

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8.

INFORMES:

- Brotes epidémicos, Comunidad de Madrid, año 2007.







BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

8

Índice

INFORMES:

	- Brotes epidémicos, Comunidad de Madrid, año 2007.	3
	- EDO. Semanas 32 a 35 (del 3 al 30 de agosto de 2008)	31
	- Brotes Epidémicos. Semanas 32 a 35, 2008.	32
	- Red de Médicos Centinela, semanas 32 a 35, 2008.	33

**INFORME:**

BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2007

INDICE

1. RESUMEN	4
2. ANTECEDENTES	5
3. METODOLOGIA	5
4. BROTOS DETECTADOS EN 2007	6
5. BROTOS DE ORIGEN ALIMENTARIO	6
5.1. Incidencia y tipo de brote	6
5.2. Notificación	7
5.3. Distribución temporal	8
5.4. Distribución geográfica	9
5.5. Lugar de consumo del alimento	11
5.6. Agente causal	12
5.7. Alimento implicado	13
5.8. Factores contribuyentes	14
5.9. Medidas de control	15
5.10. Brotes con mayor número de afectados	16
5.11. Comparación con el año anterior	16
5.12. Brotes con fuente de infección fuera de la Comunidad de Madrid	19
5.13. Discusión	19
6. BROTOS DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO	21
6.1. Incidencia y ámbito del brote	21
6.2. Notificación	21
6.3. Distribución temporal	23
6.4. Distribución geográfica	23
6.5. Agente causal	24
6.6. Discusión	24
7. OTROS BROTOS	25
7.1. Otros brotes detectados	25
7.2. Notificación	25
7.3. Agente etiológico	26
7.4. Colectivos afectados	26
7.5. Distribución geográfica	28
7.6. Comparación con el año anterior	29
7.7. Brotes de parotiditis	29
7.8. Discusión y conclusiones	30

RESUMEN

En 2007 se han notificado 175 **brotos epidémicos**, 3239 casos asociados y 68 hospitalizaciones. Estas cifras suponen descensos de 24, 1371 y 106 respecto a las del año 2006. Han descendido tanto los brotes familiares (16%) como los relacionados con establecimientos colectivos (10,7%). Los brotes relacionados con el consumo de alimentos han sido los más frecuentes (77 brotes; 44%) y los que han producido mayor número de casos (1482; 45,6%) y hospitalizaciones (49; 72,1%).

La tasa de **brotos de origen alimentario** en 2007 ha sido 2,88 por 10⁵ hab. y la tasa de casos 53,26 por 10⁵ hab. Han disminuido por cuarto año consecutivo. Los hospitales notificaron más brotes familiares y Atención Primaria más brotes colectivos. El trimestre julio-septiembre ha presentado la mayor frecuencia de brotes. Las áreas con más notificaciones han sido 6, 8, 5 y 7. Por distritos, Collado Villalba y Fuenlabrada han presentado más brotes, en el primer caso en colectivos y en Fuenlabrada de ámbito familiar. Todos los brotes de Fuencarral, Moncloa, Centro y Chamberí tuvieron lugar en restaurantes. Los lugares de consumo más frecuentes fueron establecimientos de restauración, domicilios particulares y colegios (mediana de casos de 5, 3,5 y 35, respectivamente. Se ha confirmado el agente causal en 39 brotes (50,6%): *Salmonella* (25 brotes), norovirus y *C. perfringens* 3 brotes cada uno, y el resto con menor frecuencia. *C. perfringens* y norovirus han producido el mayor número de casos, y *Salmonella* casi todas las hospitalizaciones. El 76% de brotes confirmados por *Salmonella* se relacionó con consumo de huevo y todos los brotes por *C. perfringens* con platos con carne. Los factores contribuyentes más frecuentes en brotes familiares fueron deficiente refrigeración y consumo de alimentos crudos/poco cocinados, y en los brotes colectivos conservación inadecuada, manipulación incorrecta, limpieza insuficiente de utensilios y superficies y contaminación cruzada.

Los **brotos de gastroenteritis aguda no alimentarios** han sido 33 (0,54 brotes por 10⁵ hab.), con 997 casos asociados (16,39 por 10⁵ habitantes) y 11 ingresos. Esto supone descensos del 34%, 51,6% y 47,8%, respectivamente, respecto a 2006. Los centros geriátricos han sido los colectivos con más notificaciones (24 brotes), casos (868) y hospitalizaciones (10 ingresos). La distribución temporal muestra cierta estacionalidad con predominio en otoño-invierno. Las áreas 6 y 8 han notificado el mayor número de brotes, y el área 11 es la que más ha descendido respecto a los años previos. Se ha confirmado el agente causal en 20 de 33 brotes notificados (60,6%). Norovirus ha sido el microorganismo confirmado en la mitad de los brotes.

El **resto de brotes epidémicos** han supuesto una incidencia de 1,08 brotes por 100.000 habitantes (65 brotes). Se han notificado 26 brotes y 211 casos más que en el año anterior. Los más frecuentes han sido los de parotiditis (29 brotes), seguidos de los de hepatitis A (10 brotes) y los de tos ferina (9 brotes). El mayor número de casos ha ocurrido en los brotes de parotiditis (516 casos), que se ha duplicado respecto a 2006. En cambio el de hepatitis A se ha reducido casi a la mitad. El mayor número de ingresos se ha debido a los brotes de hepatitis A (4 ingresos). Se confirmó el agente etiológico en el 50,8% de los brotes. Se confirmaron el 55,2% de los brotes de parotiditis y el 100% de los brotes de hepatitis A. El 58,5% de los brotes se ha producido en los centros escolares (sobre todo brotes de parotiditis) y el 20,0% en el entorno familiar (sobre todo brotes de hepatitis A y de tos ferina). En el área 6 se ha detectado el mayor número de brotes (21,8%) y en el área 2 el mayor número de casos (35,0%).

ANTECEDENTES

La notificación de situaciones epidémicas y brotes se encuentra integrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid desde enero de 1997, mediante el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre de 1996, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. El desarrollo de este Decreto en la Orden 9/1997, de 15 de enero, estableció la obligatoriedad y urgencia de la notificación, con el fin de detectar precozmente el problema de salud y facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población. Esta normativa también establece el análisis y difusión de la información generada a todas las instituciones implicadas, formulando las recomendaciones oportunas.

METODOLOGÍA

A efectos de vigilancia, se considera brote epidémico la aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona, aunque también se califican como situaciones epidémicas incidencias de tipo catastrófico o la aparición de un problema de salud en un territorio hasta entonces libre del mismo. Ante estas situaciones de riesgo para la población de la Comunidad de Madrid, la participación de los profesionales sanitarios de toda la Red Asistencial, tanto Pública como Privada, es fundamental para proporcionar la información necesaria para la investigación, así como para la toma de medidas de control.

En este informe se describen los brotes epidémicos cuyo origen ha tenido lugar en el ámbito de la Comunidad de Madrid en el año 2007. Se analizan de forma separada los brotes de origen alimentario, los de gastroenteritis aguda de origen no alimentario y el resto de brotes. En el estudio de brotes epidémicos con manifestaciones gastrointestinales habitualmente se diferencia entre aquéllos con un vehículo alimentario conocido o sospechado (incluido agua), y aquéllos con otros mecanismos de transmisión (vía fecal-oral o desconocido), ya que el modo de transmisión determina una diferenciación importante desde el punto de vista diagnóstico y preventivo. Dentro de los brotes de origen alimentario también se incluyen otros procesos que se manifiestan en forma de brote y que no cursan de forma característica con síntomas gastrointestinales, pero tienen un alimento o agua como vehículo de transmisión de la enfermedad (brucelosis, triquinosis, botulismo, etc.). El resto de brotes incluye una variedad de patologías que se presentan en forma de brote epidémico.

Las variables analizadas para todos los brotes han sido tipo de brote, número de expuestos, de afectados y de ingresos hospitalarios, agente etiológico, semana de inicio del primer caso, área de localización del brote y tipo de colectivo implicado. Dependiendo del lugar de elaboración y consumo de la fuente de infección, los brotes de origen alimentario se clasifican en familiares (elaboración y consumo en el propio domicilio o en cualquier otro lugar por particulares), colectivos (elaboración en cocina central y/o comedor colectivo y consumo en comedor colectivo del tipo que sea) y mixtos (elaboración fuera del domicilio particular y consumo en domicilio u otro lugar de ámbito privado). Se ha calculado la incidencia por área para los brotes familiares, utilizando el Padrón Continuo de 2007 como denominador. Los datos se comparan con los brotes observados en el mismo período del año anterior.

BROTOS DETECTADOS EN 2007

En 2007 se han notificado un total de 175 brotes epidémicos (tasa de **2,88 por 100.000 hab.**), frente a 199 en el año previo (**3,31 por 100.000 hab.**). También se ha observado un descenso en la tasa de casos (**53,26 y 76,73 casos por 100.000 hab.**, respectivamente) y la tasa de hospitalización (2,1% en 2007 y 3,8 en 2006). La disminución observada se ha debido tanto a los brotes de ámbito familiar (8 brotes menos; descenso del 16%) como a los brotes relacionados con establecimientos colectivos (16 brotes; 10,7%).

El 62,9% de todos los brotes notificados en 2007 fueron brotes de origen alimentario, la mayoría con sintomatología gastrointestinal, y otros brotes de gastroenteritis aguda (*tabla 4.1*), mientras que en 2006 estos brotes alcanzaron el 80,4% del total (160 de 199). Los brotes relacionados con el consumo de alimentos han supuesto el 70% de los brotes de gastroenteritis y el 44% del total de brotes. También han sido estos brotes los que han producido mayor número de casos asociados y hospitalizaciones.

Tabla 4.1. Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid. Año 2007

		Brotos		Casos		Hospitalizados	
		N	%	N	%	N	%
Brotos alimentarios	Limitados al entorno familiar	26	33,8	108	7,3	32	65,3
	Algún colectivo implicado	51	66,2	1374	92,7	17	34,7
	Total	77	100	1482	100	49	100
GEA de origen no alimentario	Limitados al entorno familiar	3	9,1	8	0,8	0	0,0
	Algún colectivo implicado	30	90,9	989	99,2	12	100,0
	Total	33	100	997	100	12	100
Otros brotes	Limitados al entorno familiar	13	20,0	32	4,2	2	28,6
	Algún colectivo implicado	52	80,0	728	95,8	5	71,4
	Total	65	100	760	100	7	100
TOTAL		175		3239		68	

GEA: Gastroenteritis aguda

I. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO**INCIDENCIA Y TIPO DE BROTE (tabla 5.1.1)**

En 2007 se han notificado 77 brotes de origen alimentario (**1,27 brotes por 100.000 habitantes**), con 1482 casos asociados (**24,37 casos asociados por 100.000 habitantes**) y 49 ingresos hospitalarios (**tasa de hospitalización de 3,3%**). En los brotes de ámbito familiar el porcentaje de hospitalización fue 29,6%. Se produjo una única defunción en el contexto de un brote ocurrido en una residencia de personas mayores. El fallecido fue un residente de 89 años que sufrió un agravamiento de un proceso previo. No se pudo determinar el agente casual ni el vehículo de transmisión, aunque se sospechó de los alimentos preparados en la dieta triturada.

Tabla 5.1.1. Brotes de origen alimentario. Comunidad de Madrid. Año 2007

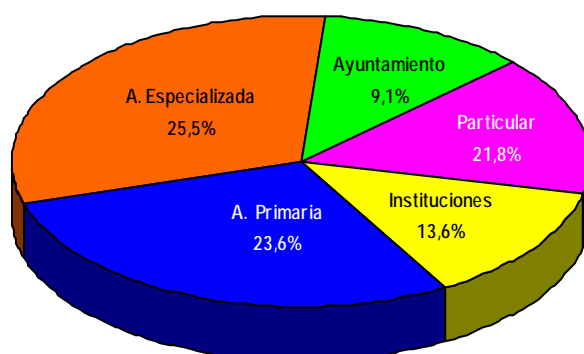
	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Familiar	26	33,8	108	7,3	131	2,3	32	65,3
Colectivo	48	62,3	1364	92,0	5522	97,5	16	32,7
Mixto	3	3,9	10	0,7	10	0,2	1	2,0
Total	77	100	1482	100	5663	100	49	100

Los brotes relacionados con colectivos (establecimientos e instituciones) han sido los notificados más frecuentemente y los que han afectado a mayor número de personas. La mediana de casos por brote ha sido de 9 (rango intercuartil=26) para los brotes relacionados con establecimientos o instituciones (colectivos/mixtos) y de 4 (rango intercuartil=3) para los brotes de ámbito exclusivamente familiar. Para el conjunto de brotes notificados, el número de personas afectadas por brote ha oscilado entre 2 y 232, con una mediana de 5 y un rango intercuartil de 16. El 44,2% de los brotes (34 de 77) ha ocasionado más de 5 casos.

NOTIFICACIÓN

Más de la mitad de los brotes (59,7%) han sido notificados por el sistema sanitario: 28,6% desde los centros de Atención Primaria y 31,2% por los centros hospitalarios (*figura 5.2.1*). En las notificaciones de A. Especializada han predominado los brotes de ámbito familiar (70,8%), mientras que en las procedentes de A. Primaria han sido más frecuentes los brotes colectivos/mixtos (59,1%). Todos los brotes notificados a través de los ayuntamientos y los comunicados por particulares e instituciones eran de ámbito colectivo.

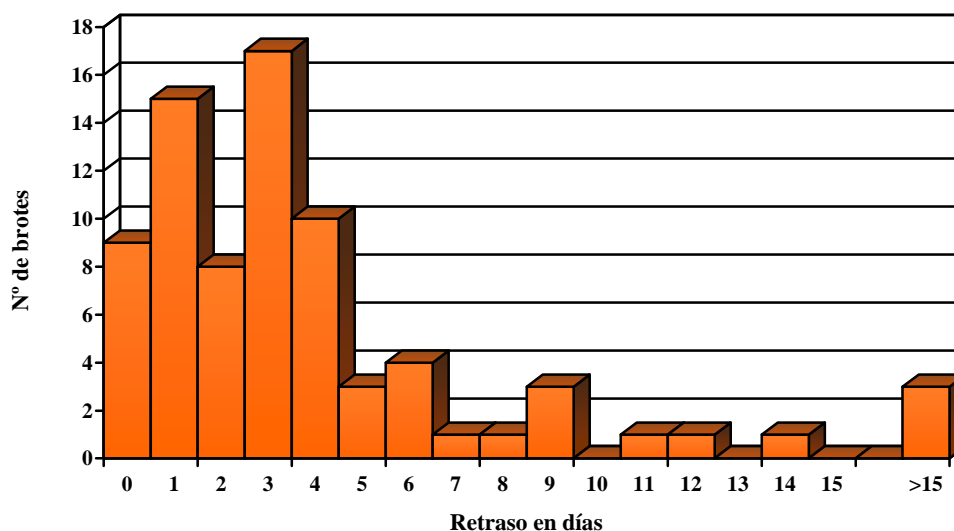
Figura 5.2.1.
Brotes de origen alimentario. Tipo de notificador. Comunidad de Madrid. Año 2007



En cuanto a la oportunidad de la notificación, se ha calculado a partir de la fecha de inicio de síntomas del primer caso y la fecha de la notificación. La mediana ha sido de 3 días, con una amplitud de 0-61 días y un rango intercuartil de 3 días. El 31,2% de los brotes se notificó sólo un día más tarde del comienzo de los síntomas, el 63,6% hasta 3 días más tarde del inicio y el 87,0% durante la primera semana (*figura 5.2.2*).

En el caso de los brotes de ámbito familiar, la mediana del retraso ha sido de 4,5 días (rango intercuartil=6), y el porcentaje de brotes notificados más de una semana después del inicio de los síntomas alcanzó el 30,8% (8 brotes), frente a sólo 3,9% (2 brotes) en los brotes colectivos/mixtos. Estos dos brotes en colectivos (restaurantes) fueron notificados directamente por los afectados, con 12 y 22 días de retraso. Los brotes familiares, en cambio, fueron notificados por centros hospitalarios (5 brotes) y Atención Primaria (3 brotes) después de haber confirmado el agente causal, excepto un brote sin confirmación microbiológica. Ocurrió un brote de triquinosis notificado por Atención Especializada 61 días tras el comienzo de los síntomas, debido a que la sospecha clínica de la enfermedad tuvo lugar con mucho retraso.

Figura 5.2.2. Brotes de origen alimentario. Retraso de la notificación. Comunidad de Madrid. Año 2007

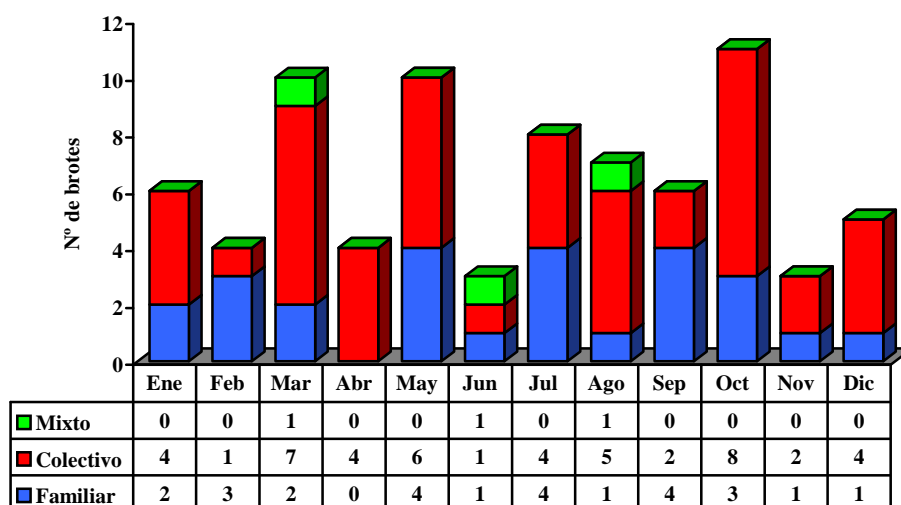


DISTRIBUCIÓN TEMPORAL

En 2007 los brotes de origen alimentario notificados han ocurrido de forma más repartida que en años anteriores (*figura 5.3.1*). Los meses con mayor número de brotes han sido octubre, marzo y mayo, aunque el trimestre de verano (julio-septiembre) sigue presentando en conjunto la mayor frecuencia de brotes, especialmente en los brotes de ámbito familiar. Los meses con menos brotes han sido junio y noviembre.

Figura 5.3.1.

Brotos de origen alimentario. Distribución temporal. Comunidad de Madrid. Año 2007



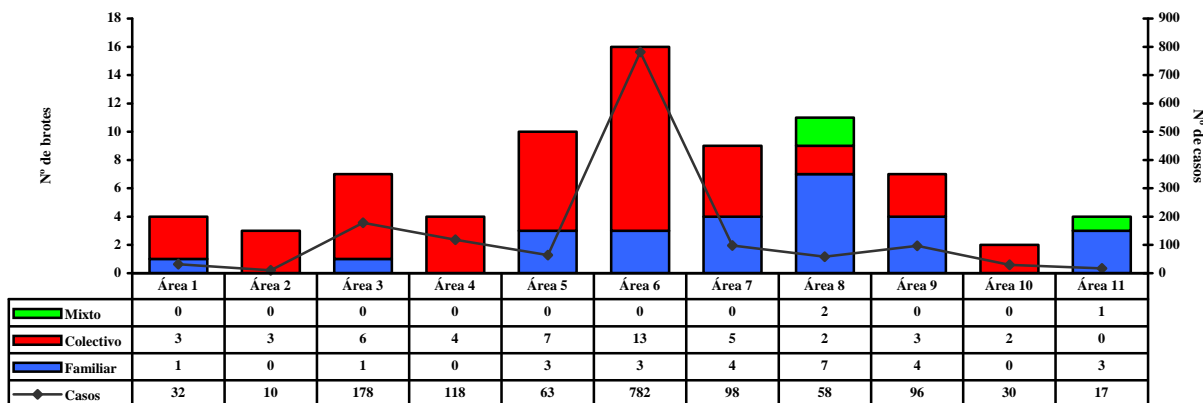
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Las áreas con mayor número de notificaciones de brotes han sido la 6 (16 brotes), la 8 (11 brotes), la 5 (10 brotes) y la 7 (9 brotes). En cambio, las áreas 10 y 2 son las que han presentado menor número de estos brotes (*figura 5.4.1*). El área 8 destaca en frecuencia de brotes de ámbito familiar y las áreas 3, 5 y 6 en brotes de ámbito colectivo/mixto.

El área 6 también es la que ha presentado, con diferencia, mayor número de casos asociados. En esta área ocurrieron dos brotes en colectivos escolares, ambos por *C. perfringens*, que produjeron 232 y 186 casos. También ocurrió en esta área un brote por norovirus que afectó a 200 comensales de 14 celebraciones de primera comunión en un mismo restaurante. Las áreas 3 y 4 han destacado también por el número de personas afectadas. Ambas han presentado varios brotes en diversos colectivos con afectación de más de 30 personas cada uno.

Figura 5.4.1.

Brotos de origen alimentario. Distribución geográfica por Área de Salud del colectivo afectado. Comunidad de Madrid. Año 2007



Entre las áreas con mayor número de brotes, los ocurridos en las áreas 5, 6 y 7 han correspondido mayoritariamente a establecimientos de restauración, mientras que en las áreas 8 y 9 han predominado los brotes en domicilios particulares. En los brotes del área 6 también han tenido gran peso los brotes en colectivos escolares (*figura 5.4.2*).

Entre los brotes familiares, las áreas 6, 7, 8 y 9 han tenido tasas de incidencia de brotes y de casos por encima de las tasas totales de la Comunidad de Madrid (*tabla 5.4.1*). El área 5 también ha presentado una tasa de incidencia de casos superior a la global.

Figura 5.4.2.

Brotos de origen alimentario. Distribución geográfica según lugar de consumo. Comunidad de Madrid. Año 2007

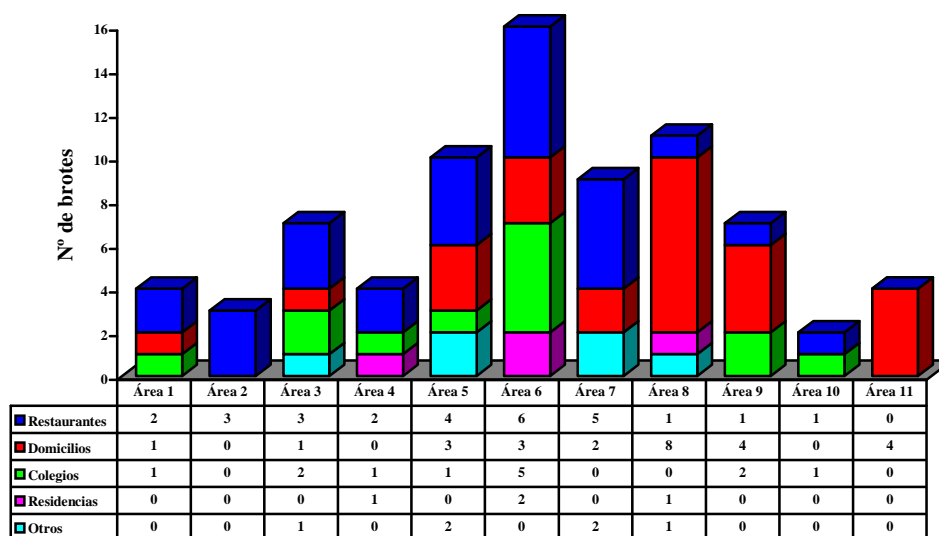


Tabla 5.4.1.

Brotos familiares de origen alimentario. Incidencia por Área de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2007

	Brotos		Casos	
	N	Tasa	N	Tasa
Área 1	1	0,13	2	0,27
Área 2	0	0,00	0	0,00
Área 3	1	0,29	2	0,57
Área 4	0	0,00	0	0,00
Área 5	3	0,40	21	2,80
Área 6	3	0,46	13	2,00
Área 7	4	0,75	18	3,38
Área 8	7	1,48	25	5,29
Área 9	4	1,01	13	3,27
Área 10	0	0,00	0	0,00
Área 11	3	0,36	14	1,70
Total	26	0,43	108	1,78

Tasas por 100.000 habitantes.

En la *tabla 5.4.2* se muestra la distribución por distrito sanitario. Collado Villalba y Fuenlabrada han sido los que han presentado mayor número de brotes, aunque en el primer caso han predominado los brotes en colectivos (3 centros educativos, 2 residencias de personas mayores y 1 restaurante) y en este último han ocurrido más brotes de ámbito familiar. Todos los brotes ocurridos en los distritos de Fuencarral, Moncloa, Centro y Chamberí tuvieron lugar en establecimientos de restauración.

Tabla 5.4.2.
Brotos de origen alimentario. Distribución geográfica por Distrito Sanitario.
Comunidad de Madrid. Año 2007

Área	Distrito	Brotos Familiares	Brotos colectivos	Total	Área	Distrito	Brotos Familiares	Brotos colectivos	Total
1	Arganda	0	1	1	6	Collado V.	3	5	8
	Moratalaz	1	0	1		Moncloa	0	4	4
	Retiro	0	1	1	7	Centro	0	3	3
	Vallecas	0	1	1		Chamberí	0	2	2
2	Coslada	0	1	1	8	Latina	4	0	4
	Salamanca	0	1	1		Móstoles	1	2	3
	Chamartín	0	1	1		Alcorcón	3	1	4
3	Alcalá H.	0	4	4	9	Navalcarnero	3	1	4
	Torrejón A.	1	2	3		Leganés	0	1	1
4	C. Lineal	0	1	1	10	Fuenlabrada	4	2	6
	San Blas	0	3	3		Parla	0	2	2
	Hortaleza	0	0	0		Getafe	0	0	0
5	Alcobendas	0	2	2	11	Aranjuez	0	2	2
	Colmenar V	2	0	2		Arganzuela	0	0	0
	Tetuán	0	3	3		Villaverde	0	0	0
	Fuencarral	1	2	3		Carabanchel	1	0	1
6	Majadahonda	0	4	4		Usera	1	0	1

LUGAR DE CONSUMO DEL ALIMENTO

Los brotes notificados en 2007 han estado relacionados más frecuentemente con el consumo de alimentos en establecimientos de restauración (bares, cafeterías, restaurantes, hoteles, etc.), domicilios particulares y centros educativos, aunque ha sido en estos últimos donde se han afectado un mayor número de personas (*tabla 5.5.1*). La mediana de casos en estos colectivos escolares ha sido de 35 (rango intercuartil: 30), frente a medianas de 5 (rango intercuartil: 11,5) y 3,5 casos (rango intercuartil: 3) en restaurantes y domicilios particulares, respectivamente.

Tabla 5.5.1. Brotos de origen alimentario. Lugar de consumo del alimento.
Comunidad de Madrid. Año 2007

	Brotos		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Colegios y guarderías	13	16,8	729	49,2	2555	45,1	5	10,2
Bares, restaurantes y similares	28	36,4	500	33,7	1782	31,4	10	20,4
Domicilio	26	33,8	108	7,3	117	2,1	32	65,4
Residencias de ancianos	2	2,6	47	3,2	271	4,8	1	2,0
Otras residencias	2	2,6	43	2,9	185	3,3	0	0,0
Instituciones penitenciarias	1	1,3	39	2,6	700	12,3	0	0,0
Comedores de empresa	1	1,3	3	0,2	26	0,5	0	0,0
Otros lugares*	4	5,2	13	0,9	27	0,5	1	2,0
Total	77	100	1482	100	5663	100	49	100

*Incluye consumo en un centro cultural, en el campo (todos con elaboración del alimento en domicilios particulares) y en un kiosco temporal (feria municipal).

AGENTE CAUSAL

El porcentaje global de recogida de muestras clínicas en estos brotes ha sido 55,8%, aunque muestra grandes diferencias entre los brotes familiares y los ocurridos en colectivos (88,5% y 41,7%, respectivamente). En 31 brotes (40,3%), todos ellos ocurridos en colectivos, se han podido analizar microbiológicamente muestras de los alimentos sospechosos de estar directamente relacionados con la aparición del brote.

Se ha podido confirmar por laboratorio el agente causal en 39 (50,6%) de los 77 brotes de origen alimentario notificados (90,7% de los brotes con muestras clínicas recogidas). En los brotes de ámbito familiar la confirmación ha alcanzado el 76,9% de los brotes notificados, mientras que en los brotes ocurridos en colectivos ha sido 39,6%.

El agente causal más frecuente ha sido *Salmonella* (25 brotes), seguido a distancia por norovirus y *C. perfringens* con 3 brotes cada uno (*tabla 5.6.1*). El mayor número de casos se ha producido en los brotes debidos a *C. perfringens* (mediana: 125 casos; rango intercuartil: 157,5) y en los brotes por norovirus (mediana: 24 casos; rango intercuartil: 180). Todos los brotes originados por estos microorganismos han ocurrido en colectivos de gran magnitud (colegios, bodas, primeras comuniones y centros penitenciarios), aunque no han producido ingresos hospitalarios. En cambio, el 76% de los brotes confirmados por *Salmonella* ha ocurrido en el ámbito familiar, originando 31 hospitalizaciones. En estos brotes la mediana de casos ha sido de 4 (rango intercuartil: 3).

Tabla 5.6.1.
Brotos de origen alimentario. Agente causal confirmado.
Comunidad de Madrid. Año 2007

	Brotos		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Salmonella</i>	25	63,9	180	16,9	288	6,8	42	95,5
Norovirus	3	7,7	244	23,0	1190	28,4	0	0,0
<i>Clostridium perfringens</i>	3	7,7	457	43,2	2189	52,2	0	0,0
<i>Staphylococcus</i>	2	5,1	55	5,2	141	3,3	0	0,0
<i>Campylobacter jejuni</i>	1	2,6	35	3,3	58	1,4	0	0,0
<i>Bacillus cereus</i>	1	2,6	36	3,4	227	5,4	0	0,0
<i>Trichinella</i>	1	2,6	2	0,2	2	0,0	0	0,0
<i>Shigella flexneri</i>	1	2,6	3	0,3	16	0,4	2	4,5
Histamina	1	2,6	3	0,3	3	0,1	0	0,0
Pescado rico en éster ceroso	1	2,6	44	4,2	82	2,0	0	0,0
Total	39	100	1059	100	4196	100	44	100

Se produjo un brote de triquinosis que afectó a dos miembros de una misma familia residentes en un municipio del área 6 que referían consumo frecuente de embutidos de elaboración casera procedentes de la zona, por lo que no se pudo identificar el producto concreto implicado. También tuvo lugar un brote de rara etiología en relación al consumo de un pescado de la especie *Ruvettus Pretiosus*, rico en éster ceroso, con capacidad para producir heces de color anaranjado y con alto contenido en grasas.

ALIMENTO IMPLICADO

La confirmación epidemiológica y/o microbiológica del alimento implicado se obtuvo en 17 brotes (22,08%). Hubo confirmación microbiológica en el alimento en 8 de estos brotes. Los alimentos confirmados han sido muy variables: pescados cocinados (3 brotes), cocido completo (2 brotes), marisco (2 brotes), tortilla de patatas (2 brotes), ensalada de legumbres (2 brotes), arroz, aperitivos variados, mayonesa casera, patatas fritas con salsas, pollo en salsa y otras carnes (*tabla 5.7.1* y *tabla 5.7.2*).

Tabla 5.7.1.
Brotos de origen alimentario. Alimentos confirmados (por laboratorio y/o epidemiológicamente). Comunidad de Madrid. Año 2007

	Tipo de brote		
	Familiar	Colect/Mixto	Total
Pescados cocinados	0	3	3
Alimentos preparados con huevo cocinado	2	0	2
Mariscos	0	2	2
Ensalada de legumbres	0	2	2
Cocido completo	0	2	2
Alimentos preparados con huevo crudo	1	0	1
Carnes de ave	0	1	1
Otras carnes	0	1	1
Salsas	0	1	1
Arroz	0	1	1
Aperitivos variados	0	1	1
Total	3	14	17

Tabla 5.7.2.

**Brotos de origen alimentario. Alimentos confirmados y agente causal.
Comunidad de Madrid. Año 2007**

Alimento confirmado	Agente causal	Nº brotes
Pescados cocinados	Confirmado	
	<i>B. cereus</i>	1
	Éster ceroso	1
	Histamina	1
Alimentos preparados con huevo cocinado	Confirmado	
	<i>Salmonella</i>	1
	Desconocido	1
Mariscos	Confirmado	
	Norovirus	1
	Desconocido	1
Ensalada de legumbres	Confirmado	
	Toxina estafilocócica	1
	Sospechoso	
	Toxina bacteriana	1
Cocido completo	Confirmado	
	<i>C. perfringens</i>	2
Alimentos preparados con huevo crudo	Confirmado	
	<i>S. enteritidis</i>	1
Carnes de ave	Confirmado	
	<i>C. perfringens</i>	1
Otras carnes	Sospechoso	
	<i>C. perfringens</i>	1
Salsas	Desconocido	1
Arroz	Confirmado	
	Toxina estafilocócica	1
Aperitivos variados	Confirmado	
	Norovirus	1
Total		17

En otros 45 brotes se ha sospechado de algún alimento concreto aunque no se ha podido confirmar su implicación: huevos (19 brotes), mariscos/moluscos (4 brotes), pescados cocinados (3 brotes), carnes de ave (3 brotes), otras carnes (3 brotes), ensaladas (2 brotes) y otros en brotes aislados.

FACTORES CONTRIBUYENTES

Se ha podido identificar al menos un posible factor contribuyente en 48 brotes (62,3% de todos los brotes alimentarios notificados). La distribución según el ámbito de aparición del brote es la siguiente:

Tabla 5.8.1.**Brotos de origen alimentario. Factores contribuyentes. Comunidad de Madrid. Año 2007**

Factores contribuyentes identificados	Familiar	Colectivo/ Mixto	Total	
			Nº	%*
Refrigeración/Enfriamiento inadecuado	16	28	44	57,1
Conservación a temperatura ambiente	9	10	19	24,7
Preparación de los alimentos con excesiva antelación	7	8	15	19,5
Interrupción de la cadena del frío	0	3	3	3,9
Enfriamiento inadecuado después de la preparación	0	2	2	2,6
Desproporción alimentos en refrigeración/capacidad refrigeradora	0	4	4	5,2
Descongelación inadecuada	0	1	1	1,3
Cocinado/Calentamiento inadecuado	6	6	12	15,6
Cocinado insuficiente	5	3	8	10,4
Mantenimiento inadecuado de la comida caliente	1	3	4	5,2
Manipulación incorrecta	0	28	28	36,4
Prácticas incorrectas de manipulación	0	19	19	24,7
Contaminación cruzada	0	8	8	10,4
Desproporción elaboración nº comidas/capacidad de trabajo del local	0	1	1	1,3
Factores ambientales	0	13	13	16,9
Limpieza y desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios	0	13	13	16,9
Manipulador infectado (siempre que no sea afectado)	0	0	0	0,0
Productos crudos/contaminados	7	3	10	13,0
Ingredientes contaminados	1	1	2	2,6
Consumo de alimentos crudos	5	2	7	9,1
Utilización de restos de alimentos	1	0	1	1,3
Otros	0	2	2	2,5
Total de factores identificados	25	66	91	--

*Porcentaje respecto al total de brotes notificados

En los brotes de ámbito familiar a menudo los problemas detectados se refieren a la preparación de los alimentos con mucha antelación y su conservación posterior sin refrigeración. También se asocian frecuentemente con el consumo de alimentos crudos o insuficientemente cocinados, especialmente en el caso de los huevos. Los factores ambientales no se suelen investigar en este tipo de brotes. En más de la mitad de los brotes ocurridos en colectivos se han encontrado deficiencias relacionadas con la refrigeración de los alimentos y con las prácticas de manipulación, incluyendo procedimientos que favorecen la contaminación cruzada. En la cuarta parte de estos brotes las condiciones higiénicas de las instalaciones y utensilios no eran adecuadas.

MEDIDAS DE CONTROL

En el 76,6% de los brotes (59 de 77) se han recogido en el informe final las medidas de control específicas adoptadas tras la notificación, realizadas y/o coordinadas desde los Servicios de Salud Pública de las áreas sanitarias o el Servicio de Epidemiología. En todos los brotes ocurridos en colectivos (48) y en 2 de los 3 brotes de ámbito mixto se realizó inspección del establecimiento implicado por parte de la autoridad sanitaria competente; además, en 8 de estos brotes se adoptaron medidas cautelares sobre el establecimiento (clausura o cese de actividad). También se han adoptado medidas de educación sanitaria y se han realizado pruebas de control y tratamiento de manipuladores pertenecientes a colectivos.

BROTOS DE MAYOR MAGNITUD

Durante 2007 han ocurrido 23 brotes de origen alimentario de más de 15 casos asociados. Todas las áreas excepto la 2 y la 11 han presentado al menos un brote de esta magnitud. Destaca el área 6 en número de brotes (8 brotes) y número de casos asociados (733 enfermos en total).

Sólo uno de estos brotes ha ocurrido en el ámbito familiar: se trató de un brote causado por *S. enteritidis* que afectó a 16 personas que habían consumido una mayonesa de elaboración casera. El resto de brotes ha afectado a centros educativos (11 brotes, incluyendo dos campamentos estivales y un brote que afectó a dos escuelas infantiles distintas que compartían la misma empresa de catering), restaurantes (7 brotes, incluyendo una celebración de boda y varias celebraciones de primera comunión en el mismo establecimiento), residencias de personas mayores (2 brotes), un centro ocupacional para disminuidos psíquicos y un centro penitenciario. Los brotes con más de 50 casos han correspondido todos a centros escolares (3 brotes ocurridos en las áreas 3 y 6, con 65, 186 y 232 casos asociados, respectivamente) y restaurantes (2 brotes en las áreas 6 y 7, con 200 y 64 casos, respectivamente). Los alimentos que se han relacionado con estos brotes han sido cocido completo, aperitivos variados y ternera rellena.

Los microorganismos implicados en estos brotes coinciden con los descritos para el conjunto de brotes notificados en la Comunidad de Madrid. Los brotes de mayor magnitud (más de 50 casos asociados) han sido producidos por norovirus y *C. perfringens*.

COMPARACIÓN CON EL AÑO ANTERIOR

En el año 2007 se ha producido un descenso importante en los brotes de origen alimentario respecto a los ocurridos en 2006 (*tabla 5.11.1*): 33 brotes, 635 casos y 28 hospitalizaciones menos. Estas diferencias suponen descensos del 30%, 25,9% y 36,4%, respectivamente. Aunque la disminución se ha producido en todos los tipos de brotes, ha sido más llamativa para los brotes de ámbito mixto (descensos del 70%, 73,7% y 75%, respectivamente) y los brotes con consumo en instituciones y establecimientos colectivos (31,4%, 25% y 51,5%, respectivamente). También la tasa de hospitalización ha sido menor en el año 2007 (3,31%) que en 2006 (3,85%), aunque desglosando por tipo de brote sólo ocurre en los brotes relacionados con colectivos.

Tabla 5.11.1.
Brotos de origen alimentario. Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007

	Año 2007			Año 2006		
	Brotos	Casos	Hospitalizados	Brotos	Casos	Hospitalizados
Familiar	26	108	32	30	142	40
Colectivo	48	1364	16	70	1819	33
Mixto	3	10	1	10	38	4
Total	77	1482	49	110	1999	77

La proporción de notificaciones recibidas desde el sistema sanitario ha aumentado de 49,1% en 2006 a 59,7% en 2007, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. También las notificaciones recibidas a través de instituciones municipales han experimentado cierto incremento (9,1% en 2006 y 11,7% en 2007), mientras que las notificaciones directas por parte de particulares han disminuido respecto al año previo (21,8% en 2006 y 15,6% en 2007).

Ha aumentado la proporción de notificaciones recibidas de forma precoz, y han mejorado la mediana (4 días en 2006 y 3 en 2007) y el rango intercuartil (8 días en 2006 y 3 en 2007) del retraso en la notificación.

El importante descenso observado en el número de brotes notificados en 2007 afecta prácticamente a todos los colectivos implicados (*tabla 5.11.2*), especialmente en los ocurridos en establecimientos de restauración (descenso del 39,1%) y los de ámbito familiar (27,8% menos).

Tabla 5.11.2.

Brotos de origen alimentario. Lugar de consumo. Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007

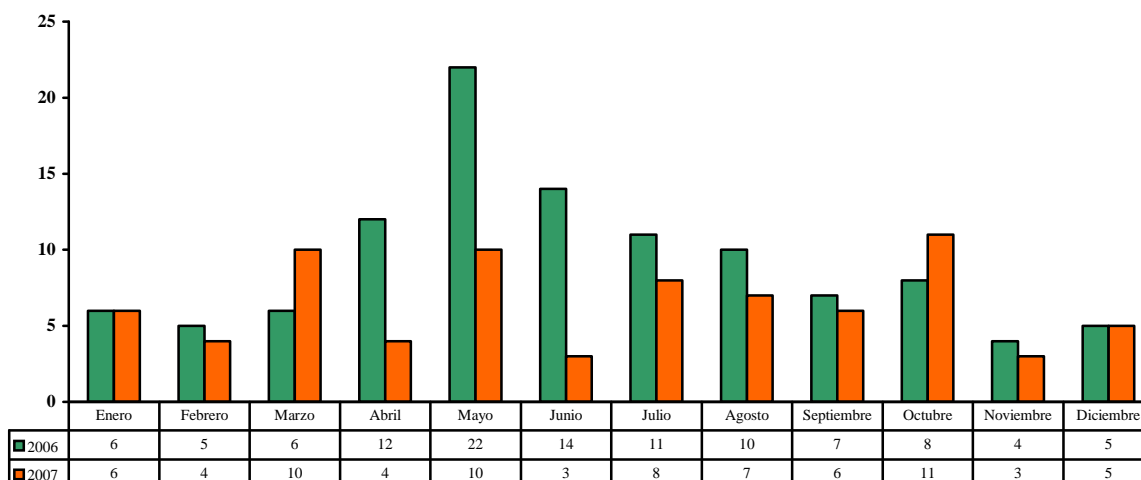
	Año 2007				Año 2006			
	Brotos		Casos		Brotos		Casos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Colegios, guarderías y otros centros	13	16,8	729	49,2	14	12,7	1109	55,4
Bares, restaurantes y similares	28	36,4	500	33,7	46	41,9	451	22,5
Domicilios particulares	26	33,8	108	7,3	36	32,8	159	8,0
Residencias de ancianos	2	2,6	47	3,2	3	2,7	89	4,5
Otras residencias	2	2,6	43	2,9	2	1,8	66	3,3
Instituciones penitenciarias	1	1,3	39	2,6	3	2,7	72	3,6
Comedores de empresa	1	1,3	3	0,2	0	0,0	0	0,0
Otros lugares	4	5,2	13	0,9	5	4,5	51	2,6
Desconocido	0	0,0	0	0,0	1	0,9	2	0,1
Total	77	100	1482	100	110	100	1999	100

Los brotes que han afectado a centros escolares apenas se han modificado en número, aunque sí se ha observado un descenso substancial en el número de casos asociados (34,3%). También en otros colectivos ha descendido el número de afectados, como residencias de personas mayores (47,2%) y otras residencias (34,8%), así como en grupos familiares (32,1%). En cambio, los brotes en restaurantes y similares han experimentado un aumento del 10,9% en el número de casos asociados, a pesar del importante descenso del número de brotes.

El número de hospitalizados ha descendido en los brotes de ámbito familiar notificados (3 ingresos menos; descenso del 8,6%), en los colectivos escolares (4 hospitalizaciones menos; 44,4%) y en los establecimientos de restauración (14 hospitalizaciones menos; 58,3%). La tasa de hospitalización, en cambio, ha aumentado en los brotes familiares de 22,0% en el año 2006 a 29,6% en 2007, mientras que ha experimentado un descenso en los brotes en colectivos escolares y de restauración.

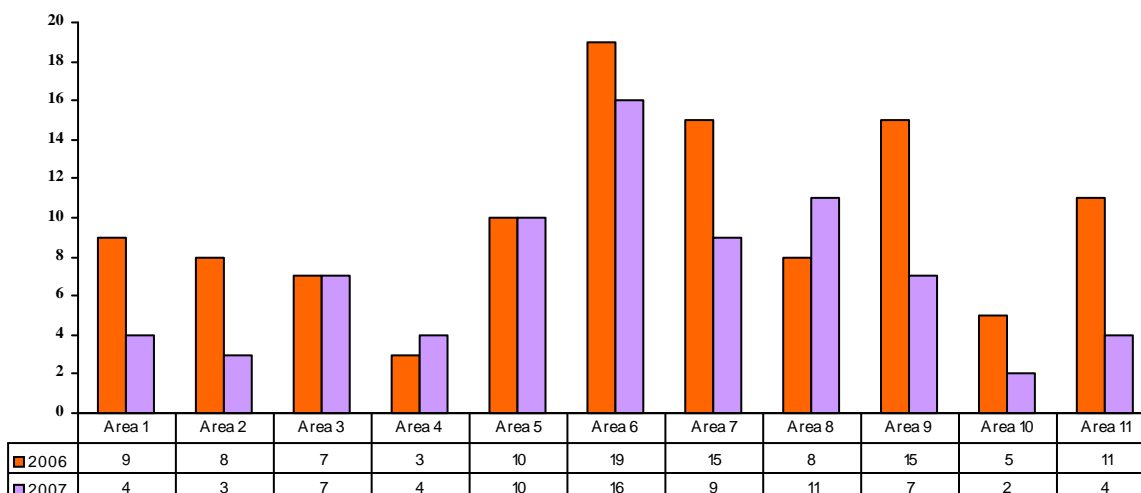
La distribución temporal y geográfica de estos brotes se muestra para ambos años en las *figuras 5.11.1* y *5.11.2*. Ya se ha comentado más arriba la distribución desigual a lo largo del año de los brotes en 2007, perdiendo en parte la típica estacionalidad con predominio en primavera/verano.

Figura 5.11.1.
Brotos de origen alimentario. Distribución temporal.
Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007



En cuanto a la distribución espacial, sólo las áreas 4 y 8 han experimentado un ligero aumento en el número de brotes. El área 6 se mantiene en primer lugar, a expensas de los brotes relacionados con colectivos. Aunque la distribución por distrito sanitario es irregular, resulta destacable el descenso en algunos distritos que anteriormente solían estar entre los más afectados, como Chamberí y Fuenlabrada. El distrito de Majadahonda, que en el año 2006 había experimentado un aumento en el número de brotes hasta ocupar el primer lugar, ha vuelto a descender de forma llamativa.

Figura 5.11.2.
Brotos de origen alimentario. Distribución geográfica. Comunidad de Madrid.
Años 2006 y 2007



El número de brotes con recogida de muestras clínicas ha descendido de 76 en el año 2006 (69,1%) a 43 en 2007 (55,8%). Este descenso ha ocurrido tanto en los brotes de ámbito familiar como en los brotes colectivos. La recogida de muestras de alimentos sospechosos, en cambio, ha aumentado de 21,8% en 2006 a 40,3% en el año 2007. La confirmación del microorganismo o agente causal no ha presentado grandes diferencias entre los dos años comparados: 51,8% (57 brotes) en 2006 y 50,6% (39 brotes) en 2007. *Salmonella* sigue siendo el microorganismo más frecuente con diferencia, aunque el ligero aumento de otros agentes, como *C. perfringens* y norovirus, y la aparición de otros más raramente confirmados, como *B. cereus*, *C. jejuni*, histamina, *S. flexneri*, *S. aureus*, *Trichinella* y pescados ricos en éster ceroso, han hecho que disminuyan los brotes por *Salmonella* de forma proporcional respecto al año anterior.

Respecto al alimento implicado en la transmisión del brote, la confirmación epidemiológica y/o microbiológica ha aumentado de 17,3% (19 brotes) en el año 2006 a 22,1% (17 brotes) en el año 2007. Alimentos elaborados con huevo, carnes, cocido y mariscos están entre los alimentos más frecuentes en ambos años.

BROTOS CON FUENTE DE INFECCIÓN FUERA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

En 2007 se ha recibido información desde otras Comunidades Autónomas y/o el Centro Nacional de Epidemiología sobre 11 brotes de origen alimentario que han afectado al menos a una persona residente en la Comunidad de Madrid aunque con consumo de alimentos sospechosos fuera de nuestra Comunidad. En estos brotes a menudo la investigación epidemiológica y/o coordinación de la información se lleva a cabo desde el lugar donde está ubicada la fuente de infección, por lo que la información disponible suele estar incompleta.

Los brotes notificados han ocurrido en Cantabria, Cataluña, Castilla y León (4 brotes), Castilla-La Mancha (2 brotes), Comunidad Valenciana, India y Marruecos. Los colectivos de riesgo han sido establecimientos de restauración (5 brotes), grupos familiares (4 brotes), un campamento de verano y un vehículo de venta ambulante. En 4 brotes se confirmó *Salmonella*. Otros microorganismos confirmados fueron *Trichinella*, por consumo de carne de jabalí procedente de una cacería, *V. cholerae* O1 Inaba, adquirido durante un viaje a varias ciudades de India, y virus de hepatitis A, relacionado con una celebración de boda en Marruecos.

DISCUSIÓN

Los brotes de origen alimentario continúan descendiendo en la Comunidad de Madrid por cuarto año consecutivo. La disminución observada en 2007 es, además, la más pronunciada de todo este periodo y ha afectado a todos los tipos de brotes. Los brotes de este año se han conocido en mayor proporción desde las instituciones sanitarias y municipales, y se ha mejorado en cuanto a la rapidez de notificación desde el comienzo de los síntomas. Sin embargo, este hecho no parece haber actuado positivamente sobre la recogida de muestras clínicas de los enfermos, que han descendido en número, y, por tanto, sobre la proporción de brotes confirmados microbiológicamente, que se ha mantenido en niveles similares a los últimos dos años.

Los brotes que ocurren exclusivamente en el ámbito familiar presentan características especiales en cuanto a la notificación e investigación. Aunque son también de declaración obligatoria y urgente al sistema de vigilancia, se considera que existe una notable infranotificación, especialmente en aquellos brotes con sintomatología leve y de corta duración. La importancia de notificar estos brotes radica en la posibilidad de llevar a cabo una investigación exhaustiva que permita descartar una difusión más amplia del problema y conocer los microorganismos predominantes en relación a los brotes vehiculizados por alimentos.

Sin embargo, en los datos correspondientes a 2007 se observa que los brotes familiares son notificados con más retraso que el resto de brotes, a menudo desde Atención Especializada. Esta circunstancia explicaría que la tasa de hospitalización sea mayor entre estos brotes y que la recogida de muestras clínicas también sea más frecuente. La mejoría en la rapidez de notificación en estos casos, por tanto, no tendría necesariamente una influencia directa sobre la confirmación del agente casual, como de hecho se observa en los datos disponibles, pero sí permitiría llegar a tiempo para investigar el posible vehículo de transmisión e, incluso, mejorar las posibilidades de disponer de muestras de alimentos.

En 2007 no ha existido una estacionalidad tan marcada en los brotes de origen alimentario, pero los meses de verano siguen siendo, en conjunto, los que incluyen mayor número de brotes, especialmente en los brotes familiares. Es posible que los establecimientos colectivos (restaurantes, comedores escolares, etc.), al estar regulados mediante programas de autocontrol (APPCC), mantengan en general unas prácticas de manipulación más homogéneas a lo largo del año. Las medidas de educación sanitaria en relación a la elaboración y conservación de los alimentos durante el periodo estival resultan, por tanto, de especial importancia sobre la población general. Aún así, es también importante reforzar el cumplimiento estricto de las directrices recogidas en los programas de autocontrol, especialmente en colectivos de especial riesgo como los centros escolares y geriátricos, y en zonas con especial volumen de brotes en estos colectivos, como el área 6.

El agente causal más frecuente con diferencia sigue siendo *Salmonella*, aunque también destacan otros agentes como *C. perfringens* y norovirus. Los brotes por *Salmonella* se han relacionado casi siempre con el consumo de huevos, mientras que los producidos por *C. perfringens* han ocurrido en menús que incluían carne como ingrediente importante. La sintomatología producida por *C. perfringens* habitualmente no es de gran intensidad y la evolución suele ser rápida y completa, pero el número de afectados en estos brotes acostumbra a ser muy elevado. En los últimos años se han producido varios brotes por este microorganismo y casi siempre han afectado a centros escolares. Se han relacionado con alimentos que contenían carne, como cocido completo o ternera guisada, que habían sido elaborados parcialmente con antelación, enfriados de forma inadecuada y recalentados insuficientemente antes de su consumo. Por tanto, estos brotes podrían ser fácilmente evitados con una adecuada preparación y enfriamiento de los platos elaborados a gran escala que contienen carne, especialmente en comedores colectivos de más riesgo como colegios y residencias de personas mayores.

II. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO

INCIDENCIA Y ÁMBITO DEL BROTE

Los brotes de gastroenteritis aguda no relacionados con alimentos que se han notificado e investigado durante el año 2007 han sido 33 (**0,54 brotes por 100.000 habitantes**). Esta cifra supone un descenso del 34% respecto a lo ocurrido en 2006 (50 brotes; tasa de 0,83 por 100.000 habitantes). También el número de casos ha experimentado un descenso importante (51,6%): en 2007 se han detectado 997 casos asociados (**16,39 casos por 100.000 habitantes**) frente a 2062 casos (**34,32 casos por 100.000 habitantes**) en 2006. El número de ingresos hospitalarios ha descendido en 11, aunque la tasa de hospitalización ha aumentado ligeramente (1,20% en 2007 y 1,12% en 2006). No se ha notificado ninguna defunción.

La distribución de brotes según el colectivo implicado se muestra en la **tabla 6.1.1**. Los brotes de ámbito familiar se notifican a la Red de Vigilancia Epidemiológica en muy escaso número. Del resto de colectivos, los más frecuentemente afectados han sido los centros de personas mayores, que también han originado el mayor número de casos asociados y de ingresos hospitalarios.

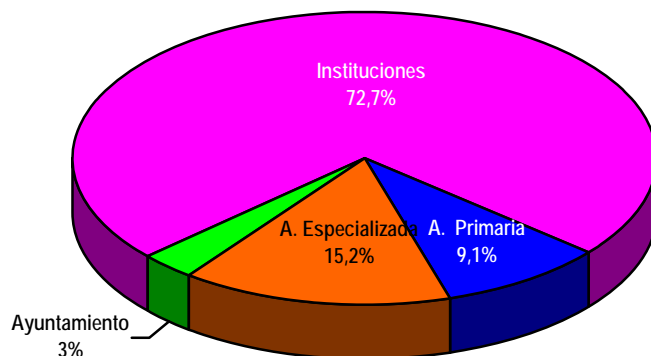
Tabla 6.1.1.
Brotes de gastroenteritis aguda de origen no alimentario. Comunidad de Madrid.
Años 2006 y 2007

	Año 2007						Año 2006					
	Brotes		Casos		Hospit.		Brotes		Casos		Hospit.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centros geriátricos	24	72,7	868	87,1	10	83,3	30	60,0	1596	77,4	13	56,6
Centros hospitalarios	3	9,1	63	6,3	0	0,0	8	16,0	249	12,1	0	0,0
Centros escolares	3	9,1	58	5,8	2	16,7	4	8,0	136	6,6	3	13,0
Domicilios particulares	3	9,1	8	0,8	0	0,0	5	10,0	21	1,0	7	30,4
Otros colectivos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,0	60	2,9	0	0,0
Total	33	100	997	100	12	100	50	100	2062	100	23	100

NOTIFICACIÓN

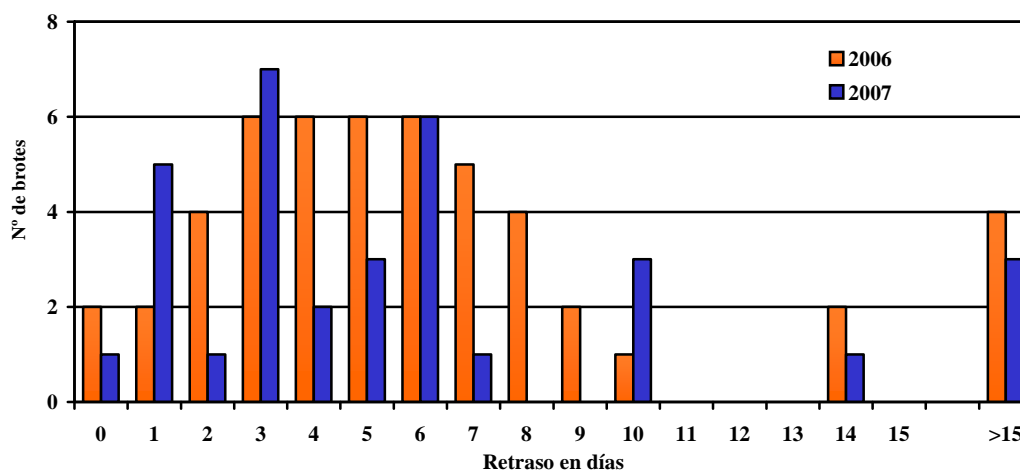
La mayoría de los brotes fueron notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica por el propio colectivo afectado, casi siempre centros geriátricos. El sistema sanitario ha notificado 8 de 33 brotes (**figura 6.2.1**).

Figura 6.2.1.
Brotos de gastroenteritis aguda de origen no alimentario. Tipo de notificador.
Comunidad de Madrid. Año 2007



La precocidad de la notificación, estimada como los días transcurridos entre el comienzo de los síntomas del primer caso y la fecha de notificación de la sospecha de brote a la Red de Vigilancia Epidemiológica, ha experimentado cierta mejoría en su tendencia: aunque la mediana del retraso de la notificación se ha mantenido igual que en los dos años previos (5 días), el rango intercuartil ha descendido progresivamente (10 días en 2005, 5 en 2006 y 3 en 2007), concentrándose en 2007 un mayor número de notificaciones en los primeros días tras el comienzo de la enfermedad en el colectivo (*figura 6.2.2*).

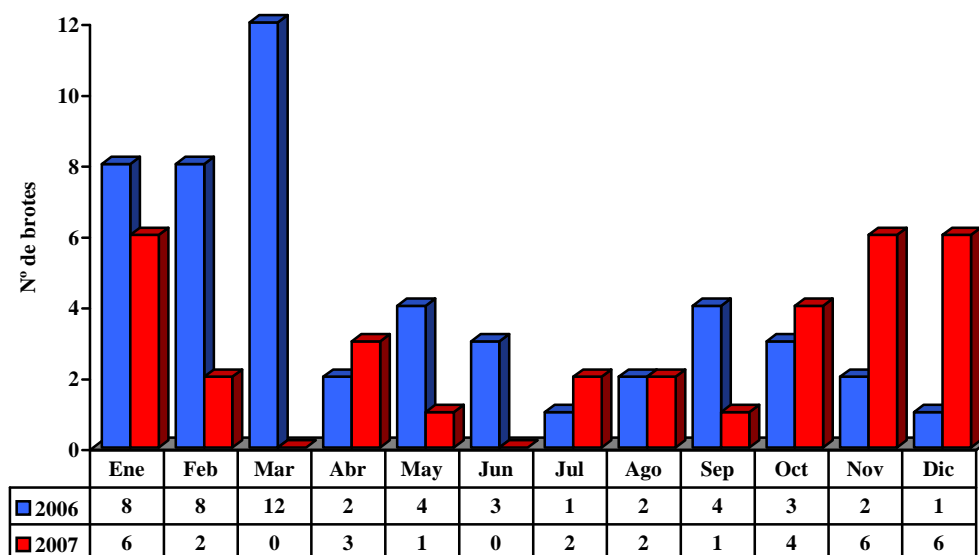
Figura 6.2.2.
Brotos de gastroenteritis aguda de origen no alimentario. Retraso de la notificación.
Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007



DISTRIBUCIÓN TEMPORAL

Al igual que en años anteriores, la distribución de los brotes de gastroenteritis aguda de origen no alimentario ha presentado una cierta estacionalidad con predominio en otoño-invierno (*figura 6.3.1*).

Figura 6.3.1.
Brotes de gastroenteritis aguda de origen no alimentario. Distribución temporal.
Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007



DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Las áreas 6 y 8 han notificado el mayor número de brotes (*tabla 6.4.1*). Respecto a los años previos, el dato más destacable es la disminución en el número de brotes ocurridos en el área 11.

Tabla 6.4.1. Brotes de gastroenteritis aguda de origen no alimentario.
Distribución por Área de Salud. Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007

	Año 2007			Año 2006		
	Brotos	Casos	Hosp.	Brotos	Casos	Hosp.
Área 1	0	0	0	3	87	0
Área 2	1	10	0	2	100	1
Área 3	2	27	0	3	101	5
Área 4	0	0	0	3	59	0
Área 5	4	123	2	7	196	2
Área 6	9	243	4	8	342	2
Área 7	3	113	1	2	120	1
Área 8	7	354	5	7	498	0
Área 9	3	41	0	5	124	5
Área 10	2	36	0	2	73	0
Área 11	2	50	0	8	362	7
Total	33	997	12	50	2062	23

AGENTE CAUSAL

La confirmación microbiológica del agente causal se ha conseguido en 20 de los 33 brotes notificados (60,6%). Norovirus ha sido el microorganismo confirmado en la mitad de todos los brotes (*tabla 6.5.1*). También ha ocurrido un brote por Rotavirus. En la mayoría de los brotes sin confirmación microbiológica la sospecha clínica y epidemiológica también ha orientado hacia la transmisión directa de un virus enteropatógeno como origen del brote.

Tabla 6.5.1.

Brotos de gastroenteritis aguda de origen no alimentario. Agente causal. Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007

	Año 2007						Año 2006					
	Brotos		Casos		Hospit.		Brotos		Casos		Hospit.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norovirus	17	51,6	588	59,0	9	75,0	21	42,0	1136	55,1	5	21,7
Rotavirus	1	3,0	43	4,3	0	0,0	2	4,0	52	2,5	3	13,0
<i>Cryptosporidium</i>	1	3,0	16	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Shigella flexneri</i>	1	3,0	2	0,2	0	0,0	1	2,0	8	0,4	6	26,1
<i>Salmonella</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	3	0,1	0	0,0
Desconocido	13	39,4	348	34,9	3	25,0	25	50,0	863	41,9	9	39,2
Total	33	100	997	100	12	100	50	100	2062	100	23	100

DISCUSIÓN

Desde el año 2000 los brotes de gastroenteritis aguda no relacionados con alimentos han presentado dos picos con incremento llamativo en el número de brotes, correspondientes a los años 2002 y 2006. En ambos años estos incrementos observados en la Comunidad de Madrid correspondieron, sobre todo, a brotes ocurridos en residencias de personas mayores, la mayoría producidos por norovirus, y coincidieron con aumentos similares en gran parte de los países europeos. A partir del año 2002 se dispone en el Laboratorio Regional de Salud Pública de técnicas de detección en heces de antígeno de virus enteropatógenos (norovirus, rotavirus, astrovirus y adenovirus) mediante ELISA. Esta posibilidad ha contribuido también a potenciar la detección de brotes y su confirmación respecto a los años previos.

Tras el incremento inusual ocurrido en 2006, en el año 2007 el número de brotes ha vuelto a descender a valores similares a los del resto de años previos. Las residencias de personas mayores y otros centros geriátricos siguen siendo los colectivos más afectados. Las especiales cualidades de transmisión de los virus que producen gastroenteritis, particularmente los calicivirus, hacen que estos colectivos cerrados presenten un alto riesgo de diseminación si no se adoptan de forma rápida medidas suficientes de prevención y control: lavado frecuente de manos y utilización de guantes desechables por parte del personal auxiliar, utilización de bata y mascarilla para la limpieza de zonas o materiales muy contaminados por heces o vómitos, manipulación cuidadosa de ropas que puedan contener material biológico infeccioso y lavado mediante ciclos largos, estrictas medidas higiénicas en los manipuladores de alimentos y exclusión de personal sintomático hasta que transcurran 48 horas sin diarrea o vómitos, limitación del contacto de los enfermos con población susceptible y evitar la admisión de nuevos residentes hasta que el brote esté controlado. Aunque en este año 2007 no se ha producido ninguna defunción entre los casos asociados a este tipo de brotes, no hay que olvidar que las complicaciones derivadas de la deshidratación pueden ser severas o fatales en personas con una situación patológica de base.

La oportunidad de confirmación diagnóstica está relacionada con diversos factores como la rapidez de notificación, la intensidad clínica de la enfermedad y la disponibilidad de circuitos y técnicas rápidas de diagnóstico. Aunque en los años previos no siempre una más rápida notificación de la sospecha de brote ha ido seguida por la obtención de muestras adecuadas y la confirmación por laboratorio del microorganismo causante, en 2007 se ha producido una cierta mejoría en la notificación, junto con un porcentaje mayor de brotes con confirmación microbiológica. El descenso en el número de casos conocidos en 2007 ha disminuido proporcionalmente en mayor medida que el número de brotes, dato que podría estar reflejando también la influencia positiva de la notificación precoz y el conocimiento del agente causal sobre la adopción de medidas adecuadas de control en los colectivos afectados.

OTROS BROTES

OTROS BROTES DETECTADOS

En el año 2007 se han notificado 65 brotes epidémicos (excluyendo los brotes de gastroenteritis agudas), lo que supone una incidencia de **1,08 brotes por 100.000 habitantes** (tabla 7.1.1).

Los brotes más frecuentes han sido los de **parotiditis** (29 brotes), seguidos de los de **hepatitis A** (10 brotes) y los de **tos ferina** (9 brotes). El mayor número de casos ha sido originado por los brotes de parotiditis (516 casos) y el mayor número de ingresos por los brotes de hepatitis A (4 ingresos).

Tabla 7.1.1.

Brotos epidémicos (excluyendo GEA). Comunidad de Madrid. Año 2007

	Brotos		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parotiditis	29	44,6	516	67,9	7656	76,2	0	0,0
Escabiosis	6	9,2	60	7,9	559	5,6	0	0,0
Tos ferina	9	13,8	44	5,8	215	2,1	0	0,0
Conjuntivitis	1	1,5	43	5,7	115	1,1	0	0,0
Hepatitis A	10	15,4	38	5,0	200	2,0	4	57,1
Neumonía	2	3,1	27	3,6	47	0,5	3	42,9
Dermatofitosis	3	4,6	12	1,6	56	0,6	0	0,0
Molusco contagioso	1	1,5	7	0,9	1000	10,0	0	0,0
Enf. pie mano boca	2	3,1	6	0,8	130	1,3	0	0,0
Escarlatina	1	1,5	5	0,7	60	0,6	0	0,0
Rubéola	1	1,5	2	0,3	3	0,0	0	0,0
Total	65	100,0	760	100,0	10041	100,0	7	100,0

NOTIFICACIÓN

El 55,4% de los brotes fueron notificados por atención primaria, el 4,6% por atención especializada y el 33,8% por otras instituciones.

AGENTE ETIOLÓGICO

Se confirmó el agente etiológico en el 50,8% de los brotes (33 de 65). Los brotes con agente etiológico confirmado más frecuentes fueron los de parotiditis (16 brotes) y los de hepatitis A (10 brotes) (**tabla 7.3.1**). Se confirmaron el 55,2% de los brotes de parotiditis y el 100% de los brotes de hepatitis A. En el 66,7% de los brotes de tos ferina (6 de 9) se han encontrado casos que cumplen criterios diagnósticos de presunción (determinación de Ig G anti-toxina pertussis en una sola muestra en fase aguda).

Tabla 7.3.1.

Brotos epidémicos (excluyendo GEA). Agente etiológico confirmado. Comunidad de Madrid. Año 2007

	Brotos		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Virus de la parotiditis	16	48,5	384	75,4	4412	87,2	0	0,0
Adenovirus	1	3,0	43	8,4	115	2,3	0	0,0
Virus de la hepatitis A	10	30,3	38	7,5	200	4,0	4	57,1
<i>S. scabiei</i>	2	6,1	28	5,5	270	5,3	0	0,0
<i>Microsporium</i>	2	6,1	9	1,8	37	0,7	0	0,0
<i>M. pneumoniae</i>	1	3,0	5	1,0	25	0,5	3	42,9
Virus rubéola	1	3,0	2	0,4	3	0,1	0	0,0
Total	33	100,0	509	100,0	5062	100,0	7	100,0

COLECTIVOS AFECTADOS

El 58,5% de los brotes se ha producido en los centros escolares (38 de 65) y el 20,0% (13 de 65) en el entorno familiar (**tabla 7.4.1**). En los **centros escolares**, los brotes más frecuentes y que han generado un mayor número de casos han sido los de parotiditis (21 brotes y 485 casos), tos ferina (5 brotes y 32 casos) y hepatitis A (4 brotes y 25 casos). En el **entorno familiar** los brotes más frecuentes han sido los de hepatitis A (6 brotes y 13 casos) y los de tos ferina (4 brotes y 12 casos). Los brotes familiares de parotiditis no se han contabilizado.

Tabla 7.4.1.
Brotos epidémicos (excluyendo GEA). Colectivos implicados.
Comunidad de Madrid. Año 2007

Colectivo	Tipo de brote	Nº de brotes	Nº casos	Nº hospít.
Escolar	Parotiditis	21	485	0
	Tos ferina	5	32	0
	Hepatitis A	4	25	2
	Dermatofitosis	3	12	0
	Molusco contagioso	1	7	0
	Enf pie mano boca	2	6	0
	Escarlatina	1	5	0
	Neumonía	1	5	3
	Total		38	577
Entorno familiar	Hepatitis A	6	13	2
	Tos ferina	4	12	0
	Escabiosis	2	5	0
	Rubéola	1	2	0
	Total	13	32	2
Residencia de ancianos	Conjuntivitis	1	43	0
	Escabiosis	3	40	0
	Total	4	83	0
Comunitario	Neumonía	1	22	0
Centro de menores	Escabiosis	1	15	0
Centro laboral	Parotiditis	3	14	0
Centro de ocio	Parotiditis	1	4	0
Centro ocupacional	Parotiditis	1	4	0
Institución militar	Parotiditis	1	4	0
Colegio mayor	Parotiditis	1	3	0
Residencia infantil	Parotiditis	1	2	0
Total		65	760	7

El 94,0% de los casos de **parotiditis** (485 de 516) está vinculado a brotes en centros escolares y el 2,7% (14 de 516) a centros laborales. En relación con los casos de **hepatitis A**, el 65,8% (25 de 38) están vinculados a cuatro brotes en escuelas infantiles y el resto a brotes en el entorno familiar. Uno de los brotes originado en una escuela infantil dio lugar a cinco casos secundarios en una urbanización de la provincia de Toledo. Dos de los brotes familiares de hepatitis A presentaban antecedentes de viaje o de contacto con casos en países de alta endemia. El 72,7% de los casos de **tos ferina** se han asociado a brotes en el ámbito escolar (32 de 44) y el resto a brotes en el entorno familiar. El 66,7% de los casos de **escabiosis** (40 de 60) se han asociado a 3 brotes en residencias de ancianos y el 25% (15 de 60) a un brote en un centro de menores. El brote de **rubéola** afectó a dos niños de origen rumano no vacunados.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

En el área 6 se ha detectado el mayor número de brotes (21,8%) y en el área 2 el mayor número de casos (35,0%). Los brotes de parotiditis han afectado a colectivos de 10 de las 11 áreas de salud y el 83,4% de los casos asociados (427 de 512) se han producido en colectivos de las áreas 2 y 6. El 91,6% de los casos de escabiosis (55 de 60) se han asociado a brotes ocurridos en las áreas 1, 5 y 6, el 93,2% de los casos de tos ferina (41 de 44) a brotes en las áreas 3 y 6 y el 82,1% de los casos de hepatitis A (32 de 39) a brotes en las áreas 2, 3 y 11 (*tablas 7.5.1 y 7.5.2*).

Tabla 7.5.1.**Brotos epidémicos (excluyendo GEA). Nº de brotes por Área de Salud.****Comunidad de Madrid. Año 2007**

	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	A 7	A 8	A 9	A 10	A 11	Total
Parotiditis	2	4	0	1	5	8	2	0	4	1	1	28
Escabiosis	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	6
Tos ferina	0	0	3	0	0	5	0	0	0	0	1	9
Conjuntivitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Hepatitis A	1	2	3	0	2	0	0	0	0	0	2	10
Neumonía	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Dermatofitosis	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3
Molusco contagioso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Enf. pie mano boca	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Escarlatina	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Rubéola	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	6	7	8	1	9	14	2	3	6	1	7	64

Tabla 7.5.2.**Brotos epidémicos (excluyendo GEA). Nº de casos asociados a brotes por Área de Salud.****Comunidad de Madrid. Año 2007**

	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	A 7	A 8	A 9	A 10	A 11	Total
Parotiditis	6	247	0	12	30	180	6	0	21	2	8	512
Escabiosis	19	0	0	0	15	21	0	2	0	0	3	60
Tos ferina	0	0	12	0	0	29	0	0	0	0	3	44
Conjuntivitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	43
Hepatitis A	3	15	7	0	4	0	0	0	0	0	10	39
Neumonía	22	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	27
Dermatofitosis	0	3	0	0	7	0	0	0	2	0	0	12
Molusco contagioso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
Enf. pie mano boca	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	6
Escarlatina	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5
Rubéola	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	50	265	23	12	56	230	6	12	27	2	74	757

COMPARACIÓN CON EL AÑO ANTERIOR

En el año 2007 se han notificado 26 brotes y 211 casos más que en el año anterior (*tabla 7.6.1*). Cabe destacar el incremento en el número de brotes y de casos de **parotiditis, escabiosis y tos ferina**. Se han notificado tres brotes más de **hepatitis A**, pero el número de casos asociados ha disminuido un 45%. Después del brote comunitario de sarampión del año 2006, que afectó a 174 personas y ocasionó 65 ingresos hospitalarios, no se ha detectado ningún brote por esta enfermedad.

Tabla 7.6.1.

Brotos epidémicos (excluyendo GEA). Comunidad de Madrid. Años 2007 y 2006 (ordenado por número total de casos en el período 2006-2007)

	2007			2006		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Parotiditis	29	516	0	22	240	0
Sarampión	0	0	0	1	174	65
Hepatitis A	10	38	4	7	69	4
Conjuntivitis	1	43	0	1	19	0
Escabiosis	6	60	0	0	0	0
Tos ferina	9	44	0	2	7	1
Neumonía	2	27	3	2	13	1
Exantema viral	0	0	0	1	14	0
Dermatofitosis	3	12	0	0	0	0
Varicela	0	0	0	2	9	0
Molusco contagioso	1	7	0	0	0	0
Enf. pie mano boca	2	6	0	0	0	0
Escarlatina	1	5	0	0	0	0
Rubéola	1	2	0	0	0	0
Bronquiolitis	0	0	0	1	2	2
Ornitosis	0	0	0	1	2	1
Total	65	760	7	39	549	74

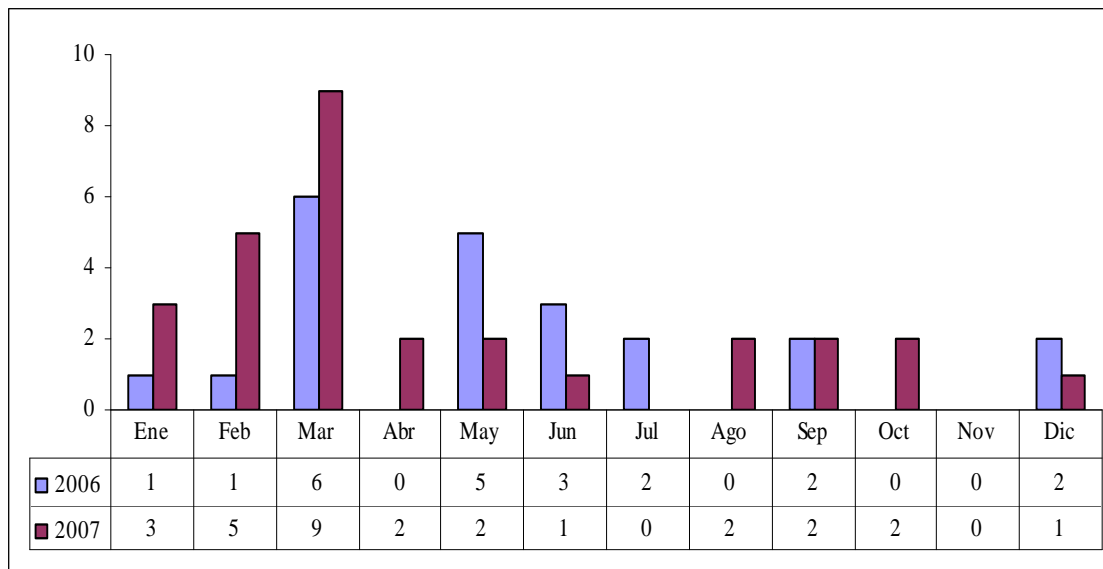
Se incluyen sólo los brotes de parotiditis ocurridos en colectivos.

BROTOS DE PAROTIDITIS

Los brotes de parotiditis han sido el tipo de brote de origen no alimentario más frecuente en el año 2007 (excluyendo los brotes de gastroenteritis aguda). Se han detectado 29 brotes, 7 más que en el año anterior. El número de casos asociados ha sido 2,15 veces superior al observado el año anterior. El mayor número de brotes se ha producido en los tres primeros meses del año (*figura 7.7.1*).

Este incremento se ha observado también a nivel nacional (Boletín Semanal en Red: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_boletines.jsp).

Figura 7.7.1.
Brotos de parotiditis por mes de inicio del primer caso y colectivo implicado.
Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los brotes más frecuentes en el año 2007 han sido los de parotiditis (29 brotes) seguidos de los de hepatitis A (19 brotes). El número de casos de parotiditis asociados a brotes se ha duplicado con respecto al año anterior y el de hepatitis A se ha reducido casi a la mitad. Se ha producido un notable incremento de brotes de escabiosis y de casos de tos ferina asociados a brotes. Después del brote comunitario de sarampión del año 2006 no se ha detectado ningún brote por esta enfermedad.



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud.

Comunidad de Madrid Año 2008, semanas 32 a 35 (del 3 al 30 de agosto de 2008)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 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.	
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	0	16	1	2	0	3	0	2	0	6	0	6	0	4	0	1	0	5	0	2	0	3	1	50	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	7	
Meningitis bacterianas, otras	0	2	0	4	0	4	0	1	1	8	1	3	0	2	0	2	0	2	0	1	2	12	4	41	
Meningitis víricas	1	6	0	5	0	11	0	4	0	21	1	16	1	11	2	25	0	40	0	5	6	38	12	185	
Enf. neumocócica invasora	0	42	0	13	0	29	1	48	0	32	0	49	2	58	2	41	0	41	1	21	5	72	13	456	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	1	11	0	2	0	4	1	2	5	21	2	8	6	28	2	9	0	6	0	2	3	13	20	107	
Hepatitis B	1	11	0	12	0	2	0	5	3	10	0	6	2	19	1	11	0	5	0	3	2	25	10	112	
Hepatitis víricas, otras	0	2	1	14	0	1	0	1	0	4	1	15	0	11	0	2	1	5	0	1	0	13	3	69	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	9	
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	1	2136	0	1972	0	2233	1	1767	1	4661	3	3967	1	4707	0	1969	1	1392	4	461	3	4538	15	29803	
Legionelosis	0	1	0	3	0	0	0	2	0	7	0	4	0	5	1	4	0	8	0	1	1	4	2	40	
Varicela	27	1156	16	817	17	1141	19	660	27	1819	26	1401	12	815	15	791	5	697	13	74	24	1748	201	11120	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	1	6	1	7	0	4	0	3	3	26	2	16	1	41	1	3	1	8	0	2	3	19	14	136	
Sífilis	1	8	2	11	0	5	1	15	4	43	1	19	9	51	2	8	2	12	0	4	3	35	26	214	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	4	0	0	0	2	1	12	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parotiditis	1	41	2	37	4	50	2	43	8	75	4	50	3	50	0	35	0	20	1	11	4	51	29	470	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	
Sarampión	2	3	0	0	0	0	2	7	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	13	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Tos ferina	1	2	1	4	1	8	0	5	2	5	2	15	1	7	1	3	1	4	0	2	1	16	11	73	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	7	2	5	0	5	0	2	0	1	1	3	0	3	0	3	2	24	0	2	2	6	7	61	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	9	85	3	29	2	35	2	41	10	83	7	56	7	79	7	54	4	54	3	30	10	140	68	708	
TB, otras*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A.0(<0150años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Poblaciones**	752.687	444.557	350.313	575.937	752.006	650.956	532.912	472.572	397.579	328.701	823.469	6.081.689													
Cobertura 0de0Médicos	63,30%	56,18%	100,00%	83,44%	75,78%	100,00%	95,19%	58,05%	43,86%	16,54%	53,79%	70,44%													

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2007 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 32 a 35 (del 3 al 30 de agosto de 2008)

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

Brotes de origen alimentario. Año 2008.

Semanas 32-35 y datos acumulados hasta la semana 35

Lugar de consumo	Año 2008						Año 2007		
	Semanas 32-35			Semanas 1-35			Semanas 1-35		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	0	0	0	10	975	2	7	335	5
Restaurantes, bares y similares	3	9	0	22	143	6	19	392	7
Domicilios	3	12	0	25	119	17	17	73	19
Instituciones penitenciarias	0	0	0	2	115	0	1	39	0
Otras residencias	1	6	0	4	50	3	2	43	0
Residencias de ancianos	0	0	0	3	48	0	2	47	1
Comedores de empresa	0	0	0	1	22	0	0	0	0
Otros lugares	0	0	0	3	41	0	4	13	1
Desconocido	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total	7	27	0	71	1515	28	52	942	33

Brotes de origen no alimentario. Año 2008.

Semanas 32-35 y datos acumulados hasta la semana 35

Tipo de brote*	Año 2008						Año 2007		
	Semanas 32-35			Semanas 1-35			Semanas 1-35		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	1	46	0	12	595	0	16	447	8
Varicela	0	0	0	2	84	0	0	0	0
Escabiosis	2	7	0	6	47	0	5	58	0
Hepatitis A	0	0	0	5	13	0	3	16	1
Parotiditis	0	0	0	4	16	0	24	466	0
Escarlatina	0	0	0	3	15	0	0	0	0
Viriasis inespecífica	0	0	0	1	11	0	0	0	0
Eritema infeccioso	0	0	0	1	7	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	0	2	7	2	8	41	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	4	0	1	7	0
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	4	0	0	0	0
Conjuntivitis vírica	0	0	0	1	3	0	1	43	0
Total	3	53	0	39	806	2	58	1078	9

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



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2008, semanas 32 a 35
(Del 3 al 30 de agosto de 2008)**

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2006" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de mayo 2007, Vol. 13, nº 5, disponible en www.madrid.org). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en la misma página de internet.

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

La cobertura de notificación alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 35,8 % (n° de semanas en que se ha enviado notificación con o sin casos / n° de semanas teóricas x 100).

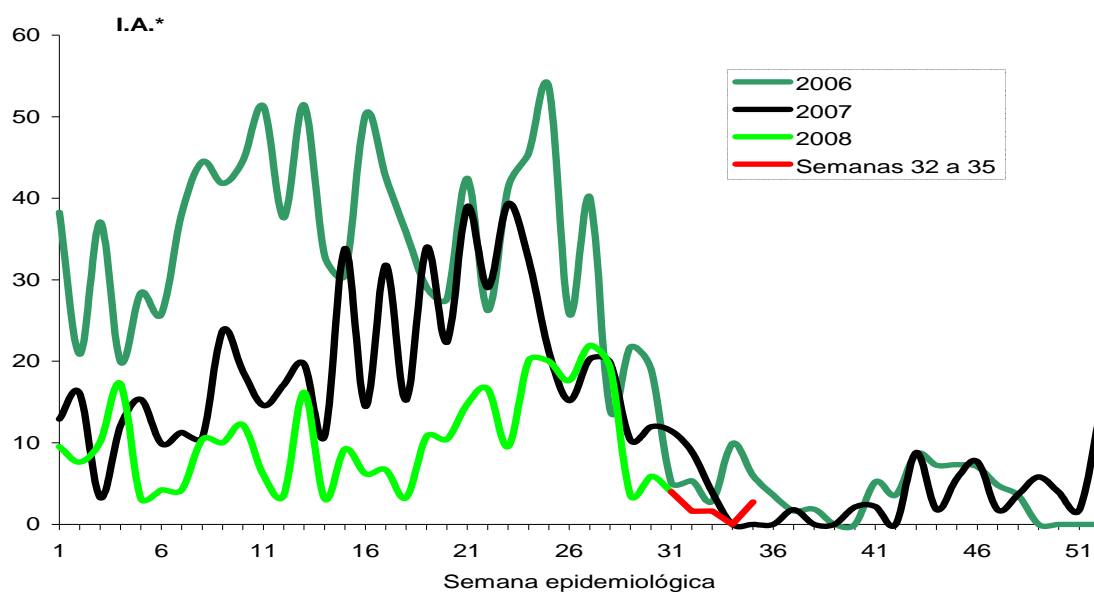
Nota aclaratoria:

A partir de 2008 se amplía la Red de Médicos Centinela con el objetivo de ajustar su representatividad al aumento y cambios sociodemográficos que se han dado en la población de la Comunidad de Madrid en los últimos años. La actual red contará con 130 médicos de atención primaria que atienden a unas 170.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). La incorporación de los nuevos médicos será progresiva durante 2008, y comenzarán a notificar varicela, herpes-zóster y crisis asmáticas desde el momento de su incorporación, aquellos que además notifiquen gripe lo harán a partir de la temporada 2008-2009.

Coincidiendo con este cambio en la Red de Médicos Centinela, y para mantener la comparabilidad con el período anterior, el gráfico de crisis asmáticas reflejará los episodios ponderados por 100 notificadores, sustituyendo al número absoluto de crisis utilizado hasta ahora.

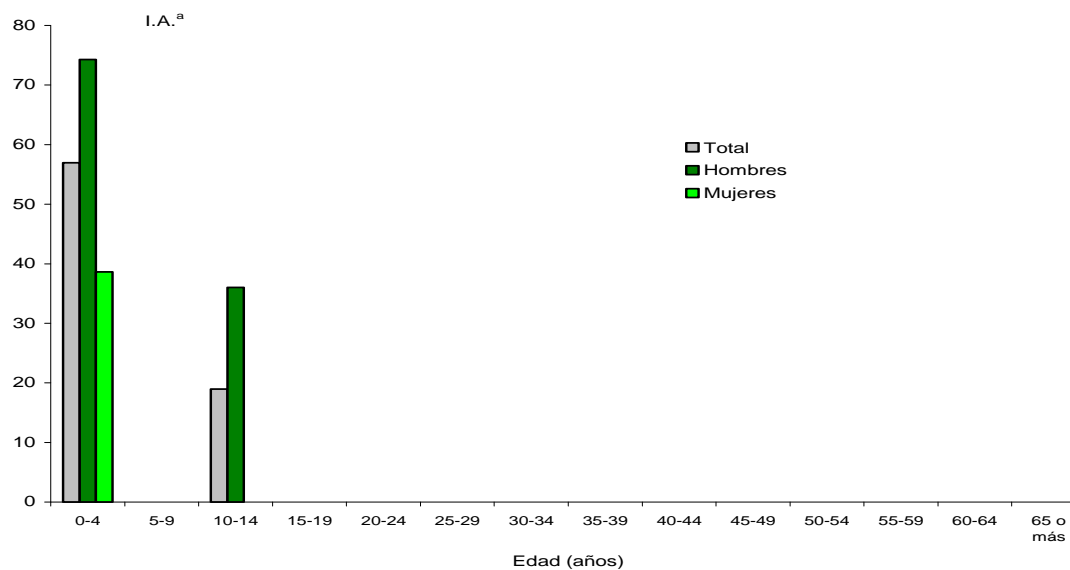
VARICELA

Durante las semanas 32 a 35 del año 2008 se han declarado 4 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela. La incidencia acumulada del período ha sido de 6,1 casos por 100.000 personas (IC 95%: 0,1 - 12,2). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2006, 2007 y hasta la semana 35 de 2008.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006, 2007 y 2008

* Incidencia acumulada semanal por 100.000 habitantes.

Los 4 casos se dieron en una niña de 6 meses y 3 niños de 1, 2 y 14 años respectivamente. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad. Ninguno de los casos se dio en pacientes inmunodeprimidos ni existieron complicaciones. El caso de 14 años se derivó a atención especializada. En los 4 casos se desconocía tanto la fuente como el lugar de exposición.

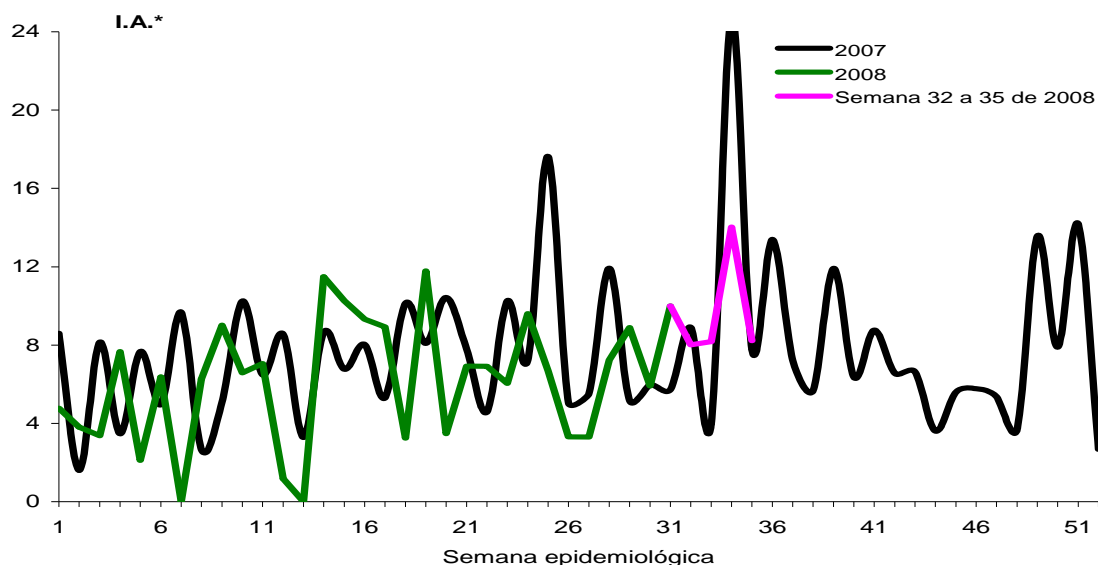
GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 32 a 35 de 2008

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

HERPES ZÓSTER

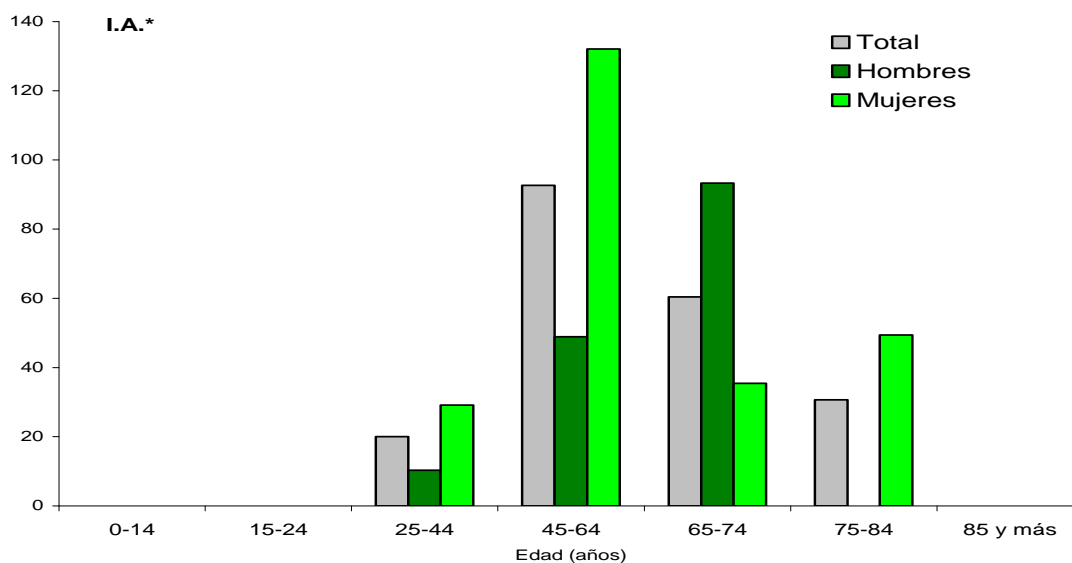
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 25 casos de herpes zóster durante las semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2008, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 28,3 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 15,9 - 40,6). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zóster en la Comunidad de Madrid durante 2007 y hasta la semana 35 de 2008. El 68,0 % de los casos se dio en mujeres. El 55,0 % de los casos fueron mayores de 50 años. La incidencia por grupos de edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2007 y 2008.



* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 32 a 35 de 2008



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

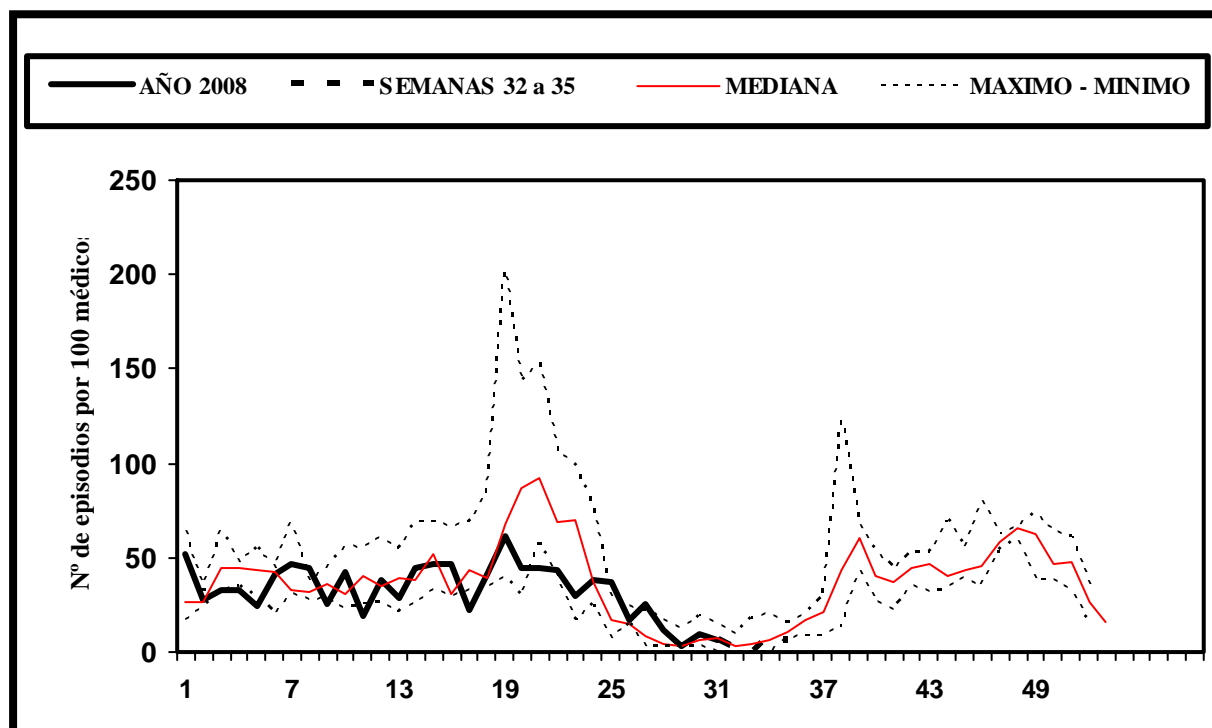


TABLA 2
Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la
Comunidad de Madrid. Año 2008.

	Semanas 32 a 35	Año 2008
Gripe	--	358 ^a
Varicela	4	323
Herpes zoster	25	196
Crisis asmáticas	17	1044

^a Desde la semana 40 de 2007 hasta la 20 de 2008.

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

Solicitudes:

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

una vez en esta dirección ir a:

Sanidad -> Portal de Salud -> Profesional -> Información técnica
-> Salud Pública -> Boletín Epidemiológico

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



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



www.madrid.org/publicamadrid