



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Nº 11.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 11. Volumen 23. Noviembre 2017

INFORMES:

- **Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria, año 2016.**
- **Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid. Informe epidemiológico, período 2015-2017.**



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Coordina:

Servicio de Epidemiología

C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta

28035 Madrid

E-mail: isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Julio 2018

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

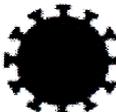
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 11.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 11. Volumen 23. Noviembre 2017

ÍNDICE

	<u>Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria, año 2016.</u>	5
	<u>Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid. Informe epidemiológico, período 2015-2017.</u>	123
	<u>EDO. Semanas 44 a 48 (del 30 de octubre al 3 de diciembre de 2017).</u>	134
	<u>Brotos Epidémicos. Semanas 44 a 48, 2017.</u>	135
	<u>Red de Médicos Centinela, semanas 44 a 48, 2017.</u>	136
	<u>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, noviembre 2017.</u>	140



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2016. COMUNIDAD DE MADRID

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
METODOLOGÍA	10
FUENTES DE INFORMACIÓN	10
Variables	10
Indicadores	10
RESULTADOS	12
FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA	12
Centros notificadores	12
EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial	12
Grado de cumplimiento de variables	12
DISTRIBUCIÓN ESPACIO TEMPORAL DE LOS CASOS	13
DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES	20
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA	20
Gripe	20
Legionelosis	24
Lepra	28
Tuberculosis	28
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA	32
Campilobacteriosis	32
Criptosporidiosis	33
E. Coli productor de toxina Shiga o Vero	33
Fiebre tifoidea y paratifoidea	33
Giardiasis	34
Hepatitis A	34
Listeriosis	39
Salmonelosis (excepto fiebre tifoidea y paratifoidea)	39
Shigelosis	41
Triquinosis	42

Yersiniosis	42
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	43
Enfermedad meningocócica	43
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	47
Enfermedad neumocócica invasora	50
Herpes zóster	54
Parotiditis	55
Parálisis flácida aguda (PFA)	59
Tosferina	59
Rubéola	64
Sarampión	64
Varicela	64
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL	68
Hepatitis B	68
Hepatitis C	73
Infección gonocócica	77
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	80
Linfogranuloma venéreo	83
Sífilis	86
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL	90
Dengue	90
Enfermedad por virus Chikungunya	94
Enfermedad por virus Zika	98
Fiebre exantemática mediterránea	102
Fiebre hemorrágica vírica (FHCC)	102
Fiebre recurrente transmitida por garrapatas	103
Leishmaniasis	103
Paludismo	107
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZONÓTICA	111
Brucelosis	111
Fiebre Q	111
Hidatidosis	111
Leptospirosis	111
Toxoplasmosis congénita	112
OTRAS MENINGITIS	112
Otras meningitis bacterianas	112

<u>Meningitis víricas</u>	115
<u>ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES</u>	120
<u>Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas</u>	120
<u>ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO</u>	120
<u>COMENTARIOS</u>	120
<u>CALIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA</u>	120
<u>ENFERMEDADES NOTIFICADAS</u>	121

RESUMEN:

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

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

Material y métodos: Se calculan indicadores del funcionamiento del propio sistema de vigilancia y de morbilidad notificada (número de casos y tasas de incidencia acumulada en el año 2016 y comparación con 2015 y los ocho años anteriores, en el ámbito de la Comunidad de Madrid y de España). La incidencia se presenta a nivel regional y por distritos, utilizando como denominador el padrón continuo de habitantes de la Comunidad de Madrid de los años correspondientes.

Resultados: Durante el año 2016 participaron en el sistema un total de 614 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (82,00%). El número total de casos notificados fue 139.246, de los cuales 91,28% corresponde a EDO numéricas (gripe, varicela y herpes zoster) y el 8,72% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos. Que en 2016 se ha observado un aumento en la incidencia en relación con la mediana de la incidencia del quinquenio anterior para: gripe, hepatitis A, shigelosis, enfermedad invasora por *H. influenzae*, enfermedad neumocócica invasora, parotiditis, parálisis flácida aguda en menores de 15 años, sarampión, tosferina, varicela, infección gonocócica y paludismo. Y se observó un descenso para: legionelosis, tuberculosis, enfermedad meningocócica, hepatitis B, sífilis, brucelosis, leishmaniasis, meningitis víricas, otras meningitis bacterianas y encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas. En 2016 en la Comunidad de Madrid, se han notificado dos casos de fiebre hemorrágica de Crimea Congo, ambos relacionados entre sí. El primero fue un hombre que como antecedente de riesgo, había encontrado una garrapata no adherida en una rodilla tras un paseo por el campo en la provincia de Ávila tres días antes del inicio del proceso. El segundo caso fue una enfermera que le atendió durante su estancia hospitalaria.

Conclusiones: En 2016 el sistema de vigilancia epidemiológica ha funcionado de forma adecuada. Se ha mantenido la vigilancia de las nuevas EDO y en algunas enfermedades se han modificado sus protocolos.

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, integrada en la Red de Vigilancia Epidemiológica de España y esta a su vez en la UE y en la OMS. Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria. El sistema de vigilancia se fundamenta en el trabajo realizado por los profesionales sanitarios, acompañado de la búsqueda activa en algunas enfermedades. A efectos de notificación, desde 2013 la semana epidemiológica comienza a las 0 horas del lunes y finaliza a las 24 horas del domingo. En el 2016 la semana 1 comenzó el lunes 4 de enero y la semana 52 finalizó el domingo 1 de enero de 2017.

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, estableció la lista de enfermedades, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Con posterioridad se desarrolló reglamentación complementaria a ésta. En 2015 se produce el mayor cambio en la normativa reguladora de las EDO con la publicación de la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito local. La nueva normativa estatal amplía la lista de enfermedades a declarar, para incorporar enfermedades que deben de ser vigiladas en el marco de la Unión Europea. Además, se han aprobado nuevas definiciones de caso y en general se han revisado los protocolos de trabajo para adecuar los procedimientos de vigilancia a la normativa europea y a las nuevas necesidades. Asimismo, se ha reforzado la integración de las diferentes aplicaciones informáticas. En esta tarea además de los requerimientos del nivel estatal se han considerado las características diferenciales de nuestra Comunidad y las necesidades derivadas de las mismas.

También es oportuno recordar que desde 2009 se cuenta con captación automática de los casos EDO desde la historia clínica de Atención Primaria. Estos casos captados automáticamente son revisados por los epidemiólogos, que validan su incorporación al sistema si cumplen los criterios de definición de caso de la Red de Vigilancia. Se mantiene la obligación para todos los médicos de notificar las EDO de declaración urgente (por teléfono o por fax), ya que una notificación oportuna en el tiempo sigue siendo fundamental para la toma adecuada de medidas de control.

En este informe, se describen las características del sistema de vigilancia (calidad de los datos, participantes en la notificación y tipo de notificación) y de las EDO detectadas durante el año 2016 correspondientes a pacientes con residencia en la Comunidad de Madrid o que el período de incubación indicara que se hallan contagiado en esta Comunidad. Para cada enfermedad se presenta la distribución espacial y temporal de los casos y se analizan las variables clínicas y epidemiológicas básicas y algunas variables específicas de cada protocolo. Para la descripción espacial de los casos se ha utilizado la zonificación de la Comunidad de Madrid en distritos, basados en los antiguos distritos sanitarios. Los datos de la Comunidad de Madrid se comparan con los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de 2016, proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología. Para describir la evolución temporal se utilizan los datos históricos del sistema de EDO tanto de la Comunidad de Madrid como del nivel nacional.

En relación a los brotes epidémicos, se han incluido los casos de enfermedad ocurridos en situaciones de brote de las enfermedades contenidas en la lista de EDO. El último análisis de todos los brotes epidémicos se presentará en el informe "Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2016" que se publicará en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Diciembre 2017. Volumen 23. Nº 12).

METODOLOGÍA

FUENTES DE INFORMACIÓN

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

Variables

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

Indicadores

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

Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

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

Indicadores de Morbilidad

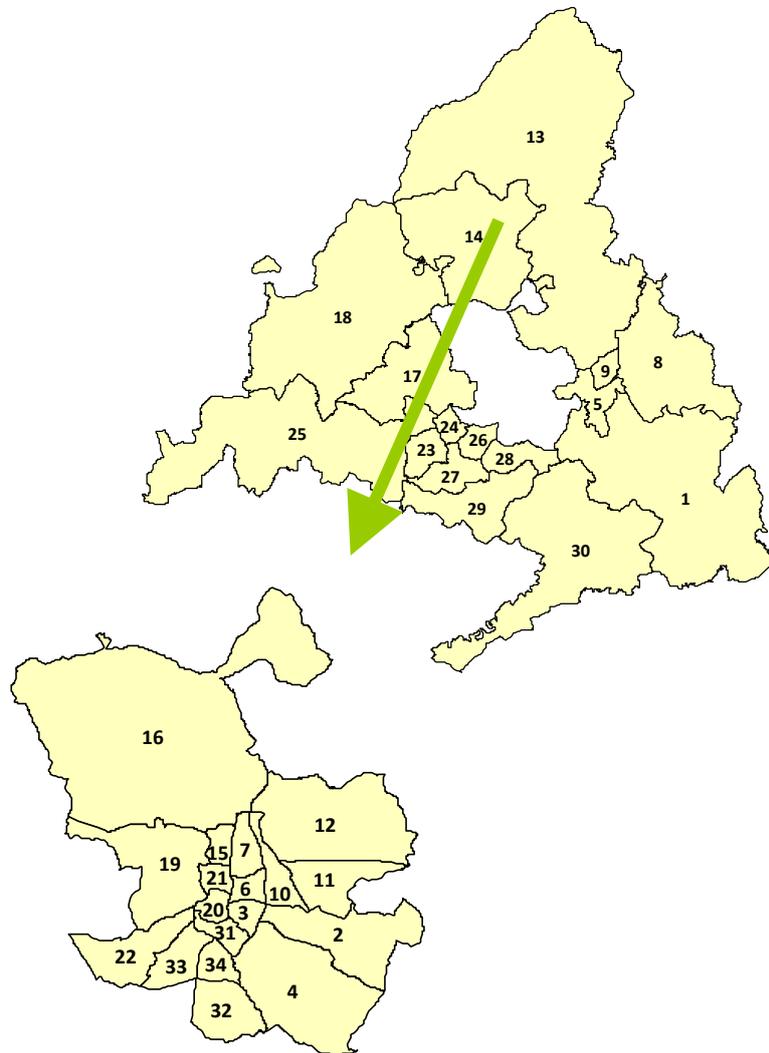
- Nº casos notificados y comparación con el año anterior.
- Tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes (TI): para su cálculo se ha utilizado la población recogida en la actualización del Padrón Municipal de la Comunidad de Madrid de 2015, para el total de la Comunidad de Madrid y por distritos.
- Comparación histórica de tasas a través del porcentaje de variación de la tasa de incidencia de la Comunidad de Madrid del 2015 con respecto a la mediana del quinquenio anterior (2010-2014):

$$\frac{TI(\text{CM } 2016) - TI \text{ mediana } (2011 - 2015)}{TI \text{ mediana } (2011 - 2015)} \times 100$$

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

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

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



RESULTADOS

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

Centros notificadores

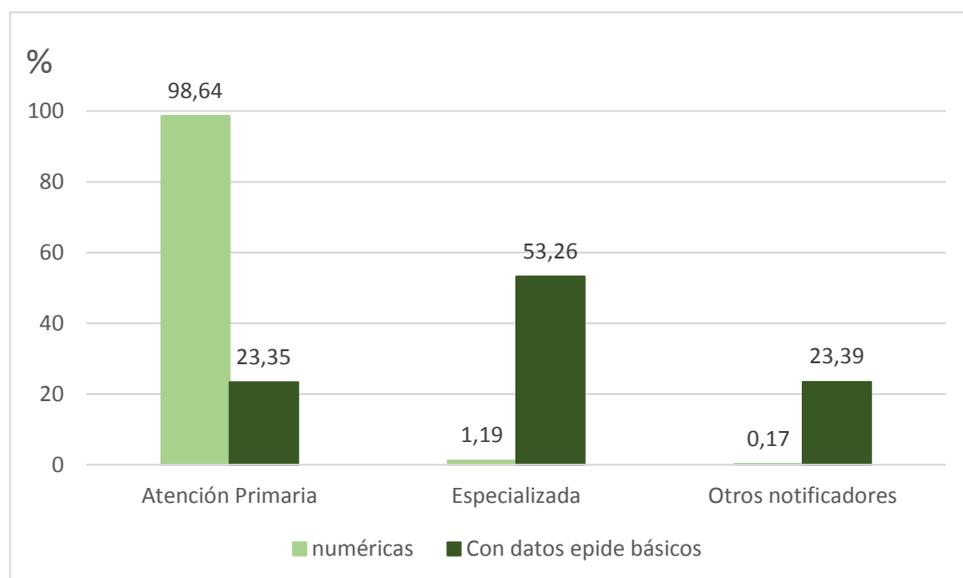
Durante el año 2016 participaron en el sistema 614 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (82,00%). El 15,20% eran centros de atención especializada hospitalaria y ambulatoria, y el resto (2,80%) eran centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, colegios, etc.).

EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial

En 2016 se notificaron un total de 139.249 casos de EDO, de los cuales el 91,28% correspondía a EDO numéricas y el 8,72% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 98,64% de los casos de enfermedad de declaración numérica fue notificado por el nivel de atención primaria. En cuanto a las EDO con datos epidemiológicos básicos, el 53,26% fue notificado por atención especializada, el 23,35 % por atención primaria y el resto por otros notificadores (gráfico 1). Hay que señalar que para este análisis sólo se considera el primer notificador de cada caso, ya que es el que alerta al sistema.

Gráfico 1. Enfermedades de Declaración Obligatoria según modalidad de notificación y nivel asistencial del primer notificador. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Grado de cumplimiento de variables

El grado de cumplimentación de las variables recogidas en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos ha sido óptimo en las variables edad, sexo, lugar de residencia, país de origen y clasificación epidemiológica de los casos (confirmados, probables o sospechosos), con una cumplimentación del 100%.

En cuanto a otras variables de gran interés epidemiológico, como la cumplimentación de la fecha de inicio de síntomas, ha sido del 96,3 %. La cumplimentación de la variable "Clasificación de caso" ha sido del 100%.

DISTRIBUCIÓN ESPACIO TEMPORAL DE LOS CASOS

Se presenta el número de casos y tasas de incidencia acumulada anual en el periodo 2007 a 2016 en la Comunidad de Madrid (tablas 1 y 2) y en el nivel nacional (tablas 3 y 4). En la tabla 5 se presentan los indicadores de morbilidad de las enfermedades con algún caso notificado en la Comunidad de Madrid en 2016.

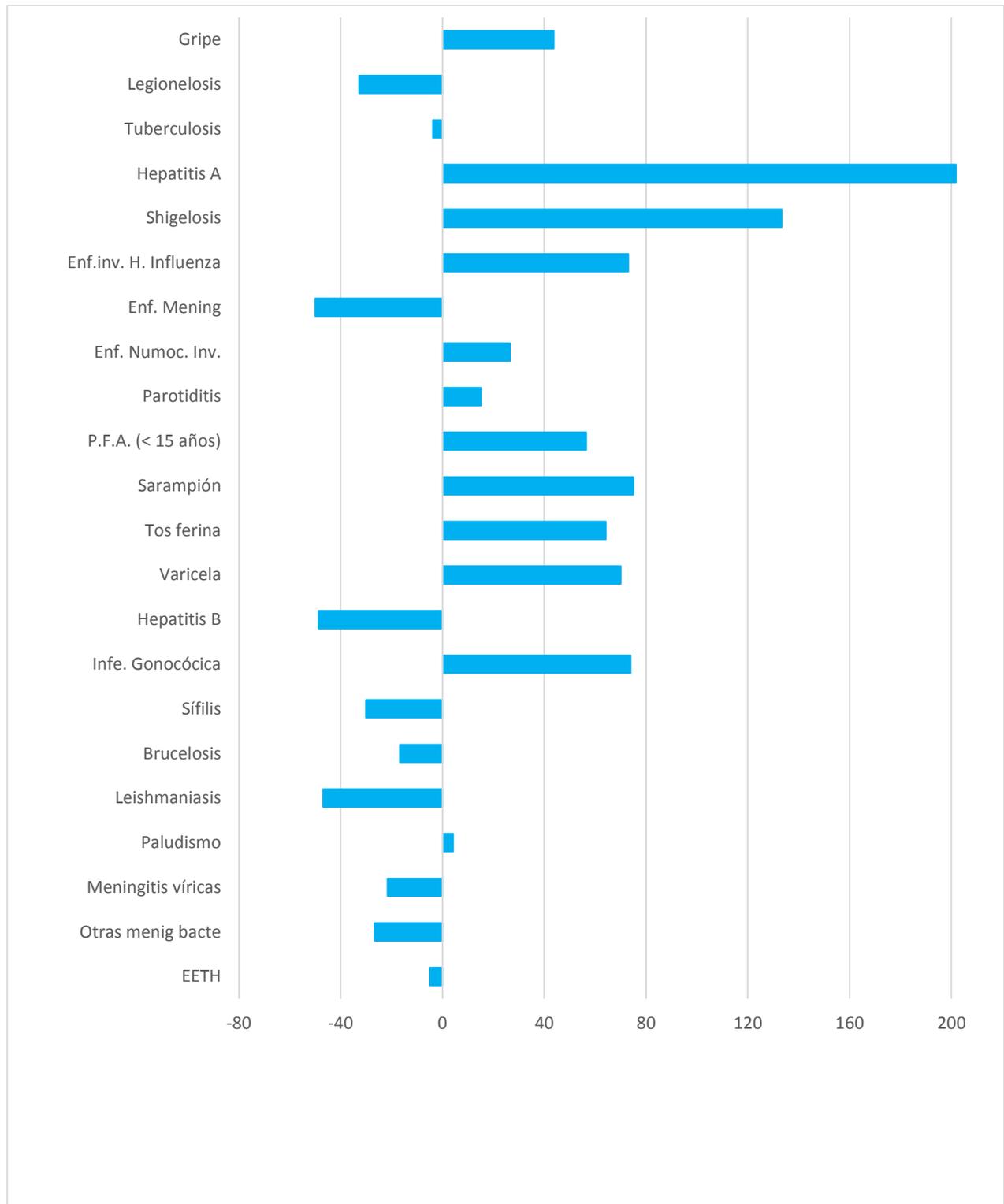
No se han presentado casos en ningún año del período analizado en las tablas 1 y 2 de cólera, difteria, fiebre amarilla, tétanos neonatal y peste.

El gráfico 2 compara las tasas de incidencia de las enfermedades estudiadas en la Comunidad de Madrid en el año 2016 con la mediana de las tasas de incidencia de la Comunidad de Madrid en el quinquenio anterior. Se observa un aumento en la tasa de incidencia en relación con la mediana de la tasa de incidencia del quinquenio anterior para: hepatitis A (201,71 %), Hepatitis C (144,77 %), shigelosis (133,33 %), lepra (100,00 %), sarampión (75,00 %), Infección gonocócica (73,91 %), enfermedad invasiva por *H. influenzae* (73,08 %), varicela (70,07 %), tosferina (64,21 %), parálisis flácida aguda en menores de 15 años (56,52 %), gripe (43,72 %), enfermedad neumocócica invasora (26,48 %), parotiditis (15,18 %), paludismo (4,19 %), han presentado una variación de 0% fiebre tifoidea y paratifoidea y rubéola. Se observa un descenso en la tasa de incidencia en relación con la mediana de la tasa de incidencia del quinquenio anterior para las siguientes enfermedades: tuberculosis (-3,32 %), brucelosis (-16,67 %), meningitis víricas (-21,56 %), EETH encefalopatías espongiiformes de transmisión humana (-25,00 %), otras meningitis bacterianas (-26,67 %), sífilis (-30,06 %), legionelosis (-32,79 %), leishmaniasis (-46,89 %), hepatitis B (-48,70 %), enfermedad meningocócica (-50,00 %), rabia y botulismo (-100,00 %) respectivamente.

Con respecto al número de casos hay que reseñar la elevación registrada en parotiditis, varicela, infección gonocócica, hepatitis C, hepatitis A, sífilis, tuberculosis, paludismo, parálisis flácida aguda en menores de 15 años, sarampión, enfermedad por *H. influenzae*, lepra, triquinosis y fiebre tifoidea y paratifoidea; así como el descenso gripe, tosferina, meningitis víricas, legionelosis, enfermedad meningocócica, otras meningitis bacterianas, leishmaniasis, enfermedad neumocócica invasora, hepatitis B, EETH, shigelosis, botulismo y brucelosis.

No se han notificado casos de: Botulismo, Síndrome respiratorio agudo grave, cólera, sífilis congénita, difteria, poliomielitis, rubéola congénita, tétanos, tétanos neonatal, encefalitis transmitidas por garrapatas, fiebre amarilla, fiebre del Nilo occidental, infección congénita por virus Zika, carbunco, tularemia, peste y rabia.

Gráfico 2. Comparación de la tasa de incidencia acumulada en el año 2016 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio 2011-2015. Porcentaje de Variación. Comunidad de Madrid.



* El porcentaje de variación es 0 para fiebre tifoidea y parat. y para rubéola.

Tabla 1. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Número de casos Comunidad de Madrid. Años 2007 a 2016.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ENFERMEDADES DE TRANSM. RESP.										
Gripe	73.331	67.140	192.427	16.605	62.320	38.595	58.640	44.647	114.200	83.938
Legionelosis	46	64	37	132	68	115	77	82	81	53
Leptra	1	5	5	2	6	2	1	2	2	4
TUBERCULOSIS										
Tuberculosis	1.076	1.148	1.108	1.009	893	810	704	638	638	678
ENFERMEDADES DE TRAN. ALIMEN										
Botulismo	2	1	2	0	1	0	0	3	1	0
Campilobacteriosis									857	1.826
Criptosporidiosis									46	47
E. coli productor toxina									6	6
Fiebre tifoidea y paratifoidea	17	10	15	7	11	8	4	3	6	7
Giardiasis									287	449
Hepatitis A	151	348	349	153	113	82	76	76	68	228
Listeriosis									22	44
Salmonelosis (exc. f.tifoi y parat.)									925	2.004
Shigelosis	22	15	15	13	12	21	19	20	48	45
Triquinosis	1	3	0	2	14	0	28	0	0	1
Yersiniosis									24	67
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B	188	178	96	101	98	65	75	100	43	38
Hepatitis C									238	272
Infección Chlamydia trac (exc.LGV)									414	1.228
Linfogranuloma venéreo									5	120
Infección. gonocócica	162	211	168	343	590	668	876	1123	1.200	1.517
Sífilis	290	362	345	663	1004	813	834	786	431	566
Sífilis congénita	1	3	5	2	2	0	0	0	0	0
ENFERMEDADES INMUNOPREVE.										
Enf. meningocócica	97	70	61	41	47	48	43	24	47	23
Enf. inv. por H. Influenzae	3	9	5	8	11	14	17	18	25	29
Enf. neumocócica invasora*	537	771	764	485	528	439	399	438	547	553
Hepes Zoster									21.341	32.539
Parotiditis	1812	743	441	715	735	754	1952	550	514	844
P.F.A.(<15 años)***	3	9	8	8	17	7	8	7	6	11
Rubéola	8	14	12	3	4	8	1	0	2	2
Sarampión	1	31	0	29	602	195	2	2	5	10
Tétanos	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0
Tosferina	169	118	110	405	410	120	249	368	807	605
Varicela	20.002	15.439	12.986	9.995	6.598	6.281	5.673	6.196	8.361	10.630
ENFERMEDADES TRANS. VECTORIA										
Dengue									58	96
Enfermedad por virus Chikungunya									81	46
Enfermedad por virus Zika									0	105
Fiebre Exantemática Mediterránea									22	24
Fiebre Hemorrágica vírica									0	2
Fiebre recurren tran por garrapatas									0	1
Leishmaniasis	21	42	29	106	228	216	130	135	79	72
Paludismo	132	106	128	95	103	127	177	192	138	145
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	10	9	3	12	6	3	1	4	4	2
Fiebre Q									12	15
Hidatidosis									21	18
Leptospirosis									1	4
Toxoplasmosis congénita									1	1
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Otras Meningitis										
Meningitis Víricas	180	260	252	201	294	453	283	130	267	221
Otras meningitis bacterianas	52	64	41	52	65	59	58	57	50	43
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH **	13	8	13	12	13	19	14	8	15	10

*Enfermedad neumocócica invasora: asignación según año de inicio de síntomas. La vigilancia de esta enfermedad se implantó a lo largo de 2007, por lo que los datos de ese año no se refieren al año completo **Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico *** Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas **** Enfermedades en las que se ha cambiado la definición de caso respecto a años previos o se han incluido en el año 2015 en la Red de Vigilancia EDO. No se han detectado casos durante este periodo de: Síndrome respiratorio agudo grave, Poliomiéltis, rubéola congénita, encefalitis transmitida por garrapata, fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Amarilla, infección congénita por virus Zika, carbunco y tularemia.

Tabla 2. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Tasas por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. Años 2007 a 2016.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ENFERMEADES DE TRANSM. RESP.										
Gripe	1205,77	1070,53	3012,82	257,10	960,29	593,9	902,77	691,73	1.769,34	1.297,94
Legionelosis	0,76	1,02	0,58	2,04	1,05	1,77	1,19	1,27	1,26	0,82
Lepra	0,02	0,08	0,08	0,03	0,09	0,03	0,02	0,03	0,03	0,06
TUBERCULOSIS										
Tuberculosis	17,69	18,30	17,35	15,62	13,76	12,46	10,84	9,88	9,87	10,48
ENFERMEADES DE TRAN. ALIMEN										
Botulismo	0,03	0,02	0,03	0,00	0,02	0,00	0,00	0,05	0,02	0,00
Campilobacteriosis									13,31	28,24
Criptosporidiosis									0,71	0,73
E. coli productor toxina									0,09	0,09
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,28	0,16	0,23	0,11	0,17	0,12	0,06	0,05	0,09	0,11
Giardiasis									4,46	6,94
Hepatitis A	2,48	5,55	5,46	2,37	1,74	1,26	1,17	1,17	1,06	3,53
Listeriosis									0,34	0,68
Salmonelosis (exc. f.tifo y parat.)									14,37	30,97
Shigelosis	0,36	0,24	0,23	0,2	0,18	0,32	0,29	0,30	0,75	0,70
Triquinosis	0,02	0,05	0,00	0,03	0,22	0,00	0,43	0,00	0,00	0,02
Yersiniosis									0,37	1,04
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B	3,09	2,84	1,50	1,56	1,51	1,00	1,15	1,53	0,67	0,59
Hepatitis C *****									3,70	4,21
Infección Chlamydia trach (exc.LGV)									6,43	18,99
Linfogranuloma venéreo*****									0,09	1,86
Infección gonocócica ****	2,66	3,36	2,63	5,31	9,09	10,28	13,49	17,40	18,64	23,46
Sífilis ****	4,77	5,77	5,40	10,27	15,47	12,51	12,84	11,48	6,70	8,75
Sífilis congénita	0,02	0,05	0,08	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ENFERMEADES INMUNOPREVE.										
Enf. meningocócica	1,59	1,12	0,96	0,63	0,72	0,74	0,66	0,37	0,73	0,36
Enf. inv. por H. Influenzae	0,05	0,14	0,08	0,12	0,17	0,22	0,26	0,28	0,39	0,45
Enf. neumocócica invasora*	8,83	12,29	11,96	7,51	8,14	6,76	6,14	6,79	8,50	8,55
Herpes Zoster *****									330,54	503,15
Parotiditis	29,79	11,85	6,9	11,07	11,33	11,6	30,05	8,52	7,99	13,05
P.F.A.(<15 años)***	0,33	0,98	0,84	0,81	1,70	0,69	0,79	0,69	0,59	1,08
Rubéola	0,13	0,22	0,20	0,04	0,06	0,12	0,02	0,00	0,03	0,03
Sarampión	0,02	0,49	0,00	0,45	9,28	3,00	0,03	0,03	0,08	0,15
Tétanos	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
Tosferina	2,78	1,88	1,72	6,27	6,32	1,85	3,83	5,70	12,54	9,36
Varicela	328,91	246,17	203,32	154,75	101,67	96,65	87,34	96,00	129,89	164,37
ENFERMEADES TRANS. VECTORIA										
Dengue									0,90	1,48
Enfermedad por virus Chikungunya									1,26	0,71
Enfermedad por virus Zika									0,00	1,62
Fiebre Exantemática Mediterránea									0,34	0,37
Fiebre Hemorrágica vírica									0,00	0,03
Fiebre recurren tran por garrapatas									0,00	0,02
Leishmaniasis	0,35	0,67	0,45	1,64	3,51	3,32	2,02	2,09	1,23	1,11
Paludismo	2,17	1,69	2,00	1,47	1,59	1,95	2,72	2,97	2,14	2,24
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	0,16	0,14	0,05	0,19	0,09	0,05	0,02	0,06	0,06	0,03
Fiebre Q									0,19	0,23
Hidatidosis									0,33	0,28
Leptospirosis									0,02	0,06
Toxoplasmosis congénita									0,02	0,02
Rabia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00
Otras Meningitis										
Meningitis Víricas	2,96	4,15	3,95	3,11	4,53	6,97	4,36	2,01	4,15	3,42
Otras meningitis bacterianas	0,86	1,02	0,64	0,81	1,00	0,91	0,89	0,9	0,78	0,66
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH **	0,21	0,13	0,20	0,19	0,20	0,29	0,22	0,12	0,23	0,15

*Enfermedad neumocócica invasora: asignación según año de inicio de síntomas. La vigilancia de esta enfermedad se implantó a lo largo de 2007, por lo que los datos de ese año no se refieren al año completo **Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico *** Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas **** Enfermedades en las que se ha cambiado la definición de caso respecto a años previos o se han incluido en el año 2015 en la Red de Vigilancia EDO. No se han detectado casos durante este periodo de: Síndrome respiratorio agudo grave, Poliomielititis, rubéola congénita, encefalitis transmitida por garrapata, fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Amarilla, infección congénita por virus Zika, carbunco y tularemia.

Tabla 3. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Número de casos. España. Años 2007-2016.										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA										
Gripe	681.988	629.504	1.137.615	224.011	590.957	533.675	584.791	542.909	731.513	621.912
Legionelosis	1.178	1.334	1.307	1.309	1.019	1.077	904	1.041	1.333	1.018
Lepra	19	18	34	12	16	12	4	7	6	11
Tuberculosis	7.954	8.046	8.218	7.721	7.103	6.858	6.046	4.809	4.579	4.803
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA										
Botulismo	9	7	13	8	12	9	7	11	4	9
F. Tifoidea y paratifoidea	75	79	70	70	82	68	64	47	63	44
Hepatitis A	1.002	2.250	2.695	1.023	713	646	614	631	591	1.286
Shigelosis	219	360	237	159	124	323	167	210	338	292
Triquinosis	115	50	21	21	34	24	29	4	4	14
Cólera	2	0	0	0	2	0	1	0	2	3
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B	931	1.011	871	865	804	605	691	780	670	516
Infección gonocócica	1.698	1.897	1.954	2.306	2.640	3.042	3.314	4.562	4.802	6.426
Sífilis	1.936	2.545	2.506	3.187	3.522	3.638	3.720	3.568	3.693	3.341
Sífilis congénita	19	20	14	11	7	6	6	8	4	4
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	263	170	143	110	103	85	107	82	49	45
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tularemia						2	2	95	31	3
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES										
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Enfermedad meningocócica	830	768	725	552	572	427	318	231	307	311
P.F.A. (< 15 años)**	37	35	21	31	34	23	26	41	32	51
Parotiditis	10.343	3.845	2.172	2.705	4.615	9.538	13.960	3.310	3.763	5.017
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	60	63	30	12	19	67	4	12	10	1
Rubeola congénita	0	1	2	0	0	1	1	1	0	1
Sarampión	241	308	44	302	3.641	1.219	114	117	37	23
Tétanos	12	15	9	11	10	12	12	6	7	9
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	554	663	538	884	3.239	3.430	2.342	3.333	8.471	5.360
Varicela	153.099	125.706	141.399	157.914	136.823	145.642	142.180	161.598	179.255	166.778
ENFERMEDADES TRANSMISIÓN VECTORIAL										
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	345	347	409	448	505	557	582	576	586	754
NOTIFICADA POR SISTEMA ESPECIAL										
EETH *	99	107	97	96	90	103	65	72	126	126

Tabla 4. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Tasas de incidencias por 100.000 habitantes. España. Años 2007-2016.										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA										
Gripe	1.541,9	1.408,7	2.521,9	492,3	1.281,2	1.156,1	1.245,6	1.116,8	1.575,75	1.338,36
Legionelosis	2,7	3,0	2,9	2,9	2,2	2,3	1,9	2,2	2,88	2,19
Leptra	19	18	34	12	16	12	4	7	0,01	0,02
Tuberculosis	17,9	18,0	16,8	15,4	14,6	13,1	11,9	10,3	9,91	10,34
ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA										
Botulismo	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02
F. Tifoidea y paratifoidea	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,14	0,09
Hepatitis A	2,3	5,0	6,0	2,3	1,6	1,4	1,30	1,3	1,27	2,77
Shigelosis	0,5	0,8	0,5	0,4	0,3	0,7	0,4	0,6	0,75	0,63
Triquinosis	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,07	0,0	0,01	0,03
Cólera	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01	0,01
ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B	2,1	2,3	1,9	1,9	1,7	1,3	1,5	1,68	1,44	1,11
Infección gonocócica	3,8	4,3	4,3	5,1	5,7	6,6	7,1	9,8	10,38	13,83
Sífilis	4,4	5,7	5,6	7,0	7,6	7,9	8,0	7,7	7,96	7,19
Sífilis congénita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,02	0,02	0,01	0,97
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,11	0,10
Peste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
Tularemia						0,00	0,04	0,29	0,42	0,01
Rabia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
ENFERMEADES INMUNOPREVENIBLES										
Difteria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
Enfermedad meningocócica	1,9	1,7	1,6	1,2	1,2	0,9	0,7	0,5	0,66	0,67
P.F.A. (< 15 años)	0,6	0,5	0,3	0,4	0,5	0,3	0,4	0,6	0,45	0,73
Parotiditis	23,4	8,6	4,8	6,0	10,0	20,7	30,0	7,1	8,11	10,18
Poliomielitis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
Rubéola	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,01	0,03	0,02	0,01
Rubéola Congénita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
Sarampión	0,5	0,7	0,1	0,7	7,9	2,6	0,2	0,3	0,09	0,05
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,03	0,01	0,02	0,02
Tétanos neonatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
Tosferina	1,3	1,5	1,2	1,9	7,0	7,4	5,3	7,2	18,25	11,53
Varicela	346,1	281,3	313,5	347,1	298,6	315,5	305,0	347,8	386,13	358,91
ENFERMEADES TRANSMISIÓN VECTORIAL										
Fiebre Amarilla	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
Paludismo	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,26	1,80
NOTIFICADA POR SISTEMA ESPECIAL										
EETH	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,11	0,09

Tabla 5. Enfermedades de Declaración Obligatoria: indicadores de morbilidad. Comunidad de Madrid. Año 2016

	Casos 2016	Tasas 2016	Casos COMUNIDAD DE MADRID 2016 -2015	% variación TI 2016 COMUNIDAD DE MADRID respecto mediana 2011-2015	TI COMUNIDAD DE MADRID / TI España
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESP.					
Gripe	83.938	1.297,94	-30.262	43,77	0,97
Legionelosis	53	0,82	-28	-32,79	0,37
Lepra	4	0,06	2	100,00	0,46
TUBERCULOSIS					
Tuberculosis	678	10,48	40	-3,32	1,01
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMEN					
Botulismo	0	0,00	-1	-100,00	0,00
F. Tifoidea y paratifoidea	7	0,11	1	0,00	1,22
Hepatitis A	228	3,53	152	201,71	1,27
Shigelosis	45	0,70	-3	133,33	1,11
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL					
Hepatitis B	38	0,59	-5	-48,70	1,00
Infección gonocócica	1517	23,46	317	73,91	1,70
Sífilis	566	8,75	135	-30,06	1,22
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES					
Enfermedad meningocócica	23	0,36	-24	-50,00	0,54
Enfermedad invasiva por <i>H.influenzae</i>	29	0,45	4	73,08	--
Enfermedad neumocócica invasora*	553	8,55	-5	26,48	--
Parotiditis	844	13,05	330	15,18	1,21
P.F.A. (< 15 años) ***	11	1,08	4	56,52	1,86
Rubéola	2	0,03	0	0,00	1,00
Sarampión	10	0,15	5	75,22	0,54
Tosferina	605	9,36	-182	64,21	0,81
Varicela	10.630	164,37	2.269	70,07	0,46
ENFERMEDADES TRANS. VECTORIAL					
Leishmaniasis	72	1,11	-7	-46,89	--
Paludismo	145	2,24	7	4,19	1,81
ANTROPOZOONOSIS					
Brucelosis	3	0,05	-1	-16,67	0,50
Otras Meningitis					
Meningitis Víricas	221	3,42	-46	-21,56	--
Otras meningitis bacterianas	43	0,66	-7	-26,67	--
ENF. NOTIFICADAS SISTEMAS ESPECIALES					
EETH **	10	0,15	-5	-25,00	1,00

No se incluyen en la tabla las enfermedades con 0 casos notificados en 2015.*La Enfermedad neumocócica invasora se vigila en la Comunidad de Madrid desde 2007. **Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas.*** Parálisis flácida aguda (menores de 15 años); asignación según año de inicio de síntomas

DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

Gripe

En el año 2016 se notificaron en la Comunidad de Madrid 83.938 casos de gripe, 30.265 casos menos que durante el año 2015. La tasa de incidencia fue de 1.297,94 casos por 100.000 habitantes, similar a la tasa de 1.268,53 notificada para España. Se notificaron un promedio de 1.427 casos a la semana, con una estacionalidad pero sin una tendencia.

El distrito más afectado fue el de Torrejón de Ardoz (2.191,67) seguido de los distritos de Coslada (1.934,04), Leganés (1.611,34) y Colmenar Viejo (1.605,32).

El 45,9% de los casos se dieron en hombres. La mediana de edad fue de 34 años con un rango comprendido entre 0 y 103 años. El 50% de los casos tenía entre 13 y 46 años.

En el año 2016 se notificaron 7 brotes (con 185 casos en total) de los cuales 2 no se pudo aislar el agente causal, en 3 brotes se aisló A H1N1, en 1 A sin subtipar y un brote de virus de la gripe B.

Gráfico 3. Tasas de gripe por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

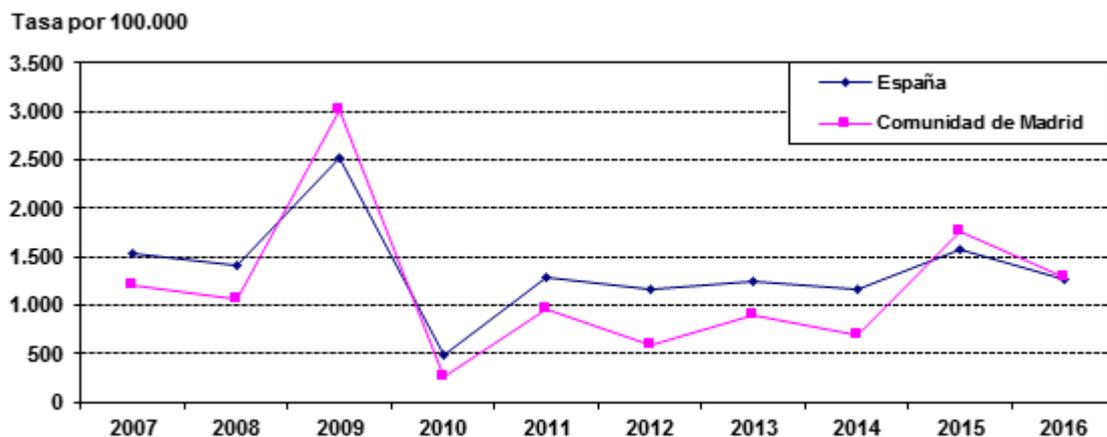


Gráfico 4. Casos de gripe por semana de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.

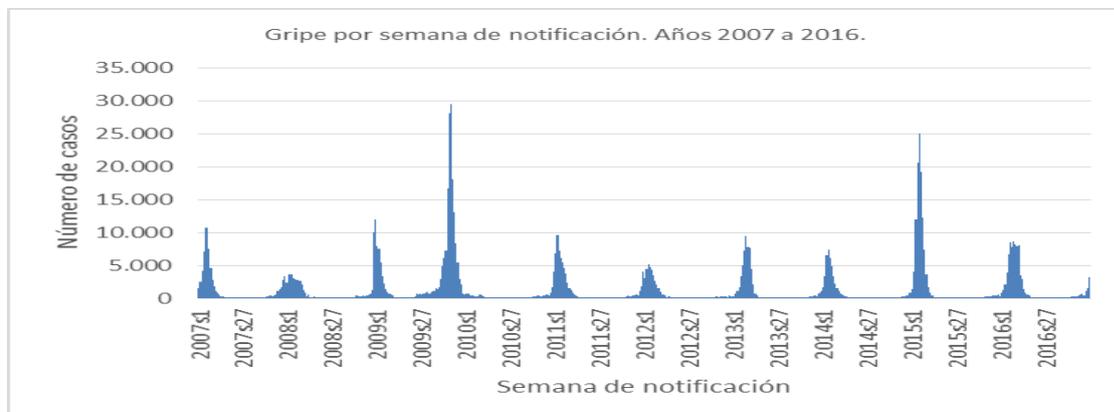


Gráfico 5. Casos notificados de gripe por sexo y edad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.

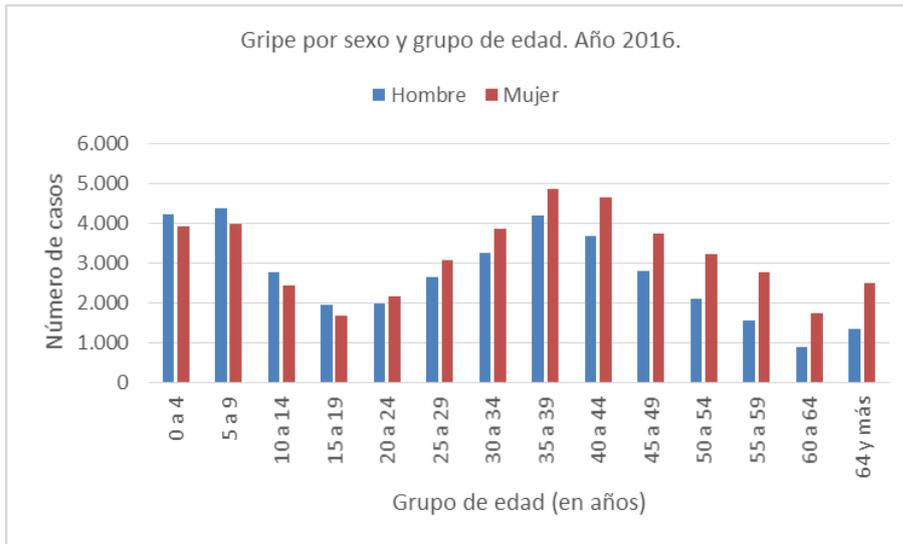


Gráfico 6. Casos notificados de gripe por edad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.

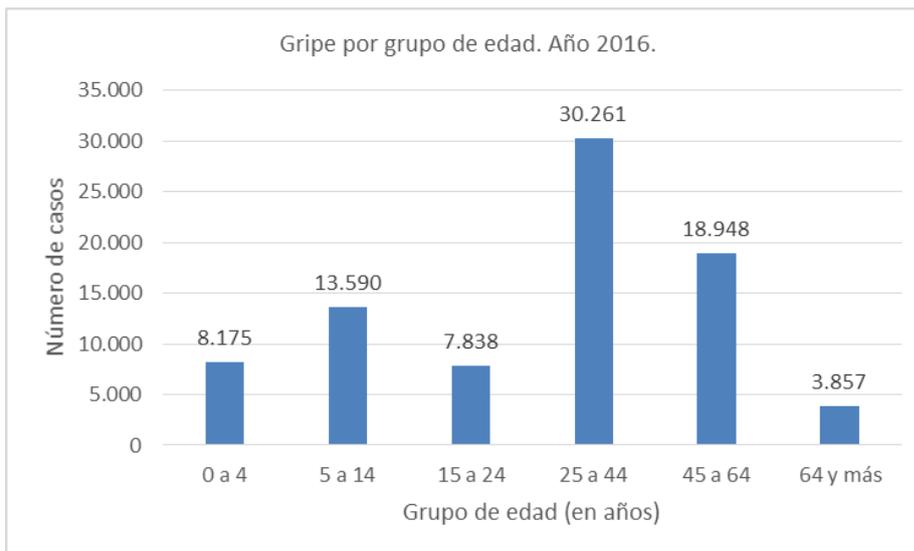
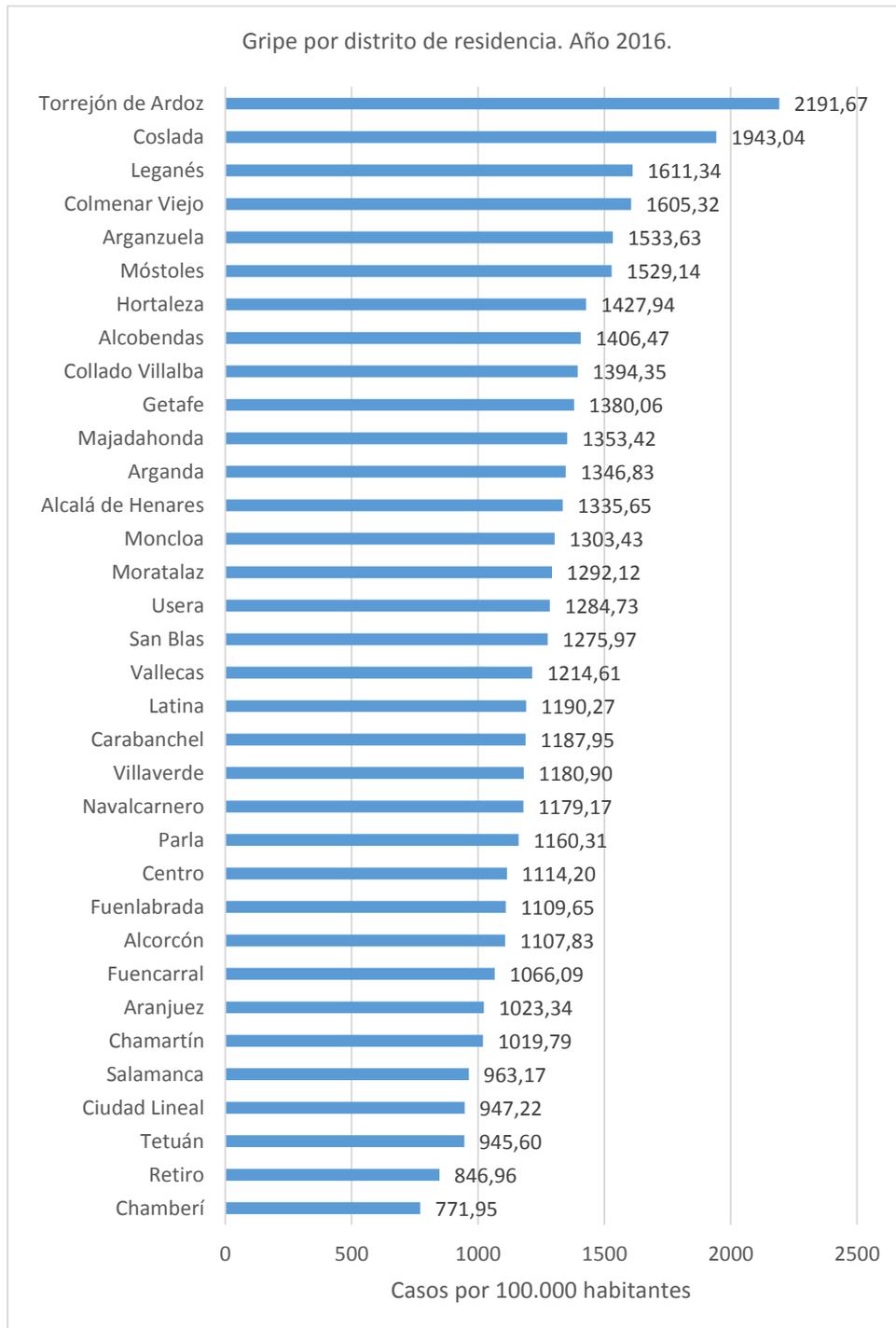
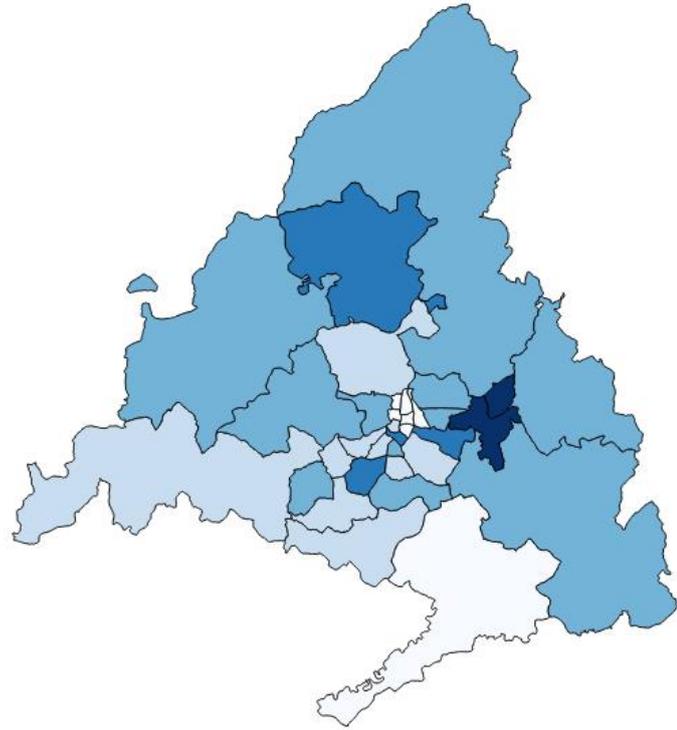


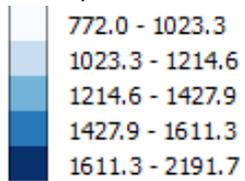
Gráfico 7. Tasas de incidencia de gripe por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 1. Mapa con tasas de incidencia de gripe por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Legionelosis

En el año 2016 se notificaron 53 casos de legionelosis, 28 casos menos que durante el año 2015. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,82 casos por 100.000 habitantes. El distrito más afectado fue el de Moncloa (3,43) seguido de los distritos de Getafe (2,26), Latina (1,71) y Retiro (1,69).

El 69,8% de los afectados fueron hombres. La edad media de los casos fue de 67 años, con un rango comprendido entre los 31 y los 97 años. El 50% de los casos presentaron una edad comprendida entre los 55 y los 80 años. El 96% de los casos se dieron en personas nacidas en España.

Todos los casos se clasificaron como confirmados mediante la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina. Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (40%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (19%), diabetes mellitus (15%), inmunodepresión (11%), nefropatía (8%), estar en tratamiento con corticoides (8%) y padecer un cáncer (6%). Ninguno de los casos presentó el antecedente de haber recibido trasplante.

Respecto a los criterios de gravedad, ningún paciente falleció, el 11% requirió el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos y el 93% requirió el ingreso en un hospital.

El 2% (n = 1) se clasificó como asociado a viaje, considerando como tales aquellos casos que han pasado más de 5 días fuera de la Comunidad de Madrid en los 10 días previos al inicio de los síntomas. El 25% (n = 13) de los casos comunitarios presentó el antecedente de haber realizado viaje durante el período de incubación. En cuanto al ámbito de presentación, no se notificó ningún caso nosocomial. Referente al modo de presentación, el 91% se recogieron como esporádicos y el 4% (2 casos) se registraron como relacionados entre sí espacial y temporalmente. Durante el año 2016 no se registró ningún brote en la Comunidad de Madrid.

Además de estos 53, durante el año 2016 se notificaron otros 19 casos de legionelosis en personas que no eran residentes y en los que el riesgo se había localizado fuera de la Comunidad de Madrid, por lo que no se consideran al contabilizar la incidencia. Eran 15 hombres (79%) y 4 mujeres (21%), con una edad media de 63 años y un rango comprendido entre los 46 y 85. La mayoría de los casos (89%) tenían a España como su país de origen. Todos los casos se confirmaron mediante la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina. En 14 casos (74%) el riesgo estuvo localizado en otras comunidades autónomas y en 5 casos (26%) el riesgo estuvo localizado fuera del territorio nacional. Trece casos (68%) se consideraron esporádicos, 3 casos (16%) se consideraron asociados a brotes y 3 (16%) se consideraron relacionado con otros casos.

Gráfico 8. Tasas de legionelosis por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

Tasa por 100.000

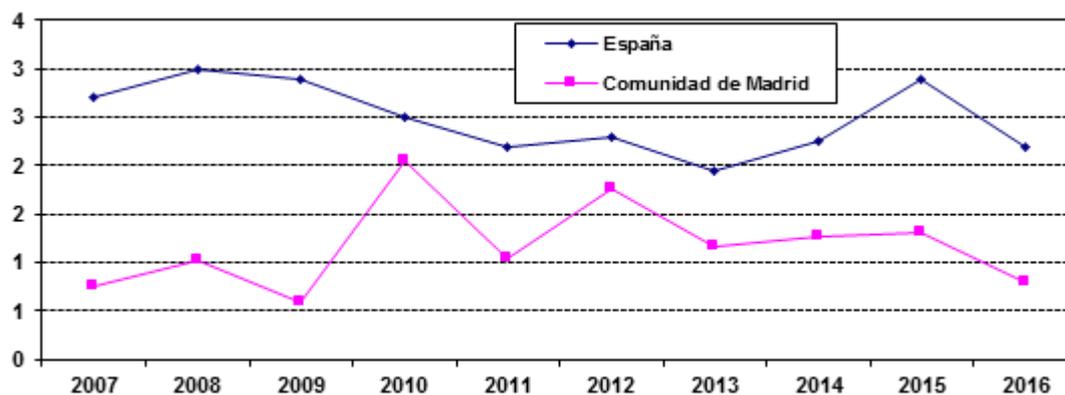


Gráfico 9. Casos de legionelosis por sexo y edad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.

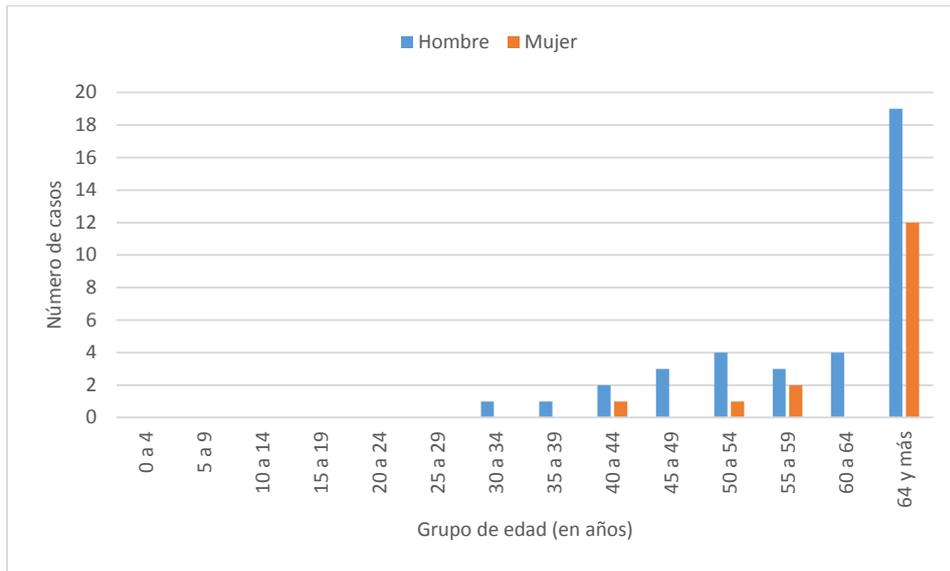
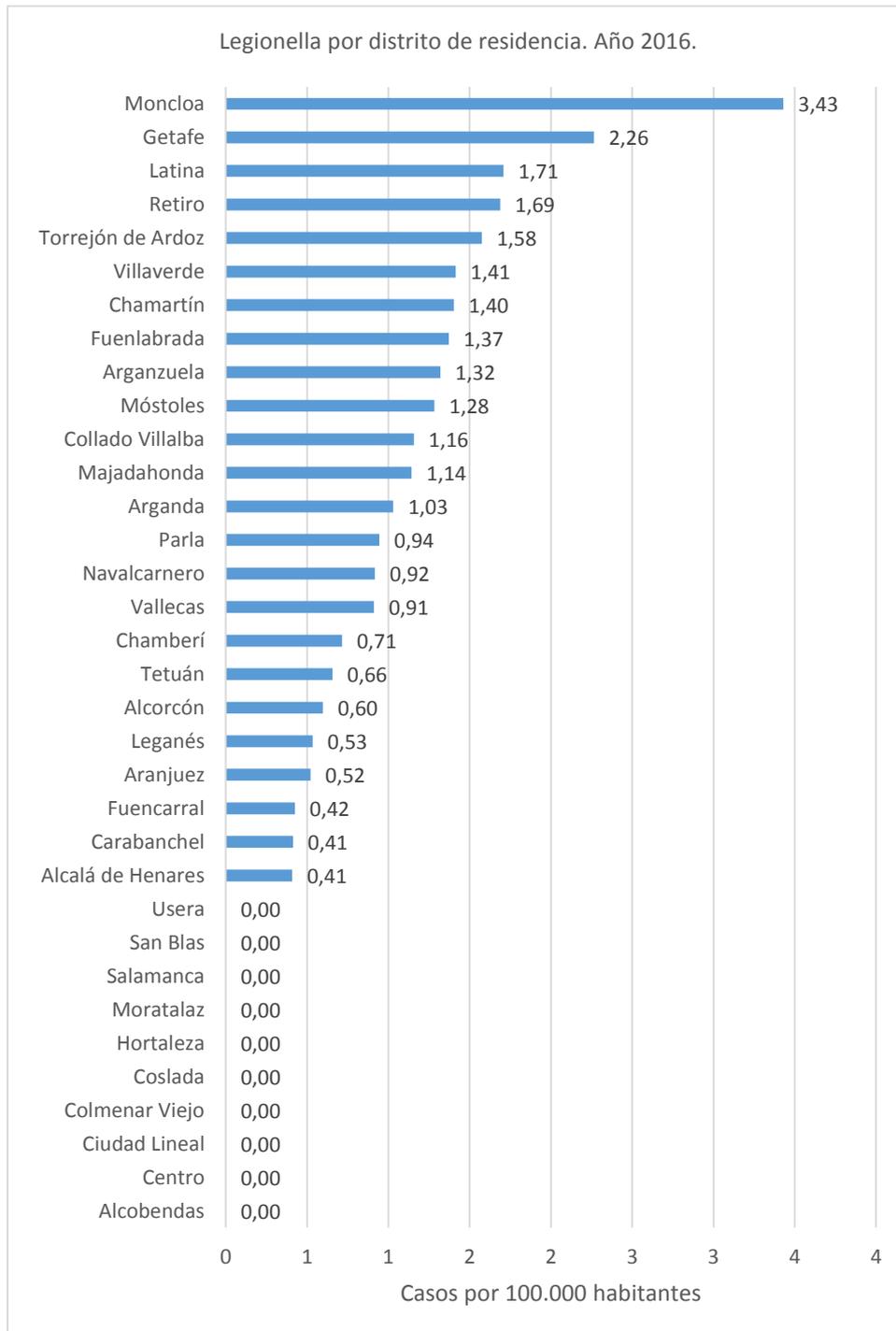
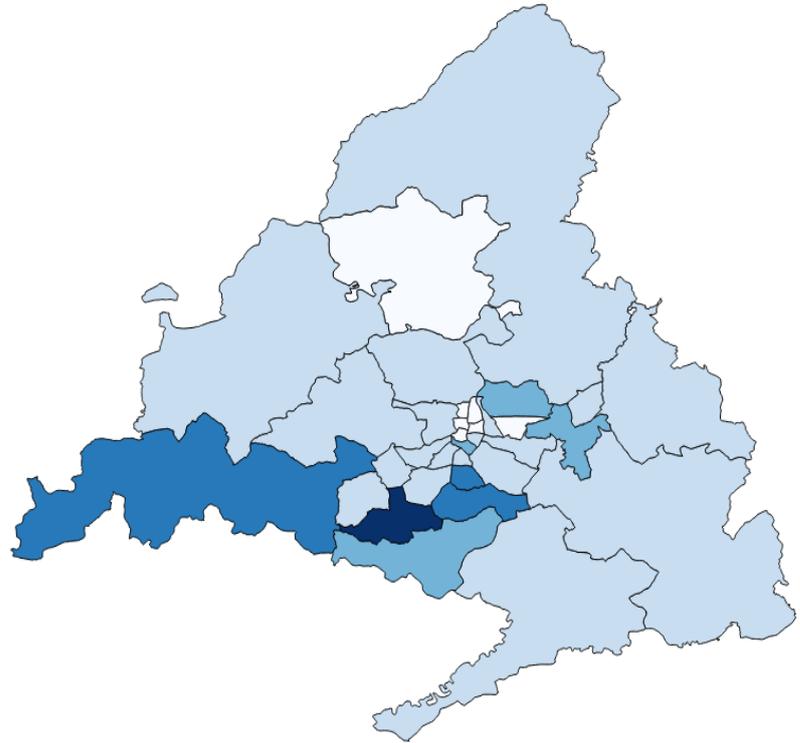


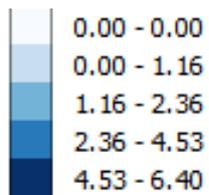
Gráfico 10. Tasas de incidencia de legionelosis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 2. Mapa con tasas de incidencia de legionelosis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes

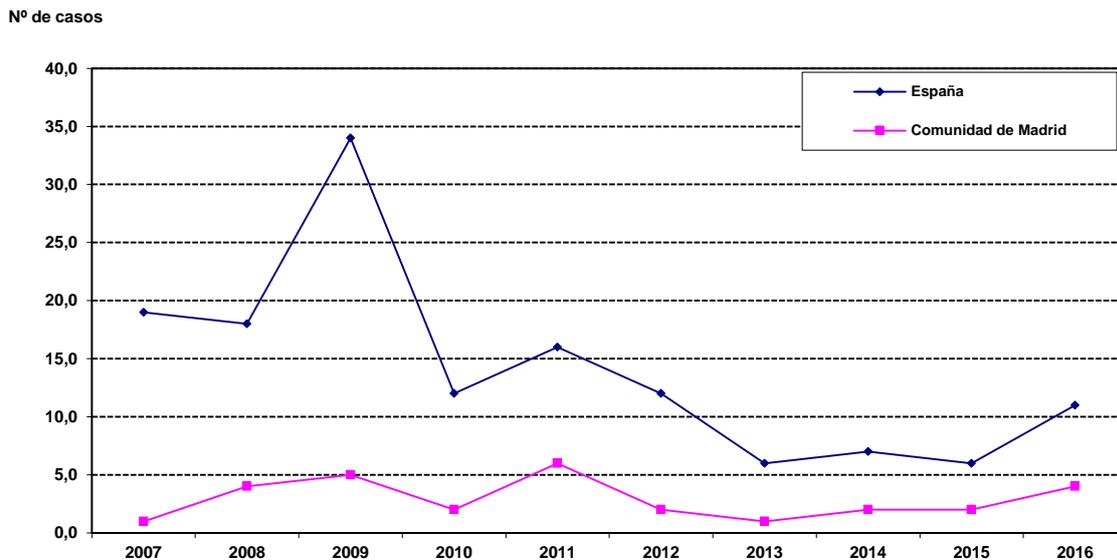


Lepra

En el año 2016 se notificaron 3 casos de lepra confirmados y un caso sospechoso, 2 casos más que durante el año 2015. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,06 casos por 100.000 habitantes.

Los tres casos confirmados tienen el antecedente de proceder dos de la República del Paraguay y uno de Brasil. Se trata de dos mujeres y un hombre con edades comprendidas entre 28 y 34 años, el caso sospechoso es una mujer de 58 años natural de España, tiene imágenes histopatológicas compatibles con lepra. Todos los casos han respondido favorablemente al tratamiento.

Gráfico 11. Nº de casos de lepra por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.



Tuberculosis

Durante el año 2016 se notificaron 678 casos de tuberculosis, un número similar a la notificación de 2015, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 10,48 casos por 100.000 habitantes, 40 casos más que en el año 2015.

La incidencia total por sexo fue de 13,0 casos por 100.000 habitantes para hombres, y 8,1 casos por 100.000 habitantes para mujeres. Según grupos de edad, la incidencia en población menor de 15 años fue de 3,35 casos por 100.000 habitantes, en el grupo de edad de 15-64 años fue de 11,64 casos por 100.000 habitantes y en mayores de 64 fue de 12,44 casos por 100.000 habitantes.

De los casos notificados en la Comunidad de Madrid, 46,4% fueron en personas nacidas fuera de España, lo que representa una tasa de incidencia de 27,1 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de tuberculosis en población autóctona fue de 6,8 casos por 100.000 habitantes.

Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Villaverde (24,04 casos por 100.000 habitantes), Usera (22,37 casos por 100.000 habitantes) y Torrejón de Ardoz (20,48 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 3).

La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (73,1%), siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 7,67 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera de 2,83 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 12. Tasas de tuberculosis por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

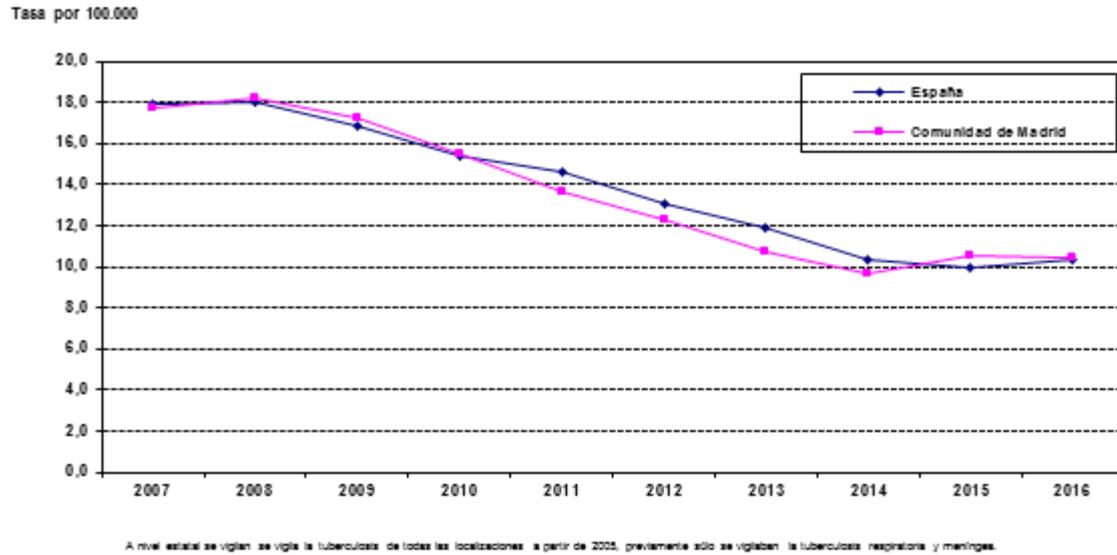
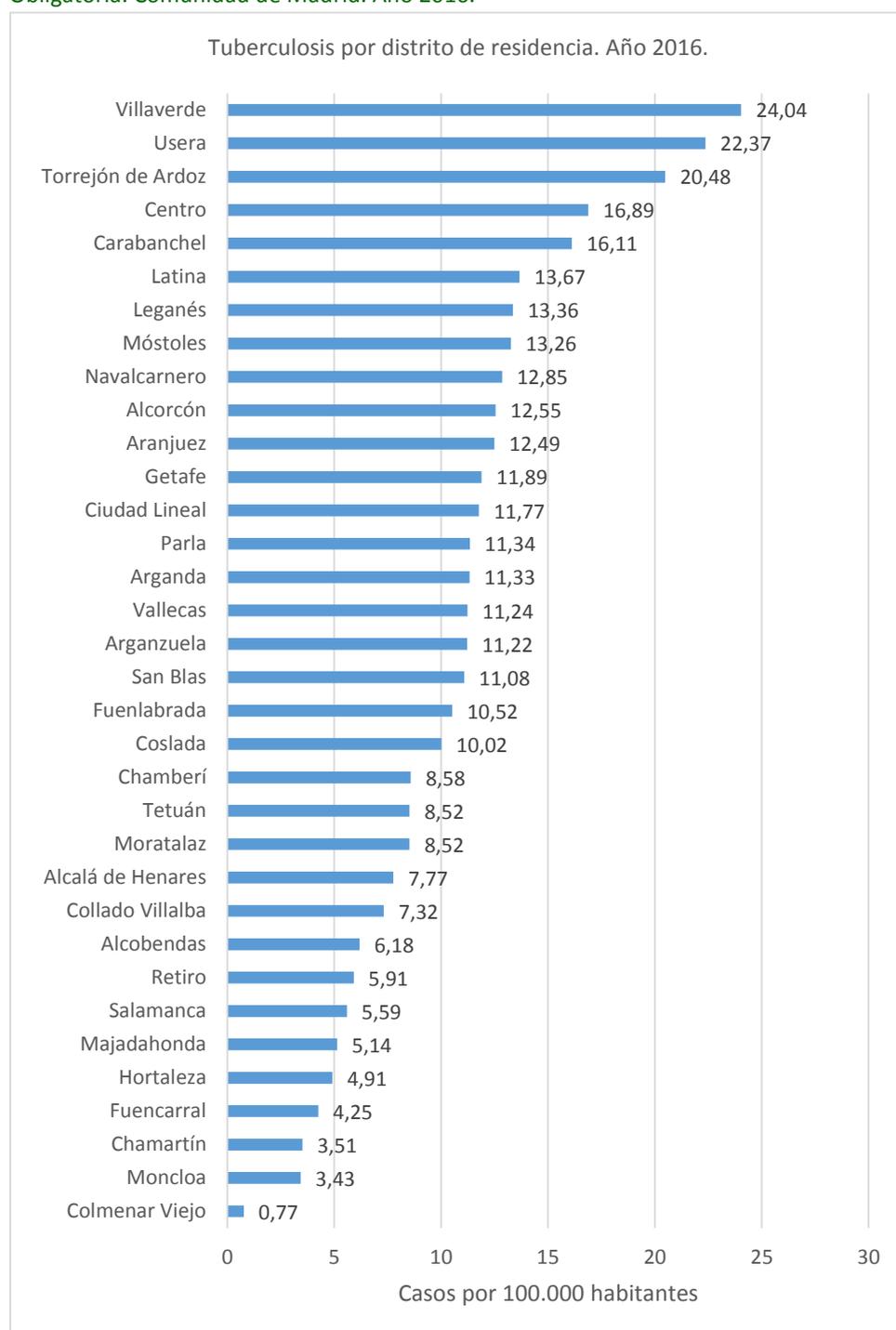
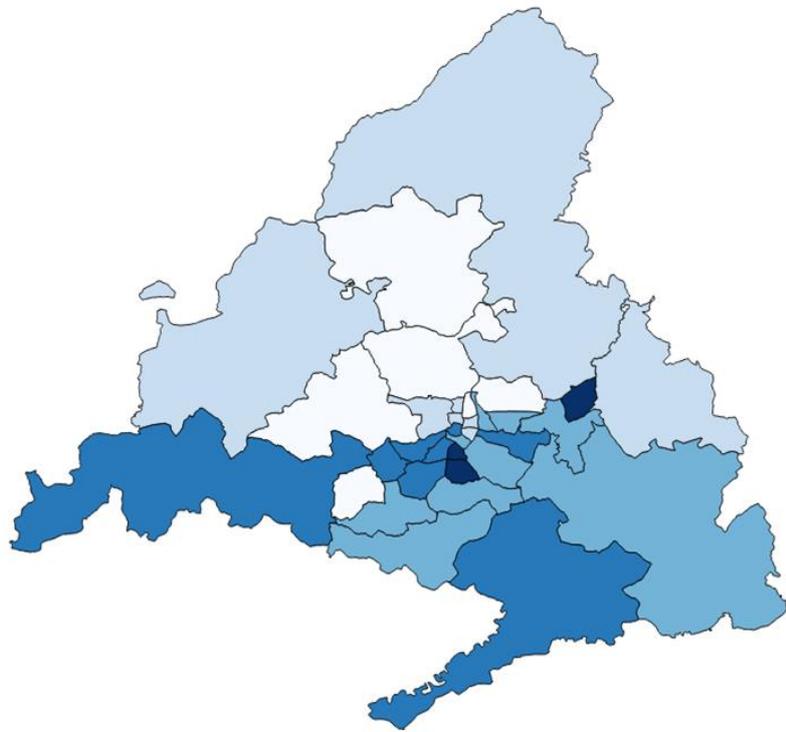


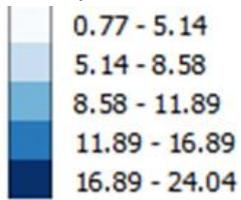
Gráfico 13. Tasas de incidencia de tuberculosis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 3. Mapa con tasas de incidencia de tuberculosis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

Campilobacteriosis

En el 2016 se notificaron 1.826 casos, con una incidencia de 28,24 casos por 100.000 habitantes.

En el 57,6 % fueron varones, la media de edad fue de 23,0 años, el rango fue entre 0 y 92 años. El 49,9 % de los casos eran menores de 10 años (28,42% del grupo de 1 a 4 años), el 33,95 eran mayores de 25 años.

En el 99,8 % de los casos se confirmaron por microbiología, 4 casos (0,2%) se clasificaron como probable por presentar vínculo epidemiológico con un caso confirmado. El 16,8% tuvo que ser hospitalizado y se notificaron 6 fallecimientos.

Se presentaron 3 brotes con 7 casos, 2 familiares y 1 en establecimiento de restauración.

Gráfico 14. Campilobacteriosis. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2016.

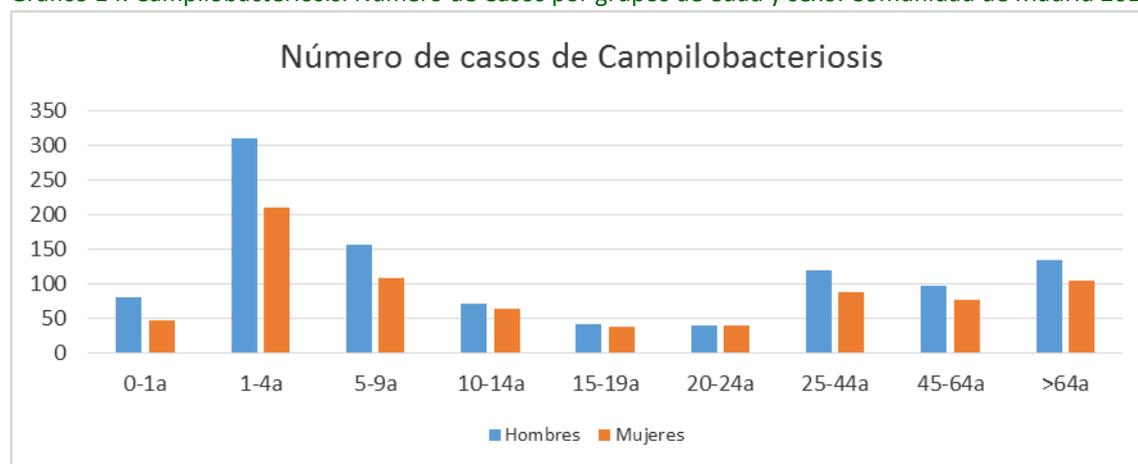


Tabla 6. Campilobacteriosis. Número de Casos totales, hospitalizados y no hospitalizados por grupos de edad. Comunidad de Madrid 2016.

Grupos de edad	Nº de casos	Porcentaje de hospitalización
0-1a	128	13,33
1-4a	519	7,35
5-9a	265	12,39
10-14a	135	16,10
15-19a	80	26,67
20-24a	79	14,29
25-44a	207	19,23
45-64a	174	31,82
>64a	239	42,66
total	1826	18,58

Criptosporidiosis

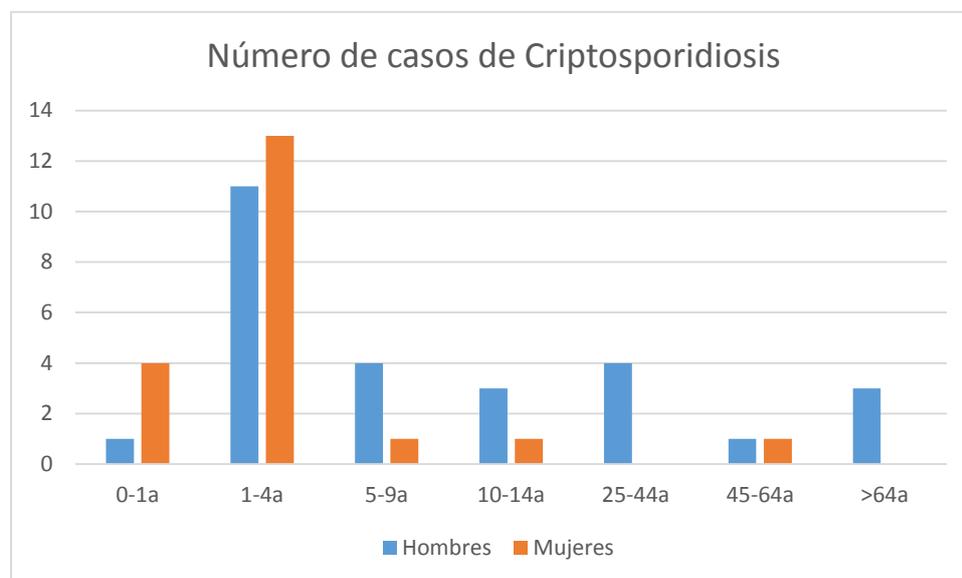
En el 2016 se notificaron 47 casos de criptosporidiosis, con una incidencia de 0,73 casos por 100.000 habitantes.

En el 57,4 % fueron varones, la media de edad fue de 11,8 años, el rango fue entre 0 y 72 años. El 61,70% de los casos eran menores de 4 años (51,06% del grupo de 1 a 4 años).

Todos los casos se confirmaron por microbiología. El 12,8% tuvo que ser hospitalizado y no se notificaron fallecimientos.

Se han notificado 2 brotes familiares con 5 casos en total.

Gráfico 15. Criptosporidiosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2016.



E. Coli productor de toxina Shiga o Vero

En el año 2016 se notificaron 6 casos de *E. Coli* productora de toxina, con una incidencia de 0,09 casos por 100.000 habitantes. El rango de edad es de 8 a 74 años la media de edad es de 50,17 años, el 50% (3 casos) son mayores de 64 años. El 66,7% fueron varones. Cuatro casos fueron españoles, uno había nacido en Marruecos y otro en República de Ecuador. Todos los casos se confirmaron por microbiología.

El 66,7% tuvo que ser hospitalizado y falleció un hombre de 82 años. En 1 caso se aisló en heces *Escherichia coli* Enterotoxigénico, O157:H7. Ningún caso presentó como complicación Síndrome hemolítico urémico (SHU).

Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el 2016 se notificaron 7 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, con una incidencia de 0,11 casos por 100.000 habitantes.

En el 71,4 % fueron mujeres, la media de edad fue de 22,5 años, el rango fue entre 0 y 39 años. El 57,1 % de los casos eran mayores de 25 años.

Todos los casos se confirmaron por microbiología. El 57,1% tuvo que ser hospitalizado y no se notificaron fallecimientos. En 6 casos (85,7%) hubo antecedente de viaje en el período de incubación a los siguientes lugares: en 3 casos a la India, en 2 casos a Marruecos y en un caso a Perú.

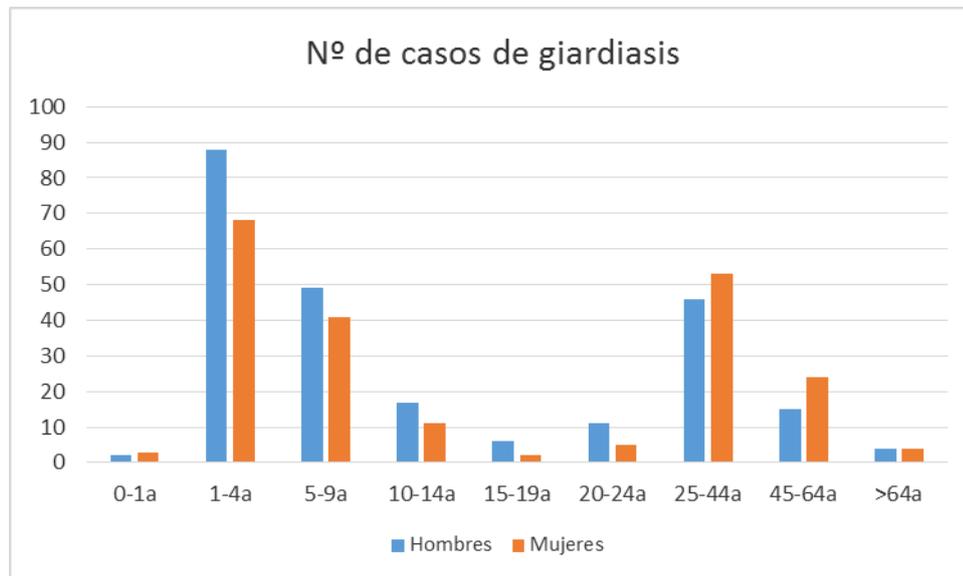
Gráfico 16. Tasas de fiebre tifoidea y paratifoidea por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.



Giardiasis

En el 2016 se notificaron 449, con una incidencia de 6,94 casos por 100.000 habitantes. En el 53,0 % fueron varones, la media de edad es de 17,7 años, el rango esta entre 0 y 80 años. El 54,7% de los casos eran del grupo de 1 a 9 años y 22,0% del grupo de 25 a 44 años. El 99,8 %, (448 casos) se confirmaron por microbiología y un caso se clasificó como probable por vínculo epidemiológico con un caso confirmado. El 2% (9 casos) tuvo que ser hospitalizado, no se notificó ningún fallecimiento. Se notificaron 2 brotes familiares con 5 casos afectados.

Gráfico 17. Giardiasis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2016.



Hepatitis A

Durante el año 2016 se notificaron 228 casos, 160 más que en el año 2015. La tasa de incidencia acumulada en la Comunidad de Madrid fue de 3,53 casos por 100.000 habitantes, algo mayor que los 2,60 casos registrados para el conjunto de España. El distrito más afectado fue el Centro (23,04), seguido de Arganzuela (12,54) y Navacarnero (7,34).

El 79,3% de los casos notificados en 2016 se dieron en hombres. La edad media fue de 29 años, con un rango que osciló entre 0 y 86 años. El 50% de los casos tenía entre 21 y 38 años. En relación al país de origen, el 75,6% eran personas nacidas en España y entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron Marruecos (n=10), Ecuador (n=9), Venezuela (n=4), Honduras (n=3), Perú (n=3) y Rumanía (n=3).

La mayoría de los casos fueron confirmados (n=226; 99,1%). Los casos restantes fueron probables (n=2; 0,9%), correspondientes a personas con síntomas y vínculo epidemiológico con un caso confirmado. El 5,7% (n=13) tenían antecedente de vacunación. En 62 casos (27,9%) se recogió antecedente de viaje durante el periodo de incubación, 38 de ellos a países endémicos. Durante 2016 se notificaron 12 brotes con 36 casos, once brotes fueron familiares/amigos y uno en un establecimiento de comidas para llevar donde el vehículo sospechoso fue un alimento (ensalada).

Gráfico 18. Tasas de hepatitis A por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

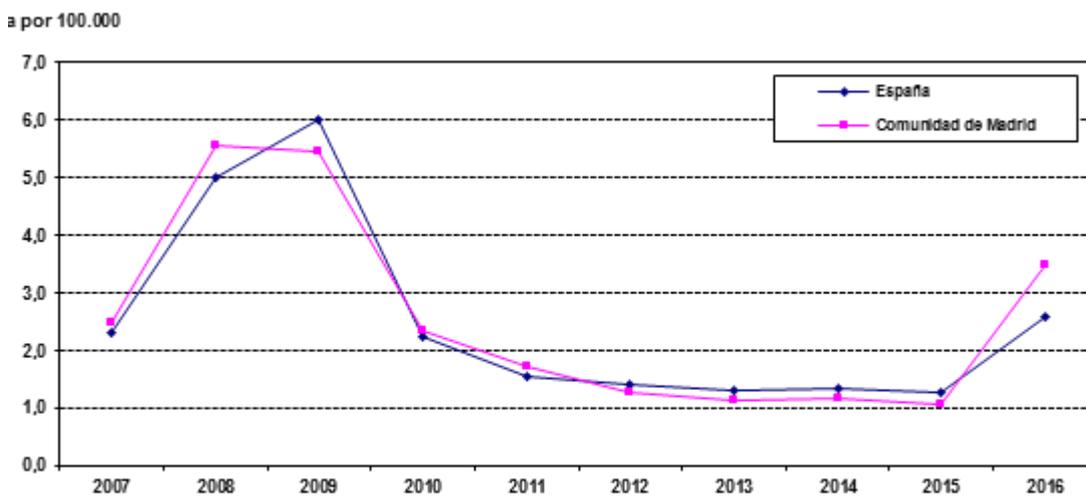


Gráfico 19. Hepatitis A. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2016.

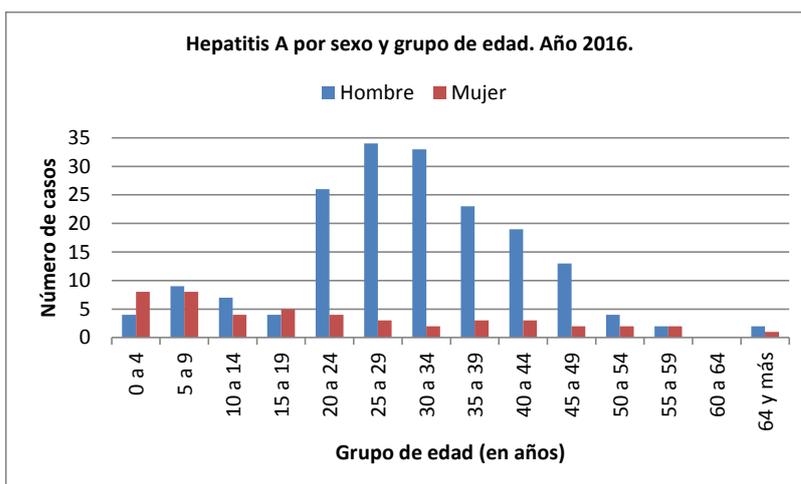


Gráfico 20. Hepatitis A. Número de casos por grupos de edad y país de nacimiento. Comunidad de Madrid 2016.

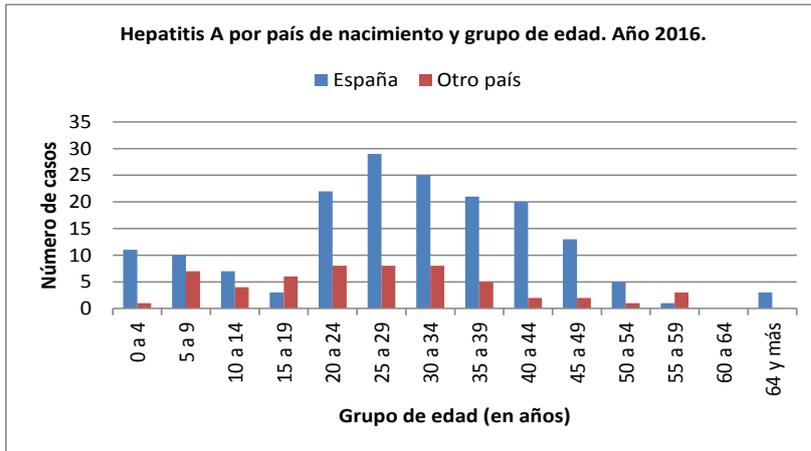


Gráfico 21. Hepatitis A. Número de casos por semana de notificación. Comunidad de Madrid 2016.

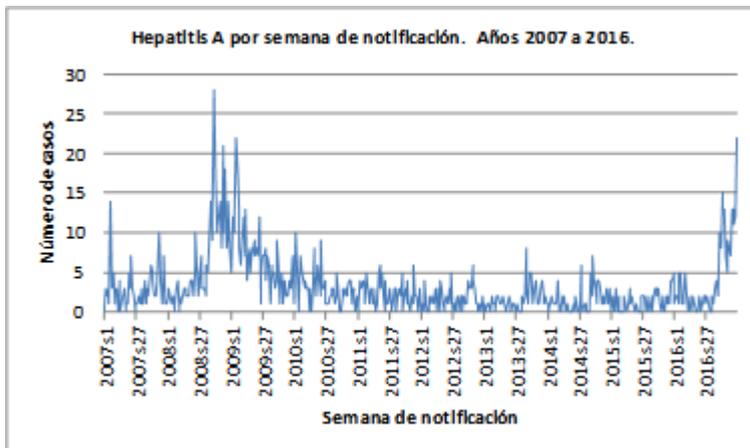
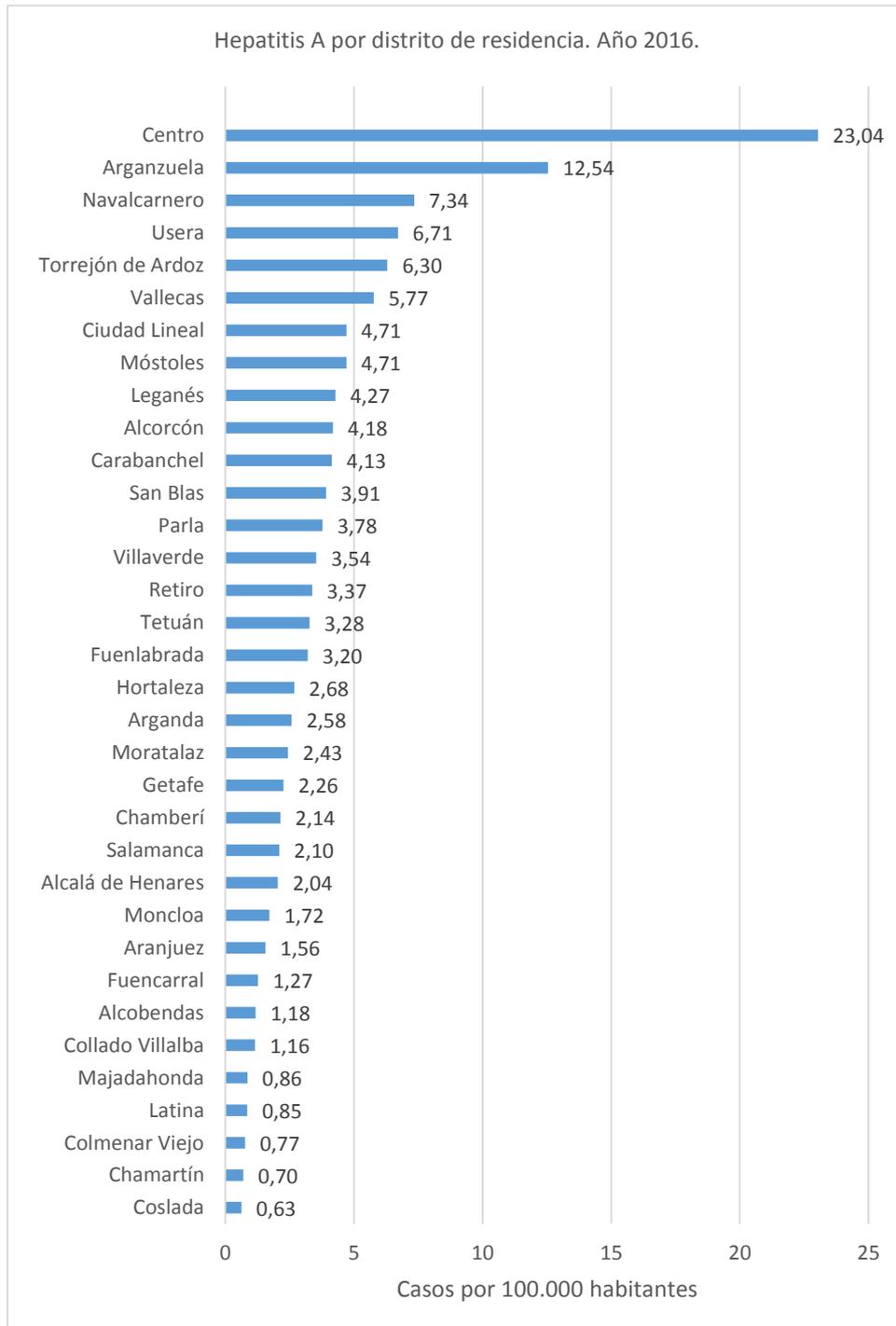


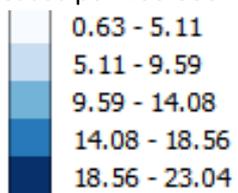
Gráfico 22. Tasas de incidencia de hepatitis A por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 4. Mapa con tasas de incidencia de hepatitis A por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Listeriosis

En el 2016 se notificaron 44 casos de listeriosis, con una incidencia de 0,68 casos por 100.000 habitantes.

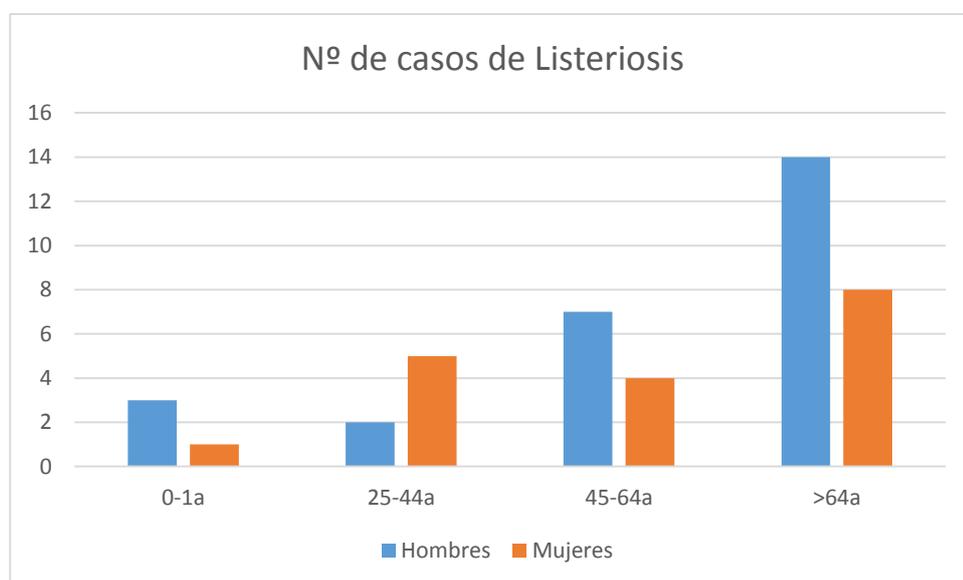
En el 59,1% fueron varones, la media de edad es de 58,8 años, el rango esta entre 0 y 95 años. El 50,0% de los casos eran del grupo de > de 64 años, 41,0% del grupo de 25 a 64 años y el 9,0% (4 casos) menores de 1 año (neonatos), por transmisión vertical.

En el caso de los neonatos por transmisión vertical se trata de 3 niñas y un niño (tres partos, uno de mellizos), con buena evolución de los cuatro casos, las madres fueron asintomáticas y se han confirmado por vínculo epidemiológico. La forma clínica de estos niños ha sido en un caso meningitis y en los tres restantes septicemia. La forma clínica del resto de los casos ha sido: meningitis en el 27,3%, septicemia en el 35,0%, otras localizaciones: 15,0%.

El 100 %, de los casos se confirmaron, el 93,2% por aislamiento microbiológico, 6,8% por vínculo epidemiológico por transmisión vertical (en el caso de listeriosis la transmisión vertical se clasifica como caso confirmado), del total de los casos se hospitalizó el 84,1%, se notificaron 8 fallecimientos, todos mayores de 45 años. El 59,1% tenía factores de riesgo.

Con respecto a la forma de contagio: en tres casos hubo antecedente de viaje en el período de incubación y en dos de ellos hubo consumo de alimentos sospechosos de elaboración artesanal (derivados lácteos), en uno de los casos el viaje fue a Castilla La Mancha y en el otro a distintos países de Europa; el tercer caso viajó a Tailandia. En ninguno de estos casos se ha podido analizar muestras de alimentos para confirmar la causa.

Gráfico 23. Listeriosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2016.



Salmonelosis (excepto fiebre tifoidea y paratifoidea)

En el 2016 se notificaron 2.004 casos, con una incidencia de 30,97 casos por 100.000 habitantes.

En el 50,6 % fueron mujeres, la media de edad es de 29,7 años, el rango esta entre 0 y 94 años. El 54,7% de los casos eran del grupo de 1 a 9 años y 22,0% del grupo de 25 a 44 años. El 93,9% (1.881 casos) se confirmaron por microbiología o por PCR y 6,1% (123 casos) se clasificó como probable por vínculo epidemiológico con un caso confirmado.

El 36,7% son menores de 10 años, 29,9% del grupo de 25 a 64 años y 15,9% mayores de 64 años. En la tabla 7 se especifica la hospitalización por grupos de edad.

Con respecto a los brotes en el año 2016 se notificaron 124 brotes de salmonelosis (excepto fiebre tifoidea y paratifoidea) con 576 enfermos, el 66,9% de los brotes fueron familiares, el 28,2% fueron brotes en colectivos y el 4,9% fueron mixtos (familiar y un colectivo); de los brotes colectivos se notificaron: 28 brotes en establecimientos de restauración (80,0%), 6 colegios (17,1%) y 1 residencia de personas mayores (2,9%). En el 95,9% de los brotes el modo de transmisión fue por alimentos contaminados; de éstos el 52,1% fue por huevo y el 20,2% por mahonesa.

Gráfico 24. Salmonelosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2016.

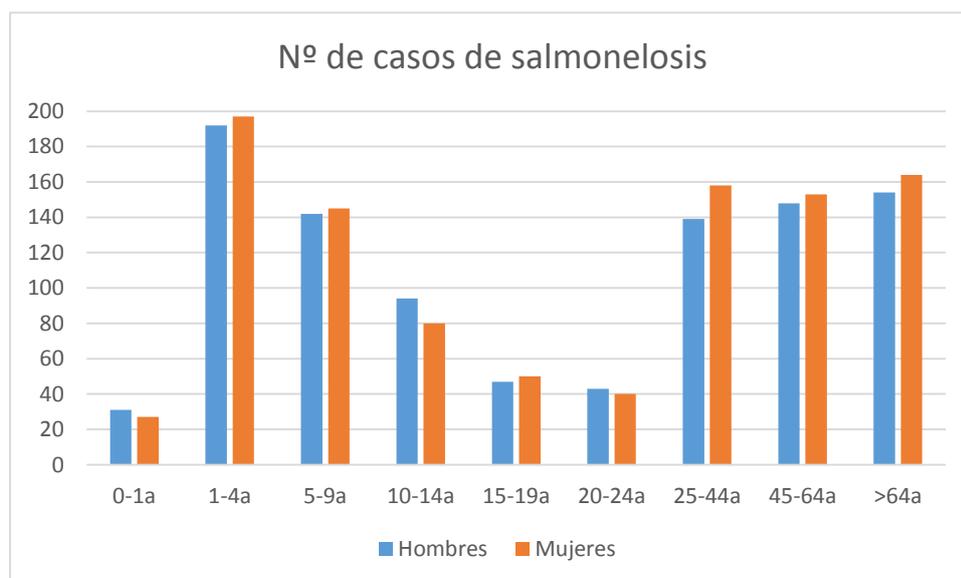


Tabla 7. Salmonelosis. Número de casos totales y porcentaje de hospitalizados por grupos de edad. Comunidad de Madrid 2016.

Grupos de edad	Nº Total de casos	Porcentaje de hospitalizados
0-1a	58	29,32
1-4a	389	22,37
5-9a	287	28,92
10-14a	174	33,91
15-19a	97	38,14
20-24a	83	25,30
25-44a	297	28,96
45-64a	301	34,22
>64a	318	58,49
total	2004	33,88

Tabla 8. Salmonelosis. Número de casos por agente causal y porcentaje de hospitalización. Comunidad de Madrid 2016.

Agente causal	Total	Porcentaje de hospitalizados
Salm.I enterica	1133	31,95
Salmonella spp	667	40,93
Sin clasificar tipo	204	21,57

Shigelosis

En el 2016 se notificaron 45 casos, con una incidencia de 0,70 casos por 100.000 habitantes.

El 77,8 % de los casos se presentaron en hombres. La media de la edad fue de 32,1 años, con un rango que oscilaba entre 0 y 76 años, el 49% (22 casos) eran hombres entre 25 y 44 años Gráfico 26.

El 72,9 % de los casos eran españoles. El 100% de los casos se clasificaron como confirmados por aislamiento de Shigella.

En el 22,2 % de los casos constaba el antecedente de viaje fuera de España: 5 casos habían viajado a: África, 2 casos a América Central y en un caso habían viajado a Polonia, India y Filipinas. Se notificó un brote familiar con 5 afectados.

Gráfico 25. Tasas de shigelosis por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

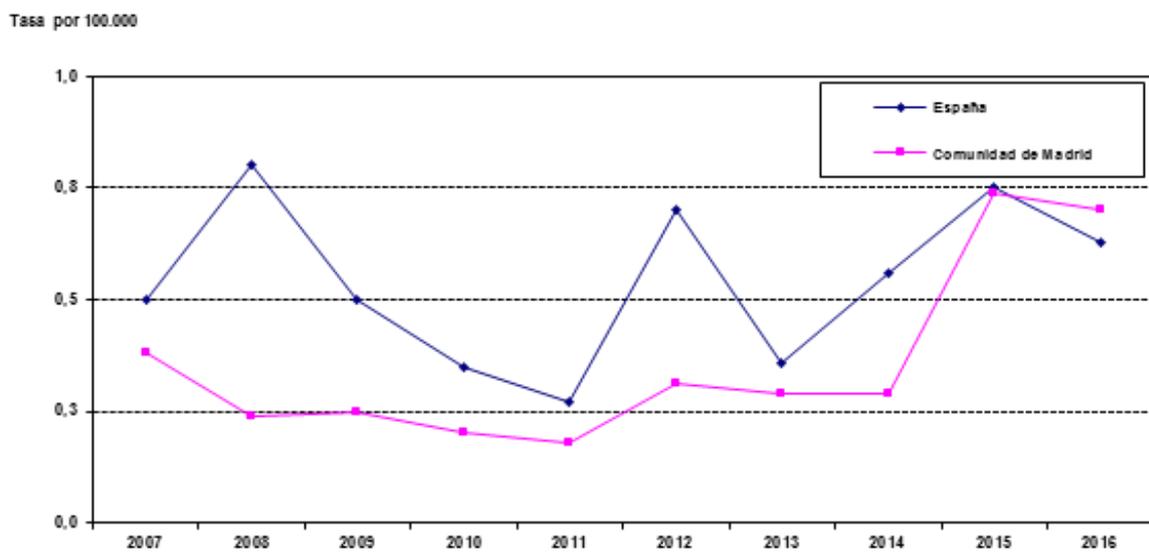


Gráfico 26. Shigelosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2016.

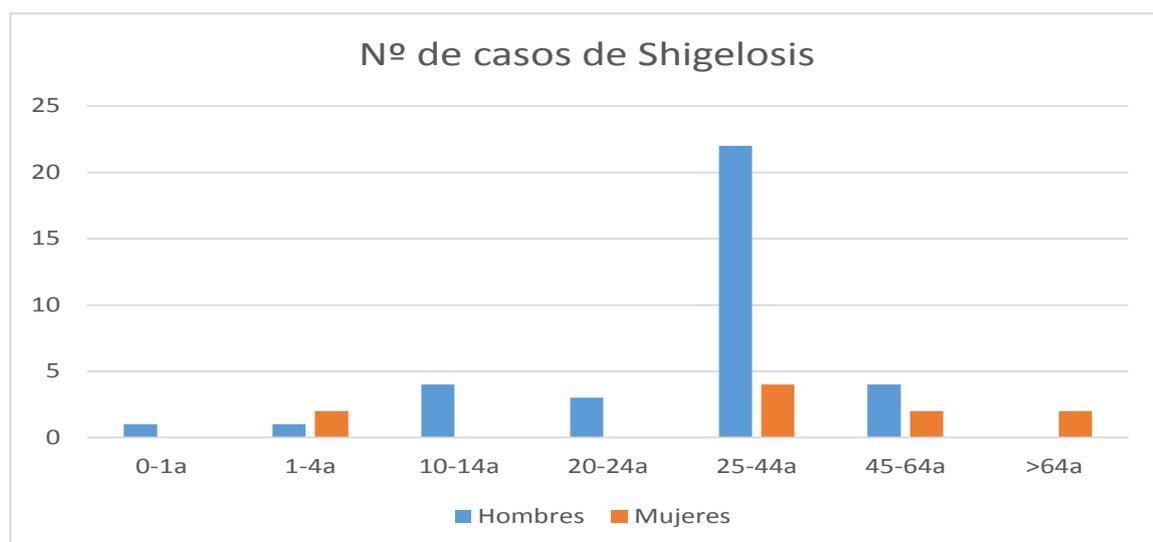


Tabla 9. Shigelosis. Número de casos por grupos de edad y agente causal. Comunidad de Madrid 2016.

	Shigella dysenteriae	Shigella flexneri	Shigella sonnei	Shigella spp	Hospitalización
0-1a	0	0	0	1	0
1-4a	1	0	2	0	1
10-14a	0	1	3	0	1
20-24a	0	1	2	0	0
25-44a	1	9	12	1	3
45-64a	0	2	2	1	2
>64a	0	2	0	0	0
Total	2	15	21	3	7

Tabla 10. Shigelosis. Número de casos por agente causal y hospitalización. Comunidad de Madrid 2016.

Agente causal	Total	Porcentaje
<i>Shigella dysenteriae</i>	2	100
<i>Shigella flexneri</i>	15	20,00
<i>Shigella sonnei</i>	21	9,52
<i>Shigella spp</i>	3	0,00
Sin clasificar tipo	4	0,00
total	45	15,56

En la tabla 9 se especifican tipo de agente causal por grupos de edad, siendo el mayor número de casos en el grupo de edad de 25 a 44 años y en la tabla 10 nº de casos totales y hospitalizados por agente causal; el más agresivo suele ser *shigella dysenteriae* se notificaron dos casos que han sido hospitalizados.

Triquinosis

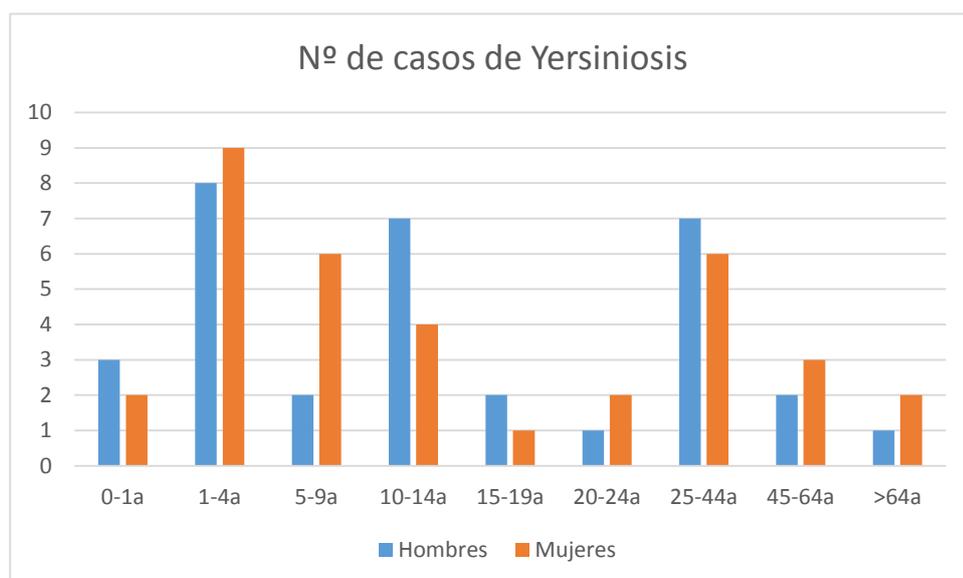
En el año 2016 se notificó un caso de triquinosis, incidencia 0,02 casos por 100.000 habitantes. Se trata de una mujer de 59 años que consumió carne de jabalí de una caza familiar. Le habían dado una pieza que congeló por 30 días aproximadamente y luego hizo embutidos. El jabalí en cuestión contaba con los certificados en regla. La paciente evolucionó favorablemente.

Yersiniosis

En el 2016 se notificaron 67 casos, con una incidencia de 1,04 casos por 100.000 habitantes.

El 48,5 % de los casos se presentaron en hombres. La media de la edad fue de 18,5 años, con un rango que oscilaba entre 0 y 85 años. El 88,2 % de los casos eran españoles. El 100% de los casos se clasificaron como confirmados por aislamiento. Se hospitalizaron el 7,4% de los casos y no se notificó ningún fallecimiento.

Gráfico 27. Yersiniosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2016.



ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

Enfermedad meningocócica

En el año 2016 se han registrado en la Comunidad de Madrid 23 casos de enfermedad meningocócica, 24 casos menos que en 2015. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,36 casos por 100.000 habitantes (gráfico 28). Se ha notificado el fallecimiento de 2 pacientes, por lo que la letalidad ha sido del 8,70% y la tasa de mortalidad es de 0,03 por 100.000 habitantes.

Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Salamanca (1,40 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (0,92 casos por 100.000 habitantes) y Alcobendas (0,88 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 29, mapa 5).

Todos los casos de enfermedad meningocócica registrados, se han confirmado. El serogrupo B ha producido el 30,43 % (7) de los casos, suponiendo una incidencia de 0,11 casos por 100.000 habitantes y el serogrupo C el 17,39% (4), con una incidencia de 0,06 casos por 100.000 habitantes. También se ha notificado tres casos por serogrupo Y (incidencia 0,05 casos por 100.000 habitantes), y dos de serogrupo W (incidencia 0,03 casos por 100.000 habitantes). Este año en el 30,43% (7) de los casos no se ha determinado el serogrupo.

La enfermedad meningocócica ha sido más frecuente en mujeres (razón de tasas H/M: 0,82).

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 21,7 % de los casos. La mayor incidencia se observa en el grupo de menores de 1 año (1,58 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edades de 1 a 4 años (1,49 casos por 100.000 habitantes).

Las formas clínicas de presentación han sido: meningitis (31,71%), sepsis (21,74%), meningitis + sepsis (17,39%) y meningococemia (4,35%). Esta distribución no difiere cuando se estudian los distintos serogrupos, así en los casos debidos al serogrupo B el 57,14% fue de sepsis, en los casos sin serogrupar se ha observado un predominio de meningitis y meningitis + sepsis. En los casos debidos a serogrupo C hubo la misma proporción (50%) para sepsis y meningitis. La forma clínica de los casos letales han sido sepsis o sepsis + meningitis.

Se conoce la evolución en el 87% de los casos, de estos ha sido favorable en el 90% (18 casos) y dos pacientes han fallecido (letalidad global 8,70%), se trataba de dos mujeres mayores de 64 años; un caso del serogrupo

B y otro sin serogrupar. En el año 2016 no se ha registrado ningún caso asociado de enfermedad meningocócica, ni casos coprimarios ni secundarios.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2016” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Agosto 2017. Volumen 23. Nº 8) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 28. Tasas de enfermedad meningocócica por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

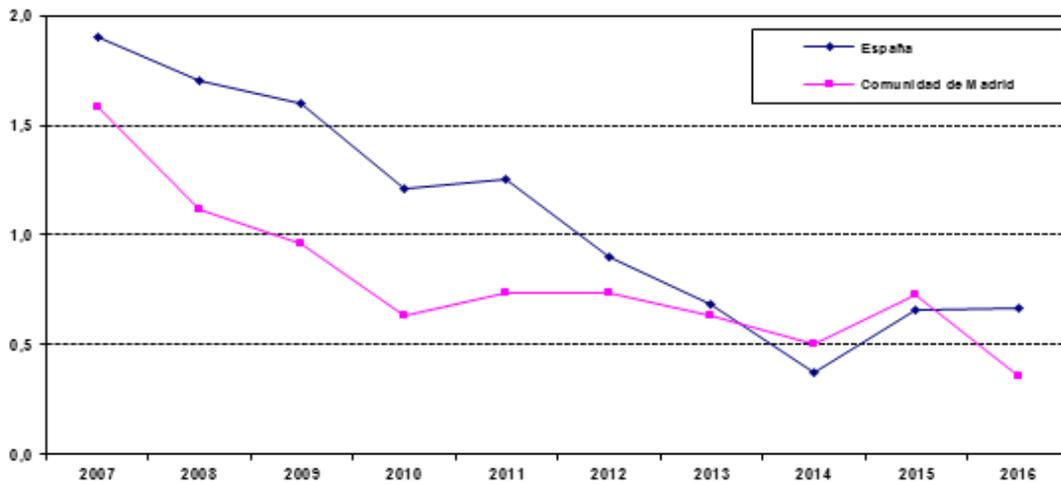
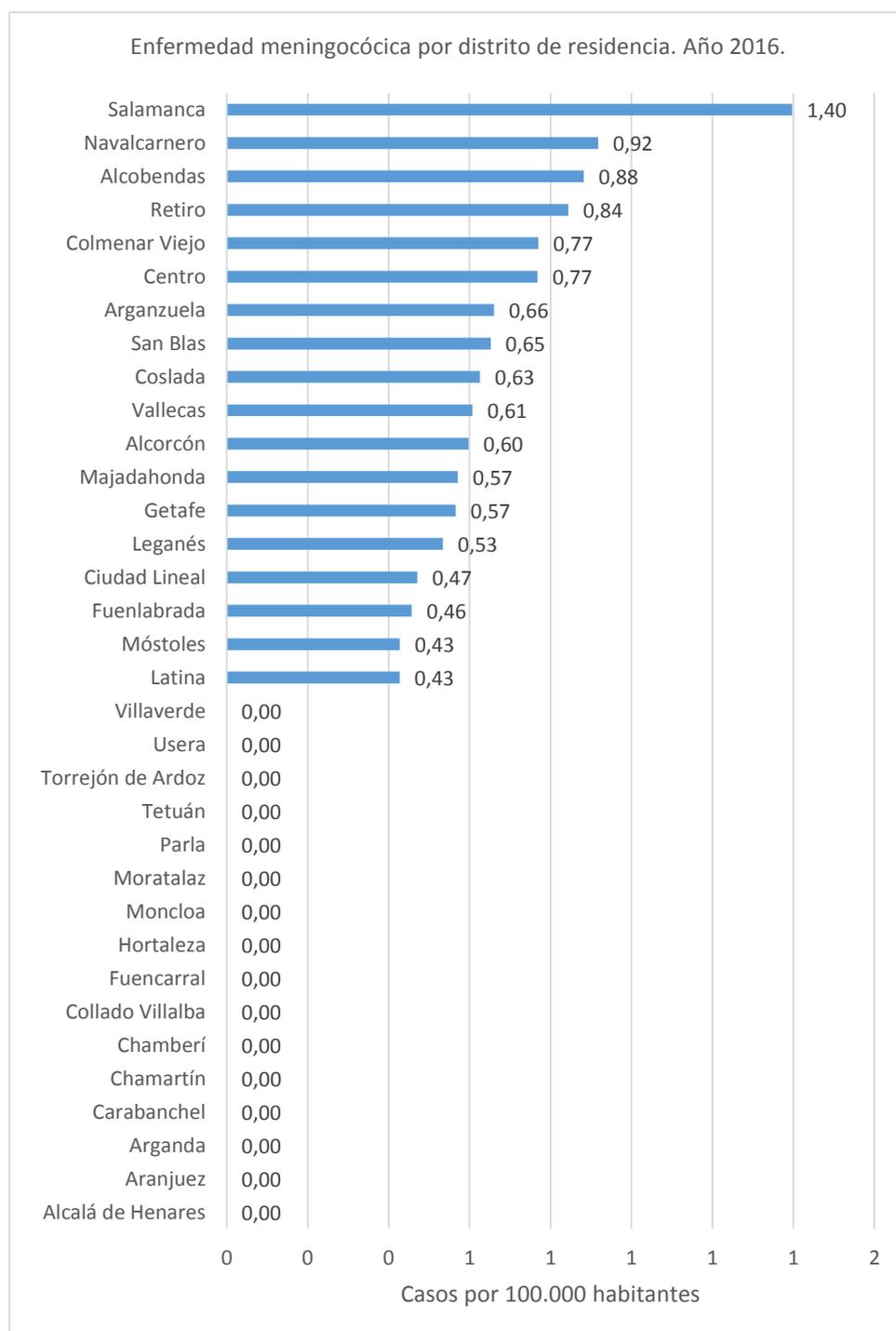
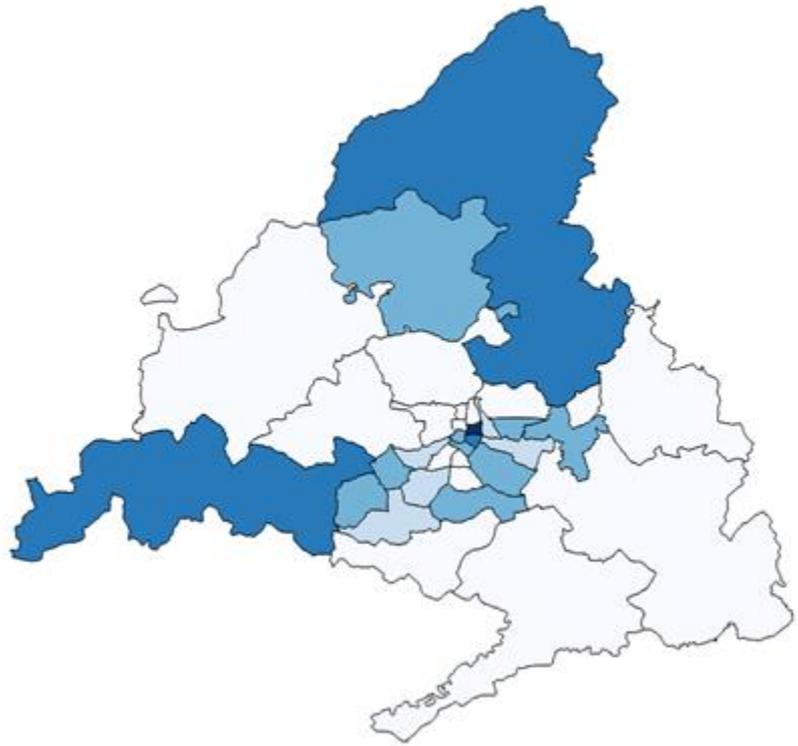


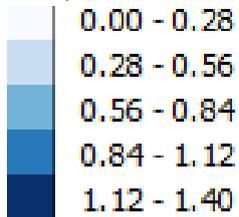
Gráfico 29. Tasas de incidencia de enfermedad meningocócica por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 5. Mapa con tasas de incidencia de enfermedad meningocócica por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2016 se han notificado en la Comunidad de Madrid 29 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, 4 casos más que en 2015. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,45 casos por 100.000 habitantes. Los distritos con mayor tasa de incidencia fueron los de Villaverde (3,20 casos por 100.000 habitantes), Vallecas (1,32 casos por 100.000 habitantes) y Usera (1,30 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 31, mapa 6).

En cuatro casos se han identificado *Haemophilus influenzae* tipo b (incidencia 0,06 casos por 100.000 habitantes), el resto 25 casos como *Haemophilus influenzae* sp (no tipificables) (incidencia 0,39 casos por 100.000 habitantes).

Se han presentado 15 casos en varones (51,7%) y 14 casos en mujeres (48,3%); razón de tasas hombre/mujer 1,16.

La media de edad de los casos ha sido de 50,5 años. El 20,6% (seis casos) eran menores de 3 años y el resto eran mayores de 27 años.

Este año se han presentado cinco casos en menores de 1 año y un caso de tres años. De los seis casos tres eran de *Haemophilus influenzae* tipo b, los tres menores de 1 año, uno no vacunado por tener 1 mes de vida; una niña de 4 meses con una dosis y otro niño de 8 meses con dos dosis de vacuna éste fue fallo vacunal.

La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* se ha presentado en forma clínica de sepsis en el 37,9% de los casos, neumonía e infecciones respiratorias en el 24,1 %, meningitis en el 17,5%.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2016” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Agosto 2017. Volumen 23. Nº 8) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 30. Tasas de Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

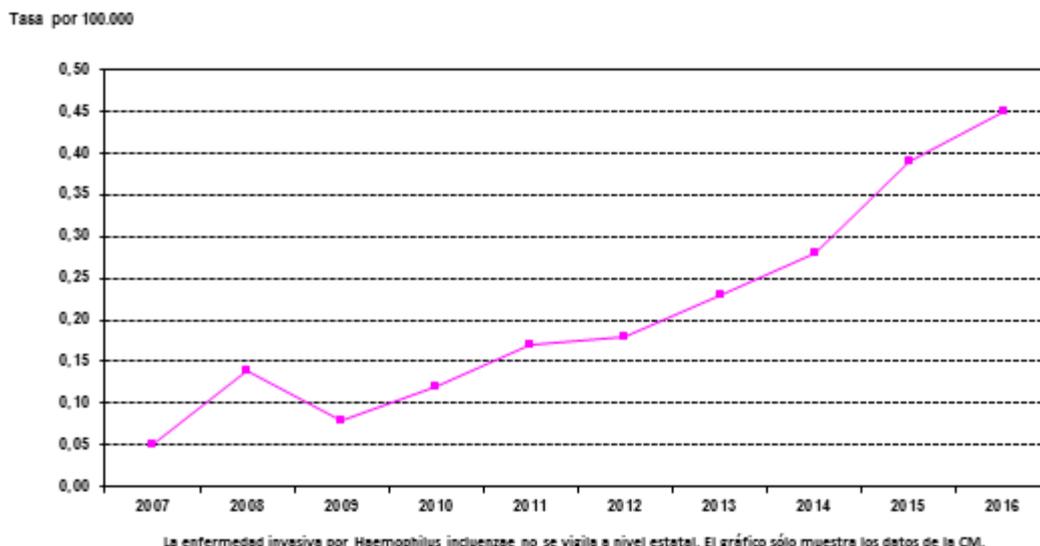
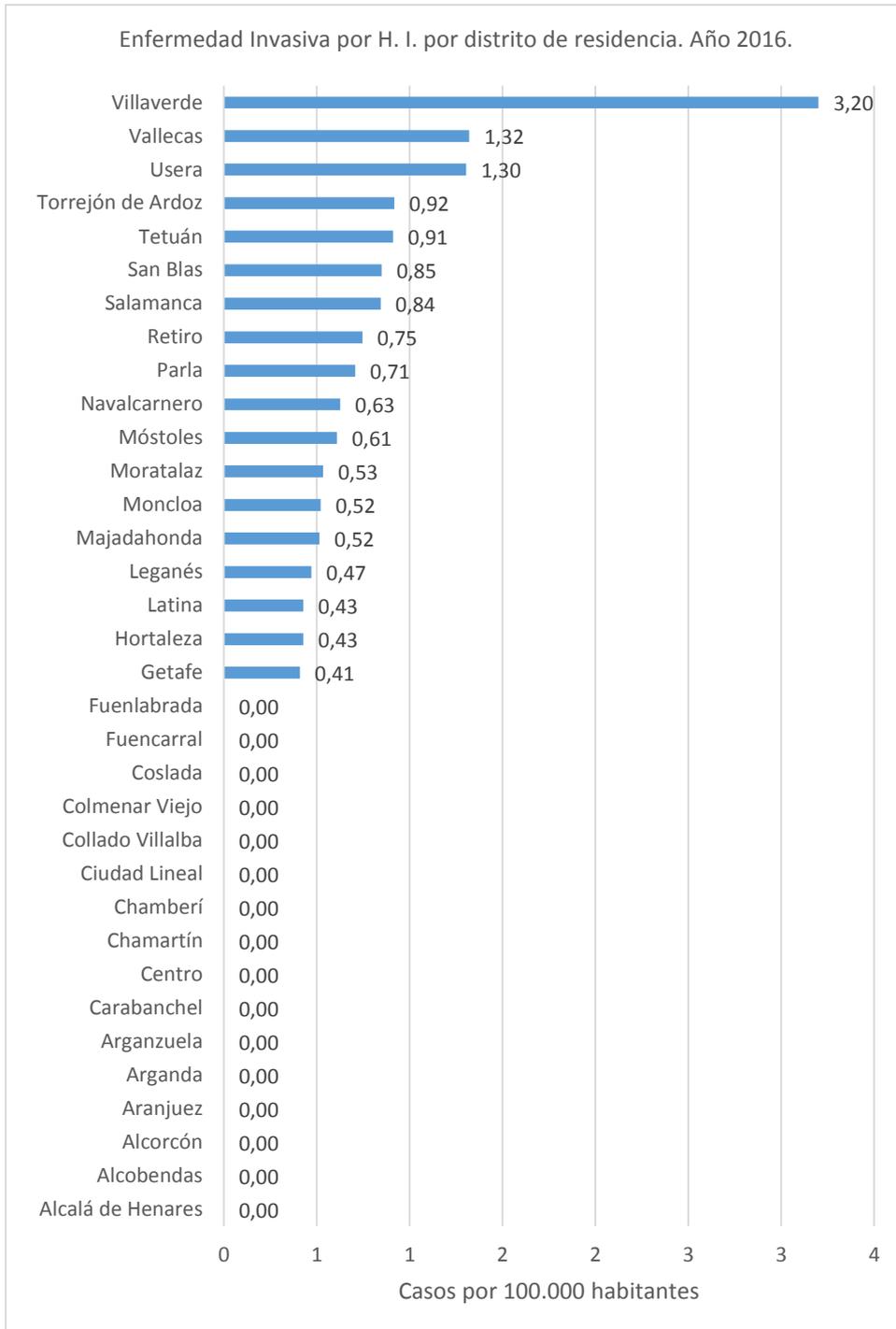
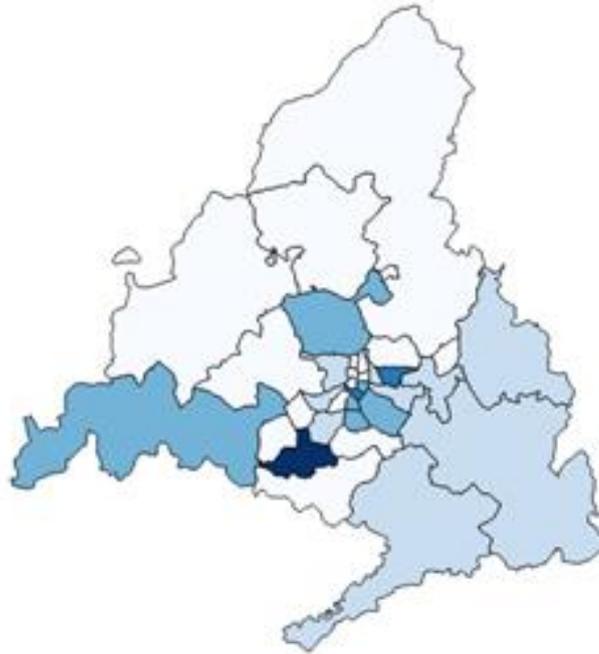


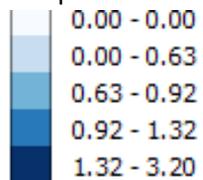
Gráfico 31. Tasas de incidencia de Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 6. Mapa con tasas de incidencia de Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Enfermedad neumocócica invasora

En el año 2016 se notificaron en la Comunidad de Madrid 553 casos de enfermedad neumocócica invasora, 5 casos menos que en el año 2015. La tasa de incidencia fue de 8,55 por 100.000 habitantes (gráfico 32). Se notificaron una media de 10 casos a la semana durante el periodo 2007-2016, mostrando cierta estacionalidad en torno a las semanas de invierno (gráfico 33).

El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Alcorcón (16,13 casos por 100.000 habitantes) seguido de Usera (14,91 casos por 100.000 habitantes), Parla (14,17 casos por 100.000 habitantes), Leganés (12,82 casos por 100.000 habitantes), Vallecas (12,45 casos por 100.000 habitantes) y Moratalaz (12,17 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 36, mapa 7).

El 59,3% de los casos se dieron en hombres. La mediana de edad fue de 62 años con un rango comprendido entre los 0 y los 100 años. El 50% de los casos tenían una edad comprendida entre los 43 y los 79 años (gráfico 34).

Gráfico 32. Tasas de Enfermedad neumocócica invasora. EDO. Comunidad de Madrid. 2007-2016.

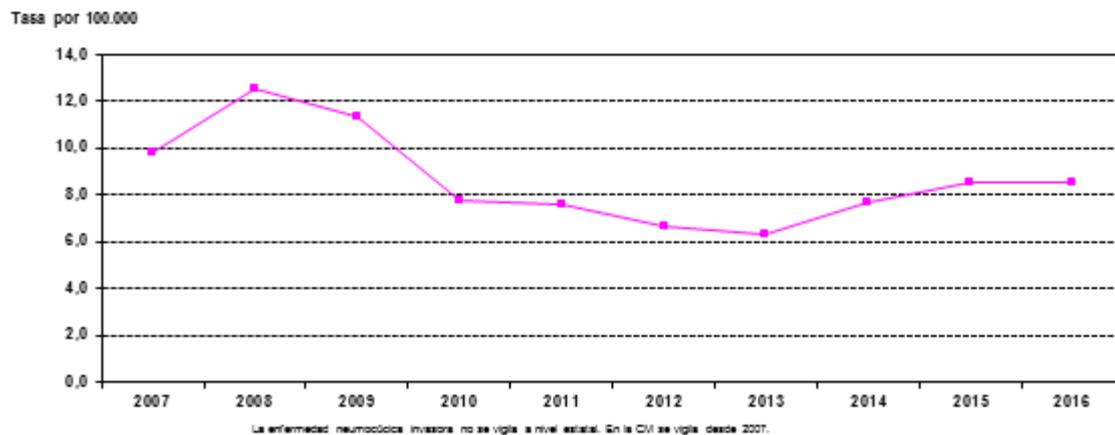


Gráfico 33. Enfermedad neumocócica invasora: por semana de notificación. Años 2007 a 2016. Comunidad de Madrid.

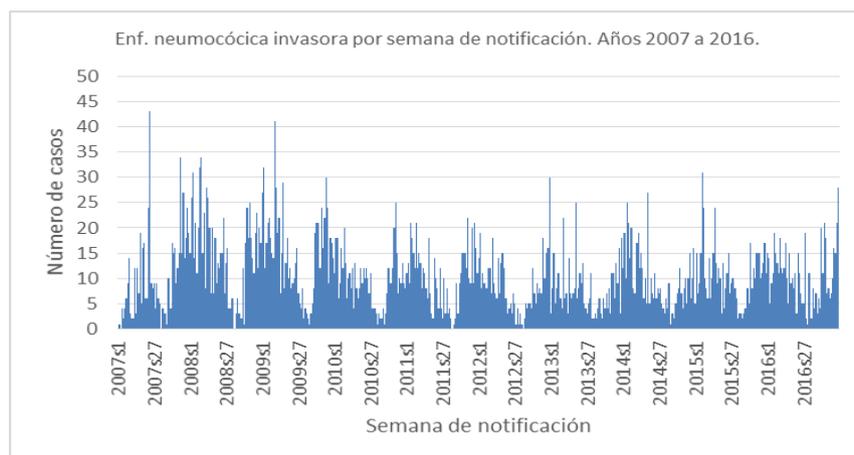
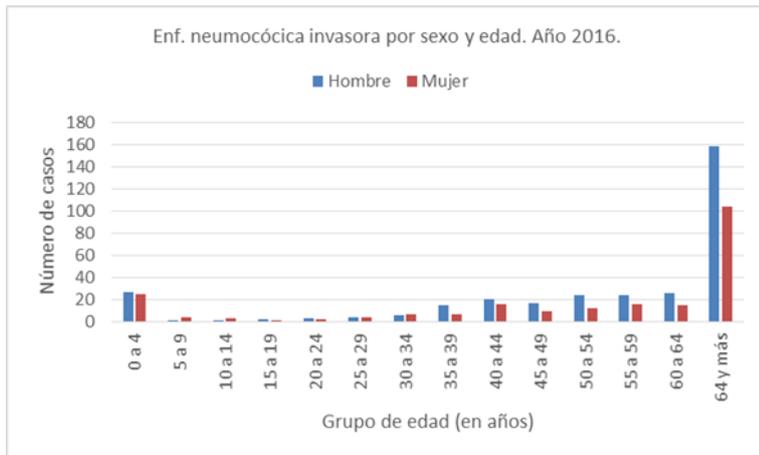


Gráfico 34. Enfermedad neumocócica invasora: por sexo y edad. Año 2016. Comunidad de Madrid.



Se conoció el estado de vacunación conjugada en el 43,3% de los casos, el 29,2% no estaba vacunado, el 5,4% había recibido una dosis, el 2,3% habían recibido dos y el 6,4% había recibido dos o más dosis. Se conoció el estado de vacunación polisacárido en el 70,1% de los casos, el 29,2 no estaba vacunado y el 40,9% había recibido una o más dosis. Durante el año 2016 no se notificó ningún brote de esta enfermedad (gráfico 35).

En el informe de “Enfermedad Neumocócica Invasora en la Comunidad de Madrid, año 2016” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (junio 2017. Volumen 23. Nº 6) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 35. Enfermedad neumocócica invasora: Cobertura vacunal. Año 2016. Comunidad de Madrid.

Cobertura vacunal. Vacuna conjugada

Cobertura vacunal. Vacuna polisacárido

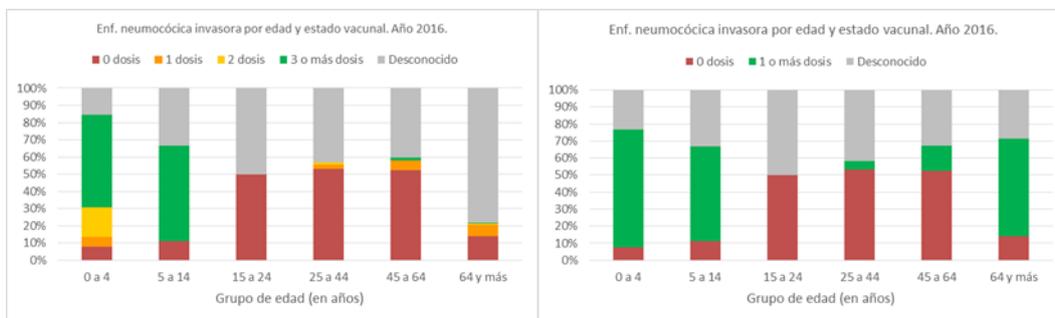
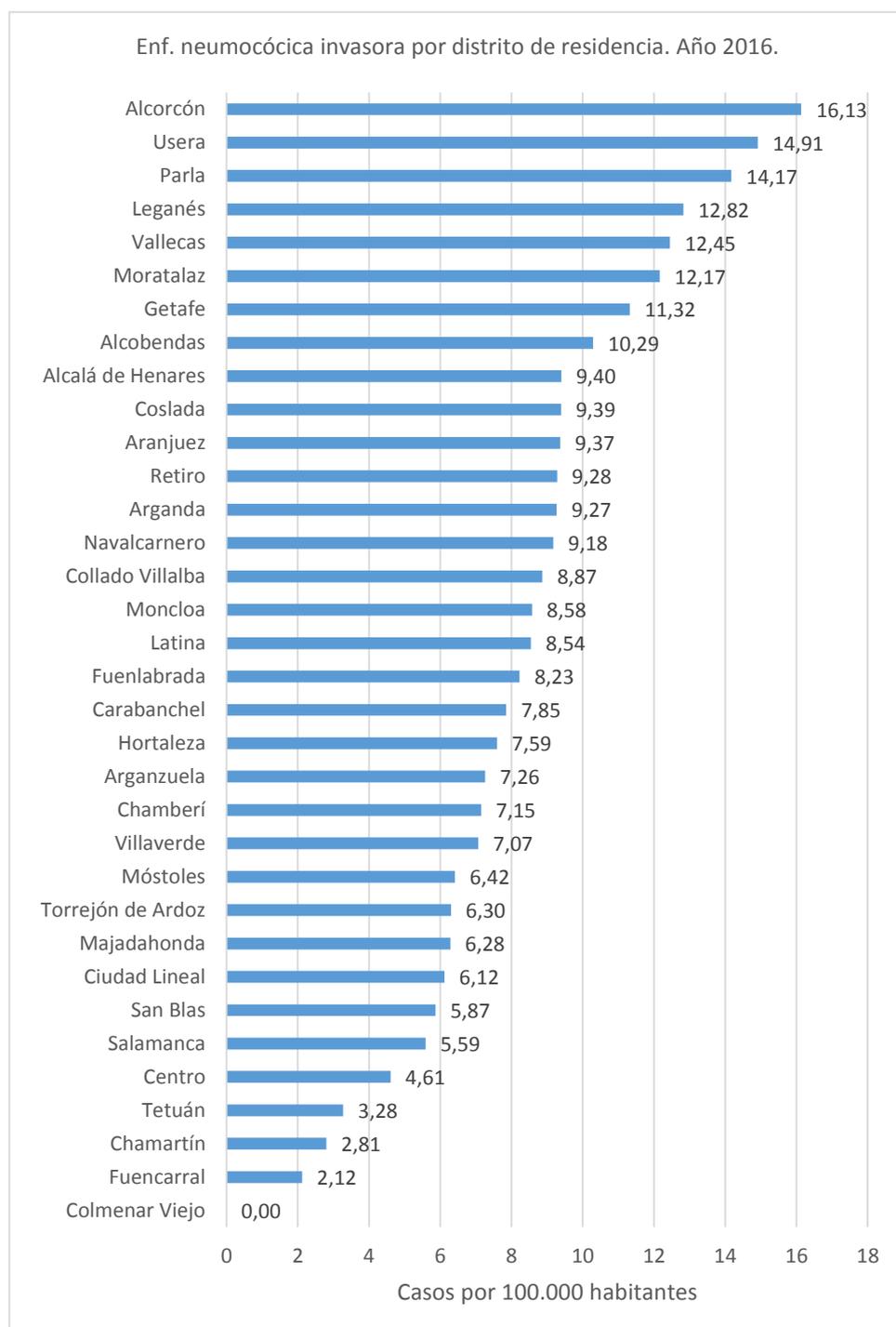
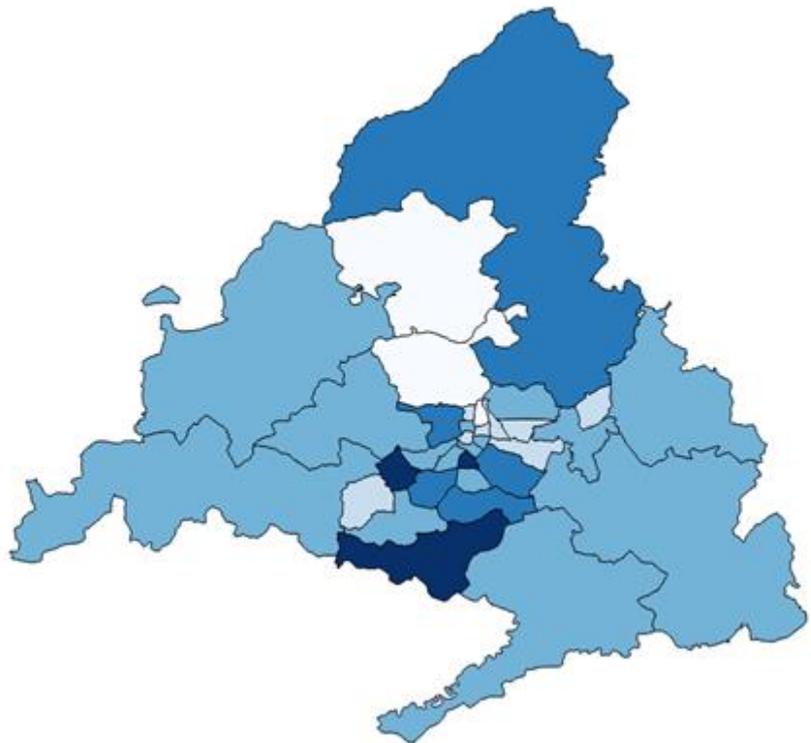


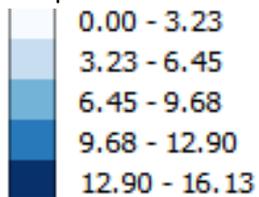
Gráfico 36. Tasas de incidencia de enfermedad neumocócica invasora por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 7. Mapa con tasas de incidencia de enfermedad neumocócica invasora por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Herpes zóster

En el año 2016 se notificaron en la Comunidad de Madrid 32.539 casos de herpes zóster, 11.196 casos más que durante el año 2015. La tasa de incidencia fue de 503,15 casos por 100.000 habitantes. Se notificaron una media de 620 casos a la semana desde el inicio de la vigilancia en la semana 19 del año 2015, sin tendencia ni estacionalidad claras (gráfico 37).

El 38,8% de los casos se dieron en hombres. La mediana de edad fue de 58 años con un rango comprendido entre los 0 y los 107 años. El 50% de los casos tenía una edad comprendida entre los 40 y los 71 años. Durante el año 2016 no se notificó ningún brote de herpes zóster (gráfico 38).

Gráfico 37. Herpes zóster. Nº de casos por semanas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2015-2016.

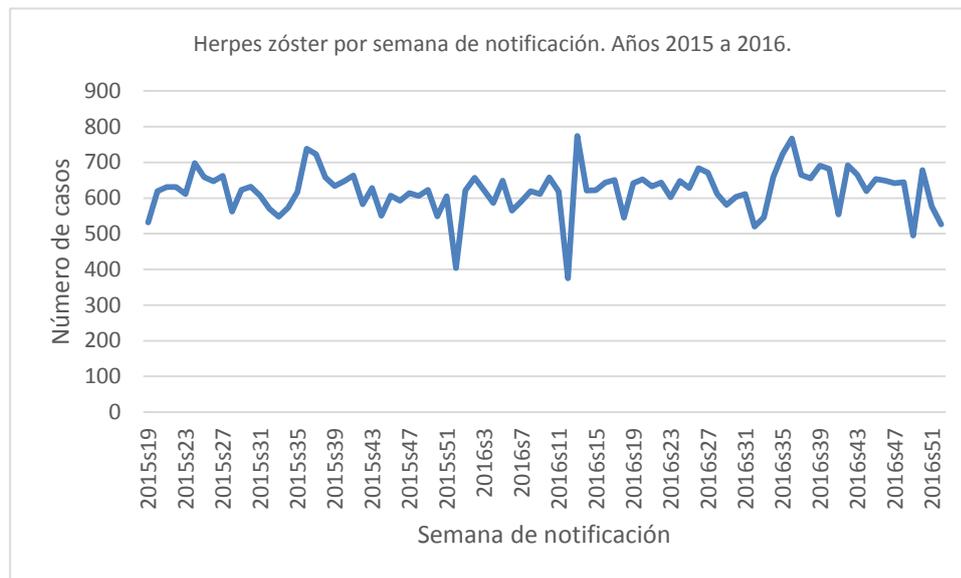
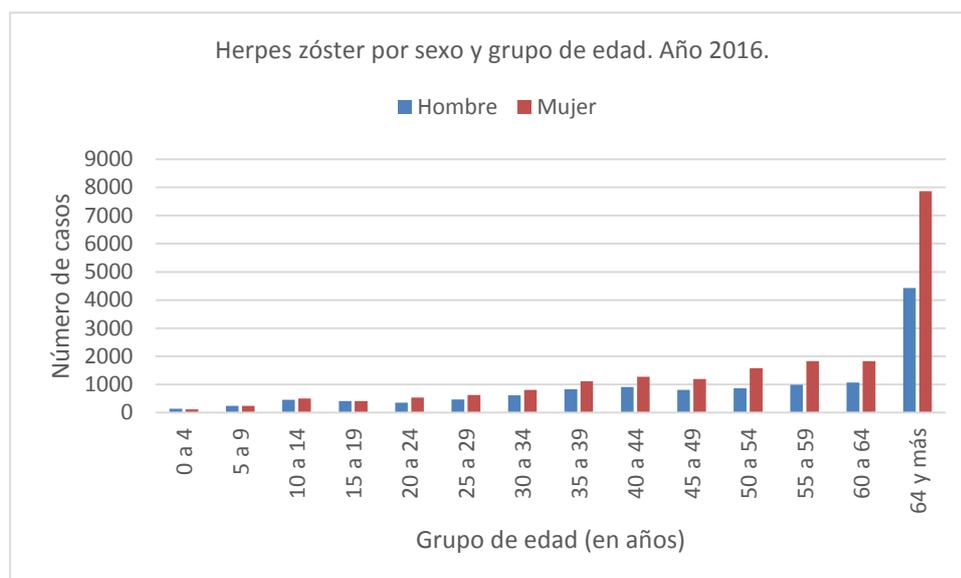


Gráfico 38. Herpes zóster por sexo y grupos de edad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Parotiditis

En el año 2016 se notificaron 844 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid, 330 casos más que en el año 2015. La tasa de incidencia fue de 13,05 casos por 100.000 habitantes, similar a la tasa de 10,49 recogida para el conjunto de España (gráfico 39). El número de casos por semana de notificación muestra 3 picos epidémicos: 2007, 2013 y 2016 (gráfico 40). Los distritos con mayor tasa de incidencia fueron los de Alcorcón (32,86 casos por 100.000 habitantes), Móstoles (32,08 casos por 100.000 habitantes) y Getafe (26,60 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 43, mapa 8).

El 55,9% de los casos se dieron en hombres. La mediana de edad fue de 19 años con un rango comprendido entre los 0 y los 87 años. El 50% de los casos tenían una edad comprendida entre los 8 y los 27 años (gráfico 41).

Gráfico 39. Tasas de Parotiditis. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

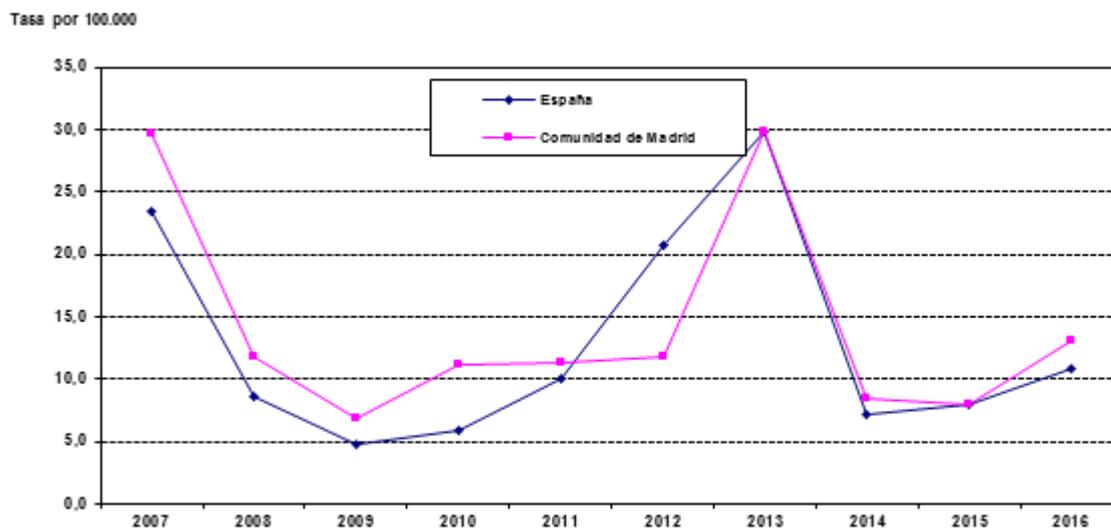


Gráfico 40. Parotiditis: Nº casos notificados por semana. Comunidad de Madrid. 2007-2016.



Se conoció el estado de vacunación en el 64,5% de los casos, el 6,4% no estaba vacunado, el 19,1% había recibido una dosis y el 39% habían recibido dos o más dosis (gráfico 42).

Se han notificado han notificado 22 brotes por el virus de las paperas con 143 afectados y 1.453 expuestos, el 77,3% de los brotes se confirmaron por PCR y/o IgM positiva en al menos un caso. El 50,0% (11 brotes) se clasificaron como familiares/amigos, el 40,9% (9 brotes) como escolares y 4,5% un brote mixto y uno en el ámbito laboral.

Gráfico 41. Parotiditis: Nº de casos por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2016.

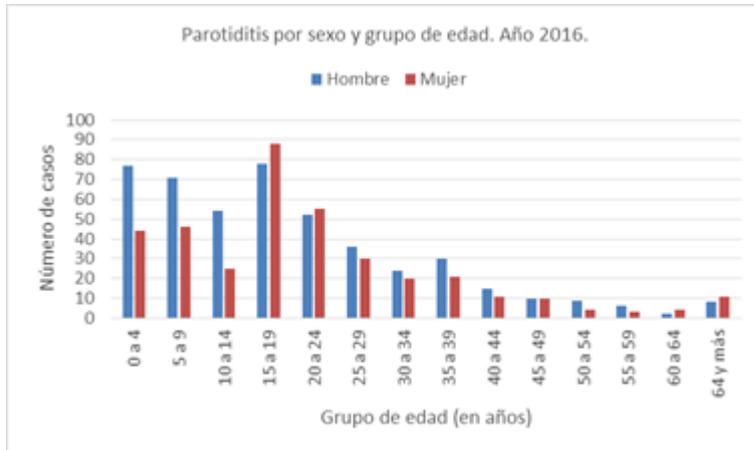


Gráfico 42. Parotiditis: cobertura vacunal por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2016.

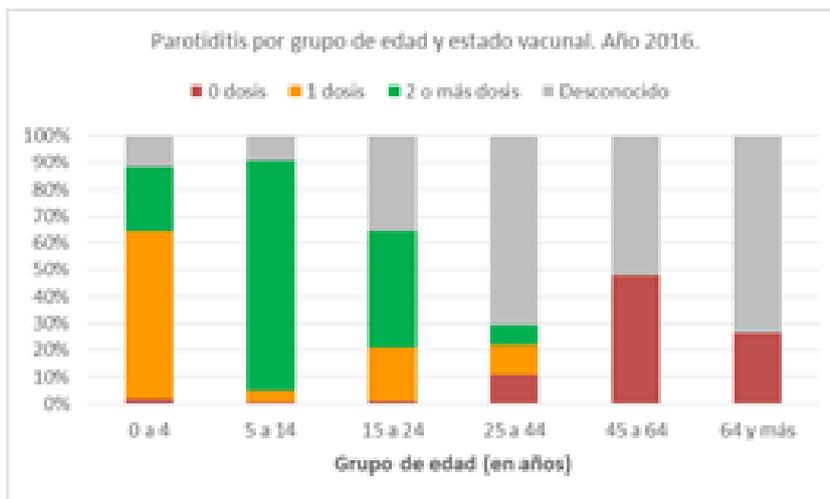
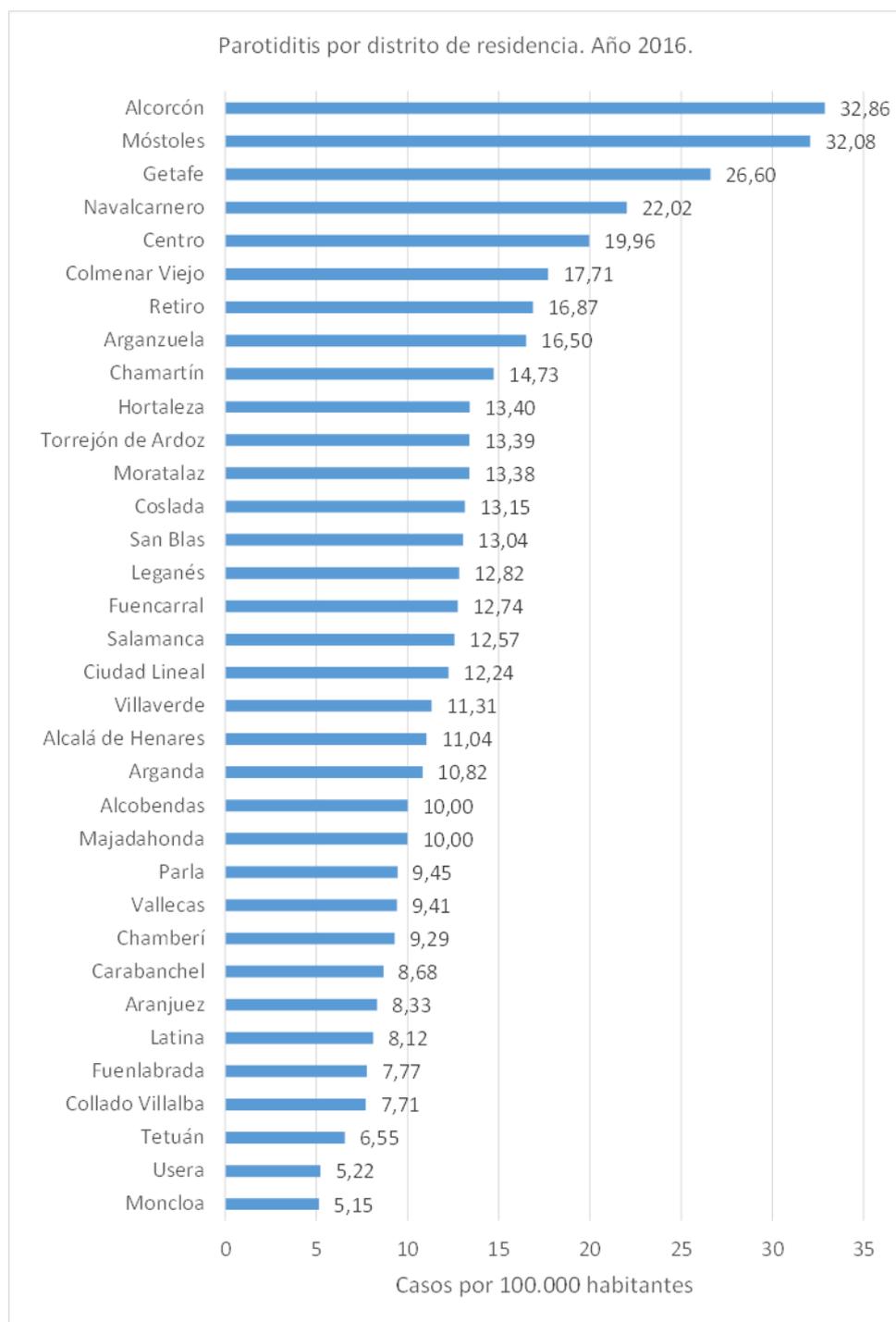
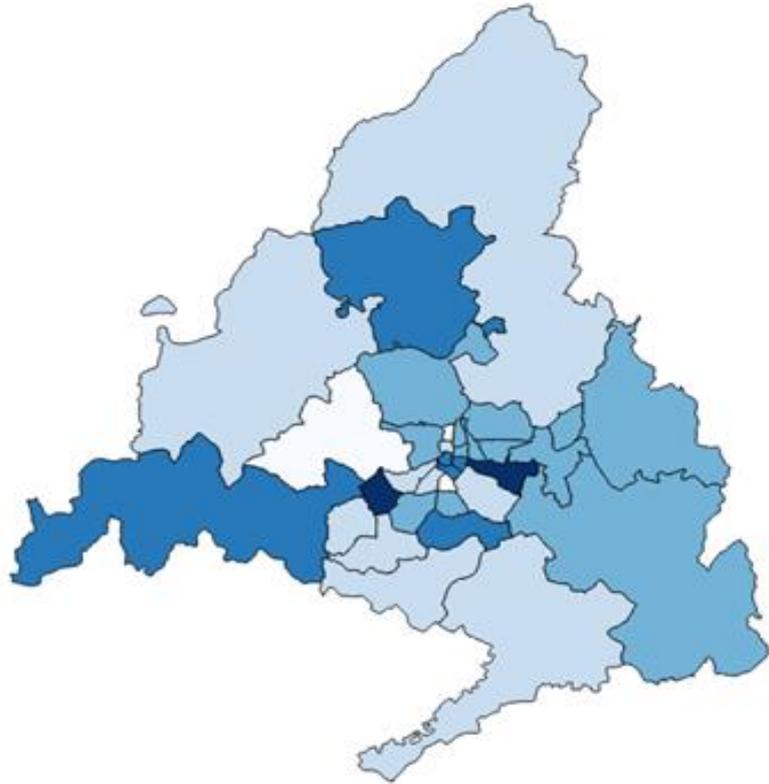


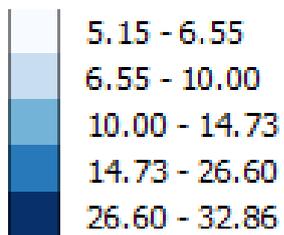
Gráfico 43. Tasas de incidencia de parotiditis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 8. Mapa con tasas de incidencia de parotiditis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Parálisis flácida aguda (PFA)

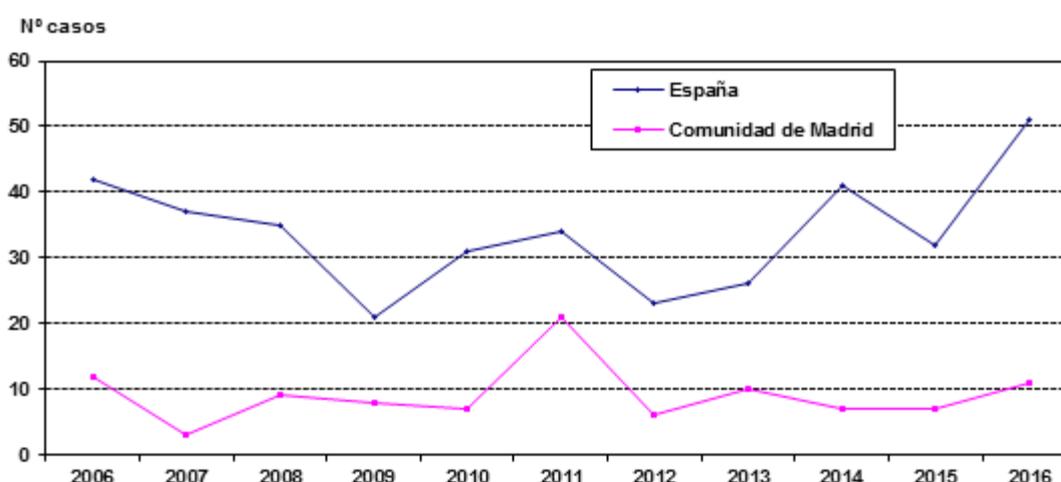
Durante 2016 en la CM se han declarado 11 casos de PFA, cinco casos más que en 2015, lo que supone una tasa de 1,08 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años (gráfico 44).

Seis casos (54,5%) eran mujeres y 5 hombres (45,5%). El rango de edad osciló entre 1 y 15 años, con una media de 6,3 años (D.E. 4,47).

En 2016, seis casos se notificaron desde el hospital del Niño Jesús y un caso desde cada uno de los siguientes hospitales: Puerta Hierro, Gregorio Marañón y 12 de Octubre; además, en la revisión del CMBD de los distintos hospitales se encontraron 2 casos que no fueron notificados en su momento: uno en el hospital Infanta Sofía y otro en el hospital Infanta Cristina.

En el informe “Plan Nacional de Erradicación de la Poliomieltis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Comunidad de Madrid. Año 2016” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (septiembre 2017. Volumen 23. Nº 9) se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA.

Gráfico 44. Tasas de Parálisis flácida aguda (PFA). EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.



Tosferina

En el año 2016 se notificaron 605 casos de tosferina en la Comunidad de Madrid, 185 casos menos que en el año 2015. La tasa de incidencia fue de 9,4 casos por 100.000 habitantes, similar a la tasa de 8,8 recogida para el conjunto de España (gráfico 45). El número de casos por semana de notificación muestra 6 picos epidémicos: 2007, 2010, 2011, 2013, 2014, 2015 y 2016 (gráfico 46). A pesar de este último pico, la incidencia registrada ese año es menor que la de 2015. El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Torrejón de Ardoz (21,26 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Getafe (19,81 casos por 100.000 habitantes) y Colmenar Viejo (18,48 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 49, mapa 9).

El 45,1% de los casos se dieron en hombres. La mediana de edad fue de 6 años con un rango de edad comprendido entre 0 y 86 años. El 50% de los casos eran menores de 13 años (gráfico 47). El 94,2% nacieron en España.

El 59% de los casos se clasificaron como confirmados, el 9,9% como probables y el 31,1% restante como sospechosos.

Se conoció el estado de vacunación en el 80,3% de los casos, el 19,7% no estaba vacunado, el 10,6% había recibido una dosis, el 6,8% dos dosis, el 10,1% tres dosis y el 33,2% recibió cuatro o más dosis (gráfico 48).

Se han notificado han notificado 45 brotes por *Bordetella pertussis* con 122 afectados y 444 expuestos, todos los brotes se confirmaron por PCR en al menos un caso. El 84,4% (38 brotes) se clasificaron como familiares/amigos, el 11,1% (5 brotes) como escolares y 2,2% un brote mixto y uno en el ámbito hospitalario.

En el informe de “Tosferina en la Comunidad de Madrid, año 2016” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Agosto 2017. Volumen 23. Nº 8) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 45. Tasas de tosferina. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

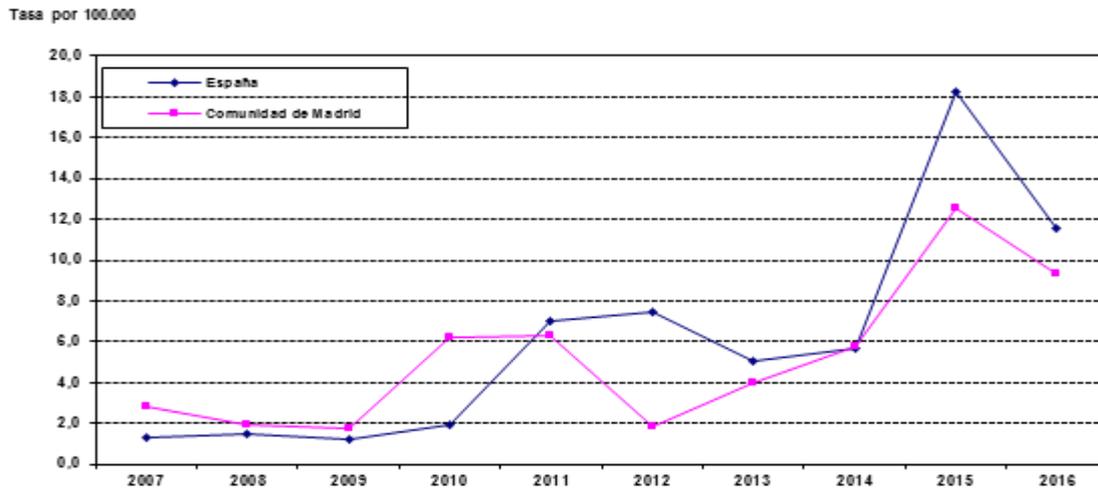


Gráfico 46. Nº de casos de tosferina por semanas de notificación. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.



Gráfico 47. Nº de casos de tosferina por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2016.

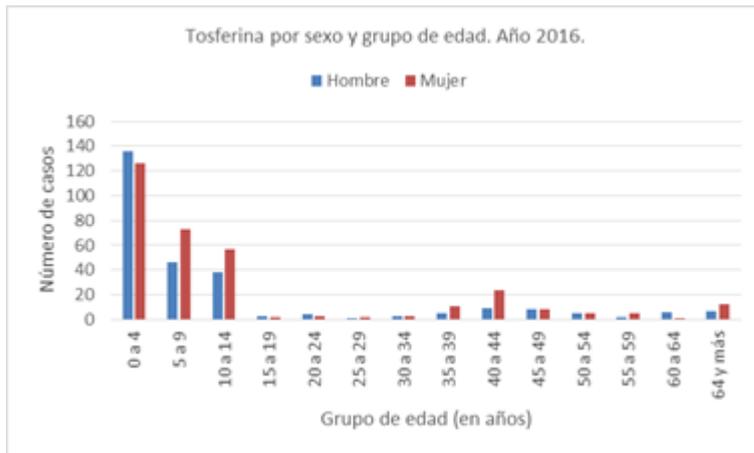


Gráfico 48. Cobertura vacunal de tosferina por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2016.

Estado vacunal por grupos de edad en años Estado vacunal por grupos de edad en meses

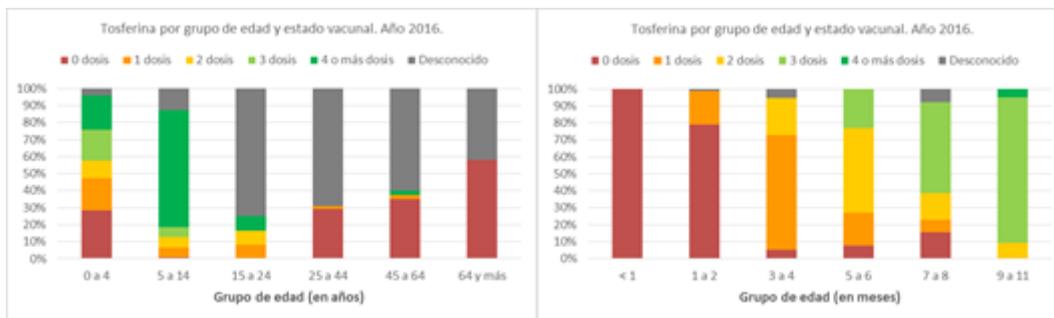
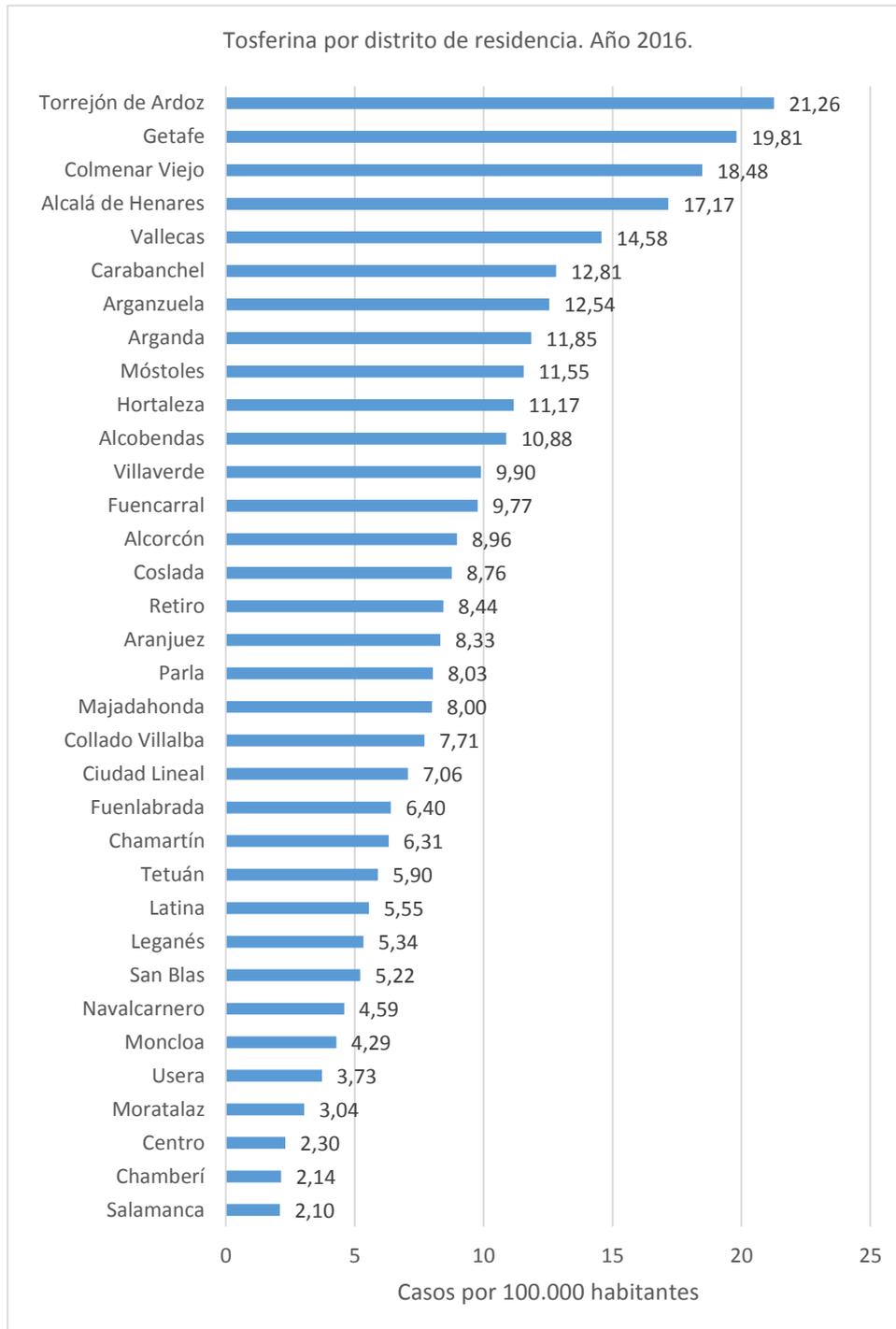
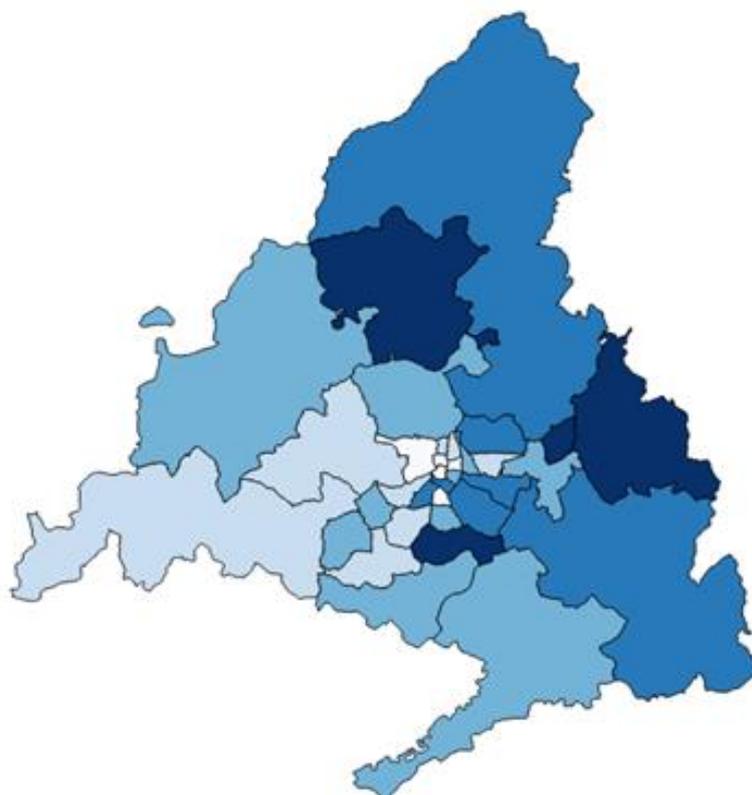


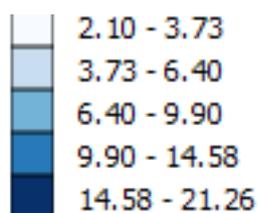
Gráfico 49. Tasas de incidencia de tosferina por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 9. Mapa con tasas de incidencia de tosferina por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Rubéola

En el año 2016 se notificaron 7 sospechas de rubéola en la Comunidad de Madrid, de los cuales 5 casos fueron descartados y 2 casos se confirmaron, incidencia 0,03 casos por 100.000 habitantes.

De los 2 casos confirmados en uno la fuente de infección fue desconocida, se trató de una mujer de 30 años de Guinea Ecuatorial sin antecedente de viaje y el otro caso confirmado fue importado, se trató de un hombre de 51 años, nacido en España, con antecedentes de viaje a Méjico.

En el informe de “Plan eliminación del sarampión rubéola y rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, año 2015-2017” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, en este mismo número (Noviembre 2017. Volumen 23. Nº 11) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Sarampión

En el año 2016 se notificaron 20 sospechas de sarampión en la Comunidad de Madrid, de los cuales 10 fueron descartados y los otros 10 se consideraron casos: 5 se confirmaron y otros 5 quedaron clasificados como probables, incidencia 0,15 casos por 100.000 habitantes. De los 5 casos confirmados, en uno la fuente de infección fue desconocida, 2 fueron secundarios a un caso importado y otros dos fueron importados.

De los 10 casos notificados 7 correspondieron a un brote en una escuela infantil. Los casos fueron niños de 7 a 12 meses, no vacunados. De los 7 casos, 2 se confirmaron por laboratorio (el caso índice y un caso secundario) y el resto se clasificó como casos probables, fueron todos los casos probables de 2016. El caso índice había viajado a Elche, donde al parecer coincidió con un posible caso de sarampión de un brote que estaba ocurriendo allí. El virus identificado en las muestras de los 2 casos confirmados de este brote fue de genotipo D8 haplotipo/variante MVs/Cambridge.GBR/5.16/. Esta variante era la misma que la que circuló en el brote de Elche, cuyo caso índice había viajado a Reino Unido, donde también estaba circulando.

Los 3 casos restantes fueron confirmados. Se trató de una mujer francesa de 20 años con antecedentes de viaje a Indonesia, el virus identificado fue D8 haplotipo/variante MVs/Madrid.ESP/37.16/. Otro fue una mujer española de 32 años de edad, con antecedente de viaje a Tailandia. No se recogieron muestras para identificar el virus. Y en el tercer caso, la fuente de infección fue desconocida.

En el informe de “Plan eliminación del sarampión rubéola y rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, año 2015-2017” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, en este mismo número (Noviembre 2017. Volumen 23. Nº 11) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Varicela

Durante el año 2016 se notificaron 10.630 casos de varicela, 2.269 casos más que durante el año 2015. La tasa de incidencia fue de 164,37 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a la tasa de 315,05 notificada para el conjunto de España (gráfico 50). Se notificaron una media de 195 casos por semana durante el periodo 2007-2016, con un componente estacional, una tendencia descendente hasta el año 2014 y un repunte los años 2015 y 2016 (gráfico 51).

El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Hortaleza (297,47 casos por 100.000 habitantes) seguido por los distritos de San Blas (254,28 casos por 100.000 habitantes), Collado Villalba (240,17 casos por 100.000 habitantes), Parla (228,66 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (228,40 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 53, mapa 10).

El 51,7% de los casos se dieron en hombres. La mediana de edad fue de 6 años con un rango comprendido entre los 0 y 88 años. El 50% de los casos tenía una edad comprendida entre los 2 y los 10 años (gráfico 52).

Se han notificado han notificado 19 brotes por el virus de la varicela con 243 afectados y 1.834 expuestos, En ningún brote se confirmaron casos por laboratorio. El 95,0% (18 brotes) se clasificaron como escolares y 5,0% un brote en una residencia de personas mayores.

Gráfico 50. Tasas de varicela. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

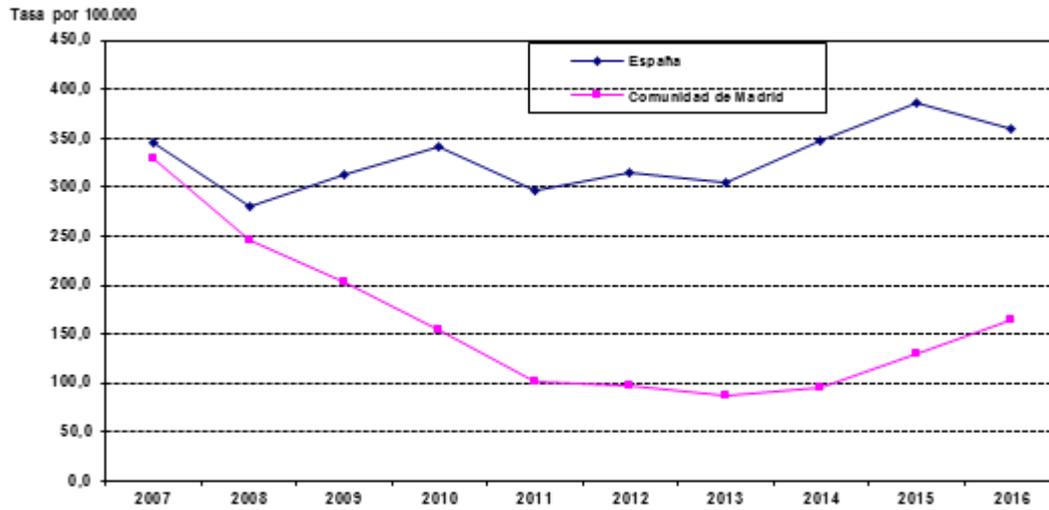


Gráfico 51. Nº de casos de varicela por semanas de notificación. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Gráfico 52. Nº de casos de varicela por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2016.

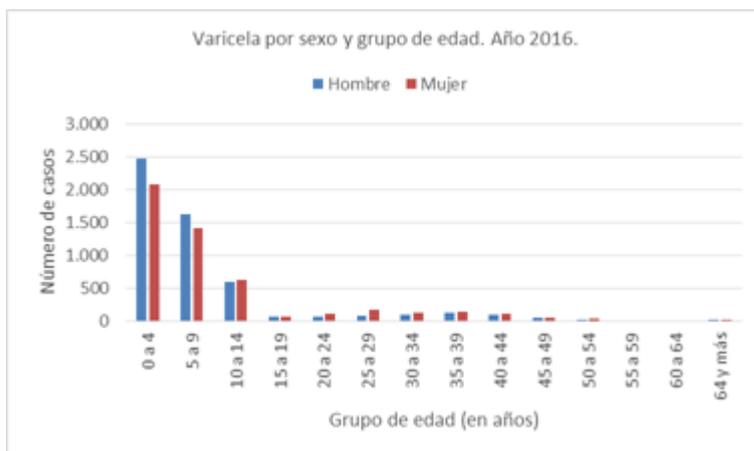
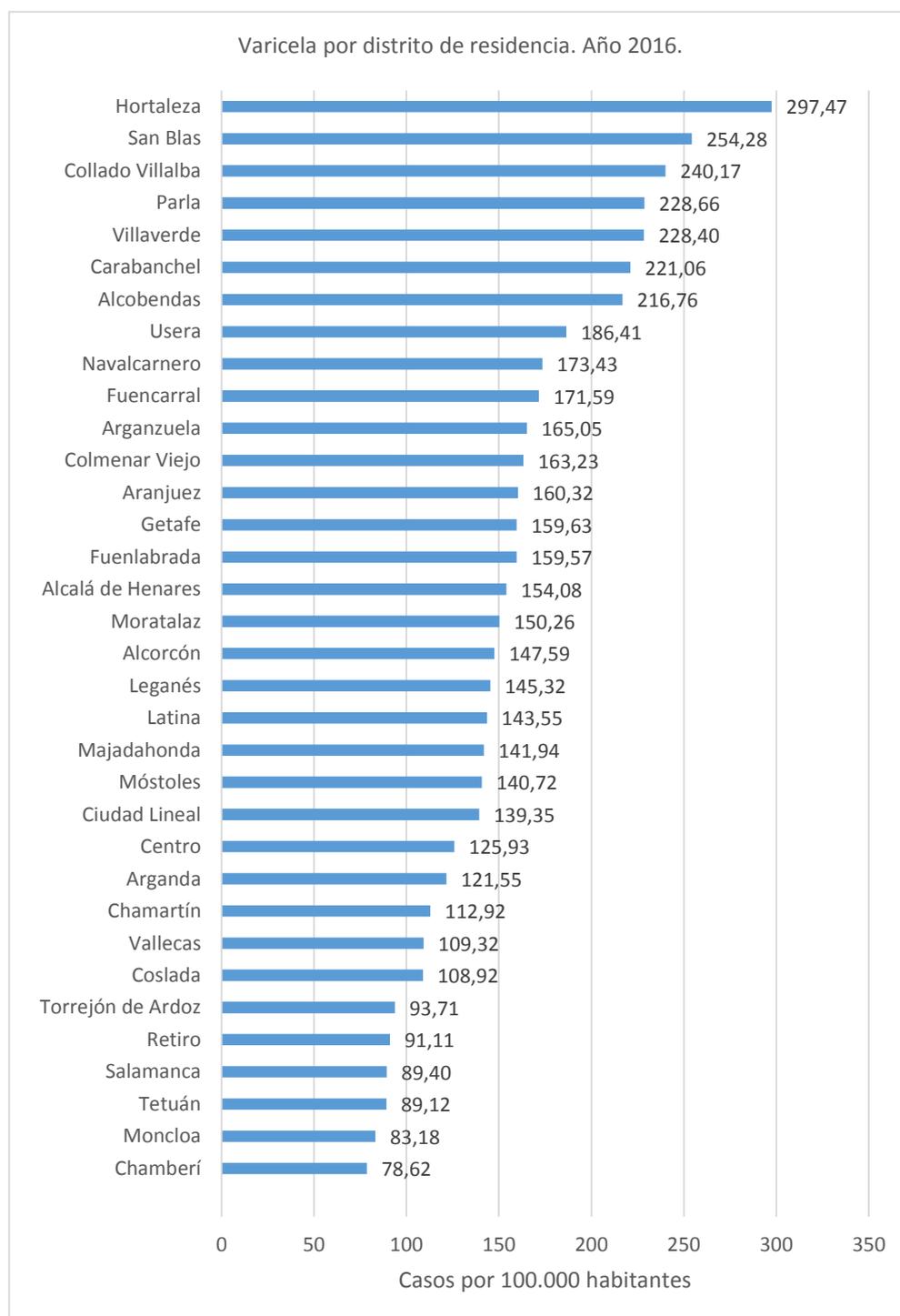
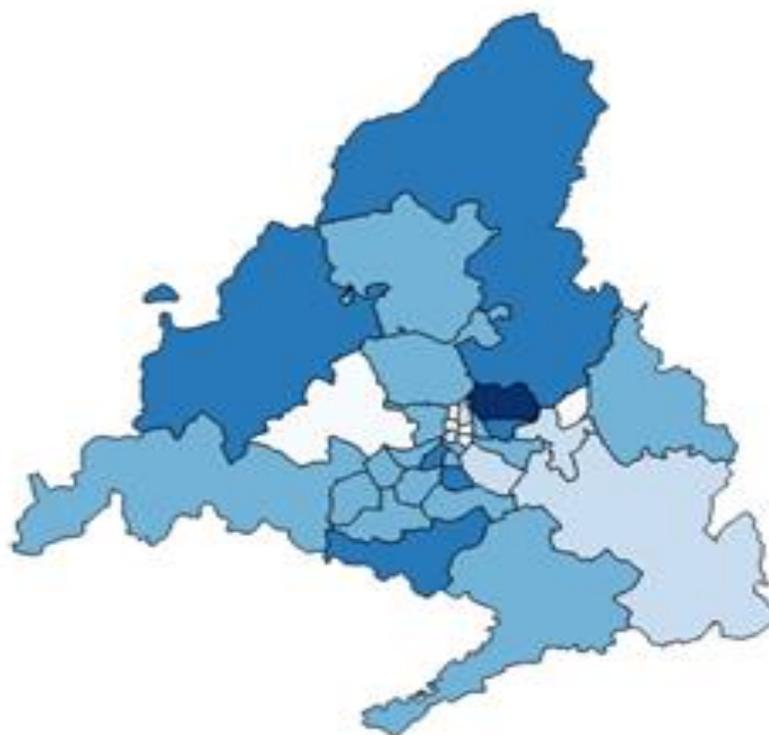


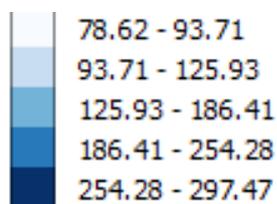
Gráfico 53. Tasas de incidencia de varicela por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 10. Mapa con tasas de incidencia de varicela por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

Hepatitis B

En el año 2016 se notificaron 38 casos de hepatitis B en la Comunidad de Madrid, 6 casos menos que en 2015. La tasa de incidencia fue de 0,59 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de los casos diagnosticados mediante IgM muestra un descenso similar a la incidencia de todos los casos aunque de forma menos marcada. El distrito con una mayor tasa de incidencia fue el de Arganzuela (1,98 casos por 100.000 habitantes), seguido de los distritos de Moncloa (1,72 casos por 100.000 habitantes) y Getafe (1,70 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 58, mapa 11).

Todos los casos fueron confirmados (100%). La mayoría de los casos se diagnosticaron mediante IgM (33/38) (gráfica 55).

El 79% de los casos notificados en 2016 se dieron en hombres. La media de edad fue de 45 años con un rango que osciló entre 20 y 82 años. El 50% de los casos tenía entre 40 y 52 años (gráfico 56). En relación al país de origen, el 52,6% eran personas nacidas en España y entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron China (n=3), Rumanía (n=3), Perú (n=2) y República Dominicana (n=2) (gráfica 57).

El 10,5% (n=4) de los casos tenía antecedente de vacunación, el 55,3% (n=21) no estaban vacunados y en el 34,2% (n=13) no se conocía el estado vacunal.

Durante 2016 se notificó 1 brote de hepatitis B con 2 casos.

Gráfico 54. Tasas de hepatitis B. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

Tasa por 100.000



Gráfico 55. Hepatitis B por año de notificación y método diagnóstico. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.

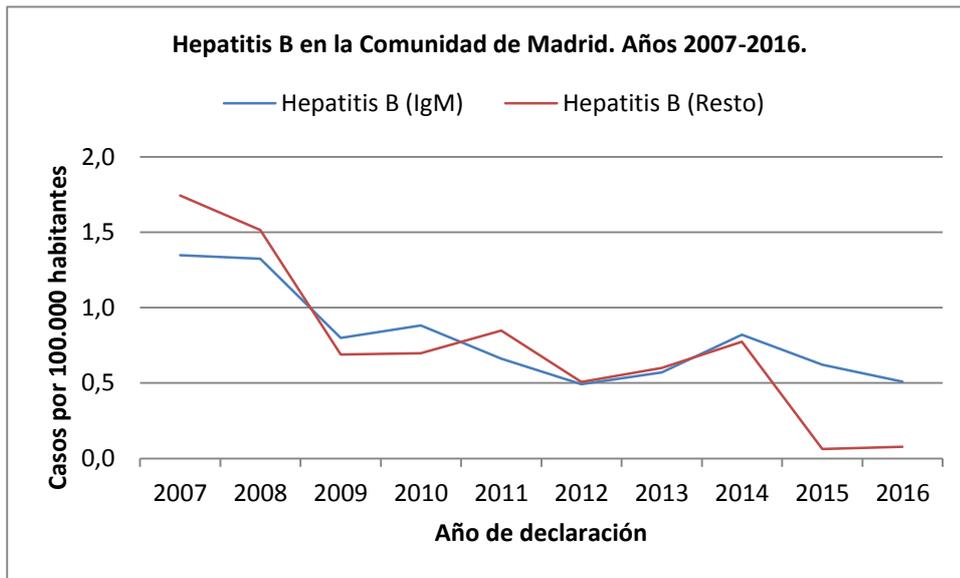


Gráfico 56. Hepatitis B por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

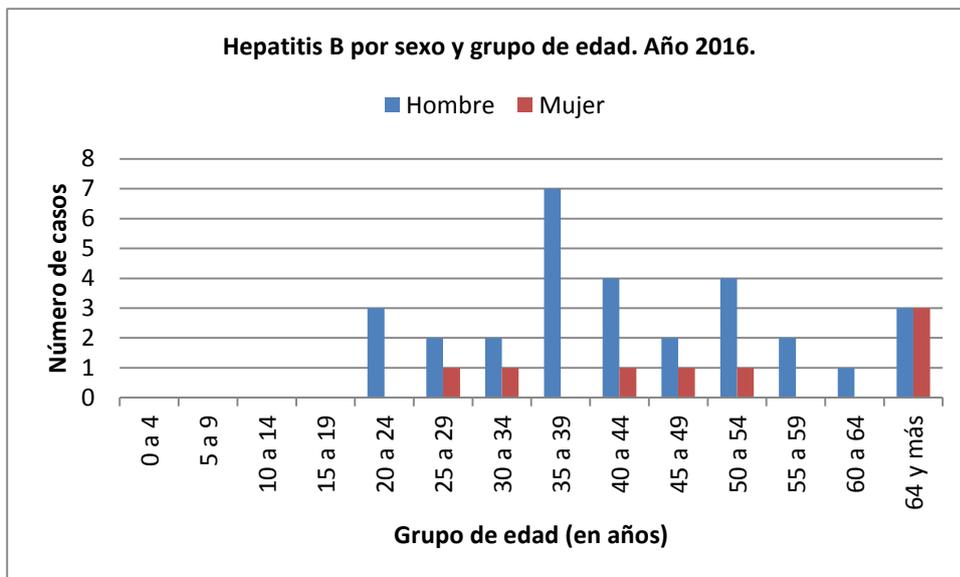


Gráfico 57. Hepatitis B nacidos dentro o fuera de España y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

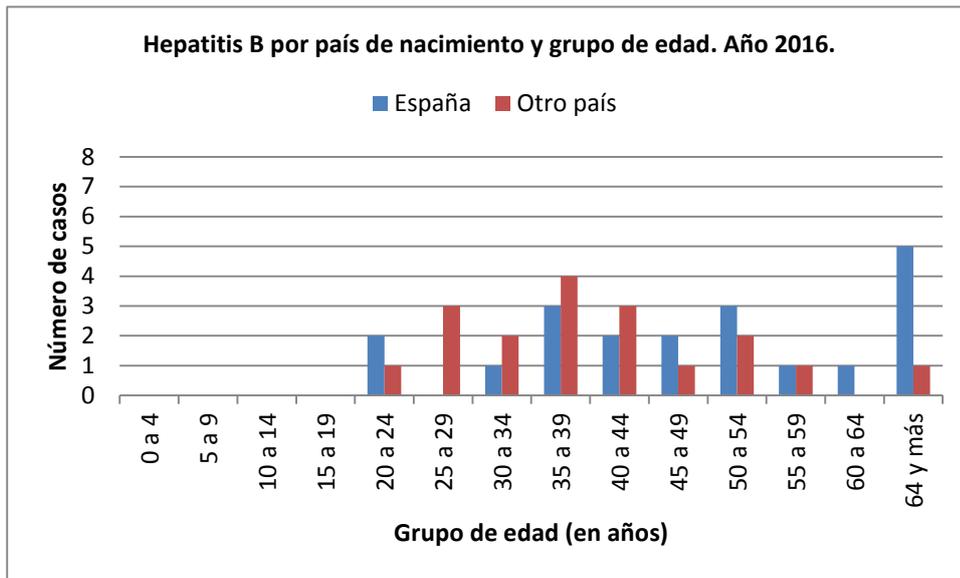
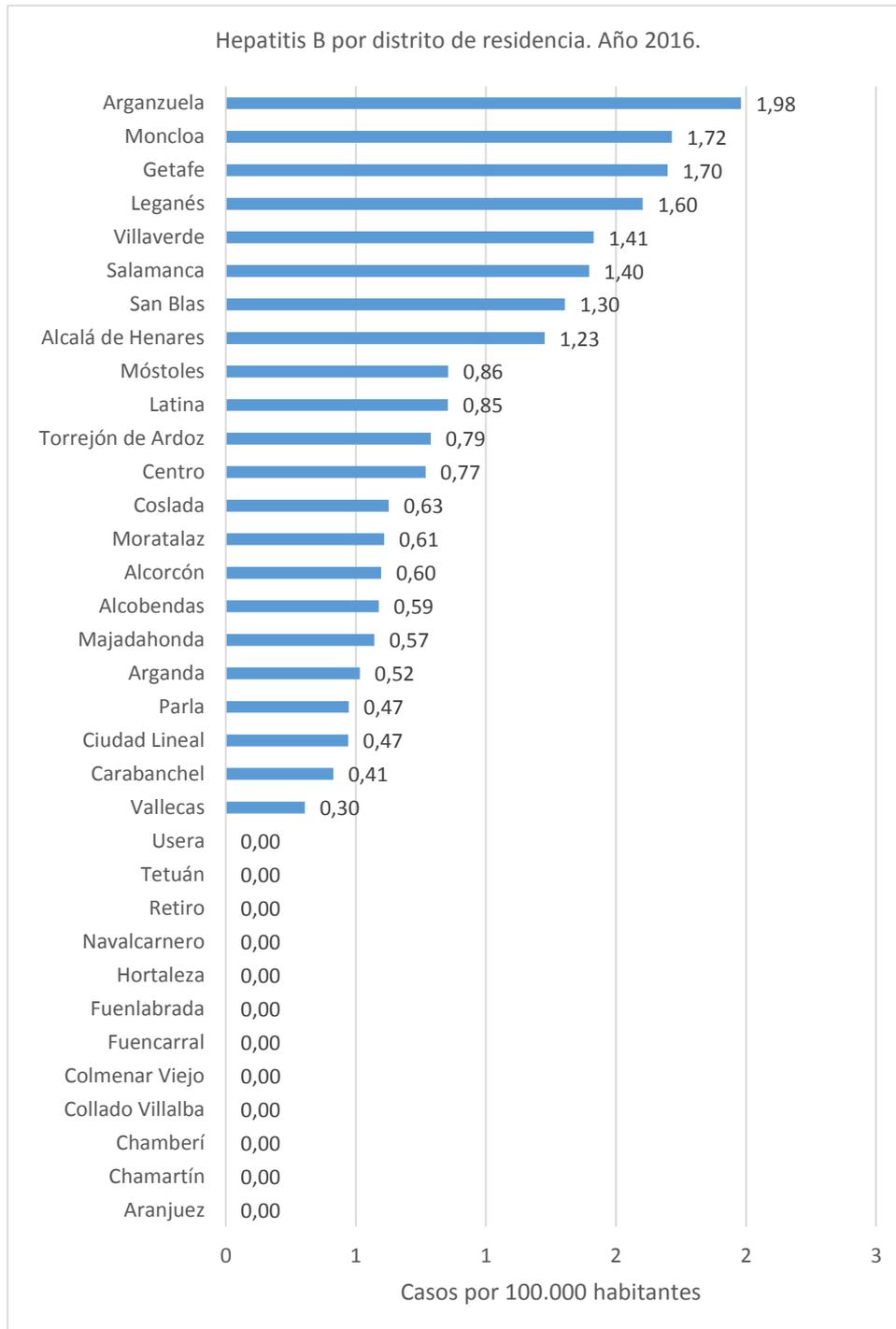
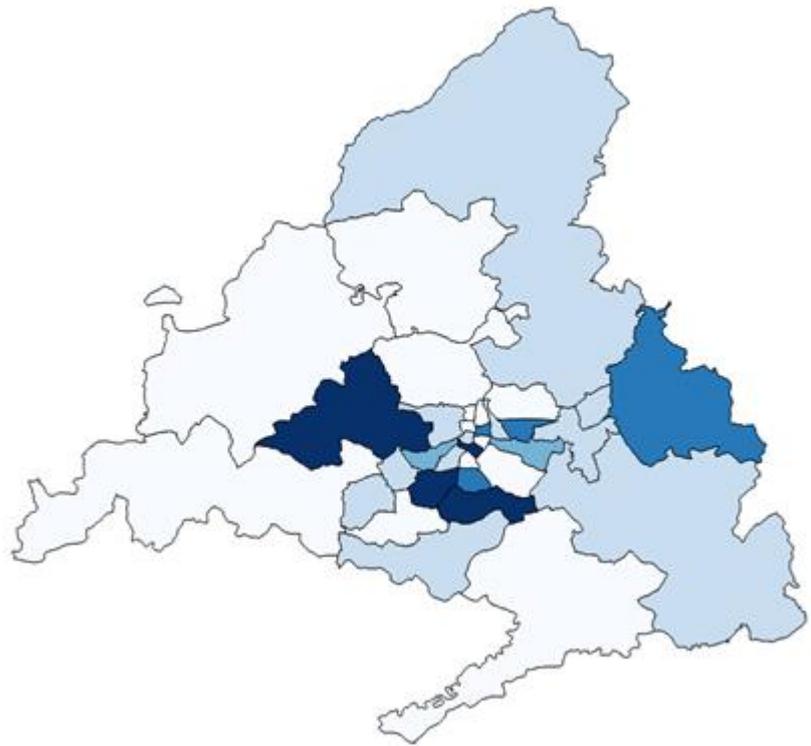


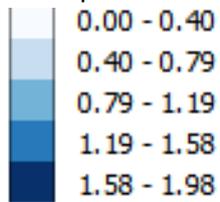
Gráfico 58. Tasas de incidencia de hepatitis B por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 11. Mapa con tasas de incidencia de hepatitis B por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Hepatitis C

En el año 2016 se notificaron 272 nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Comunidad de Madrid. La tasa de incidencia fue de 4,21 casos por 100.000 habitantes (gráfico 59). El distrito más afectado fue el Centro (19,20 casos por 100.000 habitantes), seguido de Vallecas (6,98 casos por 100.000 habitantes) y Alcorcón (6,57 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 62, mapa 12).

El 64,7% de los nuevos diagnósticos de 2016 se dieron en hombres. La edad media fue de 50 años con un rango que osciló entre 1 y 95 años. El 50% de los nuevos diagnósticos tenían entre 50 y 60 años (gráfico 60). En relación al país de origen, el 74,6% eran personas nacidas en España y entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron Rumanía (n=14), Guinea Ecuatorial (n=6), Venezuela (n=5) y Ucrania (n=5) (gráfico 61).

Todos los nuevos diagnósticos fueron confirmados (100%; n=272). Durante el año 2016 no se notificó ningún brote de hepatitis C.

En el informe de “Avance de resultados de Serovigilancia de la hepatitis C” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Abril 2017. Volumen 23. Nº 4) se presenta un análisis de los resultados de esta Encuesta respecto a esta enfermedad.

Gráfico 59. Tasas de Hepatitis C. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015 y 2016.



Gráfico 60. Hepatitis C por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

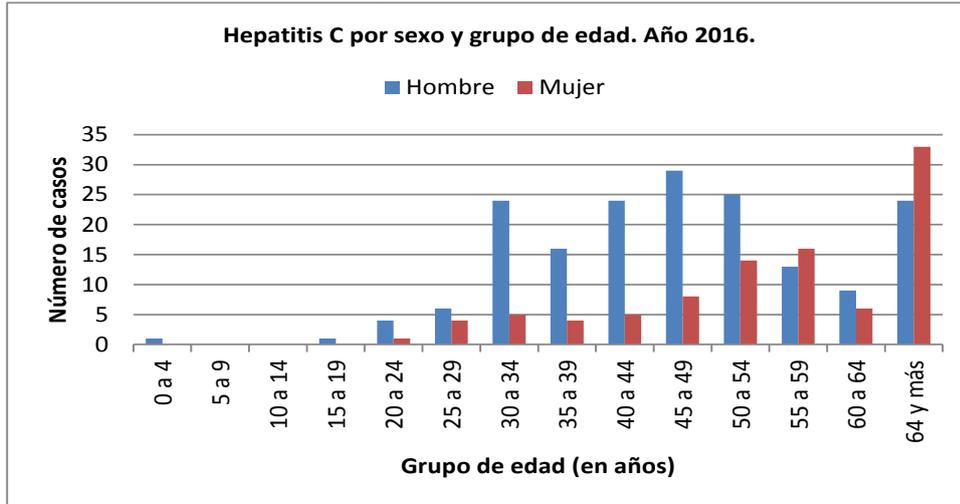


Gráfico 61. Hepatitis C nacidos dentro o fuera de España y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

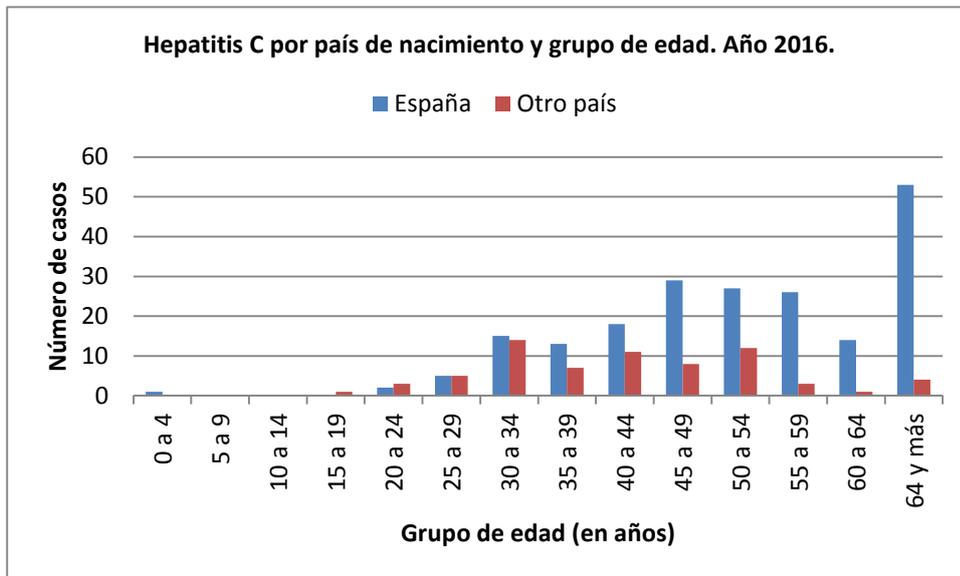
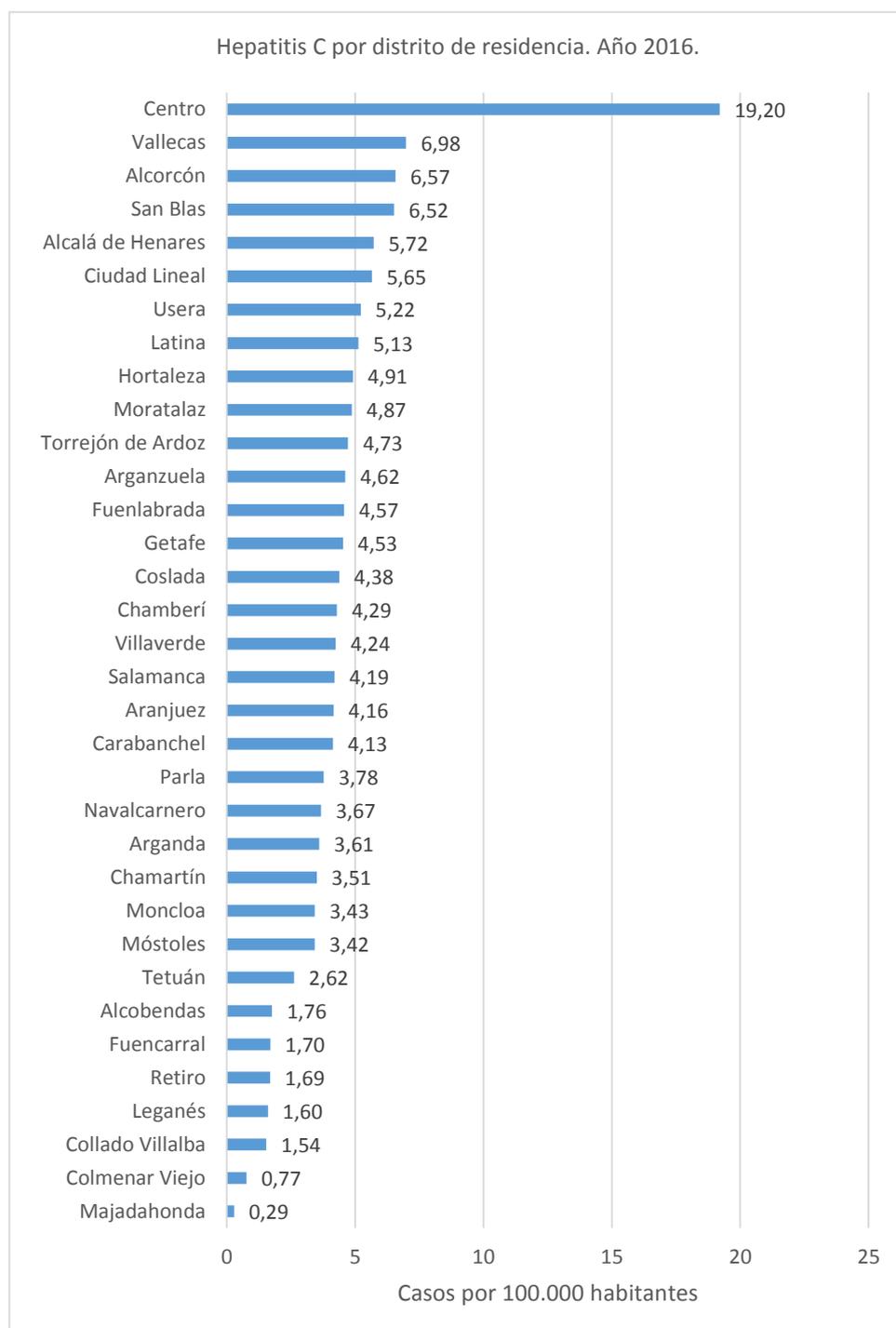
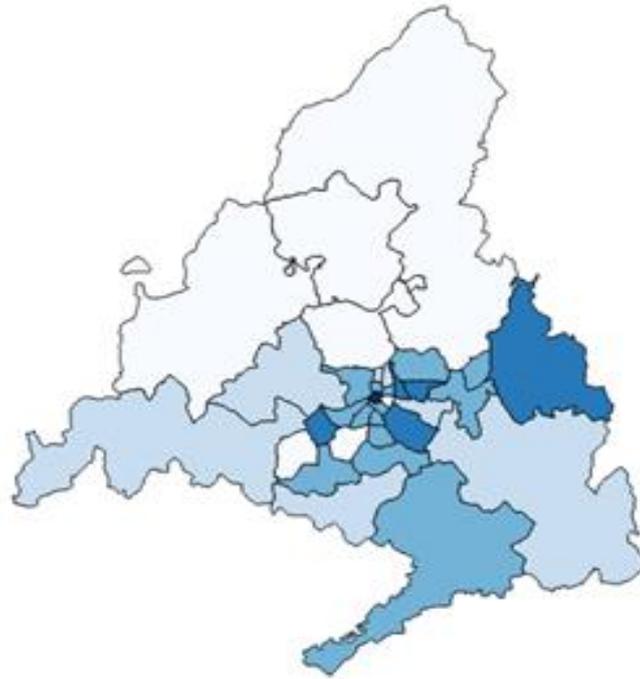


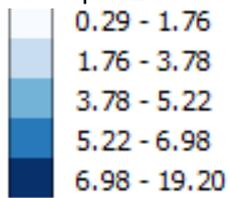
Gráfico 62. Tasas de incidencia de hepatitis C por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 12. Mapa con tasas de incidencia de hepatitis C por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Infección gonocócica

Durante el año 2016 se notificaron 1.517 casos de infección gonocócica, 317 casos más que en 2015. La tasa de incidencia acumulada fue de 23,46 casos por 100.000 habitantes (gráfico 63). Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron: Centro (176,61 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (56,47 casos por 100.000 habitantes) y Tetuán (47,18 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 65, mapa 13).

En la distribución por género se observó un claro predominio en varones (83,2%). La media de edad fue de 31,5 años. El 88,1% de los casos eran menores de 44 años; el rango osciló entre 13 y 89 años (gráfico 64).

En el 95,7% de los casos se conoce el país de origen: el 63,3% son españoles, el 6,7% del resto de Europa; el 22,3 % Sudamérica y Centroamérica; el 2,2 % de África; el 0,39 % de Norteamérica.

El 99,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico, el 0,2 como probable por presentar vínculo epidemiológico con un caso confirmado de infección gonocócica.

El 14,6% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 29,4% por atención especializada y el 56,0% del total de notificaciones fueron por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual.

Gráfico 63. Tasas de infección gonocócica. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

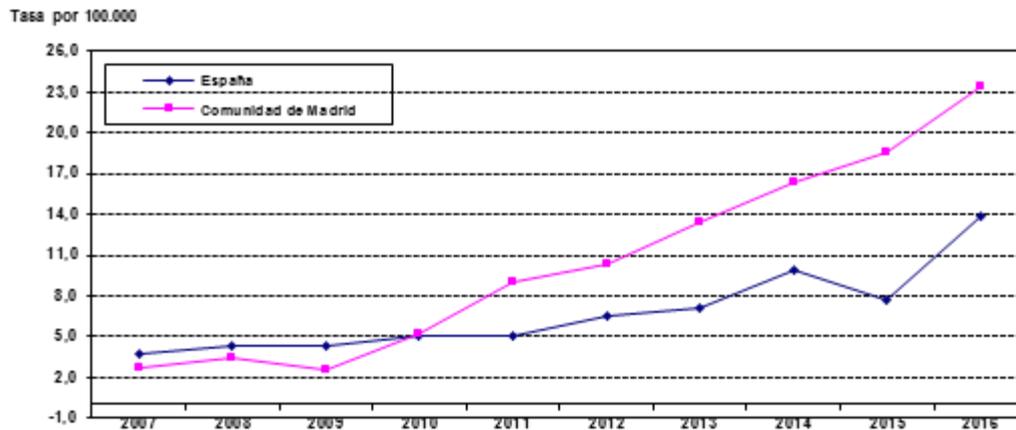


Gráfico 64. Nº de casos de infección gonocócica por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

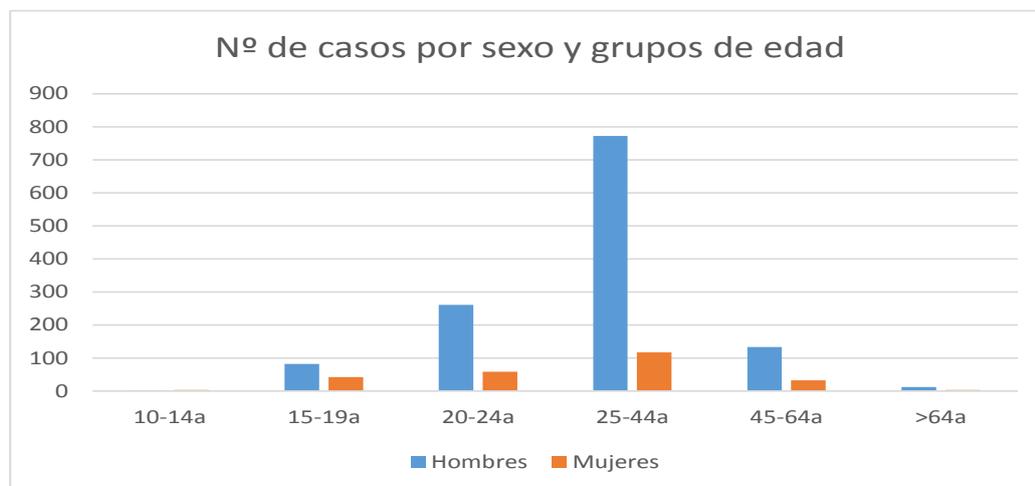
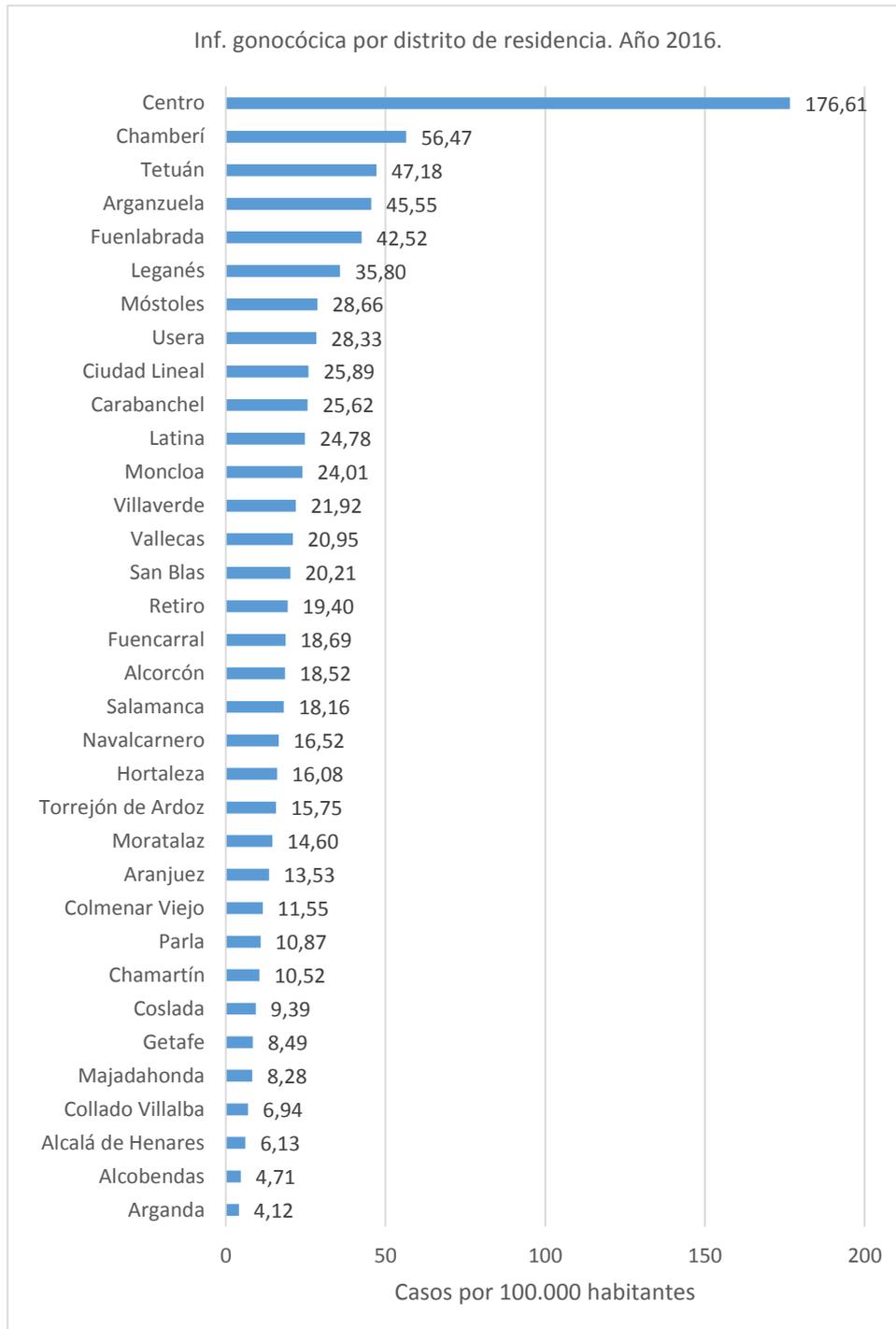
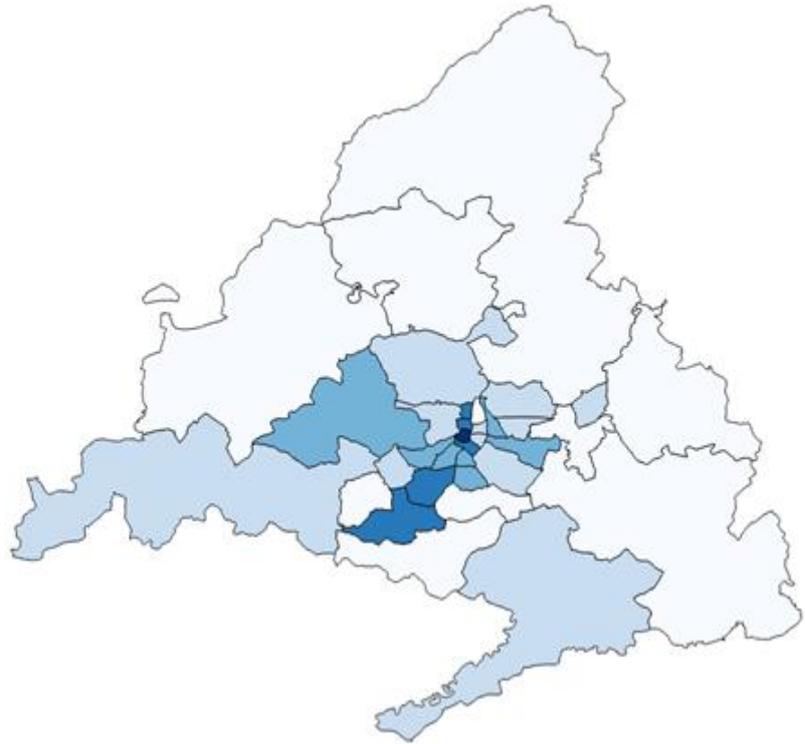


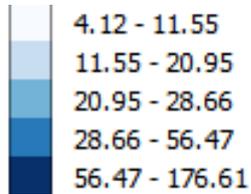
Gráfico 65. Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 13. Mapa con tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Infección por *Chlamydia trachomatis*

En el año 2016 se notificaron 1.228 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido el linfogranuloma venéreo) con una incidencia de 18,99 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron: Centro (103,66 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (49,32 casos por 100.000 habitantes) y Móstoles (45,77 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 67, mapa 14).

El 64,5 % de los casos se observó en varones. El rango de edad varió entre 0 y 70 años, con una media de edad de 30,3 años y el 81,2 % de los casos se presentó en personas entre los 20 y los 44 años, el 40,8% fueron hombres entre 25 y 45 años (gráfico 66). Se dispone de información sobre el país de origen en el 99,0 % de los casos: el 62,5 % eran españoles, 24,4 % latinoamericanos; el 6,35 % de otros países europeos; 3,0 % africanos y el 0,6 % asiáticos.

El 0,8% (10 casos) fueron neonatos infectados por transmisión vertical, donde las madres eran asintomáticas, estos bebés fueron diagnosticados entre los 14 días y los dos meses de nacidos, todos con conjuntivitis, un caso además presentó bronquiolitis y neumonitis intersticial. Todos los casos se clasificaron como confirmados. En la tabla 12 se presentan los casos hospitalizados por grupos de edad.

El 55,0% de los casos fueron notificados por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual, el 9,0% por atención primaria, el 36,0% por atención especializada.

Gráfico 66. Nº de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

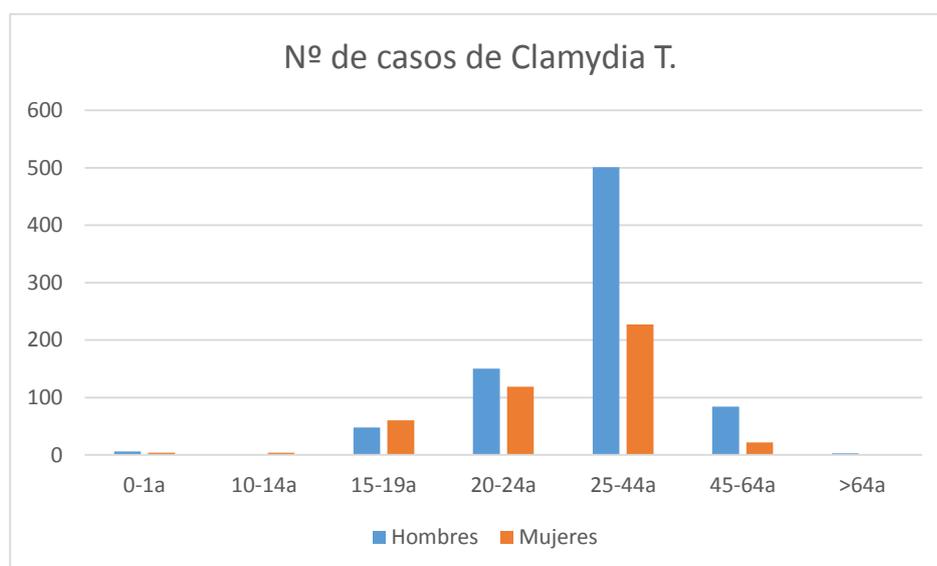
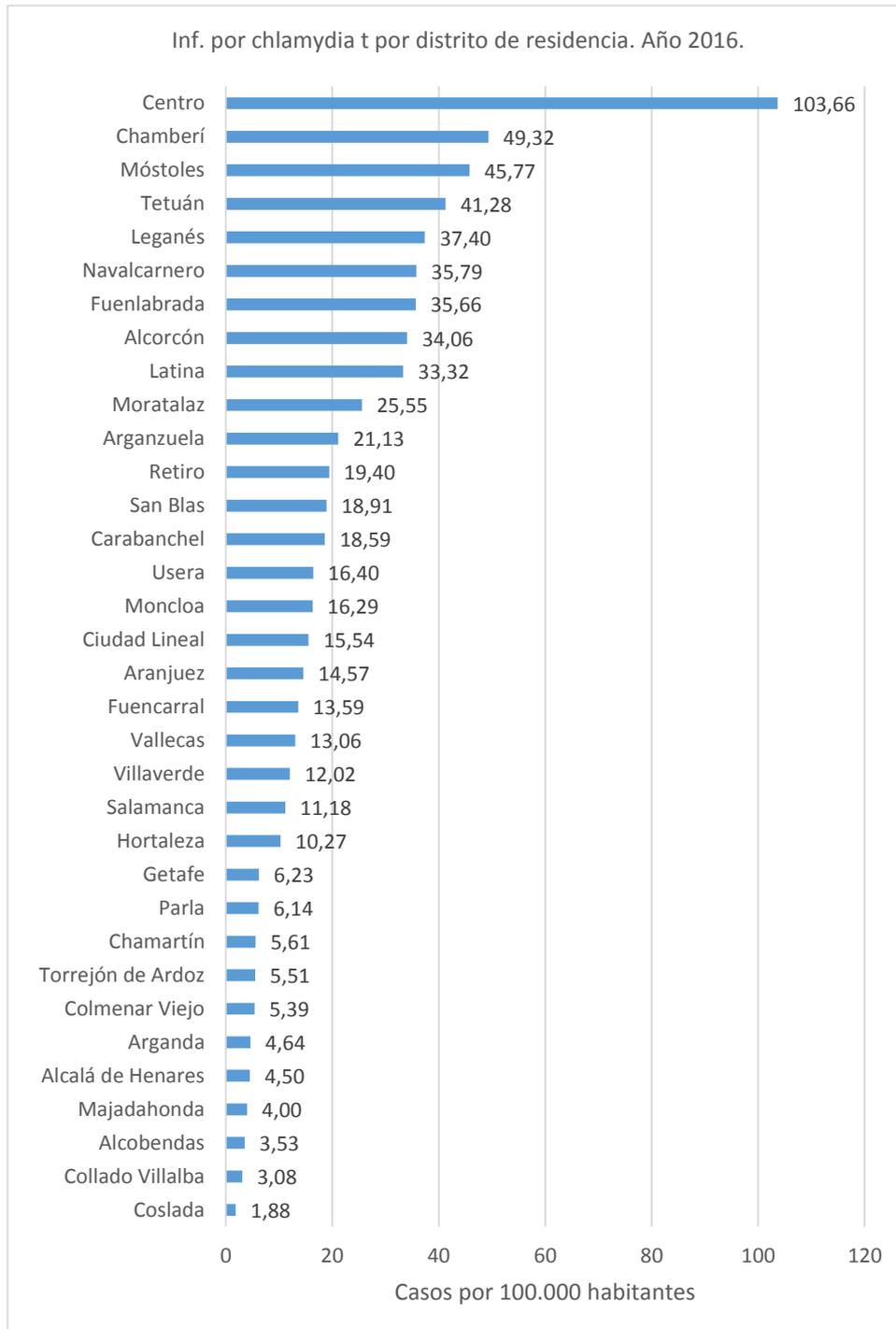


Tabla 11. Nº de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* hospitalizados. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

Grupos de edad	Total de casos	Porcentaje
0-1	10	80,00
10-14	4	0,00
15-19	108	4,63
20-24	269	5,58
25-44	728	3,16
45-64	106	5,66
>64	3	0,00
Total	1228	4,64

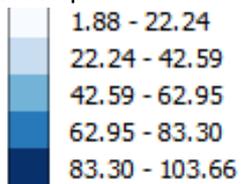
Gráfico 67. Tasas de incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 14. Mapa con tasas de incidencia de infección *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Linfogranuloma venéreo

En el año 2016 se notificaron 120 casos de linfogranuloma venéreo, con una incidencia de 1,86 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron: Centro (28,41 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (6,60 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (6,43 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 69, mapa 15).

El 89,2% de los casos fueron varones. El rango de edad varió entre 18 y 58 años, con una media de edad de 34,3 años, el 65% de los casos fueron hombres del grupo de edad de 25 a 44 años (gráfico 68). El 54,2% fueron españoles; 31,6% fueron de América del sur y central; 6,6 del resto de Europa; 2,5 de América del norte y África respectivamente.

Todos los casos se confirmaron microbiológicamente.

Según notificador el 95% se notificó por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual, 4,2% por atención especializada y el 0,8% por atención primaria.

Gráfico 68. Nº de casos de infección por linfogranuloma venéreo por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

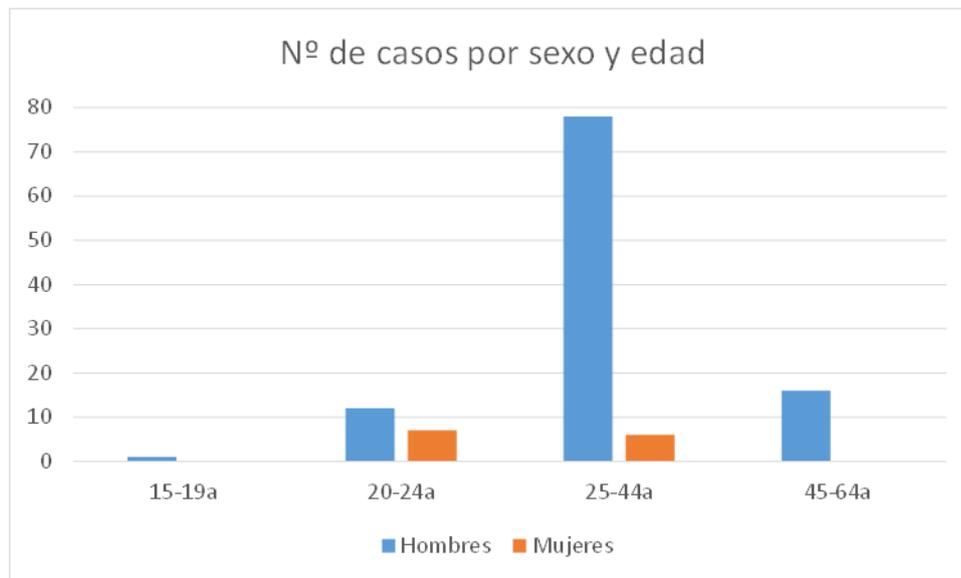
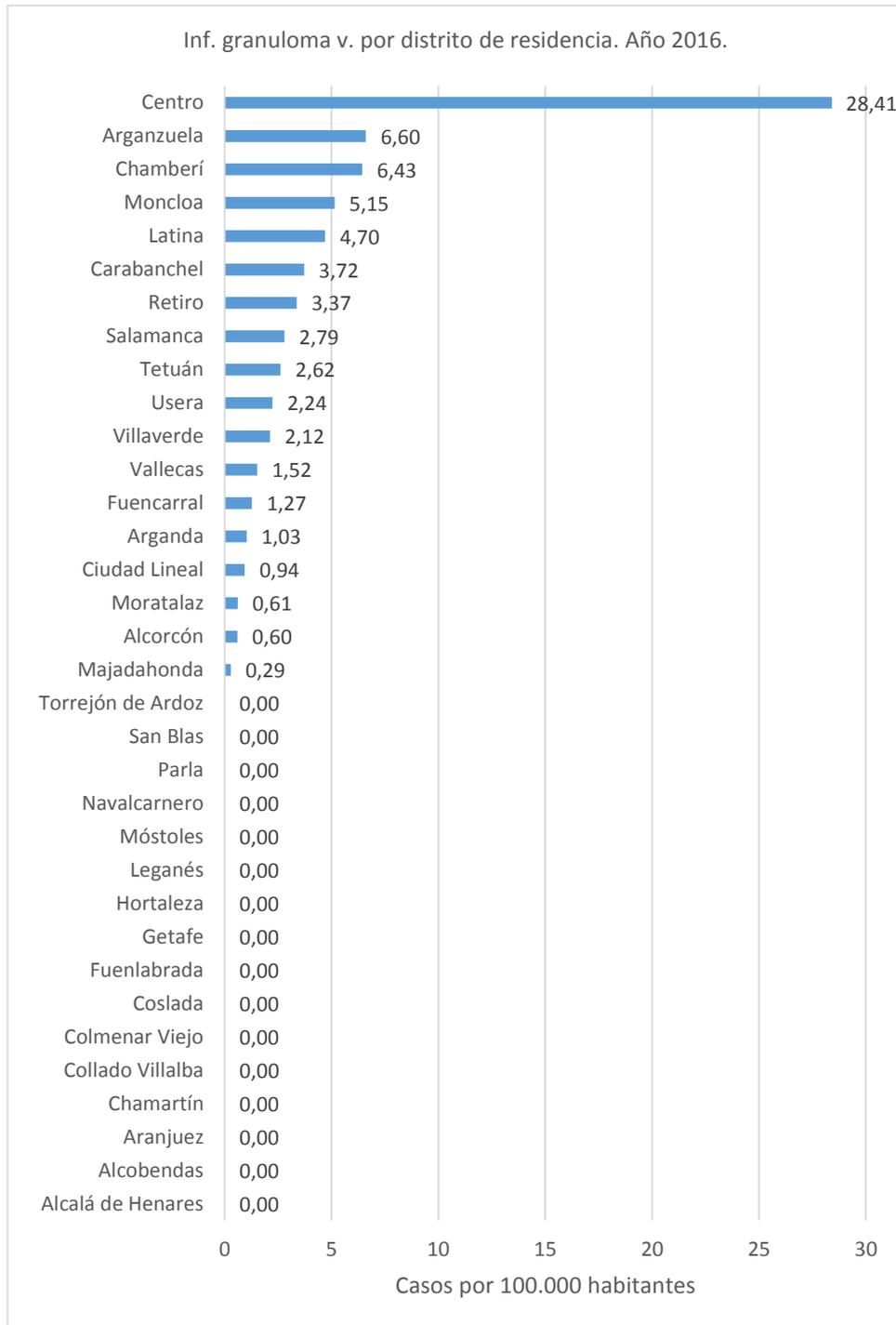
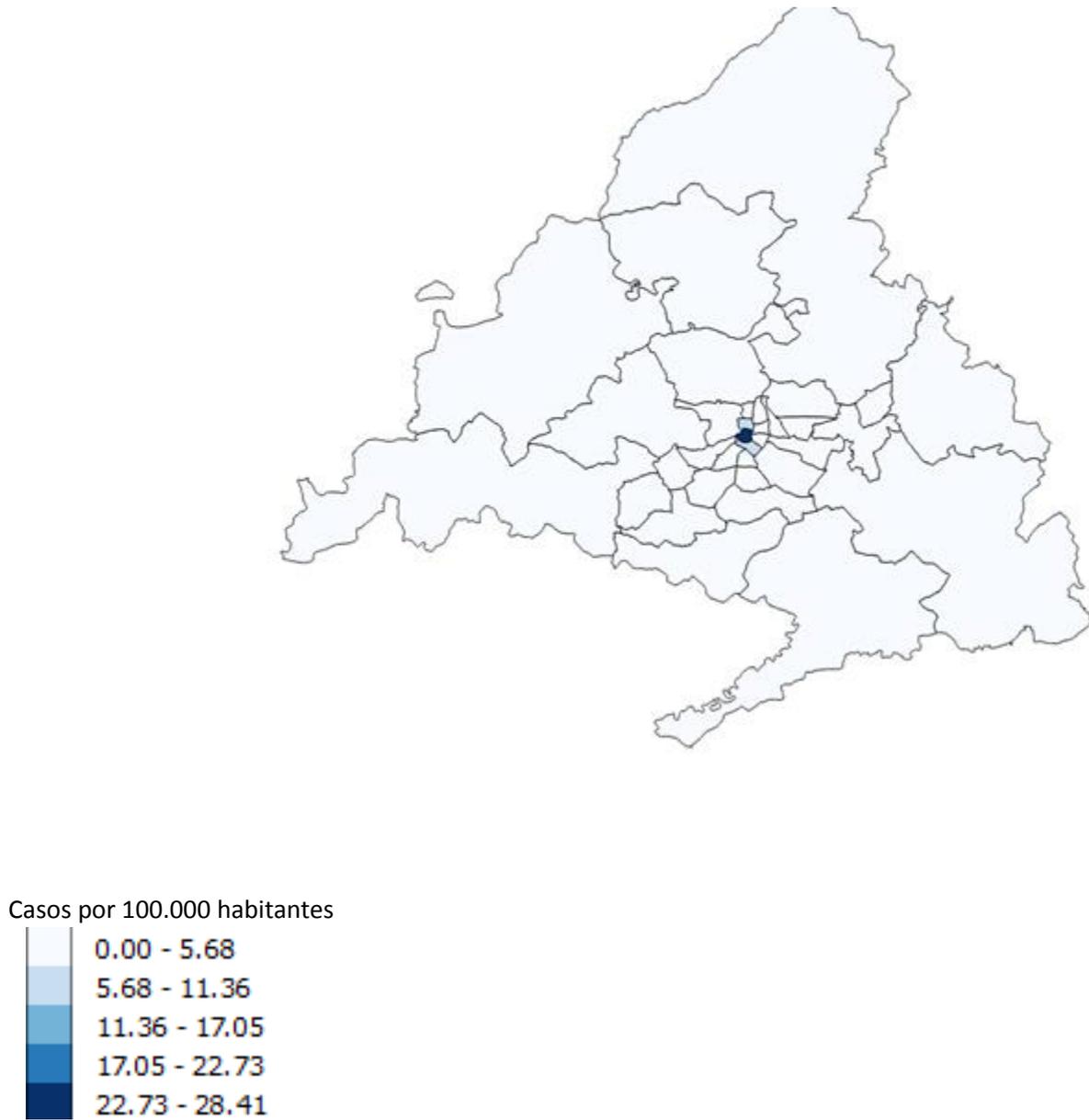


Gráfico 69. Tasas de incidencia de infección por granuloma venéreo por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 15. Mapa con tasas de incidencia de infección por linfogranuloma venéreo por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Sífilis

En el año 2016 se notificaron 566 casos de sífilis, 135 casos más que en 2015, la tasa de incidencia acumulada fue de 8,75 casos por 100.000 habitantes (gráfico 70). Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (102,90 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (28,39 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (17,87 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 72, mapa 16).

El 95,4% de los casos se observó en varones. El rango de edad varió entre 16 y 75 años, con una media de edad de 34,9 años y el 65,2% de los casos se presentó en varones del grupo de 25 y los 44 años (gráfico 71). Se dispone de información sobre el país de origen en el 96,6% de los casos: el 66,4% eran españoles, el 19,7% latinoamericanos; el 7,7 % de otros países europeos; el 0,8% africanos y el 0,7% asiáticos.

Gráfico 70. Tasas de sífilis. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

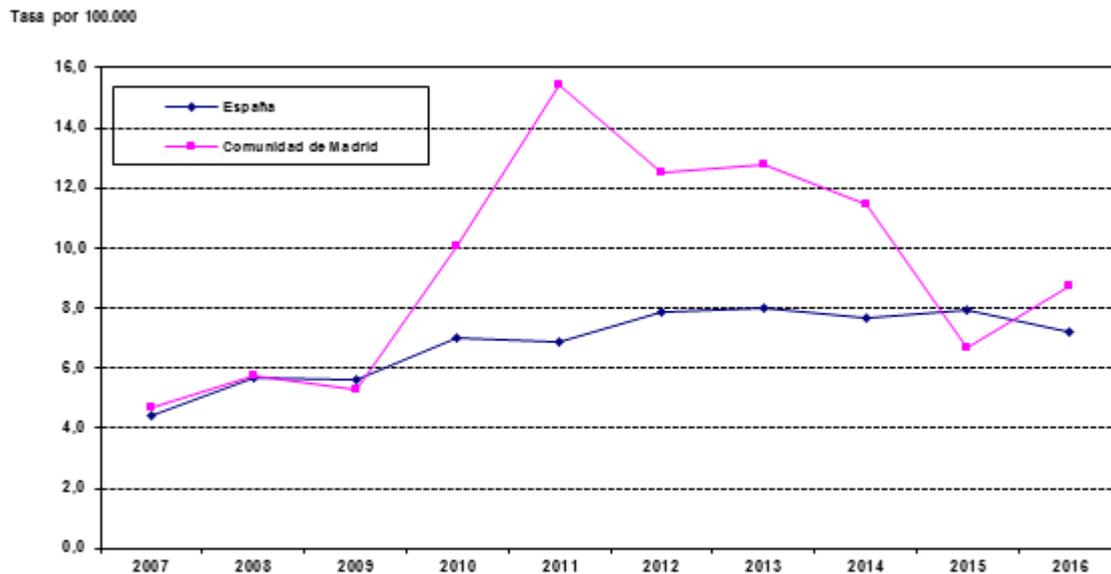
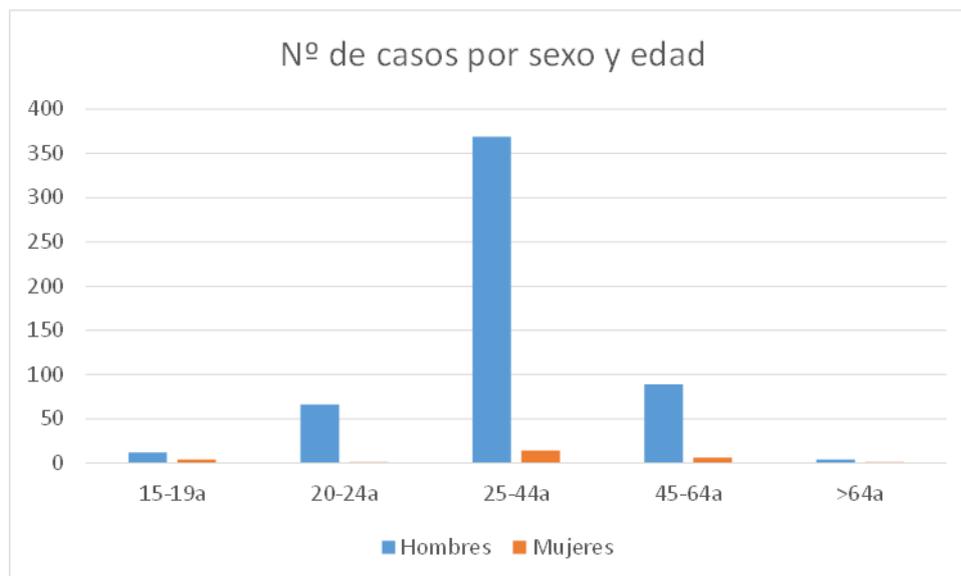


Gráfico 71. Nº de casos de sífilis por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.



El 100% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico.

Del total de casos en el 1,79% (10), se registró que fueros hospitalizados.

En la tabla 12 se presenta la distribución del número de casos de sífilis por edad y comorbilidades asociadas. Y en la tabla 13 por edad y fases de la enfermedad.

El 57,1 de los casos fueron notificados por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual el 33,7 % por atención primaria, el 9,2 % por atención especializada.

Tabla 12. Nº de casos de sífilis con co-infección. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

Grupos de edad	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Gonococia	Infección <i>Chlamydia</i>	Herpes genital
15-19 años	0	0	0	0	0	0
20-24 años	0	1	1	1	1	0
25-44 años	1	4	4	2	4	5
45-64 años	0	2	2	0	1	0
>64 años	0	1	1	0	0	0
Total	1	8	8	3	6	5

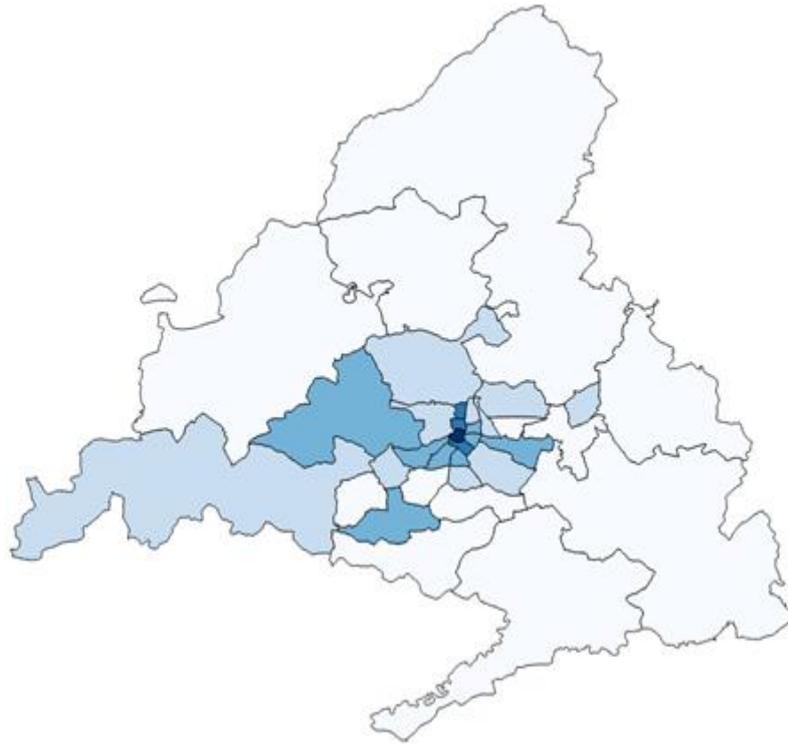
Tabla 13. Nº de casos de sífilis hospitalizados y por fases de su evolución. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

Grupos de edad	Laten precoz	Primaria	Secundaria	Desconocido	Total
15-19a	1	9	5	1	16
20-24a	11	26	27	3	67
25-44a	111	130	129	13	383
45-64a	23	40	31	1	95
>64a	2	1	1	1	5
total	148	206	193	19	566

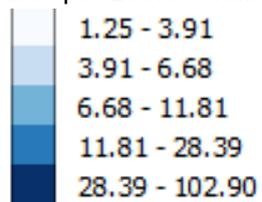
Gráfico 72. Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 16. Mapa con tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL

Dengue

En el año 2016 se notificaron 96 casos de dengue, 43 casos más que los notificados durante el año 2015, lo que supone una tasa de incidencia de 1,48 casos por 100.000 habitantes. Se observa cierta estacionalidad, notificándose un mayor número de casos durante los meses de enero y septiembre (gráfico 73). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Tetuán (9,17 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Chamberí (5,00 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (4,62 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 76, mapa 17).

El 42% de los casos se produjeron en hombres. La edad media fue de 36 años, con un rango comprendido entre los 8 y los 78 años. La mitad de los casos tenían entre 30 y 42 años (gráfico 74). El 51% de los casos eran nacidos en España, el 40% en América Latina, el 5% en otros países europeos, el 2% en África, 1% en Asia y el 1% en América del Norte (gráfico 75).

Se clasificaron como confirmados el 53% de los casos y el 47% como probables.

Todos los casos fueron importados. Todos tenían antecedente de viaje durante el periodo de incubación: el 58% a América Latina, el 34% a Asia y el 7% a África.

El 85% de los casos se notificaron desde Atención Especializada, el 10% desde Atención Primaria y el 4% desde otras fuentes. Destaca el Hospital Universitario La Paz, habiendo notificado el 67% de los casos.

Gráfico 73. Nº de casos de dengue por mes de notificación. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

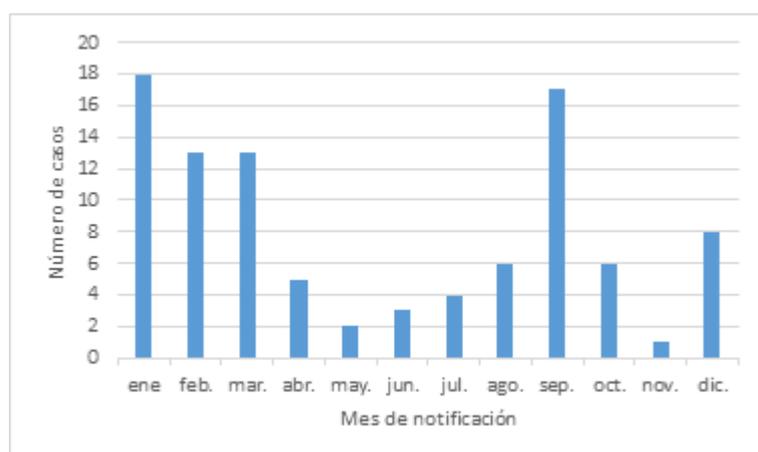


Gráfico 74. Nº de casos de dengue por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

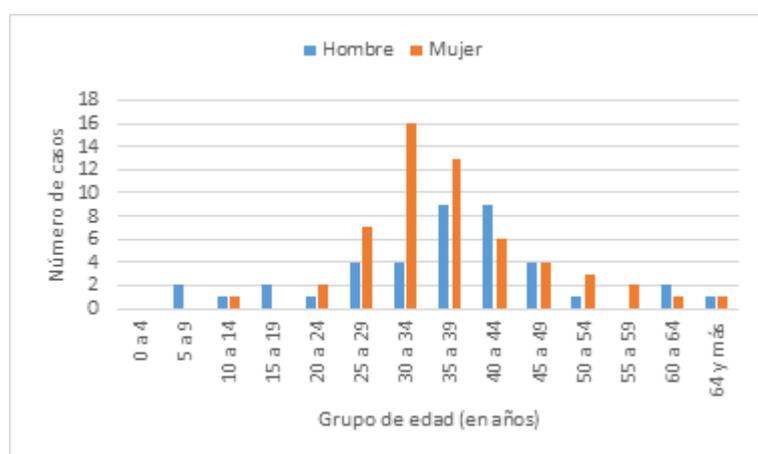


Gráfico 75. Nº de casos de dengue de españoles y nacidos fuera de España. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

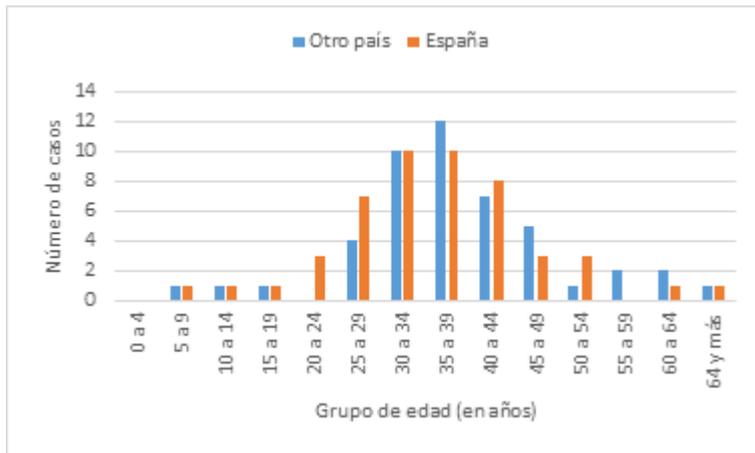
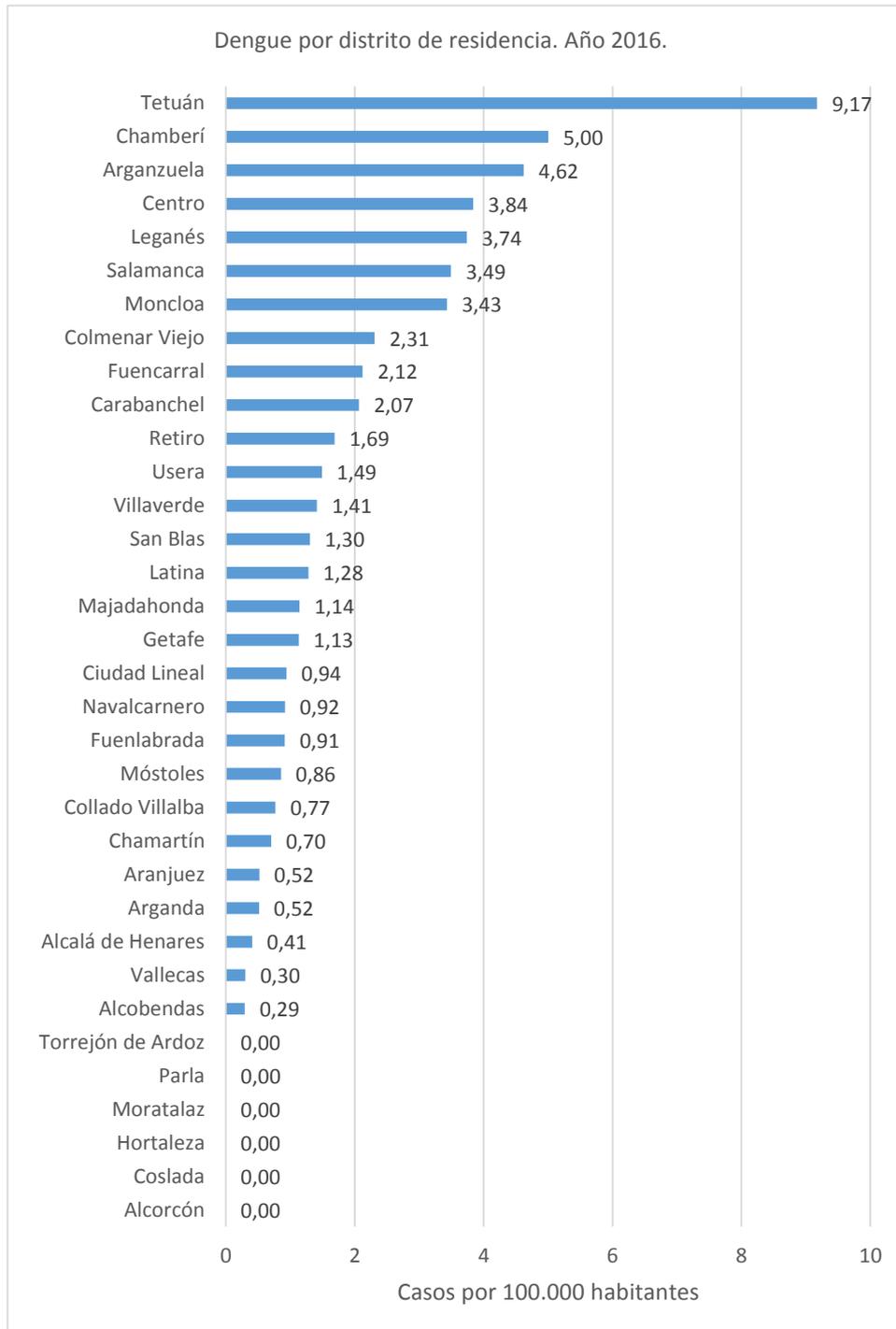
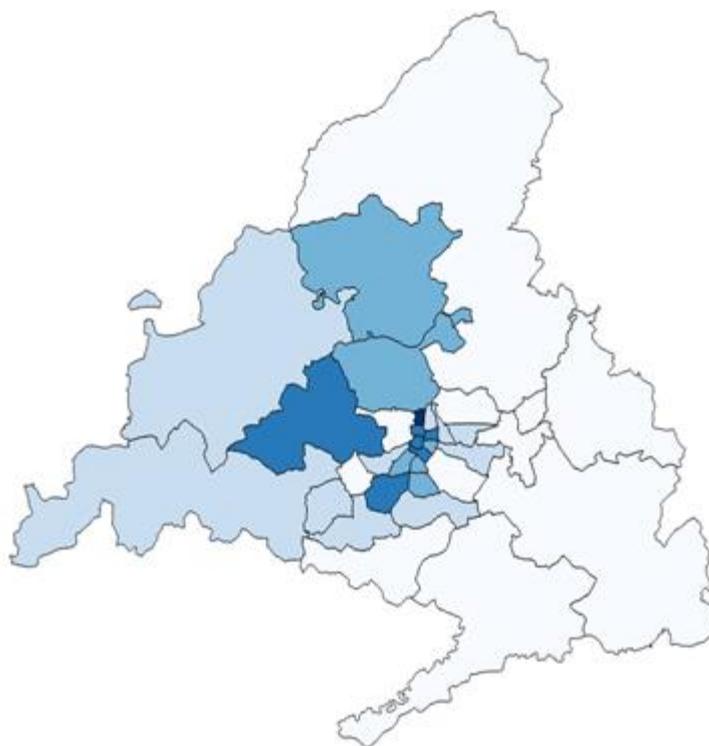


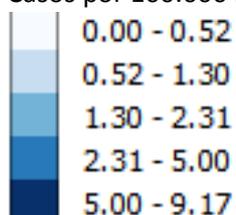
Gráfico 76. Tasas de incidencia de dengue por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 17. Mapa con tasas de incidencia de dengue por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Enfermedad por virus Chikungunya

En el año 2016 se notificaron 46 casos de enfermedad por virus Chikungunya, 35 casos menos que los notificados durante el año 2015, lo que supone una tasa de incidencia de 0,71 casos por 100.000 habitantes. No se observa una estacionalidad clara aunque se notificaron más casos durante el mes de mayo (gráfico 77). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Arganzuela (2,64 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Usera (2,24 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (2,14 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 80, mapa 18).

El 37% de los afectados eran varones. La edad media fue de 36 años con un rango comprendido entre los 1 y los 66 años. La mitad de los casos tenían entre 29 y 47 años (gráfico 78). El 39% habían nacido en España, el 48% en América Latina, el 7% en África, el 4% en Asia y el 2% en otros países de Europa (gráfico 79).

Se clasificaron como confirmados el 91% de los casos, como probables el 7% y como sospechosos el 2% restante.

Todos los casos fueron importados. Todos tenían antecedente de viaje durante el periodo de incubación: el 74% a América Latina, el 17% a Asia y el 9% a África.

El 72% de los casos se notificaron desde Atención Especializada, el 17% desde Atención Primaria y el 11% desde otras fuentes. Destaca el Hospital Universitario La Paz, habiendo notificado un 48% de los casos.

Gráfico 77. Nº de casos de enfermedad por virus Chikungunya por mes de notificación. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

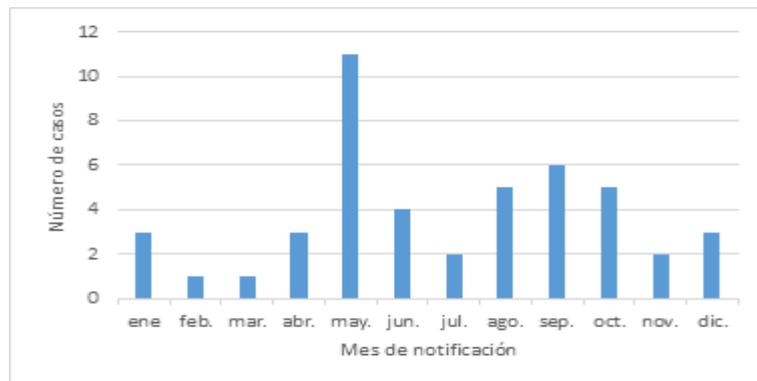


Gráfico 78. Nº de casos de enfermedad por virus Chikungunya por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

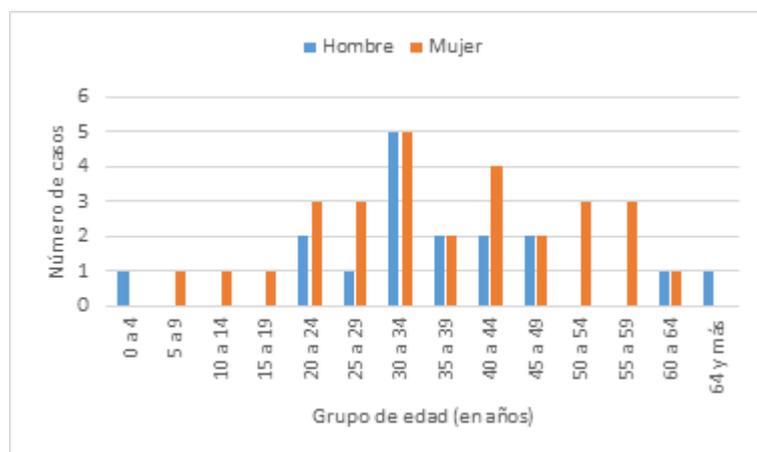


Gráfico 79. Nº de casos de enfermedad por virus Chikungunya de españoles y nacidos fuera de España. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

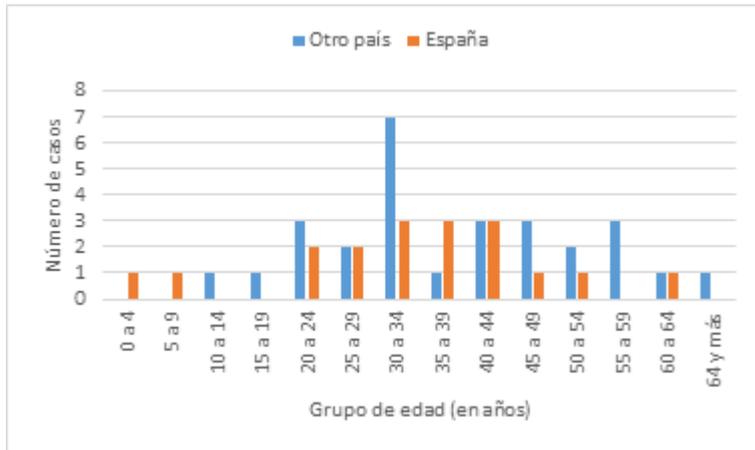
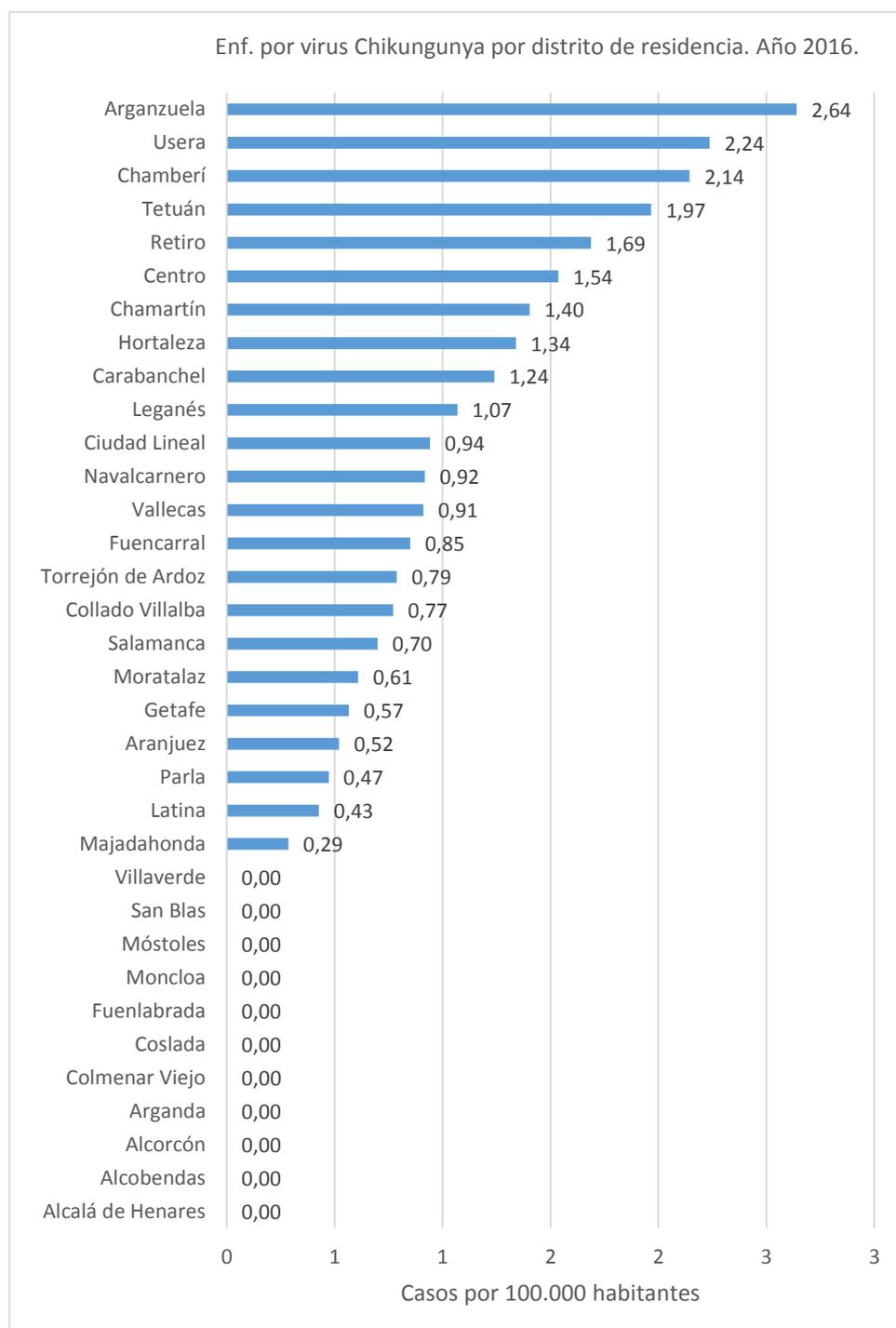
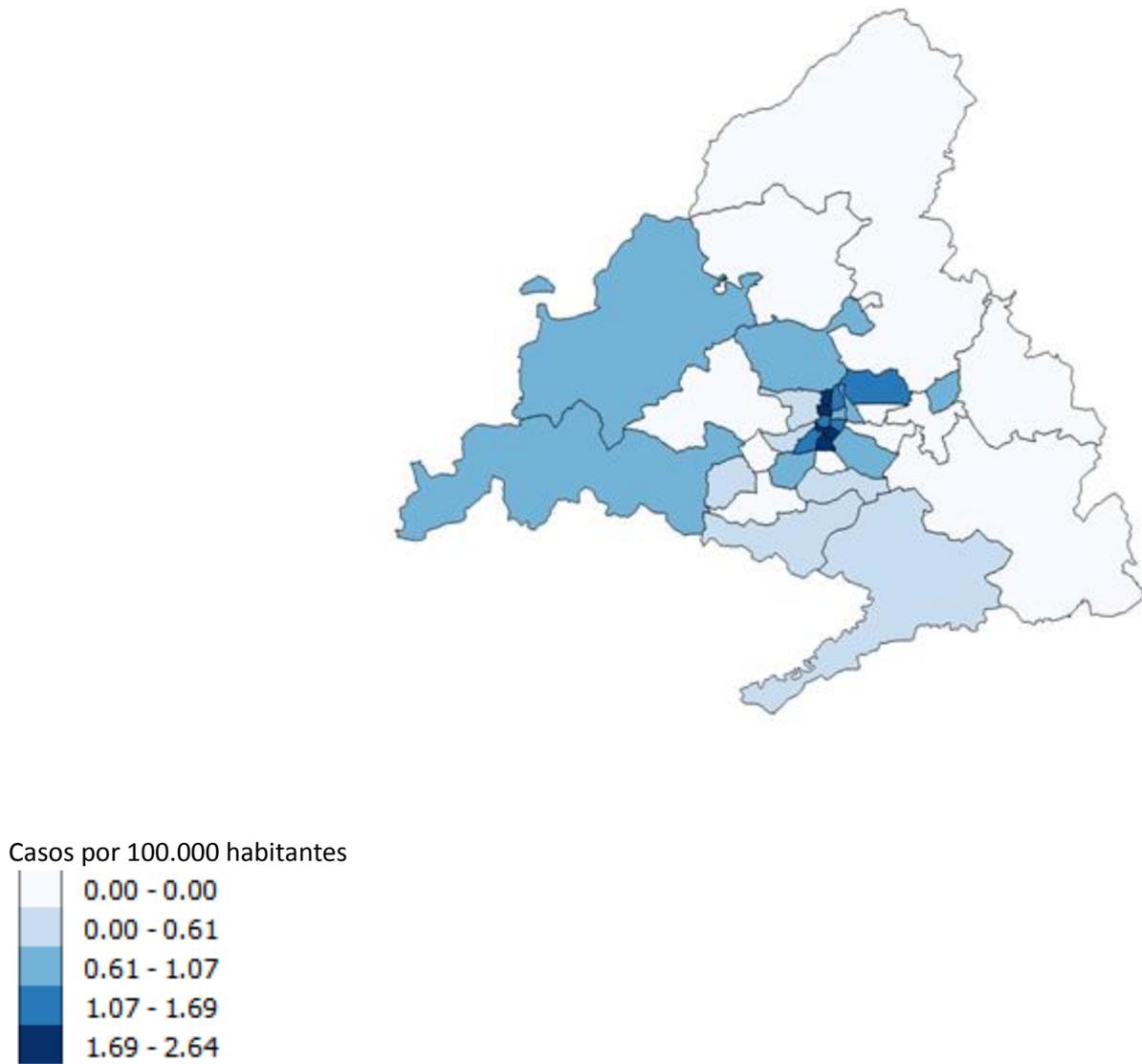


Gráfico 80. Tasas de incidencia de enfermedad por virus Chikungunya por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 18. Mapa con tasas de incidencia de enfermedad por virus de Chikungunya por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Enfermedad por virus de Zika

En el año 2016 se notificaron 105 casos de enfermedad por virus zika, lo que supone una tasa de incidencia de 1,62 casos por 100.000 habitantes. No se observa una estacionalidad clara aunque se notifican más casos durante los meses febrero y agosto (gráfico 81). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Leganés (4,81 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Arganzuela (3,95 casos por 100.000 habitantes) y Centro (3,07 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 84, mapa 19).

El 38% de los afectados eran varones. La edad media fue de 36 años con un rango comprendido entre los 2 y los 81 años. La mitad de los casos tenían entre 29 y 42 años (gráfico 82). El 37% habían nacido en España, el 60% en América Latina, el 1% en otros países de Europa y en el 2% restante no se pudo conocer el país de nacimiento (gráfico 83).

Se clasificaron como confirmados el 68% de los casos, como probables el 28% y como sospechosos el 5% restante.

En 104 casos se recogió el antecedente de viaje durante el periodo de incubación: el 96% a América Latina, el 2% a Asia y el 1% a África. El caso restante no realizó viajes durante el periodo de incubación y contrajo la enfermedad por virus zika tras mantener relaciones sexuales con su pareja habitual que también fue caso y había realizado recientemente un viaje a Brasil.

El 74% de los casos se notificaron desde Atención Especializada, el 8% desde Atención Primaria y el 18% desde otras fuentes. Destaca el Hospital Universitario La Paz y el Hospital Universitario Ramón y Cajal, habiendo notificado un 34% y un 11% de los casos respectivamente.

Gráfico 81. Nº de casos de enfermedad por virus Zika por mes de notificación. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

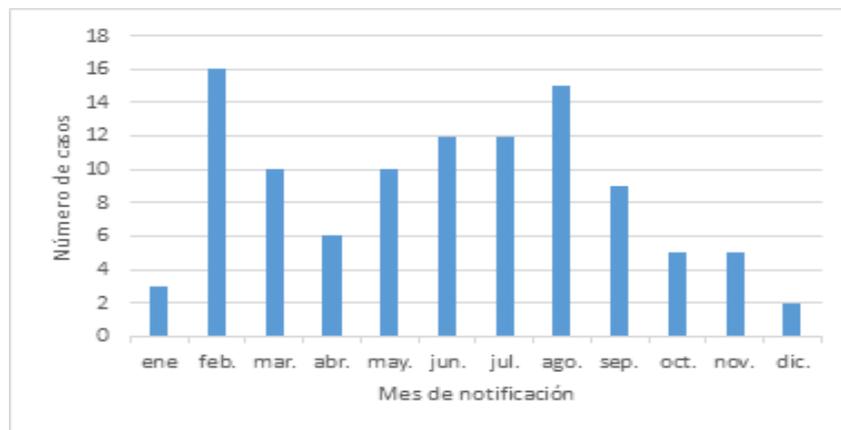


Gráfico 82. Nº de casos de enfermedad por virus Zika por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

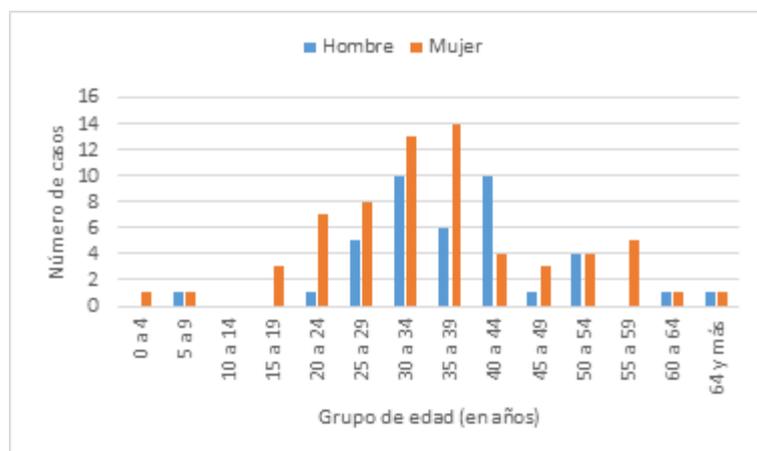


Gráfico 83. Nº de casos de enfermedad por virus Zika de españoles y nacidos fuera de España. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

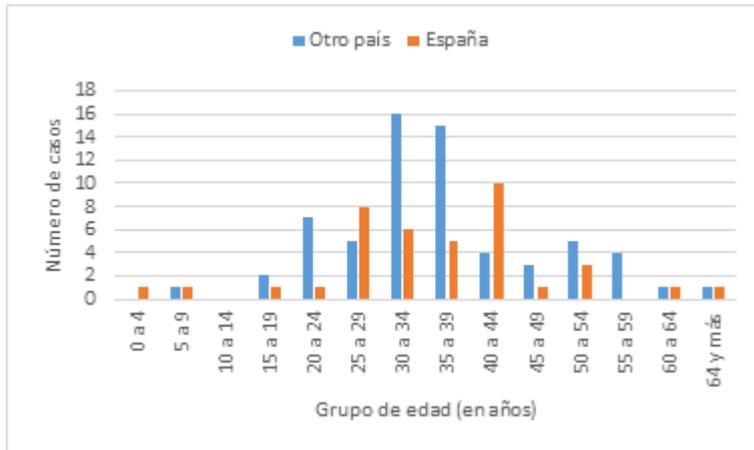
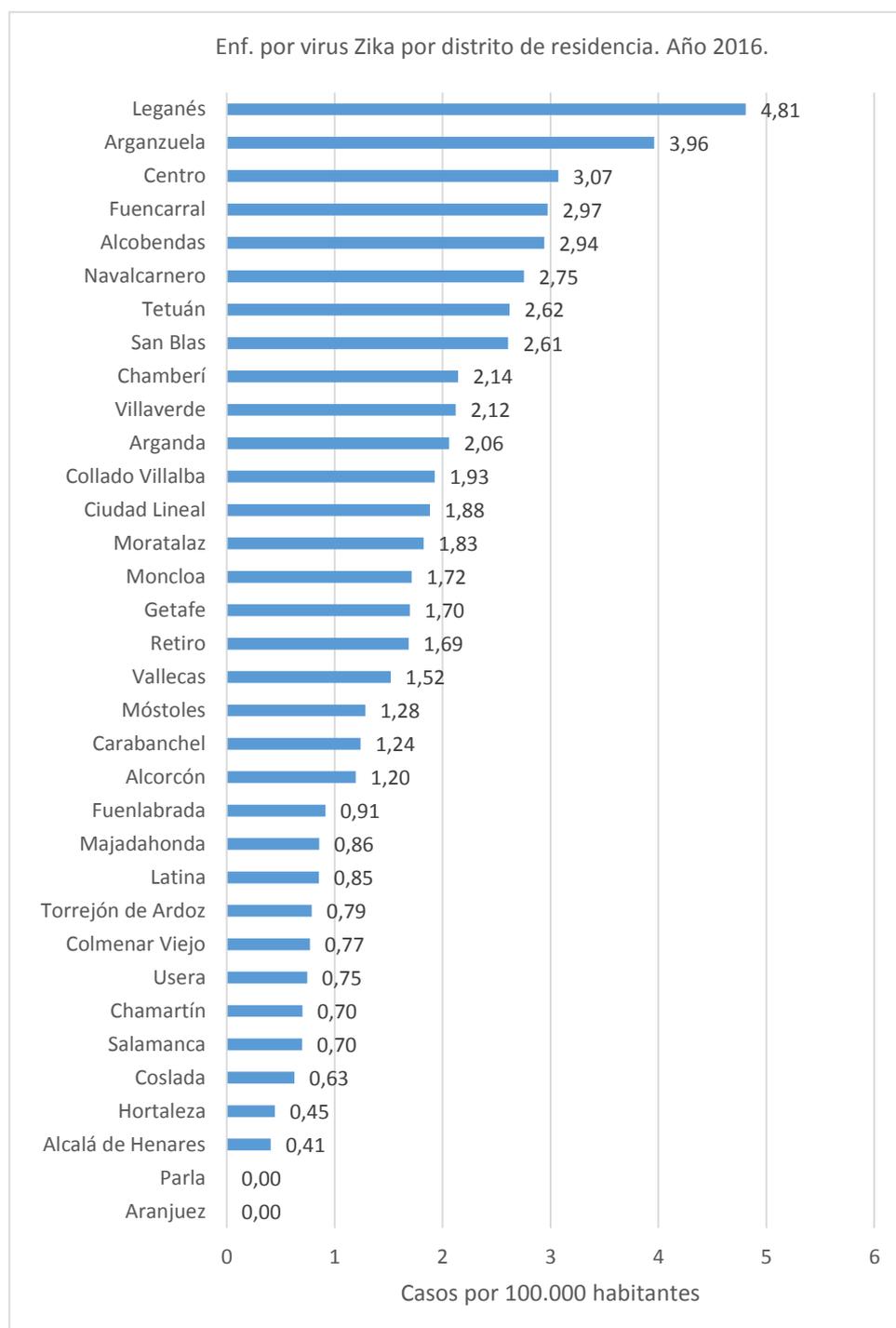
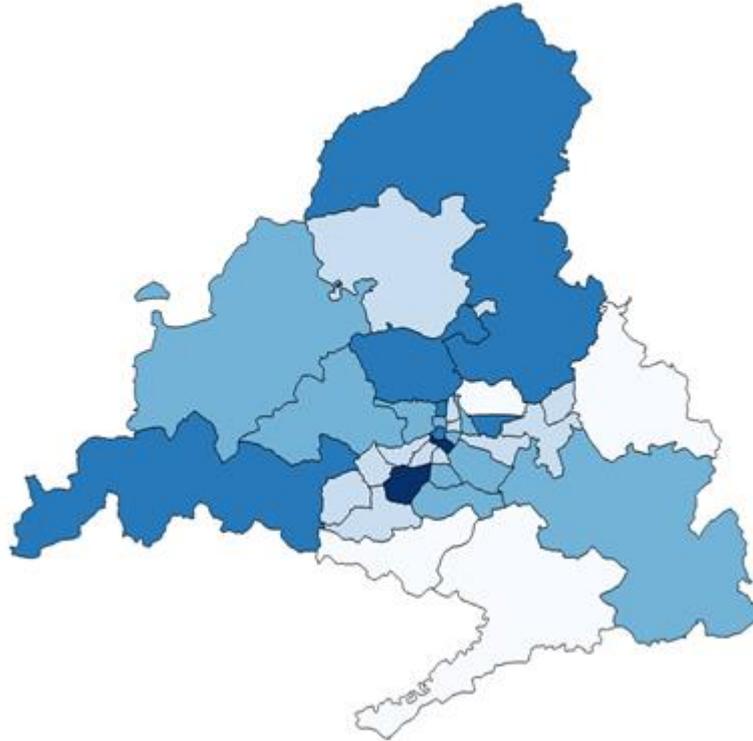


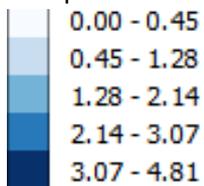
Gráfico 84. Tasas de incidencia de enfermedad por virus Zika por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 19. Mapa con tasas de incidencia de enfermedad por virus Zika por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Fiebre exantemática mediterránea

En el año 2016 se notificaron 24 casos de fiebre exantemática mediterránea, dos casos más que en el año 2015, con una tasa de incidencia acumulada de 0,37 casos por 100.000 habitantes.

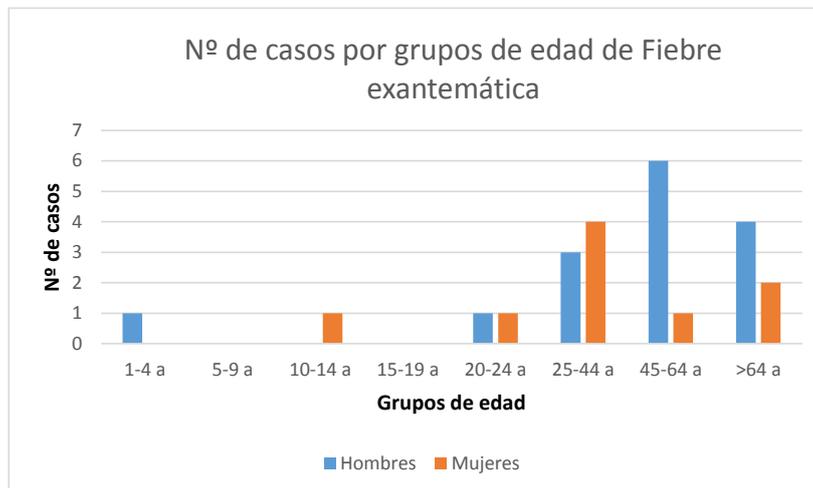
El 62,5% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 46,8 años, con un rango que oscilaba entre 4 y 74 años, siendo el 83,3% de los casos mayores de 25 años (gráfico 85). El 87,5% de los casos eran españoles.

El 83,3% de los casos se clasificaron como confirmados, el resto 16,7% (4 casos), se clasificaron como probables por haber presentado todos los casos antecedente de picadura de garrapata y en un caso viaje a país endémico (un cooperante).

El 75,0% de los casos fueron notificados por Atención Especializada, el 8,3% por Atención Primaria y el 16,7% por otros notificadores. Cabe destacar que el 62,5% de los casos fueron notificados por el Hospital Universitario La Paz.

El 41,6% tuvo que ser hospitalizado y de éstos el 70,0% eran mayores de 45 años, no hubo ningún fallecido.

Gráfico 85. Nº de casos de fiebre exantemática mediterránea por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Fiebre hemorrágica vírica (FHCC)

En el año 2016 se notificaron 2 casos de Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) relacionados entre sí, representando una tasa de incidencia acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes.

El primer caso fue un hombre que comenzó los síntomas el 16 agosto (fiebre elevada, diarrea, plaquetopenia e hipertransaminemia; ingresó el 18 y falleció el 25 de agosto tras desarrollar una insuficiencia hepática grave. Como antecedente de riesgo, el caso había encontrado una garrapata no adherida en una rodilla tras un paseo por el campo en la provincia de Ávila tres días antes. El segundo caso fue una enfermera que le atendió durante su estancia hospitalaria. Comenzó con síntomas similares el 27 de agosto, ingresó el día 29 y el día 31 fue trasladada a la Unidad de Aislamiento de Alto Nivel del Hospital La Paz – Carlos III. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta el 20 de septiembre tras la negativización de la PCR para virus de la FHCC en fluidos corporales.

Como medidas de vigilancia salud pública: se identificaron y clasificaron los contactos, se llevó a cabo la vigilancia diaria con controles de temperatura, se atendieron las demandas de consultas e incidencias y la elaboración de informes epidemiológicos de vigilancia de contactos.

Se recibió información de un total de 517 contactos, 374 de alto riesgo y 143 contactos de bajo riesgo. En 11 contactos no se dispuso de clasificación de la exposición por lo que se consideraron de alto riesgo y en 13 contactos del primer caso no se dispuso de fecha de última exposición por lo que consideró la fecha de fallecimiento como última exposición.

En el informe de “Medidas de control adoptadas tras la identificación de dos casos confirmados autóctonos de FHCC en la Comunidad de Madrid” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Mayo 2017. Volumen 23. Nº 5) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Fiebre recurrente transmitida por garrapatas

En el año 2016 se notificó un caso de fiebre recurrente transmitida por garrapatas, con una incidencia de 0,02 casos por 100.000 habitantes. Se trata de un hombre de 25 años,

Se confirmó *Borrelia burgdorferi*, por IgM positiva, tras ser atendido por urgencias el día posterior de llegar a España procedente del estado de Florida (EEUU). El comienzo de los síntomas fue diez días antes con fiebre y vómitos que se resolvieron comenzando unos días más tarde con fiebre y síntomas respiratorios. El paciente tiene como antecedente de riesgo infección por VIH.

Leishmaniasis

Durante el año 2016 se notificaron 72 casos de leishmaniasis, 7 casos menos que en 2015. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,11 casos por 100.000 habitantes. En el gráfico 86 se muestra la evolución de la leishmaniasis en la CM en el periodo 2007-2016 (no se incluyen datos del total de España ya que esta enfermedad no se ha vigilado a nivel nacional durante la totalidad de este período). Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia en 2016 fueron Fuenlabrada (6,40 casos por 100.000 habitantes), Getafe (3,96 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (3,54 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 87, mapa 20).

El 69,1% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 7 meses y 90 años, con una mediana de 56 años. El 14,7% estaban en edad pediátrica, siendo el 8,8% menor de 2 años. El 86,8% de los casos eran españoles, el 2,9% eran originarios de África Subsahariana y el 10,3% de otras procedencias.

El 35,3% de los casos tuvieron leishmaniasis cutánea y el 64,7% leishmaniasis visceral. En el 55,8% fue preciso el ingreso hospitalario.

Se clasificaron como confirmados el 97,1% y el 2,9% como probables. En el 82,3% de los casos el diagnóstico se realizó por demostración de la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, en el 20,6% mediante cultivo y en el 29,4% mediante serología.

El 38,2% de los casos presentaron algún factor de riesgo intrínseco. Los principales factores de riesgo encontrados fueron estar en tratamiento inmunosupresor (20,6%), la presencia de enfermedad inmunosupresora (27,9%), alcoholismo (5,9%), haber recibido una transfusión (7,3%), ser trasplantado (2,9%) y ser o haber sido consumidor de drogas por vía parenteral (2,9%).

En la investigación del entorno de los casos se encontraron los siguientes factores de riesgo: presencia de perros en 19 casos (27,9%), perros enfermos en 4 casos (5,9%), hábitats de mosquitos en 22 casos (32,3%) y explotaciones ganaderas en 1 casos (1,5%).

Se detectó un caso en un niño de dos años, diagnosticado de leishmaniasis cutánea diseminada. Se trata de un niño de padres marroquíes cuyo caso se asocia a los casos notificados en 2015 de sus dos hermanas, de 4 y 7 años, con diagnóstico de ambas de leishmaniasis cutánea importada. Los casos habían viajado a Marruecos en fechas compatibles con el periodo de incubación de la enfermedad. El niño necesitó ingreso hospitalario y fue clasificado como probable.

En 2016 continuó abierto el brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la CM. Se han realizado numerosas actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control de los reservorios y del vector, teniendo en cuenta el papel tan relevante jugado por los lagomorfos (conejos y liebres) como reservorios activos de la enfermedad.

De los 72 casos notificados en 2016, 23 (31,9%) se consideraron asociados a este brote. Desde el inicio del brote comunitario, en julio de 2009, hasta diciembre de 2016, se han notificado un total de 716 casos asociados al brote: 6 casos (0,8%) con inicio de síntomas en 2009, 97 casos (13,5%) en 2010, 197 casos (27,5%) en 2011, 160 casos (22,4%) en 2012, 92 casos (12,9%) en 2013, 95 casos (13,3%) en 2014, 46 casos (6,4%) en 2015 y 23 casos (3,2%) en 2016. Los casos residían en cuatro municipios colindantes de la zona suroeste de la CM: 549 casos en Fuenlabrada (76,7%), 81 casos en Leganés (11,3%), 72 casos en Getafe (10,1%) y 14 casos en Humanes de Madrid (1,9%).

El 59,5% eran hombres, la mediana de la edad era de 47 años, con un rango que oscilaba entre 2 meses y 95 años, y el 83,0% de los casos eran españoles.

El 38,1% de los casos presentaron una leishmaniasis visceral y el 61,9% una leishmaniasis cutánea. El 32,1% precisaron ingreso hospitalario.

El 94% de los casos se clasificaron confirmados y el 6% probables. En el 91,3% el diagnóstico se realizó mediante biopsia/aspirado, en el 6,0% mediante cultivo y en el 24,3% por serología.

En el 17,0% de los casos existía algún factor de riesgo intrínseco: 9,9% seguían un tratamiento inmunosupresor, 9,2% padecían enfermedad inmunosupresora, 3,5% alcoholismo, 0,4% eran o habían sido usuarios de drogas por vía parenteral, 1,8% habían recibido transfusión y 1,1% habían sido trasplantados.

En la investigación del entorno de los casos se encontró la presencia de perros en el 27,4% de casos, de perros enfermos en el 2,9% (independientemente del diagnóstico), hábitats de mosquitos en el 26,8%, de explotaciones ganaderas en el 2,8% y de escombreras en el 2,9%.

La investigación epidemiológica y ambiental del brote comunitario en la zona suroeste continúa abierta tras finalizar el año 2016.

Gráfico 86. Tasas de leishmaniasis. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.

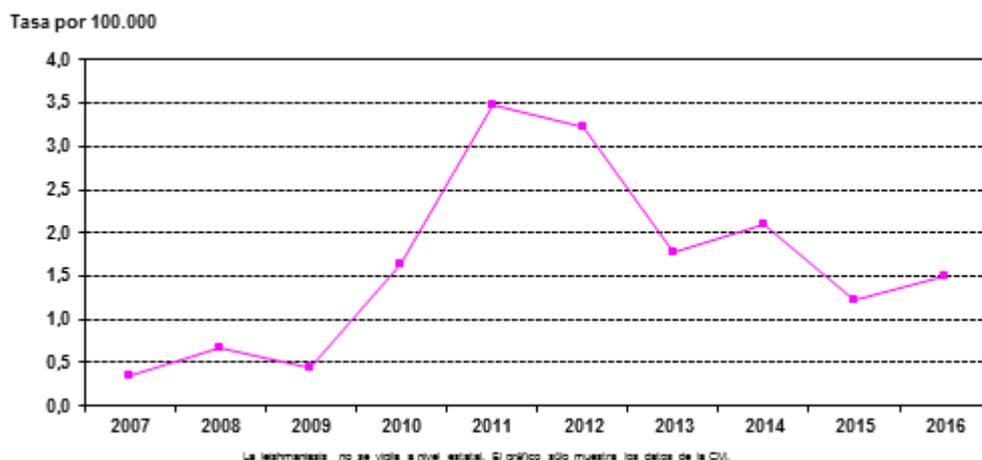
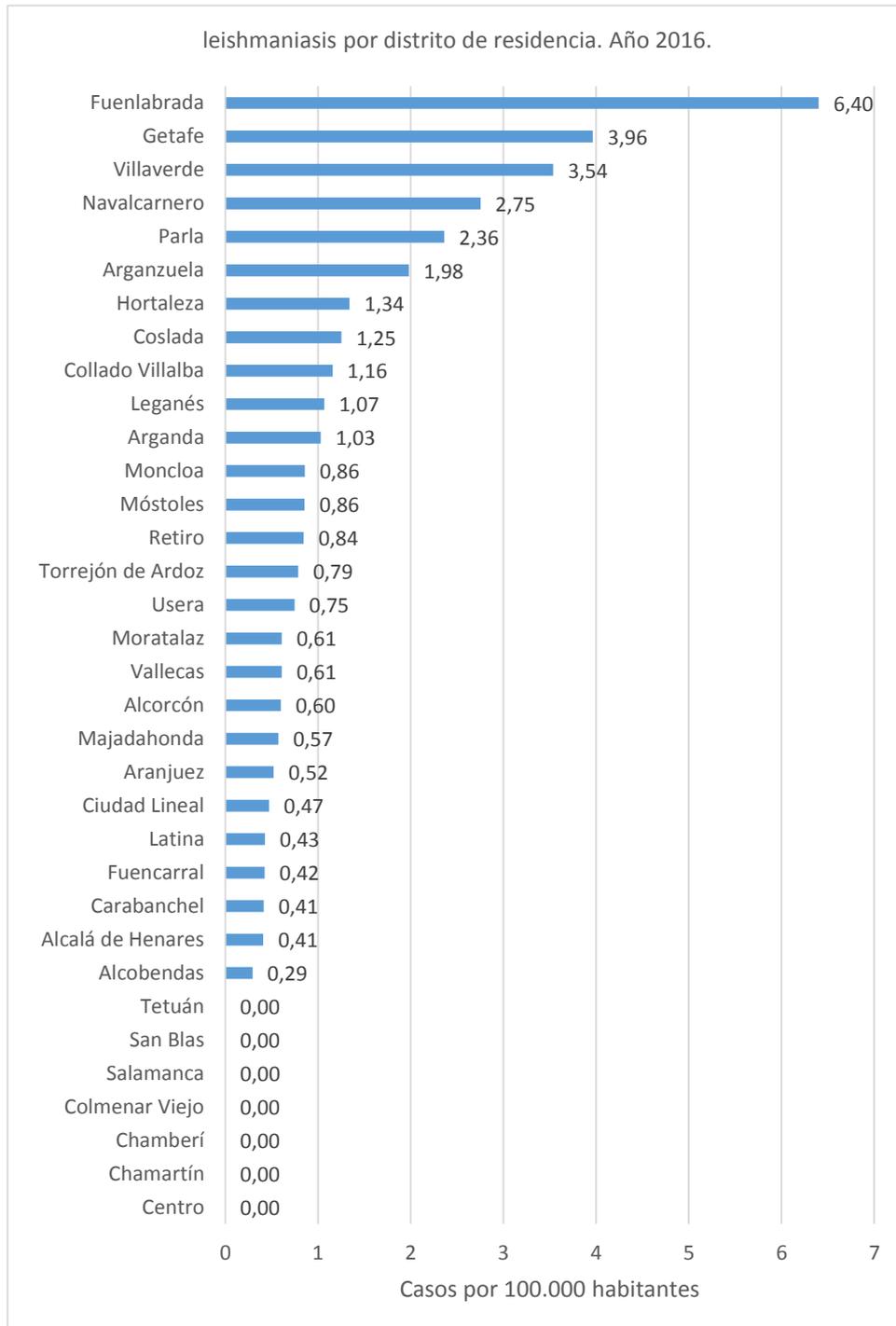
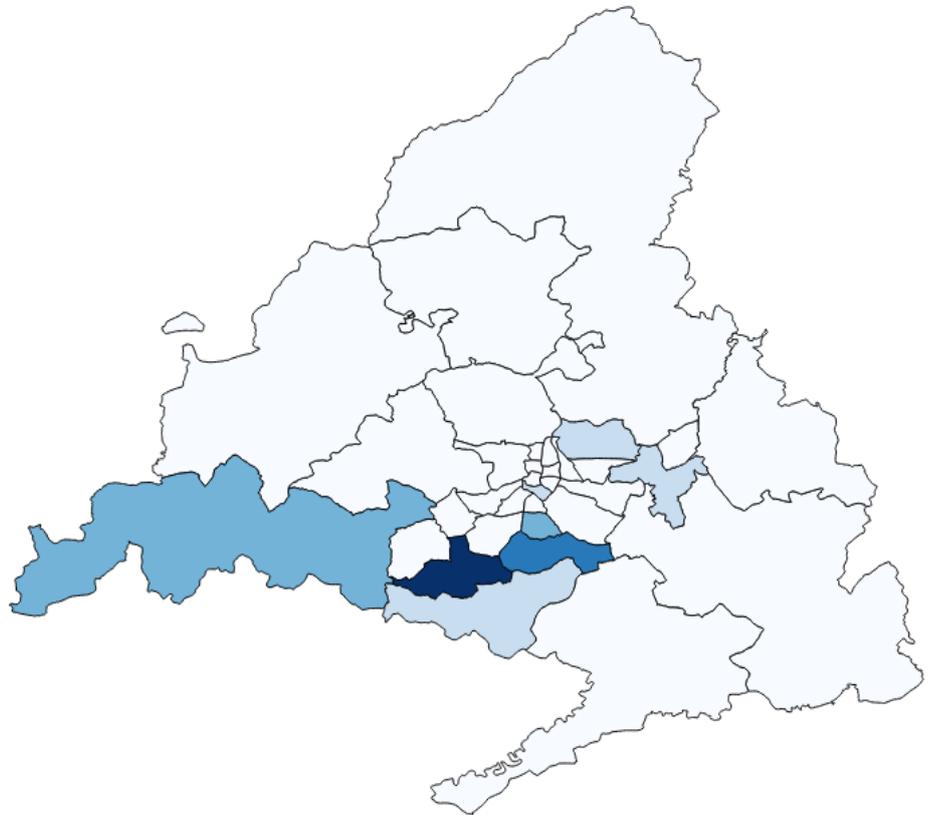


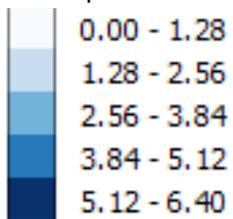
Gráfico 87. Tasas de incidencia de leishmaniasis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 20. Mapa con tasas de incidencia leishmaniasis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Paludismo

En el año 2016 se notificaron 145 casos de paludismo, 7 casos más que en 2015. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,24 casos por 100.000 habitantes (gráfico 88). En el gráfico 89 se presenta la distribución semanal de los casos desde enero de 2007 a diciembre de 2016. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Torrejón de Ardoz (12,60 casos por 100.000 habitantes, Fuenlabrada (9,60 casos por 100.000 habitantes) y Alcalá de Henares (5,58 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 91, mapa 21).

El 56,6% de los casos notificados (82) fueron hombres. El rango de edad osciló entre 1 y 76 años, con una media de 35,3 años. El 15,8% (23) se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 70,3% (102) en el grupo de edad de 25 a 64 años. En cuanto al país de origen, se dispone de esta información en el 98,6% de los casos (143), de los que el 24,4% (35) son españoles, el 64,3% (92) africanos (incluidos el 31,5% de casos (45) de Guinea Ecuatorial y el 21,0% (30) de Nigeria y 11,6% del resto de África, 2,1% (3) latinoamericanos, 6,3%(9) de otros países y el 2,1% (3) de otros países de Europa.

El 100% de los casos (145) se clasificaron como confirmados. En 7 casos (4,8%) no se identificó ningún agente pero sí se confirmó la enfermedad. Las especies aisladas fueron: *P. falciparum* en el 81,2% (112), infecciones mixtas en el 6,5% (9), *P. ovale* en el 5,1% (7), *P. vivax* en el 2,9% (4), *P. malariae* y *P. spp* en el 2,2% (3) respectivamente.

Todos los casos fueron importados. En el 89,6% de los casos (130) se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica, entre los motivos referidos destacan: en el 51,5% (67) la inmigración, en el 33,8% (44) la visita a sus países de origen, el 12,3% (16) había viajado a esas zonas por motivos de trabajo y el 2,3% (3) había realizado viajes de turismo.

En cuanto a la zona de adquisición de la enfermedad, constaba en todos los casos, siendo África (98,5%) y Guinea Ecuatorial (46,4%) el continente y país más frecuentemente registrados. Sólo en el 9,7% de los casos constaba la realización de profilaxis antipalúdica, siendo esta cifra ligeramente inferior que la registrada en el año 2015. En la tabla 15 se presenta la distribución del número de casos de paludismo según especie de *plasmodium* y área geográfica de adquisición de la enfermedad.

El 81,4% de las notificaciones provenían de atención especializada fundamentalmente de cinco centros: el 13,8% de los casos (20) fueron notificados por el Hospital La Paz, el 13,1% (19) por el Hospital Fuenlabrada, el 11,7% (17) por el Hospital Príncipe de Asturias, el 10,3% (15) por el Hospital de Torrejón de Ardoz y el 6,9% (10) por el Hospital Infanta Cristina.

Gráfico 88. Tasas de Paludismo. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2016.

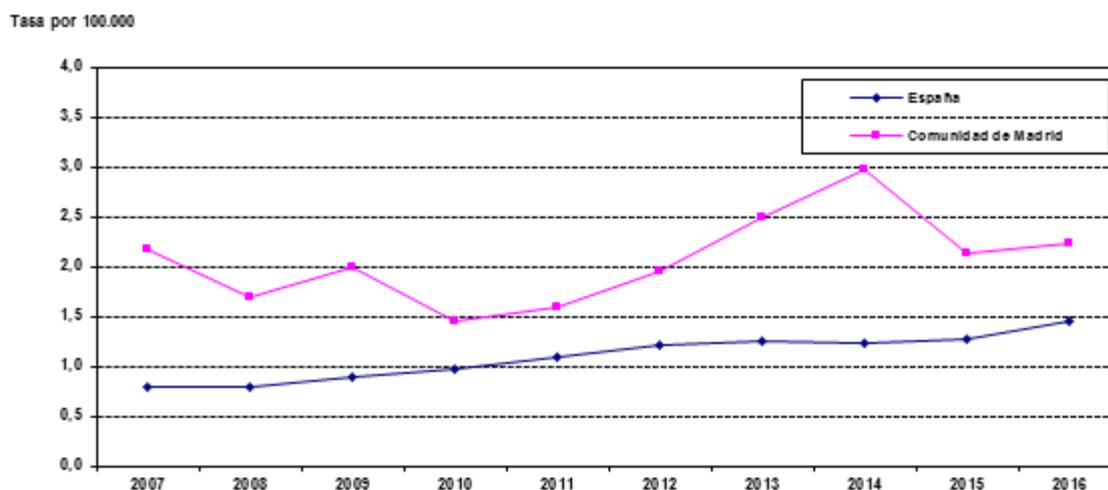
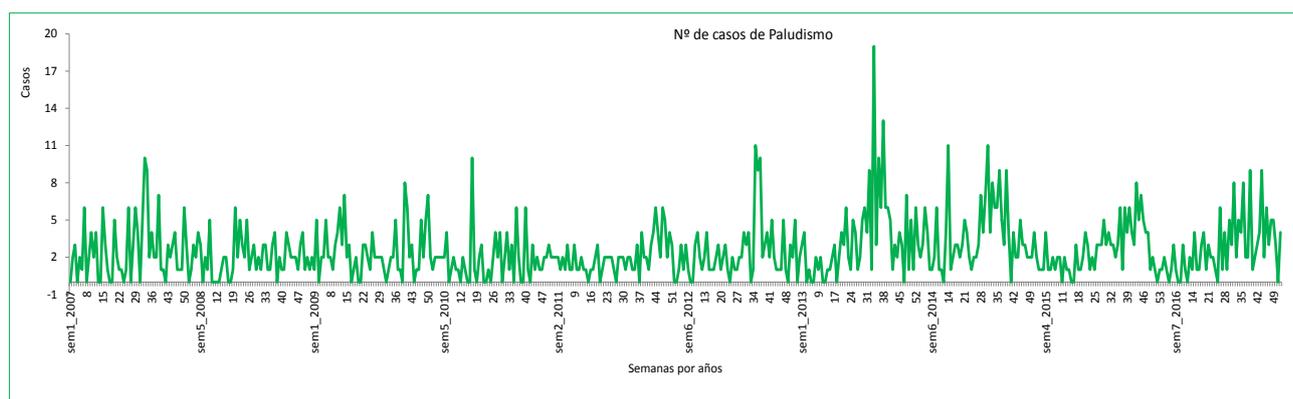


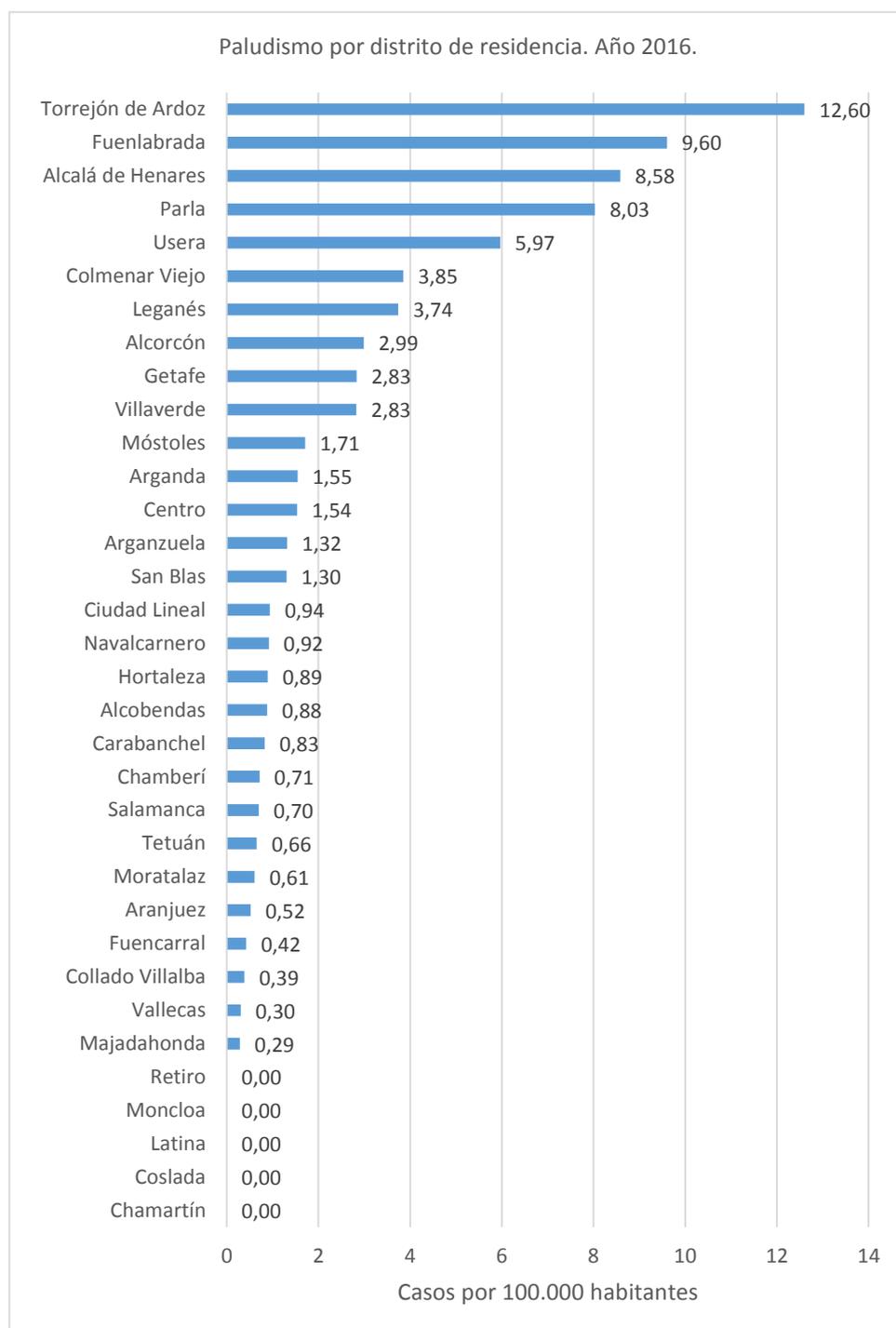
Gráfico 89. Casos de paludismo. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.

Tabla 15. Paludismo. Clasificación por especies de *plasmodium* y área geográfica de adquisición de la enfermedad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

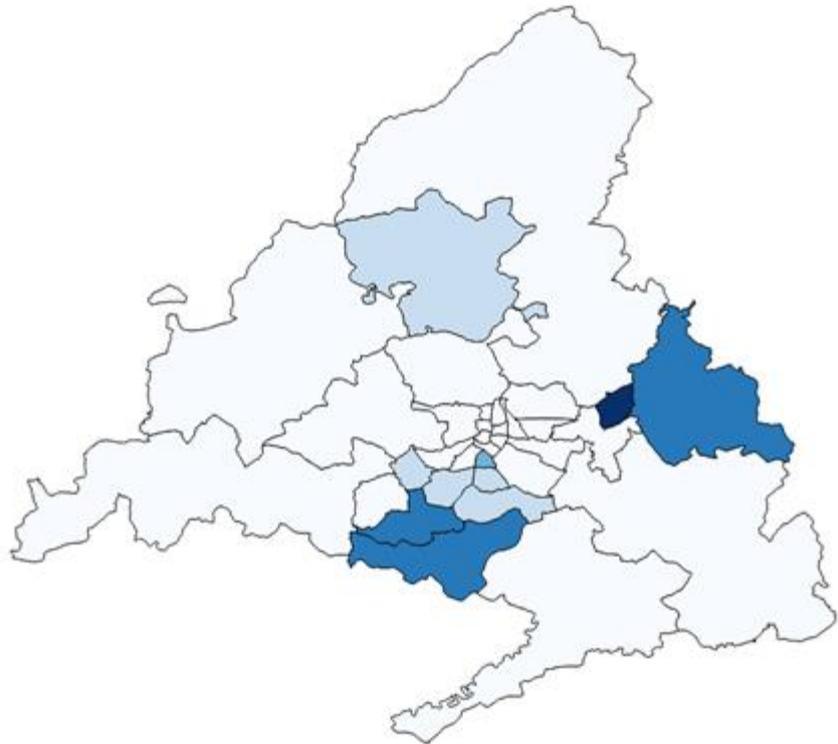
PLASMODIUM AISLADO	PAÍS/CONTINENTE DE CONTAGIO					TOTAL
	Guinea Ecuatorial	Nigeria	Otros países de África	América Latina	Otros países	
<i>P. falciparum</i>	33	25	45	1	8	112 (81,2%)
<i>P. malariae</i>	0	1	1	0	1	3 (2,2%)
<i>P. mixtas</i>	8	0	1	0	0	9 (6,5%)
<i>P. ovale</i>	2	0	4	0	1	7 (5,1%)
<i>P. spp</i>	0	2	1	0	0	3 (2,2%)
<i>P. vivax</i>	0	0	0	2	2	4 (2,9%)
TOTAL	43 (31,2%)	28 (20,3%)	17 (12,3%)	3 (2,2%)	12 (8,7%)	138 (100%)

Se dispone de información sobre la especie de *Plasmodium* aislada y el área geográfica de adquisición de la enfermedad en 138 casos (95,2%).

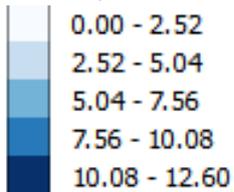
Gráfico 91. Tasas de incidencia de Paludismo por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 21. Mapa con tasas de incidencia Paludismo por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZONÓTICA

Brucelosis

En el año 2016 se notificaron 2 casos de brucelosis, 2 casos menos que en el 2015. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,03 casos por 100.000 habitantes.

Los afectados fueron dos mujeres españolas de 54 y 76 años.

Los dos casos se confirmaron, uno por aislamiento y otro por serología.

Los dos fueron casos esporádicos. En un caso tuvo antecedente de consumo de productos lácteos y contacto con ganado por su actividad laboral, el otro caso no se pudo establecer con certeza el origen del contagio.

Fiebre Q

En el año 2016 se notificaron 15 casos de fiebre Q, tres casos más que en 2015, con una tasa de incidencia acumulada de 0,23 casos por 100.000 habitantes.

El 86,7% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 58,0 años, con un rango que oscilaba entre 24 y 66 años, siendo el 80,0% de los casos mayores de 45 años. El 86,7% de los casos eran españoles.

El 86,7% de los casos se clasificaron como confirmados y el 13,3% como probables. El diagnóstico se realizó por serología en todos los casos confirmados y en un caso de los probables donde la serología en fase II no superó IgG 1/128, y en el otro probable por antecedente de contacto con animales de granja.

El 80,0% tuvo que ser hospitalizado, todos evolucionaron hacia la curación, un 33,3% presentó neumonía y 46,7% presentaron hepatitis como complicaciones más importantes.

En el 40,0% (6 casos) no se halló ninguna situación de riesgo relacionada con la adquisición de la infección. En el 20,0% (3 casos) la infección estaba relacionada con el trabajo: 2 manipuladores de animales y un trabajador de laboratorio que manipulaba muestras clínicas. El resto, 33,3% (5 casos) tenían antecedente de viajes a zonas con animales y 6,7% (un caso) era cazador que también había manipulado animales.

En el 60,0% de los casos fueron notificados por Atención Especializada y el resto otros notificadores.

Hidatidosis

En el año 2016 se notificaron 18 casos de hidatidosis, con una tasa de incidencia acumulada de 0,28 casos por 100.000 habitantes.

El 55,6% de los casos se presentaron en mujeres. La edad media fue de 58,6 años, con un rango que oscilaba entre 34 y 78 años. El 83,3% de los casos eran españoles.

Respecto a las formas clínicas el 88,9% fueron quistes hepáticos, el 44,4% quistes renales, el 94,4% fueron hospitalizados. Todos evolucionaron hacia la curación.

Leptospirosis

En 2016 se notificaron 4 casos de leptospirosis en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia acumulada de 0,06 casos por 100.000 habitantes.

Se trata de 4 casos de sexo masculino con edades comprendidas entre 30 y 66 años con una media de 48 años.

Todos fueron casos confirmados y todos requirieron ingreso hospitalario, un caso presentó ictericia y dos casos mialgias; no hubo ningún fallecimiento.

Respecto a las situaciones de riesgo asociadas a la exposición, únicamente se recogió en dos casos: en un caso se registró exposición laboral (trabajo en depuradora por contaminación de aguas residuales) y en otro caso contacto con animal sospechoso (jabalí).

Toxoplasmosis congénita

En 2016 se notificó un caso de toxoplasmosis congénita; tasa de incidencia acumulada de 0,02 casos por 100.000 habitantes.

Se trataba de una recién nacida española que se derivó a neonatología, diagnosticada durante el embarazo y al nacimiento presenta PCR positiva para *Toxoplasma*.

OTRAS MENINGITIS

Otras meningitis bacterianas

En el año 2016 se han notificado 43 casos de “otras meningitis bacterianas”, lo que supone una incidencia de 0,66 casos por 100.000 habitantes (gráfico 92). Se han registrado siete fallecimientos en este grupo de enfermedades, con una letalidad del 16,3% y una mortalidad del 0,11 por 100.000 habitantes. La incidencia por distritos se presenta en el gráfico 93 y en el mapa 22.

Como agentes causales, los patógenos identificados han sido *Staphylococcus epidermidis* (5 casos), *Streptococcus agalactiae* (4 casos), *Serratia marcescens* (3 casos), dos casos de los siguientes patógenos: *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus* y un caso de bacilos Gram (-), *Streptococcus parasanguinis*, *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Peptostreptococcus*, *Clostridium septicum*, *acinetobacter baumannii* y *Morganella morganii*.

El 55,8% fueron hombres. La media de edad de los casos fue de 38,5 años. La mayor incidencia se presenta en los menores de 1 año (9,46 casos por 100.000 habitantes), seguida por el grupo de 1 a 4 años (incidencia 1,87 casos por 100.000 habitantes). Se han presentado 11 casos en menores de 4 años (25,6%), 6 menores de 1 año (todos confirmados). Los patógenos identificados han sido: *Streptococcus agalactiae* (3 casos), *Serratia marcescens* (2 casos) y *Staphylococcus epidermidis* (2 casos).

El 81,40 % presentaban antecedentes patológicos.

Se han confirmado un 60,5% (26 casos), siendo el resto sospechosos/probables.

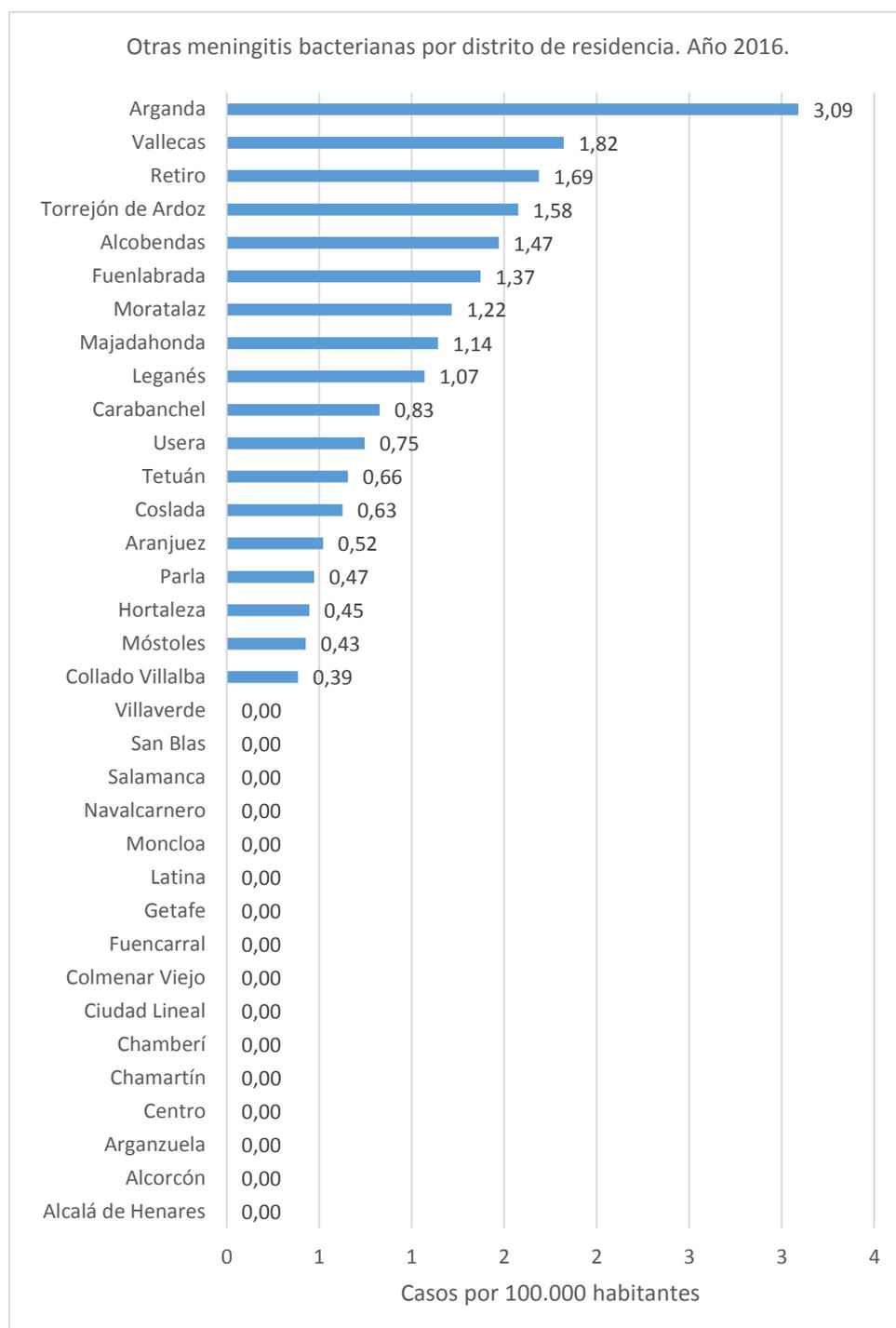
Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2016” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Agosto 2017. Volumen 23. Nº 8) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

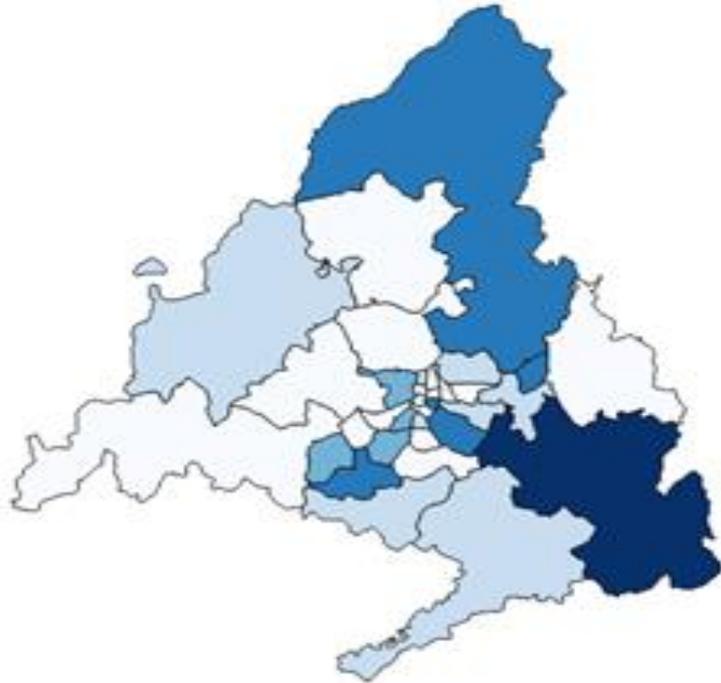
Gráfico 92. Tasas de Otras meningitis bacterianas. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.



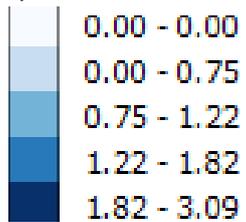
Gráfico 93. Tasas de incidencia de Otras meningitis bacterianas por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 22. Mapa con tasas de incidencia de Otras meningitis bacterianas por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



Meningitis víricas

En el año 2016 se registraron 221 casos de meningitis vírica (46 casos menos que el año anterior), lo que supone una incidencia de 3,42 casos por 100.000 habitantes (gráfico 94). Del total de casos, 90 fueron por enterovirus, incidencia 1,39 casos por 100.000 habitantes, todos evolucionaron hacia la curación. La incidencia por distritos se presenta en el gráfico 98 y en el mapa 23.

En la evolución temporal de los casos de meningitis vírica total y por enterovirus, se muestra en los gráficos 96 y 97, se observa un patrón temporal con predominio de primavera y comienzos del verano, con la mayor incidencia en las semanas 21- 27 (meses de junio y julio) en ambos casos.

El 37,1 % de los casos de meningitis vírica han sido sospechosos/probables, confirmándose el 62,9%.

Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (64,7%), virus Herpes Zoster (12,4%), virus Herpes simples (8,6%), virus herpes 6 (7,9%), virus Epstein y Barr (4,3%) y 0,7% de los siguientes virus: Virus *echo*, Virus Gripe B y *parechovirus*.

La meningitis vírica muestra un predominio masculino (61,1%), con una incidencia en varones de 4,36 casos por 100.000 y de 2,55 casos por 100.000 en mujeres, razón de tasas 1,71. En el caso de enterovirus también hay predominio masculino 70,0%, (razón de tasas 2,54).

La edad media de presentación de la enfermedad ha sido de 19 años. Mostrando predominio en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de menores de 1 año (59,91 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de menores de 1 a 4 años (22,79 casos por 100.000 habitantes). En el caso de enterovirus la media de edad es de 3 años, el grupo de mayor incidencia es el de menores de 1 año (47,29 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (11,58 casos por 100.000 habitantes) (tabla 16, gráfico 95).

Se conoce la evolución en el 100% de los casos. El 97,7% han evolucionado hacia la curación, un caso ha fallecido, letalidad 0,45% y mortalidad de 0,02 por 100.000 habitantes. Se trató de una mujer de 89 años en la que no se confirmó el agente etiológico. Cuatro casos tuvieron secuelas, tres mujeres de 6 meses, 9 años y 69 años y un hombre de 71 años. Las secuelas fueron: afasia sensitiva, ataxia y crisis disautonómicas (hiperactividad simpática paroxística). En los casos por enterovirus se conoce la evolución en el 100% de los casos, todos han evolucionado hacia la curación.

En el año 2016 se ha notificado 1 brote con 2 casos, por enterovirus, se trata de un niño y su padre.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2016” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Agosto 2017. Volumen 23. Nº 8) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Tabla 16. Tasas y casos de meningitis víricas y meningitis por enterovirus por grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid.

Grupos de edad	Meningitis víricas			Meningitis por enterovirus		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	38	17,19	59,91	30	33,33	47,29
1-4	61	27,60	22,79	31	34,44	11,58
5-9	24	10,86	6,73	14	15,56	3,93
10-14	6	2,71	1,83	2	2,22	0,61
15-19	3	1,36	1,01	0	0,00	0,00
20-24	3	1,36	0,95	0	0,00	0,00
25-44	55	24,89	2,75	12	13,33	0,60
45-64	17	7,69	0,98	1	1,11	0,06
>64	14	6,33	1,27	0	0,00	0,00
Total	221	100,00	3,42	90	100,00	1,39

Gráfico 94. Tasas de meningitis víricas. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.

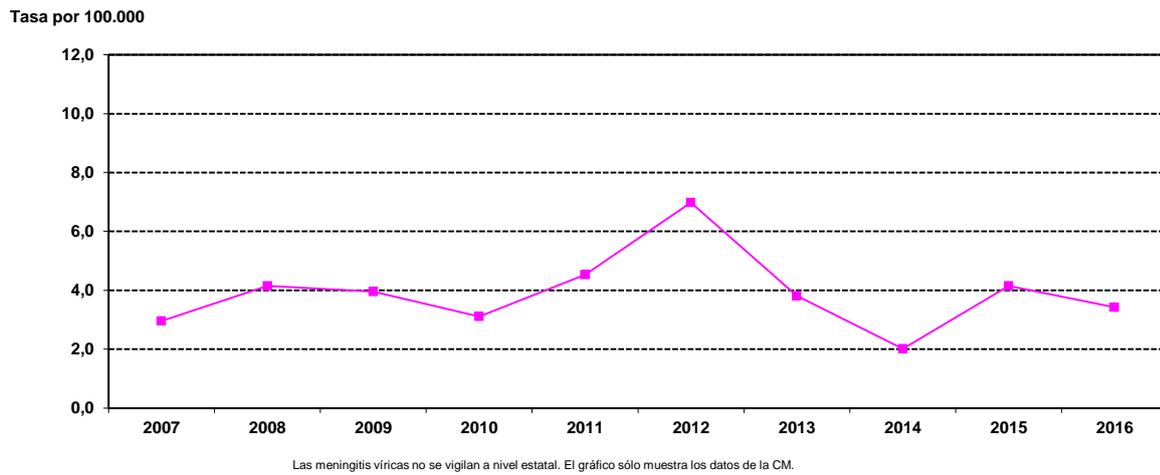


Gráfico 95. Tasas de meningitis víricas y meningitis por enterovirus por grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.

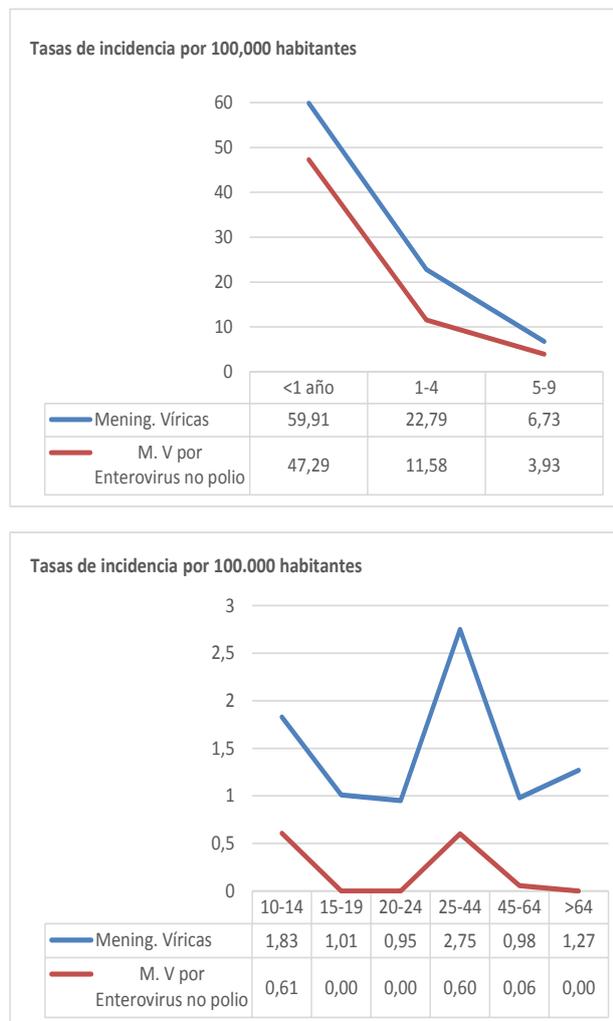


Gráfico 96. Casos de meningitis víricas notificadas por semanas. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2016.

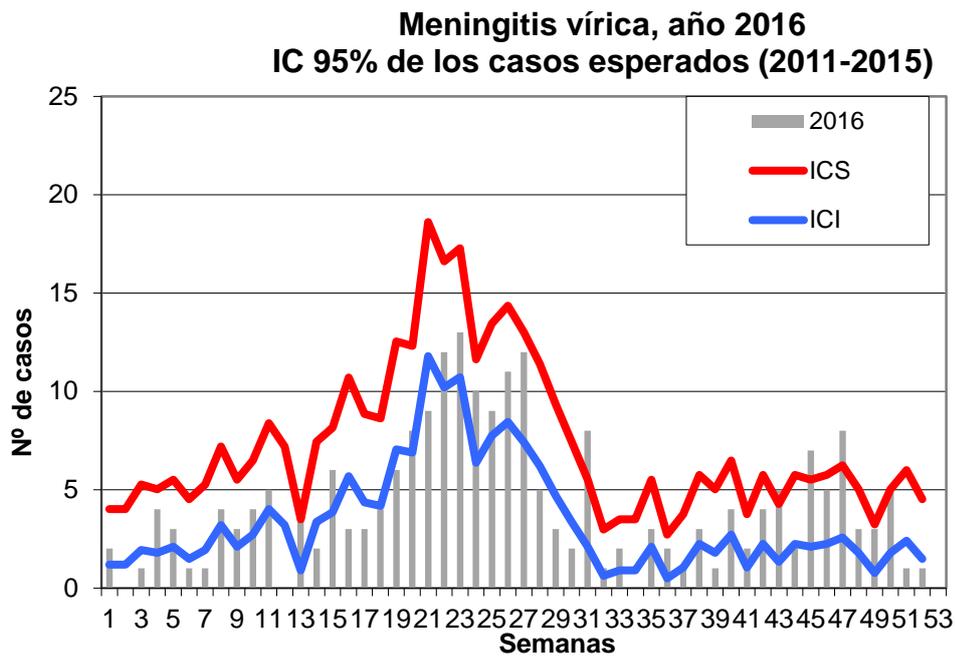


Gráfico 97. Casos de meningitis por enterovirus. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2016.

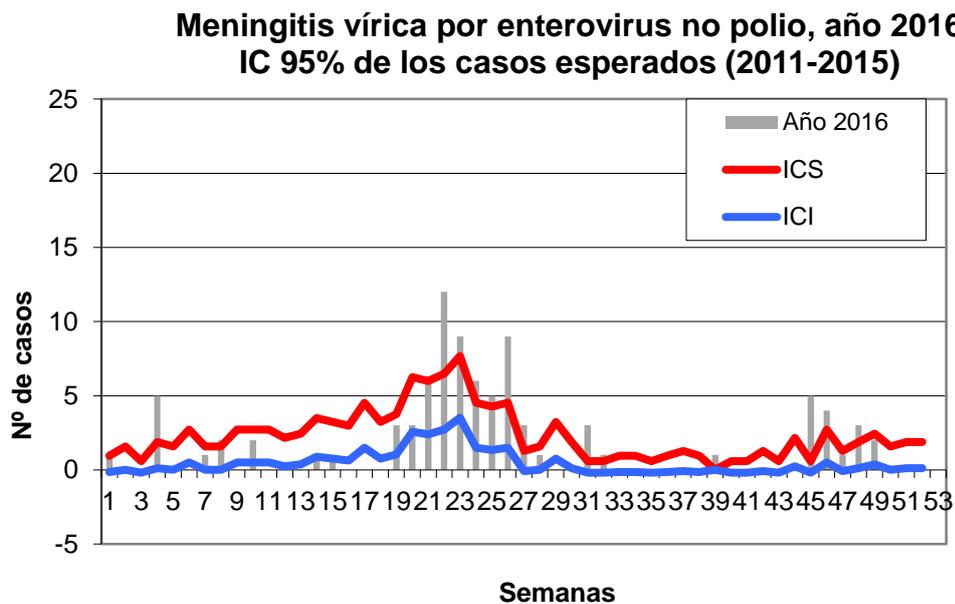
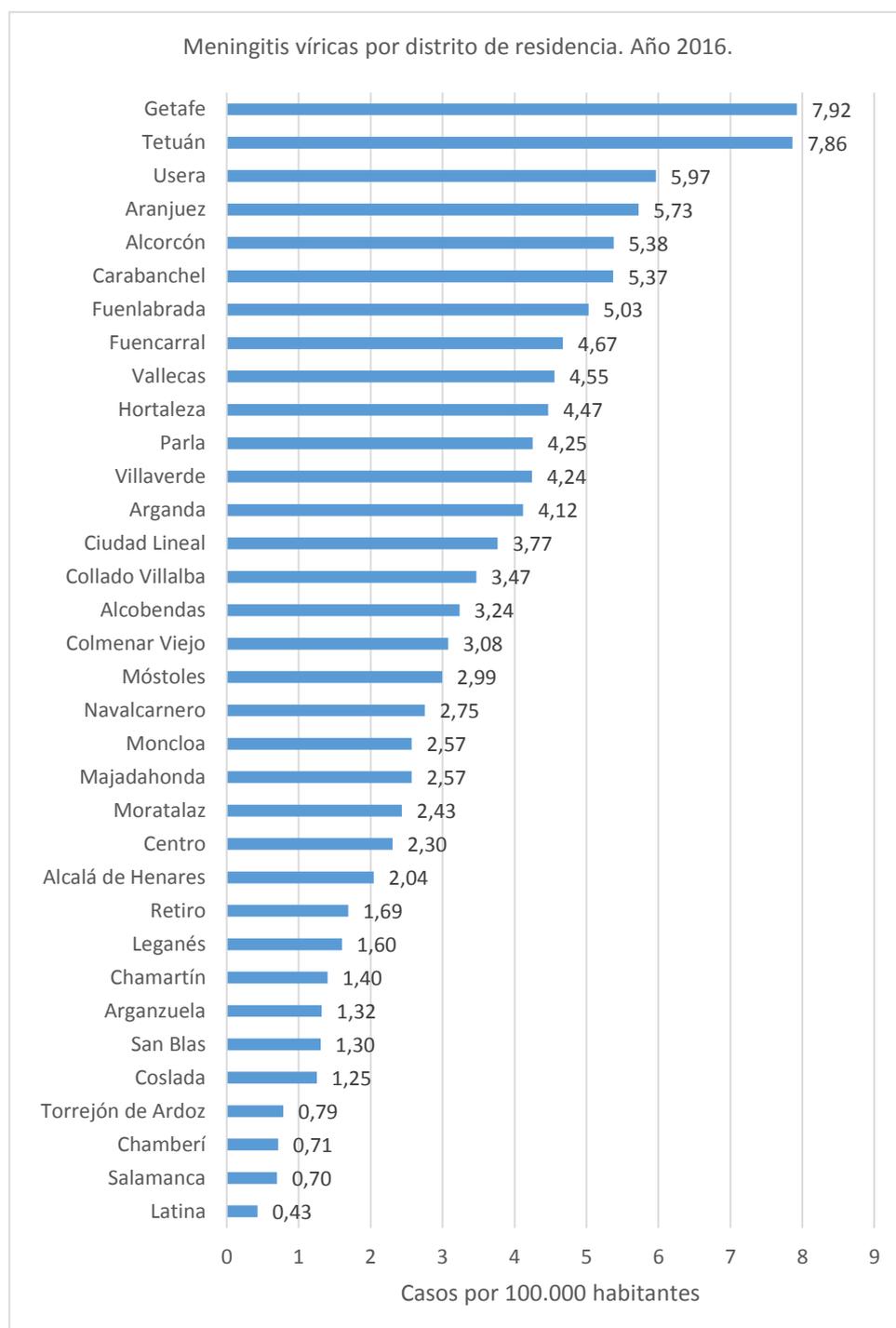
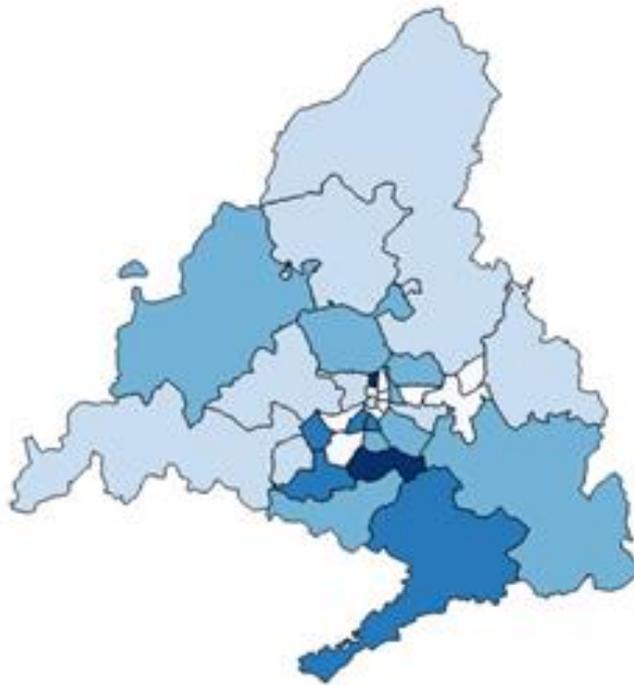


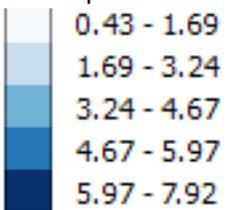
Gráfico 98. Tasas de incidencia de meningitis víricas por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Mapa 23. Mapa con tasas de incidencia de meningitis víricas por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2016.



Casos por 100.000 habitantes



ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES

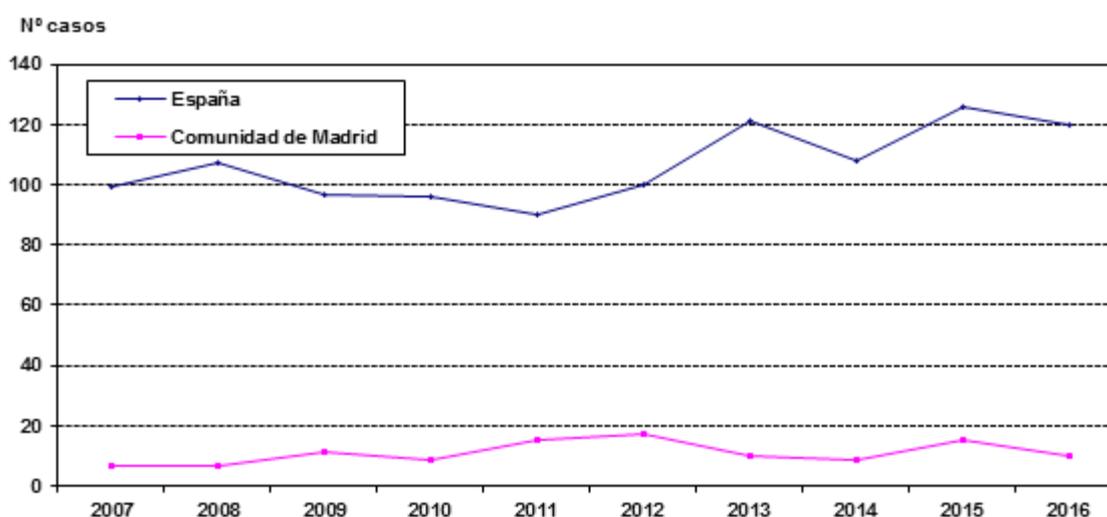
Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas

Se han notificado 10 casos de Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas con inicio de síntomas en 2016 en residentes en la Comunidad de Madrid, 5 menos que en 2015, lo que representa una incidencia de 0,15 casos por 100.000 habitantes (gráfico 99).

El 60% de los afectados eran hombres. La mediana de la edad de los casos fue de 65 años, con un rango que variaba entre 47 y 74 años.

El 100% de los casos se clasificaron como ECJ esporádico y, según los criterios diagnósticos: 6 de ellos se consideran confirmados, 3 probables y 1 posible.

Gráfico 99. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2007-2016.



ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

No se han notificado casos de: botulismo, síndrome respiratorio agudo grave, cólera, sífilis congénita, difteria, poliomielitis, rubéola congénita, tétanos, tétanos neonatal, encefalitis transmitidas por garrapatas, fiebre amarilla, fiebre del Nilo occidental, infección congénita por virus de Zika, carbunco, tularemia, peste y rabia.

COMENTARIOS

Las conclusiones del presente informe se plantean en dos apartados: en relación a la calidad del funcionamiento del sistema y a los resultados obtenidos de la vigilancia de las enfermedades notificadas en 2016.

CALIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

En 2016 participaron en el sistema 614 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,0 %). Se notificaron un total de 139.249 casos de EDO, de los cuales el 91,28% correspondía a EDO numéricas y el 8,72% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos.

Las variables epidemiológicas básicas relacionadas con los datos de persona (edad, sexo, lugar de residencia y país de origen) han tenido una cumplimentación óptima. En cuanto a otras variables de gran interés

epidemiológico, como la fecha de inicio de síntomas, ha sido del 98,3 %. La cumplimentación de la variable “tipo de diagnóstico” ha sido del 100 % (en el 2015 también de 100 %).

ENFERMEDADES NOTIFICADAS

Entre las **enfermedades de transmisión respiratoria** la incidencia de **gripe** ha registrado un descenso en el 2016 con respecto al 2015, siendo 30.262 casos menos que el año anterior, aunque ha aumentado la tasa de incidencia en un 43,77% respecto a la mediana del quinquenio anterior.

En 2016 disminuyó la incidencia de **legionelosis**, sigue siendo menor que la nacional (razón tasas de incidencia: 0,37). También ha disminuido la tasa de incidencia en un 32,79% con respecto a la del quinquenio anterior.

La tasa de incidencia de **tuberculosis** 2016 aumentó ligeramente, sigue siendo similar que la nacional (razón tasas de incidencia: 1,01). Sin embargo comparando fue 3,32% menor que la mediana del quinquenio anterior.

Entre las **enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica**, la incidencia de **hepatitis A** ha aumentado con respecto a los años anteriores, siendo un 201,71% mayor que la mediana del quinquenio anterior y mayor también que la tasa de incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,27). La incidencia de **fiebre tifoidea y paratifoidea** ha sido mayor que la de 2015, aunque no ha variado con respecto a la mediana del quinquenio anterior, y mayor que la del nivel nacional (razón tasas de incidencia: 1,22). La incidencia de **shigelosis** ha sido menor que la de 2015, sin embargo comparando fue 133,33% mayor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la nacional (razón tasas de incidencia: 1,11).

En el **grupo de enfermedades prevenibles por vacunación** en 2016 la incidencia de **enfermedad meningocócica** ha disminuido con respecto a 2015, fue 50,00% menor que la del quinquenio anterior, y menor que la nacional (razón tasas de incidencias: 0,54). Se registraron 23 casos, todos ellos confirmados. Por serogrupo B siete casos, por el C cuatro, por el Y tres y por el serogrupo W dos casos.

La **enfermedad neumocócica invasora** ha presentado una tasa de incidencia inferior a la registrada en 2015, sin embargo ha aumentado un 26,48% con respecto a la mediana del quinquenio anterior.

En la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* se ha observado un aumento de tasas con respecto al 2015, y el porcentaje de variación con respecto a la mediana del quinquenio anterior ha sido de un 73,08%.

La **parálisis flácida aguda** presentó una tasa de incidencia mayor que la de 2015, un 56,52% mayor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la nacional (razón tasa de incidencia: 1,86).

La **parotiditis** ha presentado una incidencia mayor que en 2015, un 15,18% mayor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la tasa de incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,21).

En el **sarampión**, se ha pasado de 5 casos en 2015 a 10 casos en 2016. La tasa de incidencia fue un 75,22% mayor que la mediana del quinquenio anterior, pero menor que la tasa de incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,54).

La incidencia de **tosferina** ha sido menor que en 2015, aunque un 64,21 % mayor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,81).

En 2016 la incidencia de **varicela** aumentó con respecto a 2015, fue 70,07% mayor que la del quinquenio anterior y menor que la tasa de incidencia nivel nacional (razón tasas de incidencias: 0,46).

La incidencia de **hepatitis B** ha sido menor que la de 2015, un 48,70 % menor que la mediana del quinquenio anterior y similar que la tasa de incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,00). La incidencia de **hepatitis C** ha sido ligeramente inferior a la correspondiente a 2015.

La tasa de incidencia de la **infección gonocócica** se mantiene en niveles elevados, con un valor superior al de 2015, y un 73,91 % mayor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la tasa de incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,70).

Entre las **enfermedades transmitidas por vectores** todos los casos que se notificaron de **dengue**, **Enfermedad por virus Chikungunya**, **fiebre recurrente transmitida por garrapatas** y **paludismo** fueron importados. Los casos de **Enfermedad por virus Zika** fueron también importados salvo uno que no realizó viajes durante el periodo de incubación y contrajo la enfermedad tras mantener relaciones sexuales con su pareja habitual que fue caso y había realizado recientemente un viaje a Brasil.

Respecto a la **fiebre hemorrágica de Crimea-Congo**, se registraron por primera vez en la Comunidad de Madrid 2 casos de esta enfermedad relacionados entre sí. El primero fue un hombre que como antecedente de riesgo, había encontrado una garrapata no adherida en una rodilla tras un paseo por el campo en la provincia de Ávila tres días antes del inicio del proceso. El segundo caso fue una enfermera que le atendió durante su estancia hospitalaria.

La incidencia de **leishmaniasis** fue menor que la correspondiente a 2015 y un 46,89% menor que la mediana del quinquenio anterior, en 2016 continuó abierto el brote comunitario de la zona suroeste frente al que se han realizado numerosas actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control de los reservorios y del vector, teniendo en cuenta el papel relevante jugado por los lagomorfos (conejos y liebres) como reservorios activos de la enfermedad.

Entre las **antropozoonosis** se han notificado 2 casos de **brucelosis**, 4 en 2015, la incidencia es menor que la nacional (razón tasas de incidencia: 0,50).

Las **encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas** presentan una tasa de incidencia menor que la de 2015, un 25,00 % menor que la del quinquenio anterior e igual que la del nivel nacional (razón tasas de incidencia: 1,00).

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



INFORME:

PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**Informe epidemiológico.
Período 2015-2017.**

INDICE

Resumen	124
1. Introducción	125
2. Objetivo	127
3. Metodología.....	127
4. Resultados.....	128
4.1. Sarampión.....	128
4.2. Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita	129
4.3. Indicadores de evaluación	130
5. Discusión.....	132
6. Bibliografía.....	132

RESUMEN

Antecedentes: La eliminación del sarampión se ha alcanzado en 33 países y la de la rubéola en otros 33. Entre los países que alcanzaron la eliminación del sarampión en 2016 se encuentra España. La OMS recuerda que los objetivos alcanzados están directamente vinculados con el mantenimiento de altas coberturas vacunales.

Metodología: la estrategia de vigilancia y control del sarampión y la rubéola está recogida en el Documento Técnico del Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en la CM.

Resultados.

Sarampión: en el período 2015-2017 se notificaron 45 casos sospechosos de sarampión de los que 11 se confirmaron por laboratorio y 5 se clasificaron como probables. De los 16 casos confirmados y probables, en 3 no se identificó el origen, 9 fueron secundarios a un caso importado y 4 fueron importados. Ningún caso presentó vacunación documentada. El 62,5% de los casos confirmados y probables estaban asociados a 2 brotes, uno familiar que afectó a 3 hermanos no vacunados de 15 meses a 5 años y otro en una escuela infantil que afectó a 7 niños no vacunados de 7 a 12 meses de edad. En el primero, el caso índice era importado (procedente de la India) y en el segundo estaba vinculado a un brote de otra Comunidad Autónoma cuyo caso índice era importado (procedente de Reino Unido). Los virus identificados estaban circulando en el lugar de viaje de los casos índice de ambos brotes.

Rubéola: se notificaron 13 casos sospechosos, de los que 4 se confirmaron por laboratorio. De los casos confirmados, 1 era de origen desconocido, 1 era secundario a un caso importado y 2 eran importados. Uno de los casos era una mujer en edad fértil y los otros 3 eran hombres adultos, 2 de ellos adultos jóvenes. Ninguno de los casos estaba vacunado. No se identificó ningún caso de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).

Indicadores de evaluación: el 38,2% de los casos fueron notificados después de los 3 primeros días del inicio del exantema y que en el 22,4% no se recogieron muestras de suero ni de exudado en los tiempos recomendados. La devolución de los resultados serológicos tuvo lugar después del tercer día de la toma en el 46,9% de los casos.

Discusión: en el período 2015-2017 se ha mantenido la eliminación de los virus del sarampión y de la rubéola. Se han producido 2 brotes de sarampión con 3 y 7 casos asociados en población infantil no vacunada. La escasa magnitud de estos brotes es un indicador de que la susceptibilidad de la población permanece por debajo del umbral epidémico. El estudio epidemiológico y microbiológico confirmó que ambos brotes comenzaron a partir de casos importados. La aparición de un caso confirmado de rubéola en una mujer no vacunada en edad fértil nacida fuera de España debe servir de recordatorio de la importancia de la vacunación para evitar la aparición de casos de SRC. El origen fue desconocido en el 22,2% de los casos confirmados o probables de sarampión y rubéola. Es esencial una adecuada investigación epidemiológica y microbiológica de todos los casos, que permita diagnosticarlos precozmente y conocer su origen. Asimismo, la devolución rápida de los resultados debe permitir la adopción precoz de las medidas de control. Medir y mantener la calidad del sistema de vigilancia es un requisito para certificar la eliminación en una región.

1. INTRODUCCIÓN

El **sarampión** es una enfermedad grave y una de las más contagiosas. Antes de la introducción de la vacuna en 1963, ocurrían grandes epidemias cada 2-3 años y se estima que se producían 30 millones de casos y más de 2 millones de muertes en el mundo¹. Por otra parte, la **rubéola** puede causar el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) hasta en el 90% de los hijos de madres infectadas en las primeras 10 semanas del embarazo². Antes de la introducción de la vacuna, la incidencia del SRC oscilaba entre 0,1 y 0,2 casos por cada 1000 nacidos vivos durante los períodos endémicos y entre 0,8 y 4 en los períodos epidémicos³. Ambas enfermedades cumplen los **requisitos para la eliminación**: el hombre es el único reservorio de los virus, los virus apenas sobreviven en el medio ambiente, existen técnicas diagnósticas con suficiente sensibilidad y especificidad y se dispone de una vacuna efectiva, barata y con capacidad de inducir una inmunidad duradera.

La medida más efectiva para prevenir la transmisión de los virus del sarampión y rubéola es la **vacuna triple vírica**. La efectividad mediana frente al sarampión de una dosis es del 84% si se administra entre los 9 y los 11 meses y del 92,5% si se administra a partir de los 12 meses¹. Hay que tener en cuenta que el nivel de inmunidad poblacional necesario para interrumpir la transmisión del virus del sarampión es el más alto de todas las enfermedades inmunoprevenibles (89-94%) debido a su elevada transmisibilidad⁴. Por ello está indicada la vacunación con una segunda dosis, que es capaz de inducir inmunidad protectora aproximadamente al 95% de los niños que no responden a la primera. En relación con la rubéola, los ensayos clínicos han demostrado que entre el 95 y el 100% de las personas susceptibles de 12 meses o más desarrollan anticuerpos tras una sola dosis³. La concentración de anticuerpos frente a ambos virus decae con el tiempo hasta alcanzar niveles indetectables, pero la memoria inmunológica persiste, por lo que los fallos secundarios no parece que jueguen un papel importante en la transmisión.

La vacunación con triple vírica se introdujo en el calendario vacunal español en 1981, aunque no se alcanzaron altas coberturas vacunales hasta 1984-85. La vacuna frente a la rubéola ya se había comenzado a administrar en España a finales de los 70 y principios de los 80 mediante campañas escolares de vacunación dirigidas a niñas de 11 años. Desde noviembre de 1996 el calendario vacunal incluye dos dosis de vacuna triple vírica. En noviembre de 1996 se introdujo una segunda dosis a los 11 años y en noviembre de 1999 se adelantó esta dosis a los 4 años de edad, manteniendo transitoriamente la de los 11 años para niños no vacunados a los 4 años. Desde el 1 de junio de 2011 la primera dosis de vacuna se administra a los 12 meses de edad. Por otra parte, la presencia de altos niveles de inmunidad frente a sarampión y rubéola en la población de la CM se ha constatado a través de Encuestas de Serovigilancia⁵.

La **eliminación** del sarampión y la rubéola en un área geográfica puede ser verificada cuando la interrupción de la transmisión endémica del virus (al menos 12 meses) se mantiene de manera sostenida durante 36 meses. Si la transmisión endémica ha sido eliminada de una población, todos los casos que aparezcan deben estar relacionados con un caso importado. La aparición de casos importados en una población cuya susceptibilidad permanece por debajo del umbral epidémico puede producir brotes epidémicos, pero no puede dar lugar al restablecimiento de la transmisión endémica^{6 7 8}.

El **progreso hacia la eliminación** puede ser valorado de manera general mediante indicadores de **cobertura vacunal** y de **incidencia de la enfermedad**⁹. La OMS propone varias estrategias:

- **En relación con la cobertura vacunal:** para alcanzar y mantener una cobertura vacunal $\geq 95\%$ (2 dosis frente al sarampión y 1 frente a rubéola) es necesario proporcionar oportunidades de vacunación a los grupos de alto riesgo y mejorar la disponibilidad de información sobre los beneficios y riesgos de la vacunación dirigida a los profesionales sanitarios y a la población general.
- **En relación con la incidencia de la enfermedad:** es necesario reforzar los sistemas de vigilancia, que deben permitir la investigación de todos los casos esporádicos y brotes, así como monitorizar la incidencia y la circulación del virus. La evaluación de los sistemas de vigilancia es fundamental para garantizar la validez de los datos epidemiológicos. La OMS ha establecido indicadores para valorar la sensibilidad, oportunidad en la investigación, diagnóstico de laboratorio e investigación de brotes⁹.

La eliminación del sarampión y la rubéola ha sido abordada en la Región Europea de la OMS a través de sucesivos **planes estratégicos**:

- **Plan Estratégico de eliminación del sarampión (1998)**: establecía como objetivo eliminar el sarampión autóctono de la región para el año 2007¹⁰.
- **Plan Estratégico de eliminación del sarampión y control del SRC (2002)**: retrasa la eliminación del sarampión al año 2010 e incorpora el objetivo de reducir la incidencia del SRC a menos de 1 caso por 100.000 nacidos vivos para el año 20107.
- **Plan Estratégico 2005-2010 para la eliminación del sarampión y la rubéola y la prevención de la infección por rubéola congénita (2005)**: incluye la eliminación de la rubéola endémica para el año 20108.
- **Renovación del compromiso de eliminación del sarampión y rubéola y prevención del SRC (2010)**: renueva el compromiso para el año 2015¹¹.

En España el **Plan Nacional de Eliminación del Sarampión** se estableció en el año 2001^{12 13 14 15} y el **Protocolo de Vigilancia de la Rubéola y del SRC en la fase de eliminación** se aprobó en 2008¹⁶. La Comunidad de Madrid puso en marcha el **Plan de Eliminación del Sarampión** en 2001^{17 18}, año en que pasó a ser una enfermedad de declaración urgente¹⁹. En 2013 se actualizó el documento del Plan y se incluyó la rubéola y el SRC²⁰.

En el año 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el **Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020**. Entre sus metas establece eliminar el sarampión como mínimo en 4 de las 6 regiones de la OMS y la rubéola y el SRC como mínimo en 2 antes de 2015 y eliminar el sarampión y la rubéola como mínimo en 5 regiones antes de 2020²¹. La región de las Américas es la primera que ha verificado la eliminación de la rubéola (2015) y del sarampión (2016).

La **Comisión de Verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola de la región europea de la OMS** determinó en junio de 2017 que hasta el año 2016 han logrado la interrupción de la transmisión endémica del sarampión y de la rubéola respectivamente 42 y 37 países de los 53 que la componen. La eliminación del sarampión se ha alcanzado en 33 países y la de la rubéola en otros 33²². **Entre los países que alcanzaron la eliminación del sarampión en 2016 se encuentra España**. La OMS recuerda que los objetivos alcanzados están directamente vinculados con el mantenimiento de altas coberturas vacunales.

En la **Unión Europea/Área Económica Europea (UE/AEE)**, los brotes de sarampión continúan apareciendo en muchos países, por lo que existe riesgo de propagación y transmisión mantenida en comunidades con poblaciones susceptibles²³. En el año 2017, se notificaron al Sistema de Vigilancia Europeo 14.451 casos de sarampión, cifra más de 3 veces superior al número de casos declarados en 2016 (4.643). El mayor número de casos fue declarado en Rumanía (10.623), seguido de Italia (4.991), Grecia (1.463) y Alemania (926). El 87% de los casos no estaban vacunados. El 45% of los casos se produjeron en población no vacunada de 15 o más años de edad. Sin embargo, la incidencia más alta se observó en niños menores de un año, grupo de edad que aún no ha recibido la vacuna y que presenta un mayor riesgo de complicaciones graves y de mortalidad. Desde el inicio de 2016 se han notificado a la UE 50 fallecimientos por esta causa. Esta propagación continuada se debe a una cobertura vacunal insuficiente en muchos de estos países. La cobertura de la segunda dosis está por debajo del 95% requerido en 20 de los 27 países de la UE/AEE con datos disponibles.

En la **Comunidad de Madrid**, los indicadores establecidos por la OMS para monitorizar la eliminación del sarampión mostraron en el período 2001-2005 la ausencia de la transmisión autóctona del virus²⁴. Sin embargo, en el año 2006 se produjo un brote de ámbito comunitario a partir de un caso importado, con 174 casos²⁵ y en los años 2011 y 2012 se produjo otro brote que afectó a 789 personas²⁶. Aunque el bajo nivel de susceptibilidad frente al sarampión de la población residente en la CM está impidiendo la circulación sostenida del virus, la aparición de estos brotes señala que la entrada de casos importados puede dar lugar a la difusión del virus en grupos de población con mayor nivel de susceptibilidad. Con respecto a la rubéola, aunque la incidencia ha sido muy baja en los últimos años, el sistema de vigilancia detectó en el año 2005 un brote de ámbito comunitario que sumó 460 casos. La circulación del virus de la rubéola en nuestra Comunidad se vio favorecida probablemente por el gran incremento de población susceptible procedente de otros países, sobre todo de Latinoamérica²⁷. Como consecuencia de ello se detectaron 3 casos de SRC.

2. OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas de los casos de sarampión, rubéola y SRC notificados a la Red de Vigilancia de la CM en el período 2015-2017 y evaluar el funcionamiento del sistema de vigilancia.

3. METODOLOGÍA

La estrategia de vigilancia y control del sarampión, rubéola y SRC está recogida en el **Documento Técnico del Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en la CM20**. En las tablas 3.1 y 3.2 se recogen la clasificación de los casos según tipo de diagnóstico y origen.

Tabla 3.1. Clasificación de los casos de sarampión y de rubéola según tipo de diagnóstico

- **Sospechoso** (clínicamente compatible): cumple los criterios clínicos, pero no ha sido posible recoger muestras para su confirmación serológica y no ha estado en contacto con un caso confirmado por laboratorio.
- **Probable**: cumple los criterios clínicos y tiene vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.
- **Confirmado**: satisface los criterios clínicos y de laboratorio y no ha sido vacunada recientemente o ha sido recientemente vacunada y se detecta el genotipo salvaje del virus.
- **Descartado**: cumple los criterios clínicos y tiene resultados de laboratorio negativos o está vinculado epidemiológicamente con un caso confirmado por laboratorio de otra enfermedad exantemática. Un resultado de IgM negativo descarta un caso. Un resultado de IgM positivo frente a rubéola en presencia de IgG de alta avidéz descarta el caso. Un resultado de aislamiento o PCR negativo no permite descartar el caso.
- **Vacunal**: presenta antecedentes de vacunación en las 6 semanas previas al inicio del exantema, con IgM positiva y aislamiento del genotipo vacunal. Los casos en los que no se ha aislado el genotipo vacunal, si aparecen en el contexto de un brote o han viajado a zonas en las que se están detectando casos, quedarán clasificados como confirmados por laboratorio.

Tabla 3.2. Clasificación de los casos de sarampión y de rubéola según origen

- **Desconocido**
- **Importado**: todo caso confirmado que haya estado en otro país entre 12 y 23 días antes de la aparición del exantema, asegurándose que no tiene vínculo epidemiológico con ningún caso autóctono. Con el mismo criterio puede definirse caso extracomunitario.
- **Relacionado con un caso importado**: caso que forma parte de la primera cadena de transmisión originada por un caso importado.

4. RESULTADOS

4.1 SARAMPIÓN

En el período 2015-2017 se notificaron 45 casos sospechosos de sarampión (14 en 2015, 20 en 2016 y 11 en 2017), de los que 11 se confirmaron por laboratorio (5 en 2015, 5 en 2016 y 1 en 2017) y 5 se clasificaron como probables. De los 16 casos confirmados y probables, en 3 no se identificó el origen, 9 fueron secundarios a un caso importado (4 confirmados y 5 probables) y 4 fueron importados (tabla 4.1.1).

Tabla 4.1.1. Sarampión. Clasificación de los casos notificados por tipo de diagnóstico y origen. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.

Año	Clasificación	Origen desconocido	Secundario a importado	Importado	Total
2015	Confirmados	1	2	2	5
	Probables	0	0	0	0
	Compatibles	0	0	0	0
	Descartados	N/A	N/A	N/A	8
	Vacunales	N/A	N/A	N/A	1
	Total	1	2	2	14
2016	Confirmados	1	2	2	5
	Probables	0	5	0	5
	Compatibles	0	0	0	0
	Descartados	N/A	N/A	N/A	9
	Vacunales	N/A	N/A	N/A	1
	Total	1	7	2	20
2017	Confirmados	1	0	0	1
	Probables	0	0	0	0
	Compatibles	0	0	0	0
	Descartados	N/A	N/A	N/A	10
	Vacunales	N/A	N/A	N/A	0
	Total	1	0	0	11
Total	Confirmados	3	4	4	11
	Probables	0	5	0	5
	Compatibles	0	0	0	0
	Descartados	N/A	N/A	N/A	27
	Vacunales	N/A	N/A	N/A	2
	Total	3	9	4	45

De los 16 casos confirmados y probables, la razón hombre:mujer fue 1:1. El 50% eran menores de 2 años (tabla 4.1.2). El 25% (4 casos) habían nacido fuera de España. Un caso requirió ingreso hospitalario. Ningún caso presentó vacunación documentada.

Tabla 4.1.2. Sarampión. Casos confirmados y probables por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.

Grupo de edad	n	%
0-11 m	6	37,5
12-23 m	2	12,5
2-5 a	3	18,8
6-19 a	0	0,0
20-39 a	3	18,8
>39 a	2	12,5
Total	16	100,0

El 62,5% de los casos confirmados y probables (10 de 16) estaban asociados a **2 brotes**:

- **Brote 1** (2015): brote familiar que afectó a 3 hermanos no vacunados de 15 meses, 4 y 5 años. Los 3 casos se confirmaron por laboratorio. El caso índice fue el niño de 15 meses, que había estado en la India durante 6 meses y había tenido contacto con un amigo que presentaba exantema aproximadamente una

semana antes del regreso. El virus identificado en los 3 niños era de genotipo D8 haplotipo/variante MVs/Madrid.ESP/20.15/. Las secuencias del virus más relacionadas procedían de casos de Australia, algunos de ellas con antecedentes de viaje a la India.

- **Brote 2 (2016):** brote en una escuela infantil que afectó a 7 niños no vacunados de 7 a 12 meses de edad, de los que se confirmaron 2 por laboratorio (el caso índice y un caso secundario) y el resto se clasificaron como probables. El caso índice había viajado a Elche, donde al parecer coincidió con un posible caso de sarampión de un brote que estaba ocurriendo allí. El virus identificado en las muestras de los 2 casos confirmados era de genotipo D8 haplotipo/variante MVs/Cambridge.GBR/5.16/. Esta variante era la misma que la que circuló en el brote de Elche, cuyo caso índice había viajado a Reino Unido, donde también estaba circulando.

El 25,0% de los casos confirmados y probables eran **casos importados** (4 de 16):

- **Caso 1 (2015):** caso índice del brote 1.
- **Caso 2 (2015):** mujer italiana de 31 años con antecedentes de viaje a su país y a Estocolmo. Se identificó un virus de genotipo D8 haplotipo/Variante: MVs/Rostov on Don.RUS/47.13/2, que había circulado por ambos países.
- **Caso 3 (2016):** mujer francesa de 20 años con antecedentes de viaje a Indonesia. Se identificó un virus D8 haplotipo/variante MVs/Madrid.ESP/37.16/.
- **Caso 4 (2016):** mujer española de 32 años de edad, con antecedente de viaje a Tailandia. No se recogieron muestras para identificar el virus.

4.2 RUBÉOLA

En el período 2015-2017 se notificaron 13 casos sospechosos de rubéola (3 en 2015, 7 en 2016 y 3 en 2017), de los que 4 se confirmaron por laboratorio (2 en 2015 y 2 en 2016). De los 4 casos confirmados, 1 era de origen desconocido, 1 era secundario a un caso importado y 2 eran importados (tabla 4.2.1). Uno de los casos era una mujer en edad fértil y los otros 3 eran hombres adultos, 2 de ellos adultos jóvenes. Ninguno de los casos estaba vacunado. No se identificó ningún caso de SRC.

- **Caso 1 (2015):** caso confirmado secundario a un caso importado. Hombre colombiano de 24 años de edad. Se identificó un virus de genotipo 2B haplotipo RVs/Madrid. ESP/36.15/.
- **Caso 2 (2015):** caso confirmado importado. Hombre de 31 años, nacido en España, con antecedentes de viaje a Tailandia. Viajó con su pareja, residente en otra Comunidad Autónoma, que desarrolló también síntomas compatibles pero no fue investigada.
- **Caso 3 (2016):** caso confirmado de origen desconocido. Mujer en edad fértil (30 años) nacida en Guinea Ecuatorial.
- **Caso 4 (2016):** caso confirmado importado. Hombre de 51 años, nacido en España, con antecedentes de viaje a Méjico.

Tabla 4.2.1. Rubéola. Clasificación de los casos notificados por confirmación diagnóstica y origen. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.

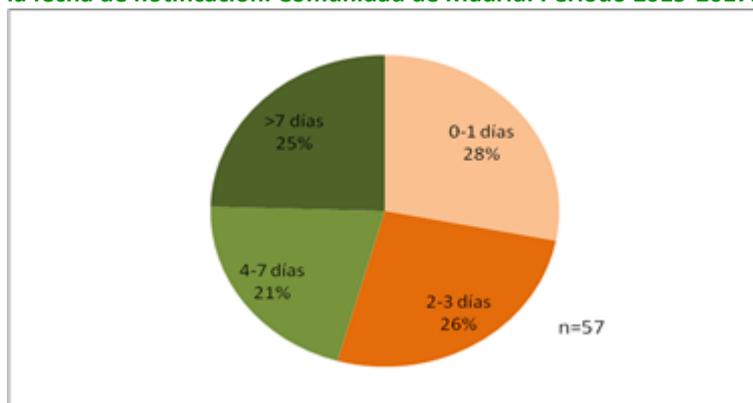
Año	Clasificación	Origen desconocido	Secundario a importado	Importado	Total
2015	Confirmados	0	1	1	2
	Descartados	N/A	N/A	N/A	1
	Total	0	1	1	3
2016	Confirmados	1	0	1	2
	Descartados	N/A	N/A	N/A	5
	Total	1	0	1	7
2017	Confirmados	0	0	0	0
	Descartados	N/A	N/A	N/A	3
	Total	0	0	0	3
Total	Confirmados	1	1	2	4
	Descartados	N/A	N/A	N/A	9
	Total	1	1	2	13

4.3 INDICADORES DE EVALUACIÓN

Los indicadores de evaluación que se presentan a continuación han sido calculados considerando los 58 casos notificados a la Red de Vigilancia por cumplir los criterios de sospecha de sarampión (45 casos) o de rubéola (13 casos) en el período 2015-2017.

El 28,0% de los casos fueron notificados en las primeras 24 horas desde el inicio del exantema (16 de 57) y el 61,8% en los 3 primeros días (21 de 57) (gráfico 4.3.1).

Gráfico 4.3.1. Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio del exantema y la fecha de notificación. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.



Se recogió la primera muestra de suero en el 87,9% de los casos notificados (51 de 58), de exudado faríngeo en el 67,2% (39 de 58) y de ambos tipos en el 63,8% (37 de 58) (tabla 4.3.1). De 5 casos (8,6%) no se tomó ninguna muestra, de los que 4 estaban vinculados al brote en la escuela infantil.

En el 64,7% de los casos que aportaron la primera muestra de suero, se tomó precozmente (33 de 51) (gráfico 4.3.2), de los que sólo en 5 se recogió una segunda muestra. En un caso la muestra se recogió después de los 28 días. Por otra parte, el 25,6% de los casos que aportaron muestra de exudado faríngeo, la muestra fue recogida después de los 10 días del inicio del exantema (10 de 39) (gráfico 4.3.3).

Teniendo en cuenta sólo como válidas las muestras recogidas en los tiempos recomendados, en el 22,4% de los casos (13 de 58) no se tomó ninguna muestra válida (tabla 4.3.1).

Tabla 4.3.1. Tipo de muestras recogidas. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.

Nº muestras	Total		En tiempo recomendado	
	n	%	n	%
Sólo suero	14	24,1	17	29,3
Solo exudado faríngeo	2	3,4	22	37,9
Ambos tipos	37	63,8	6	10,3
Ninguna	5	8,6	13	22,4
Total	58	100,0	58	100,0

Gráfico 4.3.2. Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio del exantema y la fecha de la toma de la primera muestra de suero. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.

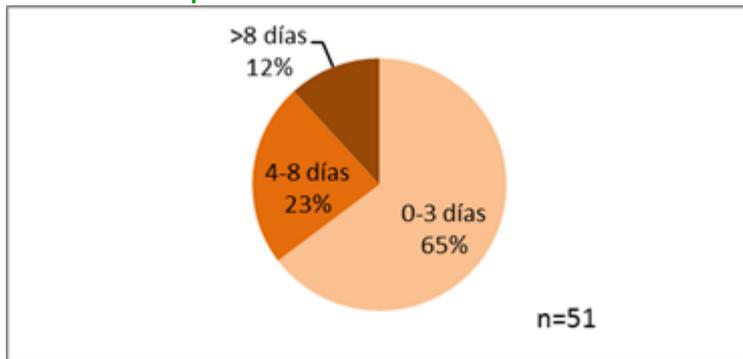
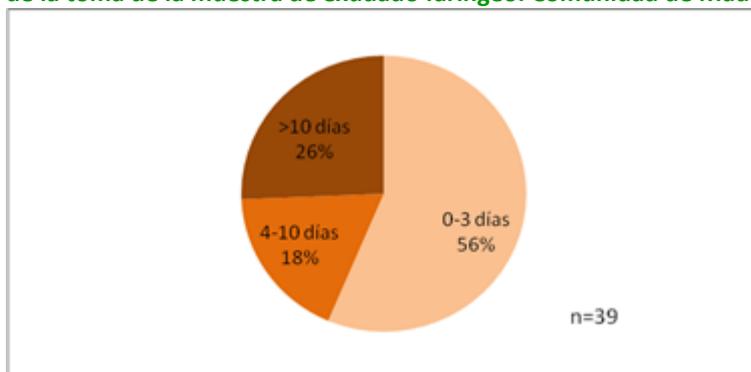


Gráfico 4.3.3. Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio del exantema y la fecha de la toma de la muestra de exudado faríngeo. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.



En el 36,7% de los casos la devolución de los resultados de serología tuvo lugar el mismo día o al día siguiente (18 de 49) y en el 53,1% en el tercer día o antes (26 de 49). En el 77,6% de los casos notificados la devolución tuvo lugar en los primeros 7 días (38 de 49) (gráfico 4.3.4). La devolución de los resultados del exudado faríngeo fue en los primeros 4 días en el 72,7% de los casos (24 de 33) y en los primeros 10 días en el 93,9% (31 de 33) (gráfico 4.3.5).

Gráfico 4.3.4. Tiempo transcurrido entre la fecha de la toma de la primera muestra de suero y la devolución del resultado. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.



Gráfico 4.3.5. Tiempo transcurrido entre la fecha de la toma del exudado faríngeo y la devolución del resultado. Comunidad de Madrid. Período 2015-2017.

5. DISCUSIÓN

En el período 2015-2017 se ha mantenido la eliminación de los virus del sarampión y de la rubéola. Se produjeron 2 brotes de sarampión con 3 y 7 casos asociados en población infantil no vacunada. La escasa magnitud de estos brotes es un indicador de que la susceptibilidad de la población permanece por debajo del umbral epidémico. Además, el estudio epidemiológico y microbiológico confirmó que ambos brotes comenzaron a partir de casos importados. La aparición de un caso confirmado de rubéola en una mujer no vacunada en edad fértil nacida fuera de España debe servir de recordatorio de la importancia de la vacunación para evitar la aparición de casos de síndrome de rubéola congénita.

El origen fue desconocido en el 22,2% de los casos confirmados o probables de sarampión y rubéola. Por otra parte, los indicadores de evaluación muestran que el 38,2% de los casos fueron notificados después de los 3 primeros días del inicio del exantema y que en el 22,4% no se recogieron muestras de suero ni de exudado en los tiempos recomendados. La devolución de los resultados serológicos tuvo lugar después del tercer día de la toma en el 46,9% de los casos. Es esencial una adecuada investigación epidemiológica y microbiológica de todos los casos, que permita diagnosticarlos precozmente y conocer su origen. Asimismo, la devolución rápida de los resultados debe permitir la adopción precoz de las medidas de control. Medir y mantener la calidad del sistema de vigilancia es un requisito para certificar la eliminación en una región.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Measles vaccines: WHO position paper Weekly Epidemiological Record, 28 April 2017, vol. 92, 17 (pp. 205–228). <http://www.who.int/wer/2017/wer9217/en/>
- ² Heyman, DL. El control de las enfermedades transmisibles. 19 ed. Washington D.C. OPS, 2011.
- ³ Rubella vaccines: WHO position paper Weekly Epidemiological Record, 15 July 2011, vol. 29, 86 (pp. 301–316). <http://www.who.int/entity/wer/2011/wer8629.pdf?ua=1>
- ⁴ Thompson, KM. Evolution and use of dynamic transmission models for measles and rubella risk and policy analysis. Risk Analysis 2016; 36(7):1383–1403).
- ⁵ IV Encuesta de Serovigilancia de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2017; vol. 23 (4).
- ⁶ Gaston De Serres, Nigel J. Gay, and C. Paddy Farrington. Epidemiology of Transmissible Diseases after Elimination. Am J Epidemiol, 2000; 151(11): 1039-1048.
- ⁷ Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO. Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe, 2003. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79022/E81567.pdf

- ⁸ Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection. WHO European Region Strategic Plan 2005-2010. Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe, 2005. <http://www.euro.who.int/document/E87772.pdf>
- ⁹ Surveillance Guidelines for Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome in the WHO European Region. Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe. Update December 2012. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/79020/e93035-2013.pdf
- ¹⁰ A Strategic framework for the elimination of measles in the European Region. Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe, 1999. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/119802/E68405.pdf
- ¹¹ Renewed commitment to measles and rubella elimination and prevention of congenital rubella syndrome in the WHO European Region by 2015. Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe, 2010. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/119546/RC60_edoc15.pdf
- ¹² Plan de Eliminación del Sarampión en España. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2000. <http://193.146.50.130/vacunab/sara.pdf>
- ¹³ Amela Heras C., Pachón del Amo I. La vigilancia epidemiológica del sarampión en el contexto del Plan de acción para eliminar el sarampión en España. Bol Epidemiol Semanal 2000; 8 (16): 169-172. <http://193.146.50.130/bes/bes0037.pdf>
- ¹⁴ Peña-Rey I, Sanz Ortiz MC, Amela Heras C. Plan Nacional de Eliminación del Sarampión. Evaluación del año 2002. Bol Epidemiol Semanal 2003; 11(7): 73-76. <http://193.146.50.130/bes/bes0314.pdf>
- ¹⁵ Amela Heras C., Pachón del Amo I, Sanz Ortiz MC, Peña-Rey I. Plan de Eliminación del sarampión. Evaluación del año 2001 y primer semestre del año 2002. Bol Epidemiol Semanal 2002; 10(18): 185-188. <http://193.146.50.130/bes/bes0234.pdf>
- ¹⁶ Protocolo de Vigilancia de la Rubéola y del Síndrome de Rubéola Congénita en la Fase de Eliminación. Centro Nacional de Epidemiología, 2007. <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/Protocoloeliminacionrubeola.pdf>
- ¹⁷ Plan de Eliminación del Sarampión en la Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública nº 73. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2002. http://www.madrid.org/sanidad/salud/publicaciones/pdf_DT/DT73.pdf
- ¹⁸ Estrategia de vigilancia del sarampión. Bol Epidemiol Comunidad de Madrid, 2001; 7(8): 31-43.
- ¹⁹ Orden 186/2001, de 9 de mayo, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la Comunidad de Madrid.
- ²⁰ Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de la Rubéola Congénita en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Documento técnico de salud pública nº D134. 2013 http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354190423332&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1159289986941
- ²¹ WHO. Global Vaccine Action Plan, 2011-2020. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/DoV_GVAP_2012_2020/en/
- ²² World Health Organization. Regional Office for Europe. Press release. Copenhagen, 26 September 2017. Measles no longer endemic in 79% of the WHO European Region. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2017/measles-no-longer-endemic-in-79-of-the-who-european-region>
- ²³ European Centre for Disease Prevention and Control. Measles cases in the EU treble in 2017, outbreaks still ongoing. <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/measles-cases-eu-treble-2017-outbreaks-still-ongoing>
- ²⁴ Plan de Eliminación del Sarampión. Comunidad de Madrid. Informe de Vigilancia Epidemiológica. Período 2001-2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2006; 12 (8)
- ²⁵ Brote de sarampión de ámbito poblacional. Informe de vigilancia epidemiológica. Comunidad de Madrid, año 2006. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2006; 12 (8).
- ²⁶ Plan de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita de la Comunidad de Madrid, años 2011 – 2012. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2013; 19 (3).
- ²⁷ Brote comunitario de rubéola en la población residente en la Comunidad de Madrid, año 2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2005; 11 (11).



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria Comunidad de Madrid. Año 2017, semanas 44 a 48 (del 30 de octubre al 3 de diciembre de 2017)

	Casos Semanas 44 a 48	Casos Semanas 1 a 48	Tasas* Semanas 44 a 48	Tasas* Semanas 1 a 48
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA				
Gripe	2.470	71.894	38,2	1111,7
Legionelosis	11	81	0,2	1,3
Lepra	0	2	0,0	0,0
TUBERCULOSIS	56	551	0,9	8,5
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Botulismo	0	1	0,0	0,0
Campilobacteriosis	191	1.952	3,0	30,2
Criptosporidiosis	12	80	0,2	1,2
E. coli productor toxina Shiga o Vero	1	9	0,0	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	7	0,0	0,1
Giardiasis	50	385	0,8	6,0
Hepatitis A	43	998	0,7	15,4
Listeriosis	7	54	0,1	0,8
Salmonelosis (excluido Fiebre tifoidea y paratifoidea)	95	1.676	1,5	25,9
Shigelosis	3	57	0,0	0,9
Triquinosis	3	4	0,0	0,1
Yersiniosis	7	69	0,1	1,1
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	21	146	0,3	2,3
Hepatitis C	20	211	0,3	3,3
Infección Chlamydia trachomatis (exc.LGV)	94	1.146	1,5	17,7
Linfogranuloma venéreo	2	85	0,0	1,3
Infección gonocócica **	68	1.210	1,1	18,7
Sífilis **	31	421	0,5	6,5
Sífilis congénita	1	2	0,0	0,0
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enfermedad meningocócica	1	20	0,0	0,3
Enfermedad invasiva por H. Influenzae	5	41	0,1	0,6
Enfermedad neumocócica invasora	82	511	1,3	7,9
Herpes Zoster	3.259	31.410	50,4	485,7
Parotiditis	52	884	0,8	13,7
P.F.A. (<15 años)***	0	4	0,0	0,4
Sarampión	0	1	0,0	0,0
Tosferina	10	283	0,2	4,4
Varicela	410	4.602	6,3	71,2
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	3	30	0,0	0,5
Enfermedad por virus Chikungunya	1	25	0,0	0,4
Enfermedad por virus Zika	1	22	0,0	0,3
Fiebre Exantemática Mediterránea	1	17	0,0	0,3
Fiebre Recurrente Transmitida por garrapatas	0	1	0,0	0,0
Leishmaniasis	6	58	0,1	0,9
Paludismo	12	127	0,2	2,0
ANTROPOZOONOSIS				
Brucelosis	0	3	0,0	0,0
Fiebre Q	3	19	0,0	0,3
Hidatidosis	2	9	0,0	0,1
Tularemia	0	1	0,0	0,0
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis Viricas	15	148	0,2	2,3
Otras meningitis bacterianas	4	37	0,1	0,6
ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES				
EETH ****	1	10	0,0	0,2

*Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. **Cambia la definición de caso en el protocolo.

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

humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico. Durante este periodo no se han notificado casos de: Síndrome respiratorio agudo grave, Cólera, Carhunco, Leptospirosis, Peste, Rabia, Toxoplasmosis congénita, Difteria, Poliomieltis, Rubéola, Rubéola congénita, Tétanos, Tétanos neonatal, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre Amarilla, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica vírica, Infección congénita por virus Zika.



Brotos Epidémicos. Comunidad de Madrid.

Año 2017, semanas 44 a 48

(del 30 de octubre al 3 de diciembre de 2017)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos ocurridos en el periodo correspondiente que han sido notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

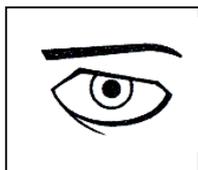
Brotos de origen alimentario. Año 2017. Semanas 44-48

Ámbito del brote	Año 2017						Año 2016		
	Semanas 44-48			Semanas 1-48			Semanas 1-48		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	4	16	1	63	403	66	56	408	32
Centros educativos	0	0	0	6	264	2	8	434	2
Domicilios	3	18	0	46	235	48	93	354	126
Residencias no geriátricas	0	0	0	5	159	1	2	32	0
Colectivos laborales	0	0	0	2	97	0	2	9	0
Residencias geriátricas	0	0	0	1	38	0	3	57	1
Otros colectivos	0	0	0	2	27	0	6	49	10
Centro penitenciario	0	0	0	0	0	0	1	61	0
Total	7	34	1	125	1223	117	171	1404	171

Brotos de origen no alimentario. Año 2017. Semanas 44-48

Tipo de brote*	Año 2017						Año 2016		
	Semanas 44-48			Semanas 1-48			Semanas 1-48		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	7	320	1	67	2091	14	69	2635	19
Conjuntivitis aguda	1	4	0	8	312	0	9	219	0
Parotiditis	1	2	0	24	131	1	18	110	3
Enfermedad mano, pie y boca	1	3	0	13	117	0	4	47	0
Varicela	1	2	0	14	114	0	17	231	0
Eritema infeccioso	0	0	0	9	87	0	1	19	0
Hepatitis A	2	7	0	30	79	31	9	26	15
Escarlatina	0	0	0	11	73	1	9	54	0
Tosferina	0	0	0	16	48	6	45	122	9
Escabiosis	0	0	0	6	24	0	3	13	0
Infección por <i>M. pneumoniae</i>	0	0	0	1	11	1	1	6	0
Gripe	0	0	0	1	8	3	7	185	30
Listeriosis	2	4	4	2	4	4	2	4	2
Meningitis vírica	0	0	0	2	4	2	1	2	2
Fiebre Q	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Infección meningocócica	0	0	0	1	2	2	0	0	0
Psitacosis	0	0	0	1	2	0	2	7	4
Total	15	342	5	207	3109	66	197	3680	84

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2017, semanas 44 a 48 (del 30 de octubre al 3 de diciembre de 2017)

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%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630

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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 74,8% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2017.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 48 de 2017.

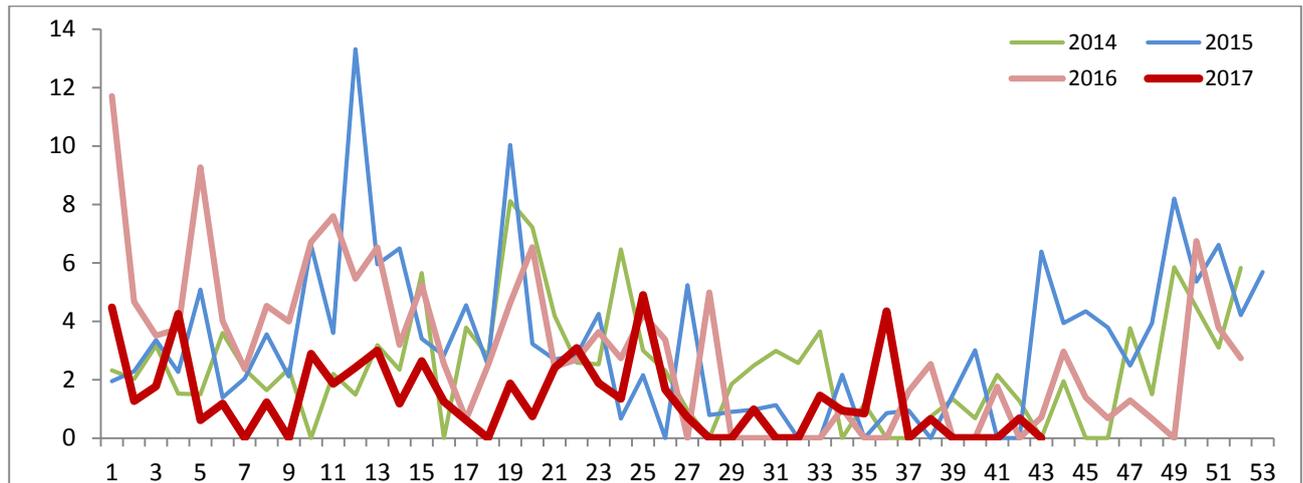
	Sem. 44 a 48 de 2017	Año 2017
Gripe*	82	115*
Varicela	9	90
Herpes zóster	66	517
Crisis asmáticas	124	837

^a De la semana 40 de 2017 hasta la 20 de 2018

VARICELA

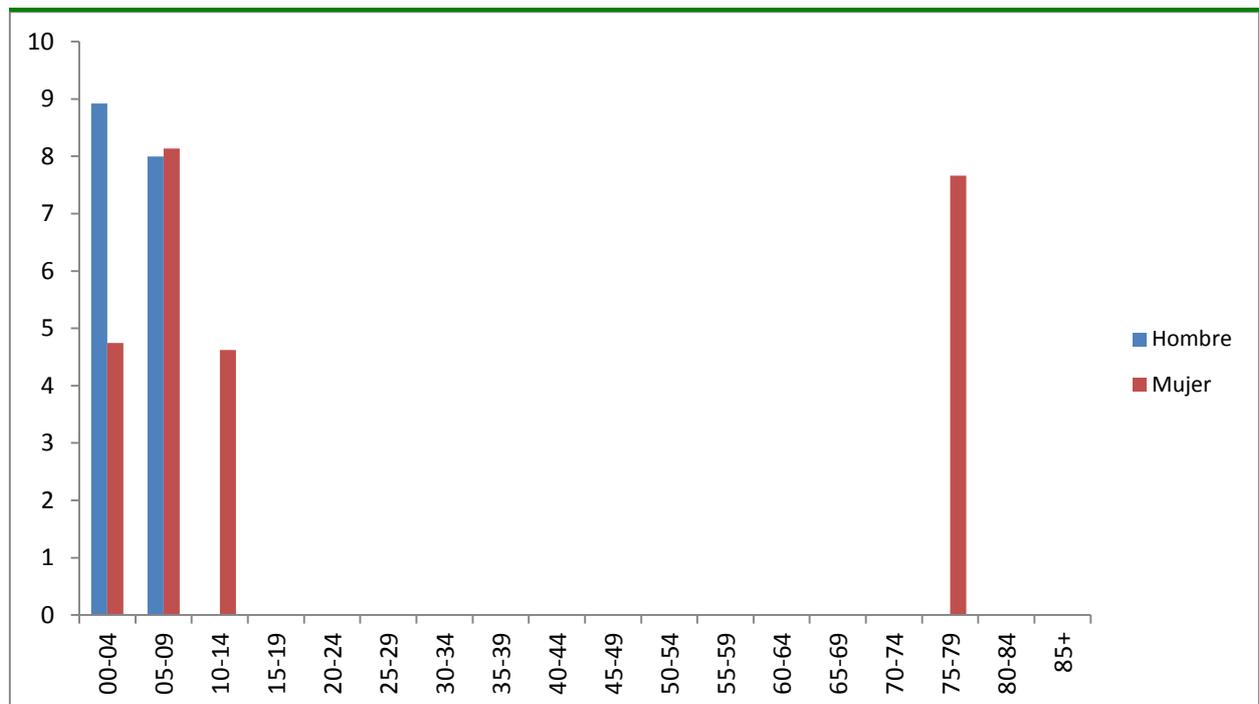
Durante las semanas 44 a 48 del año 2017 se han declarado 9 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 2,82 casos por 100.000 personas (IC 95%: 0,05 – 5,59). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2014-2016 y desde la semana 1 a la 48 de 2017.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2014-2017.



De los 9 casos notificados, 4 (44,44%) eran hombres y 5 (55,55%) mujeres. El 88,89% de los casos 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 44 a 48 de 2017.



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 66 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 44 a 48 de 2017, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 33,08 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 23,59 – 42,56). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en Madrid desde el año 2014 hasta la semana 48 de 2017. El 69,70% de los casos se dio en mujeres (46 casos). El 74,24% 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 zóster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2014-2017.

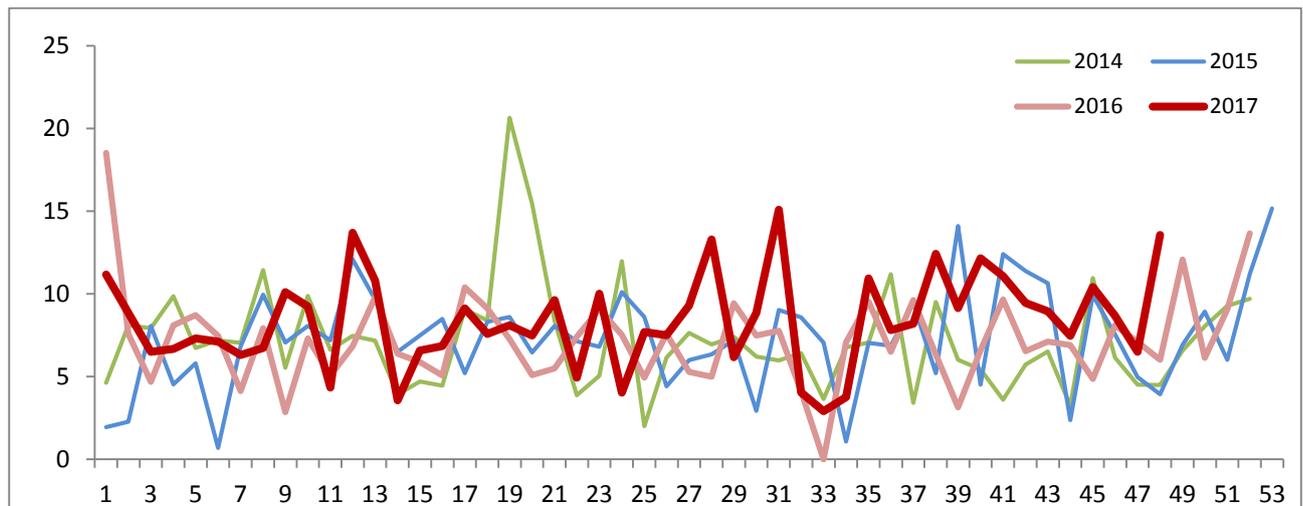
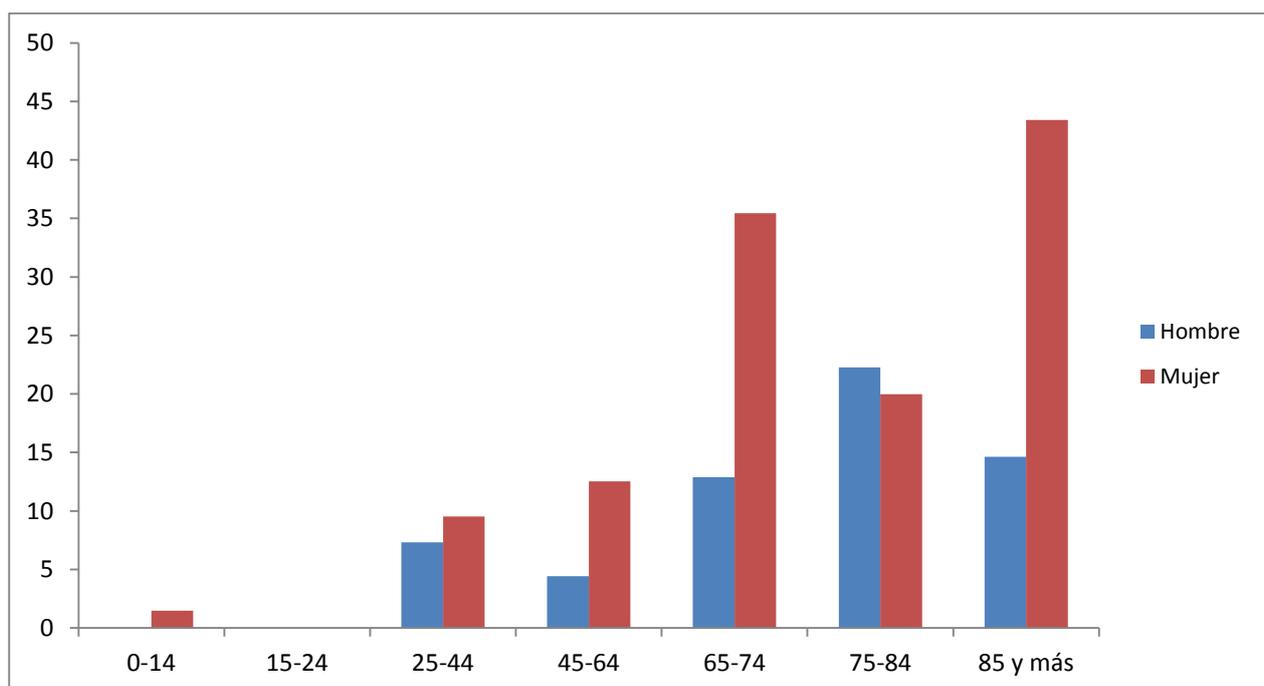
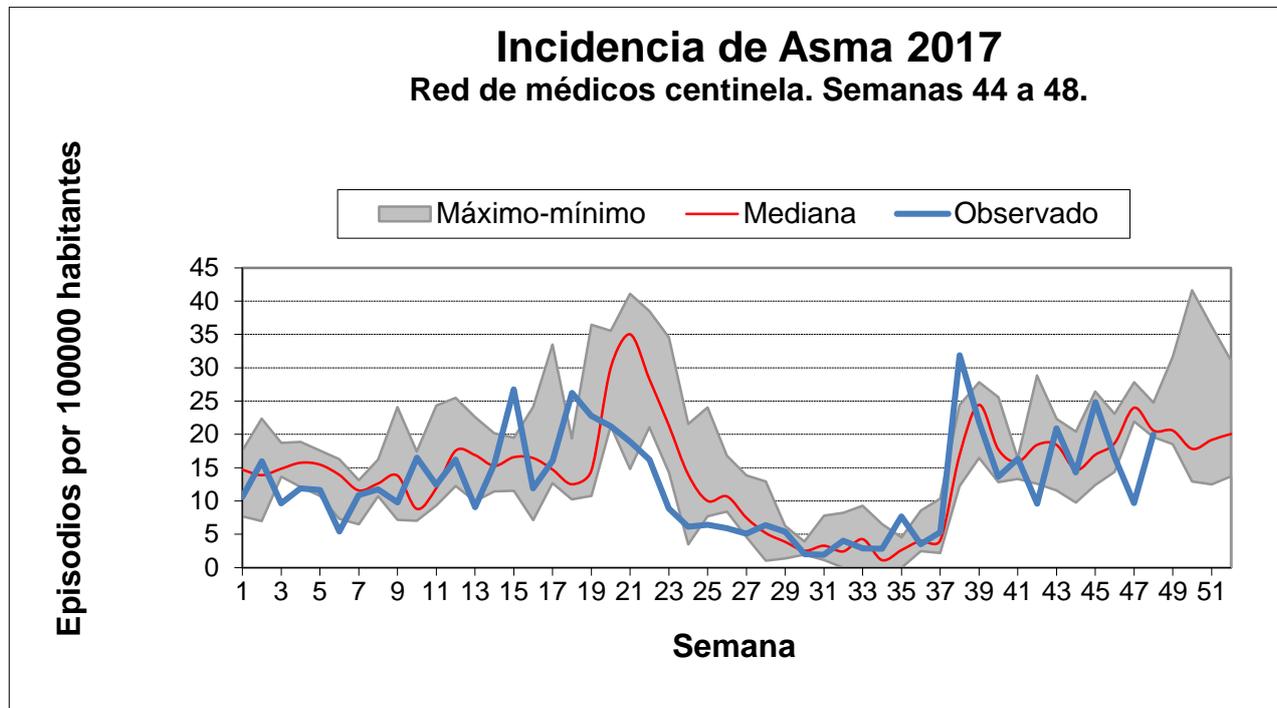


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 48 de 2017.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 44 a 48 de 2017 la Red de Médicos Centinela notificó 124 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.





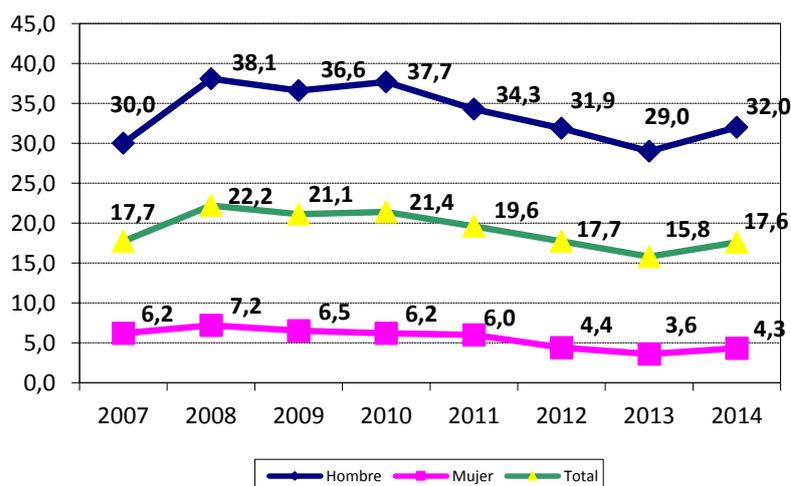
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH.

30 de noviembre de 2017

Desde el año 2007 hasta el 30 de noviembre de 2017 se han notificado 11.452 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 85,3% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,0 años (DE: 10,6). El 45,7% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (334) 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.

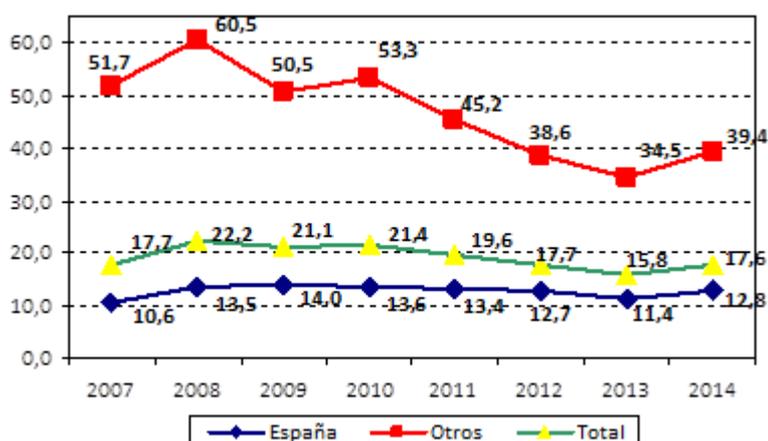


* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2007	883	81,9	195	18,1	1078
2008	1158	83,3	232	16,7	1390
2009	1133	84,2	213	15,8	1346
2010	1178	85,1	206	14,9	1384
2011	1073	84,2	201	15,8	1274
2012	997	86,9	150	13,1	1147
2013	905	88,1	122	11,9	1027
2014	991	87,1	147	12,9	1138
2015*	882	89,1	108	10,9	990
2016*	494	84,3	92	15,7	586
2017*	75	81,5	17	18,5	92
Total	9769	85,3	1683	14,7	11452

* Años con datos no definitivos

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

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

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

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
PID	218	3,8	103	2,6	59	12,2	14	1,2
HSH	4528	79,0	2830	70,0				
HTX	476	8,3	775	19,2	373	77,1	1161	96,8
Otros	8	0,1	20	0,5	16	3,3	14	1,2
Desconocido/ N.C.	503	8,8	308	7,7	36	7,4	10	0,8
Total	5733	100	4036	100	484	100	1199	100

* PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

Retraso en el diagnóstico

El 15,4% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 13,6% en personas autóctonas y del 17,4% en foráneas.

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

	N	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/μl)	DT (<350 células/μl)	<500 células/μl
2007	795	344	30,4	50,6	69,3
2008	1107	391	24,9	43,2	63,2
2009	1096	403	26,2	42,9	61,0
2010	1110	406	24,0	41,5	60,5
2011	1033	382	27,0	46,0	64,2
2012	946	418	24,4	40,9	60,5
2013	848	431	23,1	39,4	57,9
2014	975	462	21,3	36,1	55,0
2015	861	459	19,6	35,5	54,7
2016-17	626	435	20,3	36,7	57,3
07-17	9397	413 (RI: 205-633)	24,3	41,4	60,5

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 9397 nuevos diagnósticos (82,1%).

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.**Total Comunidad de Madrid**

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=8043)	22,2%	39,0%	58,4%
	Mujer (1354)	36,8%	56,3%	72,7%
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (142)	9,2%	26,8%	47,9%
	20-29 (2843)	13,6%	30,2%	51,2%
	30-39 (3475)	23,3%	40,6%	60,1%
	40-49 (1946)	33,0%	50,8%	68,0%
	>49 años (948)	44,5%	62,0%	77,0%
Mecanismo de transmisión	PID (281)	40,6%	56,2%	68,7%
	HTX (2346)	39,6%	59,0%	75,2%
	HSH (6191)	16,5%	33,0%	53,8%
País de origen	España (5251)	21,0%	36,6%	55,3%
	Otros: (4146)	28,4%	47,6%	67,1%
	1. Europa Occidental (361)	13,0%	30,7%	54,6%
	2. Europa Oriental (276)	31,5%	44,9%	58,7%
	3. América Latina y Caribe (2598)	27,1%	46,8%	66,9%
	4. África Subsahariana (706)	37,5%	59,6%	77,2%
	5. Norte de África y Oriente Medio (101)	38,6%	54,5%	66,3%

Hombres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (113)	5,3%	23,9%	47,8%
	20-29 (2485)	11,5%	27,6%	49,1%
	30-39 (3016)	21,1%	37,9%	57,8%
	40-49 (1641)	31,3%	49,1%	66,1%
	>49 años (770)	44,0%	60,8%	76,6%
Mecanismo de transmisión	PID (233)	43,8%	59,7%	71,2%
	HTX (1087)	42,5%	61,0%	76,7%
	HSH (6191)	16,5%	33,0%	54,0%
País de origen	España (4853)	20,0%	35,4%	54,5%
	Otros: (3190)	25,5%	44,3%	64,5%
	1. Europa Occidental (343)	13,4%	30,6%	54,2%
	2. Europa Oriental (199)	26,1%	39,7%	54,8%
	3. América Latina y Caribe (2164)	24,5%	44,2%	65,0%
	4. África Subsahariana (312)	42,0%	63,1%	78,5%
	5. Norte de África y Oriente Medio (82)	35,4%	48,8%	62,2%

Mujeres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (29)	24,1%	37,9%	48,3%
	20-29 (358)	28,2%	48,3%	65,4%
	30-39 (459)	38,1%	58,4%	75,6%
	40-49 (305)	42,3%	60,3%	78,4%
	>49 años (178)	46,6%	67,4%	78,7%
Mecanismo de transmisión	PID (48)	25,0%	39,6%	56,3%
	HTX (1259)	37,2%	57,3%	73,9%
País de origen	España (398)	33,9%	50,5%	65,1%
	Otros: (956)	38,0%	58,7%	75,8%
	1. Europa Occidental (18)	5,6%	33,3%	61,1%
	2. Europa Oriental (77)	45,5%	58,4%	68,8%
	3. América Latina y Caribe (434)	40,3%	60,1%	76,7%
	4. África Subsahariana (394)	34,0%	56,9%	76,1%
	5. Norte de África y Oriente Medio (19)	52,6%	78,9%	84,2%

PID: personas que se inyectan drogas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. 30 DE NOVIEMBRE DE 2017.

Casos de sida. 2007-2017		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	322	76,7	98	23,3
	2008	328	73,2	120	26,8
	2009	309	77,2	91	22,8
	2010	288	76,2	90	23,8
	2011	261	80,1	65	19,9
	2012	224	77,2	66	22,8
	2013	170	79,1	45	20,9
	2014	154	80,6	37	19,4
	2015*	149	79,7	38	20,3
	2016*	82	83,7	16	16,3
	2017*	32	74,4	11	25,6
07-17		2319	77,4	677	22,6
Edad media (años)		41,9 ± 10,6		39,6 ± 10,2	
País de origen		España: 64,4%		España: 52,9%	
Mecanismo transmisión		HSH: 45,0%		HTX: 69,1%	

Personas fallecidas con infección VIH. 2007-2017		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	265	80,1	66	19,9
	2008	290	79,2	76	20,8
	2009	241	78,5	66	21,5
	2010	259	79,9	65	20,1
	2011	243	83,5	48	16,5
	2012	197	77,6	57	22,4
	2013	151	80,3	37	19,7
	2014	122	76,2	38	23,8
	2015*	138	84,1	26	15,9
	2016*	58	76,3	18	23,7
	2017*	26	86,7	4	13,3
07-17		1990	79,9	501	20,1
Edad media (años)		49,0 ± 10,0		45,9 ± 9,4	
País de origen		España: 90,3%		España: 88,0%	
Mecanismo transmisión		PID: 65,6%		PID: 65,3%	

* Años con datos no definitivos.

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

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

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