



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 24. Noviembre 2018

INFORME:

**- Morbilidad por enfermedades de
Declaración Obligatoria
Año 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.epidemiologo@salud.madrid.org

Edición: Septiembre 2019

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

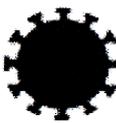
1 BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 11.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 11. Volumen 24. Noviembre 2018

2 ÍNDICE

	<u>Morbilidad por enfermedades de Declaración Obligatoria, año 2017.</u>	5
	<u>EDO. Semanas 44 a 48 (del 29 de octubre al 2 de diciembre de 2018).</u>	125
	<u>Brotos Epidémicos. Semanas 44 a 48, 2018.</u>	126
	<u>Red de Médicos Centinela, semanas 44 a 48, 2018.</u>	127
	<u>Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, noviembre 2018.</u>	131



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.

AÑO 2017. COMUNIDAD DE MADRID

Julio de 2019

RESUMEN:	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. METODOLOGÍA	10
2.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	10
2.1.1 Variables	10
2.1.2 Indicadores	10
3. RESULTADOS	12
3.1 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA	12
3.1.1 Centros notificadores	12
3.1.2 EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial	12
3.1.3 Grado de cumplimiento de variables	12
4. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2017 CON AÑOS ANTERIORES Y CON LA REGISTRADA A NIVEL NACIONAL	13
4.1 DATOS GLOBALES	13
4.2 DATOS POR GRUPOS DE ENFERMEDADES	13
5. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES	22
5.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA	22
5.1.1 Gripe	22
5.1.2 Legionelosis	25
5.1.3 Lepra	30
5.1.4 Tuberculosis	30
5.2 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA	34
5.2.1 Botulismo	34
5.2.2 Campilobacteriosis	34
5.2.3 Criptosporidiosis	35
5.2.4 Infecciones por Escherichia Coli productora de toxina Shiga o Vero	35
5.2.5 Fiebre tifoidea y paratifoidea	36
5.2.6 Giardiasis	36
5.2.7 Hepatitis A	37
5.2.8 Listeriosis	42
5.2.9 Salmonelosis (excepto Salmonella typhi y paratyphi)	43
5.2.10 Shigelosis	44
5.2.11 Triquinosis	45
5.2.12 Yersiniosis	46
5.3 ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	46
5.3.1 Enfermedad meningocócica	46
5.3.2 Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae	50
5.3.3 Enfermedad neumocócica invasora	53
5.3.4 Herpes zóster	57
5.3.5 Parotiditis	57
5.3.6 Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	62
5.3.7 Tosferina	63
5.3.8 Rubéola	67
5.3.9 Sarampión	67
5.3.10 Varicela	67
5.4 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL	71

5.4.1 Hepatitis B.....	71
5.4.2 Hepatitis C.....	75
5.4.3 Infección gonocócica	78
5.4.4 Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	82
5.4.5 Linfogranuloma venéreo.....	85
5.4.6 Sífilis	88
5.5 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL.....	92
5.5.1 Dengue	92
5.5.2 Enfermedad por virus Chikungunya.....	96
5.5.3 Enfermedad por virus Zika	100
5.5.4 Infección congénita por virus Zika	104
5.5.5 Fiebre exantemática mediterránea	104
5.5.6 Fiebre recurrente transmitida por garrapatas	104
5.5.7 Leishmaniasis	105
5.5.8 Paludismo	109
5.6 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZONÓTICA.....	113
5.6.1 Brucelosis.....	113
5.6.2 Fiebre Q	113
5.6.3 Hidatidosis	114
5.6.4 Tularemia.....	114
5.7 OTRAS MENINGITIS.....	114
5.7.1 Otras meningitis bacterianas	114
5.7.2 Meningitis víricas	118
5.8 ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES	123
5.8.1 Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	123
5.9 ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO	124
6. COMENTARIOS.....	124

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 2017 y comparación con 2016 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 2017 participaron en el sistema un total de 503 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (81,8%). El número total de casos notificados fue 144.174, de los cuales 90,39% corresponde a EDO numéricas (gripe, varicela y herpes zoster) y el 9,61% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos. En 2017 se ha observado un aumento en la tasa de incidencia en relación con la mediana de la tasa de incidencia del quinquenio anterior para: hepatitis A, hepatitis C, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, gripe, fiebre tifoidea y paratifoidea, enfermedad neumocócica invasora, Infección gonocócica, parotiditis, parálisis flácida aguda en menores de 5 años (PFA < 15 años), legionelosis, paludismo, encefalopatías espongiiformes de transmisión humana (EETH), shigelosis, han presentado una variación de 0% Lepra y brucelosis; 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, meningitis víricas, sífilis, varicela, otras meningitis bacterianas, tosferina, leishmaniasis, enfermedad meningocócica, hepatitis B, sarampión, rabia y rubéola.

Comentarios: En 2017, en la Comunidad de Madrid, el sistema de vigilancia epidemiológica ha funcionado de forma adecuada. La enfermedad con mayor variación fue la hepatitis A. Entre las enfermedades que disminuyeron en el número de casos (todos importados) está el dengue, enfermedad por virus Chikungunya y enfermedad por virus Zika.

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, 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. 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 2017 la semana 1 comenzó el lunes 2 de enero y la semana 52 finalizó el domingo 31 de diciembre 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 un 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.

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 es 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 2017 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 2017, 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. Las enfermedades se presentan en los siguientes grupos: enfermedades de transmisión respiratoria, enfermedades de transmisión alimentaria, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades de transmisión sexual y parenteral (excepto el VIH/sida), enfermedades de transmisión vectorial, enfermedades de transmisión zoonótica, otras meningitis y enfermedades notificadas por sistemas especiales.

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 2017” que se publicará en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Diciembre 2018. Volumen 24. Nº 12).

2. METODOLOGÍA

2.1 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.).

2.1.1 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 (según certeza diagnóstica, forma de presentación y origen del riesgo), fecha de inicio de los síntomas y variables específicas de cada enfermedad).

2.1.2 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

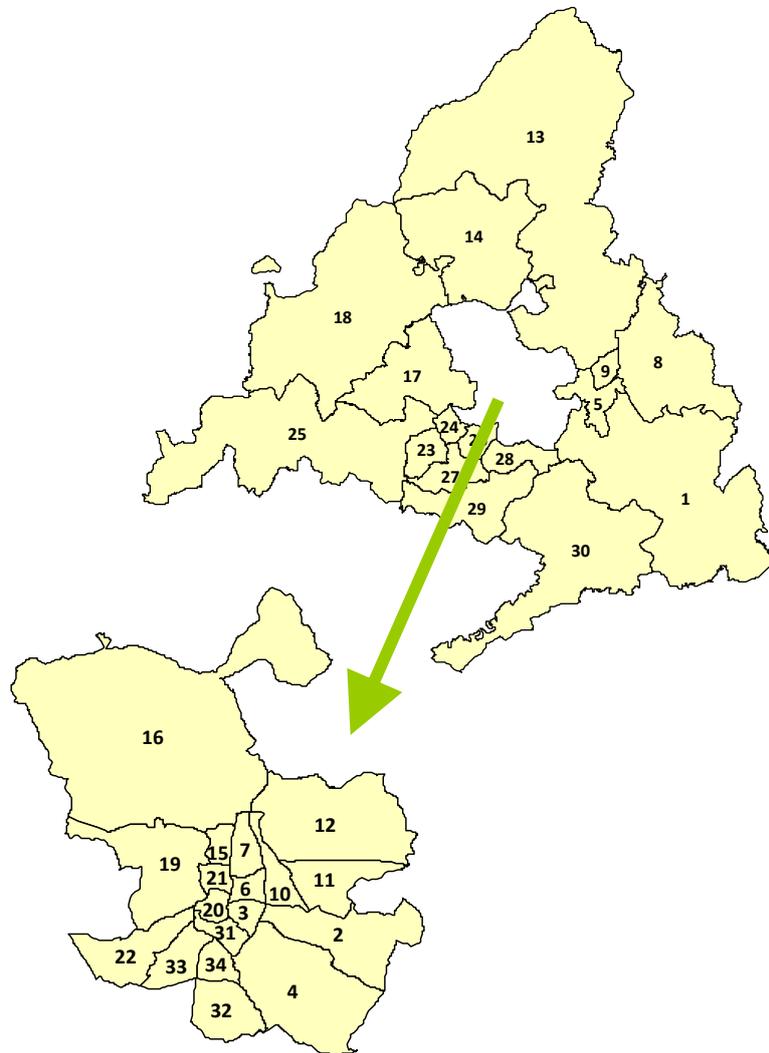
- Nº casos notificados y comparación con el año anterior.
- Tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes (TI): para su cálculo se ha utilizado la población recogida en la actualización del Padrón Municipal de la Comunidad de Madrid de 2017, para el total de la Comunidad de Madrid y por distritos.
- Comparación histórica de tasas a través del porcentaje de variación de la tasa de incidencia acumulada de la Comunidad de Madrid del 2017 con respecto a la mediana del quinquenio anterior (2012-2016):

$$\frac{\text{TI (CM 2017)} - \text{TI mediana (2012 - 2016)}}{\text{TI mediana (2012 - 2016)}} \times 100$$

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

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

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



3. RESULTADOS

3.1 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

3.1.1 Centros notificadores

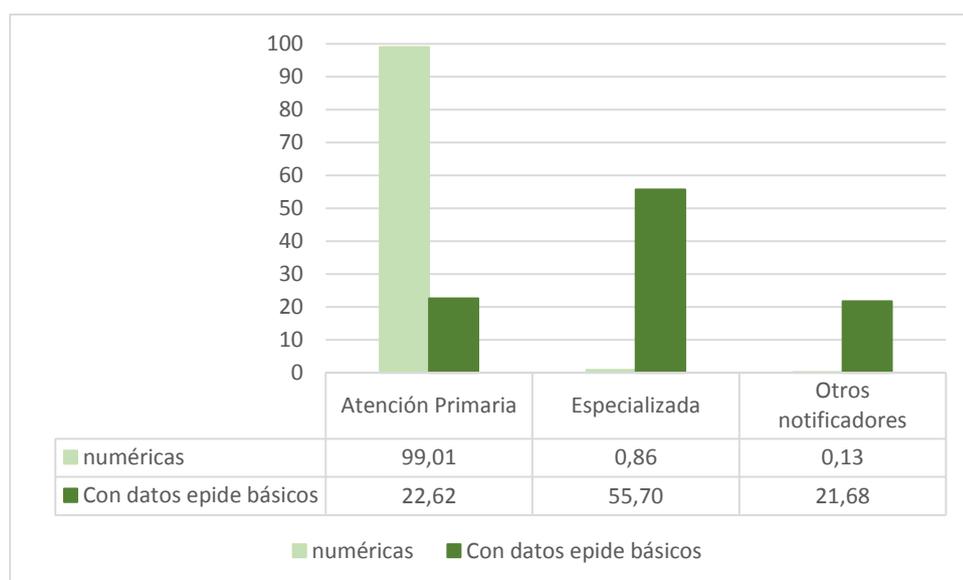
Durante el año 2017 participaron en el sistema 503 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (81,8%). El 8,9% eran centros de atención especializada hospitalaria, clínicas privadas el 1,8% y el resto otros notificadores (6,8%) eran centros diversos (instituciones, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, colegios, etc.).

3.1.2 EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial

En 2017 se notificaron un total de 144.174 casos de EDO, de los cuales el 90,39% correspondía a EDO numéricas y el 9,61% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 99,01% 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 55,70% fue notificado por atención especializada, el 22,62% 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.

Gráfico 4.1.2.a. Enfermedades de Declaración Obligatoria según modalidad de notificación y nivel asistencial del primer notificador. Comunidad de Madrid. Año 2017.



3.1.3 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 de 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%.

4. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2017 CON AÑOS ANTERIORES Y CON LA REGISTRADA A NIVEL NACIONAL

4.1 DATOS GLOBALES

Se presenta el número de casos y tasas de incidencia acumulada anual en el periodo 2008 a 2017 en la Comunidad de Madrid (tablas 4.2.b y c) y en el nivel nacional (tablas 4.2.d y e). En la tabla 4.2.f se presentan los indicadores de morbilidad de las enfermedades con algún caso notificado en la Comunidad de Madrid en 2017.

Con respecto al número de casos hay que reseñar la elevación registrada respecto a 2016 en gripe, herpes zoster, hepatitis A, infección por *Chlamydia trachomatis*, infección gonocócica, campilobacteriosis, parotiditis, enfermedad neumocócica invasora, sífilis, linfogranuloma venéreo, criptosporidiosis, legionelosis, fiebre Q, enfermedad invasora por *H. influenzae*, shigelosis, listeriosis, leishmaniasis, yersiniosis, paludismo, hepatitis B, fiebre tifoidea y paratifoidea, encefalopatías espongiiformes de transmisión humana (EETH), enfermedad meningocócica, *E coli* productor toxina Shiga o Vero, infección congénita por Zika, tularemia, brucelosis, fiebre recurrente transmitida por garrapatas y botulismo. Y el descenso en lepra, otras meningitis bacterianas, fiebre exantemática mediterránea, parálisis flácida aguda en menores de 15 años (PFA<15 años), hidatidosis, sarampión, enfermedad por virus Chikungunya, giardiasis, meningitis víricas, dengue, tuberculosis, enfermedad por virus Zika, hepatitis C, salmonelosis (excepto fiebre tifoidea y paratifoidea), tosferina y varicela.

En el gráfico 4.2.a se compara la incidencia acumulada de las Enfermedades de Declaración Obligatoria notificadas en la Comunidad de Madrid en el año 2017 con la mediana de la incidencia de la Comunidad de Madrid en el quinquenio anterior. Se observa un aumento en la incidencia para: hepatitis A (1.251,28%), hepatitis C (189,50%), enfermedad invasiva por *H. influenzae* (164,29%), gripe (55,86%), fiebre tifoidea y paratifoidea (54,55%), enfermedad neumocócica invasora (44,38%), infección gonocócica (34,83%), parotiditis (24,22%), PFA<15 años (14,49%), legionelosis (9,84%), paludismo (7,05%), EETH (5,26%), shigelosis (5,00%). No han presentado variación Lepra y brucelosis. Se observa un descenso en la incidencia en relación con la mediana de incidencia del quinquenio anterior para: tuberculosis (-11,45%), meningitis víricas (-17,59%), sífilis (-23,78%), varicela (-25,20%), otras meningitis bacterianas (-25,84%), tosferina (-27,72%), leishmaniasis (-33,66%), enfermedad meningocócica (-37,88%), hepatitis B (-41,00%), sarampión (-75,00%), rabia y rubéola (100,00%) respectivamente.

No se han notificado casos de: Síndrome respiratorio agudo grave, cólera, sífilis congénita, difteria, poliomielitis, rubéola congénita, tétanos, tétanos neonatal, encefalitis transmitidas por garrapatas, fiebre amarilla, fiebre del Nilo occidental, carbunco, peste y rabia. Tampoco de rubéola, leptospirosis, fiebre hemorrágica vírica y toxoplasmosis congénita, enfermedades de las que en 2016 se había presentado al menos un caso.

4.2 DATOS POR GRUPOS DE ENFERMEDADES

A continuación se comparan los indicadores por grupos de enfermedades:

Enfermedades de transmisión respiratoria

La incidencia de gripe aumentó en 2017 con respecto al 2016 y respecto a la mediana del quinquenio anterior. Fue mayor también que la tasa de incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,18).

La incidencia de legionelosis aumentó en 2017 con respecto al 2016 y respecto a la mediana del quinquenio anterior. Aunque sigue siendo menor que la nacional (razón tasas de incidencia: 0,47).

La incidencia de tuberculosis disminuyó ligeramente en 2017 con respecto al 2016 y respecto a la mediana del quinquenio anterior. Siendo también menor que la nacional (razón tasas de incidencia: 0,98).

Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica

La incidencia de hepatitis A ha aumentado considerablemente con respecto a los años anteriores, fue mayor que en 2016 y mayor que la mediana del quinquenio anterior. Y también fue mayor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,70).

La incidencia de fiebre tifoidea y paratifoidea y de shigelosis fue mayor con respecto a 2016 y mayor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue mayor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 2,83 y 1,47 respectivamente).

La incidencia de campilobacteriosis en 2017 fue mayor que en 2016, si bien estuvo por debajo de la nacional (razón de tasas 0,82).

También fue mayor con respecto a 2016 la incidencia de criptosporidiosis. Y fue mayor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,08).

La incidencia de giardiasis en 2017 fue menor que en 2016 y estuvo ligeramente por encima de la nacional (razón de tasas 1,06).

La incidencia de salmonelosis (excepto fiebre tifoidea y paratifoidea) en 2017 fue menor que en 2016 y estuvo por encima de la nacional (razón de tasas 1,37).

La incidencia de listeriosis en 2017 fue mayor que en 2016. Y mayor que la nacional (razón de tasas 1,46).

La incidencia de infección por *E coli* productor toxina Shiga o Vero y de yersiniosis en 2017 fue mayor que en 2016. Y menor que la nacional (razón de tasas 0,74 y 0,97 respectivamente).

Enfermedades prevenibles por vacunación

La incidencia de enfermedad meningocócica en 2017 fue ligeramente mayor con respecto a 2016 aunque fue menor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,64).

La incidencia de enfermedad neumocócica invasora en 2017 fue mayor con respecto a 2016 y mayor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue también mayor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,30).

La incidencia de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* en 2017 fue mayor con respecto a 2016 y mayor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue también mayor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,12).

La incidencia de PFA<15 años en 2017 fue menor con respecto a 2016 pero mayor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue también mayor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,41).

La incidencia de parotiditis en 2017 fue mayor con respecto a 2016 y mayor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,65).

La incidencia de sarampión en 2017 fue menor con respecto a 2016 y menor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,07).

La incidencia de tos ferina en 2017 fue menor con respecto a 2016 y menor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,39).

La incidencia de varicela en 2017 fue menor con respecto a 2016 y menor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,41).

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

La incidencia de hepatitis B en 2017 fue menor con respecto a 2016 y menor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,56).

La incidencia de hepatitis C ha sido ligeramente menor con respecto a 2016. Y mayor que la nacional (razón tasas de incidencia: 2,51).

La incidencia de infección gonocócica en 2017 fue mayor con respecto a 2016 y mayor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue mayor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,25).

La incidencia de sífilis en 2017 fue ligeramente mayor con respecto a 2016 y menor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,82).

La incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* y de linfogranuloma venéreo en 2017 fue ligeramente mayor con respecto a 2016. Y ambas mayores que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,01 y 2,26 respectivamente).

Enfermedades transmitidas por vectores

La incidencia de dengue, enfermedad por virus Chikungunya y enfermedad por virus Zika en 2017 fue menor con respecto a 2016. Se notificó un caso de infección congénita por virus de Zika.

Para el resto de enfermedades de transmisión vectorial la incidencia ha descendido, salvo en paludismo y leishmaniasis que han aumentado ligeramente.

Enfermedades de transmisión zoonótica

La incidencia de brucelosis en 2017 fue ligeramente mayor con respecto a 2016 y sin variación respecto a la mediana del quinquenio anterior. Y fue menor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 0,36).

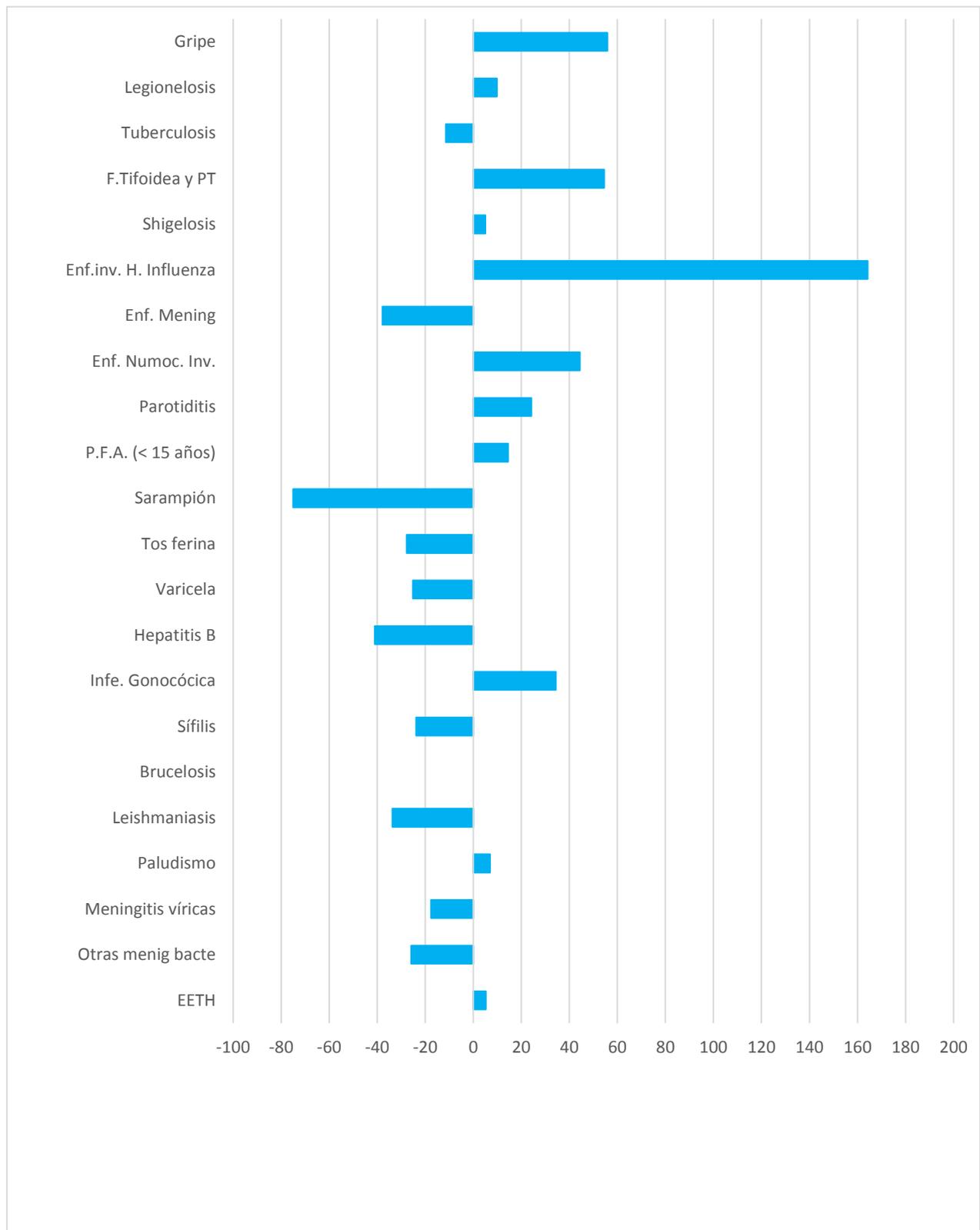
La incidencia de fiebre Q y de tularemia en 2017 fue mayor que en 2016. Y menor que la nacional (razón de tazas 0,54 y 0,66 respectivamente).

La incidencia de hidatidosis en 2017 fue menor que en 2016. Y mayor que la nacional (razón de tazas 1,78).

Otras

Y por último la incidencia de EETH en 2017 fue mayor con respecto a 2016 y mayor que la mediana del quinquenio anterior. Y fue mayor que la incidencia nacional (razón tasas de incidencia: 1,18).

Gráfico 4.3.a. Comparación de la tasa de incidencia acumulada en el año 2017 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio 2012-2016. Porcentaje de Variación. Comunidad de Madrid. Año 2017.



* El porcentaje de variación es 0 para brucelosis y lepra.

** No aparece en la figura el porcentaje de variación para hepatitis A, que ha registrado un incremento del 1.251,28%

Tabla 4.3.b. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Número de casos Comunidad de Madrid. Años 2008 a 2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ENFERMEDADES DE TRANSM. RESP.										
Gripe	67.140	192.427	16.605	62.320	38.595	58.640	44.647	114.200	83.938	91562
Legionelosis	64	37	132	68	115	77	82	81	53	87
Lepra	5	5	2	6	2	1	2	1	4	2
TUBERCULOSIS										
Tuberculosis	1.148	1.108	1.009	893	810	704	638	638	683	604
ENFERMEDADES DE TRAN. ALIMEN										
Botulismo	1	2	0	1	0	0	3	1	0	1
Campilobacteriosis*								857	1.821	2174
Criptosporidiosis*								46	47	84
E. coli productor toxina*								6	6	9
Fiebre tifoidea y paratifoidea	10	15	7	11	8	4	3	6	7	11
Giardiasis*								287	449	431
Hepatitis A	348	349	153	113	82	76	76	68	228	1029
Listeriosis*								22	44	58
Salmonelosis (exc. f.tifo y parat.)*								925	2.006	1801
Shigelosis*	15	15	13	12	21	19	20	48	45	59
Triquinosis	3	0	2	14	0	28	0	0	1	1
Yersiniosis*								24	67	79
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B*	178	96	101	98	65	75	100	43	38	46
Hepatitis C*								238	272	341
Infección Chlamydia trac (exc.LGV)*								414	1.228	1.612
Linfogranuloma venéreo*								5	120	169
Infección. gonocócica	211	168	343	590	668	876	1123	1.200	1.517	1880
Sífilis	362	345	663	1004	813	834	786	431	567	618
Sífilis congénita	3	5	2	2	0	0	0	0	0	0
ENFERMEDADES INMUNOPREVE.										
Enf. meningocócica	70	61	41	47	48	43	24	47	24	27
Enf. inv. por H. Influenzae	9	5	8	11	14	17	18	25	33	48
Enf. neumocócica invasora	771	764	485	528	439	399	438	547	553	635
Hepes Zoster*								21.341	32.539	33.865
Parotiditis	743	441	715	735	754	1952	550	514	848	937
P.F.A.(<15 años)***	9	8	8	17	7	8	7	6	12	8
Rubéola	14	12	3	4	8	1	0	2	2	0
Sarampión	31	0	29	602	195	2	2	5	10	1
Tétanos	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tosferina	118	110	405	410	120	249	368	807	591	268
Varicela	15.439	12.986	9.995	6.598	6.281	5.673	6.196	8.361	10.630	4818
ENFERMEDADES TRANS. VECTORIAL										
Dengue*								58	96	36
Enfermedad virus Chikungunya*								81	44	27
Enfermedad por virus de Zika*								0	105	21
Fiebre Exantemática Mediterránea*								22	24	20
Fiebre Hemorrágica vírica*								0	2	0
F. recurren trans. por garrapatas*								0	1	2
Infección congénita por v. Zika									0	1
Leishmaniasis	42	29	106	228	216	130	135	79	72	87
Paludismo	106	128	95	103	127	177	192	138	147	158
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	9	3	12	6	3	1	4	4	2	3
Fiebre Q*								12	15	34
Hidatidosis*								21	26	15
Leptospirosis*								1	4	0
Toxoplasmosis congénita*								1	1	0
Tularemia*								0	0	1
Rabia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Otras Meningitis										
Meningitis Víricas	260	252	201	294	453	283	130	267	221	166
Otras meningitis bacterianas	64	41	52	65	59	58	57	50	43	40
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH **	8	13	12	13	19	14	8	15	10	13
Infección congénita por v. Zika*									0	1

*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. **EETH: Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico. *** P.F.A. (<15 años) Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas.

Tabla 4.3.c. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Tasas por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. Años 2008 a 2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ENFERMEADES DE TRANSM. RESP.										
Gripe	1070,53	3012,82	257,10	960,29	593,9	902,77	691,73	1.769,34	1.297,94	1407,09
Legionelosis	1,02	0,58	2,04	1,05	1,77	1,19	1,27	1,26	0,82	1,34
Leptra	0,08	0,08	0,03	0,09	0,03	0,02	0,03	0,02	0,06	0,03
TUBERCULOSIS										
Tuberculosis	18,30	17,35	15,62	13,76	12,46	10,84	9,88	9,87	10,48	9,28
ENFERMEADES DE TRAN. ALIMEN										
Botulismo	0,02	0,03	0,00	0,02	0,00	0,00	0,05	0,02	0,00	0,02
Campilobacteriosis*								13,31	28,24	33,41
Criptosporidiosis*								0,71	0,78	1,29
E. coli productor toxina*								0,09	0,09	0,14
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,16	0,23	0,11	0,17	0,12	0,06	0,05	0,09	0,11	0,17
Giardiasis*								4,46	6,94	6,62
Hepatitis A	5,55	5,46	2,37	1,74	1,26	1,17	1,17	1,06	3,53	15,81
Listeriosis*								0,34	0,68	0,89
Salmonelosis (exc. f.tifo y parat.)*								14,37	31,02	27,68
Shigelosis*	0,24	0,23	0,2	0,18	0,32	0,29	0,30	0,75	0,70	0,91
Triquinosis	0,05	0,00	0,03	0,22	0,00	0,43	0,00	0,00	0,02	0,02
Yersiniosis*								0,37	1,04	1,21
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B*	2,84	1,50	1,56	1,51	1,00	1,15	1,53	0,67	0,59	0,71
Hepatitis C*								3,70	4,21	5,24
Infección Chlamydia trac (exc.LGV)*								6,43	18,99	24,77
Linfogranuloma venéreo*								0,09	1,86	2,60
Infección gonocócica	3,36	2,63	5,31	9,09	10,28	13,49	17,40	18,64	23,46	28,89
Sífilis	5,77	5,40	10,27	15,47	12,51	12,84	11,48	6,70	8,71	9,50
Sífilis congénita	0,05	0,08	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ENFERMEADES INMUNOPREVE.										
Enf. meningocócica	1,12	0,96	0,63	0,72	0,74	0,66	0,37	0,73	0,37	0,41
Enf. inv. por H. Influenzae	0,14	0,08	0,12	0,17	0,22	0,26	0,28	0,39	0,51	0,74
Enf. neumocócica invasora	12,29	11,96	7,51	8,14	6,76	6,14	6,79	8,50	8,55	9,76
Herpes Zoster *								330,54	503,15	508,13
Parotiditis	11,85	6,9	11,07	11,33	11,6	30,05	8,52	7,99	13,11	14,41
P.F.A.(<15 años)***	0,98	0,84	0,81	1,70	0,69	0,79	0,69	0,59	1,18	0,79
Rubéola	0,22	0,20	0,04	0,06	0,12	0,02	0,00	0,03	0,03	0,00
Sarampión	0,49	0,00	0,45	9,28	3,00	0,03	0,03	0,08	0,15	0,02
Tétanos	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tosferina	1,88	1,72	6,27	6,32	1,85	3,83	5,70	12,54	9,14	4,12
Varicela	246,17	203,32	154,75	101,67	96,65	87,34	96,00	129,89	164,37	72,29
ENFERMEADES TRANS. VECTORIA										
Dengue*								0,90	1,46	0,55
Enfermedad virus Chikungunya*								1,26	0,68	0,41
Enfermedad por virus de Zika*								0,00	1,62	0,32
Fiebre Exantemática Mediterránea*								0,34	0,37	0,31
Fiebre Hemorrágica vírica*								0,00	0,03	0,00
F. recurren trans. por garrapatas*								0,00	0,02	0,03
Leishmaniasis	0,67	0,45	1,64	3,51	3,32	2,02	2,09	1,23	1,11	1,34
Paludismo	1,69	2,00	1,47	1,59	1,95	2,72	2,97	2,14	2,27	2,43
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	0,14	0,05	0,19	0,09	0,05	0,02	0,06	0,06	0,03	0,05
Fiebre Q*								0,19	0,23	0,52
Hidatidosis*								0,33	0,40	0,23
Leptospirosis*								0,02	0,06	0,00
Toxoplasmosis congénita*								0,02	0,02	0,00
Tularemia*								0,00	0,00	0,02
Rabia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Otras Meningitis										
Meningitis Víricas	4,15	3,95	3,11	4,53	6,97	4,36	2,01	4,15	3,42	2,54
Otras meningitis bacterianas	1,02	0,64	0,81	1,00	0,91	0,89	0,9	0,78	0,66	0,60
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH **	0,13	0,20	0,19	0,20	0,29	0,22	0,12	0,23	0,15	0,20
Infección congénita por v. Zika*									0,00	0,02

*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. **EETH: Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de diagnóstico. *** P.F.A. (<15 años) Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas.

Tabla 4.3.d. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Número de casos. España. Años 2008 a 2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ENFERMEDADES DE TRANSM. RESP.										
Gripe	629.504	1.137.615	224.011	590.957	533.675	584.791	542.909	731.513	621.912	555.871
Legionelosis	1.334	1.307	1.309	1.019	1.077	904	1.041	1.333	1.018	1338
Lepra	18	34	12	16	12	4	7	6	11	11
TUBERCULOSIS										
Tuberculosis	8.046	8.218	7.721	7.103	6.858	6.046	4.809	4.579	4.803	4.388
ENFERMEDADES DE TRAN. ALIMEN										
Botulismo	7	13	8	12	9	7	11	4	9	9
Cólera	0	0	0	2	0	1	0	2	3	0
Campilobacteriosis									15549	18.870
Criptosporidiasis									243	556
E. coli productor toxina									83	87
Fiebre tifoidea y paratifoidea	79	70	70	82	68	64	47	63	44	29
Giardiasis									2063	2917
Hepatitis A	2.250	2.695	1.023	713	646	614	631	591	1.286	4.331
Listeriosis									352	285
Salmonelosis (exc. f.tifoi y parat.)									9859	9395
Shigelosis	360	237	159	124	323	167	210	338	293	289
Triquinosis	50	21	21	34	24	29	4	4	14	2
Yersinosis									434	584
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B	1.011	871	865	804	605	691	780	670	519	488
Hepatitis C									985	974
Infección Chlamydia trach (exc.LGV)									7192	9866
Linfogranuloma venéreo*****									249	414
Infección gonocócica ****	1.897	1.954	2.306	2.640	3.042	3.314	4.562	4.802	6.426	8.723
Sífilis ****	2.545	2.506	3.187	3.522	3.638	3.720	3.568	3.693	3.341	8.941
Sífilis congénita	20	14	11	7	6	6	8	4	4	5
ENFERMEDADES INMUNOPREVE.										
Difteria	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Enf. meningocócica	768	725	552	572	427	318	231	307	311	300
Enf. Invasiv por Hemophilus I									238	307
Enf. Neumocócica Invasora									2755	3.485
Parotiditis	35	21	31	34	23	26	41	32	51	10.244
P.F.A.(<15 años)***	3.845	2.172	2.705	4.615	9.538	13.960	3.310	3.763	5.017	39
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	63	30	12	19	67	4	12	10	1	0
Rubéola congénita	1	2	0	0	1	1	1	0	1	0
Sarampión	308	44	302	3.641	1.219	114	117	37	23	132
Tétanos	15	9	11	10	12	12	6	7	9	6
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	663	538	884	3.239	3.430	2.342	3.333	8.471	5.360	4.913
Varicela	125.706	141.399	157.914	136.823	145.642	142.180	161.598	179.255	166.778	82.181
ENFERMEDADES TRANS. VECTORIA										
Dengue									256	129
Enfermedad por virus Chikungunya									103	54
Enfermedad por virus de Zika									403	90
Fiebre Exantemática Mediterránea									115	247
Fiebre Hemorrágica vírica									0	1
Fiebre recurren tran por garrapatas									6	14
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis									192	340
Paludismo	347	409	448	505	557	582	576	586	754	825
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	170	143	110	103	85	107	82	49	45	63
Carbunco									4	1
Fiebre Q									345	449
Hidatidosis									111	82
Leptospirosis									160	23
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxoplasmosis congénita									5	5
Tularemia					2	2	95	31	3	13
Rabia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH **	107	97	96	90	103	65	72	126	126	78
Infección congénita por v. Zika									4	1

Tabla 4.3.e. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Tasas por 100.000 habitantes. España. Años 2008 a 2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ENFERMEDADES DE TRANSM. RESP.										
Gripe	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	1194,55
Legionelosis	3,0	2,9	2,9	2,2	2,3	1,9	2,2	2,88	2,19	2,88
Lepra	18	34	12	16	12	4	7	0,01	0,02	0,02
TUBERCULOSIS										
Tuberculosis	18,0	16,8	15,4	14,6	13,1	11,9	10,3	9,91	10,34	9,43
ENFERMEDADES DE TRAN. ALIMEN										
Botulismo	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02
Cólera	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01	0,01	0,00
Campilobacteriosis									33,46	40,55
Criptosporidiasis									0,52	1,19
E. coli productor toxina									0,18	0,19
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,14	0,09	0,06
Giardiasis									4,44	6,27
Hepatitis A	5,0	6,0	2,3	1,6	1,4	1,30	1,3	1,27	2,77	9,31
Listeriosis									0,76	0,61
Salmonelosis (exc. f.tifoi y parat.)									21,22	20,19
Shigelosis	0,8	0,5	0,4	0,3	0,7	0,4	0,6	0,75	0,63	0,62
Triquinosis	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,07	0,0	0,01	0,03	0,00
Yersinosis									0,93	1,25
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B	2,3	1,9	1,9	1,7	1,3	1,5	1,68	1,44	1,11	1,05
Hepatitis C									2,12	2,09
Infección Chlamydia trach (exc.LGV)									15,48	24,55
Linfogranuloma venéreo*****									0,54	1,15
Infección gonocócica ****	4,3	4,3	5,1	5,7	6,6	7,1	9,8	10,38	13,83	18,74
Sífilis ****	5,7	5,6	7,0	7,6	7,9	8,0	7,7	7,96	7,19	10,61
Sífilis congénita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,02	0,02	0,01	0,97	1,28
ENFERMEDADES INMUNOPREVE.										
Difteria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00
Enf. meningocócica	1,7	1,6	1,2	1,2	0,9	0,7	0,5	0,66	0,67	0,64
Enf. Invasora por Haemophilus I.									0,51	0,66
Enf. Neumocócica Invasora									5,93	7,49
Parotiditis	0,5	0,3	0,4	0,5	0,3	0,4	0,6	0,45	0,73	22,01
P.F.A.<(15 años)***	8,6	4,8	6,0	10,0	20,7	30,0	7,1	8,11	10,18	0,56
Poliomielitis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00
Rubéola	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,01	0,03	0,02	0,01	0,00
Rubéola congénita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00
Sarampión	0,7	0,1	0,7	7,9	2,6	0,2	0,3	0,09	0,05	0,28
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,03	0,01	0,02	0,02	0,00
Tétanos neonatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,01
Tosferina	1,5	1,2	1,9	7,0	7,4	5,3	7,2	18,25	11,53	10,56
Varicela	281,3	313,5	347,1	298,6	315,5	305,0	347,8	386,13	358,91	176,60
ENFERMEDADES TRANS. VECTORES										
Dengue									--	--
Enfermedad por virus Chikungunya									--	--
Enfermedad por virus de Zika									--	--
Fiebre Exantemática Mediterránea									0,25	0,50
Fiebre Hemorrágica vírica									--	--
Fiebre recurrente por garrapatas									0,01	0,03
Fiebre amarilla	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00
Leishmaniasis									0,41	0,73
Paludismo	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,26	1,80	--
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,11	0,10	0,14
Carbunco									0,01	0,00
Fiebre Q									0,74	0,96
Hidatidosis									0,24	0,18
Leptospirosis									0,03	0,05
Peste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00
Toxoplasmosis congénita									0,01	0,01
Tularemia					0,00	0,04	0,29	0,42	0,01	0,03
Rabia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00
ENF. NOTIFICADAS SIS. ESPECIALES										
EETH **	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,11	0,09	0,17
Infección congénita por v. Zika									--	--

Tabla 4.3.f. Enfermedades de Declaración Obligatoria: indicadores de morbilidad. Comunidad de Madrid. Año 2017.

	Casos 2017	Tasas 2017	Casos COMUNIDAD DE MADRID 2017 -2016	% variación TI 2016 COMUNIDAD DE MADRID respecto mediana 2012-2016	TI COMUNIDAD DE MADRID / TI España
ENFERMEDADES DE TRANSM. RESP.					
Gripe	91562	1407,09	7624	55,86	1,18
Legionelosis	87	1,34	34	9,84	0,47
Lepra	2	0,03	-2	0,00	1,50
TUBERCULOSIS					
Tuberculosis	604	9,28	-79	-11,45	0,98
ENFERMEDADES DE TRAN. ALIMEN					
Botulismo	1	0,02	1	--	1,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	11	0,17	4	54,55	2,83
Hepatitis A	1029	15,81	801	1251,28	1,70
Shigelosis	59	0,91	14	5,00	1,47
Triquinosis	1	0,02	0	--	--
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL					
Hepatitis B	46	0,71	8	-41,00	0,56
Infección. gonocócica	1880	28,89	363	34,83	1,25
Sífilis	618	9,5	51	-23,78	0,82
ENFERMEDADES INMUNOPREVE.					
Enf. meningocócica	27	0,41	3	-37,88	0,64
Enf. inv. por H. Influenzae	48	0,74	15	164,29	1,12
Enf. neumocócica invasora*	635	9,76	82	44,38	1,30
Parotiditis	937	14,41	89	24,22	0,65
P.F.A.(<15 años)***	8	0,79	-4	14,49	1,41
Rubéola	0	0,00	-2	-100,00	--
Sarampión	1	0,02	-9	-75,00	0,07
Tosferina	268	4,12	-323	-27,72	0,39
Varicela	4818	72,29	-5812	-25,20	0,41
ENFERMEDADES TRANS. VECTORIA					
Leishmaniasis	87	1,34	12	-33,66	1,84
Paludismo	158	2,43	11	7,05	--
ANTROPOZOONOSIS					
Brucelosis	3	0,05	1	0,00	0,36
Otras Meningitis					
Meningitis Víricas	166	2,54	-53	-17,59	--
Otras meningitis bacterianas	40	0,60	-3	-25,84	--
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES					
EETH **	13	0,20	3	5,26	1,18

5. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

5.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

5.1.1 Gripe

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 91.562 casos de gripe, 7.624 casos más que durante el año 2016. La tasa de incidencia fue de 1.407,09 casos por 100.000 habitantes, superior a la tasa de 1.194,55 notificada para España. Se notificaron un promedio de 1.427 casos a la semana. La evolución temporal presenta una clara estacionalidad en los meses fríos.

El distrito más afectado fue el de Torrejón de Ardoz (2.193,53 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Coslada (2.087,47 casos por 100.000 habitantes) y Colmenar Viejo (2.001,80 casos por 100.000 habitantes).

El 44,3% de los casos se dieron en hombres. La edad media fue de 36 años con un rango comprendido entre 0 y 100 años. El 36% de los casos tenía entre 10 y 45 años.

En el año 2017 se notificó 1 brote con 8 afectados, de los cuales 3 tuvieron que ser ingresados, el virus responsable fue el virus A sin subtipar.

En el informe de “Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid, 2017-2018” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Marzo 2018. Volumen 24. Nº 3) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 5.1.1.a. Tasas de gripe por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

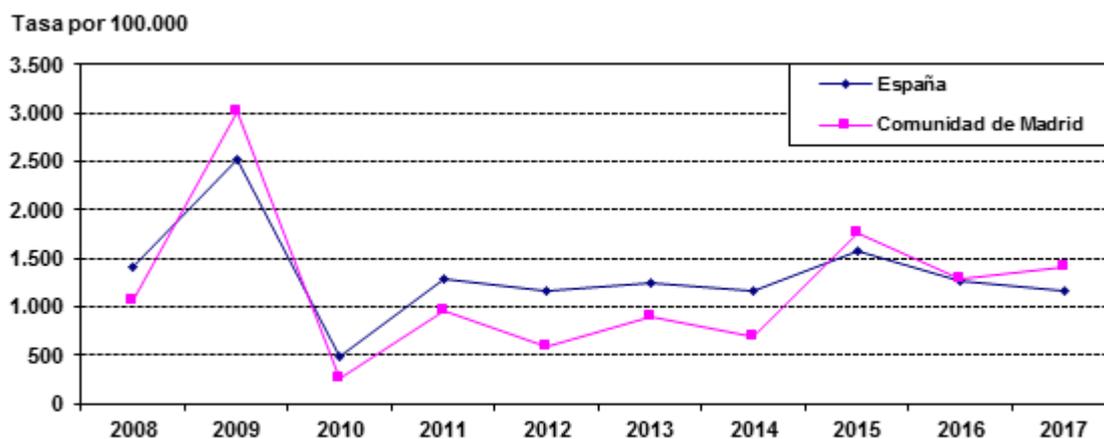


Gráfico 5.1.1.b. Tasas de incidencias de gripe por semana de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2008-2017.

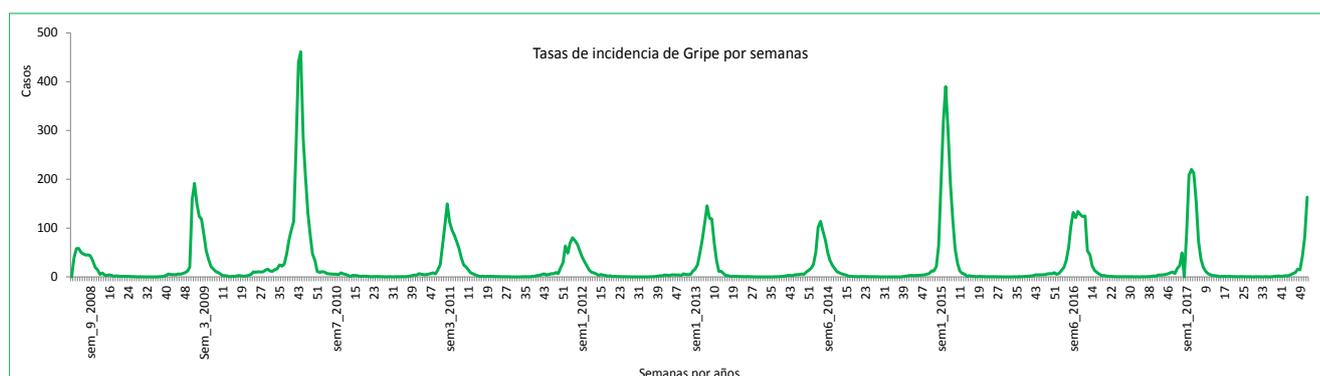


Gráfico 5.1.1.c. Casos notificados de gripe por sexo y edad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

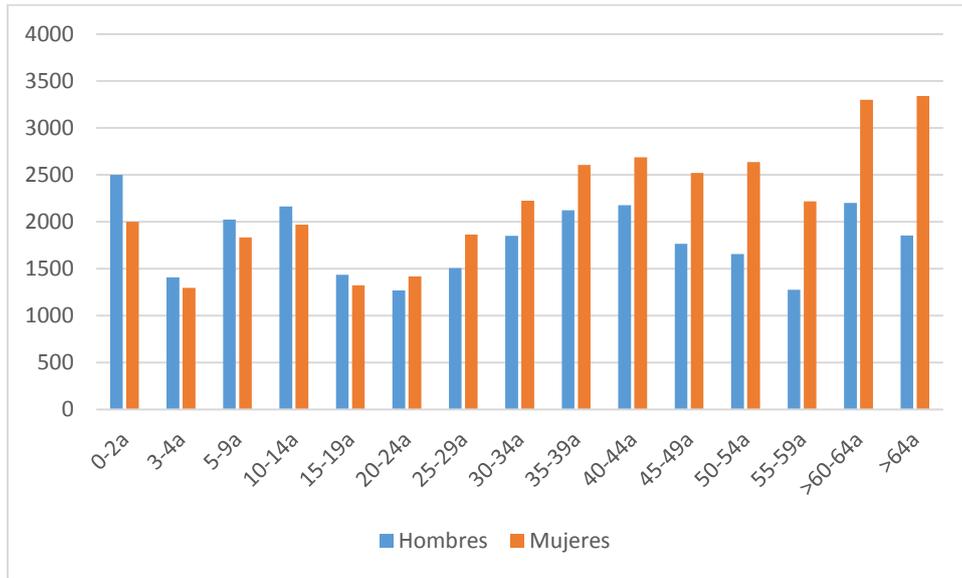
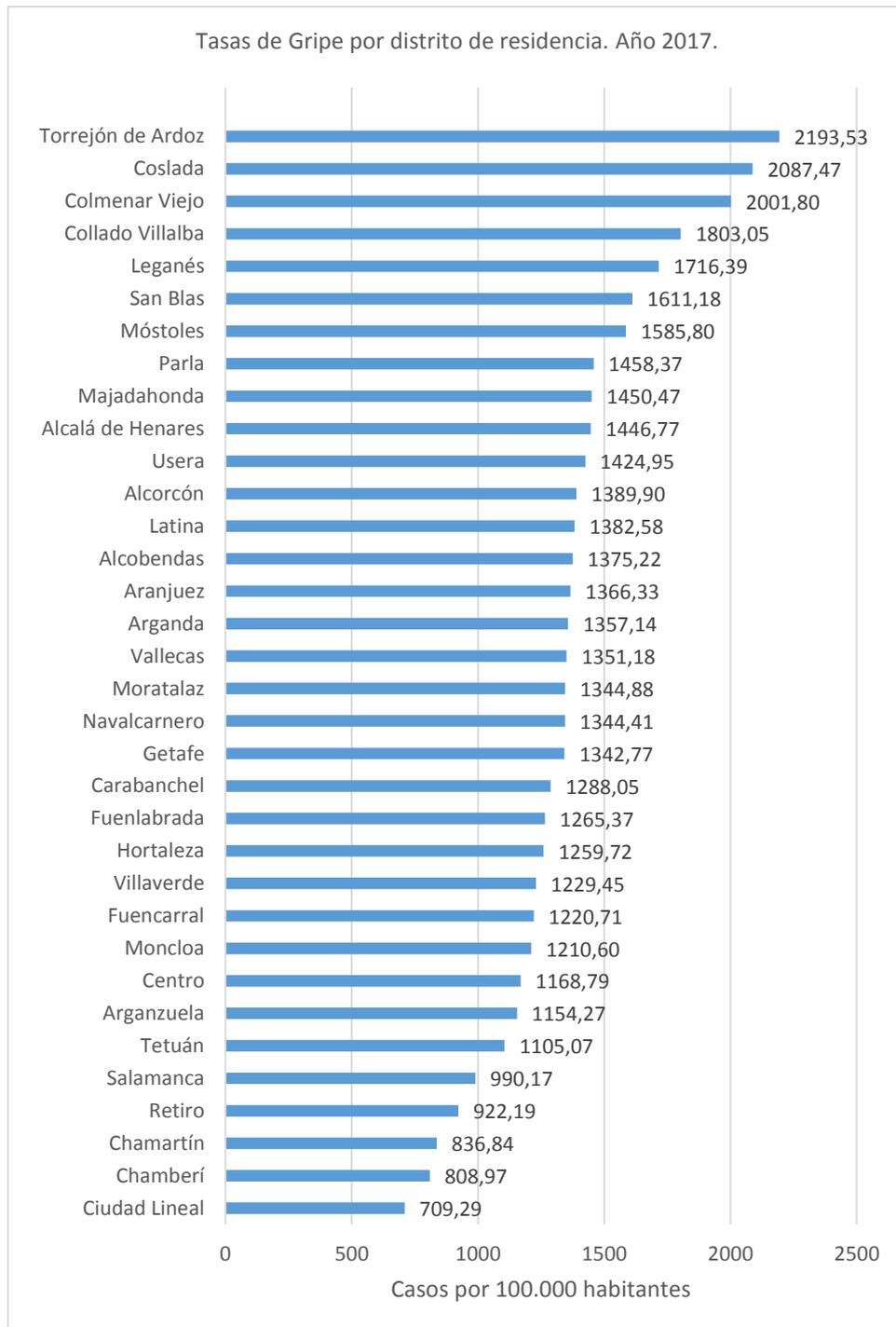
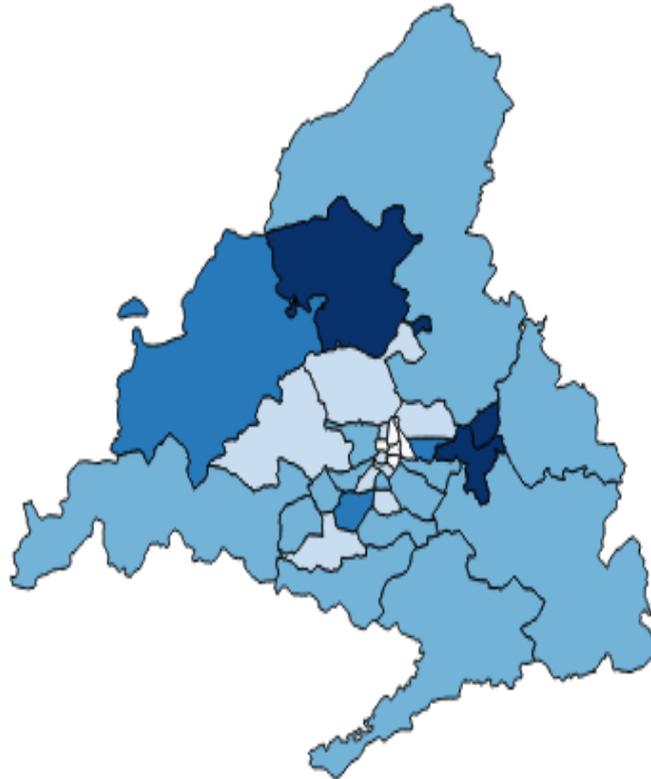


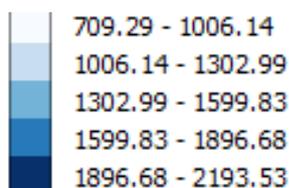
Gráfico 5.1.1.d. Tasas de incidencia de gripe por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.1.1. Tasas de incidencia de gripe por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.1.2 Legionelosis

En el año 2017 se notificaron 87 casos de legionelosis en la Comunidad de Madrid, 34 casos más que durante el año 2016. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,34 casos por 100.000 habitantes. Los distritos más afectados fueron el de Coslada (4,44 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Getafe (3,37 casos por 100.000 habitantes), Ciudad Lineal (3,29 casos por 100.000 habitantes), Parla (2,80 casos por 100.000 habitantes) y Torrejón de Ardoz (2,34 casos por 100.000 habitantes).

El 66,7% de los afectados fueron hombres. La edad media de los casos fue de 66 años, con un rango comprendido entre los 21 y los 102 años. El 50% de los casos presentaron una edad comprendida entre los 54 y los 79 años. El 91,9% 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 (85 casos) o seroconversión (2 casos). Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (32,2%), diabetes mellitus (19,5%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (14,9%), padecer un cáncer (14,9%), inmunodepresión (10,3%), nefropatía (10,3%) y estar en tratamiento con corticoides (4,6%).

Respecto a los criterios de gravedad, 5 pacientes fallecieron, presentando 4 de ellos patología de base grave. El 10,3% requirió el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos y el 96,5% requirió el ingreso en un hospital.

El 23,0% (n= 20) se clasificó como asociado a viaje, considerando como tales aquellos casos que han pasado una o más noches en alojamientos fuera de su residencia habitual en los 10 días previos al inicio de los síntomas.

En cuanto al ámbito de presentación, no se notificó ningún caso nosocomial. Referente al modo de presentación, el 95,4% se recogieron como esporádicos y 1 caso asociado a viaje se registró como relacionado a otro caso fuera de la Comunidad de Madrid.

Durante el año 2017 no se registró ningún brote de legionelosis en la Comunidad de Madrid.

Además de estos 87, durante el año 2017 se notificaron otros 16 diagnósticos 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 10 hombres (62,5%) y 6 mujeres (37,5%), con una edad media de 66 años y un rango comprendido entre los 39 y 103. La mayoría de los casos (75,0%) tenían a España como su país de origen. Todos los casos se confirmaron mediante la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina. En 12 casos (75%) el riesgo estuvo localizado en otras comunidades autónomas y en 4 casos (25%) el riesgo estuvo localizado fuera del territorio nacional. Ocho casos (50%) se consideraron esporádicos, 4 casos (25,0%) se consideraron asociados a brotes.

Gráfico 5.1.2.a. Tasas de legionelosis por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2017.

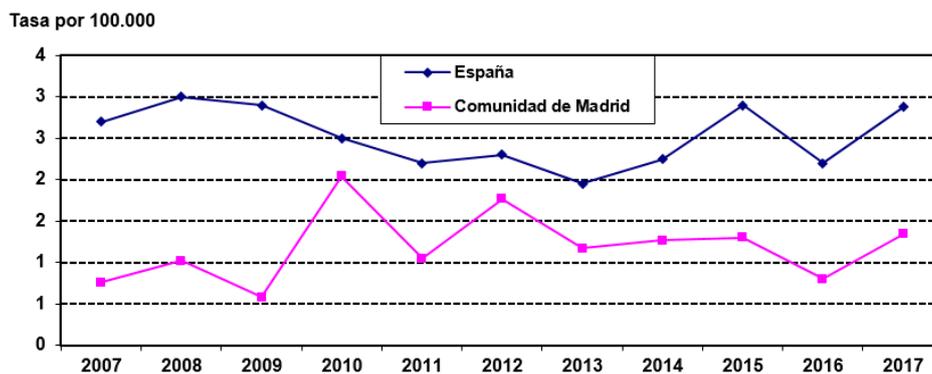


Gráfico 5.1.2.b. Casos de legionelosis por sexo y edad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

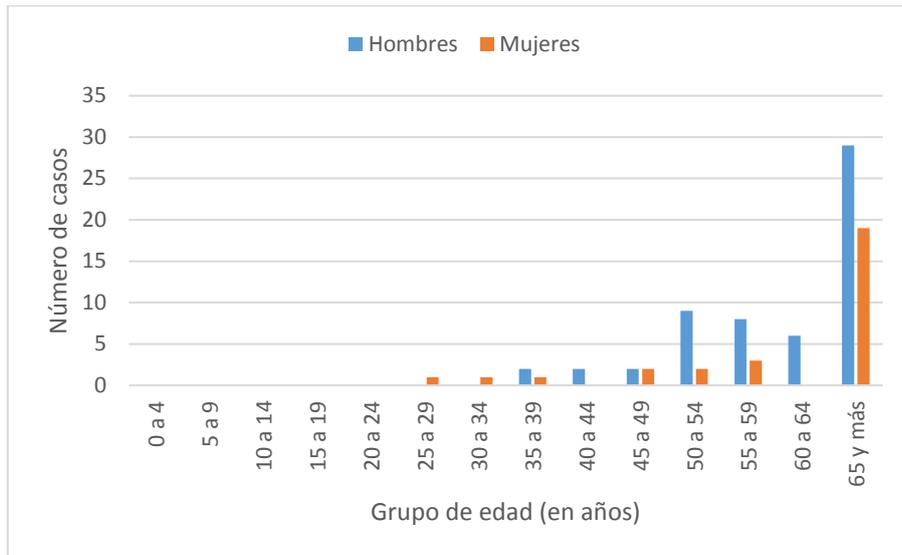
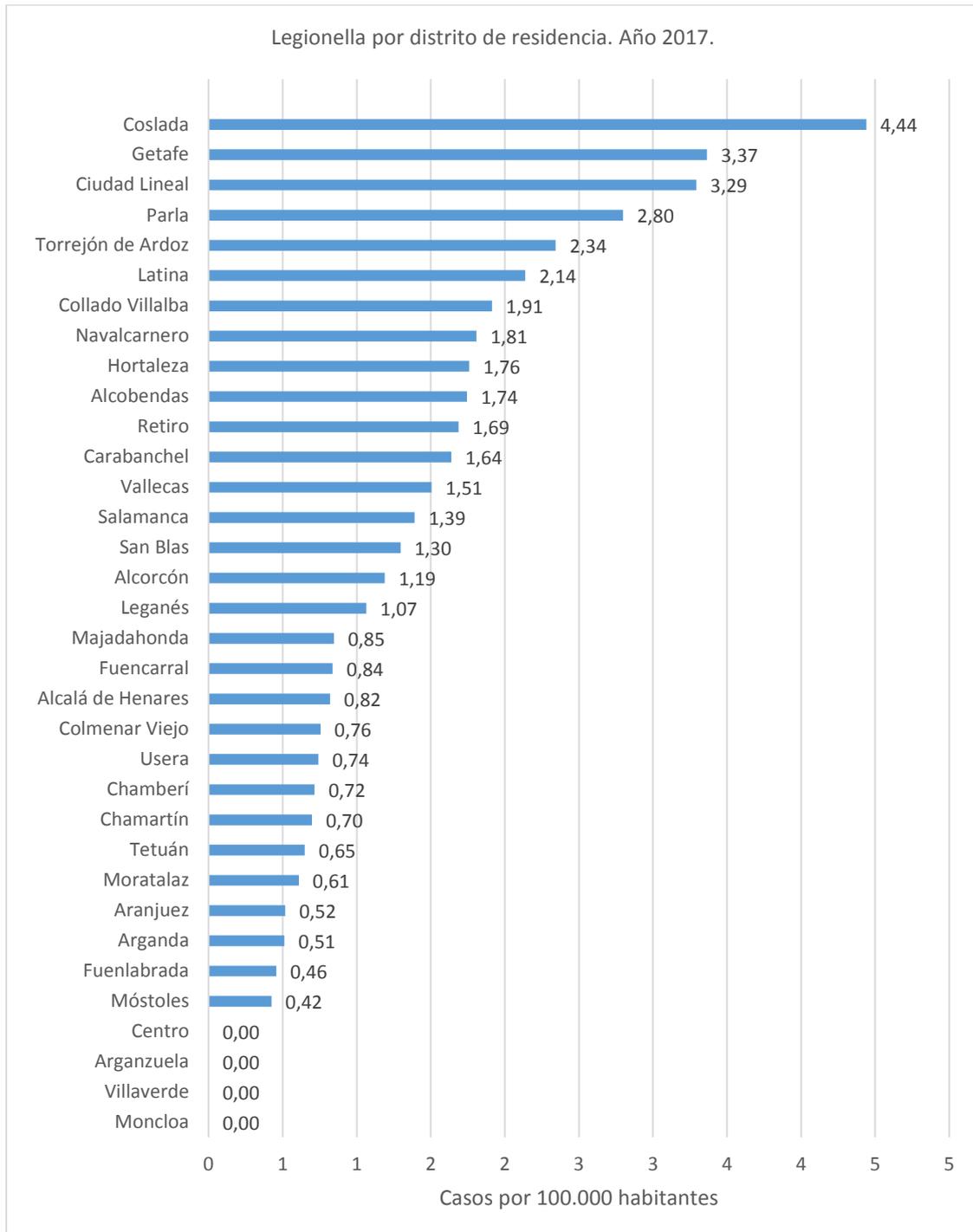
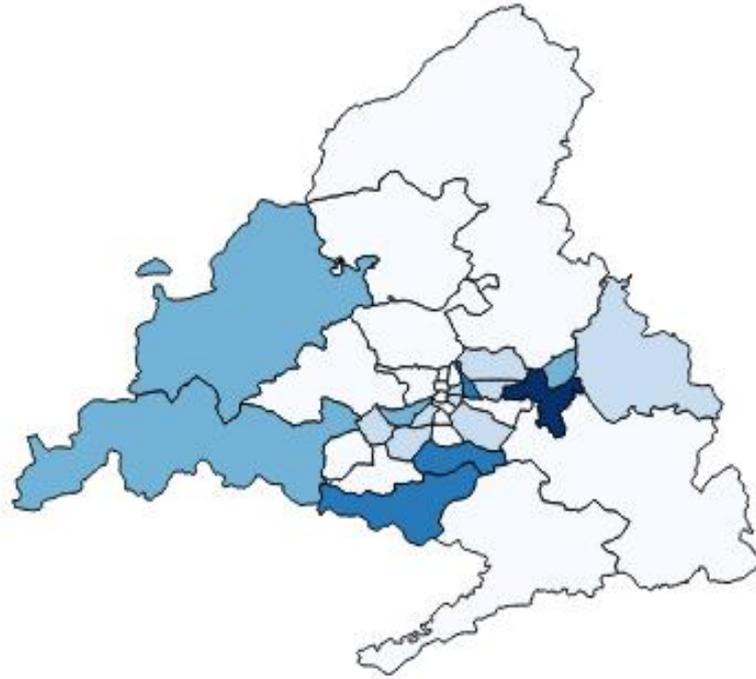
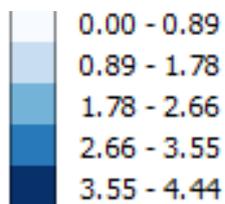


Gráfico 5.1.2.c. Tasas de incidencia de la legionella por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.1.2. Tasas de incidencia de legionelosis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes

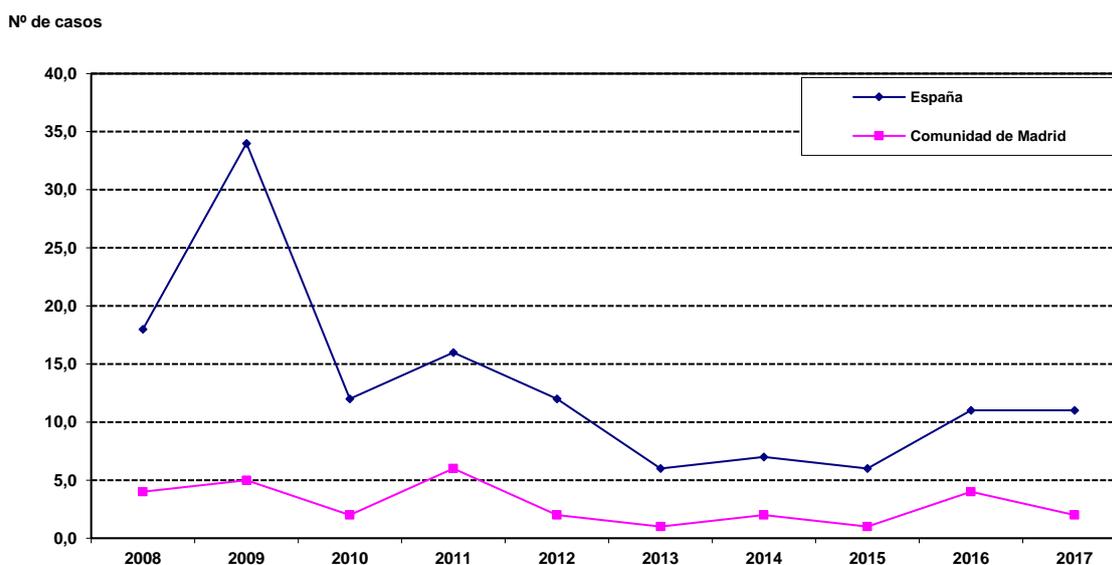


5.1.3 Lepra

En el año 2017 se notificaron 2 casos de lepra confirmados en la Comunidad de Madrid, 2 casos menos que durante el año 2016. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,03 casos por 100.000 habitantes.

Los dos casos confirmados tienen el antecedente de proceder de Brasil. Se trata de un hombre de 33 años y su hija de 3 años, el padre multibacilar y la niña paubacilar. En el momento del diagnóstico en el 2017 eran los dos activos.

Gráfico 5.1.3.a. Nº de casos de lepra por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.



5.1.4 Tuberculosis

Durante el año 2017 se notificaron 604 casos de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 9,28 casos por 100.000 habitantes, la tasa más baja de los últimos años. Los distritos más afectados fueron el de Villaverde (22,43 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Centro (20,83 casos por 100.000 habitantes) y Usera (20,74 casos por 100.000 habitantes).

La incidencia total por sexo fue de 11,68 casos por 100.000 habitantes para hombres, y 7,08 casos por 100.000 habitantes para mujeres. Según grupos de edad, la incidencia en población menor de 15 años fue de 3,24 casos por 100.000 habitantes, en el grupo de edad de 15-64 años fue de 10,25 casos por 100.000 habitantes y en mayores de 64 fue de 11,01 casos por 100.000 habitantes.

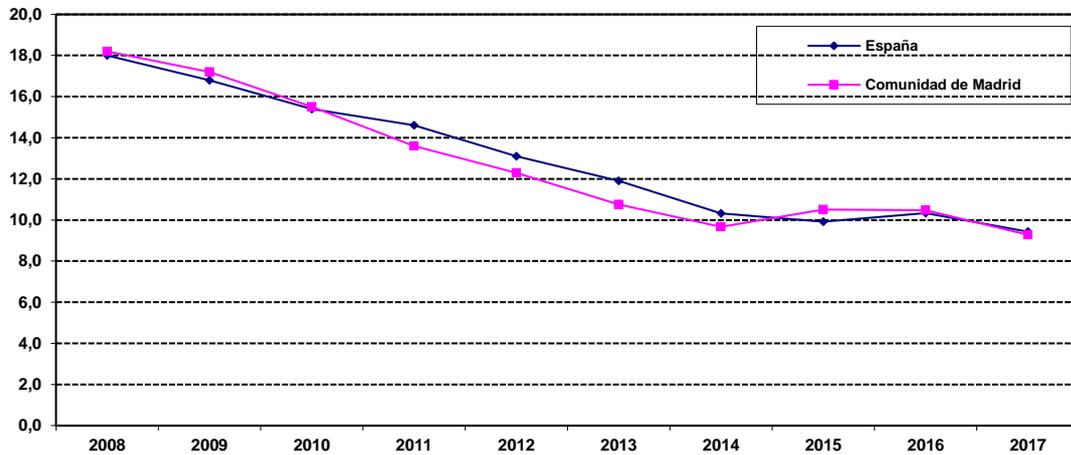
De los casos notificados en la Comunidad de Madrid, 54,0% fueron en personas nacidas fuera de España, lo que representa una tasa de incidencia de 40,99 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de tuberculosis en población autóctona fue de 4,87 casos por 100.000 habitantes.

La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (72,0%), siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 6,68 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera de 3,17 casos por 100.000 habitantes.

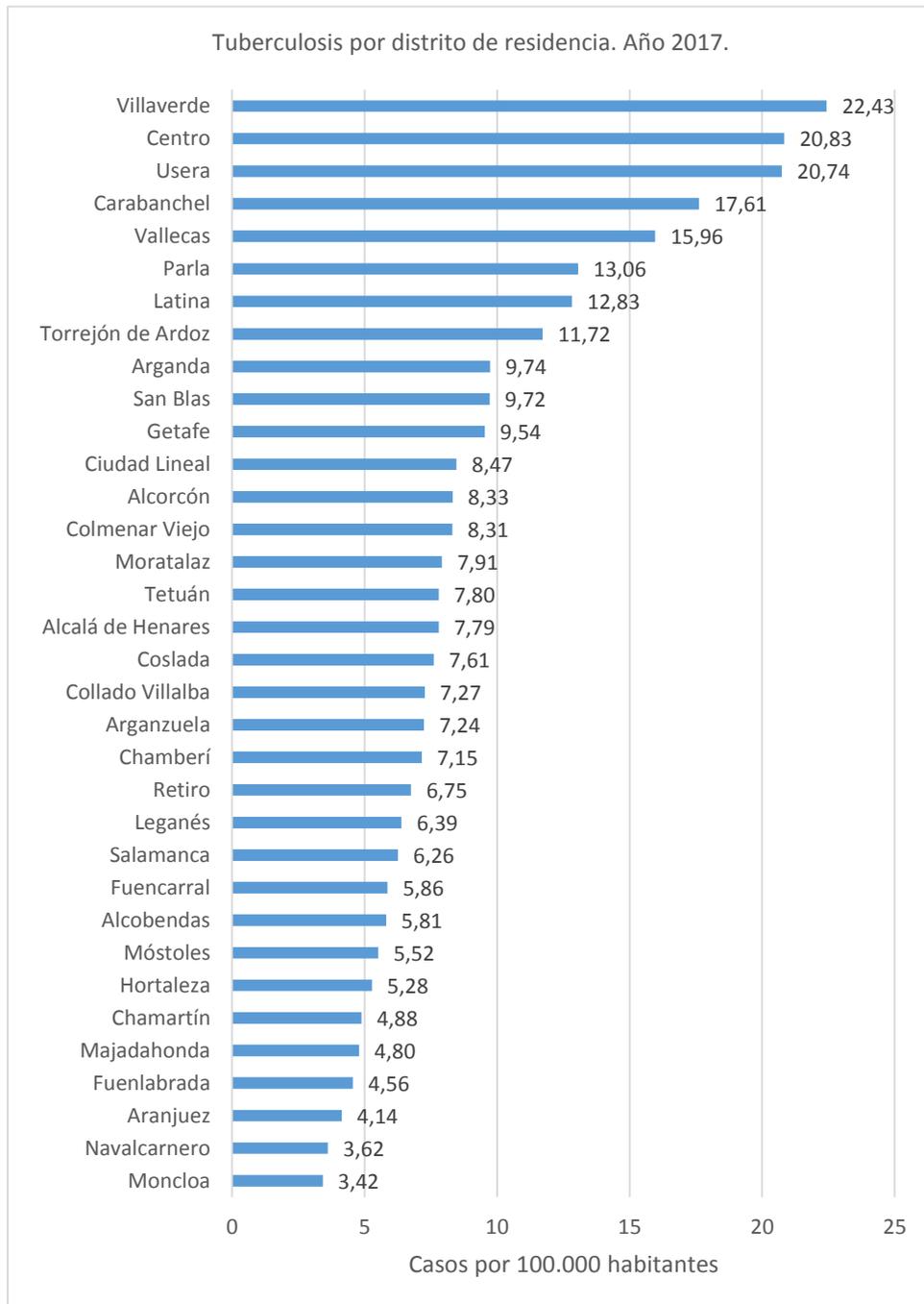
En el informe de “Registro Regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2017” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (octubre 2018. Volumen 24. Nº 10) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 5.1.4.a. Tasas de tuberculosis por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

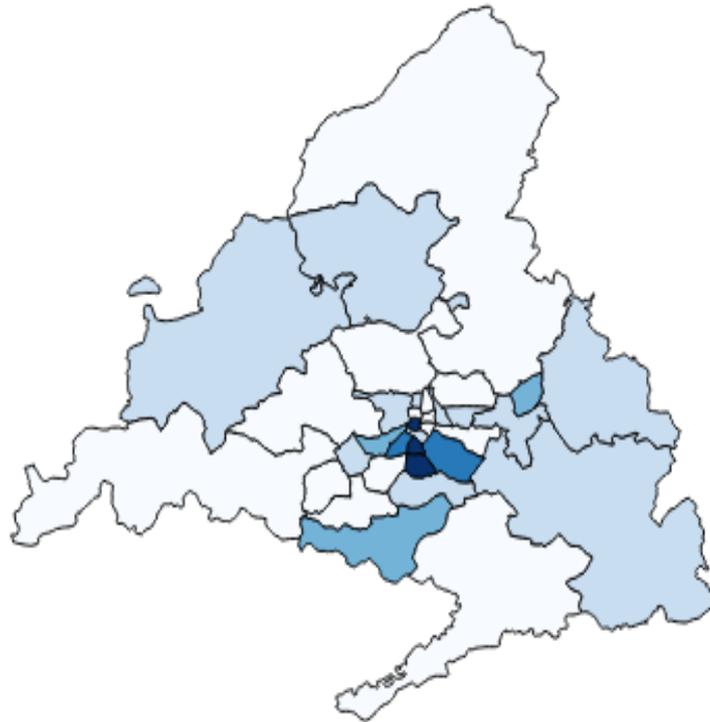
Tasa por 100.000



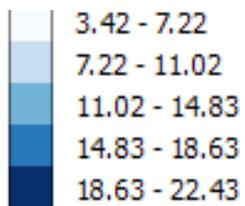
A nivel estatal se vigila se vigila la tuberculosis de todas las localizaciones a partir de 2005, previamente sólo se vigilaban la tuberculosis respiratoria y meningea.

Gráfico 5.1.4.b. Tasas de incidencia de tuberculosis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.1.4. Tasas de incidencia de tuberculosis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.2 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

5.2.1 Botulismo

En el año 2017 se notificó un caso de botulismo en la Comunidad de Madrid (incidencia 0,02 casos por 100.000 h). Se trató de una lactante de 4 meses, con confirmación microbiológica en muestra de heces, que fue positivo a toxina botulínica tipo b. La evolución fue favorable.

Durante la investigación se analizaron muestras de alimentos infantiles comerciales consumidos por el caso, dando todos los resultados negativos.

5.2.2 Campilobacteriosis

En el año 2017 se notificaron 2.174 casos de campilobacteriosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 33,41 casos por 100.000 habitantes.

En el 57,2 % fueron varones, la edad media fue de 23,8 años, el rango fue entre 0 y 97 años. El 46,4% de los casos eran menores de 10 años (27,8% del grupo de 1 a 4 años), el 12,8% eran mayores de 64 años.

El 99,6% de los casos se confirmaron por microbiología, 5 casos (0,2%) se clasificaron como probable por presentar vínculo epidemiológico con un caso confirmado. El 16,0% tuvo que ser hospitalizado, de ellos el 41,7% eran mayores de 64 años y el 29,6% eran menores de 10 años. Se notificaron 8 fallecimientos (tasa de mortalidad 0,12 casos por 100.000 habitantes), todos los fallecidos presentaban factores de riesgo.

Según forma de presentación, se detectaron 2 brotes con 6 casos: 1 brote familiar y otro brote en un establecimiento de restauración, en ambos el agente causal fue el *C. jejuni*.

Gráfico 5.2.2.a. Campilobacteriosis. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2017.

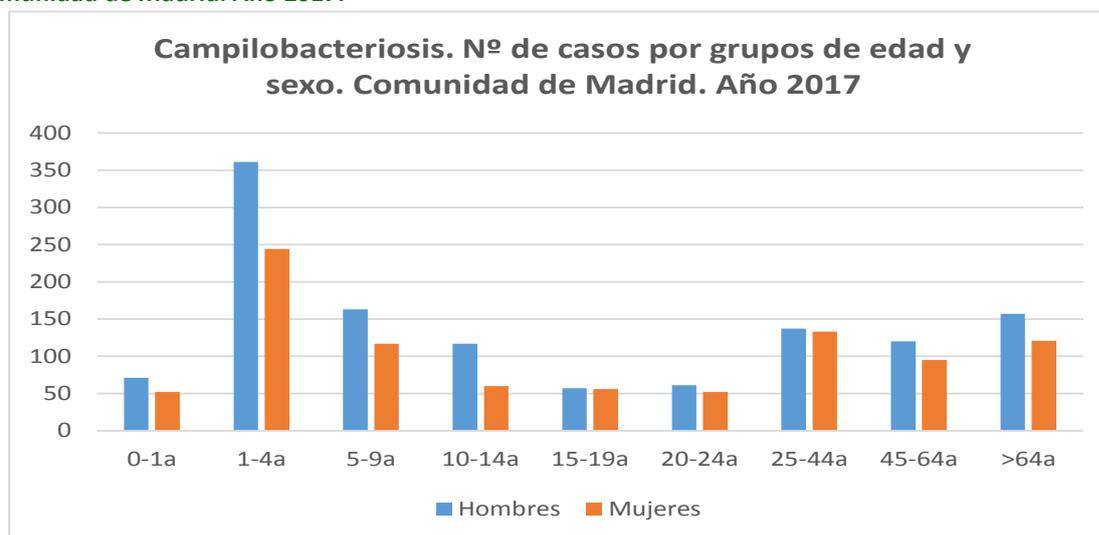


Tabla 5.2.2.b. Campilobacteriosis. Número de Casos totales y hospitalizados por grupos de edad. Comunidad de Madrid 2017.

Grupos de edad	Nº de Casos	Porcentaje de hospitalizados (%)
0-1a	123	8,94
1-4a	605	7,11
5-9a	280	13,57
10-14a	177	18,08
15-19a	113	13,27
20-24a	113	13,27
25-44a	270	10,37
45-64a	215	22,79
>64a	278	41,73
Total	2174	15,96

5.2.3 Criptosporidiosis

En el año 2017 se notificaron 84 casos de criptosporidiosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 1,29 casos por 100.000 habitantes.

El 59,50% fueron varones, la edad media fue de 8,8 años, el rango fue entre 0 y 84 años. El 63,10% de los casos fueron del grupo de 1 a 4 años.

Todos los casos se confirmaron por microbiología. El 10,7% tuvo que ser hospitalizado. No se notificaron fallecimientos.

No se notificó ningún brote.

Gráfico 5.2.3.a. Criptosporidiosis. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2017.

5.2.4 Infecciones por Escherichia Coli productora de toxina Shiga o Vero

En el año 2017 se notificaron 9 casos de infección por *Escherichia Coli* productora de toxina en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,14 casos por 100.000 habitantes.

El 66,6% fueron hombres. El rango de edad fue de 0 a 16 años la edad media fue de 5 años, a diferencia del año 2016 en que el 50% fueron mayores de 64 años. Ocho casos fueron españoles, uno había nacido en República de Hungría.

Todos los casos se confirmaron por microbiología. El 66,7% tuvo que ser hospitalizado. No hubo ningún fallecimiento. En 3 casos se aisló en heces el serogrupo 0157:H7 y en otros tres 0145:H28. Con respecto a las Verotoxinas 1 caso fue STX1 y 5 casos STX2.

Ningún caso presentó como complicación Síndrome hemolítico urémico (SHU).

Según forma de presentación, se detectó un brote con tres afectados, en un colectivo escolar cuyo agente causal fue del serogrupo 0145:H28.

5.2.5 Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el 2017 se notificaron 11 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,17 casos por 100.000 habitantes.

En el 63,6 % fueron mujeres, la edad media fue de 37,2 años, el rango fue entre 1 y 72 años. El 72,7% de los casos eran mayores de 25 años.

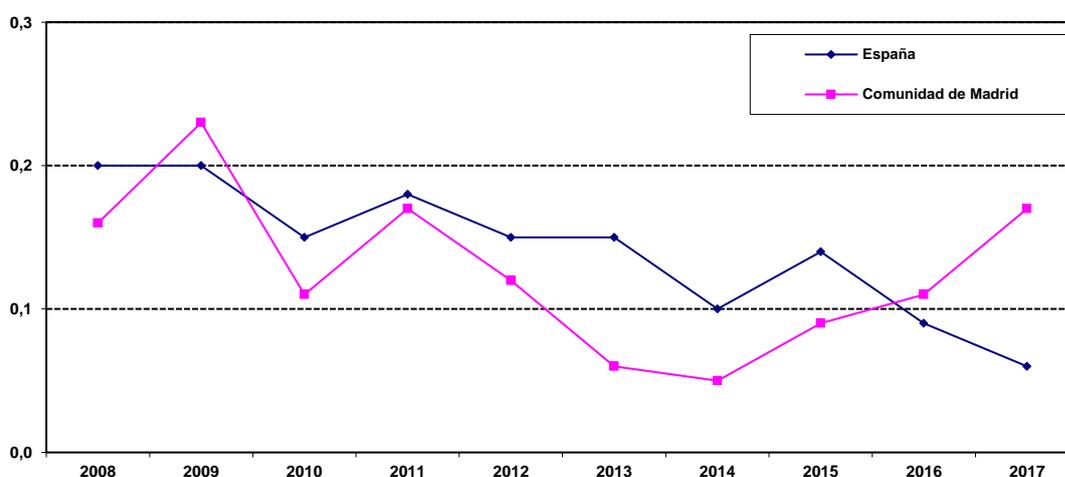
Todos los casos se confirmaron por microbiología. El 72,7% fueron *S. Typhi* el resto *S. Paratyphi*.

El 90,9% tuvo que ser hospitalizado. No hubo ningún fallecimiento.

Según origen del riesgo, 9 casos fueron importados, con antecedente de viaje en el período de incubación a los siguientes lugares: en 5 casos a la India y en 1 caso a: Marruecos, Filipinas, Arabia Saudí y Bolivia.

Gráfico 5.2.5.a. Tasas de fiebre tifoidea y paratifoidea por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

Tasa por 100.000



5.2.6 Giardiasis

En el 2017 se notificaron 431 casos de giardiasis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 6,62 casos por 100.000 habitantes.

En el 51,7% fueron varones, la edad media fue de 17,1 años, con un rango entre 0 a 80 años. El 57,7% de los casos eran del grupo de 1 a 9 años y 25,9% del grupo de 25 a 44 (gráfico 5.5.2.6.a).

El 99,0%, (427 casos) se confirmaron por microbiología y 4 casos se clasificaron como probables por vínculo epidemiológico.

El 3,2% (14 casos) tuvo que ser hospitalizado. No se notificó ningún fallecimiento.

Según forma de presentación, se detectaron 5 brotes: 3 familiares y 2 en colectivo escolar con 16 casos afectados en total, no hubo ningún ingreso.

Gráfico 5.2.6.a. Giardiasis. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2017.



5.2.7 Hepatitis A

Durante el año 2017 se notificaron 1.029 casos en la Comunidad de Madrid, 801 casos más que en el año 2016. La tasa de incidencia acumulada en la Comunidad de Madrid fue de 15,81 casos por 100.000 habitantes, mayor que los 9,31 casos por 100.00 registrados para el conjunto de España. El distrito más afectado fue el Distrito Centro (173,58 casos por 100.000 habitantes), seguido de Arganzuela (34,88 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (28,61 casos por 100.000 habitantes).

El 87,2% de los casos notificados en 2017 se dieron en hombres. La edad media fue de 31 años, con un rango que osciló entre 0 y 86 años. El 50% de los casos tenía entre 25 y 37 años. En relación al país de origen, el 81,4% eran personas nacidas en España y entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron de Venezuela (n=32), Colombia (n=18), Italia (n=18), Ecuador (n=12), Cuba (n=10) y Francia (n=10).

Todos los casos fueron confirmados por laboratorio de microbiología. El 3,0% (n=31) tenían antecedente de vacunación.

En 164 casos (15,9%) se recogió antecedente de viaje durante el periodo de incubación, 47 de ellos a países endémicos.

El 29,1% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 16,4% por atención especializada y el 54,4% del total de notificaciones fueron por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual.

Según forma de presentación, se detectaron 32 brotes con 85 casos, 25 brotes fueron familiares/amigos, cuatro en un colectivo laboral, dos en un colectivo escolar, y uno en un establecimiento de restauración. En cuanto al mecanismo de transmisión: en 28 brotes fue por contacto directo, en tres de ellos se asociaron a alimentos y en uno de ellos desconocido.

Gráfico 5.2.7.a. Tasas de hepatitis A por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2017.

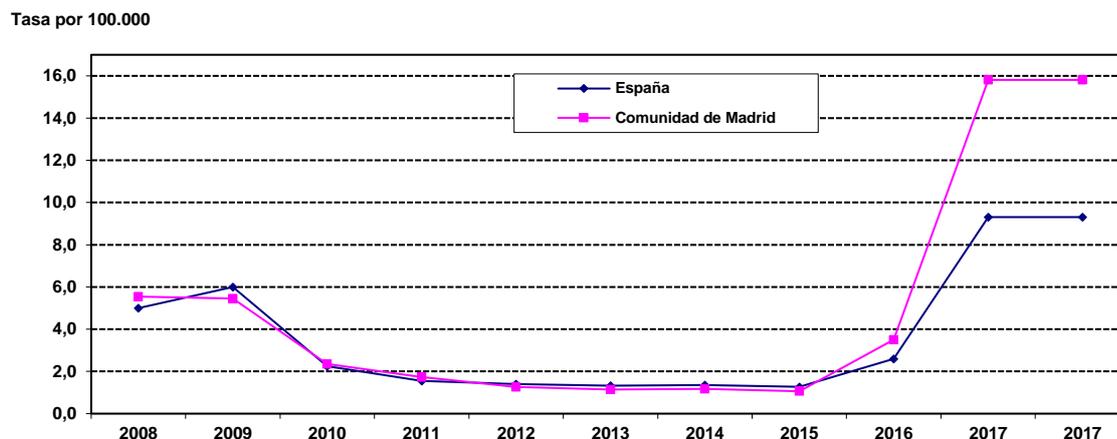


Gráfico 5.2.7.b. Hepatitis A. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2017.



Gráfico 5.2.7.c. Hepatitis A. Número de Casos por grupos de edad y país de nacimiento. Comunidad de Madrid 2017.

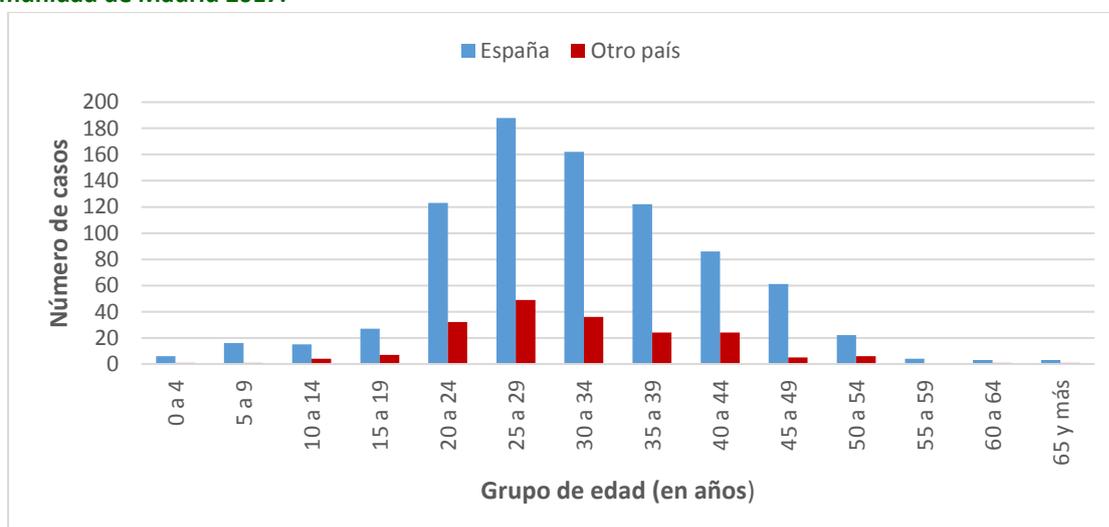


Gráfico 5.2.7.d. Hepatitis A. Número de Casos por semana de notificación. Comunidad de Madrid 2007 a 2017.

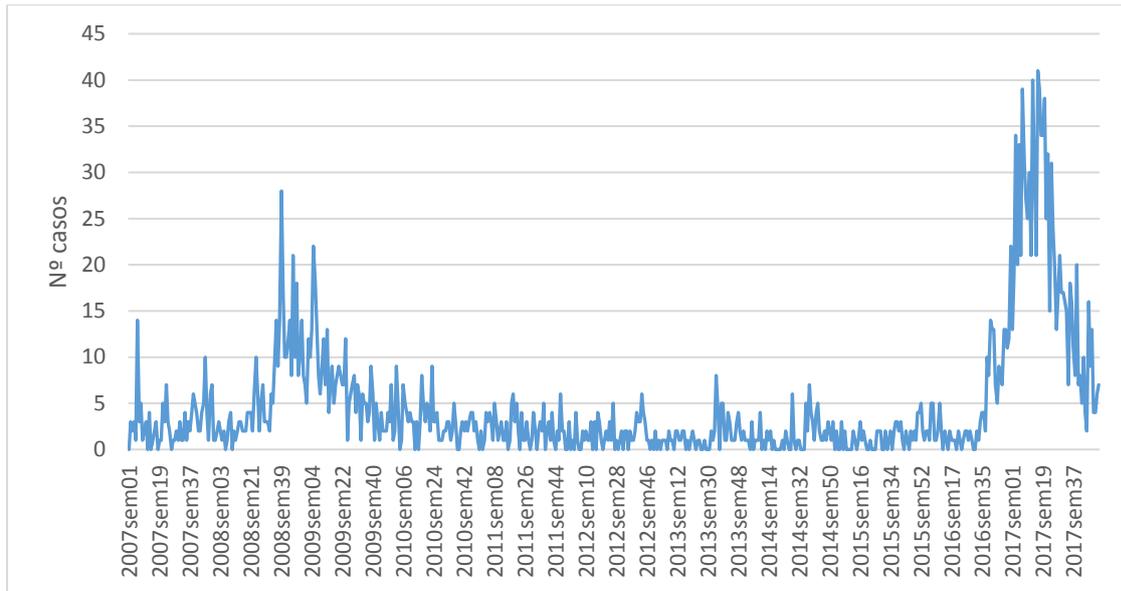
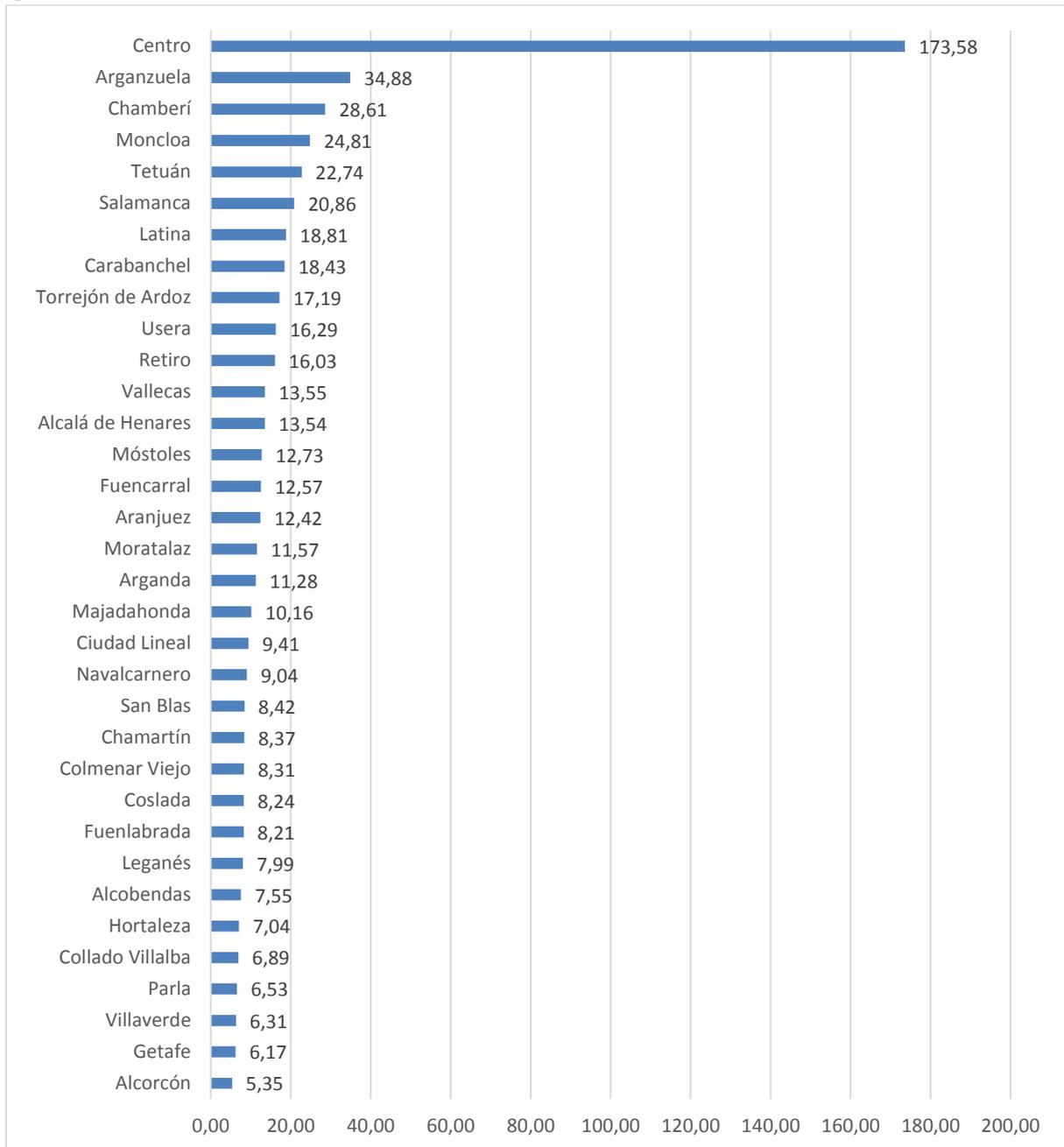
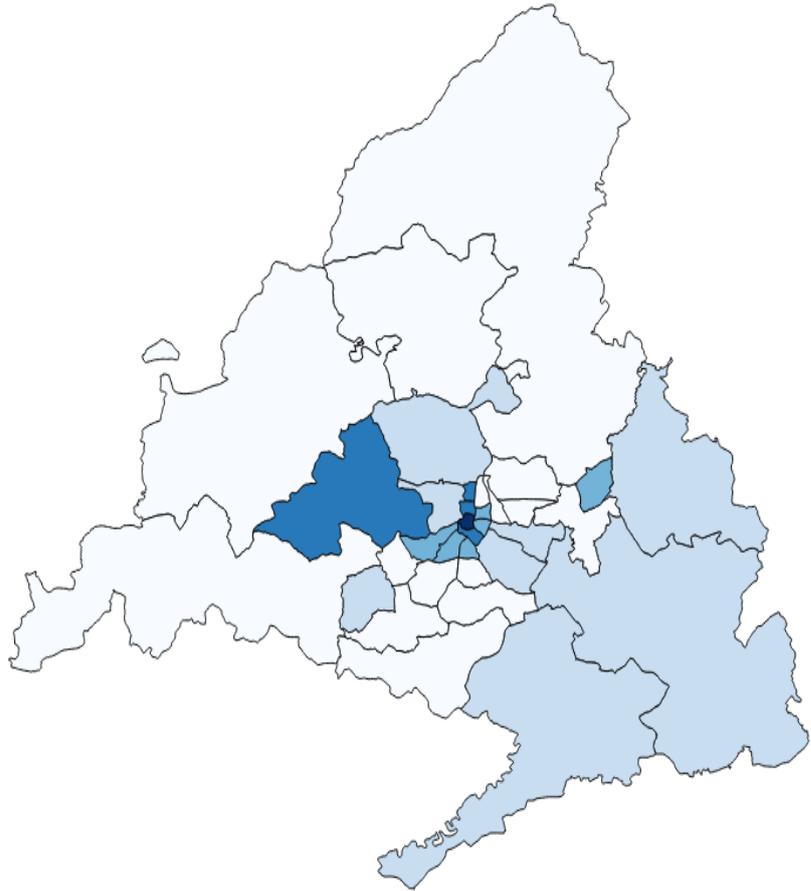
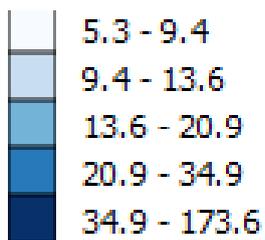


Gráfico 5.2.7.e. Tasas de incidencia de hepatitis A por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.2.7. Tasas de incidencia de hepatitis A por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.2.8 Listeriosis

En el 2017 se notificaron 58 casos de listeriosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,89 casos por 100.000 habitantes.

El 58,6% fueron varones y la edad media fue de 64,9 años con un rango comprendido entre los 0 y los 91 años. El 62,1% de los casos eran mayores de 65 años, el 25,9% del grupo de 45 a 64 años y el 3,5% (2 casos) menores de 1 año (neonatos).

En el caso de los 2 neonatos, la infección fue por transmisión vertical. Se trataba de un niño y una niña. La forma clínica de ambos niños fue de meningitis y septicemia y en uno de ellos, además, con presencia de lesiones en piel y mucosas. En los dos la evolución fue favorable. La forma clínica del resto de casos fue: fiebre en el 44,8%, meningitis en el 34,5%, septicemia en el 27,6% y otras en el 13,8%.

El 100% de los casos se confirmaron, el 96,6% por aislamiento microbiológico y 3,4% por vínculo epidemiológico. Estos últimos por transmisión vertical ya que en esta enfermedad la transmisión vertical clasifica al caso como confirmado.

Del total de los casos se hospitalizó al 96,6%. Se notificaron 10 fallecimientos, todos mayores de 45 años. El 69,0% tenía factores de riesgo.

Cinco casos tenían antecedente de viaje a diferentes Comunidades Autónomas en el período de incubación. Un caso fue importado, con antecedente de viaje fuera de España (viaje a Italia y Alemania).

En el informe de "Listeriosis en la Comunidad de Madrid. Años 2017-2018" del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (octubre 2018. Volumen 24. Nº10) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 5.2.8.a. Listeriosis. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2017.



5.2.9 Salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*)

En el 2017 se notificaron 1.801 casos en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 27,68 casos por 100.000 habitantes.

En el 53,1% fueron hombres, la edad media fue de 30,2 años, con rango entre 0 y 96 años. El 39,4% de los casos eran del grupo de 1 a 14 años y 48,1% mayores de 25 años (Gráfico 5.2.9.a).

El 92,7% (1.670 casos) se confirmaron por laboratorio de microbiología y 7,3% (131 casos) se clasificó como probable por vínculo epidemiológico con un caso confirmado.

En la tabla 5.2.9.a se especifica la hospitalización por grupos de edad. Se notificaron 4 fallecimientos en mayores de 70 años, todos con antecedentes de riesgo.

Según forma de presentación, en el año 2017 se notificaron 73 brotes de salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*) con 491 enfermos, el 54,8% de los brotes fueron familiares, el 39,7% fueron brotes en establecimientos de restauración, el 4,1% fueron en colegios y 1,4% residencias de personas mayores (1 residencia). En el 86,3% de los brotes el modo de transmisión fue de origen alimentario y en el 12,3 % por transmisión directa.

Gráfico 5.2.9.a. Salmonelosis. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2017.

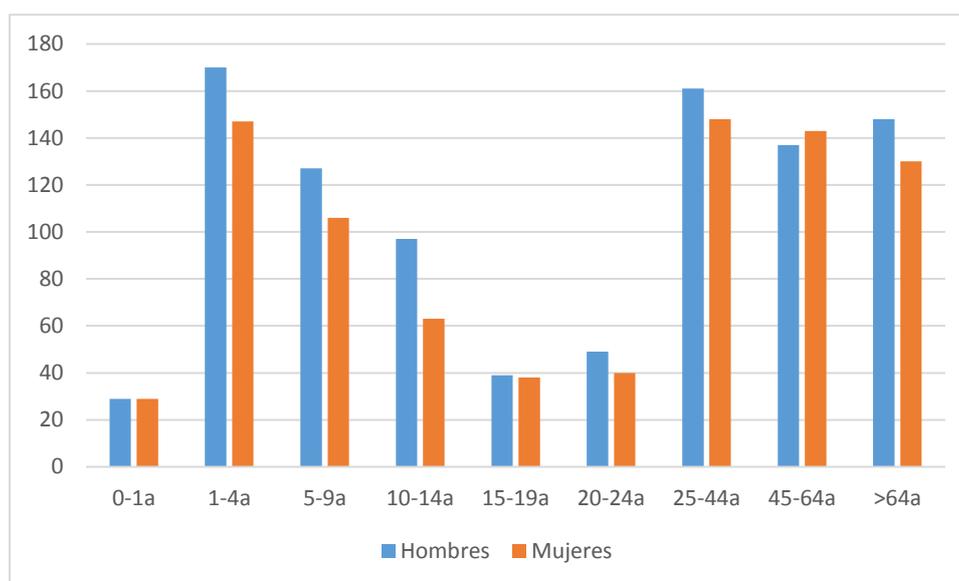


Tabla 5.2.9.a. Salmonelosis. Número de Casos totales y porcentaje de hospitalizados por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Grupos de edad	Nº Casos	Porcentaje de hospitalizados (%)
0-1a	58	31,03
1-4a	317	21,45
5-9a	233	35,19
10-14a	160	29,38
15-19a	77	29,87
20-24a	89	21,35
25-44a	309	25,24
45-64a	280	34,22
>64a	278	59,71
Total	1801	33,76

Tabla 5.2.9.b. Salmonelosis. Número de Casos por agente causal y hospitalización. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Agente causal	Nº de Casos	Porcentaje (%)
<i>S. enterica</i>	1.005	36,72
<i>Salmonella spp</i>	636	34,91
Sin clasificar tipo	160	10,63

5.2.10 Shigelosis

En el 2017 se notificaron 59 casos en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,91 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.2.10.a.)

El 81,4% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 32,8 años, con un rango que oscilaba entre 4 y 65 años, el 62,7% (37 casos) fueron del grupo de edad de entre 25 y 44 años (Gráfico 5.2.10.b.)

Todos los casos se clasificaron como confirmados por aislamiento de *Shigella*. En la Tabla 5.2.10.a se presenta el tipo de agente causal por grupos de edad, el mayor número de casos se concentra en *S flexneri* en el grupo de 25 a 44 años. En la tabla 5.2.10.b se observa el nº de casos totales y % de hospitalizados por agente causal; *Shigella spp* ha presentado el mayor porcentaje de casos hospitalizados.

En el 20,3% (12 casos) constaba el antecedente de viaje durante el período de incubación. En dos casos el viaje fue en España (Canarias y Castilla la Mancha). Y 10 casos (16,95%) fueron importados: 3 casos habían viajado a Perú, 2 casos a México, África y a la India y un caso había viajado a Inglaterra.

Gráfico 5.2.10.a. Tasas de shigelosis por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

Tasa por 100.000

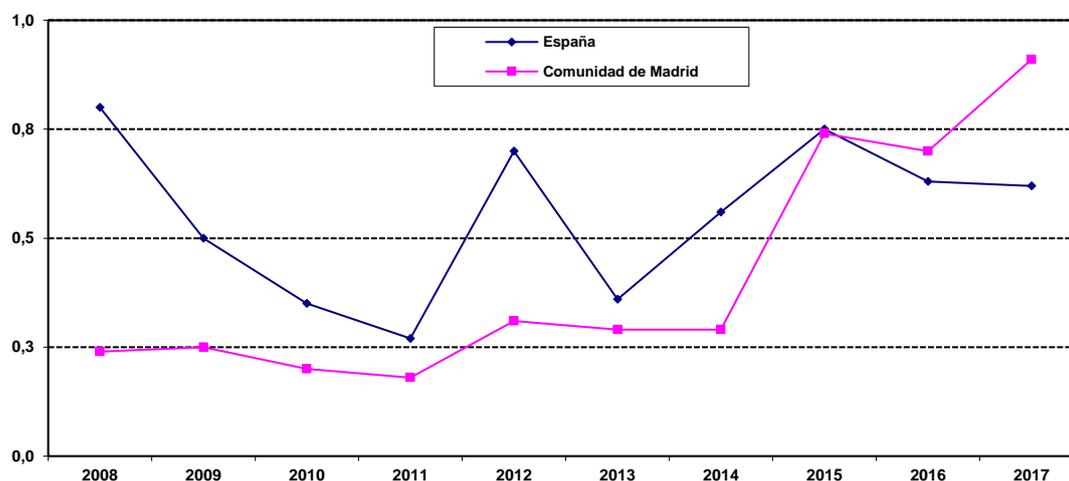
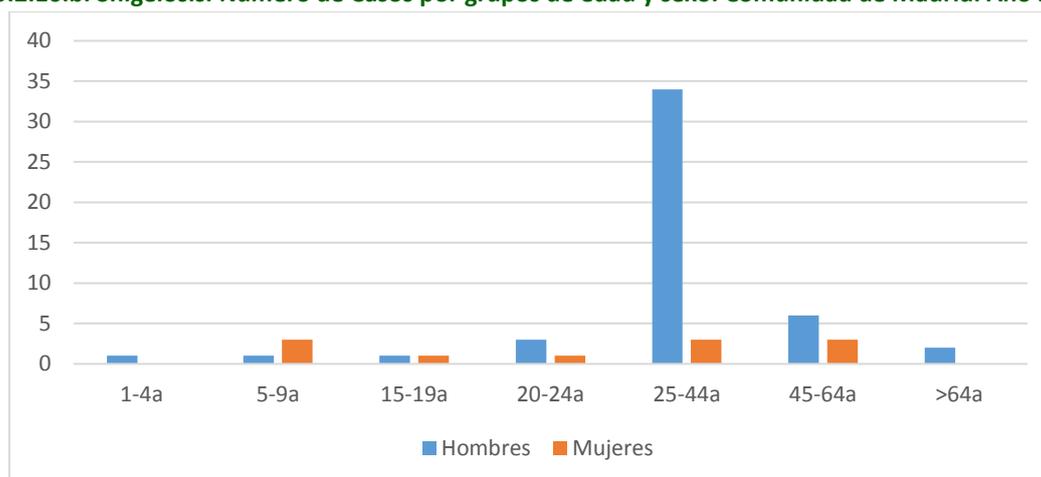


Gráfico 5.2.10.b. Shigelosis. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2017.**Tabla 5.2.10.a. Shigelosis. Número de Casos por grupos de edad y agente causal. Comunidad de Madrid 2017.**

Grupo de edad	<i>S. boydii</i>	<i>S. flexneri</i>	<i>S. sonnei</i>	<i>S. spp</i>	% Hospitalización
0-1a	0	0	0	0	0,0
1-4a	0	0	1	0	0,0
5-9a	0	0	0	0	3,4
10-14a	0	2	2	0	0,0
15-19a	0	0	2	0	0,0
20-24a	0	0	4	0	0,0
25-44a	1	19	8	9	18,6
45-64a	0	5	2	2	3,4
>64a	0	2	0	0	1,7
Total	1	28	19	11	27,1

*NºH=Números de hospitalizados, **% porcentaje de hospitalizados con respecto al total de casos por grupos de edad

Tabla 5.2.10.b. Shigelosis. Número de Casos por agente causal y hospitalización. Comunidad de Madrid 2017.

Agente causal	Nº Casos	Porcentaje (%)
<i>Shigella boydii</i>	1	0,0
<i>Shigella flexneri</i>	28	35,7
<i>Shigella sonnei</i>	19	5,3
<i>Shigella spp</i>	11	45,5
Sin clasificar tipo	0	0,0
Total	59	27,1

5.2.11 Triquinosis

En el año 2017 se notificó un caso de triquinosis en la Comunidad de Madrid, incidencia 0,02 casos por 100.000 habitantes. Se trató de un hombre de 75 años. Fue un hallazgo casual, se identificaron larvas en párpado en el contexto de una cirugía ocular, el paciente estaba asintomático.

Se realizaron determinaciones microbiológicas a su esposa con resultados negativos. En la encuesta epidemiológica se recogió el consumo de embutidos procedentes de una matanza en zona rural del sur de la Comunidad de Madrid. Esta información no se pudo contrastar.

5.2.12 Yersiniosis

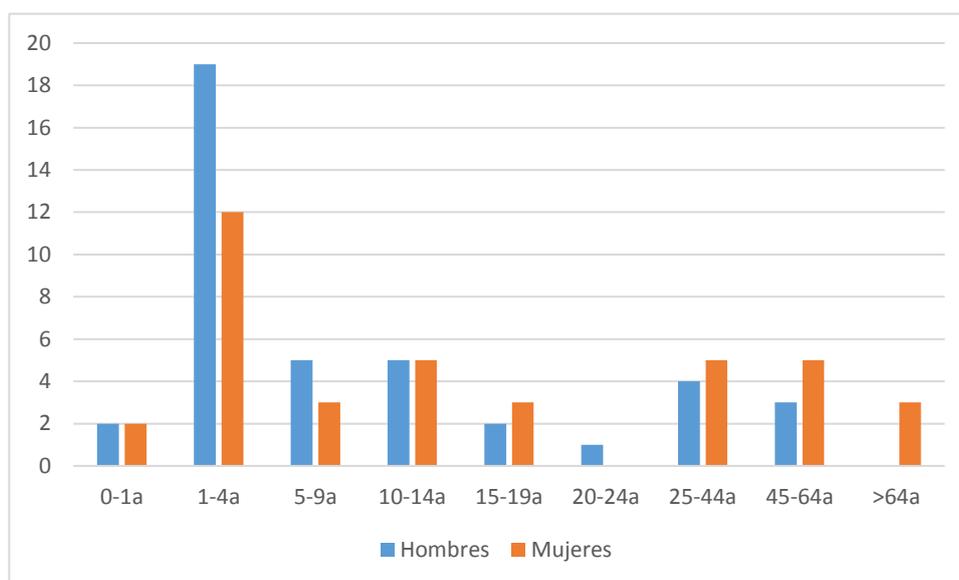
En el año 2017 se notificaron 79 casos de yersiniosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 1,21 casos por 100.000 habitantes.

El 51,9% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 16,3 años, con rango entre 0 y 81 años.

Todos se clasificaron como confirmados por aislamiento. El 2,53% fueron *Yersinia Spp* y el 97,47% *Y. enterocolítica*; de éstas el 3,9% *yersinia 1 enterocolítica* y el 23,4% *yersinia 2 enterocolítica*; el resto sin determinar.

Requirieron hospitalización el 8,9% de los casos. No se notificó ningún fallecimiento.

Gráfico 5.2.12.a. Yersiniosis. Número de Casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2017.



5.3 ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

5.3.1 Enfermedad meningocócica

En el año 2017 se han registrado 27 casos de enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid, 4 casos más que en 2016. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,41 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.3.1.a). Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Torrejón de Ardoz (1,57 casos por 100.000 habitantes), Coslada (1,27 casos por 100.000 habitantes) y Vallecas (1,20 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 5.3.1.b).

Se confirmó el 96,3% de los casos de enfermedad meningocócica registrados. El serogrupo (SG) B ha producido el 44,44% (12) de los casos, suponiendo una incidencia de 0,18 casos por 100.000 habitantes y el SG C el 11,11% (3), con una incidencia de 0,05 casos por 100.000 habitantes. También se ha notificado tres casos por SG Y y tres por el SG W (incidencia 0,05 casos por 100.000 habitantes respectivamente). Este año en el 18,51% (5) de los casos no se ha determinado el SG.

La enfermedad meningocócica ha sido más frecuente en hombres (razón de tasas H/M: 1,58). Con respecto a los grupos de edad ha afectado sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 40,74% de los casos. La mayor incidencia se observa en el grupo de menores de 1 año (4,85 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edades de 1 a 4 años (3,03 casos por 100.000 habitantes).

Las formas clínicas de presentación han sido: meningitis (29,63%), sepsis (22,22%), meningitis + sepsis (18,52%), neumonía (14,81%), meningococemia (7,41%), derrame pleural y epiglotitis 3,70% respectivamente.

Se conoce la evolución en el 96,30% de los casos, de estos ha sido favorable en el 84,62% (22 casos), dos casos sufrieron secuelas y dos fallecieron (letalidad global 7,41% y tasa de mortalidad 0,03 por 100.000 habitantes). Se trataba de dos mujeres mayores de 64 años, un caso producido por el SG B y otro por SG C. La forma clínica de los casos letales ha sido sepsis y en los dos casos con secuelas meningitis.

En el año 2017 se ha registrado un caso secundario a otro que era familiar (primo), fueron por SG B, con 72 horas de diferencia en el inicio de síntomas y con el mismo subtipaje: "VR1:19;VR2:15". Así mismo se registraron dos casos coprimarios, en la misma Escuela Infantil con menos de 24 horas de diferencia en el inicio de síntomas, en el primer caso se identificó SG B, pero no se pudo identificar el SG del segundo.

En el informe de "Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2016/17. Comunidad de Madrid" del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Junio 2018. Volumen 24. Nº6) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 5.3.1.a. Tasas de enfermedad meningocócica por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

Tasa por 100.000

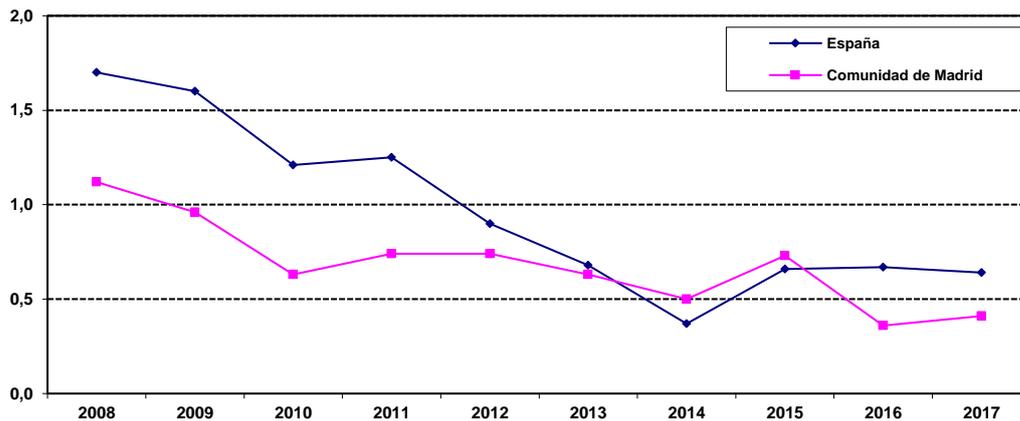
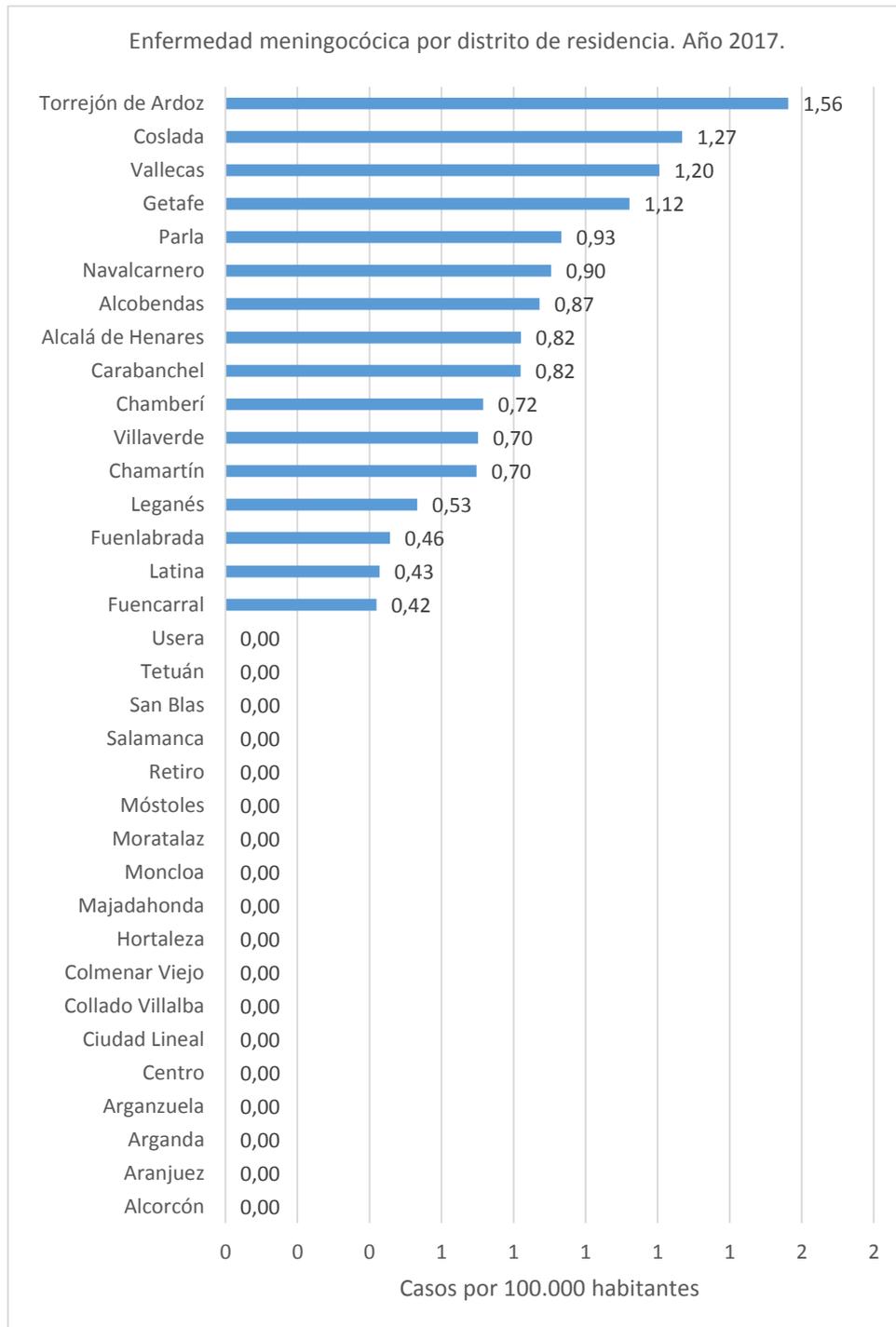
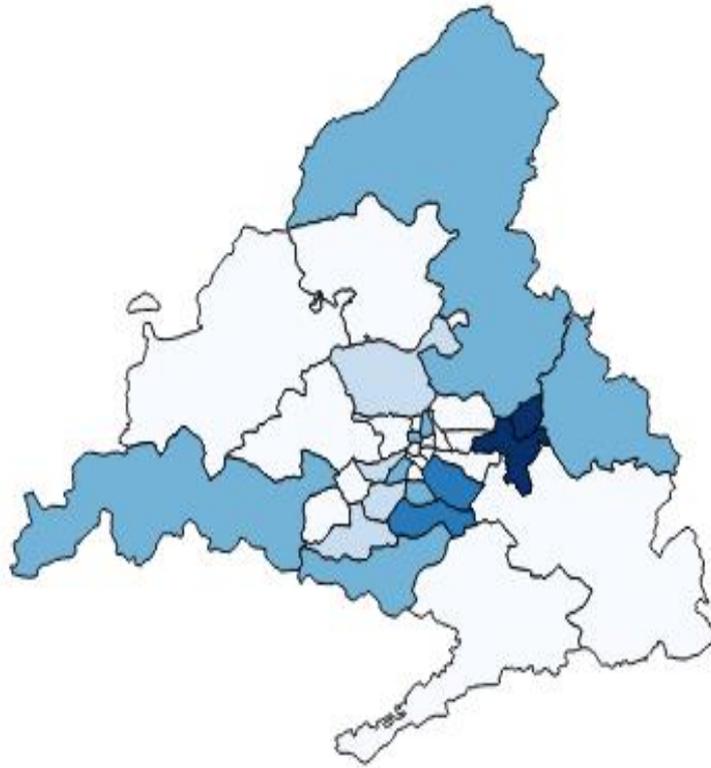


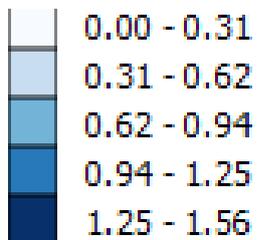
Gráfico 5.3.1.b. Tasas de incidencia de enfermedad meningocócica por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.3.1. Tasas de incidencia de enfermedad meningocócica por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.3.2 Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2017 se han notificado en la Comunidad de Madrid 48 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,74 casos por 100.000 habitantes. Los distritos con mayor tasa de incidencia fueron los de Colmenar Viejo (2,27 casos por 100.000 habitantes), Usera (2,22 casos por 100.000 habitantes) y Parla (1,87 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 5.3.2.b).

El 45,9% fueron hombres; razón de tasas hombre/mujer 0,92. La edad media de los casos fue de 52,6 años. El 8,3% (4 casos) eran menores de un año y el 66,7 eran mayores de 45 años.

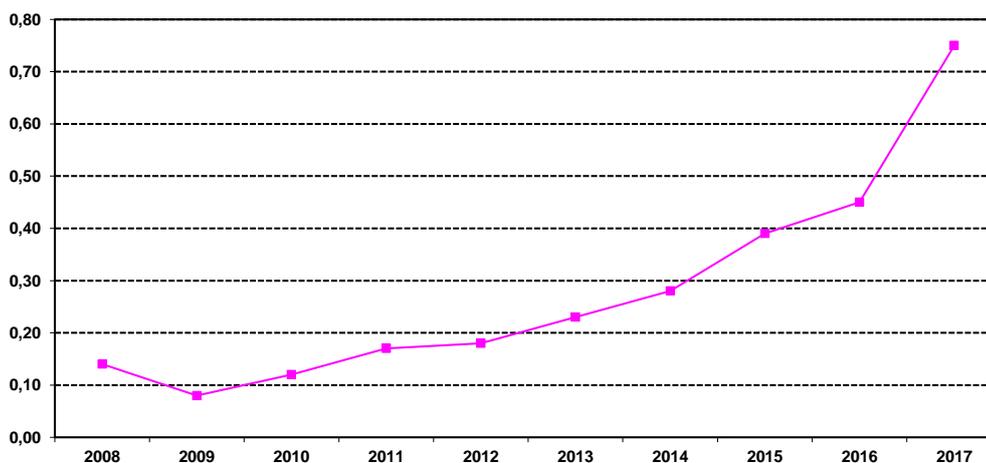
En 2 casos se han identificado *Haemophilus influenzae* tipo b (incidencia 0,03 casos por 100.000 habitantes). En 43 casos *Haemophilus influenzae* ssp (no tipificables) (incidencia 0,34 casos por 100.000 habitantes). Y en otros 3 casos *Haemophilus influenzae*: un productor de betalactamasa, un tipo a y un tipo 1n.

La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* se ha presentado en forma clínica de neumonía en 40,8% de los casos, sepsis en el 30,6% y meningitis en el 16,3%.

Ocho casos fueron menores de 5 años, de éstos ninguno fue por *Haemophilus influenzae* tipo b, todos estaban vacunados correctamente para su edad.

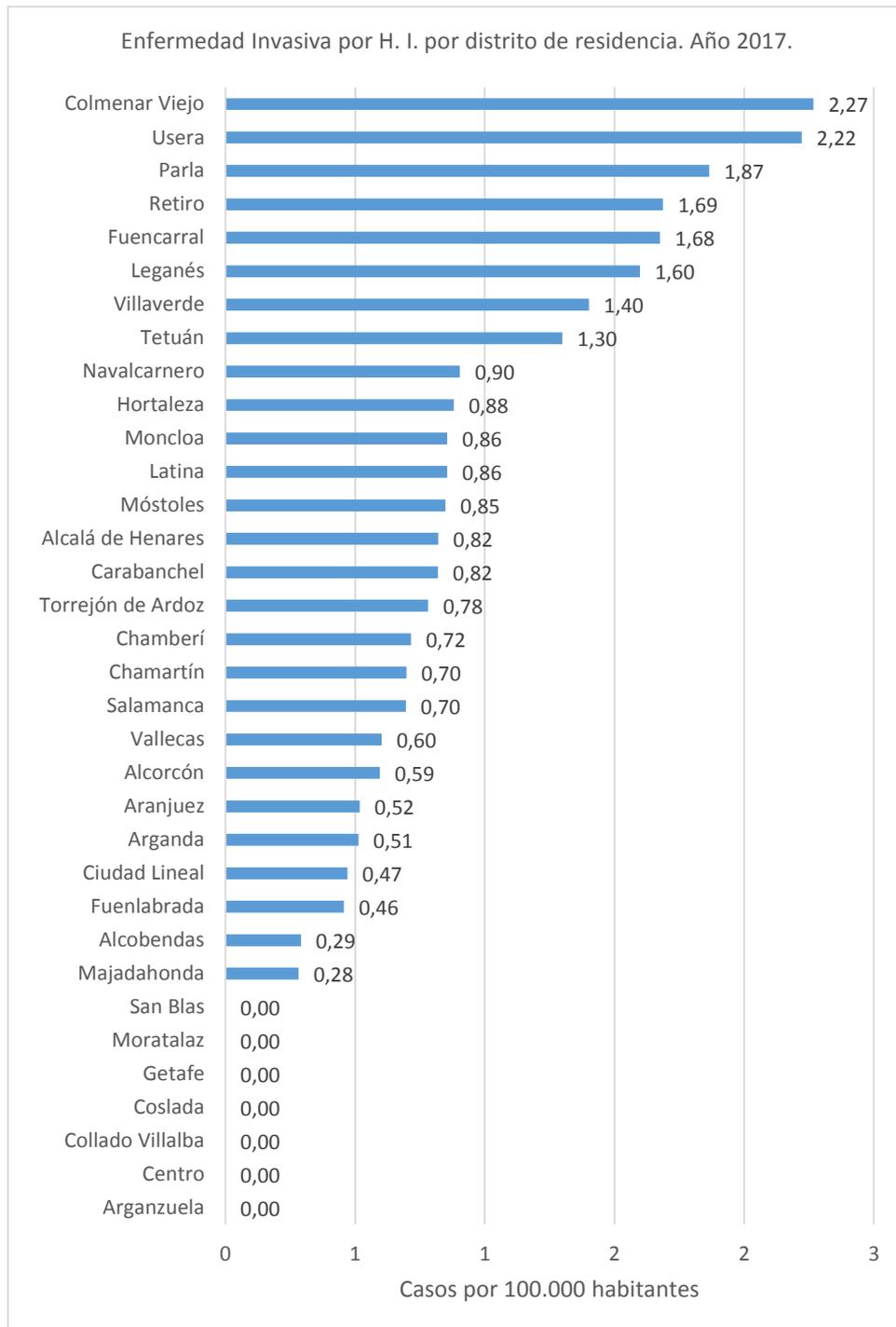
Gráfico 5.3.2.a. Tasas de Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2017.

Tasa por 100.000

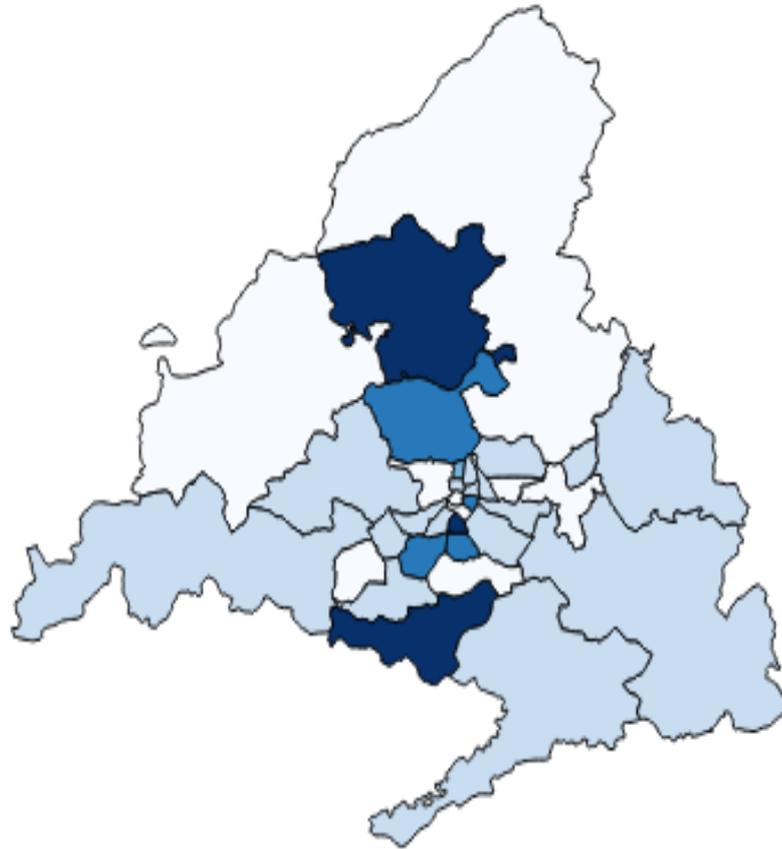


La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* no se vigila a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la CM.

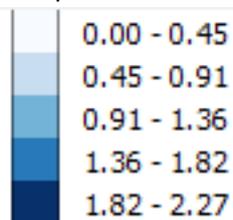
Gráfico 5.3.2.b. Tasas de incidencia de Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.3.2. Tasas de incidencia de Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.3.3 Enfermedad neumocócica invasora

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 635 casos de enfermedad neumocócica invasora, 82 casos más que en el año 2016. La tasa de incidencia fue de 9,76 por 100.000 habitantes. La incidencia global aumentó pasando de 8,50 a 9,76 casos en 100.000 habitantes (gráfico 5.3.3.a). Este aumento es más marcado en la población mayor de 64 años. El 55% de los casos se dio en hombres. La mayoría de los casos se concentra en edades extremas, teniendo el 9% de los casos de 0 a 4 años y el 47% más de 64 años (gráfico 5.3.3.c).

La distribución temporal muestra un patrón estacional que alcanza su máximo en los meses de invierno y su mínimo en los meses de verano. En 2017, 98 casos (15%) se presentaron en el mes de diciembre y 10 casos (2%) en agosto. Los años anteriores se repite el mismo patrón (gráfico 5.3.3.b).

El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Alcorcón (19,03 casos por 100.000 habitantes) seguido de Villaverde (15,42 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (15,37 casos por 100.000 habitantes), Usera (14,81 casos por 100.000 habitantes), Parla (13,99 casos por 100.000 habitantes) y Leganés (12,78 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 5.3.3.e).

Gráfico 5.3.3.a. Tasas de Enfermedad neumocócica invasora. EDO. Comunidad de Madrid. 2007-2017.

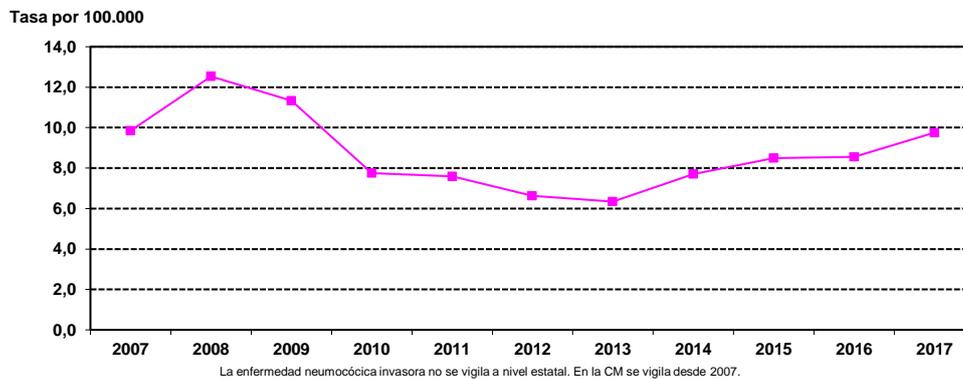


Gráfico 5.3.3.b. Enfermedad neumocócica invasora: por semana de notificación. Comunidad de Madrid. Años 2009 a 2017.

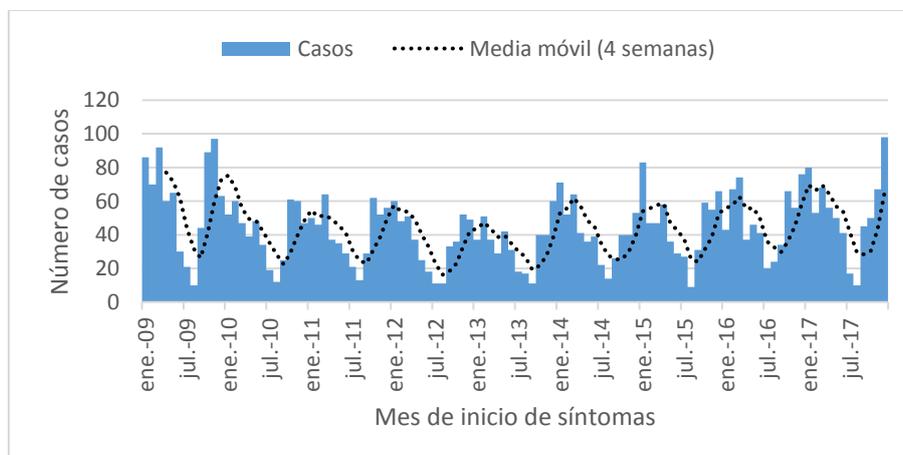
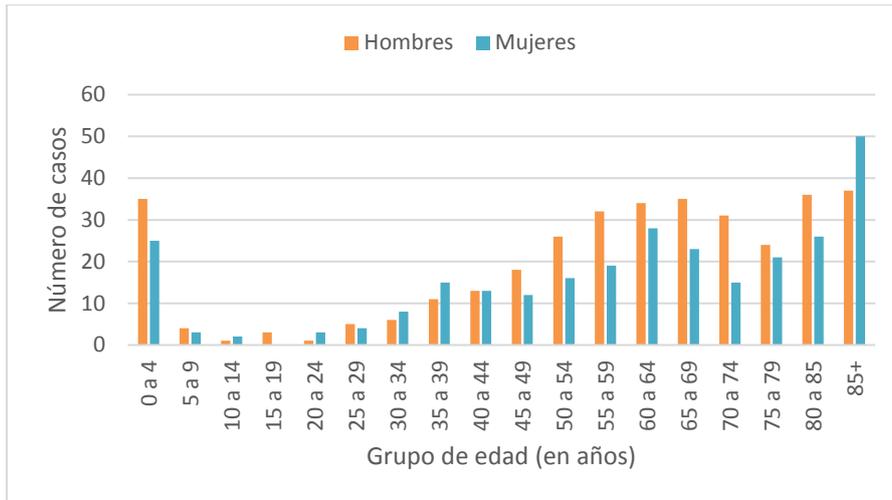


Gráfico 5.3.3.c. Enfermedad neumocócica invasora: por sexo y edad. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Se conoció el estado de vacunación en el 78,0% de los casos y el 31,3% no estaba vacunado. El 5,5% había recibido una dosis de vacuna conjugada, el 3,0% había recibido dos y el 6,6% había recibido tres o más dosis de esta vacuna. En cuanto al estado de vacunación con vacuna polisacárida, el 35,0% había recibido una o más dosis (gráfico 5.3.3.d).

Según forma de presentación, no se notificó ningún brote de esta enfermedad.

En el informe de “Enfermedad Neumocócica Invasora en la Comunidad de Madrid, EDO 2017” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (febrero 2018. Volumen 24. Nº 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 5.3.3.d. Enfermedad neumocócica invasora: Cobertura vacunal. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Cobertura vacunal. Vacuna conjugada

Cobertura vacunal. Vacuna polisacárido

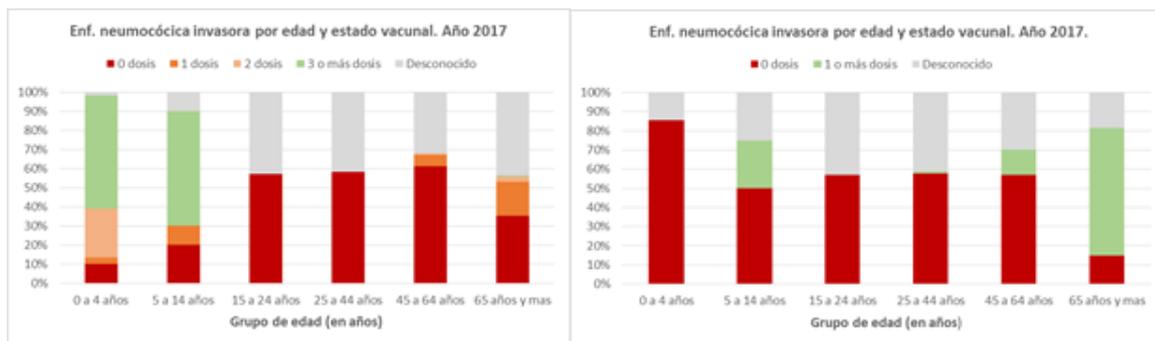
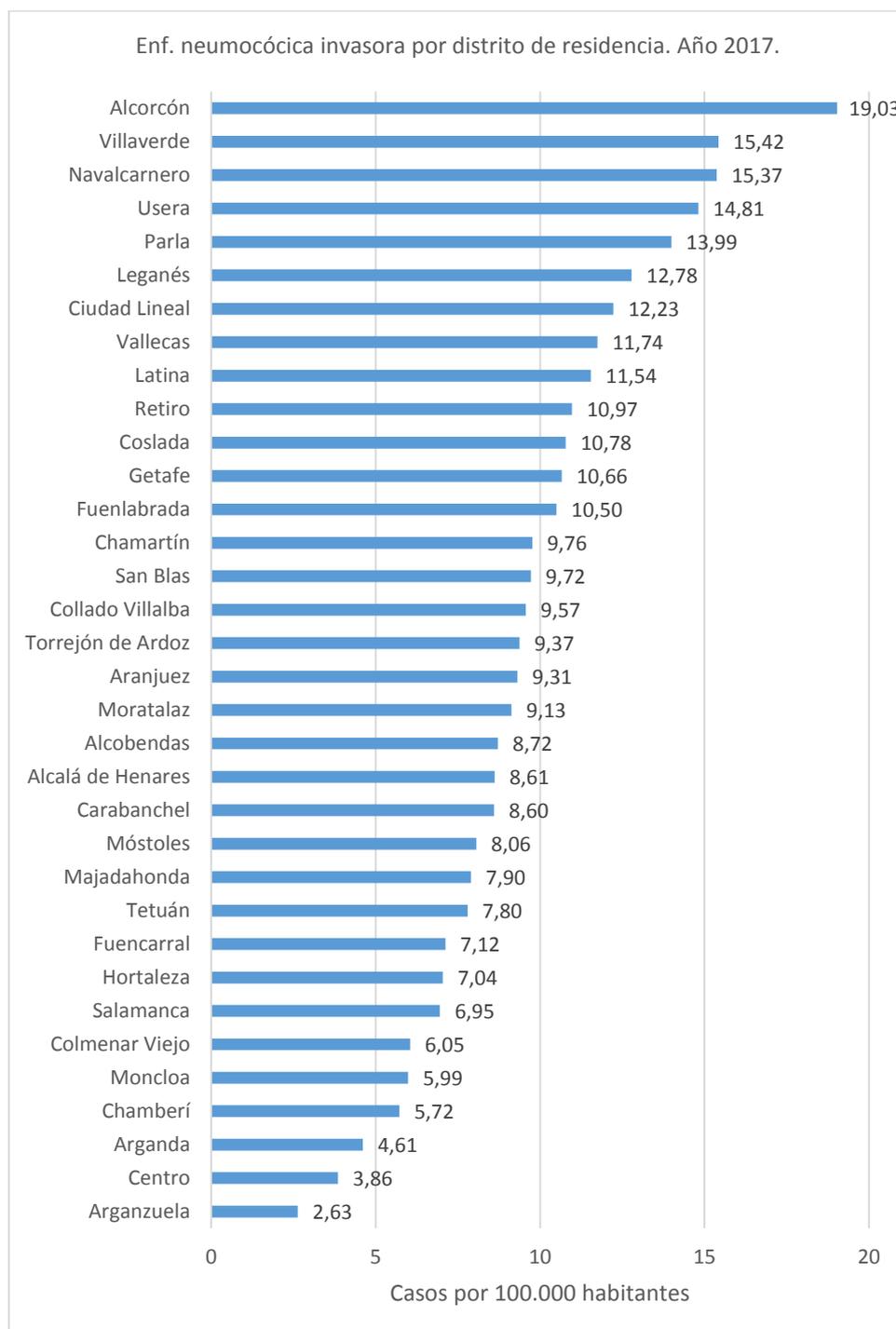
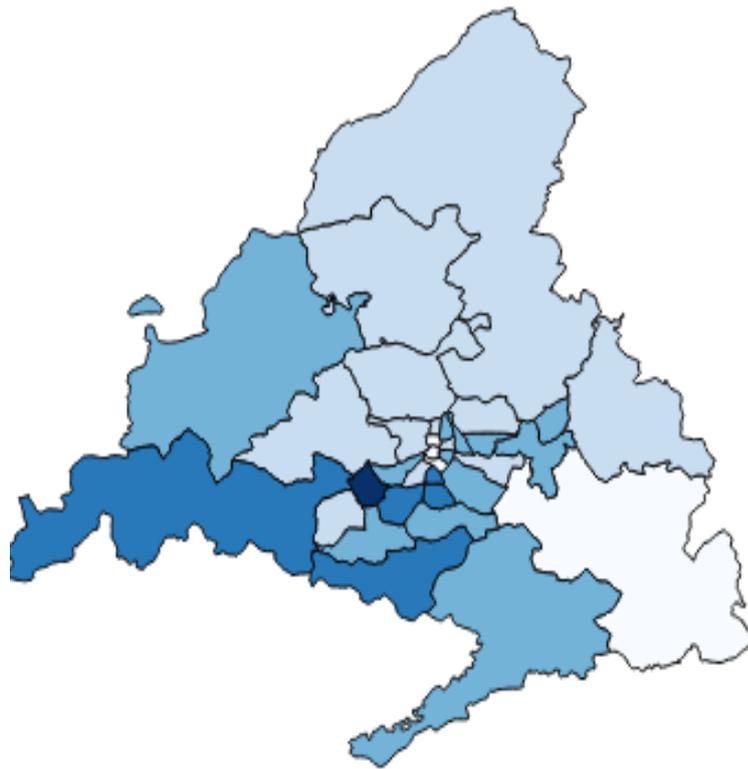


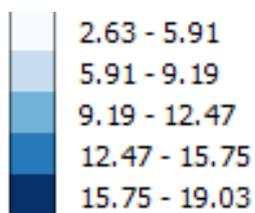
Gráfico 5.3.3.e. Tasas de incidencia de enfermedad neumocócica invasora por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.3.3. Tasas de incidencia de enfermedad neumocócica invasora por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.3.4 Herpes zóster

En el año 2017 se atendieron en Atención Primaria 33.865 casos de herpes zoster, un 3,9% más que en 2016. La incidencia acumulada fue de 508,13 casos por 100.000 habitantes. Entre la semana 18 de 2015 y la semana 52 de 2017 no se observó ningún patrón estacional ni una tendencia clara. El número medio de casos semanales en dicho período fue de 634,5 (gráfico 5.3.4.a).

El 38,8% de los casos atendidos en 2017 eran hombres. El 30,2% tenían entre 45-64 años y el 38,4% más de 64. La incidencia por grupo de edad fue creciente en ambos sexos. Los valores más altos se observaron a partir de los 64 años, aunque en mujeres el incremento fue más precoz que en hombres. La incidencia fue mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad a partir de los 14 años (gráfico 5.3.4.b).

Gráfico 5.3.4.a. Herpes zoster. Números de casos por semana. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Datos desde la semana 18 de 2015 hasta la semana 52 de 2017.

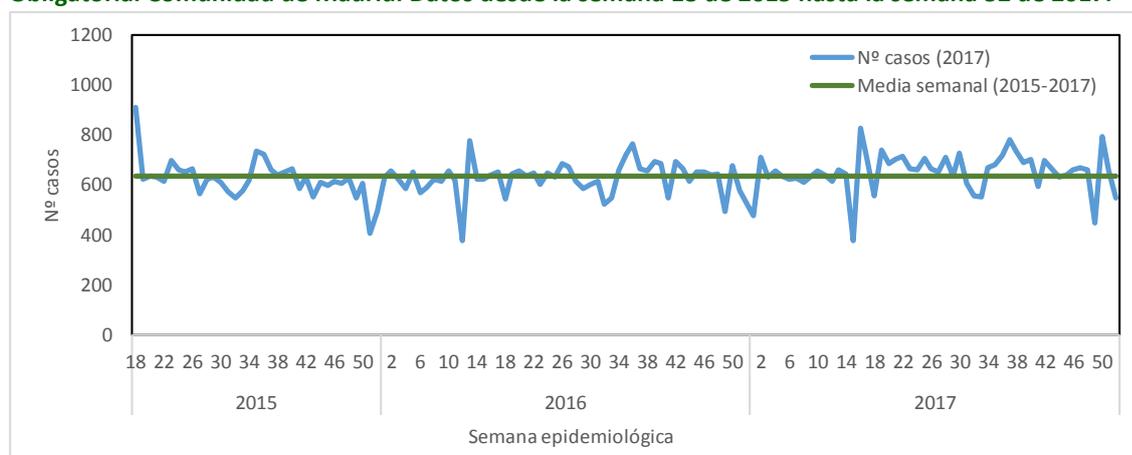
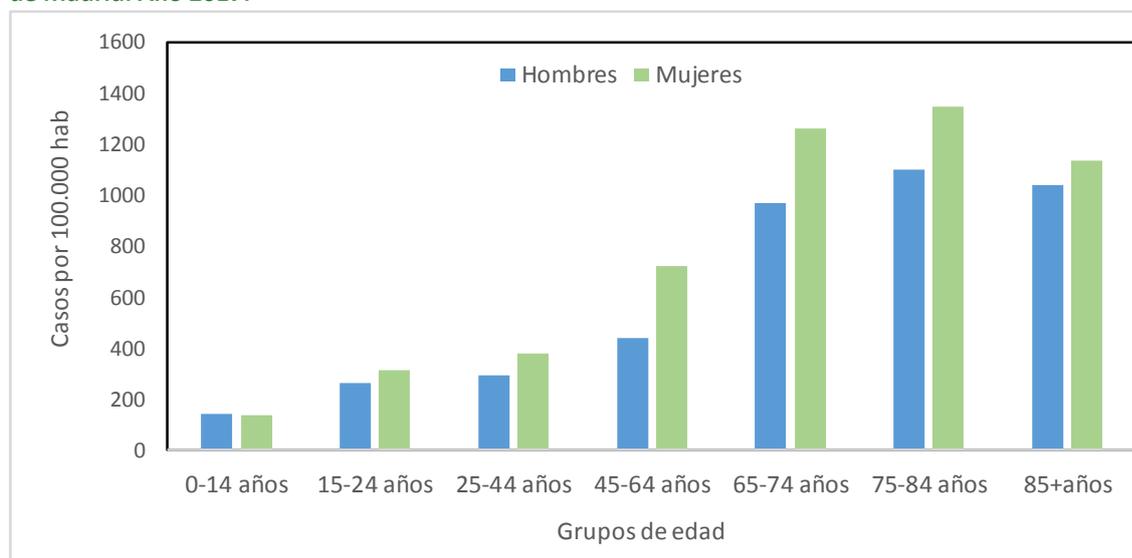


Gráfico 5.3.4.b. Herpes zoster por sexo y grupos de edad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



5.3.5 Parotiditis

En el año 2017 se notificaron 937 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid, 89 casos más que en el año 2016. La tasa de incidencia fue de 14,40 casos por 100.000 habitantes, menor a la tasa de 22,01 recogida para el conjunto de España (Gráfico 5.3.5.a). El número de casos por semana de notificación, entre 2007 y 2017, muestra 3 picos epidémicos: 2007, 2013 y 2017 (Gráfico 5.3.5.b). Los distritos con

mayor tasa de incidencia fueron los de Móstoles (30,97 casos por 100.000 habitantes), Centro (27,77 casos por 100.000 habitantes) y Alcorcón (20,82 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.3.5.e).

El 55,3% de los casos se dieron en mujeres. La media de edad fue de 21,6 años con un rango comprendido entre los 0 y los 88 años. El 81,4% de los casos tenían una edad comprendida entre los 5 y los 44 años (Gráfico 5.3.5.c).

El 66,5% eran casos sospechosos, el 9,7% probables y el 23,8% confirmados. El 6,1% presentó orquitis como complicación el 91,0% de estos casos en edades comprendidas entre 15 y 44 años.

Gráfico 5.3.5.a. Tasas de Parotiditis. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

Tasa por 100.000

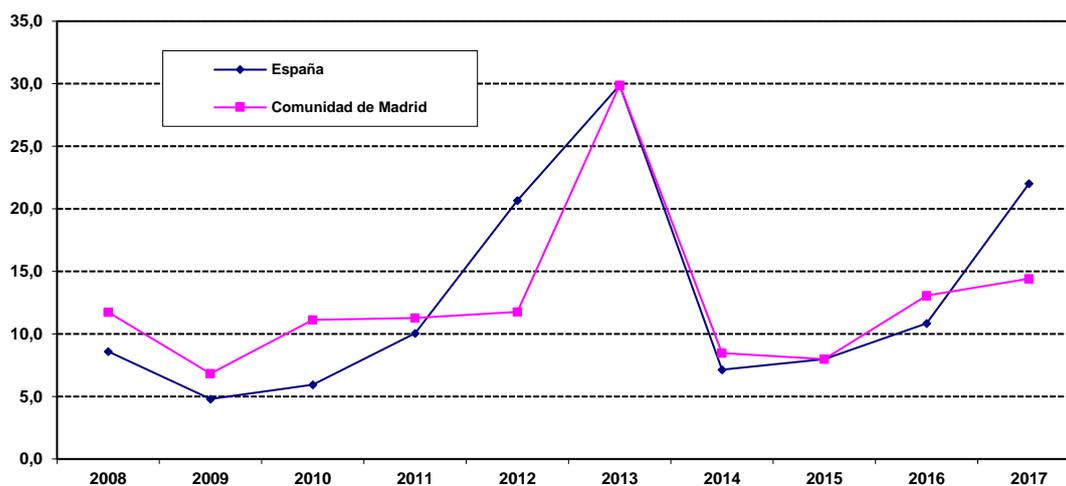
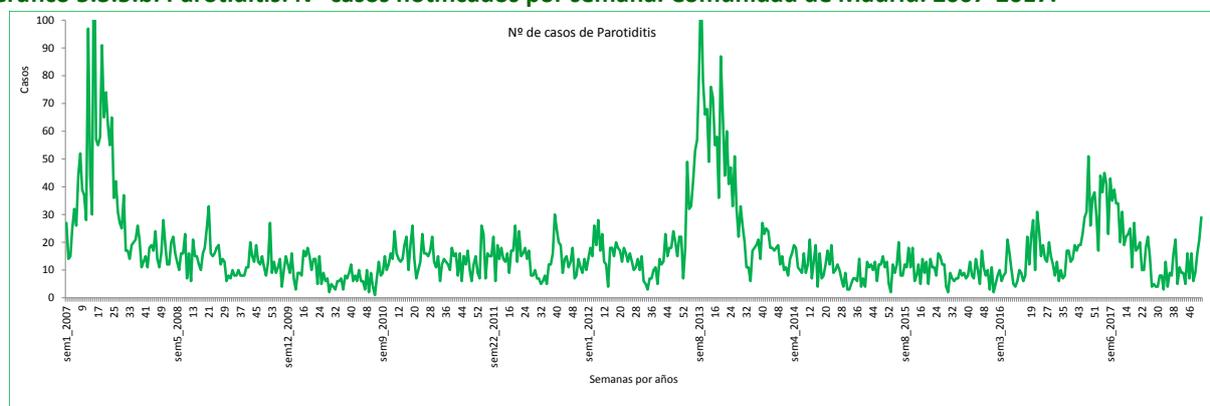


Gráfico 5.3.5.b. Parotiditis: Nº casos notificados por semana. Comunidad de Madrid. 2007-2017.



Se conoció el estado de vacunación en el 62,2% de los casos, el 6,4% no estaba vacunado, el 31,2% había recibido una dosis, el 56,6% habían recibido dos dosis y el 5,7 habían recibido 3 o más dosis (Gráfico 5.3.5.d).

Según forma de presentación, se han notificado 25 brotes por el virus de la parotiditis con 138 afectados, el 64,3% de los brotes se confirmaron por PCR y/o IgM positiva en al menos un caso. El 40,0% (10 brotes) se clasificaron como familiares/amigos, el 40,0% (10 brotes) como escolares y 12,0% (3 brotes) en el ámbito laboral y 8,0% (2 brotes) en otros colectivos.

Gráfico 5.3.5.c. Parotiditis: Nº de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2017.

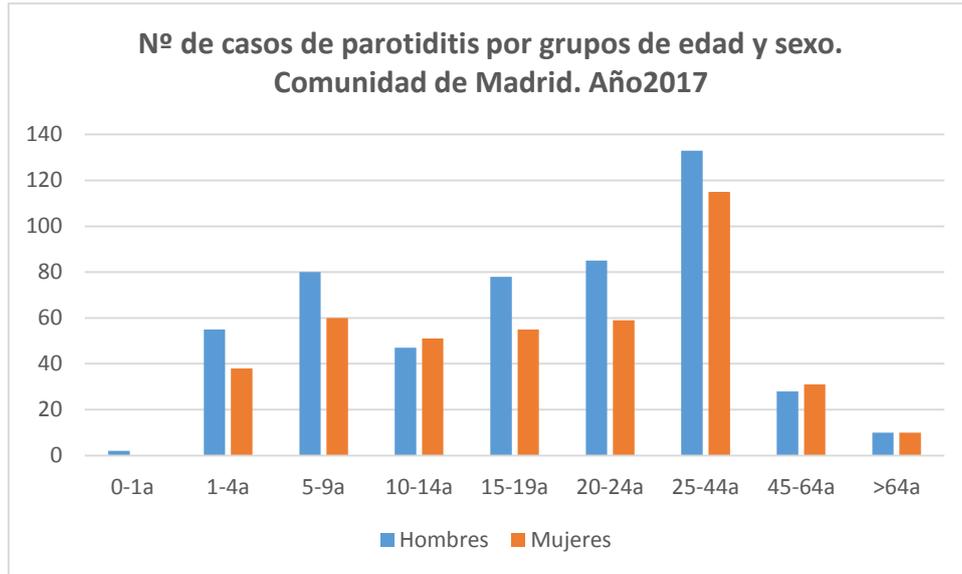


Gráfico 5.3.5.d. Parotiditis: cobertura vacunal por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2017.

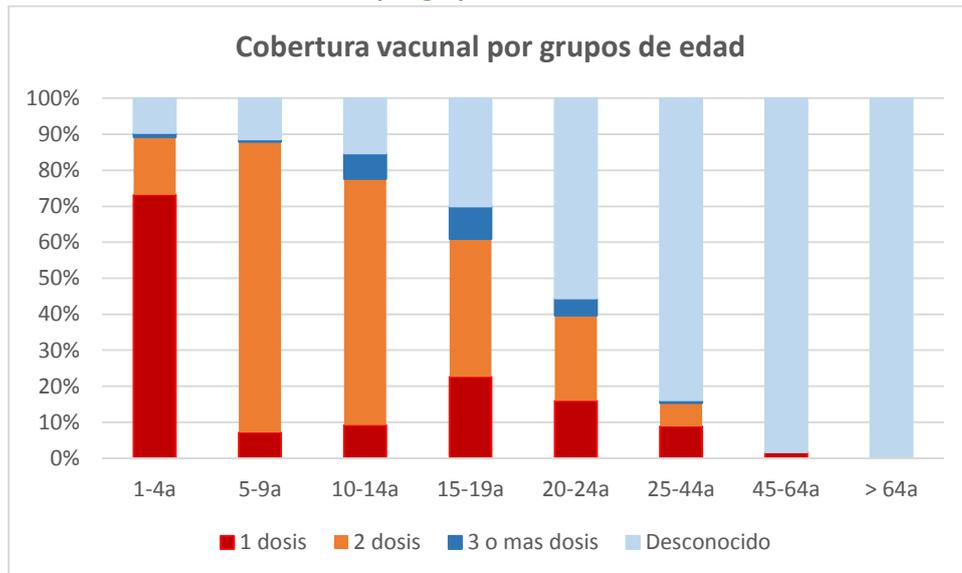
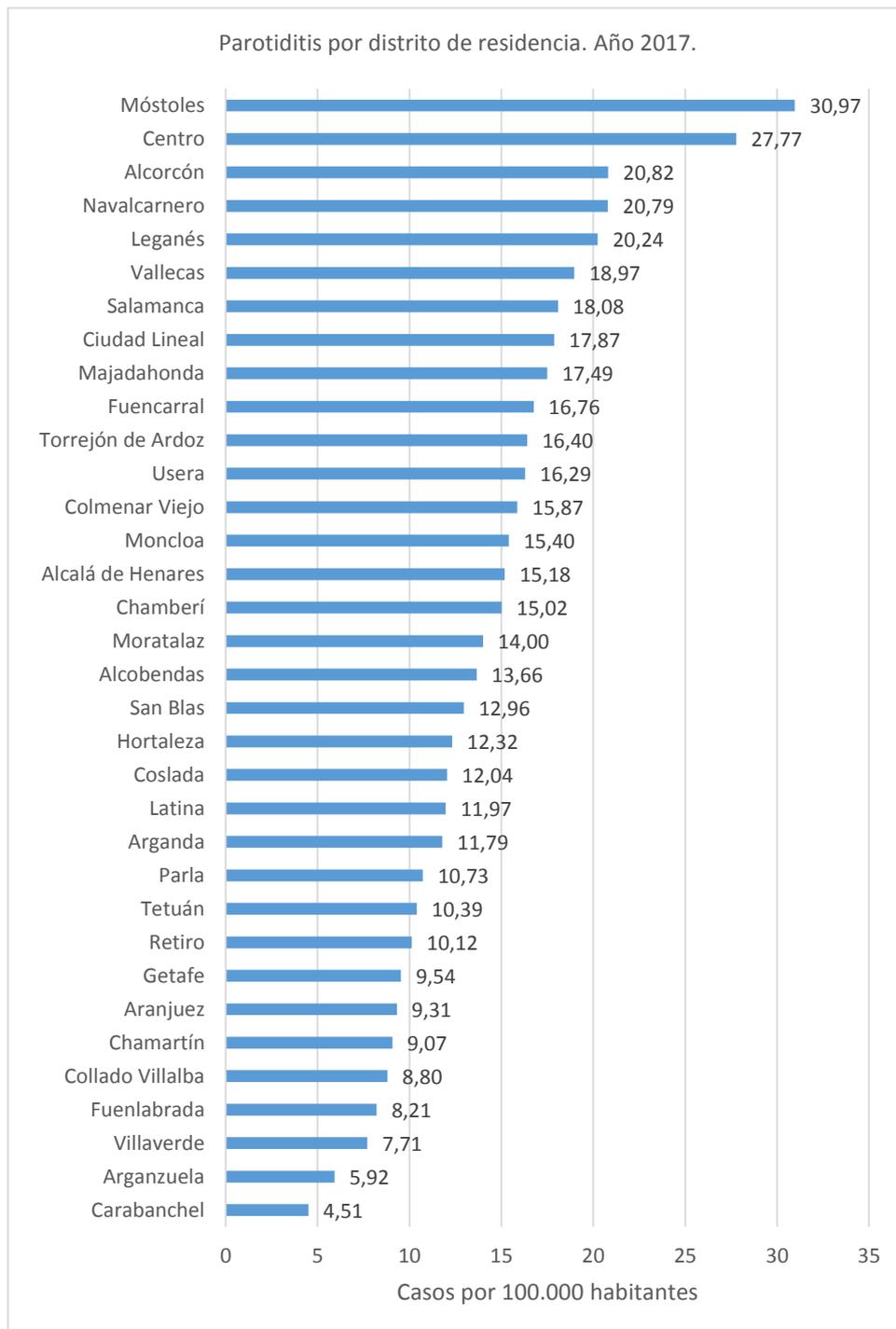
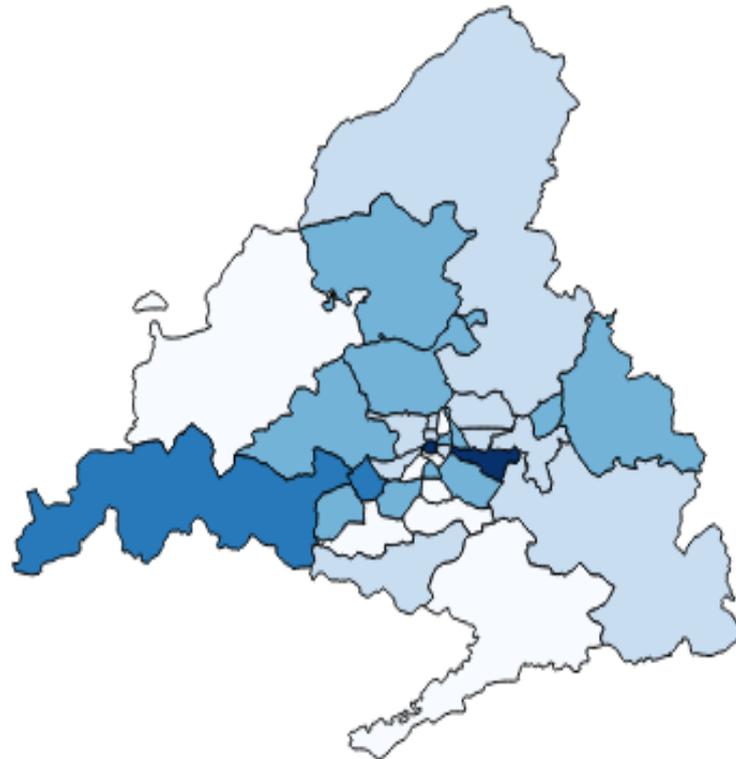


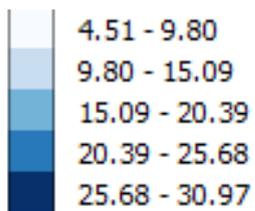
Gráfico 5.3.5.e. Tasas de incidencia de parotiditis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.3.5. Tasas de incidencia de parotiditis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.3.6 Parálisis flácida aguda en menores de 15 años

Durante 2017 se han declarado 8 casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, que representan una incidencia de 0,79 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. En cuanto al lugar de residencia 2 casos vivían en el municipio de Madrid, y un caso en cada uno de los siguientes municipios: Collado Villalba, Torrejón de Ardoz, Leganés, El Álamo, Getafe y Coslada.

Dos de los casos han sido notificados al sistema de vigilancia desde el hospital del Niño Jesús (incidencia de 0,19 casos por 100.000 menores de 15 años) y seis casos han sido recuperados en la revisión del CMBD: 2 en el hospital del Niño Jesús y 1 en cada uno de los siguientes hospitales: Gregorio Marañón, La Paz, Rey Juan Carlos y 12 de Octubre. Todos se han clasificado como “descartados” de polio, los 8 casos se diagnosticaron como Síndrome de Guillain-Barré.

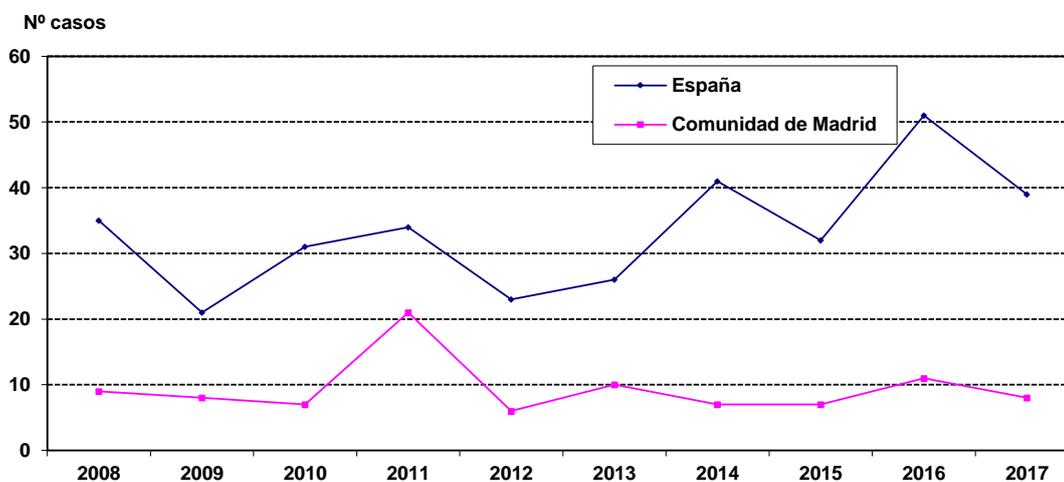
La distribución de los casos por sexo fue de 5 mujeres (62,5%) y 3 varones (37,5%). El rango de edad ha oscilado entre 2 y 12 años, con una edad media de 3,8 años (DE 3,40).

Todos estaban correctamente vacunados de acuerdo con su edad.

De los casos notificados a la Red de Vigilancia, se recogieron y enviaron muestras biológicas al Centro Nacional de Microbiología para el diagnóstico de enterovirus que tuvieron resultados negativos.

En el informe “Plan Nacional de Erradicación de la Poliomieltis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Comunidad de Madrid. Año 2017” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Mayo 2018. Volumen 24. Nº 5) se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA.

Gráfico 5.3.6.a. Nº de casos de Parálisis flácida aguda (PFA). EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.



5.3.7 Tosferina

En el año 2017 se notificaron 268 casos de tosferina en la Comunidad de Madrid, 323 casos menos que en el año 2016. La tasa de incidencia fue de 4,12 casos por 100.000 habitantes, muy inferior a la tasa recogida para el conjunto de España (10,59) (Gráfico 5.3.7.a). El número de casos por semana de notificación desde 2007 a 2017 muestra 6 picos epidémicos: 2007, 2010, 2011, 2013, 2014, 2015 y 2016 (Gráfico 5.3.7.b). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Chamartín (10,46 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Alcorcón (9,52 casos por 100.000 habitantes) y Alcalá de Henares (9,02 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.3.7.e).

El 50,7% de los casos se dieron en hombres. La edad media fue de 14,2 años con un rango entre 0 y 83 años. El 47,4% de los casos eran menores de 6 años (Gráfico 5.3.7.c).

Se notificó el fallecimiento de niño de dos meses que no había recibido su primera dosis de vacuna DTT.

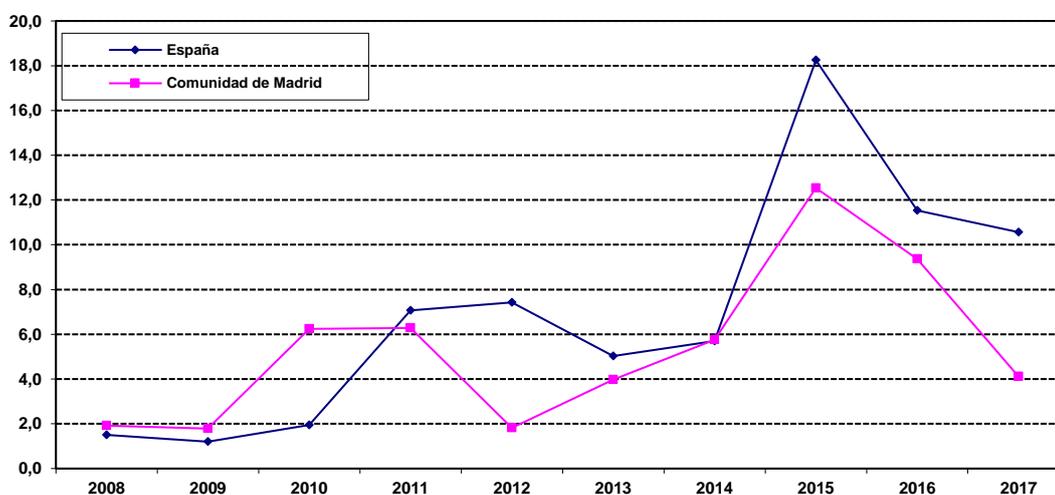
El 61,9% de los casos se clasificaron como confirmados, el 10,1% como probables y el 28,0% restante como sospechosos.

Se conoció el estado de vacunación en el 73,1% de los casos, el 6,7% no estaba vacunado. De los vacunados el 12,2% había recibido una dosis, el 10,9% dos dosis, el 12,2% tres dosis y el 64,6% recibió cuatro o más dosis (Gráfico 5.3.7.d.)

Según forma de presentación se han notificado 16 brotes de tosferina con 48 afectados, todos los brotes se confirmaron por PCR en al menos un caso. El 81,3% (13 brotes) se clasificaron como familiares/amigos y 18,7% (3 brotes) en centros escolares.

Gráfico 5.3.7.a. Tasas de tosferina. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

Tasa por 100.000



En el informe de “Tos ferina en la Comunidad de Madrid, año 2017” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Marzo 2018. Volumen 24. Nº 3) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 5.3.7.b. Nº de casos de tosferina por semanas de notificación. Comunidad de Madrid. Años 2007-2017.

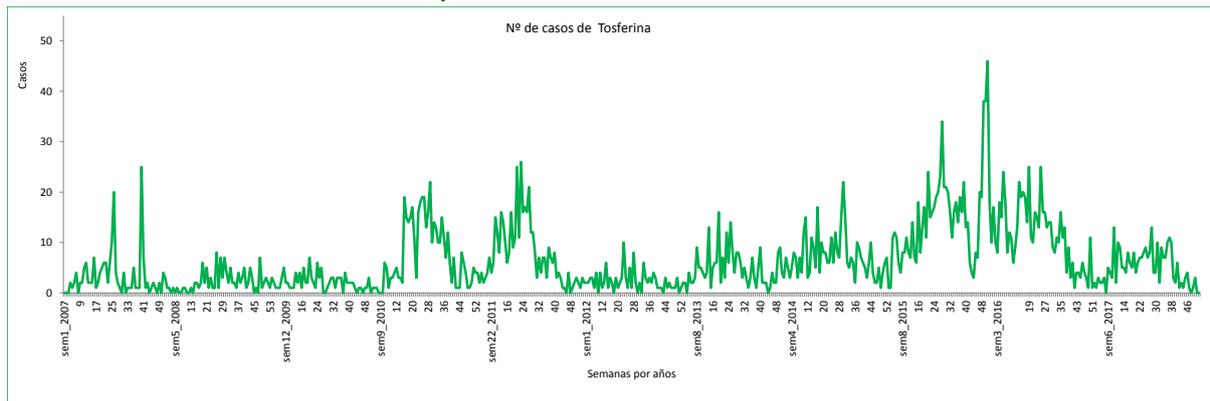


Gráfico 5.3.7.c. Nº de casos de tosferina por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Gráfico 5.3.7.d. Cobertura vacunal de tosferina por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2017.

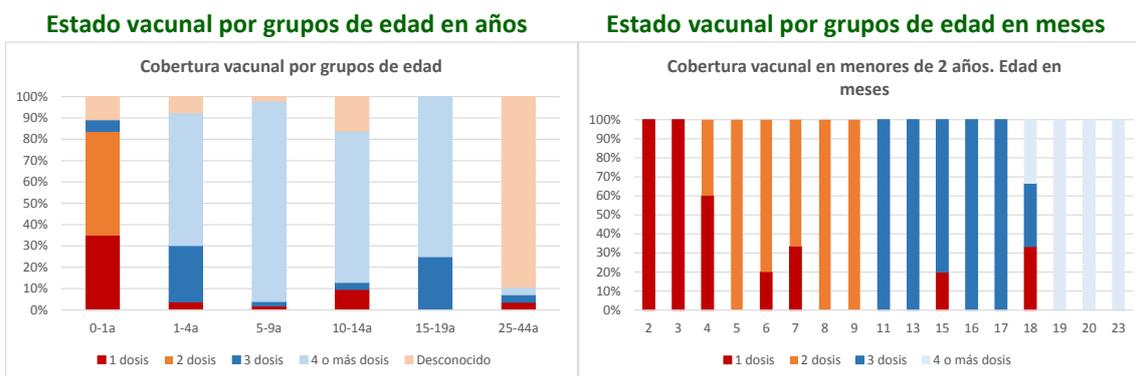
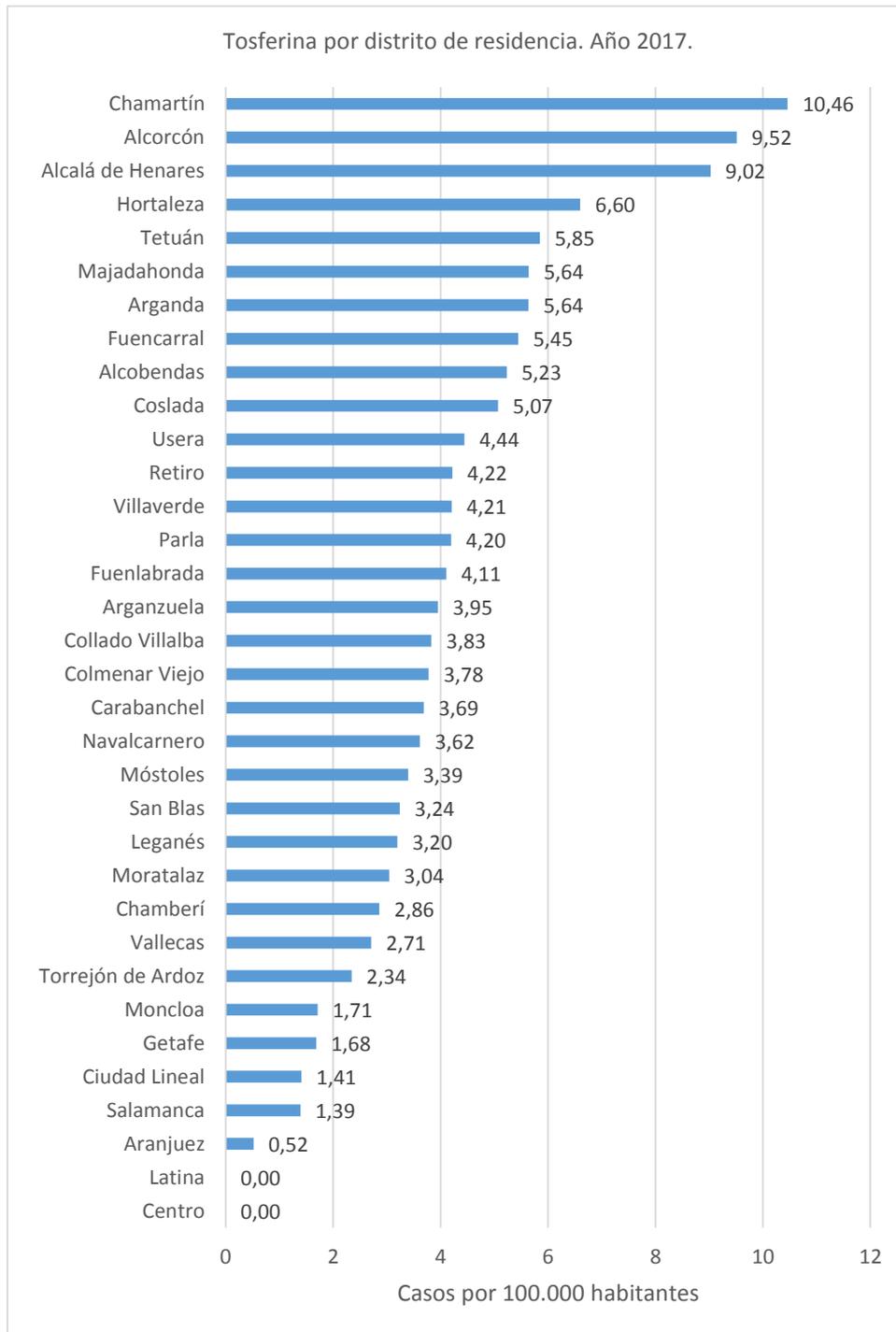
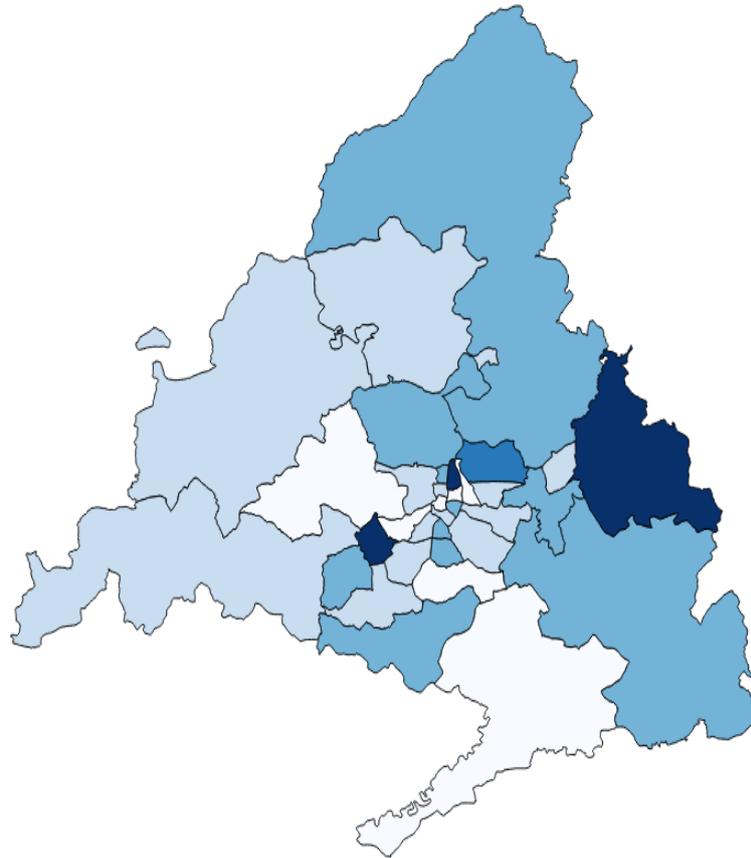


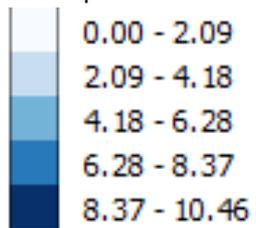
Gráfico 5.3.7.e. Tasas de incidencia de tosferina por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.3.7. Tasas de incidencia de tosferina por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.3.8 Rubéola

En el año 2017 se notificaron 3 sospechas de rubéola en la Comunidad de Madrid, todas ellas fueron descartadas como casos de rubéola.

5.3.9 Sarampión

En el año 2017 se notificaron 11 sospechas de sarampión en la Comunidad de Madrid, de los cuales 10 fueron descartados y un caso se confirmó por serología positiva, incidencia 0,02 casos por 100.000 habitantes.

La fuente de infección del caso confirmado fue desconocida y tampoco se pudo genotipar el virus. El caso confirmado fue varón de 42 años que se diagnostica 16 días después del inicio del exantema por resultado de laboratorio, no presentó colectivo.

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

5.3.10 Varicela

Durante el año 2017 se atendieron en Atención Primaria 4.818 casos de varicela, un 53,3% menos que en 2016. La incidencia acumulada fue de 72,29 casos por 100.000 habitantes. El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Aranjuez (117,44 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Colmenar Viejo (109,57 casos por 100.000 habitantes) y Usera (102,95 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.3.7.d).

Se mantiene el patrón estacional de la presentación temporal, aunque menos pronunciado que en los dos años previos (gráfico 5.3.10.b).

El 50,8% de los casos atendidos en 2017 eran hombres. El 59,2% eran menores de 10 años y el 76,2% eran menores de 15 (gráfico 5.3.10.c).

Gráfico 5.3.10.a. Tasas de varicela. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

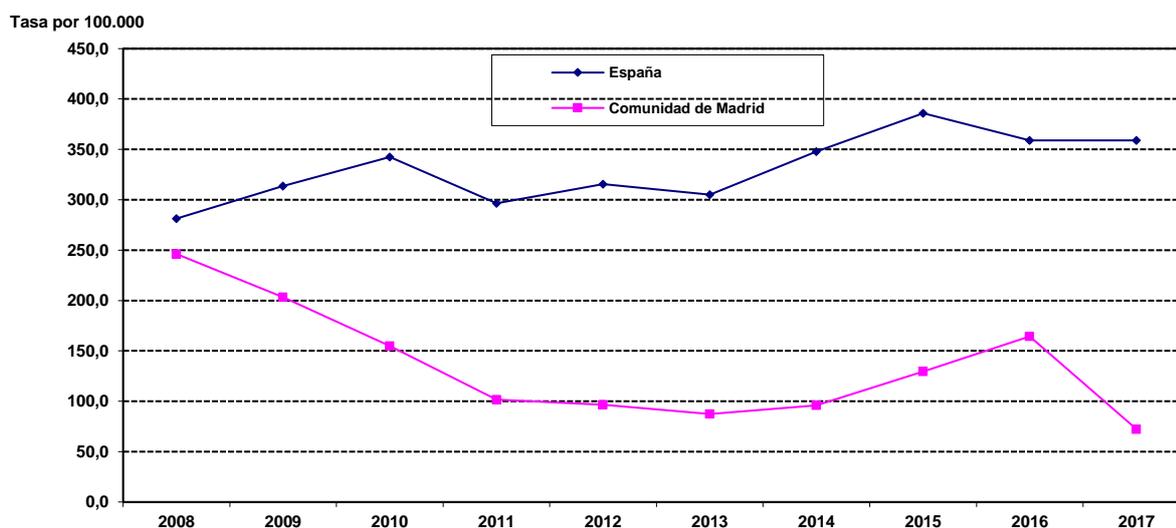


Gráfico 5.3.10.b. Nº de casos de varicela por semanas de notificación. Comunidad de Madrid. Años 2015/16/17.

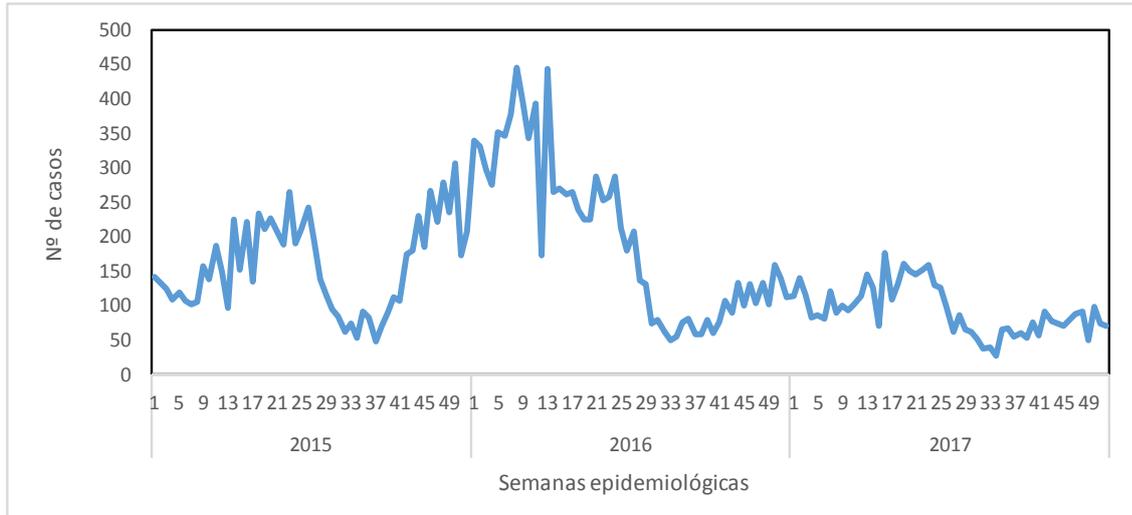


Gráfico 5.3.10.c. Nº de casos de varicela por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2017.

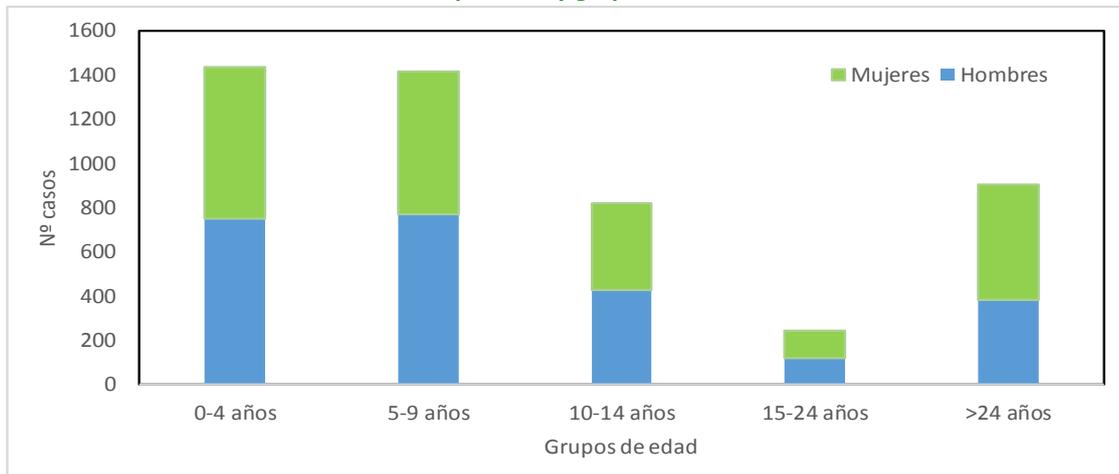
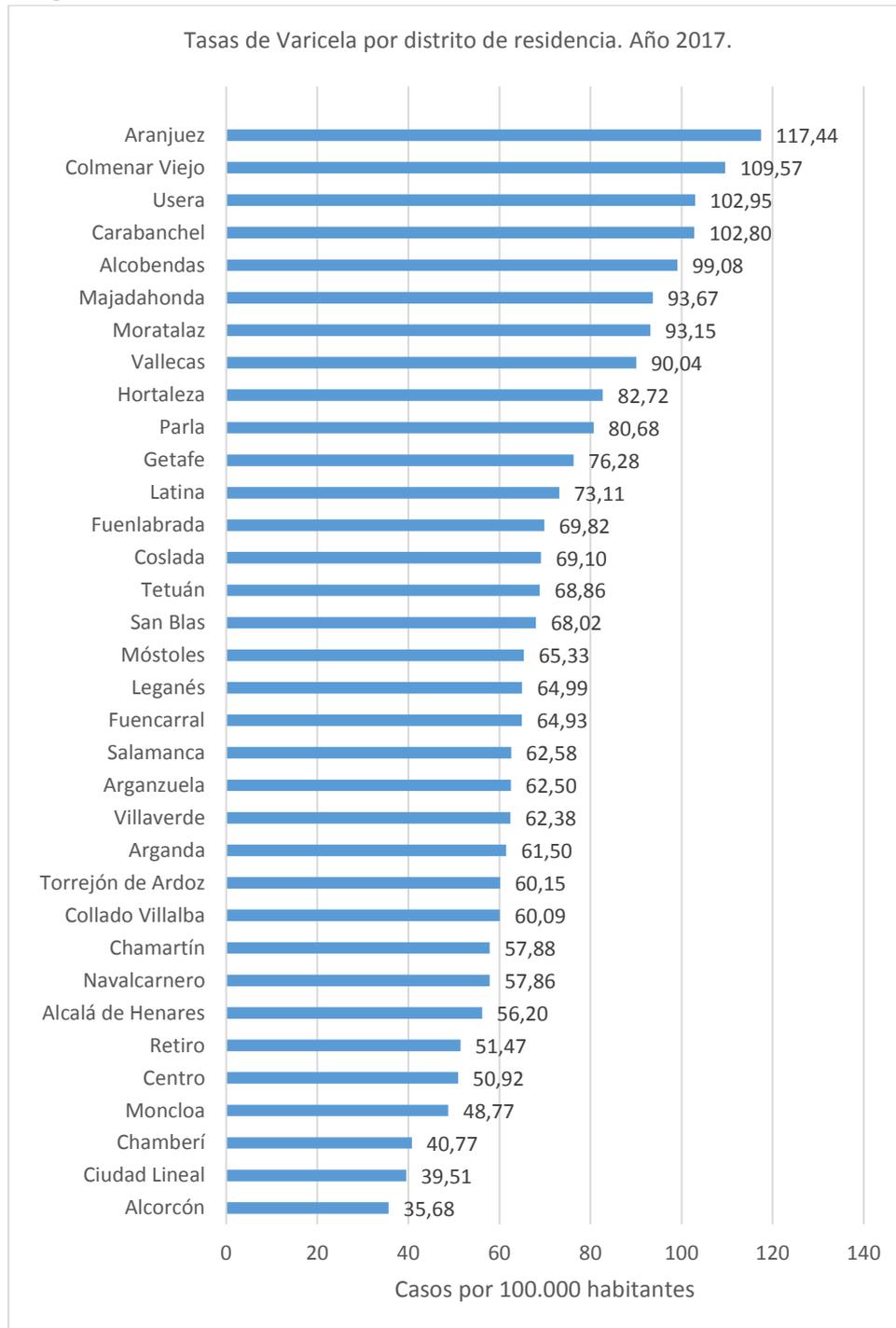
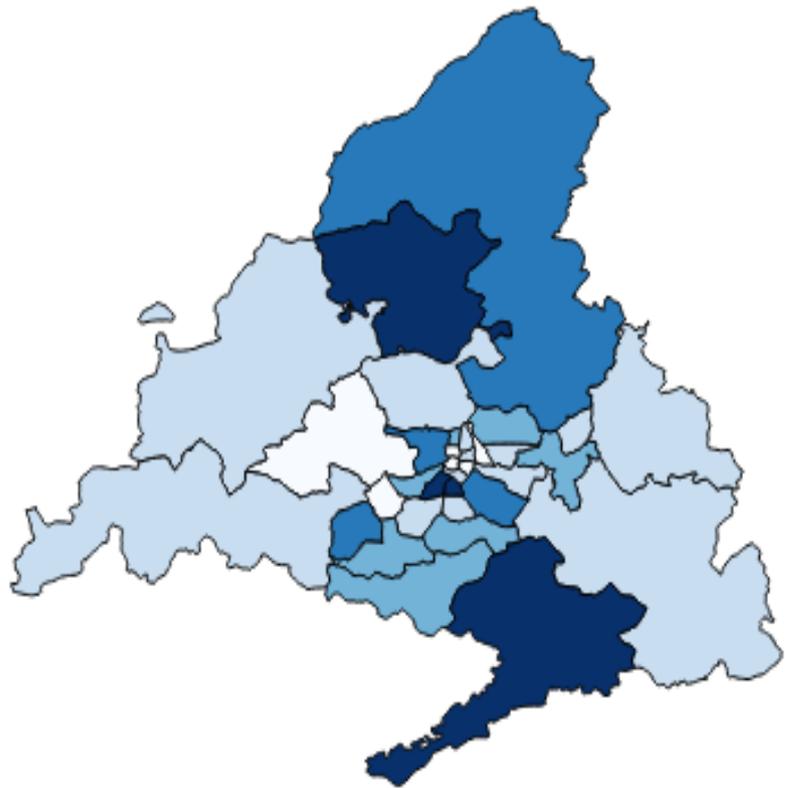


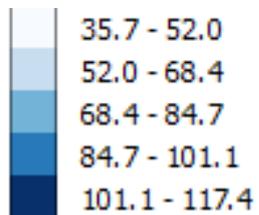
Gráfico 5.3.10.d. Tasas de incidencia de varicela por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.3.10. Tasas de incidencia de varicela por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.4 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

5.4.1 Hepatitis B

En el año 2017 se notificaron 46 casos de hepatitis B aguda en la Comunidad de Madrid, 8 casos más que en 2016. La incidencia acumulada fue de 0,71 casos por 100.000 habitantes. El distrito con una mayor incidencia fue el de Getafe (2,24 casos por 100.000 habitantes), seguido de los distritos de Parla (1,87 casos por 100.000 habitantes) y Torrejón de Ardoz (1,56 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.4.1.d).

Todos los casos fueron confirmados. La mayoría fueron diagnosticados mediante IgM (43/46).

El 76,1% de los casos notificados en 2017 se dio en hombres. La edad media fue de 46,3 años con un rango que osciló entre 22 y 74 años. El 50% de los casos tenía entre 37 y 56 años (Gráfico 5.4.1.b). En relación al país de origen, el 73,9% eran personas nacidas en España y entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron Rumanía (n=3) y Ecuador (n=2) (Gráfico 5.4.1.c).

El 2,2% (n=1) de los casos tenía antecedente de vacunación, el 54,4% (n=24) no estaban vacunados y en el 43,4% (n=17) no se conocía el estado vacunal.

Según forma de presentación, durante el año 2017 no se notificó ningún brote de hepatitis B.

Gráfico 5.4.1.a. Tasas de hepatitis B. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2007-2017.

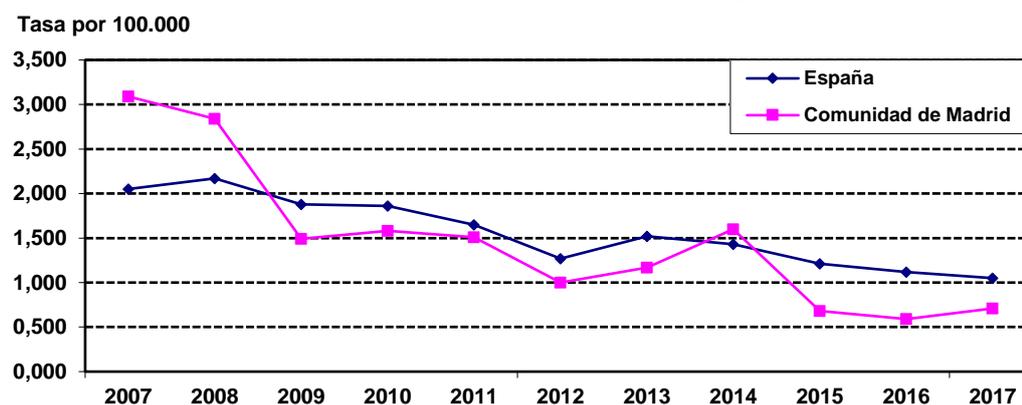


Gráfico 5.4.1.b. Hepatitis B por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

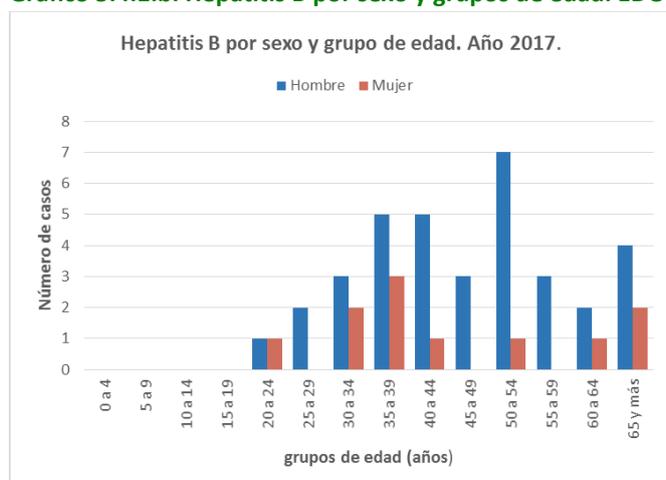


Gráfico 5.4.1.c. Hepatitis B nacidos dentro o fuera de España y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

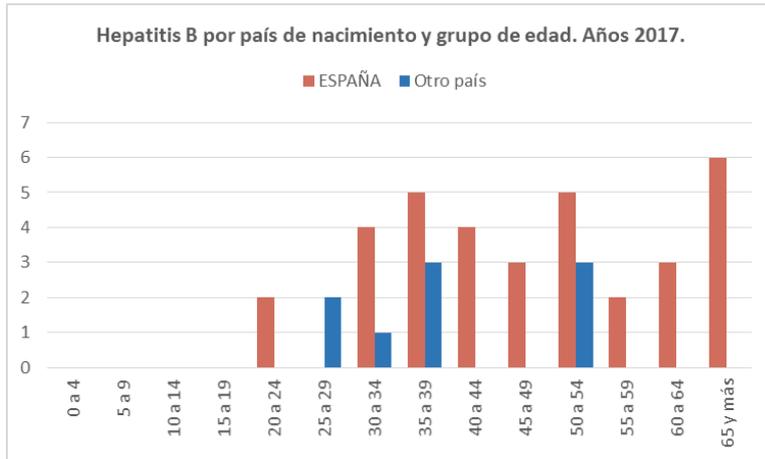
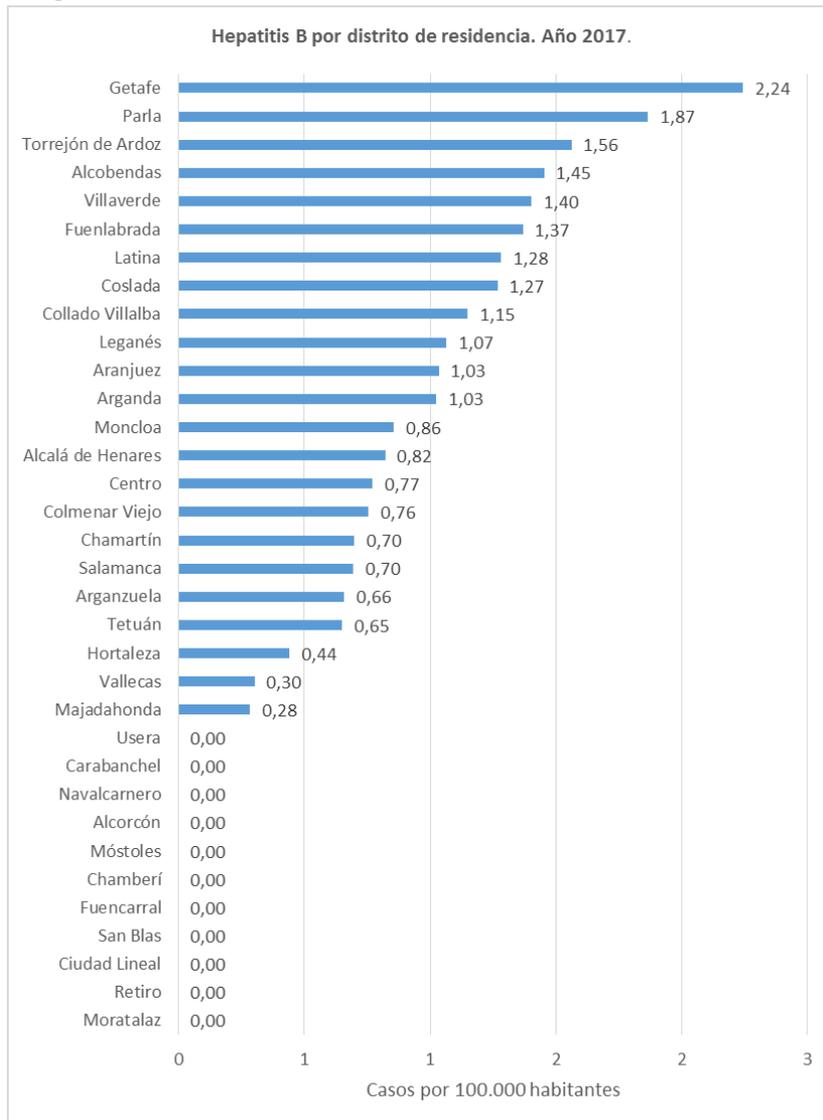
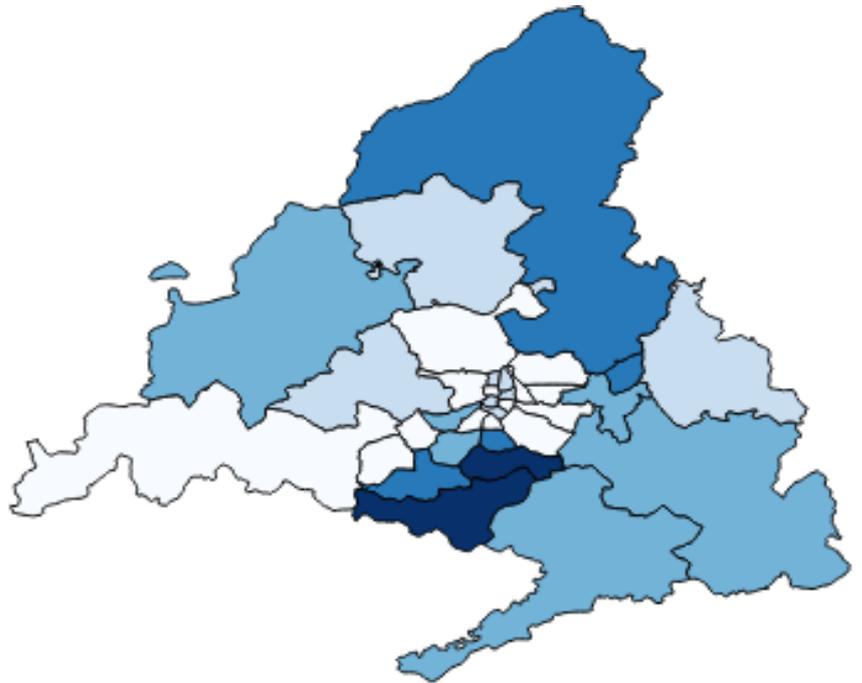


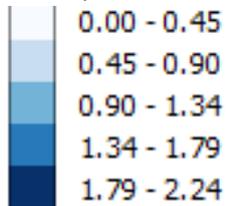
Gráfico 5.4.1.d. Tasas de incidencia de hepatitis B por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.4.1. Tasas de incidencia de hepatitis B por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.4.2 Hepatitis C

En el año 2017 se registraron 341 nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Comunidad de Madrid. La tasa de incidencia fue de 5,24 casos por 100.000 habitantes. El distrito con mayor incidencia fue el distrito Centro (20,06 casos por 100.000 habitantes), seguido de Vallecas (9,03 casos por 100.000 habitantes) y Carabanchel (8,60 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 5.4.2.c).

El 58,9% de los nuevos diagnósticos de 2017 se dio en hombres. La edad media fue de 51,9 años con un rango que osciló entre 18 y 92 años (Gráfico 5.4.2.a). La mitad de los nuevos diagnósticos tenían edades comprendidas entre los 43 y los 59 años. En relación al país de origen, el 71,5% eran personas nacidas en España y, entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron Rumanía (n=21), Venezuela (n=9) y Ucrania (n=9) (Gráfico 5.4.2.b).

Todos los nuevos diagnósticos fueron confirmados (100%; n=341).

Según forma de presentación, durante el año 2017 no se notificó ningún brote de hepatitis C.

Gráfico 5.4.2.a. Hepatitis C por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

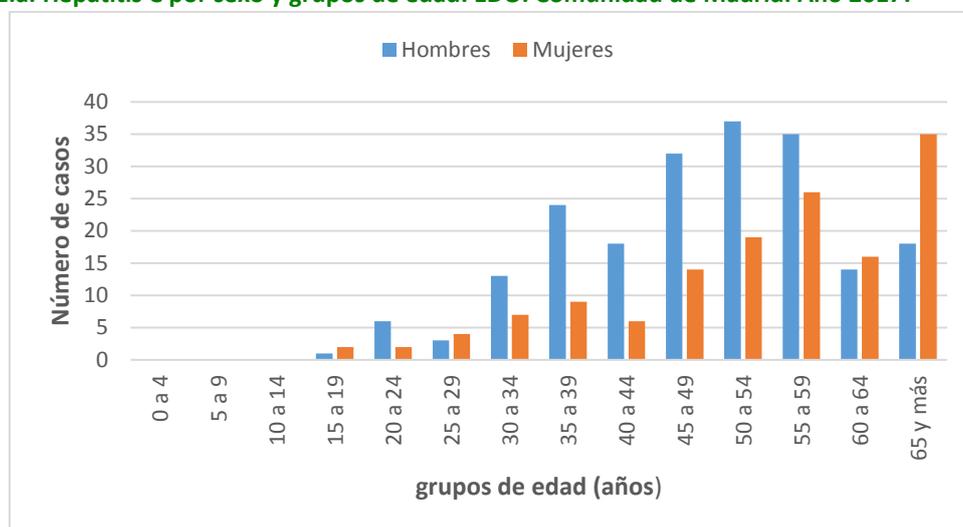


Gráfico 5.4.2.b. Hepatitis C nacidos dentro o fuera de España y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

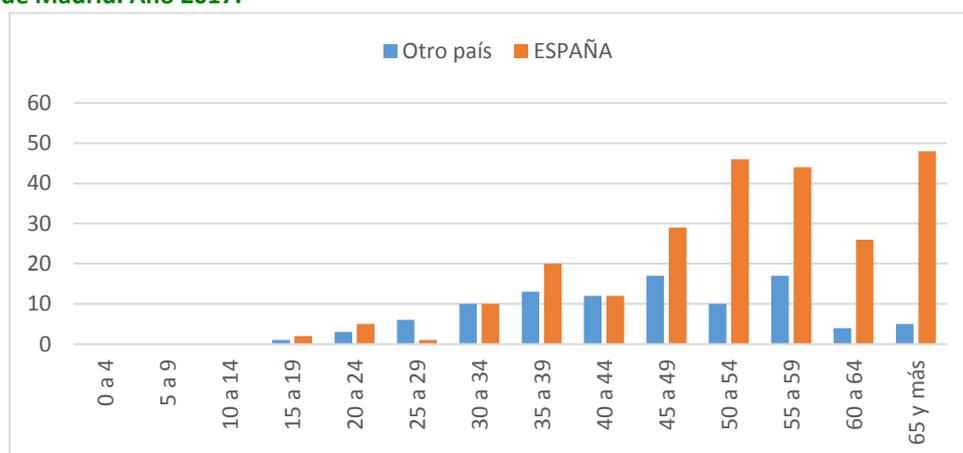
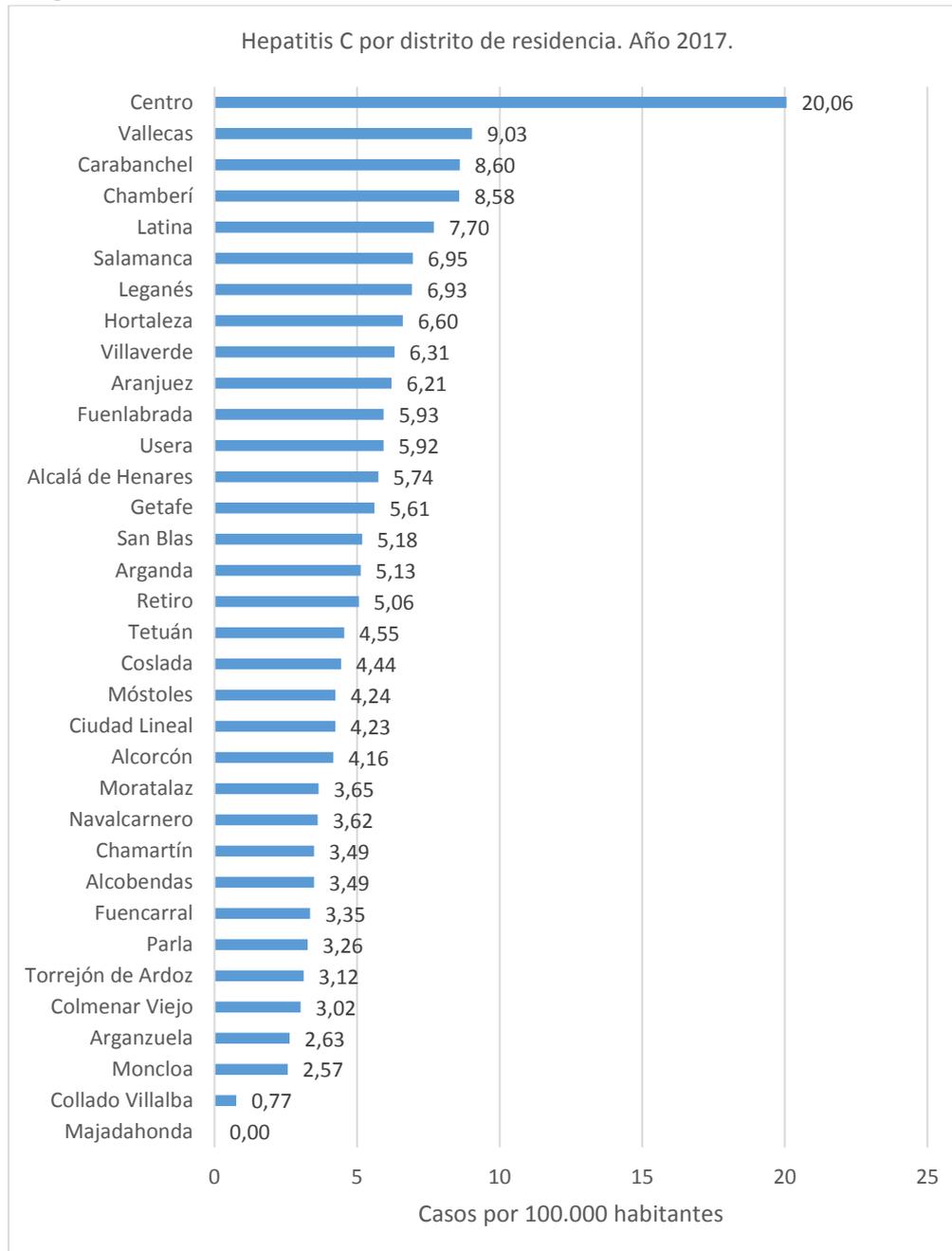
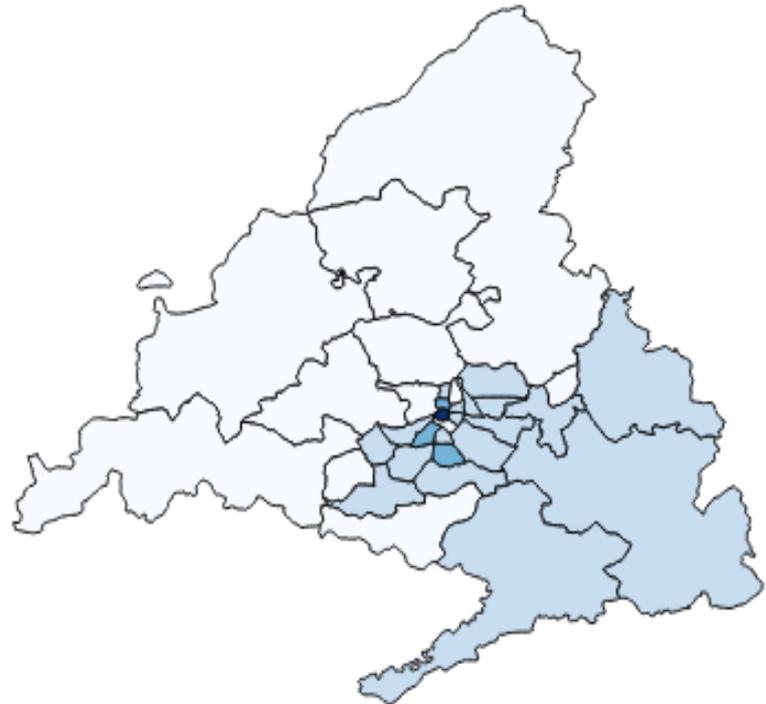


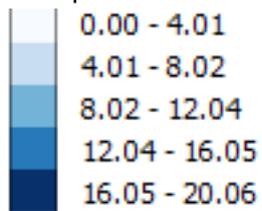
Gráfico 5.4.2.c. Tasas de incidencia de hepatitis C por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.4.2. Tasas de incidencia de hepatitis C por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.4.3 Infección gonocócica

Durante el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 1.880 casos de infección gonocócica, 363 casos más que en 2016. La tasa de incidencia acumulada fue de 28,89 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron: Centro (263,07 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (62,94 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (56,59 casos por 100.000 habitantes). En un 9,5% de los casos se desconocía el distrito de residencia del paciente.

En la distribución por sexo se observó un claro predominio en varones (86,4%). La edad media fue de 31,9 años (DS: 9,2). El 88,6% de los casos eran menores de 44 años. Se notificaron 3 casos en menores, en uno de ellos por transmisión vertical y los otros dos, de 4 y 7 años, fueron casos de abuso sexual que se encuentran en seguimiento por el juzgado; para los demás el rango de edad osciló entre 15 y 75 años.

En el 91,4% de los casos se conoce el país de origen: el 61,4% son españoles, el 5,5% del resto de Europa; el 21,0 % Sudamérica y Centroamérica; el 0,4 % de Norteamérica; el 2,4% de África; el 0,6% de Asia y el 0,1% de Oceanía.

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

El 13,7% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 24,7% por atención especializada y el 61,6% del total de notificaciones fueron por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual.

El 1,0% de los casos fueron hospitalizados (19 casos). No se registró ningún fallecimiento.

Gráfico 5.4.3.a. Tasas de infección gonocócica. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

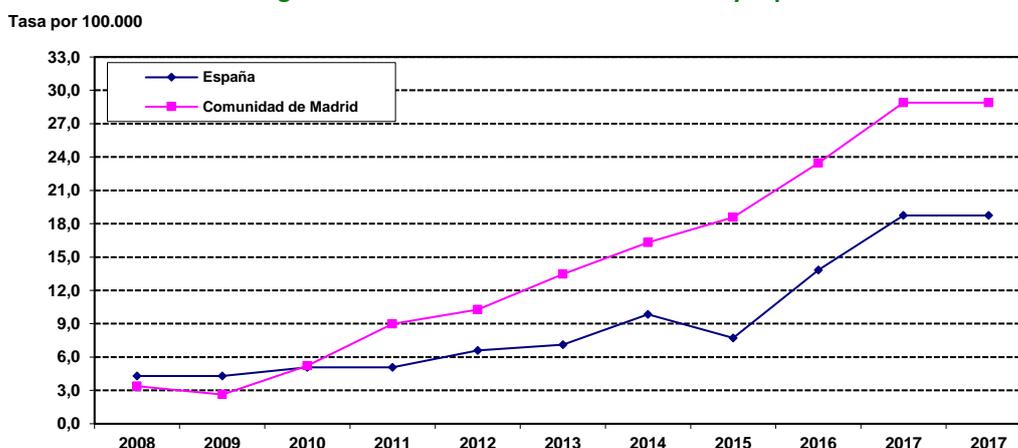


Gráfico 5.4.3.b. Nº de casos de infección gonocócica por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

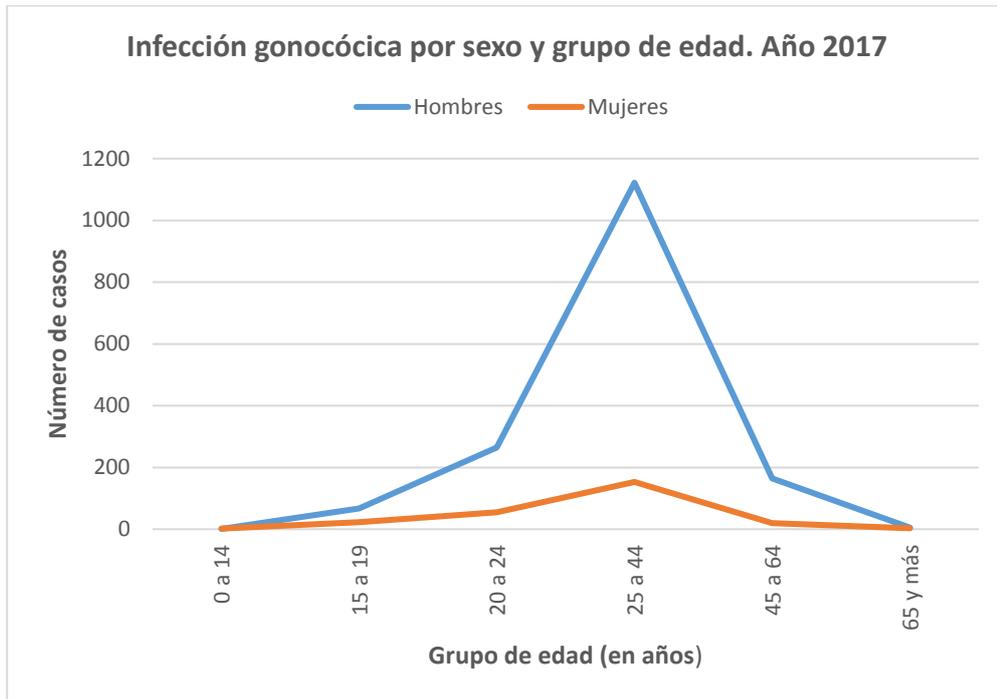
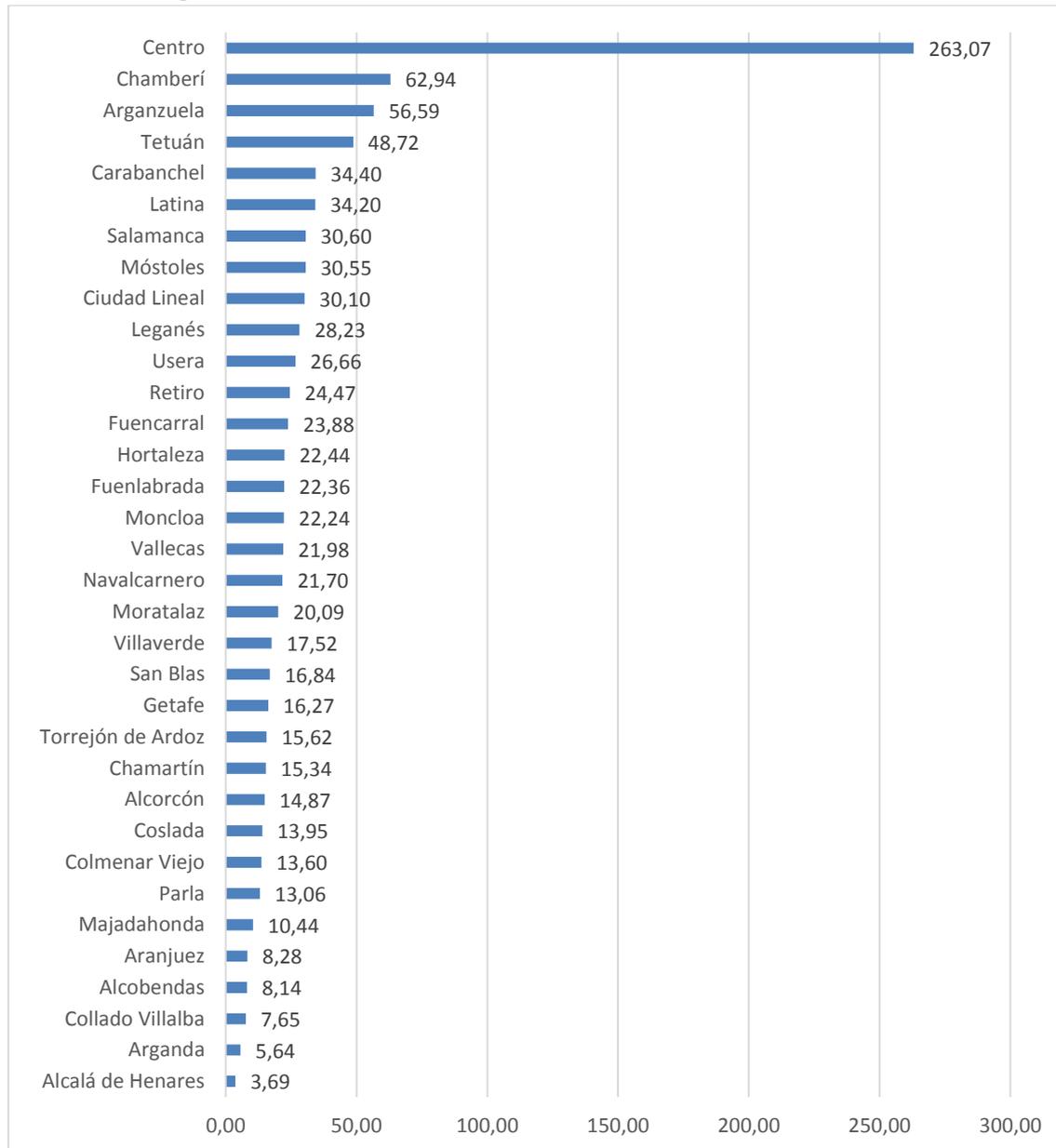
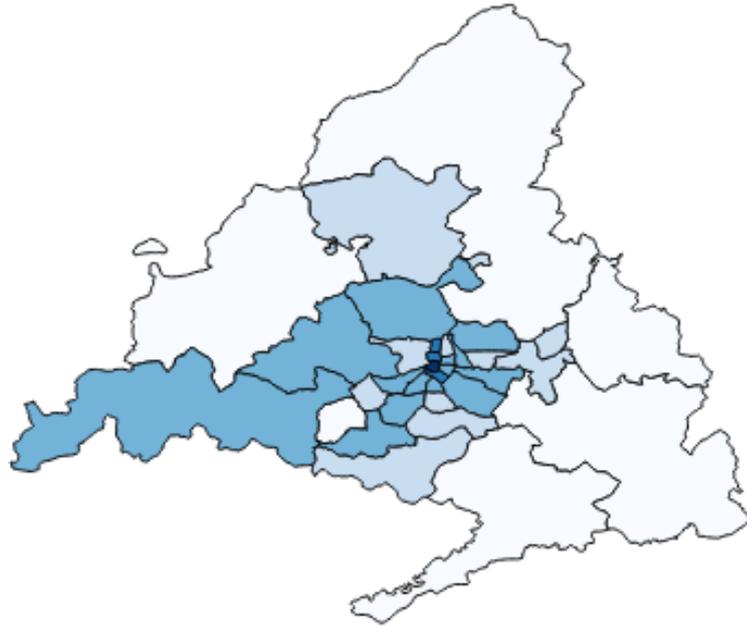
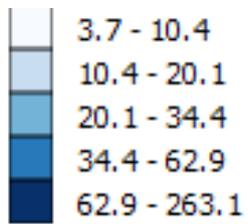


Gráfico 5.4.3.c. Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.4.3. Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.4.4 Infección por *Chlamydia trachomatis*

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 1.612 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido el linfogranuloma venéreo) con una incidencia de 24,77 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor incidencia fueron: Centro (126,52 casos por 100.000 habitantes), Alcorcón (54,12 casos por 100.000 habitantes) y Tetuán (53,27 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 5.4.4.b).

El 66,1% de los casos se observó en varones. El rango de edad varió entre 0 y 72 años, la edad media fue de 30,1 años y el 99,0% de los casos se presentó en personas entre los 15 y los 64 años, el 84,7% fueron hombres entre 20 y 44 años (gráfico 5.4.4.a). El 0,3% (5 casos) fueron neonatos infectados por transmisión vertical, donde las madres eran asintomáticas, estos bebés fueron diagnosticados entre los 3 días y los dos meses de nacidos, todos con conjuntivitis. Un caso fue en un niño de 7 años con abuso sexual que se encuentra en seguimiento por el juzgado.

Se conoce el país de origen en el 94,1% de los afectados: el 59,3% fueron españoles; 17,2% fueron de América del sur, el 6,5% de América del norte y centro; 6,5 del resto de Europa; 4,1 de África y 0,6% de Asia.

El 1,8% de los casos requirió ingreso hospitalario.

Todos los casos se confirmaron microbiológicamente.

Según notificador el 52,1% se notificó por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual, 34,6% por atención especializada y el 12,8% por atención primaria.

Gráfico 5.4.4.a. Nº de casos de infección por chlamydia trachomatis por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

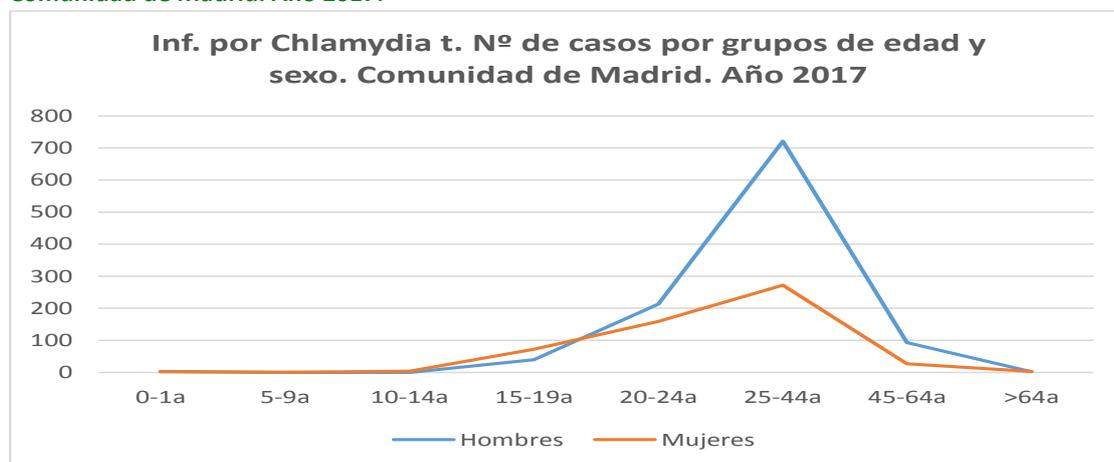
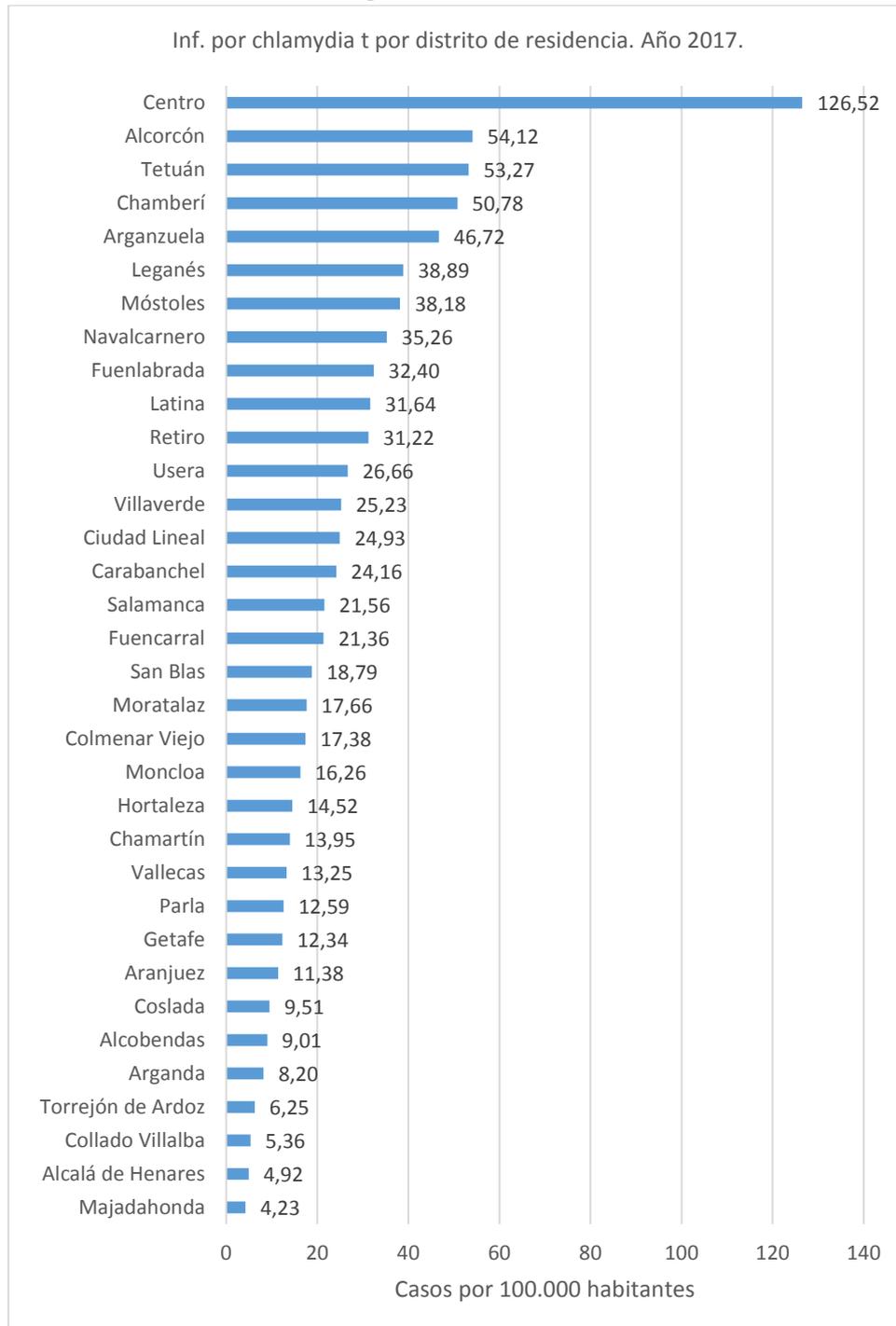
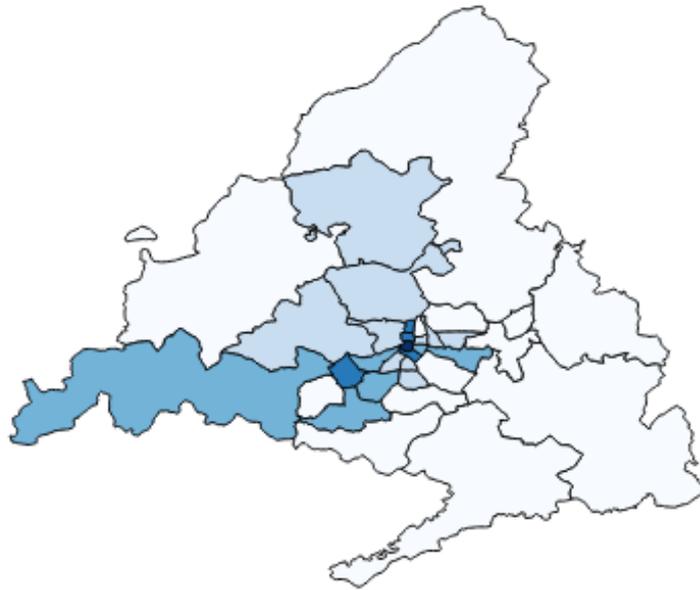


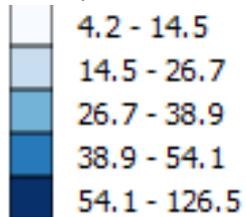
Gráfico 5.4.4.b. Tasas de incidencia de infección por chlamydia trachomatis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.4.4. Tasas de incidencia de infección chlamydia trachomatis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.4.5 Linfogramuloma venéreo

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 169 casos de linfogramuloma venéreo, con una incidencia de 2,60 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor incidencia fueron: Centro (43,20 casos por 100.000 habitantes), Tetuán (8,45 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (7,87 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 5.4.5.b).

El 97,6% de los casos fueron varones. El rango de edad varió entre 19 y 60 años, con una media de edad de 35,7 años, el 74% de los casos fueron hombres del grupo de edad de 25 a 44 años (gráfico 5.4.5.a).

Se conoce el 91,7% del país de origen de los afectados: el 53,8% fueron españoles; 25,4% fueron de América del sur, el 5,3% de América del norte y central; 5,9 del resto de Europa y 1,2% de Asia.

El 1,2% fue hospitalizado, la complicación más frecuente fue proctitis en 85,8% de los casos. El 6,5% de los casos presentaba también sífilis, el 6,6% gonococia, el 2,4% Hepatitis C y el 14,2% era VIH positivo.

Con respecto a la transmisión el 81,1% fue transmisión persona a persona relación sexual de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en 1,8% fue transmisión persona a persona relación hetero-sexual y en el 17,2% se desconoce el mecanismo de transmisión

Todos los casos se confirmaron; el 95,9% por PCR + y el 4,1% por aislamiento microbiológico.

Según notificador el 82,8% se notificó por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual, 16,6% por atención especializada y el 0,6% por atención primaria.

Gráfico 5.4.5.a. Nº de casos de infección por granuloma venéreo por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

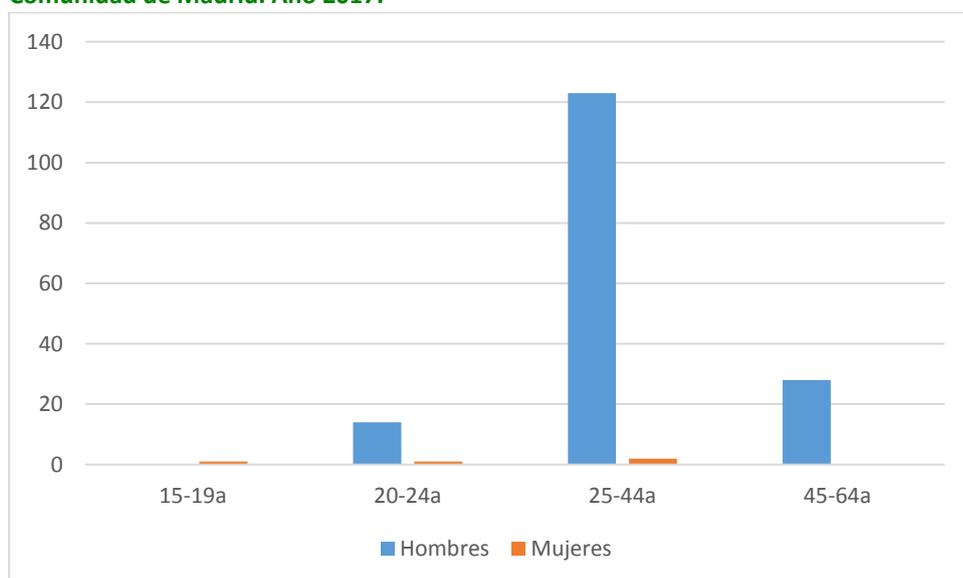
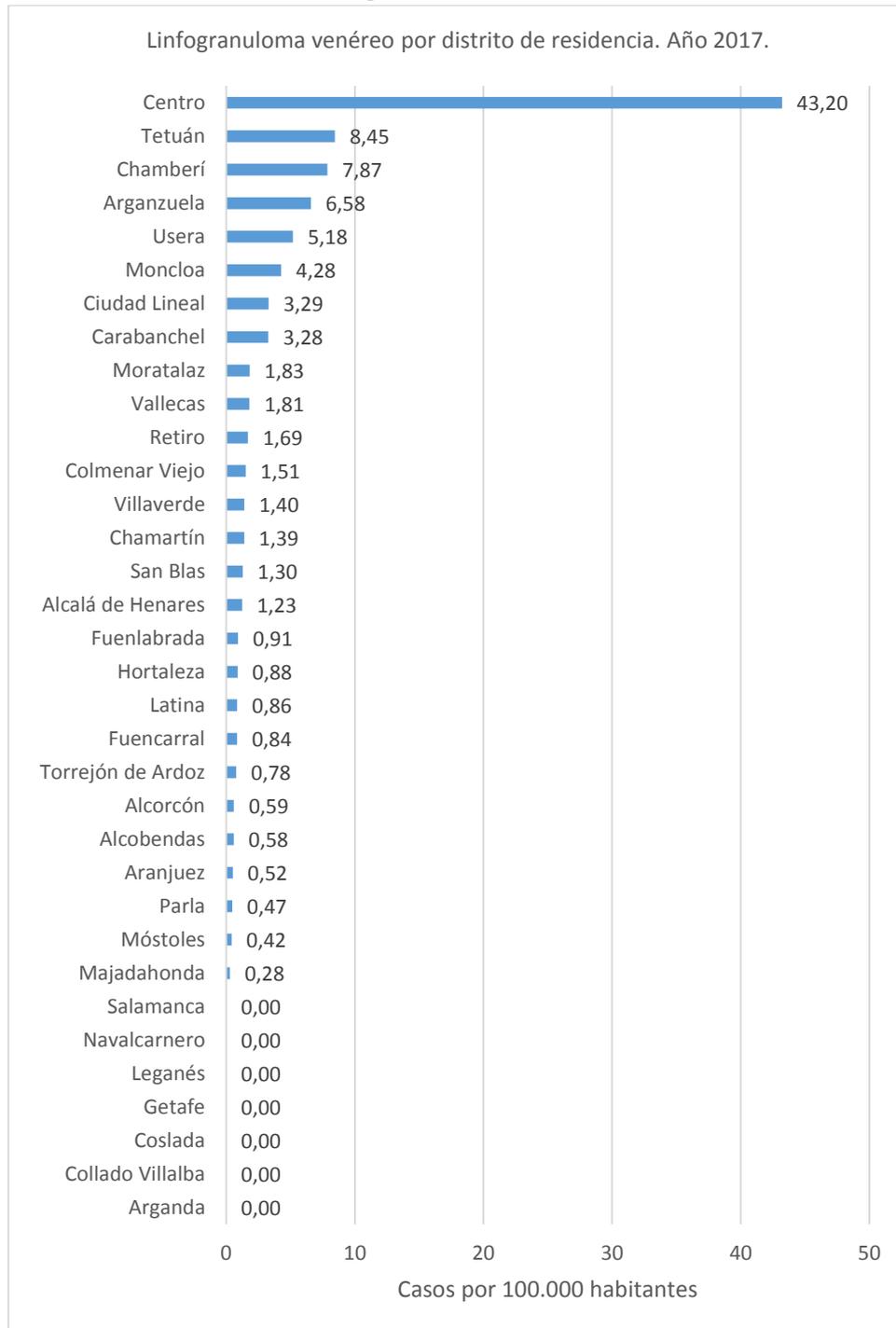
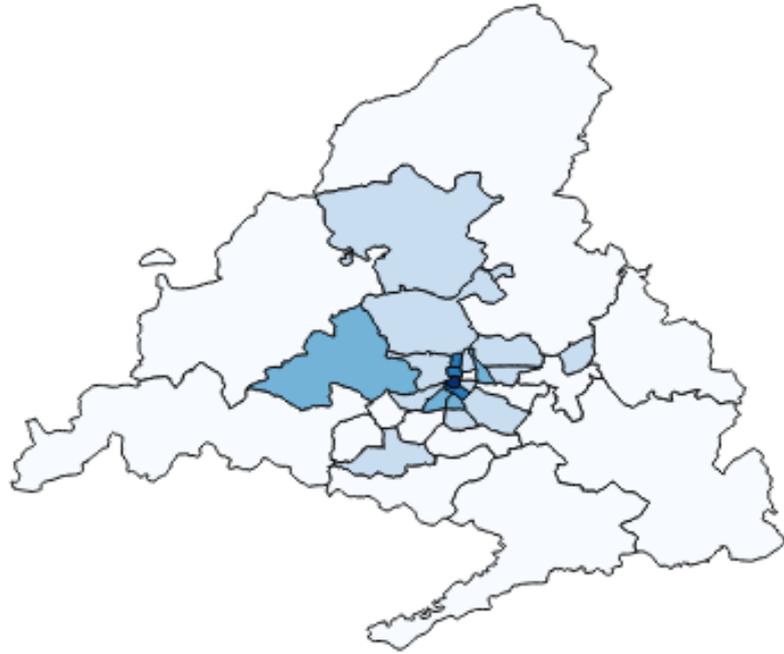


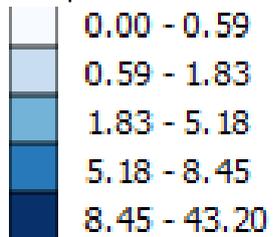
Gráfico 5.4.5.b. Tasas de incidencia de infección por granuloma venéreo por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.4.5. Tasas de incidencia de infección Linfogramuloma venéreo por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.4.6 Sífilis

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 618 casos de sífilis, 51 casos más que en 2016, la tasa de incidencia acumulada fue de 9,50 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor incidencia fueron Centro (94,89 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (25,66 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (24,32 casos por 100.000 habitantes). En un 7% de casos se desconoce el distrito de residencia del paciente.

El 96,8% de los casos se observó en hombres. La edad media fue de 35,2 años (DS: 9,7) con un rango que osciló entre 16 y 67 años. El 67,5% de los casos se presentó en varones del grupo de 25 y 44 años (Gráfico 5.4.6.b).

Se dispone de información sobre el país de origen en el 94,8% de los casos: el 64,9% eran españoles, el 20,9% de América Latina y Caribe; el 6,6 % de otros países europeos; el 1,3% de África, el 0,7% de Asia, el 0,3% de América del Norte y el 0,2% de Oceanía.

El 99,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico y solo un caso se clasificó como probable por clínica y vínculo epidemiológico.

En la tabla 5.4.6.a se presenta la distribución de los casos según coinfección con: hepatitis A, B o C, gonococia o infección por *chlamydia*. Y en la tabla 5.4.6.b según la fase de evolución.

El 52,4% de los casos fueron notificados por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual el 33,2 % por atención primaria, el 14,4 % por atención especializada.

Gráfico 5.4.6.a. Tasas de sífilis. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

Tasa por 100.000

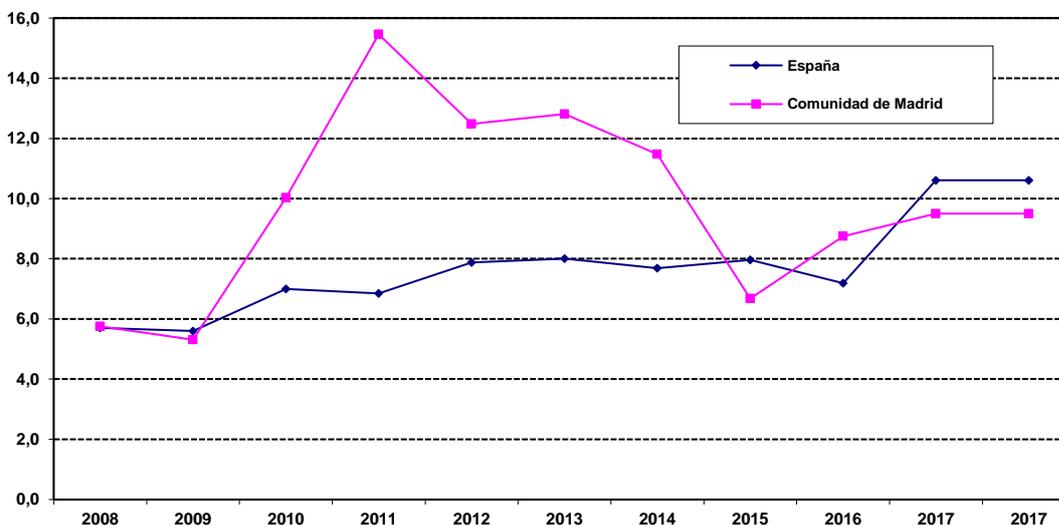
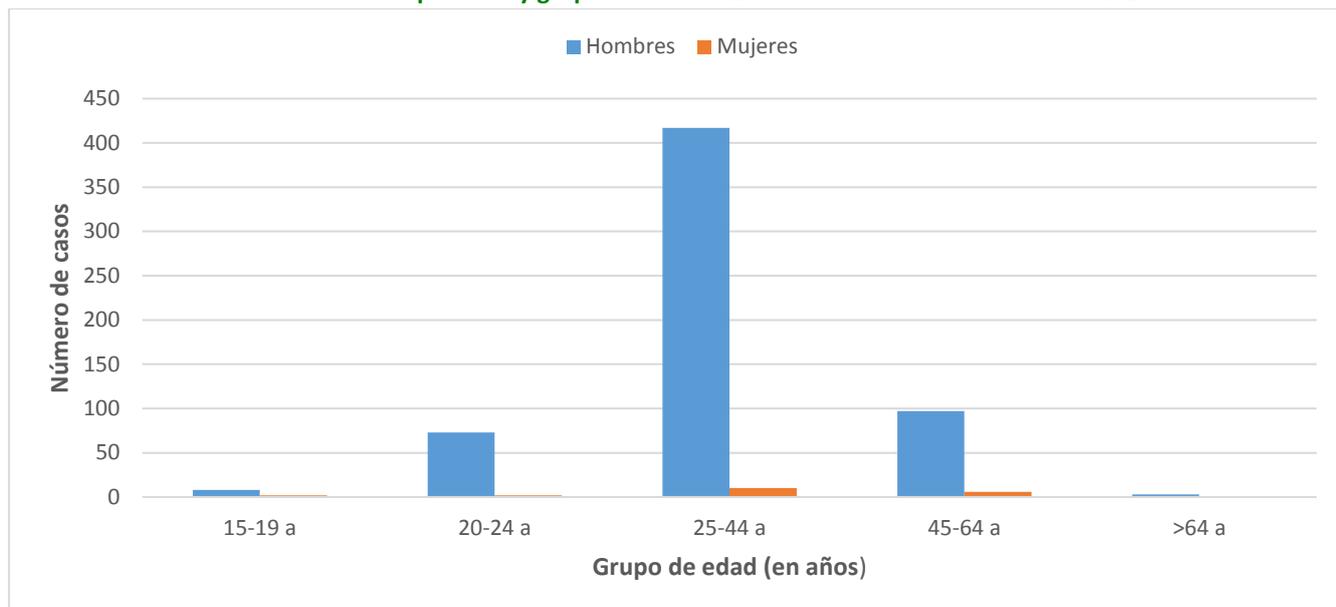
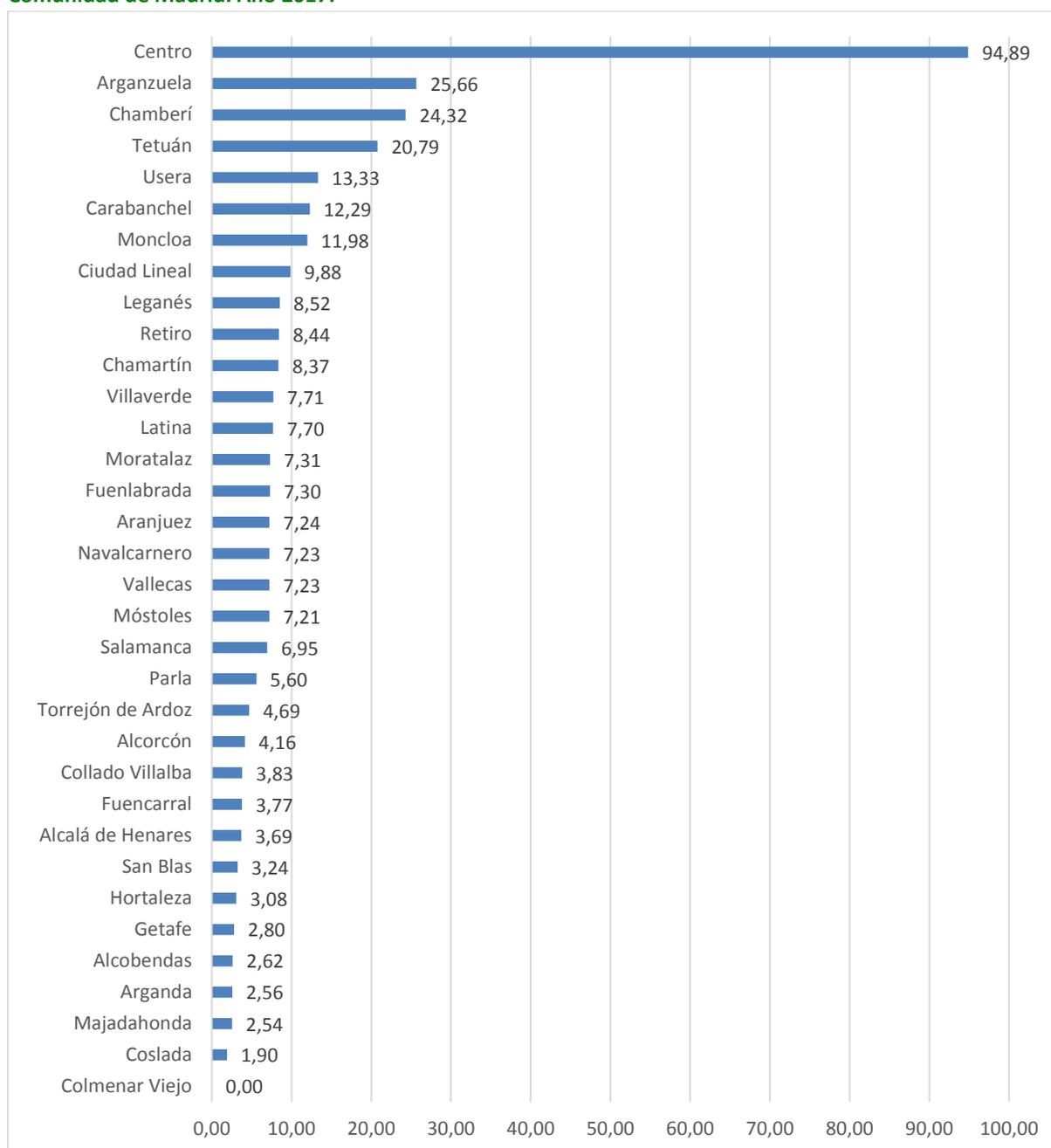


Gráfico 5.4.6.b. Nº de casos de sífilis por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.**Tabla 5.4.6.a. Nº de casos de sífilis con co-infección. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.**

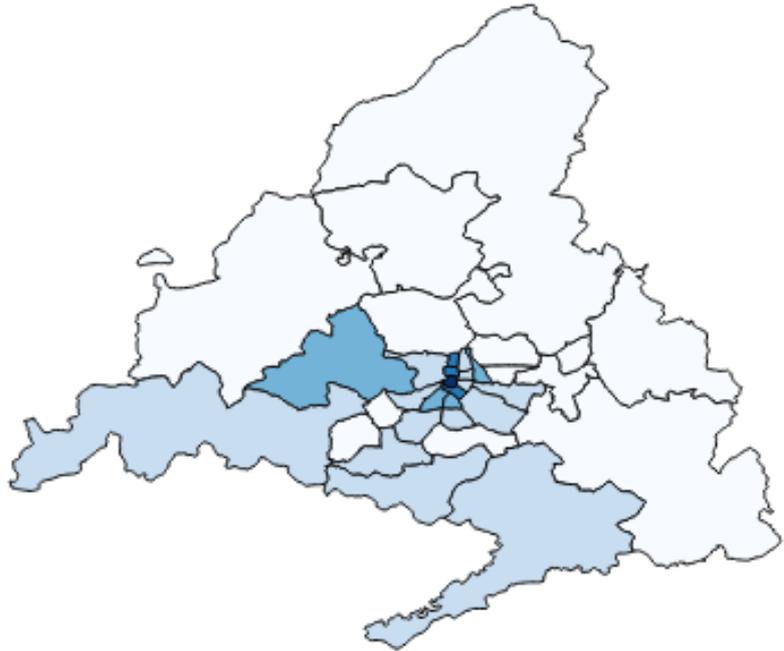
Grupo de edad	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Gonococia	Infección por Chlamydia	Herpes genital
15-19a	0	0	0	0	0	1
20-24a	0	3	3	1	1	2
25-44a	6	5	6	8	6	3
45-64a	0	3	4	2	2	0
>64a	0	0	0	0	0	0
total	6	11	13	11	9	6

Tabla 5.4.6.b. Nº de casos de sífilis por fases de su evolución. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

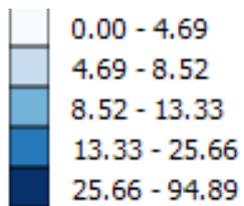
Grupo de edad	Latén precoz	Primaria	Secundaria	Desconocido	Total
15-19a	0	5	5	0	10
20-24a	21	28	23	3	75
25-44a	119	150	150	8	427
45-64a	35	23	42	3	103
>64a	1	1	1	0	3
total	176	207	221	14	618

Gráfico 5.4.6.c. Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.4.6. Tasas de incidencia sifilis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.5 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL

5.5.1 Dengue

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 36 casos de dengue, 60 casos menos que los notificados durante el año 2016, lo que supone una tasa de incidencia de 0,55 casos por 100.000 habitantes. Se observa cierta estacionalidad, notificándose un mayor número de casos durante los meses de agosto y septiembre (gráfico 5.5.1.a). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Tetuán (2,60 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Retiro (2,53 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (1,32 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 5.5.1.d).

El 50% de los casos se produjeron en mujeres. La edad media fue de 32,86 años (D.E. 12,49), con un rango comprendido entre los 8 meses y los 65 años (Gráfico 5.5.2.b). El 63,89% de los casos eran nacidos en España, el 19,44% en América Latina, el 8,33% en otros países europeos, 8,33% en Asia (Gráfico 5.5.2.c).

Se clasificaron como confirmados el 44,44% de los casos y el 55,55% como probables.

Todos los casos fueron importados. Todos tenían antecedente de viaje durante el periodo de incubación: el 22,2% a América Latina, el 66,7% a Asia y el 11,1% a África.

El 77,8% de los casos se notificaron desde Atención Especializada, el 11,1% desde Atención Primaria y el 11,1% desde otras fuentes. Destaca el Hospital Universitario La Paz, habiendo notificado el 63,88% de los casos.

Gráfico 5.5.1.a. Nº de casos de dengue por mes de notificación. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

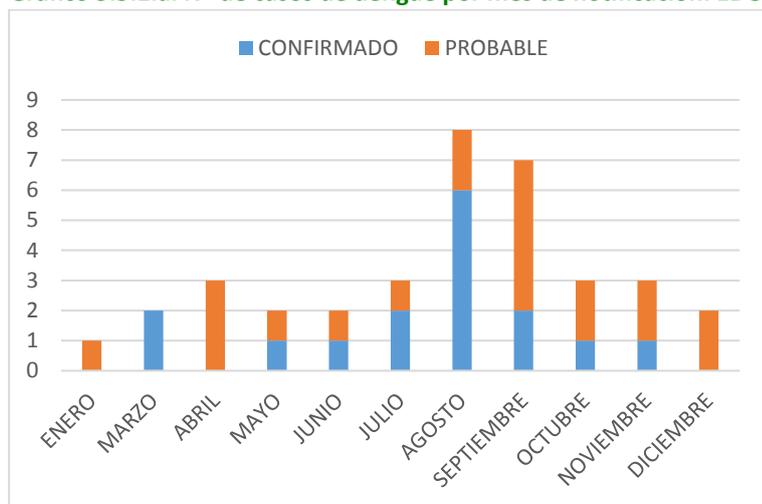


Gráfico 5.5.1.b. Nº de casos de dengue por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

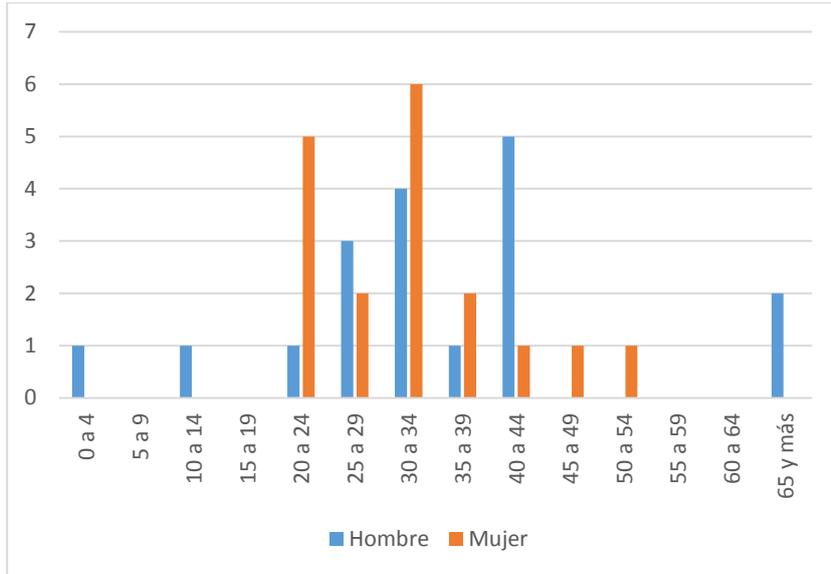


Gráfico 5.5.1.c. Nº de casos de dengue de españoles y nacidos fuera de España. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

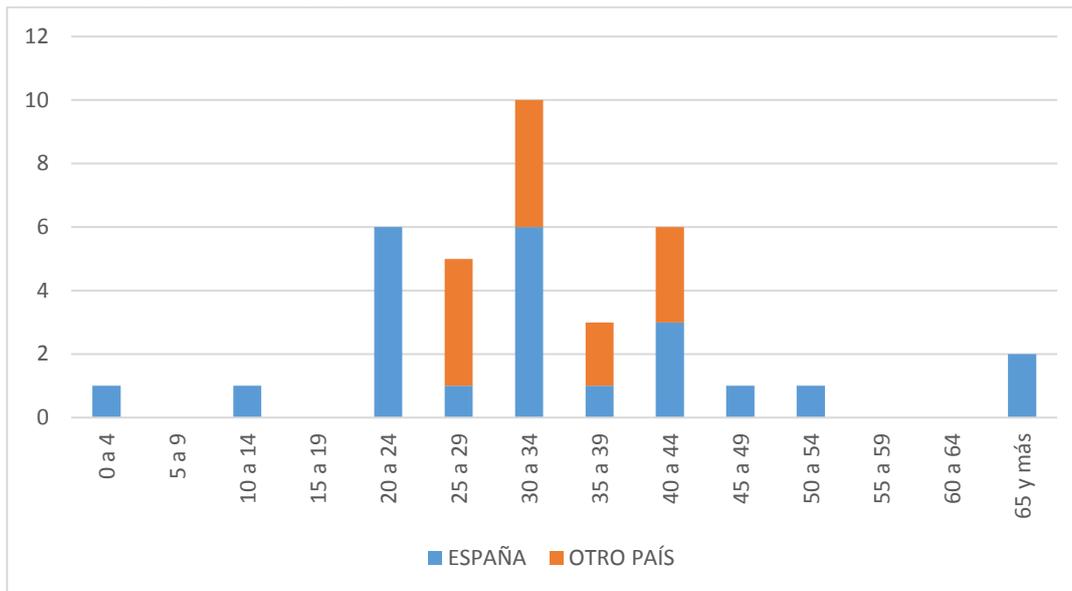
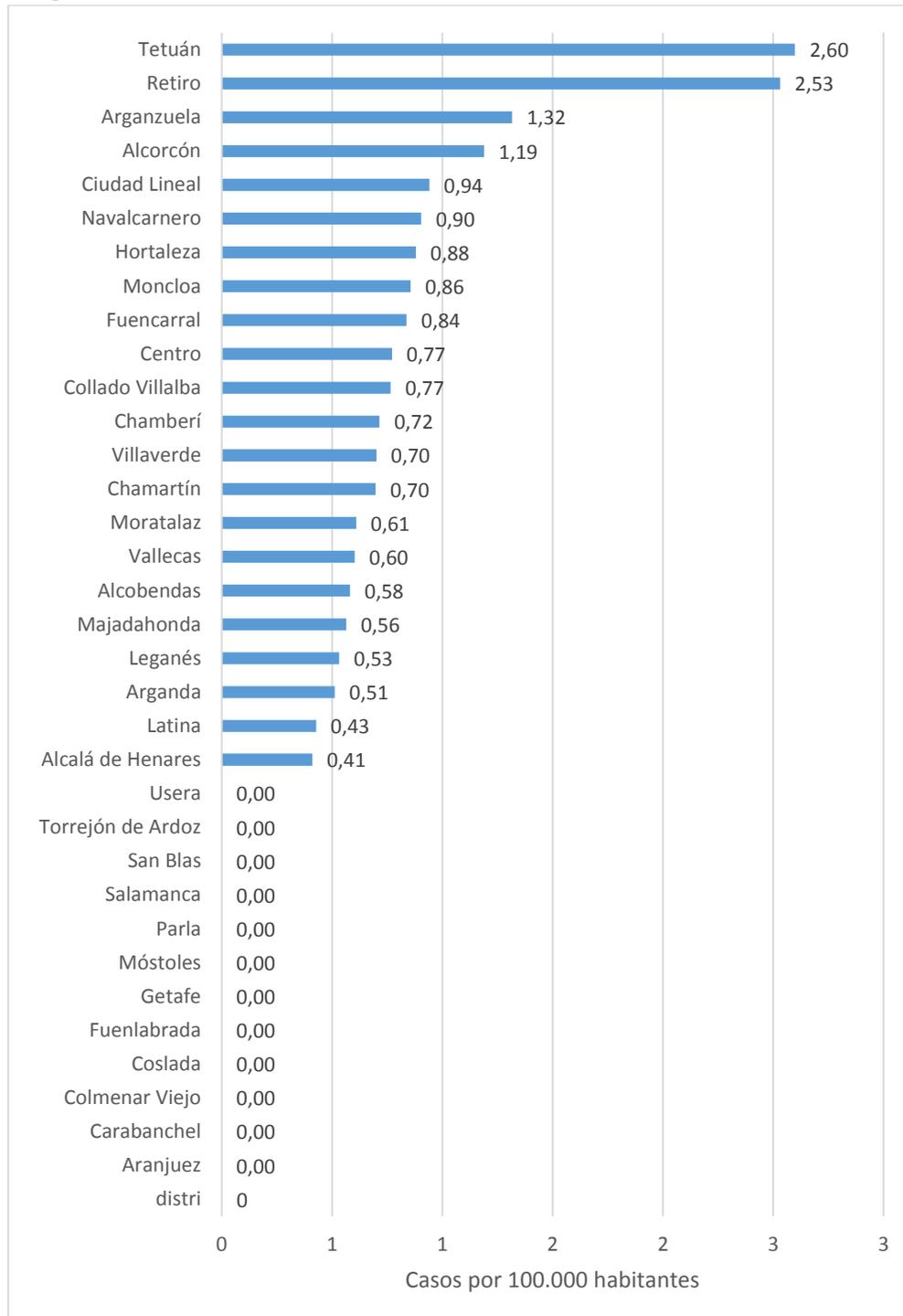
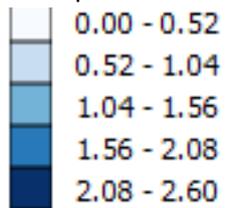


Gráfico 5.5.1.d. Tasas de incidencia de dengue por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.5.1. Tasas de incidencia de dengue por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.5.2 Enfermedad por virus Chikungunya

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 27 casos de enfermedad por virus Chikungunya, lo que supone una tasa de incidencia de 0,41 casos por 100.000 habitantes. No se observa una estacionalidad clara aunque se notificaron más casos durante el mes de agosto (gráfico 5.5.2.a). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Centro (2,31 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Chamberí (1,43 casos por 100.000 habitantes) y Hortaleza (1,32 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.5.2.d).

El 62,96% de los afectados eran mujeres. La edad media fue de 37,78 años (D.E. 11,41) con un rango comprendido entre los 19 y los 61 años (Gráfico 5.5.2.b). El 77,77% habían nacido en España, el 7,40% en América Latina, el 11,11% en África y el 3,70% en Asia (Gráfico 5.5.2.c).

Todos los casos fueron confirmados por el laboratorio de microbiología.

Todos los casos fueron importados. Todos tenían antecedente de viaje durante el periodo de incubación: el 48,1% a América Latina, el 29,6% a Asia y el 22,2% a África.

Todos los casos se notificaron desde Atención Especializada, destacando el Hospital Universitario La Paz, habiendo notificado el 92,59% de los casos.

Gráfico 5.5.2.a. Nº de casos de enfermedad por virus Chikungunya por mes de notificación. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

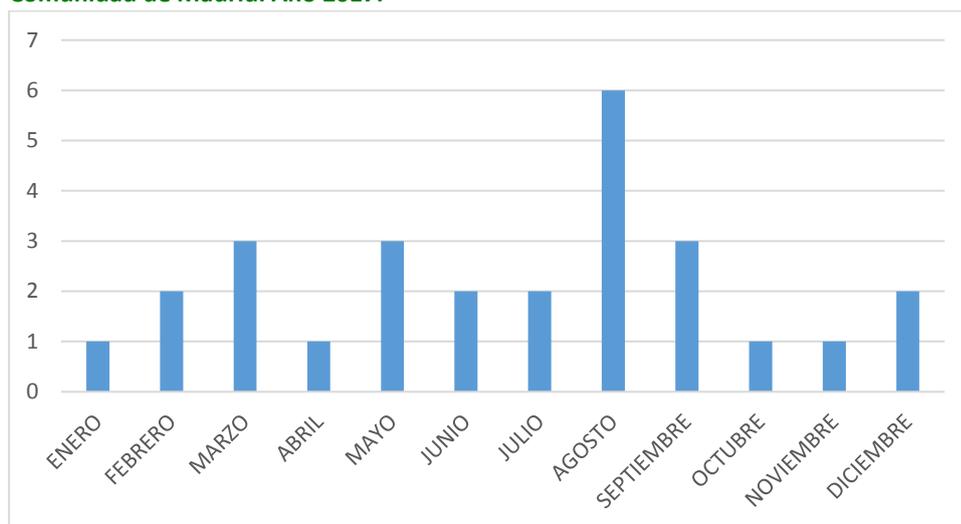


Gráfico 5.5.2.b. Nº de casos de enfermedad por virus Chikungunya por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

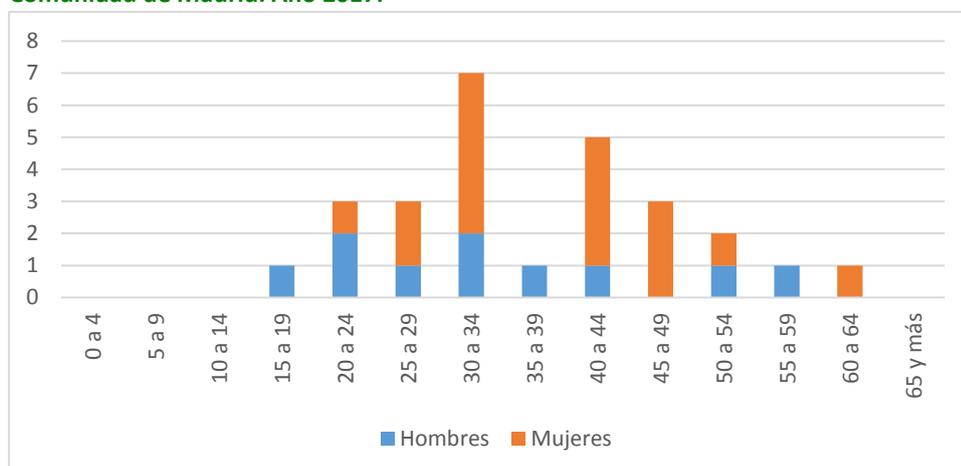


Gráfico 5.5.2.c. Nº de casos de enfermedad por virus Chikungunya de españoles y nacidos fuera de España. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

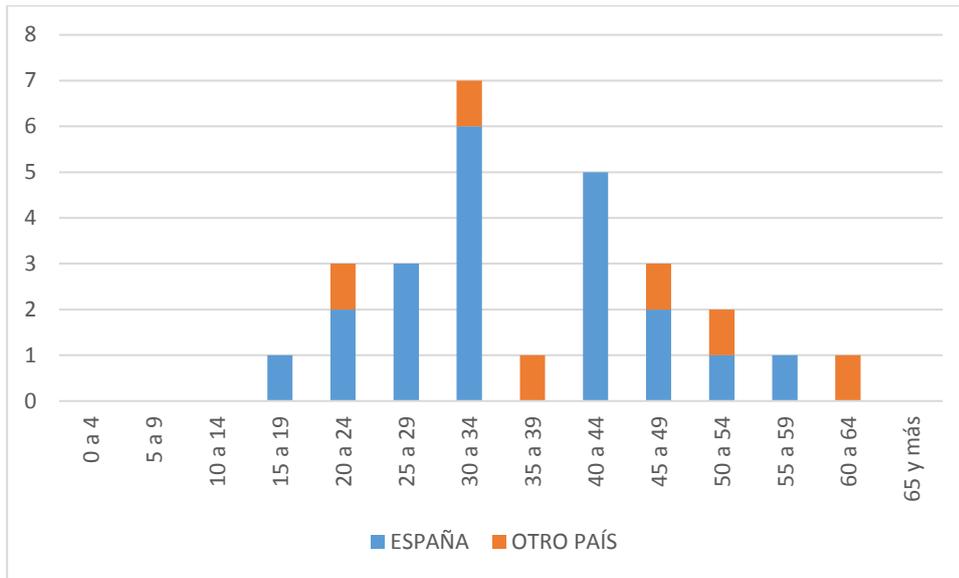
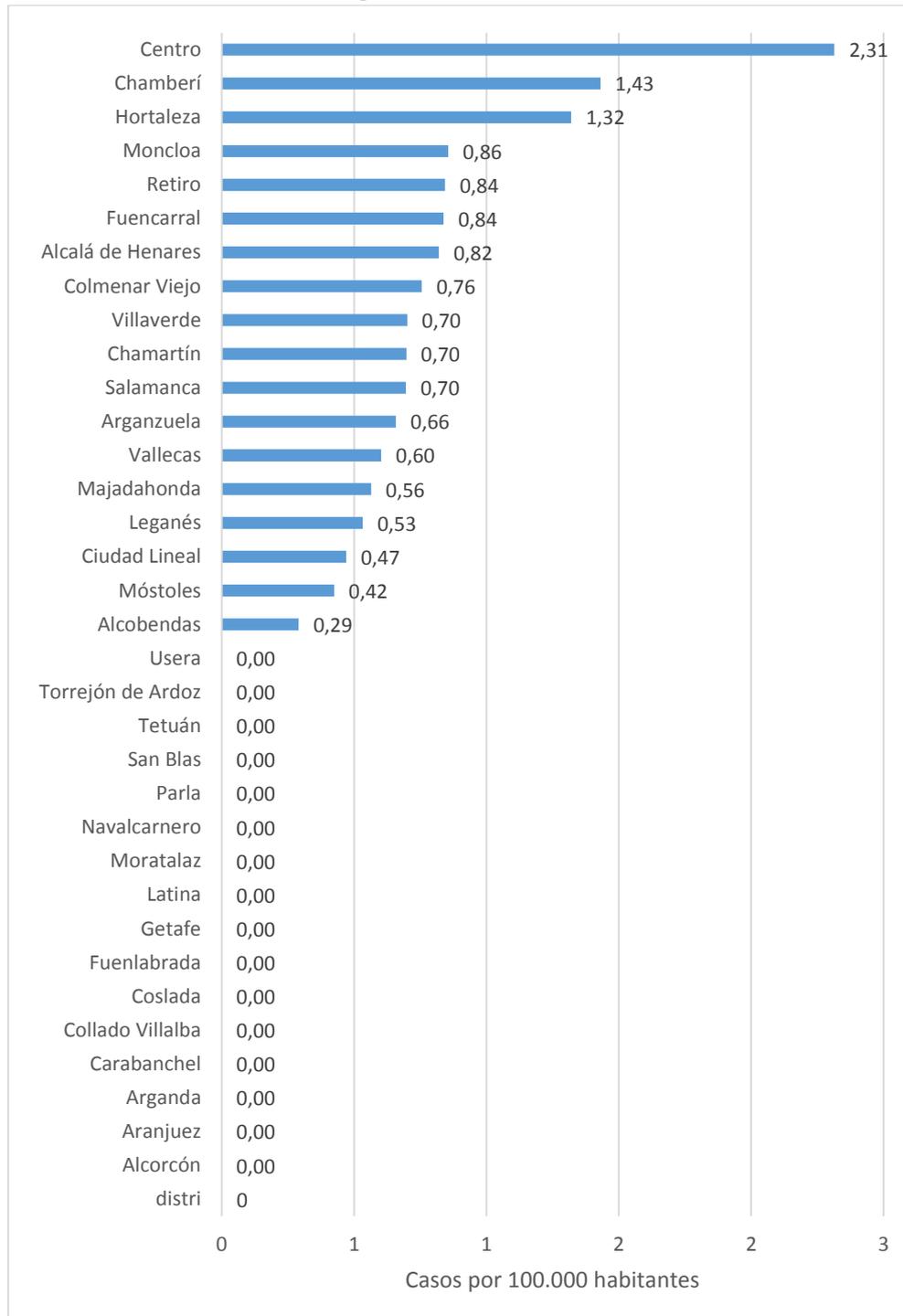
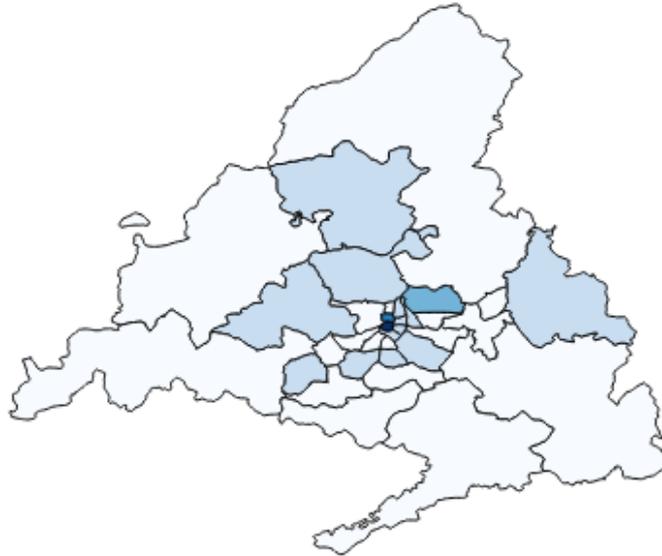


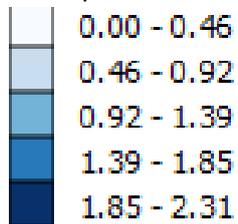
Gráfico 5.5.2.d. Tasas de incidencia de enfermedad por virus Chikungunya por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.5.2. Tasas de incidencia de enfermedad por virus de Chikungunya por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.5.3 Enfermedad por virus Zika

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 21 casos de enfermedad por virus Zika, 84 casos menos que los notificados durante el año 2016, lo que supone una tasa de incidencia de 0,32 casos por 100.000 habitantes. No se observa una estacionalidad clara aunque se notificaron más casos durante enero, mayo y agosto (gráfico 5.5.2.a). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Vallecas (1,20 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Ciudad Lineal (0,94 casos por 100.000 habitantes) y Navacarnero (0,90 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.5.3.d).

El 66,66% de los afectados eran mujeres. La edad media fue de 35,71 años (D.E. 10,85) con un rango comprendido entre los 11 y los 59 años (gráfico 5.5.3.b). El 52,38% habían nacido en España y el 47,62% en América Latina (gráfico 5.5.3.c).

Se clasificaron como confirmados el 33,3% de los casos, como probables el 61,9% y como sospechosos el 4,8% restante.

Todos los casos fueron importados con antecedente de viaje durante el periodo de incubación: el 90,48% a América Latina y el 9,52% a África.

El 71,43% de los casos se notificaron desde Atención Especializada, el 9,52% desde Atención Primaria y el 19,05% desde otras fuentes. Destaca el Hospital Universitario La Paz habiendo notificado un 42,86% de los casos.

Gráfico 5.5.3.a. Nº de casos de enfermedad por virus Zika por mes de notificación. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

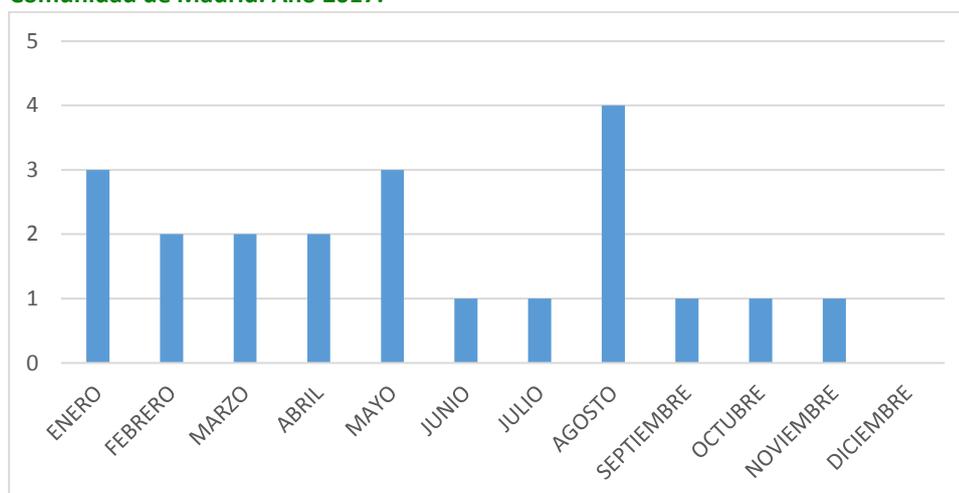


Gráfico 5.5.3.b. Nº de casos de enfermedad por virus Zika por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

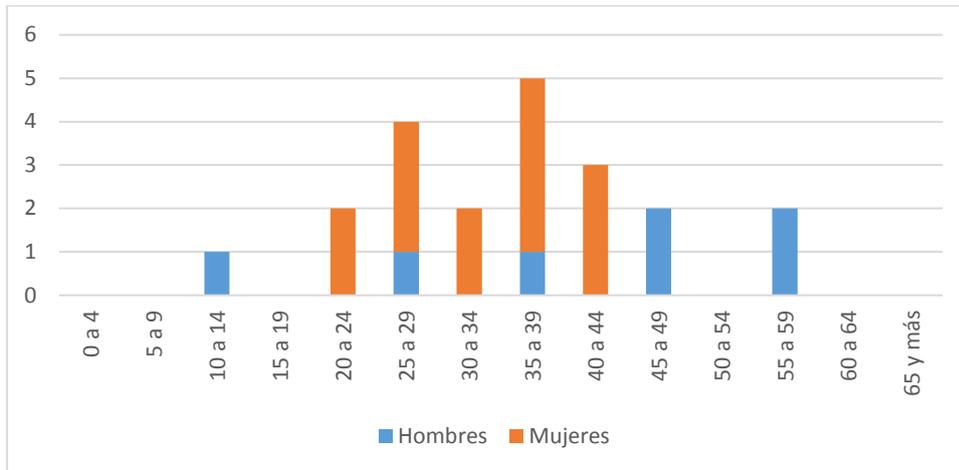


Gráfico 5.5.3.c. Nº de casos de enfermedad por virus Zika de españoles y nacidos fuera de España. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

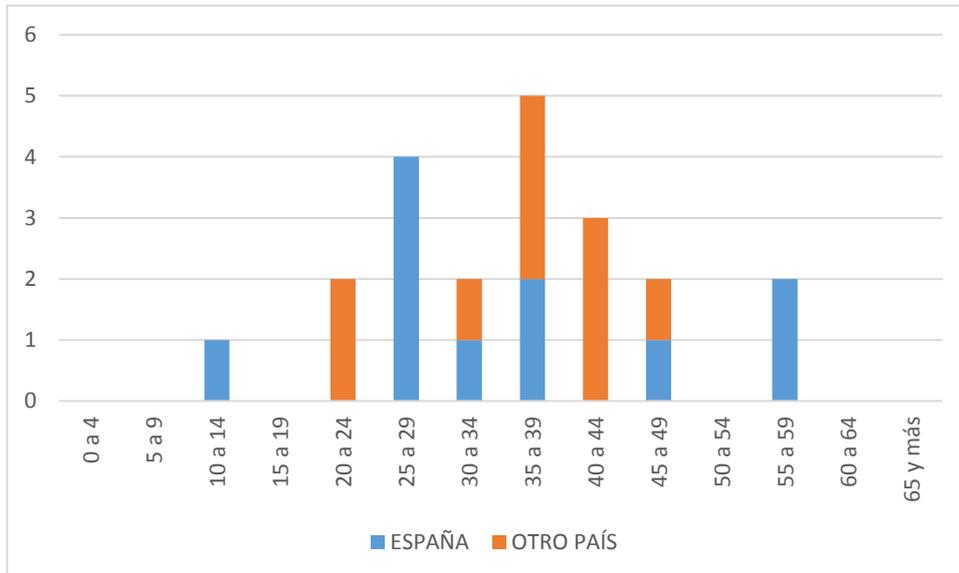
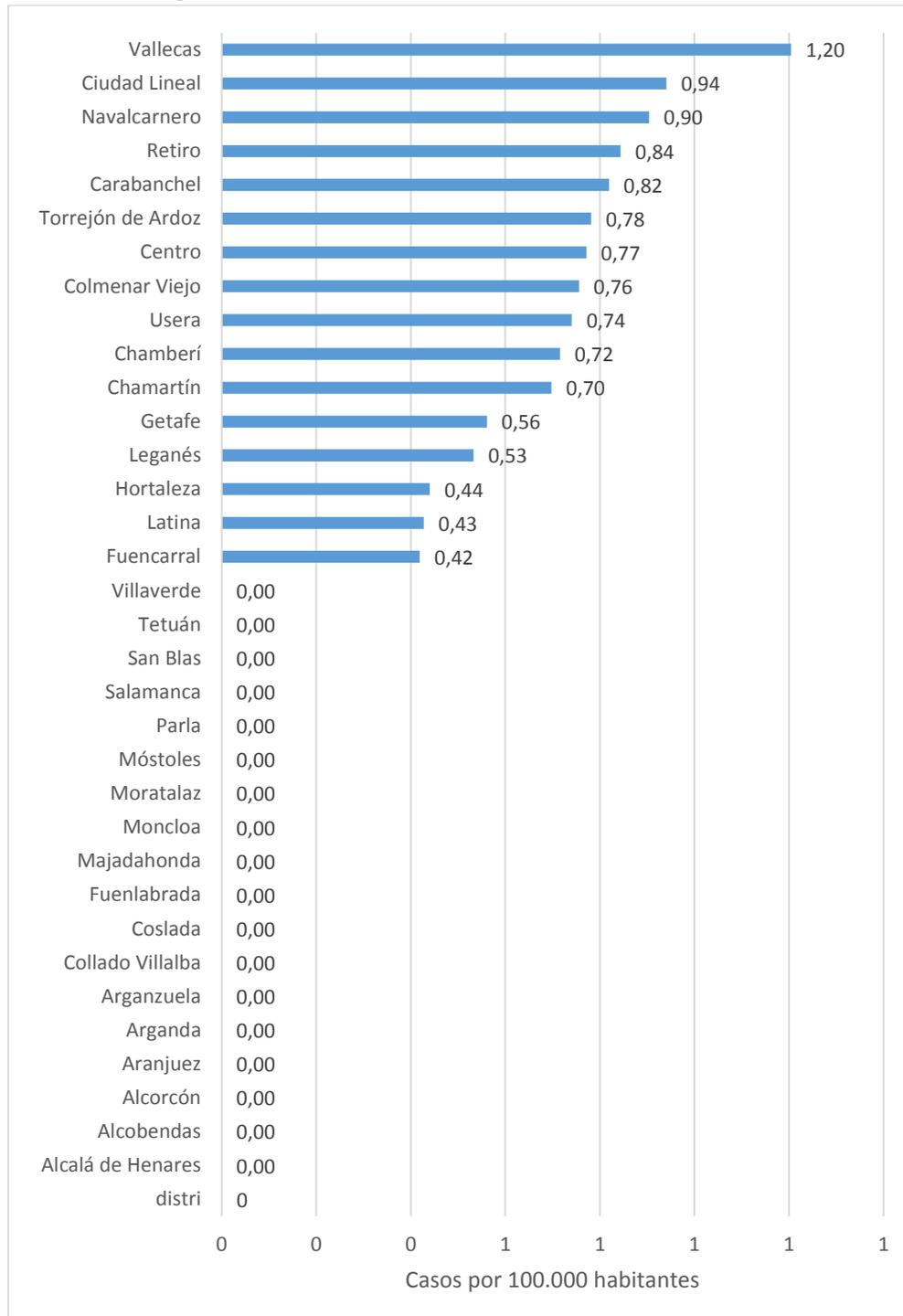
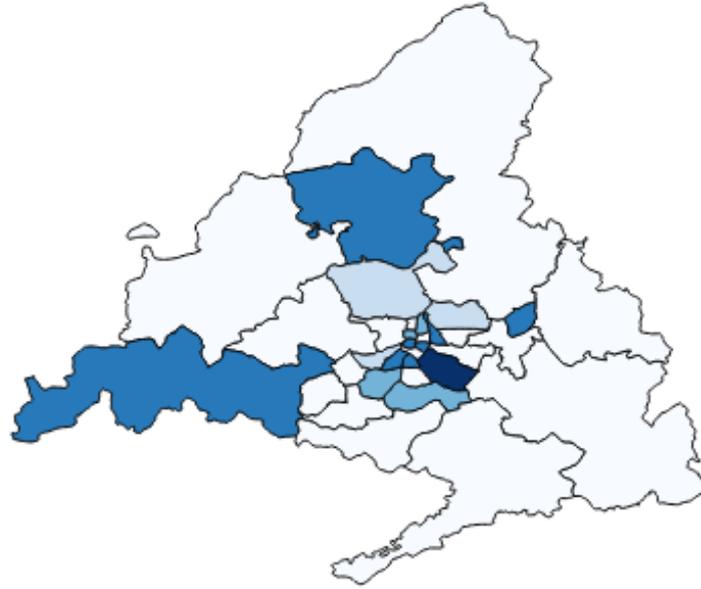


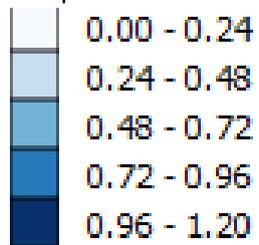
Gráfico 5.5.3.d. Tasas de incidencia de enfermedad por virus Zika por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Mapa 5.5.3. Tasas de incidencia de enfermedad por virus Zika por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.5.4 Infección congénita por virus Zika

En el 2017 se notificó en la Comunidad de Madrid un caso de infección congénita por virus Zika en un feto de 21 semanas que falleció. Presentó microcefalia.

Tanto el caso como la madre fueron casos confirmados. La madre viajó en período de incubación a Cuba donde contrajo la enfermedad.

5.5.5 Fiebre exantemática mediterránea

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 20 casos de fiebre exantemática mediterránea, 4 casos menos que en el año 2016, con una tasa de incidencia acumulada de 0,31 casos por 100.000 habitantes.

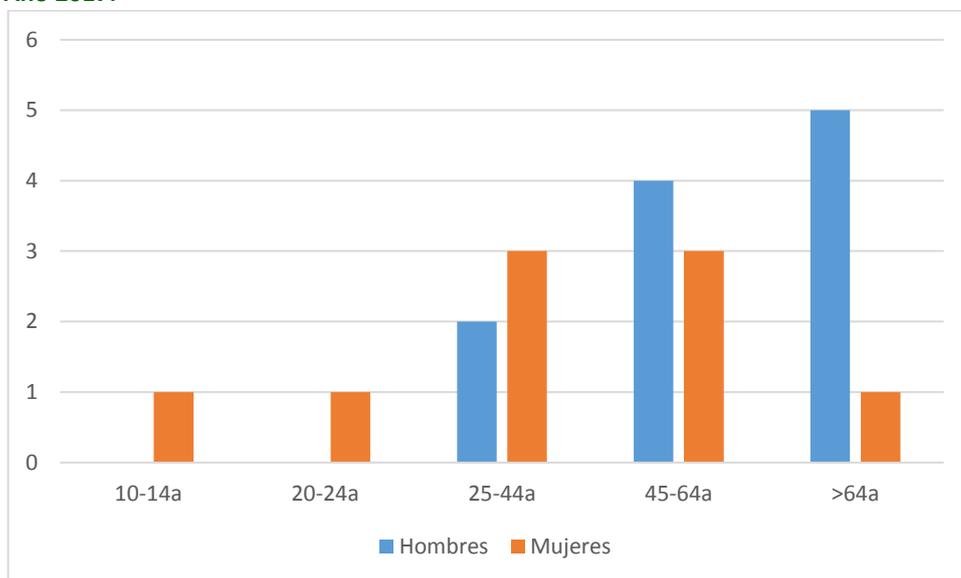
El 55,0% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 53,8 años, con un rango que oscilaba entre 10 y 77 años, siendo el 90,0% de los casos mayores de 25 años (gráfico 5.5.4.a). El 85,0% de los casos eran españoles.

El 85,0% de los casos se clasificaron como confirmados, el resto (3 casos), se clasificaron como probables con criterio epidemiológico.

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 35,0% (7 casos) requirió hospitalización, todos los hospitalizados eran mayores de 25 años. No hubo ningún fallecimiento.

Gráfico 5.5.5.a. Nº de casos de fiebre exantemática mediterránea por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.



5.5.6 Fiebre recurrente transmitida por garrapatas

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 2 casos de fiebre recurrente transmitida por garrapatas, con una incidencia de 0,03 casos por 100.000 habitantes. Se trata de un hombre y una mujer de 25 y 45 años respectivamente.

Los dos se clasificaron como probables por cumplir criterios epidemiológicos, ambos evolucionaron favorablemente y tenían el antecedente de picadura por garrapatas.

5.5.7 Leishmaniasis

Durante el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 87 casos de leishmaniasis, 15 casos más que en 2016. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,34 casos por 100.000 habitantes. Las tasas de incidencia por distritos se presentan en el Gráfico 5.5.6.a, los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Fuenlabrada (6,39 casos por 100.000 habitantes), Leganés (4,79 casos por 100.000 habitantes) Getafe (2,80 casos por 100.000 habitantes) y Navalcarnero (2,71 casos por 100.000 habitantes). En Gráfico 5.5.6.b, se muestra la evolución de la leishmaniasis en la Comunidad de Madrid en el periodo 2005-2016 (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).

El 58,6% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 11 meses y 86 años, con una mediana de 50 años (intervalo intercuartílico: 30-64). El 14,9% estaban en edad pediátrica, siendo el 4,6% menor de 2 años. El 75,9% de los casos eran españoles, el 2,3% eran originarios de África Subsahariana y el 21,8% de otras procedencias.

El 40,2% de los casos tuvieron leishmaniasis cutánea y el 59,8% leishmaniasis visceral. En el 44,8% fue preciso el ingreso hospitalario.

Se clasificaron como confirmados el 97,7% y el 2,3% como probables. En el 79,3% de los casos el diagnóstico se realizó por demostración de la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, en el 17,2% mediante cultivo y en el 33,3% mediante serología.

El 33,3% de los casos presentaron algún factor de riesgo intrínseco. Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de enfermedad inmunosupresora (21,8%) estar en tratamiento inmunosupresor (13,8%), alcoholismo (5,8%), otros factores (2,4%). Ninguno de ellos refirió consumo de drogas por vía parenteral.

En la investigación del entorno de los casos se encontraron los siguientes factores de riesgo: presencia de perros en 28 casos (32,2%), perros enfermos en 2 casos (2,3%), hábitats de mosquitos en 24 casos (27,6%) y explotaciones ganaderas en 3 casos (3,5%).

En 2017 continuó abierto el brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste, de los 87 casos notificados, 28 (32,2%) se consideraron asociados a este brote. Desde el inicio del brote comunitario, en julio de 2009, hasta diciembre de 2017, se han notificado un total de 749 casos asociados al brote: 6 casos (0,8%) con inicio de síntomas en 2009, 97 casos (13,0%) en 2010, 197 casos (26,3%) en 2011, 160 casos (21,4%) en 2012, 92 casos (12,3%) en 2013, 95 casos (12,7%) en 2014, 47 casos (6,3%) en 2015, 27 casos (3,6%) en 2016 y 28 casos (3,2%) en 2017. Los casos residían en cuatro municipios colindantes: 565 casos en Fuenlabrada (75,4%), 93 casos en Leganés (12,4%), 77 casos en Getafe (10,3%) y 14 casos en Humanes de Madrid (1,9%).

El 59,4% eran hombres, la mediana de la edad era de 49 años, con un rango entre 2 meses y 95 años, y el 82,6% de los casos eran españoles.

El 38,3% de los casos presentaron una leishmaniasis visceral y el 61,7% una leishmaniasis cutánea. El 31,9% requirió ingreso hospitalario.

El 94% de los casos se clasificaron como confirmados y el 6% como probables. En el 91,2% el diagnóstico se realizó mediante biopsia/aspirado, en el 6,3% mediante cultivo y en el 24,4% por serología.

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

En la investigación del entorno de los casos se encontró la presencia de perros en el 27,2% de casos, de perros enfermos en el 2,9% (independientemente del diagnóstico), hábitats de mosquitos en el 27,0%, de explotaciones ganaderas en el 2,8% y de escombreras en el 6,3%. Hay que resaltar que aunque el reservorio más conocido para esta enfermedad en nuestro país es el perro, se ha descrito el importante papel que juegan otros cánidos, gatos, roedores y otras especies silvestres, como la liebre. En el brote de la zona suroeste de la Comunidad de Madrid, se ha podido comprobar que los lepóridos, especialmente la liebre, se constituyen en un reservorio activo fundamental.

La investigación epidemiológica y ambiental del brote continúa abierta tras finalizar el año 2017.

Gráfico 5.5.7.a. Tasas de leishmaniasis. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2008-2017.

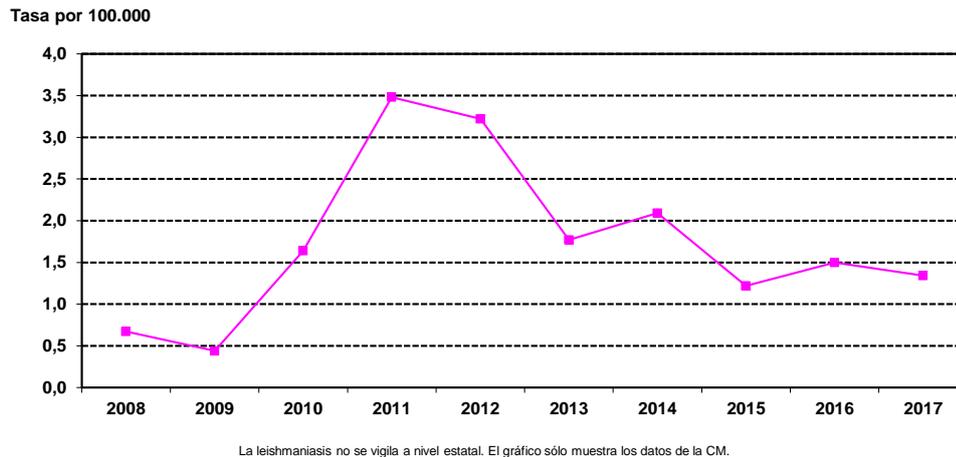
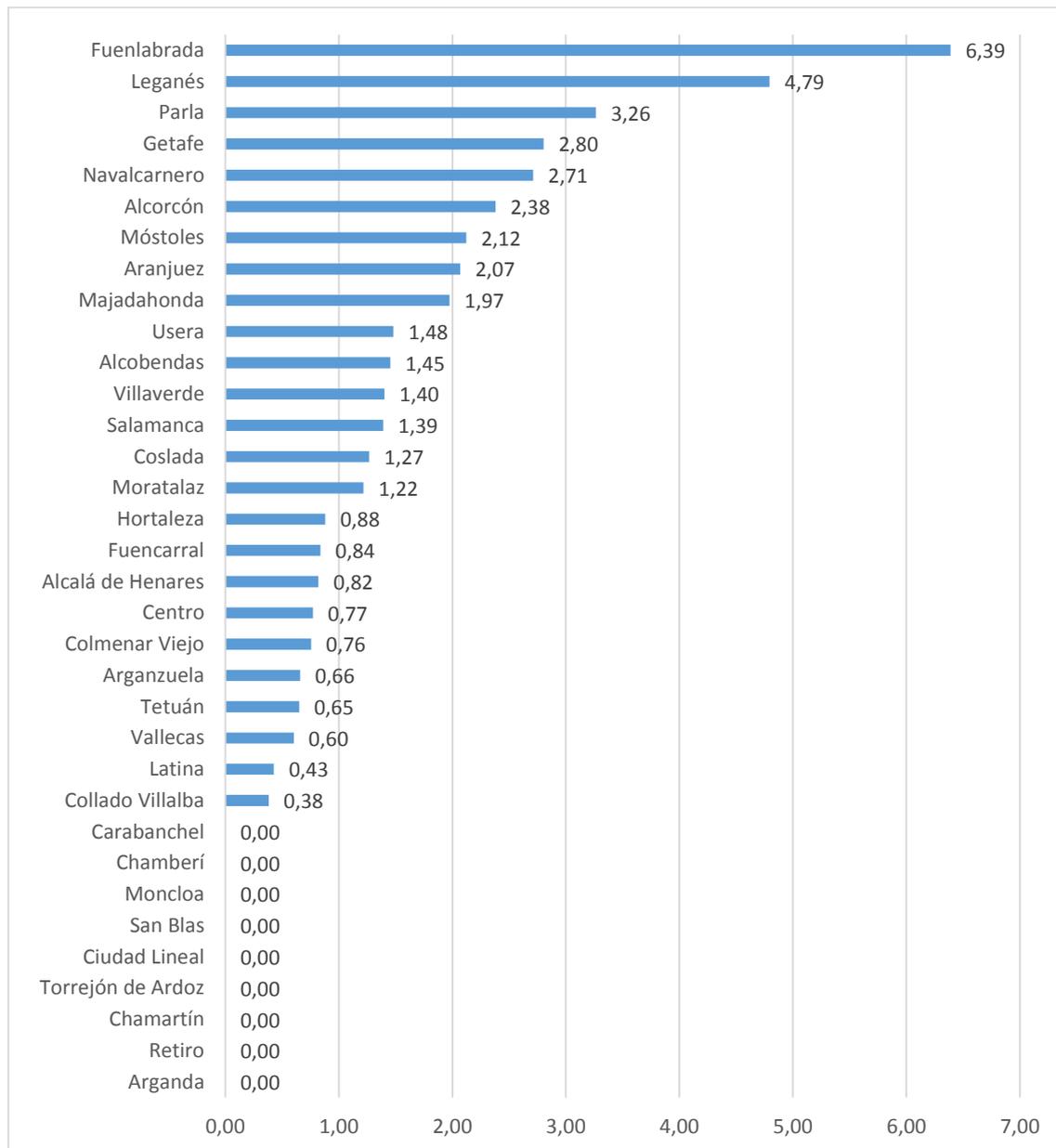
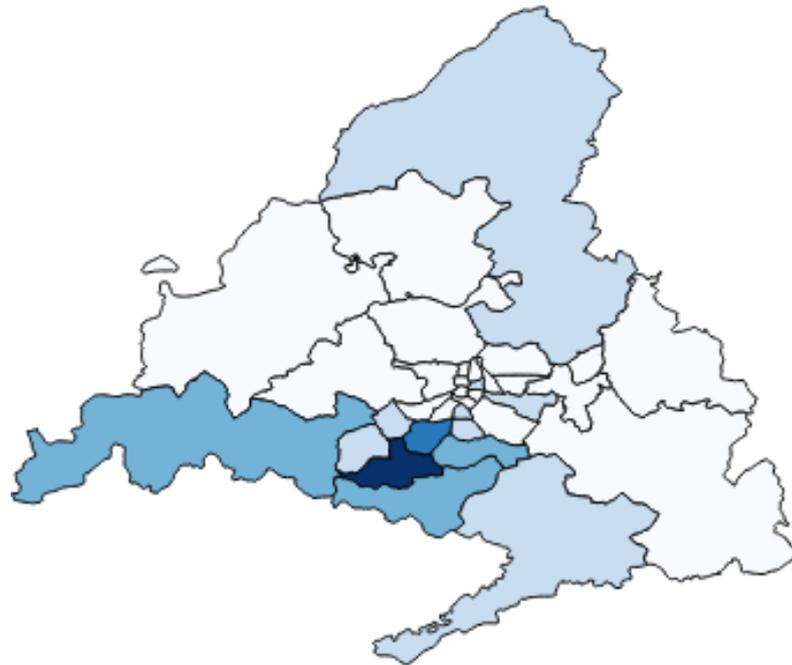
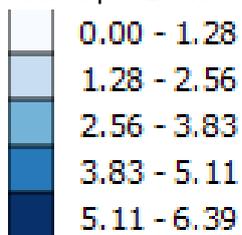


Gráfico 5.5.7.b. Tasas de incidencia de leishmaniasis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.5.7. Tasas de incidencia leishmaniasis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.5.8 Paludismo

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 158 casos de paludismo, la tasa de incidencia acumulada fue de 2,43 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.5.8.a). En el gráfico 5.5.8.b se presenta la distribución semanal de los casos entre enero y diciembre de 2017. Los distritos que presentaron una mayor incidencia fueron Fuenlabrada (11,86 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (10,94 casos por 100.000 habitantes), y Móstoles (8,06 casos por 100.000 habitantes) (gráfico 5.5.8.c).

El 50,0% de los casos notificados fueron hombres. El rango de edad osciló entre 1 y 76 años, con una media de 45,3 años. El 17,8% se presentó en edades de 5 a 24 años y el 76,6% en el grupo de edad de 25 a 64 años. En el 100% de los casos se conoce el país de origen: 74,7% son de origen africano, 19,6% español, 3,2 de centro y Suramérica y 1,3% de Reino Unido y Pakistán respectivamente.

El 100% de los casos (158) se clasificaron como confirmados. En 6 casos (3,8%) no se identificó ningún agente pero sí se confirmó la enfermedad. Las especies aisladas fueron: *P. falciparum* en el 87,9% (139), infecciones mixtas en el 1,9% (3), *P. ovale* en el 6,3% (10), y en *P. malariae*; *P. vivax* y *P. spp* en el 1,3% (2) respectivamente.

Todos los casos fueron importados. En el 94,9% de los casos (150) se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica, entre los motivos referidos destacan: en el 50,7% (76) la inmigración, en el 26,7% (4) la visita a sus países de origen, el 12,0% (18) había viajado a esas zonas por motivos de trabajo, 4,0% (6) habían viajado siendo cooperantes y el 6,7% (10) había realizado viajes de turismo.

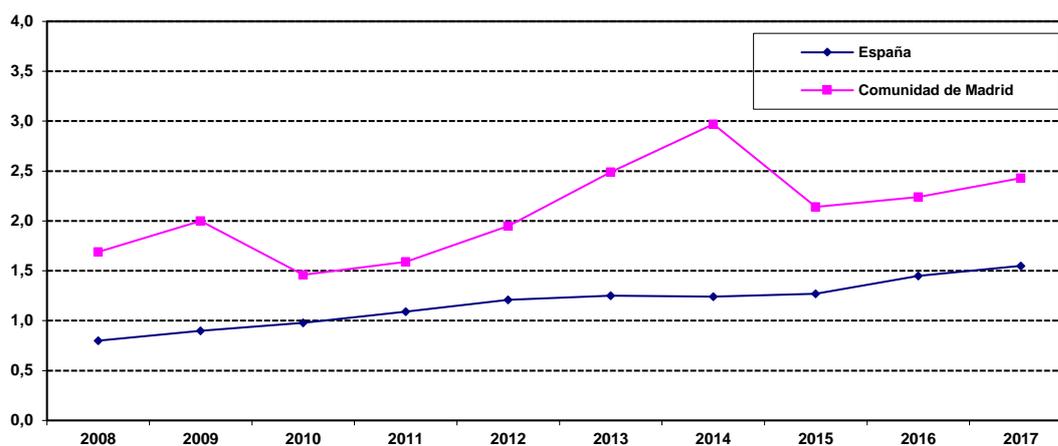
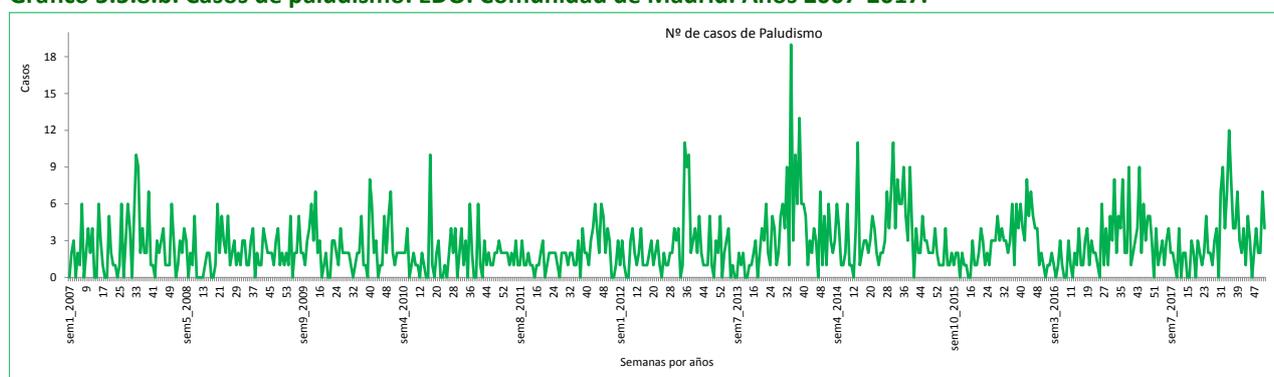
En cuanto a la zona de adquisición de la enfermedad, constaba en el 98,7% (156) de los casos, de los que el 96,8% (153) fue en África, los países con más casos fueron Guinea Ecuatorial 41 casos y Nigeria con 21. En el 1,3 % (2) fue Pakistán y en el 0,6% (1) Honduras.

Sólo en el 10,8% de los casos constaba la realización de profilaxis antipalúdica, siendo esta cifra ligeramente superior a la registrada en el año 2016. En la tabla 5.5.8.a se presenta la distribución del número de casos de paludismo según especie de *plasmodium* y área geográfica de adquisición de la enfermedad.

Se han notificado 8 casos que no residen en la Comunidad de Madrid pero que han llegado a España a través de Madrid, siendo atendidos en Hospitales de nuestra CCAA, se trata de 4 mujeres y 4 hombres con edades comprendidas entre 18 y 50 años, la media es de 39 años. Todos los casos estaban de paso en Madrid, 3 para ir de vacaciones a otras CCAA, 1 solicitando asilo a España y otro residente en EEUU de vacaciones que llegaba de África.

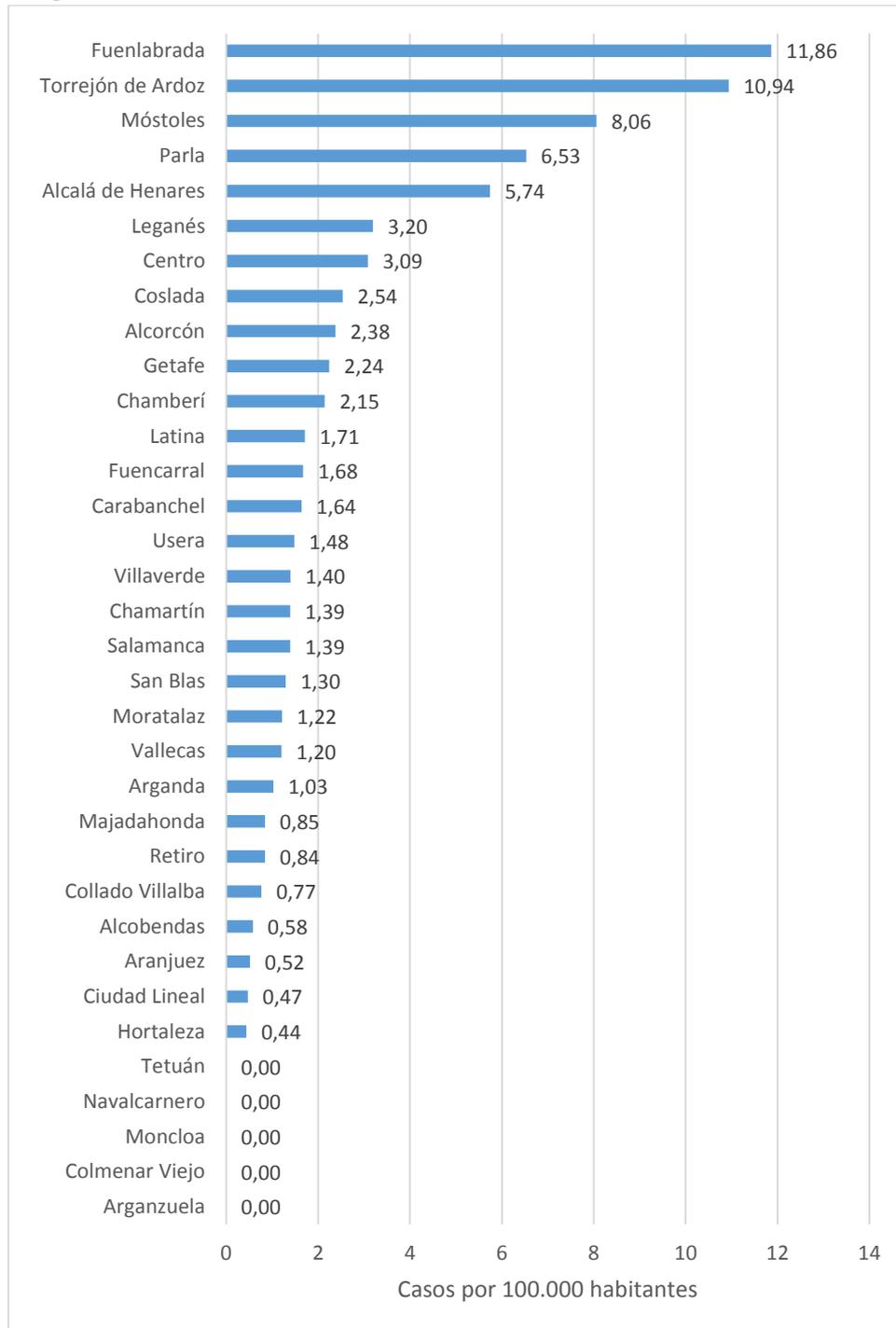
Gráfico 5.5.8.a Tasas de Paludismo. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2008-2017.

Tasa por 100.000

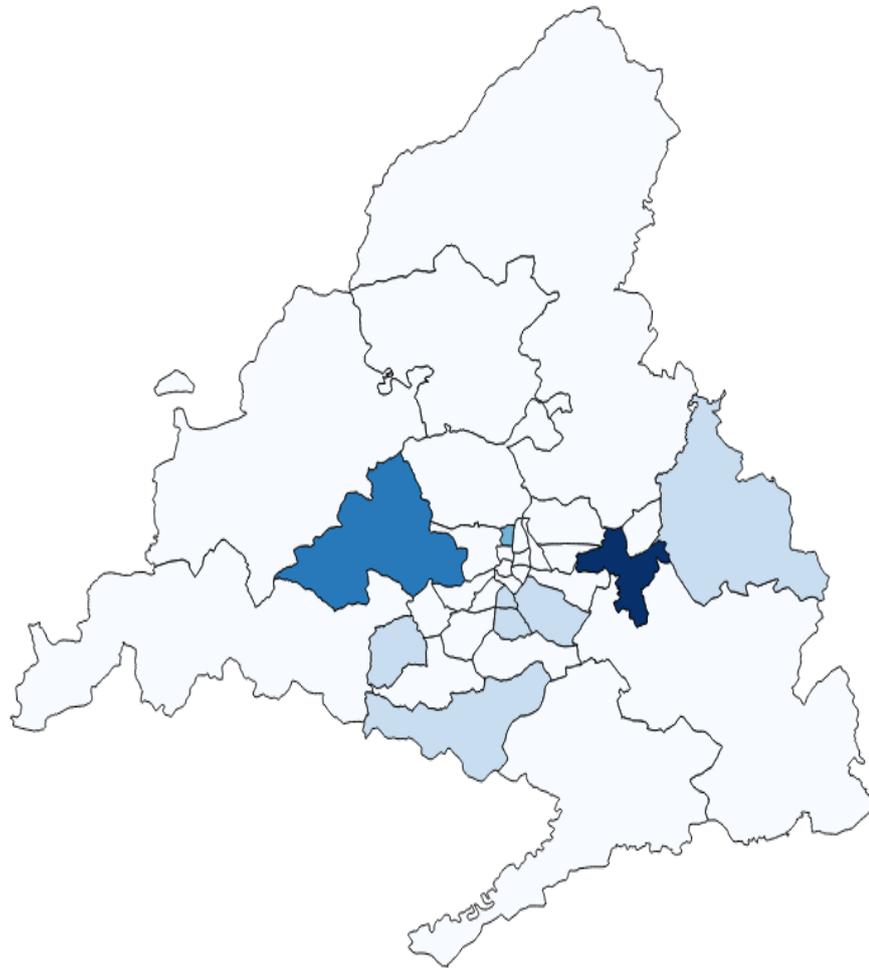
**Gráfico 5.5.8.b. Casos de paludismo. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2007-2017.****Tabla 5.5.8.a. Paludismo. Clasificación por especies de plasmodium y área geográfica de adquisición de la enfermedad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.**

PLASMODIUM AISLADO	PAÍS/CONTINENTE DE CONTAGIO					TOTAL
	Guinea Ecuatorial	Nigeria	Otros países de África	América Latina	Otros países	
<i>P. falciparum</i>	64	28	42	0	1	135 (88,8%)
<i>P. malariae</i>	1	0	1	0	0	2 (1,3%)
<i>P. mixtas</i>	1	1	0	0	0	2 (1,3%)
<i>P. ovale</i>	4	0	5	0	0	9 (5,9%)
<i>P. spp</i>	0	1	1	0	0	2 (1,3%)
<i>P. vivax</i>	0	0	0	1	1	2 (1,3%)
TOTAL	70 (46,0%)	30 (19,7%)	17 (11,2%)	1 (0,7%)	2 (1,3%)	152 (100%)

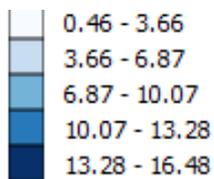
Se dispone de información sobre la especie de *Plasmodium* aislada y el área geográfica de adquisición de la enfermedad en 152 casos (97,4%).

Gráfico 5.5.8.c. Tasas de incidencia de Paludismo por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.5.8. Tasas de incidencia Paludismo por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.6 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZONÓTICA

5.6.1 Brucelosis

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 3 casos de brucelosis, 1 caso más que en el 2016. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,05 casos por 100.000 habitantes.

Todos eran hombres de 4, 51 y 58 años. El niño de 4 años, fue un caso importado, procedente de Kenia, que presentaba parálisis cerebral y anemia microcítica. Su evolución fue favorable. Uno de los adultos era transportista de despojos de carnes de matadero y refiere usar los medios de protección adecuados, no manipular directamente el material, pero sí limpiar el camión.

Los 3 casos se confirmaron por serología y dos además por aislamiento microbiológico.

Los 3 fueron casos esporádicos.

5.6.2 Fiebre Q

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 34 casos de fiebre Q, 19 casos más que en 2016, con una tasa de incidencia acumulada de 0,52 casos por 100.000 habitantes.

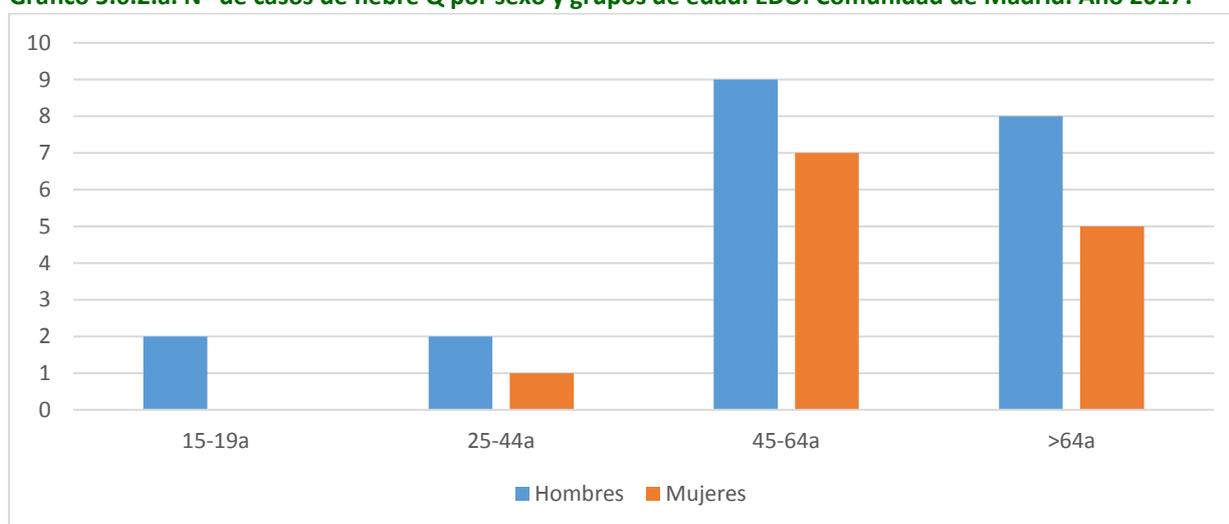
El 61,8% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 57,2 años, con un rango que oscilaba entre 17 y 70 años, siendo el 85,3% de los casos mayores de 45 años. El 88,7% de los casos eran españoles.

El 70,6% de los casos se clasificaron como confirmados y el 29,4% como probables. En los casos confirmados el diagnóstico se realizó por serología IgM positiva en un 41,6% y/o por seroconversión en 70,8% y en los probables por serología positiva en 20,0% donde la serología en fase II no superó IgG 1/128, el resto son casos probables por antecedentes epidemiológicos.

El 73,5% requirió hospitalización. El 5,8% (2 casos) presentó secuelas (ambos casos presentaron astenia prolongada), el resto evolucionaron hacia la curación. El 50,3% presentó neumonía y 35,3% presentaron hepatitis como complicaciones más importantes.

En el 11,8% (4 casos) la infección estaba relacionada con el trabajo: 3 manipuladores de animales y 1 de alimentos, en el 32,4% (11 casos) tenían antecedente de exposición ambiental: 6 casos con animales de granja y 5 casos con animales de compañía.

Gráfico 5.6.2.a. Nº de casos de fiebre Q por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.



5.6.3 Hidatidosis

En el año 2017 se notificaron en la Comunidad de Madrid 15 casos de hidatidosis, con una tasa de incidencia acumulada de 0,23 casos por 100.000 habitantes.

El 53,3% de los casos se presentaron en mujeres. La edad media fue de 52,0 años, con un rango que oscilaba entre 18 y 63 años. El 86,7% de los casos eran españoles y 13,3% de Rumania.

Respecto a las formas clínicas el 66,7% fueron quiste único y el resto quiste multinocular. El 93,3% fueron quistes hepáticos, el 6,7% quistes renales. El 100,0% de los casos fueron hospitalizados.

Todos los casos fueron confirmados. El 26,7% (4) de los casos se atribuyeron a *Echinococcus spp.* El 13,3% (2) de los casos, el agente causal fue *Echinococcus granulosus*. En el resto de casos no se pudo determinar la especie.

Todos los casos evolucionaron hacia la curación.

5.6.4 Tularemia

En 2017 se notificó 1 caso de tularemia en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia acumulada de 0,02 casos por 100.000 habitantes.

Se trata de un hombre español de 39 años, se diagnosticó por aislamiento del agente causal en un ganglio.

Como antecedente epidemiológico en la encuesta consta que había estado de caza en un municipio de Toledo y tenía además conejos como mascotas para sus hijos. Al conocer el diagnóstico refiere que sacrificó los conejos el mismo sin control veterinario.

5.7 OTRAS MENINGITIS

5.7.1 Otras meningitis bacterianas

En el año 2017 se han notificado en la Comunidad de Madrid 39 casos bajo la rúbrica de “otras meningitis bacterianas”, lo que supone una incidencia de 0,60 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.7.1.a). La incidencia por distritos se presenta en el gráfico 5.7.1.b.

Se han confirmado el 56,4% de los casos (22), siendo el resto sospechosos/probables. Como agentes causales, los patógenos identificados han sido *Staphylococcus aureus* (4 casos), *Staphylococcus epidermidis* (4 casos), *Streptococcus agalactiae* (3 casos), *Bacilos Gram -* (3 casos), dos casos de *Streptococcus viridans* y 1 caso de los siguientes patógenos: *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus suis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, y *Gemella haemolysans*.

El 56,4% fueron mujeres. La edad media de los casos fue de 41,2 años. La mayor incidencia se presenta en los menores de 1 año (11,32 casos por 100.000 habitantes), seguida por el grupo de 45 a 64 años (incidencia 0,90 casos por 100.000 habitantes). Se han presentado 7 casos en menores de 1 año (17,95%). Los patógenos identificados han sido: *Streptococcus agalactiae* (2 casos) y 1 caso de los siguientes patógenos: *Bacilos Gram -*, *Enterococcus faecalis* y *Escherichia coli*; y en dos casos se clasificaron como sospechosos al no poder determinarse el patógeno.

El 81,40 % presentaban antecedentes patológicos.

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

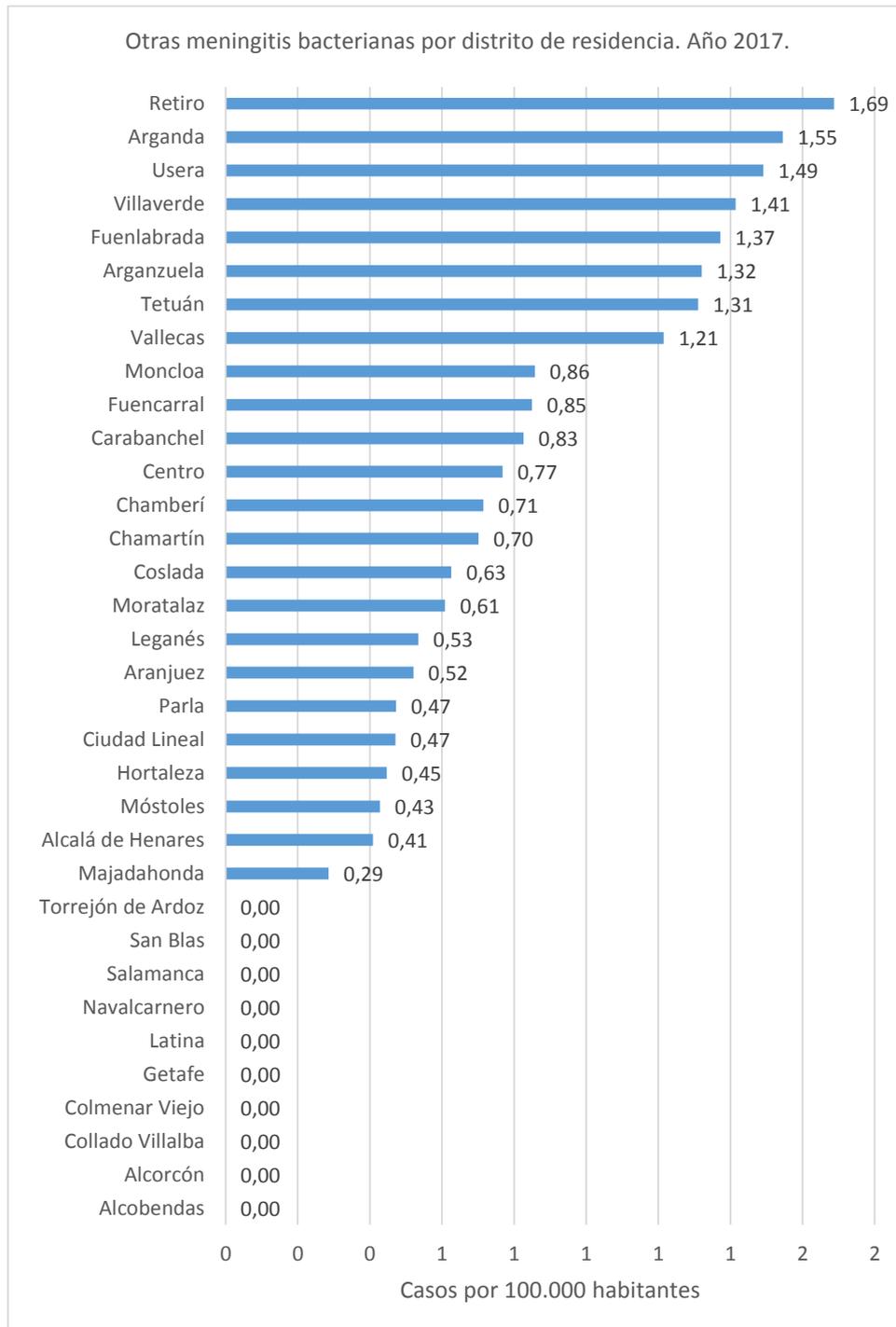
Se han registrado 3 fallecimientos en este grupo de enfermedades, que representa una letalidad del 7,69% y una tasa de mortalidad del 0,05 por 100.000 habitantes.

Gráfico 5.7.1.a. Tasas de Otras meningitis bacterianas. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2008-2017.

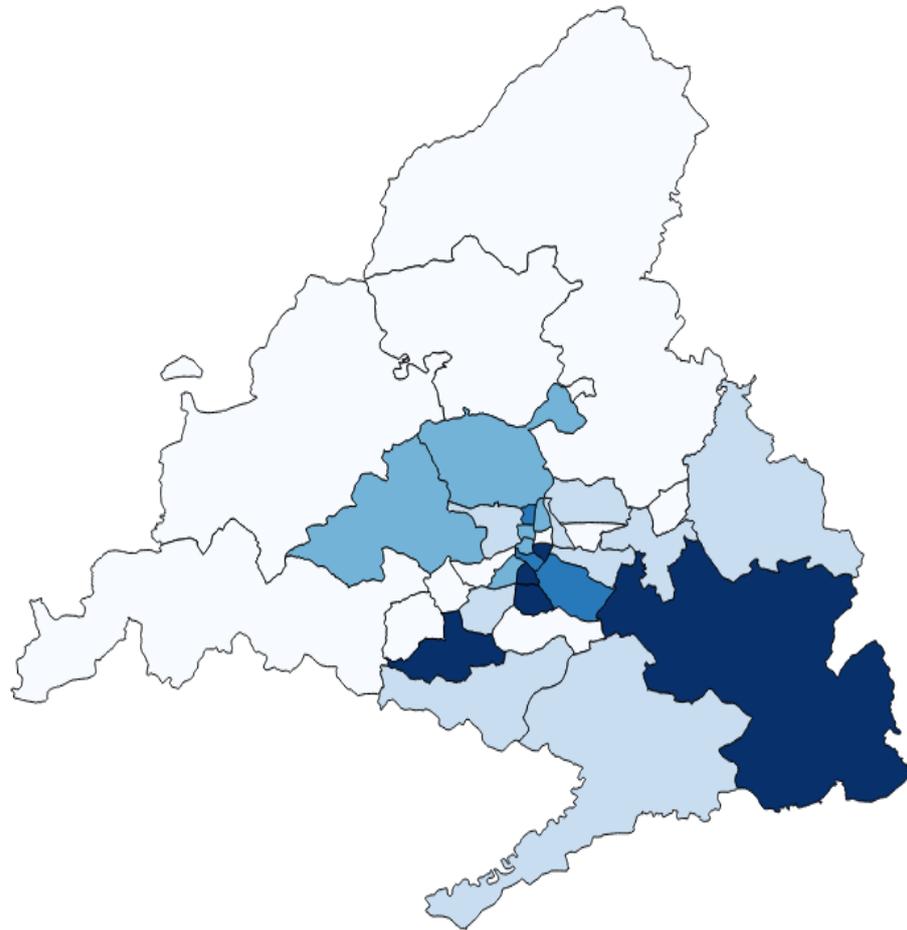
Tasa por 100.000



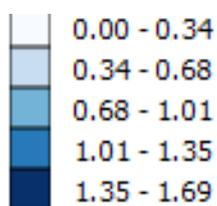
Las "meningitis bacterianas, otras" no se vigilan a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la CM.

Gráfico 5.7.1.b. Tasas de incidencia de Otras meningitis bacterianas por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.7.1. Tasas de incidencia otras meningitis bacterianas por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.7.2 Meningitis víricas

En el año 2017 se registraron en la Comunidad de Madrid 165 casos de meningitis vírica (56 casos menos que el año anterior), lo que supone una incidencia de 2,54 casos por 100.000 habitantes (gráfico 7.5.2.a). Del total de casos, el 39,4% (65) fueron por enterovirus, incidencia 1,00 casos por 100.000 habitantes, todos evolucionaron hacia la curación. La incidencia por distritos se presenta en el gráfico 5.7.2.e.

En la evolución temporal de los casos de meningitis vírica total y por enterovirus, se muestra en los gráficos 7.5.2.c y 7.5.2.d, se observa un patrón temporal con predominio de primavera y comienzos del verano, con la mayor incidencia en las semanas 20 - 31 (meses de junio y julio) en ambos casos.

El 30,3% de los casos de meningitis vírica han sido sospechosos/probables, confirmándose el 69,7%.

Se han identificado además de lo ya mencionado para enterovirus no polio (39,4%), se han identificado, virus Herpes Zoster (9,0%), virus Herpes simples (7,8%), virus *echo* (4,2%), virus herpes 6 (3,6%), virus *Coxsackie* y Citomegalovirus (2,4%), virus Epstein y Barr y virus JC (0,6%).

La meningitis vírica muestra un predominio masculino (53,3%), con una incidencia en varones de 2,82 casos por 100.000 y de 2,27 casos por 100.000 en mujeres, razón de tasas 1,24. En el caso de enterovirus también hay predominio masculino 58,8%, (razón de tasas 1,53).

La edad media de presentación de la enfermedad ha sido de 19,4 años. Mostrando predominio en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de menores de 1 año (51,74 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de menores de 5 a 9 años (20,00 casos por 100.000 habitantes). En el caso de enterovirus la media de edad fue de 3 años, el grupo de mayor incidencia con diferencia es el de menores de 1 año (30,72 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (6,45 casos por 100.000 habitantes) (tabla 5.7.2.a, gráfico 5.7.2.b).

Se conoce la evolución en el 98,8% de los casos. El 92,1% han evolucionado hacia la curación, dos casos han presentado secuelas (1,2%). Las secuelas fueron: disfagia orofaríngea ocasionado por un Herpes simple y radiculitis causado por Citomegalovirus. En los casos por enterovirus se conoce la evolución en el 100% de los casos, todos han evolucionado hacia la curación.

Según forma de presentación, en el año 2017 se notificaron 2 brotes con 2 casos cada uno. Ambos fueron por enterovirus y se originaron en centros escolares. Dos de los casos requirieron ingreso hospitalario.

Tabla 5.7.2.a. Casos y tasas de meningitis víricas y meningitis por enterovirus por grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Grupos de edad	Meningitis víricas			Meningitis por enterovirus		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	32	19,39	51,74	19	29,23	30,72
1-4	28	16,97	10,62	17	26,15	6,45
5-9	33	20,00	9,26	19	29,23	5,33
10-14	6	3,64	1,78	1	1,54	0,30
15-19	1	0,61	0,33	0	0,00	0,00
20-24	6	3,64	1,89	0	0,00	0,00
25-44	37	22,42	1,89	9	13,85	0,46
45-64	11	6,67	0,62	0	0,00	0,00
>64	11	6,67	0,98	0	0,00	0,00
Total	165	100,00	2,54	90	100,00	1,00

Gráfico 5.7.2.a. Tasas de meningitis víricas. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2008-2017.

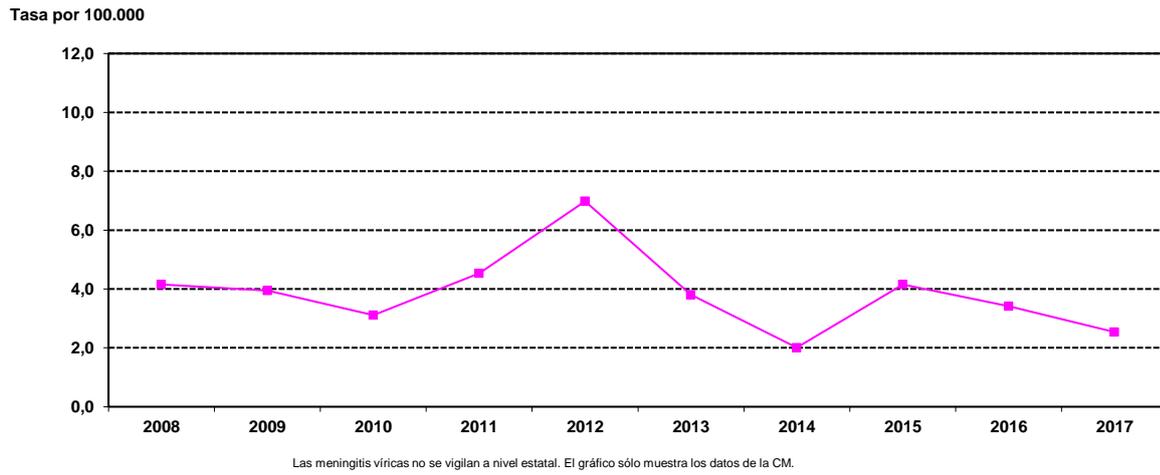


Gráfico 5.7.2.b. Tasas de meningitis víricas y meningitis por enterovirus por grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

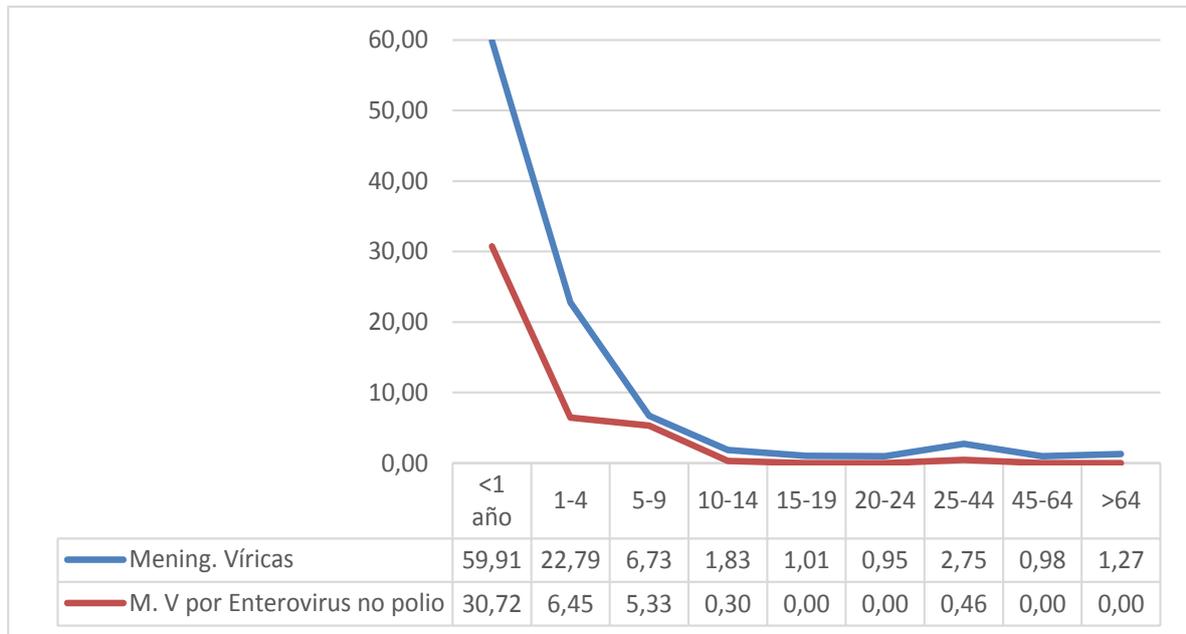


Gráfico 5.7.2.c. Casos de meningitis víricas notificadas por semanas. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

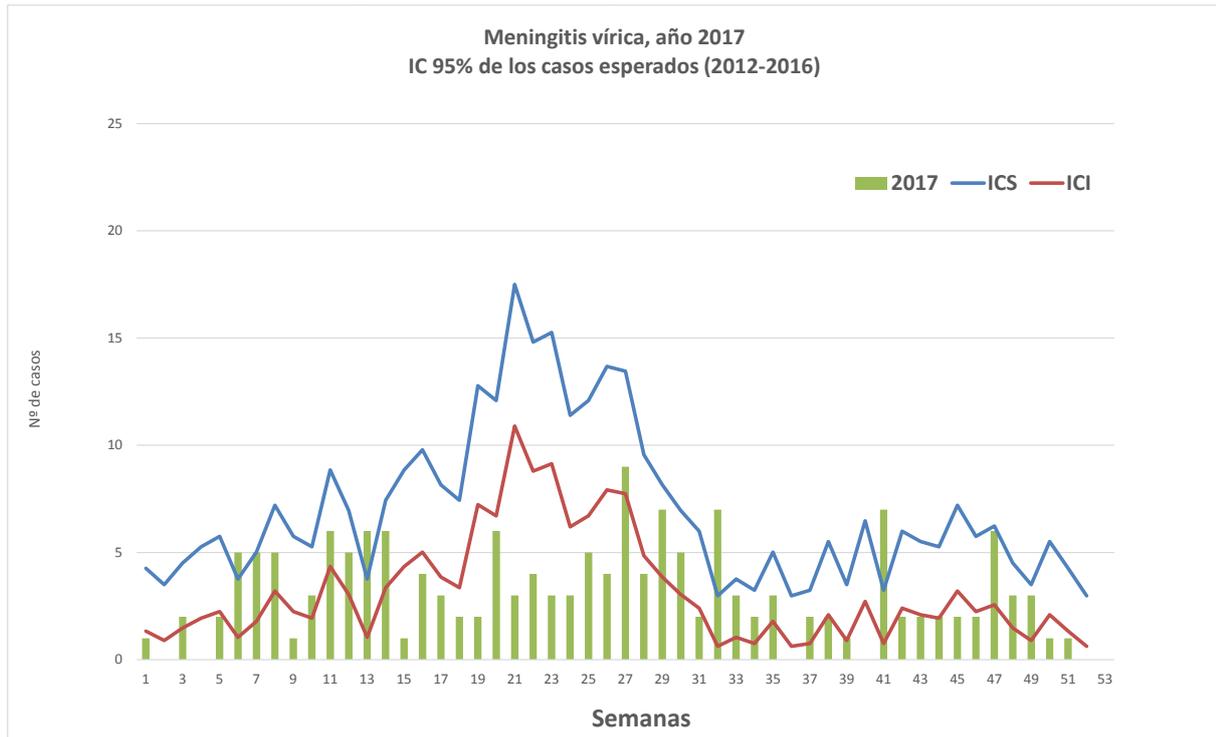


Gráfico 5.7.2.d. Casos de meningitis por enterovirus notificadas por semanas. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2017.

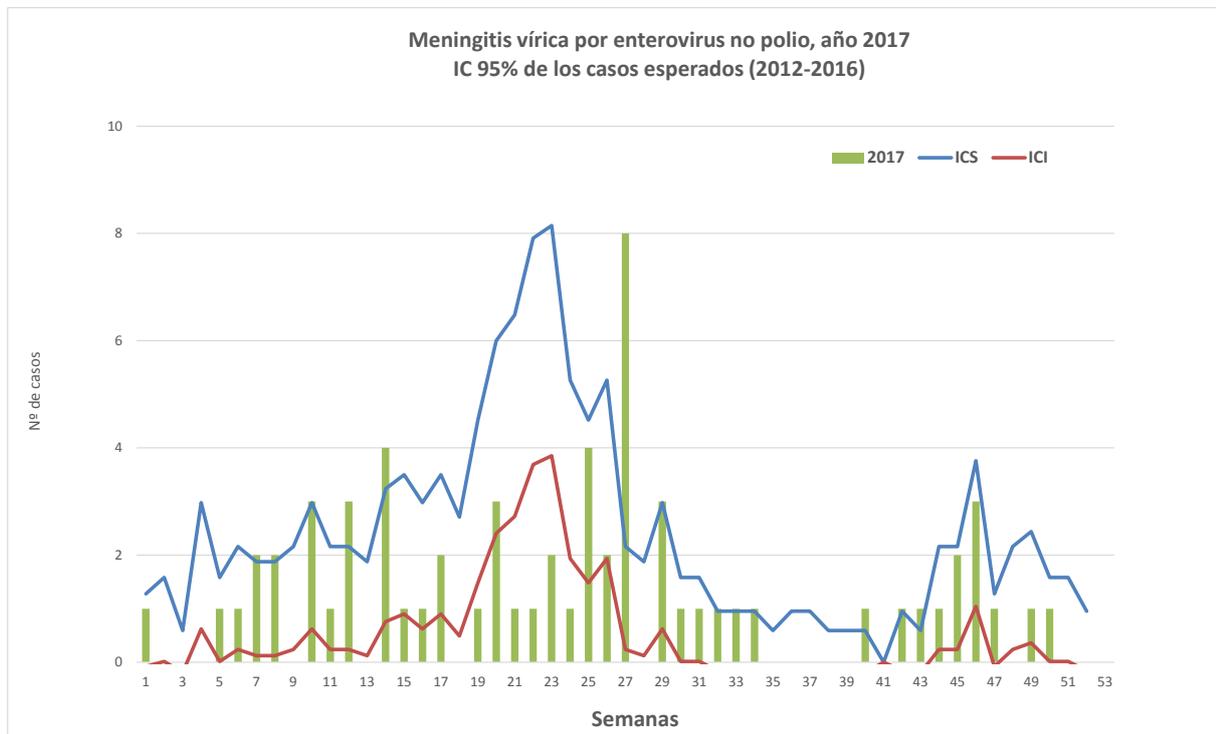
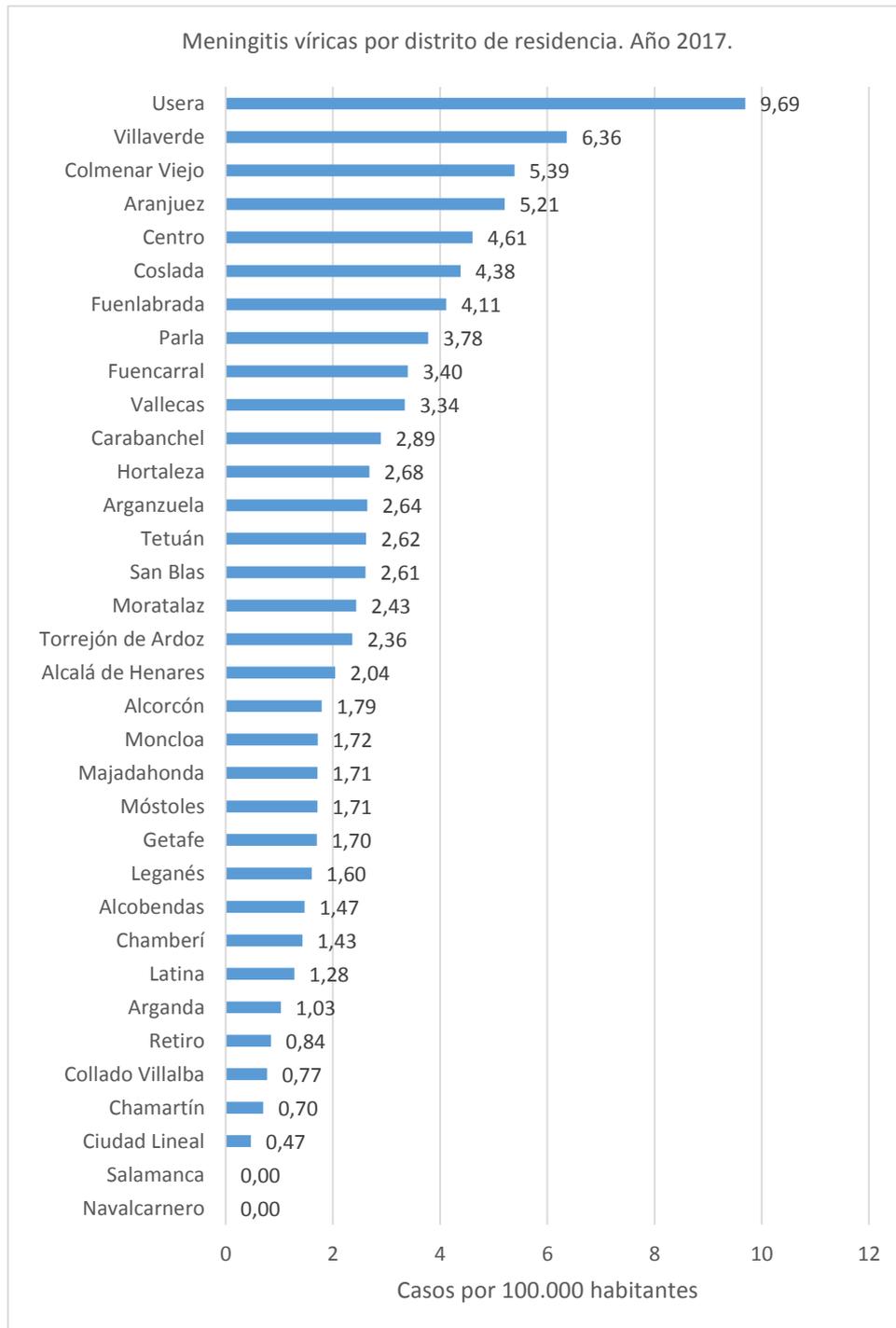
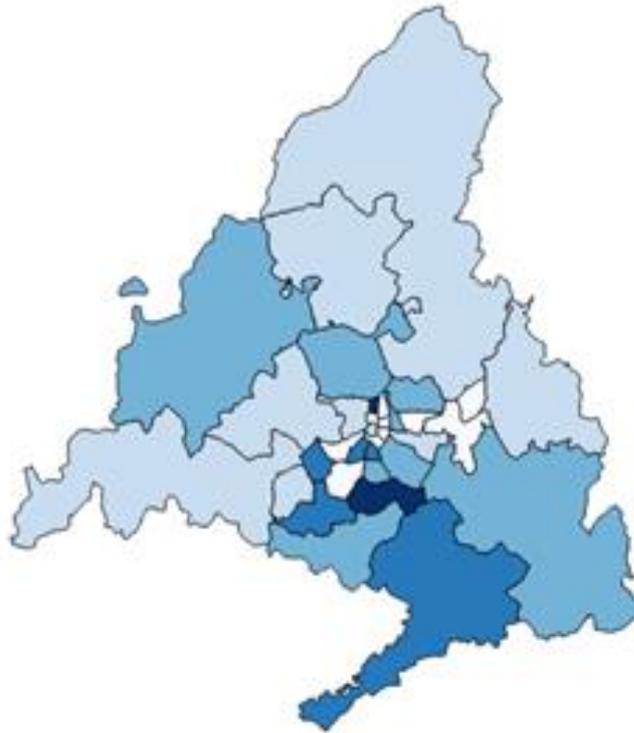
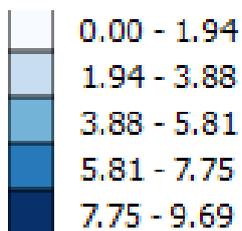


Gráfico 5.7.2.e. Tasas de incidencia de meningitis víricas por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.

Mapa 5.7.2. Tasas de incidencia meningitis víricas por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2017.



Casos por 100.000 habitantes



5.8 ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES

5.8.1 Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas

En el año 2017 se han notificado en la Comunidad de Madrid 13 casos de Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en residentes en la Comunidad de Madrid, 3 más que en 2016, lo que representa una incidencia de 0,20 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.8.1.a).

El 84,61% de los casos se clasificaron como ECJ esporádico y, según los criterios diagnósticos: 6 de ellos se consideran confirmados, 5 probables y 2 posibles.

En el informe de “Vigilancia de las Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas en la Comunidad de Madrid, 2000-2017” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Enero 2018. Volumen 24. Nº 1) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 5.8.1.a. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2008-2017.

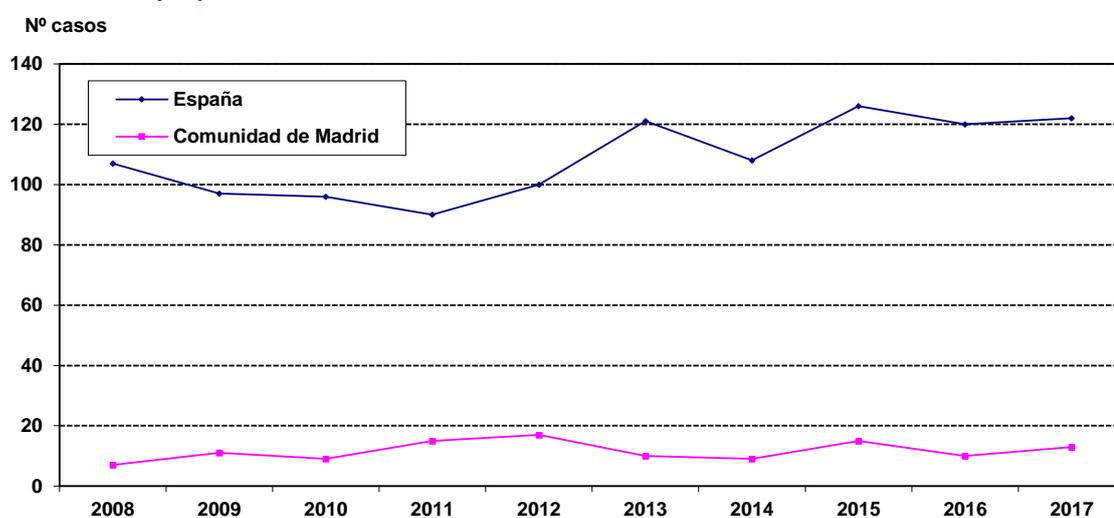
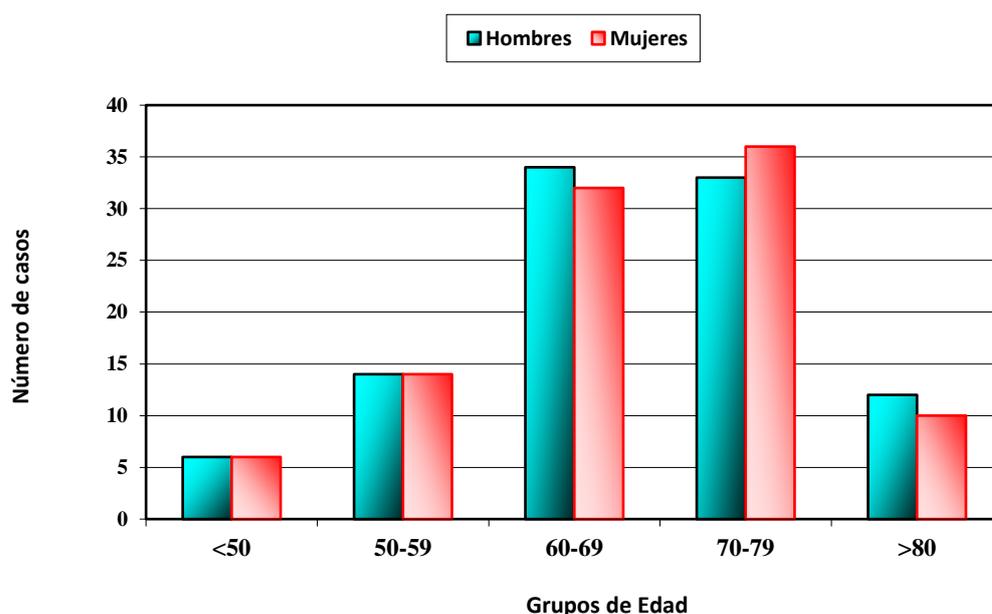


Gráfico 5.8.1.b. Número de casos de EETH por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2000-2017.



5.9 ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

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

Enfermedades que en el 2016 han presentado al menos un caso y en el 2017 no presentaron casos: rubéola, leptospirosis, fiebre hemorrágica vírica y toxoplasmosis congénita.

6. COMENTARIOS

La vigilancia de las EDO ha funcionado de forma adecuada en 2017 en la Comunidad de Madrid. El trabajo protocolizado permite estandarizar las definiciones de caso para cada enfermedad y la comparabilidad dentro de la Comunidad de Madrid y a nivel nacional y europeo. No obstante para algunas enfermedades, sobre todo las introducidas en 2015, hay que mejorar la homogeneidad de los circuitos de notificación de atención especializada.

La enfermedad con mayor variación en 2017 fue la hepatitis A. El incremento de pacientes infectados de hepatitis A en la Comunidad de Madrid no fue un caso aislado ya que también se registró un incremento de casos en otras Comunidades Autónomas y en otros países europeos.

También destacar el incremento de la hepatitis C, si bien para esta enfermedad el aumento puede relacionarse con los nuevos diagnósticos, que vinculado a la disponibilidad de tratamientos, se llevan a cabo y que en muchas ocasiones pueden deberse a riesgos del pasado.

Entre las enfermedades que disminuyeron en número de casos notificados están las producidas por arbovirus: dengue, enfermedad por virus Chikungunya y enfermedad por virus Zika, que se transmiten a las personas por la picadura de mosquitos del género *Aedes* (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*). Este vector se introdujo en 2017 en la Comunidad de Madrid de forma puntual. Todos los casos registrados de estas enfermedades fueron importados.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de todos los médicos/as, enfermeros/as 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.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria Comunidad de Madrid. Año 2018, semanas 44 a 48 (del 29 de octubre al 2 de diciembre de 2018)

	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	2.148	77.216	33,0	1.186,6
Legionelosis	15	133	0,2	2,0
Lepra	0	1	0,0	0,0
TUBERCULOSIS	45	547	0,7	8,4
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Campilobacteriosis	284	2.371	4,4	36,4
Criptosporidiosis	7	67	0,1	1,0
E. coli productor toxina Shiga o Vero	0	6	0,0	0,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	9	0,0	0,1
Giardiasis	45	371	0,7	5,7
Hepatitis A	14	350	0,2	5,4
Listeriosis	10	82	0,2	1,3
Salmonelosis (excluido Fiebre tifoidea y paratifoidea)	154	1.144	2,4	17,6
Shigelosis	4	59	0,1	0,9
Yersiniosis	8	65	0,1	1,0
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	17	150	0,3	2,3
Hepatitis C	20	153	0,3	2,4
Infección <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc.LGV)	268	2.106	4,1	32,4
Linfogranuloma venéreo	7	43	0,1	0,7
Infección gonocócica **	296	2.410	4,5	37,0
Sífilis **	77	545	1,2	8,4
Sífilis congénita	1	4	0,0	0,1
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enfermedad meningocócica	7	37	0,1	0,6
Enfermedad invasiva por <i>H. Influenzae</i>	7	38	0,1	0,6
Enfermedad neumocócica invasora	59	589	0,9	9,1
Herpes Zoster	3.299	31.762	50,7	488,1
Parotiditis	76	1.447	1,2	22,2
P.F.A.(<15 años)***	0	6	0,0	0,6
Sarampión	0	12	0,0	0,2
Tosferina	13	335	0,2	5,1
Varicela	329	3.317	5,1	51,0
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	8	47	0,1	0,7
Fiebre del Nilo Occidental	0	1	0,0	0,0
Enfermedad por virus Chikungunya	2	14	0,0	0,2
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	8	0,0	0,1
Fiebre Recurrente transmitida por garrapatas	0	4	0,0	0,1
Leishmaniasis	2	50	0,0	0,8
Paludismo	22	159	0,3	2,4
Enfermedad por virus Zika	1	7	0,0	0,1
ANTROPOZOONOSIS				
Brucelosis	0	2	0,0	0,0
Fiebre Q	1	18	0,0	0,3
Hidatidosis	1	11	0,0	0,2
Toxoplasmosis congénita	0	3	0,0	0,0
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis Víricas	13	140	0,2	2,2
Otras meningitis bacterianas	3	51	0,0	0,8
ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES				
EETH ****	0	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, Botulismo, Cólera, Triquinosis, Carhunco, Leptospirosis, Peste, Rabia, Tularemia, Difteria, Poliomielititis, Rubéola, Rubéola congénita, Tétanos, Tétanos neonatal, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre Amarilla, Fiebre Hemorrágica vírica, Infección congénita por virus Zika.



Brotos Epidémicos. Comunidad de Madrid.

Año 2018, semanas 44 a 48

(del 29 de octubre al 2 de diciembre de 2018)

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.

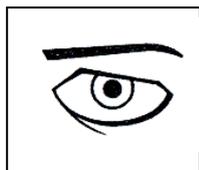
Brotos de origen alimentario. Semanas 44-48. Año 2018 y comparación con el año anterior.

Ámbito del brote	Año 2018						Año 2017		
	Semanas 44-48			Semanas 1-48			Semanas 1-48		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	5	34	2	37	254	9	60	401	68
Domicilios	4	16	7	26	124	36	47	238	48
Centros educativos	1	39	0	4	233	0	6	293	4
Residencias no geriátricas	1	11	0	4	85	1	5	159	1
Residencias geriátricas	0	0	0	2	29	1	1	38	0
Comedor de empresa	0	0	0	2	12	0	4	116	4
Otros colectivos	0	0	0	0	0	0	4	39	1
Total	11	100	9	75	737	47	127	1245	125

Brotos de origen no alimentario. Semanas 44-48. Año 2018 y comparación con año anterior.

Tipo de brote*	Año 2018						Año 2017		
	Semanas 44-48			Semanas 1-48			Semanas 1-48		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Campilobacteriosis no alimentaria	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Conjuntivitis aguda	0	0	0	4	131	0	8	312	0
Criptosporidiosis	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Enfermedad mano, pie y boca	0	0	0	5	27	0	13	117	0
Eritema infeccioso	0	0	0	1	12	0	9	87	0
Escabiosis	3	10	1	8	33	1	6	24	0
Escarlatina	2	8	0	14	50	0	10	70	1
F. exantemática mediterránea	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Gastroenteritis aguda	6	189	0	45	1300	6	58	2198	10
Giardiasis	0	0	0	1	6	1	4	14	0
Gripe	0	0	0	4	64	11	1	8	3
Hepatitis A	0	0	0	19	42	17	29	75	28
Neumonía por <i>Mycoplasma</i>	0	0	0	2	7	1	1	11	1
Meningitis vírica	0	0	0	1	2	2	2	4	2
Parotiditis	2	8	0	41	225	3	25	129	1
Salmonelosis no alimentaria	0	0	0	5	37	7	9	22	3
Sarampión	0	0	0	1	3	3	0	0	0
Tosferina	0	0	0	16	42	3	16	48	6
Varicela	0	0	0	6	41	0	13	143	0
Total	13	215	1	176	2028	55	204	3262	55

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2018, semanas 44 a 48 (del 29 de octubre al 2 de diciembre de 2018)

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

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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 71,3% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2018.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 48 de 2018.

	Sem. 44 a 48 de 2018	Año 2018
Gripe*	75	94*
Varicela	8	48
Herpes zóster	55	496
Crisis asmáticas	98	668

^a De la semana 40 de 2018 hasta la 20 de 2019

VARICELA

Durante las semanas 44 a 48 del año 2018 se han declarado 8 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 5,80 casos por 100.000 personas (IC 95%: 1,76 – 9,84). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2015-2017 y desde la semana 1 a la 48 de 2018.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2015-2018.

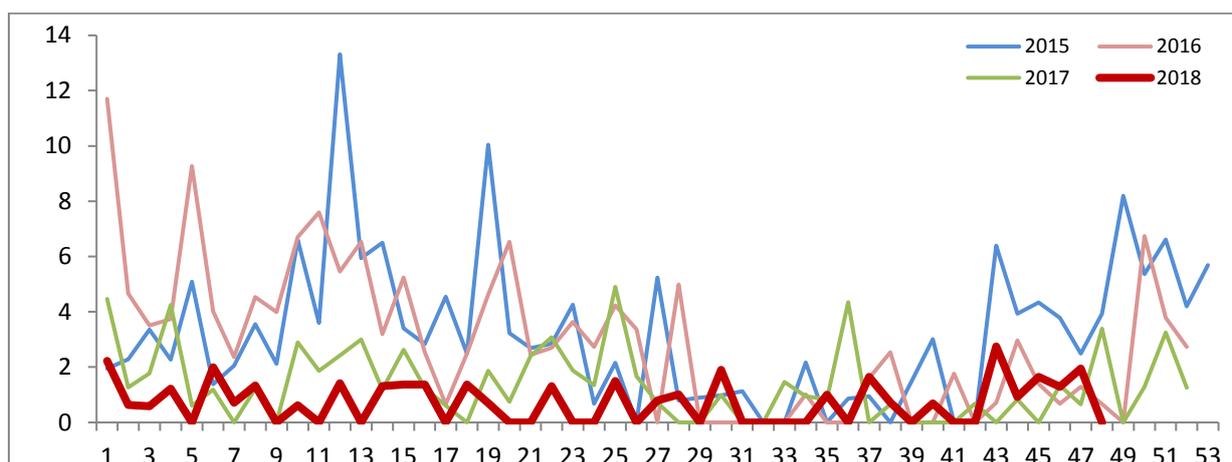
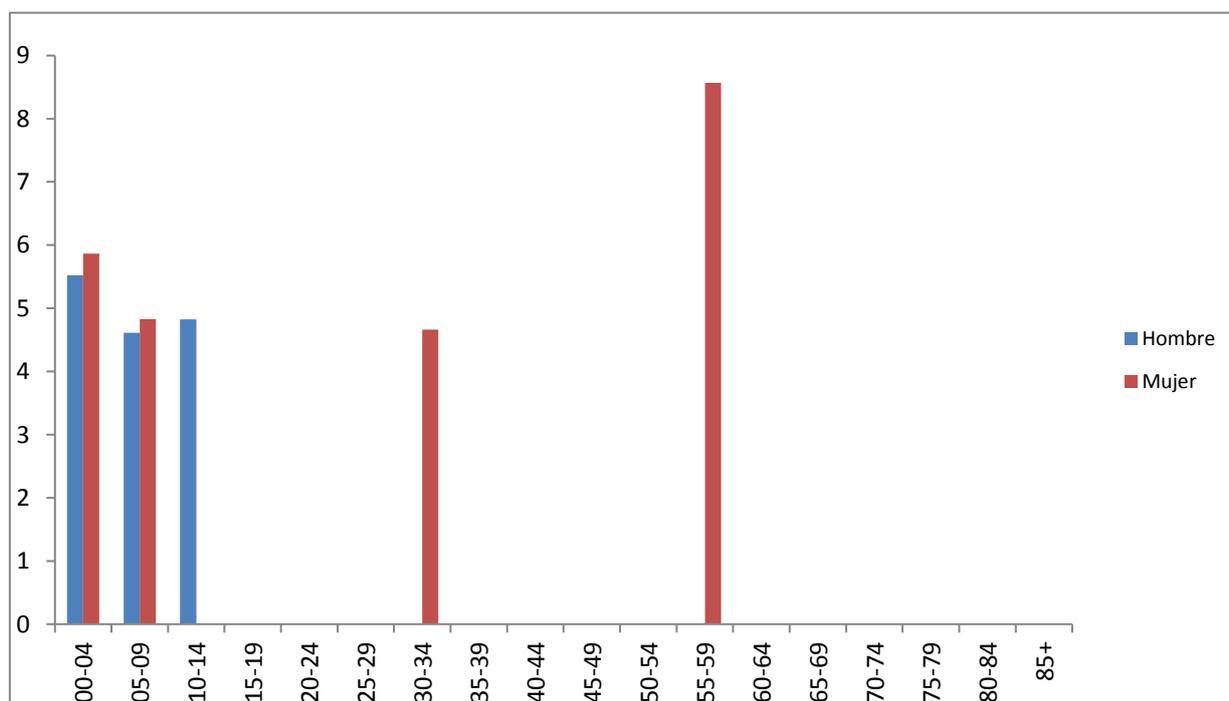


GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 48 de 2018.



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 55 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 44 a 48 de 2018, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 40,86 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 30,14 – 51,58). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en Madrid desde el año 2015 hasta la semana 48 de 2018. El 67,27% de los casos se dio en mujeres (37 casos). El 83,61% 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 2015-2018.

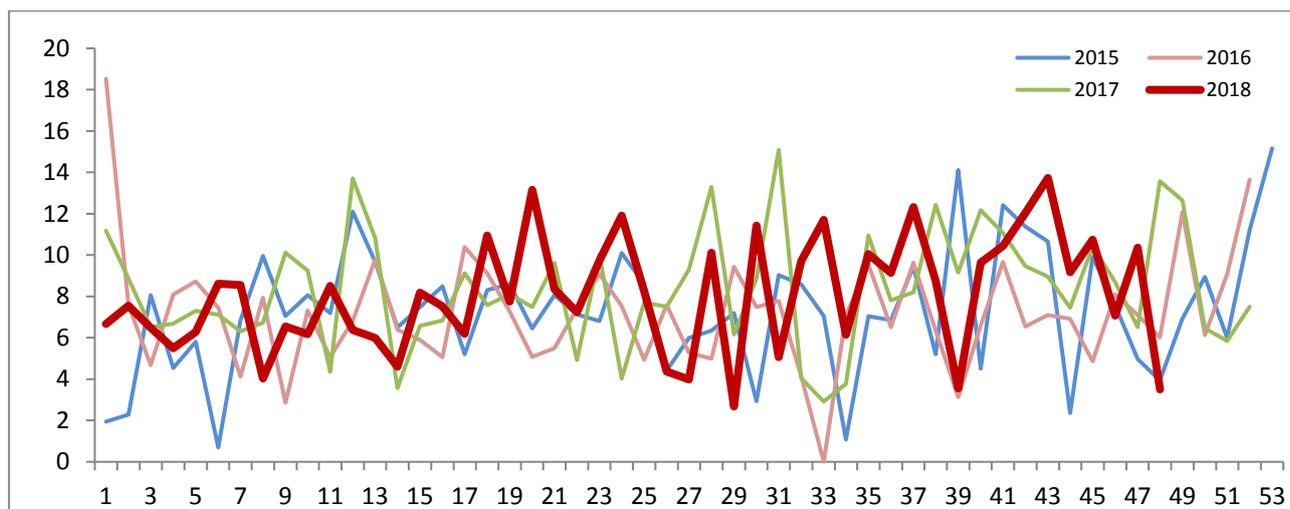
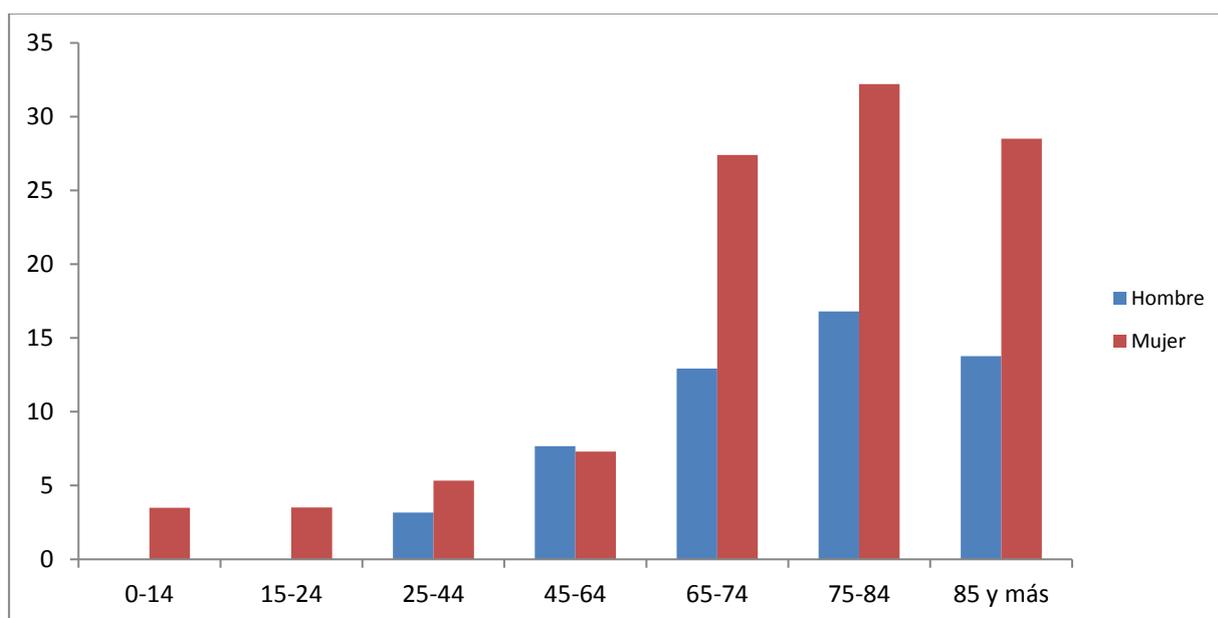
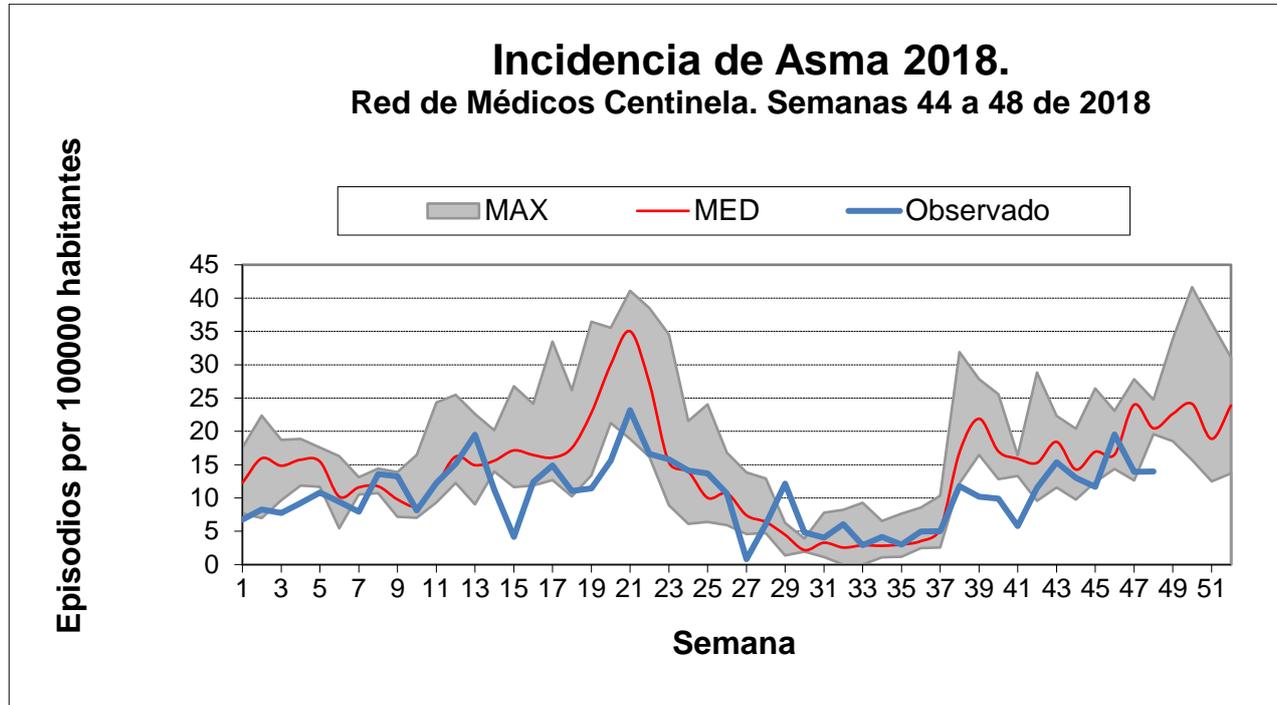


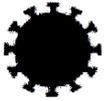
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 44 a 48 de 2018.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 44 a 48 de 2018 la Red de Médicos Centinela notificó 98 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.





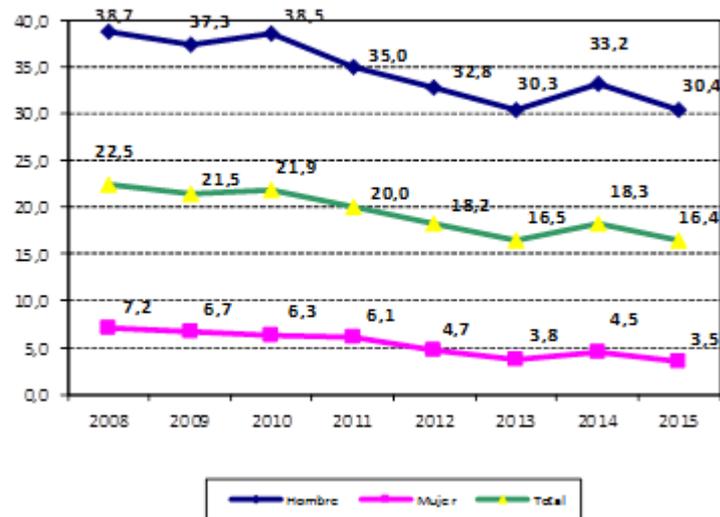
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH.

30 de noviembre de 2018

Desde el año 2008 hasta el 30 de noviembre de 2018 se han notificado 11.625 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid. El 86,1% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,0 años (DE: 10,7). El 46,0% habían nacido fuera de España. Un 2,6% (307) 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.

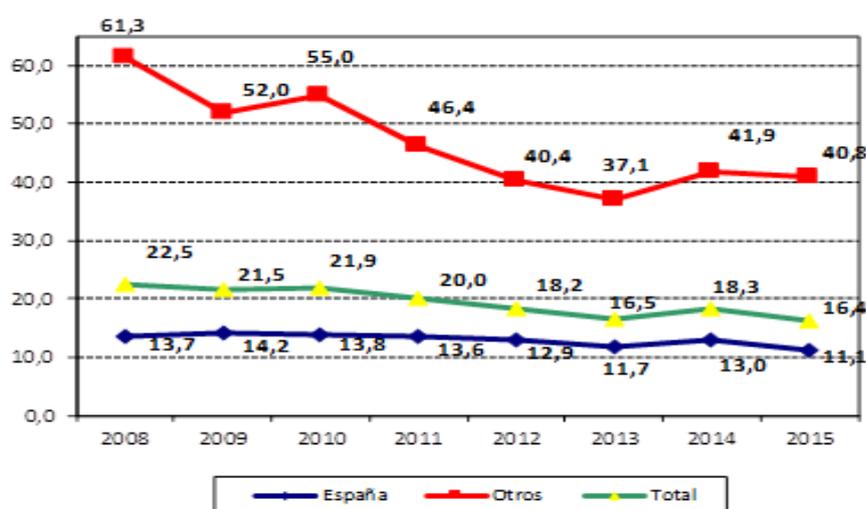


* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

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

	Hombres		Mujeres		Total N
	N	%	N	%	
2008	1176	83,5	232	16,5	1408
2009	1154	83,9	221	16,1	1375
2010	1202	85,1	210	14,9	1412
2011	1095	84,3	204	15,7	1299
2012	1028	86,8	157	13,2	1185
2013	945	88,2	127	11,8	1072
2014	1030	87,1	152	12,9	1182
2015	938	88,9	117	11,1	1055
2016*	889	86,8	135	13,2	1024
2017*	525	89,1	64	10,9	589
2018*	22	91,7	2	8,3	24
Total	10004	86,1	1621	13,9	11625

* 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. Años 2008-2018

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
PID	194	3,3	91	2,2	54	12,0	13	1,1
HSH	4683	80,4	3026	72,5				
HTX	444	7,6	690	16,5	346	76,8	1129	96,4
Otros	6	0,1	21	0,5	13	2,9	15	1,3
Desconocido/ N.C.	500	8,6	349	8,3	37	8,3	14	1,2
Total	5827	100	4177	100	450	100	1171	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 14,3% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 12,7% en personas autóctonas y de 16,2% 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
2008	1109	391	25,0	43,2	63,3
2009	1105	405	26,0	42,5	60,6
2010	1114	406	24,0	41,6	60,7
2011	1040	383	26,8	45,8	63,8
2012	954	419	24,4	40,9	60,3
2013	858	430	23,0	39,4	57,9
2014	995	459	21,7	36,5	55,2
2015	890	461	19,4	35,4	54,4
2016	901	468	18,5	32,7	53,5
2017-18**	549	395	26,6	44,6	61,0
08 -18	9515	424 (RI: 215-651)	23,6	40,3	59,2

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 9515 nuevos diagnósticos (81,8%). La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4. PEA: Presentación con enfermedad avanzada, DT: Diagnóstico tardío. Linfocitos CD4<500: Estadios 2 y 3 del CDC (MMWR December 5, 2008/Vol.57/No.RR-10)

** La notificación de casos de sida es más precoz, lo que explica que en 2017-18 los porcentajes de PEA y DT sean superiores a los años previos. Así, el 26,6% de los casos notificados en este periodo son casos de sida.

Tabla 4. Porcentaje de retraso en el diagnóstico de infección por VIH. Años 2008-2018.

Total Comunidad de Madrid

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Sexo	Hombre (n=8204)	21,6%	37,9%	57,3%
	Mujer (1311)	36,0%	55,0%	71,4%
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (152)	8,6%	25,7%	48,7%
	20-29 (2885)	12,7%	28,8%	49,4%
	30-39 (3486)	22,4%	39,2%	58,6%
	40-49 (1973)	32,6%	49,8%	66,8%
	>49 años (981)	44,3%	61,6%	77,1%
Mecanismo de transmisión	PID (256)	41,0%	55,1%	69,5%
	HTX (2212)	38,8%	58,4%	74,7%
	HSH (6453)	16,4%	32,3%	52,6%
País de origen	España (5302)	20,4%	35,4%	53,8%
	Otros: (4213)	27,5%	46,4%	65,9%
	1. Europa Occidental (376)	12,5%	30,6%	54,3%
	2. Europa Oriental (290)	30,3%	43,8%	57,2%
	3. América Latina y Caribe (2692)	26,9%	46,0%	66,3%
	4. África Subsahariana (641)	35,1%	58,2%	75,4%
5. Norte de África y Oriente Medio (103)	37,9%	53,4%	65,0%	

Hombres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (122)	5,7%	23,0%	48,4%
	20-29 (2551)	10,7%	26,4%	47,4%
	30-39 (3043)	20,5%	36,7%	56,6%
	40-49 (1676)	31,1%	48,4%	65,0%
	>49 años (796)	43,2%	60,1%	76,8%
Mecanismo de transmisión	PID (210)	44,8%	59,0%	73,3%
	HTX (995)	41,7%	61,2%	77,2%
	HSH (6453)	16,4%	32,3%	52,6%
País de origen	España (4924)	19,5%	34,5%	53,2%
	Otros: (3280)	24,6%	43,1%	63,4%
	1. Europa Occidental (357)	12,9%	30,3%	54,1%
	2. Europa Oriental (208)	25,5%	39,4%	53,8%
	3. América Latina y Caribe (2257)	24,3%	43,2%	64,2%
	4. África Subsahariana (274)	38,0%	60,2%	75,5%
5. Norte de África y Oriente Medio (88)	35,2%	50,0%	62,5%	

Mujeres

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4
Edad al diagnóstico de VIH	15-19 años (30)	20,0%	36,7%	50,0%
	20-29 (334)	28,1%	47,6%	65,0%
	30-39 (443)	35,7%	56,2%	72,7%
	40-49 (297)	41,1%	57,9%	77,1%
	>49 años (185)	49,2%	68,1%	78,4%
Mecanismo de transmisión	PID (46)	23,9%	37,0%	52,2%
	HTX (1217)	36,4%	56,0%	72,6%
País de origen	España (378)	32,3%	47,1%	62,4%
	Otros: (933)	37,5%	58,2%	75,0%
	1. Europa Occidental (19)	5,3%	36,8%	57,9%
	2. Europa Oriental (82)	42,7%	54,9%	65,9%
	3. América Latina y Caribe (435)	40,5%	60,2%	77,0%
	4. África Subsahariana (367)	33,0%	56,7%	75,2%
5. Norte de África y Oriente Medio (15)	53,3%	73,3%	80,0%	

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 2018.

Casos de sida. 2008-2018		Hombres		Mujeres		Personas fallecidas con infección VIH. 2008-2018		Hombres		Mujeres	
		n	%	N	%			n	%	n	%
Año de diagnóstico	2008	331	73,4	120	26,6	Año de éxitus	2008	292	79,3	76	20,7
	2009	312	77,4	91	22,6		2009	244	78,7	66	21,3
	2010	290	76,3	90	23,7		2010	260	80,0	65	20,0
	2011	265	80,3	65	19,7		2011	244	83,3	49	16,7
	2012	227	77,2	67	22,8		2012	199	77,7	57	22,3
	2013	176	79,6	45	20,4		2013	154	80,6	37	19,4
	2014	163	80,3	40	19,7		2014	123	75,0	41	25,0
	2015	155	80,3	38	19,7		2015	151	83,4	30	16,6
	2016*	123	83,7	24	16,3		2016*	98	79,0	26	21,0
	2017*	103	81,7	23	18,3		2017*	67	84,8	12	15,2
	2018*	17	85,0	3	15,0		2018*	13	86,7	2	13,3
08-18	2162	78,1	606	21,9	08-18	1845	80,0	461	20,0		
Edad media (años)	41,9 ± 10,7		40,1 ± 10,4		Edad media (años)	49,8 ± 10,1		46,7 ± 9,3			
País de origen	España: 63,1%		España: 51,5%		País de origen	España: 89,4%		España: 88,3%			
Mecanismo transmisión	HSH: 48,3%		HTX: 70,8%		Mecanismo transmisión	PID: 63,7%		PID: 64,4%			

* 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