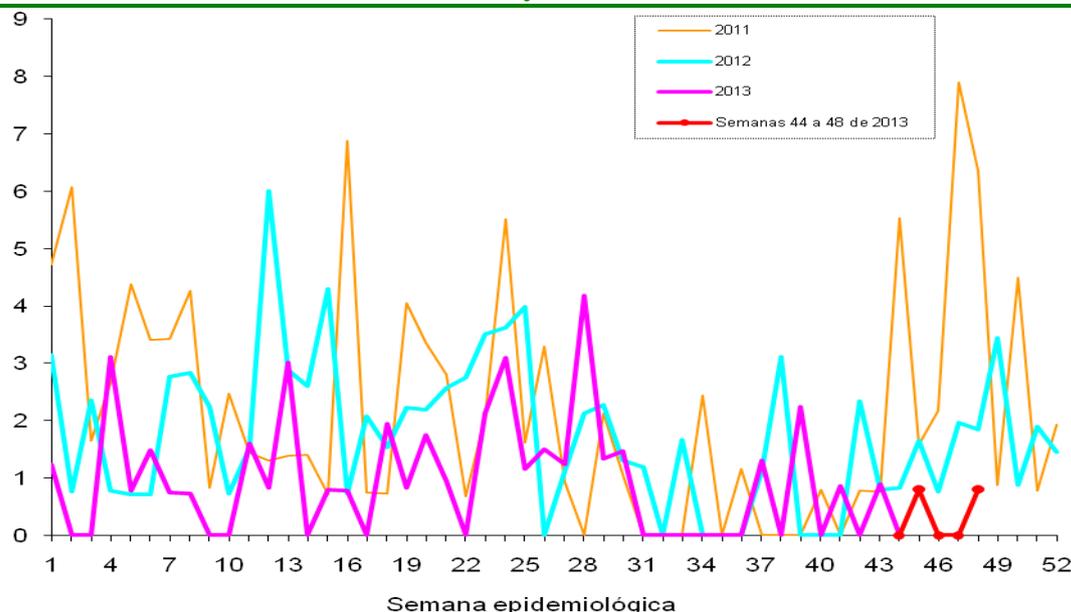
	Sem. 44 a 48 de 2013	Año 2013
Gripe*	59	102*
Varicela	2	50
Herpes zoster	34	247
Crisis asmáticas	106	688

* De la semana 40 de 2013 hasta la 20 de 2014

VARICELA

Durante las semanas 44 a 48 del año 2013 se han declarado 2 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 1,59 casos por 100.000 personas (IC 95%: -0,61 – 3,79). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela desde el año 2011 hasta la semana 43 de 2013.

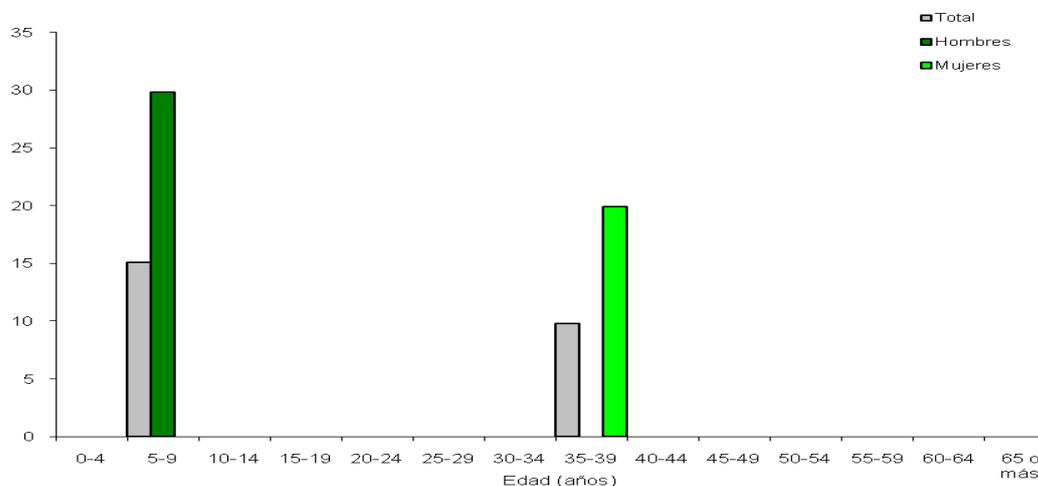
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2011-2013 y semanas 44 a 48 de 2013.



De los 2 casos notificados, uno era hombre y el otro mujer, con 4 y 15 años respectivamente. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

El caso de la mujer de 15 años estuvo expuesto a otro caso de varicela en el colegio, del otro caso se desconoce la fuente y el lugar de exposición.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 48 de 2013



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 34 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 44 a 48 de 2013, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 26,99 por 100.000 habitantes (IC 95%: 17,92 – 36,06). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2011 hasta la semana 48 de 2013. El 76,5% de los casos se dio en mujeres (26 casos). La mediana de edad fue de 60 años con un mínimo de 5 y un máximo de 97 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 2011-2013 y semanas 44 a 48 de 2013.

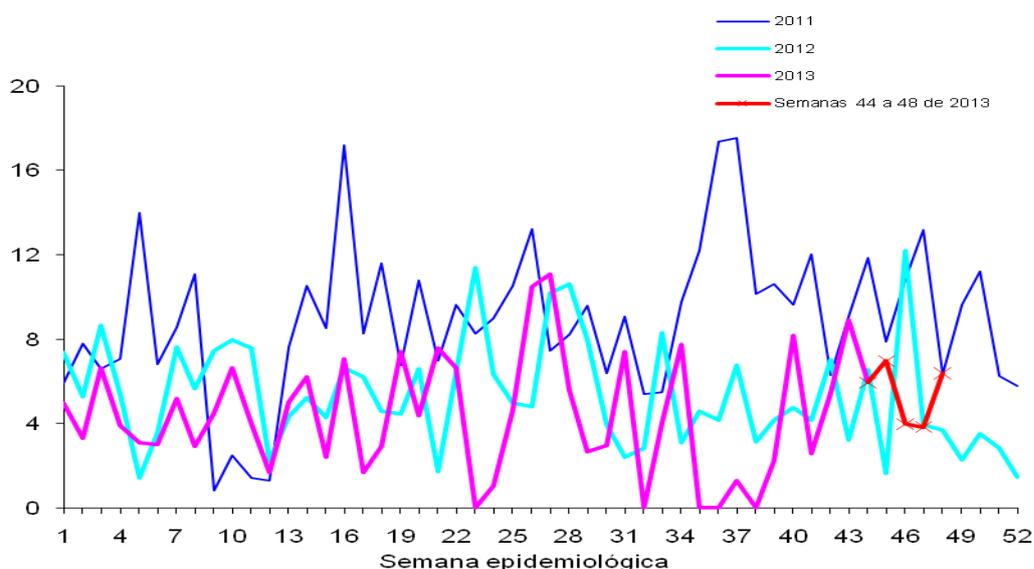
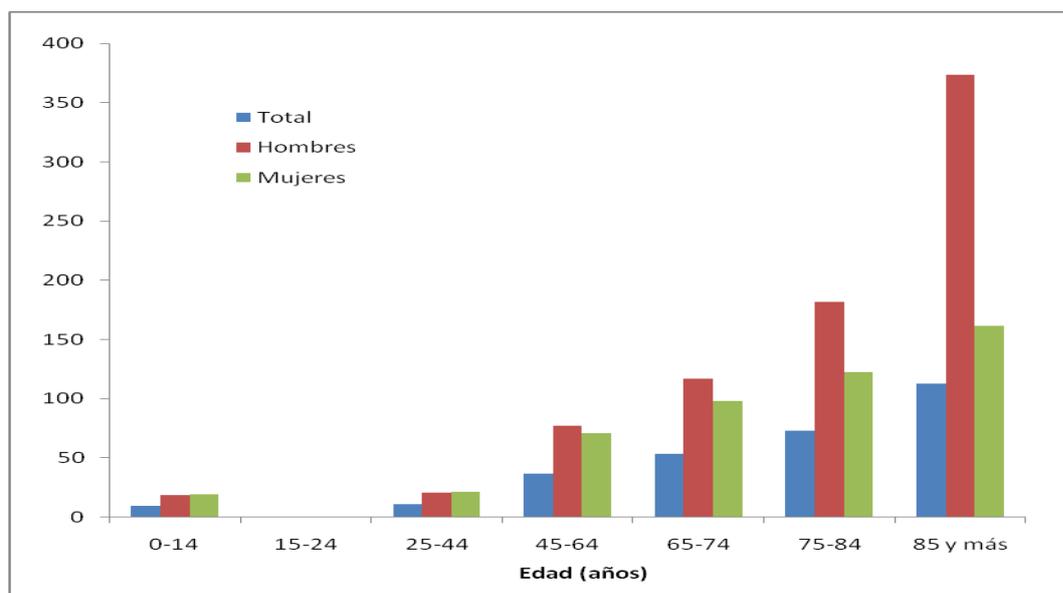


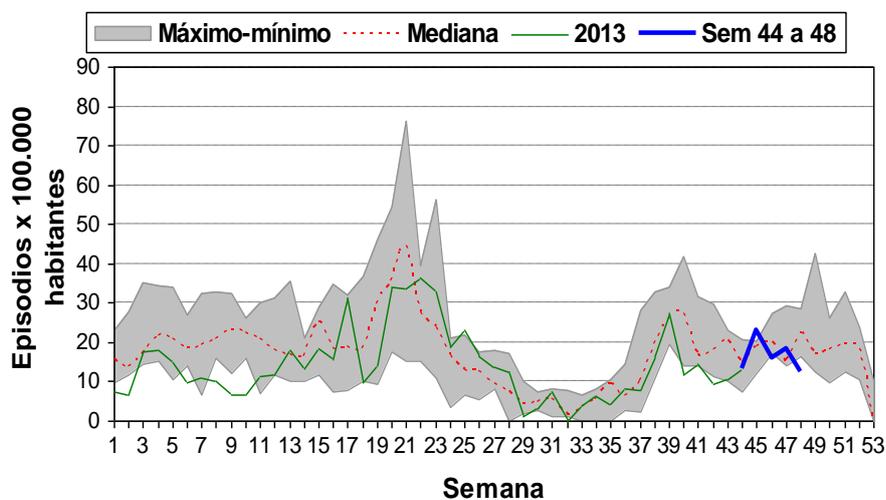
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 48 de 2013

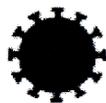


CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 44 a 48 de 2013 la Red de Médicos Centinela notificó un total de 106 episodios de asma (32 corresponden a médicos de familia y 74 a pediatras). Se representan los episodios atendidos semanales por 100.000 habitantes, junto con el canal epidémico formado por los valores semanales máximo, mínimo y mediana de los últimos 5 años. La incidencia se mantiene dentro de los valores habituales en estas fechas.

Episodios atendidos de asma. Año 2013
 Red de médicos centinela. Semanas 44 a 48





VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH, NOVIEMBRE 2013.

Desde el año 2007 hasta el 31 de octubre de 2013 se han notificado 6.653 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 83,7% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,6). El 46,4% habían nacido fuera de España. Un 3,3% (218) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico de infección VIH.

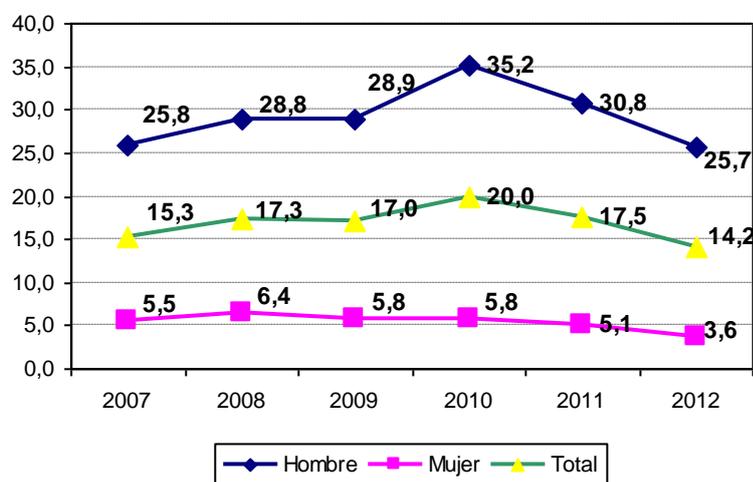


Tabla 1. Diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico.

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
2007	760	81,5	173	18,5	933
2008	875	80,9	207	19,1	1082
2009	893	82,4	191	17,6	1084
2010	1100	85,1	192	14,9	1292
2011	966	85,0	170	15,0	1136
2012*	805	86,9	121	13,1	926
2013*	170	85,0	30	15,0	200
Total	5569	83,7	1084	16,3	6653

* Años no consolidados

* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.
Año 2012 no consolidado

Tabla 2. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo.

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
UDI	155	4,8	71	3,0	41	12,7	7	0,9
HSH	2497	77,1	1581	67,9				
HTX	311	9,6	521	22,4	248	76,8	737	96,8
Otros	8	0,2	10	0,4	15	4,6	8	1,1
Desconocido/N.C.	269	8,3	146	6,3	19	5,9	9	1,2
Total	3240	100,0	2329	100,0	323	100,0	761	100,0

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

Diagnóstico tardío

El 17,9% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 15,7% en autóctonos y del 20,5% en foráneos.

Tabla 3. Porcentaje de retraso en el diagnóstico y mediana de linfocitos CD4 por año de diagnóstico.

	N	Infecciones agudas y recientes	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/μl)	RD (<350 células/μl)	<500 células/μl
2007	753	2	340	31,5	51,4	70,9
2008	914	7	359	28,6	48,0	68,6
2009	935	14	367	29,1	47,4	65,8
2010	1076	9	400	24,7	42,4	61,8
2011	974	18	382	27,2	45,7	64,5
2012	812	28	420	24,9	40,4	59,4
2013	176	15	387	27,8	46,6	64,8
07-13	5640	93	380 (RI: 180-595)	27,5	45,7	65,0

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 5.640 nuevos diagnósticos (84,8%).

La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

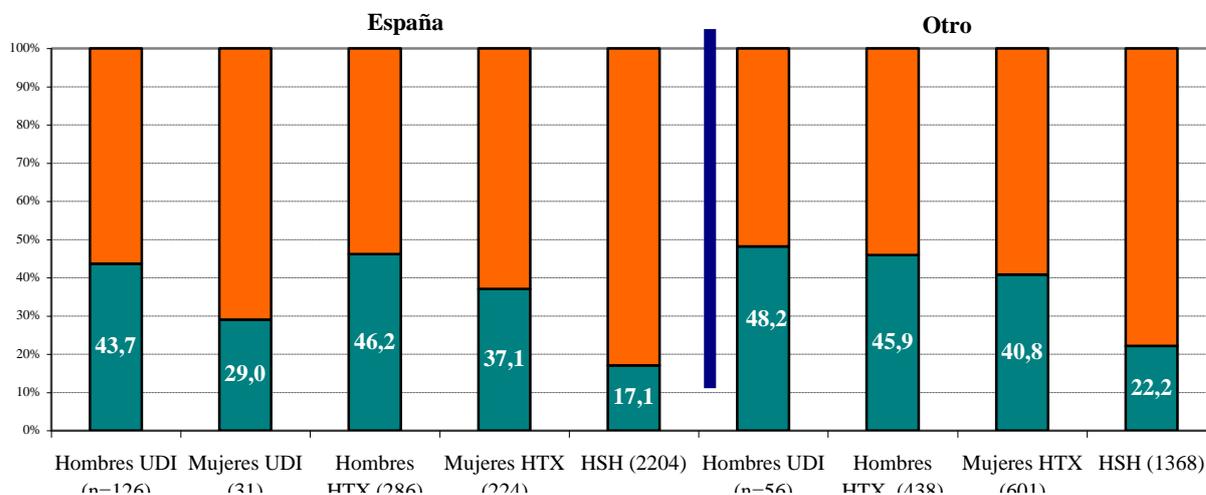
PEA: Presentación con enfermedad avanzada, RD: Retraso diagnóstico.

Tabla 4. Porcentaje de retraso en el diagnóstico de infección por VIH.

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4)
Sexo	Hombre (n=4749)	25,4%	43,4%	63,2%
	Mujer (891)	38,9%	58,5%	74,6%
Edad al diagnóstico de VIH	13-19 años (81)	9,9%	22,2%	40,7%
	20-29 (1680)	15,8%	34,6%	56,4%
	30-39 (2124)	27,0%	45,5%	64,9%
	40-49 (1167)	37,8%	55,4%	72,9%
	>49 años (564)	46,3%	63,7%	79,1%
Mecanismo de transmisión	UDI (217)	41,9%	60,4%	71,9%
	HTX (1549)	42,7%	61,8%	77,6%
	HSH (3572)	19,1%	37,0%	58,3%
País origen de	España (3069)	23,9%	40,6%	60,0%
	Otros: (2571)	31,8%	51,9%	70,9%
	1. Europa Occidental (219)	16,0%	33,3%	58,4%
	2. Europa Oriental (192)	34,9%	47,9%	59,9%
	3. América Latina y Caribe (1593)	30,6%	51,3%	71,2%
	4. África Subsahariana (449)	41,2%	63,9%	81,1%
5. Norte de África y Oriente Medio (54)	40,7%	61,1%	72,2%	

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

Gráfico 2. Porcentaje de casos con presentación con enfermedad avanzada de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.



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

(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico. Hay 4 mujeres foráneas UDI, todas con más de 200 CD4 al diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. Noviembre 2013.

Casos de sida. 2007-2013		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	310	76,9	93	23,1
	2008	310	73,6	111	26,4
	2009	300	77,1	89	22,9
	2010	266	75,6	86	24,4
	2011	237	79,3	62	20,7
	2012*	179	75,2	59	24,8
	2013*	52	73,2	19	26,8
	07-13	1654	76,1	519	23,9
Edad media (años)		41,5 ± 10,4		39,2 ± 9,5	
País de origen		España: 65,1%		España: 53,9%	
Mecanismo transmisión		HSH: 41,7%		HTX: 67,8%	

Fallecidos con infección VIH. 2007-2013		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	256	79,5	66	20,5
	2008	274	78,5	75	21,5
	2009	210	77,2	62	22,8
	2010	226	79,9	57	20,1
	2011	230	83,6	45	16,4
	2012*	168	77,8	48	22,2
	2013*	44	73,3	16	26,7
	07-13	1408	79,2	369	20,8
Edad media (años)		47,8 ± 9,6		44,8 ± 9,6	
País de origen		España: 91,1%		España: 85,9%	
Mecanismo transmisión		UDI: 67,0%		UDI: 62,9%	

* Años no consolidados.



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/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta. 28035 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=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1156329914017