

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

5.

INFORMES:

- **Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2004.**
- **Temporada de Gripe 2005 – 2006 en la Comunidad de Madrid.**



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

5

Índice

INFORMES:

	- Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2004.	2
	- Temporada de Gripe 2005 – 2006 en la Comunidad de Madrid.	30
	- EDO. Semanas 18 a 21 (del 30 de abril al 27 de mayo de 2006)	57
	- Brotes Epidémicos. Semanas 18 a 21, 2006.	60
	- Red de Médicos Centinela, semanas 18 a 21, 2006.	63
	- Información de: Tuberculosis, Legionela, enfermedad meningocócica y Sarampión. Semanas 1 a 17, 2006.	67



INFORME:

REGISTRO REGIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. INFORME DEL AÑO 2004.

SUMARIO

	Pág
RESUMEN.....	4
1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
3.- RESULTADOS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2004.....	7
3.1.- DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES	7
3.1.1.-Distribución espacial	8
3.1.2.-Localización anatómica de la enfermedad	8
3.1.3.-Factores de riesgo asociados	12
3.1.4.-Nivel asistencial.....	13
3.1.5.-Evolución de los casos	16
3.1.6.-Estudios de contactos	17
3.1.7.-Fuentes de información utilizadas.....	18
3.2.- TUBERCULOSIS INFANTIL	19
3.3.- TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH	22
3.4.- TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS	24
3.5.- TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS	28
3.6.- EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1994 A 2004	29
4.- DISCUSIÓN	35
5.- CONCLUSIONES	37
6.- BIBLIOGRAFÍA	37
7.- CENTROS SANITARIOS COLABORADORES EN EL REGISTRO	38
8.- AGRADECIMIENTOS	38

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este informe es presentar un análisis descriptivo de los casos de tuberculosis registrados durante el año 2004 en la Comunidad de Madrid.

Resultados: La incidencia anual de tuberculosis estimada para 2004 en la Comunidad de Madrid ha sido de 16,9 casos por 10^5 habitantes. La incidencia anual de tuberculosis está disminuyendo desde 1995, si bien en los últimos años de forma moderada. El grupo de edad más afectado es el de mayores de 74 años con una incidencia de 27,1 casos por 10^5 seguido del de mayores de 25-34 años, donde se ha registrado una incidencia de 22,8 casos por 10^5 habitantes. La incidencia registrada en menores de 15 años ha sido de 9,1 casos por 10^5 habitantes.

Por Área Sanitaria, la incidencia ha variado entre 8,6 casos por 10^5 habitantes y 22,8 registrada en las Áreas 5 y 7 respectivamente. El distrito con mayor incidencia ha sido Usera con 35,5 casos por 10^5 habitantes. La incidencia registrada en el municipio de Madrid ha sido de 19,5 casos por 10^5 habitantes.

El haber nacido fuera de España es el factor de riesgo de enfermedad tuberculosa que se presenta con mayor frecuencia, está presente en el 35,6% de los casos. En segundo lugar se sitúa el alcoholismo, presente en el 10,8% de los casos, pasando la infección por el VIH/SIDA a tercer lugar (10,2% de los casos).

El diagnóstico se realiza con mayor frecuencia en la atención especializada, el 89,7% de los casos inician el tratamiento en este nivel asistencial. El 66% de los casos han sido hospitalizados.

El seguimiento de los casos se realiza en atención especializada en el 45,4%. En el 9,6% de los casos se han instaurado medidas para mejorar el cumplimiento del tratamiento. La mediana de la demora diagnóstica para los casos de localización pulmonar con baciloscopia positiva de esputo ha sido de 36 días.

La fuente de información que más casos ha permitido detectar ha sido las Enfermedades de Declaración Obligatoria (74,1%). La combinación de las EDO, laboratorios de microbiología y CMBD ha permitido detectar el 97,5% de los casos.

Discusión: La incidencia en la Comunidad de Madrid en 2004 ha disminuido respecto a 2003, y es inferior a la registrada en otros ámbitos del Estado Español, pero todavía es alta en relación a la registrada en otras Regiones de Europa Occidental. El cambio en la demografía está produciendo un cambio en el patrón de presentación de esta enfermedad, de manera que el origen extranjero es ahora la situación de riesgo de enfermedad tuberculosa que se presenta con mayor frecuencia.

1. INTRODUCCIÓN

En 2006 se ha reorganizado la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid (Orden 1668/2005, de 8 de noviembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la Comisión Regional del Programa de

Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, publicada el 25 de noviembre) y se está preparando una nueva etapa del Programa acorde a la situación actual. El Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid se puso en marcha en 1995, en un principio se estableció para el período 1996-1999, en el año 2000 se revisó su funcionamiento y fue reformulado para el período 2000-2003 (1-3), finalmente ha habido un periodo de continuidad, durante 2004 y 2005, con mantenimiento de las actividades establecidas en años anteriores.

En el marco del Programa, la estrategia fundamental para la Vigilancia Epidemiológica se lleva a cabo a través del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, implantado en la Comunidad de Madrid desde el año 1994 y que presenta como una característica esencial, su descentralización, ya que se articula en torno a las Secciones de Epidemiología de los Servicios de Salud Pública de Área Sanitaria, realizándose la consolidación de los casos a nivel regional en el Servicio de Epidemiología. Esta forma de trabajo puede establecerse en virtud de Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. La regulación normativa del Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid se establece en la Orden 130/2001, de 29 de marzo, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 6 de abril de 2001 (anexo 1).

El objetivo general del Registro es mejorar el conocimiento de la tuberculosis y su evolución en la Comunidad de Madrid, mediante la búsqueda activa de casos, a fin de identificar los grupos de riesgo y evaluar las intervenciones de prevención y control de la enfermedad.

Los objetivos específicos del Registro son:

- 1.- Estimar la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid y en cada Área Sanitaria; general y específica por sexo, grupo de edad, distrito de residencia, localización anatómica, así como la frecuencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia y/o cultivo positivo.
- 2.- Estimar la prevalencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid y en cada Área Sanitaria, a través del seguimiento de los casos incidentes detectados por el Registro.
- 3.- Describir los factores y situaciones de riesgo asociadas a la tuberculosis según las variables de persona, lugar de residencia, tiempo y localización de la enfermedad.
- 4.- Estudiar la frecuencia de realización de estudios de contactos en convivientes de pacientes de tuberculosis pulmonar y su resultado.

Desde que se implantó, además de los informes que se elaboran en cada una de las Áreas Sanitarias, se elaboran informes anuales para el ámbito Regional que son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. El último publicado corresponde a 2003 (Comunidad de Madrid. Informe del Registro de Casos de Tuberculosis 2003. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005;10(11):3-40).

En este informe se presenta un análisis descriptivo de los casos registrados durante el año 2004 y que tenían su residencia en la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico.

2- MATERIAL Y MÉTODOS

Las fuentes de información del Registro son:

- 1 - Los médicos generales y especialistas mediante la declaración al Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- 2 - Los Laboratorios de Microbiología de la Comunidad de Madrid que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado, y/o pruebas de sensibilidad de micobacterias.
- 3 - El sistema de información constituido por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización.
- 4 - Otras fuentes: El Registro Regional de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid. Instituciones Penitenciarias, Funerarias, Servicios Hospitalarios de Anatomía Patológica, Admisión, Farmacia, ... etc.

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa/recogida pasiva de los datos en las fuentes mencionadas. El cierre de la información para cada año, se realiza a 30 de junio del año siguiente, con objeto de incluir información sobre el seguimiento del tratamiento.

Para cada caso se cumplimenta un cuestionario (anexo 2) con las variables contempladas en el Registro, por parte del personal sanitario responsable de la notificación, o bien a partir de todos los datos que se recogen en la Sección de Epidemiología del Área Sanitaria desde las distintas fuentes de información.

Para su inclusión en el Registro, se considera caso de tuberculosis: al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y/o cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis* o al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses, o menos si se le retira el mismo por efectos secundarios o fallece.

El análisis de la información se realiza para cada Área Sanitaria en la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública. En el Servicio de Epidemiología se lleva a cabo el análisis de la información regional incluyendo la comparación entre Áreas.

Es importante puntualizar que a medida que pasa el tiempo se detectan algunos casos que inicialmente no se habían localizado, este hecho condiciona que las cifras de incidencia anual correspondientes a años anteriores se incrementen; esta situación se refleja en el análisis de comparación por años, cuyos datos pueden mostrar diferencias respecto a las que figuran en informes anuales ya publicados.

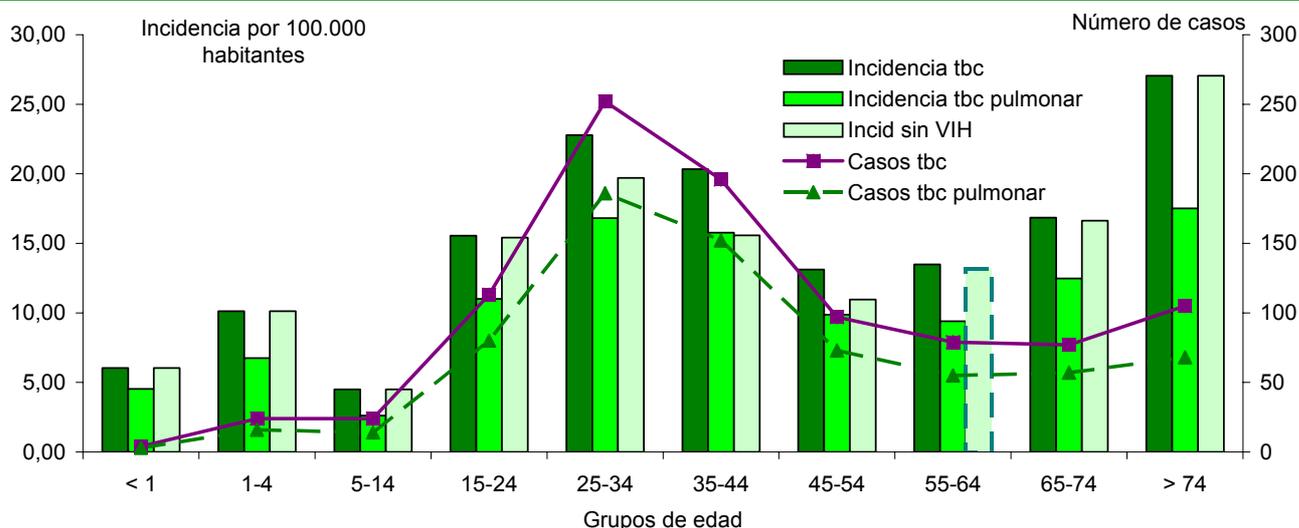
En el análisis espacial siempre se considera el Área y el Distrito Sanitario donde está ubicado el domicilio del caso. Para el cálculo de la incidencia se han utilizado las poblaciones correspondientes al padrón continuo de 2004. El análisis de los datos se ha realizado con el programa informático Epi-Info (versión 6) y el SPSS.

3.- RESULTADOS CORRESPONDIENTES A 2004

I. DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES

FIGURA 1

**Incidencia anual y número de casos de tuberculosis específica por grupos de edad.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.**



En el año 2004 fueron registrados 1.000 casos de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, de los que 18 eran residentes en otras Comunidades Autónomas; estos casos han sido excluidos del análisis de resultados, que se ha realizado con los 982 casos restantes, hallándose una incidencia anual de tuberculosis en la Comunidad de Madrid de 16,9 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia más elevada se observa en el grupo de edad de mayores de 74 años (27,1 casos por 100.000 habitantes). En menores de 1 año, hay 4 casos lo que supone una incidencia en ese grupo de 6,0 casos por 100.000 habitantes. Si excluimos del análisis a aquellas personas VIH (+), el pico de incidencia en los adultos jóvenes (de 35 a 44 años) se suaviza pasando a ser la tasa de 20,3 a 15,6 casos por 100.000 habitantes. La edad es desconocida sólo en el 1% de los casos. (Figura 1).

Según el género, hay un predominio masculino, con 600 casos en hombres (61,4%), con una incidencia de 21,4 casos por 100.000, y 377 mujeres (38,6%), con una incidencia de 12,6 casos por 100.000.

De todos los casos registrados el 75% son confirmados, es decir, tienen un cultivo positivo al complejo *M. tuberculosis* en alguna muestra biológica de cualquier localización.

a. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

La incidencia de tuberculosis por Áreas Sanitarias varía entre los 8,6 casos por 100.000 habitantes del Área 5 y los 22,8 registrados en el Área 7. Se observa una disminución de la incidencia con respecto a los resultados del año 2003 en todas las Áreas, excepto en las Áreas 4 y 11 (Tabla 1).

El Distrito Sanitario con la incidencia más elevada es Usera con 35,5 casos por 100.000 habitantes (un 15% más que el año anterior), seguido del Distrito Centro con una tasa de 28,9 casos por 100.000 habitantes. Por otra parte, la menor incidencia fue registrada en el Distrito de Alcobendas, con 6,0 casos por 100.000 habitantes. En 11 Distritos Sanitarios se han observado aumentos de incidencia con respecto al año 2003: Arganda, Salamanca, Ciudad Lineal, Colmenar Viejo Fuencarral Collado Villalba, Chamberí, Getafe, Aranjuez, Carabanchel y Usera, mientras que en el resto la incidencia es menor que la del año anterior.

En el municipio de Madrid se han detectado 604 casos, con una incidencia de 19,5 casos por 100.000 habitantes, algo inferior a la observada en el año 2003 (21,3 casos por 100.000 habitantes).

En 14 casos se desconoce el Área Sanitaria de Residencia y han disminuido los casos entre personas que viven en un centro penitenciario, en un albergue o en la calle.

b. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ENFERMEDAD

De los 982 casos de tuberculosis, en 949 (97%) se conoce su localización anatómica. De ellos, 709 presentaron localización pulmonar (72%); entre éstos, 59 presentaron otra localización asociada. La localización es exclusivamente extrapulmonar en el 24% de los casos (Figura 2). La incidencia de tuberculosis pulmonar ha sido de 12,2 casos por 100.000 habitantes. El 63,3% de los casos se produjeron en hombres, y la mayor incidencia se observó en el grupo de mayores de 74 años (17,5 casos por 100.000 hab.) seguido del grupo de 25 a 34 años (16,8 casos por 100.000 hab.)

Los casos de tuberculosis con localización extrapulmonar, incluyendo los casos con afectación pulmonar asociada, son 299, lo que supone una incidencia de 5,2 casos por 100.000 habitantes. De estas formas extrapulmonares, la más frecuente es la tuberculosis de otra forma respiratoria (93 casos), seguida por la forma linfática, con 74 casos (Figura 3).

TABLA 1

Incidencia de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario.

Registro

Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

Área		Distrito Sanitario	Población	Casos*	Incidencia por 10 ⁵	% de variación 2003-2004
ÁREA 1	1	Sur-Este	717326	138	19,24	-20,33
	1.1	Arganda	125.781	15	11,93	15,17
	1.2	Moratalaz	166.923	29	17,37	-1,52
	1.3	Retiro	124.799	17	13,62	-25,43
	1.4	Vallecas	299.823	77	25,68	-27,15
ÁREA 2	2	Centro_Norte	438.035	46	10,50	-29,40
	2.1	Coslada	149.833	15	10,01	-40,92
	2.2	Salamanca	148.388	22	14,83	4,54
	2.3	Chamartín	139.814	9	6,44	-52,11
ÁREA 3	3	Este	329.782	54	16,37	-16,42
	3.1	Alcalá de Henares	223.042	34	15,24	-17,38
	3.2	Torrejón de Ardoz	106.740	20	18,74	-14,63
ÁREA 4	4	Noreste	563.398	93	16,51	7,85
	4.1	Ciudad Lineal	228.656	40	17,49	38,95
	4.2	San Blas	144.402	25	17,31	-1,96
	4.3	Hortaleza	190.340	28	14,71	-9,85
ÁREA 5	5	Norte	709.642	61	8,60	-24,62
	5.1	Alcobendas	251.824	15	5,96	-14,41
	5.2	Colmenar Viejo	105.280	8	7,60	54,00
	5.3	Tetuán	146.833	17	11,58	-43,15
	5.4	Fuencarral	205.705	21	10,21	52,16
ÁREA 6	6	Oeste	592.297	69	11,65	-13,27
	6.1	Majadahonda	265.756	25	9,41	-11,01
	6.2	Collado Villalba	210.585	31	14,72	2,86
	6.3	Moncloa	115.956	13	11,21	-38,50
ÁREA 7	7	Centro-Oeste	547.894	125	22,81	-15,02
	7.1	Centro	141.892	41	28,90	-23,95
	7.2	Chamberí	151.346	26	17,18	0,86
	7.3	Latina	254.656	57	22,38	-15,58
ÁREA 8	8	Sur-Oeste I	446.743	53	11,86	-38,04
	8.1	Móstoles	209.595	36	17,18	-12,90
	8.2	Alcorcón	156.592	12	7,66	-52,66
	8.3	Navalcarnero	80.556	5	6,21	-63,54
ÁREA 9	9	Sur Oeste II	387.885	35	9,02	-53,00
	9.1	Leganés	178.630	12	6,72	-60,39
	9.2	Fuenlabrada	209.255	23	10,99	-39,60
ÁREA 10	10	Sur I	301.514	41	13,60	-18,35
	10.1	Parla	145.517	21	14,43	-41,46
	10.2	Getafe	155.997	20	12,82	43,15
ÁREA 11	11	Sur II	770.313	212	27,52	7,69
	11.1	Aranjuez	130.012	29	22,31	2,72
	11.2	Arganzuela	143.021	34	23,77	-21,30
	11.3	Villaverde	137.259	36	26,23	-5,58
	11.4	Carabanchel	233.332	67	28,71	41,84
	11.5	Usera	126.689	45	35,52	15,13
AREA		Desconocida/Prisión/Calle		14/17/22		
		Total	5.804.829	982	16,92	-16,09
		Residentes otras CC.AA.		18		
		Total		1000		

* A menudo la suma de casos por Distrito es menor que la del Área correspondiente, pues se conoce el Área de residencia pero no el Distrito.

FIGURA 2

Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

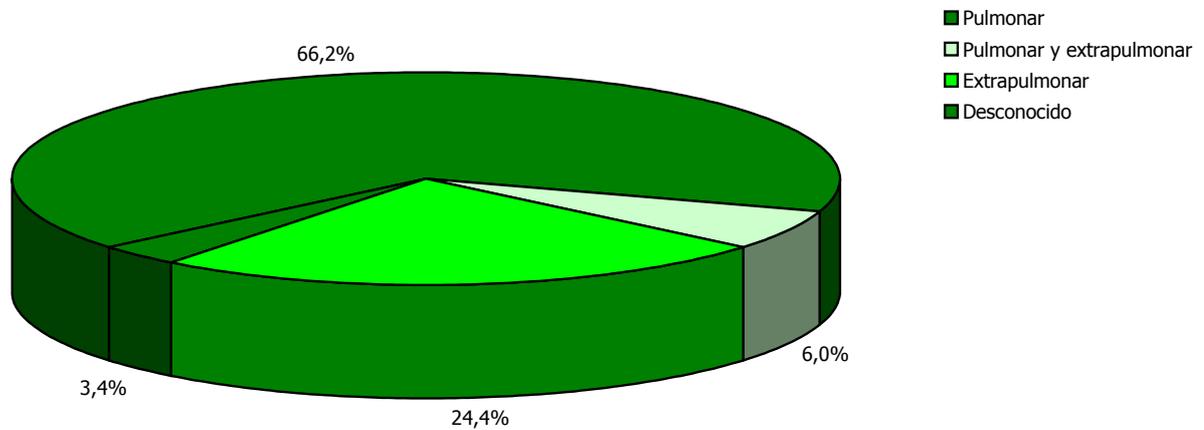
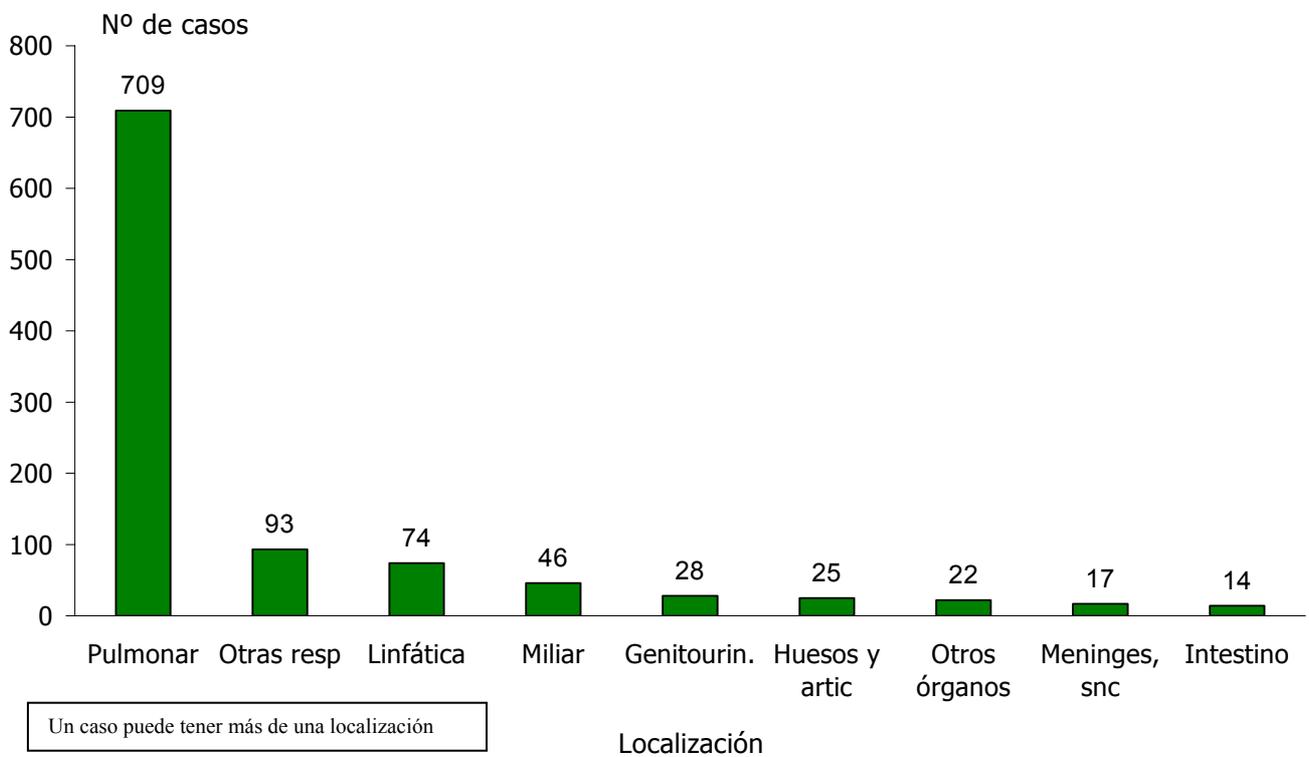


FIGURA 3

Distribución de los casos de tuberculosis según la localización anatómica. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.



Si se consideran los casos con área de residencia asignada, las formas pulmonares representan el 72,2% de todas las formas de tuberculosis en la Comunidad de Madrid; esta proporción oscila entre las Áreas, situándose entre el 63 % en el Área 2 y el 83% en el Área 8. La incidencia de tuberculosis con localización pulmonar también es diferente en función del Área Sanitaria, y varía entre 6,6 casos por 100.000 habitantes en el Área 2 y 19,6 casos por 100.000 habitantes en el Área 11 (Tabla 2).

De los 709 casos con tuberculosis pulmonar, 411 (58,0%) han presentado baciloscopia de esputo positiva, lo que supone una incidencia de 7,1 casos por 100.000 habitantes. En 100 casos (14,1%) se desconoce el resultado de ésta. El cultivo de esputo fue desconocido en 167 casos (23,6%) de tuberculosis pulmonar. De los casos con baciloscopia positiva, el 85,4% tienen cultivo positivo, pero en 58 casos (14,1%) no se conoce el resultado del cultivo. El diagnóstico de certeza mediante cultivo positivo de esputo se ha establecido en 518 casos, el 73,1 % (Tabla 3).

En 592 casos de tuberculosis con localización pulmonar (68,3 %) se pudo observar una radiografía torácica indicativa de tuberculosis, siendo desconocido el valor para esta variable en 221 casos (25,5%).

TABLA 2

Incidencia de tuberculosis pulmonar y porcentaje de casos con localización pulmonar sobre el total de casos de tuberculosis por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004

ÁREA SANITARIA	Nº DE CASOS DE TBC PULMONAR	INCIDENCIA DE TBC PULMONAR POR 10⁵	% DE TBC PULMONAR SOBRE TOTAL TBC
1 Sur-Este	106	14,78	75,7
2 Centro_Norte	29	6,62	63,0
3 Este	35	10,61	64,8
4 Noreste	65	11,54	69,9
5 Norte	49	6,90	80,3
6 Oeste	45	7,60	65,2
7 Centro-Oeste	91	16,61	72,8
8 Sur-Oeste I	44	9,85	83,0
9 Sur Oeste II	28	7,22	80,0
10 Sur I	29	9,62	70,7
11 Sur II	151	19,60	71,2
Área Desc./Prisión/Calle	5/12/20	-	
Total	709	12,21	72,2

TABLA 3

Resultado de las pruebas microbiológicas realizadas a los casos de tuberculosis pulmonar. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

BACILOSCOPIA ESPUTO	CULTIVO DE ESPUTO			Total	% cultivos positivos
	Positivo	Negativo	Desconocido		
Positivo	351	2	58	411	58%
Negativo	152	22	24	198	27,90%
Desconocido	15	0	85	100	100%
Total	518	24	167	709	100%
% baciloscopias positiva	73,10%	3,40%	23,60%	100%	

c. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Existen situaciones de riesgo asociadas a la tuberculosis, y de éstas, las más frecuentes han sido el haber nacido fuera de España (35,6%), el alcoholismo (10,8%), la infección por VIH/SIDA (10,2%) y el abuso de drogas (5,2%) (Tabla 4). Lo más destacable es la tendencia de casos del origen no español que continúa siendo significativamente creciente (en el año 2000 el porcentaje de casos en personas no nacidas en España era del 15,6%), y los casos VIH+ cuya tendencia continúa siendo significativamente decreciente. También llama la atención que el alcoholismo pasa a ser la segunda situación de riesgo asociada a la tuberculosis desplazando al tercer lugar a los casos VIH+. El resto de factores de riesgo considerados, no muestra diferencias sustanciales con los datos del año anterior.

El Registro Regional de Casos de la Comunidad de Madrid registró 17 casos con domicilio al inicio del tratamiento en una prisión, y son 21 casos los que refieren tener antecedente de estancia en prisión en los dos años anteriores al inicio del tratamiento. Según los datos del Registro de Casos de Tuberculosis de Instituciones Penitenciarias, en 2004 se detectaron 17 casos incidentes de tuberculosis, en centros penitenciarios ubicados en la Comunidad de Madrid (4).

En 453 casos (46,1%) se ha recogido información acerca de la existencia de un contacto previo con algún enfermo de tuberculosis, y de ellos en 147 (32,5%) está presente dicho antecedente. De las formas de contacto registradas la más frecuente es la convivencia con un enfermo (23 casos).

TABLA 4

Distribución porcentual de los casos de tuberculosis según situación de riesgo asociada y grupo de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

SITUACIÓN DE RIESGO	% SEGÚN GRUPOS DE EDAD					% SOBRE EL TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	> 64	Todas las edades
Origen no español (n=350)	6,1	20,3	60,0	11,6	2,0	35,1
Alcoholismo (n=106)	0	0,9	47,2	42,5	9,4	10,8
VIH-SIDA (n=100)	0	1,0	80,0	18,0	1,0	10,2
Uso de drogas (n=51)	0	3,9	70,6	23,5	0	5,2
Desfavorecidos socialmente (n=44)	0,0	0,0	63,6	29,5	6,8	4,5
Diabetes (n=32)	0,0	0,0	12,6	21,9	65,7	3,3
Neoplasia (n=30)	1,9	0,0	10,0	10,0	76,7	3,1
Silicosis (n=12)	0,0	8,3	0,0	75,0	66,7	0,6
Gastrectomía (n=4)	0,0	0,0	66,7	25,0	75,0	0,4

1.4. NIVEL ASISTENCIAL

El nivel asistencial en el que con mayor frecuencia se ha iniciado el tratamiento corresponde al Hospital (incluyendo las consultas externas hospitalarias), en un 88% de los casos, seguido por la Atención Especializada Extrahospitalaria (6,7%), y la Atención Primaria (4,5%). El 0,8% restante se reparte entre otras modalidades, como Sanidad Penitenciaria, otras CC.AA., etc. (Tabla 5). El lugar de inicio del tratamiento se desconoce en 51 casos (5,4%) (Tabla 5).

En cuanto al seguimiento, el nivel asistencial en el que éste se ha realizado con más frecuencia es también el Hospital, incluyendo las consultas externas hospitalarias, en un 63.9% de los casos. Este dato se desconoce en 275 casos (29,2%) (Tabla 6).

En las Tablas 5 y 6 se muestran además los porcentajes de inicio y seguimiento de tratamiento en los diferentes niveles asistenciales distribuidos por Áreas, observándose diferencias notables entre ellas. No se incluyen los casos que al comenzar el tratamiento tenían como residencia la cárcel, la calle o un albergue.

En 94 casos (9,6%) se ha instaurado alguna medida para la mejora del cumplimiento del tratamiento en régimen ambulatorio; esta medida ha consistido en un tratamiento directamente observado en 38 ocasiones, mientras que las otras 56 consisten en un seguimiento semanal con entrega gratuita de medicamentos y/o utilización de algún incentivo. Los casos con tratamiento directamente observado han disminuido en un 32%, y el supervisado en un 15% respecto del año pasado.

Se ha calculado la demora diagnóstica, considerada como el tiempo transcurrido entre la fecha de comienzo de los síntomas y la fecha de comienzo del tratamiento. Estos datos son conocidos en 675 casos. La mediana de esta demora diagnóstica se ha estimado en 36 días, 4 más que la obtenida en el año 2003 e igual que en el 2002. De los casos que corresponden a tuberculosis de localización pulmonar con baciloscopia de esputo positiva (411), la mediana de la demora diagnóstica es de 36 días, dos más que en el año anterior (Tabla 7). El 66% de los casos han sido hospitalizados, siendo desconocido este dato en 92 casos (9,4%). En la Tabla 8 pueden observarse el número de casos y el porcentaje de hospitalización según cada Área Sanitaria. No se incluyen aquellos que al principio del tratamiento tenían como residencia la prisión, un albergue o la calle.

TABLA 5

Distribución porcentual según el nivel asistencial de inicio del tratamiento por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

AREA	INICIO TRATAMIENTO				Total n
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	
1	92,9	6,4	0,0	0,7	140
2	90,7	7,0	2,3	0,0	43
3	96,2	0	1,9	1,9	52
4	95,6	3,3	1,1	0,0	91
5	86,7	5,08,3	5,0	0,0	60
6	94,1	1,5	2,9	1,5	68
7	93,5	5,6	0,9	0,0	107
8	100,0	0	0,0	0,0	51
9	85,3	8,8	5,9	0,0	34
10	70,0	27,5	2,5	0,0	40
11	75,1	9,0	13,9	2,0	201
TOTAL	88,0	6,7	4,5	0,8	887

TABLA 6

Distribución porcentual según el nivel asistencial de seguimiento del tratamiento por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

ÁREA	SEGUIMIENTO TRATAMIENTO				Total n
	% Hospital (Incluye consultas externas)	% Atención Especializada extrahospitalaria	% Atención Primaria	% Otros	
1	81,5	7,6	1,7	9,3	119
2	92,5	2,5	2,5	2,5	40
3	80,9	2,1	12,8	4,2	47
4	45,3	4,7	1,6	48,4	64
5	83,0	9,4	1,9	5,7	53
6	80,8	3,8	11,5	3,8	52
7	60,9	4,3	8,7	26,1	46
8	63,6	0,0	3,0	33,3	33
9	68,8	15,6	15,6	0,0	32
10	28,2	66,7	5,1	29,2	39
11	40,0	13,6	16,4	29,9	140
TOTAL	63,9	11,0	7,8	17,4	665

TABLA 7

Tiempo transcurrido en días desde la fecha de inicio de síntomas hasta la de inicio de tratamiento. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

PERCENTIL	Todos los casos	Casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo (+)
P 25	16 días	17 días
P 50	36 días	37 días
P 75	77 días	74 días

TABLA 8

**Distribución porcentual de casos hospitalizados según Área Sanitaria.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid,
2004.**

ÁREA SANITARIA	Nº DE CASOS HOSPITALIZADOS	% DEL TOTAL DE CASOS
1	121	86,4
2	20	50,0
3	41	78,8
4	70	82,4
5	41	82,0
6	57	87,7
7	85	79,4
8	37	88,1
9	23	69,7
10	26	72,2
11	99	49,7
Total	620	63,1

EVOLUCIÓN DE LOS CASOS

De los 982 casos registrados se dispuso de información sobre su seguimiento en el 44%, lo que supone un descenso del 13% respecto al año anterior (50,6%). Fecha de fin de tratamiento la disponemos en 412 casos (42%), 14 casos se trasladaron a otra Comunidad Autónoma (1%) y 7 se han perdido (1%).

En cuanto a los 412 casos en los que se conoce la fecha de finalización del tratamiento, 358 (87,3%) han sido dados de alta por curación, 10 (2,4%) han muerto por tuberculosis, 38 (9,3%) fallecieron por otras causas, y a 3 (0,7%) paciente se le retiró el tratamiento por prescripción facultativa. Hay tres casos en los que no se conoce el motivo de fin de tratamiento.

Además se han registrado incidencias que no han permitido la finalización del tratamiento en 18 pacientes: 14 pacientes por abandono del tratamiento, 4 pacientes sufrieron una recaída. En ningún caso se produjo fracaso terapéutico ni se diagnosticó de enfermo crónico.

Se ha calculado la proporción de casos curados de la siguiente forma: en el numerador figuran los casos en los que se ha registrado la curación (358), y en el denominador: los curados (358), los que presentaron alguna incidencia que impidió el alta (18), los muertos por tuberculosis (10), y aquellos en los que se les retiró el tratamiento por prescripción facultativa (3), el porcentaje obtenido es de 92,0%.

Son casos iniciales es decir, nunca habían recibido tratamiento contra la tuberculosis con anterioridad 706 casos (71,9%). Este dato es desconocido en 230 casos (23,4%).

1.6. ESTUDIOS DE CONTACTOS

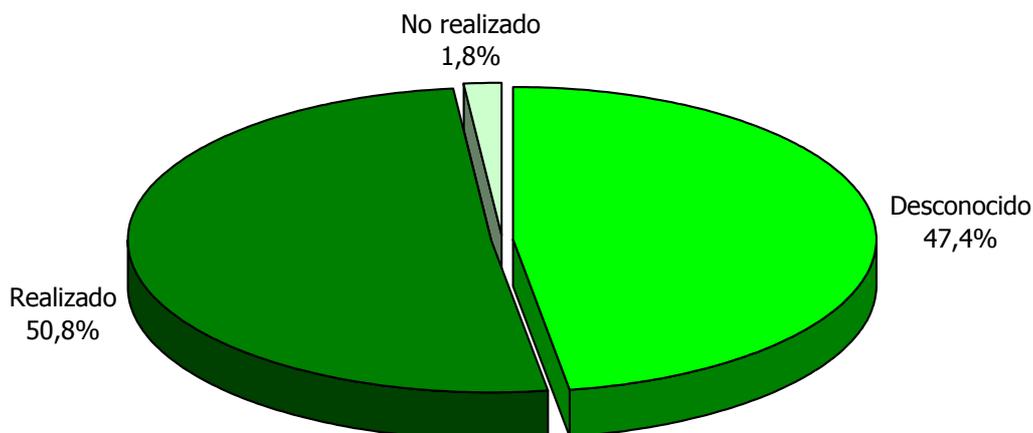
En 539 casos (46,7%) se conoce el dato de si se ha realizado o no estudio de contactos (Figura 4), y de ellos el estudio se realizó en 555 (95,0%). Si se tienen en cuenta sólo los casos con localización pulmonar, se tiene constancia de si se ha hecho o no estudio de contactos en 441 casos (50,9%) (Figura 5). Entre éstos se ha realizado el estudio de contactos en 424 casos (96,1 %).

FIGURA 4

Distribución del total de casos de tuberculosis según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

**FIGURA 5**

Distribución de los casos de tuberculosis pulmonar según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.



En la Tabla 9 se observa el resultado de los estudios de contactos realizados en los casos con tuberculosis pulmonar. Se detectaron 1.387 contactos, es decir, 1,9 contactos por caso, de los que 0,9 eran convivientes y 0,3 eran no convivientes y 0,7 pertenecían a un colectivo.

TABLA 9

Distribución de los casos de tuberculosis pulmonar según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	624	60,1	34,9	5,0
No convivientes	198	74,2	23,8	2,0
Colectivo	552	68,7	30,8	0,5

1.7. FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

Para garantizar la detección exhaustiva de todos los casos de tuberculosis es necesaria la utilización sistemática de diferentes fuentes de información, de manera que un mismo caso puede ser detectado por más de una de ellas. La fuente que más casos ha detectado durante el año 2004 ha sido el sistema EDO, con 728, lo que supone un 74% del total de casos, seguido de la Red de Laboratorios de Microbiología, con 672 casos notificados (68%). Del total de casos, 382 se han detectado solamente por una fuente, siendo también el sistema EDO el que más casos ha detectado (205 casos), seguido por los laboratorios de microbiología (120 casos). El número de casos detectados exclusivamente por EDO aumenta ligeramente respecto al año pasado, mientras que los notificados por laboratorios se mantienen prácticamente igual (Tabla 10).

Si se combinan las fuentes, mediante el sistema EDO y los laboratorios de microbiología se detecta el 93% de los casos, siendo el 53% de ellos notificados por ambas fuentes (Tabla 11). Al combinar tres fuentes, el sistema EDO, los laboratorios y el CMBD han detectado el 97,5% de los casos.

TABLA 10

Distribución de los casos según la fuente de notificación. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

	FUENTE INDICADA (UN CASO PUEDE NOTIFICARSE POR MÁS DE UNA FUENTE)		EXCLUSIVAMENTE POR LA FUENTE INDICADA	
	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje*
EDO	728	74,1	205	20,9
LABORATORIO	672	68,4	120	12,2
CMBD	223	22,7	38	3,9
OTRAS	130	13,2	19	1,9

*Porcentaje sobre el total de casos que sólo se detectan por una fuente.

TABLA 11

Casos detectados por el Registro en combinación de dos fuentes. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

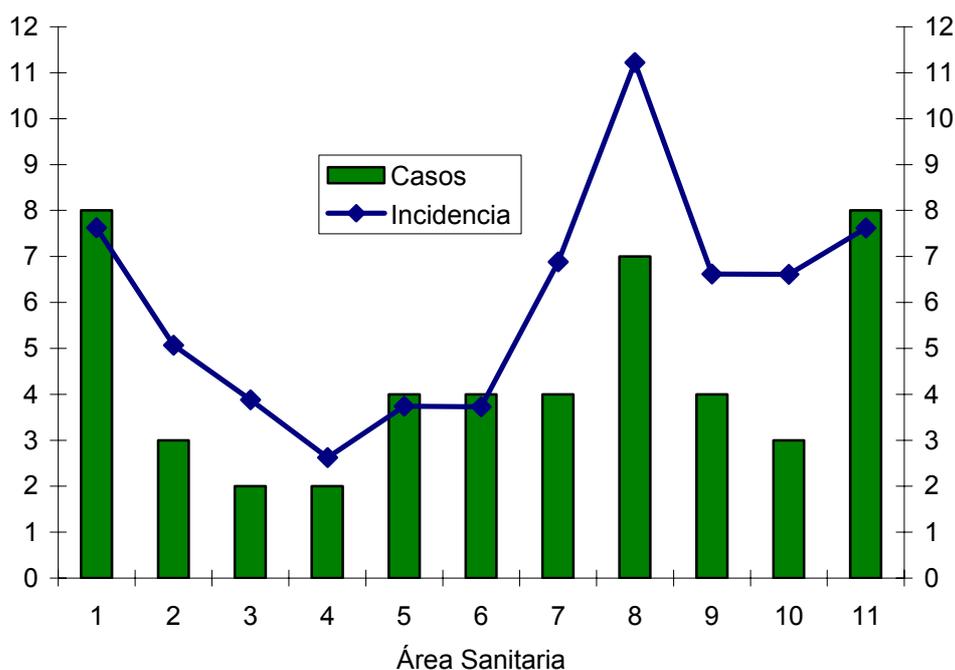
	EDO	LABORATORIO	CMBD	OTRAS
EDO	728	--	--	--
LABORATORIO	484	672	--	--
CMBD	135	162	223	--
OTRAS	76	85	41	130

II. TUBERCULOSIS INFANTIL

En 2004 se han registrado 52 casos de tuberculosis en niños menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 6,2 casos por 100.000 habitantes en este grupo de edad. Esta cifra es menor que la observada el año anterior (9,3 casos por 100.000 habitantes). En menores de 5 años la tasa de incidencia ha sido de 9,2 casos por 100.000 habitantes. De los 52 casos, 25 son hombres (48,1%) y 27 mujeres (51,9%).

La mayor incidencia de tuberculosis infantil se han registrado en el área 8 con 11,2 casos por 100.000 habitantes, seguida de las áreas 1 y 11 con 7,6 casos por 100.000 habitantes respectivamente (Figura 6).

FIGURA 6

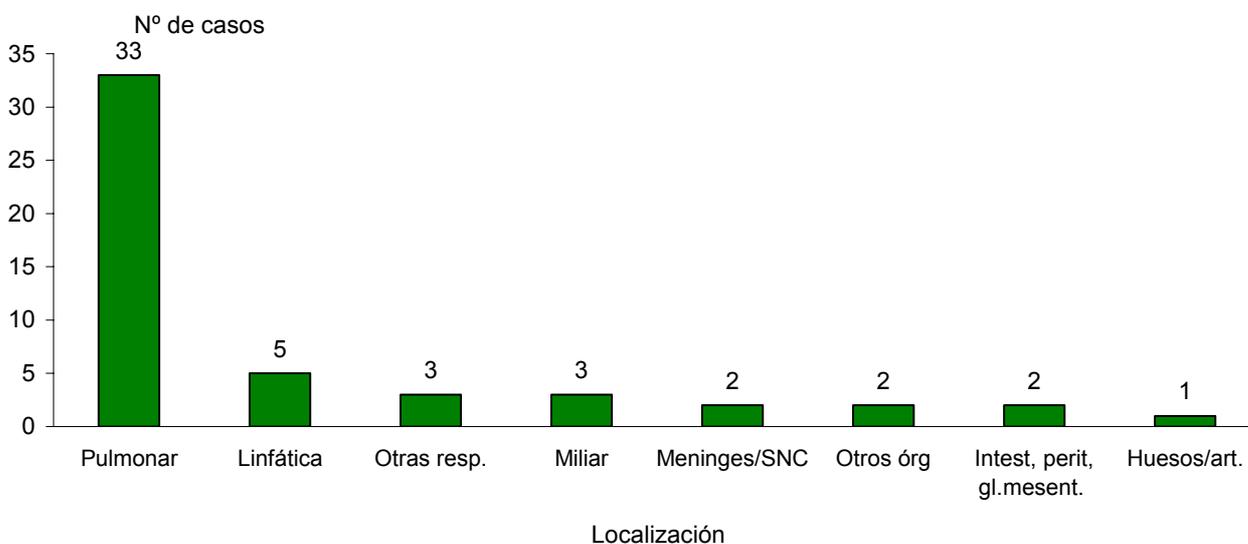
Incidencia de tuberculosis infantil según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

En cuanto a la localización anatómica, el 82,1% de los casos registrados tenía localización pulmonar, y 1 caso de un año de edad ha presentado localización meníngea. La tasa de incidencia para esta localización en el grupo de edad de 0 a 4 años ha sido de 0,33 casos por 100.000 hab. (Figura 7).

Del total de niños enfermos de tuberculosis, se tiene información sobre la prueba de la tuberculina de 61 niños (78,2%), y fue positiva en 57 de ellos (93,4%).

FIGURA 7

Distribución de los casos de tuberculosis infantil según la localización anatómica.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.



De los casos con tuberculosis infantil (52) se han recogido datos sobre 43 muestras, de las cuales destacan 30 (69,8%) de jugo gástrico, cuatro biopsias de adenopatías, y 3 de líquido pleural. Han resultado cultivos positivos a *Micobacterium tuberculosis* 26 muestras.

23 casos (44,2%) presentaban una radiografía de tórax indicativa de tuberculosis; este dato era desconocido en 19 casos (36,5%).

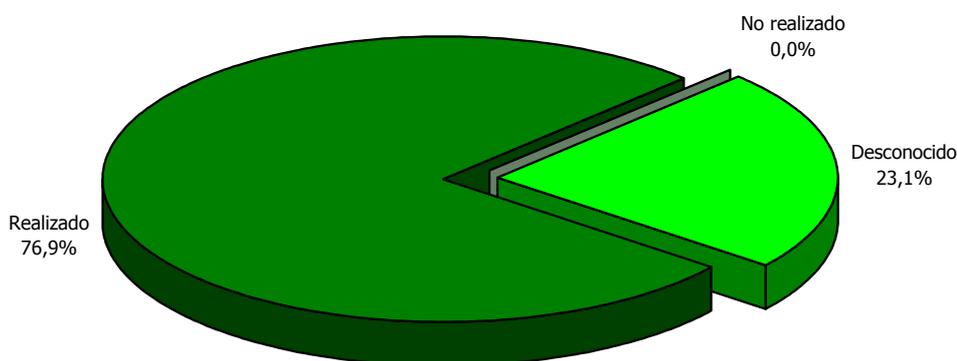
Se han recogido datos de antecedentes de contacto con una persona enferma de tuberculosis en 32 casos. 23 referían haber tenido contacto previo con un enfermo y de ellos 16 (69,6%) la forma de contacto fue con una conviviente.

Respecto al antecedente de tuberculosis, el 94,2% de los casos se han considerado iniciales, es decir, que nunca antes han recibido tratamiento contra la tuberculosis. Se desconoce el dato para el 6%.

En 12 casos se desconoce si se ha realizado o no estudio de contactos. En los 40 casos restantes (76,9%), si se realizó, lo que supone el 100% de los casos en los que conocía este dato (Figura 8). En la Tabla 12 se muestran los resultados de los estudios de contactos realizados; se detectaron 139 contactos, es decir, 2,7 contactos por caso, de los que 1,5 eran convivientes y 0,5 eran no convivientes y 0,7 pertenecían a algún colectivo.

FIGURA 8

Distribución de los casos de tuberculosis infantil según realización del Estudio de Contactos. Registro Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

**TABLA 12**

Resultado de los estudios de contactos de los casos de tuberculosis infantil. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	80	62,5	26,2	11,3
No convivientes	23	56,5	39,1	4,4
Colectivo	36	97,2	2,8	0

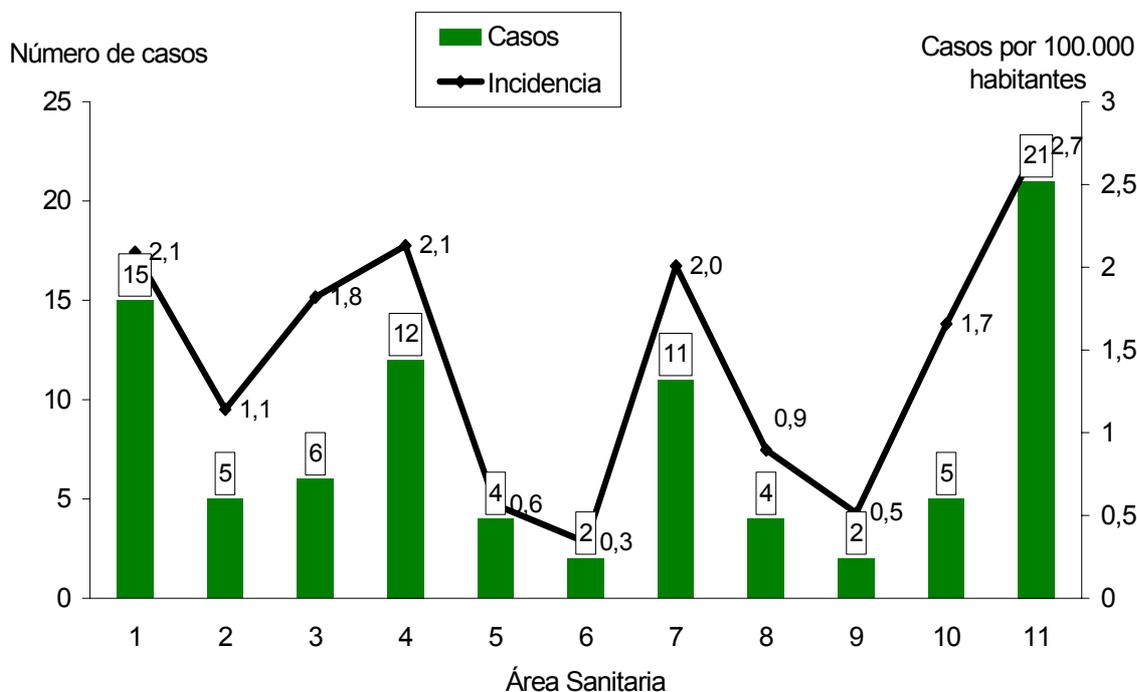
TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH

De los 982 casos de tuberculosis registrados en 2004 en Madrid, 100 (10,2%) se han producido en personas infectadas por el VIH, lo que representa una incidencia de tuberculosis asociada a la infección por VIH de 1,7 casos por 100.000 habitantes. Esto supone una descenso de la incidencia con respecto a los años anteriores (año 2001: 2,7 casos por 100.000 hab.; año 2002 y 2003: 2,6 casos por 100.000 hab.).

La incidencia específica por edad más elevada (4,8 casos por 100.000 hab.) se da en el grupo de edades entre 35 y 44 años seguido del grupo de edad de 25 a 34 años (3,1 casos por 100.000 hab.). En cuanto al género, 82 casos (82%) se han registrado en hombres y 18 (18%) en mujeres. Por Áreas Sanitarias, las mayores incidencias se han registrado en las Áreas 11 (2,7 casos por 100.000 habitantes), y áreas 1 y 4 (2,1 casos por 100.000 habitantes) (Figura 9).

FIGURA 9

Incidencia de tuberculosis y VIH según Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.



72 casos (72%) han presentado tuberculosis pulmonar, asociada o no a otra localización. De las localizaciones extrapulmonares las formas más frecuente han sido la tuberculosis linfática con 15 casos (53,6%) y la miliar con 14 casos (50%).

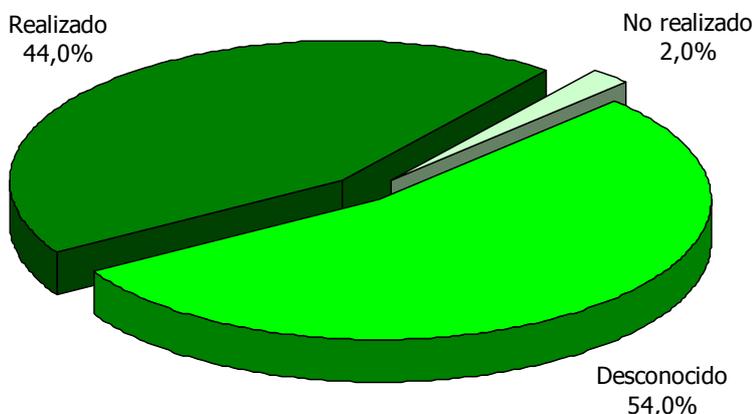
De los casos con tuberculosis pulmonar, en 43 (59,7%) se ha obtenido una baciloscopia de esputo positiva, y en 59 (81,9%) se ha realizado diagnóstico de certeza con cultivo de esputo positivo. En 47 casos (65,3%) se hizo una radiografía torácica, y en 41 de ellos (87,2%), ésta fue indicativa de tuberculosis.

La variable de antecedente de contacto con un enfermo de tuberculosis se ha recogido en 33 casos (33%), siendo afirmativo para 7 de ellos (2 con convivientes, 2 frecuentes no convivientes, 1 en institución cerrada, otro en el medio laboral y otro desconocido).

Enfermos iniciales, es decir, nunca antes habían recibido tratamiento frente a la tuberculosis eran 61 casos, que de los 73 de los que se disponía de esta información suponen el 83,6% de los casos.

FIGURA 10

Distribución de los casos de tuberculosis en VIH (+) según realización del Estudio de Contactos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.



La información sobre la realización o no de estudio de contactos en los casos de las formas pulmonares es desconocida en 54 casos. Se ha realizado estudio de contactos en 44 casos, y no se ha realizado en 2. (Figura 10).

En los casos de tuberculosis pulmonar en que se realizó estudio de contactos se detectaron 52 contactos en total.

TABLA 13

Resultado de los estudios de contactos de los casos de tuberculosis en personas VIH (+). Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

	Nº DE CONTACTOS	% DE NO INFECTADOS	% DE INFECTADOS DETECTADOS	% DE ENFERMOS DETECTADOS
Convivientes	44	63,6	34,1	2,3
No convivientes	8	87,5	12,5	0,0
Colectivo	0	0	0	0

III. TUBERCULOSIS EN EXTRANJEROS

En el año 2004, del total de los 982 casos de tuberculosis, 345 se dieron en personas nacidas fuera de España, esto supone un 35,1% de los casos, por lo que la tendencia respecto a años anteriores a pesar de seguir siendo ascendente, ha disminuido casi un 4% respecto al año anterior (2003:36,5%). Su procedencia es fundamentalmente América del Sur (50% de los casos) y África (29%). Por países, los que aportan un mayor número de casos son Ecuador (103 casos), Marruecos (49 casos), Rumania (30 casos) y Perú (27 casos) (Tabla 14).

La tasa de incidencia de tuberculosis en extranjeros ha sido de 42,87 casos por 100.000 habitantes teniendo en cuenta que el número de extranjeros empadronados en la Comunidad de Madrid este año ha sido de 804.714 habitantes.

TABLA 14

Distribución de los casos de tuberculosis en extranjeros según continente de origen. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

CONTINENTE	Nº DE CASOS DE TBC	% SOBRE EL TOTAL DE CASOS DE TBC EN POBLACIÓN INMIGRANTE
AMÉRICA	180	52,2
ÁFRICA	99	28,7
EUROPA	51	14,8
ASIA	9	2,6
DESCONOCIDO	6	1,7
TOTAL	345	100,0

En la Figura 11 se puede ver la distribución de los casos por género y grupo de edad, 201 casos se han detectado en hombres (64,1%). La edad mediana de los casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España es de 30 años. El 37,4% de los casos pertenece al grupo de edad entre 25 y 34 años. Sin embargo, el grupo de edad donde los casos de tuberculosis en extranjeros suponen una mayor proporción con respecto a todos, es el de 15 a 24 años, en el que los casos de tuberculosis en extranjeros son el 62% del total; entre los 25 y 34 años los casos de tuberculosis en personas fuera de España suponen el 51% del total (Figura 12). En menores de 1 año se ha dado un caso y entre 1 y 4 años 7 casos, lo que implica el 29% del total de casos para ese grupo de edad en la Comunidad de Madrid.

FIGURA 11

**Distribución de los casos de tuberculosis en extranjeros según género y grupos de edad.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.**

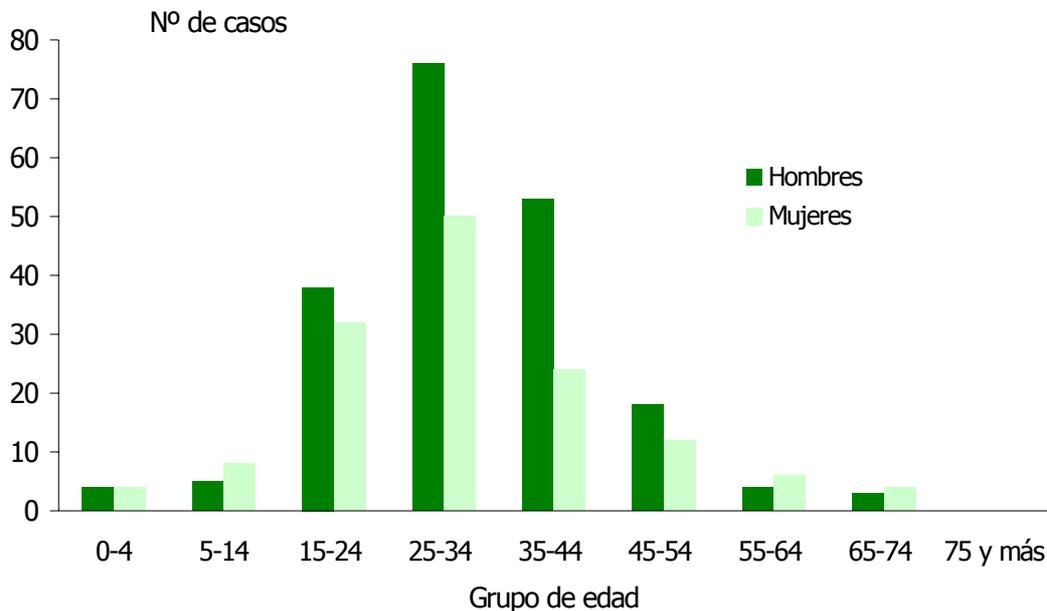
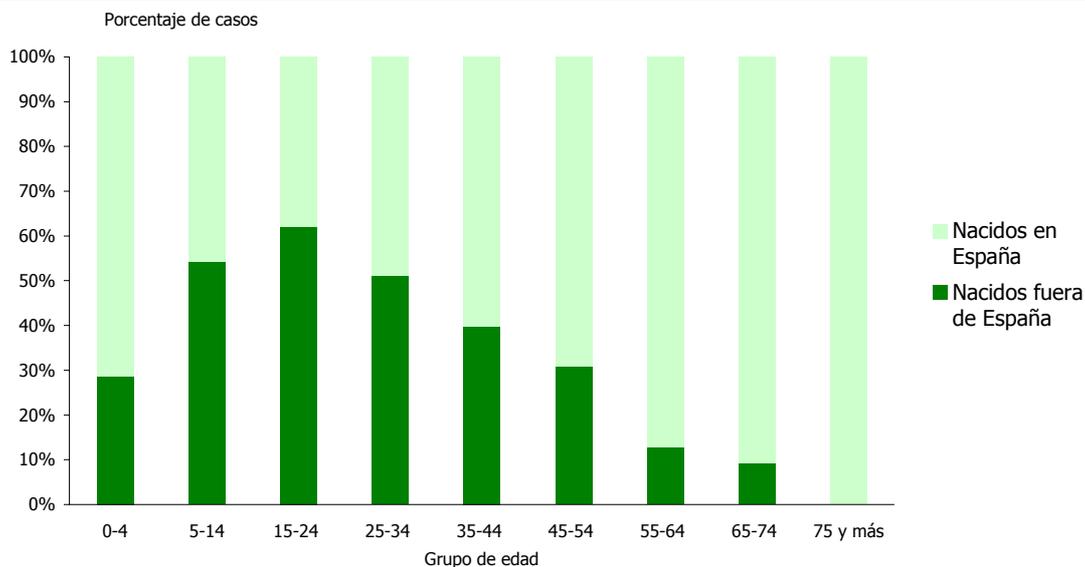


FIGURA 12

**Tuberculosis según lugar de nacimiento por grupos de edad.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.**

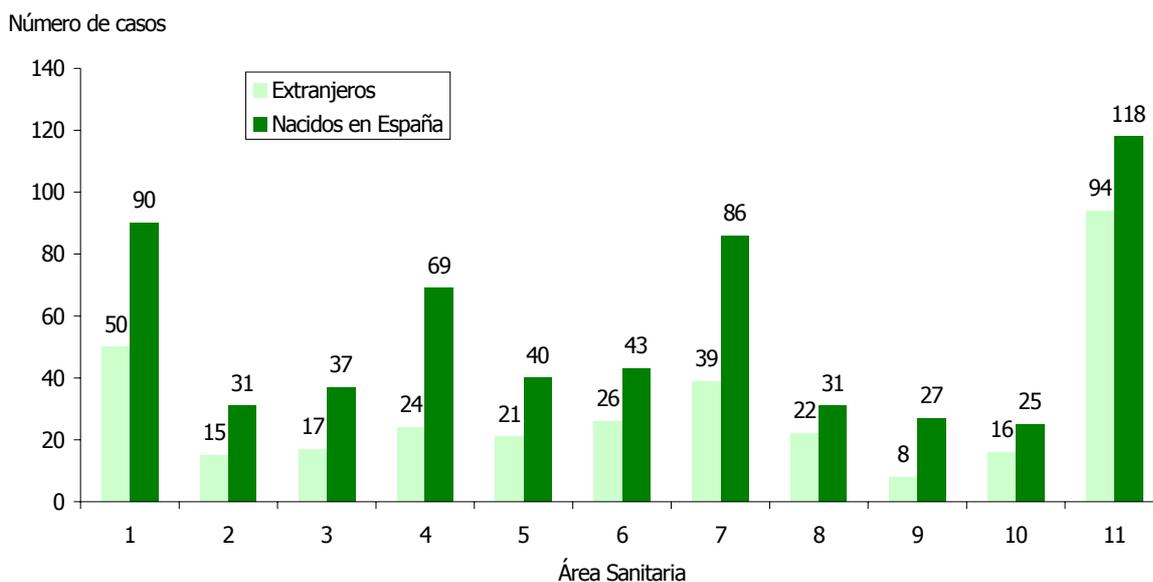
Registro



Según la distribución por el Área Sanitaria (Figura 13), las áreas con mayor número de casos son el área 11 (94 casos) siendo residentes el 31% en el distrito sanitario de Carabanchel, el área 1 con 50 casos (el 66% del distrito Vallecas) y el área 7 con 39 casos (54% distrito Centro), con unas tasas de incidencia de 12,2 casos por 100.000 habitantes, 7,0 casos por 100.000 habitantes y 7,1 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

FIGURA 13

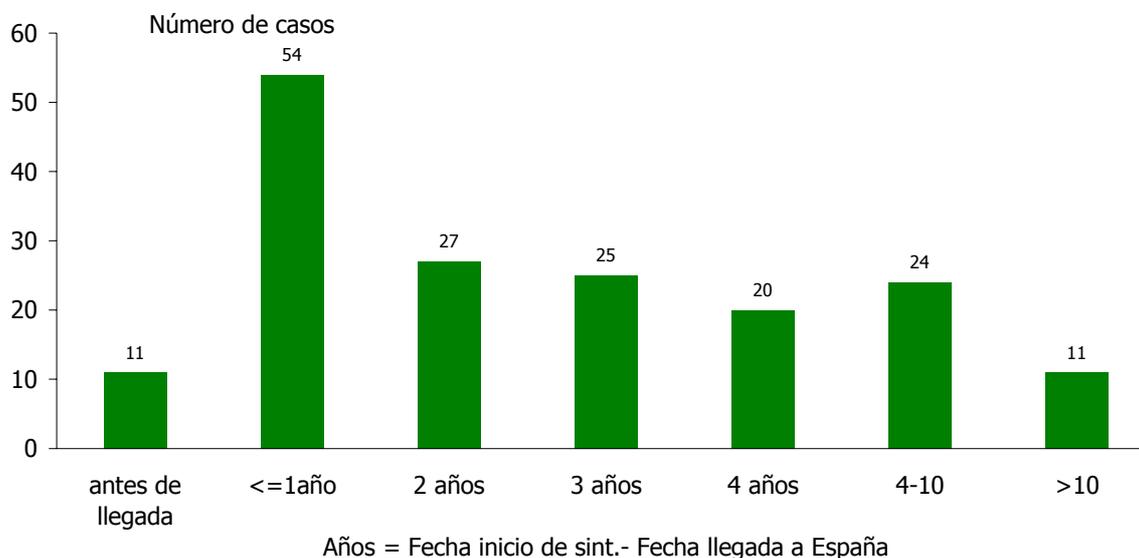
Distribución de los casos de tuberculosis en extranjeros frente a los nacidos en España por Área Sanitaria. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.



De los 345 casos de tuberculosis en extranjeros, en 208 se tienen datos de la fecha de su llegada a España y en 249 de la fecha de inicio de los síntomas. En 11 de ellos el comienzo de los síntomas se registra antes de su llegada a España. En el resto, la duración mediana del tiempo transcurrido entre la llegada a España y el inicio de la clínica es de 33 meses, y en el 31,4% de los casos este tiempo es igual o inferior a 1 año (Figura 14).

FIGURA 14

**Tuberculosis en extranjeros según el tiempo transcurrido desde la llegada a España.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. 2004**



En relación a la localización anatómica, 244 de los 345 casos (70,7%) presentaron tuberculosis pulmonar. De dichas formas pulmonares, en 160 (65,6%) se registró un resultado positivo en la baciloscopia de esputo, y en 188 (77%) había un cultivo de esputo positivo; el porcentaje de casos con valor desconocido para estas variables fue de 9,8% y 21,7%, respectivamente. Se tienen datos sobre resultado de radiografía de tórax en 251 personas, y en 223 de ellas (88,8%) había hallazgos indicativos de tuberculosis.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de tuberculosis en personas no nacidas en España, el más frecuente después del tabaco (15,4% de los casos), es la infección por VIH-SIDA con 35 casos (10,1%), seguido por el alcoholismo con 19 casos (5,5%), por la indigencia y/o chabolismo con 16 casos (4,6%) y por el estado de inmunosupresión con 15 casos (4,3%).

Eran enfermos iniciales en el momento del diagnóstico, es decir, no habían seguido nunca antes tratamiento antituberculoso, el 92,1% de los casos (257) en los que se conocía este dato. Este antecedente era desconocido en 66 casos (19,1%).

64 casos referían antecedente de contacto con un caso de tuberculosis, siendo la forma más frecuente el contacto con un conviviente (33 casos, 51,6%).

En cuanto al lugar de inicio del tratamiento, éste se desconoce en 9 casos (2,6%); 305 casos (88,4%) iniciaron el tratamiento en hospital, y 246 (71,3%) requirieron ser hospitalizados; la presencia o no de hospitalización se desconoce en 20 casos (5,8%). El lugar de seguimiento fue en el nivel hospitalario en 159 casos (46,1%) ; es desconocido en 89 casos (25,8%).

La realización o no de estudio de contactos es desconocida en 157 casos (45,5%). De los casos con valor conocido de esta variable, el estudio se efectuó en 178 casos (94,7%). Para las 160

personas con baciloscopia positiva, la variable acerca de si se hizo estudio de contactos se recogió en 98 casos (61,3%), de los que en 94 (95,9%) se realizó el estudio.

Se recogieron variables de seguimiento: en 151 se conoce la fecha de fin del tratamiento, que fue por curación en 144 casos (95,4%), por muerte por tuberculosis en 1 casos (0,3%), y por muerte por otra causa en 6 casos (1,7%). Abandono de tratamiento se ha registrado en 11 casos (3,2%) y 6 recaídas (1,7%).

IV. TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

De los 982 casos de tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2004, en 362 (36,9%) se dispone de los resultados del estudio de sensibilidad ante los fármacos usados habitualmente como tratamiento de la enfermedad (isoniacida, rifampicina, etambutol, estreptomycinina y etionamida).

De esos 362 casos, 73 (20,2%) han sido registrados como resistentes a algunos de esos fármacos. En 50 casos (68,5%) se ha observado resistencia a isoniacida, en 17 (23,3%) a rifampicina, en 9 (12,3%) a etambutol y en 23 casos (31,5%) a estreptomycinina. Se ha detectado resistencia a por lo menos rifampicina e Isoniacida en 15 casos.

En la Tabla 15 pueden observarse los casos en los que se conoce el resultado del antibiograma, los casos en los que se ha detectado resistencia a algún fármaco y los que presentaban resistencia al menos a isoniacida y rifampicina, distribuidos según algunos grupos de interés.

TABLA 15

Casos de tuberculosis resistentes a fármacos. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 2004.

		CASOS CON RESULTADO CONOCIDO DEL ANTIBIOGRAMA	CASOS RESISTENTES A UNO O MÁS FÁRMACOS	CASOS RESISTENTES AL MENOS A ISONIACIDA Y RIFAMPICINA
Todos los casos	n=982	362 (36,9%)	73 (20,2%)	15 (4,1%)
VIH (+)	n=100	36 (36%)	8 (22,2%)	0,0
Extranjeros	n=345	141 (40,9%)	41 (29,1%)	9 (6,4%)
Recaídas/abandonos/fracasos	n= 30	8 (26,7%)	2 (25%)	1 (12,5%)

V. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1994 A 2004

Desde el año 1995 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La incidencia anual de tuberculosis en todas sus formas ha disminuido un 62% desde 1995. Sin embargo, esta reducción no ha sido uniforme, sino que ha oscilado entre la disminución en 1996 del 17,6% con respecto a 1995, y la disminución del 0,4% registrada entre 1998 y 1999. La reducción media anual entre 1995 y 2004 ha sido del 9%. En este año se aprecia una disminución del 16% respecto a 2003. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva también han descendido desde 1995, un 61,9% y 59%, respectivamente. (Tabla 16 y Figura 15).

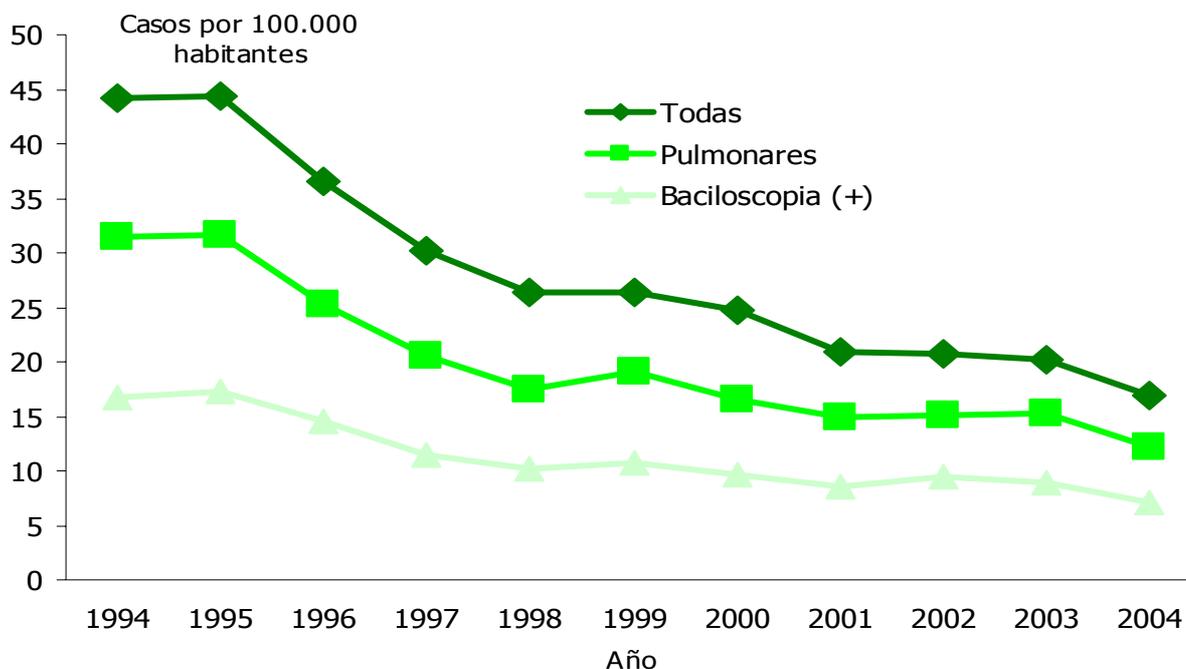
Tabla 16

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1994-2004.

	INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES										
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Todas	44,1	44,3	36,5	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,9
Pulmonares	31	31,6	25,2	20,5	17,5	19,1	16,5	15,0	15,1	15,2	12,2
Baciloscopia (+)	17	17,3	14,6	11,5	10,1	10,7	9,6	8,5	9,4	8,9	7,1

FIGURA 15

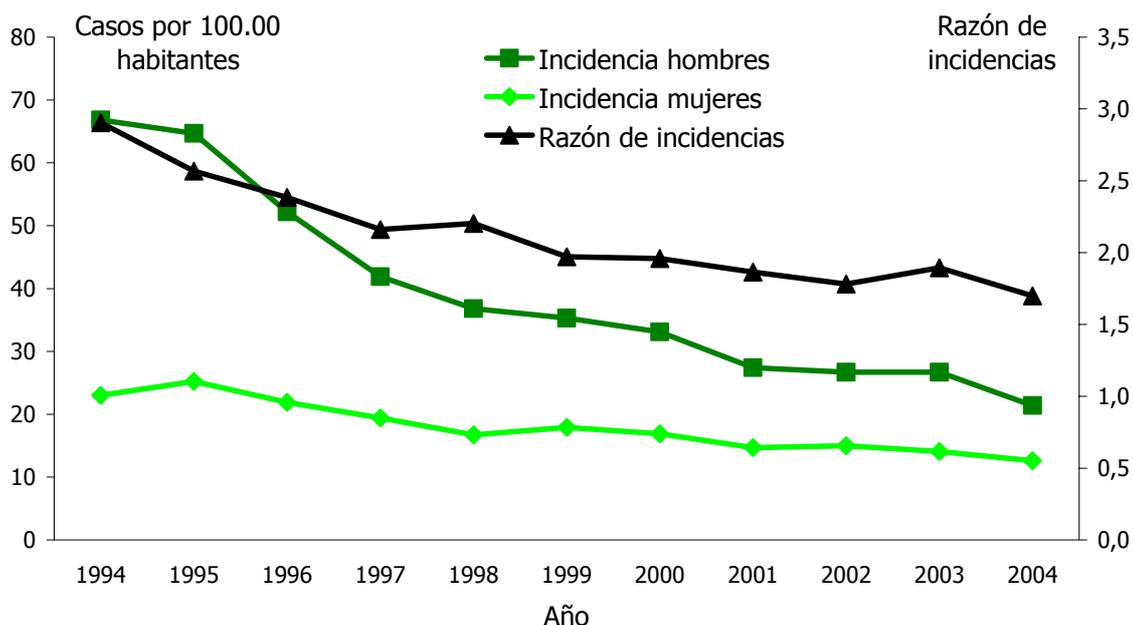
Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1994-2004.



En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva desde 1995, reduciéndose en un 67% hasta 2004. En mujeres esta disminución ha sido de un 50%, aunque en el año 1999 la incidencia sufrió un ligero aumento con respecto a 1998. La incidencia es siempre mayor en hombres, aunque la disminución de la incidencia respecto a 2003 también (20% para hombres, 11% para mujeres). Este año continúa por tanto la reducción de la razón de incidencias, que en 2003 había sido de 1,9 y en 2004 de 1,7. (Figura 16).

FIGURA 16

**Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por género.
Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.
Período 1994-2004.**



En cuanto a la distribución por edades (Tabla 17), en todos los grupos desde 1994, se ha producido una disminución global de la incidencia excepto para el grupo de edad entre 55 y 74 años que ha aumentado un 3,4% en el año 2004. El mayor descenso global se ha producido en el grupo de 25 a 34 años, en el que la incidencia ha disminuido un 78,5%, seguido del grupo de 0 a 4 años en el que la incidencia a disminuido un 64,1%.

El grupo de edad mayor de 74 años, es el que el grupo de edad con mayor incidencia desde 1998 hasta 2004, seguido del de 25 a 34 años a excepción únicamente del año 2002 en que se invirtió el orden.

TABLA 17

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis específica por grupos de edad. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1994-2004

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
0-4	25,7	25,7	16,3	11,9	15,0	14,1	15,0	16,2	11,2	14,0	9,23
5-14	5,2	7,5	7,1	5,4	5,3	5,3	4,4	5,9	4,8	7,1	4,49
15-24	34,4	26,5	23,6	18,9	16,8	15,0	14,7	18,8	17,7	19,0	15,55
25-34	106,1	88,4	65,6	53,1	38,5	38,8	32,4	28,5	28,8	27,5	22,78
35-44	54,9	58,8	46,1	38,9	34,7	35,4	34,1	26,1	26,1	24,6	20,34
45-54	27,0	32,5	26,1	20,7	20,9	22,0	20,1	15,5	15,6	16,0	13,12
55-64	23,5	29,4	23,0	24,8	23,0	19,5	19,9	10,4	16,9	12,6	13,49
65-74	33,9	39,3	35,8	32,9	33,6	29,0	26,3	23,2	21,0	16,6	16,84
75 y más	40,3	65,5	44,7	49,4	41,4	48,7	43,9	34,4	25,7	31,2	27,05
Todas	44,1	44,3	36,5	30,2	26,4	26,3	24,7	20,9	20,7	20,2	16,92

La evolución de la incidencia según Áreas y Distritos Sanitarios puede verse en la Tabla 18. En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo a la de la Comunidad, con un descenso sostenido desde el año 1994, aunque en el 2003 se desmarca el municipio de Madrid con un aumento de la incidencia de un 4% (Figura 17).

Desde 1994 a 2004 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH/SIDA ha disminuido de un 44,8% a un 10,2%, y también de forma paralela se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas, de un 37,3% en 1994 a un 5,2% en 2004. Sin embargo la tendencia es ascendente para los casos nacidos fuera de España, 4,1% en 1994 hasta el 36,5% en 2003 y 35,1 en 2004. (Figura 18).

TABLA 18

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis por Área y Distrito Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Registro Regional de Casos de Tuberculosis de Comunidad de Madrid. Período 1994-2004

Área - Distrito Sanitario		1.994	1995	1996	1997	1.998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ÁREA	1	49,6	52,6	43,3	35,5	25,3	22,9	22,5	22,4	21,6	24,1	19,2
	1.1 Arganda	36,1	46,2	23,7	26,0	22,5	8,3	11,8	20,6	5,6	10,4	11,9
	1.2 Moratalaz	41,2	41,9	31,3	27,9	22,5	19,1	20,4	24,5	22,4	17,6	17,4
	1.3 Retiro	28,2	28,2	27,4	14,9	12,5	14,9	18,3	10,7	12,9	18,3	13,6
	1.4 Vallecas	66,9	70,7	61,7	50,5	33,0	32,6	28,4	26,9	29,8	35,3	25,7
ÁREA	2	34,3	26,9	27,1	22,1	19,9	14,4	15,2	15,0	14,3	14,9	10,5
	2.1 Coslada	36,5	26,1	24,0	19,2	24,0	18,4	16,8	10,8	17,6	16,9	10,0
	2.2 Salamanca	34,6	27,6	34,5	26,8	25,4	14,8	12,0	23,7	14,4	14,2	14,8
	2.3 Chamartín	28,2	26,1	21,4	19,2	10,4	10,4	16,3	10,5	10,8	13,4	6,4
ÁREA	3	47,2	49,6	35,6	28,2	22,2	18,9	21,1	19,6	20,9	19,6	16,4
	3.1 Alcalá de Henares	52,3	50,0	33,2	28,2	21,6	21,0	19,4	17,3	17,1	18,5	15,2
	3.2 Torrejón de Ardoz	36,5	47,4	39,4	28,2	23,6	14,6	24,8	24,5	28,7	21,9	18,7
ÁREA	4	50,4	41,8	37,1	30,2	23,7	23,5	21,9	21,1	15,9	15,3	16,5
	4.1 Ciudad Lineal	37,7	33,3	30,0	28,1	22,9	15,0	22,9	20,4	19,0	12,6	17,5
	4.2 San Blas	78,9	64,1	57,8	40,2	29,3	39,4	26,0	23,5	17,6	17,7	17,3
	4.3 Hortaleza	45,7	36,5	31,6	25,8	20,1	23,0	17,8	19,1	10,3	16,3	14,7
ÁREA	5	36,8	34,2	22,8	21,6	16,3	22,3	15,5	9,9	8,7	11,4	8,6
	5.1 Alcobendas	30,3	29,7	16,6	14,0	13,5	15,5	10,0	8,2	9,8	7,0	6,0
	5.2 Colmenar Viejo	22,5	53,1	20,9	15,3	12,5	16,7	20,9	4,2	6,2	4,9	7,6
	5.3 Tetuán	54,3	39,4	30,3	32,5	20,7	31,8	12,6	22,6	11,2	20,4	11,6
	5.4 Fuencarral	33,4	30,0	24,6	24,1	17,6	23,6	21,1	5,4	6,8	6,7	10,2
ÁREA	6	29,9	26,6	20,7	23,8	22,1	19,0	25,0	15,2	16,7	13,4	11,7
	6.1 Majadahonda	21,1	22,5	14,5	22,4	14,0	16,2	20,7	13,2	13,8	10,6	9,4
	6.2 Collado Villalba	37,3	37,3	24,4	23,7	34,0	26,6	28,1	18,5	20,1	14,3	14,7
	6.3 Mondoa	35,1	32,3	25,5	26,5	19,6	13,7	27,5	13,8	17,1	18,2	11,2
ÁREA	7	51,8	42,7	39,0	34,0	37,1	35,4	34,8	29,5	33,6	26,8	22,8
	7.1 Centro	97,0	74,2	68,2	54,9	67,4	58,2	65,7	40,7	53,9	38,0	28,9
	7.2 Chamberí	37,3	34,8	21,1	27,2	23,1	23,1	25,1	27,1	24,7	17,0	17,2
	7.3 Latina	37,5	30,9	35,2	27,0	30,9	31,7	25,4	25,3	28,0	26,5	22,4
ÁREA	8	26,2	48,1	24,1	28,3	22,1	18,8	13,8	18,5	15,3	19,1	11,9
	8.1 Móstoles	27,8	47,8	20,1	26,7	22,1	13,6	11,1	20,3	11,3	19,7	17,2
	8.2 Alcorcón	21,5	32,9	20,2	18,8	13,2	19,5	11,9	15,0	18,0	16,2	7,7
	8.3 Navalcarnero	35,6	103,9	22,6	27,9	19,2	15,7	3,5	19,4	11,1	17,0	6,2
ÁREA	9	30,7	36,0	28,8	24,5	22,2	25,4	23,9	19,7	21,5	19,2	9,0
	9.1 Leganés	28,6	29,7	31,9	21,4	22,0	25,5	23,8	19,0	24,7	17,0	6,7
	9.2 Fuenlabrada	33,2	43,5	25,8	27,0	22,4	25,3	24,1	20,4	18,6	18,2	11,0
ÁREA	10	41,3	34,9	31,7	33,7	21,7	28,5	16,1	18,1	17,9	16,7	13,6
	10.1 Parla	35,3	39,0	42,5	38,7	26,4	27,4	17,9	15,4	20,6	24,7	14,4
	10.2 Getafe	45,3	31,6	23,8	29,3	18,2	29,3	14,0	19,8	14,9	9,0	12,8
ÁREA	11	44,8	44,5	38,0	27,4	27,7	30,8	28,0	26,5	23,6	25,6	27,5
	11.1 Aranjuez	30,7	23,7	17,8	15,7	18,9	22,0	19,9	14,7	21,4	21,7	22,3
	11.2 Arganzuela	42,0	54,8	46,2	26,2	28,8	32,3	27,9	23,3	20,6	30,2	23,8
	11.3 Villaverde	50,5	48,1	49,4	30,8	30,0	30,8	30,8	27,6	21,8	27,8	26,23
	11.4 Carabanchel	36,7	39,7	29,4	24,3	25,7	28,5	29,8	31,7	28,5	20,2	28,71
	11.5 Usera	64,7	54,7	49,3	37,8	34,3	40,5	27,3	30,0	18,4	30,9	35,52
	Total	44,1	44,3	36,5	30,3	26,4	26,3	24,8	20,9	20,7	20,2	16,9

FIGURA 17

Evolución de la incidencia anual de tuberculosis en el Municipio y la Comunidad de Madrid. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1994-2004.

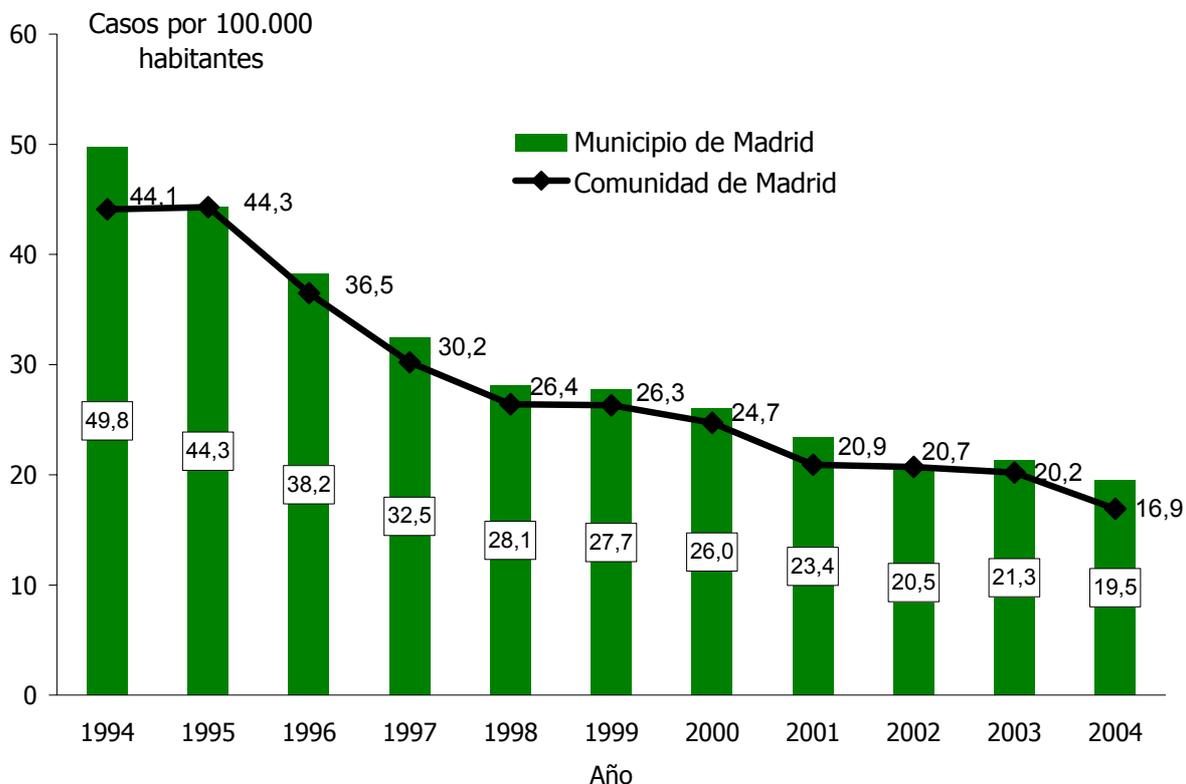


FIGURA 18

Evolución de la proporción de casos de tuberculosis VIH (+), usuarios de drogas y nacidos fuera de España. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1994-2004

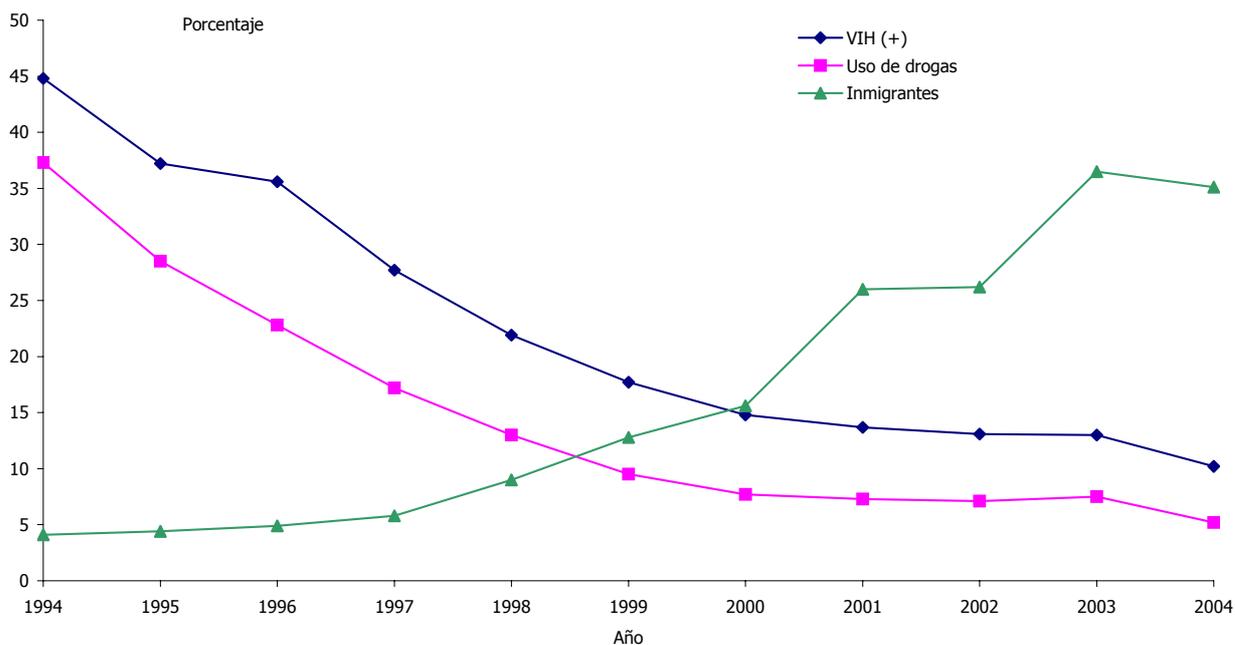


FIGURA 19

Evolución de la proporción y el número de casos de tuberculosis según el país de procedencia. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1994-2004.

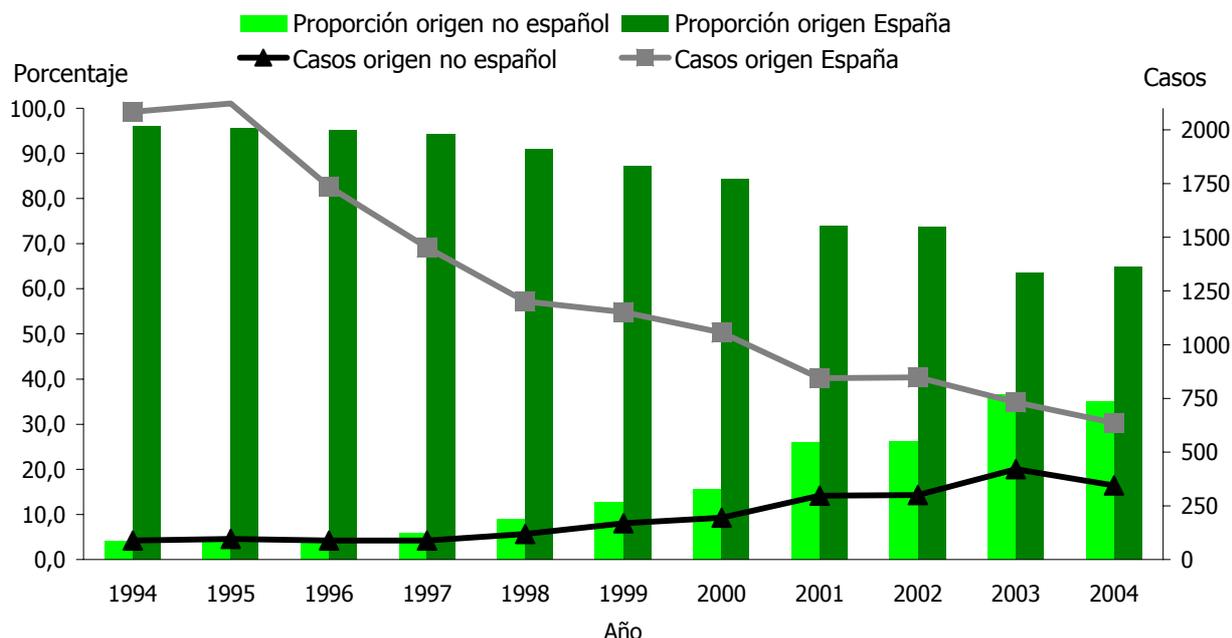
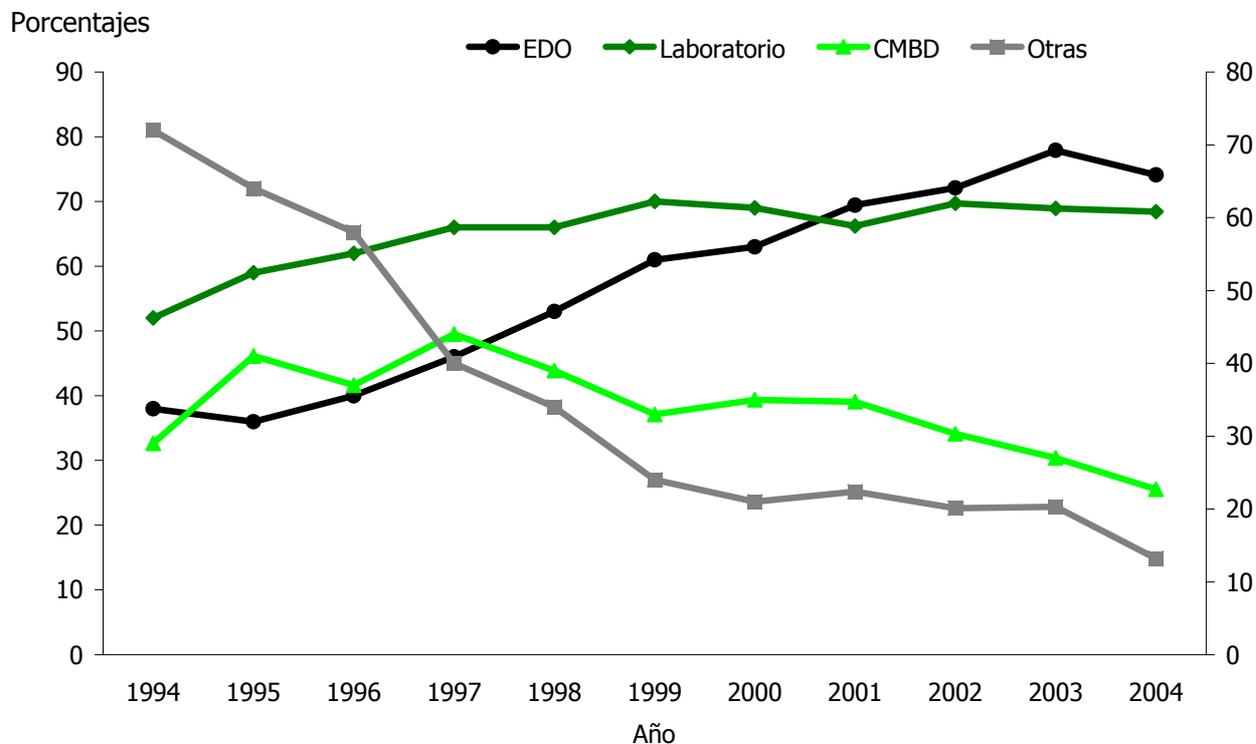


FIGURA 20

Evolución de la proporción de casos de tuberculosis según las fuentes de detección. Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Período 1994-2004.



La proporción de personas nacidas fuera de España experimenta un importante ascenso desde el año 2000. En el año 2003 creció el 39% respecto del 2002. En este año 2004 se aprecia un ligero descenso del porcentaje de casos de tuberculosis (4%) en inmigrantes respecto del 2003. (Figura 19).

Las fuentes de información para la detección de casos han presentado un comportamiento variable desde el año 1994. A partir de 1995, el porcentaje de casos de tuberculosis detectado a través del sistema EDO ha aumentado de manera progresiva, hasta llegar a ser en el año 2001 la fuente más importante de detección, con un 69,4% de los casos, por delante de los laboratorios de microbiología, que habían constituido hasta el año 2000 la principal fuente de información (Figura 20). En el año 2004 el sistema EDO capta el 74% de los casos y el laboratorio el 68% de los casos. Juntos captan el 93% de los casos de tuberculosis declarados.

4.- DISCUSIÓN

La incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid continúa disminuyendo, en 2004 un 16%, pasando de 20,2 casos por 10^5 habitantes a 16,9 casos por 10^5 habitantes. La misma situación se pone de manifiesto si nos referimos a la incidencia de tuberculosis pulmonar (15,2 casos por 10^5 habitantes en 2003 frente a 12,2 en 2004).

La incidencia de tuberculosis respiratoria y meningitis tuberculosa en España, en 2004, detectada mediante las Enfermedades de Declaración Obligatoria ha sido respectivamente de 16,42 casos por 10^5 habitantes y 0,21 casos por 10^5 habitantes (5). Respecto a otras zonas urbanas españolas como Barcelona, la incidencia registrada en el municipio de Madrid, 19,5 casos de tuberculosis por 10^5 , es inferior a la de ésta en este mismo año, 26,0 casos por 10^5 habitantes (6).

La incidencia en la Región Europea de la OMS en 2004 ha sido de 47 casos por 10^5 habitantes, con grandes diferencias entre países, siendo los más afectados los países de Europa del Este, a la cabeza Kazakhstan con 216,5 casos por 10^5 habitantes, y los menos San Marino que no registró ningún caso y Mónaco con 2,9 casos por 10^5 habitantes. La tasa media de notificación de los países de la Unión Europea y Europa del Oeste fue de 12,6 casos por 100.000 habitantes. Entre los países de nuestro entorno más cercano la mayor incidencia se registró en Portugal con 37,1 casos por 10^5 habitantes (7).

La parte más importante de la colaboración de los profesionales asistenciales con el Registro Regional, es el papel que desarrollan como notificadores. La mejora en la notificación de los casos es uno de los objetivos de los responsables de la Vigilancia Epidemiológica, que debe de compartirse con los clínicos para lograr una mejora de la declaración y en consecuencia de la información. Fruto de esta labor continuada de los responsables del Registro en cada una de las Área Sanitarias, es el aumento progresivo de la proporción de casos notificados por los profesionales sobre el total de detectados. Las declaraciones de los médicos son la primera fuente de detección de casos para el Registro. Sin embargo todavía hay un tramo de mejora en la notificación de los casos, y en la recogida de información en algunas de las variables básicas, como son las relacionadas con el seguimiento de los casos y los resultados de los estudios de contactos, cuya obtención es muy difícil si no se cuenta con la colaboración de los profesionales implicados en los diferentes aspectos de la asistencia a los pacientes.

Es de resaltar el papel de los laboratorios de microbiología, fuente fundamental de información y además de variables clave para la vigilancia epidemiológica; las notificaciones a las EDO, los laboratorios y el CMBD, se constituyen en las fuentes más rentables del Registro, captando entre las 3 casi el 98% de los casos.

Como corresponde a un país desarrollado, al igual que en 2003, el grupo de edad con mayor incidencia específica en 2004, fue el de mayores de 74 años, y en segundo lugar el comprendido entre 25 y 34 años grupo, con disminución en ambos grupos de la incidencia respecto a años anteriores. También se ha producido disminución respecto a años previos de la incidencia de tuberculosis en las edades más tempranas, la tuberculosis en edad pediátrica que en 2003 tenía una incidencia 9,3 casos por 10^5 habitantes, en 2004 ha pasado a 6,2 casos por 10^5 habitantes.

El cambio demográfico de la Comunidad de Madrid en los últimos años, está condicionando que los casos de tuberculosis en población extranjera sean una proporción importante del total de casos, 35,1% en 2004. De las comunidades autónomas españolas, la Comunidad de Madrid se sitúa a la cabeza como punto de acogida de extranjeros. La proporción de extranjeros respecto a la población total, en la Comunidad de Madrid en 2004 ha alcanzado el 13,9%.

Dado que en el origen del fenómeno migratorio están factores sociales y económicos la mayoría de los extranjeros proceden de países donde la incidencia y prevalencia de tuberculosis es más elevada que la correspondiente a los países de destino y esta situación se ha relacionado con el incremento de tuberculosis (7). Esta situación va a producir, también en nuestro medio, modificaciones en el patrón epidemiológico de la enfermedad especialmente en el centro de las grandes ciudades (8).

Al analizar las variables relacionadas con la sensibilidad a fármacos es necesario recordar que reflejan la utilización del antibiograma en el manejo clínico de cada caso y por tanto los resultados no son fáciles de generalizar. Llama la atención la baja frecuencia de utilización de estas pruebas (36,9%), sobre todo en algunos grupos de riesgo donde su uso debería ser generalizado. Respecto a años anteriores el porcentaje de casos resistentes se ha incrementado, a uno o más fármacos han sido resistentes el 20,2%, mientras que en 2003 este porcentaje fue del 15,9%, mientras que el porcentaje de casos multiresistentes es igual en ambos años 4,1%.

El porcentaje de casos con información respecto a la evolución y seguimiento del tratamiento es mejorable y por tanto los datos a este respecto son difíciles de interpretar. En 2004 se ha recogido datos sobre la evolución del paciente en el 44,0% de los casos. Esta carencia hace difícil alcanzar uno de los objetivos del Registro, la estimación fiable de la prevalencia.

Respecto a la proporción de casos con información disponible de los estudios de contactos es también mejorable. El hecho de que cada vez sean más numerosos los casos entre extranjeros añade dificultades a la práctica del estudio de los contactos, y a las dificultades hay que añadir, en el caso de la tuberculosis la repercusión que sobre la transmisión de la enfermedad tiene el hacinamiento en las viviendas.

Tanto las variables de evolución como las relacionadas con los estudios de contactos, son fundamentales para realizar el seguimiento de las intervenciones encaminadas al control de la enfermedad, y son de difícil acceso sin la colaboración de los sanitarios responsables del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

5- CONCLUSIONES

- 1.- El Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid ha funcionado durante 2004 de forma adecuada.
- 2.- En la Comunidad de Madrid la incidencia de tuberculosis presenta en los últimos años tendencia decreciente. La incidencia anual estimada para 2004 ha sido de 16,9 casos por 10⁵ habitantes.
- 3.- El grupo de edad con mayor incidencia corresponde al de mayores de 74 años, con 27,1 casos por 10⁵ habitantes, en este grupo es en el que cabe esperar más casos en los países desarrollados, correspondiendo a riesgos antiguos a la enfermedad.
- 4.- El ser de origen extranjero es la situación de riesgo de enfermedad tuberculosa que se presenta con mayor frecuencia (35,6% de los casos).
- 5.- Es necesario reforzar los mecanismos de coordinación entre la Red de Vigilancia Epidemiológica y los responsables de la atención médica de los enfermos, ya que existen variables de gran interés, como son los datos de seguimiento o los datos del estudio de contactos, que son especialmente difíciles de obtener sin la colaboración de los sanitarios responsables del diagnóstico y tratamiento de los enfermos.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Comisión del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 46. Edit. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid 1997.
- 2.- Dirección General de Salud Pública. Memoria 1996-1999 del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública n1 65. Edit. Dirección General de Salud Pública. Madrid 2000.
- 3.- Dirección General de Salud Pública. Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública n1 64. Edit. Dirección General de Salud Pública. Madrid 2000.
- 4.- Ministerio del Interior. Características de los casos de tuberculosis en Instituciones Penitenciarias (IIPP) Registro de Casos 2003. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias 2003;9(11-12):29-34.
- 5.- Centro Nacional de Epidemiología. Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Año 2004. <http://cne.isciii.es/ve/ve.htm>.
- 6.- Alcaine J, Gómez J, López M, Oyaga N, Rodés A. Situación epidemiológica y tendencia de la endemia tuberculosa en Cataluña. Informe anual 2004. Edit Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2005.
- 7.- EuroTB. Surveillance of tuberculosis in Europa 2004: <http://www.eurotb.org/rapports/2004/>.
- 8.- Vallès X, Sánchez F, Pañella H, García de Olalla P, Jansà JM, Caylà JA. Tuberculosis importada: una enfermedad importada en países industrializados. Med Clín (Barc) 2002; 118: 376-378.

7.- CENTROS SANITARIOS COLABORADORES CON EL REGISTRO

- CENTROS DE SALUD, CONSULTORIOS Y CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EXTRAHOSPITALARIA DE LA RED DE ATENCIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.
- HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN
- HOSPITAL VIRGEN DE LA TORRE
- HOSPITAL DE LA PRINCESA
- HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS
- HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS
- HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
- HOSPITAL LA PAZ
- HOSPITAL DE CANTOBLANCO
- HOSPITAL CARLOS III
- CLÍNICA SEAR
- CLINICA PUERTA DE HIERRO
- HOSPITAL DE NEUMOLOGÍA GUADARRAMA
- HOSPITAL EL ESCORIAL
- HOSPITAL DE LA FUENFRÍA
- CLÍNICA MONCLOA
- HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SAN CARLOS
- FUNDACION JIMÉNEZ DÍAZ
- HOSPITAL DE MÓSTOLES
- FUNDACIÓN ALCORCÓN
- HOSPITAL SEVERO OCHOA
- HOSPITAL DE FUENLABRADA
- HOSPITAL DE GETAFE
- HOSPITAL 12 DE OCTUBRE
- CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA
- RED SANITARIA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
- RED SANITARIA DE LAS FUERZAS ARMADAS
- Y TODOS LOS DEMÁS CENTROS NOTIFICADORES AL SISTEMA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

COORDINACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS

- SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE ÁREA (SECCIONES DE EPIDEMIOLOGÍA)
- SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA

8.- AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a todos los notificadores ya que sin ella no sería posible disponer de esta información epidemiológica.

ANEXO 1**1309 ORDEN 13012001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad, por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis como sistema específico de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.**

La Comunidad de Madrid, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27.4 de su Estatuto de Autonomía, tiene atribuida, en el marco de la legislación básica del Estado, el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y la ejecución en materia de Sanidad e Higiene.

Mediante Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, le fueron transferidas a la Comunidad de Madrid las funciones relativas al estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que inciden, positiva y negativamente, en la salud humana.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, creó la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, estableciendo en su artículo 2, que uno de los sistemas de información que integran dicha Red, es el Registro de Tuberculosis; creándose, a raíz de ello, mediante el Decreto 133/1997, de 16 de octubre, el fichero automatizado de datos de carácter personal, "Registro de Tuberculosis". Asimismo, la Orden 911997, de 15 de enero, regula como enfermedad de declaración obligatoria, la tuberculosis, en sus distintas variantes de presentación clínica.

Por otro lado, mediante la Orden 145/1995, de 8 de febrero, se creó la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid renovada y actualizada mediante Orden 13012000, de 30 de marzo- entre cuyas funciones se encuentra la promoción, coordinación y supervisión del desarrollo y funcionamiento de dicho Programa. Además, mediante Resolución 17312000, de 2 de octubre, de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, se creó la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica de Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, una de cuyas funciones es la de asesoría al Registro Regional de Casos de Tuberculosis.

El Registro Regional de Casos de Tuberculosis, que en el marco de dicho Programa constituye una herramienta fundamental para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, ha venido experimentando, desde su implantación en el año 1994, un creciente desarrollo como consecuencia de la gestión descentralizada de las notificaciones y búsqueda activa de casos a través de los Servicios de Salud Pública de Área, así como la cada vez más eficiente interacción de la Salud Pública con las Redes Asistenciales.

En consecuencia, se hace necesaria una regulación normativa del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, desarrollando a tales efectos el mencionado Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

En uso de las facultades atribuidas en la Disposición Final Primera de citado Decreto 184/1996, y en el artículo 41.d) de la Ley 11/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid,

DISPONGO

Artículo Primero

Objeto

La presente Orden tiene por objeto la regulación, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, del Registro Regional de Casos de Tuberculosis (en adelante Registro de Tuberculosis) como sistema específico para la vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el marco de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo Segundo

Fines del Registro

La vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, se hará a través del Registro de Tuberculosis, cuya principal finalidad es conocer las características de la enfermedad, su incidencia, prevalencia y evolución; así como contribuir a evaluar las intervenciones del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Artículo Tercero

Dependencia Orgánica

El Registro de Tuberculosis dependerá orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Artículo Cuarto

De la gestión

El Registro de Tuberculosis será gestionado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, como responsable de la vigilancia epidemiológica de nivel regional, el cual será a su vez asistido y asesorado por la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

En el ámbito de las Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid, serán los correspondientes Servicios de Salud Pública de Área los responsables de la vigilancia epidemiológica de primer nivel de los casos de tuberculosis y la transmisión de la información al referido Registro.

Artículo Quinto

De la notificación del caso de enfermedad tuberculosa

1. Están obligados a la notificación de los casos de enfermedad tuberculosa: Los médicos generales y especialistas, conforme a lo previsto en el artículo 4.2 de la Orden 9/1997, de 15

de enero; los Laboratorios de Microbiología que realicen baciloscopia y/o cultivo y/o tipado de micobacterias, Servicios de Anatomía Patológica y Servicios de Medicina Preventiva.

2. Constituyen fuentes complementarias de información para el Registro de Tuberculosis, entre otras, las siguientes:
 - a) El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, a través de los Servicios de Admisión.
 - b) Servicios de Farmacia Hospitalaria.
 1. El Registro Regional de SIDA/VIH.
 2. Sistemas de Información de Sanidad Penitenciaria.
 3. Sistemas de Información de Sanidad Militar.
 4. Los Servicios de Prevención de Empresas (Salud Laboral).
 5. Sistema de Información de la Dirección General de Salud Pública sobre los servicios efectuados por las Empresas Funerarias de la Comunidad de Madrid.
-
3. Además de su carácter obligatorio, la notificación se realizará con carácter urgente en aquellos casos de enfermedad tuberculosa que cursen con baciloscopia de esputo positiva.
 4. La notificación o, en su caso, declaración, de los casos de enfermedad tuberculosa, se ajustará al protocolo de notificación que se establezca por la Dirección General de Salud Pública, que deberá contener, al menos, la información que se indica en el Anexo a esta Orden.
 5. La notificación a que se ha hecho referencia en los apartados precedentes, deberá enviarse a los Servicios de Salud Pública del Área correspondiente, o en su defecto al Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.
-
1. Asimismo están obligados a facilitar la búsqueda activa de casos, todos los responsables de las fuentes de información indicadas en el apartado 2 de este artículo, y en especial los Directores de los Centros Sanitarios implicados.

Artículo Sexto

De la notificación del seguimiento del caso de enfermedad tuberculosa

Por parte del médico responsable del seguimiento evolutivo y de la adhesión al tratamiento del caso de enfermedad tuberculosa, se notificará a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área, las informaciones más relevantes, tales como: Finalización del tratamiento y causas que la han motivado; aparición de resistencias antibióticas; derivación, pérdida del caso y cualquier otra información que, a juicio del médico, sea importante desde el punto de vista de salud pública.

Artículo Séptimo

De la realización de los estudios de contactos y su notificación

1. El médico responsable del caso de enfermedad tuberculoso está obligado a que se realice el correspondiente estudio de contactos, así como de su notificación a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área.
- 1 En el supuesto de que el caso índice se refiera a un colectivo (colegio, empresa, residencia de ancianos, etcétera), el médico responsable coordinará previamente su actuación con la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública de Área.

Artículo Octavo

De la difusión de la información

1. La información generada a partir de los datos del Registro Regional de Tuberculosis, será publicada en el "Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid", y asimismo será difundida a través de los Informes de los Servicios de Salud Pública de las Áreas cuando los casos en cuestión se refieran a cada una de dichas Áreas sin perjuicio de cualquier otro medio de difusión que proceda.
2. Dicha información se basará, en todo caso, en la consideración conjunta de datos disociados, preservándose absolutamente el deber de confidencialidad a que se alude en el artículo siguiente

Artículo Noveno

De la confidencialidad de los datos

La Dirección General de Salud Pública velará por el estricto cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad de los datos obrantes en el fichero "Registro de Tuberculosis", creado mediante Decreto 133/1997, de 16 de octubre, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 13/1995, de 21 de abril, de Regulación del Uso de la Informática en el Tratamiento de Datos Personales por la Comunidad de Madrid, modificada mediante Ley 13/1997, de 16 de junio, el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal y la Ley 12/1995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Artículo Décimo

Régimen Sancionador

El incumplimiento de lo establecido en esta orden, constituirá infracción de carácter sanitario y dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 32 al 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta a la Dirección General de Salud Pública para dictar cuantas Resoluciones resulten necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Orden.

Segunda

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Dada en Madrid, a 29 de marzo de 2001

El Consejero de Sanidad
JOSÉ IGNACIO ECHANIZ

ANEXO 2

Epígrafes que obligatoriamente habrán de figurar en el protocolo de notificación de tuberculosis.

- Datos de la notificación.
- Fuentes de información.
- Datos de identificación del paciente.
- Datos sobre el diagnóstico de la enfermedad.
- Datos de laboratorio.
- Situaciones de riesgo asociadas.
- Situación previa al inicio del tratamiento del episodio de entrada al Registro.
- Evolución dentro del episodio que ha motivado la entrada al Registro.
- Salida del Registro.
- Estudio de contactos.

ANEXO 3: Protocolo de notificación de casos de Tuberculosis



Instituto de Salud Pública



PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS

DATOS DEL NOTIFICADOR:

Área de notificación Fecha
 Notificador
 Centro notificador Teléfono
 Fuente notificación: EDO Laboratorio Altas A. Patológica Sida Otras (especificar)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

Nombre y apellidos N.º Historia
 Fecha nacimiento Edad Sexo: Hombre Mujer
 Domicilio: Calle Municipio Provincia C.P.
 Área Distrito Teléfono Fecha llegada
 País de origen (en extranjeros)
 Ocupación Centro trabajo o colectivo

DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD:

Fecha inicio de síntomas Fecha inicio tratamiento
 Se instauró el tratamiento en: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)
 Se ha instaurado tratamiento supervisado: Sí No Centro sanitario
 Hospitalización: Sí No Centro hospitalario
 Lugar de seguimiento: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)

Localización 1:

1. Pulmonar
2. Otra respiratoria
3. Meningea o SNC
4. Intestinal
5. Osteoarticular
6. Genitourinaria
7. Otros órganos
8. Miliar
9. Linfática
10. No procede
99. Desconocido

Localización 2:

1. Pulmonar
2. Otra respiratoria
3. Meningea o SNC
4. Intestinal
5. Osteoarticular
6. Genitourinaria
7. Otros órganos
8. Miliar
9. Linfática
10. No procede
99. Desconocido

Localización 3:

1. Pulmonar
2. Otra respiratoria
3. Meningea o SNC
4. Intestinal
5. Osteoarticular
6. Genitourinaria
7. Otros órganos
8. Miliar
9. Linfática
10. No procede
99. Desconocido

Mantoux: En mm Positivo Negativo Desconocido Otra prueba diagnóstica (especificar)
 Radiología tórax: Indicativa de TB No indicativa de TB No realizada Desconocido
 Caso inicial: Sí No

DATOS DE LABORATORIO:

1.ª Muestra: Espudo

Microscopía: (+) (-) Pendiente
 Cultivo: (+) (-) Pendiente

2.ª Muestra:

..... (*) (especificar si es necesario:

Histopatología: (+) (-) Pendiente
 Microscopía: (+) (-) Pendiente
 Cultivo: (+) (-) Pendiente

3.ª Muestra:

..... (*) (especificar si es necesario:

Histopatología: (+) (-) Pendiente
 Microscopía: (+) (-) Pendiente
 Cultivo: (+) (-) Pendiente

Estudio genético cepa Sí Especificar
 No

Tipo de Micobacteria:

- M. Tuberculosis
- M. Bovis
- M. Africanum

Estudio de Resistencias:

- No resistente
- Resistente a:
- Isoniacida
- Rifampicina
- Etambutol
- Estreptomicina
- Etionamida
- Otros

* MUESTRA

1. ORINA
2. LÍQUIDO PLEURAL
3. ASPIRADO GÁSTRICO
4. LCR
5. HEMOCULTIVO
6. BRONCOASPIRADO (BAS)
- LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL)
7. LÍQUIDO ARTICULAR
8. LÍQUIDO PERITONEAL
9. OTRA NO BIOPSIA (ESPECIFICAR)
10. BIOPSIA PLEURAL/PULMONAR
11. BIOPSIA OSTEOARTICULAR
12. BIOPSIA ADENOPATÍAS
 (incluyendo PAAF de ganglio)
13. BIOPSIA RENAL
14. BIOPSIA MÉDULA ÓSEA
15. OTRA BIOPSIA (ESPECIFICAR)

SITUACIONES DE RIESGO ASOCIADAS:

Contacto con enfermo TB: Sí No N.º de años desde el contacto
 Forma de contacto: Conviviente
 Frecuente no conviviente
 Institución cerrada
 Laboral
 Esporádicos
 Otros (especificar)

Tabaquismo Sí No Desconocido

Anticuerpos anti-VIH (+) (-) Desconocido

Alcoholismo Sí No

Usuario de drogas por vía parenteral. Sí, actualmente o en últimos 2 años
 Ex-UDVP desde hace 2 años
 No

Gastrectomía Sí No

Inmunosupresión Sí No

Diabetes Sí No

Silicosis Sí No

Neoplasia Sí No

Otros (especificar)

Chabolismo Sí No

Indigencia Sí No

Microepidemia Sí No

Estancia en penitenciaría en los 2 últimos años Sí No

Centro

Pertenece a uno de los siguientes colectivos:

• Centro escolar Sí No

• Residencia Sí No

• Comunidad terapéutica Sí No

• Albergue Sí No

• Prisión Sí No

• Otros (especificar)

DATOS DE SEGUIMIENTO:

Resumen evolutivo: Recaída Crónica Abandono tratamiento Fracaso terapéutico Fecha fin tratamiento
 Conclusión por: Alta por curación Traslado Éxito por TB Éxito por otra causa Otros (especificar)

ESTUDIO DE CONTACTOS:

Realizado Convivientes No convivientes Colectivo Número de convivientes con el caso

Número de contactos estudiados

No enfermo/no infectado/no
 Mantoux (+)
 Enfermos

OBSERVACIONES:

ENVIAR AL DIAGNÓSTICO

**INFORME:****TEMPORADA DE GRIPE 2005/2006
EN LA COMUNIDAD DE MADRID****RESUMEN**

Introducción.- La gripe es una enfermedad respiratoria aguda, en general de curso limitado. La importancia de la gripe deriva de su elevada capacidad de propagación, la extensa morbilidad que produce y la gravedad de las complicaciones, en particular las neumonías.

El objetivo de este informe es describir la temporada de gripe 2005/06 en la Comunidad de Madrid.

Material y métodos.- Estudio descriptivo de la temporada de gripe 2005/06, a partir de la morbilidad declarada a las Enfermedades de Declaración Obligatoria y a la Red de Médicos Centinela.

Resultados.- En la temporada 2005/06 se ha detectado actividad epidémica durante 3 semanas. El máximo epidémico correspondió a la semanas 10 de 2006. La frecuencia de presentación ha sido mayor en hombres, 58,9% de los casos y en el grupo de edad de menores de 15 años, 42,5% de los casos. Las manifestaciones clínicas han sido: aparición súbita en el 91,8% de los casos, tos en el 89,7%, escalofríos en el 83,4%, fiebre en el 96,7%, debilidad y postración en el 89,7%, mialgias y dolores generalizados en el 89,7%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 84,5%, y contacto con enfermo de gripe en el 18,6%. El 8,5% de los casos tenía patologías previas. El 5,5% de los casos estaban vacunados. En el 15,9% de los casos se ha recogido muestra de exudado nasofaríngeo para aislamiento de virus influenza a partir de las cuales se han realizado 2 aislamientos, 1 de virus de la gripe AH3N2, y otro de virus B.

Conclusiones: En la temporada analizada el nivel de actividad epidémica ha sido muy bajo, con escasa circulación del virus. El cuadro clínico presentado por los casos ha sido el habitual para este proceso y el mayor porcentaje de afectados han sido niños.

1.- INTRODUCCIÓN

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda, en general de curso limitado, que termina con la recuperación del enfermo en el término de 3-7 días. La importancia de la gripe deriva de su elevada capacidad de propagación, la extensa morbilidad que produce y la gravedad de las complicaciones, en particular las neumonías.

Está producida por los virus de la familia Orthomyxoviridae que incluye los géneros Influenzavirus A, B y C. El virus de la gripe es capaz de sufrir lo que se denominan cambios antigénicos mayores (shift antigénico), que originan la aparición de un nuevo virus gripal distinto a los virus que han estado circulando los años anteriores. Además de estos cambios mayores, el virus de la gripe sufre mutaciones o cambios menores (drift antigénico), motivo por el que la vacuna antigripal debe ser revisada anualmente para adaptarla a las cepas que se espera que circulen cada temporada.

Las vacunas son trivalentes y están constituidas por dos cepas del virus gripal A (subtipos H1N1 y H3N2) y una cepa del virus gripal B. La composición recomendada para la vacuna por la OMS (1) para la temporada 2005-2006 fue la siguiente:

- Antígeno análogo a A/New Caledonia/20/99 (H1N1)
- Antígeno análogo a A/California/7/2004 (H3N2)
- Antígeno análogo a B/Shanghai/361/2002

En los últimos años una de las preocupaciones de las autoridades sanitarias de todo el mundo es la aparición de una nueva pandemia de gripe consecuencia de la aparición de un nuevo subtipo de virus de gripe A. Esto es así porque se han dado dos de las condiciones necesarias para ello, ha aparecido un nuevo virus capaz de transmitirse a humanos y de replicarse en ellos y causar enfermedad, faltaría la tercera condición, que este nuevo virus tenga capacidad de transmitirse de forma eficaz de una persona a otra, y pueda causar brotes en la población.

Desde finales del año 2003 está teniendo lugar, en el Sureste asiático, un brote por el subtipo H5N1 en el que se están dando las dos primeras condiciones y que la vigilancia reforzada establecida ante estos hechos no ha demostrado evidencia de que se diera transmisión de persona a persona eficaz y sostenida (2).

Fuera de la zona afectada, desde un punto de vista de la salud humana, la OMS solamente recomendó la temporada pasada intensificar la vigilancia epidemiológica para detectar la posible aparición de casos infectados por la cepa A(H5N1), prestando atención especial a los posibles casos provenientes de los países afectados. En España, como en el resto de países europeos, la gripe aviaria no supuso la temporada pasada un riesgo para la Salud Pública.

Considerando la situación epidemiológica existente en el sudeste asiático la OMS ha elaborado un plan para apoyar a las autoridades sanitarias de los Países Miembros en la preparación y respuesta ante la amenaza de una próxima pandemia. Siguiendo estas recomendaciones, en España, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo cuenta con un Plan de actuación dirigido a armonizar los Planes de respuesta en todos los niveles operativos desarrollados desde las Comunidades Autónomas (3). En este marco la Comunidad de Madrid ha desarrollando un Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe (4). Según la OMS, en este momento estamos en Periodo de Alerta Pandémica, Fase 3.

Aunque es necesario estar alerta, la gripe aviaria no supone, en este momento un riesgo inmediato para la salud pública, y está previsto que durante la próxima temporada los sistemas de vigilancia epidemiológica tengan un funcionamiento similar al de años anteriores. En este informe se presenta un análisis descriptivo de la temporada de gripe 2005/06 en la Comunidad de Madrid.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la temporada de gripe 2005/06, a partir de los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica de gripe disponibles en la Comunidad de Madrid: morbilidad declarada a las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y a la Red de Médicos Centinela (RMC).

Por la presentación invernal que tiene esta enfermedad en nuestro hemisferio, existe el convenio de considerar como período para su estudio la temporada epidemiológica, que comienza en la semana 33 y termina en la semana 32 del año siguiente. También por acuerdo los sistemas centinelas están en funcionamiento desde la semana 40 hasta la semana 20 del año siguiente.

El umbral epidémico para la incidencia utilizado con los datos de la RMC, se estima en base a la media de la incidencia semanal en las 5 temporadas precedentes. Para el cálculo de las incidencias presentadas se han utilizado los datos poblacionales correspondientes al padrón continuo de población de 2005.

3.- RESULTADOS

3.1.- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

La morbilidad declarada a las EDO permite fundamentalmente la cuantificación y el análisis geográfico de la distribución de la enfermedad. En la Comunidad de Madrid, en este sistema, la gripe es una enfermedad de declaración numérica semanal.

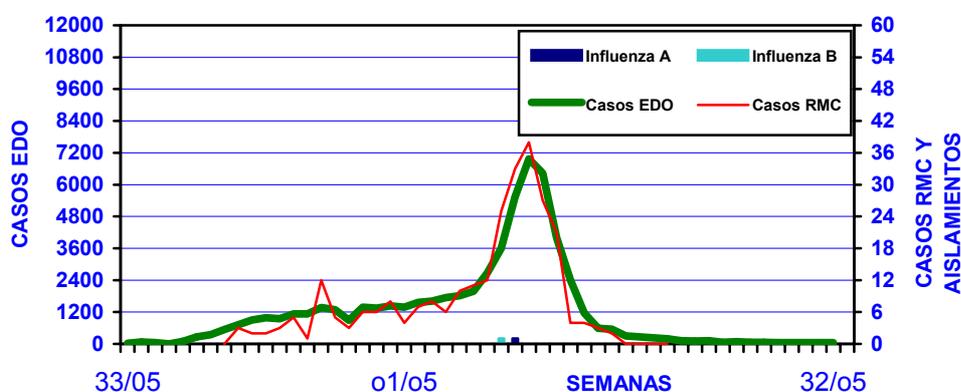
Durante la temporada 2005/06 las EDO han registrado 60.862 casos de gripe, que representan una incidencia acumulada para la temporada de 1020,5 casos por 100.000 habitantes, la semana de máxima incidencia se registró en la semana 10 de 2006 (del 5 al 11 de marzo) en la que se registraron 6.971 casos, que suponen una incidencia acumulada semanal de 116,9 casos por 100.000 habitantes (figura 1, tabla 1).

Tabla 1.- Casos notificados a las EDO en las temporadas 2001/02 a 2005/06, en la Comunidad de Madrid.

Temporada Epidemiológica	Nº casos notificados	Incidencia en la temporada x 10 ⁵	Pico máximo (Incidencia semanal / semana-año)
2001-02	283.067	5.636,2	753,0 / 2-02
2002-03	162.592	2.998,0	223,7 / 9-03
2003-04	162.574	2.842,7	367,7 / 47-03
2004-05	184.701	3.181,8	442,2 / 2-05
2005-06	60.862	1.020,5	116,9 / 10-06

- Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

Figura 1.- Distribución semanal de los casos de gripe notificados a las EDO, a la RMC y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid. Temporada 2005/06.



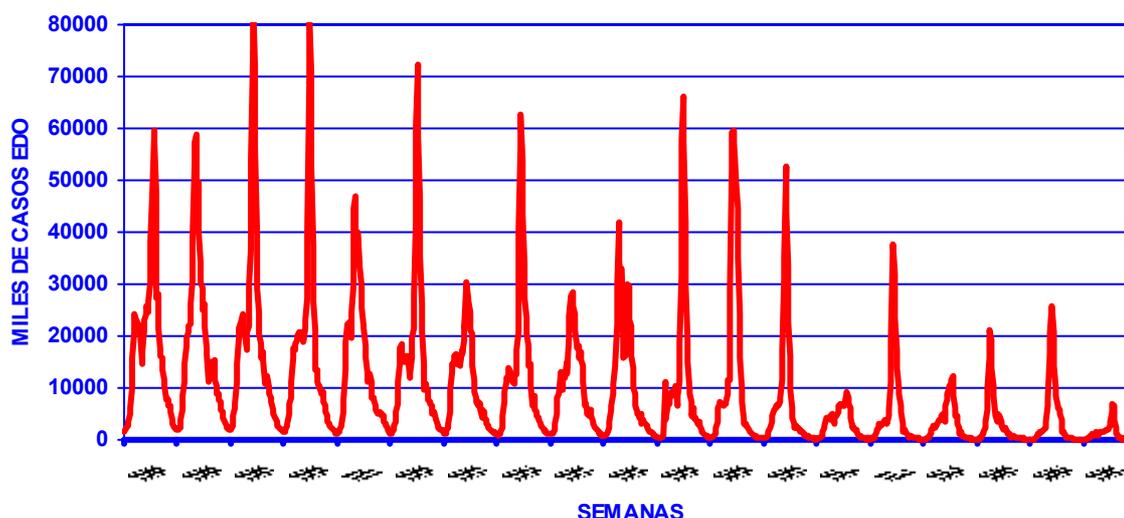
- Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria y Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

Respecto a la temporada anterior, tanto la temporada en conjunto como los niveles alcanzados durante la semana de máxima incidencia han sido mayores, sin embargo si se analiza la serie EDO desde la temporada 1987/88, en la temporada 2005/06 los niveles de incidencia alcanzados han sido de muy bajos (Figura 2).

La incidencia registrada durante la temporada ha sido variable según Distrito Sanitario, la mayor incidencia se ha registrado en el distrito de Centro y la menor en el de Retiro, ambos del municipio de Madrid (mapa 1).

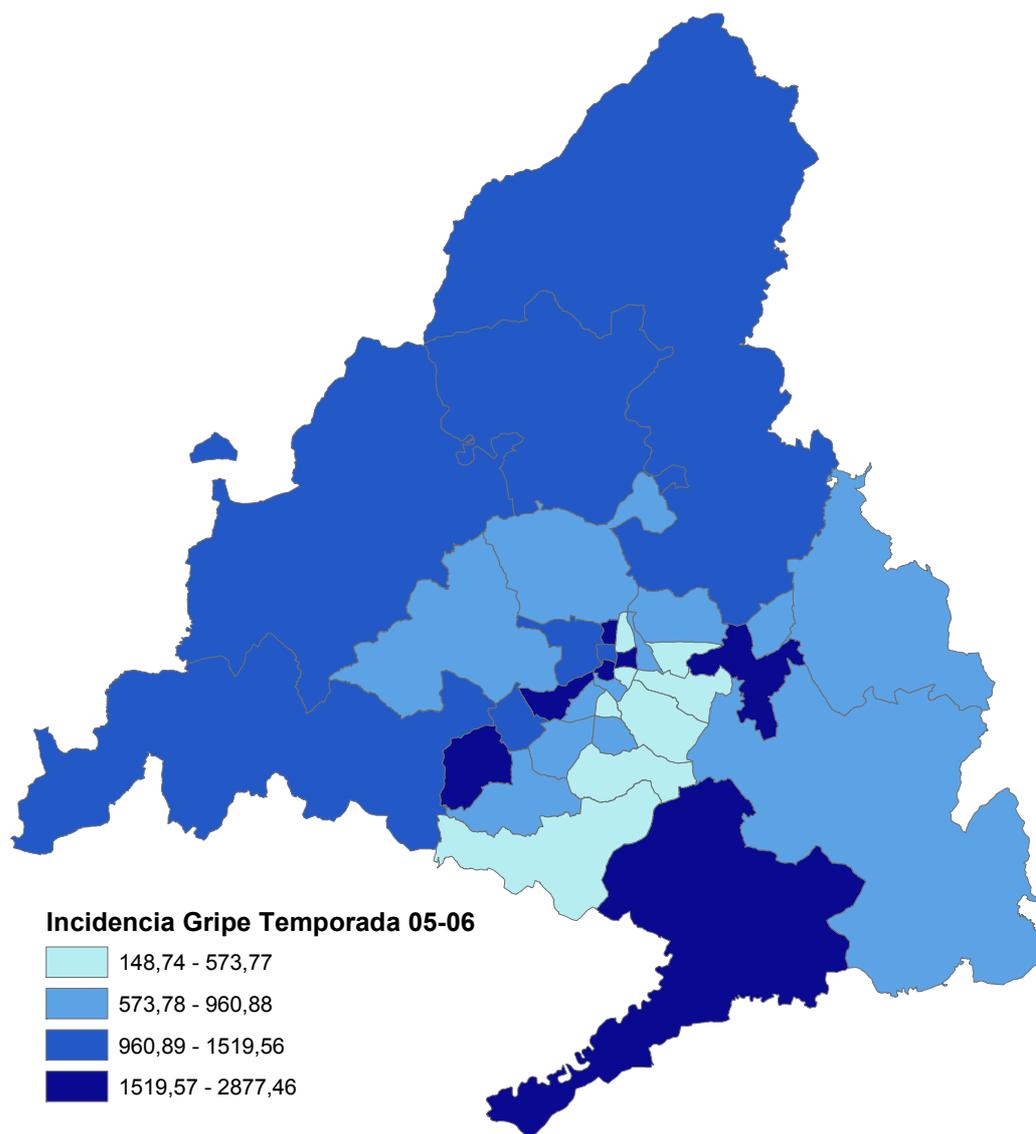
En España, con datos provisionales, se han notificado a las EDO 497.547 casos de gripe en la temporada 2005/06, que representan una incidencia acumulada en la temporada de 1254,1 casos por 100.000 habitantes. La semana de máxima incidencia fue la semana 11 de 2006 (entre el 12 y 18 de marzo) en la que se notificaron 35.798 casos, que suponen una incidencia acumulada semanal de 90,2 casos por 100.000. Así pues, los niveles alcanzados tanto para el conjunto de la temporada, como la semana de máxima incidencia fueron similares a los registrados en la Comunidad de Madrid. Respecto a la secuencia temporal, en la Comunidad de Madrid, el máximo epidémico se alcanzó en la semana anterior respecto al conjunto del estado.

Figura 2.- Distribución semanal de los casos notificados a las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Temporadas 1987/88 a 2005/06.



- Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología.

Mapa 1.- Distribución de la incidencia de gripe notificada al Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria, por distrito sanitario. Comunidad de Madrid, temporada 2005/06.



- Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

3.2.- RED DE MEDICOS CENTINELA

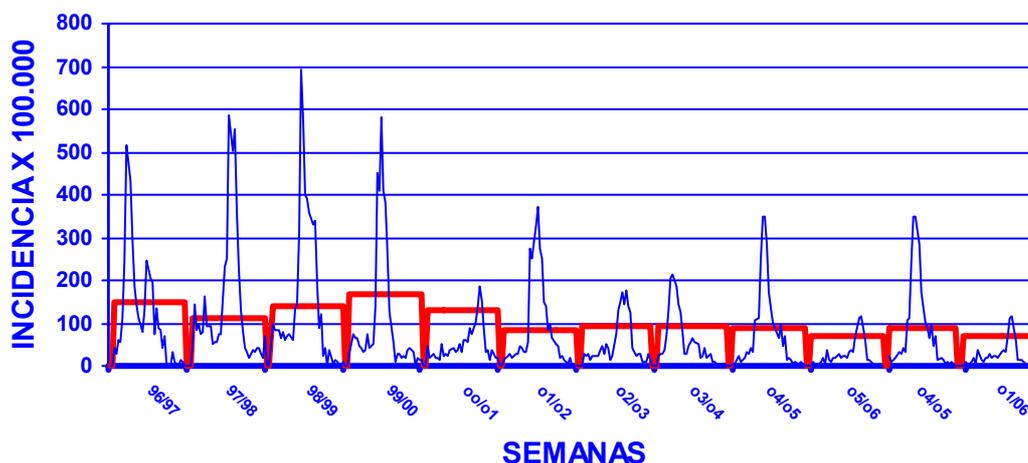
La RMC está basada en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria que atienden a una muestra de la población representativa del conjunto de la Comunidad de Madrid. Estos médicos colaboran notificando los casos que atienden en su consulta y las características clínicas que presentan, lo que nos permite cuantificar la frecuencia de la enfermedad y su forma de presentación. Así mismo, recogen muestras biológicas para la identificación de los virus gripales circulantes. El laboratorio de virología que realiza los aislamientos virales es el del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Una forma de valorar esta participación es a través de la cobertura de notificación, que ha alcanzado esta temporada una media semanal del 83%.

3.2.1.- MAGNITUD DE LA EPIDEMIA

Con los datos procedentes de este sistema de información se detectó actividad epidémica durante 3 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima de la basal, entre la 9 y 11 de 2006. La incidencia máxima se registró en la semana 10 (115,1 casos por 100.000). Al comparar esta temporada con temporadas anteriores los niveles han sido bajos, los menores de la serie analizada (figura 3).

Figura 3.- Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la Red de Médicos Centinela y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 1996/97 a 2005/06.



- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

3.2.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

Los casos notificados durante la temporada han sido 271, con una frecuencia de presentación mayor en el sexo masculino, 159 casos (58,9%) se declararon en hombres frente a 111 (41,1%) en mujeres. El grupo de edad con mayor número de casos es el infantil, el 42,5% de los casos han aparecido en niños y ha sido bajo el porcentaje de casos en las edades más avanzadas; el sexo y/o la edad se desconoce en 3 casos. La comparación por grupos de edad mejora con la valoración en términos relativos, comparando la proporción de casos registrados con la proporción de población madrileña en los mismos grupos de edad, durante esta temporada los pocos casos que han aparecido se han concentrado en los menores de 14 años (tabla 2).

Las manifestaciones clínicas presentadas por los casos declarados han sido: aparición súbita en el 91,8%, tos en 89,7%, escalofríos en el 83,4%, fiebre en el 96,7%, debilidad y postración en el 89,7%, mialgias y dolores generalizados en el 89,7%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes, en el 84,5% y contacto conocido con enfermo de gripe en el 18,6%.

Tabla 2.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2005/06.

	Grupos de edad					Total
	0-14	15-24	25-44	45-59	>59	
Sexo						
Hombres	77	21	39	15	5	157
Mujeres	37	9	47	8	10	111
% Casos	42,5%	11,2%	32,1%	8,6%	5,6%	100%
%Población*	14,5%	12,0%	36,0%	18,5%	18,9%	100%

- En 3 casos se desconoce la edad y/o el sexo
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Y padrón continuo 2005.

En 23 casos (8,5%) se conoce la existencia de patologías previas, de ellos 3 (13,0%) presentaban más de un proceso. Respecto al tipo de patología que presentaban, de forma aislada o asociada a otra, los procesos registrados han sido: enfermedad del aparato respiratorio presentaron 7 casos (26,9%), del aparato circulatorio 6 casos (23,1%), metabólica 3 casos (11,5%), y otros procesos, que ha sido el apartado más frecuente, 10 casos (38,5%).

En 15 casos (5,5%) se ha registrado que se habían vacunado para esta temporada. El mes de vacunación ha sido en la mayoría octubre (9 casos) y el resto se reparten entre septiembre y enero. Este año ha sido el primero en que la vacunación antigripal se ha ampliado de forma que, por criterio de edad se ha recomendado la vacuna a las personas de 60 y más años.

Al analizar la distribución de los casos según estado vacunal y presencia de patologías previas, el porcentaje de casos con patologías previas que no habían sido vacunados ha sido alto, ha alcanzado al 86,4% de los casos, correspondiendo en su mayoría a los grupos de edad más jóvenes (tabla 3).

Tabla 3.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad, patología previa y estado vacunal. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2005/06.

	Grupos de edad					
	0-14	15-24	25-44	45-59	>59	TOTAL
Con patología previa						
Vacunación SI	1 (25,0%)	0 (- %)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)	3 (13,6%)
Vacunación NO	3 (75,0%)	0 (- %)	9 (100%)	4 (100%)	3 (60,0%)	19 (86,4%)
Total	4 (100%)	0 (- %)	9 (100%)	4 (100%)	5 (100%)	22 (100%)
Sin patología previa						
Vacunación SI	6 (5,4%)	0 (0,0%)	3 (3,9%)	0 (0,0%)	3 (30,0%)	12 (4,9%)
Vacunación NO	104 (94,6%)	30 (100%)	74 (96,1%)	19 (100%)	7 (70,0%)	234 (95,1%)
Total	110 (100%)	30 (100%)	77 (100%)	19 (100%)	10 (100%)	246 (100%)
Vacunación SI	7 (6,1%)	0 (0,0%)	3 (3,5%)	0 (0,0%)	5 (33,3%)	15 (5,6%)
Vacunación NO	107 (93,8%)	30 (100%)	83 (96,5%)	23 (100%)	10 (66,6%)	253 (94,4%)
Total	114 (100%)	30 (100%)	86 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	268 (100%)

- En 3 casos se desconoce la edad, el estado vacunal y/o la presencia de patologías previas
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología.

Del conjunto, el 7,0%, 19 casos tuvieron un presentación con mayor trascendencia clínica, es decir, presentaron con alguna complicación y/o requirieron la derivación a la Atención Especializada o al Hospital. Respecto a las complicaciones, durante la temporada, se ha detectado 1 caso complicado con neumonía que era mayor de 59 años, y en otros 17 se ha detectado otras complicaciones, la mayoría han sido cuadros de gastroenteritis (11 casos). En 3 casos se ha registrado la derivación a la Atención Especializada o al Hospital, fueron 1 hombre y 2 mujeres, en 2 de los tres se registró una complicación uno de ellos presentó neumonía, otro un cuadro de gastroenteritis (tabla 4).

Tabla 4.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y complicaciones y/o derivación al Hospital o a Atención Especializada. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2005/06.

	Grupos de edad					
	0-14	15-24	25-44	45-59	>59	TOTAL
Neumonía	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (- %)	1 (50,0%)	1 (5,3%)
Otras complicaciones	14 (100%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (- %)	1 (50,0%)	17 (89,5%)
Derivación especializada/ hospital	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (- %)	0 (0,0%)	1 (5,3%)
Total	14 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	0 (- %)	2 (100%)	19 (100%)

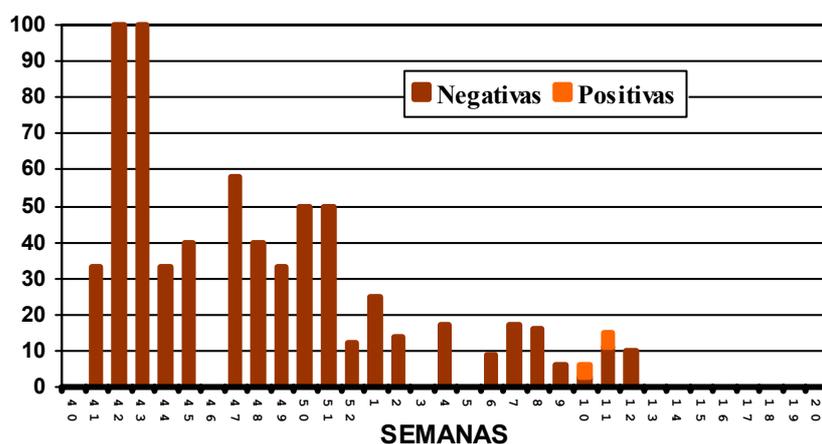
- Dos casos que requirieron derivación a Atención Especializada/Hospital, uno con >59 años y presentar neumonía y otro de 0-14 años con diarrea, en la tabla se ha clasificado únicamente como neumonía y otra complicación.

3.2.3.- VIRUS IDENTIFICADOS

En 43 de los casos notificados (15,9%) se ha recogido muestra de exudado nasofaríngeo, para el aislamiento de virus influenza. El porcentaje semanal de casos en los que se ha remitido muestra al laboratorio ha sido variable a lo largo de la temporada, con valores del 100% en las semanas 42 y 43. En 21 semanas, de las 33 en las que se mantiene la vigilancia de la gripe, se ha remitido al menos una muestra al laboratorio (figura 4).

De las muestras enviadas, 2 han sido positivas (4,6%), ambas corresponden a las semanas en las que se ha registrado actividad epidémica (figura 4), uno en la semana 10 y otro en la 11. El primero ha sido de influenza tipo B y el segundo de influenza tipo AH3N2 (figura 1).

Figura 4.-Distribución semanal del porcentaje de casos de gripe notificados a la Red de Médicos Centinela en los que se ha remitido muestra de exudado nasofaríngeo al laboratorio, según resultado obtenido. Comunidad de Madrid. Temporada 2005/06.



- Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

Dada la escasa actividad detectada esta temporada, con únicamente 2 aislamientos virales, los resultados de la caracterización genética de los virus circulantes en la Comunidad de Madrid se puede asimilar a los obtenidos en el conjunto del Estado para los tipos antigénicos identificados, donde los virus AH3N2 han mostrado su similitud a A/Wisconsin/67/05, variante distinguible antigénicamente de la cepa A/California/7/2004, cepa incluida en la vacuna para el Hemisferio Norte en la temporada 2005/06 y los virus influenza B aislados mayoritariamente han sido análogos a B/Malaysia/2506/04, cepa que pertenece al linaje de B/Victoria/2/87 variante distinguible antigénicamente del virus B (linaje B/Yamagata/16/88) incluido en la vacuna recomendada para el Hemisferio Norte en la temporada.

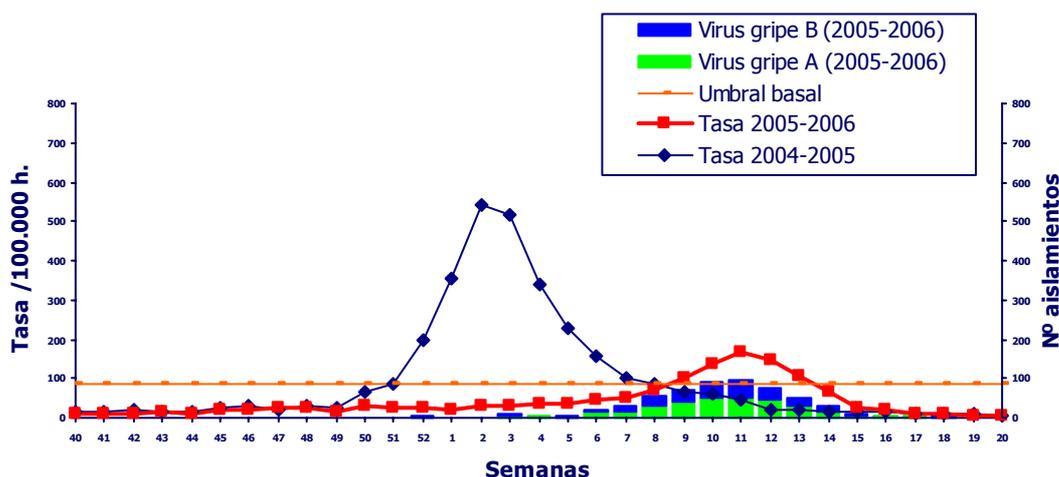
3.2.4.- SITUACIÓN EN ESPAÑA

En la temporada 2005/06, a nivel nacional el nivel de intensidad de la actividad gripal registrado por los sistemas centinelas ha sido moderado y asociado, durante el período de la onda epidémica, a un predominio de aislamientos de virus de la gripe AH1N1, que circularon simultáneamente a lo largo de la temporada con virus de la gripe B, en una proporción 60% y 40%, respectivamente.

A nivel nacional, el aumento de la incidencia comenzó a partir de la semana 9 y la incidencia máxima se alcanzó en la semana 11, en la que se registraron 166,07 casos por 100.000 habitantes (figura 5), a partir de la semana 14 se volvió al nivel basal con aislamientos esporádicos (5).

En la mayoría de países europeos registraron niveles de actividad gripal menores o similares a los de la temporada anterior y en 7 países, Alemania, Austria, Escocia, Gales, Hungría, Portugal y Rumania se observaron niveles muy bajos de actividad (6).

Figura 5.- Incidencia semanal y aislamientos virales. Sistemas Centinelas. España. Temporada 2005/06.



4.- VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL PARA LA TEMPORADA 2005-2006

En la actualidad la vacunación es el único medio de que disponemos para prevenir la gripe. Desde que se comenzaron a realizar campañas de vacunación antigripal, los grupos de edad y de riesgo en los que se recomienda la vacunación se revisan de forma continua en base a los datos epidemiológicos y de los estudios publicados al respecto. Para la temporada 2006-2007 la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid recomienda la vacunación frente a la gripe a (7):

- Personas iguales o mayores de 60 años con o sin patología previa, institucionalizados (residencias) o no.
- Menores de 60 años que por presentar una condición clínica especial tienen un alto riesgo de parecer complicaciones derivadas de la gripe.

- Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tiene un alto riesgo de presentar complicaciones.
- Personas que prestan servicios comunitarios esenciales.

Grupos con mayor riesgo de padecer complicaciones derivadas de la gripe:

- Adultos y niños de 6 meses o más de edad con enfermedades crónicas pulmonares o cardiovasculares, incluido el asma.
- Residentes en instituciones cerradas, de cualquier edad a partir de 6 meses, que padezcan procesos crónicos.
- Adultos y niños de 6 meses o más de edad que precisaron tratamiento médico regular u hospitalización durante el año anterior a causa de enfermedades metabólicas crónicas (incluida diabetes mellitus), insuficiencia renal, hemoglobinopatías o inmunosupresión (incluida inmunosupresión debida a medicación o por VIH).
- Niños y adolescentes (6 meses a 18 años) con tratamientos prolongados de ácido acetil salicílico, ya que tienen mayor riesgo de desarrollar el síndrome de Reye tras una gripe.
- Embarazadas en el segundo o tercer trimestre.

Grupos potencialmente capaces de transmitir la gripe a otras personas de alto riesgo

- Médicos, personal de enfermería y cualquier otro personal hospitalario o de centros médicos, incluidos trabajadores de urgencias.
- Empleados de instituciones cerradas y otras instituciones para enfermos crónicos, que tengan contacto con pacientes o residentes.
- Asistentes domiciliarios de personas incluidas en grupo de riesgo (enfermeras, trabajadores voluntarios).
- Convivientes en el hogar, incluidos niños/niñas, de personas de alto riesgo

Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:

- Personas que, por su ocupación, prestan servicios públicos esenciales
- Estudiantes y otras personas en centros institucionales que comparten dormitorios comunes
- Personas de alto riesgo, antes de un viaje al extranjero: en cualquier época del año a los que viajen al trópico y a los que viajen de abril a septiembre al hemisferio sur.

La composición de la vacuna se adecua cada año en base a las recomendaciones de la OMS. La vacuna recomendada para ser usada en el hemisferio norte, en la próxima temporada 2006-2007, deberá contener las siguientes cepas (8):

- Antígeno análogo a A/New Caledonia/20/99 (H1N1)
- Antígeno análogo a A/Wisconsin/67/2005 (H3N2)
- Antígeno análogo a B/Malaysia/2506/2004

5.- CONCLUSIONES

- Los sistemas de vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid han funcionado de forma adecuada durante la temporada 2005-2006 lo que ha permitido detectar actividad epidémica e identificar el virus de la gripe circulante.
- La actividad epidémica se detectó tardíamente en la segunda mitad de la temporada
- La intensidad de la actividad epidémica ha sido baja, con escasa circulación del virus.
- El cuadro clínico presentado por los casos ha sido el habitual para este proceso y el mayor porcentaje de afectados han sido niños.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2005-2006 season. Wkly Epidemiol Rec 2005;80:71-75.
- 2.- <http://www.who.int>
- 3.- <http://www.msc.es>
- 4.- Comunidad de Madrid. Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe. <http://www.madrid.org/sanidad/salud>
- 5 - <http://cne.isciii.es>
- 6.-Low levels of influenza activity in Europe. EISS-Weekly Electronic Bulletin. 2006; 8 April, Issue nº 185. <http://www.eiss.org/cgi-files/bulletin> v2.cgi
- 7.- Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid. Campaña de Vacunación Antigripal y Antineumocócica 2006. Madrid 2006.
- 8.-WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2006-2007 season. Wkly Epidemiol Rec 2006;81:81-88.

Agradecimientos: Queremos agradecer la colaboración a todos los médicos y notificadores en general, de forma especial a los que componen la RMC y colaboran vigilando la gripe.

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



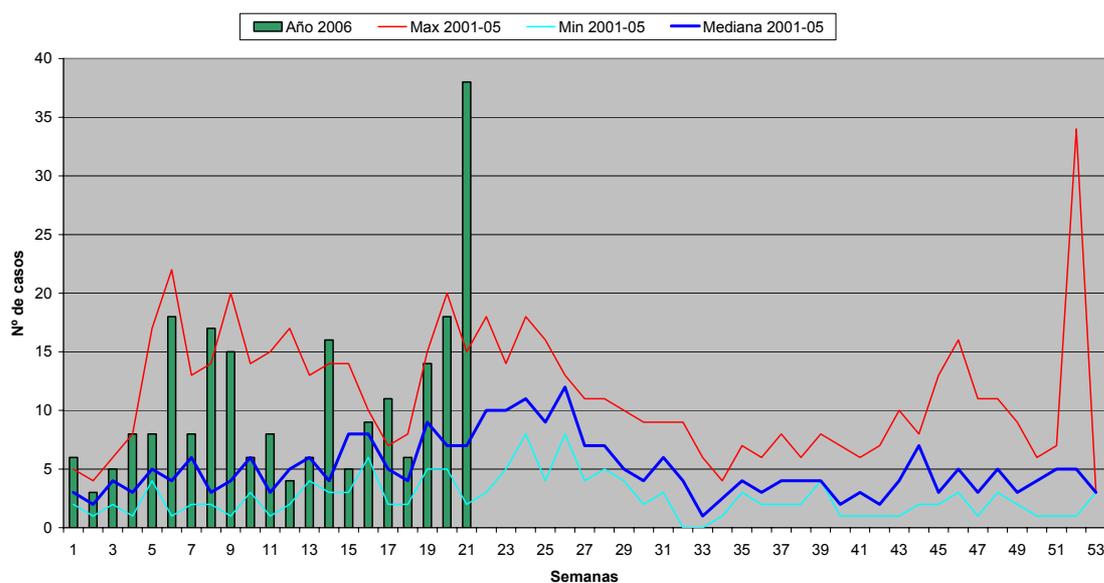
Período analizado: Año 2006, semanas 18 a 21
(del 30 de abril al 27 de mayo de 2006)

Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.

MENINGITIS VÍRICA

Hasta la semana 21 del año 2006, se han notificado 229 casos de meningitis vírica, que supone una incidencia acumulada de 3,83 casos por 100.000 habitantes; 143 casos más que el año anterior en el mismo período (1,44 casos por 100.000 habitantes). En las semanas 8, 14, 17 y especialmente en la 21, el número de casos notificados ha superado el máximo de los cinco años previos (período 2001-05) (fig. 1).

Evolución de la meningitis vírica en la Comunidad de Madrid
Año 2006 y período 2001-2005



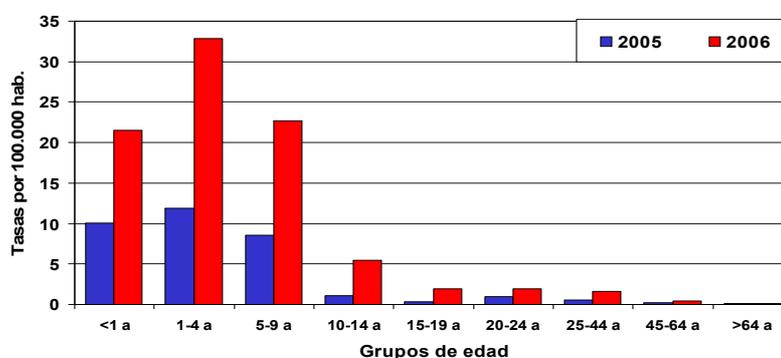
De los 229 casos notificados el 58,5% son varones y el 76,0% son menores de 15 años. La mediana de edad de los casos ha sido de 5 años (intervalo intercuartil= 3-13,5). La mayor incidencia se presenta en el grupo de edad de 1 a 4 años (32,86 casos por 100.000 hab.), seguido por el de 5 a 9 años (22,64) y el de los menores de 1 años (21,52). Al comparar con el mismo período del año 2005, observamos una distribución de casos por edad similar; con el mayor incremento en los grupos de edad de 15 a 19 años, de 10 a 14 años y de 25 a 44 años (fig. 2).

Las Áreas con mayor incidencia son el Área 8 (8,68 casos por 100.000 hab.), el Área 3 (8,20) el Área 9 (6,58) y el Área 6 (6,12). Al comparar con el mismo período del año 2005, se

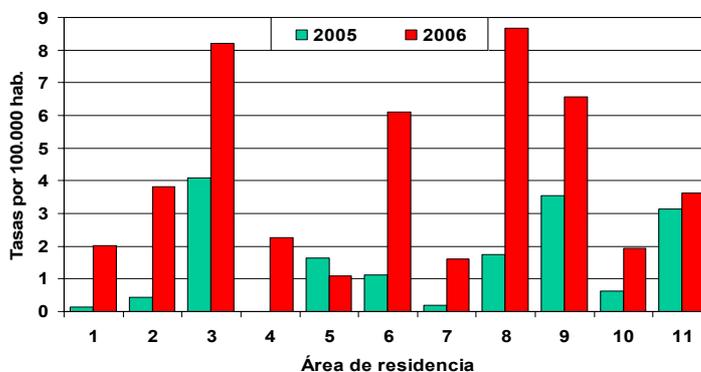
observa que el mayor incremento en la incidencia se presenta en las Áreas 4, 1, 7 y 2; disminuyendo sin embargo la incidencia en el Área 5 (fig. 3).

Esta enfermedad puede ser causada por diversos virus, siendo los enterovirus responsables del 85-95% de los casos en los que se identifica un agente patógeno. Se dispone de confirmación diagnóstica en 19 casos (8,3%), identificándose enterovirus en 17 de ellos. En este período se han notificado 25 casos asociados o agrupados (10,9%). Según información del Centro Nacional de Microbiología y del Centro Nacional de Epidemiología, en la actualidad se observa un aumento de la incidencia de meningitis por enterovirus. En lo que va de año, los serotipos de enterovirus que con más frecuencia se han identificado en el Laboratorio de Referencia de Enterovirus del Centro Nacional de Microbiología, han sido Echovirus 6 y Echovirus 30.

Meningitis vírica por grupos de edad. Semanas 1 a 21
Comunidad de Madrid, años 2005 y 2006



Meningitis vírica por Área de residencia. Semanas 1 a 21
Comunidad de Madrid, años 2005 y 2006



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2006, semanas 18 a 21 (del 30 de abril al 27 de mayo de 2006)

Enfermedades	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.											
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	0	6	0	2	0	2	0	5	0	4	1	9	2	6	3	6	0	4	0	4	0	3	6	51	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Meningitis bacterianas, otras	2	3	0	2	0	5	0	3	1	4	0	6	0	3	3	7	0	7	0	1	2	7	8	48	
Meningitis víricas	4	15	3	17	12	28	3	13	5	8	5	38	5	9	18	40	7	26	3	6	11	29	76	229	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	0	0	1	6	0	0	2	2	1	3	1	6	1	8	2	5	1	2	0	0	0	6	9	38	
Hepatitis B	0	1	0	3	0	3	0	1	0	4	0	5	1	7	1	5	0	1	1	2	1	18	4	50	
Hepatitis víricas, otras	0	0	0	0	1	5	0	1	0	5	1	7	0	2	0	2	0	7	0	2	4	10	8	41	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	1	0	0	0	4	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	8	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	20	2712	44	5039	11	2209	46	2903	111	6504	68	5263	321	7071	0	4643	14	2022	34	1100	136	5666	805	45132	
Legionelosis	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	18	2	8	
Varicela	541	2900	267	1631	262	2397	359	1941	633	2553	734	3153	532	2346	0	708	291	1619	221	587	621	3055	4461	22890	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	0	0	5	0	0	0	2	4	12	0	7	1	11	0	0	0	1	3	4	2	10	10	52	
Sífilis	1	1	1	8	0	0	2	10	3	10	0	3	2	14	0	2	1	11	0	2	4	26	14	87	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	4	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	2	1	3	0	3	0	0	0	0	3	13	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parotiditis	1	6	14	23	2	27	6	19	16	81	10	52	2	14	15	41	9	22	3	8	7	26	85	319	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4	1	11	
Sarampión	0	7	0	8	0	6	2	7	4	9	10	26	10	14	1	5	1	9	3	20	15	43	46	154	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tos ferina	0	1	2	2	1	7	3	4	0	2	0	2	0	0	0	2	1	2	2	2	1	2	10	27	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	0	0	1	0	5	0	1	0	0	0	0	0	4	0	1	0	10	0	1	3	9	3	32	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	5	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	
Poblaciones **	717.326	438.035	329.782	563.398	709.642	592.297	547.894	446.743	387.885	301.514	770.313	5.804.829													
Cobertura de Médicos	80.27%	84.91%	84 %	92.22%	73.60%	72.59%	74.69%	0	63.51%	65.32%	63.71%	70.03%													

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2004 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Area no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 18 a 21 (del 30 de abril al 27 de mayo de 2006)

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

Brotes de origen alimentario. Año 2006. Semanas 18-21

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Madrid (Vallecas)	Familiar	7	6	Desconocido	<i>Salmonella sp.</i>
1	Madrid (Moratalaz)	Colegio	300	80	Desconocido	<i>S. enteritidis</i>
2	Mejorada del Campo	Familiar	2	2	Mayonesa	<i>S. enteritidis</i>
3	Alcalá de Henares	Colegio	143	21	Desconocido	Desconocido
4	Madrid (Hortaleza)	Bar/Restaurante	3	3	Tortilla	Desconocido
5	San Agustín de Guadalix	Familiar	28	11	Desconocido	<i>C. perfringens</i> *
5	Talamanca de Jarama	Granja-escuela	107	27	Desconocido	Desconocido
6	Pozuelo de Alarcón	Familiar	4	4	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
6	Villanueva del Pardillo	Colegio	323	121	Varios alimentos	<i>S. enteritidis</i> / <i>C. jejuni</i>
7	Madrid (Chamberí)	Bar/Restaurante	3	3	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
8	Alcorcón	Bar/Restaurante	5	3	Desconocido	Desconocido
8	Móstoles	Colegio	13	13	Desconocido	Desconocido
8	Móstoles	Colegio	220	24	Desconocido	<i>S. enteritidis</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	11	4	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
11	Madrid (Arganzuela)	Bar/Restaurante	4	4	Desconocido	Desconocido
11	Madrid (Villaverde)	Bar/Restaurante	4	4	Vísceras	<i>E. coli</i> *
11	Madrid (Villaverde)	Familiar	5	5	Pollo	<i>Salmonella sp</i>
11	Madrid (Carabanchel)	Familiar	2	2	Mayonesa	<i>S. enteritidis</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Brotes de origen no alimentario. Año 2006. Semanas 18-21

Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
2	Parotiditis	Coslada	Centro escolar	50	3	<i>Virus parotiditis</i> *
3	Neumonía	Alcalá de Henares	Centro escolar	25	3	<i>Mycoplasma</i> *
4	Parotiditis	Madrid (Ciudad Lineal)	Centro laboral	2000	23	<i>Virus parotiditis</i>
5	Hepatitis A	S.S. de los Reyes	Familiar	6	2	<i>Virus hepatitis A</i>
6	GEA	El Escorial	Centro Sanitario	33	18	<i>Norovirus</i>
8	Meningitis vírica	Alcorcón	Centro escolar	4	4	<i>Virus</i> *
11	GEA	Madrid (Villaverde)	Residencia	90	25	<i>Norovirus</i>
11	Meningitis vírica	Madrid (Usera)	Centro escolar	2	2	<i>Enterovirus</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp=Expuestos; Enf= Enfermos; GEA: Gastroenteritis aguda

**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2006. Semanas 18-21 y datos acumulados hasta la semana 21**

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 18-21	Acum.	Sem 18-21	Acum.
<i>Ámbito</i>				
Bares, restaurantes y similares	5	19	17	172
Domicilio	5	11	19	42
Centros escolares	6	10	286	387
Residencias de Personas Mayores	0	1	0	13
Otras Residencias	0	2	0	66
Centros penitenciarios o de internamiento	0	1	0	41
Otros lugares	2	3	15	18
Total	18	47	337	739
Brotes de origen no alimentario	Sem 18-21	Acum.	Sem 18-21	Acum.
Gastroenteritis aguda	2	31	43	1290
Hepatitis A	1	2	2	5
Parotiditis	2	10	26	58
Tos ferina	0	1	0	3
Meningitis vírica	2	2	6	6
Neumonía	1	1	3	3
Total	8	47	80	1365
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	26	94	417	2104

Entre las semanas epidemiológicas 18 y 21 (30 abril-27 mayo) se han producido **18 brotes de origen alimentario**, 7 de ámbito familiar, 6 en centros escolares y 5 relacionados con el consumo de alimentos en bares y restaurantes. Los brotes ocurridos en centros escolares destacan por el elevado número de afectados, con más de 20 casos en 4 de ellos. Requirieron ingreso hospitalario 16 casos, 11 vinculados a brotes de ámbito familiar y 5 de brotes en centros escolares.

Los **brotes de origen no alimentario** notificados en este período han sido 2 gastroenteritis aguda, 2 de meningitis vírica, 2 de parotiditis, 1 de hepatitis A familiar y 1 de neumonía atípica. Los colectivos más afectados son los centros escolares (4 brotes). El mayor número de casos está relacionado con los 2 brotes de GEA (43 casos), uno ocurrido en un centro sanitario y otro en una residencia de ancianos. La aparición de un brote de parotiditis originó 23 casos en un centro laboral.

Desde el comienzo del año hasta la semana epidemiológica 21 de 2006 se han notificado un total de 94 brotes, con 2104 casos asociados. El 50% de los brotes se ha relacionado con el consumo de alimentos. Estos están relacionados con mayor frecuencia con el consumo en bares y restaurantes (40,4% de los brotes de origen alimentario), seguidos de los de ámbito familiar (29,8%), si bien la mayor parte de los casos asociados a brotes de origen alimentario (52,4%) han sido originados por brotes escolares. Hasta el momento se ha confirmado el agente causal en el 46,8% de estos brotes, todos ellos debidos a *Salmonella*. Entre los brotes de origen no alimentario, los de gastroenteritis aguda son los más frecuentes, tanto en número de brotes (65,9%), como en número de casos (94,5%). Les siguen por orden de frecuencia los de parotiditis (21,3%).



RED DE MÉDICOS CENTINELA

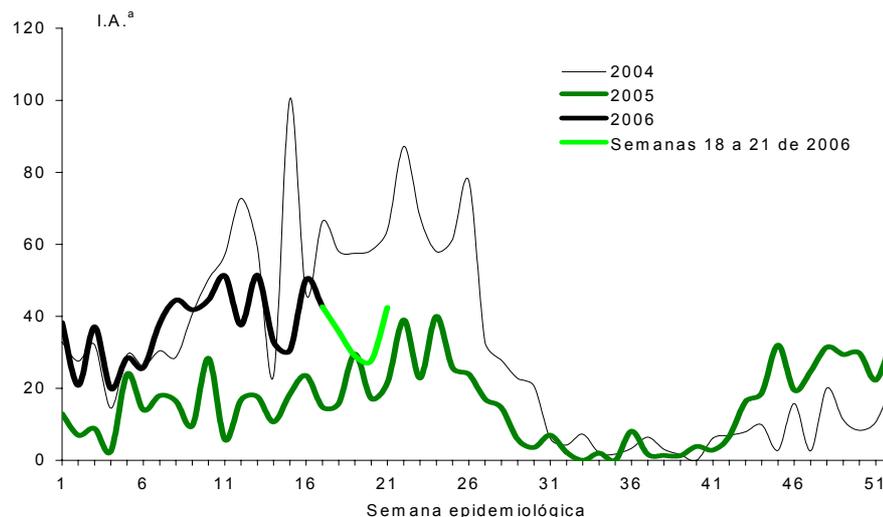
**Período analizado: Año 2006, semanas 18 a 21
(Del 30 de abril al 27 de mayo de 2006)**

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 40 Médicos Generales y 31 Pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2004" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2005, Vol. 10, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/agosto2005.pdf>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/noticias/pdf/GRIPE05.pdf>

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 período estudiado ha sido del 66,4 %, siendo la cobertura durante el año 2006 del 71,7 %.

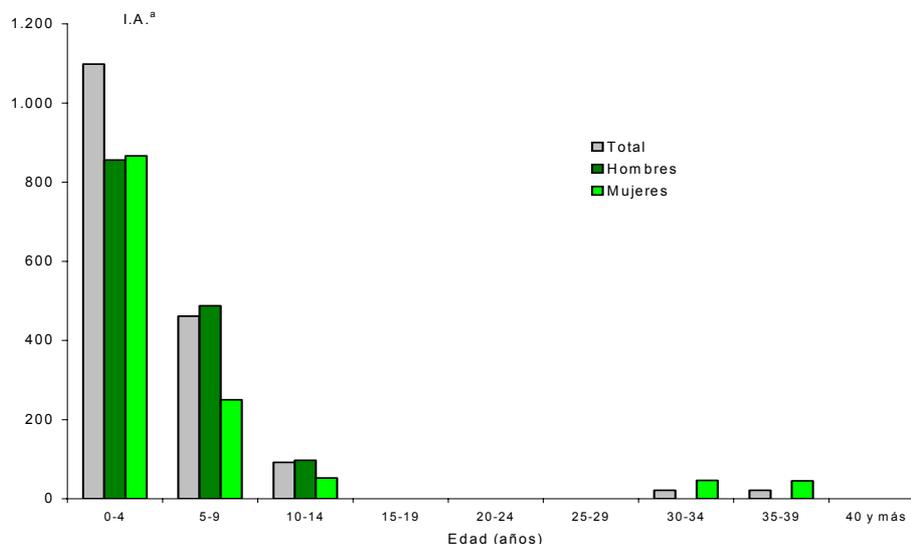
VARICELA

Durante las semanas 18 a 21 del año 2006 han sido declarados 87 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 132,7 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 104,8 – 160,5). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2004 y 2005.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004, 2005 y 2006.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El 55,2 % de los casos notificados (48) se dio en hombres, y el 44,8 % (39), en mujeres. El 97,7 % de los casos notificados (85) se dio en niños menores de 15 años. Se notificaron dos casos en dos mujeres de 32 años y 38 años, respectivamente. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2006.

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

En el 59,8 % de los casos (52) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela; 19 casos (21,8 %) se dieron en el seno de un brote, y en el 18,3 % (16 casos) la fuente se desconocía; el lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 60,9 % de los casos; el hogar lo fue en 16 casos (18,4 %), y en 18 casos (20,7 %) el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 del año 2006.

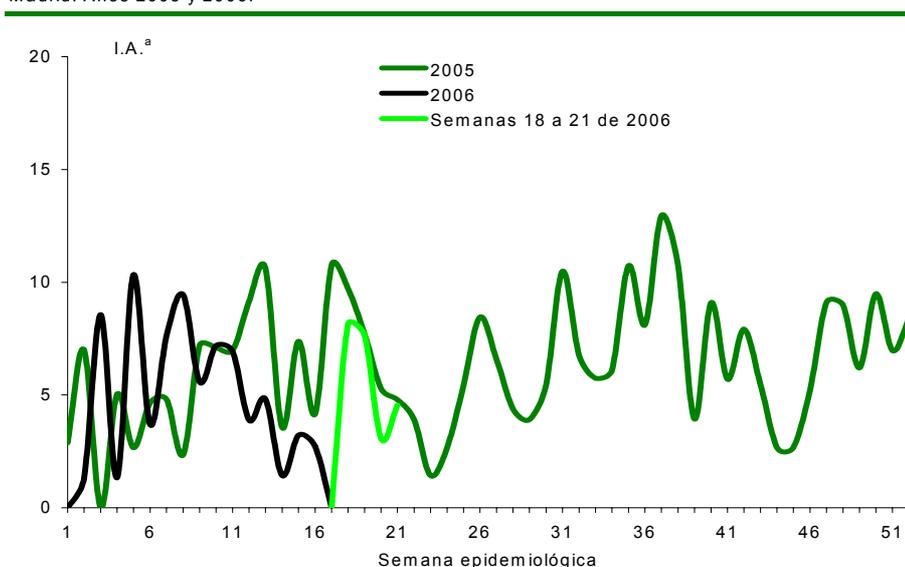
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	52	(59,8)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	19	(21,8)
Desconocido	16	(18,4)
Total	87	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	15	(17,2)
Colegio	38	(43,7)
Hogar	16	(18,4)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	18	(20,7)
Total	87	(100)

Como complicaciones se registraron en este período 5 infecciones bacterianas. La mujer de 38 años requirió de asistencia especializada.

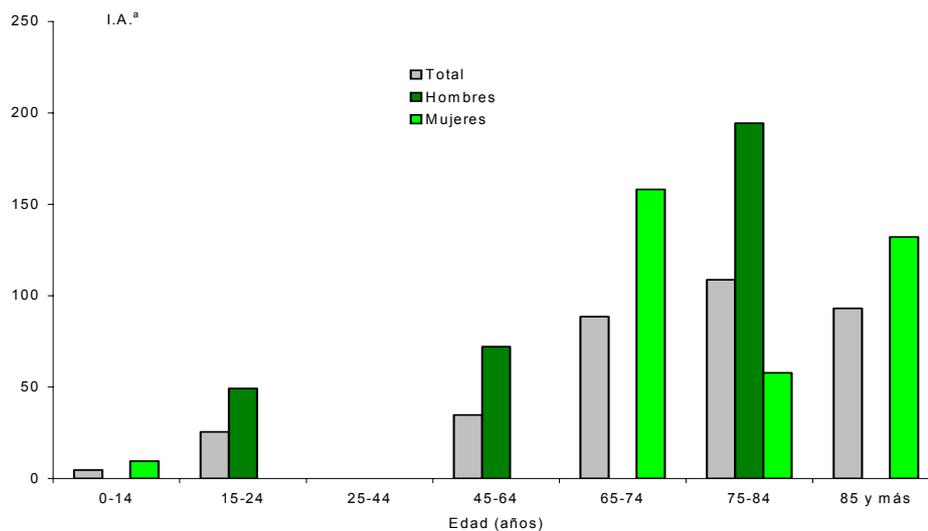
HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 15 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 18 a 21, lo que representa una incidencia acumulada de 22,9 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 11,3 – 34,4). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2005 y 2006. 7 de los casos (46,7 %) se notificaron en mujeres, y 8 (53,3 %) en hombres. El 80 % de los casos (12) se dio en personas mayores de 45 años; los otros 3 se dieron en una niña de 8 años, y en dos hombres de 20 y 23 años. La incidencia por grupos de mayor edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.

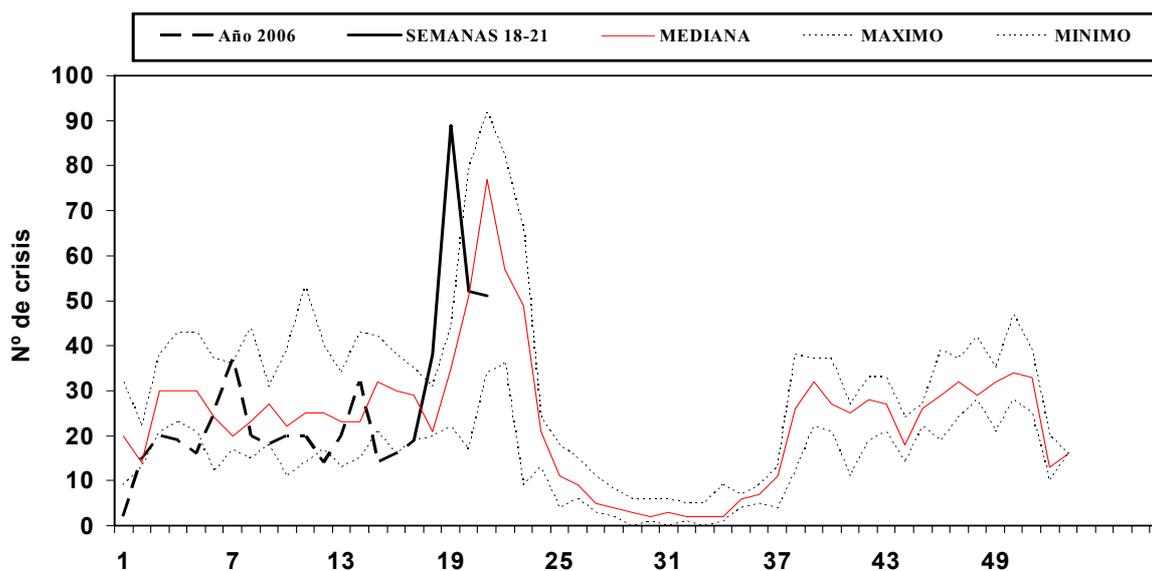


^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2006.

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

CRISIS ASMÁTICAS

**TABLA 2.** Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 18 a 21 de 2006.

	Semanas 18 a 21	Año 2006
Gripe ^a	0	271
Varicela	87	522
Herpes zoster	15	72
Crisis asmáticas	230	556

^a Desde la semana 40 de 2005 hasta la 20 de 2006.



Resumen cuatrimestral de Tuberculosis, Legionela, Enfermedad meningocócica y Sarampión.

Semanas 1 a 17 (desde el 1 de enero hasta el 29 de abril de 2006)

En esta sección aparecerá periódicamente información de distintas enfermedades y sistemas de vigilancia seleccionados por su interés. Los informes anuales se publicarán una vez concluido el año natural.

TUBERCULOSIS

Los datos de tuberculosis son los del Registro Regional de casos de tuberculosis, correspondientes al cuatrimestre anterior, semanas 35 a 52, desde el 28 de agosto al 31 de diciembre de 2005.

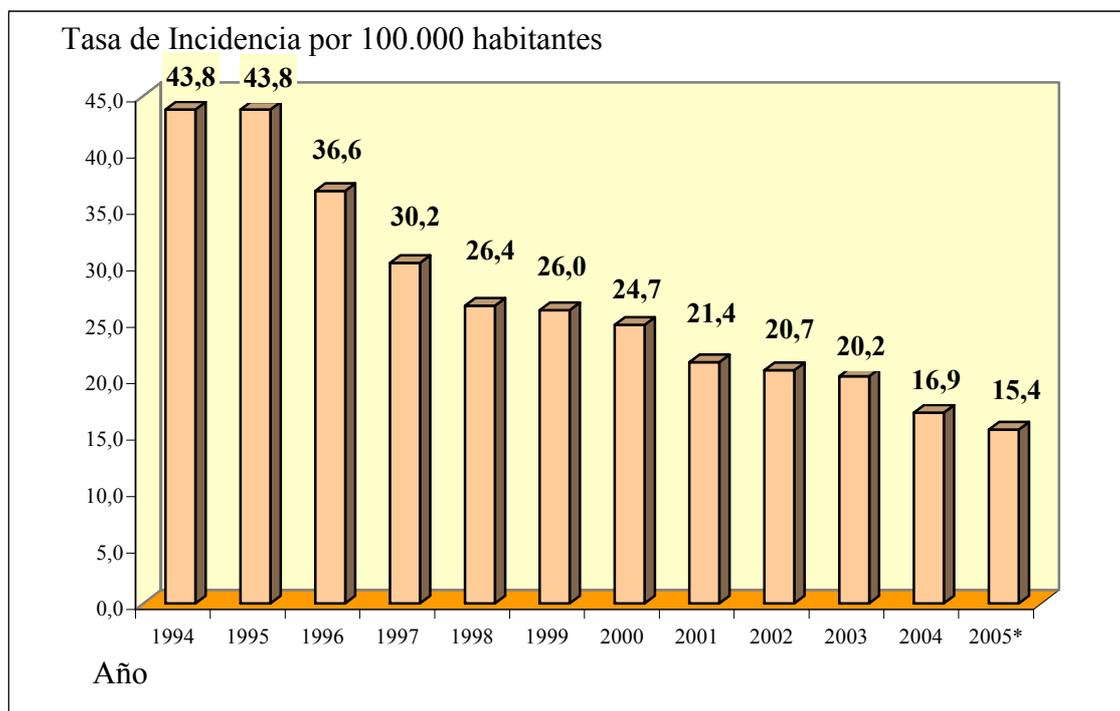
En esta sección se presentan los datos provisionales, recogidos en el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid del año 2005, respecto a los pacientes con domicilio en la Comunidad de Madrid.

Se incorporan en el Registro como caso de tuberculosis: al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y / o cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis*; o al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses, o menos si se le retira el mismo por efectos secundarios o fallece.

Las fuentes de información del Registro son: los profesionales de atención primaria y especialistas, mediante la notificación a las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), los laboratorios de microbiología que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado de micobacterias, los servicios de Anatomía Patológica, el Registro de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid, el sistema de información correspondiente al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización y otras fuentes (servicios de admisión hospitalaria, servicios de farmacia hospitalaria y de atención primaria, Instituciones Penitenciarias, funeraria...etc).

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa/recogida pasiva de los datos en las fuentes mencionadas. El cierre de la información para cada año, se realiza a 30 de junio del año siguiente, con objeto de incluir información sobre el seguimiento del tratamiento.

El último informe publicado a nivel Regional con información consolidada corresponde al Informe del registro de casos de tuberculosis del año 2003 que aparece en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de octubre 2005; Volumen 11, número 10.

Gráfico 1. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1994 – 2005

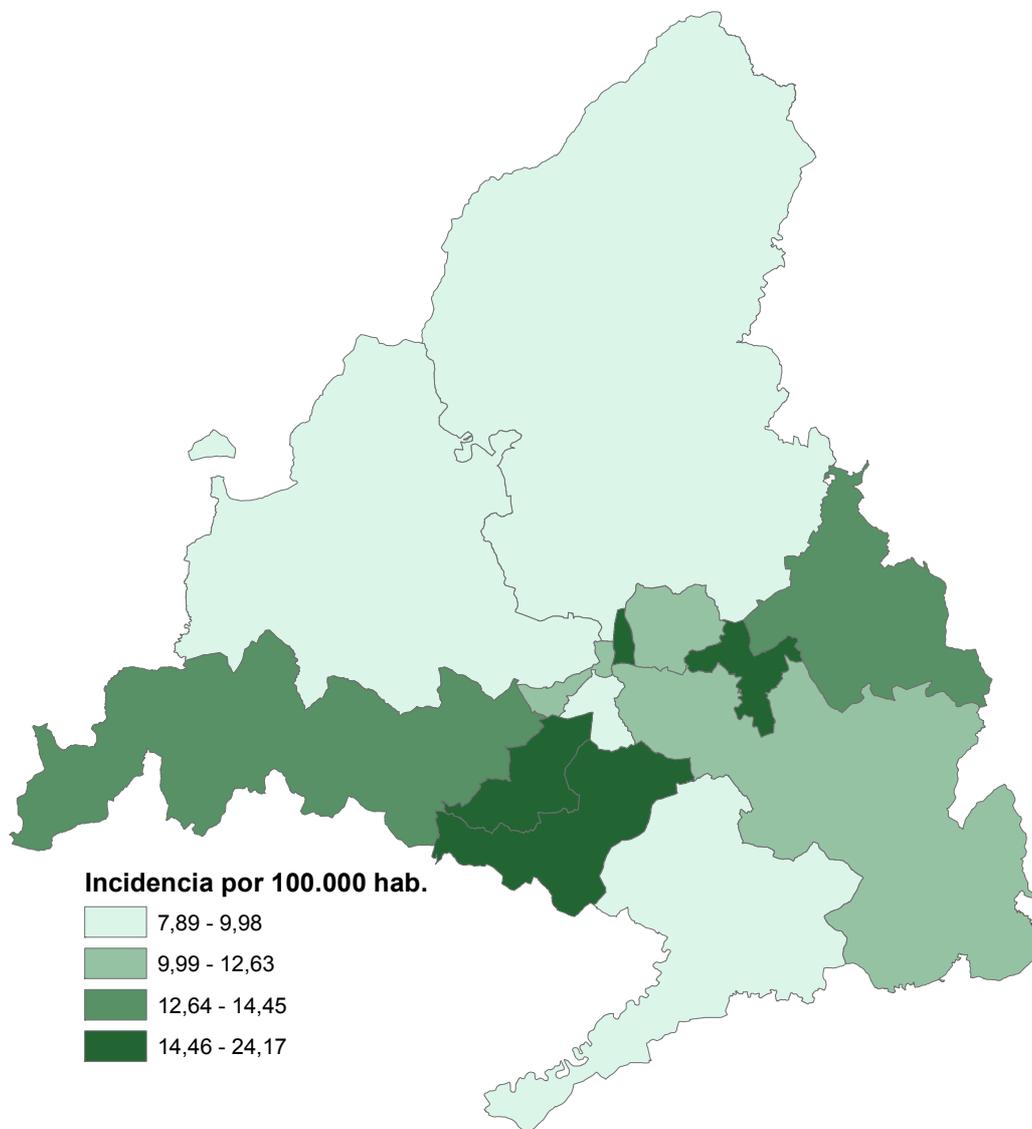
*Datos provisionales

Tabla 1. Número de casos de tuberculosis detectados en 2005 acumulados según género, localización pulmonar, y grupo de edad. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

	N	%	Tasa de incidencia por 100.000 hab.
Casos detectados	920	100	15,43
Género: Masculino	554	60,2	19,2
Femenino	361	39,2	11,7
Desconocido	5	0,6	
Casos detectados de localización pulmonar	690	75,0	11,6
Grupos de edad: 0-14 años	61	6,6	7,0
15-24 años	114	12,4	15,9
25-44 años	454	49,3	21,2
45-64 años	140	15,2	10,1
>64 años	127	13,8	15,0

- Datos provisionales. Casos de tuberculosis con domicilio en la Comunidad de Madrid, salvo residentes en prisiones.

Mapa 1. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes según área de residencia año 2005. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.



LEGIONELOSIS

La legionelosis es una enfermedad de notificación obligatoria en la Comunidad de Madrid desde enero de 1997 (Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales).

En el periodo comprendido entre las semanas 1 y 17 del año 2006 se han notificado 6 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de 0,1 casos por 100.000 habitantes, mientras que en ese mismo período en el año 2005 se notificaron 23 casos, lo que suponía una tasa de 0,39 casos por 100.000 habitantes. En el gráfico 1 se presentan los casos de legionelosis notificados en 2005 y 2006 por semana epidemiológica.

Según género, 5 casos (83,3%) eran varones y sólo uno mujer. La media de edad fue de 63 años (DE=18,1), con un rango de 45 a 92 años.

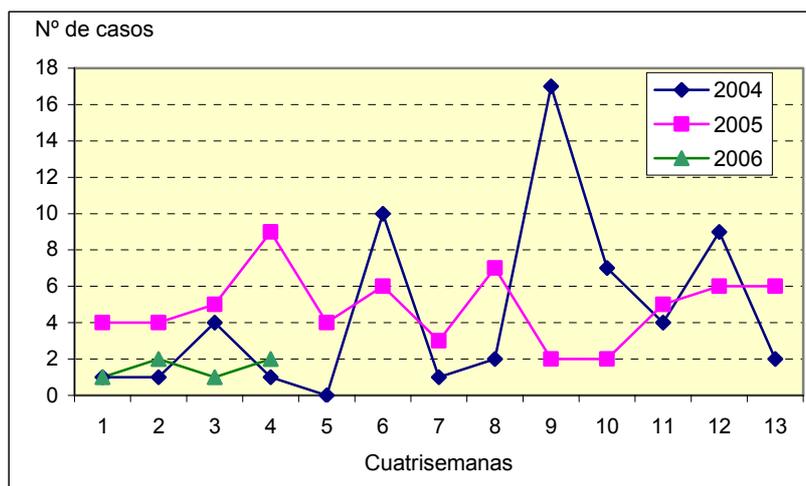
En relación con los factores predisponentes se observa que el 50% era fumador, el 33,3% presentaba antecedente de diabetes mellitus, el 16,7% estaba en tratamiento con corticoides y el mismo porcentaje presentaba antecedente de cáncer o de enfermedad inmunodepresora.

Según área sanitaria los casos se distribuyeron en las áreas 4, 5, 6, 9, 10 y 11 por tanto no existió agrupación espacial alguna en este periodo.

En un caso se recogió el antecedente de viaje en los últimos 10 días antes de la fecha de inicio de síntomas. El resto se clasificaron como casos comunitarios.

Todos los casos fueron clasificados como confirmados, siendo ésta por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina.

Gráfico 1.- LEGIONELOSIS. Casos notificados por cuatrisesmanas. Años 2004 - 2006. Comunidad de Madrid.



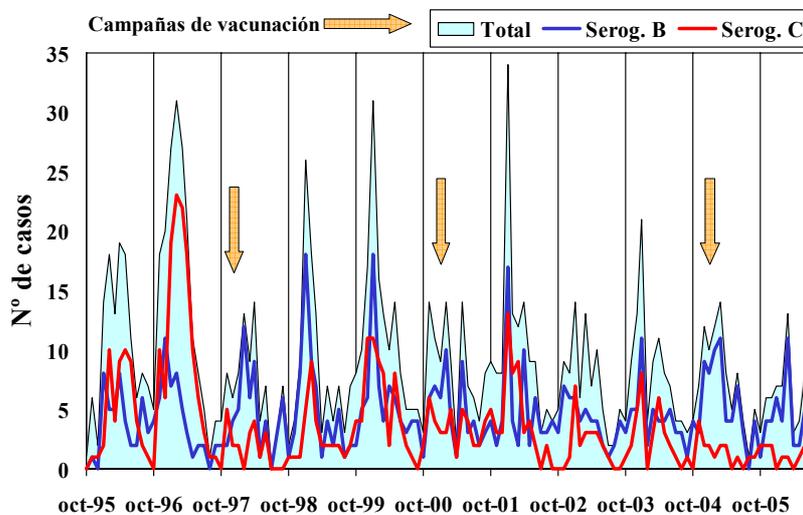
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

La enfermedad meningocócica es una de las enfermedades infecciosas que en la actualidad, aún en los países desarrollados, pueden ocasionar la muerte de sujetos sanos. Debido a ello y a que afecta fundamentalmente a niños, presenta una gran importancia sanitaria y social.

La enfermedad meningocócica es de declaración obligatoria y urgente en la Comunidad de Madrid, estando incluida en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). El patrón de presentación de la enfermedad muestra una distribución estacional, por lo que a efectos de vigilancia la temporada epidemiológica comienza en la semana 41 de un año (primeros de octubre) y finaliza en la semana 40 del año siguiente (finales de septiembre).

En este informe se presentan los datos de la temporada actual (temporada 2005-06) y de la temporada anterior (temporada 2004-05), en el período comprendido entre la semana 41 de un año y la semana 17 del siguiente año.

Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada Temporadas 1995-96/2005-06



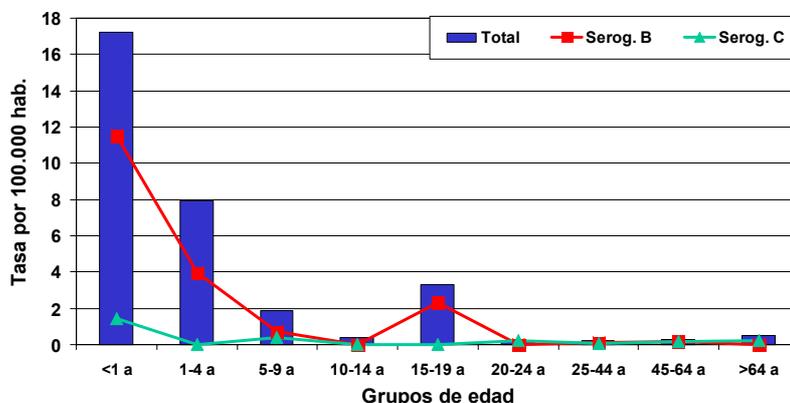
Datos actualizados a julio de 2006

**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA.
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADAS 2004-05 Y 2005-06
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 17**

SEROGRUPO	Temporada 2004-05				Temporada 2005-06			
	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo A	0	0,00	0	-	0	0,00	0	-
Serogrupo B	48	0,83	4	8,3	31	0,52	5	16,1
Serogrupo C	13	0,22	5	38,5	8	0,13	2	25,0
Serogrupo Y	2	0,03	1	50,0	1	0,02	0	0,0
Serogrupo W135	0	0,00	0	-	0	0,00	0	-
Sin serogrupar	3	0,05	0	0,0	4	0,07	0	0,0
Total confirmados	66	1,14	10	15,2	44	0,74	7	15,9
Sospechas clínicas	9	0,16	1	11,1	18	0,30	0	0,0
TOTAL	75	1,29	11	14,7	62	1,04	7	11,3

* Tasas por 100.000 habitantes (Población: Padrón continuo años 2004 y 2005)

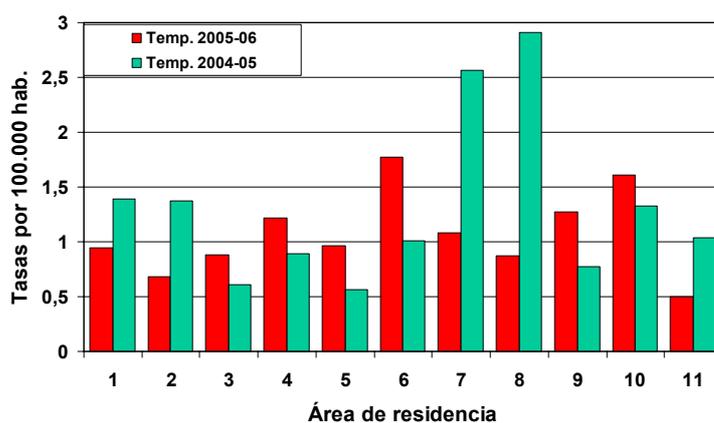
**Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Temporada 2005-2006 (semanas 41-17)**



**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR ÁREA DE RESIDENCIA
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADA 2005-06.
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 17**

ÁREA	Serog. B	Serog. C	Otros Serog.	Sin Serogrupal	Total confirmados	Sospechas clínicas	TOTAL
1	2	0	0	1	3	4	7
2	2	1	0	0	3	0	3
3	0	0	0	1	1	2	3
4	5	2	0	0	7	0	7
5	2	1	0	0	3	4	7
6	7	1	0	1	9	2	11
7	3	1	1	1	6	0	6
8	3	0	0	0	3	1	4
9	4	0	0	0	4	1	5
10	1	1	0	0	2	3	5
11	2	1	0	0	3	1	4
TOTAL	31	8	1	4	44	18	62

Enfermedad meningocócica por Área de residencia
Temporadas 2004-05 y 2005-06 (semanas 41-17)



PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN

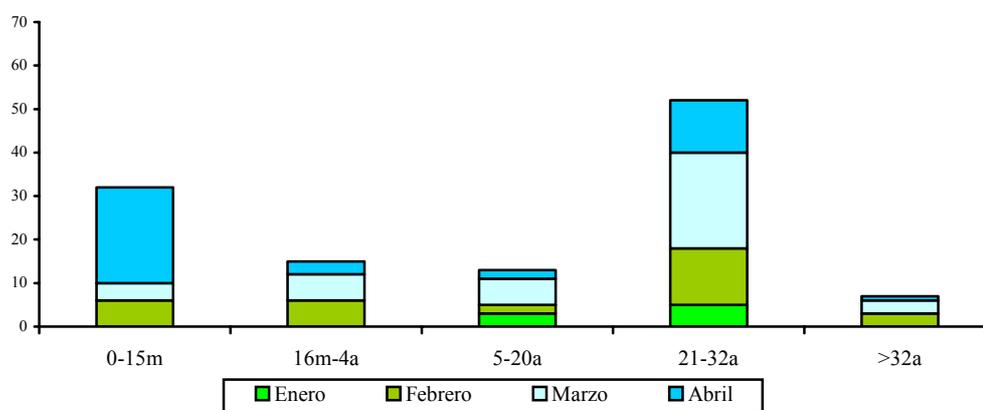
*En 1998, la Oficina Regional para Europa de la O.M.S aprobó el **Plan Estratégico de Eliminación del Sarampión**, cuyos objetivos generales persiguen reducir la morbi-mortalidad del sarampión y eliminar el sarampión autóctono de la Región para el año 2007. Los objetivos específicos de este Plan Estratégico son reducir la proporción de susceptibles al sarampión en la población por debajo de los niveles establecidos por la O.M.S para el año 2005 y mantener estos niveles de susceptibles hasta alcanzar la eliminación global del sarampión. En el año 2003, la OMS ha elaborado el **Plan Estratégico para la eliminación del sarampión y el control del síndrome de rubéola congénita en la Región Europea**, que establece la interrupción de la transmisión del sarampión indígena y la reducción de la incidencia del síndrome de rubéola congénita a menos de 1 caso por 100.000 nacidos vivos para el año 2010, con una evaluación a medio plazo de la estrategia frente al sarampión en el año 2005.*

En concordancia con las recomendaciones de la OMS, en España se estableció un Plan de Acción Nacional y en la Comunidad de Madrid (CM) se ha diseñado un Plan Regional, cuyo objetivo general era eliminar el sarampión autóctono para el año 2005. Desde el año 2001, el sarampión es una enfermedad de declaración urgente; se intenta realizar diagnóstico microbiológico de todos los casos notificados y se lleva a cabo una investigación epidemiológica exhaustiva para hacer posible la adopción precoz de las medidas de control más eficaces.

El día 3 de febrero de 2006, la Red de Vigilancia Epidemiológica detectó 2 casos de sarampión vinculados epidemiológicamente. Se trataba de 2 primos, con origen y residencia en Reino Unido, que no estaban vacunados frente a sarampión. El primer caso procedía del Reino Unido y desarrolló el exantema el día 9 de enero, un día después de su llegada a España. **Desde esa fecha hasta el 30 de abril han aparecido un total de 125 casos**, de los que se han confirmado 112 por laboratorio, 8 por vínculo epidemiológico y 5 son clínicamente compatibles pero no se pudieron recoger muestras adecuadas para el diagnóstico. **El 43,2% de los casos ha afectado a adultos jóvenes entre 21 y 32 años y el 28,0% a niños de menores de 15 meses** (figura 1). El incremento en el número de casos en menores de 15 meses observado en el mes de abril motivó la recomendación de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de adelantar de manera transitoria la edad de administración de la primera dosis de vacuna frente al sarampión a los 12 meses de edad y de administrar una dosis suplementaria de vacuna a los niños comprendidos entre los 6 y 11 meses de edad mientras se mantuviera esta situación de alto riesgo de transmisión del virus. El virus del sarampión **genotipo B3** se ha detectado en 34 de los casos, entre ellos el caso secundario al caso índice. Desde el último cuatrimestre del año 2005 se han detectado brotes de sarampión en varias áreas del Reino Unido en grupos de población que viven en caravanas y que presentan bajas coberturas vacunales. En el municipio de Doncaster, lugar de procedencia del primer caso, se han detectado varias agrupaciones de casos infectados por el virus del sarampión genotipo B3, lo que apoya el origen del brote a partir de un virus importado. En los primeros meses de 2006 también han aparecido brotes de sarampión en diferentes lugares de Europa: Ucrania, Alemania, Grecia, Polonia y Bielorrusia. El mayor de todos ha sido el de Ucrania, con 17.281 casos en los dos primeros meses del año. El genotipo detectado en Ucrania y Alemania ha sido el D6.

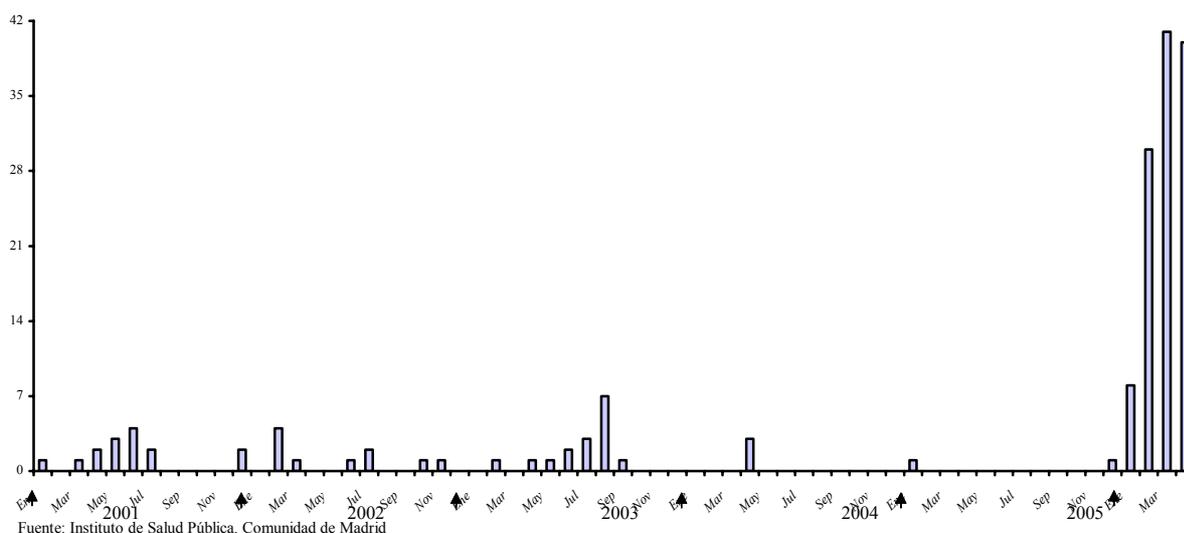
Entre el año 2001 y 2005 se detectaron 38 casos confirmados y 15 clínicamente compatibles en nuestra Comunidad, probablemente originados todos ellos a partir de casos importados, ya que lo más probable es que la transmisión del virus autóctono está interrumpida si atendemos a los criterios de eliminación del sarampión de la OMS. La situación epidemiológica detectada en los primeros meses del año 2006 pone de manifiesto la importancia de la notificación urgente de toda sospecha de sarampión a la Red de Vigilancia Epidemiológica, manteniendo un alto grado de sospecha especialmente en niños menores de 15 meses y en adultos jóvenes, con el fin de poder aplicar las medidas de control necesarias ante la posibilidad de difusión del virus en nuestra Comunidad a partir de algún caso importado. (*próximamente se publicará en el Boletín Epidemiológico un informe de vigilancia epidemiológica del sarampión del período 2001-2005 y un informe del brote del año 2006*).

Figura 1. Casos de sarampión por grupo de edad y mes de inicio del exantema. Comunidad de Madrid. Años 2001-2006 (datos hasta el 27 de mayo de 2006)



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

Figura 2. Casos de sarampión por mes de inicio del exantema. Comunidad de Madrid. Años 2001-2006 (datos hasta el 27 de mayo de 2006)



La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

(una vez en esta dirección ir a:
Consejería de Sanidad y Consumo -> Publicaciones
-> Boletín Epidemiológico.)

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."