

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

1.

INFORME:

- Plan de eliminación del Sarampión. Informe de vigilancia epidemiológica.

Comunidad de Madrid, año 2006.

BOLETÍN EPIDEMIOLOGÍCO

de la Comunidad de Madrid

1.

Índice

	Informes: Plan de eliminación del Sarampión. Informe de vigilancia epidemiológica. Comunidad de Madrid, año 2006.	3
	EDO. Semanas 1 a 4 (del 31 de diciembre de 2006 al 27 de enero de 2007).	20
	Brotos Epidémicos. Semanas 1 a 4, 2007.	25
	Red de Médicos Centinela. Semanas 1 a 4, 2007.	27
	Información de: Tuberculosis, Legionela y enfermedad meningocócica. Semanas 1 a 34, 2006.	31

Tirada: 2.400 ejemplares
Edición: 04/06

Depósito Legal: M-26.256 - 1989

ISSN: 1135-3155

Imprime: **B.O.C.M.**



**INFORME:
PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAPIÓN.
INFORME DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA.
COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2006.**

INDICE

Resumen	4
1. Introducción	4
2. Objetivo	5
3. Metodología	5
3.1. Criterios de definición de caso sospechoso	6
3.2. Modo y circuito de notificación	6
3.3. Recogida de datos clínicos y epidemiológicos	6
3.4. Recogida de muestras	6
3.5. Clasificación definitiva del caso	7
3.6. Medidas de control	7
3.7. Indicadores de calidad de la vigilancia	8
3.8. Tipo de análisis	8
4. Resultados	9
4.1. Análisis descriptivo de los casos notificados	9
4.1.1. Clasificación de los casos notificados según origen y grado de certeza diagnóstica	9
4.1.2. Distribución temporoespacial de los casos notificados	10
4.2. Descripción del brote comunitario	10
4.3. Medidas de prevención y control	13
5. Evaluación del sistema de vigilancia	13
5.1. Demora en la notificación del caso sospechoso a la Red de Vigilancia	13
5.2. Muestras analizadas	13
5.3. Demora en la recogida de muestras y devolución de resultados	13
5.4. Grado de cumplimentación de las variables del cuestionario	15
5.5. Indicadores de calidad de la vigilancia del sarampión	15
6. Discusión y conclusiones	17
7. Bibliografía	17

RESUMEN

Antecedentes: 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. 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 diseñó un Plan Regional, cuyo objetivo general era eliminar el sarampión autóctono para el año 2005. Los indicadores establecidos por la OMS para monitorizar la eliminación del sarampión, mostraron en el período 2001-2005 la ausencia de la transmisión autóctona del virus, lo que apuntaba a que el objetivo establecido en el Plan de Eliminación de la Comunidad de Madrid se había cumplido.

Objetivos: describir las características clínico-epidemiológicas de los casos sospechosos de sarampión notificados a la Red de Vigilancia de la CM durante el año 2006 y evaluar el funcionamiento del sistema de vigilancia.

Metodología: Estudio descriptivo de los casos notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica. La estrategia de vigilancia está recogida en el Protocolo de vigilancia y control del sarampión, dentro del Plan de Eliminación del Sarampión de la CM.

Resultados: en el año 2006 se notificaron 266 casos sospechosos de sarampión, de los que 164 (66,5%) se confirmaron por laboratorio o vínculo epidemiológico y 13 (4,9%) quedaron clasificados como compatibles. De los casos confirmados, 3 fueron importados. Uno de ellos, procedente del Reino Unido, ha generado un brote de ámbito comunitario, responsable del 65,5% de los casos notificados durante el año (174 casos). La duración del brote fue de 198 días. El 47,1% eran adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad y el 13,2% niños entre 6 y 11 meses. Se determinó el genotipo B3 con una secuencia genómica idéntica en todas las muestras donde

se detectó el virus. Los centros sanitarios y las escuelas infantiles han jugado un papel muy importante en la transmisión del virus. La afectación de los niños menores de 15 meses condujo a la modificación temporal de la estrategia de vacunación sistemática infantil con triple vírica.

Conclusiones: Aunque el bajo nivel de susceptibilidad frente al sarampión de la población residente en la Comunidad de Madrid está impidiendo la circulación sostenida del virus, la aparición de este brote ha evidenciado la posibilidad de que la entrada de algún caso importado pueda dar lugar a la difusión del virus en grupos de población con mayor nivel de susceptibilidad. Los centros sanitarios y las escuelas infantiles han jugado un papel importante en la transmisión del virus, por lo que el aislamiento de los casos y las medidas de control sobre los contactos adquieren una especial relevancia en estos entornos. Esta situación subraya la importancia de mantener un sistema de vigilancia y control de alta calidad, que permita la detección rápida de los casos importados y la aplicación precoz de medidas de control y la necesidad de continuar promoviendo la vacunación con triple vírica para garantizar el mantenimiento de unos altos niveles de cobertura vacunal.

1. INTRODUCCION

El sarampión es la enfermedad infecciosa más contagiosa y, entre las inmunoprevenibles, la que mayor mortalidad causa en el mundo. Su eliminación es posible gracias a las propias características del virus (el hombre es el único reservorio y el virus apenas sobrevive en el medio ambiente), a la disponibilidad de técnicas diagnósticas con suficiente sensibilidad y especificidad y a la existencia de una vacuna efectiva.

En 1998, la Oficina Regional para Europa de la O.M.S aprobó el **Plan Estratégico de Eliminación del Sarampión**, cuyos objetivos generales persiguían reducir la morbi-mortalidad del sa-

rampión y eliminar el sarampión autóctono de la Región para el año 2007. En el año 2003, la OMS elaboró el **Plan Estratégico para la eliminación del sarampión y el control del síndrome de rubéola congénita en la Región Europea**, que persigue 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^{1,2}. Recientemente, el **Plan Estratégico 2005-2010 para la eliminación del sarampión y la rubéola y la prevención de la infección por rubéola congénita en la Región Europea de la OMS** ha revisado los objetivos para el año 2010, incluyendo también la eliminación de la rubéola endémica en la Región para ese año².

En concordancia con las recomendaciones de la OMS de 1998, en España se estableció en el año 2001 el **Plan Nacional de Eliminación del Sarampión**^{3,4,5,6}, cuyo objetivo fundamental era recoger y analizar las peculiaridades epidemiológicas de presentación de la enfermedad para adaptar, de forma continuada, las estrategias y actividades encaminadas a eliminarla. Ese mismo año se puso en marcha el **Plan de Eliminación del Sarampión de la Comunidad de Madrid**^{7,8,9,10}, cuyo objetivo general era eliminar el sarampión autóctono para el año 2005, adaptando las estrategias definidas a nivel nacional a las características de presentación de la enfermedad en nuestra población, así como a las peculiaridades del sistema sanitario vigente. Los indicadores establecidos por la OMS para monitorizar la eliminación del sarampión, mostraron en el período 2001-2005 la ausencia de la transmisión autóctona del virus, lo que apuntaba a que el objetivo establecido en el Plan de Eliminación de la Comunidad de Madrid se había cumplido¹¹.

La **eliminación** puede ser definida como una situación en la que la transmisión endémica se ha interrumpido, la transmisión sostenida no puede ocurrir y la transmisión secundaria a partir de casos importados finalizará de manera natural,

sin necesidad de intervención. Si la transmisión endémica ha sido eliminada de una población, todos los casos que aparezcan deben estar relacionados con un caso importado. La transmisión de un agente infeccioso en una población depende de su infectividad y duración, de las tasas de contacto entre las personas y del nivel de susceptibilidad de la población. La combinación de estos factores puede resumirse mediante el número de reproducción efectivo (R), definido como el número medio de casos secundarios producidos por un caso típico en una población determinada. La eliminación se alcanza cuando el valor de R se mantiene por debajo de 1 de manera continuada. El hecho de que R sea menor de 1 no significa que todo el mundo sea inmune a la infección, sino que la proporción de susceptibles es lo suficientemente baja como para que la transmisión sostenida sea imposible. **La aparición de casos importados en una población cuya susceptibilidad permanece por debajo del umbral epidémico puede producir brotes epidémicos, pero no puede dar lugar al restablecimiento de la transmisión endémica**, por lo que no debe ser considerada como una amenaza a la eliminación. Más bien, proporciona una oportunidad para monitorizar la susceptibilidad de la población mediante la vigilancia del grado de transmisión secundaria de la infección^{1,2,12}.

2. OBJETIVO

Describir las características clínico-epidemiológicas de los casos sospechosos de sarampión notificados a la Red de Vigilancia de la CM durante el año 2006 y evaluar el funcionamiento del sistema de vigilancia.

3. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los casos sospechosos de sarampión notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica. La estrategia de vigilancia y control del sarampión está recogida en el **Documento Técnico del Plan de Eliminación del Sa-**

rampión de la CM⁷, donde se definen los criterios que debe cumplir un caso para ser considerado sospechoso, el modo y circuito de notificación, el formulario de notificación de caso para recoger los datos clínicos y epidemiológicos, el tipo de muestras clínicas necesarias para la confirmación del caso, las medidas de control y la clasificación definitiva del caso según el origen y el grado de certeza diagnóstica. A continuación se detallan los principales aspectos metodológicos:

3.1. Criterios de definición de caso sospechoso

- Exantema maculopapular **Y**
- Fiebre alta ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) **Y**
- Al menos uno de los siguientes síntomas: tos, coriza o conjuntivitis

3.2. Modo y circuito de notificación

- Todo caso que cumpla los criterios de definición de caso sospechoso debe ser notificado urgentemente en un plazo máximo de 24 horas a la Red de Vigilancia Epidemiológica.
- La notificación debe realizarse por teléfono o por fax a las Secciones de Epidemiología de los Servicios de Salud Pública del Área correspondiente o, en su defecto, al Servicio de Epidemiología.

3.3. Recogida de datos clínicos y epidemiológicos:

el formulario de notificación del caso recoge los siguientes tipos de variables:

- Fecha de notificación
- Datos de filiación del enfermo
- Datos clínicos
- Estado vacunal
- Antecedentes de exposición

- Datos de los colectivos
- Toma de muestras
- Resultados de laboratorio
- Clasificación del caso
- Datos del notificador
- Intervención realizada

3.4. Recogida de muestras

- Muestras clínicas necesarias de cada caso sospechoso:
 - o Dos muestras de sangre: una para serología (sin anticoagulante) y otra para aislamiento del virus (con anticoagulante).
 - o Dos muestras de orina para aislamiento del virus en un frasco estéril.
 - o Dos muestras de exudado faríngeo para aislamiento del virus, mediante frotis con hisopo e inoculado en medio de transporte.
- Momento de recogida de las muestras:
 - o Momento óptimo: entre el 3º y 4º día desde la fecha de inicio del exantema.
 - o Períodos máximos admisibles:
 - ∇ Muestra serológica: 1 mes. No antes del 3º día posterior al inicio del exantema
 - ∇ Muestras para aislamiento del virus: 10 días
- Determinaciones analíticas:
 - o Detección de anticuerpos frente a sarampión (IgM e IgG) y diagnóstico diferencial de otros exantemas (detección de anticuerpos frente a rubéola, parotiditis, parvovirus y herpes 6 y aislamiento de *S. pyogenes*) en el Laboratorio Regional de Salud Pública.
 - o Aislamiento y genotipado del virus en el laboratorio de Virología del Hospital Ramón y Cajal.

3.5. Clasificación definitiva del caso

- **Según origen:**
 - o **Caso autóctono:** todo caso que no pueda ser clasificado como importado o procedente de otra Comunidad Autónoma. Los casos vinculados epidemiológicamente a un caso confirmado son considerados autóctonos si su exposición ocurre en la Comunidad de Madrid.
 - o **Caso perteneciente a otra Comunidad Autónoma:** todo caso que, entre los 7 a 18 días que precedieron al exantema, haya permanecido en otra Comunidad Autónoma o haya mantenido en ella un contacto con un caso confirmado.
 - o **Caso importado:** todo caso confirmado de sarampión cuyo exantema se inicia en un período ≤ 18 días de su llegada de otro país, siempre que no esté vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono anterior.
- **Según grado de certeza diagnóstica:**
 - o Casos confirmados y compatibles
 - ∇ Caso confirmado microbiológicamente: **caso en el que las determinaciones de laboratorio indiquen la presencia de anticuerpos IgM frente a sarampión, seroconversión de IgG o cultivo positivo, con independencia de que la definición de caso se cumpla o no.**
 - ∇ Caso confirmado con vínculo epidemiológico: **todo caso que cumple los criterios de definición clínica sin que se disponga de pruebas de laboratorio, y que ha estado en contacto temporoespacial con otro caso de sarampión confirmado microbiológicamente, y en el cual el exantema se inició entre el 7-18 día antes del caso actual.**

Caso sospechoso clínicamente o compatible: **todo caso que cumple los criterios de definición clínica de sospecha de caso, en el que no ha sido posible recoger muestras para su confirmación por el laboratorio, y que no está vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado por laboratorio.**

- o Casos descartados
 - Todo caso sospechoso en el que las determinaciones de laboratorio aportan resultados negativos.
- o Casos vacunales
 - Casos sospechosos de sarampión con determinación positiva de IgM, que ha sido vacunado en las 6 semanas precedentes a la fecha de inicio del exantema y no tiene vínculo epidemiológico con ningún caso confirmado de sarampión

3.6. Medidas de control:

su objetivo es evitar la enfermedad en los contactos susceptibles.

- Sobre el caso:
 - o Aislamiento respiratorio.
- Sobre los contactos susceptibles:
 - o Inmunización activa o pasiva: se utiliza vacuna triple vírica o inmunoglobulina dependiendo de la edad del contacto, del tiempo transcurrido desde su primer contacto con el caso y de si el caso índice es la madre.
 - o Exclusión temporal de las personas susceptibles de una institución cuando no puedan ser vacunadas por motivos médicos o por rechazo a la vacunación.
 - o Seguimiento de los contactos susceptibles para interrumpir la transmisión lo antes posible si aparecen nuevos casos

3.7. Indicadores de calidad de la vigilancia

- **Descenso de la incidencia:** Porcentaje de descenso de la incidencia (*Total casos confirmados y compatibles en 2006 - Total casos confirmados y compatibles en 2005*) * 100 / *Total casos confirmados y compatibles en 2005*). Para su cálculo se consideran sólo los casos confirmados y compatibles autóctonos residentes en la CM.
- **Oportunidad de la notificación:** Porcentaje de casos notificados en las primeras 24 horas (*Nº casos sospechosos notificados en las primeras 24 horas* * 100 / *Total casos sospechosos notificados*). Para su cálculo se considera la fecha de inicio del exantema, por no disponer de la fecha en la que el notificador sospecha el caso.
- **Cuestionarios realizados:** Porcentaje de cuestionarios de caso realizados sobre el total de notificados (*Nº cuestionarios realizados / Total casos sospechosos notificados*).
- **Confirmación de los casos:** Porcentaje de casos esporádicos confirmados por laboratorio sobre el total de notificados (*Casos sospechosos esporádicos confirmados por laboratorio / Total casos sospechosos esporádicos notificados*).
- **Identificación de la fuente de infección:** Porcentaje de casos notificados con origen conocido (*Nº casos confirmados y compatibles con origen conocido / Total casos confirmados y compatibles*)
- **Oportunidad de la investigación epidemiológica:** Porcentaje de casos investigados en las primeras 48 horas (*Nº casos sospechosos investigados en las primeras 48 horas / Total casos sospechosos notificados*)
- **Seguimiento de la población susceptible:** Porcentaje de casos en los que se ha seguido a la población susceptible del total de casos notificados (*Nº casos confirmados y compati-*

bles en los que se ha realizado seguimiento de contactos / Total casos confirmados y compatibles).

3.8. Tipo de análisis

- **Análisis descriptivo de los casos notificados:**
 - o Clasificación según origen y grado de certeza diagnóstica.
 - o Distribución temporoespacial: casos notificados según área de residencia y fecha de inicio del exantema. En el contexto de un brote se ha definido como período epidémico el intervalo entre la fecha de inicio de los síntomas entre el primer y el último caso pertenecientes al brote. Son casos pertenecientes al brote los que han aparecido durante el período de circulación del virus causante del brote. Son casos no pertenecientes al brote aquéllos que, habiendo aparecido en este período, han sido originados por un tipo de virus de sarampión distinto o han pasado todo el período de incubación fuera de la Comunidad de Madrid.
 - o Comparación con los años anteriores.
- **Análisis descriptivo de los casos autóctonos:**
 - o Distribución temporoespacial: casos notificados según área de residencia y fecha de inicio del exantema.
 - o Características clínicas.
 - o Incidencia global y por grupos de edad. Para su cálculo se han utilizado los datos del padrón continuo de 2005.
 - o Estado vacunal
 - o Genotipos detectados
 - o Comparación con los años anteriores.

- **Intervenciones realizadas**
- **Evaluación del sistema de vigilancia:** Se ha realizado sobre todos los casos notificados o sobre los casos confirmados y compatibles, según el indicador.
 - o Demora en la notificación
 - o Muestras recogidas
 - o Demora en la recogida de muestras y devolución de resultados
 - o Grado de cumplimentación de las variables del cuestionario
 - o Cálculo de los indicadores de calidad establecidos en el Plan.

4. RESULTADOS

4.1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS NOTIFICADOS

4.1.1. Clasificación de los casos notificados según origen y grado de certeza diagnóstica

En el año 2006 se notificaron 266 casos sospechosos de sarampión, de los que 164 (66,5%) se confirmaron por laboratorio o vínculo epidemiológico y 13 (4,9%) quedaron clasificados como compatibles. De los casos confirmados, 3 fueron importados, uno del Reino Unido, otro de la Federación Rusa y otro de Etiopía. El caso importado del Reino Unido generó un brote de ámbito comunitario, responsable del 65,5% de los casos notificados durante el año (174 casos). Se descartaron 82 casos y 7 quedaron clasificados como vacunales (tabla 4.1.1).

TABLA 4.1.1

Plan de Eliminación del sarampión. Clasificación de los casos notificados. Comunidad de Madrid. Año 2001 - 2006.

CLASIFICACIÓN DE CASOS		2001	2002	2003	2004	2005	2006
Casos autóctonos o con fuente de infección desconocida	Confirmados microbiológicamente	5	8	18	3	1	152
	Confirmados por vínculo epidemiológico	3	0	0	0	0	9
	Compatibles	7	4	3	0	1	13
	TOTAL CASOS AUTÓCTONOS	15	12	21	3	2	174
	Incidencia	0,28	0,22	0,37	0,05	0,03	2,92
Casos pertenecientes a otra Comunidad Autónoma		0	0	1	0	0	0
Casos importados		3	0	0	0	2	3
TOTAL CASOS CONFIRMADOS Y COMPATIBLES		18	12	22	3	4	177
TOTAL CASOS DESCARTADOS		6	32	37	12	19	82
Casos vacunales		3	1	5	0	0	7
TOTAL CASOS NOTIFICADOS		27	45	64	15	23	266

Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

El 96,2% de los casos fueron notificados durante el período epidémico (del 9 de enero al 25 de julio): el 90,2% de los casos descartados, todos los casos vacunales y uno de los casos importados no pertenecientes al brote. Fuera del período epidémico se notificaron 8 casos descartados, 1 caso compatible y 1 caso importado (tabla 4.1.2).

4.1.2. Distribución temporoespacial de los casos notificados

En las figuras 4.1.1 y 4.1.2 se presentan las notificaciones recibidas en el año 2006 por mes de inicio de los síntomas y por área de residencia respectivamente. En todos los meses del año y en todas las áreas sanitarias se notificaron casos. El mayor número de notificaciones corresponden a casos que iniciaron síntomas en el mes de mayo y a residentes en el área 11.

4.2. Descripción del brote de ámbito comunitario

(El informe del brote está publicado en el Boletín Epidemiológico de la CM¹³)

El caso importado del Reino Unido originó un brote de 174 casos, 153 confirmados por laboratorio, 9 por vínculo epidemiológico y 12 compatibles. La duración del brote fue de 198 días (del 9 de enero al 25 de julio). El 84,6% de los casos eran originarios de España. El rango de edad osciló entre 2 meses y 37 años. La incidencia de casos en la población menor de 37 años en el período epidémico fue de 5,71 casos por 100.000. El 47,1% eran adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad y el 13,2% niños entre 6 y 11 meses. La incidencia más elevada se observó en el grupo de menores de un año (35,87), seguida de la del grupo de 1 a 4 años (16,23). El 37,4% requirió ingreso hospitalario. Presentaron complicaciones el 9,8% de los casos, siendo la más frecuente la neumonía, y no se produjo

TABLA 4.1.2

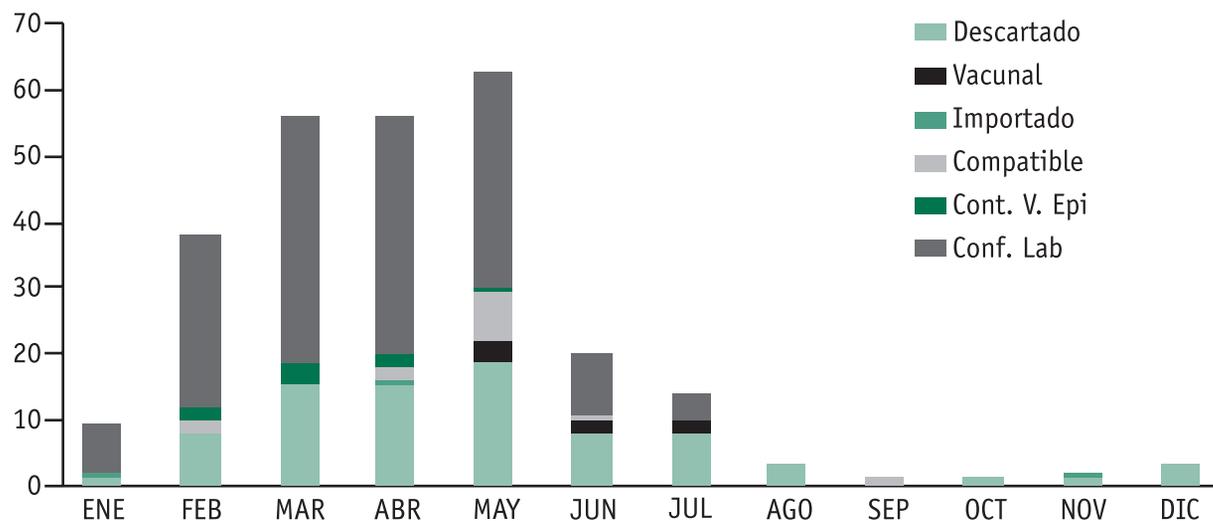
Plan de Eliminación del sarampión. Clasificación de los casos notificados según momento de aparición. Comunidad de Madrid. Año 2001 - 2006.

CLASIFICACIÓN DE CASOS		PERIODO EPIDÉMICO		
		SÍ	NO	TOTAL
Casos con fuente de infección en la CM o desconocida	Confirmados microbiológicamente	152	0	152
	Confirmados por vínculo epidemiológico	9	0	9
	Compatibles	12	1	13
	TOTAL	173	1	174
Casos importados		2	1	3
Casos vacunales		7	0	7
Casos descartados		74	8	82
TOTAL CASOS NOTIFICADOS		256	10	266

Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

FIGURA 4.1.1

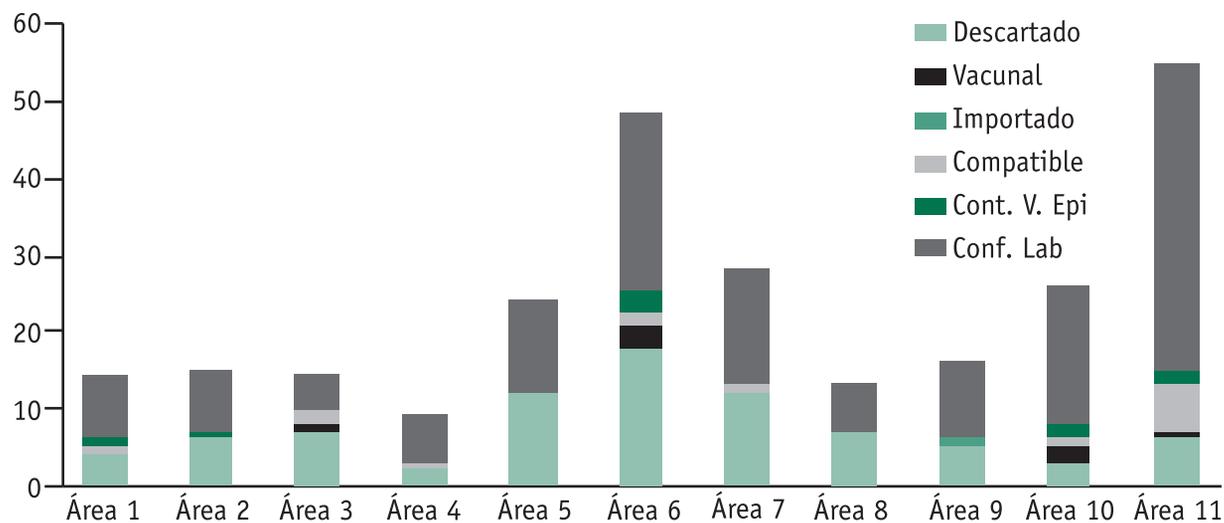
Plan de eliminación del sarampión. Casos notificados por mes de inicio de los síntomas. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

FIGURA 4.1.2

Plan de eliminación del sarampión. Casos notificados por área de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

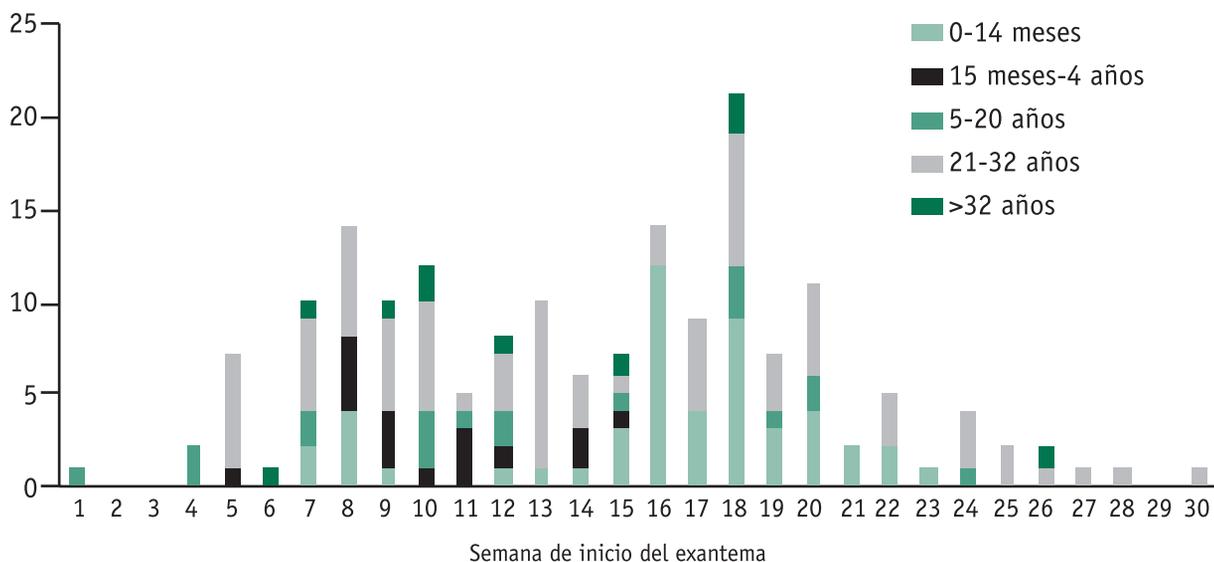
ningún fallecimiento. El 9,2% de los casos tenían antecedentes de vacunación documentados, de los que 2 casos habían recibido dos dosis y los 14 restantes una dosis.

La magnitud del brote fue especialmente importante entre las semanas 7 y 10 y las semanas 16 y 20 (figura 4.1.3). El incremento de casos en el segundo intervalo coincidió con el aumento de casos menores de 15 meses y la detección de la circulación del virus en escuelas infantiles. Se detectó un vínculo con otro caso en el 58,6% de los mismos, agrupados en 24 agregaciones distintas. Los colectivos más frecuentemente implicados en dichas agrupaciones fueron los familiares, seguidos de los **centros hospitalarios** y de las **escuelas infantiles**. La transmisión de la infección en 8 centros sanitarios originó 16 casos (13 trabajadores sanitarios y 3 casos comunitarios).

El virus del sarampión se detectó por cultivo en el 31,0% de los casos, en la mayor. El genotipo se determinó en el 90,7% de las muestras positivas y en todas ellas se encontró el genotipo B3 con una secuencia genómica idéntica, lo que indica un origen común de todos los casos. Desde el último cuatrimestre del año 2005 se habían 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 habían 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 importado¹⁴.

FIGURA 4.1.3

Brote de sarampión de ámbito poblacional. Casos por semana de inicio del exantema y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

4.3. Medidas de prevención y control

- o **Medidas adoptadas sobre los casos:** aislamiento respiratorio de los casos durante el período de transmisibilidad.
- o **Medidas adoptadas a nivel poblacional**
 - Difusión de notas informativas a la Red Sanitaria Asistencial sobre la existencia del brote de ámbito comunitario y las medidas de vigilancia, prevención y control.
 - Modificación temporal de la estrategia de vacunación sistemática infantil hasta la extinción de la situación de riesgo de transmisión del virus. La recomendación consistió en adelantar la edad de administración de la primera dosis de vacuna frente al sarampión a los 12 meses de edad y administrar una dosis suplementaria de vacuna a los niños comprendidos entre los 6 y los 11 meses de edad. Esta medida estuvo vigente desde el 12 de mayo hasta el 1 de octubre.

5. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA

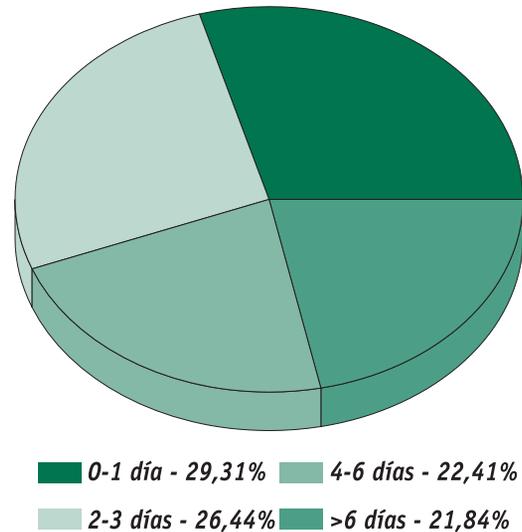
La evaluación del sistema de vigilancia se ha realizado considerando sólo los datos de los casos confirmados y compatibles pertenecientes al brote. Estos indicadores fueron calculados en el contexto del brote y no presentan diferencias con los estimados a partir del conjunto de casos notificados en el año.

5.1. Demora en la notificación del caso sospechoso a la Red de Vigilancia

El 29,3% de los casos se notificaron dentro de las 24 horas desde el inicio del exantema. El 55,7% de los casos (97 de 174) fueron notificados en los tres primeros días desde el inicio del exantema, plazo máximo para la administración de la vacuna triple vírica a los contactos susceptibles (figura 5.1.1).

FIGURA 5.1.1

Plan de eliminación del sarampión. Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio del exantema y la fecha de notificación*. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

5.2. Muestras analizadas

Se recogieron muestras de suero en el 94,8% de los casos. En el 61,5% se recogió al menos una muestra para cultivo y en el 32,8% los tres tipos de muestra (tabla 5.1.1).

5.3. Demora en la recogida de muestras y devolución de resultados

El tiempo transcurrido desde la fecha de inicio del exantema y la recogida de muestras para serología se ha calculado sobre 150 casos (86,2%), en la recogida de muestras para cultivo sobre 84 (48,3%) y en la devolución de los

TABLA 5.1.1.

**Plan de eliminación del sarampión. Recogida de muestras.
Comunidad de Madrid. Año 2006.**

		NÚMERO	PORCENTAJE
Muestras para serología		165	94,8
Muestras para cultivo	Al menos una	107	61,5
	Todas	57	32,8
Total		174	100,0

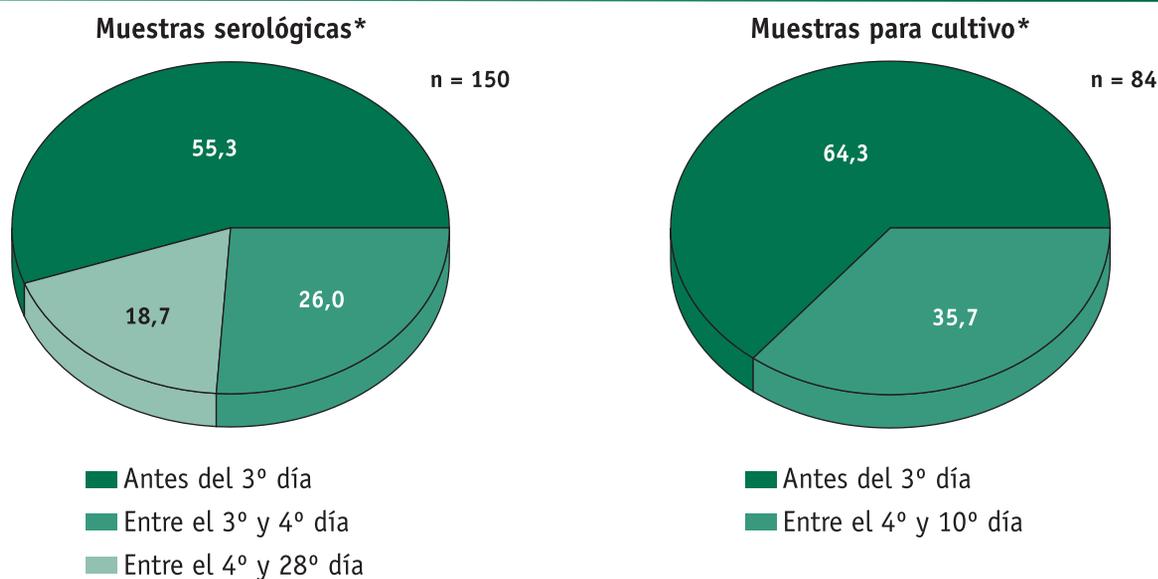
Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

resultados serológicos sobre 127 (73,0%), ya que en el resto no se dispone de las fechas necesarias para realizar el cálculo o no se realizó recogida.

La **recogida de muestras para determinación serológica** se llevó a cabo entre el 3º y el 4º día después del inicio del exantema en el 26,0% de los casos (39 de 150) y entre el 3º y el 28º días en el 44,7% de los casos (67 de 150). En el 55,3%

FIGURA 5.1.3

Plan de eliminación del sarampión. Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio del exantema y la fecha de recogida de muestras. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

(83 de 150) se recogieron las muestras antes de los 3 días, de los que se obtuvo una segunda muestra en 8. En ningún caso la muestra serológica se recogió después de 28 días desde el inicio del exantema (figura 5.1.3). Por tanto, si se consideran todos los casos excepto aquéllos sin fecha de recogida de suero, la recogida fue correcta en el **47,2%** de los casos (75 de 159).

En relación con la **recogida de muestras para cultivo**, el 64,3% (54 de 84) se recogieron en los 3 primeros días desde el inicio del exantema y el resto (30 de 84) entre el 4º y el 10º (figura 5.1.3). Por tanto, si se consideran todos los casos excepto aquéllos sin fecha de recogida de muestras para cultivo, la recogida fue correcta en el **55,6%** (84 de 151).

La rentabilidad del cultivo del virus depende tanto del momento de la recogida de la muestra

como de la calidad de la misma. En el **50,5%** de los casos con al menos una muestra de cultivo recogida se detectó el virus (54 de 107). Entre las muestras recogidas en los tres primeros días, el 48,1% fueron positivas (26 de 54) y entre las recogidas entre el 4º y el 28º día lo fueron el 43,3% (13 de 30).

La **devolución de los resultados serológicos** se llevó a cabo al día siguiente de la extracción en el 39,4% de los casos (50 de 127) y entre el 2º y el 7º día en el 44,9% (57 de 127) (figura 5.1.4). Por tanto, el **84,3%** de los resultados fueron informados dentro del plazo de 7 días desde la fecha de inicio del exantema (107 de 127).

5.4. Grado de cumplimentación de las variables del cuestionario

En la tabla 5.1.2 se presenta el grado de cumplimentación de las variables del cuestionario. Estas variables incluyen datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

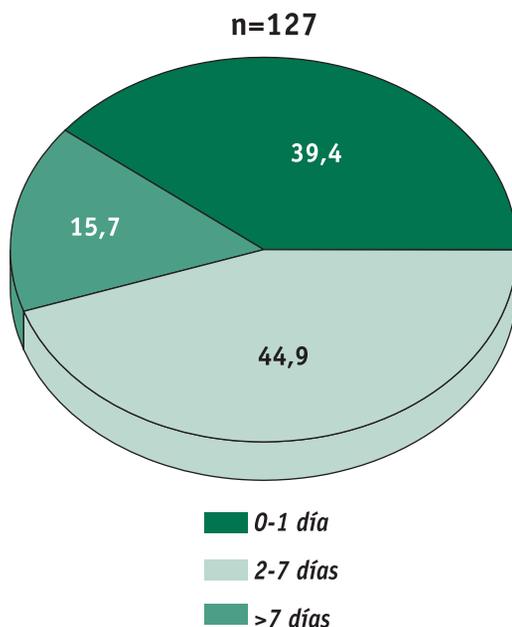
El 50,0% de las variables presentadas en la tabla 5.1.2 muestran un nivel de cumplimentación superior al 90,0%, el 21,4% entre 80 y 90% y el 28,6% menos del 80%. Las variables con peor grado de cumplimentación son la documentación del estado vacunal, los antecedentes de contacto con otro caso y de viajes, la recogida de muestras para cultivo y la realización de seguimiento de los contactos y de intervención en el colectivo.

5.5. Indicadores de calidad de la vigilancia del sarampión. Año 2006

En la tabla 4.2.3 se presentan los indicadores de calidad de vigilancia del sarampión establecidos en el Plan de Eliminación de la CM. La incidencia de casos autóctonos ha aumentado considerablemente debido a la aparición del brote de ámbito comunitario. El 45,4% de los casos del brote fueron secundarios a un caso conoci-

FIGURA 5.1.4

Plan de eliminación del sarampión. Tiempo transcurrido entre la extracción de la muestra de serología y la devolución de resultados. Comunidad de Madrid. Año 2006



Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

TABLA 5.1.2**Plan de eliminación del sarampión. Grado de cumplimentación de las variables de los protocolos. Comunidad de Madrid. Año 2006.**

VARIABLE	PORCENTAJE	VARIABLE	PORCENTAJE
Area del notificador	100	Coriza	81,6
Fecha de notificación	100	Conjuntivitis	79,8
Edad	100	Complicaciones	91,4
Sexo	100	Estado vacunal	81,0
Area de residencia	100	Vacunación documentada ⁱⁱ	63,0
Distrito de residencia	96,6	Antecedentes contacto caso	75,9
Zona básica de residencia	96,6	Antecedentes de viaje	78,7
Fecha inicio síntomas	100	Recogida de muestra de suero	100
Ingreso hospitalario	91,4	Fecha recogida muestra suero ⁱⁱⁱ	90,9
Fecha de ingreso ⁱ	98,5	Fecha resultado serológico ⁱⁱⁱ	84,2
Exantema	99,4	Recogida de muestra cultivo	61,5
Fecha inicio exantema	100	Fecha recogida muestra cultivo ⁱⁱⁱ	78,5
Fiebre	97,7	Seguimiento de los contactos ^{iv}	43,8
Tos	85,0	Intervención en el colectivo ^{iv}	24,8

Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

ⁱIncluye sólo casos ingresados; ⁱⁱIncluye sólo casos vacunados; ⁱⁱⁱIncluye sólo casos con muestra recogida^{iv}Incluye casos con cumplimentación de recogida de al menos un tipo de muestra para cultivo**TABLA 5.1.3****Plan de eliminación del sarampión. Indicadores de calidad de la vigilancia. Comunidad de Madrid. Año 2005.**

INDICADOR	RESULTADO
Descenso de la incidencia ⁱ	+9.633,3%
Oportunidad de la notificación ^{ii,iii}	29,3%
Cuestionarios realizados ⁱⁱⁱ	100%
Confirmación de los casos ^{iv}	66,5%
Fuente de infección ⁱⁱⁱ	45,4%

Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

ⁱ Casos confirmados autóctonos residentes en la CM; ⁱⁱ Desde fecha de inicio del exantema; ⁱⁱⁱ Indicador calculado sólo con los casos pertenecientes al brote comunitario; ^{iv} Indicador calculado con todos los casos notificados en el año

*Los indicadores "oportunidad de la investigación" y "seguimiento de la población susceptible" no se han calculado porque no se recogen la fecha de inicio de la investigación ni la existencia de casos susceptibles de seguimiento en el colectivo.

do (el primero del brote, probablemente vinculado a otros casos en el Reino Unido, y todos los casos de las 24 agregaciones detectadas menos el primero de cada una).

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque el bajo nivel de susceptibilidad frente al sarampión de la población residente en la Comunidad de Madrid está impidiendo la circulación sostenida del virus, la aparición de un brote de ámbito poblacional en los primeros meses del año 2006 ha evidenciado la posibilidad de que la entrada de algún caso importado pueda dar lugar a la difusión del virus en grupos de población con mayor nivel de susceptibilidad.

La enfermedad ha afectado principalmente a cohortes de **población adulta joven** con baja cobertura vacunal y a **niños menores de 15 meses**, que aún no han recibido la primera dosis de triple vírica. Los **centros sanitarios** y las **escuelas infantiles** han jugado un papel importante en la transmisión del virus debido a la mayor probabilidad de agregación de contactos susceptibles en estos colectivos, por lo que el aislamiento de los casos y las medidas de control sobre los contactos adquieren una especial relevancia en estos entornos. En los centros sanitarios es necesario disponer de un sistema capaz de **detectar con rapidez los casos sospechosos de enfermedades infecciosas de elevada transmisibilidad y garantizar la existencia de zonas específicas para un adecuado aislamiento**. Asimismo, se debe **asegurar un adecuado estado inmunitario frente al sarampión en los trabajadores de los centros sanitarios** a través de los Servicios Hospitalarios de Salud Laboral y de Medicina Preventiva.

Esta situación subraya la importancia de mantener un **sistema de vigilancia y control de alta calidad**, que permita la detección rápida de los casos importados y la aplicación precoz de medidas de control, especialmente ante la evidente circulación del virus en países de nuestro entorno actual, como ha evidenciado la aparición de

diversos brotes epidémicos a lo largo del año. La alta proporción de casos en adultos jóvenes hace necesario que la sospecha de sarampión sea considerada en el **diagnóstico diferencial de los cuadros exantemáticos febriles en la población adulta joven**.

Asimismo, es necesario **continuar promoviendo la vacunación con triple vírica** para garantizar el mantenimiento de unos altos niveles de cobertura vacunal, con el apoyo de encuestas de serovigilancia y de cobertura vacunal periódicas que permitan conocer el patrón de susceptibilidad de nuestra población y disponer de información para orientar las medidas de prevención necesarias en grupos específicos.

La reciente elaboración del **Plan Estratégico de la OMS para la eliminación del sarampión y de la rubéola y el control del síndrome de rubéola congénita en la Región Europea** plantea la necesidad de revisar las estrategias de vigilancia y control, de tal manera que se lleve a cabo una aproximación integral y eficiente de ambos problemas de salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- World Health Organization, 2003. Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO
- 2.- Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection. WHO European Region strategic plan 2005-2010. <http://www.euro.who.int/document/E87772.pdf>
- 3.- Plan de Eliminación del Sarampión en España. Instituto de Salud "Carlos III". Madrid, 2000. <http://193.146.50.130/vacunab/sara.pdf>
- 4.- Amela Heras C., Pachón del Amo I. La vigilancia epidemiológica del sarampión en el contexto del "Plan de acción para eli-

- minar el sarampión en España. Bol Epidemiol Semanal 2000; 8 (16): 169-172. <http://193.146.50.130/bes/bes0037.pdf>
- 5.- Peña-Rey I, Sanz Ortiz MC, Amela Heras C. Plan Nacional de Eliminación del Sarampión. Evaluación del año 2002. Bol Epidemiol Semanal 2003; 11(7): 73-76. <http://193.146.50.130/bes/bes0314.pdf>
 - 6.- Amela Heras C., Pachón del Amo I, Sanz Ortiz MC, Peña-Rey I. Plan de Eliminación del sarampión. Evaluación del año 2001 y primer semestre del año 2002. Bol Epidemiol Semanal 2002; 10(18): 185-188. <http://193.146.50.130/bes/bes0234.pdf>
 - 7.- Plan de Eliminación del Sarampión en la CM. Documento Técnico de Salud Pública nº 73. Instituto de Salud Pública de la CM, 2002. http://www.madrid.org/sanidad/salud/publicaciones/pdf_DT/DT73.pdf
 - 8.- Estrategia de vigilancia del sarampión. Bol Epidemiol CM, 2001; 7(8): 31-43
 - 9.- Casos de sarampión notificados en la Comunidad de Madrid. Año 2001, situación hasta el 31 de agosto. Bol Epidemiol CM, 2001; 7(8): 44-47
 - 10.- ORDEN 186/2001, de 9 de mayo, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la CM. http://icmweb06.icm.es/comun/0,2616,3029_14210_80749_185102_20010518_6,00.html
 - 11.- Plan de Eliminación del Sarampión. Comunidad de Madrid. Informe de Vigilancia Epidemiológica. Período 2001-2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2006; 12 (8)
 - 12.- Gaston De Serres, Nigel J. Gay, and C. Paddy Farrington. Epidemiology of Transmissible Diseases after Elimination. Am J Epidemiol, 2000; 151(11): 1039-1048
 - 13.- Brote de sarampión de ámbito poblacional. Informe de vigilancia epidemiológica. Comunidad de Madrid, año 2006. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2006; 12 (8)
 - 14.- Health Protection Agency. Outbreak of measles in Doncaster. CDR Weekly 2006; 16 (5). <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2006/cdr1506.pdf>
 - 15.- Perucha, E Ramalle-Gómara, ME Lezaun, A Blanco, C Quiñones, M Blasco, MA González, C Cuesta, JE Echevarría, MM Mosquera, F de Ory. A measles outbreak in children under 15 months of age in La Rioja, Spain, 2005-2006. Euro Surveill 2006;11(10). (<http://www.eurosurveillance.org/em/v11n10/1110-222.asp>)
 - 16.- van Treeck U. Measles outbreak in Germany: over 1000 cases now reported in Nordrhein Westfalen. Euro Surveill 2006;11(5):E060511.1. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060511.asp#1>)
 - 17.- van Treeck U, Wichmann O. Measles outbreak in Germany: update. Euro Surveill 2006;11(4):E060413.1. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060413.asp#1>)
 - 18.- Muscat M, Christiansen A, Persson K, Plesner A, Böttiger B, Glismann S, Romanus V. Measles outbreak in the Øresund region of Denmark and Sweden. Euro Surveill 2006;11(3):E060330.4. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060330.asp#4>)
 - 19.- Spika J, Aidyralieva C, Mukharskaya L, Kostyuchenko N, Mulders M, Lipskaya G, Emiroglu N. Measles outbreak in the Ukraine, 2005-2006. Euro Surveill 2006;11(3):E060309.1. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060309.asp#1>)

- www.eurosurveillance.org/ew/2006/060309.asp#1)
- 20.- Georgakopoulou T, Grylli C, Kalamara E, Katerelos P, Spala G, Panagiotopoulos T. Current measles outbreak in Greece. Euro Surveill 2006;11(2):E060223.2. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060223.asp#2>)
- 21.- A Filia, F Curtale, P Kreidl, G Morosetti, L Nicoletti, F Perrelli, J Mantovani, D Campus, G Rossi, MC Sanna, A Zanetti, F Magurano, C Fortuna, S Iannazzo, MG Pompa, M Ciofi degli Atti. Cluster of measles cases in the Roma/Sinti population, Italy, June-September 2006 Euro Surveill 2006;11(10):E061012.2. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061012.asp#2>)
- 22.- P Stefanoff, MP Czarkowski. Unexpected rise in measles incidence in Poland in 2006 may be related to Ukrainian outbreak. Eurosurveillance 2006;11 (6): E060629.3 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060629.asp#3>)
- 23.- EO Samoilovich, MA Yermalovich, GV Semeiko, EI Svirchevskaya, MI Rimzha, LP Titov. Outbreak of measles in Belarus, January-June 2006 Eurosurveillance 2006;11 (7): 060727 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060727.asp#3>)
- 24.- Measles outbreak in the Barcelona Region on Catalonia, Spain, October 2006 to February 2007. Euro Surveill 2007;12(2) (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2007/070222.asp#2>)
25. An outbreak of measles in Apulia, Italia, November 2006-January 2007. Euro Surveill 2007;12(4) (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2007/070405.asp#1>)



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.

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.

VARICELA

Durante el año 2006 se notificaron 36.329 casos de varicela, lo que supone una incidencia acumulada (IA) de 190,77 casos por 100.000 habitantes. Durante el mismo periodo del año 2005 se produjeron 22.477 casos de varicela (IA = 376,87 casos por 100.000 habitantes).

En el gráfico 1 se muestra la evolución del número de casos de varicela desde el año 2001. El número va aumentando desde la semana 1 a lo largo del invierno y la primavera y alcanza el máximo alrededor de la semana 22 (primera semana de junio) para luego descender hasta alcanzar mínimos anuales hacia la semana 40 (principios de octubre) y posteriormente ascender ligeramente. Durante el año 2006 y hasta la semana 16 el número de casos superó el percentil 75 del quinquenio anterior, posteriormente el

número de casos semanales fue igual o inferior a la mediana de los 5 años previos.

En el gráfico 2 se muestra la incidencia semanal (número de casos por 100.000 habitantes) en el periodo 1998-2006.

Las áreas sanitarias que presentaron la mayor incidencia en la Comunidad de Madrid fueron la 3 (867,87 casos por 100.000 habitantes), la 6 (792,25 casos por 100.000), la 9 (687,06 casos por 100.000) y la 7 (611,91 casos por 100.000). Los distritos sanitarios que mostraron mayor incidencia fueron Collado Villalba (1013,25 casos por 100.000 habitantes), Alcalá de Henares (893,38 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (813,82 casos por 100.000 habitantes) y Fuenlabrada (790,58 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 1).

GRÁFICO 1

**Patrón temporal de casos de varicela en la Comunidad de Madrid.
Periodo 2001-2006.**

Número de casos

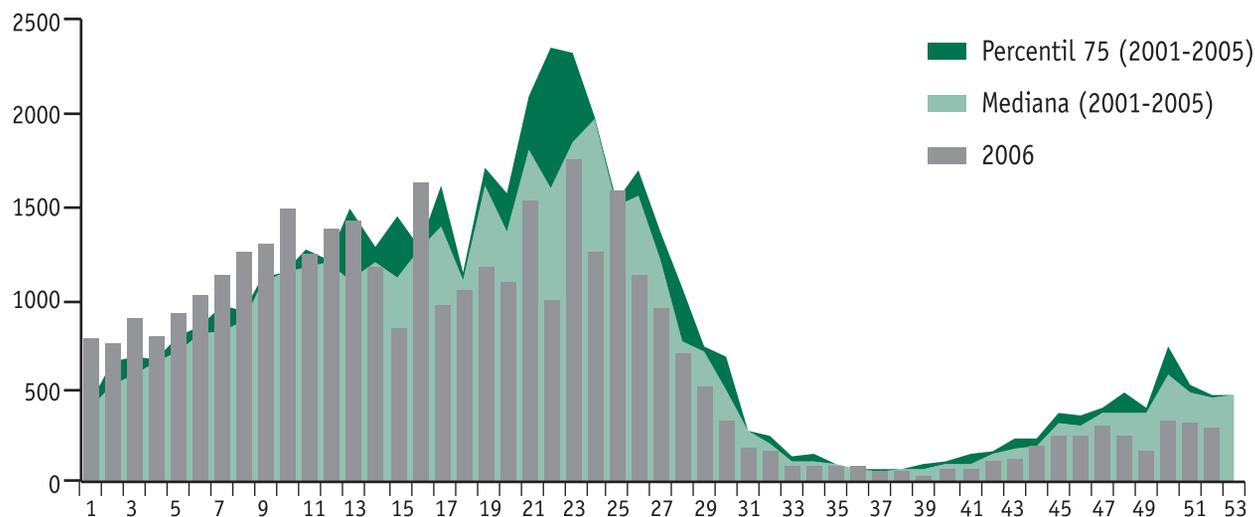


GRÁFICO 2

**Incidencia semanal de varicela en la Comunidad de Madrid.
Periodo 1998-2006.**

Incidencia

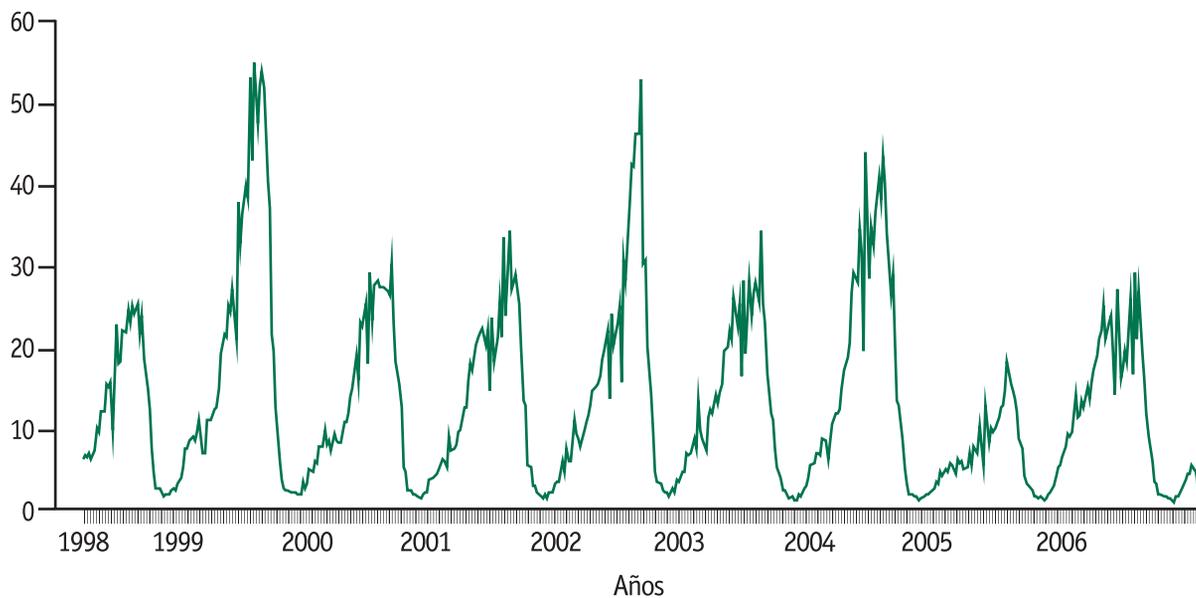


TABLA 1

Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid Año 2007, semanas 1 a 4 (del 31 diciembre de 2006 al 27 enero de 2007).

ENFERMEDADES	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6	
	ACTUAL	ACUMUL.										
Inf que causan meningitis												
Enf. meningocócica	1	1	2	2	1	1	4	4	1	1	1	1
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Meningitis bacterianas, otras	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Meningitis víricas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3
Enf. neumocócica invasora	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis víricas												
Hepatitis A	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	3	3
Hepatitis B	0	0	3	3	0	0	1	1	1	1	1	1
Hepatitis víricas, otras	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Enf transmisión alimentos												
Botulismo	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
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf transmisión respiratoria												
Gripe	1368	1368	1084	1084	1174	1174	1125	1125	1664	1664	1820	1820
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Varicela	214	214	121	121	80	80	75	75	114	114	222	222
Enf transmisión sexual												
Infección Gonocócica	1	1	1	1	0	0	1	1	2	2	1	1
Sífilis	0	0	4	4	1	1	1	1	1	1	0	0
Antropozoonosis												
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia	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
Parotiditis	7	7	10	10	5	5	7	7	6	6	15	15
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Enf importadas												
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
Peste	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
Tuberculosis *												
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf notificad sist especiales												
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POBLACIONES **	738.481		443.547		341.411		573.659		727.112		621.395	
COBERTURA DE MÉDICOS	66,03%		70,69%		97,76%		88,19%		66,52%		95,62%	

* 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 Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.

TABLA 1

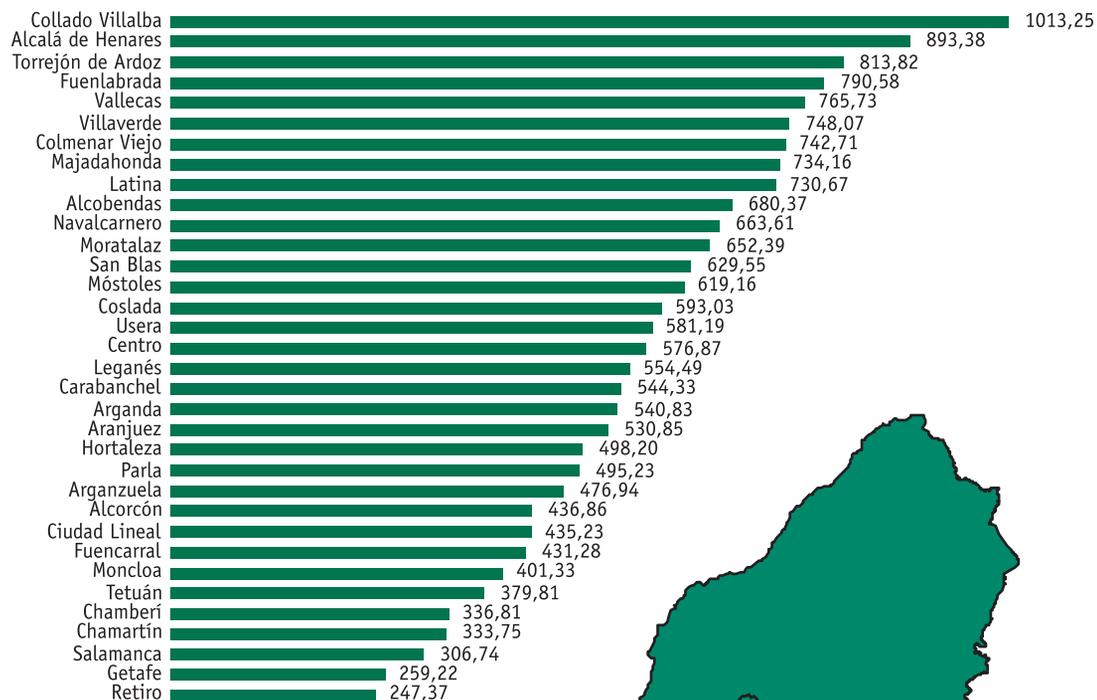
Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid Año 2007, semanas 1 a 4 (del 31 diciembre de 2006 al 27 enero de 2007).

ENFERMEDADES	ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL	
	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.								
Inf que causan meningitis												
Enf. meningocócica	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2	14	14
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Meningitis bacterianas, otras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Meningitis víricas	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	13	13
Enf. neumocócica invasora	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Hepatitis víricas												
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	8	8
Hepatitis B	5	5	4	4	0	0	0	0	3	3	19	19
Hepatitis víricas, otras	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	9	9
Enf transmisión alimentos												
Botulismo	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
Disentería	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf transmisión respiratoria												
Gripe	1458	1458	1451	1451	963	963	669	669	2259	2259	15052	15052
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Varicela	73	73	122	122	175	175	97	97	217	217	1512	1512
Enf transmisión sexual												
Infección Gonocócica	4	4	0	0	1	1	0	0	1	1	12	12
Sífilis	4	4	0	0	5	5	1	1	7	7	26	26
Antropozoonosis												
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia	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
Parotiditis	4	4	7	7	8	8	1	1	6	6	81	81
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Enf importadas												
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	5
Peste	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
Tuberculosis *												
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf notificad sist especiales												
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POBLACIONES **	554.492		460.826		395.016		311.468		796.736		5.964.1435	
COBERTURA DE MÉDICOS	63,77%		73,67%		68,43%		58,46%		65,80%		73,87%	

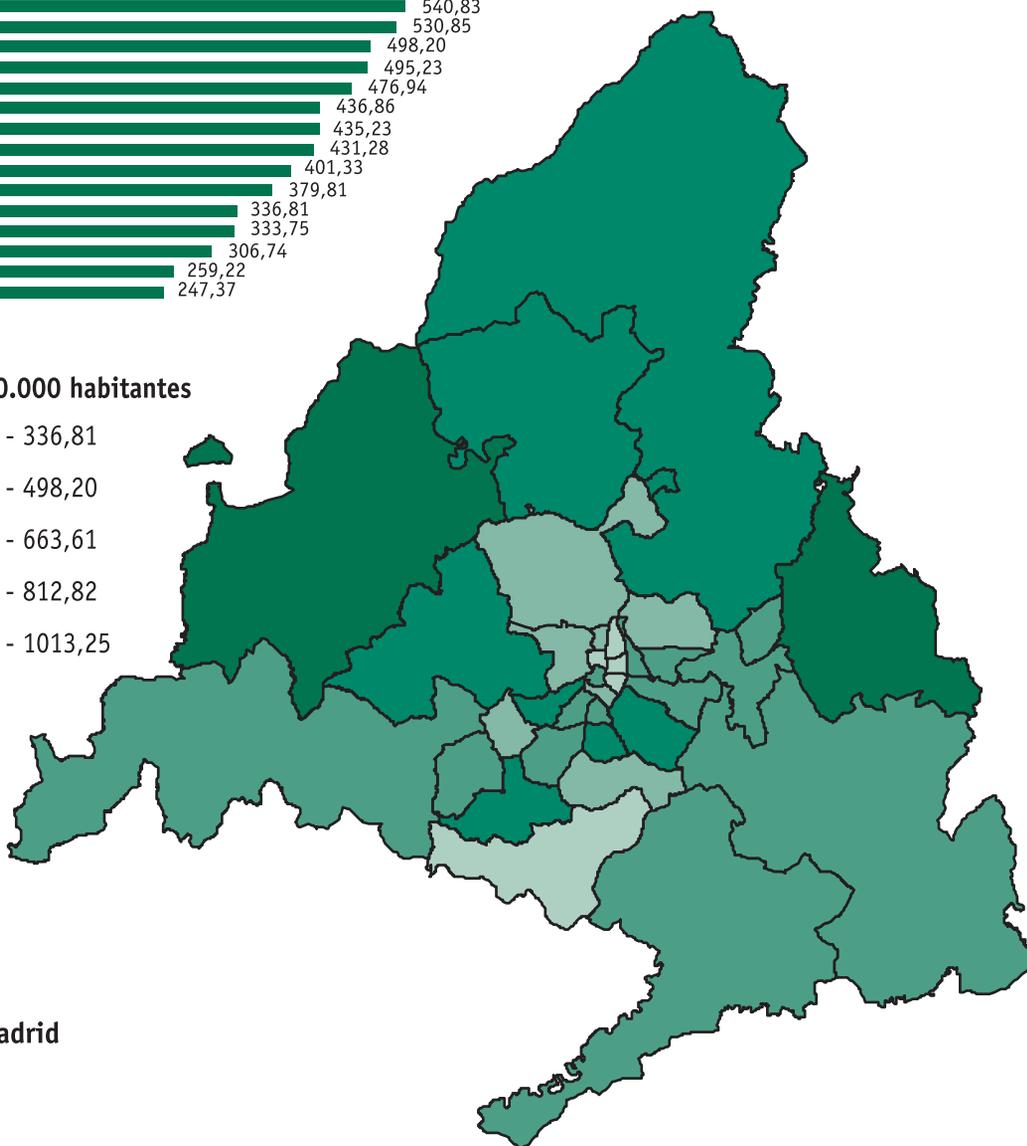
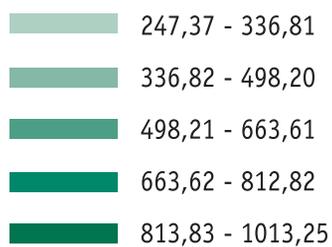
* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2004 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a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

MAPA 1

Varicela. Incidencia por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid. Año 2006.



Incidencia por 100.000 habitantes



Comunidad de Madrid



BROTOS EPIDÉMICOS.

COMUNIDAD DE MADRID.

SEMANAS 1 a 4 (del 31 de diciembre de 2006 al 27 de enero de 2007)

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 período 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.

TABLA 1

Brotes de origen alimentario. Año 2007. Semanas 1 a 4.

ÁREA	LOCALIZACIÓN	ÁMBITO	EXP.	ENFER.	VEHÍCULO SOSPECHOSO	AGENTE CAUSAL
2	Madrid (Salamanca)	Restaurante	9	5	Desconocido	Desconocido
5	Rascafría	Familiar	16	16	Mayonesa casera	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Centro)	Restaurante	2	2	Calamares fritos	Desconocido
8	Móstoles	Familiar	2	2	Setas con huevo	Desconocido
10	Parla	Colegio	187	20	Cocido	Desconocido

* Agente causal no confirmado por laboratorio
EXP= Expuestos; ENFER= Enfermos

TABLA 2

Brotes de origen no alimentario. Año 2007. Semanas 1 a 4.

ÁREA	TIPO DE BROTE	LOCALIZACIÓN	ÁMBITO	EXP.	ENFER.	AGENTE CAUSAL
2	Parotiditis	Madrid (Chamartín)	Colegio	350	160	V. parotiditis*
3	Rubéola	Alcalá de Henares	Familiar	3	3	V. rubéola*
6	GEA	Collado Villalba	Residencia PPMM	34	7	Virus*
6	GEA	Las Rozas de Madrid	Residencia PPMM	322	22	Norovirus
7	GEA	Madrid (Centro)	Residencia PPMM	87	30	Norovirus
9	Parotiditis	Leganés	I. Ens. Secundaria	561	3	V. parotiditis
9	Parotiditis	Fuenlabrada	Colegio	400	10	V. Parotiditis

* Agente causal no confirmado por laboratorio
EXP= Expuestos; ENFER= Enfermos; GEA = Gastroenteritis aguda; PPMM= Personas mayores

Durante el primer periodo cuatrisesenal de 2007 (31 de diciembre de 2006-27 de enero de 2007) han ocurrido **5 brotes de origen alimentario**. Los brotes con mayor número de casos han tenido lugar en un centro escolar y en un grupo familiar de 16 personas. No se han producido ingresos hospitalarios en ninguno de los brotes de origen alimentario notificados.

En este periodo se han notificado 7 **brotes de origen no alimentario**. El único ingreso hospitalario conocido ocurrió en un brote de gastroenteritis aguda por norovirus que afectó a 26 residentes y 4 trabajadores de una Residencia de Personas Mayores del municipio de Madrid. Destacan los brotes de parotiditis que

han afectado a 173 niños y adolescentes de tres centros educativos ubicados en distintas zonas de la Comunidad de Madrid. Desde el año 2006 se viene detectando un incremento en la incidencia anual de parotiditis en la Comunidad de Madrid, incremento observado también a nivel nacional y en otros países. Las medidas de prevención y control en el entorno de los casos detectados deben ir dirigidas prioritariamente a los contactos que pertenezcan a cohortes vacunadas y no hayan recibido dos dosis de la vacuna triple vírica constituidas por alguna de las cepas más inmunógenas y a los contactos de cohortes no vacunadas que hayan nacido con posterioridad a 1965.

TABLA 3

Número de brotes y casos asociados.

Año 2007. Semanas 1-4 y datos acumulados hasta la semana 4.

Brotes de origen alimentario	Nº DE BROTES		Nº DE CASOS	
	SEMANAS 1-4	ACUMULADO	SEMANAS 1-4	ACUMULADO
Bares, restaurantes y similares	2	2	7	7
Familiar	2	2	18	18
Centros escolares y similares	1	1	20	20
Residencias de Personas Mayores	0	0	0	0
Otras Residencias	0	0	0	0
Centros penitenciarios o de internamiento	0	0	0	0
Ámbito desconocido	0	0	0	0
Total	5	5	45	45
Brotes de origen no alimentario	SEMANAS 1-4	ACUMULADO	SEMANAS 1-4	ACUMULADO
Gastroenteritis aguda	3	3	59	59
Parotiditis	3	3	173	173
Rubéola	1	1	3	3
Total	7	7	235	235
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	12	12	280	280



RED DE MÉDICOS CENTINELA.

Período analizado: Año 2007, semanas 1 a 4
(Del 31 de diciembre de 2006 al 27 de enero de 2007)

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 33 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, 2005» (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de julio 2006, Volumen 12, nº 7, disponible en <http://www.madrid.org>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en la misma página de internet.

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 59,9 %.

VARICELA

Durante las semanas 1 a 4 del año 2007 han sido declarados 25 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 43,3 casos por 100.000 personas (IC 95%: 26,3 - 60,2). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2004, 2005 y 2006.

De los casos notificados, el 64 % se dio en hombres y el 36 % en mujeres. El 92 % de los casos registrados se dio en niños menores de 10 años. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

En el 60 % de los casos se recogió como fuente de exposición el contacto con otros caso de varicela, y en el 56 % de los casos el lugar de exposición notificado fue la guardería o el colegio (Tabla 1).

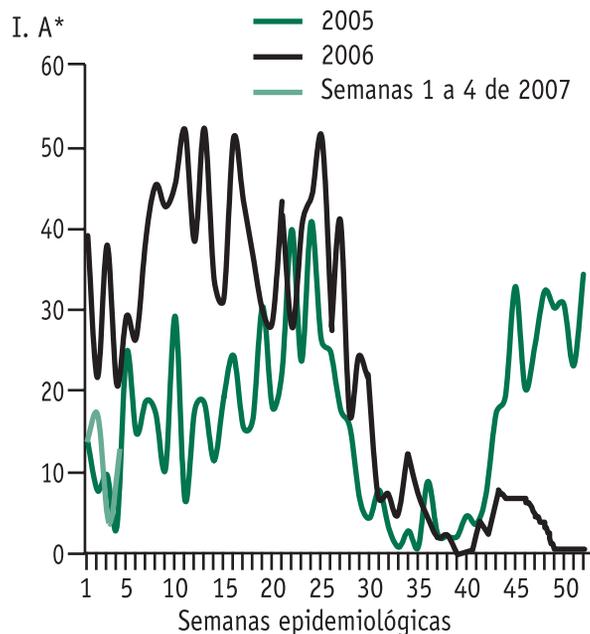
En el período estudiado sólo se registró una complicación, una infección cutánea en una niña de 3 años.

HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 12 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 1 a 4, lo que representa una incidencia acumulada de 33,6 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 18,1 - 49,2). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2006 y 2007. El 41,6 % de los casos se dio en mujeres y el 55,4 % en hombres. El 66,6 % de los casos se dio en personas mayores de 45 años. La incidencia por grupos de mayor edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 1

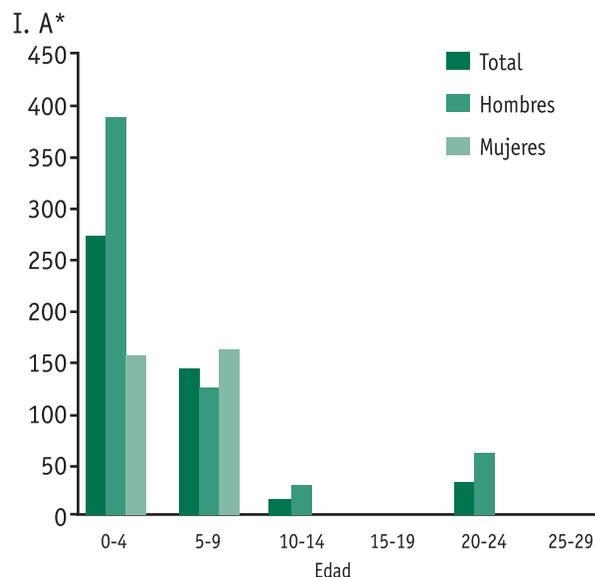
Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005, 2006 y 2007.



* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes

GRÁFICO 2

Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2007.



* Incidencia acumulada por grupos de edad por 100.000 habitantes

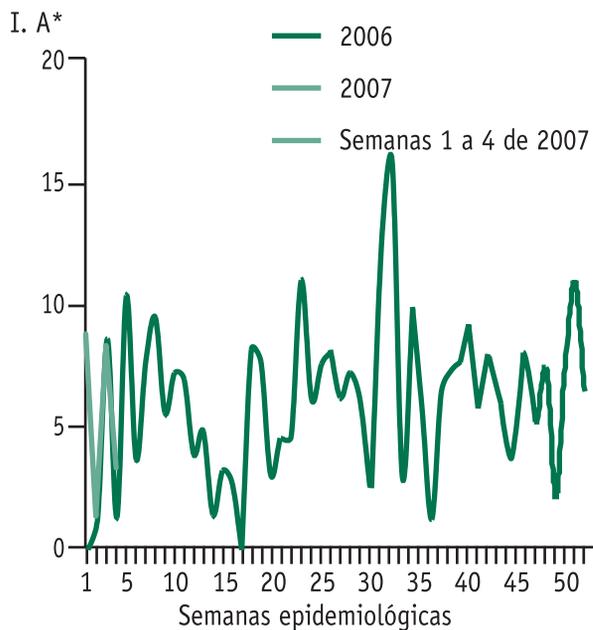
TABLA 1

Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2007.

FUENTE DE EXPOSICIÓN			LUGAR DE EXPOSICIÓN	
	N	%	N	%
Caso de Varicela	15	(60,0)	Guardería	2 (8,0)
Caso de Herpes zoster	1	(4,0)	Colegio	12 (48,0)
Brotos de Varicela	1	(4,0)	Hogar	2 (8,0)
Desconocido	8	(32,0)	Trabajo	0 (0,0)
Total	25	(100,0)	Desconocido	9 (36,0)
			Total	25 (100)

GRÁFICO 3

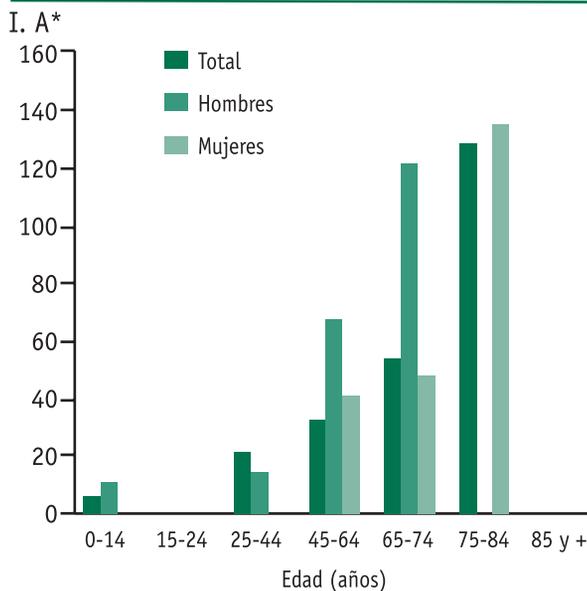
Incidencia semanal de Herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007.



* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes

GRÁFICO 4

Incidencia de Herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1 a 4 de 2007.

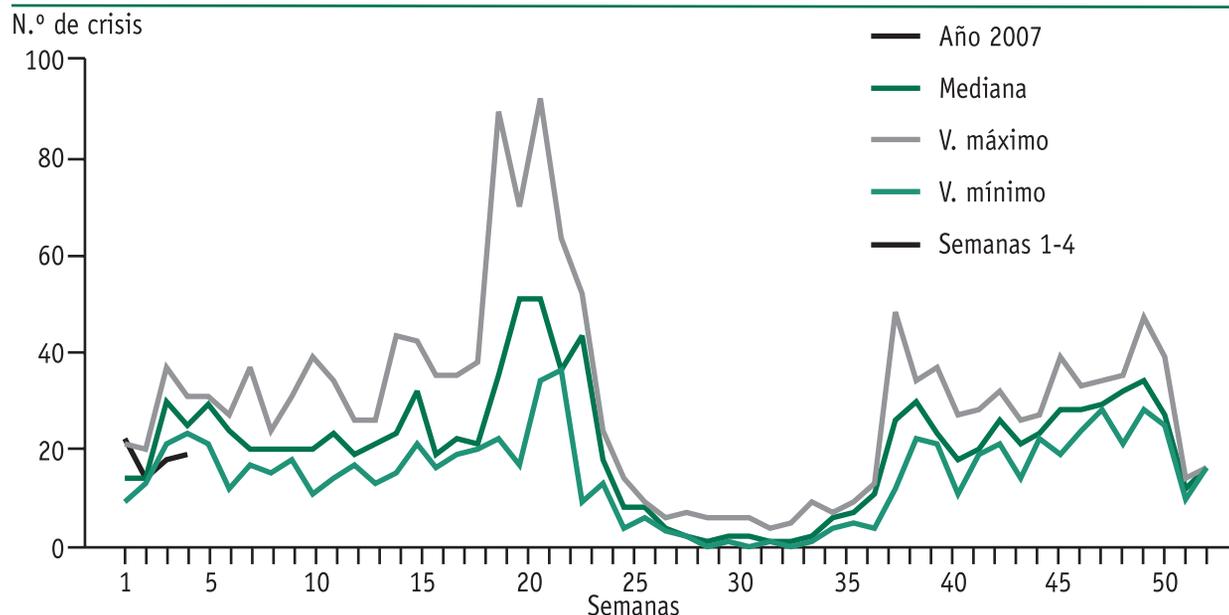


* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes

CRISIS ASMÁTICAS

GRÁFICO 5

**Crisis asmáticas. Red de Médicos Centinela.
Distribución de las crisis según la semana de notificación. Semanas 1-4, de 2007.**



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 2

Casos notificados. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 1-4 de 2007.

	Nº CASOS SEMANAS 1-4	Nº CASOS AÑO 2007
Gripe*	80	80
Varicela	25	25
Herpes zoster	12	12
Crisis asmáticas	73	73

* Desde la semana 40 de 2005 hasta la 20 de 2006



RESUMEN CUATRIMESTRAL DE TUBERCULOSIS, LEGIONELOSIS, ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA Y SARAMPIÓN.

Semanas 35 a 52 (desde el 27 de agosto hasta el 30 de diciembre de 2006)

En esta sección aparecerá periódicamente información de distintas enfermedades y sistemas de vigilancia seleccionados por su interés. El informe anual se publicará una vez concluya el año natural.

TUBERCULOSIS

En este informe se presentan los datos provisionales del año 2006, de la semana 35 a la 52, recogidos en el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de 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

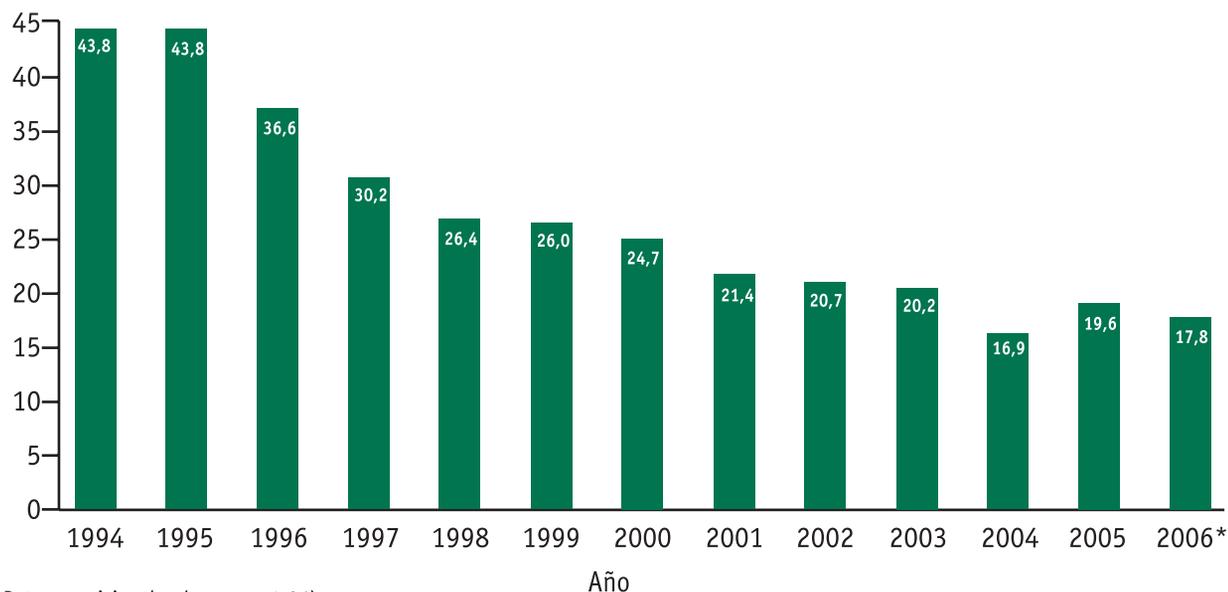
Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid, el sistema de información correspondiente al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización y otras fuentes (servicios de admisión hospitalaria, servicios de farmacia hospitalaria y de atención primaria, Instituciones Penitenciarias, funeraria...etc).

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 2004 que aparece en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de mayo 2006; 12(5).

GRÁFICO 1**Evolución de la incidencia anual de tuberculosis.
Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1994-2006*.**

Tasas de incidencia por 100.000 habitantes



* Datos provisionales (semanas 1-34)

TABLA 1**Número de casos de tuberculosis detectados en 2006 acumulados (semanas 1-52)
según género, localización pulmonar, y grupo de edad. Registro de Tuberculosis de
la Comunidad de Madrid.**

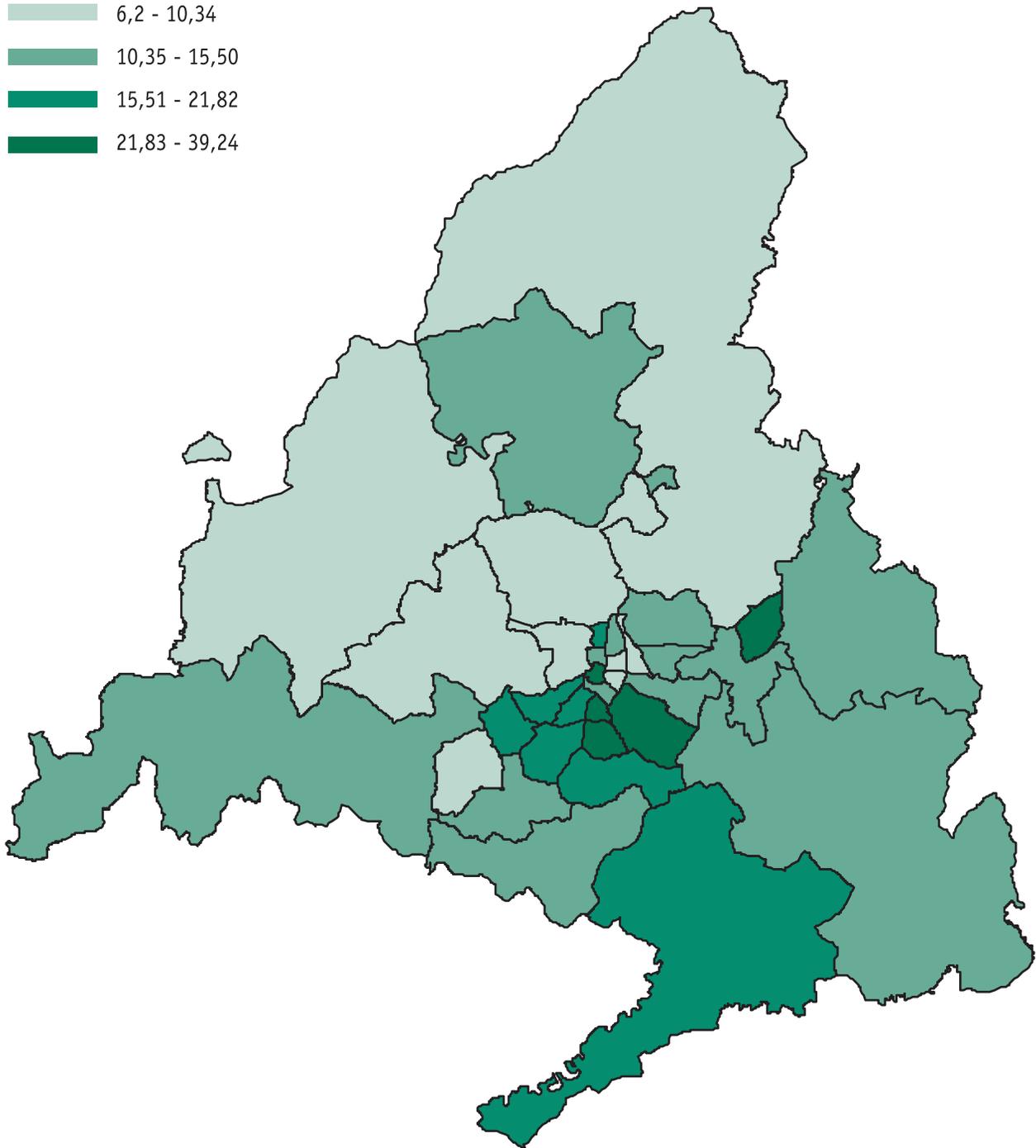
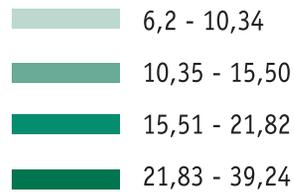
	N	%	TASA DE INCIDENCIA POR 100.000 HAB.
Casos detectados	1.064	100	17,84
Género: Masculino	650	61,1	22,51
Femenino	405	38,1	13,17
Desconocido	9	0,8	
Casos detectados de localización pulmonar	793	74,5	13,30
Grupos de edad: 0-14 años	59	5,6	6,80
15-24 años	124	11,7	17,26
25-44 años	502	47,2	23,40
45-64 años	193	18,1	13,91
>64 años	151	14,2	17,88
Desconocido	35	3,3	

* 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 2006 (semanas 1-52). Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

Incidencia por 100.000 habitantes



* Excluidos aquellos casos que en el momento del inicio del tratamiento su domicilio de residencia son Instituciones Penitenciarias o albergues.

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 35 y 52 del año 2006 se han notificado 50 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de 0,84 casos por 100.000 habitantes. En el mismo periodo del año 2005 se notificaron 21 casos, lo que suponía una tasa de 0,35 casos por 100.000 habitantes. En el gráfico 1 se presentan los casos de legionelosis notificados en 2006 por semana de inicio de síntomas donde se aprecia como en la semana 45 y 46 se sobrepasa el máximo de casos para el periodo de los últimos cinco años (11 casos y 10 respectivamente).

De los 50 casos notificados en el periodo de estudio, 6 fueron clasificados como asociados a

viaje por lo que se excluyen del análisis. De los 44 casos clasificados como comunitarios, 40 casos (91%) eran varones y 4 (9%) mujeres. La mediana de edad fue de 55 años, con un rango de 29 a 81 años.

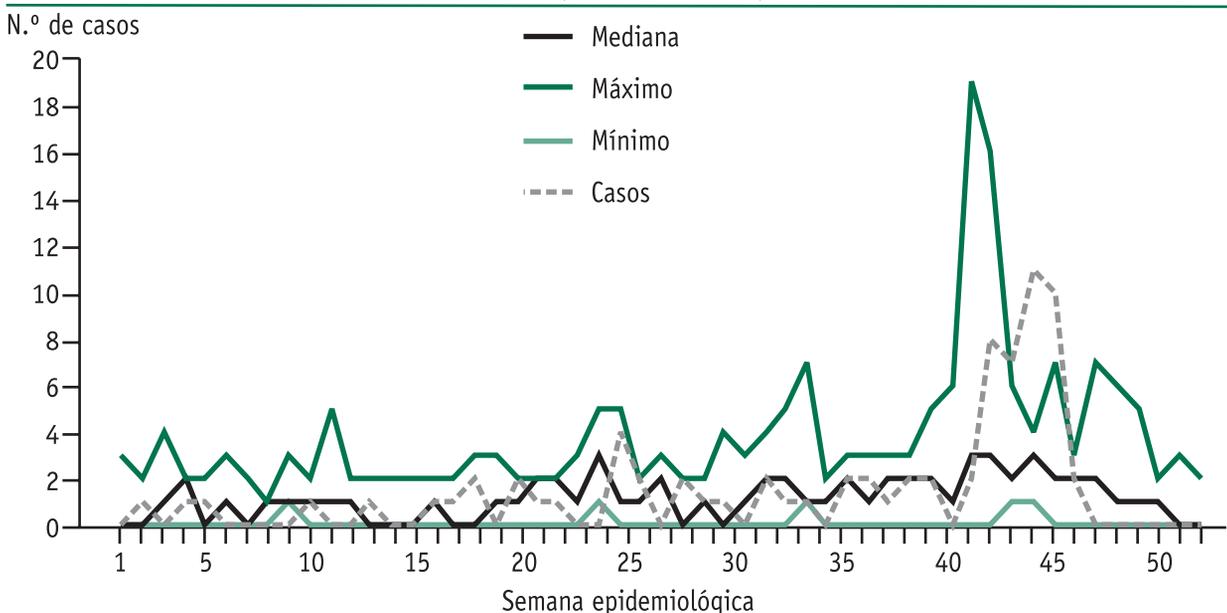
En relación con los factores predisponentes el 73% eran fumadores, el 16% presentaba antecedente de diabetes mellitus, y el 7% de EPOC como patología de base.

Según área sanitaria de residencia los casos se distribuyeron en todas las áreas de la Comunidad de Madrid a excepción de la 3. En el Mapa 1 se representan las tasas de incidencia de legionelosis por 100.000 habitantes por distrito sanitario, excluyendo aquellos casos con el antecedente de viaje en los 10 días previos al inicio de síntomas.

Todos los casos fueron confirmados, siendo la prueba diagnóstica la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina. Después de inves-

GRÁFICO 1

LEGIONELOSIS. Canal epidémico de casos de legionelosis. Comunidad de Madrid. Años 2001-2006 (semanas 1-52).

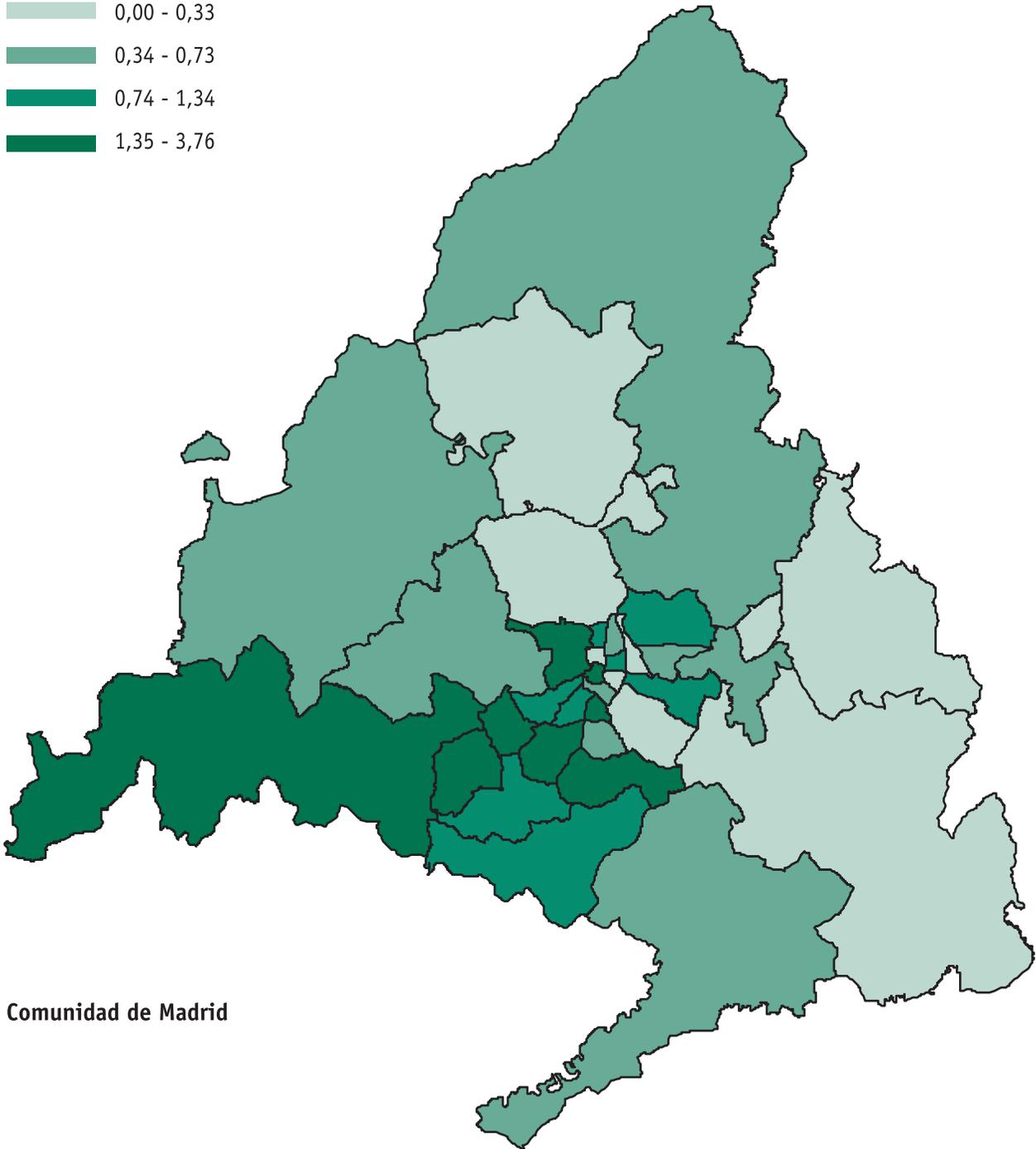


MAPA 1

LEGIONELOSIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios, por 100.000 habitantes (semanas 1-52 de 2006. Comunidad de Madrid).

Incidencia por 100.000 habitantes

- 0,00 - 0,33
- 0,34 - 0,73
- 0,74 - 1,34
- 1,35 - 3,76



tigar los domicilios laborales y los itinerarios de los pacientes en los días previos a la fecha de inicio de síntomas, así como de inspeccionar las torres de refrigeración en base a la información epidemiológica, no se pudo demostrar ningún vínculo epidemiológico entre los casos.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

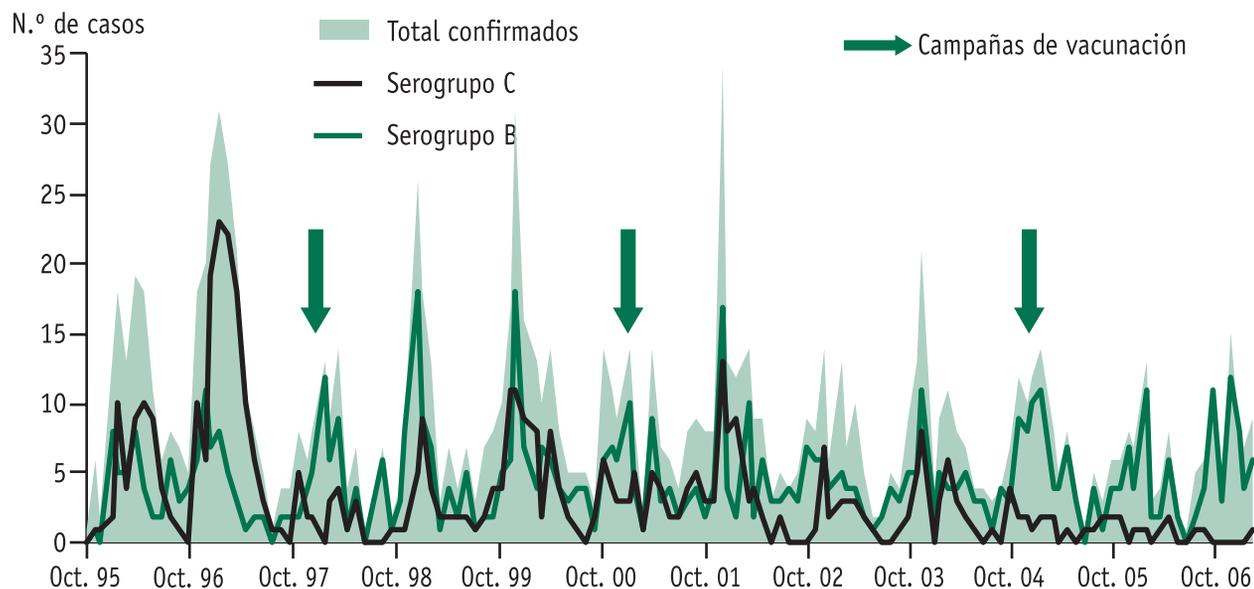
La enfermedad meningocócica es una de las enfermedades infecciosas que en la actualidad, aún en los países desarrollados, pueden ocasionar la muerte de sujetos sanos. Debido a ello y a que afecta fundamentalmente a niños, presenta una gran importancia sanitaria y social.

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 del inicio de la temporada actual (temporada 2006-07) y de la temporada anterior (temporada 2005-06), en el período comprendido entre las semanas 41 y 52.

FIGURA 1

Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada. Comunidad de Madrid. Temporadas 1995-96/2006-07.



Datos actualizados a mayo de 2007

TABLA 1

Enfermedad meningocócica. Comunidad de Madrid, temporadas 2005-06 y 2006-07. Datos acumulados desde la semana 41 a la semana 52.

SEROGRUPO	TEMPORADA 2005-06				TEMPORADA 2006-07			
	CASOS	TASAS*	FALLECIDOS	LETALIDAD (%)	CASOS	TASAS*	FALLECIDOS	LETALIDAD (%)
Serogrupo B	8	0,13	2	25,0	17	0,28	2	11,8
Serogrupo C	6	0,10	0	0,0	1	0,02	0	0,0
Sin serogrupar	0	0,00	0	-	1	0,02	0	0,0
Total confirmados	14	0,23	2	14,3	19	0,32	2	10,5
Sospechas clínicas	3	0,05	0	0,0	5	0,08	0	0,0
TOTAL	17	0,29	2	11,8	24	0,40	2	8,3

*Tasas por 100.000 habitantes (Población: Padrón continuo)

FIGURA 2

Enfermedad meningocócica por grupos de edad. Temporada 2006-2007. (Semanas 41-52).

Tasas por 100.000 habitantes

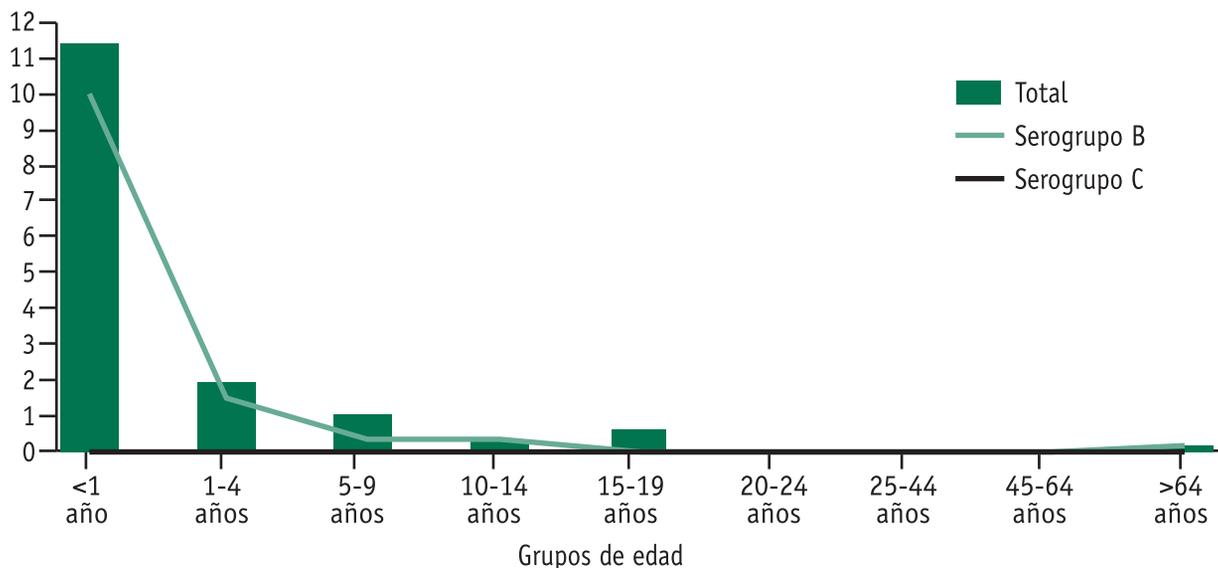


TABLA 2

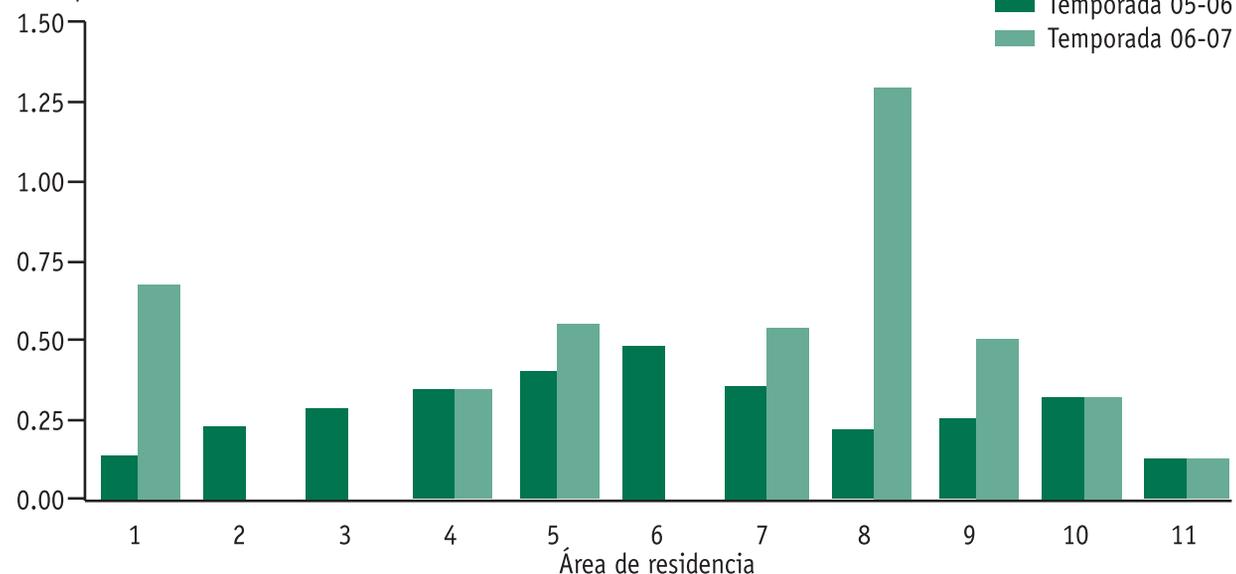
Enfermedad meningocócica por Área de residencia. Comunidad de Madrid, temporada 2006-07. Datos acumulados desde la semana 41 a la semana 52.

ÁREA SANITARIA	SEROGRUPO B	SEROGRUPO C	SIN SEROGRUPAR	TOTAL CONFIRMADOS	SOSPECHAS CLÍNICAS	TOTAL
1	2	1	0	3	2	5
2	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0
4	1	0	1	2	0	2
5	4	0	0	4	0	4
6	0	0	0	0	0	0
7	3	0	0	3	0	3
8	3	0	0	3	3	6
9	2	0	0	2	0	2
10	1	0	0	1	0	1
11	1	0	0	1	0	1
TOTAL	17	1	1	19	5	24

GRÁFICO 3

Enfermedad meningocócica por Área de residencia. Temporadas 2005-06 y 2006-07 (Semanas 41-52).

Tasas por 100.000 habitantes





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, 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: Portal de Salud-> Profesional->

Información técnica-> Salud Pública-> 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».

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

1.

INFORME:

- Plan de eliminación del Sarampión.
Informe de vigilancia epidemiológica.

Comunidad de Madrid, año 2006.