

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

9.

INFORMES:

- Enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad de Madrid, 2001.
- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2001.



Instituto de Salud Pública



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

9

Índice

INFORMES:



- Enfermedades de Declaración Obligatoria, Comunidad de Madrid, 2001. 3



- Red de Médicos Centinela, Comunidad de Madrid, 2001. 45



- EDO. Semanas 36 a 39
(del 1 al 28 de septiembre de 2002) 60



- Brotes Epidémicos. Semanas 36 a 39, de 2002..... 63



- Sistema de Notificación microbiológica, segundo trimestre del 2002 64



- Red de Médicos Centinela 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.

Tirada: 4.000 ejemplares
Edición: 09/02

Depósito Legal: M-26.256-1989
Imprime: B.O.C.M.

ISSN: 1135-3155



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA, AÑO 2001

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 han revisado diversas definiciones de enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria, como resultado de los avances científicos y de la experiencia acumulada en su vigilancia. Se ha producido un cambio en la modalidad de declaración del sarampión, que pasa a ser una enfermedad de declaración urgente mediante la Orden 186/2001, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la Comunidad de Madrid. La Orden 150/2001, del Consejero de Sanidad, por la que se regula la vigilancia epidemiológica de las encefalopatías espongiiformes humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid, incluye este grupo de procesos como enfermedades de declaración obligatoria y la Orden 130/2001, que regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis como sistema específico de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.

En este informe se presentan los resultados obtenidos del análisis de los datos de morbilidad recogidos a través del Sistema de EDO durante el año 2001.

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.- METODOLOGÍA

2.1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

La información analizada procede de las siguientes fuentes:

- Notificaciones realizadas por los centros de Atención Primaria de INSALUD.
- 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 2001 de la CM.
- Informe de Infecciones que causan meningitis de 2001 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 y el médico notificador

- Identificación del médico y centro notificador: nombre del médico y código y nombre del centro.
- 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.
- N° de casos semanales notificados por cada médico notificador.
- Identificación del médico notificador y 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 y del médico 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 está incluida en el calendario vacunal vigente en la CM: estado vacunal, nº de dosis de vacuna recibidas y fecha de la última dosis.
- 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 de morbilidad

- **Número de casos notificados.**
- **Diferencia del nº de casos entre 2001 y 2000:**
Nº casos notificados (enfermedad #) en 2001 - Nº casos notificados (enfermedad #) en 2000.
- **Tasas de incidencia acumulada (TI):** para su cálculo se han utilizado las cifras de población recogidas en el Padrón Municipal del año 1996.

TI (CM):

$$\frac{\text{Nº casos notificados (enfermedad \#) en 2001}}{\text{Población (CM)}} \times 100.000$$

- **Tasas de incidencia acumulada por localización geográfica:** la comparación de los resultados se ha realizado por los niveles geográficos: área y distrito sanitario (de algunas enfermedades solo se han tenido en cuenta las notificadas por el nivel de asistencia primaria del INSALUD). Se han utilizado los siguientes indicadores:

- **TI (nivel geográfico):**

$$\frac{N^{\circ} \text{casos notificados (enfermedad \#) en 2001 en un nivel geográfico}}{\text{Población (nivel geográfico)}} \times 100.000$$

- **Porcentaje de variación de las TI (Área #) en relación con la TI (CM):**

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

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.

- **Comparación histórica:** Para realizar ésta comparación se han incluido los casos notificados por todos los niveles asistenciales, por lo que las variaciones observadas pueden ser explicadas, en parte, por la participación variable de los distintos niveles asistenciales a lo largo del tiempo. Se han excluido las enfermedades cuyo modo de notificación fue modificado por la nueva normativa (hepatitis A, otras hepatitis víricas, infección gonocócica, parotiditis, rubéola, sarampión, sífilis y tos ferina), debido a la gran variación observada en el número de casos notificados de estas enfermedades después de la entrada en vigor de la misma.

Se presentan los siguientes indicadores:

- **Porcentaje de variación de la TI (CM) con respecto a la tasa mediana (1996-2000)**

$$\frac{TI(\text{CM}) - TI \text{ mediana (1996-2000)}}{TI \text{ mediana (1996-2000)}} \times 100$$

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

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

2.3.2.- Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

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

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

- Grado de cumplimentación de las variables:

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

3.- RESULTADOS

3.1.- FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

3.1.1.- Centros notificadores

Durante el año 2001 participó en el sistema un total de 375 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria de Insalud (84%). El 6,6% eran centros hospitalarios, 1,8% centros de atención especializada no hospitalaria y el 7,4% restante, centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, etc.)

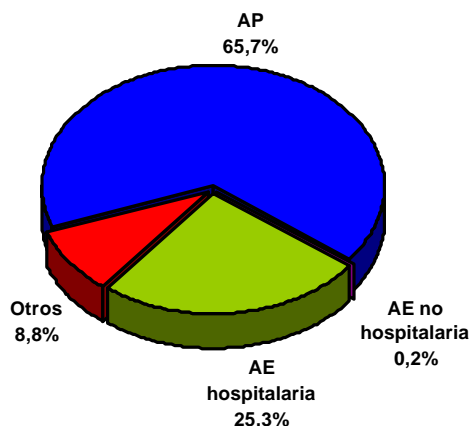
3.1.2.- EDO notificadas según modalidad de notificación

El número total de registros analizados fue de 20.039, de los cuales 90% corresponden a notificaciones semanales agrupadas de casos de EDO numéricas (gripe y varicela) y el 10% restante (1.964) son registros de EDO con datos epidemiológicos básicos (se excluyen tuberculosis e infecciones que causan meningitis, que son grabadas en bases de datos específicas).

3.1.3.- EDO notificadas según nivel asistencial

El 97,7% 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 e infecciones que causan meningitis), el 65,7% fueron realizadas por Atención Primaria y el 25,3% desde el nivel hospitalario (Gráfico 1). Para cada caso se ha considerado un solo notificador, aunque algunos han podido ser notificados por más de un nivel asistencial.

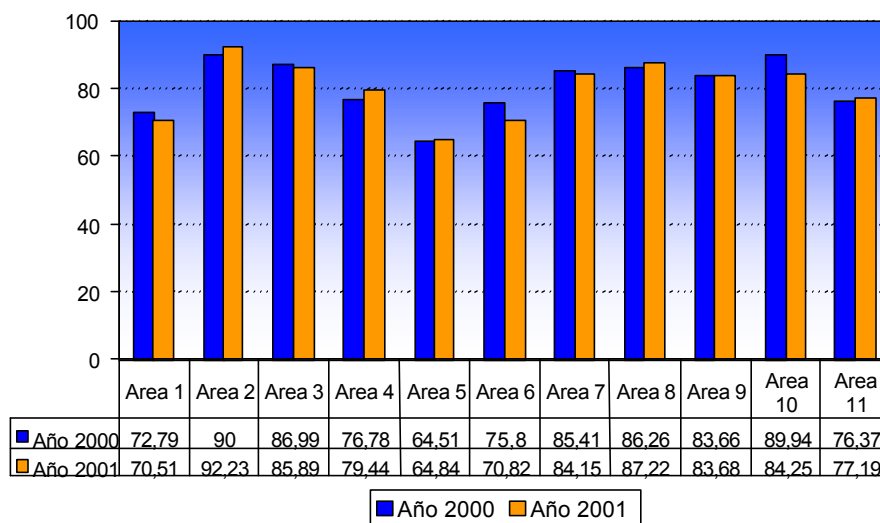
Gráfico 1.- EDO con datos epidemiológicos básicos. Notificación según nivel asistencial Comunidad de Madrid. Año 2001.



3.1.3.- Cobertura del sistema

La cobertura de médicos notificadores de atención primaria del INSALUD alcanzada en la Comunidad de Madrid durante el año 2001 fue de **78,6%** (grafico 2) cifra semejante a la alcanzada en el 2000 que resultó ser de 79,1%. En el gráfico 2 se presenta las coberturas por área de salud para ambos periodos. En 8 de ellas se superó el 75%.

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



3.1.4.- Grado de cumplimentación de las variables

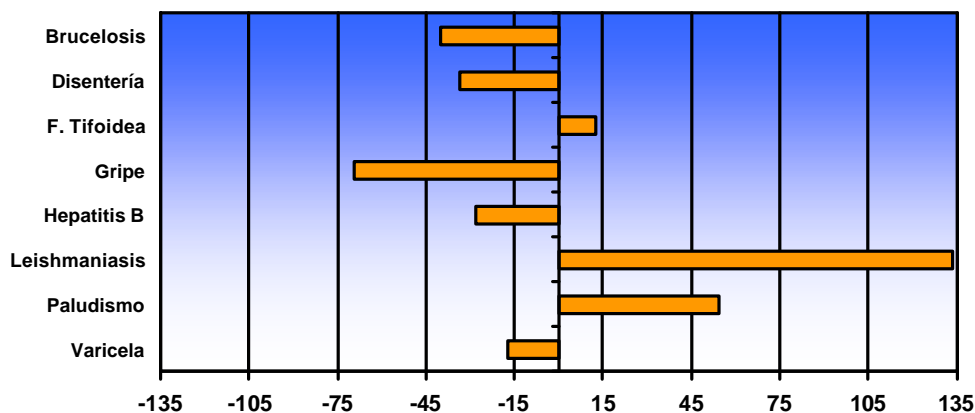
El grado de cumplimentación de las variables recogidas en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos se presenta en la tabla 1. La cumplimentación de las variables relacionadas con la ubicación del caso (área y distrito), así como el nombre, edad, sexo y tipo de diagnóstico, supera el 90%. El nivel de cumplimentación de la asociación a otro caso y del estado vacunal (en las enfermedades incluidas en calendario vacunal) supera el 85%. En relación con las hepatitis víricas, la cumplimentación de las pruebas serológicas supera el 85% para los casos de hepatitis A y otras hepatitis, pero sólo en el 61% de las hepatitis B notificadas se conoce los resultados de las pruebas de IgM anti HBc.

3.2.- COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2001 CON LA MEDIANA DEL QUINQUENIO ANTERIOR

El gráfico 3 compara el número de casos notificados en el año 2001 con la mediana de casos notificados en el quinquenio anterior. De este análisis se excluyen las enfermedades cuyo modo de notificación fue modificado por la normativa actualmente en vigor (hepatitis A, otras hepatitis víricas, infección gonocócica, parotiditis, rubéola, sarampión, sífilis y tos ferina) debido a la gran variación del número de casos notificados observada después de la entrada en vigor de dicha normativa.

Así, se observa el aumento en el número de casos notificados de leishmaniasis (116%) y paludismo (54%) en relación con la mediana de casos notificados en el quinquenio anterior, y un descenso en el resto de las enfermedades, de forma más llamativa en la gripe (70%), debido a la baja actividad gripal en la temporada 2000/2001.

Gráfico 3.- Comparación del nº de casos notificados en el año 2001 con la mediana del quinquenio anterior. Comunidad de Madrid.



Mediana 1996-2000

BRUCELOSIS	DISENTERÍA	F TIFOIDEA	GRIPE	HEPATITIS B	LEISMANIASIS	PALUDISMO	VARICELA
35	9	16	550.414	146	12	121	44.510

Tabla 1.- Grado de cumplimentación de las variables epidemiológicas básicas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2001.

VARIABLE	GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN
Área sanitaria	100 %
Distrito sanitario	94,3 %
Datos de identificación del caso (apellidos y nombre)	99,4 %
Edad	95,6 %
Sexo	97,8 %
Tipo de diagnóstico (clínico, serológico y/o microbiológico)	97,7 %
Asociación a otro caso (si, no, desconocido)	86,5 %
Fecha de inicio de los síntomas	81,1 %
Estado vacunal (sólo enfermedades incluidas en calendario)	89,5 %
Nº de dosis de vacuna (sólo enfermedades incluidas en calendario)	55,7 %
Fecha de la última dosis de vacuna (sólo enfermedades incluidas en calendario)	46,7 %
Marcadores serológicos de hepatitis víricas:	
- Hepatitis A (anticuerpos Ig M)	93,6 %
- Hepatitis B (anticuerpos HBc Ig M)	61 %
- Otras hepatitis (anticuerpos frente a virus C y/o D)	84,1 %

Tabla 2.- Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2000-2001.

Enfermedades	Comunidad de Madrid				España			
	Casos		Tasas		Casos		Tasas	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Botulismo	-	1	-	0,02	9	13	0,02	0,03
Brucelosis	35	21	0,71	0,42	1.146	924	2,90	2,34
Cólera	-	-	-	-	--	1(#)	--	0,00
Disentería	7	6	0,13	0,12	92	97	0,23	0,25
E.I.H.I.*	9	9	0,17	0,18	--	--	--	--
E. meningocócica	198	136	3,94	2,71	1.394	908	3,53	2,30
Fiebre tifoidea	13	18	0,26	0,36	208	174	0,53	0,44
Gripe	309.429	169.914	6161,11	3383,2	1.970.346	847.975	4.992,55	2.146,03
Hepatitis A	81	63	1,61	1,25	983	899	2,49	2,28
Hepatitis B	108	105	2,15	2,09	886	780	2,24	1,97
Hepatitis (otras)	131	101	2,6	2,01	1.421	1.231	3,60	3,12
I. gonocócica	30	40	0,59	0,80	1.048	805	2,66	2,04
Legionelosis	42	53	0,83	1,06	752	1.404	1,91	3,55
Leishmaniasis	25	28	0,48	0,56	--	--	--	--
Leprosia	1	1	0,02	0,02	12	12	0,03	0,03
Meningitis vírica	994	503	19,79	10,02	--	--	--	--
Meningitis bacteriana (otras)	122	94	2,43	1,87	--	--	--	--
Paludismo	171	187	3,24	3,72	440	466	1,11	1,18
P.F.A. **	3	7	0,39	0,90	--	--	--	--
Parotiditis	814	1.187	16,2	23,61	9.391	7.767	23,80	19,66
Poliomielitis	-	-	-	-	-	1 (##)	--	0,00
Rubéola	20	15	0,39	0,30	345	179	0,87	0,45
Rubéola Congénita	1	--	0,02	-	1	--	0,00	--
Sarampión	7	14	0,13	0,28	152	87	0,39	0,22
Sífilis	68	87	1,35	1,73	706	700	1,79	1,77
Sífilis Congénita	3	1	0,05	0,02	9	8	0,02	0,02
Tétanos	1	--	0,02	-	29	23	0,07	0,06
Tos ferina	117	63	2,34	1,25	921	379	2,33	0,96
Triquinosis	-	-	-	-	43	44	0,11	0,11
Tuberculosis respir. ***	902	862	17,95	17,16	7.835	7.441	19,85	18,83
Tuberculosis (otras)***	206	220	4,10	4,38	----	----	--	--
Varicela	33.567	36.850	668,36	733,72	183.639	196.631	465,31	497,63

* Enfermedad Invasiva por *Haemophilus influenzae*.

** Parálisis flácida aguda (<15 años).***Datos provisionales de la CM, procedentes del registro Regional de Tuberculosis

Caso importado. ## Caso de poliomiélitis asociado a la vacunación en niño con inmunodeficiencia primaria.

Tabla 3.- Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud Comunidad de Madrid. Año 2001.

	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Brucelosis	4	2	0	0	0	0	3	2	3	2	5	21
Disentería	2	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	6
E. I. <i>H. influenzae</i>	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	5	9
Enf. Meningocócica	20	14	9	11	5	13	8	9	16	8	23	136
Fiebre tifoidea	3	1	0	2	2	1	1	0	2	1	5	18
Gripe	12.485	11.032	8.582	18.680	19.327	12.303	22.707	20.266	10.554	8.029	25.849	169.914
Hepatitis A	2	9	4	4	4	4	8	6	4	1	17	63
Hepatitis B	8	3	4	17	9	12	13	12	3	7	17	105
Hepatitis víricas (otras)	7	10	1	6	12	25	2	2	1	5	28	101
Infección Gonocócica	7	6	1	4	2	1	5	1	5	4	4	40
Legionelosis	1	3	3	13	3	2	4	7	6	3	8	53
Leishmaniasis	2	0	4	0	1	2	6	2	1	3	7	28
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Meningitis vírica	41	29	99	39	52	42	34	47	69	5	46	503
Meningitis bacter. (otras)	7	2	11	3	6	6	12	7	9	3	28	94
Paludismo *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	187
P.F.A. (menores 15 años)	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0	1	7
Parotiditis	254	63	56	200	151	95	111	12	32	36	176	1.187
Rubéola	4	5	0	1	1	1	0	1	0	0	2	15
Sa rampión	2	4	0	3	0	1	2	1	0	0	0	14
Sífilis	9	3	1	4	2	1	14	2	32	3	15	87
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tos ferina	9	10	1	9	3	3	5	1	1	1	20	63
Tuberculosis respirat. **	119	44	44	83	57	53	106	60	57	42	149	862
Tuberculosis (otras) **	26	16	11	27	7	16	32	16	14	8	38	220
Varicela	3.997	2.999	2.784	3.493	3.489	3.283	3.354	3.647	3.378	2.541	3.885	36.850

*No se presenta la distribución por áreas

**Datos provisionales de la C.M, procedentes del Registro Regional de Tuberculosis.

El total de casos de la CM puede no coincidir con los casos por áreas sanitarias, al existir casos con domicilio desconocido.

Tabla 4. - Tasas de Enfermedades de Declaración Obligatoria por áreas de salud Comunidad de Madrid. Año 2001.

	AREA 1	AREA 2	AREA 3	AREA 4	AREA 5	AREA 6	AREA 7	AREA 8	AREA 9	AREA 10	AREA 11	TOTAL
Botulismo	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Brucelosis	0,63	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,50	0,87	0,80	0,75	0,42
Disentería	0,31	0,00	0,37	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80	0,00	0,12
E, I, H, <i>influenzae</i>	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,19	0,00	0,29	0,40	0,75	0,18
Enf. Meningocócica	3,14	3,48	3,34	2,17	0,83	3,13	1,53	2,25	4,61	3,21	3,46	2,71
Fiebre tifoidea	0,47	0,25	0,00	0,39	0,33	0,24	0,19	0,00	0,58	0,40	0,75	0,36
Gripe	1959,88	2742,47	3181,65	3681,45	3189,65	2957,69	4339,65	5069,20	3043,79	3223,92	3901,27	3383,20
Hepatitis A	0,31	2,24	1,48	0,79	0,66	0,96	1,53	1,50	1,15	0,40	2,56	1,25
Hepatitis B	1,26	0,75	1,48	3,35	1,49	2,88	2,48	3,00	0,87	2,81	2,56	2,09
Hepatitis víricas (otras)	1,10	2,49	0,37	1,18	1,98	6,01	0,38	0,50	0,29	2,01	4,21	2,01
Infección Gonocócica	1,10	1,49	0,37	0,79	0,33	0,24	0,96	0,25	1,44	1,61	0,60	0,80
Legionelosis	0,16	0,75	1,11	2,56	0,50	0,48	0,76	1,75	1,73	1,20	1,20	1,06
Leishmaniasis	0,31	0,00	1,48	0,00	0,17	0,48	1,15	0,50	0,29	1,20	1,05	0,56
Lepra	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Meningitis vírica	6,44	7,21	36,70	7,69	8,58	10,10	6,50	11,76	19,90	2,01	6,92	10,02
Meningitis bacter, (o tras)	1,10	0,50	4,08	0,59	0,99	1,44	2,29	1,75	2,60	1,20	4,21	1,87
Paludismo *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,72
P,F,A, (menores 15 años)	2,03	1,68	3,95	0,00	0,00	1,34	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	0,90
Parotiditis	39,87	15,66	20,76	39,42	24,92	22,84	21,21	3,00	9,23	14,46	26,46	23,61
Rubéola	0,63	1,24	0,00	0,20	0,17	0,24	0,00	0,25	0,00	0,00	0,30	0,30
Sarampión	0,31	0,99	0,00	0,59	0,00	0,24	0,38	0,25	0,00	0,00	0,15	0,28
Sífilis congénita	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Sífilis	1,41	0,75	0,37	0,79	0,33	0,24	2,68	0,50	9,23	1,20	3,2,26	1,73
Tos ferina	1,41	2,49	0,37	1,77	0,50	0,72	0,96	0,25	0,29	0,40	3,01	1,25
Tuberculosis respiratoria**	18,68	10,94	16,31	16,36	9,41	12,74	20,26	15,01	16,44	16,86	22,40	17,16
Tuberculosis (otras)**	4,08	3,98	4,08	5,32	1,16	3,85	6,12	4,00	4,04	3,21	5,71	4,38
Varicela	627,44	745,53	1032,13	688,40	575,81	789,25	641,00	912,24	974,22	1020,30	584,09	733,73

*No se presenta la distribución por áreas

**Datos provisionales de la C.M, procedentes del Registro Regional de Tuberculosis,

**Tabla 5.- Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Tipo de Diagnóstico *. Comunidad de Madrid. Año 2001.**

Enfermedades	Sólo sospecha clínica	Diagnóstico serológico	Diagnóstico microbiológico	Total
Brucelosis	-	14 (66,6%)	13 (61,9%)	21
Disentería	1 (16,6%)	-	5 (83,3%)	6
Fiebre tifoidea	1 (5,5%)	5 (27,7%)	13 (72,2%)	18
I. gonocócica	11 (27,5%)	3 (7,5%)	24 (60%)	40
Legionelosis	2 (3,7%)	27 (50,9%)	7 (13,2%)	53
Leishmaniasis	2 (7,1%)	10 (35,7%)	20 (71,4%)	28
Parotiditis	1015 (85,5%)	145 (12,2%)	7 (0,6%)	1187
Rubéola	15 (100%)	-	-	15
Sarampión	9 (64,3%)	5 (35,7%)	-	14
Sífilis	2 (2,3%)	85 (97,7%)	2 (2,3%)	87
Tos ferina	40 (63,5%)	23 (36,5%)	6 (9,5%)	63
Lepra	-	-	1 (100%)	1

* El número de casos por tipo de diagnóstico no suman el total de casos porque hay casos con diagnóstico serológico y microbiológico,

Tabla 6.- Enfermedades de declaración obligatoria. Clasificación de casos. Comunidad de Madrid. Año 2001.

Enfermedades	Sospechoso	Probable	Confirmado	Total
Brucelosis	6 (28,5%)		15 (71,5%)	21
Disentería	1 (14,3%)	--	5 (83,3%)	6
Fiebre tifoidea	2 (11,1%)		16 (88,9%)	18
I. gonocócica	12 (30%)		28 (70%)	40
Legionelosis	15 (28,3%)		38 (71,7%)	53
Leishmaniasis	2 (7,1%)	4 (14,3%)	22 (78,6%)	28
Parotiditis	801 (67,4%)		386 (32,6%)	1187
Rubéola	15 (100%)			15
Sarampión	6 (42,8%)		8 (57,2%)	14
Sífilis	29 (33,3%)		58 (66,7%)	87
Tos ferina	56 (88,9%)		7 (11,1%)	63
Lepra	-		1 (100%)	1

3.3.- RESULTADOS POR ENFERMEDAD

En la tabla 2 aparece el número de casos y tasas de incidencia acumulada en el año 2001 y durante el 2000 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 2001 por áreas de salud.

3.3.1. – Brucelosis

En el año 2001 fueron notificados 21 casos de brucelosis, 14 menos que en el año 2000 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 40% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,42 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,71 (referencia: nivel nacional).

Las áreas sanitarias 9, 10 y 11 fueron las que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM (gráfico 4). Los distritos sanitarios que presentaron mayor tasa de incidencia fueron Aranjuez (tasa de 2,1 casos por 100.000 habitantes) y Navalcarnero (mapa 1).

En ninguno de los casos el diagnóstico se realizó sólo de sospecha clínica. En el 66,6% se realizó diagnóstico serológico y en el 61,9% diagnóstico microbiológico (tabla 5). El 71,4% fueron clasificados como confirmados (tabla 6).

Teniendo en cuenta la distribución por género y edad (tabla 7), la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en varones (81%) y en el grupo de edad de 31 a 40 años (23,8%).

En 15 casos se conoce la fuente de infección (tabla 8). El origen de los casos fue el consumo de productos lácteos sin higienizar en 5 casos, el contacto directo con animales en 9 (3 en la Comunidad de Madrid) y la exposición laboral en un laboratorio de microbiología.

Gráfico 4.- BRUCELOSIS. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.

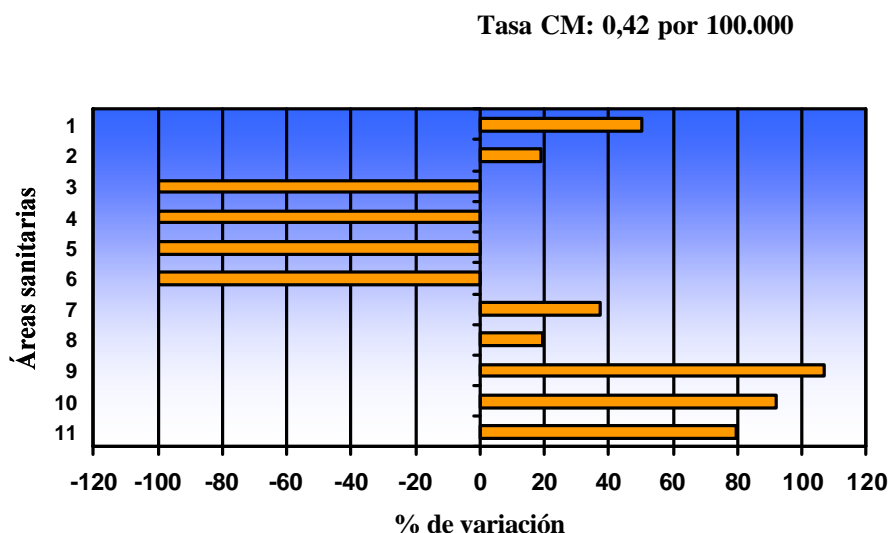


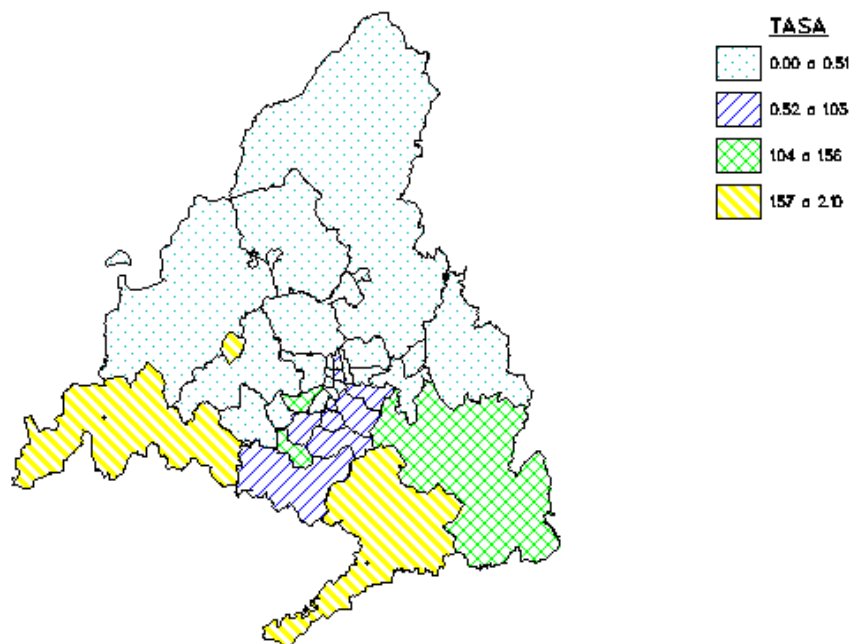
Tabla 7.- BRUCELOSIS. Distribución según edad y género. Comunidad de Madrid. Año 2001.

GRUPOS DE EDAD	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
1-10	2	2	4 (19 %)
11-20	2	1	3 (14,3%)
21-30	1	-	1 (4,8%)
31-40	5	-	5 (23,8%)
41-50	3	-	3 (14,3%)
51-60	2	-	2 (9,5%)
61-70	2	1	3 (14,3%)
> 70	-	-	-
TOTAL	17 (81%)	4 (19%)	21 (100%)

Tabla 8.- BRUCELOSIS. Distribución según fuente de infección y lugar de procedencia. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	LABORATORIO	CONSUMO	CONTACTO ANIMALES	NO IDENTIFICADO	NO FIGURA	TOTAL
COMUNIDAD DE MADRID	1	1	3	-	-	5 (23,8%)
OTRAS CC.AA.	-	3	6	-	-	9 (42,8%)
NO IDENTIFICADO	-	-	-	5	-	5 (23,8%)
NO FIGURA	-	1	-	-	1	2 (9,5%)
TOTAL	1 (4,8%)	5 (23,8%)	9 (42,8%)	5 (23,8%)	1 (4,8%)	21 (100%)

Mapa 1.- BRUCELOSIS. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.



3.3.2.- Disentería

Durante el año 2001 fueron notificados 6 casos de disentería, uno menos que en el año 2000. El número de casos notificados fue un 33,3% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,12 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la alcanzada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,48 (referencia: nivel nacional).

El 66,7% de los casos se observó en mujeres. El 33,3% se presentó en menores de 20 años y sólo un caso fue menor de 5 años (tabla 9).

En el 16,6% de los casos el diagnóstico fue sólo de sospecha clínica (un caso) y en el 83,3% se realizó diagnóstico microbiológico (tabla 5). El 83,3% fueron clasificados como casos confirmados (tabla 6).

Teniendo en cuenta la distribución por áreas de salud, la 1 y la 10 fueron las que presentaron mayor número de casos (2 casos cada área).

Tabla 9.- DISENTERÍA. Distribución por edad y género. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	0-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-20 AÑOS	> 20 AÑOS	TOTAL
Hombre	1 (50%)	-	1 (50%)	-	2 (33,3%)
Mujer	-	-	-	4 (100%)	4 (66,6%)
Total	1 (16,6%)	-	1 (16,6%)	4 (66,6%)	6

3.3.3.- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2001 fueron notificados **9 casos** de Enfermedad Invasiva por *Haemophilus influenzae*, igual número que en el año 2000 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,18 casos por 100.000 habitantes en población general.

La distribución por género muestra un predominio en hombres (66,7 %). La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* ha presentado este año un claro predominio en adultos, varios casos de origen nosocomial y un solo caso en la edad pediátrica (niño de un mes de edad). A pesar de ello, las mayores tasas han sido para el grupo de menores de un año (2 casos, tasa de 2,33), siendo la tasa en los menores de 5 años de 0,44 casos por 100.000 habitantes.

Las formas clínicas de presentación de la enfermedad más frecuentes han sido meningitis y neumonía, y el área con mayor número de casos y tasas ha sido la 11 (5 casos y una tasa de 0,75 casos por 100.000 habitantes).

El único caso notificado menor de 18 meses, debido a su edad (un mes) no había iniciado la vacunación frente a *Haemophilus influenzae* tipo b. En el informe de **“Infecciones que causan meningitis. Año 2001”** se presenta un análisis mas detallado (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 3, vol. 8. Marzo, 2002).

3.3.4.- Enfermedad meningocócica

Durante el año 2001 fueron notificados 136 casos de enfermedad meningocócica, 60 casos menos que en 2000 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 2,70 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la observada a nivel nacional (tasa de 2,30), siendo la razón de tasas de 1,17 (referencia: nivel nacional).

De los 136 casos de enfermedad meningocócica registrados, 98 (72,1%) se han confirmado microbiológicamente (tasa de 1,95 casos por 100.000 habitantes) y el resto han sido sospechas clínicas (tasa de 0,76). El serogrupo B ha producido el 53,1% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 1,04 casos por 100.000 habitantes y el serogrupo C el 40,8% de los casos, con una incidencia de 0,80. Se ha notificado un caso debido al serogrupo A y otro debido al serogrupo W135. En un 4,1% de los casos no se ha determinado el serogrupo.

La distribución por sexo ha sido diferente según el serogrupo prevalente, el 62,5% de los casos debidos al serogrupo C han sido mujeres, siendo este porcentaje de un 46,2% en los casos del serogrupo B.

En cuando a la distribución por edad, el 42,6% 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 (58,13 casos por 100.000 habitantes). La enfermedad debida al serogrupo C presenta unas tasas menores que la debida al serogrupo B en todos los grupos de edad, salvo en el de 20 a 45 años y el de los mayores de 64 años.

En relación con la forma de presentación, cursó en forma de sepsis el 44,9% de los casos, meningitis el 36%, ambas en el 11,8% y meningococemia en el 5,1%.

Las Áreas que presentan mayores tasas son la 9 (tasa de 4,61), la 2 (tasa de 3,48) y la 11 (tasa de 3,46).

En el informe de **“Infecciones que causan meningitis. Año 2001”** se presenta un análisis más detallado (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 3, vol. 8. Marzo, 2002).

3.3.5.- Fiebre tifoidea

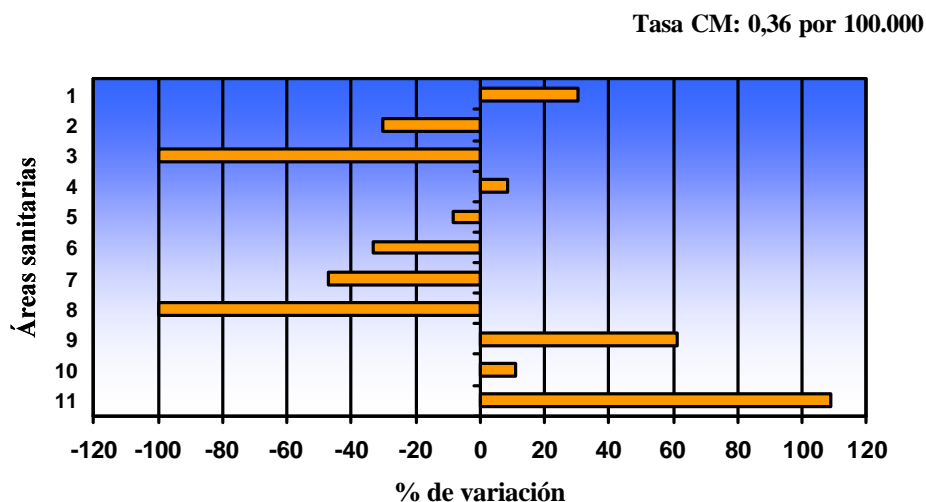
En el año 2001 fueron notificados 18 casos de fiebre tifoidea, 5 más que en 2000 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 12,5 % mayor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,36 por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional (tasa de 0,44), siendo la razón de tasas de 0,80 (referencia: nivel nacional).

Las áreas 1, 4, 9, 10 y 11, presentaron las mayores tasas de la CM (gráfico 5). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Arganzuela, Moratalaz, Aranjuez y Moncloa (mapa 2).

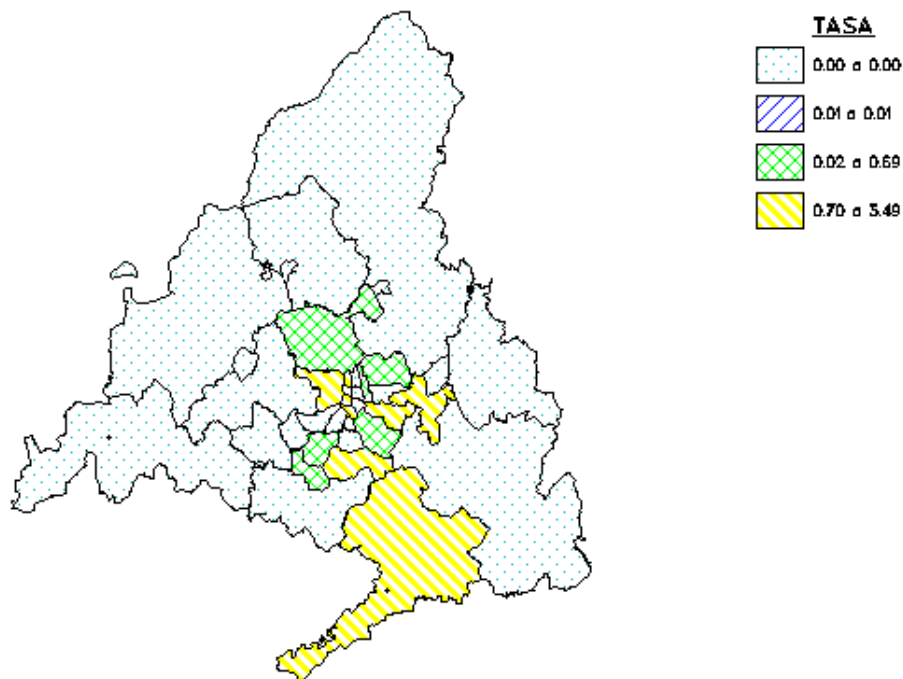
El 66,6% de los casos se observó en menores de 25 años, siendo el rango de edad de 1 a 63 años. La distribución por género fue algo superior en varones (53%).

En el 5,5% de los casos el diagnóstico fue sólo de sospecha clínica (1 caso). En el 72,2% se dispone de diagnóstico microbiológico y en el 27,7% de diagnóstico serológico (tabla 5). El 88,9% fueron clasificados como casos confirmados (tabla 6). Dos casos notificados por atención primaria fueron derivados a atención especializada.

Gráfico 5.- FIEBRE TIFOIDEA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.



Mapa 2.- FIEBRE TIFOIDEA. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.

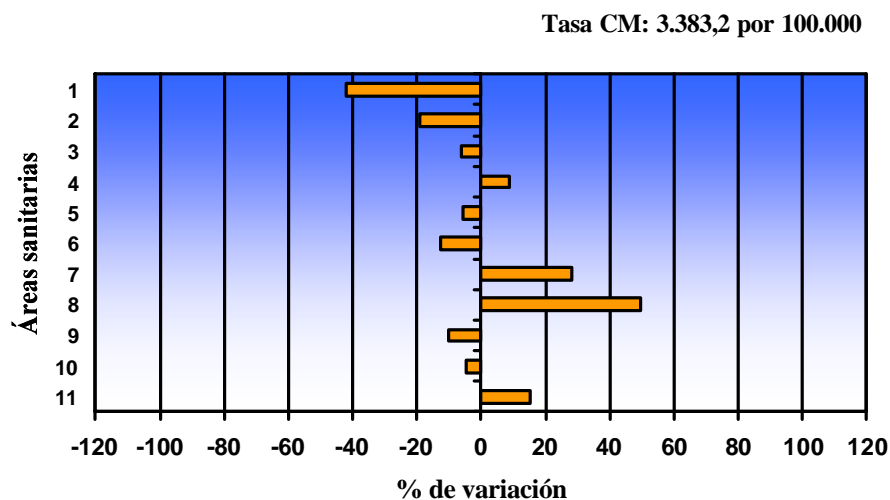


3.3.6.- Gripe

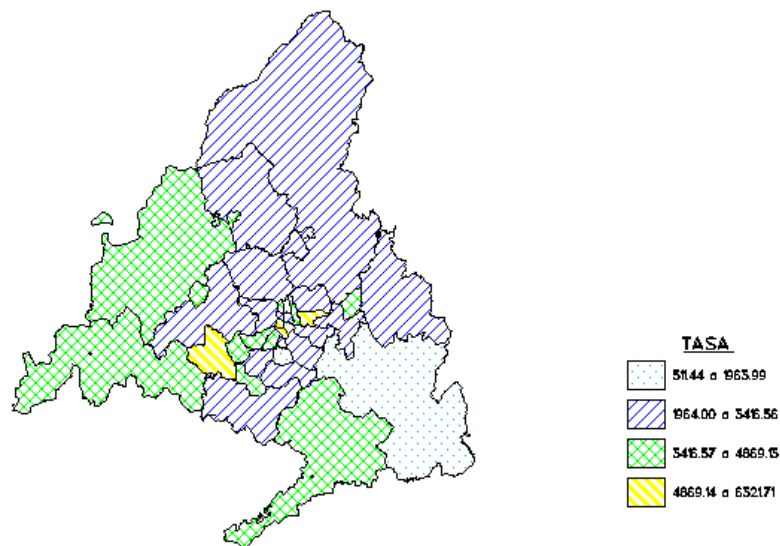
Durante el año 2001 fueron notificados 169.914 casos de gripe, 139.515 menos que en el año 2000 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 70% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico3). La tasa de incidencia acumulada fue de 3.383,2 por 100.000 habitantes, cifra mayor que la observada a nivel nacional (tasa de 2.146,03), siendo la razón de tasas de 1,53 (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 y la 11 (gráfico 6). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Arganzuela, Centro, Móstoles y San Blas (mapa 3).

Gráfico 6.- GRIPE. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.



Mapa 3.- GRIPE. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.



3.3.7.- Hepatitis víricas

En el año 2001 se han notificado 269 casos de hepatitis víricas, 51 casos menos que en el año 2000. El 23,4% fueron hepatitis A , el 39,1% hepatitis B y el 37,5% otras hepatitis (C ó D).

3.3.7.1.- Hepatitis A

Durante el año 2001 fueron notificados 63 casos de hepatitis A, 18 casos menos que en el año 2000 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 1,25 casos por 100.000 habitantes, cifra menor a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,54 (referencia: nivel nacional). En el gráfico 7 aparece la evolución por cuatrisesmanas epidemiológicas del número de casos de hepatitis A durante los años 2001 y 2002. Se observa una cierta estacionalidad, con un pico de mayor incidencia en el mes de septiembre, coincidiendo con el período postvacacional.

Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia acumulada en relación con la de la CM fueron la 11 (tasa de 2,56 casos por 100.000 habitantes) y la 2 (gráfico 8). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Carabanchel (área 11), Centro (área 7) y Coslada (área 2) (mapa 4).

Se dispone de información sobre edad y sexo en el 90,8 y 96,8% de los casos respectivamente. El 64% se observó en varones y considerando la edad (tabla 10) el 63,9 % de los casos se presentó en los menores de 30 años.

En la tabla 11 se muestran los resultados de las pruebas serológicas realizadas. En el 93,7% de los casos la enfermedad fue confirmada serológicamente, detectándose anticuerpos IgM anti VHA.

Considerando el modo de presentación, del total de casos observados, 11 estuvieron asociados a 3 brotes familiares y 6 casos presentaron antecedente de viaje a zonas endémicas.

En relación con el estado vacunal, se dispone de información en 28 casos (44,4%) y ninguno de los casos estaban vacunados.

Gráfico 7.- HEPATITIS A . Número de casos notificados por cuatrisesmana. Comunidad de Madrid. Años 2000-2001.

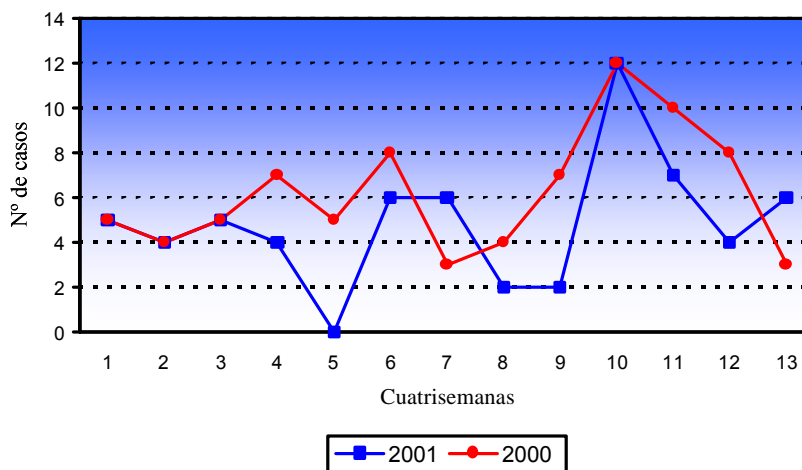
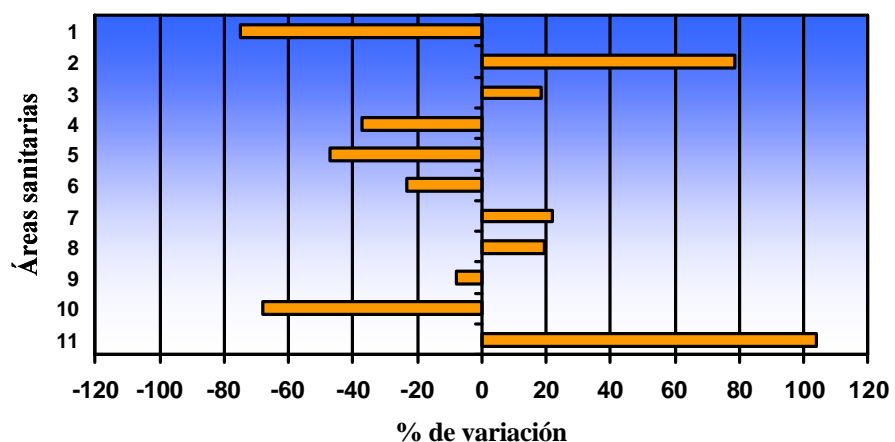
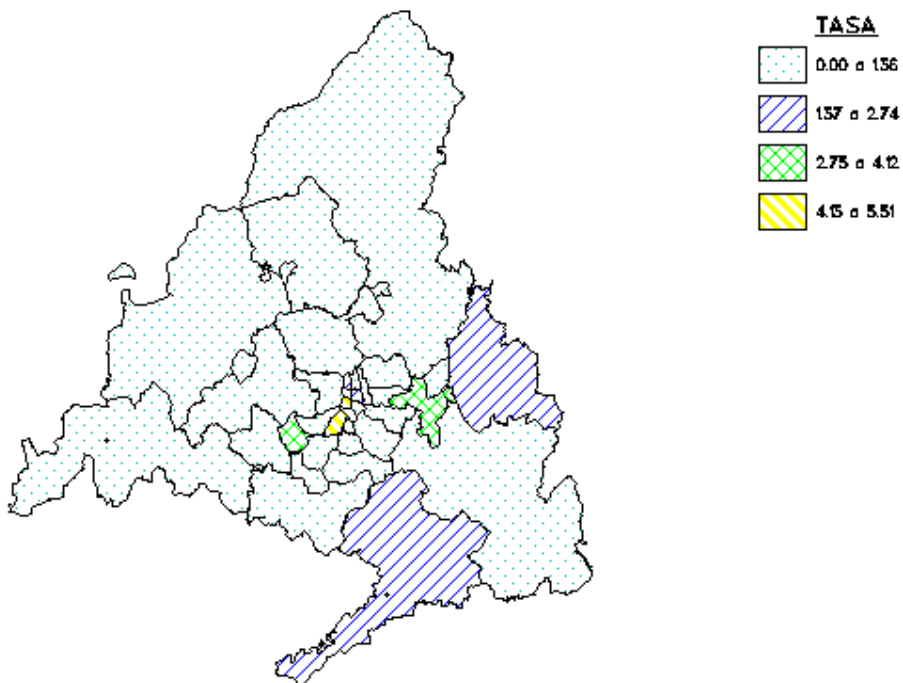


Gráfico 8.- HEPATITIS A. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.

Tasa CM: 1,25 por 100.000



Mapa 4.- HEPATITIS A. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.



3.3.7.2.- Hepatitis B

En el año 2001 fueron notificados 105 casos de hepatitis B, 3 menos que en el año 2000 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 28% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 2,09 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la observada a nivel nacional, con una razón de tasas de 1,06 (referencia: nivel nacional).

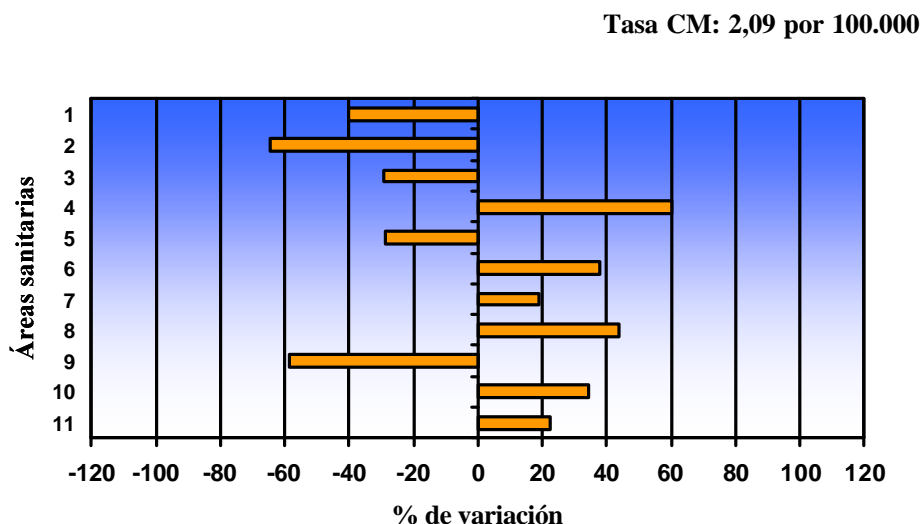
Las áreas 4 y 8 fueron las que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM (gráfico 9). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa fueron Centro (área 7, con una tasa de 7,48 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (área 11) y Navalcarnero (área 8).

Se dispone de información sobre edad y sexo en el 92,4% y 99% de los casos respectivamente. El 68,3% se observó en varones y el 72,2% en mayores de 30 años (tabla 10). En menores de 15 años se presentaron 3 casos de 1, 2 y 15 años.

La prueba de detección de anticuerpos antiHBc (IgM) fue positiva en el 61% (64 casos), y 70 casos (66,6%) tenían una prueba Ag antiHBs positiva (tabla 11).

En 17 casos existían antecedentes de contacto sexual de riesgo y 4 eran consumidores de droga por vía parenteral. El estado vacunal se desconocía en el 58,1% de todos los casos de hepatitis B y sólo dos casos estaban vacunados.

Gráfico 9.- HEPATITIS B. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.



3.3.7.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2001 fueron notificados 101 casos de “otras hepatitis víricas”, 30 casos menos que en el año 2000 (tabla 4). La tasa de incidencia acumulada fue de 2,01 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a la observada a nivel nacional, con una razón de tasas de 0,64 (referencia: nivel nacional).

El número de casos de “ otras hepatitis víricas”, que fueron notificadas como hepatitis C, fueron 90, lo que supone una tasa de 1,80 casos por 100.000 habitantes y en 11 casos se desconoce el sero grupo.

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 y la 11 (gráfico10). Los distritos que registraron una mayor tasa fueron Moncloa (área 6), Villaverde y Carabanchel (ambas del área 11).

Se dispone de información sobre edad y sexo de los casos de hepatitis C en el 95,5% y 98,8 % de los casos respectivamente (tabla 10). El 52,3% de estos casos se observó en varones y el 51,1% en mayores de 45 años.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo asociados se observa que, del total de casos de hepatitis C, 8 (8,9%) eran consumidores de drogas por vía parenteral, 4 (4,4%) presentaban antecedentes de contacto sexual de riesgo y en 10 (9%) tenían el antecedente de transfusión en alguna ocasión.

Gráfico 10.- HEPATITIS C. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.

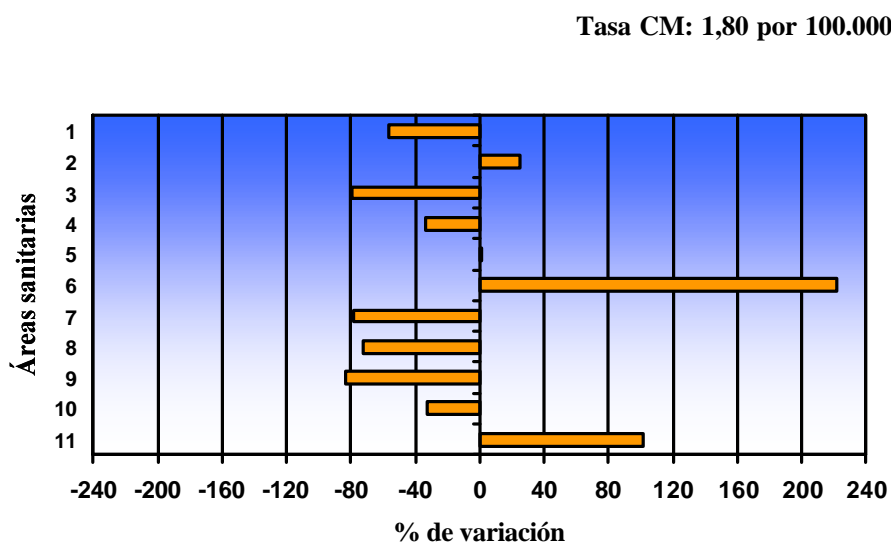


Tabla 10.- HEPATITIS VÍRICAS. Distribución por edad y género. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Sexo	Grupos de edad				TOTAL
		0 a 15 años	16 a 30 años	31 a 45 años	> 45 años	
Hepatitis A	Hombre	12 (60%)	13 (68,4%)	11 (68,7%)	3 (50%)	39 (64%)
	Mujer	8 (40%)	6 (31,6%)	5 (31,3%)	3 (50%)	22 (36%)
	Total	20 (32,8%)	19 (31,1%)	16 (26,2%)	6 (9,8%)	*61 (100%)
Hepatitis B	Hombre	3 (100%)	16 (66,6%)	27 (71,1%)	18 (56,2%)	64 (66%)
	Mujer	-	8 (33,4%)	11 (28,9%)	14 (43,8%)	33 (34%)
	Total	3 (3,1%)	24 (24,7%)	38 (39,2%)	32 (33%)	*97 (100%)
Hepatitis C	Hombre	1 (50%)	4 (40%)	21 (70%)	19 (43,1%)	45 (52,3%)
	Mujer	1 (50%)	6 (60%)	9 (30%)	25 (56,9%)	41 (47,7%)
	Total	2 (2,3%)	10 (11,6%)	30 (34,8%)	44 (51,1%)	*86 (100%)

* El total no se corresponde con resultados del texto al existir registros donde no se refiere la edad y/o sexo.

Tabla 11 .- HEPATITIS VÍRICAS. Resultados serológicos. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	PRUEBA SEROLÓGICA	Nº DE CASOS	TOTAL
Hepatitis A	IgM anti-VHA (+)	59 (93,7%)	63
Hepatitis B	IgM anti- HBc (+)	64 (61%)	105
	HbsAg (+)	70 (66,6%)	

3.3.8.- Infección gonocócica

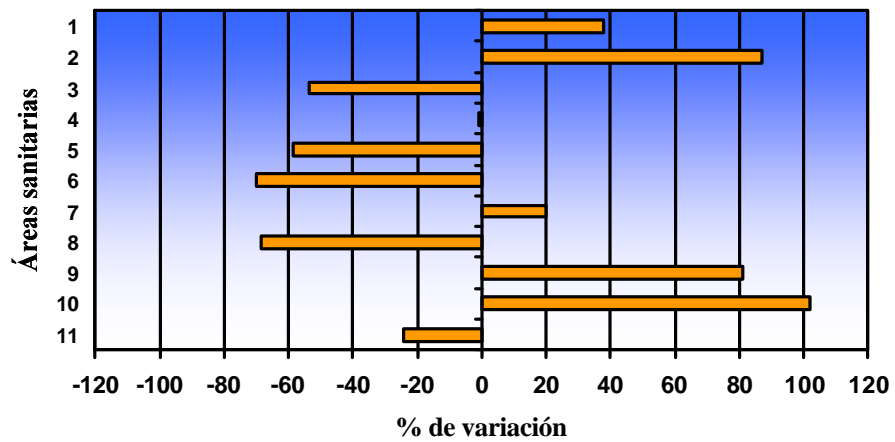
En el año 2001 fueron notificados 40 casos de infección gonocócica, 10 casos más que en el año 2000 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,80 por 100.000 habitantes, cifra mucho menor que la observada a nivel nacional (tasa de 2,04), siendo la razón de tasas de 0,40 (referencia: nivel nacional).

El área que presentó una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fue la 10 seguida de la 2 y la 9 (gráfico 11). El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue Getafe (área 10) con una tasa de 2,79 casos por 100.000 habitantes, seguido de los distritos de Coslada (área 2) y Leganés (Área 9) (mapa 5).

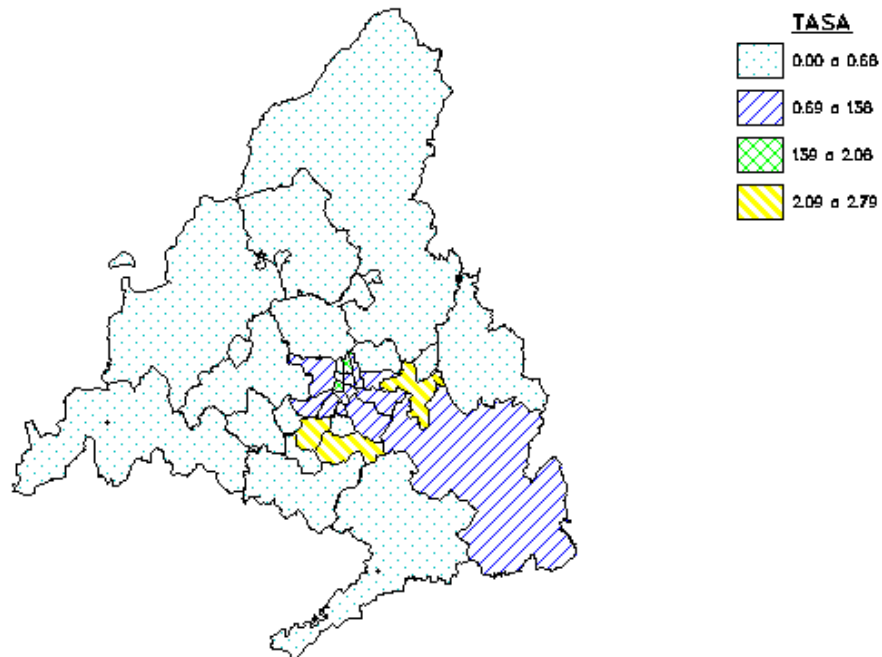
El 89,5% de los casos se observó en varones y el 42,1% tenían edades comprendidas entre los 25 y 35 años.

En 11 casos (27,5%) el diagnóstico fue sólo de sospecha, y en el 70% fue confirmado (tabla 6). Se realizó diagnóstico microbiológico en el 60% y serológico en el 7,5% (tabla 5).

Tasa CM: 0,80 por 100.000



Mapa 5.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.



3.3.9.- Legionelosis

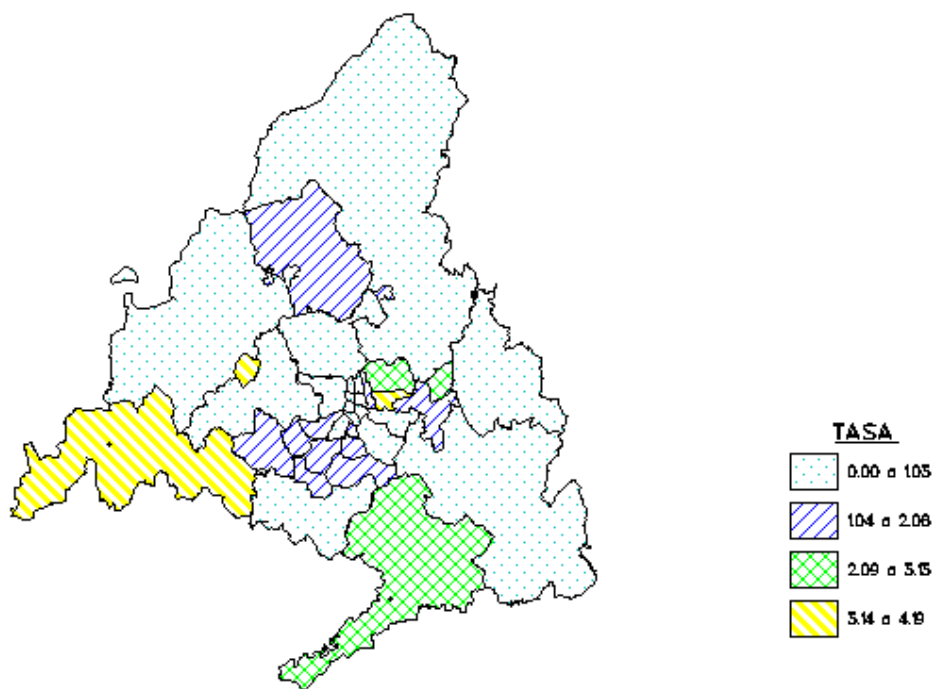
En el año 2001 fueron notificados 53 casos de legionelosis (tabla 2), 11 casos más que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,06 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,30 (referencia: nivel nacional).

El área que presentó una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fue la 4 (tasa de 2,56 casos por 100.000 habitantes), seguida de la 8 y la 9. El distrito sanitario que mostró una mayor tasa de incidencia fue San Blas (área 7) con una tasa de 4,19 casos por 100.000 habitantes, seguido de los distritos de Navalcarnero (área 8) y Hortaleza (Área 4) (mapa 6).

El 72,2% de los casos se observó en varones con una media de edad de 54 años y rango que varió entre 2 y 82 años. El 34% de los casos se observó en mayores de 60 años y un 26,4% en menores de 40 años.

Considerando el tipo de diagnóstico, en 2 casos (3,7%) fue sólo de sospecha clínica, y 38 casos fueron clasificados como confirmados (71,7%) (tablas 5 y 6). Del total confirmados, en 73,7% se demostró antígeno *L. Pneumophila* SG1 en orina y en el 13,2% se realizó diagnóstico microbiológico.

Mapa 6.- LEGIONELOSIS. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.



3.3.10.- Leishmaniasis

La leishmaniasis es una enfermedad de declaración obligatoria sólo en aquellas Comunidades Autónomas en las que es endémica.

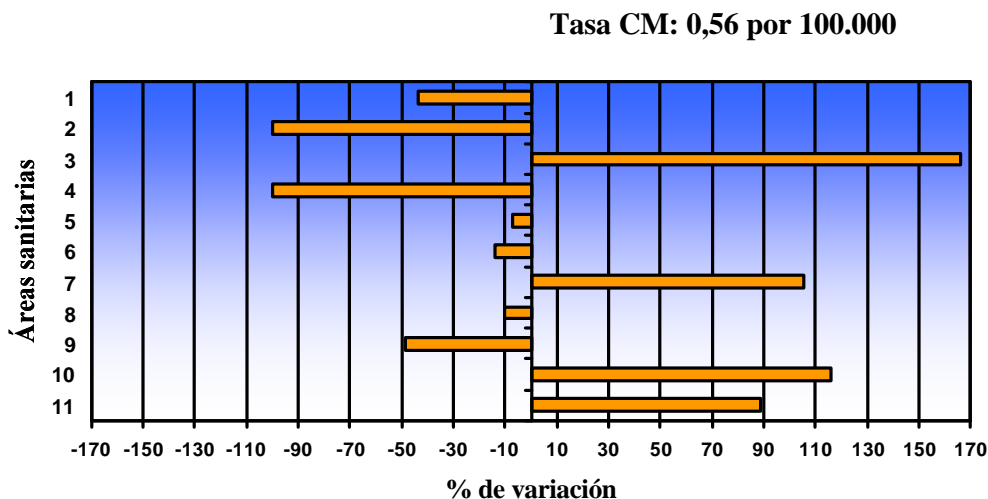
Durante el año 2001 fueron notificados 28 casos de leishmaniasis, de los cuales 4 fueron obtenidos a través del CMBD, lo que supone 3 casos más que en el año 2000 (tabla 2).

El número de casos notificados fue un 133% superior a la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,56 por 100.000 habitantes. Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 3, 10 y 7 (gráfico 12) y los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa fueron Carabanchel (tasa de 2,29 casos por 100.000 habitantes), Navacarnero y Getafe.

El 78,6% de los casos se produjo en varones. El rango de edad varió entre 2 y 88 años, apareciendo 10 casos (35,7%) en personas de 20 a 40 años y un 28,5% en mayores de 65 años; en 8 casos la prueba VIH fue positiva (28,5%).

En 2 casos el diagnóstico fue sólo de sospecha clínica. En el 35,7% se realizó diagnóstico serológico y en el 71,4% microbiológico (tabla 5). En 22 casos (78,6%) el diagnóstico fue confirmado (tabla 6).

Gráfico 12.- LEISHMANIASIS. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.



3.3.11.- Meningitis víricas

En el año 2001 fueron notificadas 503 sospechas de meningitis vírica, (12,9% obtenidos a través del CMBD) 509 casos menos que en el año 2000. El diagnóstico se confirmó en un 2,2% (11 casos) del total de los casos notificados, identificándose en 9 de

ellos *Enterovirus no polio*. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 10,02 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a la del año anterior (tasa de 20,15).

La meningitis vírica es una enfermedad que predomina en varones (64,4%). Con respecto a la edad, se observa que el 80,5% de los casos son menores de 15 años, de los cuales el 36,6% son menores de 5 años. Las tasas más elevadas se presentan en los menores de 10 años y especialmente en los menores de una año (88,36 casos por 100.000 habitantes).

Considerando la distribución por áreas sanitarias, las mayores tasas de incidencia se han observado en el área 3 (36,7 casos por 100.000 habitantes), 9 (tasa 19,9) , 8 (tasa de 11,7) y en el área 6 (tasa de 10,1).

Hay que señalar que esta enfermedad no es vigilada a nivel nacional, y en el informe de “**Infecciones que causan meningitis. Año 2001**” se presenta un análisis más detallado (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid n° 3, vol. 8. Marzo, 2002).

3.3.12. - Meningitis Bacterianas

En el año 2001 se han observado 94 casos de meningitis bacteriana, 25 casos menos que el año anterior (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada ha sido de 1,87 casos por 100.000 habitantes, cifra algo inferior a la del año anterior. Dentro del grupo de otras meningitis bacterianas la más importante es la meningitis neumocócica, cuya incidencia ha sido de 0,70 casos por cien mil habitantes (35 casos).

En la distribución por género, se observa un predominio masculino (66%). El 34% de los casos correspondieron a menores de 5 años y el 22,3% a los mayores de 64, mientras que la incidencia más elevada se ha producido en los menores de un año con 46,5 casos por 100.000 mil habitantes. La meningitis neumocócica muestra una distribución por edad con predominio en las edades extremas, con un 34,3% en menores de 2 años y un 25,7% en mayores de 64 años.

La distribución de los casos por área de residencia refleja que las áreas 11, 7 y 3 son las que mayor número de casos aportan, y las mayores tasas de incidencia se localizan en las Áreas 11 (4,21 casos por 100.000 habitantes), y 3 (4,08 casos por 100.000 habitantes).

En el informe de “**Infecciones que causan meningitis. Año 2001**” se presenta un análisis más detallado (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid n° 3, vol. 8. Marzo, 2002).

3.3.13. - Paludismo

En el año 2001 fueron notificados 187 casos de paludismo, 16 más que en el año 2000 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 54,5% mayor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 3,72 casos por 100.000 habitantes, cifra mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 3,15 (referencia: nivel nacional).

El 57,7% de los casos se presentó en varones y el 46,1% de los casos tenían edades comprendidas entre 21 y 40 años. El Centro de Investigaciones Clínicas realizó el 60 % de las notificaciones. Teniendo en cuenta la posible relación de estancia en un país endémico, observamos que el 61% era nativo o inmigrante y en el 27% el enfermo era viajero de larga corta estancia.

El lugar de contagio se conoce en 116 casos, de los que el 95,7% se produjo en África (tabla 12). El parásito visualizado más frecuentemente fue *P. falciparum* (69%), procedentes todos ellos de África.

Tabla 12.- Distribución de los casos de paludismo según parásito aislado y país de procedencia. Comunidad de Madrid. Año 2001.

PLASMODIUM AISLADO	GUINEA ECUATORIAL	RESTO AFRICA	AMÉRICA LATINA	NO FIGURA	TOTAL
Falciparum	50	30	-	-	80 (69%)
Vivax	2	3	4	1	10 (8,6%)
Malariae	1	3	-	-	4 (3,4%)
Ovale	7	7	-	-	14 (12,1%)
Falciparum/Malariae	1	-	-	-	1 (0,9%)
Falciparum/Vivax	-	1	-	-	1 (0,9%)
Sp	1	1	-	-	2 (1,7%)
No figuran	3	1	-	-	4 (3,4%)
TOTAL	65 (56%)	46 (39,6%)	4 (3,4%)	1(1%)	116 (100%)

3.3.14.- Parálisis flácida aguda

Durante el año 2001 fueron notificados 10 casos de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años, 7 de los cuales eran residentes en la CM y 3 residentes en otras Comunidades Autónomas (dos de Castilla la Mancha y 1 de Asturias), ello supone una tasa de 0,9 casos por 100.000 habitantes en menores de 15 años, la más alta obtenida desde que se inició el sistema de vigilancia y próxima a la esperada a nivel nacional (1 caso por 100.000 habitantes).

En la revisión del CMBD de los distintos Hospitales de la Comunidad de Madrid correspondiente al año 2001, no ha aparecido ningún caso que no haya sido declarado anteriormente.

De los 7 casos, 4 eran mujeres (57,1%) y 3 varones. El rango de edades ha variado de 1 a 11 años.

Todos los casos notificados fueron diagnosticados como Síndrome de Guillain-Barré. En el informe de **“Plan de Erradicación de la Poliomielitis”** se presenta un análisis más detallado de la Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid, año 2001. (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 3, vol. 8, Marzo 2002).

3.3.15.-Parotiditis

En el año 2001 fueron notificados 1.187 casos de parotiditis, 373 más que en el año 2000 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 23,63 casos por 100.000 habitantes, cifra superior que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,20 (referencia: nivel nacional). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 121,01 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años.

Considerando los casos observados en menores de 15 años, las áreas que presentaron las mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM fueron la 4 (tasa de 246,57 casos por 100.000 habitantes) y la 1 (tasa de 232,90 por 100.000 habitantes) (gráfico 14). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia en menores de 15 años fueron Chamberí, Arganzuela y Arganda (mapa 7).

Se dispone de información sobre edad y género en el 95,6% de los casos. El 55% de los casos se observó en varones. El 82,8% se registró en menores de 15 años, de los cuales un 44,1% fueron menores de 5 años (9 eran niños menores de 1 año). El 17,2% se presentó en mayores de 15 años (tabla 13).

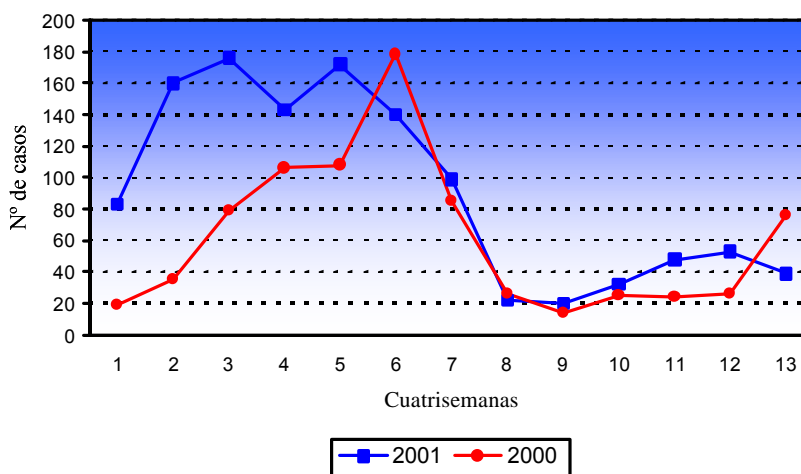
En relación al tipo de diagnóstico, en 146 casos (12,2%) se realizó diagnóstico serológico y en el 85,5% fue de sospecha clínica (tabla 5). El 32,6% (386 casos) fueron clasificados como casos confirmados (tabla 6).

En la tabla 14 figura el estado vacunal de los casos. De los 991 casos en menores de 15 años, un 71% habían recibido al menos una dosis de vacuna, 32 (3,2%) no estaban vacunados y se desconocía el estado vacunal en un 25,8%.

Del total de casos de parotiditis, 645 casos (un 54,3%) aparecieron asociados a 78 brotes.

El 92,3% (72 brotes) se produjo en centros escolares. Las áreas más afectadas fueron la 6, la 4 y la 5 y los distritos más afectados fueron Ciudad Lineal (10 brotes), Majadahonda (8 brotes) y Vallecas (7 brotes). En el informe de **“Brotes Epidémicos, año 2001”** se presenta un análisis más detallado de los brotes de parotiditis ocurridos en la Comunidad de Madrid durante el año 2001. (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid nº 2, vol. 8, Febrero 2002).

Gráfico 13.- PAROTIDITIS. Número de casos notificados por cuatrisesmana. Comunidad de Madrid. Años 2000-2001.



Mapa 7.- PAROTIDITIS. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.

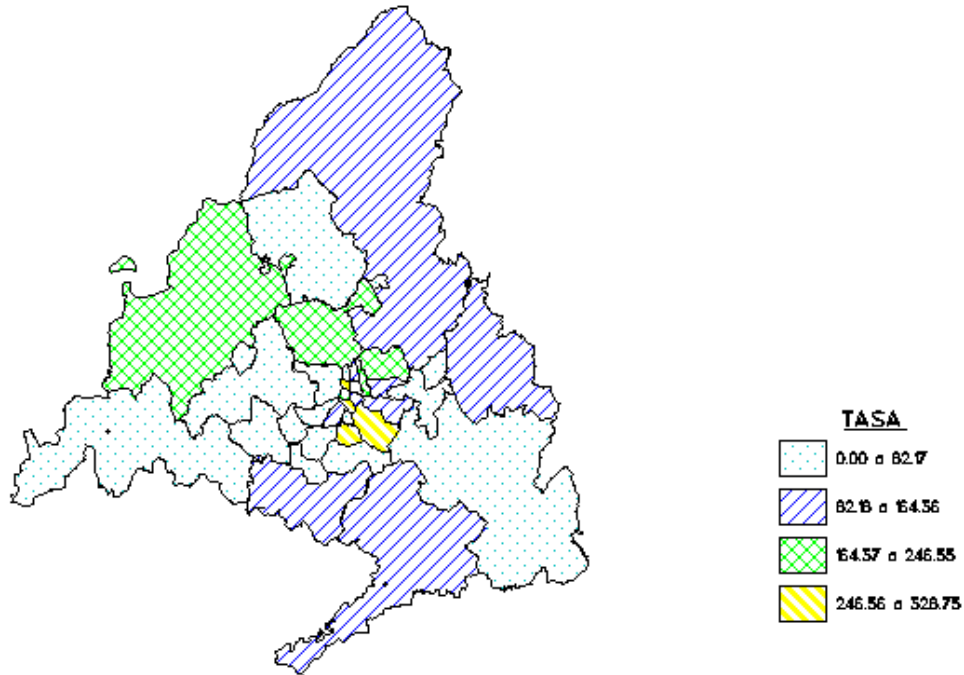


Gráfico 14.- PAROTIDITIS. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.

Tasa CM menores de 15 años: 121,01 por 100.000 habitantes

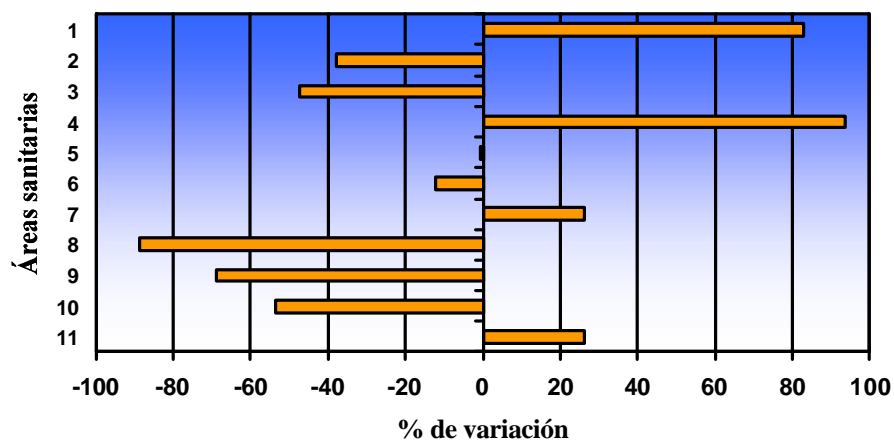


Tabla 13.- Sarampión, rubéola, parotiditis y tos ferina. Distribución por grupos de edad y género. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Sexo	Grupos de edad				TOTAL
		0 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	> 15 años	
Parotiditis	Hombre	283 (44,4%)	183 (28,8%)	70 (11%)	101 (15,8%)	637
	Mujer	217 (43,6%)	127 (25,5%)	60 (12,1%)	94 (18,8%)	498
	Total	500 (44,1%)	310 (27,3%)	130 (11,4%)	195 (17,2%)	1135
Rubéola	Hombre	8 (100%)	-	-	-	8 (57,2%)
	Mujer	4 (50%)	1 (16,6%)	-	1 (16,6%)	6 (42,8%)
	Total	12 (85,7%)	1 (7,1%)	-	1 (7,1%)	14 (100%)
Sarampión	Hombre	5 (83,3%)	-	-	5 (60%)	10 (71,4%)
	Mujer	1 (16,6%)	-	-	3 (40%)	4 (28,5%)
	Total	6 (42,8%)	-	-	8 (57,1%)	14
Tos ferina	Hombre	25 (80,6%)	5 (16,1%)	-	1 (3,2%)	31 (49,2%)
	Mujer	28 (87,5%)	2 (6,2%)	2 (6,2%)	-	32 (50,8%)
	Total	53 (84,1%)	7 (11,1%)	2 (3,2%)	1 (1,6%)	63 (100%)

Tabla 14.- Sarampión, rubéola, parotiditis y tos ferina. Estado vacunal. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Menores de 15 años				Mayores de 15 años			
	Vacunado	No vacunado	Desconocido	Total	Vacunado	No vacunado	Desconocido	Total
Parotiditis	703 (71%)	32 (3,2%)	256 (25,8%)	991	33 (18,5%)	45 (25,3%)	100 (56,2%)	178
Rubéola	4 (28,6%)	7 (50%)	3 (21,4%)	14	-	-	1 (100%)	1
Sarampión	2 (33,3%)	3 (50%)	1 (16,6%)	6	3 (37,5%)	5 (62,5%)	-	8
Tos ferina	26 (42%)	8 (13%)	28 (45%)	62	-	-	1 (100%)	1

3.3.16.- Rubéola

Durante el año 2001 fueron notificados 15 casos de rubéola, 5 menos que en el año 2000 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,30 casos por 100.000 habitantes, cifra menor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 0,66 (referencia: nivel nacional). En menores de 15 años la tasa de incidencia fue de 1,67 casos por 100.000 habitantes.

Considerando sólo los casos observados en menores de 15 años, las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 2 y la 1 (gráfico 15). Los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia en menores de 15 años fueron Chamartín (área 2, con una tasa de 28,95 casos por 100.000 habitantes) y Retiro (área 1, tasa de 6,66 por 100.000 habitantes).

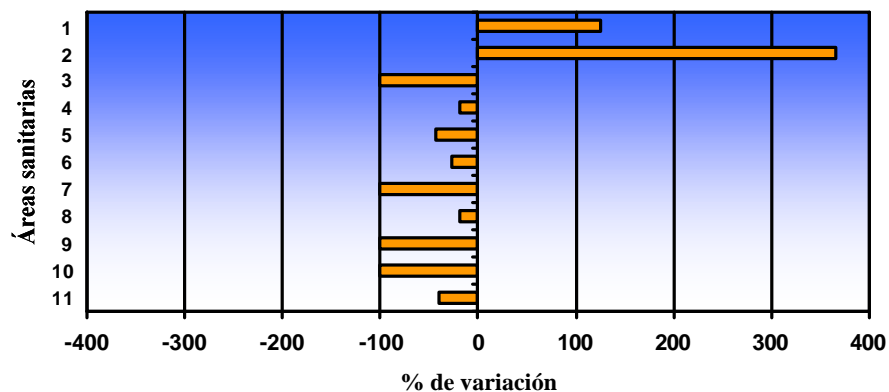
Se dispone de información sobre edad y género en 14 de los 15 casos. El 57,1% de los casos se observó en varones. Con respecto a la edad, el 85,7% de los casos se observó en menores de 5 años (tabla 13).

En todos los casos el diagnóstico fue de sospecha clínica y fueron clasificados como sospechosos/probables (tablas 5 y 6).

En la tabla 14 figura el estado vacunal de los casos. De los 14 casos en menores de 15 años, 4 habían recibido al menos una dosis de vacuna y 7 no estaban vacunados.

Gráfico 15.- RUBÉOLA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2001.

Tasa CM menores 15 años: 1,67 por 100.000



3.3.17.- Sarampión

En el año 2001 se iniciaron las actividades para desarrollar el **Plan de Eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid**. A través de este plan se han notificado 26 casos sospechosos, de los cuales 10 fueron descartados, 5 fueron confirmados por laboratorio, 2 casos mediante vínculo epidemiológico, 2 casos fueron confirmados importados, y en los 6 restantes han quedado clasificados como compatibles, al no disponer de muestra clínica para su clasificación (tabla 15). Los casos de sarampión autóctonos (14 casos: 8 confirmados y 6 compatibles) representan un tasa de incidencia de 0,28 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la observada en el año 2000 (7 casos, con un tasa de 0,13) y a la tasa nacional (tasa de 0,13 casos por 100.000 habitantes, la menor incidencia en la historia de la enfermedad en España). La tasa de incidencia de sarampión en menores de 15 años fue de 0,77 casos por 100.000 habitantes.

Tabla 15.- Clasificación de los casos sospechosos de sarampión. Casos acumulados. Año 2001.

Área de residencia	CASOS NOTIFICADOS	CASOS AUTÓCTONOS (1)						CASOS IMPORTADOS (2)
		Casos Confirmados		Casos compatibles (5)	Casos descartados (6)			
		Laboratorio (3)	Vínculo Epidem. (4)		Rubéola	Otros	Total	
1	3			2		1	1	
2	7	2	2	-		2	2	1 (Guinea)
3	-			-		-	-	
4	3	2		1		-	-	
5	2			-		2	2	
6	2			1		1	1	
7	2	1	1	-		-	-	
8	3			1		2	2	
9	-			-		-	-	
10	1			-		1	1	
11	2			-		1	1	1 (Filipinas)
Militar	1			1		-	-	
TOTAL	26	5	3	6	-	10	10	2

- (1) **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.
- (2) **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.
- (3) **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.
- (4) **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.
- (5) **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.
- (6) **Caso descartado (no sarampión):** Todo caso sospechoso en el que las determinaciones aportan resultados negativos.

Del total de casos de sarampión autóctonos (8 casos confirmados y 6 casos compatibles), un 71,4% se observó en varones y un 57,1% de los casos eran mayores de 15 años (tabla 13). Todos los casos confirmados de sarampión, a excepción de un niño de dos años, tuvieron edades entre 19 y 28 años.

Las áreas que presentaron una mayor tasa de incidencia en relación con la de la CM fueron la 2 (tasa de 1,24 casos por 100.000 habitantes) y la 4 (tasa de 0,59) y los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa fueron Salamanca, Navalcarnero y Chamartín.

En la tabla 14 figura el estado vacunal de los casos. De los 6 casos en menores de 15 años, la mitad no estaban vacunados, mientras que en los mayores de 15 años, un 62,5% no lo estaban.

En los casos descartados de sarampión (10 casos), el 60% el diagnóstico definitivo fue *Herpes-6*, en 2 casos *Enterovirus* y en los dos restantes los resultados no fueron concluyentes. Todos los casos descartados de sarampión son niños menores de 5 años y estaban correctamente vacunados, excepto los que no correspondía por la edad.

3.3.18.- Sífilis

En el año 2001 fueron notificados 87 casos de sífilis, 19 casos más que en el año 2000 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 1,73 casos por 100.000 habitantes, cifra algo menor que la observada en el ámbito nacional, siendo la razón de tasas de 0,97 (referencia: nivel nacional).

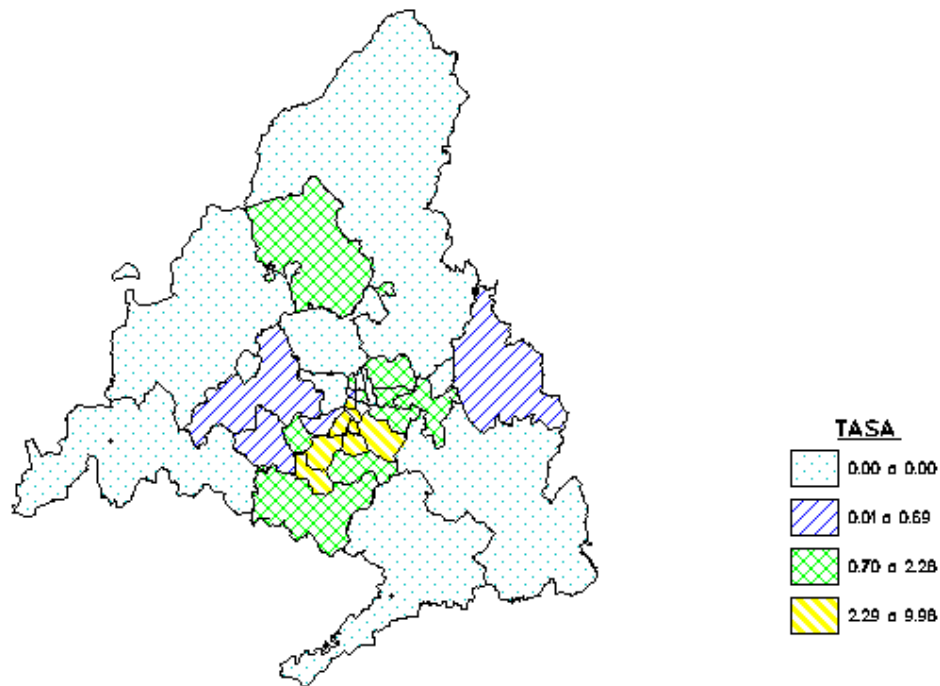
Las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la de la CM fueron la 9 y la 7, con unas tasas de 9,23 y 2,68 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Los distritos sanitarios que mostraron mayores tasas fueron Centro (área 7), Leganés y Fuenlabrada., ambos del área 9 (mapa 8).

Se dispone de información sobre edad y género en el 96,5% de los casos. El 54,7% se observó en varones. El rango de edad varía entre 5 y 79 años. El 44,8% se presentó en personas de 31 a 45 años y 25,3% en mayores de 45 años (tabla 16).

En relación al tipo de diagnóstico, en el 97,7% se realizó diagnóstico serológico y en el 2,3% microbiológico (tabla 5). El 66,7% fueron clasificados como casos confirmados (tabla 6).

Tabla 16.- SÍFILIS. Distribución por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	< 20 AÑOS	20-30 AÑOS	31-45 AÑOS	> 45 AÑOS	TOTAL
Hombre	2	7	20	17	46 (54,7%)
Mujer	2	12	19	5	38 (45,2%)
Total	4 (4,6%)	19 (21,8%)	39 (44,8%)	22 (25,3%)	84



3.3.19.- Tos ferina

En el año 2001 fueron notificados 63 casos de tos ferina, 54 casos menos que en el año 2000 (tabla 2). La tasa de incidencia acumulada fue de 1,25 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,3 (referencia: nivel nacional). En menores de 15 años, la tasa de incidencia fue de 8 casos por 100.000 habitantes.

En el gráfico 17 se observa el incremento en el número de casos notificados durante los meses de verano en el año 2000, debido al aumento en el número de brotes de tos ferina notificados.

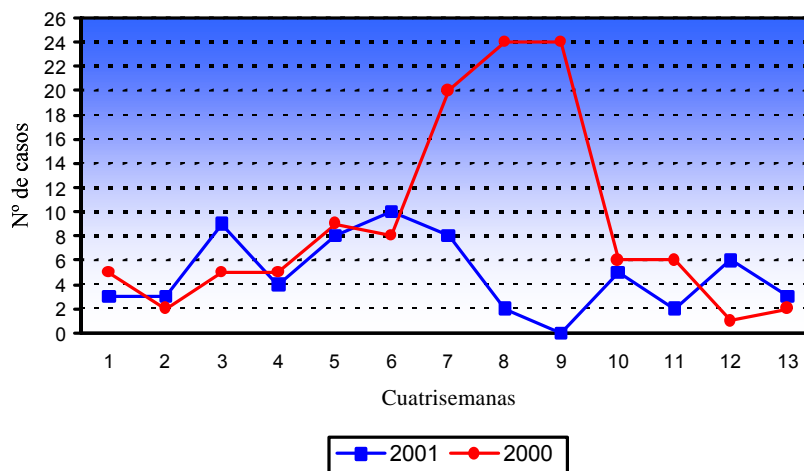
Considerando sólo los casos observados en menores de 15 años, las áreas que presentaron mayores tasas de incidencia en relación con la Comunidad de Madrid fueron la 11 y la 2, con una tasa de 21,9 y 16,8 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, respectivamente y los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia en menores de 15 años fueron Villaverde (tasa de 51 casos por 100.000 habitantes), San Blas y Moratalaz (mapa 9).

En la distribución por edad y género, el 50,8% del total de casos se observó en mujeres y 84,1% en menores de 5 años y solamente un caso en mayores de 15 años (tabla 13).

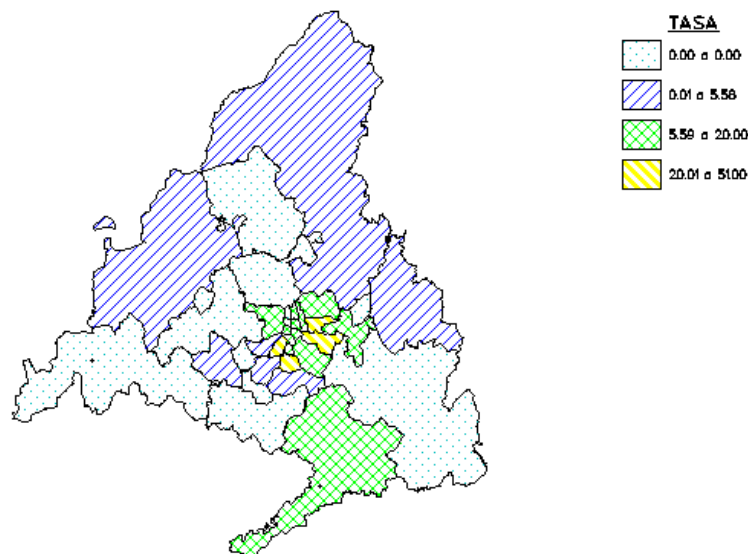
Considerando el tipo de diagnóstico, el 63,5% de los casos fue sólo de sospecha clínica, en el 36,5% se realizó diagnóstico serológico y en el 9,5% microbiológico (tabla 5). Del total de casos, el 11,1% de ellos fueron clasificados como casos confirmados (tabla 6).

En la tabla 14 figura el estado vacunal de los casos. En los menores de 15 años, el 42% estaban correctamente vacunados según el calendario de vacunación oficial en la Comunidad de Madrid, el 13 % no lo estaban y en un 45% se desconocía.

Gráfico 17.- TOS FERINA. Número de casos notificados porcuatrisesmana. Comunidad de Madrid. Años 2000-2001.



Mapa 9.- TOS FERINA. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.



3. 3.20.- Tuberculosis respiratoria

Durante el año 2001 fueron notificados 862 casos de tuberculosis (datos provisionales procedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la CM a 31 de marzo de 2002), lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 17,16 por 100.000 habitantes. Un análisis más detallado se presenta en el informe de **“Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe del año 2000”** (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid , nº 4, vol. 8. Abril 2002).

3.3.21.- Tuberculosis (otras)

En el año 2001 fueron notificados 220 casos de otras tuberculosis (datos provisionales procedentes del Registro Regional de Tuberculosis de la CM a 31 de marzo de 2002), lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 4,38 casos por 100.000 habitantes. Un análisis más detallado se presenta en su informe específico.

3.3.22.- Varicela

Durante el año 2001 fueron notificados 36.850 casos de varicela, 3.283 casos más que en 2000 (tabla 2). El número de casos notificados fue un 17% menor que la mediana de casos del quinquenio anterior (gráfico 3). La tasa de incidencia acumulada fue de 733,72 por 100.000 habitantes, cifra mayor que la observada a nivel nacional, siendo la razón de tasas de 1,47 (referencia: nivel nacional). El mayor nº de casos se registró entre las semanas 9 y 28 correspondiente al periodo que va del 3 de marzo al 14 de julio (gráfico 18).

El 98% 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 3 y 10 (gráfico 19) y los distritos sanitarios que mostraron una mayor tasa de incidencia fueron Parla (tasa de 1.522 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (tasa de 1.268 casos por 100.000 habitantes) y Torrejón de Ardoz (tasa de 1.247 casos por 100.000 habitantes) (mapa 10).

Gráfico 18.- VARICELA. N° de casos notificados por semana. Comunidad de Madrid. Años 2000-2001.

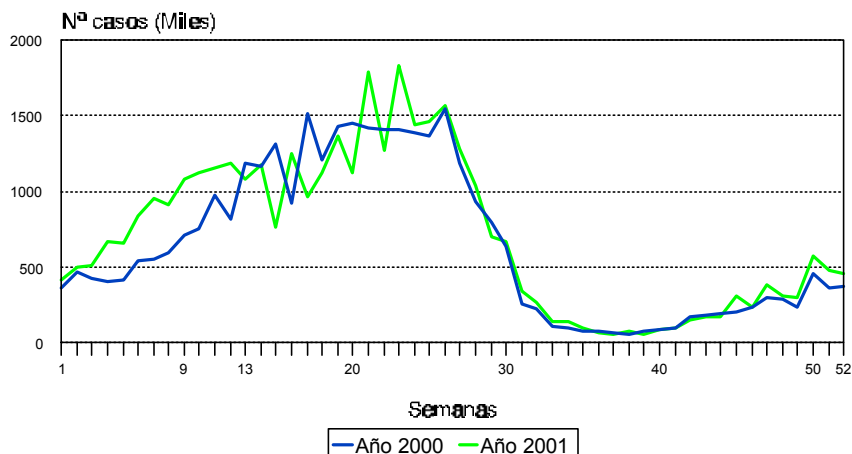
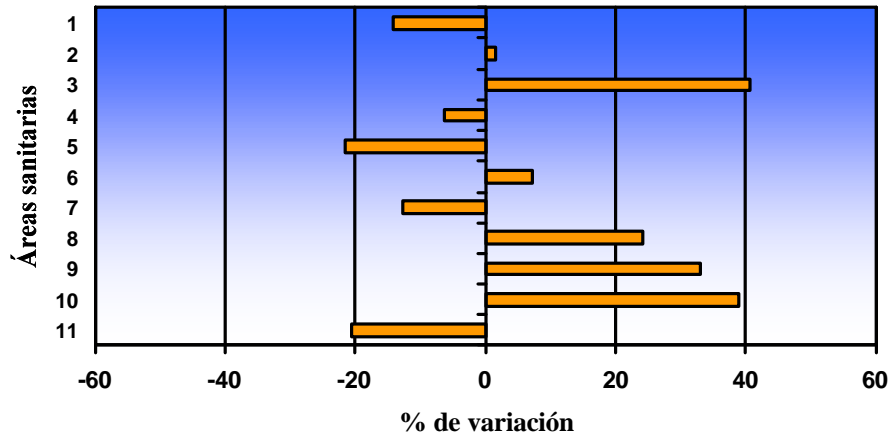
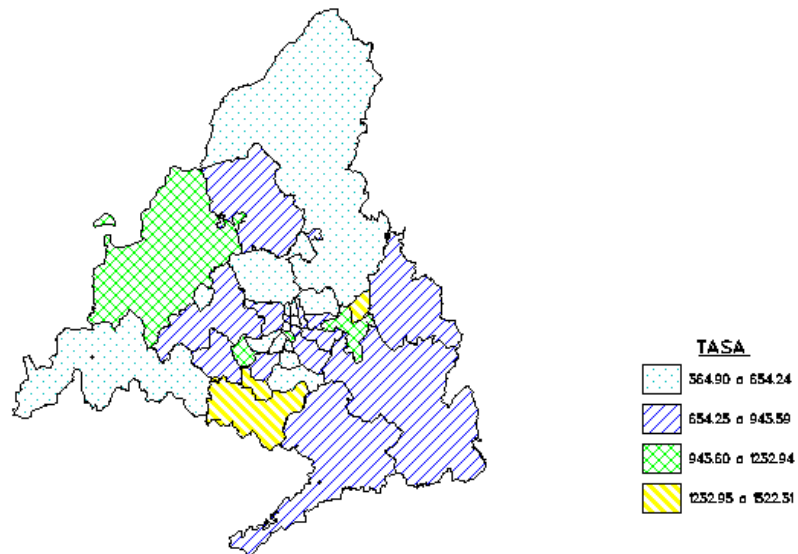


Gráfico 18.- VARICELA. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2000.

Tasa CM: 733,72 por 100.000



Mapa 10.- VARICELA. Tasas de incidencia por distrito sanitario. Comunidad de Madrid 2001.



3.3.23.- Sífilis Congénita

Durante el año 2001 se notificó un caso de sífilis congénita en el Hospital Doce de Octubre, correspondiente a un varón de 2 meses de edad residente en el área 7, distrito de Embajadores. La madre había presentado un cuadro de sífilis durante el tercer trimestre del embarazo. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,02 por 100.000 habitantes, igual a la tasa observada a nivel nacional.

3.3.24 .-Lepra

Durante el año 2001 se notificó 1 caso de lepra en la Fundación Hospital Alcorcón correspondiente a una mujer de 69 años residente en el área 8. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,02, cifra inferior a la del nivel nacional con una razón de tasas de 0,66 (referencia: nivel nacional). El caso fue confirmado microbiológicamente.

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

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

3.5.- CONCLUSIONES

La introducción de la nueva normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria en Enero de 1997 y el inicio de la implantación real de la misma, en julio del mismo año, supuso cambios importantes en el sistema de vigilancia epidemiológica. Estos cambios han estado dirigidos a mejorar la calidad de la información sobre las enfermedades sometidas a vigilancia, normalizando las definiciones de caso entre las diferentes Comunidades Autónomas y a difundir las mismas entre los profesionales sanitarios a través del “Manual de Notificación. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria”.

En paralelo a los cambios en la normativa, se ha avanzado en el desarrollo de nuevos programas informáticos, que permitan el análisis de los datos y la transmisión de los mismos a los diferentes niveles de la Red de Vigilancia Epidemiológica (Área de Salud, Comunidad Autónoma y Centro Nacional de Epidemiología).

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 99,4% de los casos, de edad en el 95,6%, sexo en el 97,8% y estado vacunal (para aquellas enfermedades incluidas en calendario vacunal) en el 89,5% (tabla 1). Pero debería realizarse un mayor esfuerzo en mejorar la información de algunas variables fundamentales como son:

- 1) N° de dosis de vacuna (enfermedades incluidas en calendario vacunal), cumplimentada en un 55,7%.
- 2) Los marcadores serológicos de la hepatitis B, anticuerpos HBc IgM, cumplimentada en un 61%, cuando dicho marcador es el criterio diagnóstico de laboratorio.
- 3) 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.).

Otro aspecto a mencionar es la escasa participación de los especialistas tanto hospitalarios como extrahospitalarios en la Vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, con excepciones importantes, gracias a la colaboración importante 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 en la Comunidad de Madrid hay que destacar el descenso importante que se ha producido en la **gripe, meningitis vírica, tos ferina y enfermedad meningocócica**. El número de casos notificados de **gripe** durante el año 2001 ha sido muy inferior al número declarado en el año 2000, aunque este dato, al no recoger la temporada epidemiológica completa, no refleja adecuadamente la situación de esta enfermedad. Este hecho ha sido debido a que en esta última temporada (2000-2001) la incidencia de la gripe ha sido la más baja registrada desde hace muchos años, situación similar a la registrada en el resto de las Comunidades Autónomas y en algunos países europeos (Portugal e Inglaterra). El número de casos tan elevado de **meningitis vírica** notificados en el año 2000 se debió a una onda epidémica, probablemente debida a la difusión de un serotipo de entorovirus que hacía tiempo que no circulaba en nuestro medio. Este fenómeno también se observó en otras Comunidades Autónomas y a nivel nacional y no se ha producido durante el año 2001. La **tos ferina** ha sufrido un descenso con respecto al año anterior, debido al aumento en el número de brotes de tos ferina que se notificaron durante el año 2000.

La **enfermedad meningocócica** también ha disminuido debido posiblemente a la campaña vacunal realizada en noviembre del año 2000 con vacuna conjugada frente a meningococo C, y su inclusión en el calendario vacunal a partir de esta fecha.

La Comunidad de Madrid sigue manteniendo unas cifras de incidencia baja de **brucelosis** con respecto a España y la fuente de infección más frecuente sigue siendo el contacto con animales fuera de la CM.

La **hepatitis A**, también ha sufrido un descenso considerable durante el año 2001, paralelo al experimentado en los últimos años, debido a la existencia de una mejoría constante en la higiene y en las condiciones sanitarias y observándose un incremento en la edad media de exposición.

No se han producido cambios de interés en la incidencia de **disentería, leishmaniasis, hepatitis B y C**.

Se ha producido un aumento importante en la incidencia de **parotiditis**, con un incremento paralelo en el número de brotes notificados (fundamentalmente en los meses de febrero a junio de 2001). Una situación similar se observó en el año 2000, si bien en el 2001 el número de brotes y casos ha sido superior.

Es importante resaltar que en el año 2001 se han notificado 7 casos de **Paralisis Flácida Aguda** en menores de 15 años, 4 casos más que los notificados en el año 2000. Ello supone una tasa de 0,9 casos por 100.000 habitantes en menores de 15 años, la más alta obtenida desde que se inició el sistema de vigilancia y próxima a la esperada a nivel nacional (1 caso por 100.000 habitantes).

En el año 2001 se iniciaron las actividades para desarrollar el **Plan de Eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid**. A través de este plan se han notificado 26 casos sospechosos, de los cuales 14 fueron considerados casos de sarampión autóctono, que representan un tasa de incidencia de 0,28 casos por 100.000 habitantes, cifra superior a la observada en el año 2000 (7 casos, con un tasa de 0,13) y a la tasa nacional (tasa de 0,13 casos por 100.000 habitantes, la menor incidencia en la historia de la enfermedad en España).

La Comunidad de Madrid es una de las Comunidades Autónomas que mayor número de casos de **paludismo** notifica al nivel nacional. Durante el 2001 se ha observado un ligero aumento siendo África el lugar de contagio más habitual y el *Plasmodium falciparum* el parásito más frecuentemente visualizado. La mayoría de los casos son nativos y/o inmigrantes de las zonas endémicas, seguidos del grupo de viajeros de corta y larga estancia. Este último grupo de afectados pone de manifiesto que es necesario reforzar la información sobre quimioprofilaxis en los viajeros a zonas endémicas.

La **varicela** ha aumentado ligeramente en el último año y este aumento se ha observado tanto en el sistema de vigilancia de las E.D.O como en la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. La cifras de incidencia para ambos sistemas siguen siendo superiores a las obtenidas en España.

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

ZONIFICACIÓN SANITARIA

Distrito

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

COMUNIDAD DE MADRID 2001

INTRODUCCIÓN

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 y está presente en el marco normativo de la Comunidad de Madrid (**Decreto 184/1996, de 19 de diciembre**) del **Gobierno Autónomo de la Comunidad de Madrid por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica**.

Las redes de médicos centinelas, cuentan con una dilatada experiencia en diversos países europeos y en distintas comunidades autónomas de nuestro país.

En la Red Centinela de la Comunidad de Madrid, colaboran en la actualidad 48 médicos generales y 42 pediatras de Atención Primaria, que por sus características de población atendida y ubicación geográfica son representativos del resto de médicos de Atención Primaria. Además, también colaboran personas del Servicio de Epidemiología que constituyen el equipo de coordinación, cuya principal función es la gestión de la red y el análisis de datos.

Los sistemas de vigilancia basados en redes centinelas son útiles al aportar información epidemiológica de calidad sobre procesos o enfermedades que por sus características son considerados de especial interés para la Salud Pública en un momento determinado. A lo largo de estos 10 años, se han ido modificando los procesos objeto de vigilancia.

Los procesos vigilados durante el año 2001 han sido los siguientes: Dentro del grupo de Enfermedades Transmisibles, gripe (por su elevada frecuencia es notificada por 20 médicos de la red) Varicela, Herpes Zoster y Enfermedades Exantemáticas de la infancia. En el marco de Enfermedades no Transmisibles se han vigilado las crisis asmáticas.

En este informe se muestran los principales resultados de funcionamiento de la red y las enfermedades vigiladas durante el año 2001.

FUNCIONAMIENTO DE LA RED

Indicadores Evaluados:

1. Cobertura de notificación
2. Continuidad
3. Cumplimentación de variables.

1. La cobertura de notificación, se expresa como porcentaje de notificaciones recibidas (con o sin casos) respecto a las que se debían haber recibido en el período analizado, dado que cada médico centinela debe remitir el impreso de notificación independientemente de que los pacientes asistidos hayan padecido o no alguno de los procesos vigilados, para Gripe en la temporada 2000-2001 fue de 69,37 %, y para el resto de procesos de 70,5%.

2. La continuidad, indica el grado en que se mantiene la adherencia semanal a la notificación de los casos. Ha sido adecuada (el médico centinela no deja de notificar más de tres semanas seguidas) en el 46,4% de los facultativos, mientras que dejaron de notificar entre cuatro y doce semanas el 33,3% de los médicos, y más de doce semanas el 20%.

3. La cumplimentación de todas las variables de los casos se encuentra por encima del 96%

VARICELA-ZOSTER

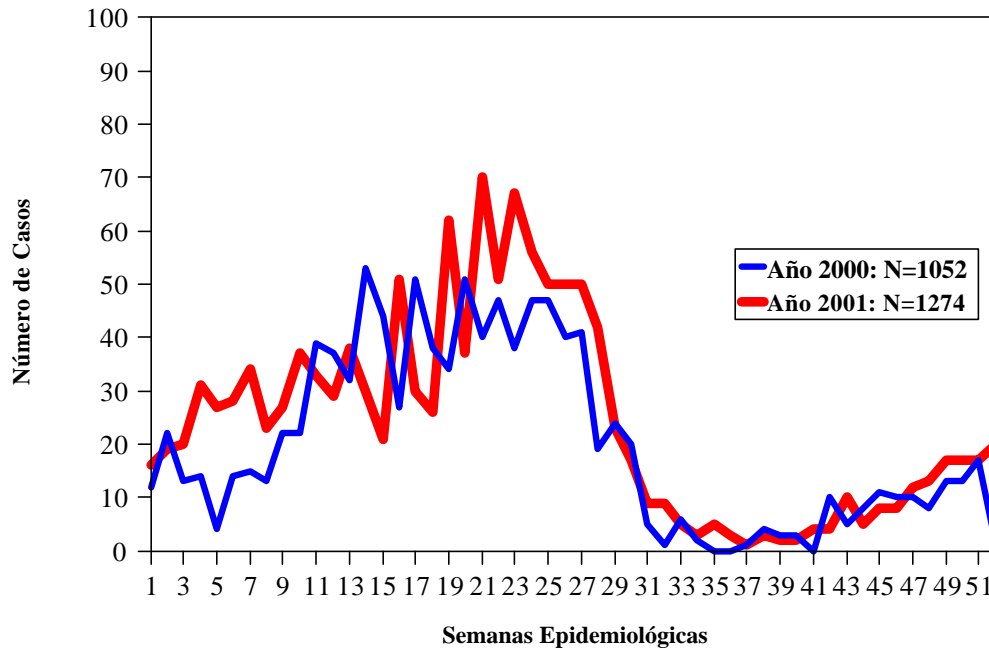
Durante el año 2001, la Red de Médicos Centinela ha notificado 1.274 casos de varicela, que supone una tasa de incidencia sobre la población cubierta por la Red de 984,71 casos por 100.000 habitantes, cifra que resulta algo inferior a la tasa del año 2000 debido a la actualización de la población en este año. En la distribución de los casos por semanas epidemiológicas (**Graf.1**) se aprecia un ligero desplazamiento hacia la derecha en el año 2001 respecto del 2000. También se observa que el número global de casos notificados de enero a marzo de 2001 fue superior a los notificados en el 2000. La varicela muestra un patrón estacional con predominio en los meses de marzo, abril, mayo y junio, durante estos meses se registró el 61,9% de los casos.

La **tabla 1** incluye la distribución de los casos por género, observándose que 50,6 % son varones y 49,4% son mujeres.

Tabla 1. - Distribución por Género de casos de Varicela.

Sexo	Nº de Casos	%
Varones	645	50,6
Mujeres	629	49,4
Total	1274	100%

Gráfico 1. Distribución estacional de la varicela. Años 2000 y 2001



Si analizamos los grupos de edad (tabla 2) se observa que: 66,2% de los casos de varicela afectaron a niños menores de 5 años, 28,1% se encontraron en niños con edades comprendidas entre los 6 y 15 años y tan sólo el 5% se registraron en pacientes mayores de esa edad.

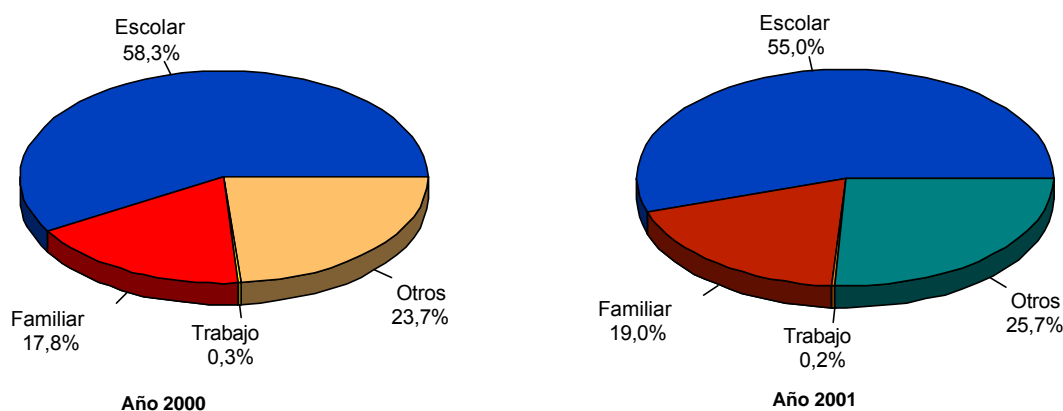
Tabla 2. Distribución por grupos de edad de casos de Varicela

Grupos de Edad	Nº de Casos	%
< 2 años	144	11,3
2 a 5 años	690	54,9
6 a 10 años	287	22,5
11 a 15 años	72	5,6
16 a 20 años	14	1,1
21 a 25 años	15	1,1
26 a 30 años	11	0,8
31 40 años	21	1,6
41 a 50 años	4	0,4
más de 50 años	0	0
Desconocido	16	1,3
Total	1274	100%

Se tiene información sobre exposición a posibles fuentes de infección en el 99,1% de los casos notificados de varicela. De éstos, el 64,21% adquirieron la enfermedad por exposición a caso aislado de varicela, 14,65% en el transcurso de un brote, 1,66% por exposición a un caso de herpes zoster y 19,3 % se desconoce.

Los lugares de exposición más habituales fueron: colegios 39,2% guarderías 15,9%, el ámbito familiar representó el 19 % de los casos, lugar de trabajo 0.3% y "otros" 25,7%. Como se aprecia en el **gráfico 2** el patrón es muy similar al año 2000.

Gráfico 2. -Lugar de exposición



Red de Médicos Centinela

Al desagregar esta información por grupos de edad, destaca que, los menores de 2 años adquieren la enfermedad con más frecuencia en el hogar (54,2%), el grupo de 2 a 5 años en el colegio y guardería (67,8%), entre 6 y 15 años en el colegio (57,1%), y los comprendidos entre 20 y 40 años en el hogar (15%) y en ámbito desconocido (59,6%).

Con respecto a posibles complicaciones, el 3,9% del total de enfermos de varicela atendidos por los médicos de la red, presentaron algún tipo de complicación, siendo la más frecuente la infección bacteriana cutánea sobreañadida (2,6%) seguido de neumonía (0,3 %) y 0,78% otras complicaciones, entre las cuales se hallan otitis media aguda y conjuntivitis El 0,5% requirió derivación a atención especializada (urgencias), y el 0,2% eran inmunodeprimidos.

HERPES-ZOSTER

En el año 2001 se han notificado 231 casos de Herpes Zoster, siendo la tasa de incidencia de 178,54 casos por 100.000 habitantes.

La distribución por sexo se incluye en la **tabla n° 3** observándose el 59,1% de los casos en mujeres.

Tabla 3.- Distribución por Género de Herpes Zoster.

Sexo	N° de casos	%
Varones	94	40,9
Mujeres	136	59,1
Total	230	100

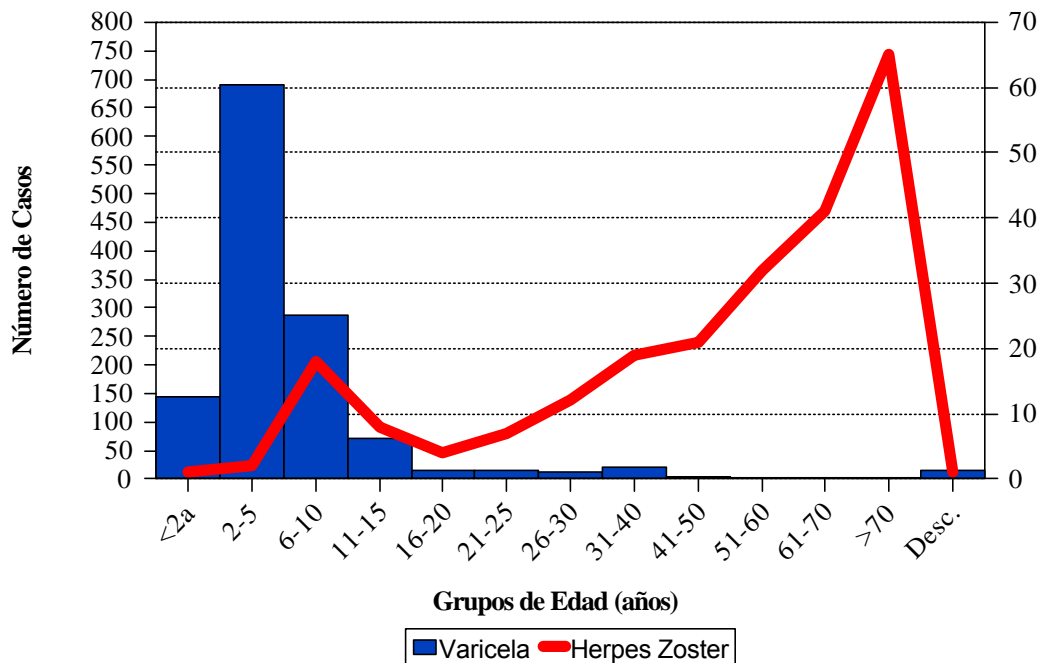
Teniendo en cuenta la edad se observa que el 77,1% de los casos ocurren en adultos con edades superiores a los 30 años, siendo los mayores de 70 los que contribuyen con el mayor número de casos (27,9%); la tabla n° 4 recoge la distribución por grupo de edad.

Tabla 4.- Distribución por Grupo de edad de Herpes Zoster

Grupos de Edad	N° Casos	%
< 5 años	2	0,9
5 a 10 años	19	8,2
11 a 15 años	8	3,6
16 a 20 años	4	1,6
21 a 30 años	19	8,2
31 a 40 años	19	8,2
41 a 50 años	21	9,1
51 a 60 años	32	14
61 a 70 años	41	17,9
más de 70	65	27,9
Total	230	100%

En el **gráfico 3** se ilustran los distintos patrones para la edad, que caracterizan a la varicela y Herpes Zoster. Dado que la varicela representa la manifestación de la primoinfección en las personas susceptibles, es decir, sin anticuerpos por el virus varicela-zoster, se da principalmente en la infancia, y por su alta contagiosidad, se estima que el número de casos anuales de la enfermedad se aproxima a la cohorte de niños que nacen cada año. En España el 90-95% de las personas contraen la enfermedad antes de los 20 años, dato que concuerda con los resultados de nuestro sistema de vigilancia. Sin embargo el Herpes Zoster se da con mayor frecuencia en la edad adulta, dado que se trata de una reactivación del virus varicela-zoster.

Gráfico 3.- Distribución por Grupo de edad del virus Varicela-Zoster



GRIPe 2001/2002

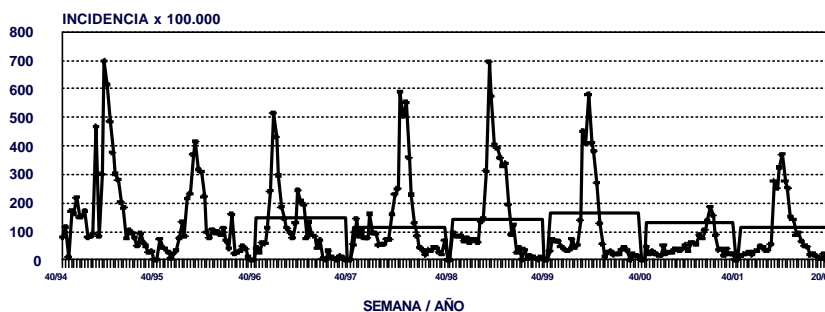
La Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid vigila de gripe desde 1991, año en que se puso en marcha el sistema. Del conjunto de médicos de Atención Primaria que forman la Red, 25 participan en la Vigilancia Epidemiológica de la Gripe, 19 de medicina general y 6 pediatras. En total prestan atención a 33.654 personas y se distribuyen territorialmente por toda la Comunidad de Madrid.

La vigilancia de la gripe a través de la RMC pretende alcanzar cada temporada los siguientes objetivos:

- Estimar la incidencia semanal de gripe, detectar precozmente la epidemia y describir las características de los casos: edad, sexo, estado vacunal y otras variables de interés.
- Caracterizar los virus circulantes. El laboratorio de virología responsable de la realización de los aislamientos virales es el del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III.
- Participar en el intercambio de esta información a nivel nacional y europeo. Los datos se remiten semanalmente al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y junto con los procedentes del resto de redes centinela del Estado se integran en el Grupo Europeo de Vigilancia de la Gripe (EISS).

Con los datos procedentes de este sistema de información se detectó actividad epidémica en la temporada 2001/2002 durante 8 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima del umbral epidémico, semanas 52 de 2001 y 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de 2002. El máximo epidémico en la temporada corresponde a la semana 3, con 370 casos por 100.000 habitantes. Al comparar esta temporada con temporadas anteriores los niveles han sido intermedios, superiores a los detectados en la temporada 2000-2001 pero menores que los de temporadas anteriores (grafico4).

Gráfico 4. Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la RMC y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 1994/95 a 2001/02.



Los casos notificados durante la temporada han sido 793, con una frecuencia de presentación similar en ambos sexos, 440 casos (56,0%) se declararon en hombres frente a 345 (44,0%) en mujeres, el sexo es desconocido en 8 casos. El grupo de edad con mayor número de casos es el comprendido entre 25 y 44 años con 301 casos (38,6 %), la edad es desconocida en 13 casos; hay que considerar que el grupo entre 25 y 44 años es el de mayor presencia en la población de la Comunidad de Madrid (tabla 5).

Las manifestaciones clínicas presentadas por los casos declarados han sido: aparición súbita en el 85,4%, tos en el 89,1%, escalofríos en el 87,4%, fiebre en el 91,8%, debilidad y postración en el 77,3%, mialgias y dolores generalizados en el 71,0%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 61,9%, y contacto con enfermo de gripe en el 26,7%.

En 156 casos (20,5%) se conoce la existencia de patologías previas: el 29,5% de la cuales fue respiratoria, el 52,6% circulatoria, el 8,3% metabólica y el 9,6% otra patología. La existencia de patologías previas es desconocida en 15 casos.

Tabla 5.-Distribución de los casos notificados a la RMC por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2001/02.

	GRUPOS DE EDAD					TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	
SEXO						
Hombres	56	81	165	94	38	434
Mujeres	68	42	134	71	23	338
% Casos	16,1%	15,9%	38,7%	21,4%	7,9%	100%
%Población*	15,5%	16,9%	31,0%	22,9%	13,6%	100%

- En 21 casos se desconoce la edad y/o el sexo
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid y censo 1996

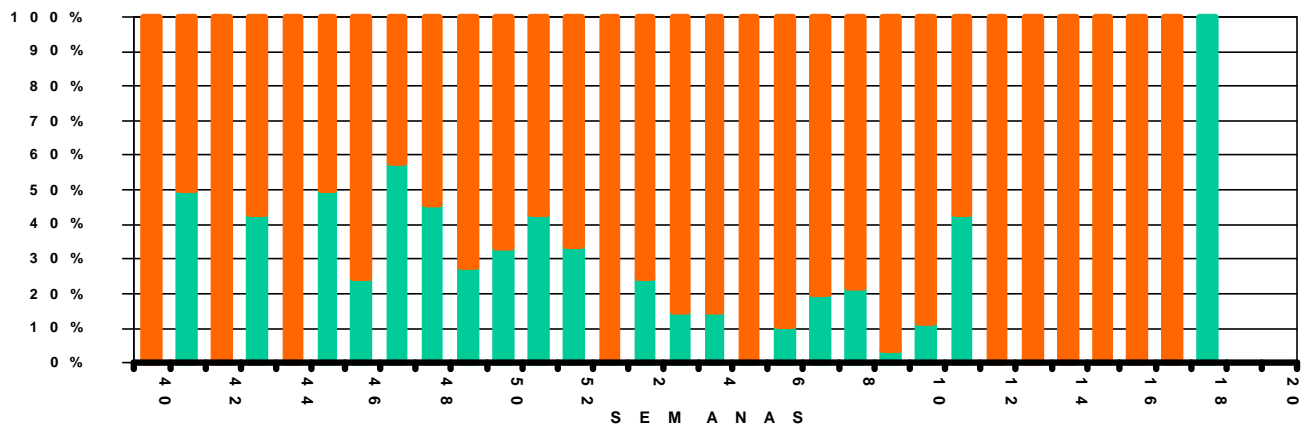
En 34 casos (4,3%) se ha registrado que se habían vacunado para esta temporada, este antecedente es desconocido en 5 casos. El mes de vacunación ha sido octubre en 27 casos, en 6 ha sido noviembre y en 1 caso se desconoce el mes de vacunación.

En 17 casos (2,1%) se registraron complicaciones, en 4 casos fue neumonía, en 5 bronquitis, en 6 otitis y en 2 casos sinusitis. En ninguno de los casos declarados se ha notificado la derivación a la Atención Especializada o al Hospital.

Se ha recogido muestra de exudado nasofaríngeo para el aislamiento de virus influenza en 142 de los casos notificados, de ellas 59 han sido positivas. Los aislamientos positivos se han realizado entre las semanas 51 de 2001 y 11 de 2002. Se han identificado 37 virus influenza, mayoritariamente subtipo H3N2 y 22 a influenza B. Las cepas identificadas son similares, para los correspondientes tipos antigénicos, a las cepas vacunales de esta temporada (parecida a A/Moscow/10/99 (H3N2), a A/New Caledonia/20/99(H1N1) y a B/Sichuan/379/99.

La proporción semanal de casos en los que se ha remitido muestra al laboratorio ha sido variable a lo largo de la temporada, con valores más elevados en su comienzo (grafico5); la media del porcentaje semanal de muestras recogidas sobre los casos semanales notificados, ha sido de 20,6%. La distribución de la proporción semanal de muestras positivas sobre las enviadas presenta los valores máximos en las semanas en las que se ha registrado actividad epidémica (grafico6). Si se consideran sólo las 23 semanas en las que se ha remitido al menos una muestra de exudado al laboratorio, la media del porcentaje semanal de muestras positivas ha sido de 22,4%.

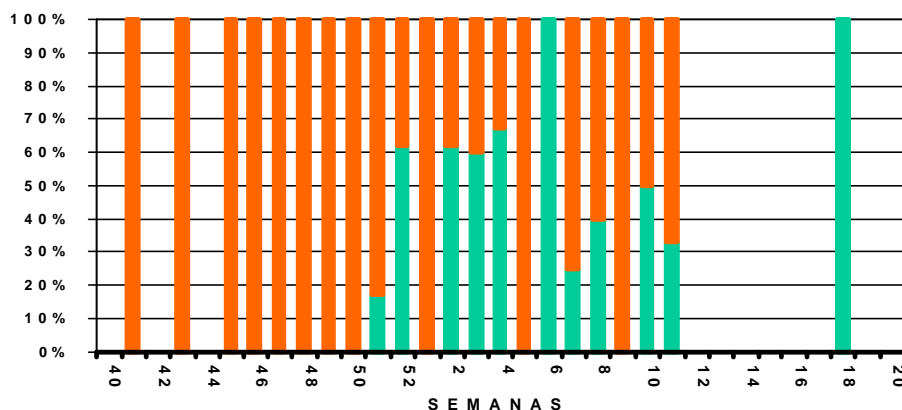
Gráfico 5.-Distribución semanal de la proporción de casos de gripe notificados a la RMC en los que se ha remitido muestra de exudado nasofaríngeo al laboratorio. Comunidad de Madrid. Temporada 2001/02.



- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid

En España, además de en la Comunidad de Madrid se vigila la gripe mediante sistemas centinelas en: Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, País Vasco y Valencia. La primera red en detectar actividad epidémica durante la temporada 2001-2002 ha sido la RMC de la Comunidad de Madrid, a continuación en la semana 1 se confirmaron los ascensos en la incidencia en las regiones del centro con un aumento en los aislamientos de virus de la gripe A, que ha figurado como predominante desde el inicio de la temporada. Posteriormente el mismo aumento se observó en las redes del norte y sureste de España. Hasta la semana 3 la actividad continuó en aumento en todo el país, si bien con cifras más bajas que las observadas en temporadas anteriores, exceptuada la última, 2000-2001 (Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Actividad de la gripe en la temporada 2001-2002 en España y en Europa. Actualización. Boletín Epidemiológico Semanal 2001; 9 (26): 269-270).

Gráfico 6.-Distribución semanal de la proporción de muestras de exudado nasofaríngeo en las que se ha realizado aislamiento de virus influenza. Comunidad de Madrid. Temporada 2001/02.



- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid

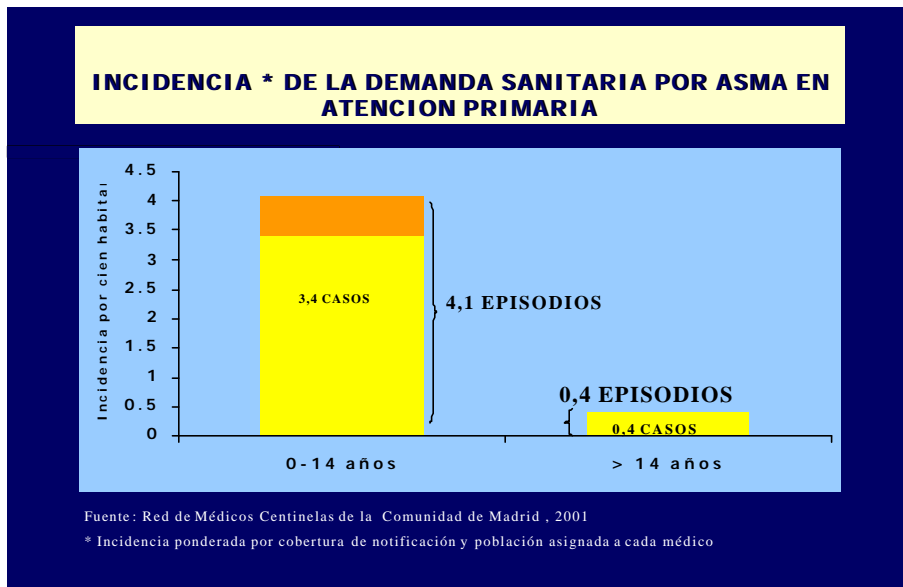
CONCLUSIONES

- La RMC para la Vigilancia Epidemiológica de la gripe han funcionado de forma adecuada durante la temporada 2001-2002.
- La temporada 2001-2002, en la Comunidad de Madrid, ha registrado un nivel de actividad epidémica medio-bajo.
- Los virus circulantes identificados han sido similares, para los correspondientes tipos antigénicos a las cepas vacunales de esta temporada.

CRISIS ASMÁTICAS

Durante el año 2001 se han registrado un total **1574 crisis de asma**, estimándose una tasa de incidencia (tasas ponderadas por cobertura de notificación y población asignada a cada médico), de 4,1 episodios por cada 100 habitantes en los menores de 15 años, y de 0,4% en los mayores de 14 años (gráfico7). El 82,7% de los episodios en menores de 15 años son casos, lo que representa una tasa de incidencia de un 3,4%. En población adulta el 94,9% de los episodios son casos, lo que conlleva una tasa de incidencia similar.

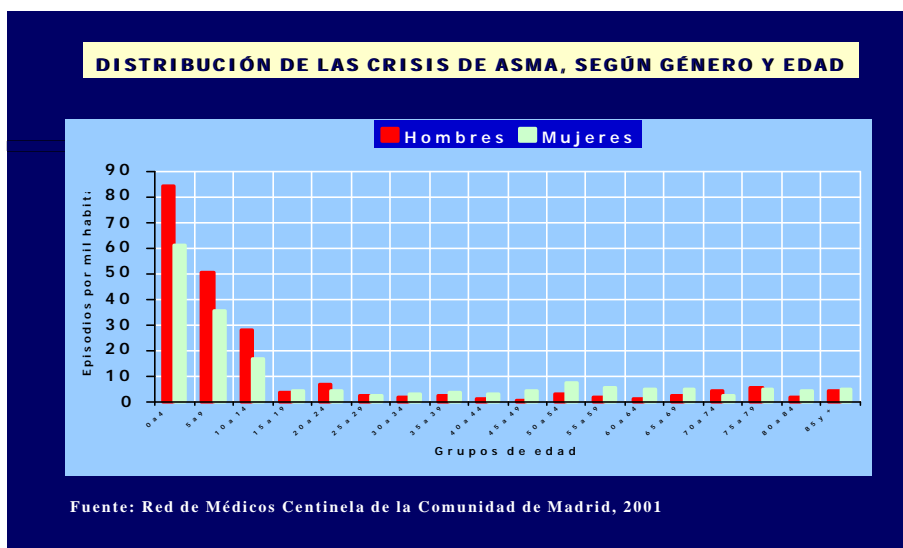
Gráfico 7



DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO Y EDAD

En el **gráfico 8** se describe la distribución según género y edad. De forma homogénea a lo observado en años anteriores, en la infancia y comienzo de la adolescencia la incidencia es más frecuente en los chicos que en las chicas, y a partir del comienzo de la edad adulta esta relación se invierte a favor de las mujeres.

Gráfico 8



TENDENCIA

Desde 1993 hasta la actualidad la incidencia de episodios por médico declarante se ha incrementado de forma progresiva un promedio del 5,1% anual (**gráficos 9 y 10**), aunque durante este último año se ha estabilizado respecto al 2000. El incremento se ha producido tanto en la población infantil (5,3%) como en la adulta (4,7%). Por otro lado, este aumento se detecta también en la proporción de casos nuevos, es decir, personas que no tenían historia previa de asma, con un 7,4% anual, circunstancia que estaría más relacionada con el incremento de la incidencia de la enfermedad. Este aumento no se distribuye de forma homogénea durante todos los meses, sino que cuatro de ellos asumen la variabilidad de esta tendencia ascendente: febrero, marzo, mayo y septiembre.

Gráfico 9

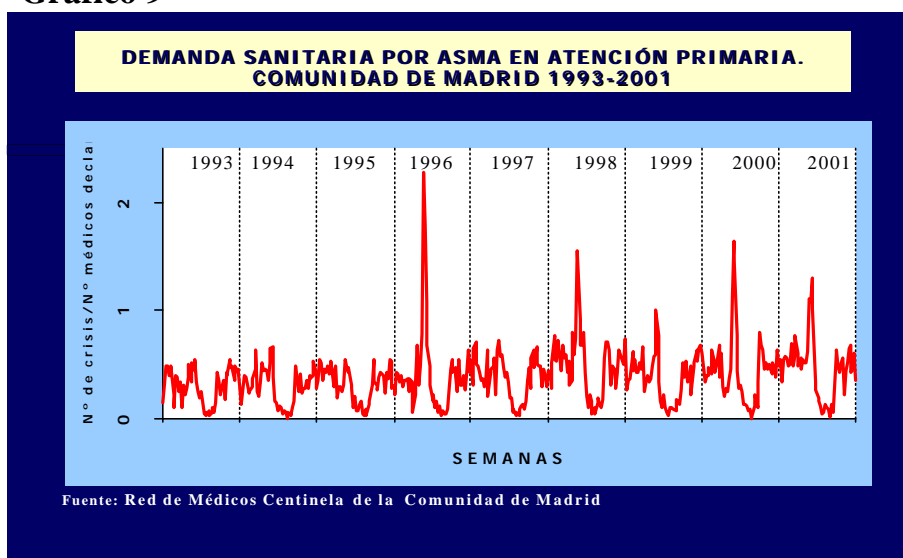
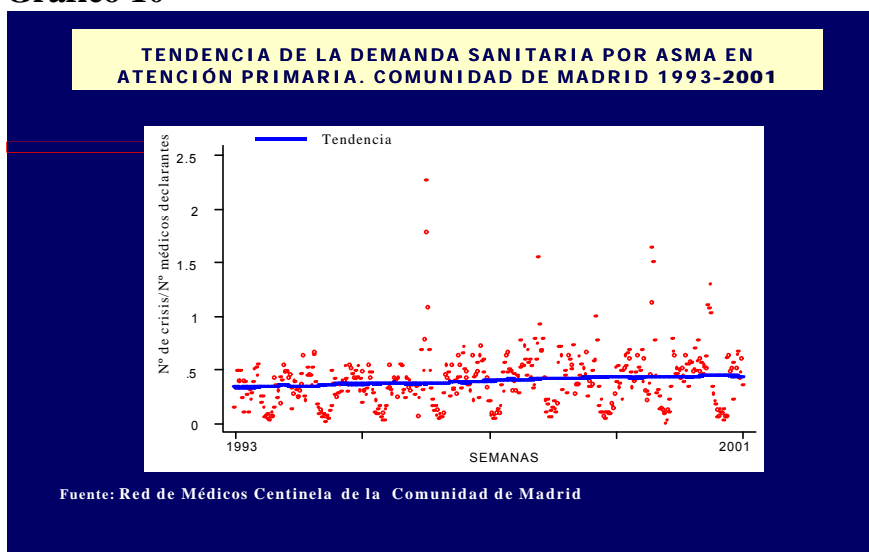


Gráfico 10



ESTACIONALIDAD

En el **gráfico 11** se puede observar la distribución de las crisis según la semana epidemiológica. Destaca el pico de gran magnitud durante el mes de mayo, continuando con un gran valle durante los meses de verano, y un nuevo incremento en septiembre que se mantiene durante los meses de invierno. Este patrón se repite de forma similar todos los años aunque, dependiendo de los factores precipitantes, se producen variaciones en la magnitud de las ondas. Precisamente en el gráfico 6 podemos apreciar la estrecha relación de las crisis asmáticas durante el mes de mayo con el polen de gramíneas, donde se demuestra la coincidencia temporal entre la eclosión de este polen en el ambiente y la precipitación de las crisis asmáticas. Durante el año 2001 se ha producido una gran concentración de este polen en la atmósfera, alcanzando los valores máximos de toda la serie.

Gráfico 11

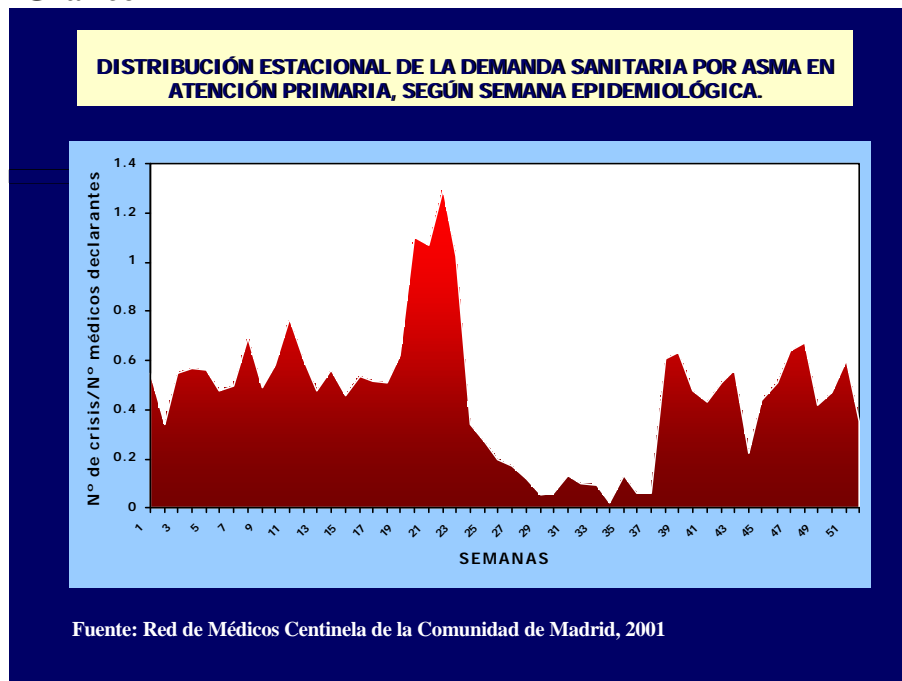
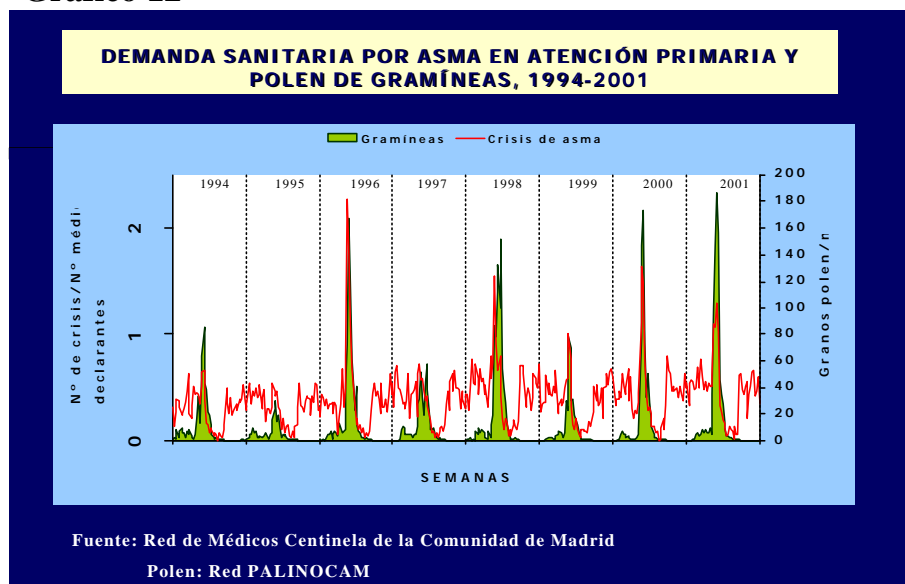


Gráfico 12**SOLICITUD DE DEMANDA URGENTE**

Globalmente, en el 26,1% de las crisis de asma se ha solicitado algún tipo de demanda de atención urgente, y en un 10% de los episodios se solicitó demanda urgente hospitalaria.

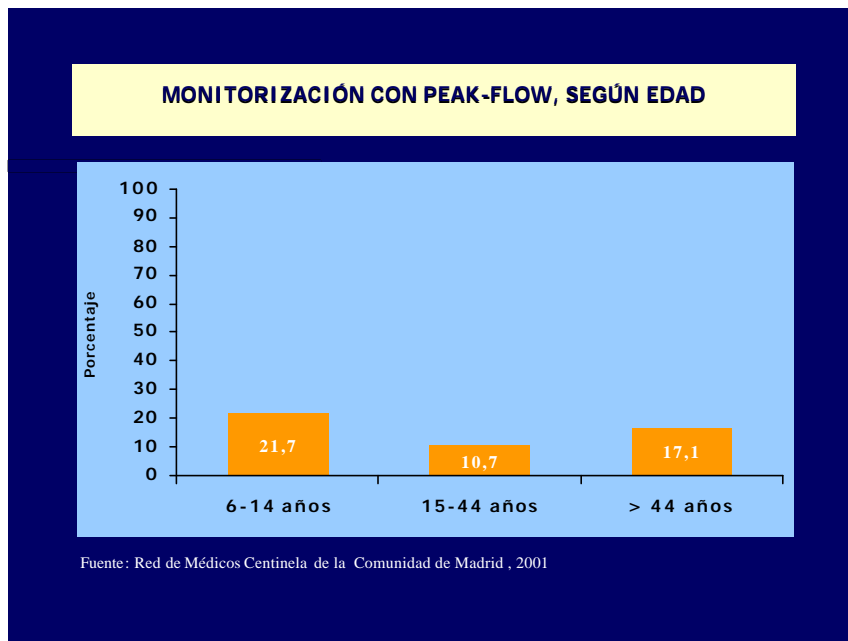
HISTORIA ANTERIOR DE ASMA

El 73% de los episodios en los menores de 15 años y el 76,9% en los mayores de 14 años existe historia previa de asma. En el resto, es la primera crisis.

La mediana del número de crisis asmáticas ocurridas durante el último año es de 2. Un 8% no tuvieron ninguna crisis, y un 27% desarrolló una. El 10,8% de los individuos con historia anterior de asma fueron hospitalizados.

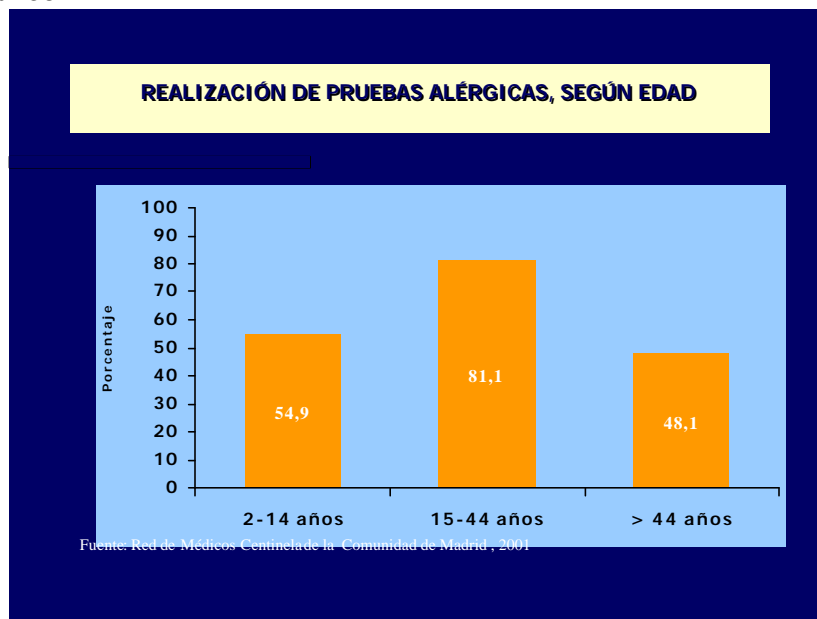
MONITORIZACIÓN CON PEAK-FLOW

El 21,7% de los niños de 6 a 14 años con patología previa de asma están monitorizados con peak-flow. Este porcentaje es del 10,7% en el grupo de 15 a 44 años y del 17,1% en los mayores de 44 (**gráfico 13**).

Gráfico 13.

REALIZACIÓN DE PRUEBAS ALÉRGICAS

El 56,3% del total de episodios en personas mayores de 2 años con historia previa de asma, tienen realizadas pruebas alérgicas, principalmente las personas entre 15 y 44 años (**gráfico 14**).

Gráfico 14

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2002, semanas 36 a 39
(del 1 al 28 de septiembre de 2002)**

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.

INFECCIÓN GONOCÓCICA

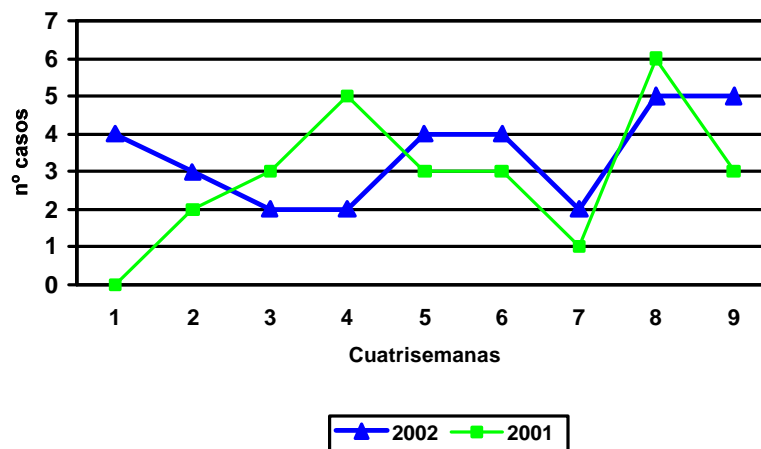
En el gráfico nº 1 aparece la evolución por cuatrisesemanas epidemiológicas del número de casos de Infección gonocócica en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 39 de los años 2001 y 2002. Durante el año 2002 se han notificado 31 casos, que supone una tasa de 0,6 casos por 100.000 habitantes, 6 casos más que los notificados durante ese mismo período del año 2001 (25 casos, tasa de 0,5 casos por 100.000 habitantes). Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia han sido la 11 y 9, con 1,8 y 0,9 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el mapa nº 1 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 Arganzuela (área 11) con una tasa de 8,7 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Moncloa (área 6) con una tasa de 2,9 casos y Chamberí (área 7) con 2,7 casos por 100.000 habitantes.

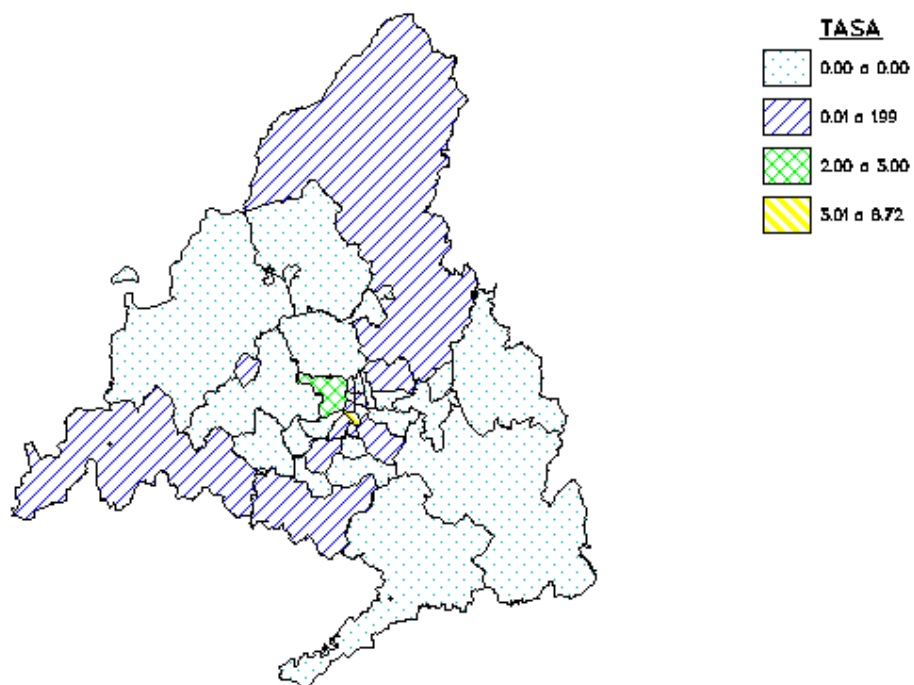
En la distribución por género, el 96,4% corresponde a varones. El rango de edad varió entre 20 y 62 años y el 51,7% de los casos se presentó en personas entre 30 y 45 años.

Considerando el tipo de diagnóstico, en el 6,5% se realizó diagnóstico serológico y en el 64,5% microbiológico. Del total de casos, sólo un 6,5% fueron derivados a atención especializada y el 76% de los casos se clasificaron como confirmados.

Gráfico 1.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Casos notificados por cuatrisesemanas. Semanas 1-39. Años 2002 y 2001. Comunidad de Madrid.



**Mapa 1.- INFECCIÓN GONOCÓCICA. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios.
Semana 1- 39. Año 2002. Comunidad de Madrid.**



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria
Semanas 36 a 39 (desde el 1 al 28 de Septiembre de 2002)*

	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 11		TOTAL	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Botulismo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	0	2	0	0	1	4	1	1	12
Disentería	3	3	0	0	0	0	2	2	0	1	0	33	1	3	1	2	0	1	0	0	1	1	8	46
E. I. H. <i>Influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	1	4	
Enf. Meningocócica	1	18	0	3	1	2	3	16	0	8	0	12	0	15	2	11	1	12	0	4	0	18	8	119
Fiebre tifoidea	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3	1	10
Gripe	111	21655	84	16016	42	14026	141	23964	211	25579	48	17229	340	27598	211	26354	188	18616	19	7765	455	31300	1850	230282
Hepatitis A	0	4	0	5	0	3	1	5	2	3	0	5	0	6	1	4	2	5	1	1	2	9	9	50
Hepatitis B	0	4	0	4	0	4	0	10	0	3	1	9	2	7	1	8	1	3	0	3	1	11	6	66
Hepatitis víricas (otras)	0	2	0	2	0	3	1	8	1	4	2	19	0	3	0	3	0	2	0	3	1	10	5	60
Infección Gonocócica	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	0	3	1	6	0	1	0	3	0	1	3	12	5	31
Legionelosis	2	5	1	3	0	1	0	2	1	6	0	3	0	3	1	7	0	0	0	6	2	10	7	46
Leishmaniasis	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	1	1	0	3	3	12
Meningitis bacteriana	0	5	1	5	0	4	0	5	0	6	0	1	2	9	1	4	0	6	0	3	0	9	4	57
Meningitis vírica	3	14	1	9	0	40	5	17	2	26	2	20	4	16	2	40	3	36	0	3	3	37	25	248
PFA (<15 años)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Paludismo	1	9	1	3	6	18	1	7	0	7	0	7	1	2	4	9	1	5	0	2	2	16	17	87
Parotiditis	1	85	3	29	4	40	0	26	1	34	0	47	1	32	1	21	0	17	0	11	2	111	13	453
Rubéola	0	0	0	3	0	1	0	4	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	16
Sarampión	0	1	0	1	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	10
Sífilis	0	10	1	5	0	0	0	2	1	4	0	2	0	3	0	1	0	4	0	3	2	11	4	45
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Tos ferina	0	10	2	61	1	30	0	2	0	1	0	6	0	2	0	1	1	1	0	0	0	9	4	123
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
TBC respiratoria**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	61	4574	31	3541	18	3446	35	3405	46	3676	24	3323	30	3755	39	4978	32	2573	16	1522	51	6085	383	40878
Poblaciones	637.028	402.265	269.734	507.409	605.928	415.967	523.245	399.787	346.739	249.045	665.142	5.022.289												
Cobertura de Médicos	49.51%	87.73%	85.77%	53.06%	58.52%	51.90%	77.89%	77.36%	77.53%	71.21%	69.47%	66.79%												

* Aquellas enfermedades de las que no se ha declarado ningún caso no aparecen en la tabla

** Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un registro específico.



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. Semanas 36 a 39 de 2002.

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
1	Alimentario	Madrid (Retiro)	Familiar	5	5	1	Tortilla	Salmonella sp
2	Alimentario	Madrid (Chamartín)	Familiar	20	7	0	Desconocido	<i>Desconocido</i>
2	Alimentario	Madrid (Chamartín)	Restaurante	2	2	0	Hamburguesa	C perfringens*
2	Alimentario	Madrid (Chamartín)	Restaurante	10	10	2	Tortilla	S enteritidis
3	Alimentario	Alcalá de Henares	Residencia	5	5	0	Atún	<i>Histamina*</i>
4	Alimentario	Madrid (Ciudad Lineal)	Restaurante	60	60	0	Desconocido	<i>Desconocido</i>
4	Alimentario	Madrid (San Blas)	Restaurante	8	3	0	Pizza	<i>Desconocido</i>
4	Alimentario	Madrid (San Blas)	Familiar	5	5	3	Mayonesa	Salmonella sp
4	GEA	Madrid (Hortaleza)	Familiar	4	2	0	--	S sonnei
5	Alimentario	Alcobendas	Familiar	2	2	0	Leche	<i>Desconocido</i>
5	Alimentario	Cobeña	Restaurante	22	5	0	Desconocido	<i>Desconocido</i>
6	Alimentario	Madrid (Moncloa)	Col mayor	75	50	1	Pollo	<i>Calicivirus*</i>
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	2	2	1	Desconocido	B cereus*
7	Alimentario	Madrid (Latina)	Familiar	6	6	0	Tortilla	<i>Desconocido</i>
7	Alimentario	Madrid (Chamberí)	Familiar	3	3	0	Desconocido	<i>Virus*</i>
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	2	2	0	Bacalao y pollo	Salmonella sp
8	GEA	S M de Valdeiglesias	Comunitario	9500	20	0	--	<i>Desconocido</i>
9	GEA	Humanes de Madrid	Familiar	5	4	0	--	<i>Desconocido</i>
11	Alimentario	Madrid (Arganzuela)	Familiar	21	12	0	Huevo	S enteritidis

Agente causal no confirmado por laboratorio



SISTEMA DE NOTIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA

Datos correspondientes al segundo trimestre de 2002, comparados con el mismo periodo del año anterior.

PATÓGENOS NOTIFICADOS SEGÚN TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y PATOLOGÍA PRODUCIDA.

TÉCNICA	INF. RESPIRATORIAS			INF. GASTROINTESTINALES			INF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL			OTRAS INFECCIONES		
	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001
CULTIVO	<i>B. catarrhalis</i>	12	17	Aeromonas	13	25	<i>M. hominis</i>	15	27	<i>Brucella</i>	0	0
	<i>Haemophilus</i>	82	102	<i>Campylobacter</i>	384	329	<i>N. gonorrhoeae</i>	36	33	<i>Leishmania</i>	3	1
	<i>Legionella</i>	0	0	<i>Salmonella</i>	489	546	<i>U. urealyticum</i>	58	106	<i>N. meningitidis</i>	13	6
	<i>S. agalactiae</i>	8	12	<i>Shigella</i>	16	8						
	<i>S. pyogenes</i>	668	620	<i>Yersinia</i>	30	24						
	<i>S. pneumoniae</i>	81	69									
SEROLOGÍA	<i>Chlamydiae</i>	62	22	<i>Adenovirus</i>	2	2	<i>C. trachomatis</i>	155	16	<i>B. burgdorferi</i>	4	0
	<i>C. burnetti</i>	9	4	<i>Rotavirus</i>	63	55	<i>T. pallidum</i>	53	46	<i>Brucella</i>	2	6
	<i>Legionella</i>	0	1							<i>E. granulosus</i>	15	17
	<i>Mycoplasma</i>	74	27							<i>Epstein-Barr</i>	70	56
	<i>Parvovirus B19</i>	1	2							<i>Leishmania</i>	16	14
	<i>V.R. Sincitial</i>	15	18							<i>R. conorii</i>	3	4
									<i>Toxoplasma</i>	13	9	
VISUALIZACIÓN DIRECTA	<i>B.A.A.R</i>	3	2	<i>A. lumbricoides</i>	6	1	<i>Trichomonas</i>	67	62	<i>Plasmodium</i>	17	22
	<i>P. carinii</i>	10	4	<i>Cryptosporidium</i>	15	19				<i>Anisakis</i>	0	1
				<i>Entamoeba</i>	122	63						
				<i>E. vermicularis</i>	26	22						
				<i>G. lamblia</i>	171	126						
				<i>T. saginata</i>	8	1						
			<i>T. trichiura</i>	11	2							

PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES SEGÚN CENTRO Y TIPO DE PATOLOGÍA

CENTRO	INF. RESPIRATORIAS		INF. GASTROINTESTINALES		INF. TRANSMISIÓN SEXUAL		OTRAS INFECCIONES		NOTIFICACIÓN TOTAL	
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001
Gregorio Marañón	24.3	26.4	15.2	15.0	6.5	5.9	62.2	47.8	20.9	19.8
Ramón y Cajal	22.7	21.2	16.3	15.5	14.1	14.1	25.6	31.6	17.9	20.4
Getafe	16.7	14.1	20.9	23.1	5.2	5.5	8.3	18.4	15.5	15.6
El Escorial	0.3	3.1	3.5	4.9	0.5	0.7	0.6	0.7	2.7	5.5
Santa Cristina	0.1	0.2	0	0.2	6.0	42.4	0	0	0.9	4.5
La Paz	0	0	4.5	0	0	0	3.3	0	2.1	0
TOTAL HOSPITALES	64.1	65.0	60.4	58.7	32.3	68.6	100.0	98.5	60.0	65.8
Argüelles	27.4	27.3	24.7	29.2	4.7	13.4	0	0	21.7	24.1
Hermanos Miralles	6.1	5.1	4.4	4.5	7.3	13.2	0	0	6.3	5.5
Vicente Soldevilla	2.4	2.6	10.5	7.6	4.4	4.8	0	1.5	5.8	4.6
Fuencarral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dispensario Sandoval	0	0	0	0	51.3	0	0	0	6.2	0
TOTAL AMBULATORIOS	35.9	35.0	39.6	41.3	67.7	31.4	0	1.5	40.0	34.2
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2002, semanas 36 a 39
(Del 1 al 28 de septiembre de 2002)**

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 40 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 36-39 **del año 2002**, la Red de Médicos Centinela ha notificado 7 casos de varicela, 2 casos menos que el año anterior durante el mismo periodo (**Graf.1**)

La distribución de casos por género ha sido de 57,1 % en mujeres y 42,9% en varones. Si se consideran grupos de edad, se observa que 5 casos (71,4%) tienen edad inferior a 15 años, de los cuales el grupo de 2-5 años es el más numeroso, con 3 casos (42,8%) mientras que en edades superiores a 15 años se han registrado 2 casos (28,5%) (**Graf. 2**)

Respecto a la adquisición de la enfermedad, 3 casos (42,8%) refieren haber tenido contacto con otro caso de varicela, 1 caso (14,3%) se asoció a herpes zoster y 3 (42,8%) lo desconocen (**Graf. 3**)

Los lugares de exposición más habituales fueron: colegios 2 casos (28,60%) y en 5 no se describe (71,5%) (**Graf. 4**)

Del total de casos, ninguno presentó complicaciones ni fue derivado a atención especializada.

HERPES ZOSTER

Durante las **semanas 36-39 del año 2002**, se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 24 casos de Herpes Zoster, 12 menos que los notificados en el año anterior durante el mismo periodo. La distribución por género fue: 13 casos (54.2%) en varones y 11 en mujeres (45.8%).

La media de edad ha sido de 60.6 años (DE = 21.1 años), con un rango de edad que va de los 8 a los 92 años. (**Graf. 5**)

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 informe anual.

Gráfico 1.
VARICELA. Red de Médicos Centinelas
Casos notificados durante las semanas 36-39
Años 2001 y 2002

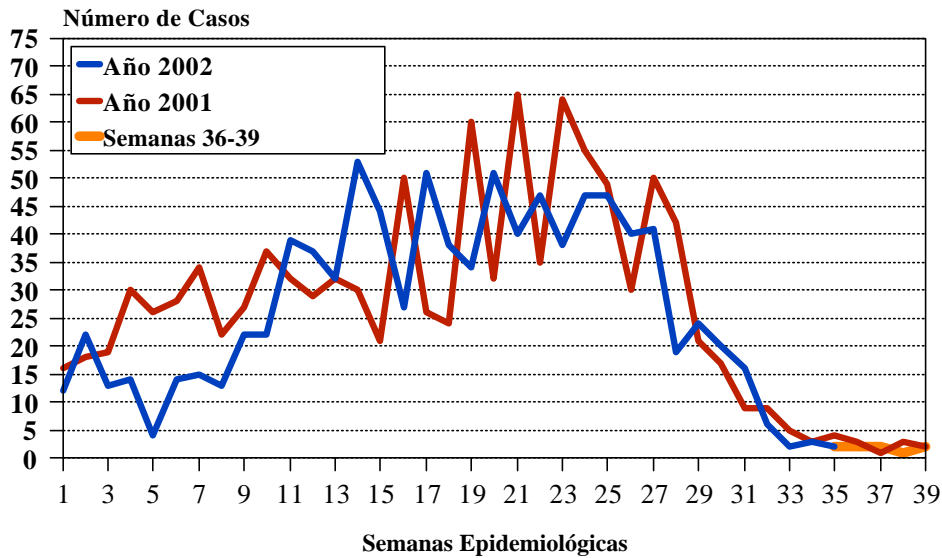


Gráfico 2.
VARICELA. Red de Médicos Centinela
Casos Notificados en las semanas 36-39
Año 2002, Distribución por edad

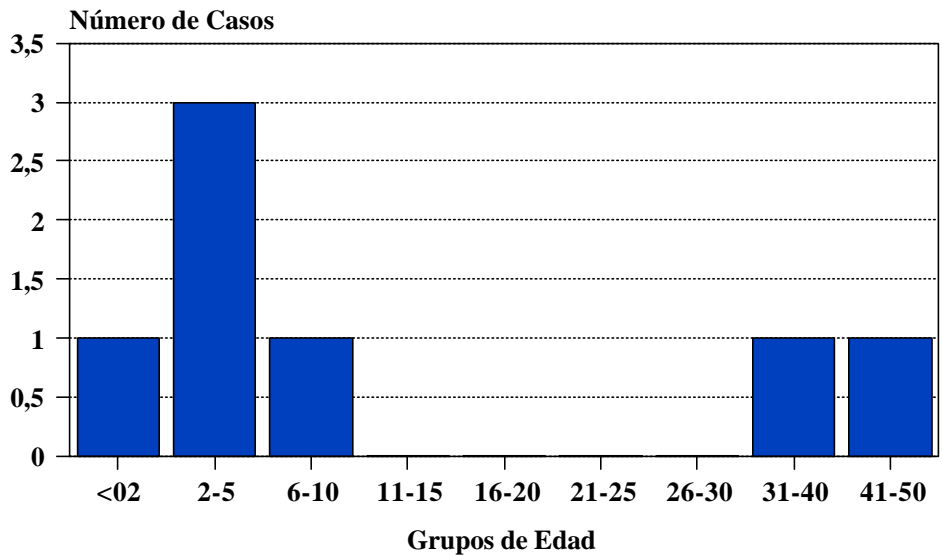


Gráfico 3.
VARICELA. Red de Médicos Centinela
Tipo de exposición

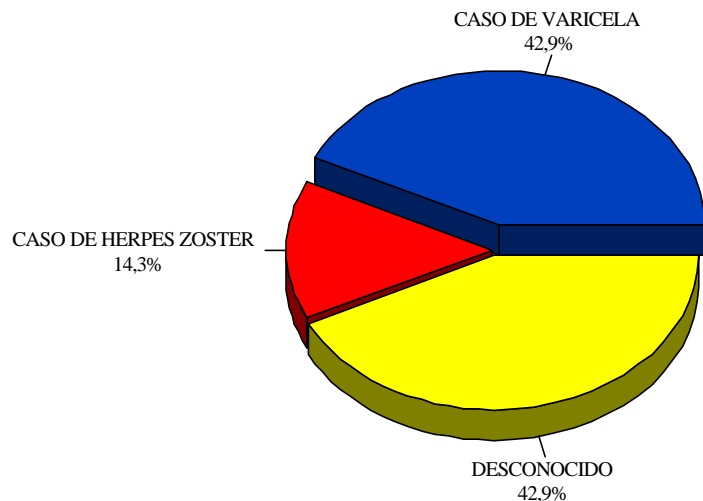


Gráfico 4.
VARICELA. Red de Médicos Centinela
Lugar de exposición

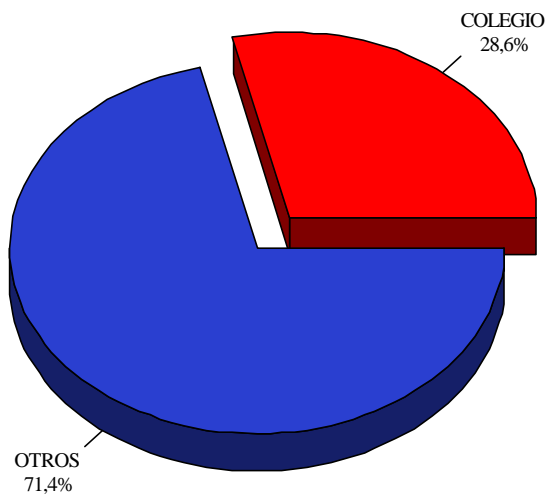


Gráfico 5.
HERPES ZOSTER. Red de Médicos Centinela.
Casos Notificados en las semanas 36-39
Distribución por edad

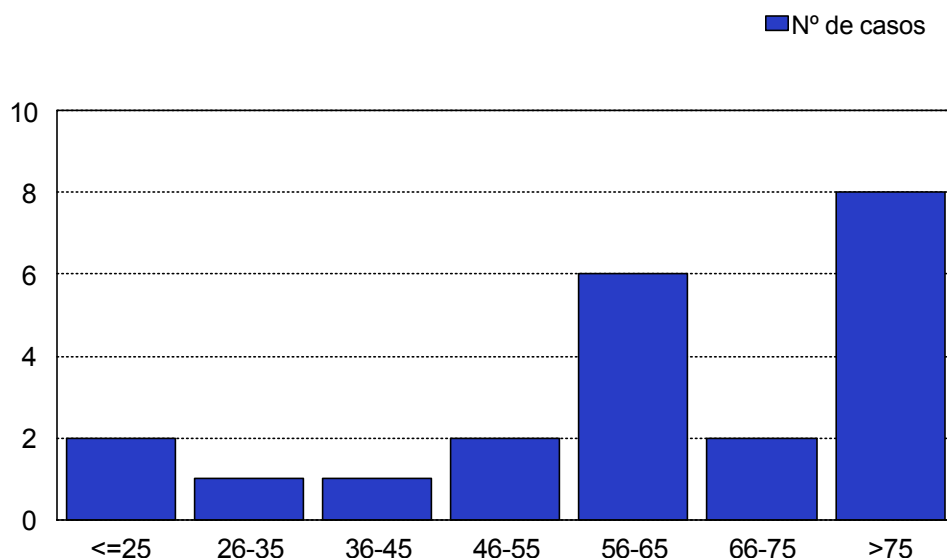
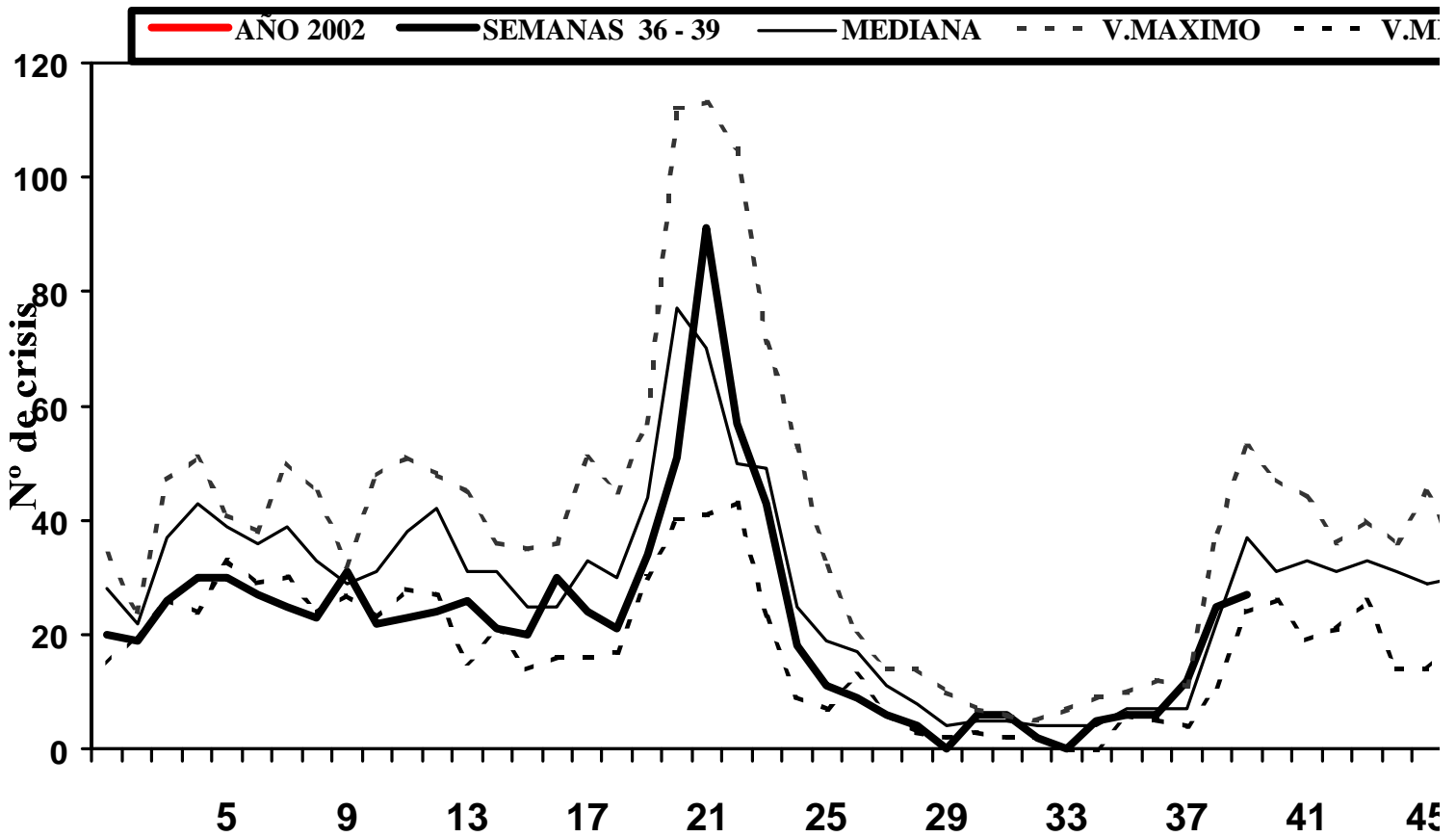


Tabla 1. Casos notificados a la Red y cobertura de notificación
Año 2002

	<i>Nº casos semanas 36-39</i>	<i>Casos acumulados</i>	<i>Cobertura %</i>
Gripe*			
Otros procesos:			
Varicela	7	1219	68,37
Herpes zoster	24	154	
Crisis asmáticas	70	875	

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

Crisis asmáticas. Año 2002 Red de Médicos Centinela



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/ Aduana 29, 1ª planta. 28013 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 deseadando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."