



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO de la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 4. Volumen 22. Abril 2016

INFORMES:

- **Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2015.**
- **Situación epidemiológica de la infección por virus de la hepatitis A. Comunidad de Madrid, 1998 – 2015.**



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
www.madrid.org/boletinepidemiologico

Coordina:

Servicio de Epidemiología
C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta
28035 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org

Edición: Diciembre 2016

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

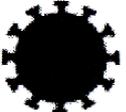
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 4.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 4. Volumen 22. Abril 2016

ÍNDICE

	<i>Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2015.</i>	5
	<i>Situación epidemiológica de la infección por virus de la hepatitis A. Comunidad de Madrid, 1998 – 2015.</i>	25
	<i>EDO. Semanas 14 a 17 (del 4 de abril de 2016 al 1 de mayo de 2016).</i>	36
	<i>Brotos Epidémicos. Semanas 14 a 17, 2016.</i>	37
	<i>Red de Médicos Centinela, semanas 14 a 17, 2016.</i>	38
	<i>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, abril 2016.</i>	42



INFORME:

INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS

COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2015

ÍNDICE

▪ RESUMEN	6
▪ INTRODUCCIÓN	7
▪ OBJETIVOS	8
▪ MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
▪ RESULTADOS	9
1.- DATOS GLOBALES	9
2.- ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	10
3.- ENFERMEDAD INVASORA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	14
4.- LISTERIOSIS	15
5.- OTRAS MENINGITIS BACTERIANAS	15
6.- MENINGITIS VÍRICA.....	16
7.- COMPARACIÓN CON EL AÑO 2014.....	19
▪ DISCUSIÓN	20
▪ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	22
▪ BIBLIOGRAFÍA	23

RESUMEN

Antecedentes: Las meningitis infecciosas son procesos de gran relevancia sanitaria y social debido a que afectan fundamentalmente a niños previamente sanos, y presentan una importante gravedad y letalidad. Algunas de estas enfermedades están incluidas en el calendario vacunal.

Objetivos: Describir la incidencia y letalidad de las infecciones que causan meningitis, notificadas en la Comunidad de Madrid en el año 2015. Comparar dicha incidencia con la observada en el año anterior.

Material y métodos: Se calculan tasas de incidencia por 100.000 habitantes brutas, específicas por sexo y grupo de edad. Se compara la incidencia del año 2015 con la del año anterior mediante el riesgo relativo (RR).

Resultados: En el año 2015 la incidencia de enfermedad meningocócica fue de 0,73 casos por 100.000 habitantes, la de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* de 0,39 casos por 100.000 habitantes; la de la meningitis vírica de 4,15 casos por 100.000 habitantes; la del grupo de otras meningitis bacterianas de 0,78 casos por 100.000 habitantes en este grupo, desde el 2015, no se incluye la enfermedad por *Listeria monocytogenes*, que se vigila como rúbrica específica, y cuya incidencia fue de 0,34 casos por 100.000 habitantes. Salvo en la listeriosis, el grupo de edad más afectado por estos procesos ha sido el de los menores de 5 años. Se han producido fallecimientos en todos los grupos de meningitis, siendo la letalidad más elevada para la enfermedad meningocócica (letalidad 12,77%), le sigue la enfermedad invasiva por *H. Influenzae* (12,00%), otras meningitis bacterianas 10,00%, *listeria monocytogenes* 9,09% y meningitis víricas 1,12%. La forma clínica en los casos fatales ha sido en la mayoría de los casos sepsis. En el año 2015 se han notificado dos fallos vacunales en enfermedad meningocócica de serogrupo C. No se ha registrado ningún caso coprimario ni secundario. Con respecto a la enfermedad por *Haemophilus influenzae b*, no se han presentado casos en niños. Se han notificado 8 brotes de meningitis víricas (5 familiares y 3 en colectivos escolares) con 18 casos en total. Al comparar con el año anterior se ha observado un aumento de la incidencia de todos los grupos de meningitis.

Conclusiones: Este grupo de patologías son endémicas en nuestro medio, mostrando ciertas oscilaciones en su incidencia y letalidad. La patología más frecuente ha sido la meningitis vírica y la que ha presentado la mayor letalidad la enfermedad meningocócica. La notificación urgente de las enfermedades que cuentan con medidas de intervención sobre los contactos cercanos permite realizar una actuación oportuna y evitar los casos secundarios.

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid se incluyen entre las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) un grupo de enfermedades infecciosas transmisibles que se analizan de forma conjunta porque todas ellas producen meningitis. Estas enfermedades son: la enfermedad meningocócica, la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, la listeriosis, la enfermedad neumocócica invasora, el grupo de otras meningitis bacterianas y la meningitis vírica. Para algunas de estas enfermedades se dispone de vacunación. Además para la enfermedad meningocócica y la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* se dispone de otra medida de salud pública, como es la administración de quimioprofilaxis para evitar la aparición de casos secundarios.

Los virus constituyen la principal causa del síndrome de meningitis aséptica aguda. En la actualidad los enterovirus son la principal causa reconocible del síndrome de meningitis aséptica, siendo responsable del 85-95% de los casos en los que se identifica un agente patógeno. Los enterovirus presentan una distribución mundial. En los climas templados muestran un claro patrón estacional en verano y otoño, mientras que en las zonas tropicales y subtropicales presentan una elevada incidencia durante todo el año.

En nuestro medio los principales patógenos causantes de meningitis bacterianas son *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) y *Neisseria meningitidis* (meningococo). La enfermedad meningocócica invasora, se puede presentar también en forma de sepsis, bacteriemia (meningococemia), neumonía, artritis séptica, pericarditis e infección pélvica; algunas de ellas muy raras. La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* además de meningitis se puede presentar en forma de sepsis, epiglotitis, neumonía, artritis séptica, celulitis, pericarditis, empiema y osteomielitis; si bien estas formas son menos frecuentes.

En el 2015 con la modificación de la normativa nacional publicada en marzo de ese año, donde se amplía la lista de enfermedades EDO, la listeriosis deja de pertenecer al grupo de “otras meningitis bacterianas” y pasa a ser rúbrica independiente. Esto es importante tenerlo en cuenta a la hora de la comparación de la incidencia de “otras meningitis bacterianas” del 2015 con los datos históricos. La listeriosis suele aparecer en forma de casos esporádicos, y su interés epidemiológico radica en la posibilidad de transmisión vertical y en la aparición, en los últimos años, de algunos brotes importantes de transmisión alimentaria. Habitualmente, se manifiesta como un cuadro febril leve, pero puede causar meningoencefalitis, septicemia o ambos en neonatos y adultos y aborto en las mujeres embarazadas.

Como se ha comentado para algunas de estas enfermedades se cuenta con vacunación. Frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C la pauta establecida en enero del 2014 fue de cuatro dosis a los 2, 4 y 12 meses y una dosis a los 12 años.

En enero del 2013 se autorizó en la Unión Europea la vacuna de cuatro componentes frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B (4CMenB), Bexsero®. En España, esta vacuna ha sido de uso hospitalario hasta el 1 de octubre de 2015 en que se modificó su clasificación pasando a ser de prescripción médica no restringida. Así mismo, la Comisión de Salud Pública ha definido su indicación en determinados grupos de población con mayor riesgo de sufrir la enfermedad ante la infección y como medida de intervención ante la aparición de casos y brotes en la población.

Las recomendaciones de salud pública ante la detección de un caso de enfermedad meningocócica tratan de evitar la aparición de casos secundarios eliminando el patógeno de los portadores sanos que se encuentren en el entorno del caso, e inhibir la colonización de los contactos susceptibles de adquirir la infección. En los casos producidos por meningococos de serogrupos vacunables se recomienda también la vacunación a los contactos íntimos. La definición de contacto íntimo es independiente de la edad, así como las recomendaciones de quimioprofilaxis antibiótica y vacunación.

La vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b se incluyó en el calendario vacunal en octubre del año 1998, con una pauta de vacunación primaria basada en cuatro dosis, a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad. Las recomendaciones de salud pública ante la detección de un caso de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b incluyen la quimioprofilaxis antibiótica y la vacunación en colectivos de menores de 5 años

y en personas vulnerables (inmunodeprimidos o con asplenia funcional o anatómica) no vacunados o vacunados de forma incompleta. En los colectivos donde no haya menores de 5 años no vacunados, no es necesario realizar ninguna medida de intervención.

OBJETIVOS

Describir la incidencia y letalidad en el año 2015 de enfermedad meningocócica, enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, listeriosis, “otras meningitis bacterianas” y meningitis vírica. Comparar estos dos parámetros con los correspondientes a 2014. En el caso del grupo “otras meningitis bacterianas” hay que considerar que la listeriosis en 2015 se analiza de forma independiente.

No se incluye meningitis neumocócica ya que la información sobre esta enfermedad se presentará en el informe específico de enfermedad neumocócica invasora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado estimaciones de los siguientes indicadores:

Tasas de incidencia: Se calculan tasas brutas y específicas por sexo y grupos de edad, para las distintas enfermedades, según la fecha de inicio de síntomas. Las tasas se calculan por 100.000 habitantes. La población se obtiene del Padrón continuo de habitantes.

Riesgo relativo (RR): Se comparan las tasas de incidencia del año 2015 con las del año anterior, mediante el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Letalidad: Se compara la letalidad de las diferentes enfermedades, en los años 2015 y 2014, mediante el test de Chi cuadrado de Mantel y Haenszel.

Estado vacunal: Se determina la situación de vacunación y fallos vacunales para aquellas enfermedades sujetas a calendario vacunal infantil.

RESULTADOS

1.- DATOS GLOBALES

Incidencia y letalidad

La patología más frecuente ha sido la meningitis vírica con una incidencia de 4,15 casos por 100.000 habitantes y la que ha presentado la mayor letalidad ha sido la enfermedad meningocócica con una letalidad de 12,77% (Tabla 1).

Tabla 1.- Infecciones que causan meningitis. Incidencia y letalidad. Comunidad de Madrid. Año 2015

Enfermedad	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad (%)
Enfermedad meningocócica	47	0,73	6	12,77
Enfermedad invasora por <i>H. influenzae</i>	25	0,39	3	12,00
Listeriosis	22	0,34	2	9,09
Otras meningitis bacterianas	50	0,78	5	10,00
Meningitis vírica	267	4,15	3	1,12

Distribución por sexo y edad

La distribución por sexo se muestra en la tabla 2. La enfermedad meningocócica, la listeriosis, “otras meningitis bacterianas” y la meningitis vírica presentan una mayor incidencia en varones, con una razón de tasas hombre/mujer de 1,13, 1,09, 1,61 y 1,76 respectivamente. Sin embargo en el grupo de enfermedad invasora por *H. influenzae* la incidencia ha sido mayor en mujeres (razón de tasas de 0,71).

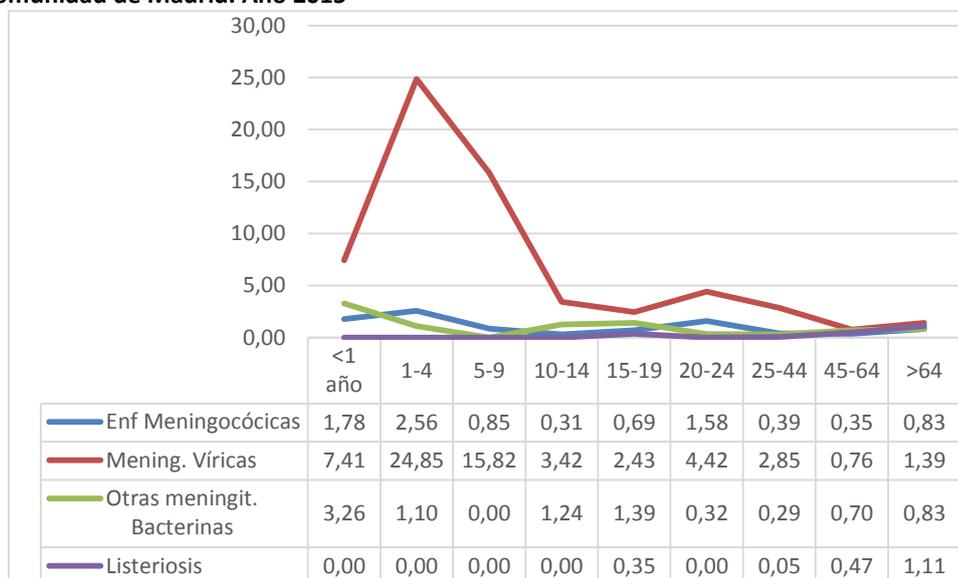
Tabla 2.- Infecciones que causan meningitis. Distribución por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2015

Diagnóstico	Hombre		Mujer	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Enfermedad meningocócica	24	0,78	23	0,69
Enfermedad invasora por <i>H. influenzae</i>	10	0,32	15	0,45
Listeriosis	11	0,36	11	0,33
Otras meningitis bacterianas	30	0,97	20	0,60
Meningitis vírica	165	5,34	102	3,04

Estas patologías afectan preferentemente a pacientes de edades pediátricas salvo la listeriosis que afecta sobre todo a los mayores de 65 años y en la enfermedad invasora por *H. influenzae* (Tabla 3, Gráfico 1).

Tabla 3.- Infecciones que causan meningitis por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2015

Grupos de edad	Meningitis vírica			Enfermedad meningocócica			Otras meningitis bacterianas*			Enfermedad invasora por <i>H. influenzae</i>			<i>Listeria monocytogenes</i>		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	25	9,36	7,41	6	12,77	1,78	11	22,00	3,26	2	8,00	0,59	0	0,0	0,00
1-4	68	25,47	24,85	7	14,89	2,56	3	6,00	1,10	0	0,00	0,00	0	0,0	0,00
5-9	56	20,97	15,82	3	6,38	0,85	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,0	0,00
10-14	11	4,12	3,42	1	2,13	0,31	4	8,00	1,24	0	0,00	0,00	0	0,0	0,00
15-19	7	2,62	2,43	2	4,26	0,69	4	8,00	1,39	0	0,00	0,00	1	4,5	0,35
20-24	14	5,24	4,42	5	10,64	1,58	1	2,00	0,32	0	0,00	0,00	0	0,0	0,00
25-44	58	21,72	2,85	8	17,02	0,39	6	12,00	0,29	2	8,00	0,10	1	4,5	0,05
45-64	13	4,87	0,76	6	12,77	0,35	12	24,00	0,70	5	20,00	0,29	8	36,4	0,47
>64	15	5,62	1,39	9	19,15	0,83	9	18,00	0,83	16	64,00	1,48	12	54,5	1,11
Total	267	100,00	4,15	47	100,00	0,73	50	100,00	0,78	25	100,00	0,39	22	100,0	0,34

Gráfico 1.- Infecciones que causan meningitis. Incidencia por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2015

2.- ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Incidencia y letalidad

En el año 2015 se han registrado en la Comunidad de Madrid 47 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una incidencia de 0,73 casos por 100.000 habitantes. Se ha notificado el fallecimiento de 6 pacientes, por lo que la letalidad ha sido del 12,77% (tabla 1) y la mortalidad de un 0,09 por 100.000 habitantes. En la Gráfica 2 se presenta la incidencia anual del 2003 al 2015.

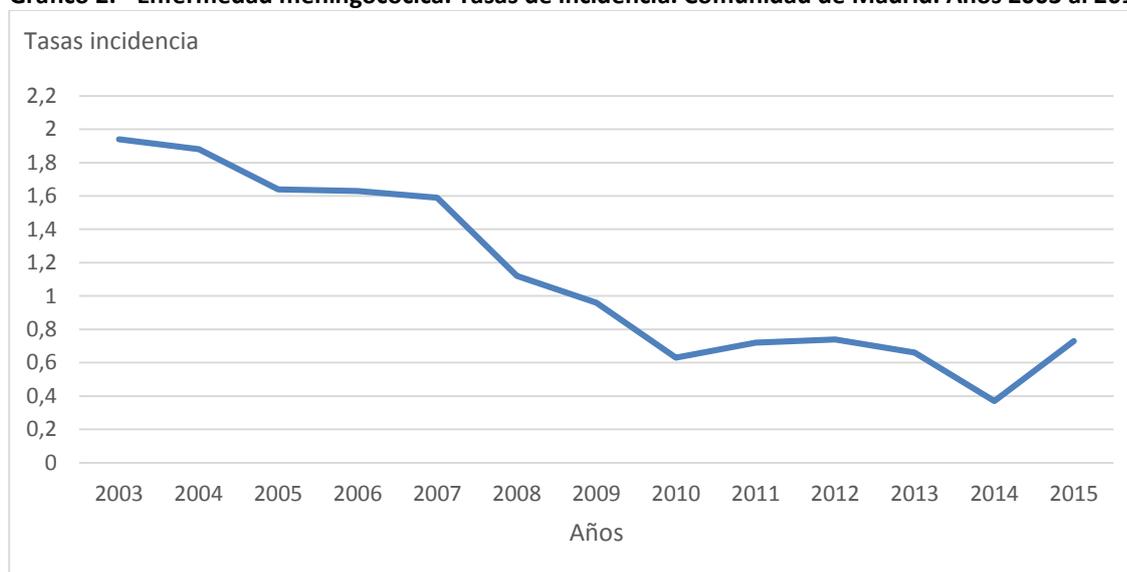
De los 47 casos de enfermedad meningocócica registrados, 41 (87,23%) se han confirmado lo que representa una tasa de 0,64 casos por 100.000 habitantes y el resto han sido sospechas clínicas (0,09 casos por 100.000 habitantes). El serogrupo B ha producido el 51,21% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 0,33 casos por 100.000 habitantes y el serogrupo C el 10,07%, con una incidencia de 0,11 casos por 100.000 habitantes. También se han notificado dos casos por serogrupo W135 (incidencia 0,03 casos por 100.000 habitantes) (tabla 4). Este año en el 26,82% de los casos confirmados no se ha determinado el serogrupo.

La letalidad para el total de casos confirmados ha sido de 14,63%, con tres fallecidos por el serogrupo B y tres sin serogrupo; entre las sospechas clínicas no ha habido ningún fallecido (Tabla 4).

Tabla 4.- Enfermedad meningocócica. Incidencia y letalidad. Comunidad de Madrid. Año 2015

	Casos	Tasas	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	21	0,33	3	14,29
Serogrupo C	7	0,11	0	0,00
Serogrupo W135	2	0,03	0	0,00
Serogrupo Y	0	0,00	0	0,00
Sin serogrupo	11	0,17	3	27,27
Total confirmados	41	0,64	6	14,63
Sospechas clínicas	6	0,09	0	0,00
Total	47	0,73	6	12,77

Gráfico 2.- Enfermedad meningocócica. Tasas de incidencia. Comunidad de Madrid. Años 2003 al 2015



Clasificación de caso

El 87,23% de los casos de enfermedad meningocócica se han confirmado mediante un diagnóstico microbiológico, siendo sospechas clínicas el 12,77% restante.

Distribución por sexo y edad

La enfermedad meningocócica ha sido más frecuente en hombres tanto a nivel global (tabla 2), como en los casos confirmados (éstos a expensas del serogrupo B), no siendo así en la proporción de las sospechas clínicas, razón de tasas hombre/mujer de casos confirmados, sospechas clínicas y total de enfermedad meningocócica 1,24, 0,50 y 1,13 respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5.- Enfermedad meningocócica. Distribución por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2015

	Hombre		Mujer	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Serogrupo B	12	0,39	9	0,27
Serogrupo C	4	0,13	3	0,09
Serogrupo Y	0	--	0	--
Serogrupo W135	1	0,03	1	0,03
Sin serogrupar	5	0,16	6	0,18
Total confirmados	22	0,71	19	0,57
Sospechas clínicas	2	0,07	4	0,12
Total de casos	24	0,78	23	0,69

La media de edad de los casos de enfermedad meningocócica ha sido de 31 años, siendo en varones 25,7 años y en mujeres 36,7 años.

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 27,7% de los casos. La mayor incidencia se observa en el grupo de edades de 1 a 4 años que presenta una incidencia de 2,56 casos por 100.000 habitantes, seguido por el grupo de menores de 1 año con 1,78 casos por 100.000 habitantes, (tabla 3 y gráfico 1), este grupo siempre ha tenido la mayor incidencia.

La distribución por edad muestra ciertas diferencias por serogrupo, así entre los casos debidos al serogrupo B los menores de 5 años presentan la mayor incidencia, en el serogrupo C la mayor incidencia se presenta entre los grupos de edad de 5 a 14 años. En cuanto a las sospechas clínicas la mayor incidencia se presenta en el grupo de 15 a 19 años (Tabla 6 y Gráfico 3).

Gráfico 3.- Enfermedad meningocócica. Incidencia por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2015

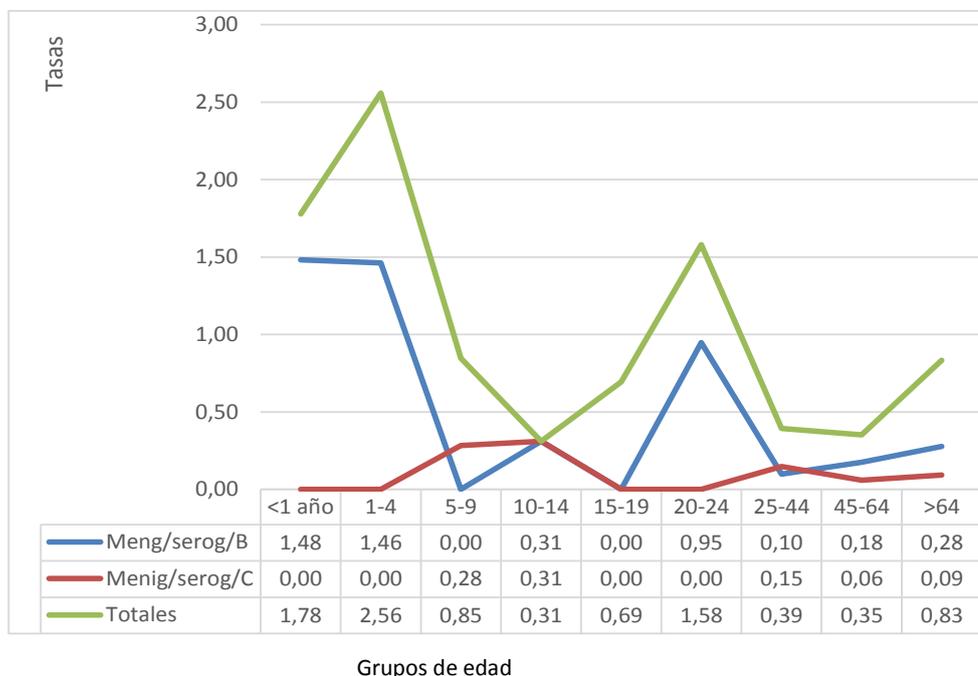


Tabla 6.- Enfermedad meningocócica por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2015

Grupos de edad	Serogrupo B			Serogrupo C			Sin serogrupar			Total confirmados			Sospechas clínicas		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	5	23,81	1,48	0	--	--	0	--	--	6	14,63	1,78	0	--	--
1-4	4	19,05	1,46	0	--	--	1	9,09	0,37	6	14,63	2,19	1	16,67	0,37
5-9	0	--	--	1	14,29	0,28	0	--	--	1	2,44	0,28	2	33,33	0,56
10-14	1	4,76	0,31	1	14,29	0,31	0	--	--	1	2,44	0,31	0	--	--
15-19	0	--	--	0	--	--	0	--	--	0	--	--	2	33,33	0,69
20-24	3	14,29	0,95	0	--	--	2	18,18	0,63	5	12,20	1,58	0	--	--
25-44	2	9,52	0,10	3	42,86	0,15	3	27,27	0,15	8	19,51	0,39	0	--	--
45-64	3	14,29	0,18	1	14,29	0,06	2	18,18	0,12	6	14,63	0,35	0	--	--
>64	3	14,29	0,28	1	14,29	0,09	3	27,27	0,28	8	19,51	0,74	1	16,67	0,09
Total	21	100,00	0,33	7	100,00	0,11	11	100,00	0,17	41	100,00	0,64	6	100,00	0,09

Forma clínica de presentación de la enfermedad

Las formas clínicas de presentación más frecuentes a nivel global han sido: sepsis (31,71%), meningitis (21,95%), meningitis + sepsis (17,07%) y meningococemia (14,63%). Esta distribución no difiere cuando se estudian los distintos serogrupos, así en los casos debidos al serogrupo B y en los casos sin agrupar se ha observado un predominio de sepsis y meningitis + sepsis. En los casos debidos a serogrupo C hubo la misma proporción (28,57%) para sepsis, meningitis y meningococemia. En los casos sin serogrupar hubo un 27,27% de sepsis.

La forma clínica de los casos letales han sido sepsis o sepsis + meningitis.

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 100% de los casos, que ha sido favorable en el 76,60% de ellos, cuatro han presentado secuelas (8,51%): dependencia física severa, necrosis de las extremidades, complicación en el tratamiento por enfermedad de Hodgkin y un caso insuficiencia renal. Y seis pacientes han fallecido (letalidad del 12,77%), por edad: un caso tenía 1 mes, otro caso 21 años y el resto eran mayores de 40 años.

Forma de presentación epidemiológica e intervención en salud pública

En el año 2015 no se ha registrado ningún caso asociado de enfermedad meningocócica, ni casos coprimarios ni secundarios.

Se dispone de información sobre la pertenencia a algún colectivo en el 93% de los casos de enfermedad meningocócica. De los 21 casos de enfermedad meningocócica que acudían a un colectivo, en 16 (76%) se consideró que estaba indicada la intervención de salud pública, realizándose en todos ellos, la intervención realizada consistió en información y educación sanitaria y recomendación de quimioprofilaxis antibiótica en todos y en cuatro casos también se recomendó la administración de vacunación frente a meningococo C.

Vacunación antimeningocócica

De los siete casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C registrados en el año 2015, dos fueron fallos vacunales. Se trataba de un niño de 3 años de edad y una niña de 9 años correctamente vacunados, las formas de presentación fueron en el niño meningitis y en la niña meningitis + sepsis, ambos con buena evolución.

3.- ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Incidencia y letalidad

En el año 2015 se han notificado en la Comunidad de Madrid 25 casos de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, lo que supone una incidencia de 0,39 casos por 100.000 habitantes. Se han registrado dos casos en menores de 5 años, pero no eran debido a *Haemophilus influenzae* tipo b, únicamente se ha registrado un caso por *Haemophilus influenzae* tipo b, en una mujer de 44 años, que no había recibido la vacuna frente a este serogrupo específico. Se han registrado tres fallecimientos por enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, tasa de mortalidad 0,05 casos por 100.000 habitantes; letalidad 12,00% (Tabla 1).

Clasificación del caso

El 92% de los casos han sido confirmados mediante aislamiento microbiológico, el resto (dos casos) por determinación de PCR. En un solo caso se ha identificado *Haemophilus influenzae* tipo b (incidencia 0,02 casos por 100.000 habitantes), el resto 24 casos como *Haemophilus influenzae* sp (no tipificables) (incidencia 0,37 casos por 100.000 habitantes).

Distribución por sexo y edad

Se han presentado 10 casos en varones (40,0%) con una incidencia de 0,32 casos por 100.000 habitantes y 15 casos en mujeres (60,0%) con una incidencia de 0,45 casos por 100.000 habitantes; razón de tasas hombre/mujer 0,72 (Tabla 2).

La media de edad de los casos ha sido de 66,8 años, siendo más bajo para los hombres (media para hombres 64 y 81 años para mujeres). El 8,00% (dos casos) eran menores de 1 año y el resto eran mayores de 43 años. La mayor incidencia se presenta en el grupo de mayores de 64 años (incidencia 1,48 casos por 100.000 habitantes) (Tabla 3).

Forma clínica de presentación de la enfermedad

La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* se ha presentado en forma clínica de sepsis en el 40% de los casos, neumonía en el 32 %, meningitis en el 24% y hubo un caso de apendicitis (4%). El único caso de *Haemophilus influenzae* b se presentó en forma clínica de sepsis.

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 100% de los casos, que ha sido favorable en el 80,00% de ellos, entre ellos el único caso de *Haemophilus influenzae* b. Dos han presentado secuelas (8,00%) la forma clínica de estos casos fue meningitis y la secuela en ambos hemiparesia. Y tres pacientes han fallecido (letalidad del 12,00%), la forma de presentación fue sepsis.

Forma de presentación epidemiológica e intervención en salud pública

Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

En cinco casos se ha realizado la intervención, ésta ha consistido en información y educación sanitaria y quimioprofilaxis. En un caso se realizó en el ámbito laboral, a cuatro personas. Y en los otros cuatro casos más, en el ámbito familiar.

Vacunación frente a *Haemophilus influenzae* tipo b

Este año se han presentado dos casos en menores de 1 año (correctamente vacunados), pero que no eran del subtipo b, por lo que no hubo ningún caso de fallo vacunal. El 68 % de los casos no estaba vacunado.

4.- LISTERIOSIS

Incidencia y letalidad

Esta enfermedad comienza a vigilarse de forma independiente desde 2015, con anterioridad estaba incluida en el grupo de "Otras meningitis bacterianas". En el 2015 se notificaron 22 infecciones por listeria incidencia 0,34 casos por 100.000 habitantes. El 22,80% de los casos presentaba factores de riesgo para la enfermedad. Se han registrado 2 fallecimientos por listeriosis tasa de mortalidad 0,03 casos por 100.000 habitantes; letalidad del 9,09 %, se trata de dos mujeres una de 64 años y otra de 46 años, sin factores de riesgo para la enfermedad.

Clasificación de caso

Todos los casos fueron confirmados

Distribución por sexo y edad

El 50% fueron varones y la distribución por edades se detalla en la tabla 3, donde destacan que el 95,5% de los casos eran mayores de 25 años y dentro de éstos 54,5% mayores de 64 años.

Forma clínica de presentación de la enfermedad

Las formas clínicas de presentación fueron: bacteriemia en el 40,91% (9 casos), meningitis en el 27,27% (6 casos), bacteriemia y meningitis en el 9,09% (2 casos) y desconocido en el 22,73% (5 casos).

5.- OTRAS MENINGITIS BACTERIANAS

Incidencia y letalidad

En el 2015 con la modificación de la normativa nacional publicada en marzo de ese año, donde se amplía la lista de enfermedades EDO, la listeriosis deja de pertenecer a este grupo se notifica como rúbrica específica. Esto es importante tenerlo en cuenta en la comparación de la incidencia de "otras meningitis bacterianas" del 2015 con los datos históricos.

En el año 2015 se han notificado 50 casos de "otras meningitis bacterianas", lo que supone una incidencia de 0,78 casos por 100.000 habitantes. El 54,00 % de estos pacientes presentaban antecedentes patológicos. Se han registrado cinco fallecimientos por este grupo de enfermedades, con una letalidad por tanto de un 10,00 % (tabla 1) y una mortalidad de un 0,08 por 100.000 habitantes.

Clasificación del caso

De los 50 casos notificados se han confirmado un 62,00 % (31 casos), siendo el resto sospechas clínicas.

Como agentes causales, los patógenos identificados han sido *Staphylococcus epidermidis* (8 casos), *Streptococcus agalactiae* (6 casos), bacilos Gram (-) (5 casos), *Enterococcus faecalis* (2 casos) y un caso de cada uno de los siguientes: *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus beta hemolítico*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus constellatus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus hominis*, *Serratia marcescens*, *Fusobacterium necrophorum*, *Pseudomona auriginosa* y *Cryptococcus neoformans*.

Distribución por edad y sexo

En el grupo de las meningitis bacterianas el 60% fueron hombres. La media de edad de los casos de fue de 36,0 años. La mayor incidencia se presenta en los menores de 1 año (3,26 casos por 100.000 habitantes), seguida por el grupo de 15 a 19 años (incidencia 1,39) (tabla 3 y gráfico 1).

Se han presentado 14 casos en menores de 5 años (25,5%), siendo el 85,7% (12 casos) confirmados. De los 14 casos 11, (78,5%) son menores de un año. Los patógenos identificados han sido: *Streptococcus agalactiae* (4 casos), *Staphylococcus epidermidis* (3 casos), *Enterococcus faecalis* (2 casos) y 1 caso de cada uno de los siguientes: *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens* y bacilos Gram (-) (Tabla 7).

Tabla 7.-Otras meningitis bacterianas. Distribución por grupos de edad de los microorganismos más frecuentes. Comunidad de Madrid. Año 2015

Grupos de edad	<i>Staphylococcus epidermidis</i>			<i>Streptococcus agalactiae</i>			Bacilos Gram (-)		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	2	25,0	0,59	4	66,7	1,19	1	20,0	0,30
1-4	1	12,5	0,37	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
5-9	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
10-14	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
15-19	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
20-24	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00	0	0,0	0,00
25-44	1	12,5	0,05	0	0,0	0,00	1	20,0	0,05
45-64	2	25,0	0,12	1	16,7	0,06	1	20,0	0,06
>64	2	25,0	0,19	1	16,7	0,09	2	40,0	0,19
Total	8	100,0	0,12	6	100,0	0,09	5	100,0	0,08

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 98,00% de los casos. Se ha notificado el fallecimiento de cinco pacientes (letalidad del 10,00%). Los pacientes fallecidos presentaban meningitis por *Staphylococcus epidermidis* (2 casos) y un caso de cada uno de los siguientes: *Streptococcus* beta hemolítico, *Serratia marcescens*, y *Pseudomona auriginosa*.

Forma de presentación epidemiológica e intervención en salud pública

Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

En dos casos se ha realizado la intervención, ésta ha consistido en información y educación sanitaria y se realizó en el ámbito familiar.

6.- MENINGITIS VÍRICA

Incidencia y letalidad

En el año 2015 en la Comunidad de Madrid se registraron 267 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 4,15 casos por 100.000 habitantes. Se han registrado tres fallecimientos por esta causa, con una letalidad por tanto de un 1,12 % (tabla 1) y una mortalidad de un 0,05 por 100.000 habitantes. Del total de casos de meningitis vírica 98 fueron por enterovirus, incidencia 1,52 casos por 100.000 habitantes.

La evolución temporal de los casos de meningitis vírica total y por enterovirus, se muestra en los gráficos 4 y 5 respectivamente. Se observa un patrón temporal con predominio de primavera y comienzos del verano, con la mayor incidencia en las semanas 19- 27 (meses de mayo y junio) en ambos casos.

Clasificación del caso

El 50,9 % de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas, confirmándose el 49,1%.

Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (36,7%), virus Herpes Zoster (5,6%), virus Herpes simples (3,4%), virus Echo (1,5%) y 0,4 % de los siguientes virus: Citomegalovirus, Virus JC, Virus BK, VIH y Virus de la Toscana.

Distribución por sexo y edad

La meningitis vírica muestra un predominio masculino (61,8%), con una incidencia en varones de 5,34 casos por 100.000 y de 3,04 casos por 100.000 en mujeres, razón de tasas 1,76 (tabla 2). En el caso de enterovirus también hay predominio masculino 68,36%, (razón de tasas 2,35).

La edad media de presentación de la enfermedad ha sido de 19 años. Esta enfermedad muestra un predominio en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de edad de 1 a 4 años (24,85 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de 5 a 9 años (15,82 casos por 100.000 habitantes) y el de menores de 1 año (7,41 casos por 100.000 habitantes), este grupo, años anteriores es el que presentaba la mayor incidencia. En el caso de enterovirus la media de edad es de 8 años, también el grupo de mayor incidencia es el de 1 a 4 años (13,52 casos por 100.000 habitantes) (tabla 9 y gráfico 1).

Evolución clínica

Se conoce la evolución en el 99,60% de los casos. El 97,8% han evolucionado hacia la curación, y dos casos han presentado secuelas. Las secuelas fueron: defectos campilométricos y crisis epilépticas, en dos hombres de 50 y 78 años respectivamente. Se han registrado el fallecimiento de tres casos: una niña de 9 años que presentó meningitis por Citomegalovirus, y dos hombres, uno de 54 años con infección por virus BK y otro de 63 años con sospecha de meningitis vírica, los tres eran inmunodeprimidos. En el caso de enterovirus se conoce la evolución en el 100% de los casos, todos han evolucionado hacia la curación

Tabla 9.- Número de casos por grupos de edad del total de meningitis víricas y meningitis producidas por enterovirus. Comunidad de Madrid. Año 2015

Grupos de edad	Meningitis víricas			Meningitis por enterovirus		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	25	9,36	7,41	16	16,33	4,74
1-4	68	25,47	24,85	37	37,76	13,52
5-9	56	20,97	15,82	22	22,45	6,21
10-14	11	4,12	3,42	7	7,14	2,18
15-19	7	2,62	2,43	2	2,04	0,69
20-24	14	5,24	4,42	3	3,06	0,95
25-44	58	21,72	2,85	11	11,22	0,54
45-64	13	4,87	0,76	0	0,00	0,00
>64	15	5,62	1,39	0	0,00	0,00
Total	267	100,00	4,15	98	100,00	1,52

Forma de presentación epidemiológica e intervención de Salud Pública

En el año 2015 se han notificado 8 brotes con un total 18 casos, 5 brotes familiares y 3 en colectivos escolares. Se ha realizado algún tipo de intervención por parte de Salud Pública en 14 casos; la mayoría ha requerido información y educación sanitaria.

El 52,4% de los casos tenían antecedente de vacunación frente a la parotiditis.

Gráfico 4. Distribución del nº de casos semanal de meningitis víricas. Comunidad de Madrid. Año 2015

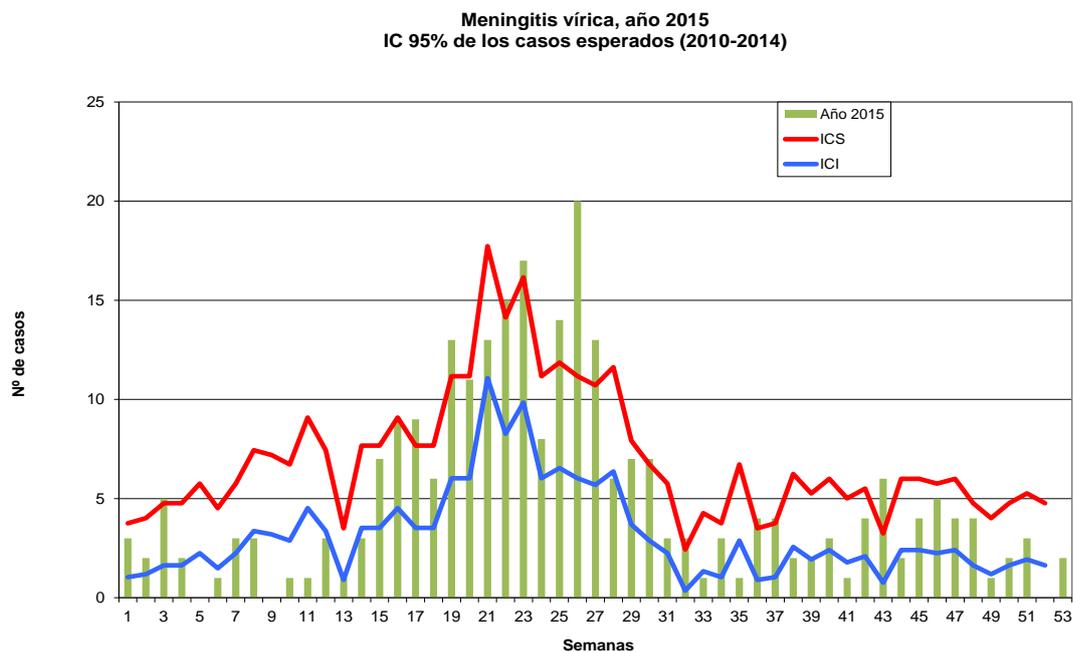
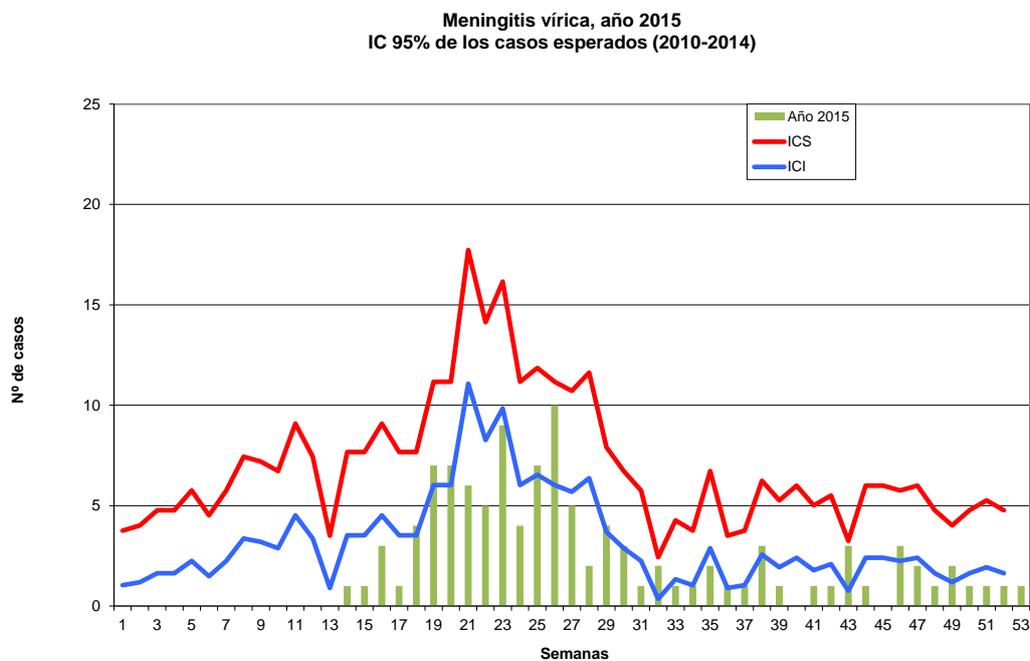


Gráfico 5. Distribución del nº de casos semanal de meningitis por enterovirus. Comunidad de Madrid. Año 2015



7.- COMPARACIÓN CON EL AÑO 2014

Los principales cambios observados al comparar la incidencia de las infecciones que causan meningitis en 2015 con el año 2014 ha sido el aumento de la incidencia en casi todos los grupos de meningitis: enfermedad meningocócica (RR=1,96), meningitis vírica (RR=2,05), enfermedad invasiva por *H. influenzae* (RR=1,39) (tabla 10). A nivel global en la enfermedad meningocócica destaca el aumento en la incidencia de todos los serogrupos notificados así como también de los casos sospechosos, respecto a la registrada en 2014 (tabla 11).

Tabla 10.- Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid. Incidencia en los años 2015 y 2014

Diagnóstico	2015		2014		RR (IC 95%)
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Meningitis vírica	267	4,15	130	2,01	2,05 (1,66-2,55)
Enfermedad meningocócica	47	0,73	24	0,37	1,96 (1,17-3,30)
Otras meningitis bacterianas*	50	0,85	57	0,88	0,96 (0,67-1,40)
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	25	0,39	18	0,28	1,39 (0,76-2,55)

* Hay que tener en cuenta que faltan las *Listerias monocytogenes*

Tabla 11.- Enfermedad meningocócica. Comunidad de Madrid. Incidencia en los años 2015 y 2014

Enfermedad meningocócica	2015		2014		RR (IC 95%)
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Serogrupo B	21	0,33	11	0,17	1,91 (0,92-3,96)
Serogrupo C	7	0,11	2	0,03	3,50 (0,73-16,85)
Otros serogrupos	2**	0,03	1*	0,02	2,00 (0,18-22,06)
Sin serogrupar	11	0,17	6	0,09	1,83 (0,68-4,96)
Total Confirmados	41	0,64	20	0,31	2,05 (1,20-3,50)
Sospecha clínica	6	0,09	4	0,06	1,50 (0,42-5,32)

* Un caso serogrupo Y; ** Dos casos de W135

En cuanto a la letalidad, al comparar el año 2015 con el año anterior se observa un aumento de fallecimientos en todas las infecciones que causan (tabla 12). La letalidad de la enfermedad meningocócica para los diferentes serogrupos, en los años 2015 y 2014, se muestra en la tabla 13.

Tabla 12.- Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid. Letalidad en los años 2015 y 2014

Diagnóstico	2015		2014	
	Fallecidos	Letalidad (%)	Fallecidos	Letalidad (%)
Meningitis vírica	3	1,12	0	--
Enfermedad meningocócica	6	12,77	5	20,83
Otras meningitis bacterianas*	5	10,00	3	5,26
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	3	12,00	0	--

* Hay que tener en cuenta que faltan las *Listerias monocytogenes*

Tabla 13.- Enfermedad meningocócica. Comunidad de Madrid. Letalidad en los años 2015 y 2014

Diagnóstico	2015		2014	
	Fallecidos	Letalidad (%)	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	3	14,3	1	9,1
Serogrupo C	0	0,0	1	50,0
Otros serogrupos	0	0,0	1*	100,0
Sin serogrupar	3	27,2	1	16,7
Total confirmados	6	14,6	4	20,0
Sospechas clínicas	0	0,0	1	25,0

*Se ha notificado un solo caso de serogrupo Y que ha fallecido.

DISCUSIÓN

Las patologías recogidas en este informe se presentan de forma endémica en nuestro medio, con ciertas oscilaciones anuales debidas a su patrón cíclico y en algunas ocasiones a la presentación de brotes epidémicos. Estos brotes pueden producirse por la introducción de cepas nuevas o a la difusión de cepas que lleven un tiempo sin circular, lo que da lugar a la acumulación de población susceptible.

En el año 2015 las principales diferencias en estas patologías al comparar con el año anterior ha sido el aumento en la incidencia y letalidad.

El patrón de presentación de este grupo de enfermedades muestra una distribución por edad con predominio de los menores de 5 años. A diferencia de años anteriores las tasas más elevadas de meningitis vírica y enfermedad meningocócica se presentan en el grupo de 1 a 4 años seguido de los menores de 1 año, éstos en años anteriores presentaban las tasas más elevadas.

La incidencia de la enfermedad meningocócica en el año 2015 en la Comunidad de Madrid (0,64 casos confirmados por 100.000 habitantes) ha sido superior a la registrada a nivel nacional en la temporada 2014-2015: 0,53 casos confirmados por 100.000 habitantes.

En la Comunidad de Madrid, al igual que a nivel nacional y en el resto de Europa, la mayoría de los casos de enfermedad meningocócica invasiva están causados por los serogrupos B y C, con predominio del serogrupo B. La enfermedad causada por el serogrupo Y ha ido aumentando.

A pesar del aumento del último año de la incidencia de esta enfermedad, en los últimos diez años hay una tendencia a la disminución de todos los grupos en general, en parte atribuible a la introducción de la vacuna conjugada del serogrupo.

En la Comunidad de Madrid, en el 2015 la tasa de incidencia para el serogrupo B fue de 0,33 casos por 100.000 habitantes y del serogrupo C sigue siendo muy baja (0,11). Es superior a la registrada el año anterior (0,17 y 0,03 respectivamente) y a la notificada a nivel nacional en la temporada 2013-2014 (0,31 y 0,03 respectivamente).

Según los últimos resultados disponibles de la red vigilancia epidemiológica en España, en la temporada 2013/2014, se notificaron 250 casos de enfermedad meningocócica, de los que 6 fueron casos importados. Se confirmaron un total de 191 casos 76%, con una tasa de incidencia 0,41 casos por 100.000 habitantes. La disminución de la incidencia por serogrupo B afectó a todos los grupos de edad y se produjo en todo el territorio. Los cambios observados en la incidencia de este serogrupo no han sido relevantes y el descenso observado, probablemente, se debe a los cambios cíclicos que afectan a la evolución de la enfermedad.

En 2014, en 11 Estados miembros según datos aportados por ECDC, se notificaron 2.760 casos confirmados de enfermedad meningocócica invasiva, tasa de incidencia 0,54 por 100.000 habitantes. Las tasas de notificación específicas de cada país varió de 0,2 a 3,1 casos por cada 100 000 habitantes. Las tasas específicas por edad fueron más altas en los niños menores de 1 año, (10,1 casos por cada 100 000 habitantes), seguido de 1-4 años de edad (2,5 casos por 100 000 habitantes). La mayoría de los casos fueron causados por el serogrupo B (64%). En Europa, el serogrupo C continúa mostrando una tendencia decreciente y es proporcionalmente dos veces más prominente en los países que no incluyen la vacunación de MCC en su programa nacional de inmunización rutinaria de la infancia.

En el 2015 la tasa de incidencia para Francia fue de 0,69. El 54% era del serogrupo B y el 27% del serogrupo C. El porcentaje de hombres era de 45%. En relación al serogrupo C, en el 2015 fue de 0,17 casos por 100.000 habitantes. Se observó una disminución en la incidencia entre 2014 y 2015 en los grupos de edad de menores de un año, por contra, la incidencia ha aumentado en los otros grupos de edad, especialmente entre 5-14 años. Esto refleja los niveles de cobertura de inmunización que aún son insuficientes para inducir la inmunidad de grupo C e indirectamente proteger a los niños menores de un año en los que la incidencia es más alta.

La incidencia de enfermedad meningocócica invasiva en EEUU en el año 2014, según datos del *Active*

Bacterial Core Surveillance (ABCs), basado en aislamientos de *Neisseria meningitidis*, datos estimados a nivel nacional fue de 0,14 casos por 100.000 habitantes (datos muy similares al año anterior) e inferior a la registrada en la Comunidad de Madrid en la temporada actual para los casos confirmados (0,64 casos por 100.000 habitantes). La incidencia para serogrupo B en menores de 1 año fue de 1,03 casos por 100.000 habitantes (en la Comunidad de Madrid 1,48 casos por 100.000 habitantes).

La letalidad de la enfermedad meningocócica depende de la forma clínica de presentación (suele ser mayor para la sepsis), de la edad del paciente (la letalidad aumenta con la edad) y del fenotipo del microorganismo, más virulento el serogrupo C. En la Comunidad de Madrid, en el año 2015 se ha registrado una letalidad de casos confirmados de enfermedad meningocócica de 14,63%, superior a la observada a nivel nacional para la temporada 2013-2014, también de casos confirmados de 13,8 %. En Europa la letalidad en el 2014 fue de 9%, en Francia para el 2015 fue de 12% y 13% para el 2014 y para EEUU en el 2014, fue de 15,5 %.

El Laboratorio de Referencia de Neisserias del Centro Nacional de Microbiología permite que se envíen las muestras y/o las cepas desde los hospitales (sin coste). En el 2015 se han notificado 90 casos de 25 laboratorios de 8 CCAA, 43,3% serotipo B; 10% serotipo C; 42,2 % sin serotipar; un caso de serotipo W135 y 2 casos de Y (cada uno 1,1%).

En la Comunidad de Madrid, en el año 2015 se han registrado dos fallos vacunales. Desde la introducción de la vacuna conjugada C en noviembre de 2000 hasta el año 2015 se han contabilizado un total de 19 casos confirmados y 7 probables casos de fracaso vacunal en los niños de la cohorte a los que correspondía recibir la vacuna (nacidos a partir de noviembre de 1994). En España, según el informe elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, desde la introducción de la vacuna conjugada para el serogrupo C hasta el final de la temporada 2012-2013 se han notificado 128 fallos de la vacuna en pacientes en los que se confirmó enfermedad meningocócica por serogrupo C.

Se dispone de información sobre la pertenencia a algún colectivo en el 93% de los casos de enfermedad meningocócica. De los 21 casos de enfermedad meningocócica que acudían a un colectivo, en 16 (76%) se consideró que estaba indicada la intervención de salud pública, realizándose en todos ellos. No se ha notificado ningún caso secundario de enfermedad meningocócica. Por lo que podemos considerar que las medidas de salud pública frente a esta enfermedad han sido adecuadas.

La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en el año 2015 en la Comunidad de Madrid se han registrado 25 casos de esta enfermedad (incidencia 0,39 casos por 100.000 habitantes), pero sólo uno de ellos debido al tipo b (tipo vacunal), siendo *Haemophilus influenzae* no capsulados el resto de los casos notificados. Y ningún fracaso vacunal. Tras la introducción de la vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b en el año 1998 se viene observado una incidencia muy baja de esta enfermedad en la Comunidad de Madrid.

Según la información del Centro Nacional de Epidemiología, referidas al sistema de vigilancia microbiológica, en el año 2015 se han notificado 107 casos y uno era por serogrupo b, de 35 laboratorios provenientes de 8 CCAA.

Según el informe anual del ECDC, la tasa de notificación de casos confirmados de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en **Europa** para el año 2014 fue 0,6 por 100 000 habitantes, las tasas específicas por edad fueron para los recién nacidos de 4,0 casos por 100.000 habitantes; y para los mayores de 64 años 1,7 casos por 100.000 habitantes; el serotipo b ha presentado ligera disminución en comparación con años anteriores.

Los programas de inmunización nacionales de todos los países europeos incluyen la vacuna, que ha dado lugar a una reducción progresiva del tipo de infecciones del serotipo b. Aunque se aprecia una tendencia ascendente de la enfermedad debido a las cepas no-encapsulada (no tipables), de momento los datos de Europa son demasiado escasos para plantear hipótesis sobre el reemplazo de serotipos. Solo se notificó aislamiento de serotipo en el 53,3% de los casos confirmados y se desconocía el estado vacunal en el 58,3% de los casos de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* b.

La incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en EEUU, datos provisionales de 2014, donde se presenta notificación de varios estados, la tasa de incidencia para *H. Influenzae* tipo b fue de 0,03 casos por 100.000 habitantes y en menores de 5 años de 0,82 casos por 100.000 habitantes, para no tipable 1,05 casos por 100.000 habitantes y con serotipo desconocido 0,16 casos por 100.000 habitantes. Se estima que a nivel nacional en EEUU para el año 2014 la tasa de incidencia sería de 1,66 casos por 100.000 habitantes, de mortalidad 0,25 casos por 100.000 habitantes y la letalidad del 15%.

A pesar de la reducida incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* serotipo b, la elevada proporción de casos de enfermedad invasiva debidos a *Haemophilus influenzae* no-capsulados (no tipables) hace necesario mantener la vigilancia de todas las infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* en todos los grupos de edad, para poder valorar adecuadamente la evolución de la enfermedad. La vigilancia de cepas continua, junto con sus síndromes clínicos asociados, es esencial para la evaluación del efecto de las intervenciones.

En el grupo de Otras meningitis bacterianas este año se ha observado una leve reducción de la incidencia global relacionado con la salida de este grupo de las listeriosis que se vigilan de forma independiente. La letalidad fue más alta que el año anterior.

La incidencia de listeriosis ha aumentado con respecto al año 2014 (0,34 vs 0,20). Con la reforma de la lista de enfermedades de declaración obligatoria, se vigila en un epígrafe independiente.

La meningitis vírica, cuya incidencia ha aumentado considerablemente respecto al año 2014 (RR= 2,05). La proporción de casos confirmados se ha incrementado en los últimos años, siendo este año del 49,2%. Como está descrito, los enterovirus no polio han sido los principales virus causantes de esta enfermedad. A nivel nacional, en 2014 se notificaron al Sistema de Información Microbiológica 210 casos de meningitis por enterovirus.

Las oscilaciones en la incidencia que se observan en esta enfermedad suelen deberse a las cepas de enterovirus circulantes. Cuando se introducen cepas nuevas o cepas que hace algún tiempo que no circulan, encuentran una gran proporción de población susceptible que no presenta inmunidad; lo que produce un incremento en la incidencia, especialmente en población pediátrica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La enfermedad meningocócica en los últimos años en la Comunidad de Madrid, ha disminuido gradualmente. Pero el último año experimentó un ligero aumento, a expensas del meningococo B. En el año 2015 había indicación de intervención de salud pública en colectivos en el 76% de los casos de enfermedad meningocócica que tenían colectivo. No se ha registrado ningún caso secundario de esta enfermedad.

Este año se ha confirmado el 87,23% de los casos de enfermedad meningocócica, el 100% de los casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, el 65,5% de los casos del grupo de otras meningitis bacterianas y el 49,2% de los casos de meningitis víricas. En el 26,82% de los casos confirmados de enfermedad meningocócica no se dispone de información sobre el serogrupo/serotipo causante de la enfermedad. Es necesario mejorar la confirmación diagnóstica y completar la identificación de estos patógenos (serogrupo, serotipo y subtipo). Como apoyo en esta tarea se cuenta con Laboratorios de Referencia del Centro Nacional de Microbiología.

En el año 2015 se han presentado dos fallos vacunales de vacuna frente a meningococo serogrupo C y ninguno de vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b. Disponer de registros individualizados de vacunación y de la identificación completa de estos patógenos permite determinar el impacto de los programas de vacunación. El cumplimiento de las recomendaciones de vacunación permite evitar la enfermedad y disminuir su gravedad.

La sospecha clínica y la notificación urgente de las enfermedades que cuentan con una intervención de salud pública (especialmente la enfermedad meningocócica) previenen la aparición de casos secundarios. Es

importante fortalecer la vigilancia de la enfermedad meningocócica para evaluar el impacto de los programas de vacunación y de apoyo a los tomadores de decisiones, sobre todo en vista de la reciente disponibilidad de nuevas vacunas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tunkel AR, Scheld WM. Meningitis aguda. En Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Elsevier España SA, 6ª ed. Madrid, 2006.
2. El control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica y Técnica No. 635. David L. Heymann, editor. Decimonovena edición. Washington, D.C.: OPS, 2011.
3. Campaña de refuerzo de la vacunación frente a la Enfermedad meningocócica por serogrupo C en la Comunidad de Madrid. Año 2004. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo.
4. Orden 1869/2006, de 10 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad de Madrid.
5. Guía para la prevención y control de las infecciones que causan meningitis. Documento Técnico de Salud Pública nº 44. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, año 1997.
6. Protocolo de actuación frente a enfermedad meningocócica. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Mayo de 2005.
7. Instituto Nacional de estadística año 2015 <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp04%2F%2Fa2015>
8. Estadística de Población de la Comunidad de Madrid. Características demográficas básicas. <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/nottomo1.htm>
9. Calendario de Vacunación infantil de la Comunidad de Madrid 2016. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1162295629643&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTS_A_pintarContenidoFinal&vest=1159289987028
10. Anne-Sophie Barret, Ala-Eddine deghmane, Agnès Lepoutre, Laure fonteneau, Catherine Maine, Muhamed-Kheir taha, Isabelle Parent du Châtelet. Les infections invasives à méningocoques en France en 2012: principales caractéristiques épidémiologiques. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Nº 1-2 [07/01/2014]. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9312
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data. 2012. Stockholm: ECDC; 2013. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/AER-VPD-IBD-2014.pdf>
12. Informe Anual del Sistema de Información Microbiológica 2014. http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-sistema-informacion-microbiologica/pdf_2015/Informe_anual_2014_20150918.pdf
13. Informe anual del sistema de información microbiológica 2014. Instituto de Salud Carlos III. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=05/07/2016-cb9864107b>
14. Centers for Disease Control and Prevention. 2012. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Haemophilus influenzae* 2012. <http://www.cdc.gov/abcs/reports-findings/survreports/hib12.pdf>
15. Centers for Disease Control and Prevention. 2012. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Neisseria meningitidis*, 2013. <http://www.cdc.gov/abcs/reports-findings/survreports/mening13.pdf>
16. Informe anual del sistema de información microbiológica 2013. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III enero 2015. http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-sistema-informacion-microbiologica/SIM_2013_web.pdf
17. Informe anual del sistema de información microbiológica 2014 <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=05/07/2016-cb9864107b>
18. Comentario Boletín Epidemiológico semanal. Volumen 22, Número 13, 2014. Año 2013 <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/897/1082>

19. Surveillance Atlas of Infectious Diseases
<http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Dataset=27&HealthTopic=36&Indicator=106952&GeoResolution=2&TimeResolution=Year&StartTime=1999&EndTime=2014&CurrentTime=2014&Distribution=106967&DistributionRepresentation=B&TimeSeries=106952&TimeSeriesRepresentation=T&FixDataset=1&FixHealthTopic=0>
20. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report Reporting on 2013 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. 2011. Stockholm: ECDC; 2013.
<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>
21. Centers for Disease Control and Prevention. 2014. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Neisseria meningitidis*, provisional- 2014.
<http://www.cdc.gov/abcs/reports-findings/survreports/mening14.pdf>
22. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2011. Stockholm: ECDC; 2013.
<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/invasive-bacterial-diseases-surveillance-2011.pdf>
23. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2013. Análisis de la temporada 2012/13
<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=31/03/2016-fdfbfd303e>
24. Resultados de la vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2014. Análisis de enfermedad meningocócica temporada 2013/14
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/pdf_2016/RENAVE_INFORME_ANUAL_2014.pdf.
25. Vacuna frente al enfermedad meningocócica invasora por serogrupo B. información para profesionales
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VacunacionMeningococo_ProfSanitarios.pdf
26. Informe Anual del Sistema de Información Microbiológica 2015
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-sistema-informacion-microbiologica/pdf_2016/SIM_2015.pdf
27. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2012.
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Surveillance%20of%20IBD%20in%20Europe%202012.pdf>
28. ECDC Annual epidemiological report Vaccine-preventable diseases –invasive bacterial diseases
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/AER-VPD-IBD-2014.pdf>
29. Bulletin Épidémiologique hebdomadaire Nº1-2/7janvier 2014 Santé publique France par l'ordonnance.
http://www.invs.sante.fr/beh/2014/1-2/pdf/2014_1-2.pdf
30. Infections invasives à méningocoque en 2014 : fréquence la plus basse depuis 1994
 Lu 914 fois Publié le 21 mai 2015 à 14h30
<https://www.mesvaccins.net/web/news/6977-infections-invasives-a-meningocoque-en-2014-frequence-la-plus-basse-depuis-1994>
31. Epidémiologie des infections graves à méningocoque en 2015: pas de grand changement par rapport à l'année 2014
 Lu 279 fois Publié le 10 mar. 2016 à 09h12
<https://www.mesvaccins.net/web/news/8552-epidemiologie-des-infections-graves-a-meningocoque-en-2015-pas-de-grand-changement-par-rapport-a-l-annee-2014>
32. Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report Emerging Infections Program Network Haemophilus Influenzae, provisional—2014
<http://www.cdc.gov/abcs/reports-findings/survreports/hib14.pdf>
33. ECDC Annual epidemiological report Vaccine-preventable diseases – Haemophilus Influenzae, provisional—2014
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Haemophilus_Influenzae_Infection/Pages/Annual-epidemiological-report-2016.aspx
34. ECDC Annual epidemiological report- Invasive meningococcal disease- Reporting on 2014 data retrieved from TESSy* on 7 July 2016 - See more at: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/meningococcal/Pages/Annual-epidemiological-report-2016.aspx#sthash.cArMmR0S.dpuf>



INFORME:

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS A. COMUNIDAD DE MADRID, 1998 - 2015.

ÍNDICE

RESUMEN	26
INTRODUCCIÓN	27
MATERIAL Y MÉTODOS	27
RESULTADOS.....	28
1.1 Descripción de los casos	28
1.2 Incidencias específicas	29
1.3 Evolución temporal	30
1.3.1 Tendencia	30
1.3.2 Estacionalidad.....	31
1.4 Distribución espacial	32
1.5 Factores de riesgo	33
1.6 Brotes epidémicos	33
DISCUSIÓN	34
BIBLIOGRAFÍA	35

RESUMEN

Introducción: La hepatitis A es una infección hepática de propagación directa persona a persona o indirecta a través de agua o alimentos. Generalmente es leve y autolimitada y su gravedad aumenta con la edad de los pacientes. El diagnóstico es serológico. Se puede prevenir eficazmente mediante vacunación.

Objetivos: Describir la evolución de la enfermedad e identificar cambios en su presentación.

Material y métodos: Se analizaron los casos de infección por virus hepatitis A registrados en el Sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria y el Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos en la población residente de la Comunidad de Madrid, desde el año 1998 hasta el año 2015 agrupados en 3 periodos: 1998-03, 2004-09 y 2010-15. Para cada caso se analizó el sexo, edad, país de origen, riesgo de exposición y estado vacunal, así como su relación con otros casos y su vía de notificación. Se describió su tendencia temporal, su estacionalidad y su distribución geográfica.

Resultados: Se notificaron 2.704 casos de infección por VHA entre 1998 y 2015. La mayoría de los afectados fueron hombres (65,3%), de 25 a 44 años (51,2%), de origen español (66,9%), no asociados a otros casos (46,7%), notificados de atención primaria (59,7%) con estado vacunal desconocido (52,5%). Las mayores tasas de incidencia acumulada se registraron en hombres de 25 a 44 años en el periodo 2004-09 (8,80 casos por 100.000 habitantes). Las tasas de incidencia acumulada anuales de mostraron 2 picos en 2003-04 y 2008-09 que afectaron especialmente a hombres. La población originaria de otro país presentó una tasa de 2,68 frente a la población española que presentó una tasa de 1,97 casos por 100.000 habitantes. La enfermedad mostró cierta estacionalidad, con incrementos en primavera y otoño. La distribución geográfica varió según el periodo estudiado salvo el distrito Centro, que fue el de mayor incidencia en todos los periodos. Las exposiciones de riesgo más frecuentes estuvieron asociadas con viajes (37,7 %), seguido de brotes epidémicos (26,4%) y contacto sexual (22,3%).

Conclusiones: La enfermedad mostró una tendencia estable con picos en 2003-04 y 2008-09 que afectaron especialmente a hombres. Las personas nacidas en otro país presentaron mayor incidencia, muchas de ellas provenientes de zonas de alta endemicidad (América Latina y Caribe y África). Los hombres jóvenes y residentes en el distrito Centro también presentan mayor incidencia que podría seguir un patrón de transmisión relacionado con prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. La vigilancia epidemiológica de la enfermedad es muy relevante para describir y controlar los cambios en su incidencia y en su mecanismo de transmisión.

INTRODUCCIÓN

La hepatitis A es una infección aguda del hígado causada por un Hepatovirus de la familia *picornaviridae*. Los seres humanos son el principal reservorio de la infección que se propaga a directamente por vía fecal-oral por contacto de persona a persona o indirectamente a través de agua o alimentos contaminados. Los brotes de origen común se asocian a menudo con los manipuladores de alimentos infectados¹.

La hepatitis A es generalmente una enfermedad leve y autolimitada pero en casos raros puede evolucionar a una insuficiencia hepática aguda grave. Los signos y síntomas de la enfermedad difieren con la edad del paciente. La infección en los niños pequeños suele ser asintomática; mientras que en los adultos se manifiesta tras un período de incubación de dos a seis semanas seguido de un periodo con síntomas como ictericia, fiebre, coluria, fatiga y náuseas. La infección deja inmunidad de por vida. La hepatitis A está presente en todo el mundo, aunque los diferentes genotipos del virus tienen una distribución diferente. La infección se puede prevenir eficazmente mediante la vacunación².

El objetivo de este estudio es describir la evolución, distribución geográfica y temporal de los casos y brotes de infección por el virus de la hepatitis A (VHA) e identificar cambios en su patrón de presentación en la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población a estudio: Se analizaron los casos de infección por VHA registrados en el Sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Alertas y Brotes Epidémicos de la población residente en la Comunidad de Madrid, de 1998 a 2015.

Definición de caso: La definición de caso de infección por VHA y su clasificación, se establecieron según los criterios de diagnóstico clínico y de laboratorio recogidos en el Manual de Notificación del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria³.

Variables a estudio: Se utilizó la información recogida en el formulario de notificación que incluye datos epidemiológicos básicos. Las variables aportan información sobre:

- Enfermedad: fecha de inicio de los síntomas, asociado a otro caso, colectivo.
- Paciente: sexo, edad, lugar de residencia, país de nacimiento, año de llegada a España, pertenencia a grupos desfavorecidos.
- Centro notificador: centro notificador.

Análisis de los datos: Las variables cuantitativas se describieron en su media y desviación estándar (DE) o en mediana (Md) y rango intercuartil (RIC) si éstas no seguían distribuciones normales. Las variables categóricas se describieron en su número absoluto (n) y proporción (%). Se calcularon las tasas de incidencia y se describieron las características epidemiológicas globales y desagregadas por sexo y edad, que se agrupó de la siguiente manera: 0-4 años, 5-14 años, 15-24 años, 25-44 años, 45-64 años y 65+ años.

Los años de estudio se agruparon en 3 periodos: 1998-03, 2004-09, 2010-15, teniendo en cuenta que en el año 2011 se incorporaron otros centros notificadores, que el año 2014 fue el último con las definiciones de

caso de acuerdo a la Orden 9/1997⁴ y que 2015 incorpora las nuevas definiciones y es el último año con información consolidada disponible.

Para la distribución espacial se elaboran mapas de incidencia ajustada por edad Distritos de Salud (DS). Para calcular las tasas se empleó el padrón continuo de la Comunidad de Madrid y para su estandarización se empleó la distribución de la población de la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS

1.1 Descripción de los casos

Durante el periodo de estudio se declararon 2.704 casos de enfermedad por VHA. El 65,3% fueron hombres, el grupo de edad más numeroso fue el de 25 a 44 años (51,2%), dos tercios de las notificaciones correspondían a casos con país de origen español (66,9%), la quinta parte de los casos estuvieron asociados a otros casos (20,8%) y dos tercios de ellos se notifican desde atención primaria (59,7%). Las características de los casos por periodo de estudio se muestran en la Tabla 1. En la mayoría de los casos no se pudo conocer el estado vacunal.

Tabla 1. Características de los casos de hepatitis A. Comunidad de Madrid. Sistema de EDO. Años 1998 a 2015.

	Periodo de inicio de síntomas			Total 1998-2015
	1998-2003	2004-2009	2010-2015	
Casos (n)	727	1.415	562	2.704
Sexo (%)				
Hombres	66,7	67,5	58,2	65,3
Mujeres	33,3	32,5	41,8	34,7
Edad (%)				
0 a 4	7,0	8,6	6,2	7,7
5 a 14	17,6	14,4	19,8	16,4
15 a 24	14,4	11,7	12,6	12,6
25 a 44	53,1	53,9	41,8	51,2
45 a 64	1,8	2,8	14,4	8,0
65+	8,3	8,5	5,2	3,0
Desconocido	2,6	0,9	0,0	1,2
País de origen (%)				
España	44,6	76,0	72,2	66,9
Otro país	6,6	15,8	27,2	15,6
Desconocido	48,8	8,1	0,5	17,5
Asociado (%)				
Si	12,2	24,3	22,8	20,8
No	84,9	29,3	41,1	46,7
Desconocido	2,9	46,4	36,1	32,6
Centro notificador (%)				
At. Especializa	30,5	35,8	35,8	34,4
At. Primaria	65,1	56,6	60,5	59,7
Ot. Notificad.	4,4	7,6	3,7	5,9
Estado vacunal				
Vacunado	1,0	3,0	3,6	2,6
No vacunado	26,8	50,3	56,1	45,2
Desconocido	72,2	46,7	40,4	52,2

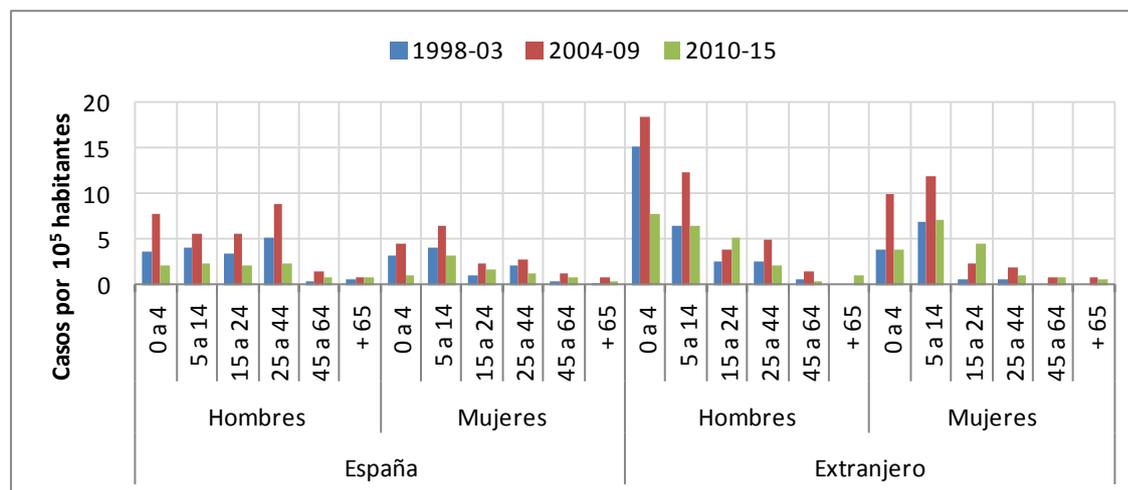
1.2 Incidencias específicas

La tasa de incidencia acumulada fue mayor en hombres que en mujeres. La hepatitis A afecta especialmente a los grupos de 0 a 14 años y de 25 a 44 años de edad. La afectación de la población de 0 a 14 años es más marcada en la población extranjera, mientras que la afectación de la población de 25 a 44 años es más marcada en la población autóctona, especialmente entre los hombres. En el periodo 2004-09 las tasas se incrementaron en ambos sexos en todos los grupos de edad (tabla 2 y figura 1).

Tabla 2. Tasas de incidencia específicas por sexo y edad de VHA. Comunidad de Madrid. Sistema de EDO. Años 1998 a 2015.

Edad (años)	1998-2003				2004-2009				2010-2015			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Españoles												
0 a 4	28	3.63	23	3.15	79	7.67	43	4.42	23	2.08	11	1.05
5 a 14	66	4.13	62	4.09	98	5.68	105	6.40	48	2.41	62	3.27
15 a 24	80	3.36	25	1.08	119	5.58	46	2.22	39	2.04	32	1.70
25 a 44	274	5.09	112	2.05	581	8.80	181	2.78	151	2.32	80	1.22
45 a 64	14	0.40	11	0.29	56	1.37	55	1.22	41	0.87	38	0.74
+ 65	10	0.54	3	0.11	15	0.71	24	0.77	18	0.72	10	0.28
Desconocido	13	-	6	-	7	-	6	-	-	-	-	-
Extranjeros												
0 a 4	4	15.11	1	3.83	7	18.53	4	9.98	2	7.72	1	3.89
5 a 14	7	6.45	7	6.81	31	12.26	29	11.82	14	6.37	16	7.20
15 a 24	5	2.63	1	0.48	17	3.76	11	2.35	24	5.15	23	4.56
25 a 44	17	2.54	4	0.57	81	4.86	31	1.92	39	2.04	22	1.09
45 a 64	1	0.58	0	0.00	6	1.34	4	0.74	3	0.39	7	0.77
+ 65	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.85	1	0.99	1	0.58
Desconocido	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-

Figura 1. Tasas de incidencia específicas por sexo, edad y país de origen de infección por hepatitis A. Comunidad de Madrid. Sistema de EDO. Años 1998 a 2015.



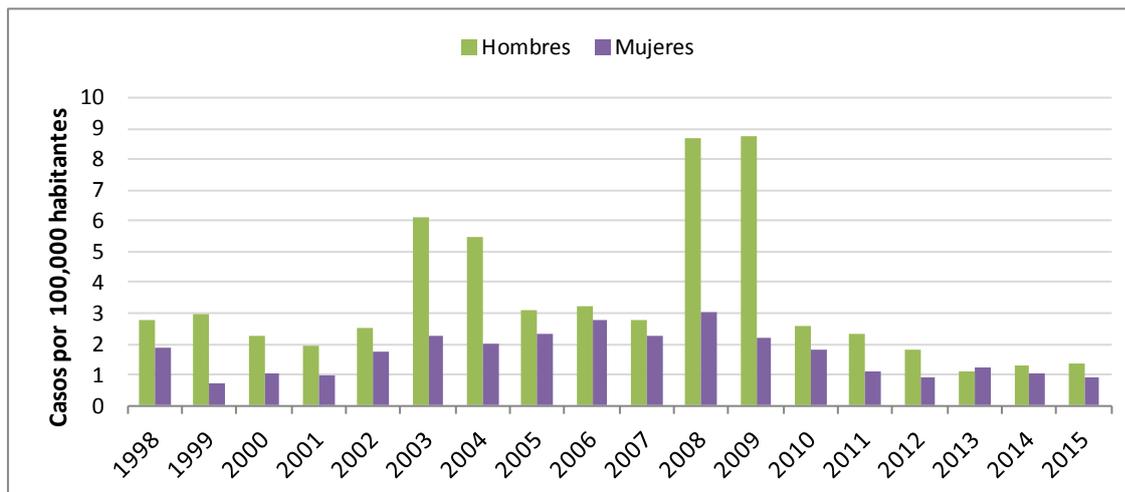
Se pudo conocer el país de nacimiento en el 82,5% (n = 2.231) de los casos. El 81% nacieron en España (n = 1.808) y el 19% en otro país (n = 423). Los países de origen más frecuentes fueron Ecuador (90 de 423) y Marruecos (61 de 423) y las regiones de procedencia más frecuentes fueron América Latina y Caribe (254 de 423) y África (69 de 423).

1.3 Evolución temporal

1.3.1 Tendencia

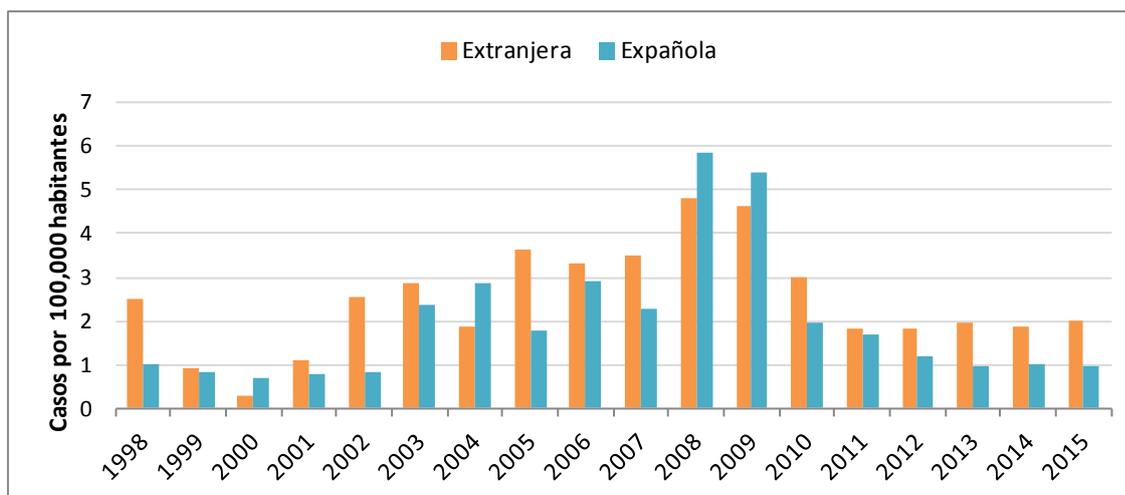
En las mujeres la incidencia media acumulada fue de 1,68 casos por 100.000 habitantes con un rango de 0,71 a 3,00 mientras que en hombres fue de 3,39 casos por 100.000 con un rango de 1,09 a 8,76. La tasa de incidencia anual fue mayor en hombres que en mujeres. Se detectaron dos picos a lo largo de la serie, en 2003-04 y 2008-09. (Figura 2).

Figura 2 Tasas de incidencia de VHA por sexo y año de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Sistema de EDO. Años 1998 a 2015.



La incidencia media acumulada en la población nacida en otro país fue de 2,68 casos por 100.000 habitantes con un rango de 0,27 a 4,83. La población nacida en España tuvo una incidencia media acumulada de 1,97 casos por 100.000 habitantes con un rango de 0,70 a 5,85 (figura 3). La incidencia anual fue mayor en extranjeros que en autóctonos salvo los años 2000, 2004, 2008 y 2009.

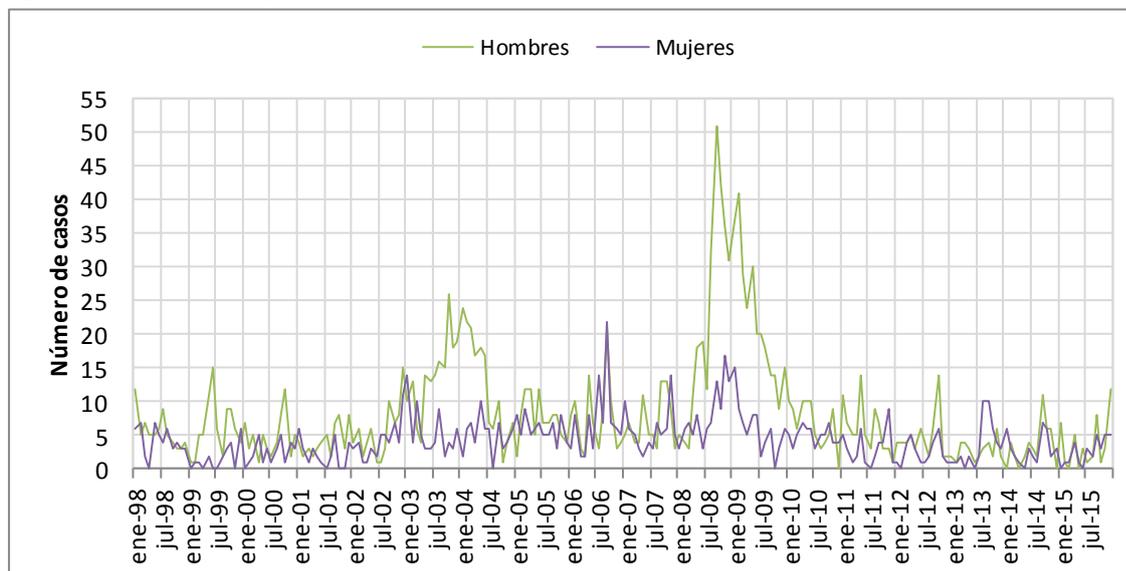
Figura 3. Tasas de incidencia de VHA por país de origen y año de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Sistema de EDO. Años 1998 a 2015.



1.3.2 Estacionalidad

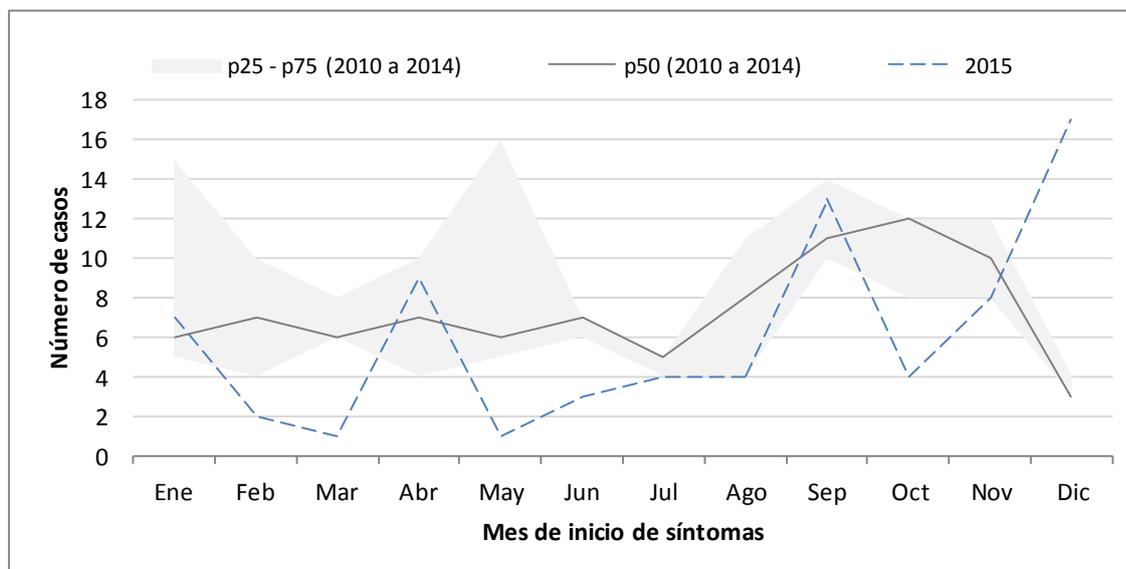
El incremento de casos registrado en 2003-4 y 2008-9 afectó especialmente a hombres. En septiembre de 2008 se registró el mayor número de casos de la serie, declarándose 64 casos (80% hombres) (Figura 4).

Figura 4. Casos de VHA por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Sistema de EDO. Años 1998 a 2015.



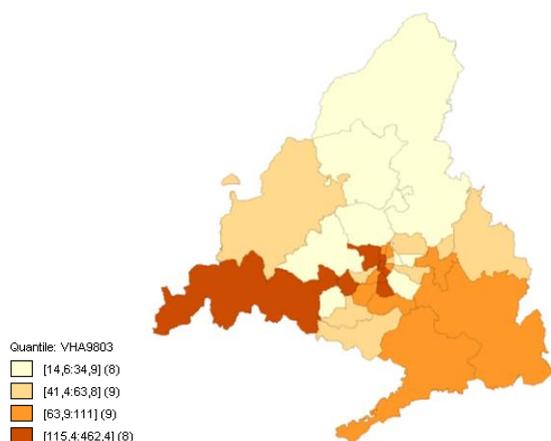
El número de casos notificados fue mayor en los meses de primavera, especialmente en abril y mayo, y en los meses de otoño, especialmente en septiembre y octubre. En los casos notificados en 2015, 4/12 meses están por encima de la mediana de notificación y 1/12 por encima del percentil 75 de los cinco años anteriores (Figura 5).

Figura 5. Comparación del número de casos de VHA por mes de inicio de síntomas en 2015 frente a años anteriores. Comunidad de Madrid. Sistema de EDO. Años 2010 a 2015.



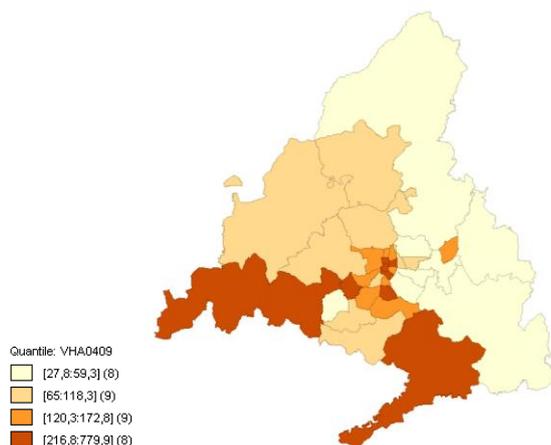
1.4 Distribución espacial

Figura 6. Tasas ajustadas por sexo y edad de VHA. Comunidad de Madrid. EDO. Años 1998 a 2003.



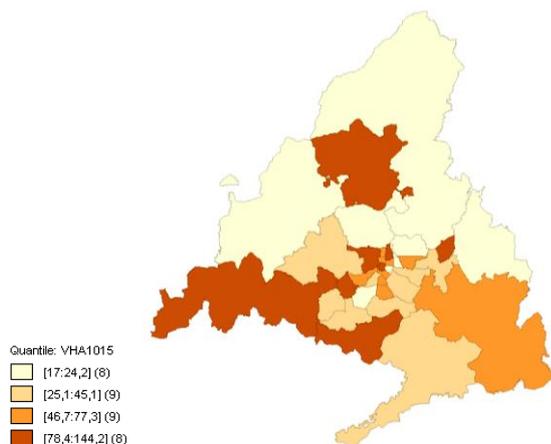
Los distritos Centro, Navalcarnero, Chamberí, Moncloa y Villaverde son los que registraron mayor incidencia acumulada estandarizada por sexo y edad en el periodo 1998-2003.

Figura 7. Tasas ajustadas por sexo y edad de VHA. Comunidad de Madrid. EDO. Años 2004 a 2009.



Los distritos Centro, Chamberí, Navalcarnero, Aranjuez y Arganzuela son los que registraron mayor incidencia acumulada estandarizada por sexo y edad en el periodo 2004-2009.

Figura 8. Tasas ajustadas por sexo y edad de VHA. Comunidad de Madrid. EDO. Años 2010 a 2015.



Los distritos Centro, Chamartín, Colmenar Viejo, Torrejón de Ardoz y Navalcarnero son los que registraron mayor incidencia acumulada estandarizada por sexo y edad en el periodo 2010-2015.

1.5 Factores de riesgo

Se recogieron los factores de riesgo en 350 de los 2.704 casos. La mayoría de ellos estuvieron relacionados con viajes (37,7%) seguido situaciones de brote (29,4%) y transmisión sexual (22,3%). En la tabla 3 se presenta con más detalle la distribución de los casos por factores de riesgo y periodo de inicio de síntomas.

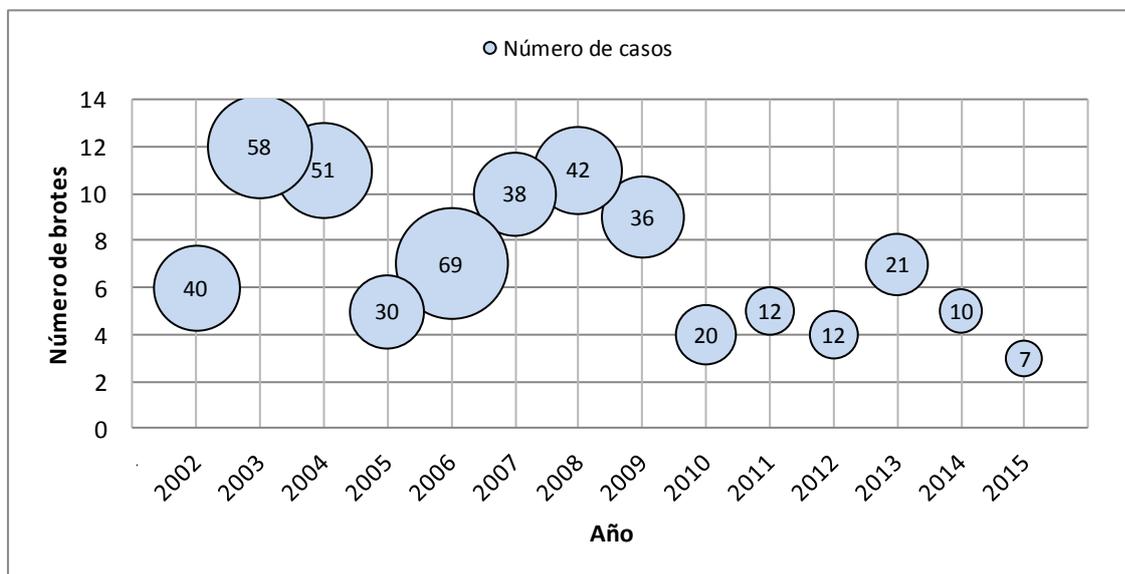
Tabla 3. Factores de riesgo de VHA. Comunidad de Madrid. Años 2001 a 2013

	Periodo de inicio de síntomas			Total
	1998-2003	2004-2009	2010-2015	
Casos (n)	727	1.415	562	2.704
Casos con factor de riesgo (n)	79	187	84	350
Distribución de los factores de riesgo (%)				
Viaje	25,3	31,0	64,3	37,7
Brote	36,7	30,5	20,2	29,4
Sexual	19,0	28,9	10,7	22,3
Alimentos	0,0	6,4	4,8	4,6
Colectivos desfavorecidos	19,0	3,2	0,0	6,0

1.6 Brotes epidémicos

En todo el periodo se registraron 99 brotes, 440 casos y 50 hospitalizaciones. La distribución temporal de los casos y los brotes producidos por VHA se recogen en la figura 9. Se da un aumento en el número de brotes en los años con picos de incidencia en (2003-04 y 2008-09).

Figura 9. Casos y brotes de hepatitis A. Comunidad de Madrid. Años 2002 a 2015.



La mayoría de los brotes ocurrieron en el ámbito familiar (62%). Respecto a los brotes en colectivos, el ámbito más frecuente fue el ámbito escolar (31%). El resto de los brotes ocurrieron en otros colectivos con relaciones estrechas, como círculos de amigos, ámbito laboral y en colectivo que viven en situaciones desfavorecidas como poblados chabolistas. Los casos y brotes notificados por año se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Casos y brotes de hepatitis A según ámbito. Comunidad de Madrid. Años 2002 a 2015.

Año	Familiar		Colectivo	
	Brotos	Casos	Brotos	Casos
2002	2	6	4	34
2003	7	20	6	41
2004	6	14	5	37
2005	2	6	3	24
2006	3	6	3	54
2007	6	13	4	25
2008	7	14	4	28
2009	6	22	3	14
2010	2	4	2	16
2011	5	12	0	0
2012	3	8	1	4
2013	5	16	2	5
2014	5	10	0	0
2015	2	4	1	3
Total	61	155	38	285

DISCUSIÓN

Las tasas de incidencia de VHA se mantuvieron estables, con picos de incidencia en 2003-04 y 2008-09, estos picos se produjeron por un incremento de la incidencia en los hombres. Esta misma evolución y distribución por sexo se observó en los datos de España⁵ y Europa⁶.

Durante el pico epidémico de 2008-09, las tasas más elevadas de hepatitis A en la Comunidad de Madrid se registraron en el año 2008 con una incidencia de 5,76 casos por 100.000 habitantes. En esos mismos años, la incidencia en España fue de 5,28 y en Europa de 3,35 casos por 100.000 habitantes.

Las personas nacidas en otro país presentaron mayores tasas de incidencia acumulada de infección por VHA. Muchas de estas provenían de zonas con alta endemicidad (América Latina y Caribe y África). En este grupo también hay que considerar que si a su llegada siguen siendo susceptibles su exposición podría ser mayor por los viajes realizados para visitar a familiares y amigos a sus países de nacimiento⁷.

El distrito Centro presentó mayores tasas estandarizada de infección por VHA en todos los periodos. Entre los años 2008 y 2009 se detectó un brote de 150 casos de VHA en Barcelona siendo más de la mitad de ellos Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)⁸. En la Comunidad de Madrid no se han detectado brotes de magnitud similar pero la distribución de los casos por sexo y edad, afectando especialmente a varones jóvenes y la elevada incidencia en el distrito Centro sugiere que la enfermedad podría seguir el mismo patrón que el descrito en Barcelona, identificando a los HSH como una población que podría estar en riesgo de padecer infecciones por VHA. Este y otros grupos a riesgo de padecer la enfermedad, están identificados como población diana para la vacunación en la actualización del calendario de vacunación del adulto de la Comunidad de Madrid⁹.

La distribución de los brotes es similar a la de la incidencia con un incremento en el número y tamaño de los mismos en los años 2003-4 y 2008-9. En el año 2013, aumentó la magnitud de los brotes respecto al año 2012.

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad es muy relevante para describir y controlar los cambios en su incidencia y en su mecanismo de transmisión. Asimismo, es preciso conocer con más detalle los factores de riesgo asociados a la enfermedad para orientar los esfuerzos preventivos.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013.
- ² Heymann DL (Editor). El control de las enfermedades transmisibles. 19 Edición. Washington: American Public Health Association, 2008.
- ³ Instituto de Salud Pública. Manual de Notificación - Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 69. Consejería de Sanidad y Consumo, 2006.
- ⁴ Orden 9/1997, de 15 de Enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el desarrollo del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, a las Situaciones Epidémicas y Brotes, y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- ⁵ Centro Nacional de Epidemiología. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2013. Madrid, 2015.
- ⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 – food- and waterborne diseases and zoonoses. Stockholm: ECDC; 2014.
- ⁷ Godoy P, Broner S, Manzanares-Laya S, Martínez A, et al. Outbreaks of hepatitis A associated with immigrants travelling to visit friends and relatives. *J Infect.* 2016 Jan;72(1):112-5. doi: 10.1016/j.jinf.2015.09.006
- ⁸ Tortajada C , de Olalla PG , Pinto RM , Bosch A , Caylà J. Outbreak of hepatitis A among men who have sex with men in Barcelona, Spain, September 2008-March 2009. *Euro Surveill.* 2009 Apr 16;14(15).
- ⁹ Dirección General de Salud Pública. Calendario de Vacunación para Adultos. Abril 2016. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid, 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/>



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016, semanas 14 a 17

(del 4 de abril de 2016 al 1 de mayo de 2016)

	Casos Semanas 14 a 17	Casos Acumulados Semanas 1 a 17	Tasas* Semanas 14 a 17	Tasas* Acumulados Semanas 1 a 17
Infecciones que causan meningitis				
Enfermedad meningocócica	2	8	0,0	0,1
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	2	14	0,0	0,2
Meningitis bacterianas, otras	7	9	0,1	0,1
Meningitis víricas	13	44	0,2	0,7
Enfermedad neumocócica invasora	44	188	0,7	2,9
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	3	31	0,0	0,5
Hepatitis B	2	14	0,0	0,2
Hepatitis víricas, otras	23	79	0,4	1,2
Enfermedades transmisión por alimentos				
Botulismo	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	1	12	0,0	0,2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,0	0,0
Triquinosis	0	1	0,0	0,0
Enfermedades transmisión respiratoria				
Gripe	3.302	73.886	51,2	1.144,7
Legionelosis	2	15	0,0	0,2
Varicela	1.085	5.789	16,8	89,7
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección Gonocócica	110	435	1,7	6,7
Sífilis	34	141	0,5	2,2
Antropozoonosis				
Brucelosis	1	2	0,0	0,0
Leishmaniasis	7	19	0,1	0,3
Rabia	0	0	0	0
Enfermedades prevenibles inmunización				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	44	163	0,7	2,5
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	1	0,0	0,0
Sarampión	8	8	0,1	0,1
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	84	256	1,3	4,0
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	6	20	0,1	0,3
Peste	0	0	0	0
Tuberculosis				
Tuberculosis	62	215	1,0	3,3
Enfermedades notificadas por sistemas especiales				
Encefalopatía Espongiforme trans. humana	2	6	0,0	0,1
Lepra	2	4	0,0	0,1
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	0,1

* Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



Brotos Epidémicos

Comunidad de Madrid. Año 2016, semanas 14 a 17

(del 4 de abril de 2016 al 1 de mayo de 2016)

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 Brotos Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

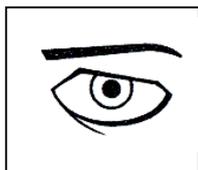
Brotos de origen alimentario. Año 2016. Semanas 14-17

Lugar de consumo	Año 2016						Año 2015		
	Semanas 14-17			Semanas 1-17			Semanas 1-17		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	2	150	0	3	270	0	2	71	1
Restaurantes, bares y similares	7	47	2	20	109	5	8	188	8
Domicilios	7	27	9	22	75	21	7	32	6
Residencias geriátricas	0	0	0	1	34	0	0	0	0
Residencias no geriátricas	1	22	0	2	27	0	2	15	0
Otros lugares	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Desconocido	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total	17	246	11	50	519	26	19	306	15

Brotos de origen no alimentario. Año 2016. Semanas 14-17

Tipo de brote*	Año 2016						Año 2015		
	Semanas 14-17			Semanas 1-17			Semanas 1-17		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	3	144	0	29	1388	3	9	227	6
Gripe	0	0	0	7	173	28	0	0	0
Varicela	2	50	0	9	137	0	8	98	2
Conjuntivitis vírica	0	0	0	6	105	1	4	123	0
Tos ferina	7	20	0	22	67	6	16	38	8
Escarlatina	2	7	0	6	30	0	4	29	0
Parotiditis	4	13	0	5	30	0	2	4	0
Salmonelosis	1	3	1	6	19	3	0	0	0
Enfermedad mano, pie y boca	2	10	0	2	10	0	1	5	0
Hepatitis A	0	0	0	2	10	3	1	2	0
Sarampión	1	8	0	1	8	0	0	0	0
Eritema infeccioso	0	0	0	1	7	0	0	0	0
Escabiosis	0	0	0	1	5	0	2	8	0
Psitacosis	0	0	0	1	4	4	0	0	0
Neumonía por <i>Mycoplasma</i>	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total	22	255	1	99	1995	48	47	534	16

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2016, semanas 14 a 17

(del 4 de abril de 2016 al 1 de mayo de 2016)

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 136 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (194.992 habitantes, 3,0% de la población). 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&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_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 82,9% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2016.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2016.

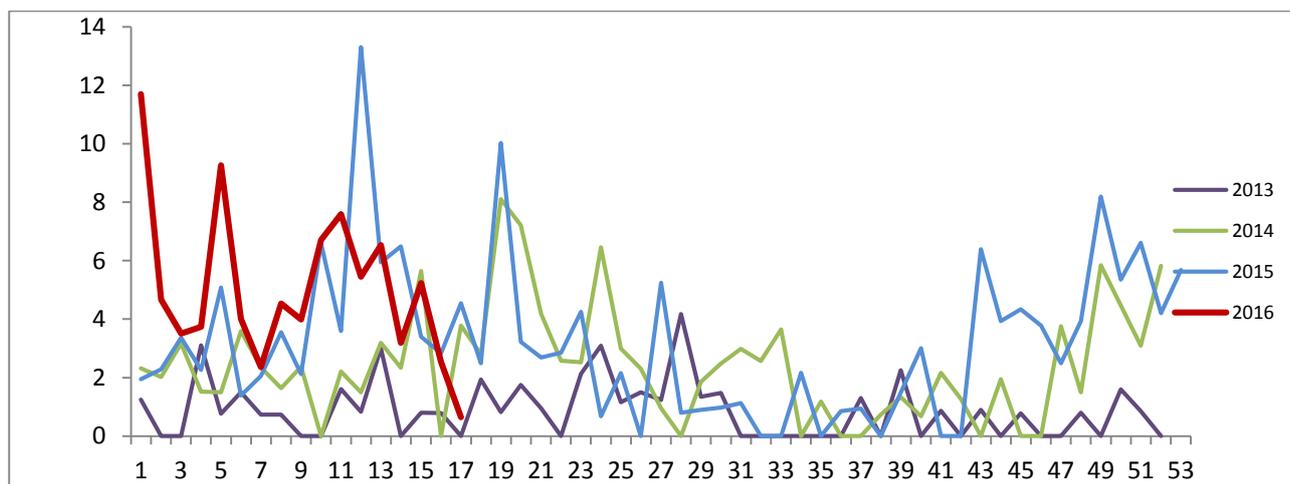
	Sem. 14 a 17 de 2016	Año 2016
Gripe*	61	4.428 *
Varicela	18	130
Herpes zóster	43	191
Crisis asmáticas	97	357

^a De la semana 40 de 2015 hasta la 20 de 2016

VARICELA

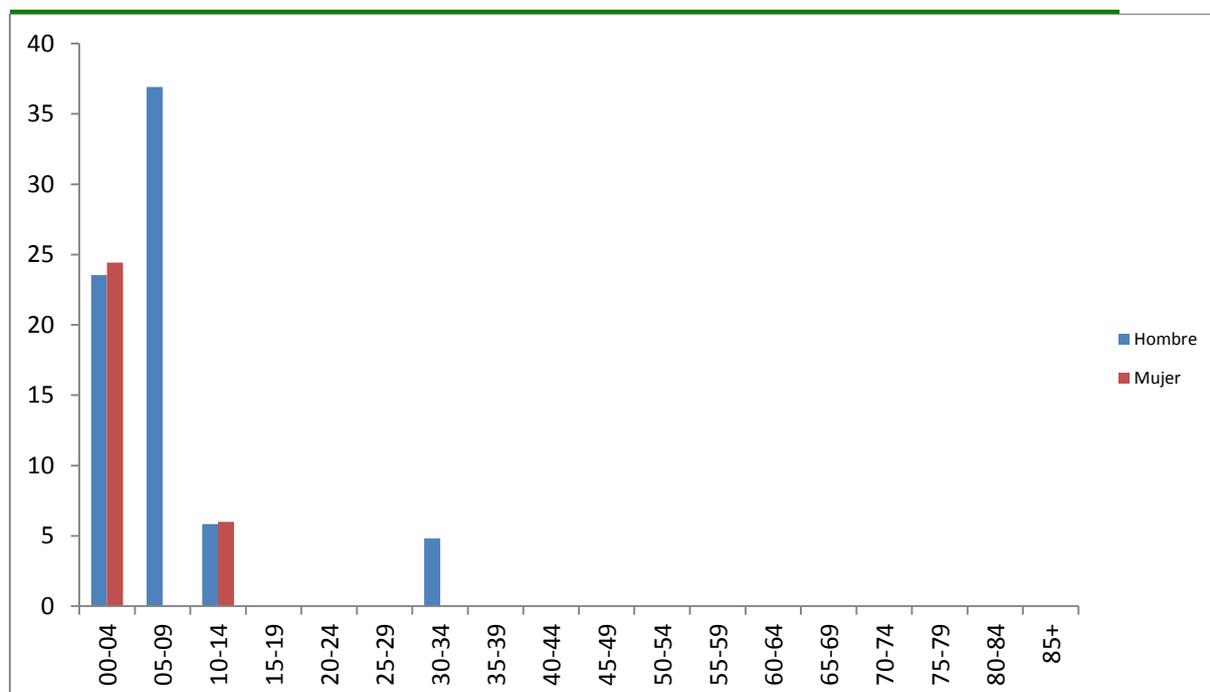
Durante las semanas 14 a 17 del año 2016 se han declarado 18 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 11,61 casos por 100.000 personas (IC 95%: 6,25–16,97). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2013-2015 y desde la semana 1 a la 17 de 2016.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2013-2016.



De los 18 casos notificados, 13 (72,22%) eran hombres y 5 (27,77%) mujeres. 17 casos (94,44%) eran menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2016



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 43 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2016, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 27,74 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 19,46 – 36,02). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2013 hasta la semana 17 de 2016. El 51,16% de los casos se dio en mujeres (22 casos). El 69,77% de los casos se dieron en mayores de 44 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 2013-2016.

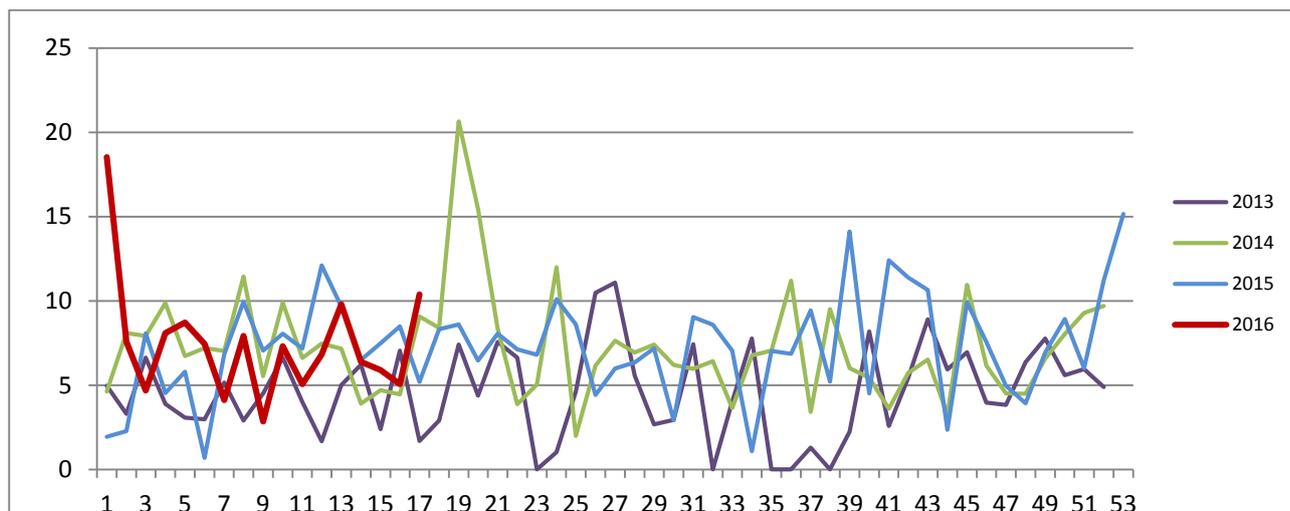
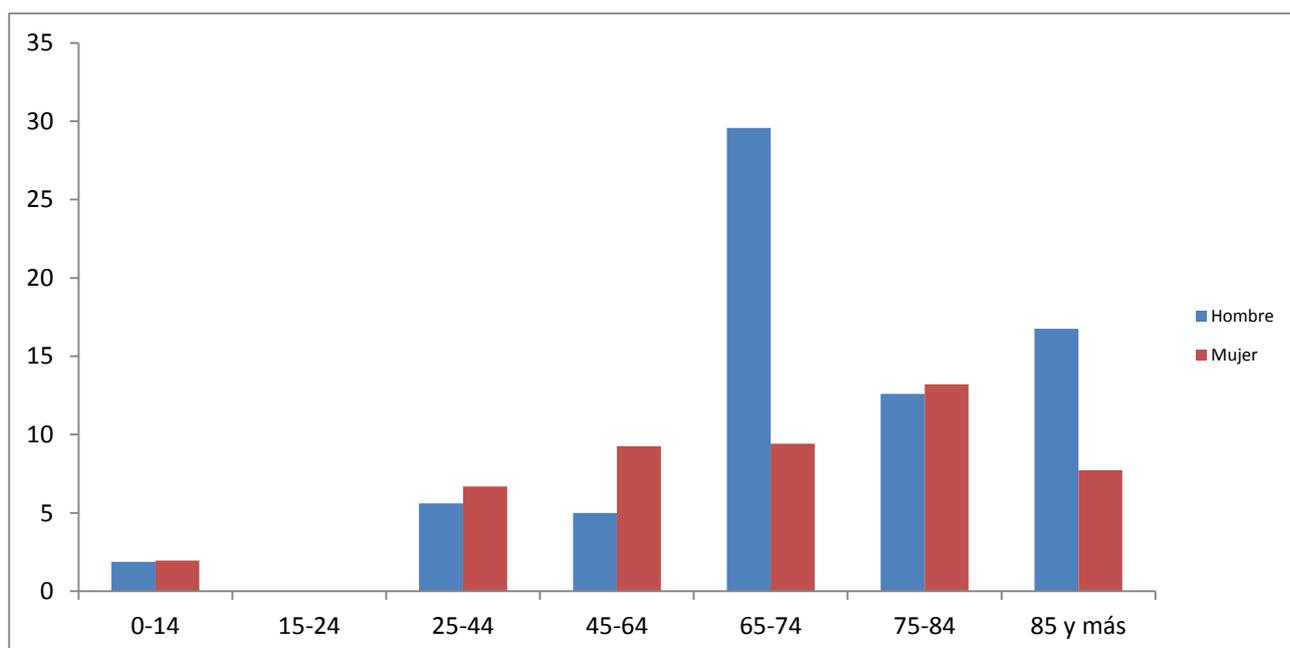
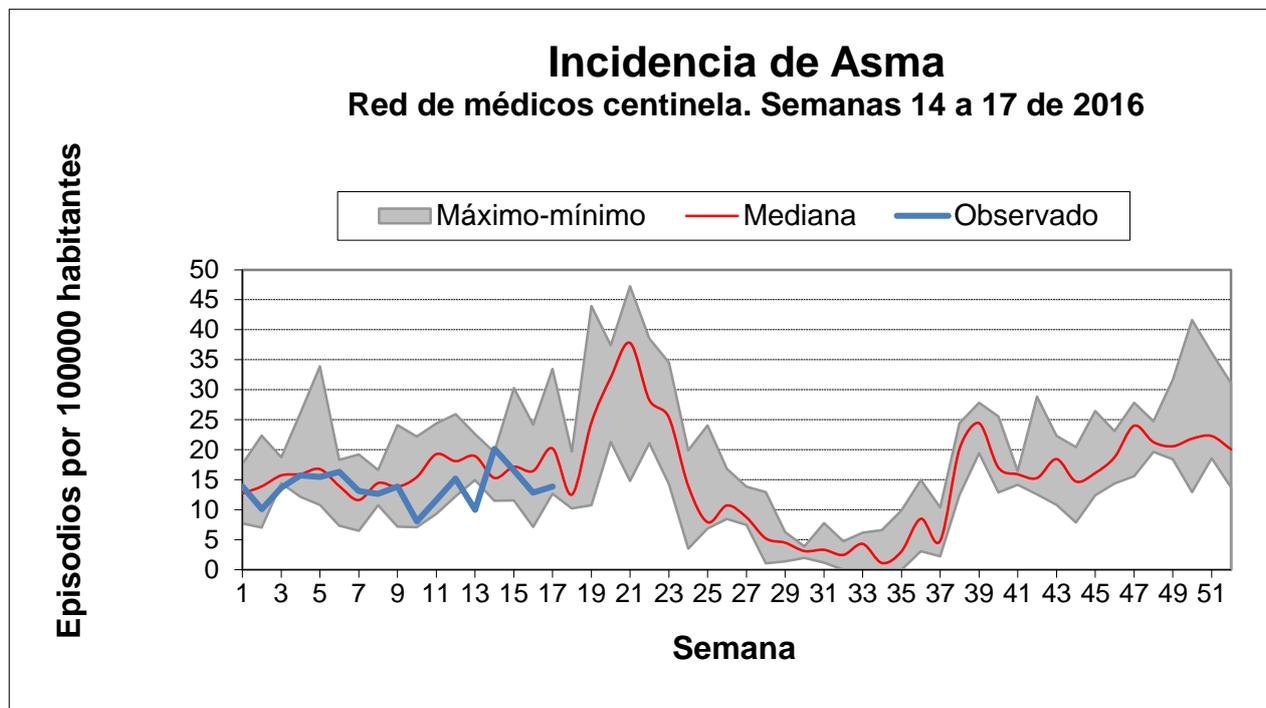


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2016.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 14 a 17 de 2016 la Red de Médicos Centinela notificó 97 episodios de asma. 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 corresponde con los valores esperados en esta época del año y se mantiene por debajo de la mediana del quinquenio.



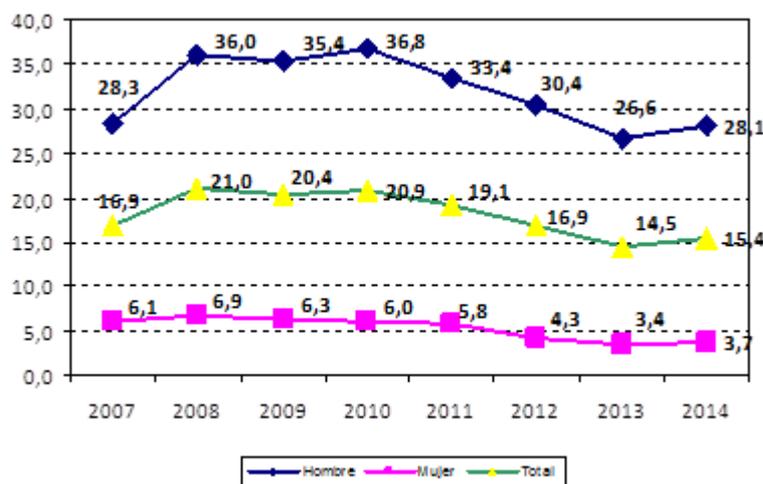


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. Abril 2016.

Desde el año 2007 hasta el 30 de abril de 2016 se han notificado 9.681 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 85,1% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,2 años (DE: 10,6). El 45,3% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (283) 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.



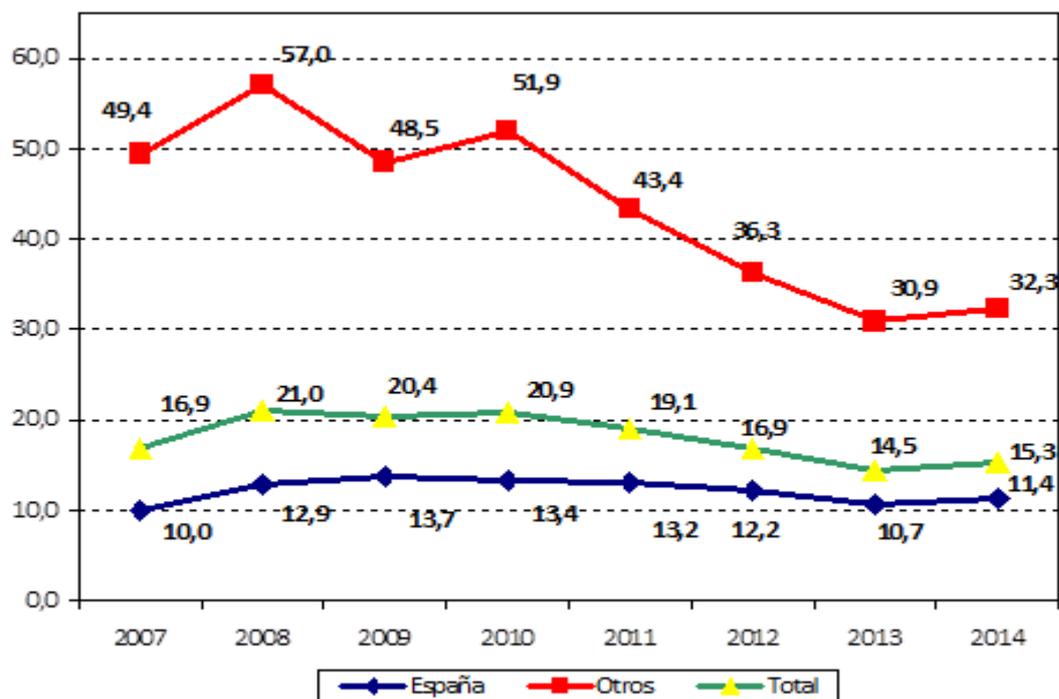
* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

Año 2013-14 no consolidado.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2007	835	81,4	191	18,6	1026
2008	1094	83,0	224	17,0	1318
2009	1096	84,1	207	15,9	1303
2010	1151	85,1	201	14,9	1352
2011	1047	84,3	195	15,7	1242
2012	951	86,8	145	13,2	1096
2013*	830	87,9	114	12,1	944
2014*	872	87,5	125	12,5	997
2015*	366	91,0	36	9,0	402
2016*	1	100,0	0	0,0	1
Total	8243	85,1	1438	14,9	9681

* Años no definitivos

Gráfico 2. Tasas de incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y año de diagnóstico VIH.

* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM. Año 2013-14 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	198	4,1	90	2,7	52	12,3	11	1,1
HSH	3824	78,5	2361	70,0				
HTX	420	8,6	670	19,9	327	77,5	985	96,9
Otros	8	0,2	15	0,4	15	3,6	9	0,9
Desconocido /N.C.	422	8,6	235	7,0	28	6,6	11	1,1
Total	4872	100	3371	100	422	100	1016	100

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

Retraso en el diagnóstico

El 16% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 14,1% en autóctonos y del 18,3% en foráneos.

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

	N	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ μ l)	DT (<350 células/ μ l)	<500 células/ μ l
2007	784	343	30,7	50,9	70,0
2008	1088	391	25,2	43,0	63,5
2009	1081	405	25,9	42,9	61,1
2010	1100	404	24,2	41,9	61,1
2011	1021	381	27,2	46,2	64,4
2012	932	417	24,5	41,5	60,5
2013	810	430	23,5	40,4	58,8
2014	883	464	21,5	36,8	54,9
2015-16	349	425	23,5	41,8	58,4
07 -16	8048	405 (RI: 199-626)	25,2	42,9	61,6

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 8048 nuevos diagnósticos (83,1%).

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, DT: Diagnóstico tardío.

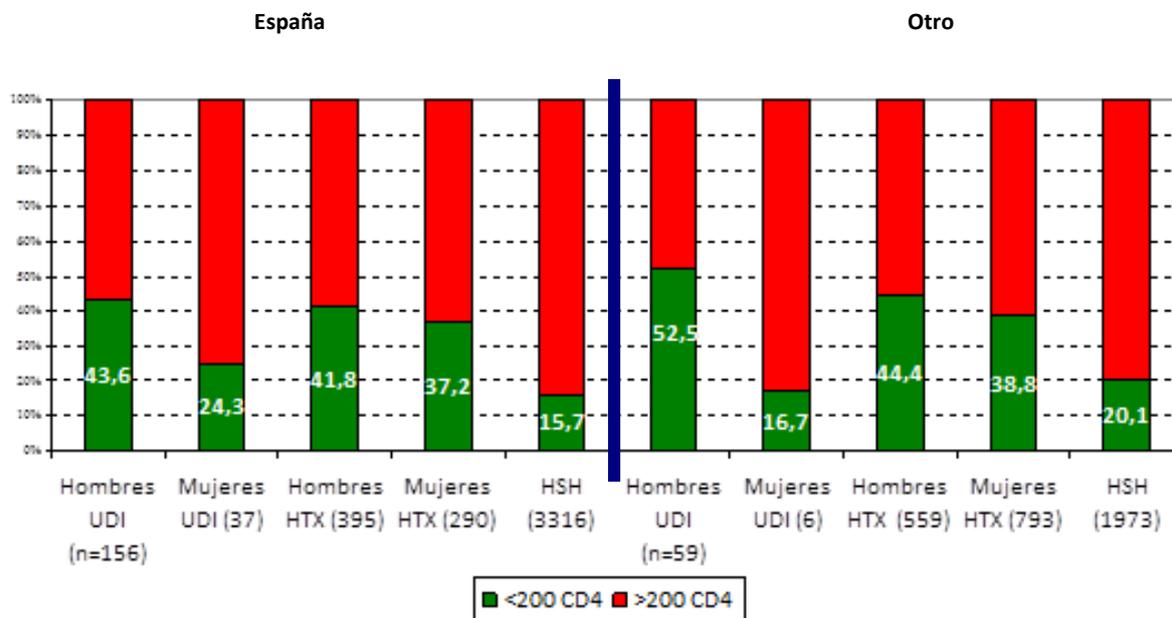
Linfocitos CD4<500: Estadios 2 y 3 del CDC (MMWR December 5, 2008/Vol.57/No.RR-10)

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

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=6885)	23,1%	40,4%	59,7%
	Mujer (1163)	37,7%	57,3%	73,3%
Edad al diagnóstico de VIH	13-19 años (122)	8,2%	23,8%	42,6%
	20-29 (2386)	14,1%	31,2%	52,4%
	30-39 (3017)	24,1%	41,9%	61,0%
	40-49 (1680)	34,7%	52,9%	69,9%
	>49 años (810)	45,4%	63,5%	77,8%
Mecanismo de transmisión	UDI (258)	42,2%	58,5%	70,2%
	HTX (2037)	40,7%	60,4%	76,2%
	HSH (5289)	17,3%	34,4%	55,0%
País de origen	España (4503)	21,9%	37,9%	56,5%
	Otros: (3545)	29,4%	49,2%	68,1%
	1. Europa Occidental (315)	13,7%	32,4%	57,1%
	2. Europa Oriental (235)	33,6%	46,8%	59,1%
	3. América Latina y Caribe (2244)	28,0%	48,3%	67,6%
	4. África Subsahariana (586)	39,8%	61,9%	79,4%
5. Norte de África y Oriente Medio (75)	42,7%	60,0%	69,3%	

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

Gráfico 3. 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.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. FEBRERO 2016.

Casos de sida 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	321	76,4	99	23,6
	2008	320	73,1	118	26,9
	2009	308	77,4	90	22,6
	2010	281	75,7	90	24,3
	2011	255	80,2	63	19,8
	2012	215	77,3	63	22,7
	2013*	158	78,6	43	21,4
	2014*	138	80,2	34	19,8
	2015*	84	81,6	19	18,4
	2016*	2	100,0	0	0,0
07-16		2082	77,1	619	22,9
Edad media (años)		41,7 ± 10,4		39,5 ± 9,9	
País de origen		España: 65,1%		España: 53,3%	
Mecanismo transmisión		HSH: 44,7%		HTX: 68,7%	

Fallecidos con infección VIH. 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	266	80,1	66	19,9
	2008	283	78,8	76	21,2
	2009	227	77,7	65	22,3
	2010	249	80,3	61	19,7
	2011	239	84,2	45	15,8
	2012	180	76,9	54	23,1
	2013*	113	79,0	30	21,0
	2014*	95	78,5	26	21,5
	2015*	70	86,4	11	13,6
	2016*	1	50,0	1	50,0
07-16		1723	79,8	435	20,2
Edad media (años)		48,3 ± 9,8		45,4 ± 9,5	
País de origen		España: 90,6%		España: 87,6%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,5%		UDI: 65,1%	

* Años no consolidados.

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

www.madrid.org/boletinepidemiologico

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública