

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

12.

INFORMES:

- **Morbilidad por Enfermedades de
Declaración Obligatoria.
Comunidad de Madrid, año 2002.**



Instituto de Salud Pública



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

12

Índice

INFORMES:



- Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Comunidad de Madrid, año 2002.

3



- EDO. Semanas 49 a 53
(del 30 de noviembre de 2003 al 3 de enero de 2004)

62



- Brotes Epidémicos. Semanas 49 a 53, de 2003.

65



- Red de Médicos Centinela, semanas 49 a 53

66



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



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA AÑO 2002

1.- INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM). Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria. Esto se realiza a través de la recogida de datos de dichas enfermedades, de sus factores de riesgo, análisis de los mismos, y posterior difusión y recomendaciones a los distintos niveles operativos competentes. La declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos (en base a la definición de caso) de enfermedades detectadas durante la semana en curso, teniendo en cuenta que, a efectos de notificación, la semana finaliza a las 24 horas del sábado. El sistema se basa en la labor realizada por los profesionales sanitarios, y de su oportuna notificación va a depender la adecuada toma de medidas de control.

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la CM. En el año 2001 se ha desarrollado reglamentación complementaria a ésta, que incorpora nuevas enfermedades a la lista de enfermedades de declaración obligatoria e introduce cambios en la modalidad de declaración de otras. La Orden 150/2001, del Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, incluye a las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH) en la lista de enfermedades de declaración obligatoria mediante. La Orden 186/2001, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la Comunidad de Madrid establece que esta enfermedad sea de declaración urgente.

En relación a los brotes epidémicos, aunque son de declaración obligatoria, no se han incluido los casos de enfermedad ocurridos en situaciones de brote que no corresponden a las enfermedades contenidas en la lista de EDO. El análisis correspondiente se presenta en un informe específico.

2.- METODOLOGIA

2.1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

La información analizada procede de las siguientes fuentes:

- ? Notificaciones realizadas por los centros de Atención Primaria de IMSALUD.
- ? Notificaciones realizadas por los centros hospitalarios (públicos, privados y militares).
- ? Notificaciones realizadas por otras instituciones sanitarias o médicos privados.
- ? Notificaciones realizadas por Instituciones Penitenciarias.
- ? Datos históricos del sistema de EDO de la CM.
- ? Datos del sistema de EDO nacional, proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud "Carlos III").
- ? Datos históricos del sistema EDO de la CM.
- ? Informe de brotes epidémicos de 2002 de la CM.
- ? Informe de Infecciones que causan meningitis de 2002 de la CM.
- ? Red de Médicos Centinelas de la CM.
- ? Sistema de Vigilancia Microbiológica de la CM.

2.2.- VARIABLES

2.2.1.- Variables relacionadas con el centro notificador

- Identificación del centro notificador: nombre del centro y código.
- Ubicación del centro notificador: nombre, área y distrito sanitario.
- Nivel asistencial al que pertenece (asistencia primaria, especializada hospitalaria, especializada no hospitalaria, otros).

2.2.2.- Variables para el cálculo de la cobertura del sistema

- Número total de médicos generales y pediatras del centro que pasaron consulta cada semana.
- Número total de médicos generales y pediatras del centro que notificaron cada semana.

2.2.3.- Variables recogidas en la notificación de EDO numéricas (gripe y varicela)

- Enfermedad notificada.
- Semana epidemiológica en la que se produjo el caso.
- Identificación del centro notificador.

2.2.4.- Variables recogidas en la notificación de EDO con datos epidemiológicos básicos

- Enfermedad notificada.
- Semana epidemiológica en que se produjo el caso.

- Identificación del centro notificador.
- Datos de identificación del enfermo: nombre y apellidos.
- Residencia del enfermo en el momento de aparición de la enfermedad.
- Edad y /o fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Fecha de inicio de los síntomas.
- Asociación a otro caso.
- Colectivo de aparición (familia, centro escolar, institución cerrada).
- Derivación del caso.
- Centro de derivación (hospital, centro de especialidades, etc).
- Tipo de diagnóstico (clínico, serológico, microbiológico, otros).
- Si la enfermedad notificada es una hepatitis vírica: tipo de hepatitis (A, B, C, Delta, E), marcadores serológicos y factores de riesgo asociados a la transmisión (CDVP, sexual, otros).
- Clasificación del caso, en base a la definición de caso establecida (sospechoso, probable, confirmado).

2.3.- INDICADORES

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

2.3.1.- Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

- **Cobertura de médicos notificadores en la CM (%):**

$$\frac{\text{Nº médicos de atención primaria de IMSALUD que notificaron cada semana}}{\text{Nº médicos de atención primaria de IMSALUD que pasaron consulta cada semana}} \times 100$$

- **Grado de cumplimentación de las variables:**

$$\frac{\text{Nº de registros con cumplimentación de una determinada variable}}{\text{Nº total de registros en los que la recogida de dicha variable es pertinente}} \times 100$$

2.3.2.- Indicadores de morbilidad

- **Número de casos notificados.**
- **Diferencia del nº de casos entre 2002 y 2001:**
Nº casos notificados (enfermedad #) en 2002 - Nº casos notificados (enfermedad #) en 2001.
- **Tasas de incidencia acumulada (TI):** para su cálculo se han utilizado las cifras de población recogidas en el Censo Municipal del año 2001.

TI (CM):

$$\frac{\text{Nº casos notificados (enfermedad #) en 2002}}{\text{Población (CM)}} \times 100.000$$

- **Comparación histórica de tasas:** Se presenta el siguiente indicador
? *Porcentaje de variación de la TI (CM) con respecto a la tasa mediana (1997-2001)*

$$\frac{TI (CM) - TI \text{ mediana } (1997-2001)}{TI \text{ mediana } (1997-2001)} \times 100$$

- **Comparación de tasas con el nivel nacional:** Se ha utilizado la razón de tasas de incidencia, tomando como referencia la TI de España.

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

- **Tasas de incidencia acumulada por localización geográfica:** la comparación de los resultados se ha realizado por los niveles geográficos: área y distrito sanitario. Se han utilizado los siguientes indicadores:

? *TI (nivel geográfico):*

$$\frac{N^{\circ} \text{ casos notificados (enfermedad \#) en 2002 en un nivel geográfico}}{\text{Población (nivel geográfico)}} \times 100.000$$

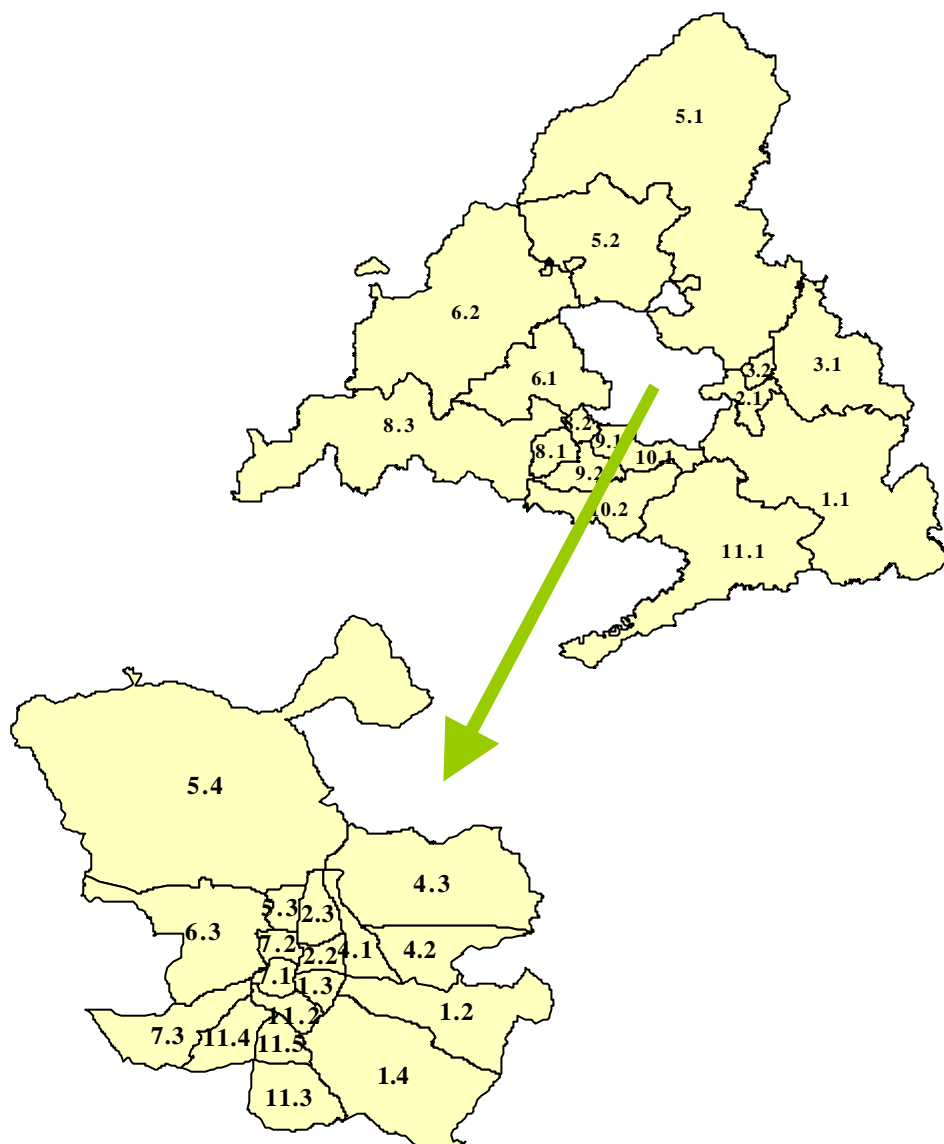
? *Porcentaje de variación de las TI (Area #) en relación con la TI (CM):*

$$\frac{TI (\text{Area \#}) - TI (CM)}{TI (CM)} \times 100$$

Las tasas de incidencia por distrito sanitario se han representado en mapas, para cuya confección se han utilizado las fronteras de los municipios de la CM, proporcionadas por el Instituto Geográfico Nacional. El porcentaje de variación de las tasas por área con respecto a la tasa de la CM se ha representado mediante gráficos de barras.

I.

ZONIFICACION SANITARIA			
Area	Distrito	Area	Distrito
Área 1	1.1 Arganda	Área 7	7.1 Centro
	1.2 Moratalaz		7.2 Chamberí
	1.3 Retiro		7.3 Latina
	1.4 Vallecas		
Área 2	2.1 Coslada	Área 8	8.1 Móstoles
	2.2 Salamanca		8.2 Alcorcón
	2.3 Chamartín		8.3 Navacarnero
Área 3	3.1 Alcalá de Henares	Área 9	9.1 Leganés
	3.2 Torrejón de Ardoz		9.2 Fuenlabrada
Área 4	4.1 Ciudad Lineal	Área 10	10.1 Parla
	4.2 San Blas		10.2 Getafe
	4.3 Hortaleza		
Área 5	5.1 Alcobendas	Área 11	11.1 Aranjuez
	5.2 Colmenar Viejo		11.2 Arganzuela
	5.3 Tetuán		11.3 Villaverde
	5.4 Fuencarral		11.4 Carabanchel
			11.5 Usera
Área 6	6.1 Majadahonda		
	6.2 Collado Villalba		
	6.3 Moncloa		



3.- RESULTADOS

3.1.- FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

3.1.1.- Centros notificadores

Durante el año 2002 participó en el sistema un total de 417 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (78,7%). El 7,2% eran centros hospitalarios, 1,4% centros de atención especializada no hospitalaria y el 12,2% restante, centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, etc.)

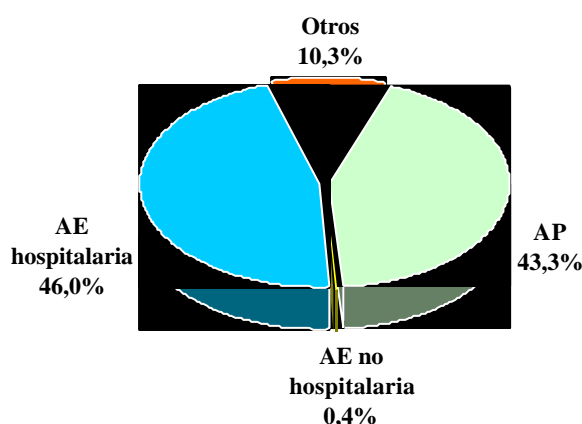
3.1.2.- EDO notificadas según modalidad de notificación

El número total de registros analizados fue de 21.340, de los cuales 89,6% corresponden a notificaciones semanales agrupadas de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 10,4% restante (2.227) son registros de EDO con datos epidemiológicos básicos (se excluye tuberculosis, que es grabada en una base de datos específica).

3.1.3.- EDO notificadas según nivel asistencial

El 92,6% de los casos de enfermedad de declaración numérica fueron notificados por el nivel de Atención Primaria. En cuanto a las notificaciones de EDO con datos epidemiológicos básicos (excluyendo tuberculosis), el 43,3% fueron realizadas por Atención Primaria y el 46,0% desde el nivel hospitalario (gráfico 1).

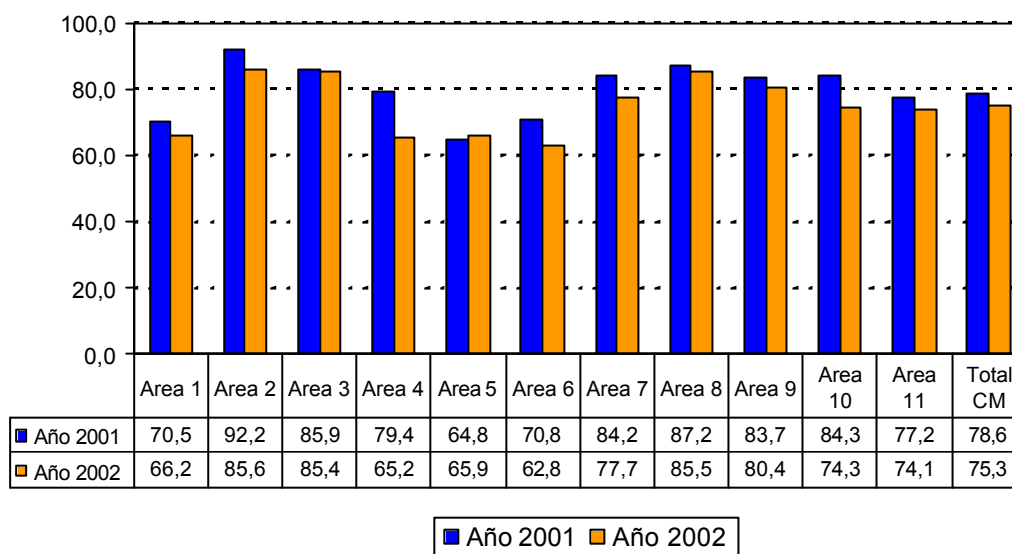
Gráfico 1.- EDO con datos epidemiológicos básicos. Notificación según nivel asistencial. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.1.3.- Cobertura del sistema

La cobertura de médicos notificadores de atención primaria del IMSALUD alcanzada en la Comunidad de Madrid durante el año 2002 fue de 75,3% (grafico 2). En el gráfico 2 se presenta las coberturas por área de salud para ambos periodos. En 5 de ellas se superó el 75%.

Gráfico 2.- Cobertura del sistema por áreas de salud (solo nivel de atención primaria). Comunidad de Madrid. Año 2002 y 2001.



3.1.4.- Grado de cumplimentación de las variables

El grado de cumplimentación de las variables recogidas en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos se presenta en la tabla 1. La cumplimentación de las variables relacionadas con la ubicación del caso (área y distrito), así como el nombre, edad, sexo y tipo de diagnóstico, supera el 95%.

Tabla 1.- Grado de cumplimentación de las variables epidemiológicas básicas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2002.

VARIABLE	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN
Área sanitaria	100 %
Distrito sanitario	100 %
Datos de identificación del caso (apellidos y nombre)	99,8 %
Edad	98,3 %
Sexo	99,6 %
Tipo de diagnóstico (clínico, serológico y/o microbiológico)	97,8 %
Fecha de inicio de los síntomas	81,1 %

3.2.- COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2002 CON LA MEDIANA DEL QUINQUENIO ANTERIOR

El gráfico 3 compara el número de casos notificados en el año 2002 de las enfermedades con mayor incidencia con la mediana de casos notificados en el quinquenio anterior. Así, se observa un aumento en el número de casos notificados de disentería (850,0%) legionelosis (294,1%), tos ferina (167,2%), infección gonocócica (75,0%), hepatitis A (10,9%) y leishmaniasis (10,0%) en relación con la mediana de casos notificados en el quinquenio anterior. Se observa un descenso en el resto de las enfermedades, de forma más llamativa en la brucelosis (-48,9%), otras hepatitis víricas (-34,4%), gripe (-33,0%), hepatitis B (-19,0%) y sarampión (-16,1%).

Gráfico 3.- Comparación del nº de casos notificados en el año 2002 con la mediana del quinquenio anterior. Comunidad de Madrid.

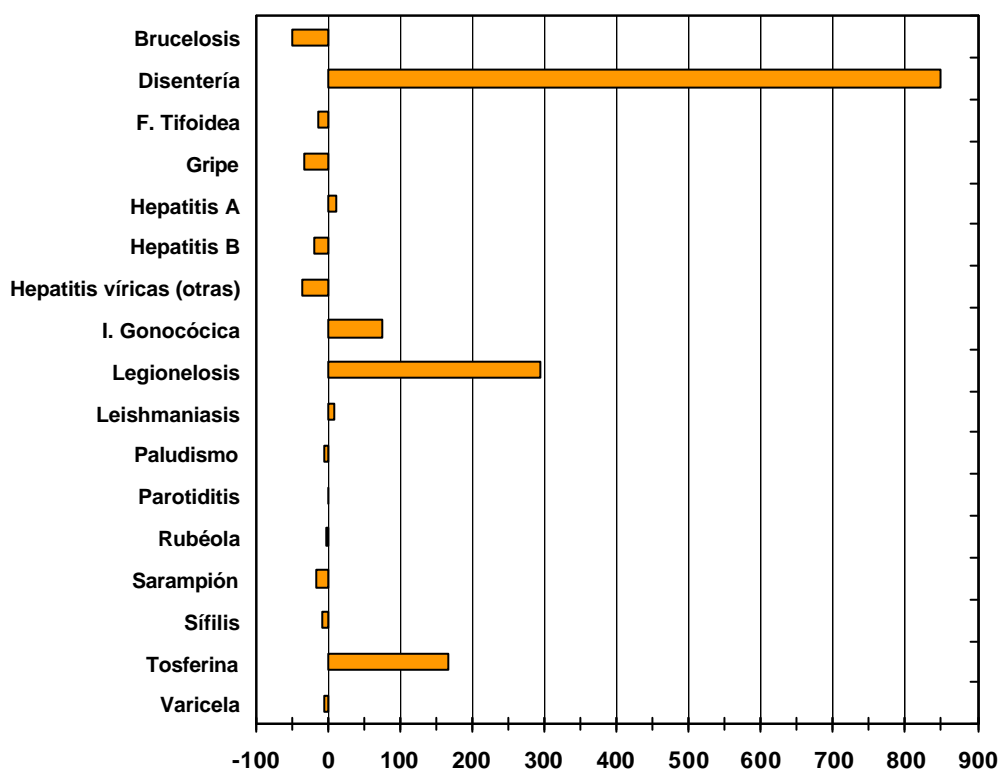


Tabla 2.- Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2002-2001.

Enfermedades	Comunidad de Madrid				II. España			
	Casos		Tasas		Casos		Tasas	
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001
Botulismo	1	1	0,02	0,02	6	13	0,02	0,03
Brucelosis	17	21	0,31	0,39	893	924	2,26	2,34
Cólera	0	0	-	-	0	1?	-	<u>0,00</u>
Disentería	76	6	1,40	0,11	301	97	0,76	0,25
E.I.H.I.*	5	9	0,09	0,17				
E. meningocócica	150	136	2,77	2,51	1.102	908	2,79	2,30
Fiebre tifoidea	14	18	0,26	0,33	181	174	0,46	0,44
Gripe	271.079	169.914	4998,34	3132,99	1.595.725	847.975	4.033,13	2.146,03
Hepatitis A	97	63	1,79	1,16	620	899	1,57	2,28
Hepatitis B	111	105	2,05	1,94	818	780	2,07	1,97
Hepatitis (otras)	84	101	1,55	1,86	1.118	<u>1.231</u>	3,00	3,12
I. gonocócica	42	40	0,77	0,74	833	805	2,11	2,04
Legionelosis	134	53	2,47	0,98	1.461	1.404	3,69	3,55
Leishmaniasis	22	28	0,41	0,52				
Lepra	4	1	0,1	0,02	18	12	0,05	0,03
Meningitis bacterianas (otras)	92	94	1,70	1,73				
Meningitis vírica	361	503	6,66	9,27				
Paludismo	147	187	2,71	3,45	452	466	1,14	1,18
P.F.A (< 15 años).**	3	7	0,39	0,90	37	51	0,6	0,8
Parotiditis	562	1.187	10,36	21,89	4.515	7.767	11,41	19,66
Poliomielitis	0	0	-	-	<u>0</u>	1??	-	0,00
Rubéola	25	15	0,46	0,28	138	179	0,35	0,45
Rubéola Congénita	0	0	-	-	<u>0</u>	0	-	-
Sarampión	12	15	0,22	0,28	89	87	0,22	0,22
Sífilis	70	87	1,29	1,60	734	700	1,86	1,77
Sífilis Congénita	0	1	-	0,02	15	8	0,04	0,02
Tétanos	1	0	0,02	-	21	23	0,05	0,06
Tos ferina	163	63	3,01	1,16	347	379	0,88	0,96
Triquinosis	4	0	0,07	-	25	44	0,06	0,11
Tuberculosis respiratoria***	909	918	16,76	16,93	7.153	7.441	18,08	18,83
Tuberculosis (otras)***	225	252	4,15	4,65				
Varicela	45.548	36.850	839,84	679,47	196.257	196.631	496,09	497,63

* Enf. Invasiva por *Haemophilus influenzae*. ** Parálisis flácida aguda (<15 años). *** Datos provisionales, procedentes del registro Regional de Tuberculosis de la C. Madrid. ? Caso importado. ?? Caso de poliomielitis asociado a la vacunación en niño con inmunodeficiencia primaria.

III. Tabla 3.- Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid. Año 2002.

Enfermedades	AREA 1	AREA 2	AREA 3	AREA 4	AREA 5	AREA 6	AREA 7	AREA 8	AREA 9	AREA 10	AREA 11	TOTAL
Botulismo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Brucelosis	0	1	0	1	3	0	0	4	3	1	4	17
Disentería	4	0	0	9	1	33	8	2	4	0	9	76
E. I. H. <i>influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	5
Enf. Meningocócica	20	7	5	17	10	13	17	14	15	7	24	150
Fiebre tifoidea	6	0	0	0	1	1	2	1	0	0	3	14
Gripe	24.094	18.658	16.331	27.921	31.771	19.083	35.317	32.214	20.507	8.995	36.188	271.079
Hepatitis A	17	8	4	6	3	6	8	11	9	3	22	97
Hepatitis B	5	7	5	18	7	10	12	11	8	10	17	111
Hepatitis víricas (otras)	5	4	4	8	4	21	5	5	2	7	17	84
Infección Gonocócica	1	1	0	2	3	3	9	1	5	2	15	42
Legionelosis	11	10	5	14	12	6	13	20	10	13	19	134
Leishmaniasis	1	1	2	0	1	1	3	1	6	2	4	22
Lepra	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4 #
Meningitis vírica	17	14	62	19	37	29	25	53	68	5	32	361
Meningitis bacter. (otras)	9	6	7	7	8	1	12	9	14	5	14	92
Paludismo	16	4	31	11	12	8	6	12	19	4	21	147
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
Parotiditis	101	45	47	32	49	56	36	24	25	24	123	562
Rubéola	2	4	2	4	3	3	0	0	3	3	1	25
Sarampión	0	1	1	3	2	1	0	1	1	1	1	12
Sífilis	10	8	0	3	6	3	7	4	6	5	18	70
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tos ferina	13	78	32	2	2	21	2	1	1	0	11	163
Triquinosis	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	4
Tuberculosis respiratoria **	108	47	55	72	64	76	143	51	65	38	135	909
Tuberculosis (otras) **	33	14	11	15	9	14	40	14	14	11	38	225
Varicela	5.247	3.865	3.625	3.808	4.072	3.540	4.134	5.488	2.898	1.822	7.049	45.548

** Datos provisionales, procedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

Hay un caso con domicilio en el municipio de Madrid y área de residencia desconocida

Tabla 4.- Tasas x 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de salud. Comunidad de Madrid. Año 2002.

Enfermedades	AREA 1	AREA 2	AREA 3	AREA 4	AREA 5	AREA 6	AREA 7	AREA 8	AREA 9	AREA 10	AREA 11	TOTAL
Botulismo	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Brucelosis	0,00	0,24	0,00	0,19	0,45	0,00	0,00	0,94	0,81	0,36	0,56	0,31
Disenteria	0,59	0,00	0,00	1,67	0,15	6,26	1,55	0,47	1,08	0,00	1,27	1,40
E, I, H, <i>influenzae</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,27	0,00	0,28	0,09
Enf. Meningocócica	2,97	1,70	1,66	3,15	1,50	2,46	3,30	3,28	4,06	2,49	3,38	2,77
Fiebre tifoidea	0,89	0,00	0,00	0,00	0,15	0,19	0,39	0,23	0,00	0,00	0,42	0,26
Gripe	3572,57	4520,18	5432,57	5175,62	4775,12	3617,57	6850,34	7538,54	5544,77	3199,18	5101,41	4998,34
Hepatitis A	2,52	1,94	1,33	1,11	0,45	1,14	1,55	2,57	2,43	1,07	3,10	1,79
Hepatitis B	0,74	1,70	1,66	3,34	1,05	1,90	2,33	2,57	2,16	3,56	2,40	2,05
Hepatitis víricas (otras)	0,74	0,97	1,33	1,48	0,60	3,98	0,97	1,17	0,54	2,49	2,40	1,55
Infección Gonocócica	0,15	0,24	0,00	0,37	0,45	0,57	1,75	0,23	1,35	0,71	2,11	0,77
Legionelosis	1,63	2,42	1,66	2,60	1,80	1,14	2,52	4,68	2,70	4,62	2,68	2,47
Leishmaniasis	0,15	0,24	0,67	0,00	0,15	0,19	0,58	0,23	1,62	0,71	0,56	0,41
Lepra	0,00	0,48	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10
Meningitis vírica	2,52	3,39	20,62	3,52	5,56	5,50	4,85	12,40	18,39	1,78	4,51	6,66
Meningitis bacter, (otras)	1,33	1,45	2,33	1,30	1,20	0,19	2,33	2,11	3,79	1,78	1,97	1,70
Paludismo	2,37	0,97	10,31	2,04	1,80	1,52	1,16	2,81	5,14	1,42	2,96	2,71
P.F.A. (< 15 años)	0,00	0,00	0,00	1,41	0,00	1,06	0,00	0,00	1,67	0,00	0,00	0,39
Parotiditis	14,98	10,90	15,63	5,93	7,36	10,62	6,98	5,62	6,76	8,54	17,34	10,36
Rubéola	0,30	0,97	0,67	0,74	0,45	0,57	0,00	0,00	0,81	1,07	0,14	0,46
Sarampión	0,00	0,24	0,33	0,56	0,30	0,19	0,00	0,23	0,27	0,36	0,14	0,22
Sífilis	1,48	1,94	0,00	0,56	0,90	0,57	1,36	0,94	1,62	1,78	2,54	1,29
Tétanos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,02
Tos ferina	1,93	18,90	10,64	0,37	0,30	3,98	0,39	0,23	0,27	0,00	1,55	3,01
Triquinosis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,19	0,47	0,00	0,00	0,00	0,07
Tuberculosis respiratoria**	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46
Tuberculosis (otras)**	16,01	11,39	18,30	13,35	9,62	14,41	27,74	11,93	17,57	13,52	19,03	16,76
Varicela	4,89	3,39	3,66	2,78	1,35	2,65	7,76	3,28	3,79	3,91	5,36	4,15

**Datos provisionales, procedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid

3.3.- RESULTADOS POR ENFERMEDAD

En la tabla 2 aparece el número de casos y tasas de incidencia acumulada en el año 2002 y durante el 2001 en la Comunidad de Madrid y en España. Así mismo en las tablas 3 y 4 se muestra el número de casos y las tasas de incidencia acumulada durante el año 2002 por áreas de salud.

3.3.1. – Botulismo

En el año 2002 se ha notificado un caso de botulismo que ocurrió en un hombre de 49 años, residente en el distrito de Retiro (área 1). Este enfermo tenía antecedentes de haber consumido una conserva casera de callos y presentó un cuadro clínico típico que requirió hospitalización y evolucionó favorablemente. El diagnóstico de este caso sólo fue clínico, ya que aunque se tomaron muestras de suero y heces en el enfermo y en el alimento sospechoso, estas resultaron negativas. En el 2001 se notificó otro caso en nuestra comunidad. A nivel nacional, en el 2002 se notificaron 6 casos (tasa de 0,02) y en el 2001 13 casos (tasa de 0,03).

3.3.2. – Brucelosis

En el año 2002 se notificaron 17 casos de brucelosis, 4 menos que en el año 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 48,9% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,31 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,18 (referencia: nivel nacional).

Las áreas sanitarias 8, 9 y 11 fueron las que presentaron las mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM (gráfico 4). Los distritos sanitarios que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Navalcarnero (tasa de 4,2 casos x 10^5), Aranjuez ($1,7 \times 10^5$) y Fuenlabrada ($1,5 \times 10^5$) (mapa 1).

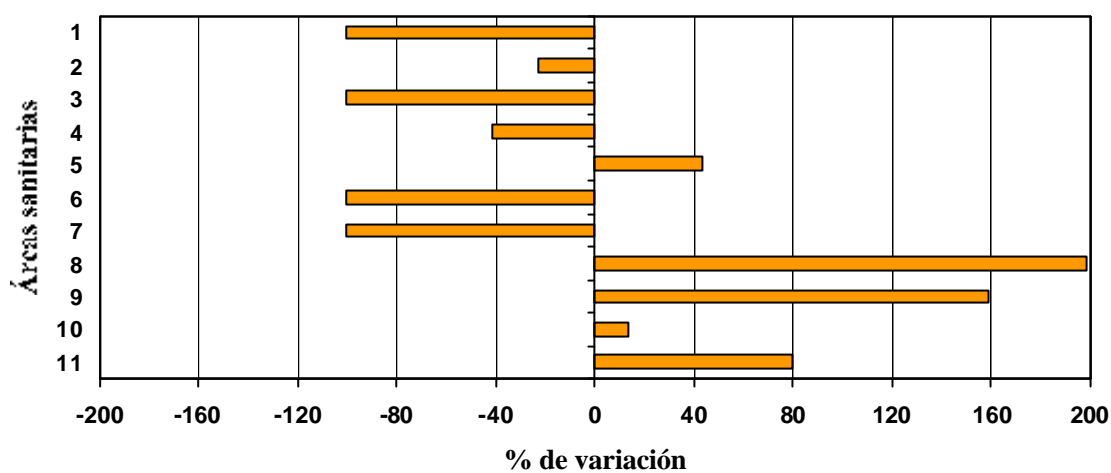
Teniendo en cuenta la distribución por género y edad, la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en varones (76,5%) y en el grupo de edad de 30 a 44 años (47,0%).

En ninguno de los casos el diagnóstico se realizó sólo de sospecha clínica. En el 94,1% se realizó diagnóstico serológico y en el 17,7% diagnóstico microbiológico. El 41,2% fueron clasificados como confirmados.

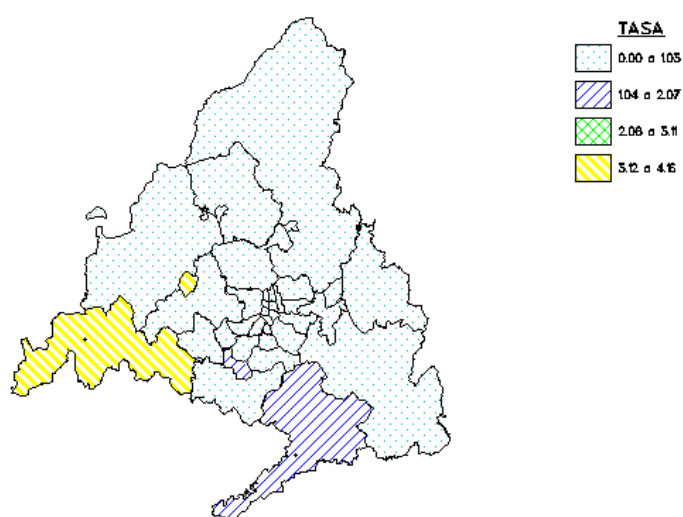
En 12 casos se conoce la fuente de infección. El origen de los casos fue el consumo de productos lácteos sin higienizar en 2 casos, el contacto directo con animales en 5 (1 en la Comunidad de Madrid) y la exposición laboral en otros 5.

Gráfico 4.- BRUCELOSIS. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 0,31 por 100.000



Mapa 1.- BRUCELOSIS. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.3.- Disentería

Durante el año 2002 se notificaron 76 casos de disentería, 70 mas que en el año 2001. El número de casos notificados fue un 850% mayor que la mediana de casos del quinquenio anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,4 casos por 100.000 habitantes, cifra mayor que la alcanzada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,84 (referencia: nivel nacional).

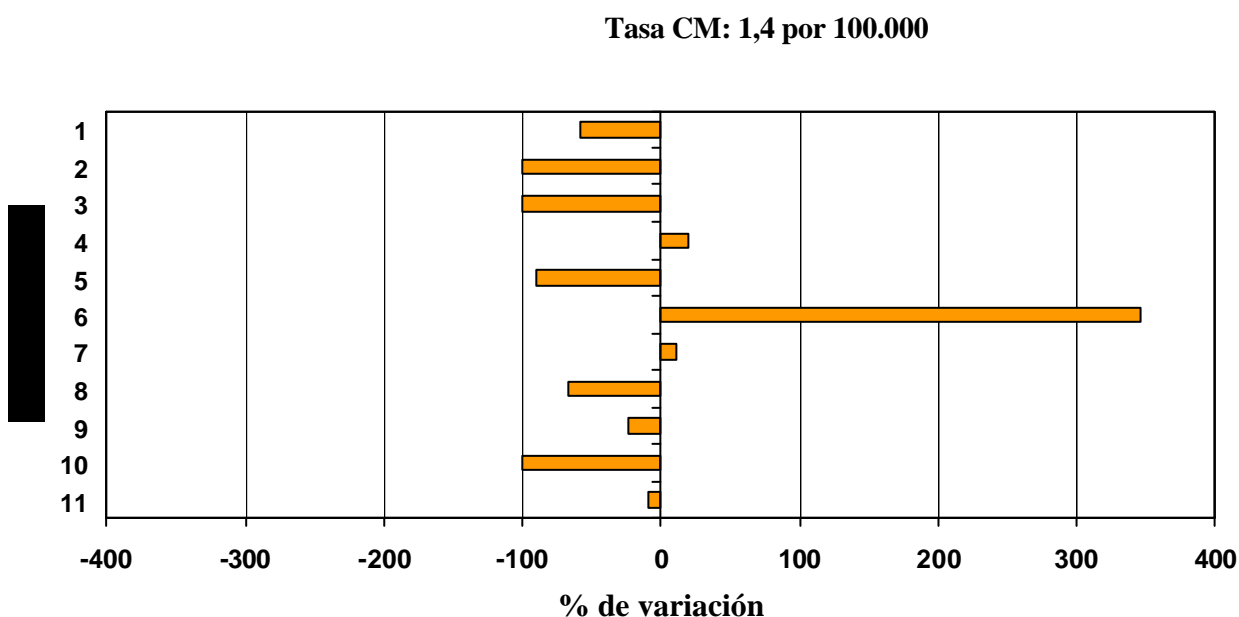
Las áreas sanitarias 6, 4 y 7 fueron las que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM (gráfico 5). Los distritos sanitarios que presentaron mayor tasa de incidencia fueron Majadahonda (13,6 casos x 10⁵), Usera (4,3 x 10⁵), Hortaleza (3,8 x 10⁵) y Latina (2,4 x 10⁵) (mapa 2).

El 50,0% de los casos se observó en mujeres. El 61,0% se presentó en menores de 10 años (ver gráfico 6).

En el 48,7% de los casos se efectuó diagnóstico microbiológico y fueron clasificados como confirmados. En el resto de los casos (51,3%) el diagnóstico se basó en la sospecha clínica y en la vinculación epidemiológica a otros casos confirmados.

El 73,7% de los casos estaban asociados a otros casos. Durante el 2002 han ocurrido 6 brotes de disentería en la Comunidad de Madrid, que explican el incremento de incidencia observado durante este año. El brote de mayor entidad ocurrió en un centro escolar de Majadahonda (Área 6), que afectó a 32 niños de 300 expuestos y se relacionó con la comida consumida en dicho centro.

Gráfico 5.- DISENTERÍA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.



Mapa 2.- DISENTERÍA. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

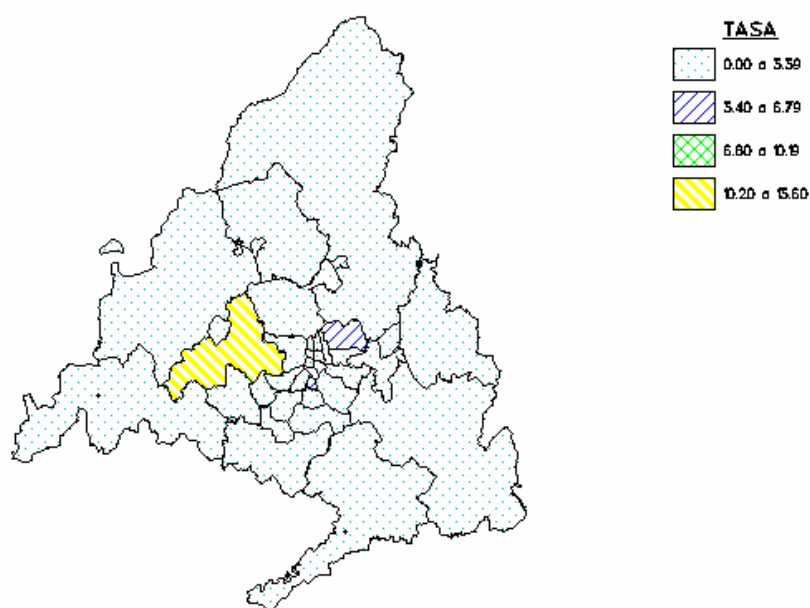
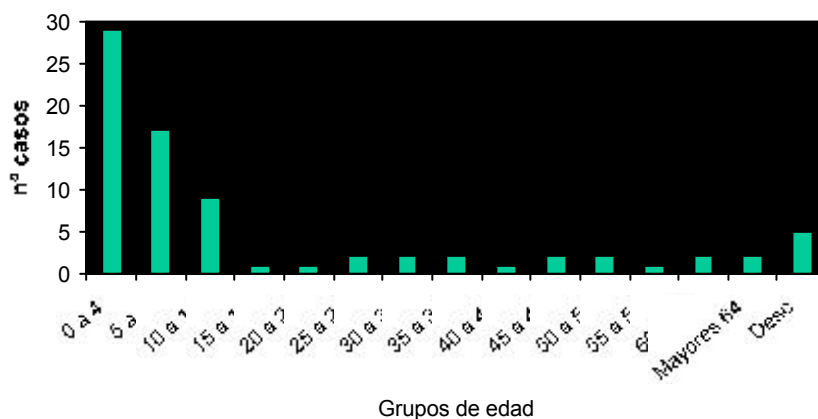


Gráfico 6.-.- DISENTERÍA. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.4.- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2002 se notificaron 5 casos de Enfermedad Invasiva por *Haemophilus influenzae*, 4 menos que en el año 2001 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,09 casos por 100.000 habitantes en población general.

En la distribución por género se observa un predominio de las mujeres (60,0%). Tres de los cinco casos notificados son menores de 10 años (60%), dos de ellos tenían un año y otro ocho años. La tasa en menores de 5 años ha sido de 0,75 casos por 100.000 habitantes y en menores de 15 años de 0,38 casos por 100.000 habitantes.

La forma clínica de presentación más frecuente de esta enfermedad ha sido la meningitis y sepsis en tres casos (60,0%), la meningitis aislada en un caso y la epiglotitis en el caso restante.

Se conoce la evolución en 4 de los cinco casos registrados, que han evolucionado favorablemente.

Sólo uno de los tres casos pediátricos notificados había sido vacunado. Se trataba de un niño de 17 meses, correctamente vacunado para su edad (había recibido tres dosis de vacuna a los dos, cuatro y seis meses).

Sólo uno de los casos notificados pertenecía a un colectivo (escolar), pero no se precisó realizar intervención en dicho colectivo.

Todos los casos notificados se han presentado de forma aislada.

Dos de los casos notificados residían en el Área 8, dos en el Área 11 y uno en el Área 9.

En el informe de "*Infecciones que causan meningitis. Año 2002*" se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 4, vol. 9. Abril, 2003).

3.3.5.- Enfermedad meningocócica

Durante el año 2002 se notificaron 150 casos de enfermedad meningocócica, 14 casos más que en 2001 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 2,77 casos por 100.000 habitantes, cifra similar a la observada a nivel nacional ($2,79 \times 10^5$), siendo la razón de tasas de 0,99 (referencia: nivel nacional).

De los 150 casos de enfermedad meningocócica registrados, 123 (82,0%) se han confirmado microbiológicamente (tasa de 2,27 casos por 100.000 habitantes) y el resto han sido sospechas clínicas (tasa de 0,50). El serogrupo B ha producido el 52,8% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 1,20 casos por 100.000 habitantes; y el serogrupo C el 35,0% de los casos, con una incidencia de 0,79. Se ha

notificado un caso debido al serogrupo Y. En 14 (9,3%) casos no se ha determinado el serogrupo.

En la distribución por sexo se observa un ligero predominio de las mujeres (52,0%), que se mantiene para los diferentes serogrupos.

En cuando a la distribución por edad, el 32,7% de los casos se han producido en los menores de 5 años y las mayores tasas se han presentado en los menores de un año (42,8 casos por 100.000 habitantes). Se observan importantes diferencias por serogrupo; así entre los casos debidos al serogrupo B los menores de 5 años suponen el 55,4% del total, proporción que es del 7,0% en los casos debidos al serogrupo C. En la enfermedad debida al serogrupo B las mayores tasas se muestran en los menores de un año (36,96), seguido por el grupo de 1 a 4 años (6,82). La enfermedad debida al serogrupo C presenta las mayores tasas en el grupo de 15 a 19 años (2,53), seguido por el de menores de 1 años (1,68).

La forma clínica de presentación ha sido sepsis en el 40,7% de los casos, meningitis en el 31,3%, ambas en el 15,3% y meningococemia en el 8,0%. Esta distribución varía según el serogrupo causante de la enfermedad, así la enfermedad por serogrupo C se ha presentado sobre todo en forma de meningitis (39,5%), y la del serogrupo B sobre todo en forma de sepsis (46,2%).

La evolución de la enfermedad meningocócica se conoce en el 90,0% de los casos, siendo favorable en el 83,0% de los mismos. Se han notificado 19 fallecimientos, lo que supone una letalidad del 12,7%. De los fallecimientos, nueve fueron diagnosticados de enfermedad por serogrupo C (letalidad del 20,9%), cinco de enfermedad por serogrupo B (letalidad 7,7%), uno de enfermedad meningocócica sin serogrupar (letalidad 7,1%) y cuatro fueron sospechas clínicas (letalidad 14,8%).

Las Áreas que presentan mayores tasas son el Área 9 ($4,06 \times 10^5$), el Área 11 ($3,38 \times 10^5$), el Área 7 ($3,30 \times 10^5$), el Área 8 ($3,28 \times 10^5$), el Área 4 ($3,15 \times 10^5$) y el Área 1 ($2,97 \times 10^5$).

En el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2002”* se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 4, vol. 9. Abril, 2003).

3.3.6.- Fiebre tifoidea

En el año 2002 se notificaron 14 casos de fiebre tifoidea, 4 menos que en 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 12,5 % menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,26 por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional ($0,46 \times 10^5$), siendo la razón de tasas de 1,77 (referencia: nivel nacional).

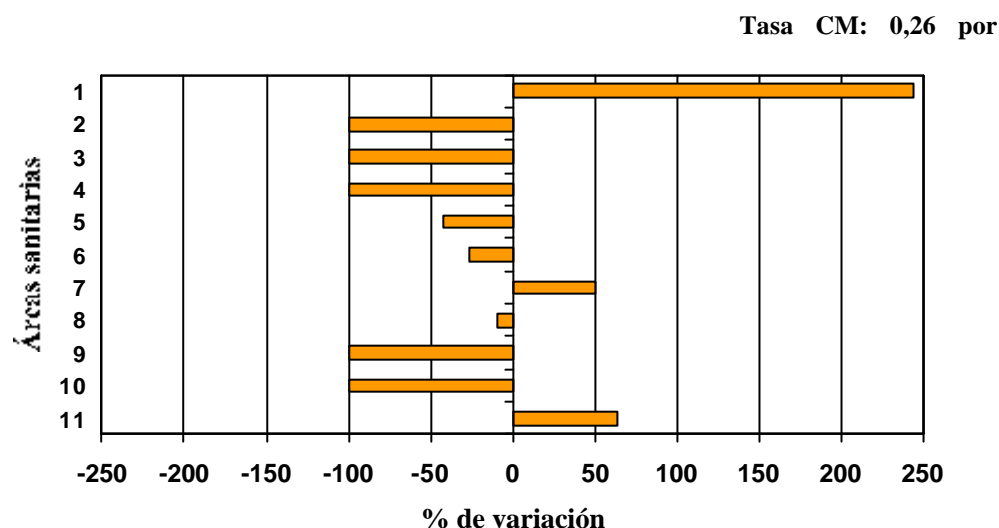
Las áreas 1, 7 y 11, presentaron las mayores tasas de la CM (gráfico 7). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Vallecas (tasa de $1,40 \times 10^5$), Moratalaz ($1,25 \times 10^5$), Aranjuez ($0,87 \times 10^5$) y distrito Centro ($0,81 \times 10^5$).

El 57,1% de los casos se observó en menores de 30 años, siendo el rango de edad de 4 a 69 años. La distribución por género muestra que fue algo superior en varones (57,1%).

En ninguno de los casos el diagnóstico se realizó sólo por sospecha clínica. En el 71,4% se realizó diagnóstico microbiológico y el 28,6% diagnóstico serológico. El 71,4% fueron clasificados como confirmados.

Uno de los casos, correspondiente a una niña de 8 años procedente de Guinea Ecuatorial, fue importado.

Gráfico 7.- FIEBRE TIFOIDEA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.



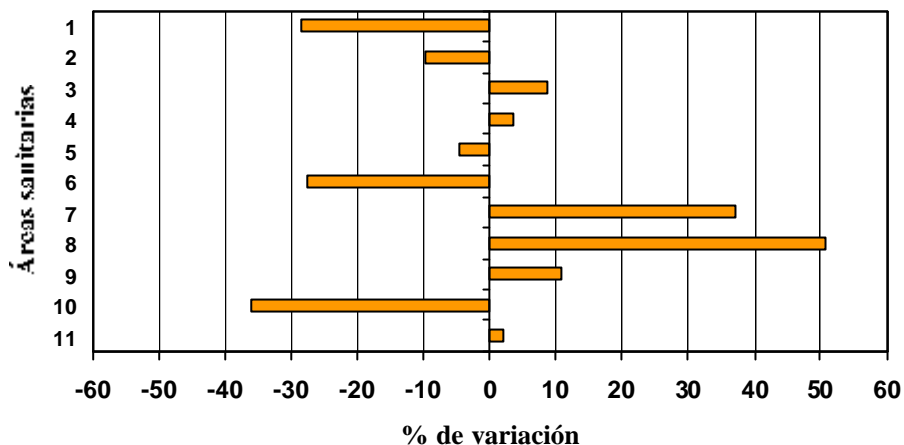
3.3.7.- Gripe

Durante el año 2002 se notificaron 271.079 casos de gripe, 101.165 más que en el año 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 33% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 4.998,34 por 100.000 habitantes, cifra mayor que la observada a nivel nacional ($4.033,13 \times 10^5$), siendo la razón de tasas de 1,24 (referencia: nivel nacional).

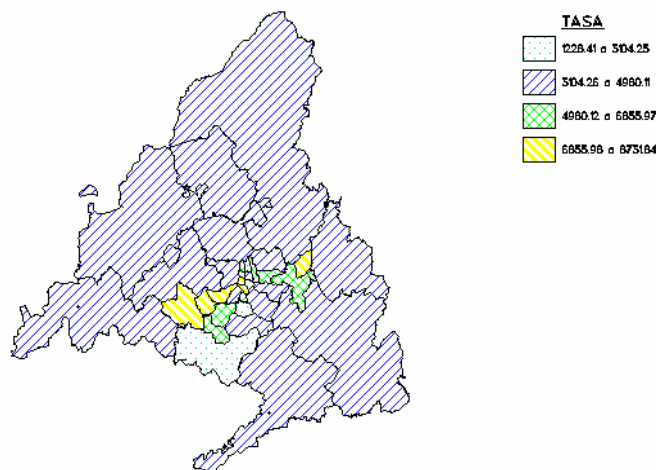
Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación a la de la CM fueron la 8 seguida de la 7, 9 y 3 (gráfico 8). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Móstoles ($8.731,84 \text{ casos} \times 10^5$), Centro (tasa de $8.291,25 \times 10^5$), Arganzuela (tasa de $7.585,21 \times 10^5$), Torrejón de Ardoz (tasa de $7.267,56 \times 10^5$) y Alcorcón (tasa de $7.186,15 \times 10^5$) (ver mapa 3).

Gráfico 8.- GRIPE. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 4.998,34 por 100.000



Mapa 3.- GRIPE. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.8.- Hepatitis víricas

En el año 2002 se han notificado 292 casos de hepatitis víricas, 23 casos más que en el año 2001. El 33,2 % fueron hepatitis A , el 38,0% hepatitis B y el 28,8% otras hepatitis (C, D ó E).

3.3.8.1.- Hepatitis A

Durante el año 2002 se notificaron 97 casos de hepatitis A, 34 casos más que en el año 2001 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 1,79 casos por 100.000 habitantes, cifra mayor a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,14 (referencia: nivel nacional).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 11 ($3,1 \text{ casos} \times 10^5$), la 8 ($2,6 \times 10^5$), la 1 ($2,5 \times 10^5$) y la 9 ($2,4 \times 10^5$) (gráfico 9). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Navalcarnero (tasa de $6,9 \times 10^5$), Usera ($6,0 \times 10^5$), Coslada ($4,3 \times 10^5$), Vallecas ($4,2 \times 10^5$), Alcorcón ($3,9 \times 10^5$) y Arganzuela ($3,8 \times 10^5$) (ver mapa 4).

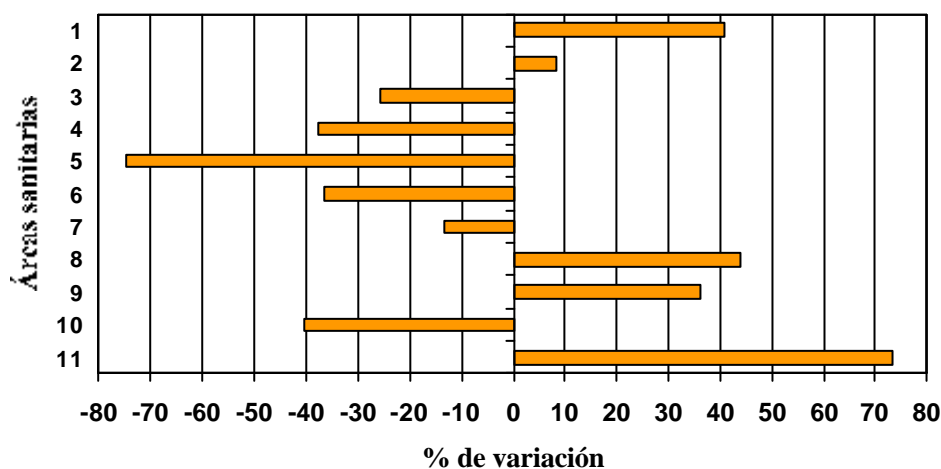
En la distribución por sexo se observa un ligero predominio de los hombres (55,2%). El 71,1 % de los casos se presentó en los menores de 30 años (gráfico 10).

En el 90,7% de los casos la enfermedad fue confirmada por serología, detectándose anticuerpos IgM anti VHA.

Considerando el modo de presentación, del total de casos observados, 28 (28,9%) estuvieron asociados a otros enfermos. De estos, 17 estuvieron asociados a 3 brotes en colectivos escolares, 8 casos estuvieron asociados a 3 brotes de ámbito familiar y 3 a un brote ocurrido en un restaurante en el extranjero. Doce casos presentaron antecedente de viaje a zonas endémicas.

Gráfico 9.- HEPATITIS A. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 1,79 por 100.000



Mapa 4.- HEPATITIS A. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

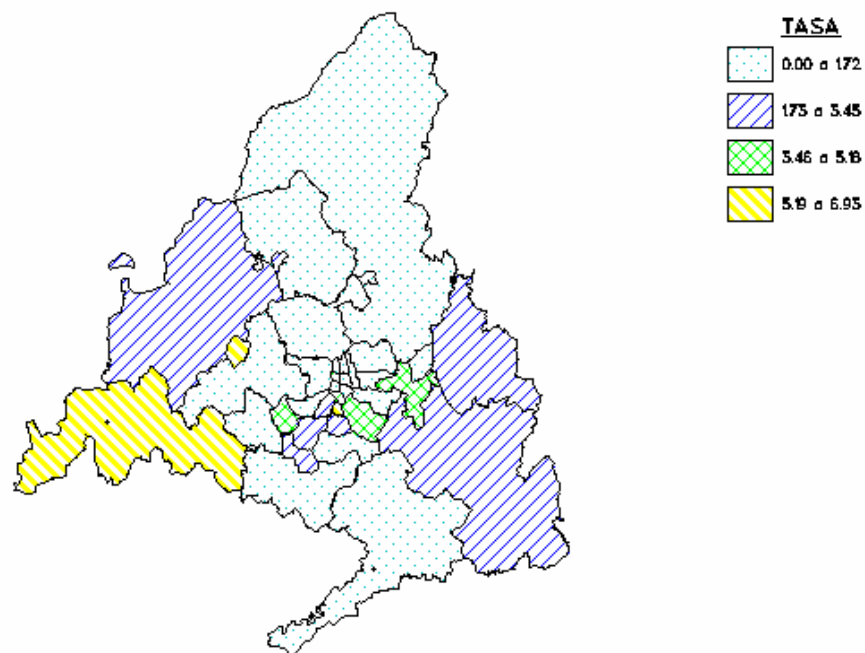
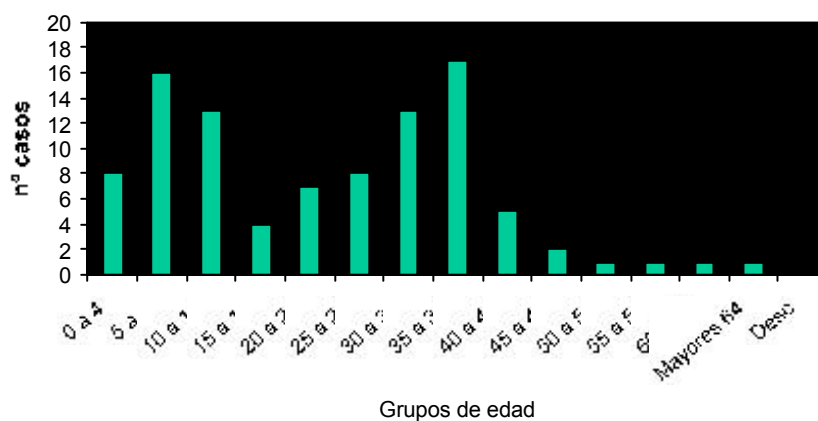


Gráfico 10.- Hepatitis A. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.8.2.- Hepatitis B

En el año 2002 se notificaron 111 casos de hepatitis B, 6 más que en el año 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 19% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 2,05 casos por 100.000 habitantes, cifra similar a la observada a nivel nacional, con una razón de tasas de 1,01 (referencia: nivel nacional).

Las áreas 10, 4 y 8 fueron las que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM (gráfico 11). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa fueron Parla (con una tasa de $6,94 \times 10^5$), Hortaleza ($6,56 \times 10^5$), Alcorcón ($5,23 \times 10^5$), Centro ($4,07 \times 10^5$) y Salamanca ($3,59 \times 10^5$) (ver mapa 5).

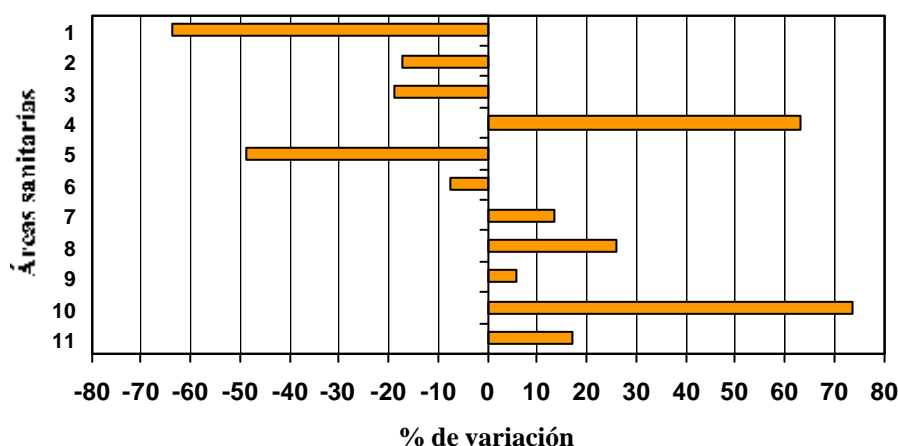
Se dispone de información sobre edad y sexo en el 95,5% y 97,3% de los casos respectivamente. El 68,5% se observó en varones y el 82,1% en mayores de 25 años (ver gráfico 12). En los menores de 15 años se presentaron 2 casos, en un niño de 7 años y en una niña recién nacida.

El 95% de los casos fueron clasificados como confirmados. La prueba de detección de anticuerpos antiHbC (IgM) fue positiva en el 67,6% (75 casos), y 81 casos (73,0%) tenían una prueba Ag antiHBs positiva.

En 15 casos existían antecedentes de contacto sexual de riesgo y 6 eran consumidores de droga por vía parenteral. El 56,8% no estaba vacunado y en el resto se desconocían sus antecedentes vacunales.

Gráfico 11.- HEPATITIS B. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 2,05 por 100.000



Mapa 5.- HEPATITIS B. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

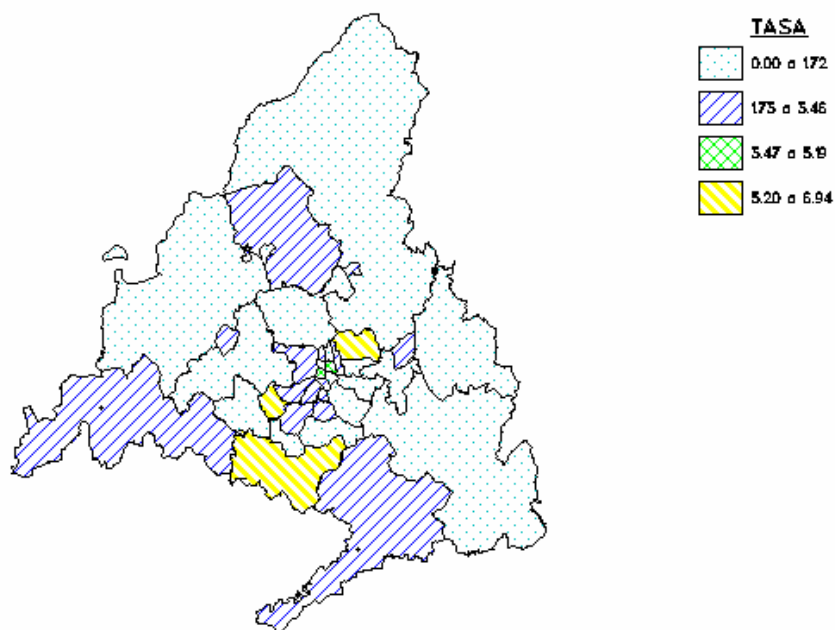
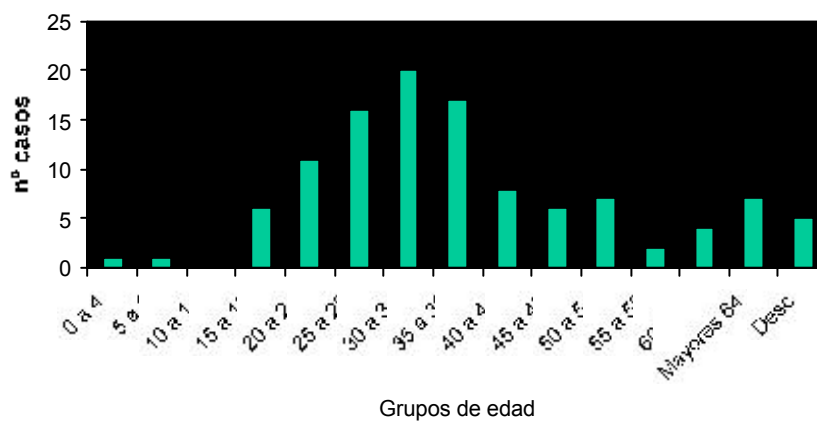


Gráfico 12.- HEPATITIS B. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.8.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2002 se notificaron 84 casos de “otras hepatitis víricas”, 17 casos menos que en el año 2001 (tabla 4). La tasa de incidencia acumulada fue de 1,55 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a la observada a nivel nacional, con una razón de tasas de 0,52 (referencia: nivel nacional).

El número de casos de “otras hepatitis víricas”, que fueron notificadas como hepatitis C, fueron 80, lo que supone una tasa de 1,48 casos por 100.000 habitantes. Dos casos correspondían a hepatitis de tipo D y en otros 2 se desconocía el serogrupo.

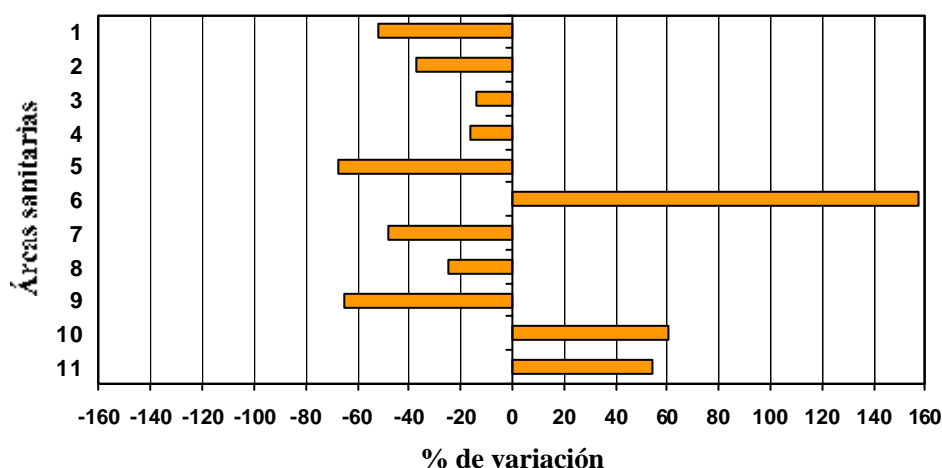
Si consideramos sólo los casos de hepatitis C, las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 6, 10 y 11 (gráfico 13). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa fueron Moncloa (con una tasa de $12,87 \text{ casos} \times 10^5$), Villaverde ($5,53 \times 10^5$), Usera ($4,28 \times 10^5$), Navacarnero ($4,16 \times 10^5$) y Getafe ($3,30 \times 10^5$) (ver mapa 6).

Se dispone de información sobre edad y sexo de los casos de hepatitis C en el 97,5% y 96,3 % de los casos respectivamente. El 57,7% de estos casos se observó en varones y el 87,0% en mayores de 30 años (gráfico 14).

Teniendo en cuenta los factores de riesgo asociados se observa que, del total de casos de hepatitis C, 21 (26,3%) eran consumidores de drogas por vía parenteral, 7 (8,8%) presentaban antecedentes de contacto sexual de riesgo y 4 (5,0%) tenían antecedentes de transfusión en alguna ocasión.

Gráfico 13.- HEPATITIS C. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 1,50 por 100.000



Mapa 6.- HEPATITIS C. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

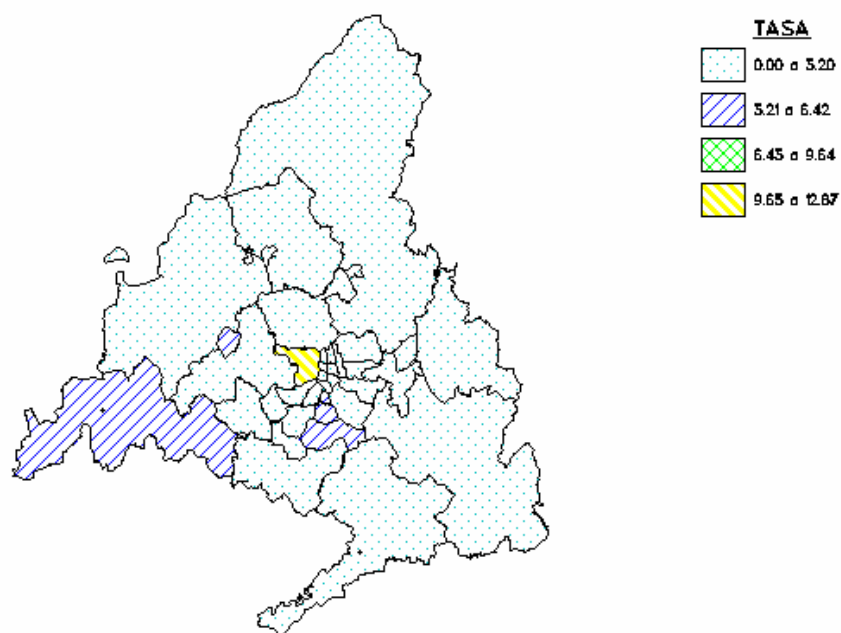
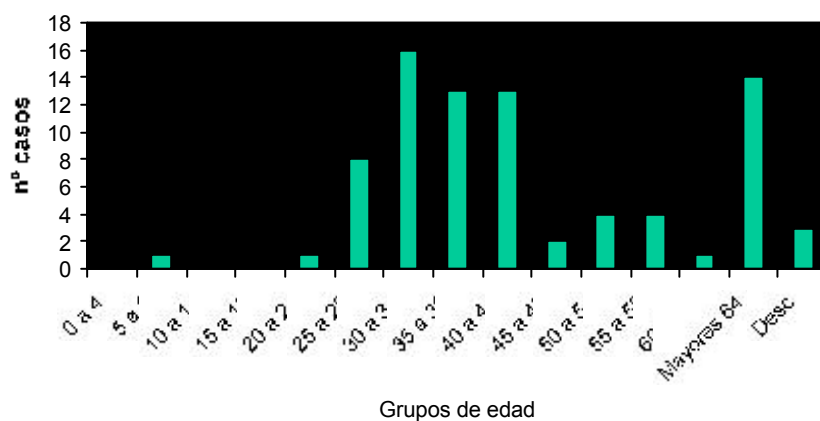


Gráfico 14.- HEPATITIS C. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.9- Infección gonocócica

En el año 2002 se notificaron 42 casos de infección gonocócica, 2 casos más que en el año 2001 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,77 por 100.000 habitantes, cifra mucho menor que la observada a nivel nacional ($2,11 \text{ casos} \times 10^5$), siendo la razón de tasas de 0,36 (referencia: nivel nacional).

El área que presentó una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fue la 11 seguida de la 7 y la 9 (gráfico 15). El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Arganzuela con una tasa de $9,02 \text{ casos} \times 10^5$ habitantes, seguido de los distritos de Chamberí ($2,78 \times 10^5$), Moncloa ($2,76 \times 10^5$), Centro ($2,44 \times 10^5$) y Villaverde ($2,37 \times 10^5$) (mapa 7).

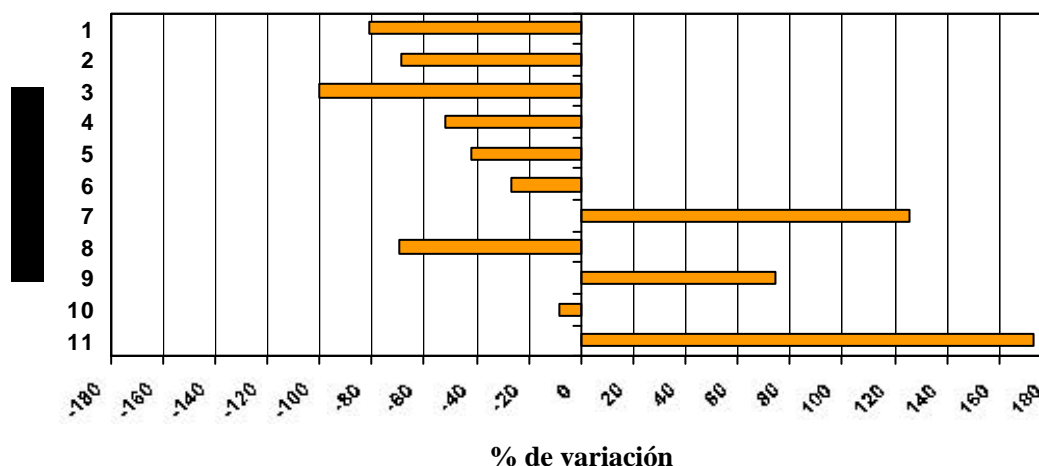
El 92,9% de los casos se observó en varones y el 88,64% tenían edades comprendidas entre los 20 y 44 años (gráfico 16). El rango de edad varió entre 20 y 63 años.

En 9 casos (22,7%) el diagnóstico fue sólo de sospecha y en el 77,3% además se apoyó en pruebas de laboratorio. Se realizó diagnóstico microbiológico en el 70,5% de los casos y serológico en el 6,8%.

Del total de casos, el 7,1% presentaban antecedentes conocidos de tener un contacto cercano con otro enfermo. El 26,2% de los casos ocurrieron en personas de origen extranjero.

Gráfico 15.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 0,77 por 100.000



Mapa 7.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

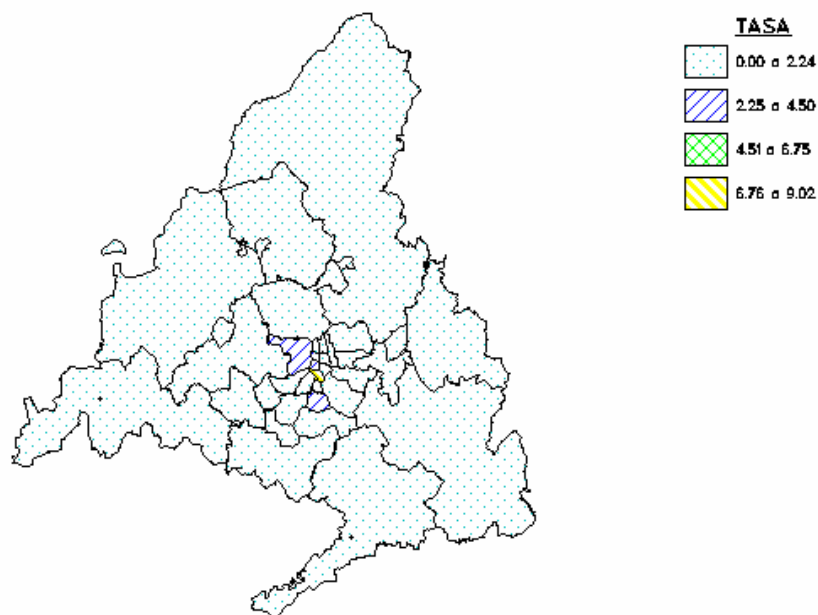
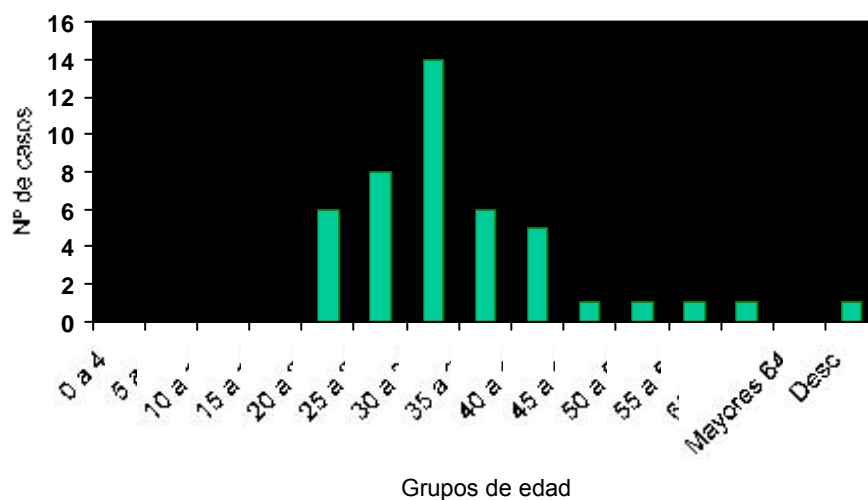


Gráfico 16.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.10.- Legionelosis

En el año 2002 se notificaron 134 casos de legionelosis (tabla 2), 81 casos más que el año anterior. Esto supone un incremento del 152,8% con respecto al 2001 y un aumento de 294,1% con respecto a la mediana del quinquenio anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,47 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,67 (referencia: nivel nacional).

El área que presentó una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fue la 8 (tasa de $4,7 \text{ casos} \times 10^5$), seguida de la 10 ($4,6 \times 10^5$), la 9 ($2,7 \times 10^5$) y la 11 ($2,7 \times 10^5$) (gráfico 17). El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Aranjuez ($5,94 \times 10^5$), seguido de los distritos de Villaverde ($5,54 \times 10^5$), Moratalaz ($4,63 \times 10^5$), Retiro ($4,62 \times 10^5$), Collado Villalba ($4,41 \times 10^5$) y Fuenlabrada ($4,07 \times 10^5$) (mapa 8).

El 81,34% de los casos se observó en varones. La media de edad fue de $56,3 \pm 15,3$ años. El 67,2% de los casos se observó en mayores de 49 años (gráfico 18).

En el 100% de los casos el diagnóstico se apoyó en pruebas de laboratorio. Un 94% de ellos se diagnosticó mediante pruebas de confirmación. De éstos, en el 88% se demostró el antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina, en un 3,1% se aisló *L. pneumophila* en secreciones respiratorias, tejido pulmonar o sangre y en un 7,1% hubo seroconversión frente a *L. pneumophila* SG1.

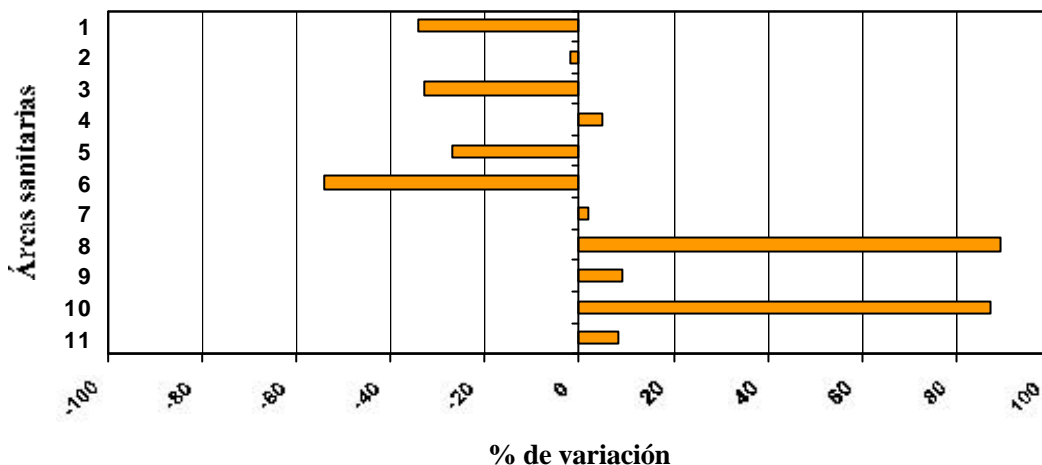
Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron ser fumador (62,0%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (30,8%), tener diabetes (20,9%), estar inmunosuprimido (13,3%) y tener una nefropatía (7,7%).

Del total de casos, sólo uno (0,7%) estaba asociado a otros casos, concretamente estaba relacionado con el brote ocurrido en Alcoy durante el año 2002 (Comunidad Valenciana), el resto aparecieron de forma aislada. Durante este año se investigó una agregación témporo-espacial de 8 casos de legionelosis, que ocurrieron de forma escalonada durante los meses de septiembre y octubre en el área 4, que al final no se confirmó.

En el gráfico 19 se muestra la incidencia de esta enfermedad durante los últimos 6 años, desde julio de 1997 (fecha en la que comenzó a considerarse de declaración obligatoria en nuestra comunidad). El aumento observado durante todo este período se debe a la mejora y consolidación de la vigilancia de esta enfermedad con el paso del tiempo. Durante todo este período el año 2002 ha sido el de mayor incidencia declarada, este mayor incremento se debe, además, a la vigilancia activa que se efectuó durante el tercer trimestre del año ante la alerta comentada.

Gráfico 17.- LEGIONELOSIS. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 2,47 por 100.000



Mapa 8.- LEGIONELOSIS. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

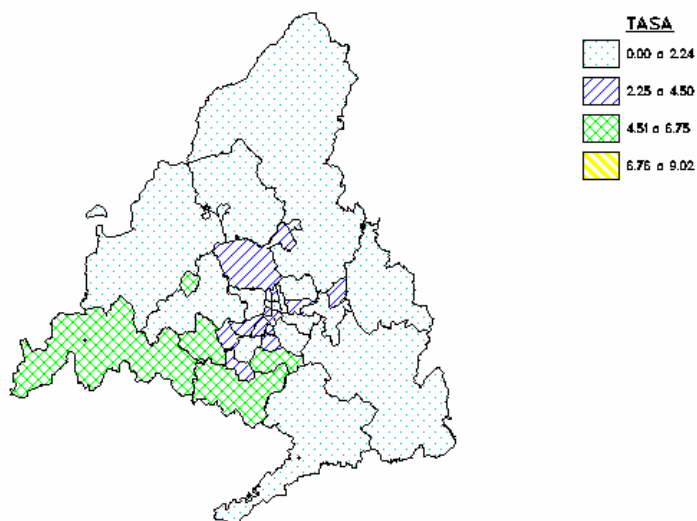


Gráfico 18.- LEGIONELOSIS. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.

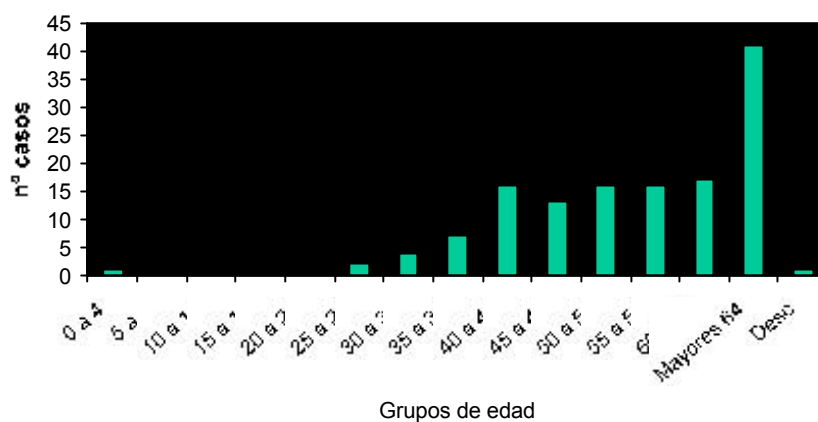
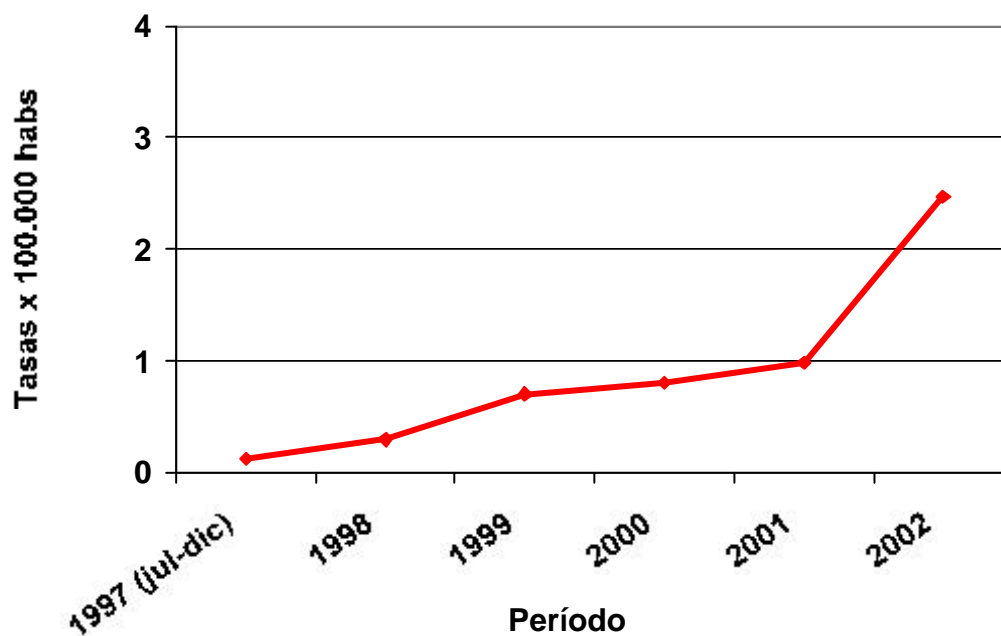


Gráfico 19.- LEGIONELOSIS. Tasas de incidencia. Comunidad de Madrid. Período 1997-2002.



3.3.11.- Leishmaniasis

En el año 2002 se notificaron 22 casos de leishmaniasis, 6 menos que el año anterior (tabla 2). El número de casos notificados fue un 10% superior a la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,41 por 100.000 habitantes.

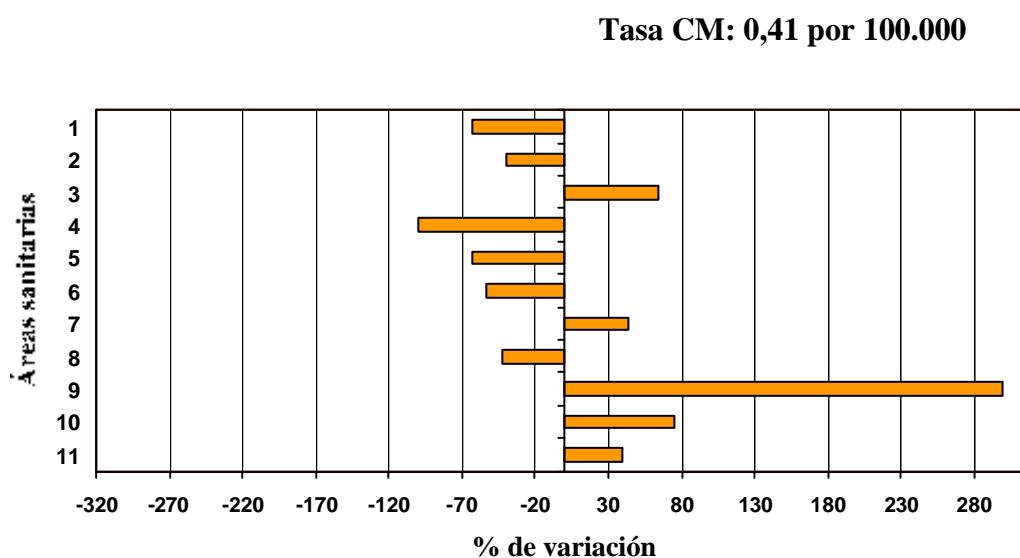
Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 9, 10, 3, 7 y 11 (gráfico 20). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa fueron Leganés (tasa de $2,30 \times 10^5$), Arganzuela (tasa de $1,50 \times 10^5$), Navalcarnero (tasa de $1,39 \times 10^5$), Fuenlabrada (tasa de $1,02 \times 10^5$), Alcalá de Henares (tasa de $0,99 \times 10^5$) y Aranjuez (tasa de $0,87 \times 10^5$) (mapa 9).

El 72,7% de los casos se produjo en varones. El rango de edad varió entre 1 y 73 años. En el grupo de edad de 20 a 44 años aparecieron 9 casos (40,9%) y un 31,8% en mayores de 45 años.

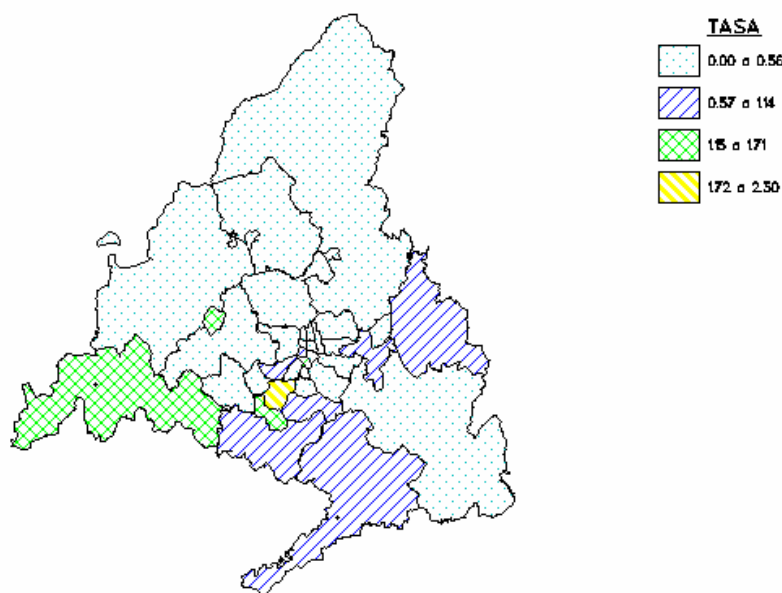
En todos los casos el diagnóstico se apoyó en pruebas de laboratorio. En el 40,9% se realizó diagnóstico serológico y en el 63,6% microbiológico.

Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de una enfermedad inmunosupresora o el estar en tratamiento inmunosupresor (50%) y el antecedente de haber recibido un transplante (9,1%).

Gráfico 20.- LEISHMANIASIS. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.



Mapa 9.- LEISHMANIASIS. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.



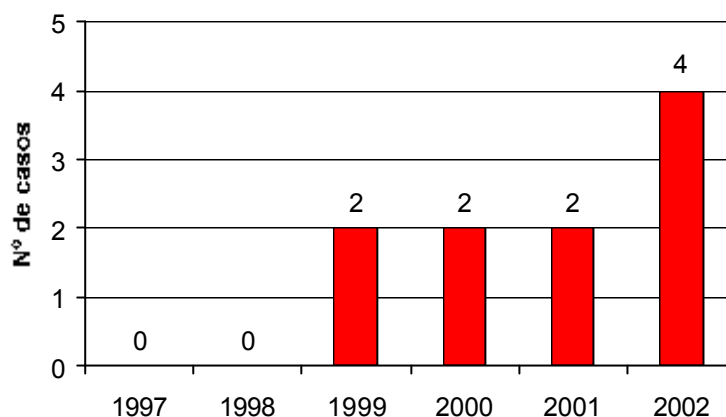
3.3.12.-Lepra

Durante el año 2002 se han notificado 4 casos de lepra en la Comunidad de Madrid, 2 casos más que en el 2001. La tasa de incidencia fue de 0,1 casos por 100.000 habitantes. A nivel nacional se notificaron 18 casos (tasa de $0,05 \times 10^5$).

Estos 4 casos han ocurrido en 2 hombres y 2 mujeres con edades comprendidas entre los 24 y 64 años. Todos los casos son nuevos, excepto uno que es una recidiva. Los 4 casos han sido diagnosticados de lepra multibacilar, con confirmación microbiológica, y presentan una evolución favorable sin discapacidad alguna. Tres de ellos (75%) son de origen extranjero (uno procede de Colombia, otro de Ecuador y otro de Cuba). Un caso presenta como antecedente un contacto cercano con un antiguo enfermo de lepra.

En el gráfico 21 se presentan la evolución de los casos de lepra notificados en la Comunidad de Madrid durante los últimos 6 años.

Gráfico 21.- LEPR. Nº de casos en la Comunidad de Madrid. Período 1997-2002.



3.3.13.- Meningitis Bacterianas

En el año 2002 se han notificado 92 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo las debidas a meningococo, *H. influenzae* y *M. tuberculosis*), 2 casos mas que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 1,70 casos por 100.000 habitantes. Se han registrado 4 fallecimientos por esta causa, con una letalidad por tanto de un 4,3% para este grupo de enfermedades. El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Streptococcus pneumoniae*, que ha producido 36 de dichos casos (incidencia 0,66), de los que 2 han fallecido (letalidad del 5,6%).

El 52,2% de los casos notificados de meningitis bacterianas eran varones y el 47,8% mujeres. En cuanto a los pacientes de meningitis neumocócica han mostrado una distribución similar en cuanto al sexo.

La mayor incidencia se ha presentado en el grupo de edad de los menores de 1 año (23,52 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (tasa 8,28). En cuanto a la meningitis neumocócica, las mayores tasas se han presentado en los menores de 1 año (13,44 casos por 100.000 habitantes), seguido por el de 1 a 4 años (tasa 3,41). La tasa en menores de cinco años ha sido de 5,66 y en menores de 2 años de 9,6.

Las áreas más afectadas por este grupo de meningitis bacterianas han sido: el Área 9 (tasa $3,79 \times 10^5$) y las Áreas 3 y 7 ($2,33 \times 10^5$). En cuanto a las meningitis neumocócica el Área 9 ($1,08 \times 10^5$) y el Área 1 ($1,04 \times 10^5$) han sido las más afectadas.

En el informe de “*Infecciones que causan meningitis. Año 2002*” se presenta un análisis más detallado (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 4, vol. 9. Abril, 2003).

3.3.14.- Meningitis víricas

En el año 2002 en la Comunidad de Madrid se han registrado 360 casos de meningitis vírica, 143 menos que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 6,64 casos por 100.000 habitantes. Se han producido 3 fallecimientos por esta causa, por lo que la letalidad fue de un 0,8%. Los casos con evolución fatal han sido adultos que han presentado meningoencefalitis, en dos de ellos se ha identificado virus herpes simple como agente causal.

La mayoría de los casos han sido sospechas clínicas. Sólo se han confirmado cuatro: dos debidos a virus herpes simple, uno por enterovirus no polio y otro por virus Coxsackie.

La meningitis vírica muestra un claro predominio masculino, ya que el 62,2% de los enfermos fueron varones. En la distribución por edad, se ha observado una mayor frecuencia en los menores de 10 años, con las mayores tasas en los menores de 1 año (60,47 casos x 10⁵), seguido por el grupo de 1 a 4 años (53,07 x 10⁵) y el de 5 a 9 años (38,85 x 10⁵).

Las mayores tasas de meningitis vírica se han observado en el Área 3 (20,29 casos por 100.000 habitantes), seguida por el Área 9 (18,39) y el Área 8 (12,64).

Hay que señalar que esta enfermedad no es vigilada a nivel nacional, en el informe de *“Infecciones que causan meningitis. Año 2002”* se presenta un análisis más detallado (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 4, vol. 9. Abril, 2003).

3.3.15.- Paludismo

En el año 2002 se notificaron 147 casos de paludismo, 40 menos que en el año 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 5,8% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 2,71 casos por 100.000 habitantes, cifra mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 2,38 (referencia: nivel nacional). El Hospital Carlos III realizó el 66,7 % de las notificaciones.

Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia han sido la 3 (tasa de $10,3 \times 10^5$), seguida de la 9 ($5,1 \times 10^5$) y la 11 ($3,0 \times 10^5$) (gráfico 22). En el mapa nº 10 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor tasa de incidencia se ha observado en el distrito de Fuencarral, con una tasa de 12,3 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Tetuán ($9,4 \times 10^5$), Carabanchel ($5,8 \times 10^5$), Salamanca ($5,5 \times 10^5$), Alcalá de Henares ($5,1 \times 10^5$) y Latina ($5,1 \times 10^5$).

El 55,5% de los casos se presentó en varones. El 50,0% tenían edades comprendidas entre 20 y 44 años y el 16,7% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años).

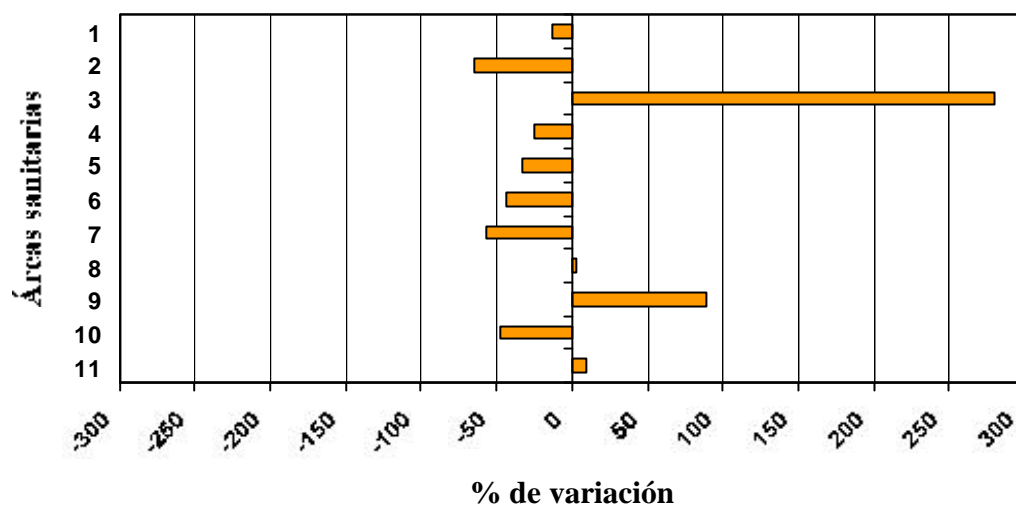
En todos los casos el diagnóstico se apoyó en pruebas de laboratorio. En el 74,8% de los casos se identificó *P. falciparum*, en el 8,2% *P. vivax*, en el 4,8% *P. ovale*, en el 1,4% *P. malarie* y en el 4,1% se identificaron infecciones mixtas por *P. falciparum* y otras especies (ver tabla 5).

Todos los casos son importados y presentan como principal antecedente la inmigración de zonas endémicas (67,0%) o el antecedente de viaje turístico a dichas lugares (20,3%). El lugar de contagio se conoce en 136 casos (92,5%). Del total de ellos, el 90,4% se infectó en el continente africano y el 79,7% de éstos adquirió la enfermedad en Guinea Ecuatorial.

Estos datos reflejan que los inmigrantes y en especial sus hijos, que viajan a sus países de origen sin profilaxis, constituyen un grupo de riesgo elevado. Hay que aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informarles de los riesgos de infección por paludismo, así como establecer estrategias adecuadas de prevención en este grupo de población.

Gráfico 22.- PALUDISMO. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 2,71 por 100.000



Mapa 10.- PALUDISMO. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

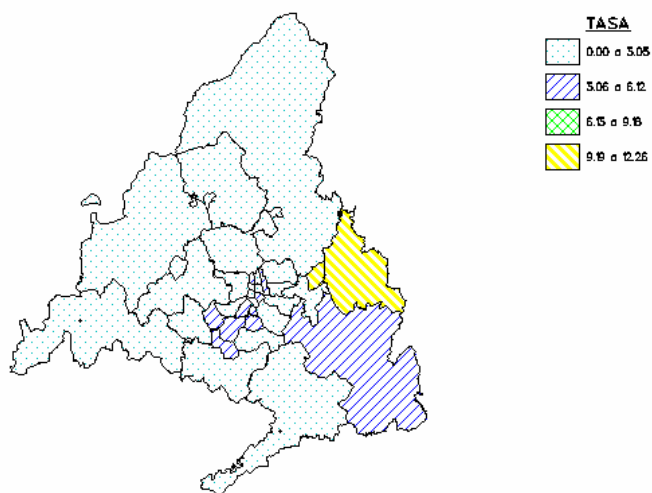


Tabla 5.- Distribución de los casos de paludismo según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid. Año 2002.

PLASMODIUM AISLADO	PAÍS/CONTINENTE DE CONTAGIO					TOTAL
	GUINEA ECUATORIAL	RESTO AFRICA	AMÉRICA LATINA	ASIA	NO FIGURA	
<i>P. falciparum</i>	81	18	2	-	9	110 (74,8%)
<i>P. vivax</i>	2	1	6	2	1	12 (8,2%)
<i>P. malariae</i>	1	-	1	-	-	2 (1,4%)
<i>P. ovale</i>	5	1	-	1	-	7 (4,8%)
<i>P. falciparum/vivax</i>	4	-	-	-	-	4 (2,7%)
<i>P. falciparum/malariae</i>	1	-	-	-	-	1 (0,7%)
<i>P. falciparum/ovale</i>	1	-	-	-	-	1 (0,7%)
<i>P. spp</i>	2	1	2	-	-	5 (3,4%)
No figura especie	2	1	-	1	1	5 (3,4%)
TOTAL	99 (67,3%)	22 (15,0%)	11 (7,5%)	4 (2,7%)	11 (7,5%)	147 (100,0%)

3.3.16.- Parálisis flácida aguda

Durante el año 2002 se han notificado 3 casos de Parálisis Flácida Aguda, 4 casos menos que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 0,39 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, cifra menor que la observada a nivel nacional (37 casos, tasa de $0,6 \times 10^5$).

En la revisión del CMBD de los distintos Hospitales de la Comunidad de Madrid correspondiente al año 2002, no ha aparecido ningún caso que no haya sido declarado anteriormente.

Estos 3 casos han ocurrido en 2 mujeres y 1 varón con un rango de edades comprendido entre los 3 y los 13 años. En todos se tomaron muestras y se ha descartado que fueran causados por virus de la polio. El diagnóstico final en dos de ellos fue Síndrome de Guillain-Barré y en uno encefalitis diseminada aguda.

En el informe de “*Plan de Erradicación de la Poliomiélitis*” se presenta un análisis más detallado de la Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid, año 2002. (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 2, vol. 9, Febrero 2003).

3.3.17.-Parotiditis

En el año 2002 se notificaron 562 casos de parotiditis, 625 menos que en el año 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 0,35% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 10,36 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,91 (referencia: nivel nacional).

El mayor número de casos se observó durante las 6 primeras cuatrisesmanas del año 2002 (ver gráfico 23).

Las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM fueron la 11 (tasa de 17,3 casos x 10⁵), la 3 (16,6 x 10⁵) y la 1 (tasa de 15,0) (ver gráfico 24). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Arganda (tasa de 42,03 x 10⁵), Usera (32,54 x 10⁵), Torrejón de Ardoz (23,30 x 10⁵), Aranjuez (22,52 x 10⁵) Arganzuela (21,80 x 10⁵) y Coslada (18,63 x 10⁵) (ver mapa 11).

El 58,9% de los casos se observó en varones. Se dispone de información sobre edad en el 97,9% de los casos. El 68,3% se registró en menores de 15 años y el 25,2% en el grupo de edad comprendido entre los 15 a 29 años. El 6,5% se presentó en mayores de 29 años (ver gráfico 25).

En relación al tipo de diagnóstico, en 64 casos (11,3%) se realizó diagnóstico serológico y en el 88,7% fue de sospecha clínica. El 15,4% (87 casos) fueron clasificados como confirmados.

En el gráfico nº 26 se muestra el estado vacunal de los casos menores de 21 años. El 66,6% (307) de ellos habían recibido al menos una dosis de vacuna, el 6,3% (29) no estaban vacunados y en un 27,1% (125) se desconocían los antecedentes vacunales.

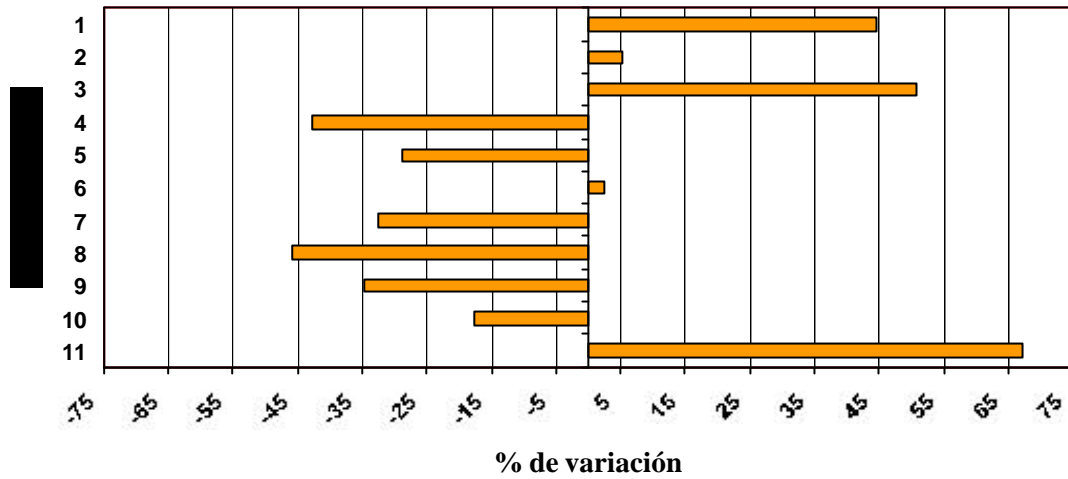
Del total de casos, el 22,0% (124) estaban asociados a otros casos. El 21% de ellos estaban relacionados con otros casos del ámbito familiar y el resto (79%) ocurrieron en el contexto de brotes. En el año 2002 se notificaron 14 brotes de parotiditis, 10 de ellos se produjeron en centros escolares. Las áreas 1 y 6 fueron las que tuvieron mayor número de brotes, con 6 y 3 brotes respectivamente.

Gráfico 23.- PAROTIDITIS. Número de casos notificados por cuatrisesmanas. Comunidad de Madrid. Años 2001-2002.



Gráfico 24.- PAROTIDITIS. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 10,36 por 100.000



Mapa 11.- PAROTIDITIS. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

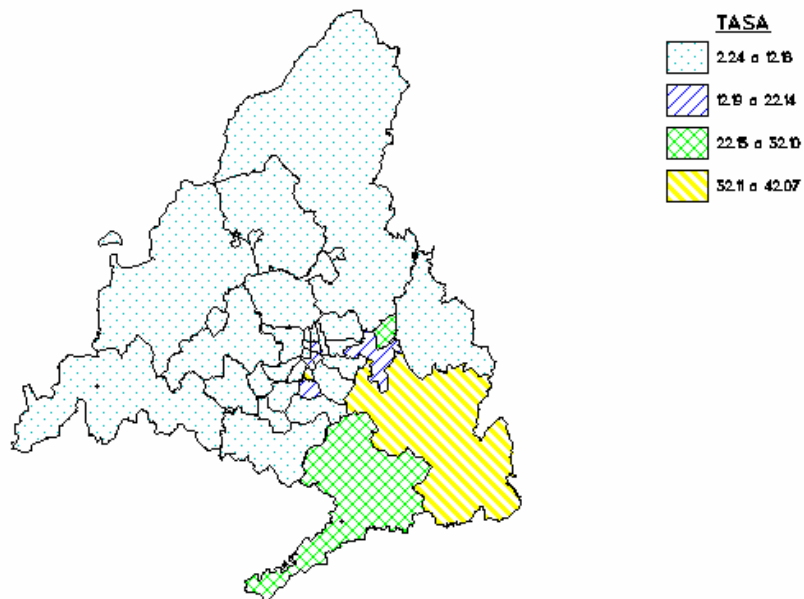


Gráfico 25.- PAROTIDITIS. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.

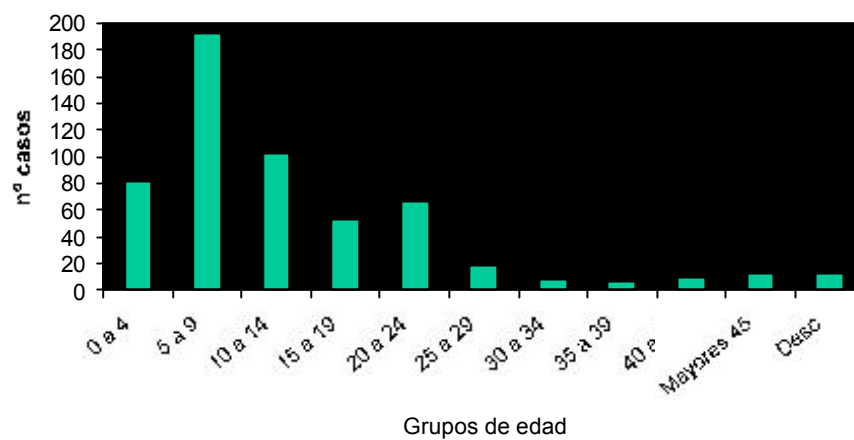
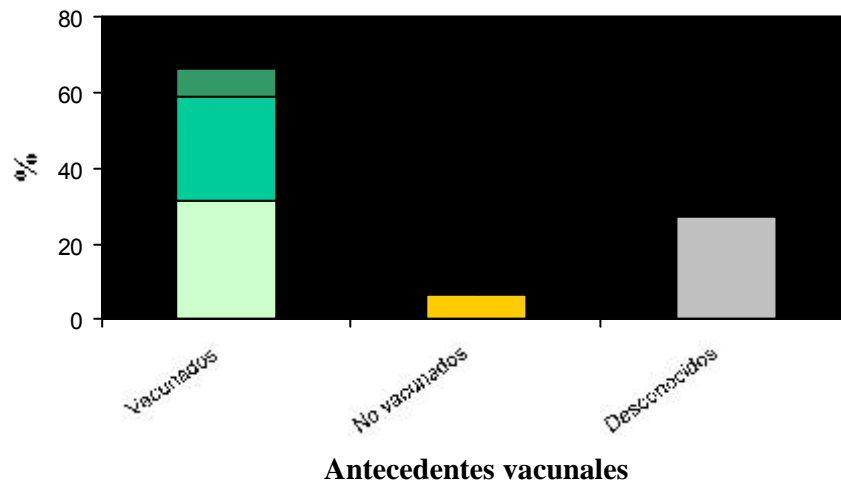


Gráfico 26.- PAROTIDITIS. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.18.- Rubéola

Durante el año 2002 se notificaron 25 casos de rubéola, 10 más que en el año 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 2% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,46 casos por 100.000 habitantes, cifra ligeramente mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,31 (referencia: nivel nacional). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 1,81 casos por 100.000 habitantes.

Las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM fueron la 10 (tasa de $1,1 \times 10^5$), la 2 ($1,0 \times 10^5$), la 9 ($0,8 \times 10^5$) y la 4 ($0,7 \times 10^5$) (ver gráfico 27). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Coslada ($2,15 \times 10^5$), Getafe ($1,98 \times 10^5$), Leganés ($1,73 \times 10^5$), Hortaleza ($1,09 \times 10^5$) y Collado Villalba ($1,09 \times 10^5$) (ver mapa 12).

El 56% de los casos se observó en mujeres. El 60% de los casos se observó en menores de 20 años (tabla 13) y el resto (40%) en el grupo de edad comprendido entre los 20 y 39 años (ver gráfico 28).

En relación al tipo de diagnóstico, el 40% (10 casos) fueron clasificados como confirmados, en 10 casos (40%) se realizó diagnóstico serológico y en 1 además se confirmó mediante cultivo.

Respecto a la forma de presentación, el 24,0% (6) estaban relacionados con otros casos de su entorno cercano.

En cuanto a los antecedentes vacunales de los casos menores de 21 años, el 22,2% (4/18) habían recibido al menos una dosis de vacuna, el 50% (9/18) no estaban vacunados y en un 27,8% (5/18) se desconocía si estaban inmunizados (ver gráfico 29).

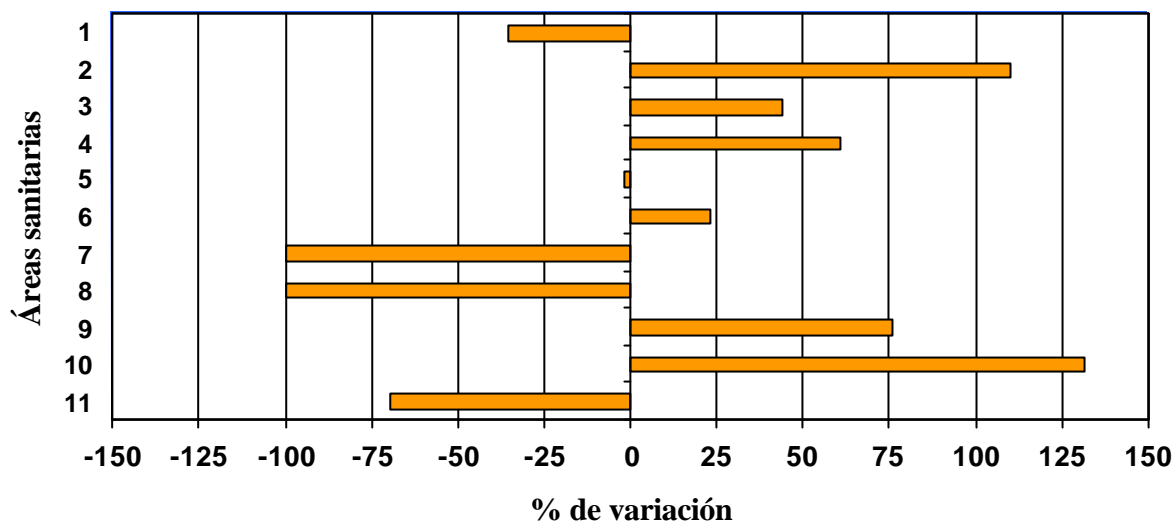
Respecto al total de casos notificados en mujeres, ninguna de ellas estaba embarazada cuando enfermaron y el rango de edad osciló entre 1 y 31 años. Un 28,6% de los casos aparecieron en edades fértiles y un 37,7% (5/14) eran de origen extranjero (2 procedían de Colombia, 1 de la República Dominicana, 1 de Ecuador y 1 de Polonia). En cuanto a sus antecedentes vacunales un 28,6% (4/14) estaban vacunadas (3 con una dosis y 1 con dos dosis), un 35,7% no estaban inmunizadas y en un 35,7% se desconocían sus antecedentes.

Durante el año 2002 y 2001 no se han notificado casos de rubéola congénita en la Comunidad de Madrid.

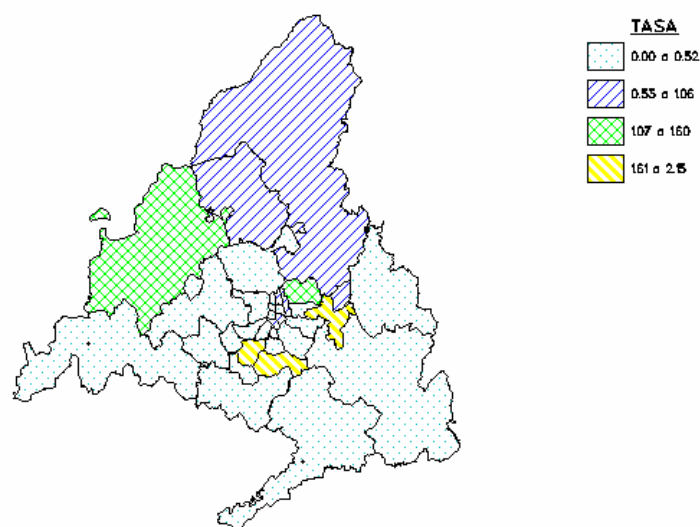
La situación epidemiológica descrita ha puesto de manifiesto la existencia de bolsas de susceptibles en la población femenina en edad reproductiva, especialmente en el colectivo de mujeres inmigrantes, y evidencia la necesidad de incrementar la cobertura vacunal en este grupo, así como desarrollar estrategias de prevención adaptadas a esta población. Se recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informales de los riesgos de infección por el virus de la rubéola y actualizar el calendario vacunal según sus antecedentes y edad.

Gráfico 27.- RUBÉOLA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 0,46 casos por 100.000



**Mapa 12.- RUBÉOLA. Tasas de incidencia por distrito sanitario.
Comunidad de Madrid. Año 2002.**



**Gráfico 28.- RUBÉOLA. Distribución por edad y sexo.
Comunidad de Madrid. Año 2002.**

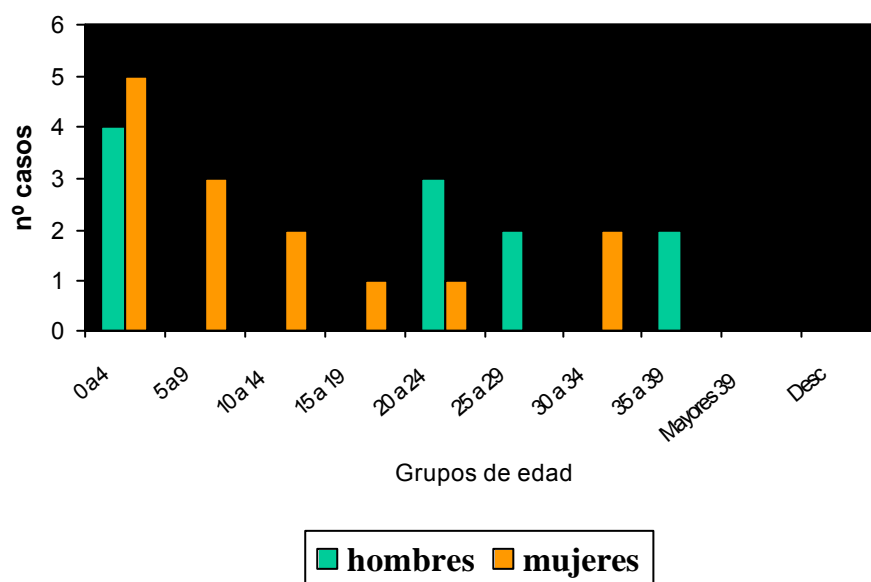
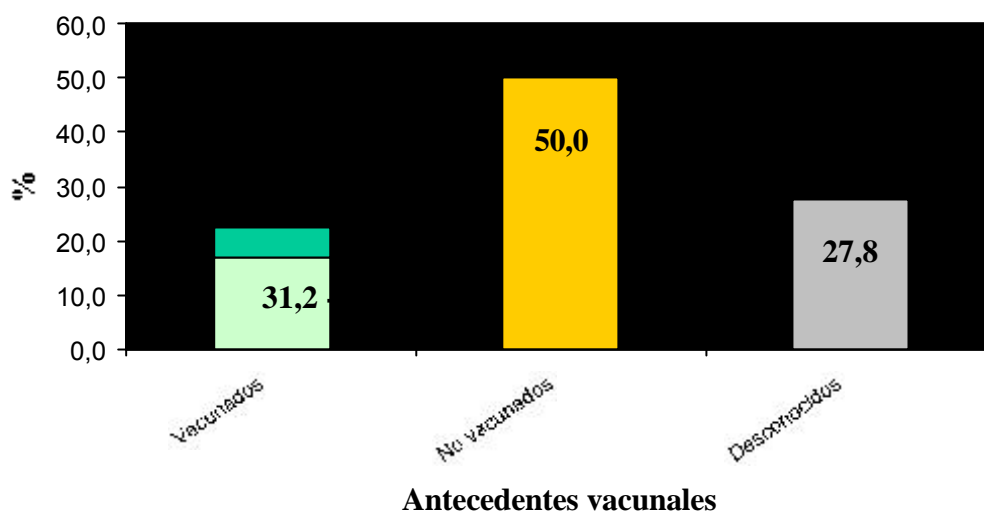


Gráfico 29.- RUBEOLA. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.19.- 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. En concordancia con las recomendaciones de la OMS, en España se ha establecido un Plan de Acción Nacional y en la Comunidad de Madrid (CM) se ha diseñado un Plan Regional, cuyo objetivo general es 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

En el año 2002 se recibieron 54 notificaciones. Aunque todas ellas fueran investigadas, en el análisis se incluyen sólo las que cumplían los criterios clínicos de sospecha (43 casos) y aquellas que, o no los cumplían o no se pudo determinar si los cumplían, pero se confirmaron microbiológicamente como casos de sarampión (3 casos). De estos 46 casos, el 21,7% (10 casos) se confirmaron por laboratorio o epidemiológicamente y el 8,7% (4 casos) quedaron clasificados como compatibles, al no disponer de muestra clínica para analizar (ver tabla 6). La mayoría de las notificaciones procedieron de los centros de Atención Primaria (80,4%).

De los 14 casos confirmados y compatibles, en 12 no se encontró la fuente de infección y fueron clasificados como autóctonos (incidencia: $0,22 \times 10^5$). Los otros 2 casos fueron uno importado y otro vacunal.

De los 12 casos autóctonos, 8 fueron confirmados microbiológicamente (66,6%) y en 4 no se pudieron extraer las muestras oportunas, por lo que se

consideraron compatibles (tabla 6). Los motivos de ausencia de muestras fueron el rechazo a la extracción y la imposibilidad de localizar al caso.

Los 12 casos de sarampión autóctonos representan una tasa de incidencia de 0,22 casos por 100.000 habitantes, cifra menor a la observada en el año 2001 (15 casos, con una tasa de $0,28 \times 10^5$) y ligeramente superior a la tasa nacional (66 casos autóctonos, tasa de $0,16 \times 10^5$). Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 4 ($0,56 \times 10^5$), la 10 ($0,36 \times 10^5$) y la 3 ($0,33 \times 10^5$) (gráfico 30).

Del total de casos de sarampión autóctonos, 9 (75,0%) ocurrieron en varones y 3 (25,0%) en mujeres. El rango de edad fue de 11 meses a 32 años, el mayor número de casos se observó en los grupos de edad de 16 meses a 4 años y de 21 a 30 años (gráfico 31). En la tabla 7 figuran las tasas por 100.000 habitantes por grupo de edad. La mayor tasa de incidencia se observó en el grupo de 1 a 4 años.

El 75% de los casos autóctonos (9 casos) detectados en el año 2002 se presentó de manera esporádica. Los otros 3 casos estaban relacionados y aparecieron en el contexto de un brote en un colectivo escolar del Área 4, que ocurrió en 3 varones de origen hispanoamericano con edades comprendidas entre los 3 y 4 años y que no estaban vacunados previamente.

En la tabla 8 se muestra el estado vacunal de los casos autóctonos por grupo de edad. El 58,3% de los casos se produjeron en cohortes sometidas al programa de vacunación. Siete casos no estaban vacunados, tres declararon estar vacunados con una dosis de triple vírica y en dos no se pudo conocer su estado vacunal. De los 5 casos de 16 meses a 4 años que debían haber recibido al menos una dosis según el calendario vacunal de la Comunidad de Madrid, 3 no estaban vacunados. Estos 3 casos, de procedencia sudamericana, fueron los que se presentaron como un brote escolar en el área 4.

De los 32 casos descartados en el año 2002 se llegó a establecer un diagnóstico etiológico en 14 (43,8%). El diagnóstico más frecuente fue el de rubéola (5 casos) seguido de escarlatina (4 casos) y herpes virus 6 (3 casos) (ver tabla 6)

En el informe *“Plan de Eliminación del sarampión. Comunidad de Madrid. Año 2002”* se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 11, vol. 9. Abril, 2003).

Tabla 6. Plan de Eliminación del Sarampión. Clasificación de los casos notificados. Comunidad de Madrid. Año 2001 y 2002.

CLASIFICACIÓN DE CASOS		Año 2001 Nº casos	Año 2002 Nº casos
Casos autóctonos o con fuente de infección desconocida	Confirmados por microbiología	5	8
	Confirmados por vínculo epidemiológico	3	0
	Compatibles	7	4
	TOTAL CASOS AUTÓCTONOS	15	12
Casos pertenecientes a otra Comunidad Autónoma		0	0
Casos importados		2	1
Casos vacunales		3	1
TOTAL CASOS CONFIRMADOS Y COMPATIBLES		20	14
Casos descartados	Rubéola	0	5
	Herpes 6	3	3
	Parvovirus B19	0	0
	Escarlatina	0	4
	Otros: Epstein Barr	0	2
	No concluyente	3	18
TOTAL CASOS DESCARTADOS		6	32
TOTAL CASOS NOTIFICADOS		26	46

Fuente: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

Caso autóctono: todo caso que no pueda ser clasificado como importado o de otra Comunidad Autónoma. Los casos vinculados epidemiológicamente a un caso confirmado son considerados autóctonos si su exposición ocurre en la C. de Madrid.

Caso importado: todo caso confirmado de sarampión cuyo exantema se inicia en un período mayor o igual a 18 días de su llegada de otro país, siempre que no esté vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono anterior.

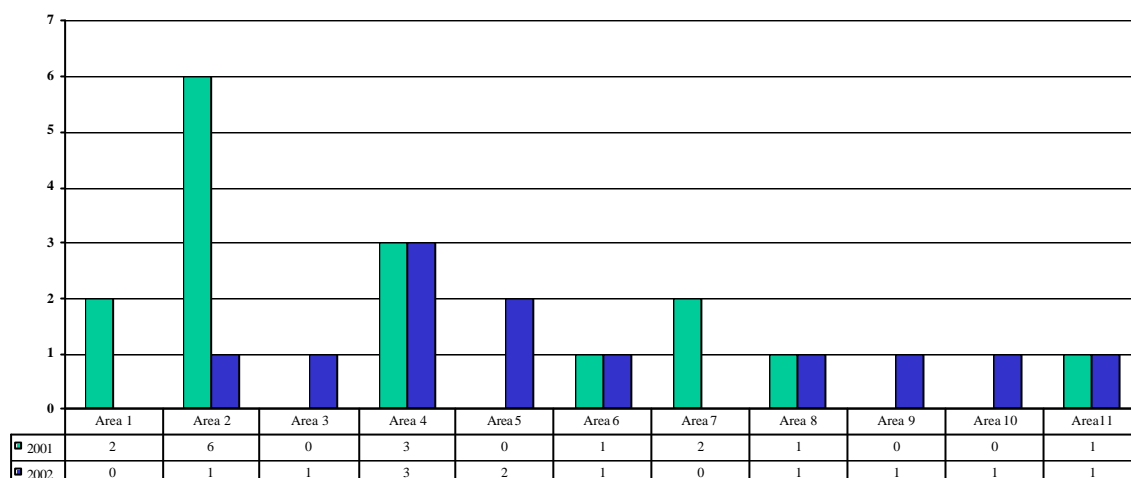
Caso confirmado por laboratorio: caso que las determinaciones de laboratorio indique la presencia de anticuerpos IgM frente a sarampión, seroconversión de IgG o cultivo positivo, con independencia de que la definición de caso se cumpla o no.

Caso confirmado con vínculo epidemiológico: todo caso que cumple los criterios de la definición clínica sin que se disponga de pruebas de laboratorio, y que ha estado en contacto témporo-espacial con otro caso de sarampión confirmado microbiológicamente, y en el cual el exantema se inició entre el 7-8 día antes de caso actual.

Caso compatible o que cumpla la definición clínica de caso: 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.

Caso descartado (no sarampión): Todo caso sospechoso en el que las determinaciones aportan resultados negativos.

**Gráfico 30.- Plan de Eliminación del Sarampión. Distribución geográfica de los casos autóctonos.
Comunidad de Madrid. Año 2001 y 2002.**



**Gráfico 31.- Plan de Eliminación del Sarampión. Casos autóctonos por grupo de edad.
Comunidad de Madrid. Años 2001 y 2002**

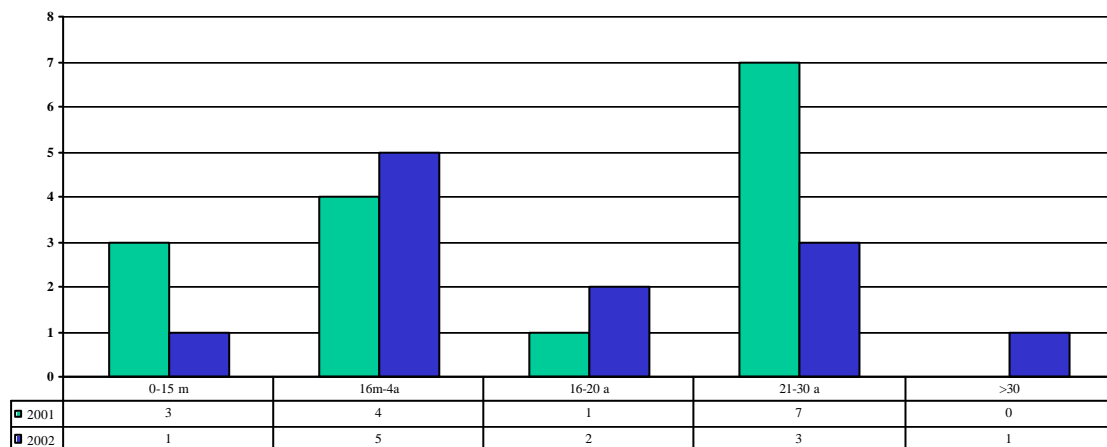


Tabla 7. Plan de Eliminación del Sarampión. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de casos autóctonos por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2002

	2001		2002		Razón de tasas 2002/2001
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
0-12 meses	3	5,04	1	1,68	0,33
1-4 años	4	1,95	5	2,43	1,25
5-10 años	0	0,00	0	0,00	--
11-15 años	0	0,00	0	0,00	--
16-20 años	1	0,30	2	0,60	2,00
21-30 años	7	0,72	3	0,31	0,43
31-35 años	0	0,00	1	0,21	--
Total <35 años	15	0,57	12	0,46	0,80

Tabla 8. Plan de Eliminación del Sarampión. Estado vacunal por grupo de edad de los casos autóctonos. Comunidad de Madrid. Año 2002

Edad	EV desconocido	0 dosis	1 dosis	2 dosis	Total
0-15 meses	0	1	0	0	1
16 meses-4 años	0	3	2	0	5
16-20 años	1	0	1*	0	2
21-30 años	0	3	0	0	3
>30 años	1	0	0	0	1
Total	2	7	3	0	12

*Dosis no documentada

3.3.20.- Sífilis

En el año 2002 se notificaron 70 casos de sífilis, 17 casos menos que en el año 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 8,5% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 1,29 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada en el ámbito nacional, siendo la razón de tasas de 0,69 (referencia: nivel nacional).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM fueron la 11, la 2 y la 10 con unas tasas de 2,54, 1,94 y 1,78 casos por 100.000 habitantes respectivamente (gráfico 32). Los distritos sanitarios que mostraron mayores tasas fueron Centro ($4,07 \times 10^5$), Arganzuela ($3,76 \times 10^5$), Usera ($3,43 \times 10^5$), Villaverde ($3,16 \times 10^5$), Vallecas ($3,14 \times 10^5$) y Parla ($3,08 \times 10^5$) (mapa 13).

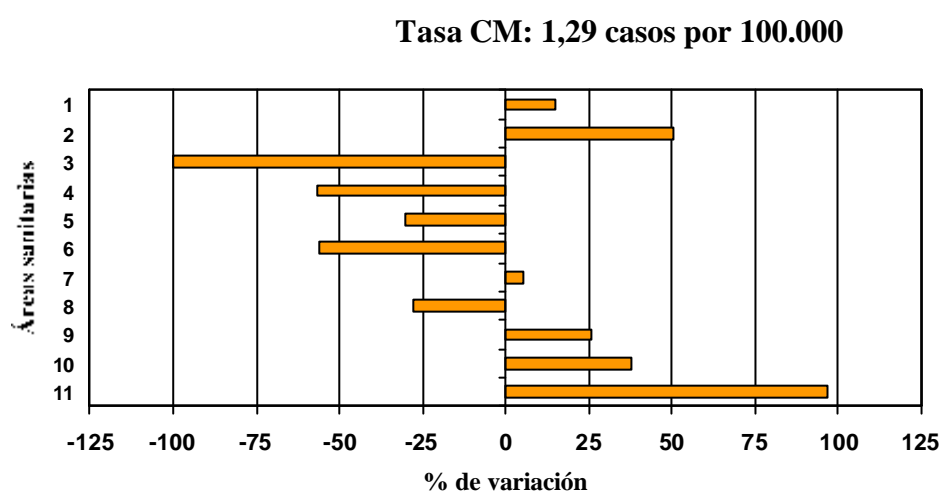
El 72,5% de los casos se observó en varones. Se dispone de información sobre edad y género en el 97,1% de los casos. El rango de edad varió entre 16 y 79 años. El 67,1% se presentó en personas de 20 a 39 años (ver gráfico 33).

En relación al tipo de diagnóstico, en el 94,3% se realizó diagnóstico serológico y en el 4,3% microbiológico (tabla 5). El 58,6% fueron clasificados como casos confirmados.

Del total de casos, el 12,9% (9) presentaban antecedentes conocidos de tener un contacto cercano con otros enfermos de sífilis. El 17,1% de los casos ocurrieron en personas de origen extranjero. En un caso la enfermedad se detectó a través de la realización rutinaria de serologías de control durante el tercer trimestre del embarazo.

Durante el año 2002 no se declararon casos de sífilis congénita en la Comunidad de Madrid. En el año 2001 se notificó un caso, correspondiente a un varón de 2 meses de edad residente en el área 7, cuya madre fue diagnosticada de sífilis durante el tercer trimestre del embarazo. A nivel nacional, en el año 2002 se notificaron 15 casos y 8 en el 2001, esto supone unas tasas de 0,04 y 0,02 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Gráfico 32.- SÍFILIS. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.



Mapa 13.- SÍFILIS. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

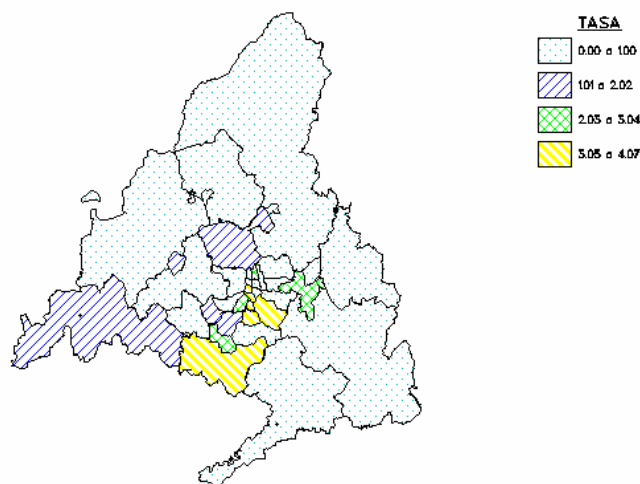
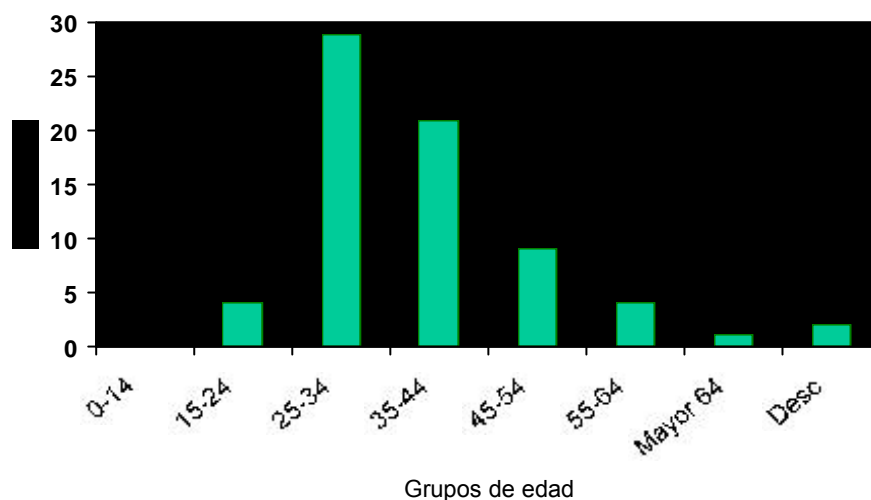


Gráfico 33.- SÍFILIS. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.3.21 Tétanos

En el año 2002 se ha notificado un caso de tétanos, que ocurrió en una mujer de 80 años, residente en el distrito de Arganzuela (área 11), con antecedentes de una herida previa los 10 días antes del inicio de síntomas. Esta enferma no estaba vacunada correctamente de tétanos. En el 2001 no se declararon casos y en el 2000 se notificó un caso, que ocurrió en el área 7. A nivel nacional, en el 2002 se notificaron 21 casos (tasa de $0,05 \times 10^5$) y en el 2001 23 casos (tasa de $0,06 \times 10^5$).

3.3.22.- Tos ferina

En el año 2002 se notificaron 163 casos de tos ferina, 100 casos más que en el año 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 167,2% mayor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 3,01 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 3,4 (referencia: nivel nacional). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 19,61 casos por 100.000 habitantes.

El mayor número de casos se observó durante las cuatrisesmanas 6 a 8 del año 2002 (ver gráfico 34).

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la Comunidad de Madrid fueron la 2, la 3 y la 6, con una tasa de 18,9, 10,6 y 4,0 casos por 100.000 habitantes respectivamente (ver gráfico 35). Los distritos sanitarios que

mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Coslada ($53,75 \times 10^5$), Alcalá de Henares ($14,31 \times 10^5$), Collado Villalba ($7,63 \times 10^5$), Retiro ($3,29 \times 10^5$) y Torrejón ($3,06 \times 10^5$) (mapa 14).

El 53,1% de los casos se observó en mujeres. En la distribución por edad, el 35,0% se observó en el grupo de 5 a 9 años, el 34,4% ocurrió en menores de 5 años y el 23,9% en el grupo de 10 a 14 años (ver gráfico 36).

Considerando el tipo de diagnóstico, el 47,2% de los casos fue sólo de sospecha clínica, en el 46,0% se realizó diagnóstico serológico y en el 6,8% microbiológico (tabla 5). Del total de casos, el 7,4% de ellos fueron clasificados como confirmados.

En el gráfico 37 figura el estado vacunal de los casos. En los menores de 21 años (95,1%), el 77,4% estaban inmunizados con al menos una dosis de vacuna, el 11,6% no lo estaban y en un 11,0% se desconocía.

El 46,6% de los enfermos estaban asociados a otros casos. Durante el 2002 se han notificado 2 brotes de tos ferina en la Comunidad de Madrid que en total han afectado a 71 personas. Estos brotes explican el incremento de incidencia observado durante este año en nuestra comunidad. Estos brotes han ocurrido en un colegio del área 2 y en otro del área 3. En el primer centro se contabilizaron 57 casos y en el segundo enfermaron 14 niños. En ambos brotes, el mayor número de afectados se observó en el grupo de 6 a 10 años de edad, en niños que en su mayoría estaban inmunizados con 3 ó 4 dosis de vacuna.

Gráfico 34.- TOS FERINA. Número de casos notificados por cuatrisesmana. Comunidad de Madrid. Años 2001-2002.

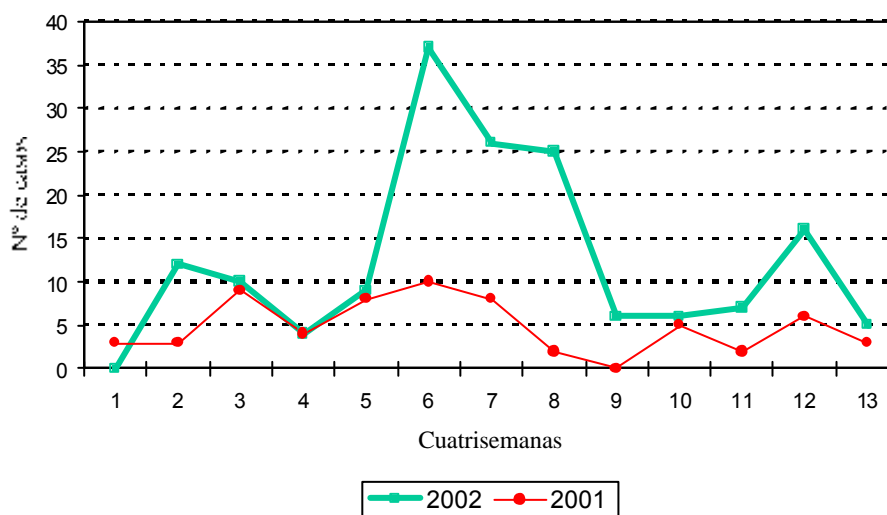
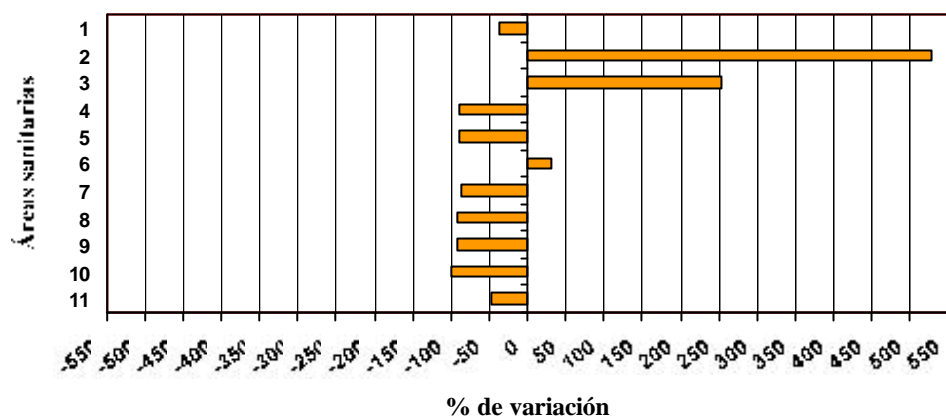


Gráfico 35.- TOSFERINA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 3,01 casos por 100.000



Mapa 14.- TOS FERINA. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.

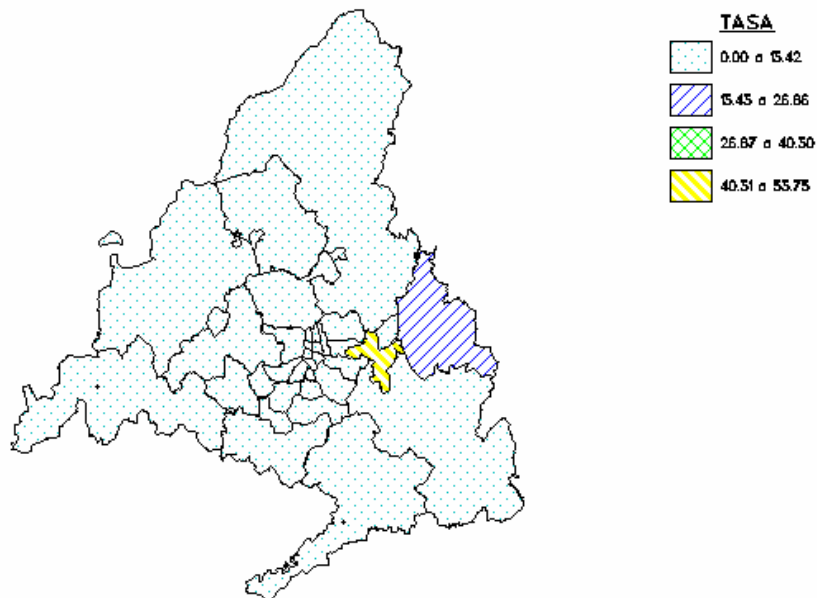


Gráfico 36.- TOSFERINA. Distribución por edad. Comunidad de Madrid. Año 2002.

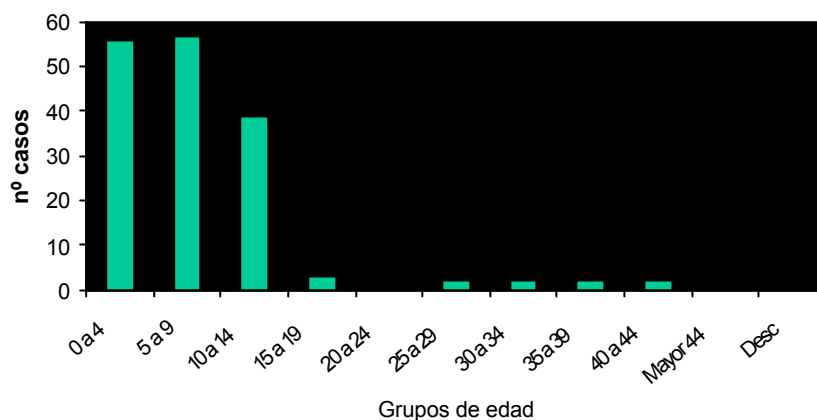
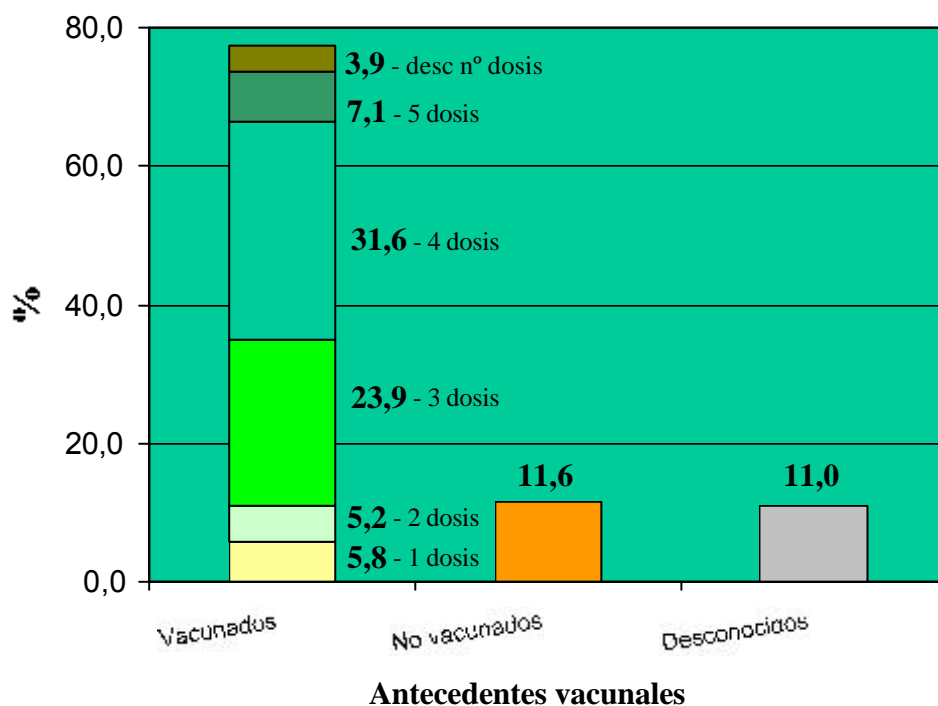


Gráfico 37.- TOSFERINA. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3. 3.23.- Triquinosis

Durante el año 2002 se han notificado 4 casos de triquinosis en nuestra Comunidad, lo que supone una tasa 0,07 casos por 100.000 habitantes. En el 2001 no se declararon casos. A nivel nacional se notificaron 25 casos en el 2002 (tasa de $0,06 \times 10^5$) y 44 en el 2001 (tasa de $0,11 \times 10^5$).

Estos 4 casos se notificaron en el mes de febrero y afectaron a 3 hombres y 1 mujer, con edades comprendidas entre los 39 y 57 años, que residían en diferentes áreas sanitarias (dos en el área 8, uno en la 6 y otro en la 7). Todos ellos evolucionaron favorablemente y ocurrieron en el contexto de un brote relacionado con una matanza domiciliar celebrada en el municipio de Madrigal de la Vera (Cáceres), en diciembre de 2001, y que en total afectó a 56 personas (4 de ellos residentes en nuestra comunidad).

3. 3.24.- Tuberculosis respiratoria

Durante el año 2002 se han notificado 909 casos de tuberculosis, 9 casos menos que el año anterior, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 16,76 por 100.000 habitantes.

En el informe "*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2001*" se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 9, vol. 9. Septiembre, 2003).

3.3.25.- Tuberculosis (otras)

En el año 2002 se han notificado 225 casos de otras tuberculosis, 27 casos menos que el año anterior, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 4,15 casos por 100.000 habitantes.

En el informe "*Registro Regional de casos de Tuberculosis, informe del año 2001*" se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 9, vol. 9. Septiembre, 2003).

3.3.26.- Varicela

Durante el año 2002 se han notificado 45.548 casos de varicela, 8.698 casos más que en 2001 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 3,6% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 839,84 por 100.000 habitantes, cifra mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,7 (referencia: nivel nacional). El mayor nº de casos se registró entre las semanas 10 y 29 (ver gráfico 38). El 97,8% de los casos fueron notificados por el nivel de atención primaria.

Las áreas sanitarias que presentaron las mayores tasas de incidencia en la Comunidad de Madrid fueron la 8 ($1.284,27 \times 10^5$), la 3 ($1.205,87 \times 10^5$) y la 11

($993,69 \times 10^5$) (ver gráfico 39). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Móstoles ($1.560,39 \times 10^5$), Aranjuez ($1.289,50 \times 10^5$), Coslada ($1.234,19 \times 10^5$), Alcalá de Henares ($1.219,87 \times 10^5$) y Torrejón ($1.176,87 \times 10^5$) (ver mapa 15).

Gráfico 38.- VARICELA. Nº de casos notificados por semana. Comunidad de Madrid. Años 2001-2002.

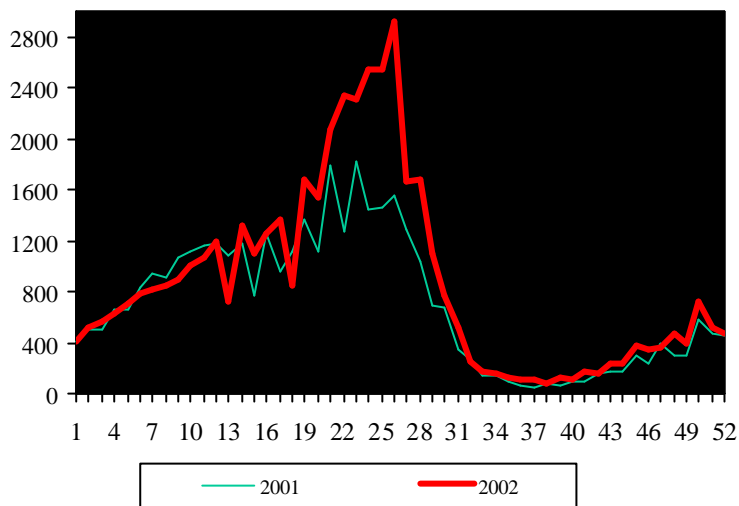
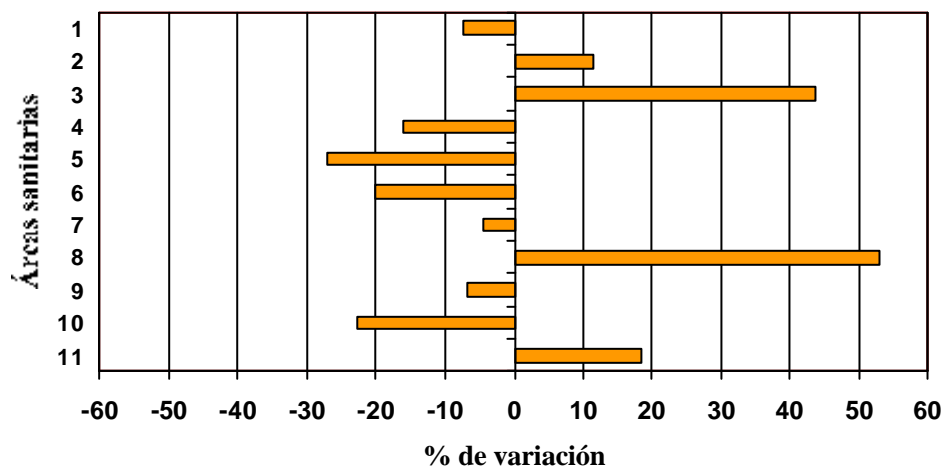
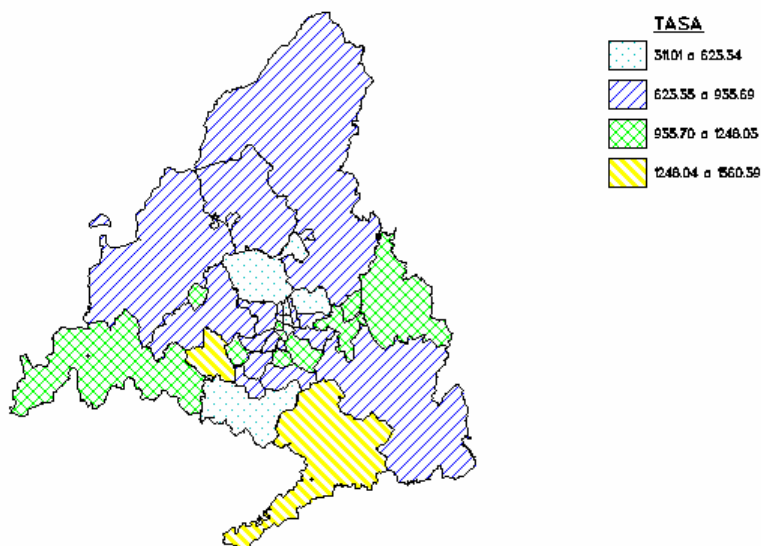


Gráfico 39.- VARICELA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2002.

Tasa CM: 839,84 por 100.000



Mapa 15.- VARICELA. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid. Año 2002.



3.4.- ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

Son las siguientes: cólera, difteria, fiebre amarilla, peste, poliomielitis, rabia, rubéola congénita, tétanos neonatal y tífus exantemático.

3.5.- CONCLUSIONES

La introducción de la nueva normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria en Enero de 1997 y la implantación real de la misma, en julio del mismo año, supuso cambios importantes en el sistema de vigilancia epidemiológica. Estos cambios se dirigieron, básicamente, a mejorar la calidad de la información sobre las enfermedades sometidas a vigilancia, normalizando las definiciones de caso entre las diferentes Comunidades Autónomas y difundiendo entre los profesionales sanitarios a través del “Manual de Notificación. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria” (documento técnico de Salud Pública nº 69).

Las conclusiones se plantean en dos grandes apartados: 1º) En relación a la calidad del funcionamiento del sistema y 2º) En relación a los resultados obtenidos de la vigilancia de las enfermedades.

3.5.1.-Calidad del funcionamiento del sistema

El grado de cumplimentación de las variables del cuestionario de notificación, por los profesionales sanitarios es bastante elevado. Así, se cuenta con datos de identificación del enfermo en el 99,8% de los casos, de edad en el 98,3%, sexo en el 99,6%. Pero debería realizarse un mayor esfuerzo en mejorar la información de algunas variables fundamentales como son:

- 1) La asociación o no asociación a otros casos y el colectivo de pertenencia si son colectivos favorecedores de la transmisión de determinadas enfermedades (guarderías, colegios, residencias de personas mayores, etc.).
- 2) Nº de dosis de vacuna (en enfermedades incluidas en calendario vacunal).

Otro aspecto a mejorar es conseguir una mayor participación de los especialistas, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, en este sistema de información, con excepciones importantes, gracias a la colaboración de los Servicios de Medicina Preventiva de los hospitales de la Comunidad de Madrid. También, subrayar la importancia que siguen teniendo los notificadores no sanitarios, especialmente los docentes, en la notificación de enfermedades y brotes que afectan a la población infantil de la Comunidad de Madrid.

3.5.2.- Enfermedades notificadas

En el conjunto de las enfermedades que se vigilan hay que destacar la elevación que se ha producido en la disentería, legionelosis, tos ferina, enfermedad meningocócica e infección gonocócica, así como el descenso en la brucelosis, otras hepatitis víricas, gripe, hepatitis B, sarampión, fiebre tifoidea y sífilis.

Entre las **enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica** sobresale el aumento de incidencia de la **disentería**. La mayoría de los casos estaban asociados a otros enfermos y han ocurrido en el contexto de brotes que explican el incremento observado durante este año.

Con respecto a las **enfermedades de transmisión respiratoria** destacan el aumento experimentado por la **legionelosis**. Este se debe a la vigilancia activa que se efectuó durante el tercer trimestre del año ante una alerta de agregación témporo-espacial de casos legionelosis en el área 4, que al final no se confirmó y, en general, a la mejora y consolidación de la vigilancia de esta enfermedad con el paso del tiempo.

En este grupo de patologías también sobresale, con un ligero incremento con respecto al año anterior, la **enfermedad meningocócica**. Durante este año se ha observado un ligero incremento en el número de casos debidos al serogrupo B y en aquellos en los que el meningococo no se pudo serogrupar, si bien no han ocurrido cambios importantes en la distribución por serogrupos ni por grupos de edad. La letalidad global de esta enfermedad ha sido similar a la del año anterior; sin embargo ha aumentado la letalidad debida al serogrupo B y ha disminuido la del serogrupo C.

Entre las **enfermedades de transmisión sexual**, destaca el ligero aumento experimentado por la **infección gonocócica** y la disminución de la sífilis. En ambas enfermedades los hombres con edades comprendidas entre 25 y 34 años fueron los más

afectados. Un 26,2% de los casos de infección gonocócica y un 17,1% de sífilis ocurrieron en personas de origen extranjero. Sólo en un 7,1% de los casos de infección gonocócica y un 12,9% de los de sífilis presentaban antecedentes conocidos de tener un contacto cercano con otros enfermos.

Con respecto a las **enfermedades transmitidas por vectores**, la patología con mayor incidencia notificada ha sido el **paludismo**. Durante este año se ha observado una ligera disminución con respecto a la mediana del quinquenio anterior. La mayoría de los casos se infectaron en el continente africano y fueron causados por *P. falciparum*. Todos los casos son importados y presentan como principal antecedente la inmigración de zonas endémicas, seguidos del grupo de viajeros de corta y larga estancia. Un 17% de los casos ocurrió en edades pediátricas. Los inmigrantes y en especial sus hijos, que viajan a sus países de origen sin profilaxis, constituyen un grupo de riesgo elevado. Se recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informarles de los riesgos de infección por paludismo, así como establecer estrategias adecuadas de prevención en este grupo de población.

Entre las **enfermedades vacunables** sobresale el aumento de incidencia de la **tos ferina** debido a la ocurrencia de dos brotes en colectivos escolares, que afectaron en su mayoría a niños con edades comprendidas entre 6 y 10 años y que estaban vacunados con 3 o 4 dosis.

Y por último, entre las enfermedades vacunables también destaca el patrón de presentación de la **rubéola**. Un 56% de los casos se notificaron en personas de sexo femenino, cuyo rango de edad osciló entre 1 y 31 años. Del total de casos notificados en éstas, un 28,6% aparecieron en edad fértil y un 37,7 % eran mujeres de origen extranjero. La mayoría de ellas no estaban vacunadas. Esta situación ha puesto de manifiesto la existencia de bolsas de susceptibles en la población femenina en edad reproductiva, especialmente en el colectivo de mujeres inmigrantes, y evidencia la necesidad de incrementar la cobertura vacunal en este grupo, así como desarrollar estrategias de prevención adaptadas a esta población. Se recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informarles de los riesgos de infección por el virus de la rubéola y actualizar el calendario vacunal según sus antecedentes y edad.

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

En algunas enfermedades, como la disentería y la tos ferina, gran parte de los casos estaban asociados a otros enfermos y han ocurrido en el contexto de brotes que explican el incremento de incidencia observado durante este año. En otras enfermedades, como la legionelosis, este aumento se debe a la vigilancia activa que se efectuó durante el tercer trimestre del año ante una alerta de agregación témporo-espacial de casos legionelosis en el área 4, que al final no se confirmó y, en general, a la mejora y consolidación de la vigilancia de esta enfermedad con el paso del tiempo.

La enfermedad meningocócica, que ha sufrido un ligero incremento en el año 2002 con respecto al año anterior, no ha mostrado cambios importantes en la distribución por grupos de edad ni por serogrupos. Se ha presentado un ligero incremento en el número de casos debidos al serogrupo B y en aquellos en los que el meningococo no se pudo serogrupar, disminuyendo el número de sospechas clínicas. La letalidad global de la enfermedad meningocócica en el año 2002 ha sido similar a la del año anterior; sin embargo ha aumentado la letalidad debida al serogrupo B y ha disminuido la del serogrupo C.

En el paludismo se ha observado una ligera disminución con respecto a la mediana del quinquenio anterior. La mayoría de los casos se infectaron en el continente africano y fueron causados por *P. falciparum*. Todos los casos son importados y presentan como principal antecedente la inmigración de zonas endémicas, seguidos del grupo de viajeros de corta y larga estancia. Un 17% de los casos ocurrió en edades pediátricas. Los inmigrantes y en especial sus hijos, que viajan a sus países de origen sin profilaxis, constituyen un grupo de riesgo elevado. Se recomienda aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para informarles de los riesgos de infección por paludismo, así como establecer estrategias adecuadas de prevención en este grupo de población.

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

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2003, semanas 49 a 53
(del 30 de noviembre de 2003 al 3 de enero de
2004)**

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.

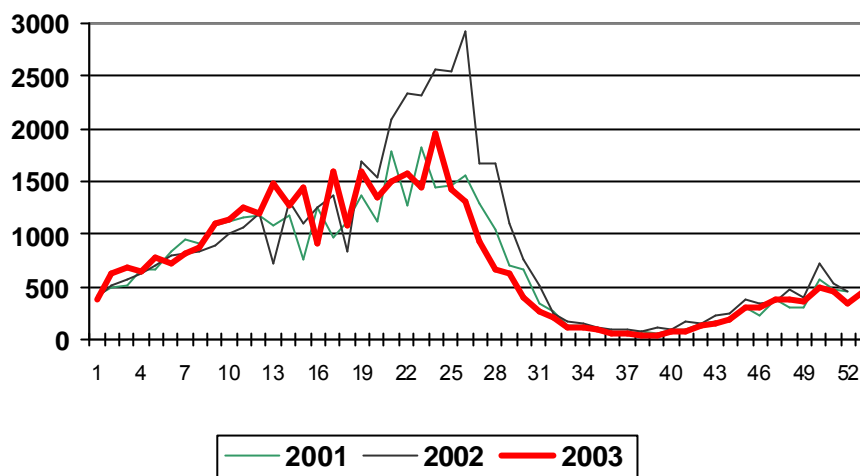
VARICELA

En el gráfico nº 1 aparece la evolución por semanas del número de casos de gripe notificados entre las semanas 1 y 53 del periodo 2001-2003. Durante el año 2003 se han notificado 37.960 casos, 7.588 casos menos que el año 2002. Esto supone una tasa de 686,8 casos por 100.000 habitantes y una disminución del 17% con respecto al año anterior (45.548 casos en el 2002, tasa de $824,1 \times 10^5$).

Durante este año la actividad epidémica de esta enfermedad se ha caracterizado por sufrir un ligero adelantamiento con respecto al 2002. En las semanas 24 y 26 del 2003 y 2002, respectivamente, se recibieron el mayor número de notificaciones.

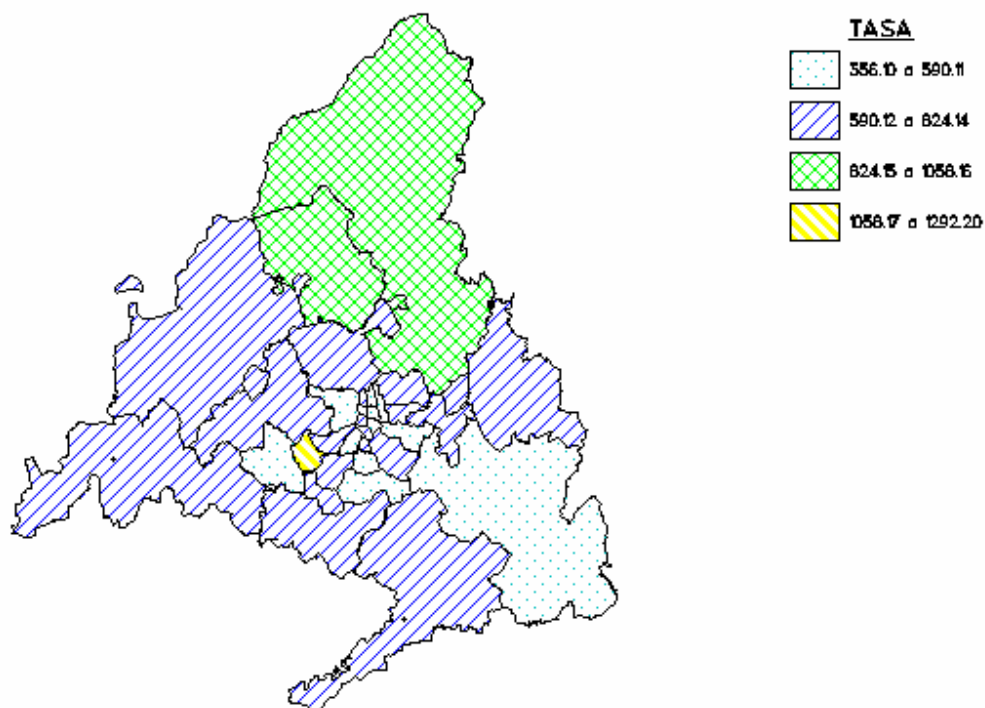
Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia han sido la 5 ($810,7 \text{ casos} \times 10^5$), la 8 ($802,4 \times 10^5$) y la 3 ($773,6 \times 10^5$). En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia por distritos sanitarios. El distrito se ha asignado en función de la ubicación del centro notificador de Atención Primaria, ya que la varicela es una enfermedad de declaración obligatoria numérica. Las mayores tasas de incidencia se han observado en los distritos de Alcorcón ($1.292,2 \times 10^5$), Alcobendas ($1.043,5 \times 10^5$), Colmenar Viejo ($852,6 \times 10^5$), Collado Villalba ($818,3 \times 10^5$) y San Blas ($807,2 \times 10^5$).

**Gráfico 1. Varicela. Nº de casos semanales.
C. Madrid. Años 2001-2003 (semanas 1 a 53).**



Mapa 1.- Varicela. Tasas de incidencia ($\times 10^5$) por distritos sanitarios.

C. Madrid. Año 2003 (semanas 1- 53).



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2003

Semanas 49 a 53 (desde 30 de noviembre de 2003 a 3 de enero de 2004)

Enfermedad	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4		Área 5		Área 6		Área 7		Área 8		Área 9		Área 10		Área 11		Total	
	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	Acum.	Sem.	
Botulismo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Brucelosis	0	1	0	5	0	1	2	4	1	5	0	0	2	9	0	2	0	0	0	0	0	0	2	5
Carbunco	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	
Difteria	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	1	0	0	0	0	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	
EETH*	0	0	0	2	1	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Enf. inv. por <i>H.influenzae</i>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	11	3	
Enf. meningocócica	1	10	1	14	0	11	0	7	3	10	0	8	2	10	3	10	0	4	1	6	4	21	15	
F. tifoidea v paratifoidea	0	0	0	4	0	0	0	4	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	0	
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	
Gripe	2.875	17.238	3.155	17.273	1.247	10.714	2.626	17.959	5.402	36.508	4.279	20.385	5.621	31.895	5.408	30.776	2.927	18.872	1.096	7.795	5.655	32.600	40.381	
Hepatitis A	0	10	2	13	0	15	2	8	1	17	0	17	31	62	3	14	0	14	0	7	2	33	41	
Hepatitis B	0	10	0	3	0	8	2	9	2	12	1	12	0	16	3	7	0	5	1	10	8	36	17	
Hepatitis, otras	0	4	1	3	0	5	0	6	0	8	2	15	1	6	0	4	0	5	1	16	1	29	6	
Infección Gonocócica	0	2	0	7	0	1	1	5	0	3	0	8	2	14	0	3	0	1	0	3	2	15	5	
Legionelosis	2	5	1	7	1	4	0	7	0	5	2	9	0	8	0	8	0	12	0	3	0	14	6	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	1	0	3	0	1	0	1	1	9	2	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Meningitis bact., Otras	1	9	1	8	0	13	1	6	0	9	2	8	0	6	2	10	0	10	0	2	3	25	10	
Meningitis víricas	1	10	1	14	2	59	0	14	1	14	2	22	3	17	2	35	1	37	0	1	4	42	17	
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	1	
Paludismo	0	3	1	5	1	25	1	2	0	6	0	7	0	9	2	10	1	26	0	12	2	17	8	
Parotiditis	4	42	4	30	2	37	1	30	1	37	5	43	2	23	3	10	0	12	0	14	2	36	24	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	3	0	5	0	0	0	3	0	5	0	2	0	4	0	2	0	0	0	0	0	6	0	
Rubeola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sarampión	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	3	0	
Sífilis	0	4	0	18	0	2	0	9	0	4	0	7	2	24	0	5	0	6	0	5	6	27	8	
Sífilis congénita	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	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	
Tos ferina	0	21	2	121	0	31	0	20	0	8	1	23	0	14	0	7	0	6	0	1	8	48	11	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TB respiratoria**		124		42		54		52		51		58		98		64		56		42		147		
Tuberculosis, otras**		24		8		6		18		9		8		20		15		12		11		30		
Varicela	151	4.073	145	3.216	176	2.365	330	3.563	221	5.511	271	3.865	101	3.436	146	3.415	116	2.778	72	1.145	389	4.593	2.118	
Cobertura de médicos	58,0	60,3	79,5	83,0	82,6	86,7	87,5	82,8	58,3	71,1	83,5	83,4	62,8	73,7	81,2	83,9	64,5	74,7	50,0	69,8	62,5	76,1	69,4	
Población***	684.754		427.408		305.698		545.981		679.805		540.426		538.842		425.594		368.096		284.713		725.835		5.527	
Población <15 años***	99.932		57.732		48.252		71.431		101.190		95.863		55.422		59.098		58.513		42.281		95.560		785	

* E. E. T. H.: encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas

** Información procedente del Registro Regional de TB, datos actualizados a 31/12/2003.

*** Población según Padrón continuo del año 2002. Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. Semanas 49 a 53 de 2003.

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
2	Alimentario	Madrid (Chamartín)	Colegio	496	68	2	Pasta con carne	<i>S. enteritidis</i>
5	Alimentario	Talamanca de Jarama	Residencia	50	22	0	Puré verduras y carne	<i>Norovirus</i>
7	Hepatitis A	Madrid (Chamberí)	Colegio	36	2	1	--	VHA
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	4	4	0	Desconocido	<i>S. enteritidis</i>
9	GEA	Leganés	Residencia	370	98	1	--	<i>Norovirus</i>
10	Alimentario	Getafe	Familiar	4	4	2	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2003, semanas 49 a 53
(Del 30 de noviembre de 2003 al 4 de enero de 2004)**

La “Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid (RMC) se constituye en 1991 como un sistema de vigilancia basado en la notificación voluntaria de enfermedades. Su función básica consiste en la vigilancia de problemas de salud, que durante un periodo de tiempo determinado se han considerado de especial interés para la Salud Pública.

Actualmente la RMC cuenta con la colaboración de 45 médicos generales y 41 pediatras de Atención Primaria, y los procesos objeto de vigilancia durante este periodo han sido: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática y Gripe.

VARICELA

Durante las semanas **49-53 del año 2003**, la Red de Médicos Centinela notificó 59 casos de varicela, lo que corresponde a una tasa de incidencia ponderada por población y semanas notificadas de 92,1 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a la tasa ponderada observada en el año anterior durante el mismo periodo (102,83)

Si se consideran grupos de edad, (**gráfico 2**) se observa una tasa de incidencia de 141,5 casos por 100.000 habitantes en menores de 15 años, mientras que en edades superiores a 15 la tasa desciende a 0 casos. La distribución por género fue: 57,6% en varones y 42,4 % en mujeres.

En el **gráfico 1** se presenta la distribución semanal de casos del periodo estudiado y los correspondientes al año 2002 y 2003 observándose el patrón estacional propio de la enfermedad

El estudio de variables que se relacionan con la exposición manifiesta que: 36 casos (61%) han tenido contacto con un caso de varicela, 3 (5,1%) se asociaron a herpes zoster 3 casos se presentaron como brote (5,1%) y en 17 casos (25,8%) se desconoce la fuente de exposición. (**Graf. 3**) Los lugares de exposición más habituales fueron: 7 casos en guardería (11,9%) 12 en colegio (20,3%) 8 en el hogar (13,6%) y 32 (54,2%) casos desconocidos (**Graf. 4**)

Existieron 4 casos con complicaciones (6,7%) 3 infecciones bacterianas y 1 caso diagnosticado de neumonía. siendo derivado 1 de ellos a urgencias

HERPES ZOSTER

Durante las **semanas 49-53 del año 2003**, se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 20 casos de Herpes Zoster. La tasa de incidencia ponderada por población y nº de semanas notificadas es de 31,20 casos por 100.000 habitantes cifra superior a la del año anterior durante el mismo periodo (18,94). Si se considera grupos de edad, la tasa va ascendiendo al aumentar la edad, observándose las mayores cifras a partir de los 40 años. . (**Graf. 5**) La distribución por género fue: 7 casos (35%) en

varones y 13 casos en mujeres (65%) y la media de edad correspondió a 57,2 años (DE =21 años), con un rango de edad que va de 20 a 87 años. La mediana fue 58 años.

Los comentarios sobre los procesos que no aparecen en este boletín mensual se difunden en 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.comadrid.es/sanidad/noticias/pdf/gripe01.pdf>. El resto de procesos se realiza un

Gráfico 1. VARICELA. Red de Médicos Centinelas
Casos notificados durante las semanas 49-53. Años 2002 y 2003

casos

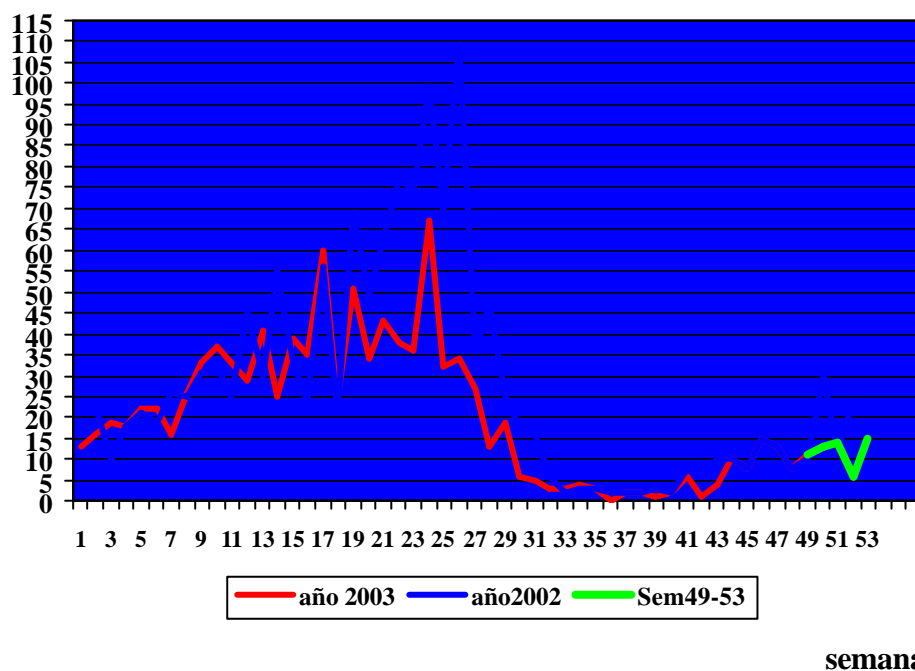


Gráfico 2. VARICELA. Red de Médicos Centinelas
Tasas de incidencia por grupos de edad. Semanas 49-53
Años 2002 y 2003

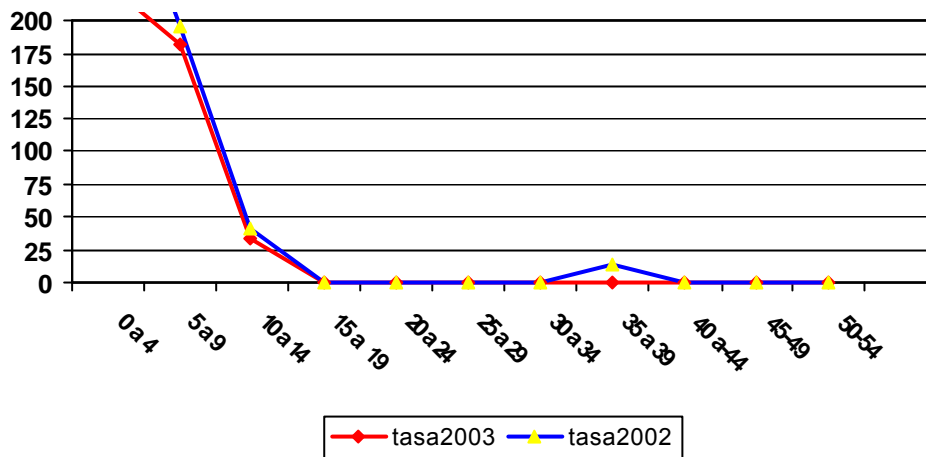


Gráfico 3 VARICELA. Red de Médicos Centinela
Casos notificados en las semanas 49-53
Fuente de Exposición

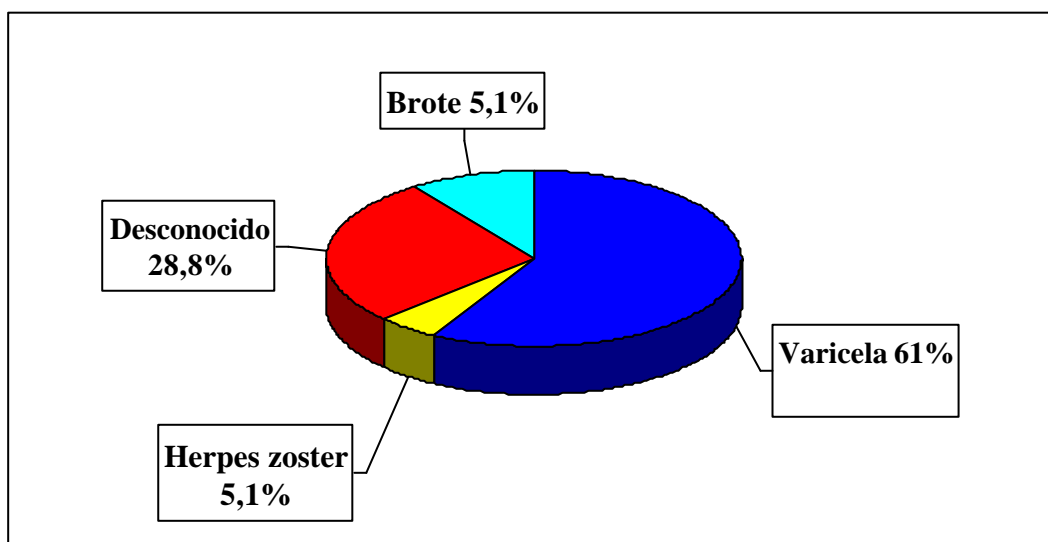


Gráfico4 VARICELA. Red de Médicos Centinela
Casos notificados en las semanas 49-53
Lugar de Exposición

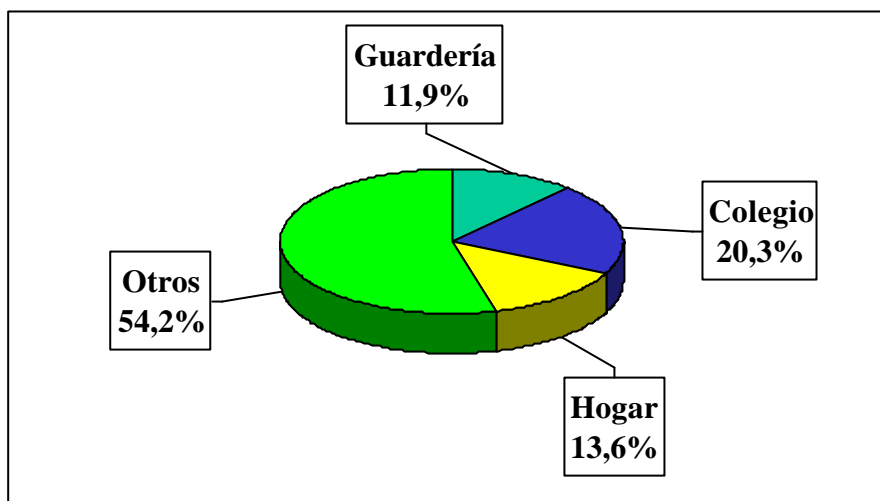


Gráfico 5. HERPES ZOSTER. Red de Médicos Centinela.
Tasas de incidencia por grupos de edad. Semana 49- 53. Año 2002- 2003

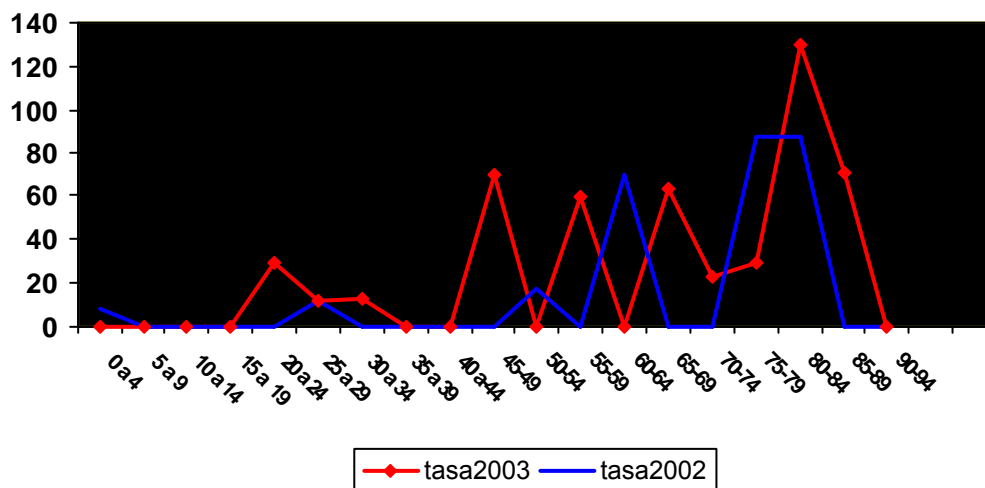


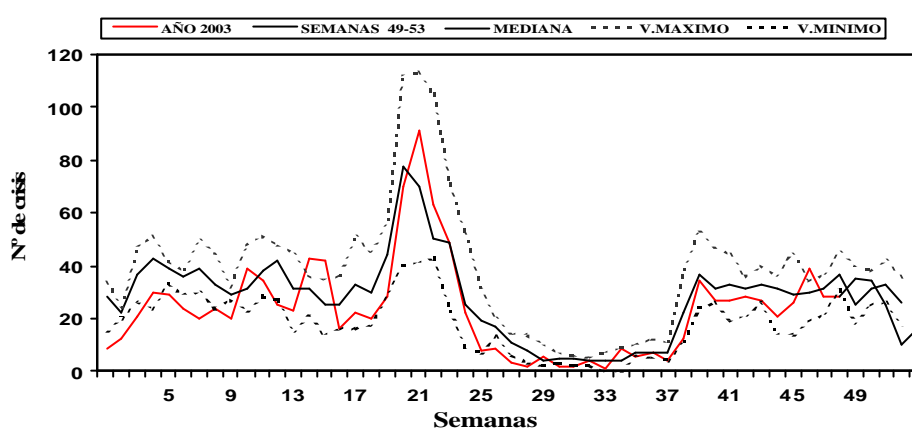
Tabla 1. Casos notificados a la Red y cobertura de notificación. Año 2003

	<i>Nº casos Semanas 49-53</i>	<i>Nº casos acumulados</i>	<i>Cobertura %</i>
Gripe	105	753	70
Otros procesos:			
Varicela	52	1058	56,8
Herpes zoster	24	243	
Crisis asmáticas	120	1259	

*Sólo se vigila entre la semana 40 y 20 de cada temporada

Crisis asmáticas. Año 2003

Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

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: boletin.epidemiologico@madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:
<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>
(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín
epidemiológico
->números disponibles en la red.)

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."