

Madrid

2007

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid

Objetivo 7
Reducir las enfermedades
transmisibles

7

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

Para el año 2020, se deberán reducir considerablemente los efectos adversos para la salud derivados de las enfermedades transmisibles a través de programas sistemáticos para la erradicación, eliminación o control de las enfermedades infecciosas consideradas importantes desde el punto de vista de la salud pública.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Se logra un 95% de cobertura para la población seleccionada en relación con las enfermedades que se pueden prevenir mediante inmunización y que son objeto de programas de eliminación o control;*
- *Se logra una inmunización infantil universal en relación con la rubéola, y se aplican estrategias de inmunización adecuadas a nivel local contra la hepatitis B, así como programas de vacunación contra el Haemophilus influenzae tipo b y la parotiditis, incluyendo la utilización de vacunas combinadas;*
- *Se establecen programas integrados y sensibles a las diferencias culturales para la prevención y el tratamiento del VIH/Sida y las enfermedades de transmisión sexual, que se centren en las personas consumidoras de drogas y otros grupos vulnerables;*
- *Se aplican las estrategias de prevención y control de las enfermedades acordadas a nivel internacional, tales como en el caso de la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas;*
- *Los agentes nacionales e internacionales implicados en las tareas de cooperación, incluidas las redes de institutos de salud pública y los centros colaboradores de la OMS, participan en un sistema de intercambio rápido de información para actuar sobre las epidemias, orientar las políticas y la colaboración internacional, y establecer recomendaciones en materia de viajes y comercio.*

7.1. Coberturas vacunales

7.1.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario

Después de varios años de funcionamiento de los programas de vacunación infantil en España en general, y en la Comunidad de Madrid en particular, las coberturas alcanzadas son altas (figura 7.1). Ello es posible gracias a que están asumidos culturalmente por la población y por el carácter universal de nuestro sistema sanitario y su accesibilidad. La mayoría de las vacunaciones se realizan en Atención Primaria del sistema público (SERMAS) y las diferencias de cobertura por Áreas son pequeñas (figura 7.2).

El 1 de julio de 2005 entró en vigor en la Comunidad de Madrid una modificación del calendario de vacunación infantil, incluyendo la vacuna frente a la varicela a los once años de edad, si no existían antecedentes de enfermedad o vacuna previa. Además se suprimió la dosis de hepatitis B que figuraba a los 11 años de edad, ya que todos los niños de esa edad debían ya estar vacunados frente a esta enfermedad, dado el tiempo transcurrido desde que la vacuna se introdujo en el calendario de vacunaciones para su administración en lactantes. El 1 de noviembre de 2006 se produjo un nuevo cambio del calendario de vacunación infantil incluyendo la vacuna antineumocócica conjugada (con dosis a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad) y la vacuna antivariela a los 15 meses de edad, y se modificó la pauta de vacunación frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C pasando a ser a los 2, 4 y 15 meses de edad.

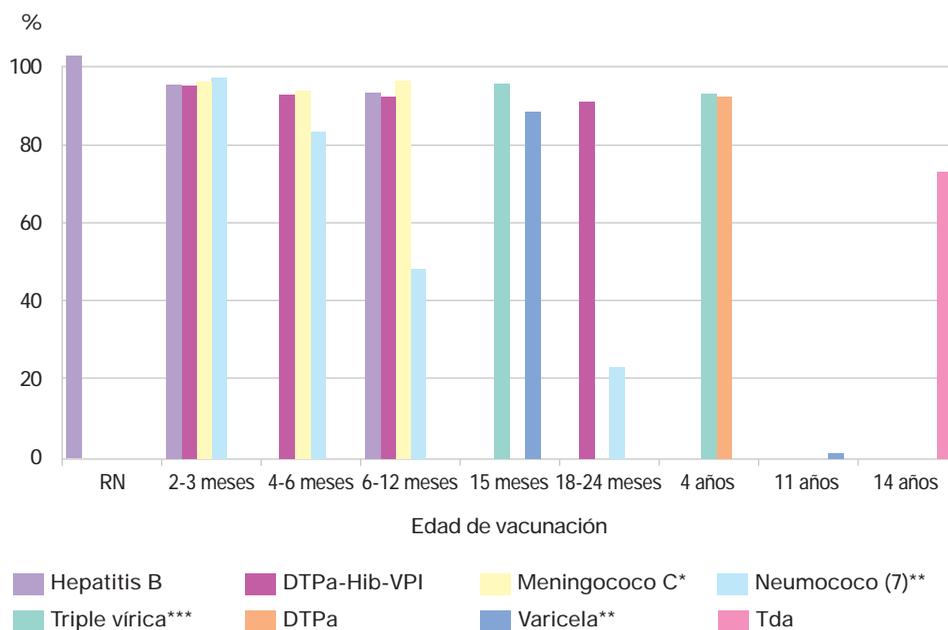


Figura 7.1. Cobertura de vacunación infantil de calendario. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Tercera dosis hasta octubre por cambio de pauta

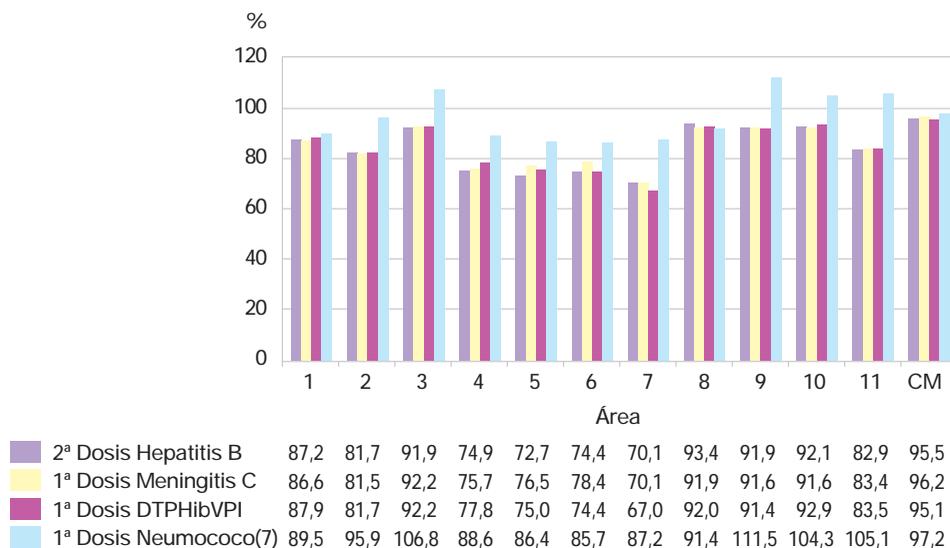
** Desde 1 de noviembre de 2006. Declaración nominal

*** Ver también la figura 7.7

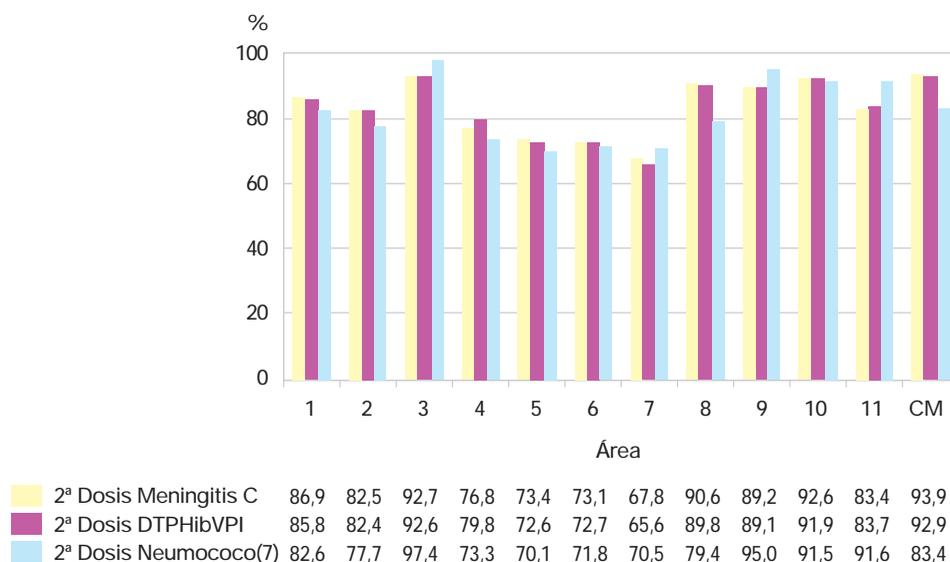
Figura 7.2. Cobertura de vacunación infantil de calendario por acto vacunal, por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

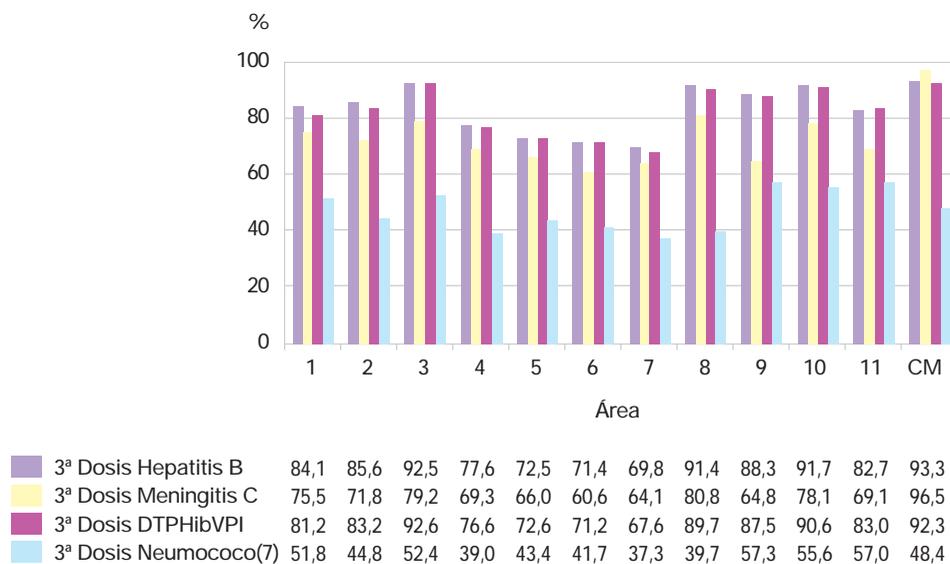
2-3 meses de edad

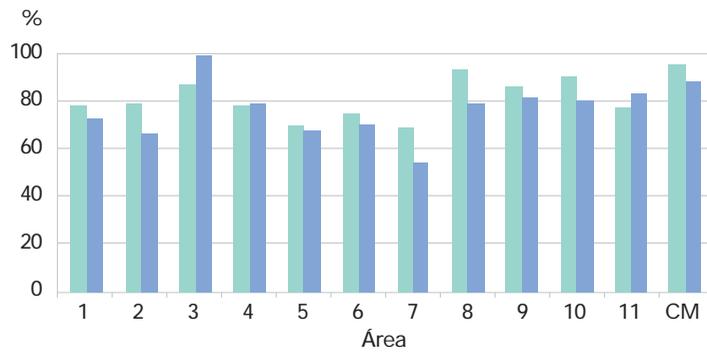


4-5 meses de edad



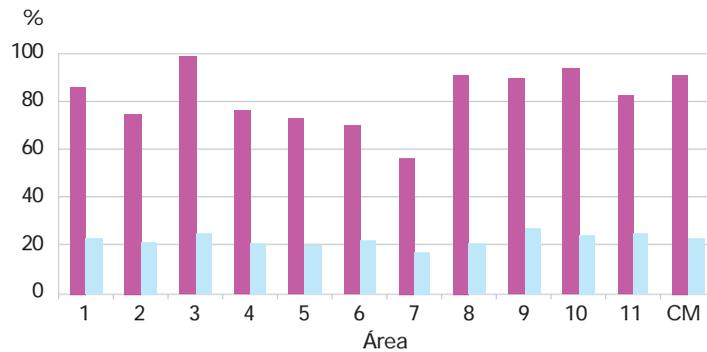
6-12 meses de edad





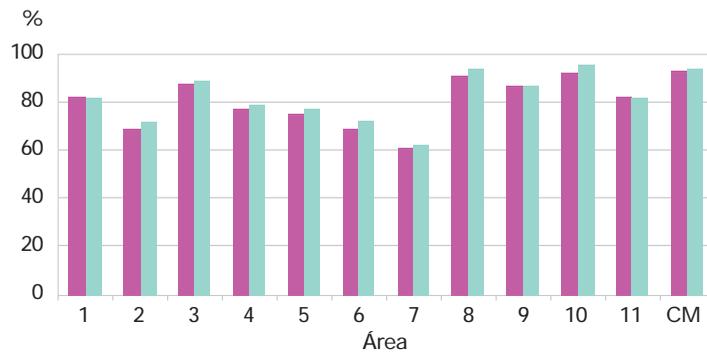
■ Triple vírica
■ Varicela

15 meses de edad



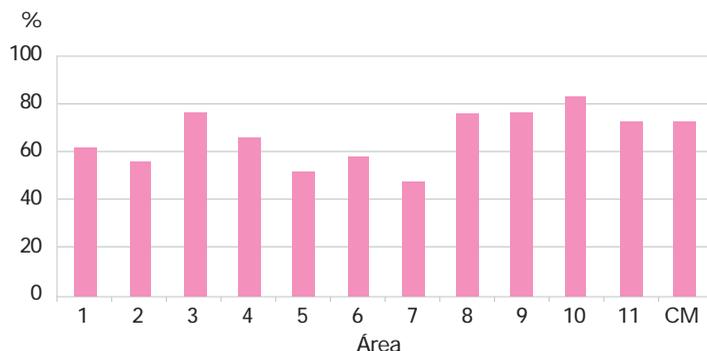
■ 4ª Dosis DTP Hib VPI
■ 4ª Dosis Neumococo(7)

18-24 meses de edad



■ 5ª Dosis DTPa
■ 2ª Dosis Triple Vírica

4 años de edad



■ Tda 14 años

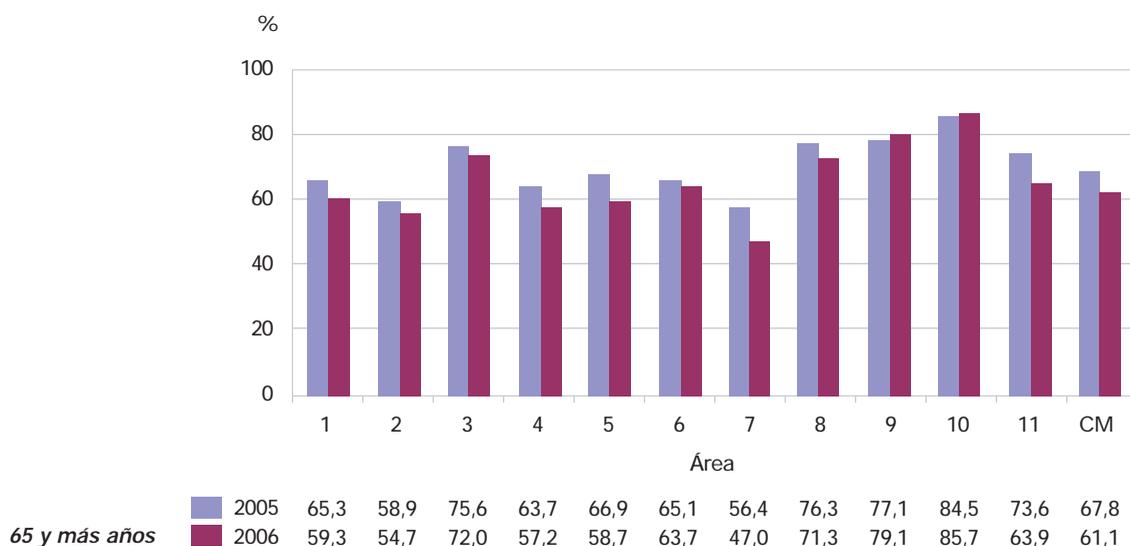
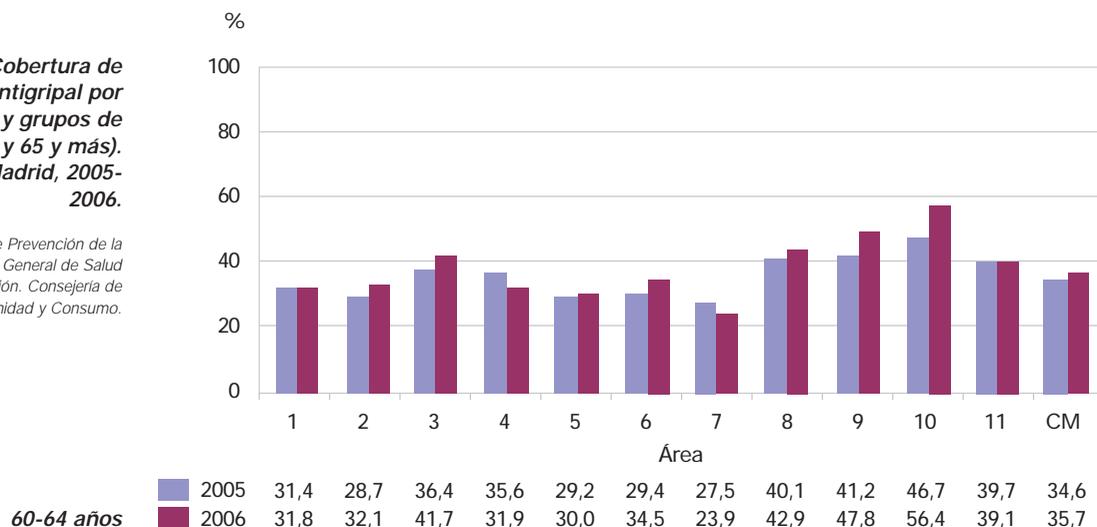
14 años de edad

7.1.2. Coberturas en campañas de vacunación

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid desarrolla desde el año 1990 campañas anuales de vacunación antigripal. Aunque habitualmente los mayores de 65 años han sido el grupo de edad a los que se ha recomendado la vacunación, en el año 2005 la Dirección General de Salud Pública y Alimentación decidió recomendar la vacunación a personas de 60 o más años y asimismo se actualizaron los grupos de riesgo. Desde el año 2003 en la campaña de vacunación antigripal se ha asociado la vacuna antineumocócica, inicialmente fue dirigida a mayores de 75 años, en 2004 a mayores de 65 años y a partir de 2005 se ha ampliado la campaña a las personas de 60 ó más años. Las coberturas de vacunación antigripal alcanzadas en el grupo de 60-64 años han sido menores (en torno al 35%) que en los de 65 y más años (superiores al 60%) (figuras 7.3 y 7.4). Respecto a la vacunación antineumocócica, considerando que sólo es necesaria una dosis, la cobertura acumulada desde el año 2003 a 2006, para las personas de 60 ó más años de edad, sería de 68,3% (figura 7.5).

Figura 7.3. Cobertura de vacunación antigripal por Área de Salud y grupos de edad (60-64 años y 65 y más). Comunidad de Madrid, 2005-2006.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



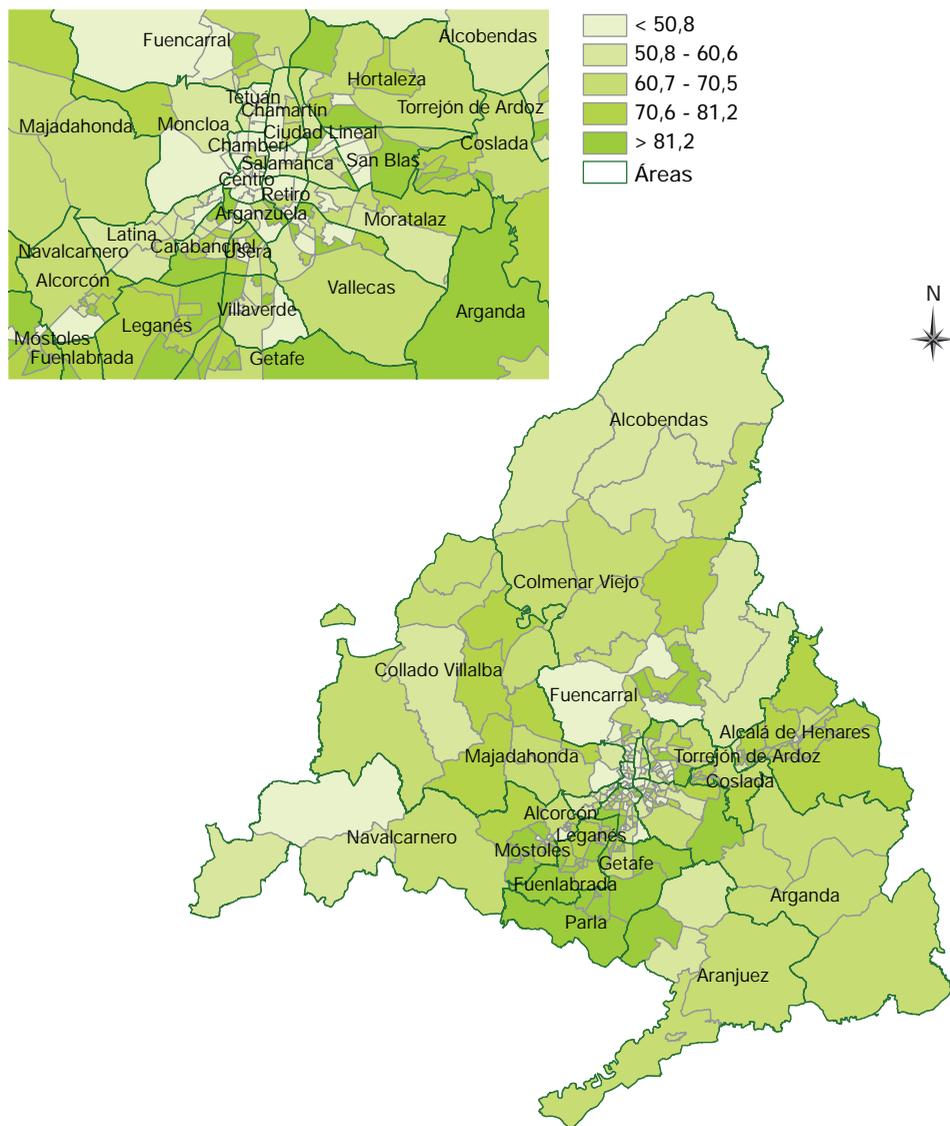


Figura 7.4. Coberturas de vacunación antigripal, en personas de 65 ó más años, por Zona Básica de Salud. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

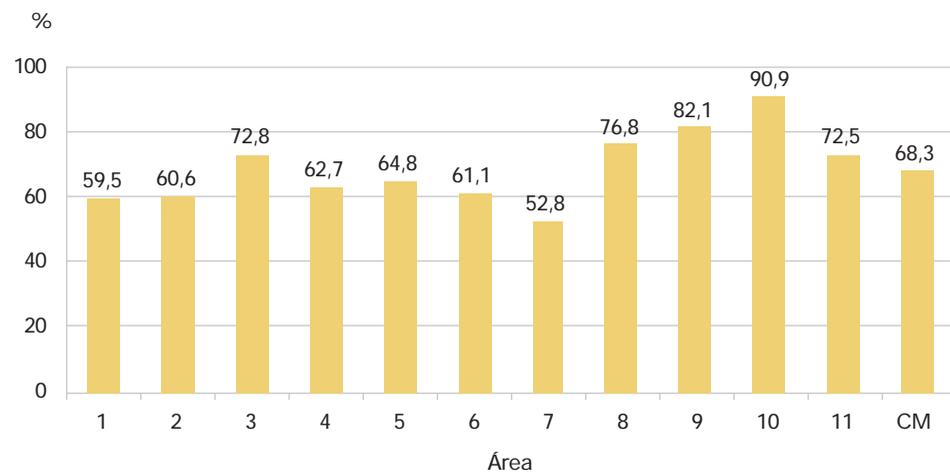


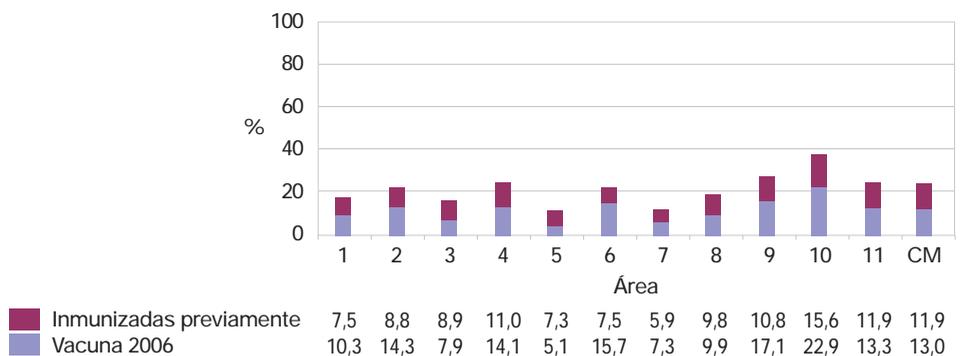
Figura 7.5. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica, en población de 60 y más años, por Área de Salud. Comunidad de Madrid, 2003-2006.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Como consecuencia de un brote de rubéola de ámbito poblacional ocurrido en la Comunidad de Madrid en 2005, la Dirección General de Salud Pública y Alimentación puso en marcha una campaña para vacunar contra la rubéola a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad). La intervención principal se llevó a cabo en los centros de salud, y demás puntos de vacunación autorizados, entre el 27 de febrero y el 31 de mayo. La mayor parte de las mujeres que no estaban correctamente inmunizadas frente a rubéola procedían de países con menores coberturas vacunales frente a la rubéola (en especial Latinoamérica) por lo que se realizaron medidas especiales para llegar a las mujeres extranjeras (como por ejemplo envío de cartas personalizadas). No obstante la captación de esta población fue escasa (figura 7.6). Se aprovechó la campaña para recordar que la vacunación de las mujeres en edad fértil susceptibles a la rubéola debe ser parte rutinaria de la práctica médica habitual.

Figura 7.6. Vacunación con triple vírica. Resultados de captación en mujeres extranjeras en edad fértil (15-49 años) ante un brote comunitario de rubéola. Comunidad de Madrid, 2006.

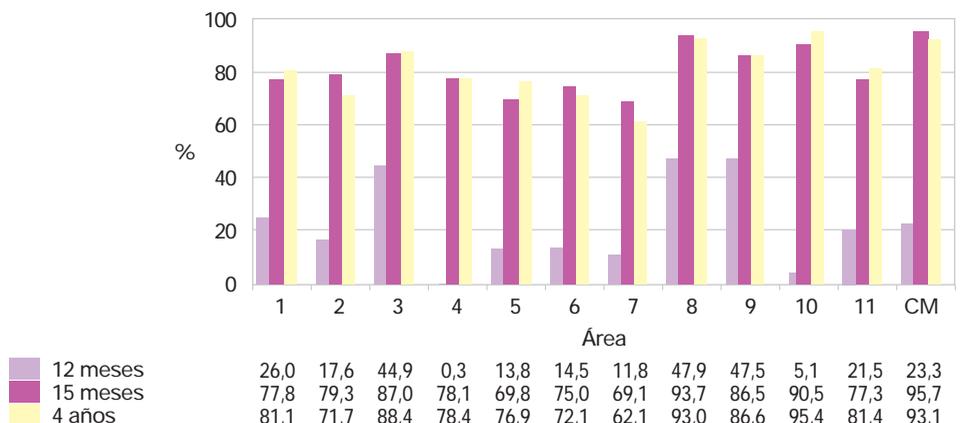
Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Ante un brote de sarampión de ámbito poblacional ocurrido en la Comunidad de Madrid en 2006, el 12 de mayo de 2006, la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, ante el riesgo elevado de transmisión del virus en menores de 15 meses de edad, recomendó adelantar la edad de administración de la primera dosis de vacuna frente al sarampión (triple vírica) a los 12 meses de edad (figura 7.7) y administrar una dosis suplementaria de vacuna a los niños comprendidos entre los 6 y 11 meses de edad. Una vez extinguida la situación de riesgo elevado, el 1 de octubre de 2006 se recomendó restablecer la pauta vacunal habitual para esta enfermedad (primera dosis de triple vírica a los 15 meses de edad y segunda dosis a los 4 años).

Figura 7.7. Vacunación con triple vírica. Modificación puntual de adelanto de vacunación ante la aparición de un brote comunitario de sarampión. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.2. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria

Las enfermedades infecciosas representaron cerca de un tercio de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid en el año 2005 (tablas 7.1 y 7.2) y de ellas las más frecuentes fueron las localizadas en el aparato respiratorio (en torno al 60%) (tabla 7.3). En la edad pediátrica hubo más episodios por esta patología, y por sexos se observa un predominio en varones en la infancia y de mujeres en adultos (figura 7.8).

	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
Hombres	1.638.428	30,1	570,4
Mujeres	2.106.130	25,9	678,4
TOTAL	3.744.558	27,6	626,5

Tabla 7.1. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según sexo. Porcentaje sobre el total de episodios registrados y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Área de Salud	Nº episodios	% sobre total episodios	Tasa
1	512.773	27,5	703,8
2	249.450	26,6	560,8
3	251.196	29,2	718,3
4	354.817	26,9	609,3
5	383.579	27,5	530,5
6	312.355	28,8	515,4
7	194.025	24,1	372,0
8	314.969	27,5	663,3
9	357.870	29,1	897,2
10	284.683	29,1	895,8
11	528.841	26,9	637,6

Tabla 7.2. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según Área de Salud. Porcentaje sobre el total de episodios registrados y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

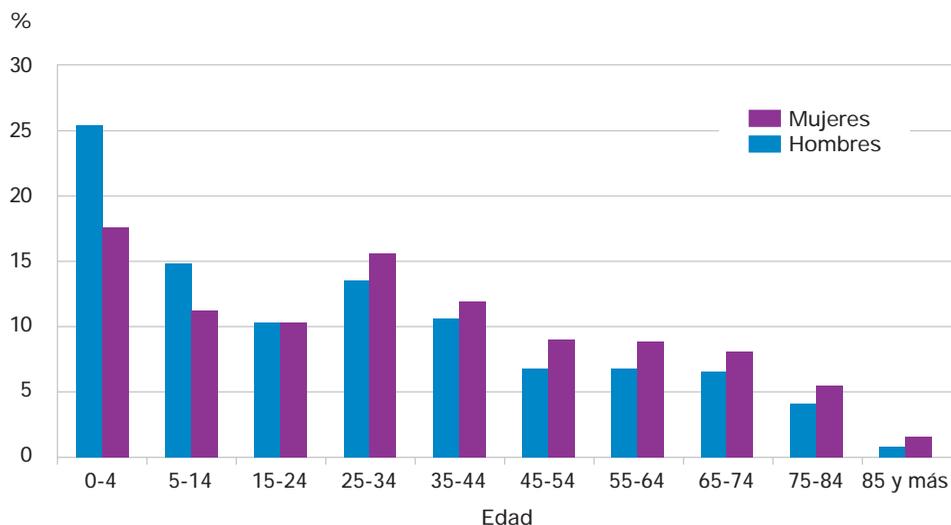
Tabla 7.3. Tipos de infecciones más frecuentes atendidas en Atención Primaria, según edad de atención médica. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Pediatría (0-13 años)		
	N	%
Total	1.242.040	100,0
Distribución en aparatos		
Respiratorio	797.370	64,2
Auditivo	128.412	10,3
Digestivo	99.945	8,0
Otros	216.313	17,4
Códigos CIAP-1 más frecuentes		
R74	Infección respiratoria aguda superior	526.725 42,7
H71	Otitis media	107.590 8,7
D73	Infección intestinal inespecífica	93.355 7,6
R76	Amigdalitis aguda	75.682 6,1
R72	Faringitis / amigdalitis estreptocócica	61.813 5,0
Adulto (≥ 14 años)		
	N	%
Total	2.502.311	100,0
Distribución en aparatos		
Respiratorio	1.500.896	60,0
Digestivo	264.379	10,6
Piel	201.442	8,1
Otros	535.594	21,4
Códigos CIAP-1 más frecuentes		
R74	Infección respiratoria aguda superior	1.086.321 43,6
D73	Infección intestinal inespecífica	234.772 9,4
U71	Cistitis / otras infecciones urinarias	150.964 6,1
R78	Bronquitis aguda	110.668 4,4
R80	Gripe	83.369 3,3

Figura 7.8. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.3. Altas hospitalarias por enfermedades infecciosas

En la morbilidad hospitalaria las enfermedades infecciosas y parasitarias representaron un porcentaje muy pequeño (1,54% del total de altas en 2005 y 1,66% en 2006). Las tasas más altas se observan en el grupo de 0-4 años y después en la población anciana (figura 7.9). Dentro de este grupo si consideramos las causas específicas (tabla 7.4) las enfermedades víricas son las más frecuentes y al comparar un año con otro se observa un aumento de septicemias (más frecuente a partir de los 55 años de edad) y de las meningitis enterovíricas en el año 2006.

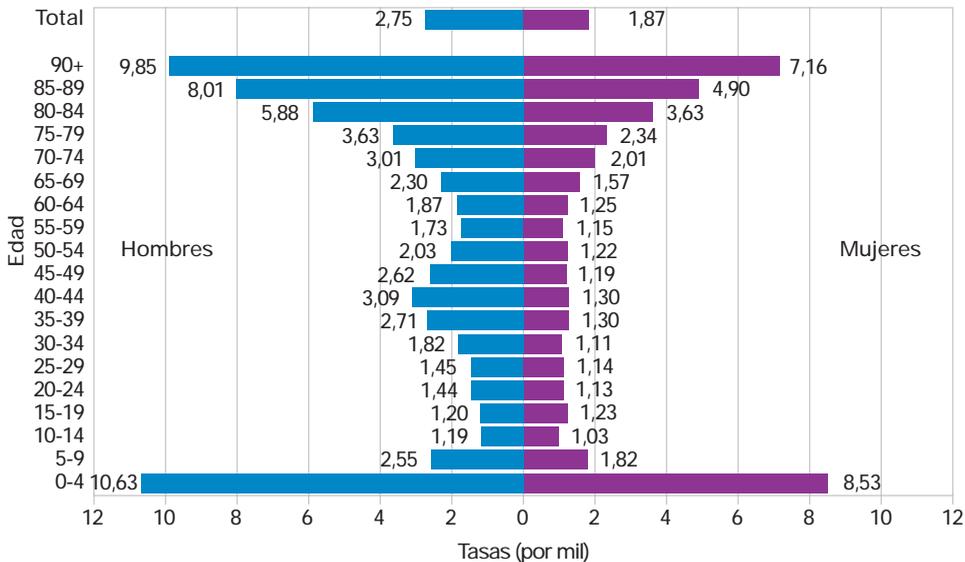


Figura 7.9. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo. IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

En los menores de 5 años la primera causa de alta hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias son las infecciones intestinales por otros organismos (CIE-9-MC: 008) (tabla 7.4) y dentro de éstas más del 80% son debidas a rotavirus (CIE-9-MC: 008.61). El 98% de las altas por rotavirus corresponden a menores de 5 años. En 2006, el 32,7% de las altas por enfermedades infecciosas en menores de un año y el 21,2% en el grupo de 1 a 4 años, se atribuyeron a estos virus (figura 7.10).

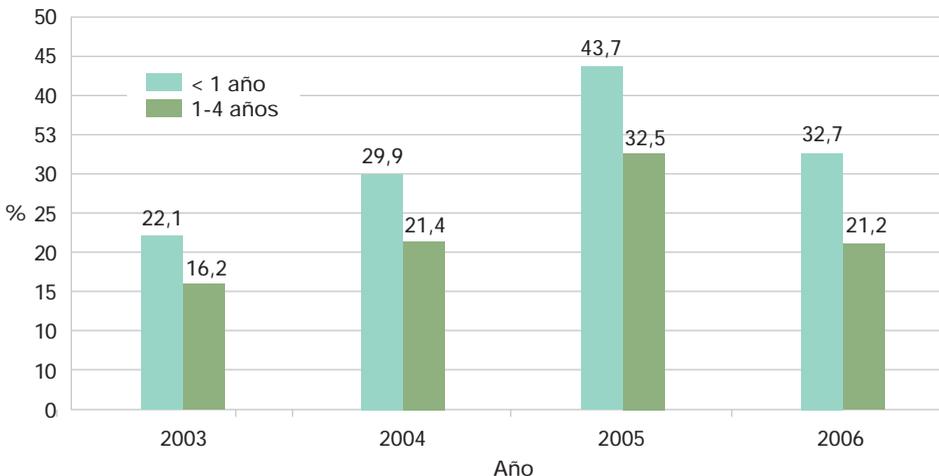


Figura 7.10. Morbilidad hospitalaria por rotavirus (008.61). Porcentaje respecto al total de altas por enfermedades infecciosas y parasitarias, en los grupos de edad de menos de 1 año y de 1 a 4 años. Comunidad de Madrid, 2003-2006.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Código CIE-9-MC	2005				2006			
	N	%	1ª causa más frecuente en los grupos de edad	2ª causa más frecuente en los grupos de edad	N	%	1ª causa más frecuente en los grupos de edad	2ª causa más frecuente en los grupos de edad
078 -Enfermedades debidas a virus y Clamidia	2.047	15,51	15-24 25-34 45-54 55-64 65-74	5-14	1.902	13,57	15-24 25-34 45-54 55-64	5-14 65-74 75-84
008 -Infecciones intestinales por otros organismos	1.707	12,94	<1, 1-4	75-84, 85+	1.400	9,99	<1, 1-4	85+
042 -Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [vih]	1.286	9,75	35-44	25-34 45-54	1.292	9,22	35-44	25-34 45-54
038 -Septicemia	1.275	9,66	75-84 85+	65-74	1.568	11,18	65-74 75-84 85+	55-64
070 -Hepatitis vírica	1.101	8,34		35-44 55-64	1.026	7,32		35-44
079 -Infección viral en otras enfermedades	780	5,91		<1	763	5,44		<1
003 -Otras infecciones de <i>Salmonella</i>	565	4,28	5-14		522	3,72		
011 -Tuberculosis pulmonar	531	4,02			576	4,11		
009 -Infecciones intestinales mal definidas	517	3,92		1-4	703	5,01		1-4
047 -Meningitis enterovírica	248	1,88			651	4,64	5-14	
049 -Enfermedades virales del sistema nervioso central no portadas por artrópodos	215	1,63			384	2,74		
053 -Herpes zoster	207	1,57			193	1,38		
075 -Mononucleosis infecciosa	203	1,54		15-24	231	1,65		15-24
...		
Total	13.194	100			14.020	100		

Tabla 7.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas (tres dígitos) más frecuentes de alta. N° de altas y porcentaje respecto al total de altas por enfermedades infecciosas y parasitarias. Comunidad de Madrid, 2005-2006.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

7.4. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y brotes

El Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y de brotes permite la vigilancia y la intervención precoz ante la aparición de determinadas enfermedades así como proporciona datos para la planificación y evaluación de diversos programas de Salud Pública de prevención y control de diversas enfermedades como son las inmunoprevenibles, las de origen alimentario, legionelosis, antroponosis, tuberculosis y sida.

7.4.1. Enfermedades inmunoprevenibles: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, parotiditis, rubéola y sarampión

Una vez conseguida en el año 2002 la certificación "libre de polio" de la Región Europea, continúa la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años ante el posible riesgo de aparición de algún caso importado. En 2005 se notificaron 9 casos de PFA y 12 casos en 2006, y en todos ellos se ha descartado el diagnóstico de poliomielitis. No se notificaron tampoco casos de difteria ni de tétanos.

En el año 2005 se observó un acusado incremento en la incidencia de la rubéola en la Comunidad de Madrid en relación con los últimos años (tabla 7.5 y figura 7.11) y permitió establecer la situación de brote epidémico poblacional, que duró desde principio del año hasta el mes de agosto (en el apartado 7.5.1 se ofrece información más detallada sobre este brote). La circulación del virus se favoreció por un incremento de susceptibles como consecuencia del aumento de población procedente de países con baja protección frente a la rubéola. Las mayores tasas de incidencia se observaron en los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad (figura 7.12). El mayor número de casos se produjo en población extranjera (56,2% de los casos) (figura 7.13), sobre todo de países latinoamericanos, así como también en población masculina autóctona (sólo el 18,5% de los casos autóctonos eran mujeres). El 94,3% de los casos no presentaba antecedentes de vacunación. En el último cuatrimestre de 2005 se detectaron 3 casos de Síndrome de Rubéola Congénita en la Comunidad de Madrid, 2 de ellos residentes aquí y el otro caso corresponde a una madre con residencia habitual en Galicia y que pudo haber adquirido la rubéola en la Comunidad de Madrid, donde estuvo de visita durante el embarazo.

En el año 2006 se produjo un incremento en la incidencia de sarampión (tabla 7.5 y figura 7.11) como consecuencia de un brote comunitario, originado a partir de un caso importado (de Reino Unido) (en el apartado 7.5.2 se ofrece información más detallada sobre este brote). Resultaron afectados principalmente jóvenes de 20 a 34 años de edad (47,1% de los casos) y bebés de 6 a 11 meses (13,2%). El 84,6% de los casos eran de nacionalidad española. El 90,8% no tenía antecedentes de vacunación documentados.

En 2006, después de una tendencia estable en los últimos tres años, se ha producido un incremento en la incidencia de parotiditis (tabla 7.5 y figura 7.11), similar a lo que ocurrió en el año 2000. En 2006 se notificaron 14 brotes con un total de 243 casos

mientras que en 2005 el número de brotes fue de 4 con 21 casos (tabla 7.24). En tos ferina la incidencia en los años 2005 y 2006 es menor a la de años precedentes (tabla 7.5 y figura 7.11). En 2005 se notificaron 4 brotes y 2 en 2006 (tabla 7.24). En ambas enfermedades se observa que los casos notificados son principalmente niños y jóvenes, y por lo tanto en su mayoría están vacunados (figuras 7.14 y 7.15), aunque en ocasiones por su edad la vacunación puede ser incompleta. Además es conocida la menor efectividad vacunal de la vacuna de la parotiditis así como la pérdida de la inmunidad frente a tos ferina con el paso del tiempo. En la figura 7.16 se presenta la distribución geográfica de la incidencia de estas enfermedades en el año 2005.

Tabla 7.5. Incidencia de rubéola, sarampión, parotiditis y tos ferina por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

	2005								2006							
	Rubéola		Sarampión		Parotiditis		Tos ferina		Rubéola		Sarampión		Parotiditis		Tos ferina	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	14	1,9	0	-	22	2,98	2	0,27	2	0,27	10	1,35	22	2,98	1	0,14
Área 2	13	2,93	0	-	20	4,51	16	3,61	1	0,23	9	2,03	107	24,12	5	1,13
Área 3	33	9,67	1	0,29	71	20,8	22	6,44	0	-	6	1,76	61	17,87	30	8,79
Área 4	84	14,64	0	-	28	4,18	3	0,52	1	0,17	7	1,22	62	10,81	4	0,70
Área 5	28	3,85	0	-	41	5,64	3	0,41	1	0,14	12	1,65	158	21,73	6	0,83
Área 6	127	20,44	1	0,16	32	5,15	11	1,61	4	0,64	29	4,67	102	16,41	5	0,80
Área 7	57	10,28	2	0,36	12	2,16	4	0,72	0	-	17	3,07	38	6,85	0	-
Área 8	17	3,69	1	0,22	4	0,87	8	1,74	1	0,22	6	1,30	175	37,98	2	0,43
Área 9	10	2,53	0	-	12	2,53	3	0,76	2	0,51	10	2,53	93	23,54	3	0,76
Área 10	9	2,89	0	-	13	3,85	0	-	1	0,32	22	7,06	25	8,03	2	0,64
Área 11	84	10,54	0	-	36	4,52	18	2,26	6	0,75	48	6,02	57	7,15	10	1,26
CM	476	7,98	5	0,08	292**	4,90	90	1,51	19	0,32	177	2,97	910	15,26	69	1,16
España***	592	1,49	21	0,05	2.440	6,15	303	0,76	87	0,22	337	0,85	6.797	17,12	378	0,95

*Para el año 2006, datos provisionales.

** Se desconoce el Área de residencia en un caso.

*** A partir de informes del Instituto de Salud Carlos III

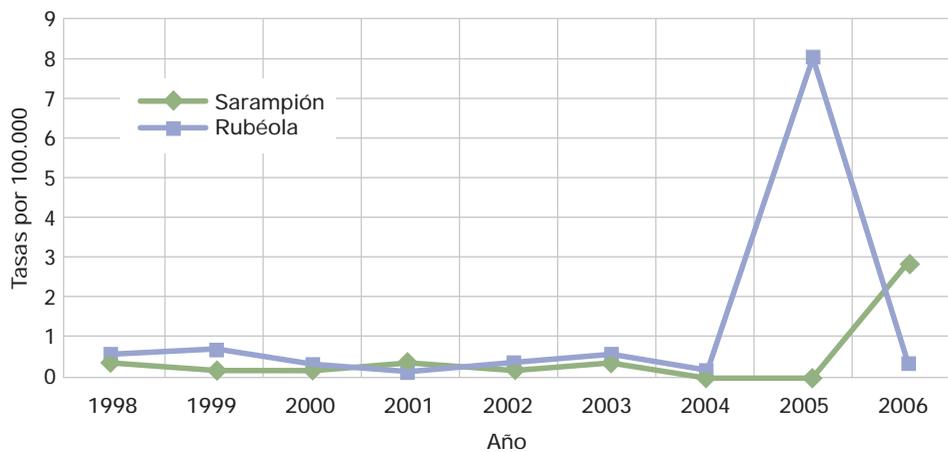
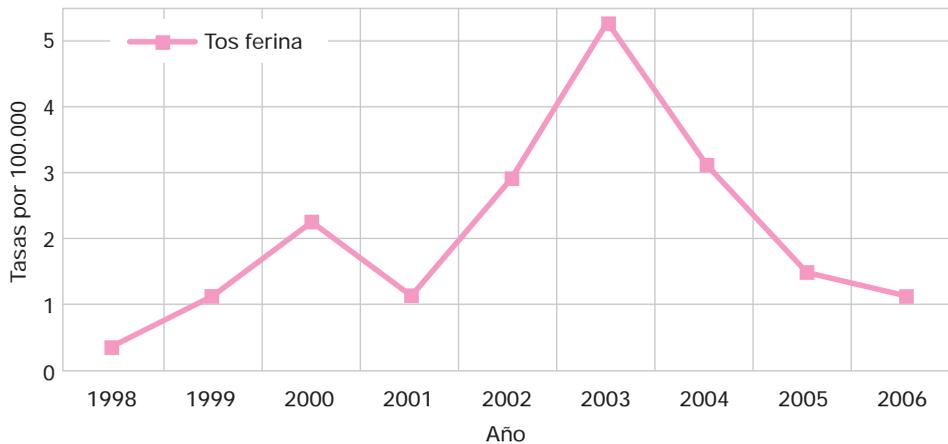
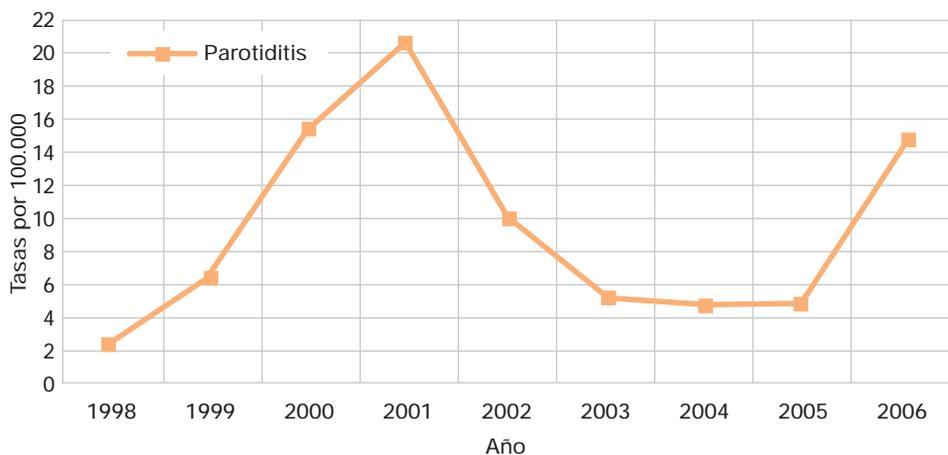


Figura 7.11. Incidencia de rubéola, sarampión, parotiditis y tos ferina. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



*Para el año 2006, datos provisionales.

Figura 7.12. Incidencia de rubéola según edad y sexo. N° de casos. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

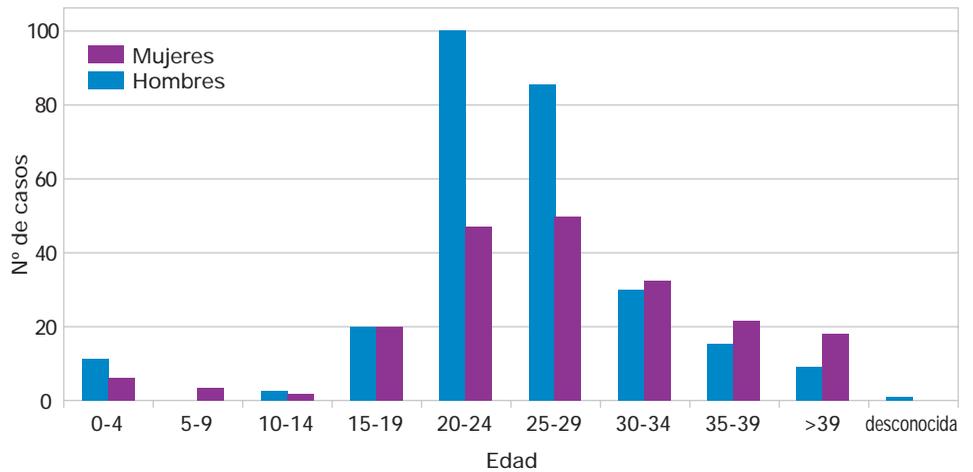


Figura 7.13. Incidencia de rubéola, en población autóctona e inmigrante, según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 (del 1 de enero al 31 de agosto).

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

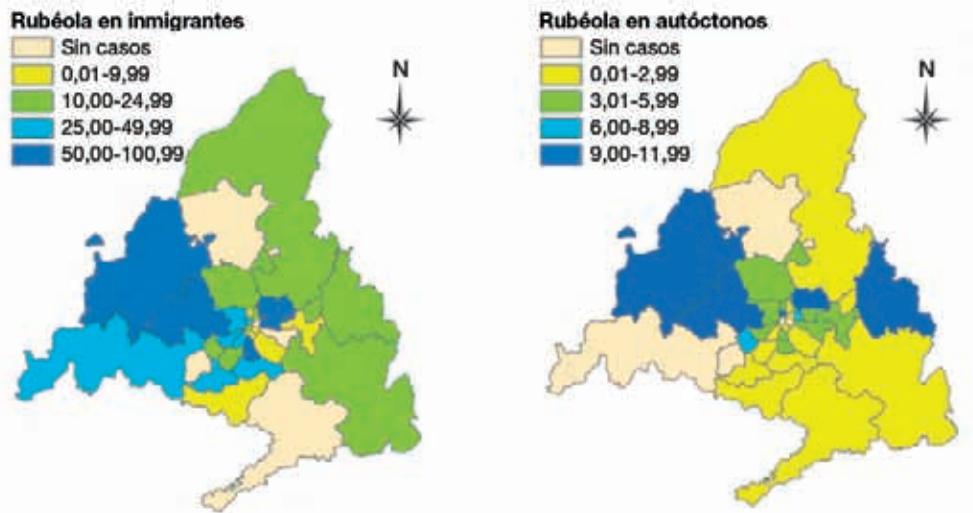
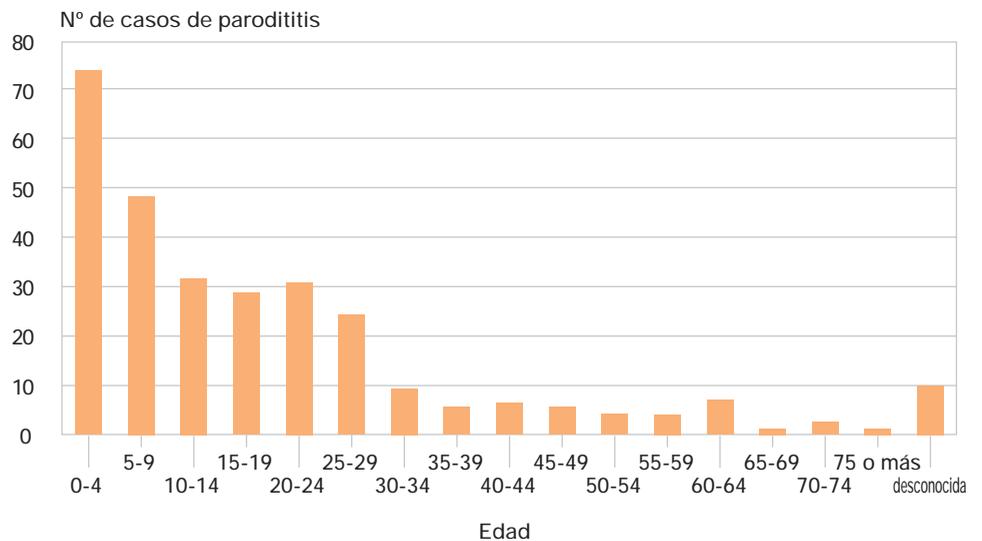


Figura 7.14. Incidencia de parotiditis y tos ferina según edad. N° de casos. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



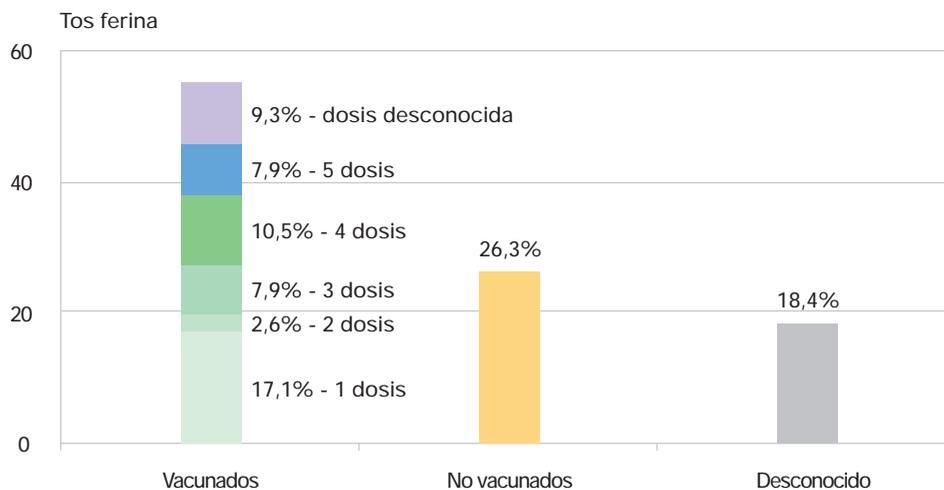
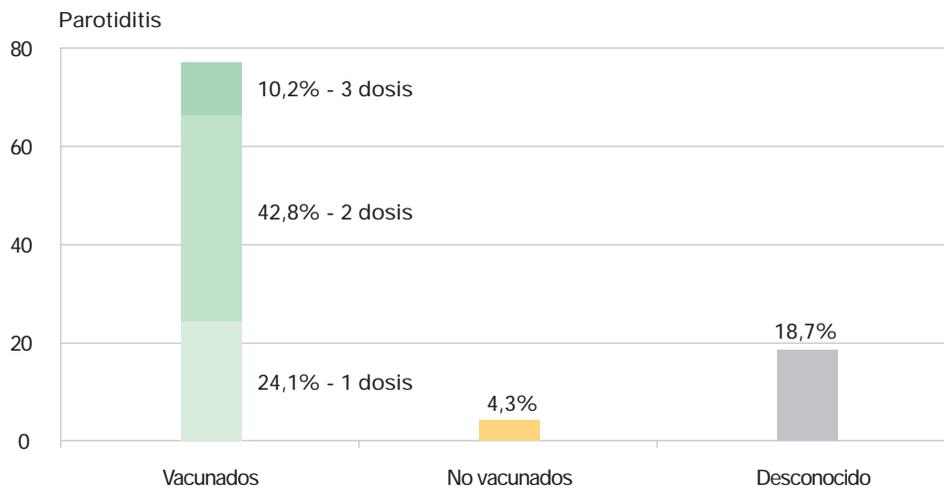
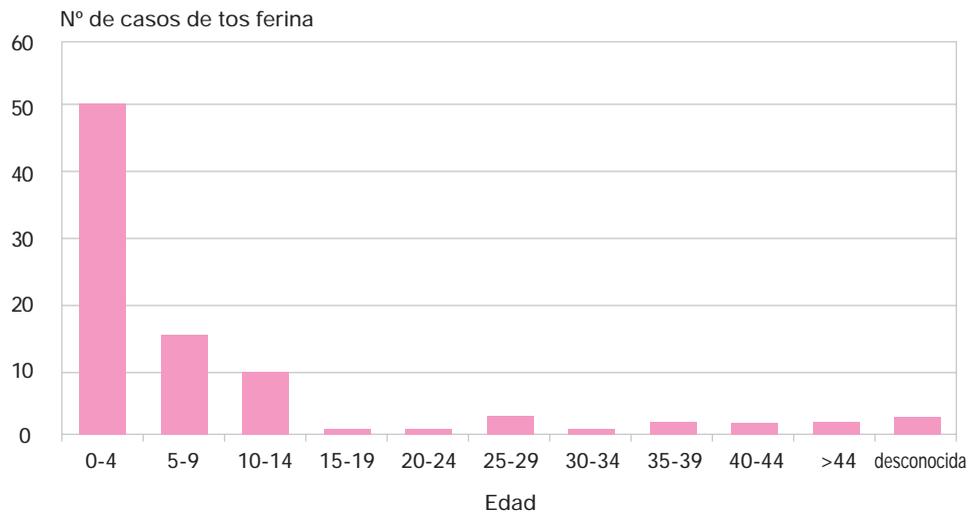
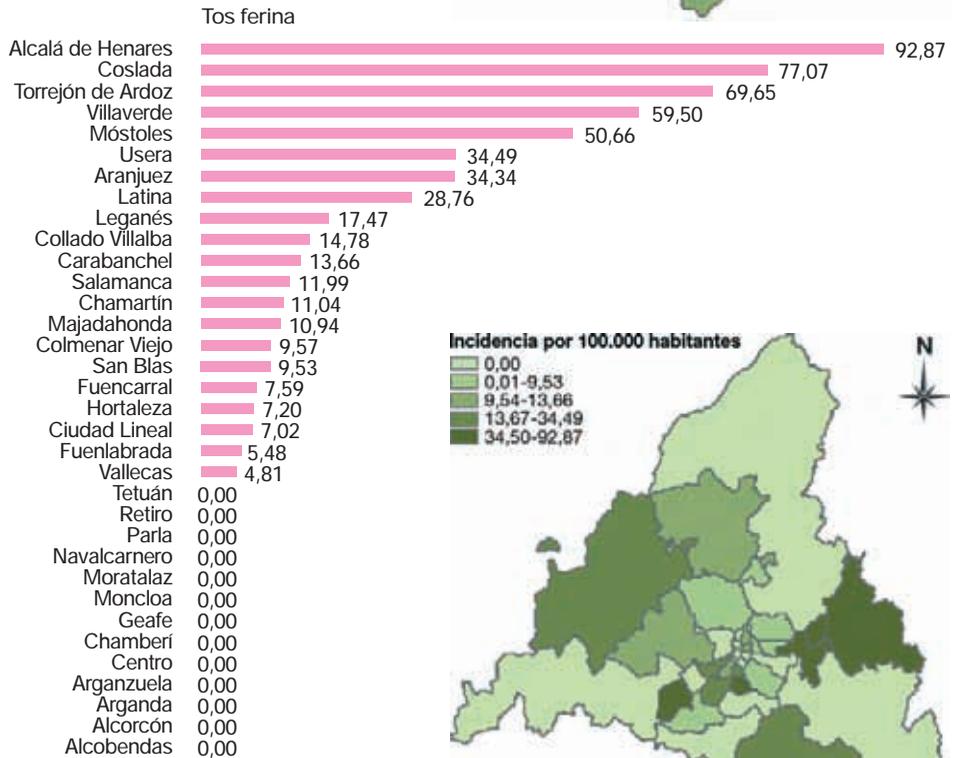
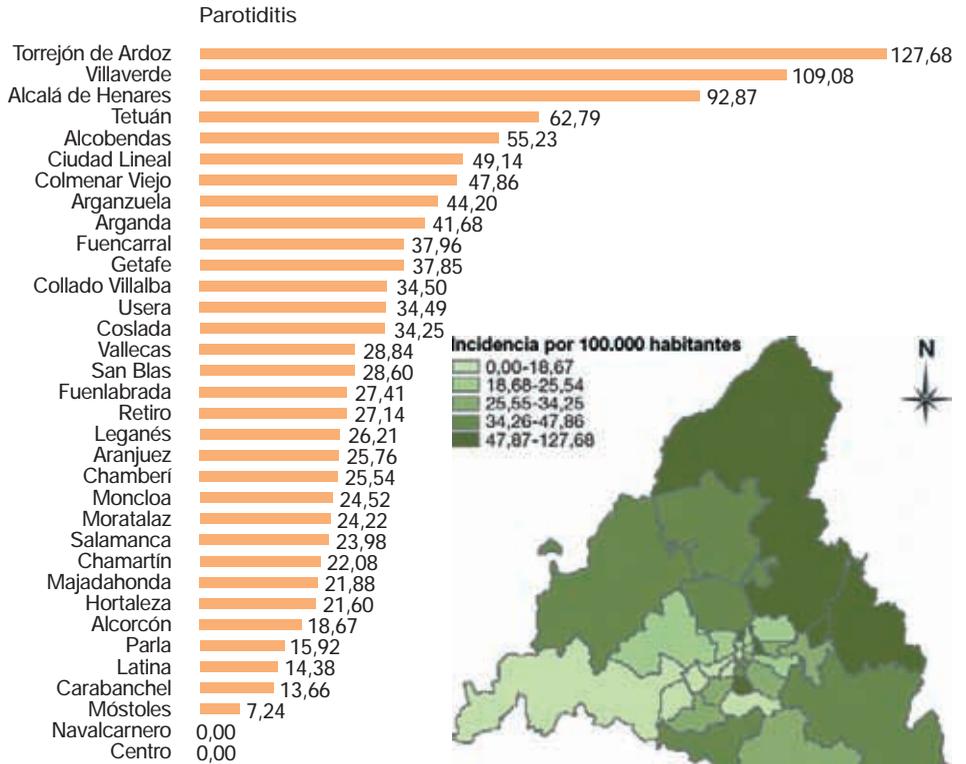


Figura 7.15. Parotiditis y tos ferina. Distribución de los antecedentes vacunales en los menores de 21 años. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 7.16. Incidencia de parotiditis y tos ferina en menores de 15 años según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.4.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, enfermedad meningocócica y otras meningitis bacterianas

Como es habitual dentro de las infecciones que causan meningitis, en el 2005 y 2006 (tabla 7.6 y figura 7.17), la patología que presentó una mayor incidencia fue la meningitis vírica (figuras 7.18 y 7.19). Además en el año 2006 se ha producido un aumento en la incidencia de estas meningitis después de la tendencia descendente observada en los últimos 5 años.

En el año 2005 se notificaron 8 casos (1 éxitus) de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* (0,13 casos por 100.000 habitantes) y en 2 casos se identificó el serotipo b. La mayoría de los casos (6) eran adultos y la mitad presentaba alguna patología subyacente. En el año 2006 no se notificó ningún caso de enfermedad invasiva por *H. influenzae*.

En la figura 7.20 se presenta la distribución geográfica de la incidencia de la enfermedad meningocócica en el año 2005. En este año, al igual que en años previos se ha observado un claro predominio del serogrupo B (tablas 7.7, 7.8 y 7.9) y de los 16 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C, 4 se han presentado en el grupo diana de la vacunación en alguna de las campañas efectuadas (menores de 28 años). De ellos en 2 hay constancia de vacunación, ambos con vacuna conjugada y uno se consideró fracaso vacunal confirmado y otro como vacunación incompleta y fracaso vacunal probable. La Comunidad de Madrid comenzó la vacunación en el calendario de vacunación infantil frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C en el año 2000, con una pauta de 3 dosis a los dos, cuatro y seis meses de edad. En el año 2004 se realizó una campaña de vacunación específica con vacuna conjugada frente a la meningitis C dirigida a jóvenes hasta los 20 años de edad. Tras cinco años de vacunación han sido modificadas las fichas técnicas de las vacunas conjugadas disponibles al haberse detectado una mayor efectividad cuando se administra una dosis de recuerdo en el segundo año de vida. Por este motivo, la nueva pauta introducida en 2006 consiste en administrar dos dosis desde los dos a los doce meses de vida y una dosis de recuerdo a partir de un año de edad. No se recomienda, de momento, la realización de ninguna actuación sobre las cohortes vacunadas con la anterior pauta de vacunación, siendo necesario seguir evaluando la efectividad vacunal para detectar posibles pérdidas de inmunidad a largo plazo.

Durante el año 2005 se notificaron 125 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo las debidas a *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *M. tuberculosis*), y 117 en 2006. El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Streptococcus pneumoniae* (figura 7.21), que produjo en 2005 el 38,4% de los casos (incidencia 0,80), de los que 8 fallecieron (letalidad del 16,7%).

Tabla 7.6. Incidencia de enfermedad meningocócica, otras meningitis bacterianas y meningitis víricas por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	2005						2006					
	Meningitis víricas		Enfermedad meningocócica		Meningitis bacterianas otras		Meningitis víricas		Enfermedad meningocócica		Meningitis bacterianas otras	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	6	0,81	14	1,90	3	0,41	30	4,06	15	2,03	6	0,81
Área 2	4	0,90	5	1,13	9	2,03	32	7,21	2	0,45	5	1,13
Área 3	46	13,47	5	1,46	6	1,76	72	21,09	3	0,88	18	5,27
Área 4	5	0,87	8	1,39	8	1,39	22	3,84	12	2,09	12	2,09
Área 5	15	2,06	9	1,24	10	1,38	43	5,91	9	1,24	7	0,96
Área 6	15	2,41	11	1,77	14	2,25	69	11,10	14	2,25	11	1,77
Área 7	10	1,80	13	2,34	11	1,98	23	4,15	11	1,98	11	1,98
Área 8	24	5,21	16	3,47	15	3,26	105	22,79	13	2,82	11	2,39
Área 9	56	14,18	6	1,52	16	4,05	75	18,99	7	1,77	15	3,80
Área 10	6	1,93	3	0,96	4	1,28	16	5,14	7	2,25	1	0,32
Área 11	50	6,28	8	1,00	28	3,51	87	10,92	5	0,63	19	2,38
CM	237	3,97	98	1,64	125**	2,10	581	9,74	98	1,64	117	1,96
España***	ND		844	2,13	ND		ND		775	1,95	ND	

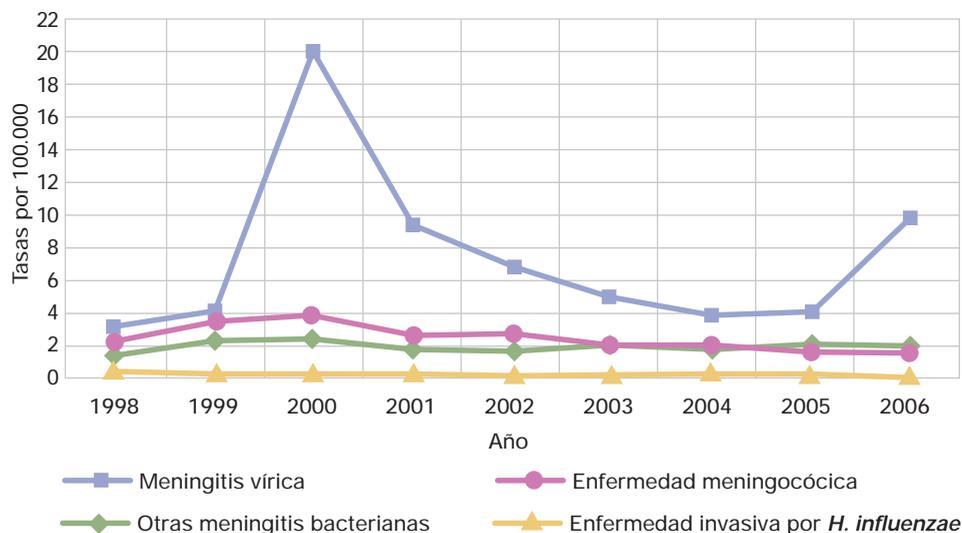
* Para el año 2006, datos provisionales.

** Se desconoce el área de residencia en 1 caso. ND: no disponible

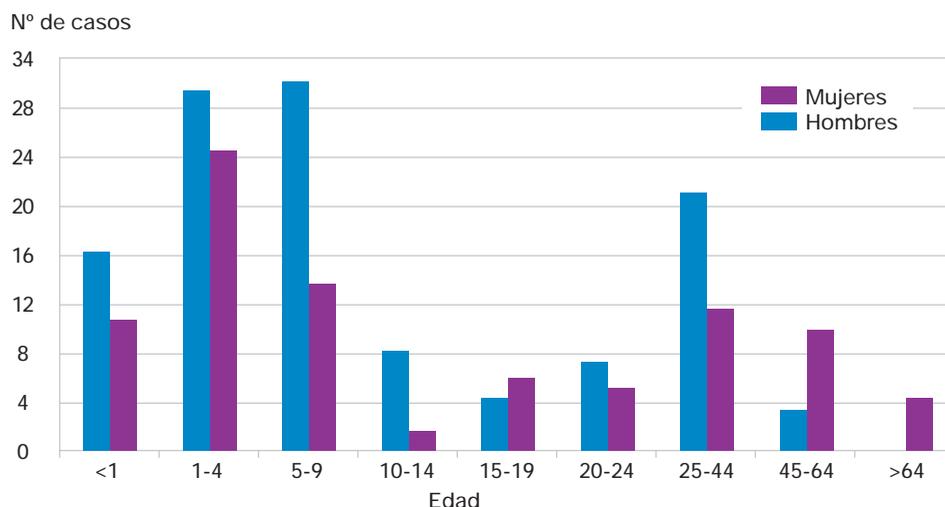
*** A partir de informes del Instituto de Salud Carlos III

Figura 7.17. Evolución de la incidencia de enfermedad meningocócica, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, otras meningitis bacterianas y meningitis víricas. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



* Para el año 2006, datos provisionales.



* Se desconoce la edad en 6 casos y el sexo en 1 caso

Figura 7.18. Incidencia de meningitis vírica según edad y sexo. Nº de casos. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

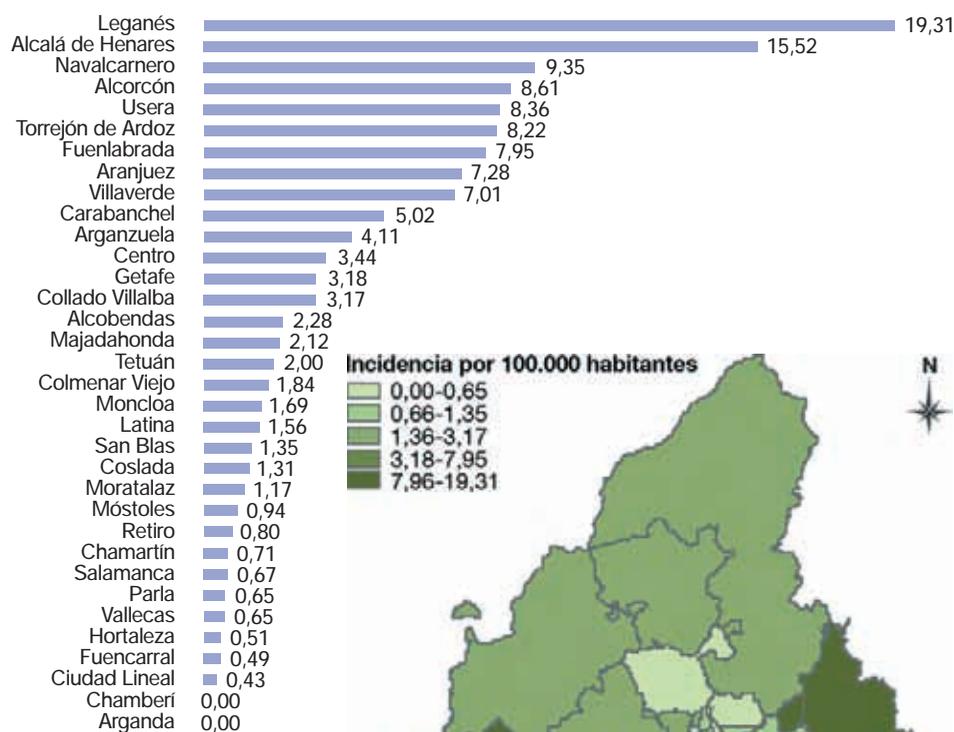


Figura 7.19. Incidencia de meningitis vírica según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 7.20. Incidencia de enfermedad meningocócica según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

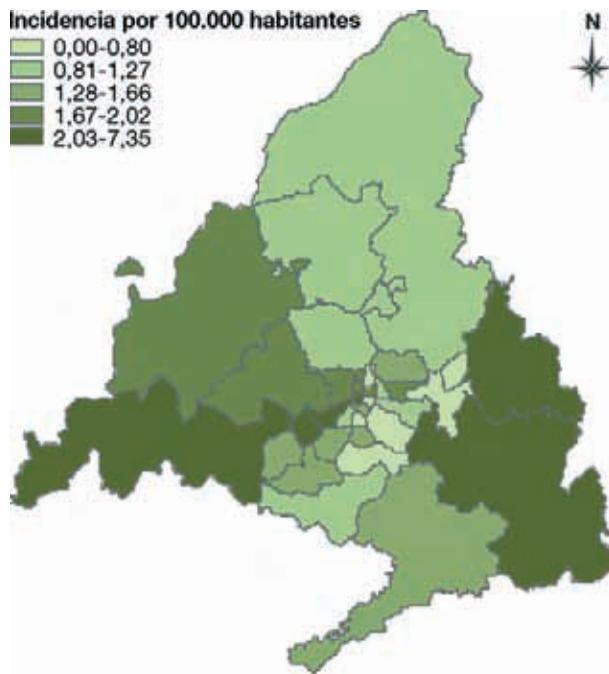
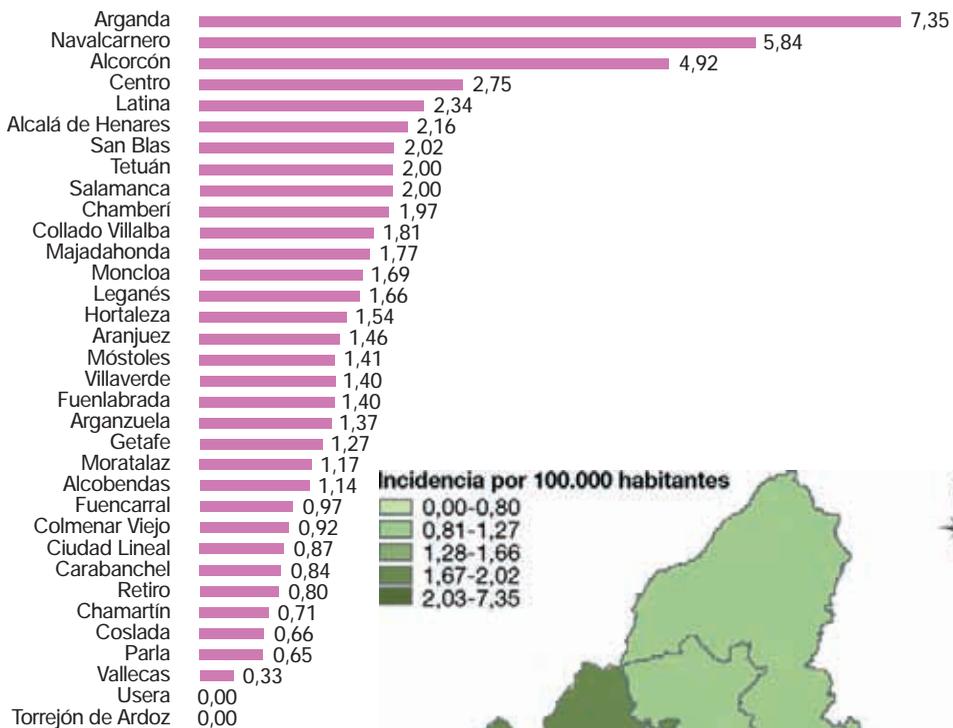


Tabla 7.7. Incidencia de enfermedad meningocócica según serogrupo y edad. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio de Epidemiología

Edad	Serogrupo B			Serogrupo C			Sin serogrupal		
	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas	Casos	%	Tasas
<1	13	21,7	18,65	1	6,3	1,43	0	-	-
1-4	24	40,0	9,50	0	-	-	1	33,3	0,40
5-9	1	1,7	0,37	1	6,3	0,37	0	-	-
10-14	1	1,7	0,36	0	-	-	0	-	-
15-19	8	13,3	2,63	0	-	-	0	-	-
20-24	2	3,3	0,48	1	6,3	0,24	1	33,3	0,24
25-44	7	11,7	0,33	6	37,5	0,28	1	33,3	0,05
45-64	2	3,3	0,14	4	25,0	0,29	0	-	-
>64	2	3,3	0,24	3	18,8	0,36	0	-	-
Total	60	100,0	1,01	16	100,0	0,27	3	100,0	0,05

Temporadas		A	B	C	Y	W 135	Sin grupar	Total confirmados	Sospechas clínicas	Total
1996- 1997	Casos	0	49	118	0	0	7	174	98	272
	Tasas	-	0,98	2,35	-	-	0,14	3,46	1,95	5,42
1997- 1998	Casos	0	55	21	2	0	6	84	38	122
	Tasas	-	1,08	0,41	0,04	-	0,12	1,65	0,75	2,40
1998- 1999	Casos	1	62	32	0	0	12	107	34	141
	Tasas	0,02	1,20	0,62	-	-	0,23	2,08	0,66	2,74
1999- 2000	Casos	0	68	64	2	0	7	141	66	207
	Tasas	-	1,31	1,23	0,04	-	0,13	2,71	1,27	3,98
2000- 2001	Casos	0	58	41	1	0	3	103	43	146
	Tasas	-	1,08	0,76	0,02	-	0,06	1,92	0,80	2,72
2001- 2002	Casos	1	59	53	1	1	11	126	33	159
	Tasas	0,02	1,07	0,96	0,02	0,02	0,20	2,28	0,60	2,88
2002- 2003	Casos	0	48	23	1	2	13	87	17	104
	Tasas	-	0,84	0,40	0,02	0,03	0,23	1,52	0,30	1,82
2003- 2004	Casos	1	52	32	1	4	8	98	20	118
	Tasas	0,02	0,90	0,55	0,02	0,07	0,14	1,69	0,34	2,03
2004- 2005	Casos	0	67	16	2	1	4	90	15	105
	Tasas	-	1,15	0,28	0,03	0,02	0,07	1,55	0,26	1,81
2005- 2006*	Casos	0	45	12	1	0	8	66	24	90
	Tasas	-	0,75	0,20	0,02	-	0,13	1,11	0,40	1,51

* Para el año 2006, datos provisionales

	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	60	1,01	5	8,3
Serogrupo C	16	0,27	3	18,8
Serogrupo Y	2	0,03	1	50,0
Serogrupo W135	1	0,02	0	-
Sin serogrupar	3	0,05	0	-
Total confirmados	82	1,37	9	11,0
Sospechas clínicas	16	0,27	1	6,3
Total	98	1,64	10	10,2

* Tasas por 100 mil

Tabla 7.8. Evolución de la incidencia de enfermedad meningocócica según serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 / 2005-06*.

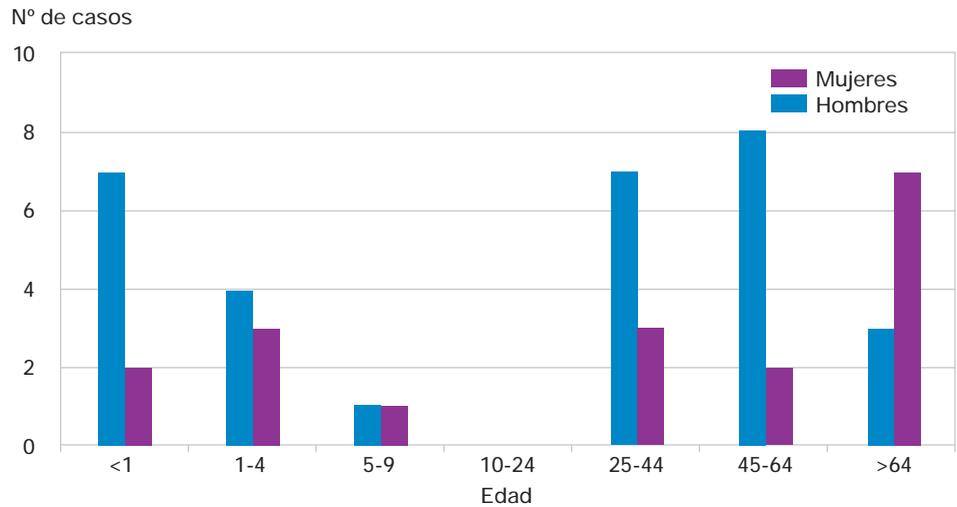
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Tabla 7.9. Incidencia y letalidad de enfermedad meningocócica por serogrupo. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 7.21. Incidencia de meningitis neumocócica según edad y sexo. N° de casos. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



7.4.3. Hepatitis víricas A, B y otras

La hepatitis A, desde el año 2003, presenta una incidencia más elevada que la hepatitis B y otras hepatitis víricas (fundamentalmente hepatitis C) (tabla 7.10 y figura 7.22). Aunque se producen casos de hepatitis A en la infancia, el mayor número de casos se produce en adultos jóvenes al igual que en la hepatitis B y C (figura 7.23). En la figura 7.24 se presenta la distribución geográfica de la incidencia en 2005 de hepatitis A, B y C. Tanto en 2005 como en 2006 se detectaron 5 brotes por hepatitis A, con un total de 30 casos en 2005 y 53 en 2006. En 2005 se registró un brote de hepatitis B que afectó a 4 casos del mismo entorno familiar (tabla 7.24).

Tabla 7.10. Incidencia de hepatitis A, B y otras por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	2005						2006					
	Hepatitis A		Hepatitis B		Hepatitis víricas, otras		Hepatitis A		Hepatitis B		Hepatitis víricas, otras	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	4	0,54	13	1,76	9	1,22	6	0,81	4	0,54	2	0,27
Área 2	23	5,19	7	1,58	3	0,68	10	2,25	13	2,93	5	1,13
Área 3	7	2,05	10	2,93	12	3,51	3	0,88	8	2,34	8	2,34
Área 4	20	3,31	2	0,17	6	1,05	5	0,87	4	0,70	2	0,35
Área 5	17	2,34	11	1,51	9	1,24	15	2,06	12	1,65	15	2,06
Área 6	8	1,29	13	2,09	16	2,57	49	7,89	12	1,93	18	2,90
Área 7	42	7,39	23	4,15	13	2,34	22	3,97	19	3,43	10	1,80
Área 8	16	3,47	10	2,17	5	0,87	12	2,60	9	1,95	8	1,74
Área 9	10	2,53	6	1,52	11	2,78	9	2,28	3	0,76	23	5,82
Área 10	2	0,64	6	1,93	5	1,61	3	0,96	8	2,57	5	1,61
Área 11	19	2,38	36	4,52	34	4,27	38	4,77	47	5,90	28	3,51
CM	169**	2,83	137	2,3	124**	2,08	174	2,92	141	2,36	127	2,13
España***	1.136	2,86	652	1,64	671	1,69	1479	3,73	795	2,00	698	1,76

* Para el año 2006, datos provisionales.

** Se desconoce el Área de residencia en un caso

*** A partir de informes del Instituto de Salud Carlos III

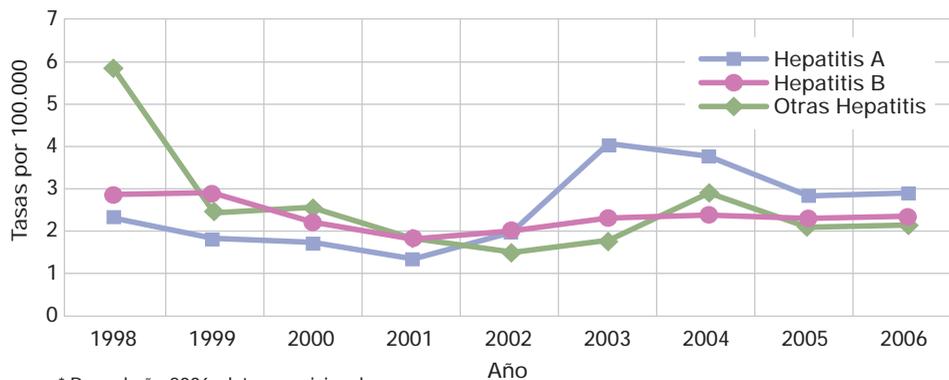


Figura 7.22. Incidencia de hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis víricas. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Para el año 2006, datos provisionales.

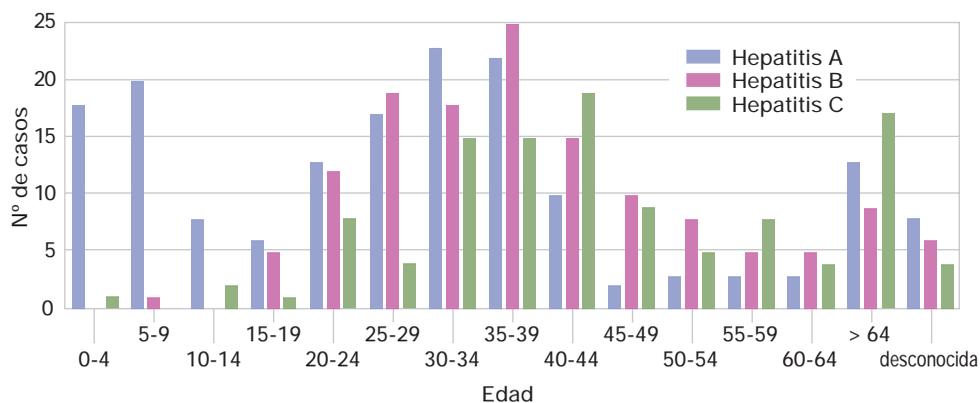


Figura 7.23. Incidencia de hepatitis A, B y C según edad. Nº de casos. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

Hepatitis A

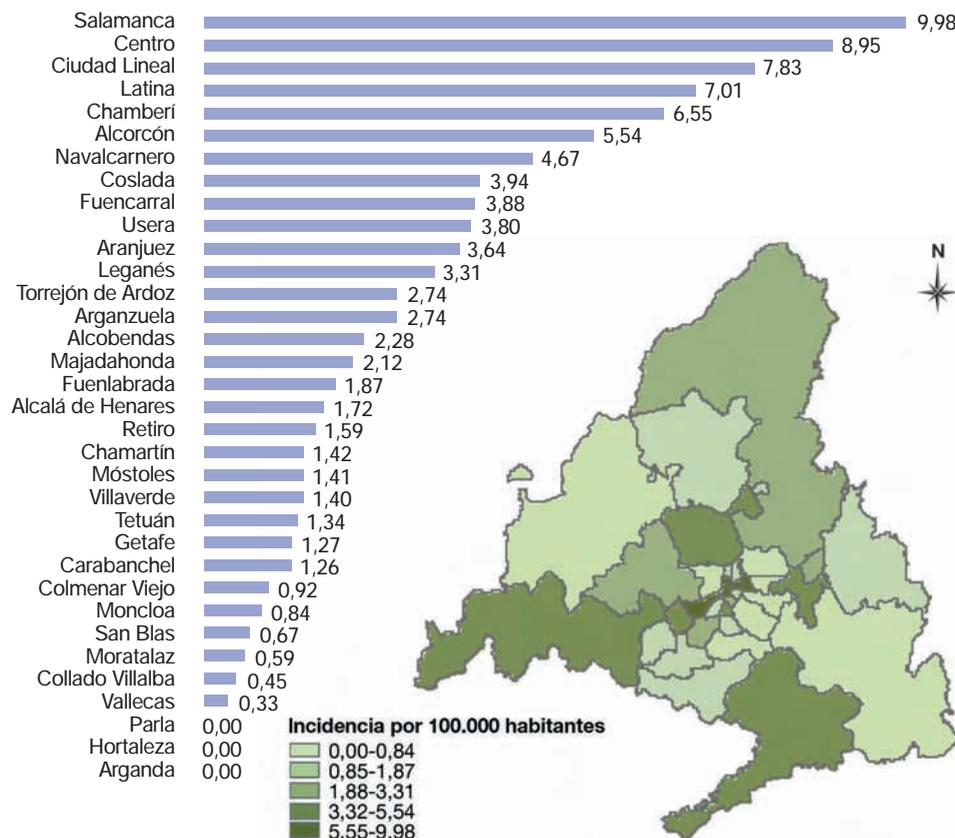
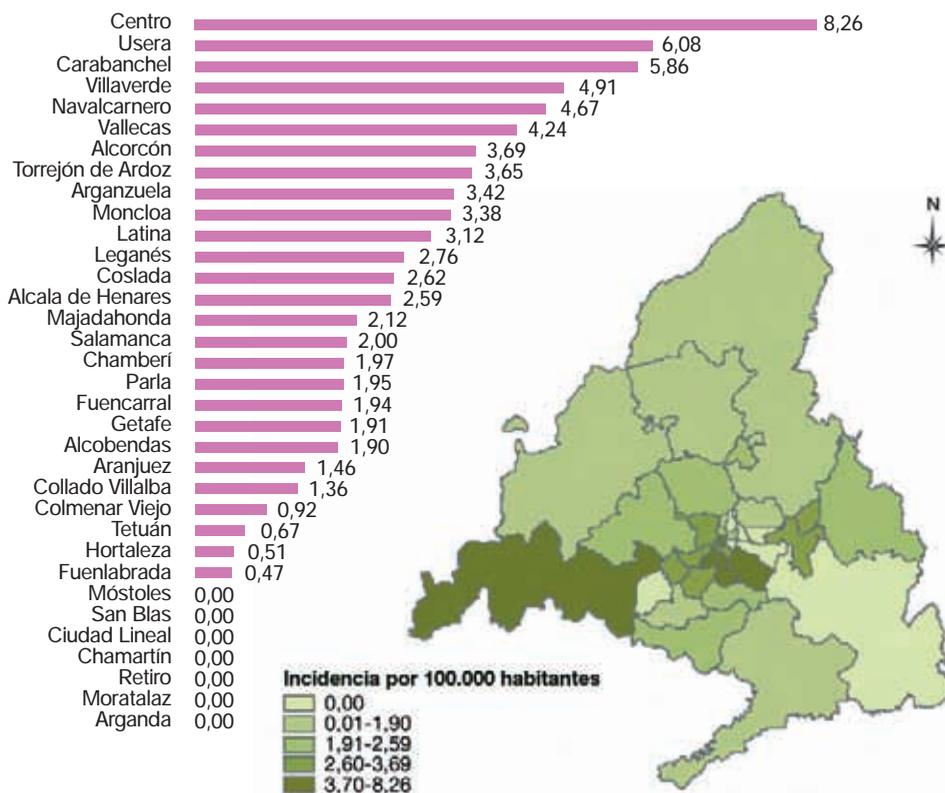


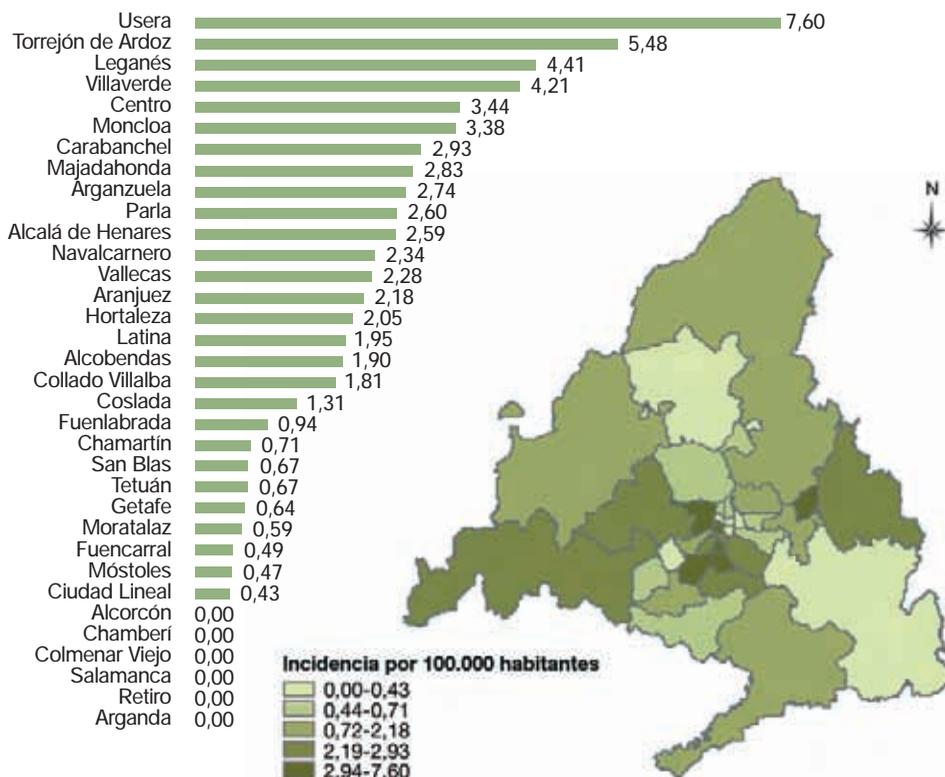
Figura 7.24. Incidencia de hepatitis A, B y C según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Hepatitis B



Hepatitis C



7.4.4. Enfermedades de transmisión respiratoria: gripe, varicela y legionelosis

En la temporada 2005-2006 la actividad gripal fue menor a la de temporadas previas con circulación tanto del virus influenza A (H3N2) como B (tablas 7.11 y 7.12, figuras 7.25, 7.26 y 7.27). Actualmente existe a nivel mundial una preocupación por la posible aparición de una nueva pandemia de gripe en relación con la cepa influenza A (H5N1). Este virus supone un motivo de preocupación para la salud humana fundamentalmente por dos razones: la primera, porque ha sido capaz de cruzar la barrera de la especie e infectar a los seres humanos por lo menos en tres ocasiones recientemente y la segunda, porque existe el riesgo de que dicho virus adquiera la capacidad de transmitirse de persona a persona de manera eficiente y provocar una pandemia. Por ello desde las diversas instituciones se están preparando planes de respuesta ante una posible pandemia de gripe. En un apartado de este capítulo se presenta el resumen operativo del plan establecido en la Comunidad de Madrid.

En el año 2006 y sobre todo en el 2005, la incidencia de varicela fue inferior a la de años previos (tabla 7.11 y figuras 7.28, 7.29 y 7.30). En el mes de julio de 2005, la Comunidad de Madrid comenzó la vacunación frente a la varicela en los niños de once años que referían no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunados con anterioridad, con el objeto de evitar la varicela en las edades en que la enfermedad puede presentar complicaciones más graves. En 2006 se introdujo la vacunación a los quince meses de edad para disminuir e incluso interrumpir la circulación del virus en la población.

Tabla 7.11. Incidencia de gripe, varicela y legionelosis por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	2005						2006					
	Gripe**		Varicela**		Legionelosis		Gripe**		Varicela**		Legionelosis	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	9.071	1.228,33	2.127	288,02	6	0,81	3.225	436,71	4.504	609,90	6	0,81
Área 2	12.966	2.923,25	2.142	482,93	1	0,23	6.029	1.359,27	2.507	565,22	4	0,90
Área 3	7.037	2.061,15	2.130	623,88	1	0,29	2.433	712,63	2.963	867,87	2	0,59
Área 4	9.027	1.573,58	1.362	237,42	8	1,39	3.389	590,77	2.908	506,92	5	0,87
Área 5	23.407	3.219,17	2.422	333,1	4	0,55	7.481	1.028,86	4.051	557,14	6	0,83
Área 6	13.984	2.250,42	2.106	338,91	11	1,77	5.893	948,35	4.923	792,25	8	1,29
Área 7	22.206	4.004,75	1.375	247,97	4	0,72	9.415	1.697,95	3.393	611,91	9	1,62
Área 8	20.225	4.388,86	2.197	476,75	6	1,3	6.857	1.487,98	2.595	563,12	14	3,04
Área 9	8.107	2.052,32	1.310	331,63	6	1,27	2.248	569,09	2.714	687,06	6	1,52
Área 10	5.293	1.699,37	1.780	571,49	5	1,61	1.223	392,66	1.171	375,96	7	2,25
Área 11	18.951	2.378,58	3.500	439,29	11	1,38	6.919	868,42	4.594	576,60	9	1,13
CM	150.292***	2.519,93	22.451	376,43	63	1,06	55.198	925,50	36.329	609,12	76	1,27
España****	1.349.366	3.399,68	146.066	368,01	1.295	3,26	469.510	1.182,91	177.301	446,70	1.287	3,24

* Para el año 2006, datos provisionales

** Clasificación por área de notificador

*** Se desconoce el Área de notificación en 18 casos

**** A partir de informes del Instituto de Salud Carlos III

De los 63 casos de legionelosis (tabla 7.11, figuras 7.31, 7.32 y 7.33) notificados en 2005, 17 casos (27,0%) se presentaron en el contexto de brotes epidémicos y de ellos 5 casos se asociaron a un balneario de Galicia y 7 a un jacuzzi de uso privado. En el 41,3% de los casos se recogía el antecedente de viaje en los últimos 10 días, pero sólo el 36,5% se clasificó como asociado a viaje. Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la legionelosis fueron: ser fumador (44,4%), tener una enfermedad pulmonar crónica (11,1%), diabetes mellitus (9,5%), nefropatía (6,3%), cáncer (4,8%), inmunodepresión (3,2%) y estar en tratamiento con corticoides (1,6%). En 2006 se ha observado un ligero incremento de la incidencia de legionelosis.

Figura 7.25. Incidencia de gripe según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporada 2005-06.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

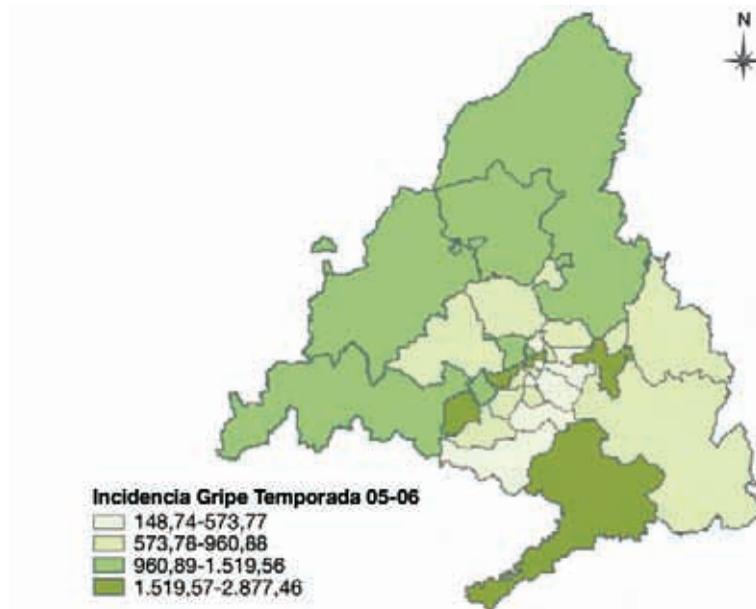
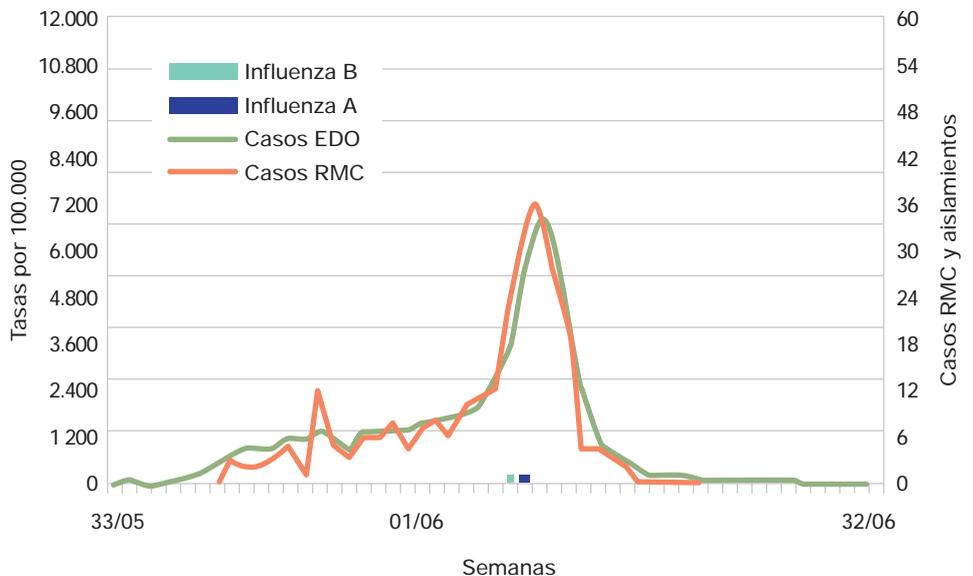


Figura 7.26. Incidencia semanal de gripe según notificaciones al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), a la Red de Médicos Centinelas (RMC) y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid, temporada 2005-06.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Red de Médicos Centinelas. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo



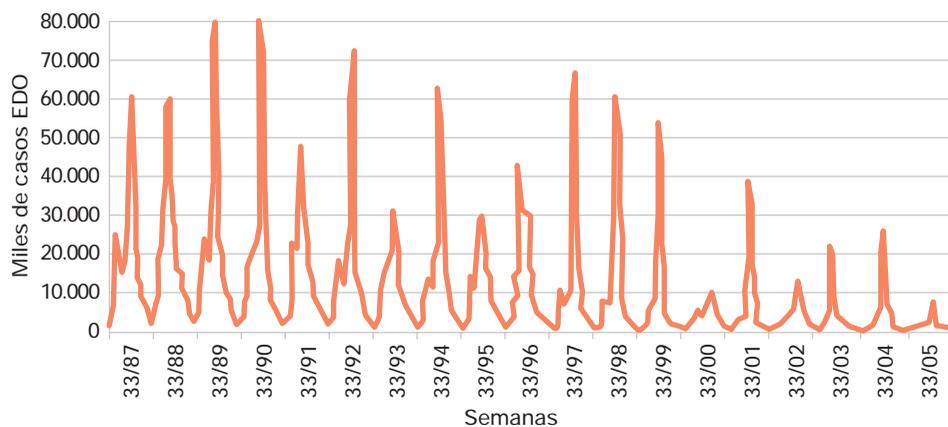


Figura 7.27. Incidencia semanal de gripe. N° de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 1987-88 a 2005-06.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

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

Tabla 7.12. Incidencia de gripe. N° de casos, tasas por 100 mil y pico máximo. Comunidad de Madrid, temporadas 2001-02 a 2005-06.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

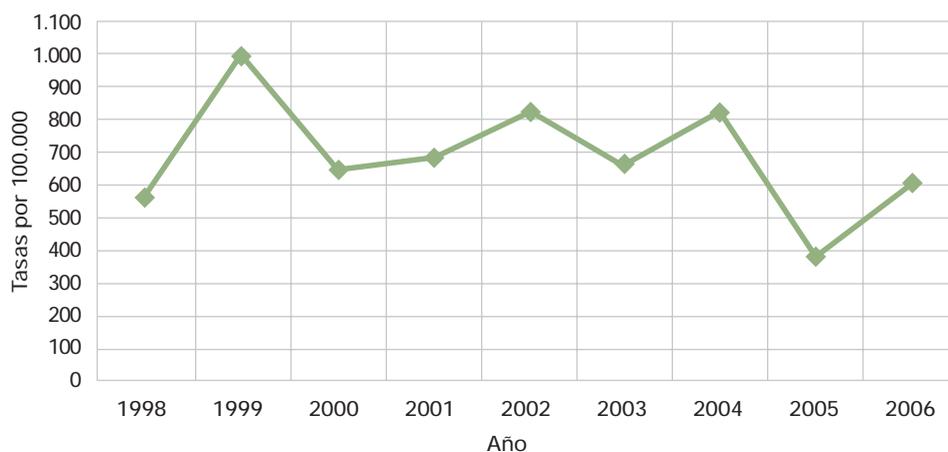


Figura 7.28. Incidencia de varicela. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

*Para el año 2006, datos provisionales

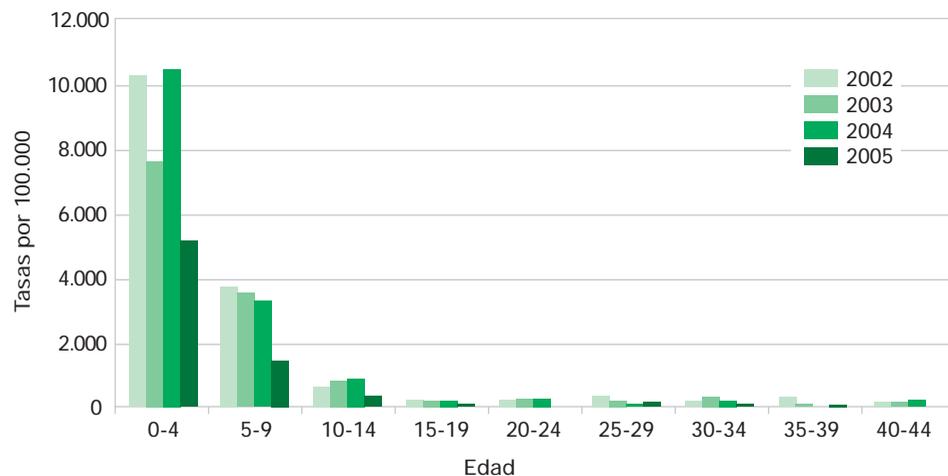


Figura 7.29. Incidencia anual de varicela por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2002-2005.

Fuente: Red de Médicos Centinela. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 7.30. Incidencia de varicela según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

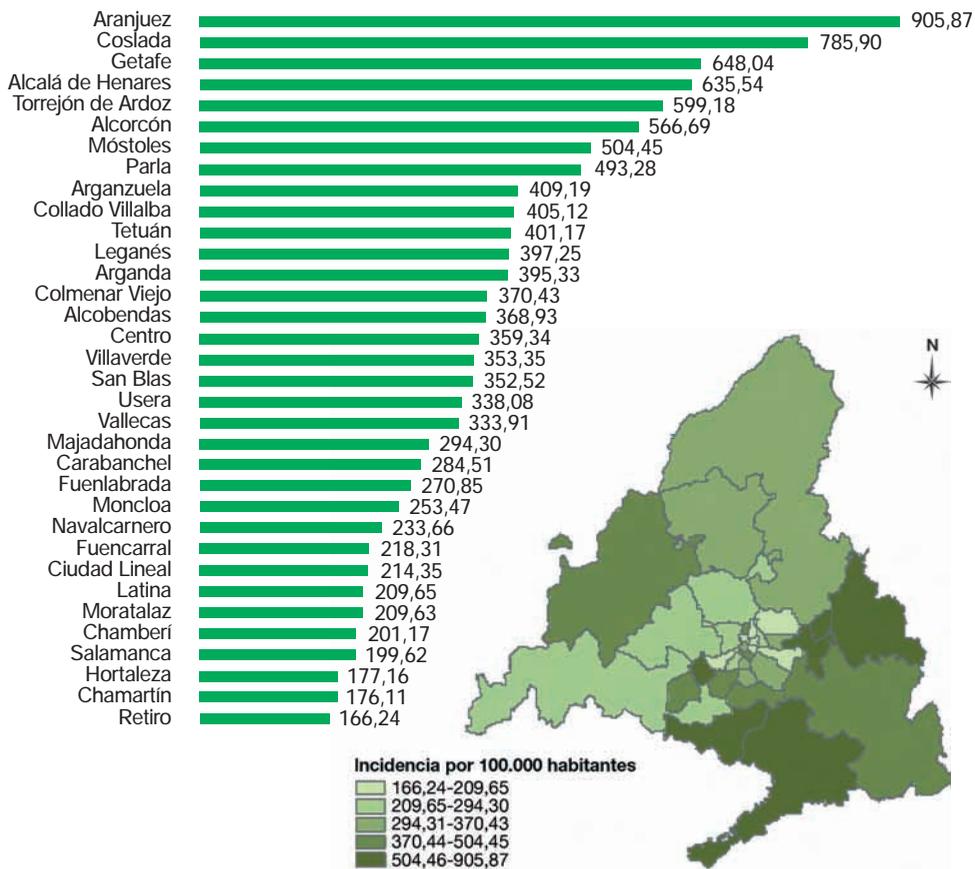


Figura 7.31. Incidencia de legionelosis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1997-2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

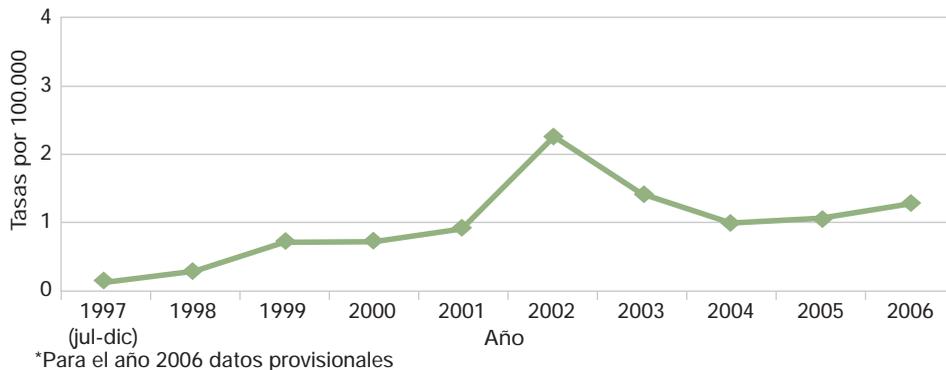
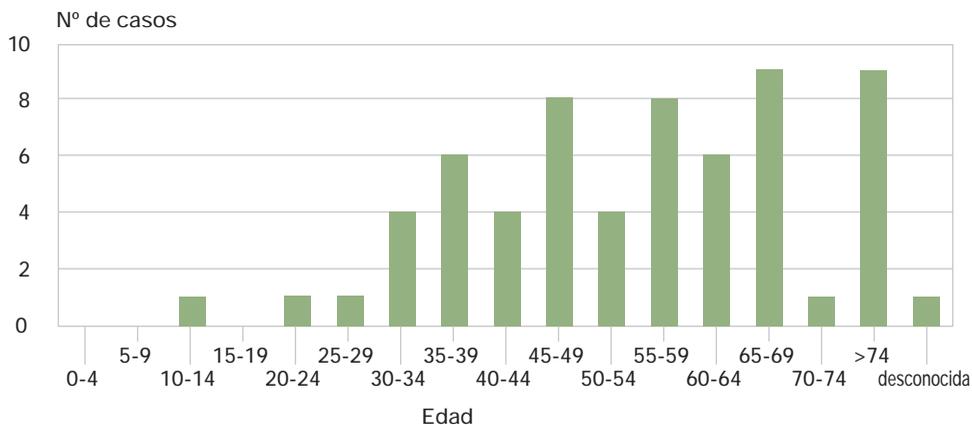


Figura 7.32. Incidencia de legionelosis según edad. Nº de casos. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



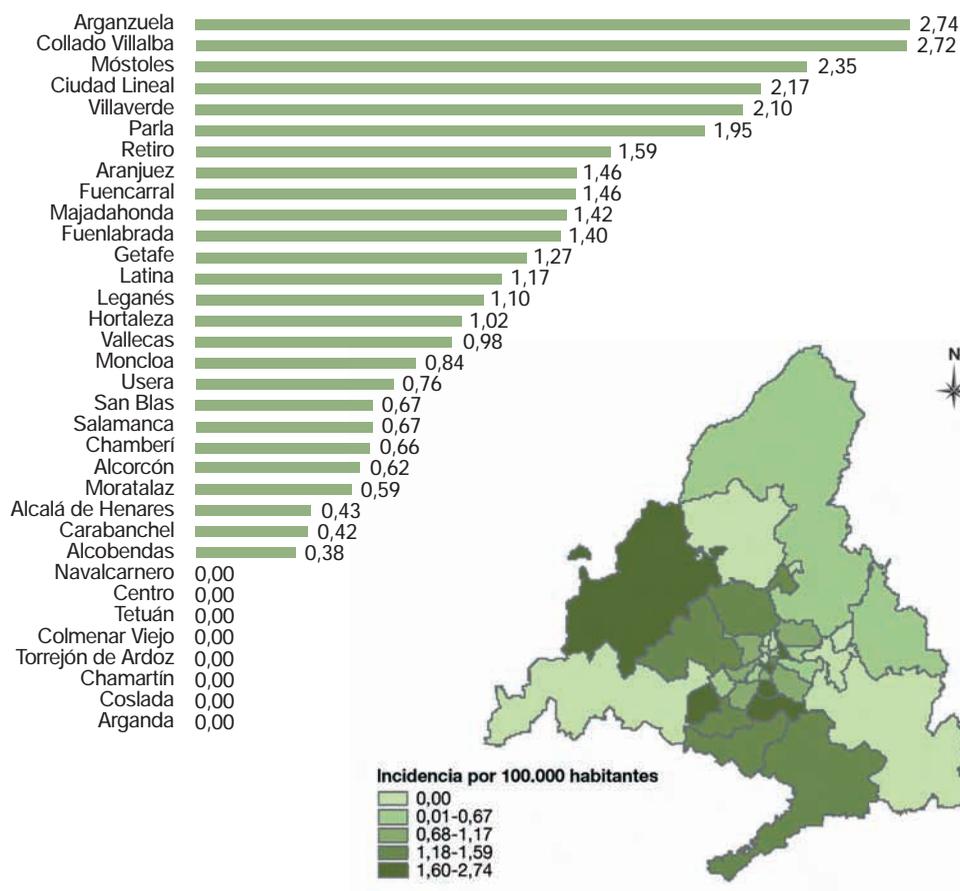


Figura 7.33. Incidencia de legionelosis según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

7.4.5. Tuberculosis

En 2005 la tuberculosis (tabla 7.13, figuras 7.34 y 7.35) ha presentado una incidencia similar a la de años previos (desde 2001). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años (figura 7.36). El porcentaje de casos extranjeros (figura 7.37) estuvo en torno a 35% (dato provisional).

	2005			2006		
	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa
Área 1	175	15,0	23,70	138	13,0	18,69
Área 2	63	5,4	14,20	49	4,6	11,05
Área 3	58	5,0	16,99	59	5,5	17,28
Área 4	91	7,8	15,86	68	6,4	11,85
Área 5	99	8,5	13,62	83	7,8	11,42
Área 6	66	5,6	10,62	50	4,7	8,05
Área 7	140	12,0	25,25	135	12,7	24,35
Área 8	52	4,4	11,28	66	6,2	14,32
Área 9	77	6,6	19,49	72	6,8	18,23
Área 10	49	4,2	15,73	49	4,6	15,73
Área 11	196	16,8	24,60	200	18,8	25,10
Prisiones	24	2,1	-	23	2,2	-
Albergues	18	1,5	-	10	0,9	-
Desconocido	61	5,2	-	62	5,8	-
CM	1.169	100	19,60	1.064	100	17,84

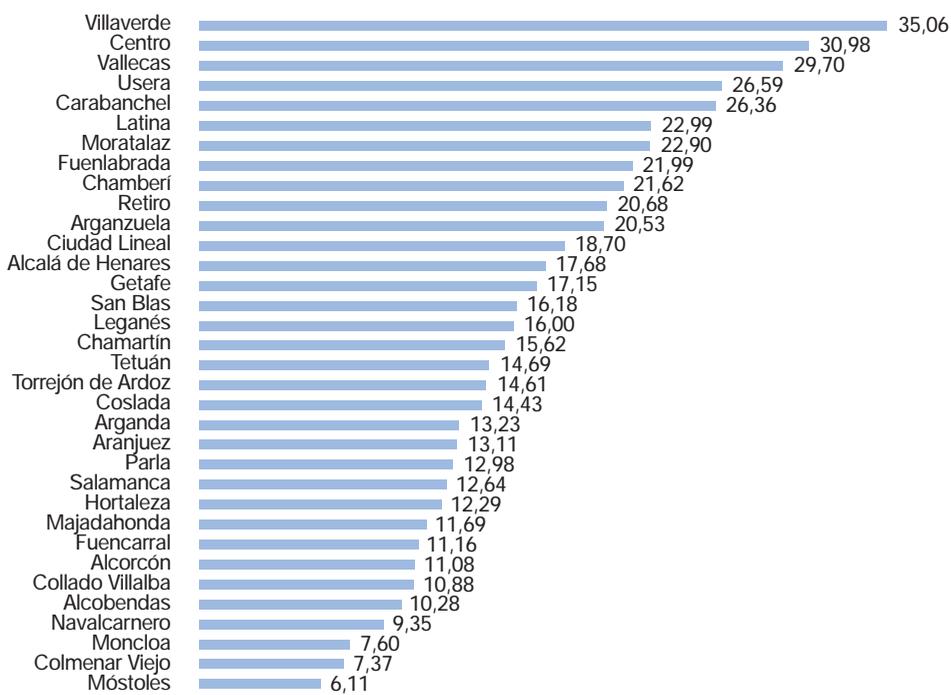
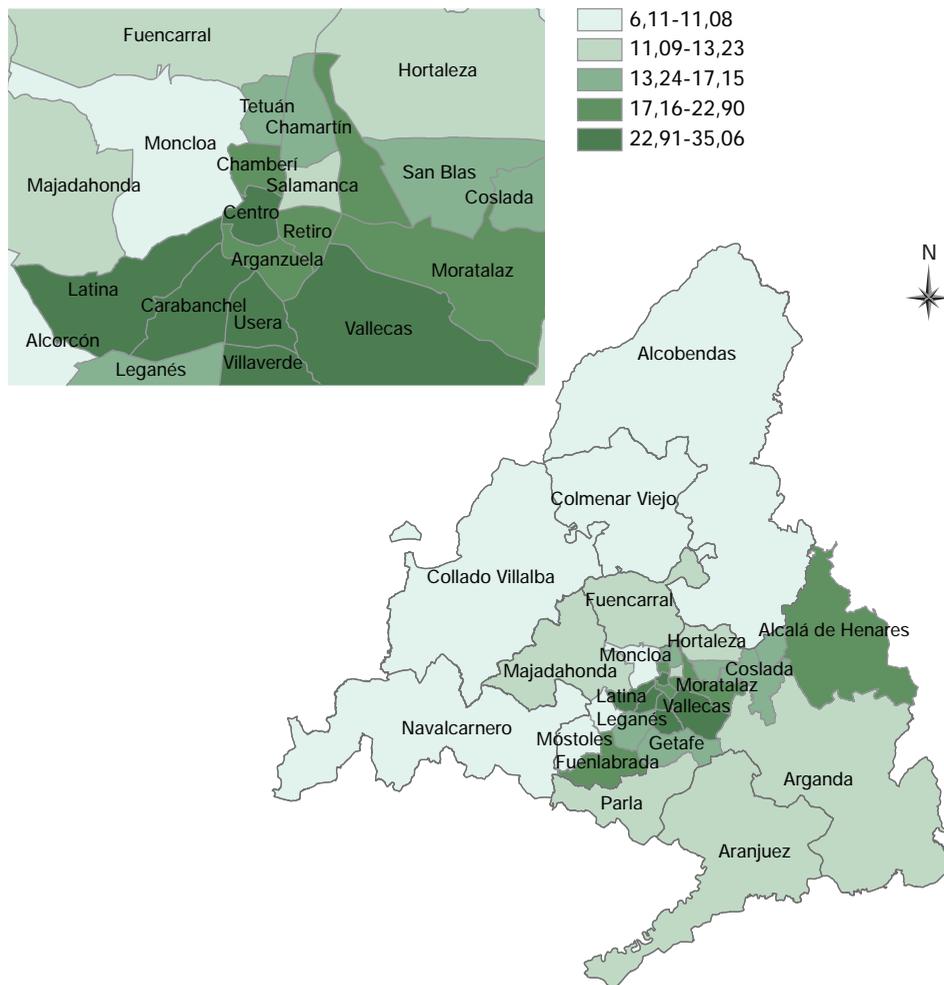
Tabla 7.13. Incidencia de tuberculosis por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Para el año 2006, datos provisionales.

Figura 7.34. Incidencia de tuberculosis según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



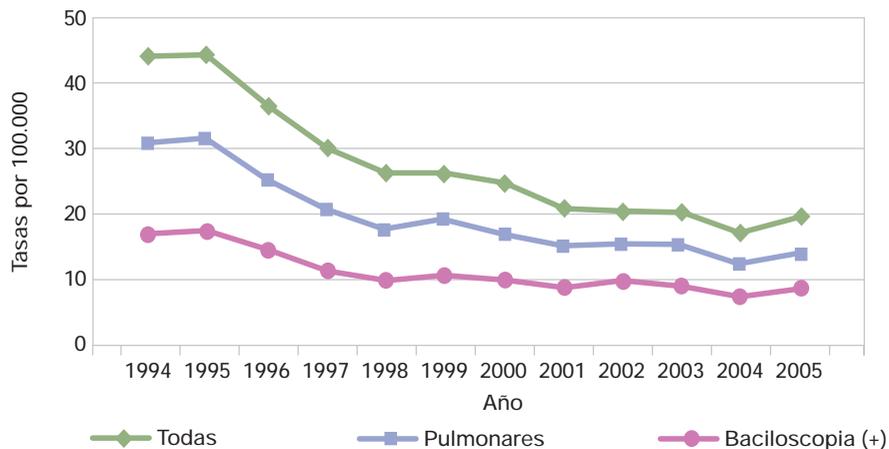


Figura 7.35. Incidencia de tuberculosis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1994-2005.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

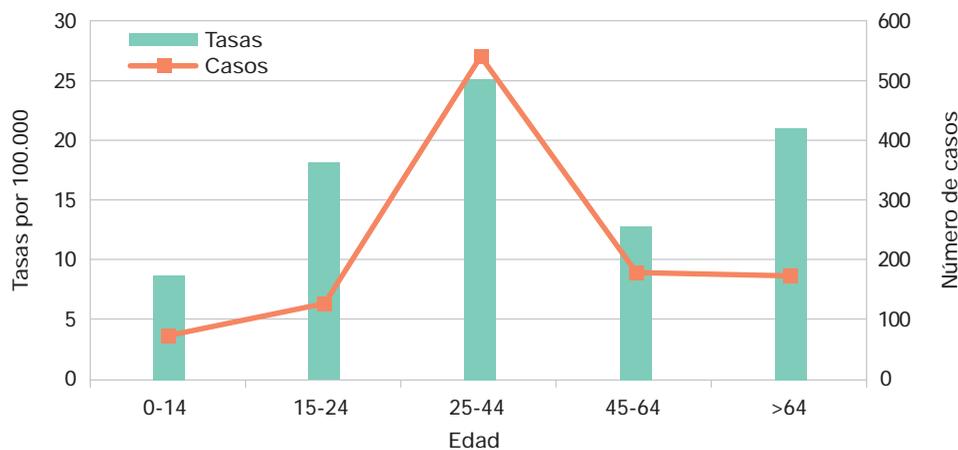


Figura 7.36. Incidencia de tuberculosis según edad. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

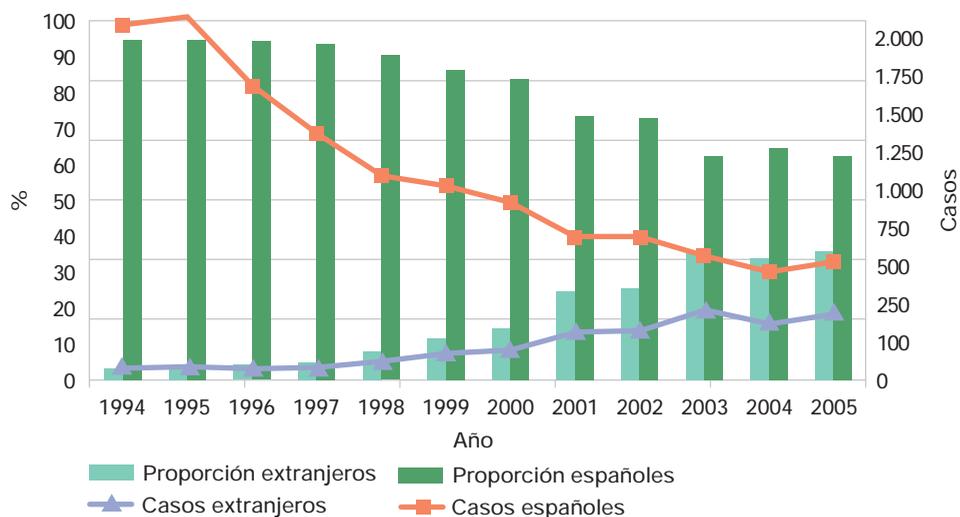


Figura 7.37. Proporción y número de casos de tuberculosis según nacionalidad. Comunidad de Madrid, 1994-2005*.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

*Para el año 2005, datos provisionales

7.4.6. Antropozoonosis: brucelosis, leishmaniasis y rabia

En 2005 y 2006 se ha observado un descenso en la incidencia de brucelosis en comparación con los años previos (tabla 7.14 y figura 7.38). De los 10 casos notificados en 2005, el 90,0% eran varones, y el 60,0% tenía entre 23 y 35 años de edad. En el 70% de los casos constaba el antecedente de contacto con ganado, en su mayoría de tipo ovino o bovino, siendo en 4 casos un contacto habitual. En el 60% de los casos se recogía el antecedente de consumo de lácteos en los 6 meses anteriores, habiendo consumido, uno de los casos, leche de vaca hervida y queso de cabra casero, y otro caso leche de oveja cruda.

Respecto a la leishmaniasis, de los 24 casos notificados en 2005, en 4 se desconoce el tipo de leishmaniasis, siendo el resto leishmaniasis visceral en el 75% de los casos, leishmaniasis cutánea en el 20% y leishmaniasis cutáneo-mucosa en el 5%. El 91,7% de los casos eran varones. El rango de edad fue de 7 meses a 68 años (mediana de 39 años) y el 25,0% se produjo en menores de 8 años. No se ha notificado ningún caso de rabia.

Tabla 7.14. Incidencia de brucelosis y leishmaniasis por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	2005				2006			
	Brucelosis		Leishmaniasis		Brucelosis		Leishmaniasis	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	2	0,27	3	0,41	0	-	0	-
Área 2	0	-	0	-	0	-	0	-
Área 3	0	-	3	0,88	0	-	0	-
Área 4	0	-	2	0,35	1	0,17	0	-
Área 5	3	0,41	2	0,28	0	-	3	0,41
Área 6	0	-	2	0,32	0	-	4	0,64
Área 7	0	-	1	0,18	0	-	3	0,54
Área 8	2	0,43	5	1,09	1	0,22	4	0,87
Área 9	0	-	1	0,25	1	0,25	4	1,01
Área 10	0	-	1	0,32	2	0,64	0	-
Área 11	3	0,38	4	0,5	2	0,25	1	0,13
CM	10	0,17	24	0,4	7	0,12	19	0,32
España**	350	0,88	ND		324	0,82	ND	

* Para el año 2006, datos provisionales.

** A partir de informes del Instituto de Salud Carlos III

ND: No disponible.



* Para el año 2006, datos provisionales.

Figura 7.38. Incidencia de brucelosis y leishmaniasis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

7.4.7. Enfermedades de transmisión alimentaria: cólera, botulismo, triquinosis, disentería, fiebre tifoidea y brotes de origen alimentario

No se han notificado casos de cólera. Respecto a botulismo, en el año 2006 no se notificó ningún caso de botulismo y en 2005 se notificó un caso sospechoso (diagnóstico clínico y por electromiograma) con antecedentes de consumo de conservas de vegetales y atún tanto de procedencia industrial como casera. Presentó un cuadro clínico típico que requirió hospitalización y evolucionó favorablemente. En 2005, se notificaron 2 casos de triquinosis en la Comunidad de Madrid. Ambos casos se clasificaron como sospechoso/probable y afectaron a dos inmigrantes rumanos. Uno de ellos se produjo en un varón de 37 años y se asoció a un brote por consumo de carne de jabalí procedente de una cacería realizada en Rumanía. El otro caso era una niña de 7 años con antecedente de consumo de carne de cerdo enviada desde su país de origen. En el año 2006 se notificaron 7 casos de triquinosis.

La disentería y la fiebre tifoidea (tabla 7.15, figuras 7.39 y 7.40) han continuado en estos dos años con incidencias bajas.

	2005				2006			
	Disentería		F. tifoidea y paratifoidea		Disentería		F. tifoidea y paratifoidea	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	1	0,14	0	-	0	-	0	-
Área 2	0	-	0	-	2	0,45	1	0,23
Área 3	0	-	1	0,29	1	0,29	2	0,59
Área 4	9	1,57	0	-	6	1,05	1	0,17
Área 5	1	0,14	0	-	1	0,14	1	0,14
Área 6	14	2,25	3	0,48	2	0,32	1	0,16
Área 7	1	0,18	1	0,18	1	0,18	0	-
Área 8	1	0,22	0	-	1	0,22	3	0,65
Área 9	0	-	0	-	1	0,25	2	0,51
Área 10	0	-	0	-	0	-	0	-
Área 11	0	-	6	0,75	12	1,51	3	0,38
CM	27	0,45	11	0,18	27	0,45	14	0,23
España**	186	0,47	74	0,19	152	0,38	84	0,21

* Para el año 2006, datos provisionales.

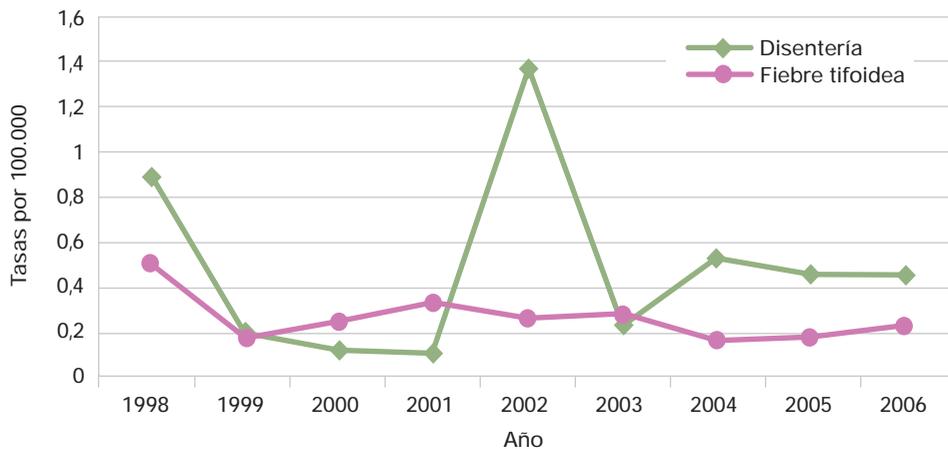
** A partir de informes del Instituto de Salud Carlos III

Tabla 7.15. Incidencia de disentería y fiebre tifoidea/paratifoidea por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 7.39. Incidencia de disentería y fiebre tifoidea/paratifoidea. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2006*.

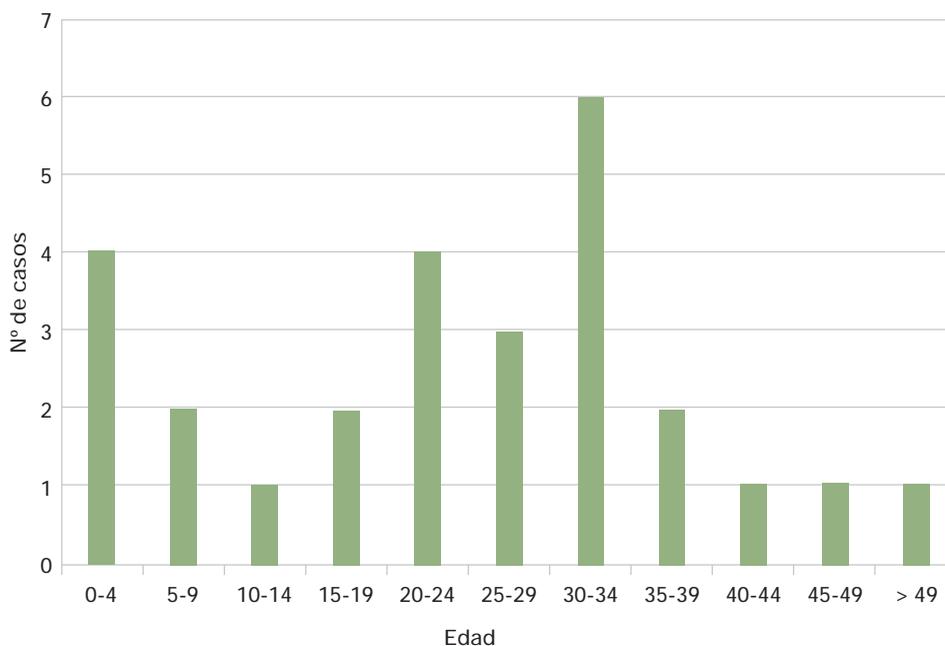
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



*Para el año 2006, datos provisionales

Figura 7.40. Incidencia de disentería según edad. Nº de casos. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



El número de brotes de origen alimentario notificados se ha mantenido bastante estable en los últimos años y respecto al número de casos destaca que desde 2002 a 2005 se observó una tendencia descendente en el número de casos asociados a brotes en colegios, si bien en el 2006 han vuelto a aumentar (tabla 7.16 y figura 7.41). El agente causal confirmado con mayor frecuencia es *Salmonella* (tablas 7.17 y 7.18 y figura 7.42). Dentro de los factores contribuyentes los más frecuentes son los relacionados con una refrigeración o un enfriamiento inadecuados (tabla 7.19).

Tabla 7.16. Brotes de origen alimentario. Lugar de consumo del alimento. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Brotes				Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	2005		2006		2005	2006	2005	2006	2005	2006
	N	%	N	%	N	N	N	N	N	N
Bares, restaurantes y similares	52	42,6	46	41,9	453	451	1.319	1.113	28	24
Domicilios particulares	43	35,2	36	32,8	202	159	256	180	37	35
Colegios, guarderías y otros centros	10	8,2	14	12,7	469	1.109	1.931	3.228	6	9
Residencias de ancianos	3	2,5	3	2,7	171	89	536	451	12	0
Otras residencias	3	2,5	2	1,8	252	66	760	514	0	0
Comedores de empresa	1	0,8	-	-	58	-	720	-	0	-
Instituciones penitenciarias	1	0,8	3	2,7	55	72	110	1514	0	0
Otros lugares**	8	6,6	5	4,5	71	51	666	285	8	9
Desconocido	1	0,8	1	0,9	5	2	5	2	0	0
Total	122	100	110	100	1.736	1.999	6.303	7.287	91	77

* Para el año 2006, datos provisionales.

** Incluye espacios al aire libre (campo, ríos, parques, fiestas populares), lugar de trabajo (distinto de comedor de empresa), recinto ferial cubierto y parque recreativo (campamento urbano)

Nº de brotes

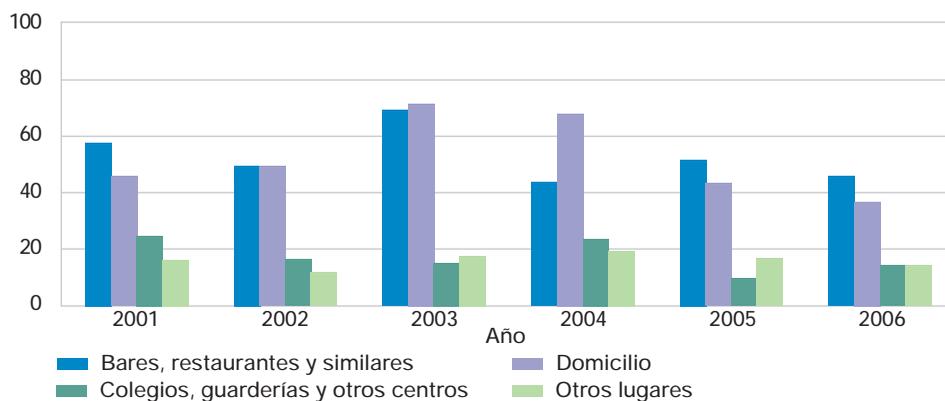
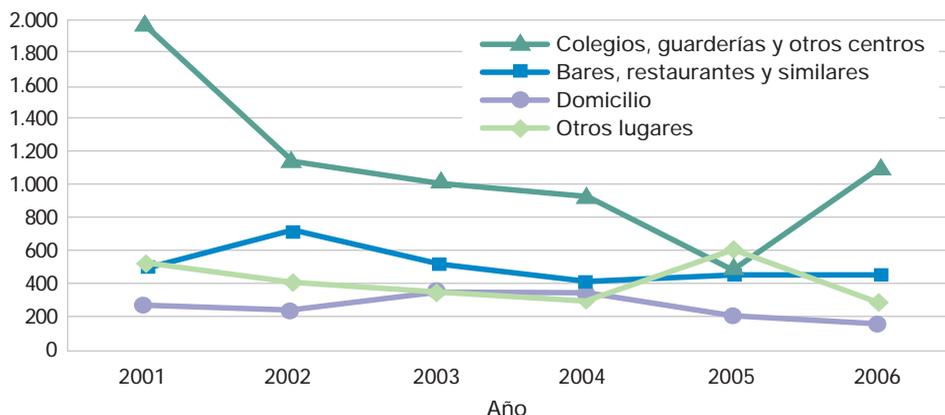


Figura 7.41. Evolución temporal de los brotes de origen alimentario según lugar de consumo. Número de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2006*.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Nº de casos



* Para el año 2006, datos provisionales.

Tabla 7.17. Brotes de origen alimentario. Agente causal confirmado. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

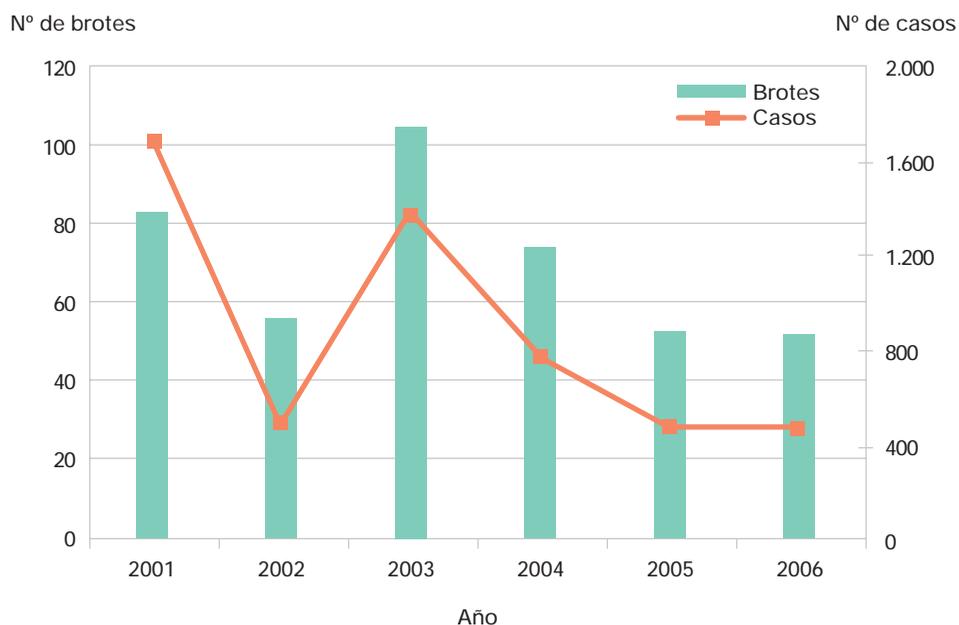
Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Brotes				Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	2005		2006		2005	2006	2005	2006	2005	2006
	N	%	N	%	N	N	N	N	N	N
Salmonella	53	84,1	52	91,2	455	463	1.221	1.583	81	62
Clostridium perfringens	4	6,3	2	3,5	279	703	740	1.282	0	0
S. aureus	2	3,2	-	-	133	-	326	-	1	-
Campylobacter	1	1,6	-	-	2	-	2	-	0	-
Norovirus	1	1,6	2	3,5	57	65	176	310	0	0
Astrovirus	1	1,6	-	-	8	-	15	-	0	-
B. cereus + C. perfringens	1	1,6	-	-	55	-	110	-	0	-
S. enteritidis + C. jejuni	-	-	1	1,8	-	121	-	323	-	2
Total	63	100	57	100	989	1.352	2.590	3.498	82	64

* Para el año 2006, datos provisionales.

Figura 7.42. Evolución temporal de los brotes de origen alimentario confirmados por Salmonella. Número de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2006*

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



* Para el año 2006, datos provisionales.

		2005	2006
Alimento confirmado	Agente causal	Nº brotes	Nº brotes
Alimentos preparados con huevo cocinado	<i>Salmonella</i> (Confirmado)	4	2
Alimentos preparados con huevo crudo	<i>Salmonella</i> (Confirmado)	3	3
Carnes de ave	<i>Salmonella</i> (Confirmado)	1	-
	<i>C. perfringens</i> (Confirmado)	1	-
	<i>C. perfringens</i> (Sospecha)	1	-
	Desconocido	-	1
Repostería * con queso	<i>Salmonella</i> (Confirmado)	1	-
	<i>L. monocytogenes</i> (Sospecha)	-	1
	Desconocido	1	-
Ensaladas	<i>C. perfringens</i> (Confirmado)	1	-
	<i>B. cereus</i> + <i>C. perfringens</i> (Sospecha)	1	-
Otras carnes: * Cocido * Carne picada cocinada	<i>C. perfringens</i> (Confirmado)	1	1
	<i>C. perfringens</i> (Confirmado)	-	1
Pescados cocinados (Bonito con tomate)	Histamina (Sospecha)	1	-
Productos de pescado (terrina de salmón)	Desconocido	1	-
Marisco	Norovirus (Confirmado)	-	1
	Virus (Sospecha)	-	1
	Desconocido	-	1
Otros: * Arroz milanesa * Fabada *Pimientos rellenos de carne *Salsa elaborada con leche *Pasta con salsa	<i>S. aureus</i> (Confirmado)	2	-
	<i>Salmonella</i> (Confirmado)	-	3
	<i>Salmonella</i> (Confirmado)	1	1
	<i>Salmonella</i> (Sospecha)	-	1
Más de un alimento	<i>E. coli</i> (Sospecha)	-	1
	Norovirus (Sospecha)	-	1
	Desconocido	1	-
Total		21	19

Tabla 7.18. Brotes de origen alimentario. Alimentos confirmados (epidemiológicamente y/o por laboratorio) y agente causal. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Para el año 2006, datos provisionales.

Tabla 7.19. Brotes de origen alimentario. Factores contribuyentes. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	2006				2005	
	Familiar	Colectivo/ Mixto	Total	% **	Total	% **
	N	N	N	% **	N	% **
Refrigeración/Enfriamiento inadecuado	18	29	47	42,7	51	41,8
Conservación a temperatura ambiente	11	17	28	25,5	27	22,1
Preparación de los alimentos con excesiva antelación	7	5	12	10,9	15	12,3
Interrupción de la cadena del frío	0	3	3	2,7	3	2,5
Enfriamiento inadecuado después de la preparación	0	1	1	0,9	6	4,9
Descongelación inadecuada	0	1	1	0,9	0	0,0
Desproporción alimentos en refrigeración/capacidad refrigeradora	0	2	2	1,8	0	0,0
Cocinado/Calentamiento inadecuado	4	10	14	12,7	11	9,0
Cocinado insuficiente	4	5	9	8,2	5	4,1
Mantenimiento inadecuado de la comida caliente	0	5	5	4,5	6	4,9
Manipulación incorrecta	2	34	36	32,7	46	37,7
Prácticas incorrectas de manipulación	2	18	20	18,2	23	18,9
Contaminación cruzada	0	16	16	14,5	20	16,4
Desproporción elaboración nº comidas/capacidad de trabajo del local	0	0	0	0,0	3	2,5
Factores ambientales	0	21	21	19,1	15	12,3
Limpieza y desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios	0	19	19	17,3	14	11,5
Manipulador infectado (siempre que no sea afectado)	0	2	2	1,8	1	0,8
Productos crudos/contaminados	3	4	7	6,4	12	9,8
Ingredientes contaminados	1	2	3	2,7	3	2,5
Consumo de alimentos crudos	2	2	4	3,6	9	7,4
Otros	1	1	2	1,8	2	1,6
Total de factores identificados	28	99	127	-	137	-

* Para el año 2006, datos provisionales.

**Porcentaje respecto al total de brotes notificados.

7.4.8. Enfermedades de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis

En los últimos años se observa una clara tendencia creciente en la infección gonocócica y sífilis (tabla 7.20, figuras 7.43, 7.44, y 7.45).

En 2005 no se notificó ningún caso de sífilis congénita y en el año 2006 se notificaron 2 casos.

	2005				2006			
	I. gonocócica		Sífilis		I. gonocócica		Sífilis	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	2	0,27	8	1,08	2	0,27	2	0,27
Área 2	12	2,71	15	3,38	10	2,25	17	3,83
Área 3	3	0,88	6	1,76	1	0,29	4	1,17
Área 4	11	1,92	11	1,92	8	1,39	15	2,61
Área 5	9	1,24	16	2,2	20	2,75	25	3,44
Área 6	8	1,29	13	2,09	16	2,57	9	1,45
Área 7	15	2,71	29	5,23	29	5,23	34	6,13
Área 8	1	0,22	7	1,52	3	0,65	7	1,52
Área 9	7	1,77	18	4,56	6	1,52	30	7,59
Área 10	8	2,57	4	1,28	10	3,21	4	1,28
Área 11	13	1,63	51	6,4	25	3,14	68	8,53
CM	90**	1,51	178	2,98	132	2,21	223	3,74
España***	1.150	2,90	1.339	3,37	1.384	3,49	1.653	4,16

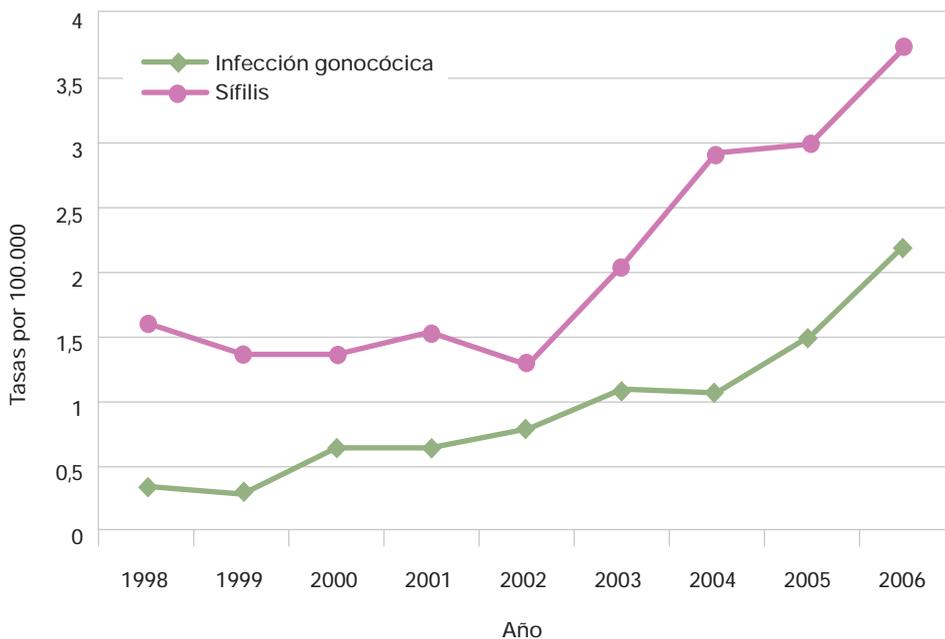
* Para el año 2006, datos provisionales.

** Se desconoce el Área de residencia en un caso

*** A partir de informes del Instituto de Salud Carlos III

Tabla 7.20. Incidencia de infección gonocócica y sífilis por Área de Salud. N° de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



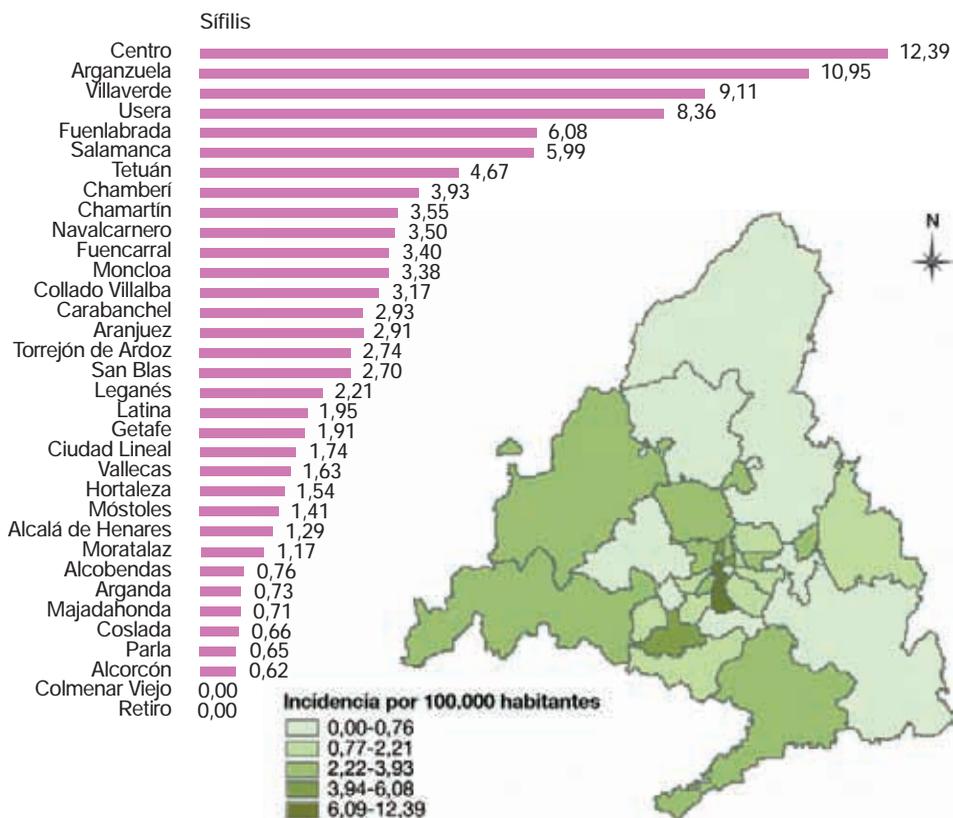
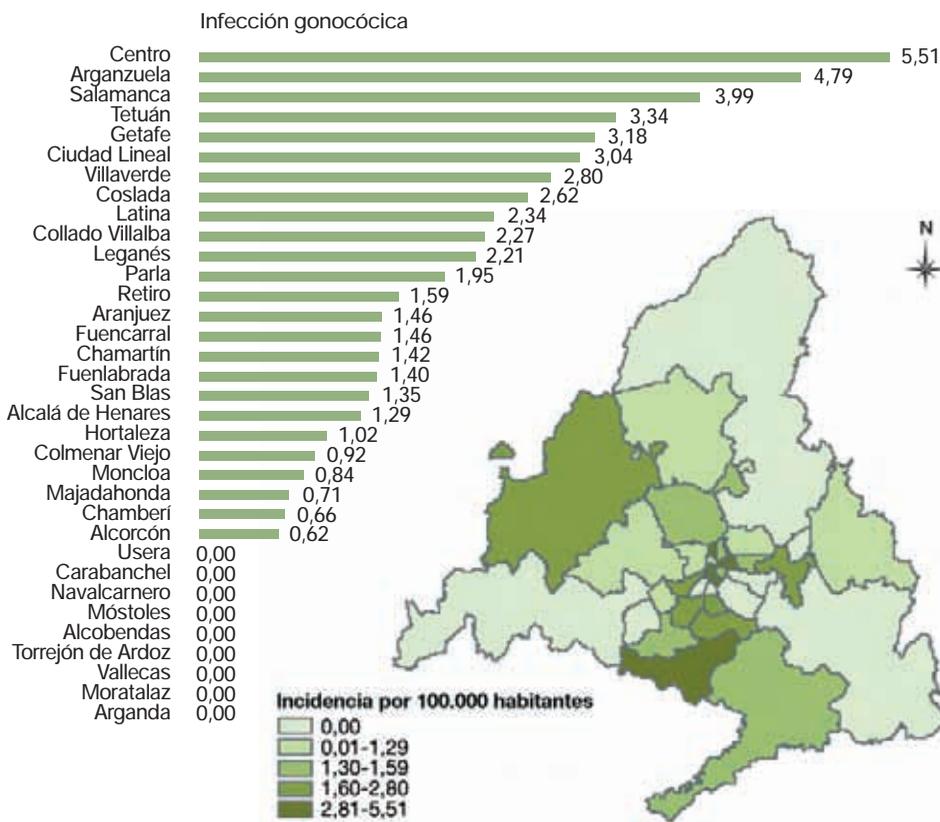
* Para el año 2006, datos provisionales.

Figura 7.43. Incidencia de infección gonocócica y sífilis. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Figura 7.44. Incidencia de infección gonocócica y sífilis según Distrito de Salud. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Nº de casos infección gonocócica

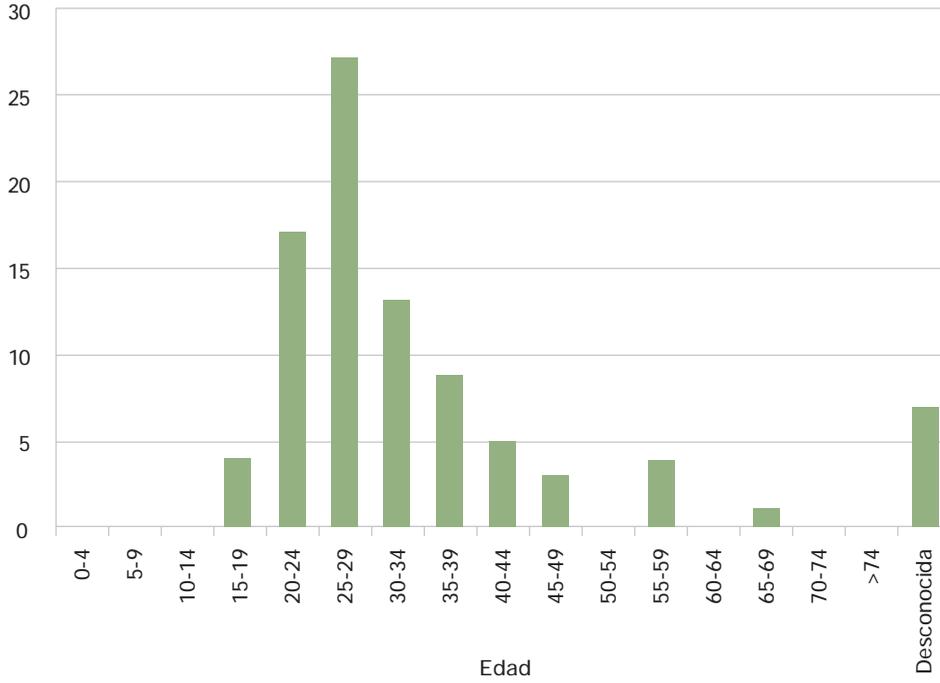
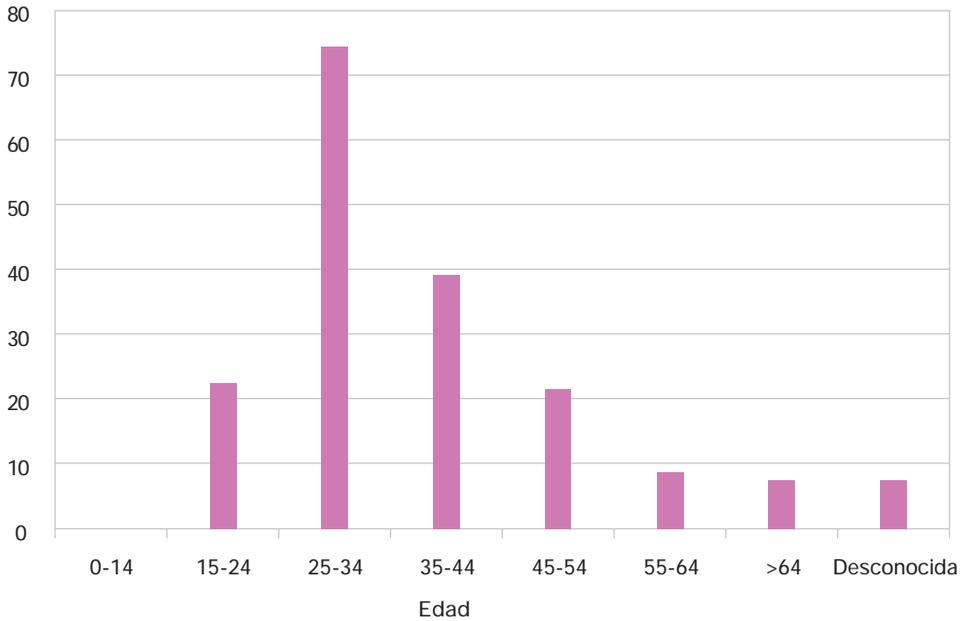


Figura 7.45. Incidencia de infección gonocócica y sífilis según edad. Nº de casos. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Nº de casos sífilis



7.4.9. Infecciones causadas por VIH/SIDA

Hasta el 31 de diciembre de 2006 se habían notificado 17.823 casos de sida con residencia en la Comunidad de Madrid en el momento de su diagnóstico (tabla 7.21), el 60,1% de ellos sabemos que ha fallecido.

Desde mediados de 1996, cuando se empezaron a introducir los antirretrovirales de alta eficacia (TARGA) en el tratamiento de los infectados por VIH, diagnosticados o no de sida, se observa una disminución continua tanto de la incidencia de casos de sida (figuras 7.46, 7.47 y 7.48) como de la mortalidad asociada a la infección por VIH.

De los casos diagnosticados en 2006 (284), el 79,6% eran hombres y el 79,6% tenían entre 30 y 49 años al diagnóstico. Se ha diagnosticado un caso de sida pediátrico por transfusión sanguínea ocurrida fuera de España. Entre los adolescentes/adultos (13 años o más de edad), de los 225 hombres, el 51,1% se habían infectado por compartir jeringuillas al usar drogas por vía parenteral (UDVP), el 16,0% (36 casos) se habían infectado por transmisión heterosexual (HTX) y el 18,7% a través de relaciones sexuales con otros hombres (HSH); de las 58 mujeres, el 36,2% eran UDVP y el 62,1% (36 casos) HTX. El 45,8% había recibido el diagnóstico de infección por VIH en el año previo al diagnóstico de sida y hasta un 37,5% fue diagnosticado en el mismo momento de sida y de infección por VIH (diagnóstico tardío de la infección VIH respecto al diagnóstico de sida, que implica peor pronóstico) (figura 7.49).

En relación al país de origen, desde 2001 cuando se empieza a recoger esta variable, se observa que el 16,9% eran extranjeros.

Las tasas de transmisión vertical, madre-hijo, de la infección por VIH (figura 7.50) han disminuido, sobre todo tras la introducción en 1998 de los antirretrovirales de alta eficacia en la profilaxis de esta vía de transmisión, situándose en el 2,2% para el periodo entre 2002 y 2006. En estos últimos 5 años, el 78,5% recibió profilaxis durante el embarazo y el 91,1% durante el periodo perinatal pero el 0,7% no recibió ningún tipo de profilaxis. En el año 2006 se han notificado 105 niños nacidos con anticuerpos, se sabe que 1 de ellos está infectado.

Desde 1998 no se ha notificado ninguna seroconversión por accidente en personal sanitario con material potencialmente contaminado por el VIH. Se estima que la tasa de seroconversión tras un accidente se sitúa en torno al 1 por mil.

Área de Salud											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
TOTAL	414	149	141	280	216	190	353	144	92	105	373
Grupo de edad											
<13	1	-	1	1	-	-	1	-	-	-	3
13-19	2	1	-	2	-	1	1	-	-	-	-
20-29	33	11	20	19	19	21	49	18	12	18	39
30-39	180	69	68	127	102	84	147	70	46	52	186
40-49	147	41	41	104	68	51	102	39	22	26	107
50-59	26	21	7	19	23	23	39	11	10	6	19
60 y más	25	6	4	8	4	10	14	6	2	3	19
Categoría de transmisión**											
Hombres adolescentes/adultos											
UDVP	229	43	50	130	86	45	90	53	27	47	163
HTX	42	16	22	36	27	38	24	21	22	15	40
HSH	53	47	16	50	43	61	131	18	18	13	65
HD/TF	1	2	1	-	1	-	4	1	1	1	1
Vertical	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Desconocida / Otros	11	-	6	3	2	1	14	3	3	5	17
No consta	5	7	2	4	8	5	28	1	-	1	7
Subtotal	342	115	97	223	167	150	291	97	71	82	293
Mujeres adolescentes/adultas											
UDVP	41	11	16	26	21	11	28	12	5	9	33
HTX	27	23	24	29	25	26	29	35	15	14	42
HD/TF	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Vertical	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Desconocida / Otros	2	-	1	-	2	1	3	-	-	-	1
No consta	1	-	1	-	1	1	1	-	-	-	1
Subtotal	71	34	43	56	49	40	61	47	21	23	77
Casos pediátricos (≤ 12 años)											
HD/TF	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Vertical	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2
Subtotal	1	-	1	1	-	-	1	-	-	-	3
Año de diagnóstico											
2001	92	37	26	62	38	41	81	36	16	20	83
2002	68	32	28	63	36	28	69	18	25	30	69
2003	76	25	24	55	40	29	57	27	19	20	70
2004	72	21	26	57	49	39	60	29	17	13	65
2005	59	19	18	29	25	27	46	23	12	14	63
2006	47	15	19	14	28	26	40	11	3	8	23
Incidencia (nº casos / 100.000 habitantes)											
2001	26,5	16,4	17,6	22,1	11,1	15,7	28,3	17,2	8,8	14,6	22,6
2005	15,5	8,0	10,6	9,6	6,6	8,5	15,6	10,0	6,1	9,0	15,2
País											
% de fuera de España	11,4	18,1	27,0	8,6	17,6	26,3	20,7	18,1	22,8	20,0	14,2

Tabla 7.21. Casos de sida por Área de Salud de residencia al diagnóstico de sida. Comunidad de Madrid, 2001-2006*.

Fuente: Registro Regional de SIDA/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Los datos de 2006 están incompletos por retraso en la notificación.

** UDVP: usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (incluye a los homosexuales UDVP)

HTX: heterosexual

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

HD/TF: receptores de hemoderivados y/o transfusiones contaminadas

Figura 7.46. Incidencia de sida según sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2005.

Fuente: Registro Regional de SIDA/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

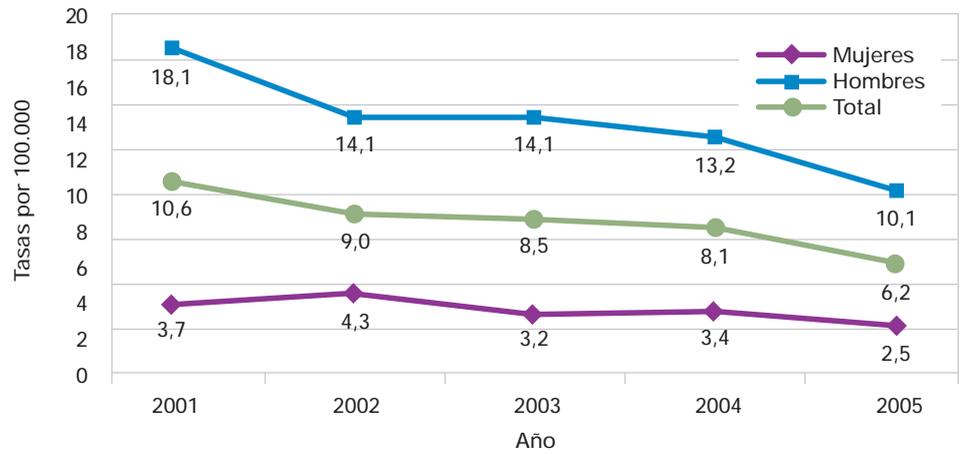


Figura 7.47. Incidencia de sida según grupo de edad al diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2005.

Fuente: Registro Regional de SIDA/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

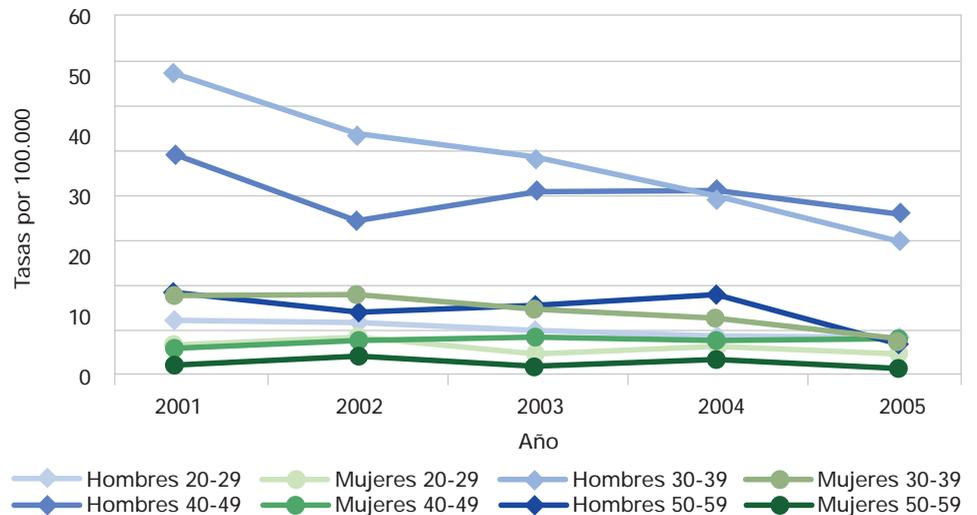
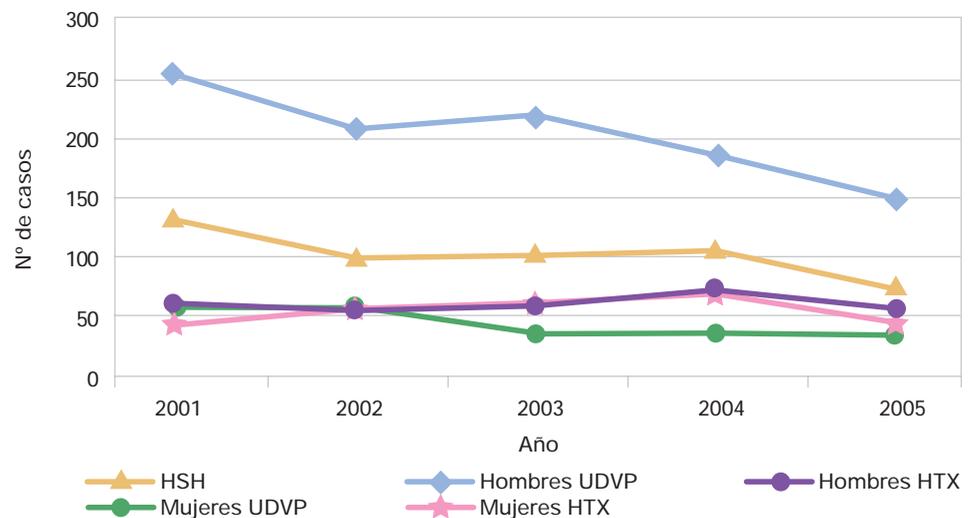


Figura 7.48. Incidencia de sida según grupo de transmisión y sexo. Nº de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2005.

Fuente: Registro Regional de SIDA/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



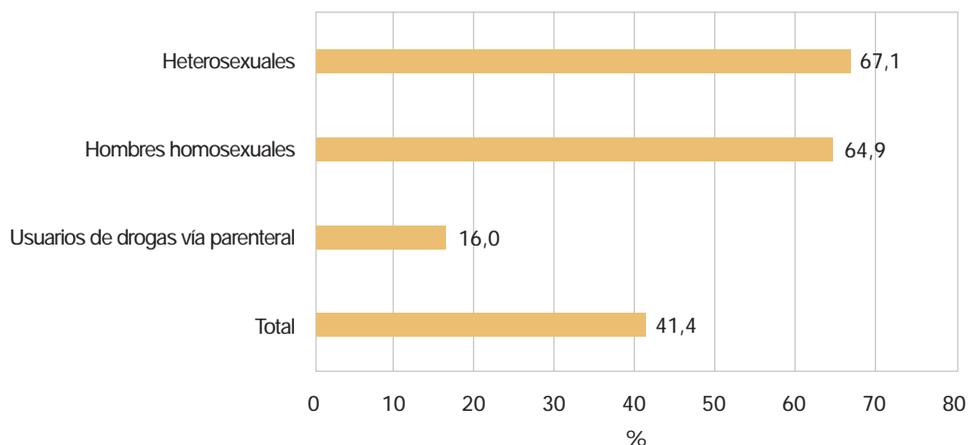


Figura 7.49. Casos de sida en adolescentes/adultos no infectados por transmisión vertical. Porcentaje de casos con diagnóstico tardío de la infección por VIH (menos de un año entre el diagnóstico de VIH y el de sida) por grupo de transmisión. Comunidad de Madrid, 2001-2006*.

Fuente: Registro Regional de SIDA/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

* Notificados hasta 31-12-2006.

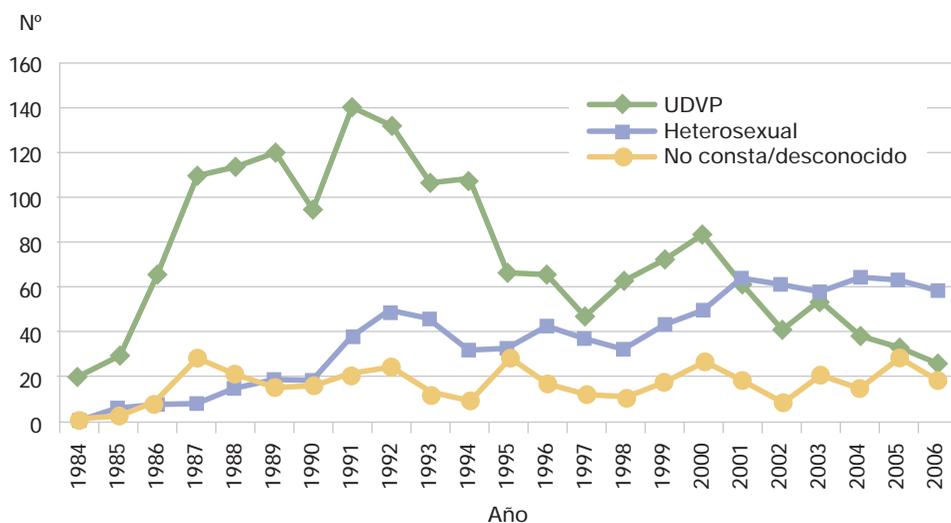


Figura 7.50. Niños nacidos con anticuerpos anti-VIH según año de nacimiento y grupo de transmisión materna. Comunidad de Madrid, 1984-2005.

Fuente: Registro Regional de SIDA/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

7.4.10. Enfermedades importadas: fiebre amarilla, peste, tífus exantemático, lepra y paludismo

No se han notificado casos de fiebre amarilla, peste ni tífus exantemático. Durante el año 2005 se notificó un caso de lepra en la Comunidad de Madrid, con inicio de síntomas en diciembre de 2001. Se trataba de un varón de 58 años procedente de República Dominicana con una forma de lepra paucibacilar sin tratamiento previo que comenzó con la multiterapia de la OMS. El caso se clasificó como probable y el diagnóstico se realizó por anatomía patológica. En 2006 se notificaron 5 casos de lepra.

El paludismo (tablas 7.22 y 7.23, figura 7.51) presenta una tendencia descendente en los últimos años. De los 123 casos notificados en 2005, el 52,8% eran varones, el rango de edad fue de 4 meses a 77 años (17,9% menores de 15 años y 59,0% de 15 a 39 años de edad). De los casos en que se conoce el motivo de estancia en otros países (53,7%), el más frecuente es la inmigración de zonas endémicas, seguido del antecedente de viaje turístico a dichos lugares.

Tabla 7.22. Incidencia de paludismo por Área de Salud. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

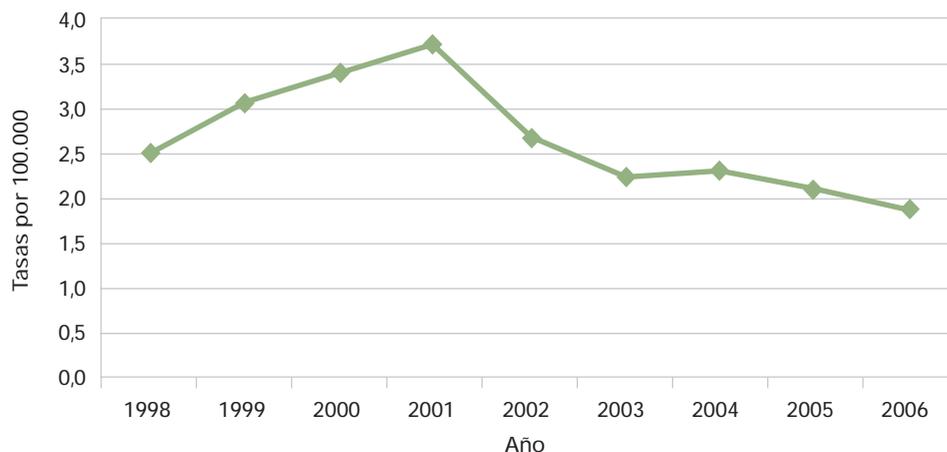
	2005		2006	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Área 1	2	0,27	3	0,41
Área 2	2	0,45	5	1,13
Área 3	25	7,32	13	3,81
Área 4	2	0,35	3	0,52
Área 5	6	0,83	2	0,28
Área 6	3	0,48	4	0,64
Área 7	7	1,26	13	2,34
Área 8	23	4,99	8	1,74
Área 9	31	7,34	29	7,34
Área 10	8	2,57	3	0,96
Área 11	14	1,76	26	3,26
CM	123	2,06	112	1,88
España**	328	0,83	365	0,92

* Para el año 2006, datos provisionales.

** A partir de informes del Instituto de Salud Carlos III

Figura 7.51. Incidencia de paludismo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2006*.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



* Para el año 2006, datos provisionales.

Tabla 7.23. Distribución de los casos de paludismo según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Plasmodium aislado	País / continente de contagio					Total
	Guinea	Resto de África	América Latina	Asia	No figura	
P. falciparum	33	36	2	1	7	79 (76,7%)
P. malariae	3	2				5 (4,9%)
P. vivax	2		2			4 (3,9%)
P. ovale	2					2 (1,9%)
P. spp	5	1				6 (5,8%)
P. mixtas	2	3				5 (4,9%)
No figura especie	1				1	2 (1,9%)
TOTAL	48 (46,6%)	42 (40,8%)	4 (3,9%)	1 (0,9%)	8 (7,8%)	103 (100%)

7.4.11. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas

La notificación de casos de encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas es estable en los últimos años (12 casos en 2005 y 13 en 2006). En 2005 se detectó en la Comunidad de Madrid el primer caso de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob en España (figura 7.52). Se trataba de una mujer de 26 años en la que no se pudieron identificar factores de riesgo.

Años

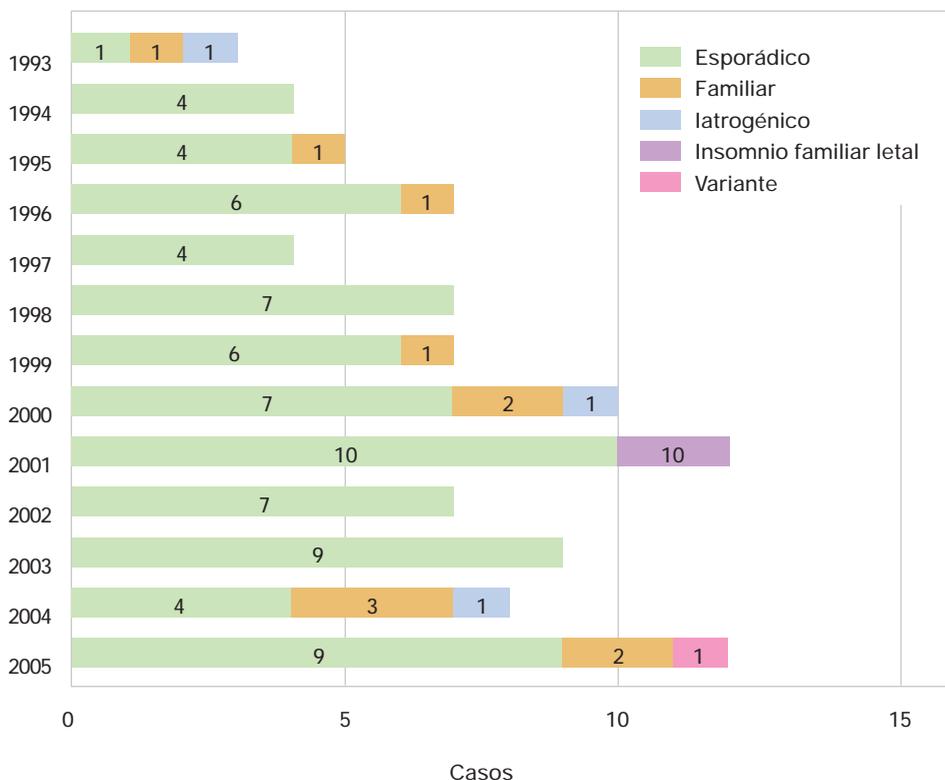


Figura 7.52. Incidencia de las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas y subtipo de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob. N° de casos. Comunidad de Madrid, 1993-2005.

Fuente: Registro Regional de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

7.4.12. Brotes de origen no alimentario

De los brotes de origen no alimentario (tabla 7.24) destacan por una mayor frecuencia los brotes de gastroenteritis aguda (29 brotes en 2005 y 49 en 2006). Se trata de brotes de origen vírico que en su mayoría se producen en centros escolares y geriátricos.

En 2005, se identificaron 5 brotes de eritema infeccioso en centros escolares de las Áreas 1, 5 y 8, que afectaron a 69 casos. En 4 de los brotes se confirmó el agente causal (parvovirus B19).

Tabla 7.24. Brotes de origen no alimentario. Comunidad de Madrid, 2005 y 2006*.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Brotes				Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	2005		2006		2005	2006	2005	2006	2005	2006
	N	%	N	%	N	N	N	N	N	N
Gastroenteritis aguda	29	47,5	49	59,0	1.433	2.055	6.390	8.204	9	23
Hepatitis A	5	8,2	5	6,0	30	53	490	161	5	4
Eritema infeccioso	5	8,2	-	-	69	-	2.690	-	0	-
Tos ferina	4	6,6	2	2,4	13	7	35	12	1	1
Parotiditis	4	6,6	21	25,3	14	243	87	4.118	0	0
Escabiosis	3	4,9	-	-	15	-	373	-	0	-
Escarlatina	3	4,9	-	-	27	-	187	-	0	-
Psitacosis	1	1,6	1	1,2	3	2	3	4	3	1
Fiebre Pontiac	1	1,6	-	-	9	-	9	-	0	-
Virosis respiratoria	1	1,6	-	-	10	-	10	-	0	-
Varicela	1	1,6	-	-	6	-	6	-	1	-
Neumonía vírica	1	1,6	-	-	2	-	12	-	1	-
Meningitis vírica	1	1,6	-	-	2	-	2	-	2	-
Hepatitis B	1	1,6	-	-	4	-	4	-	0	-
Conjuntivitis vírica	1	1,6	1	1,2	46	19	239	32	0	0
Exantema vírico	-	-	1	1,2	-	14	-	96	-	0
Neumonía por mycoplasma	-	-	2	2,4	-	13	-	31	-	1
Bronquiolitis por VSR	-	-	1	1,2	-	2	-	20	-	2
Total	61	100,0	83	100,0	1.683	2.408	10.537	12.678	22	32

* Para el año 2006, datos provisionales.

7.5. Áreas focales

Durante el año 2005 y 2006 se han producido, en el trabajo habitual de salud pública, una serie de hechos que por su relevancia se destacan en este Informe. Se describen de esta forma las acciones más relevantes sobre la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles. Las áreas seleccionadas son los brotes comunitarios de rubéola y sarampión que han tenido lugar en 2005 y 2006, respectivamente, y por su actualidad el Plan de preparación y respuesta ante una posible pandemia de gripe en la Comunidad de Madrid.

7.5.1. Brote comunitario de rubéola en la población residente en la Comunidad de Madrid. Año 2005

En las primeras semanas del año 2005, y en el marco del Plan de Eliminación del Sarampión, se detectó un incremento en el número de casos de rubéola. Los casos estaban apareciendo principalmente en población autóctona masculina y población inmigrante masculina y femenina de 16 a 45 años de edad. En los años recientes sólo destacaba que entre el 1 de diciembre de 2002 y el 31 de marzo de 2003 se habían detectado 19 casos confirmados de rubéola en personas residentes en 7 de las 11 Áreas de Salud, y la mayoría eran mujeres en edad fértil no vacunadas procedentes de países latinoamericanos (Ecuador, Colombia, República Dominicana y Argentina, entre otros). En el año 2005 (hasta el 31 de agosto) se detectaron 460 casos de rubéola en la Comunidad de Madrid (81,7% confirmados por laboratorio). A continuación se presenta un resumen de este brote comunitario del cual se puede obtener información más detallada en el Informe publicado en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2005; 11 (11) : 33-51.

7.5.1.1. Introducción

La importancia de la rubéola desde el punto de vista de la salud pública se debe a los efectos teratogénicos de la infección primaria en las mujeres embarazadas. El síndrome de rubéola congénita puede aparecer en el 90% de los hijos de madres infectadas en las primeras 11 semanas del embarazo¹. La vacuna frente a la rubéola se comenzó a administrar en España a finales de los 70 y principios de los 80 mediante campañas escolares de vacunación dirigidas a niñas de 11 años. En 1980-81 se comenzó a administrar la vacuna triple vírica a los niños y niñas de 15 meses y se alcanzaron coberturas aceptables en 1984-85. En noviembre de 1996 se introdujo una segunda dosis de triple vírica a los 11 años y en noviembre de 1999 se adelantó esta dosis a los 4 años de edad, manteniendo transitoriamente la de los 11 años para niños no vacunados a los 4 años.

Según los datos de la III Encuesta de Serovigilancia², realizada en los años 1990-2000 la prevalencia de anticuerpos frente a rubéola en la población de 2 a 60 años es superior al 95% en todos los grupos de edad. Existen diferencias en cuanto al sexo en el grupo de 16-20 años. En este grupo de edad, la prevalencia en hombres es del 93,1% y en mujeres es cercana al 99%. La seroprevalencia en mujeres de 16-45 años es de

98,6% (IC 95; 96,8%-99,4%). Sin embargo, la susceptibilidad a la rubéola en los adultos inmigrantes que residen en nuestra Comunidad es probablemente más alta. Hay que destacar que, en la Comunidad de Madrid, el 13,9% de la población empadronada es de origen extranjero, de los que el 5,5% proceden de países de América Central y del Sur (datos a 1 de enero de 2004)³. En los nacidos en estos países, el nivel de susceptibilidad frente a rubéola es más elevado, debido a que hasta hace poco tiempo carecían de políticas de vacunación frente a rubéola, tal y como muestran los distintos estudios de seroprevalencia realizados⁴. En un estudio reciente, realizado en la Comunidad de Madrid, se observa un nivel de susceptibilidad del 11% en las mujeres inmigrantes encuestadas, la mayoría procedentes de países latinoamericanos⁵.

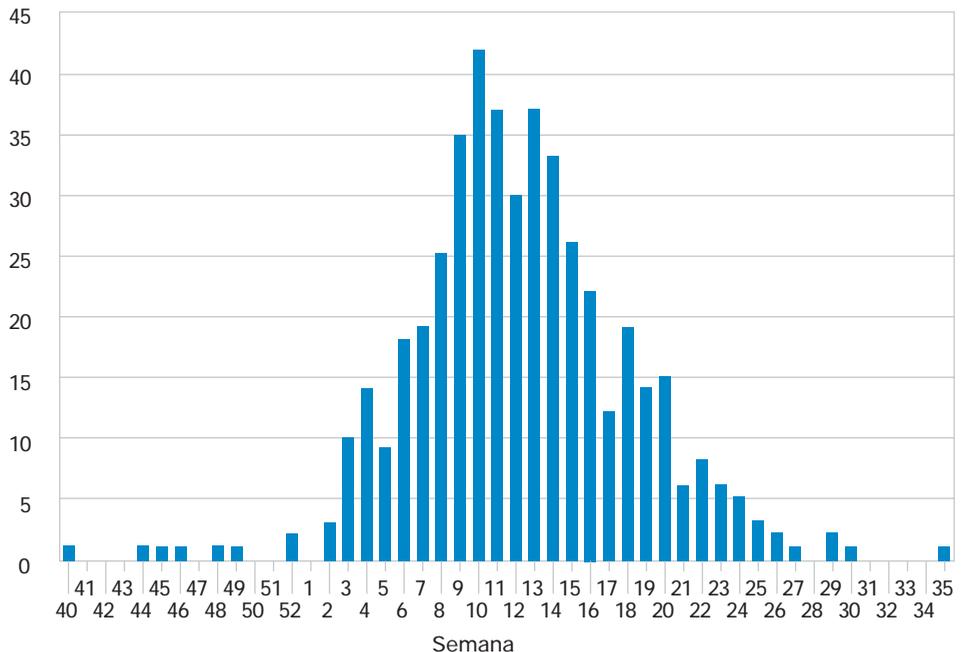
7.5.1.2. Descripción del brote

Entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2005 (figura 7.53) se han detectado 460 casos de rubéola en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 8,04 casos por 100.000 habitantes, cifra 16,8 veces mayor que la incidencia anual media del período 1998-2004 (0,48 por 100.000 habitantes). A partir de la tercera semana de enero de 2005 se aprecia un aumento progresivo en el número de casos. El mayor número de casos se observa entre la última semana de febrero y la primera de abril (más de 25 casos por semana), con un pico en la segunda semana de marzo. A partir de la segunda semana de abril (semana 15) se aprecia un descenso continuado. El 91,7% de los casos (422 de 460) han aparecido entre las semanas 3 y 20 (del 17 de enero al 28 de mayo).

Nº de casos

Figura 7.53. Casos por semana de inicio de síntomas (desde el 03.10.04 hasta el 31.08.05). Brote comunitario de rubéola. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



La incidencia acumulada entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2005 es superior a la incidencia anual media del período 1998-2004 en todas las Áreas de Salud (figura 7.54). Las Áreas de mayor incidencia fueron: Área 6 (22,15 casos por 100.000 habitantes), Área 4 (14,95), Área 7 (9,98), Área 11 (9,80) y Área 3 (9,64).

Entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2005, la mayor incidencia se observa en el grupo de 20-24 años (32,53), seguido del de 25-29 años (23,76). En el periodo 1998-2004, el grupo de edad más afectado fue el de menores de un año en todos los años (figura 7.55). Tanto en el año 2005 como en el periodo 1998-2004 se observa un predominio de hombres, con una distribución similar en ambos periodos (58,4% y 58,1% de los casos respectivamente).

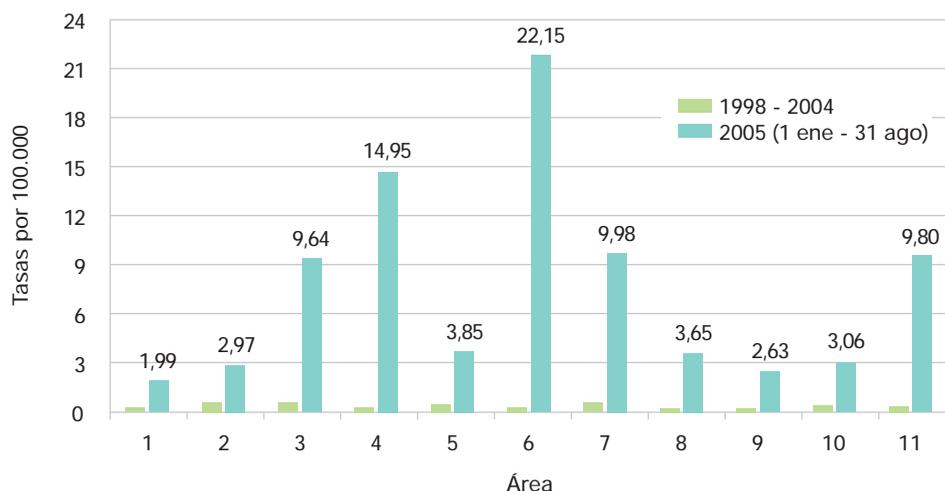


Figura 7.54. Incidencia anual media (1998-2004) e incidencia acumulada (del 1 de enero al 31 de agosto de 2005) por Área de Salud. Tasas por 100 mil habitantes. Brote comunitario de rubéola. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

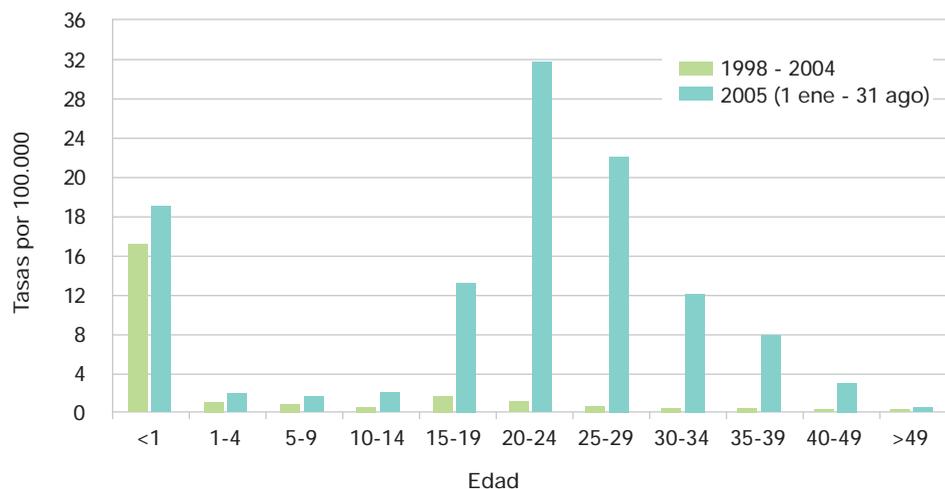


Figura 7.55. Incidencia anual media (1998-2004) e incidencia acumulada (del 1 de enero al 31 de agosto de 2005) por grupo de edad. Tasas por 100 mil habitantes. Brote comunitario de rubéola. Comunidad de Madrid, 2005.

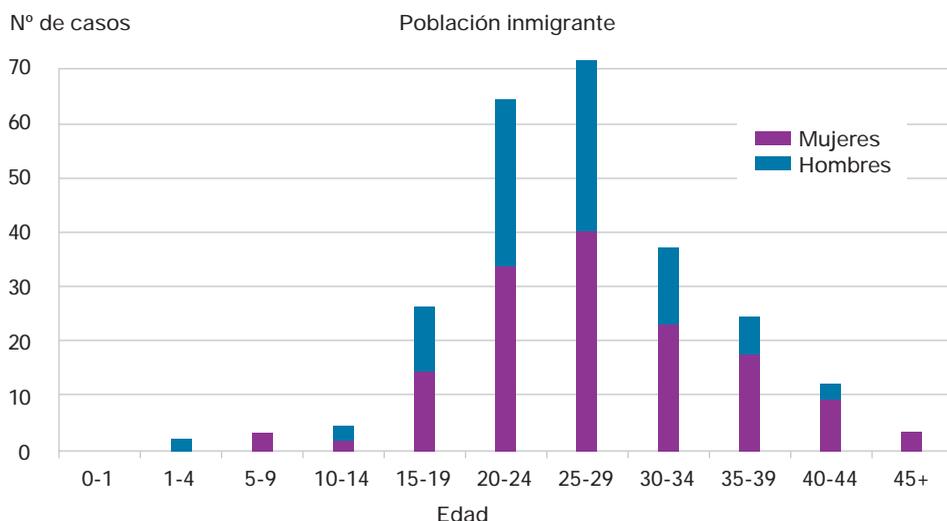
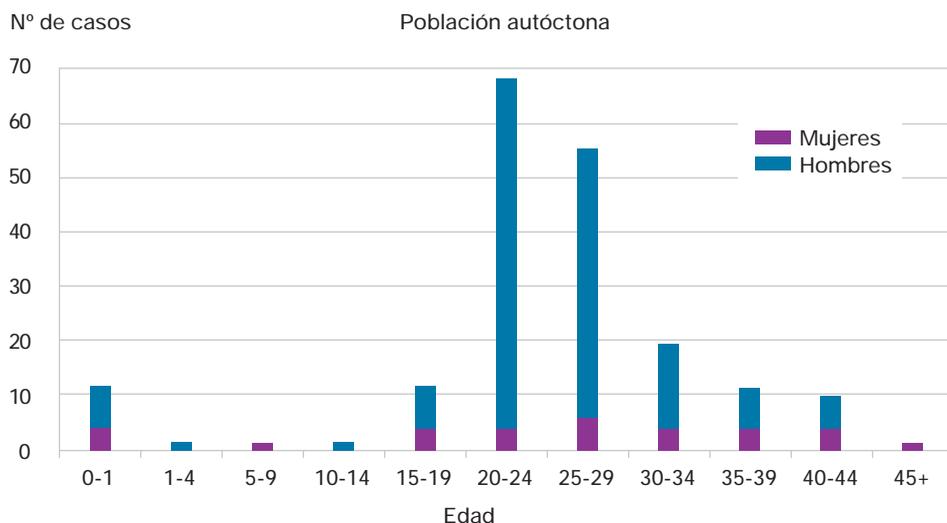
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

El 56,2% de los casos (250 de 445) son extranjeros, de los que el 88,4% son de origen latinoamericano (221 de 250), principalmente de Colombia (39,5%) y de Ecuador (31,8%). La razón de incidencia entre la población inmigrante y autóctona es de 7,97, cifra superada en las Áreas 4, 6, 9, 10 y 11.

En la figura 7.56 se presenta la distribución por grupos de edad y sexo según el lugar de procedencia de los casos. El 39,5% de los hombres (104 de 263) y el 80,1% de las mujeres (145 de 181) son inmigrantes. Entre los casos autóctonos existe un claro predominio de hombres. Sólo el 18,5% de los casos autóctonos son mujeres (36 de 195), de las que el 80,1% (29 de 36) tienen entre 15 y 49 años. Sin embargo, entre los

Figura 7.56. N° de casos de rubéola por edad, sexo y lugar de origen. Brote comunitario de rubéola. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



inmigrantes el 58,2% son mujeres (145 de 249), de las que el 94,5% (137 de 145) tienen entre 15 y 49 años. Por tanto, el 55,0% de los casos inmigrantes (137 de 249) y el 14,9% de los casos autóctonos (29 de 195) son mujeres en edad fértil. Si se considera el total de casos detectados en el año 2005, el 30,9% son mujeres inmigrantes en edad fértil (137 de 444) y el 6,5% son mujeres autóctonas en edad fértil (29 de 444). Por países de origen, la incidencia más alta en mujeres en edad fértil se observa en la población procedente de Paraguay (1.391,65 casos por 100.000), seguida de la de Colombia (146,73) y la de Bolivia (90,59).

El 81,7% de los casos detectados entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2005 han sido confirmados por laboratorio y el 2,6% por vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

En el período analizado del año 2005, el 58,9% de los casos refirieron no estar vacunados, el 35,4% lo desconocían y el 5,7% restante (26 casos) declararon haber recibido al menos una dosis de vacuna en el pasado.

Desde el 1 de enero al 31 de agosto de 2005 se han detectado 6 casos de rubéola confirmados en mujeres embarazadas, una de origen español y cinco de procedencia latinoamericana. Tres mujeres estaban en el primer trimestre de embarazo, dos en el segundo y en la restante se desconoce. Se han solicitado 5 interrupciones voluntarias del embarazo, de las que se conoce que se han llevado a cabo en 4.

Todos los casos presentaron exantema menos dos, uno de ellos confirmado por laboratorio y el otro vinculado epidemiológicamente con un caso probable. La linfadenopatía fue el síntoma más frecuente, seguido de la fiebre y del dolor articular. Menos del 50% de los casos presentaron febrícula, conjuntivitis y coriza.

El 20,9% de los casos aparecidos entre el 1 de enero al 31 de agosto de 2005 estaban asociados a otros casos. Se han detectado 41 agrupaciones de dos ó más casos, de las que 28 (68,3%) están constituidas por dos casos, 12 por 3 casos y 1 por 4.

La incidencia de rubéola entre los años 1998 y 2000 en nuestra Comunidad es inferior a la de España y a partir del año 2001 la supera en todos los años excepto en 2004. No se ha detectado ningún incremento similar de la incidencia en ninguna otra Comunidad Autónoma.

7.5.1.3. Conclusiones

Las estrategias de vigilancia adoptadas con motivo del Plan de Eliminación del Sarampión han permitido detectar un incremento en la incidencia de rubéola, a partir de la tercera semana del año 2005. El establecimiento de una vigilancia reforzada de esta enfermedad ha hecho posible evidenciar la existencia del problema en nuestra Comunidad. La mayor parte de los casos han sido confirmados microbiológicamente.

Entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2005, la incidencia de la enfermedad ha sido 16,8 veces mayor que la incidencia media observada en el período 1988-1994. La mayor parte de los casos han aparecido en los primeros cinco meses del año y el incremento se ha detectado en todas las Áreas de Salud.

Los casos han aparecido fundamentalmente en población sin antecedentes de vacunación. Las mayores tasas de incidencia se han observado en los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. El 56,2% de los casos se han producido en población procedente de otros países, especialmente de países de América Latina. Entre los casos autóctonos sólo el 18,5% son mujeres, de las que el 80,1% tienen entre 15 y 49 años. Esta situación refleja el elevado nivel de protección frente a la rubéola en las mujeres autóctonas, debido a las campañas de vacunación escolares llevadas a cabo a finales de los años 70 y principios de los 80, dirigidas a niñas de 11 años. El nivel de protección en hombres autóctonos es menor, ya que los varones no se beneficiaron de estas campañas de vacunación. En los inmigrantes, el 58,2% son mujeres, de las que el 94,5% tienen entre 15 y 49 años. La circulación del virus en nuestra Comunidad ha sido favorecida probablemente por el gran incremento de población susceptible procedente de otros países que está teniendo lugar en los últimos años.

En el período estudiado se han detectado 6 casos de rubéola confirmados en mujeres embarazadas, una de origen español y cinco de procedencia latinoamericana. Las mujeres en edad fértil son el grupo de población con mayor interés desde el punto de vista de la salud pública, debido al riesgo de Síndrome de Rubéola Congénita durante el embarazo.

El mantenimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias de vacunación frente a rubéola dirigidas a los grupos de población susceptible, especialmente el de mujeres en edad fértil, es fundamental para abordar el control del Síndrome de Rubéola Congénita, en consonancia con las recientes recomendaciones de la OMS.

Bibliografía

- ¹ Centers for Disease Control and Prevention. Control and Prevention of Rubella: Evaluation and Management of Suspected Outbreaks, Rubella in Pregnant Women, and Surveillance for Congenital Rubella Syndrome. *MMWR* 2001; 50: (RR-12)
- ² III Encuesta de Serovigilancia de la CM. *Boletín Epidemiológico de la CM* 2002; vol. 8 (5).
- ³ Desván. Banco de datos estructurales. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. <http://infomadrid/desvan/desvan/desvan.html>
- ⁴ Cutts FT, Robertson SE, Díaz-Ortega JL, Samuel, R. Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries, part 1: burden of disease from CRS. *Bulletin OMS* 1997; 75(1): 55-68
- ⁵ Garrido E, Álvarez MJ. Seroprevalencia de anticuerpos antirrubéola en mujeres inmigrantes en edad fértil en 2 centros de salud de Madrid. *Vacunas* 2004;5: 75-78

7.5.2. Brote de sarampión de ámbito poblacional. Comunidad de Madrid. Año 2006.

El día 3 de febrero de 2006 la Red de Vigilancia Epidemiológica detectó 2 casos de sarampión vinculados epidemiológicamente, y a partir de ahí se originó un brote de ámbito poblacional con 174 casos (153 confirmados por laboratorio, 9 por vínculo epidemiológico y 12 compatibles). A continuación se presenta un resumen del brote del cual se puede obtener información más detallada en el Informe publicado en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2006; 12(8): 31-50.

7.5.2.1. Introducción

La vacunación frente al sarampión se introdujo en el calendario vacunal español en 1981, aunque no se alcanzaron altas coberturas vacunales hasta 1984-85. En la actualidad, el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid establece la administración de dos dosis de vacuna triple vírica a los 15 meses y a los 4 años de edad.

En España se estableció en el año 2001 el Plan Nacional de Eliminación del Sarampión¹⁻⁴, en concordancia con las recomendaciones de la OMS de 1998. Su objetivo fundamental es recoger y analizar las peculiaridades epidemiológicas de presentación de la enfermedad para adaptar, de forma continuada, las estrategias y actividades encaminadas a eliminarla. El sarampión pasó a ser una enfermedad de declaración obligatoria urgente para hacer posible la detección rápida de la circulación del virus en la población. Ese mismo año se puso en marcha el Plan de Eliminación del Sarampión de la Comunidad de Madrid⁵⁻⁸. Los resultados de la III Encuesta de Serovigilancia (1999-2000) mostraban una mayor susceptibilidad al virus en el grupo de 16-20 años⁹. Por otra parte, según el Sistema de Información Vacunal de la Comunidad de Madrid, la cobertura vacunal de la primera dosis de triple vírica es del 89,6% y la de la segunda del 91,7%, valores inferiores a la cifra de 95% propuesta por la OMS para ambas dosis. Estos datos indican que, a pesar de que el bajo nivel de susceptibilidad de la población general está impidiendo la circulación sostenida del virus, existe la posibilidad de que la aparición de algún caso importado pueda dar lugar a la difusión del virus en los grupos de población con mayor nivel de susceptibilidad (cohortes de nacidos entre 1979 y 1984 y grupos de edad infantil con coberturas vacunales por debajo de la recomendada por la OMS).

7.5.2.2. Descripción del brote

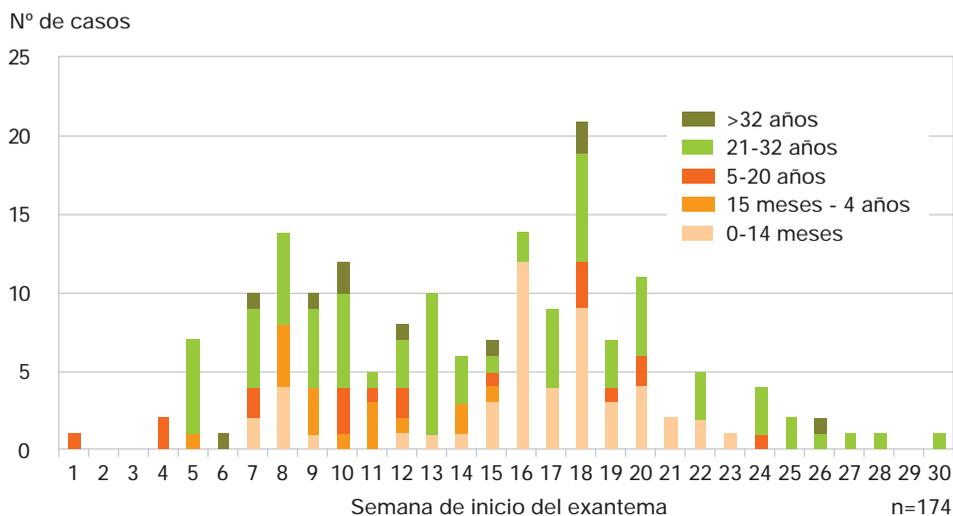
El día 3 de febrero la Red de Vigilancia Epidemiológica detectó 2 casos de sarampión vinculados epidemiológicamente. Se trataba de 2 primos, con origen y residencia en Reino Unido, que no estaban vacunados frente a sarampión. El primer caso había debutado el 9 de enero y se encontraba en el Reino Unido durante el período de incubación y el segundo estuvo en contacto con el primero en Madrid durante el período de transmisibilidad.

Entre el 9 de enero y el 25 de julio (figura 7.57) se han detectado 174 casos de sarampión, lo que supone una incidencia de 2,92 casos por 100.000 habitantes. La duración total del brote ha sido de 198 días. La magnitud del brote ha sido especialmente importante entre las semanas 7 y 10 (46 casos) y las semanas 16 y 20 (62 casos). El

incremento de casos en el segundo intervalo coincide con el aumento de casos menores de 15 meses y la detección de la circulación del virus en escuelas infantiles.

Figura 7.57. Casos por semana de inicio del exantema y grupo de edad. Brote de sarampión de ámbito poblacional. Comunidad de Madrid, 2006.

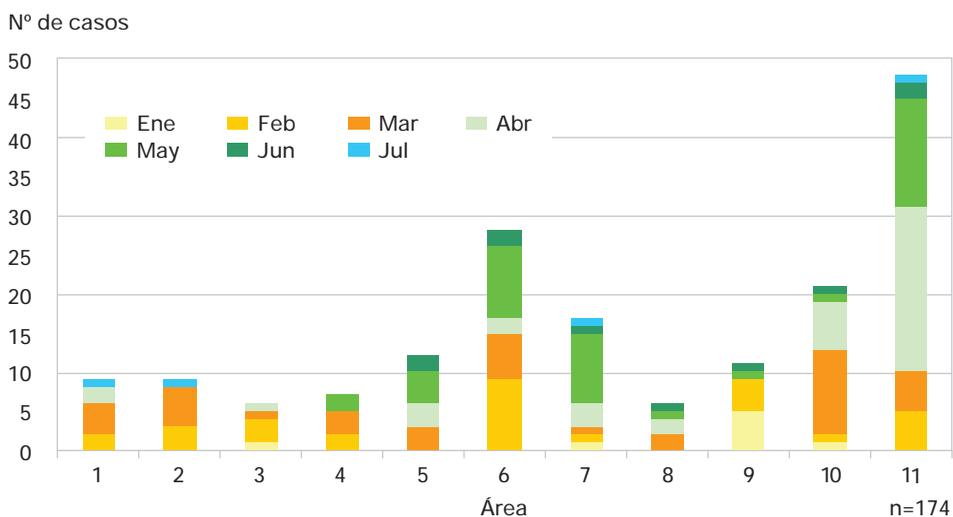
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



Ha habido casos en todas las Áreas de Salud (figura 7.58). Los primeros casos aparecieron en el Área 9. El Área con mayor número de casos fue la 11 (48 casos), seguida de la 6 (28 casos) y la 10 (21 casos).

Figura 7.58. Casos por mes de inicio del exantema y Área de Salud de residencia. Brote de sarampión de ámbito poblacional. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



El 84,6% de los casos eran españoles. La distribución por sexos es similar (razón hombre/mujer: 1:1,02). El rango de edad de aparición de los casos es de 2 meses a 37 años (figura 7.59). El 47,1% eran adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad (82 de 174) y el 13,2% niños entre 6 y 11 meses (23 de 174). El 82,0% de los casos menores de 15 meses (41 de 50) aparecieron a partir del 8 de abril, fecha a partir de la que se empezaron a detectar agregaciones de casos en varias escuelas infantiles. El último caso menor de 15 meses se produjo el 6 de junio.

La incidencia de casos en la población de 2 a 37 años en el período epidémico ha sido de 5,71. La incidencia más elevada se ha observado en el grupo de menores de un año (35,87), seguida de la del grupo de 1 a 4 años (16,23). En adultos jóvenes de 20 a 34 años la incidencia ha sido de 5,27.

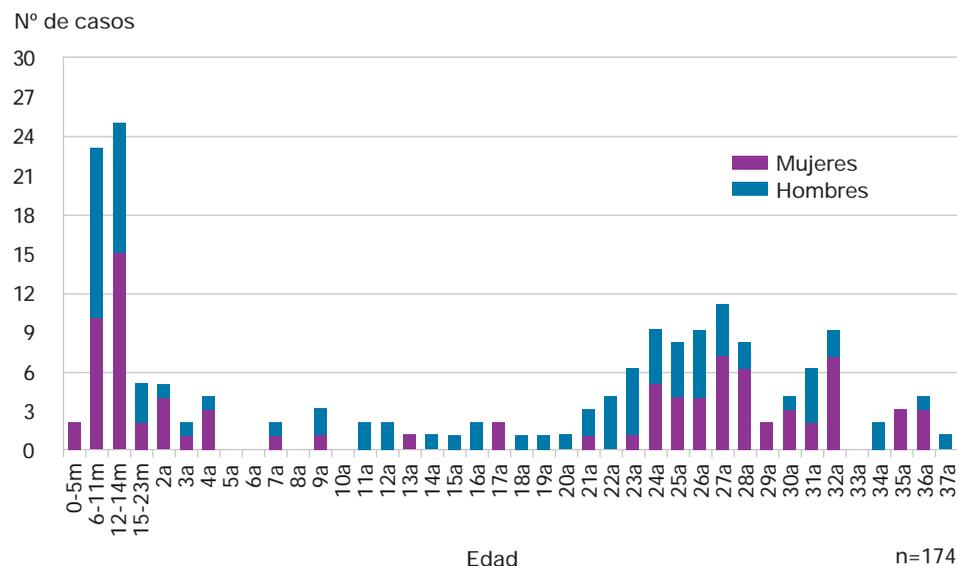


Figura 7.59. Casos por edad y sexo. Brote de sarampión de ámbito poblacional. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Los síntomas más frecuentes han sido exantema, fiebre y tos. El 45,7% presentaron las cinco manifestaciones clínicas de la definición de caso. Se han producido complicaciones en 17 casos (9,8%). La más frecuente ha sido la neumonía (9 casos), seguida de bronquiolitis (3 casos) y hepatitis (3 casos). El 37,4% ha requerido ingreso hospitalario (65 de 174).

El 58,6% de los casos tenían vínculo con algún otro caso, agrupados en 24 agrupaciones distintas. Los colectivos más frecuentemente implicados en dichas agrupaciones son los familiares, seguidos de los centros hospitalarios y de las escuelas infantiles. La transmisión de la infección en 8 centros sanitarios ha originado 16 casos (14 trabajadores sanitarios y 3 casos comunitarios).

El 93,1% de los casos se han confirmado (87,9% por laboratorio y 5,2% por vínculo epidemiológico) y el 6,9% restante (12 casos) han quedado clasificados como compatibles. El virus del sarampión se ha detectado por cultivo en el 31,0% de los casos (54 de 174). El genotipo se ha determinado en el 90,7% de las muestras positivas (49 de 54) y en todas ellas se ha encontrado el genotipo B3, con una secuencia genómica idéntica, lo que indica un origen común de todos los casos.

Del total de casos detectados, el 9,2% tenían antecedentes de vacunación documentada (16 de 174), de los que 2 casos habían recibido dos dosis y los 14 restantes una dosis. Además, 10 casos refirieron haber sido vacunados en el pasado, pero su estado vacunal no se pudo documentar. El 20,7% de los casos (36 de 174) pertenecen a las cohortes de nacimiento beneficiadas de la vacunación sistemática con triple vírica (mayores de 15 meses que nacieron cuando ya se había alcanzado una cobertura vacu-

nal de triple vírica elevada en nuestra Comunidad). De estos 36 casos el 27,8% (10 de 36) habían recibido al menos una dosis en el pasado. El 50% de los casos (10 de 20) no vacunados pertenecientes a estas cohortes procedían de fuera de España, de los que 6 casos eran rumanos de etnia gitana. Entre los casos españoles no vacunados, 5 acudían al mismo colegio y 4 eran de etnia gitana.

7.5.2.3. Medidas de prevención y control

Como medidas de prevención y control específicas establecidas en este brote se informó a los servicios de salud laboral de los centros sanitarios y se recomendó la detección de anticuerpos frente al sarampión a los trabajadores de centros sanitarios considerados como contactos susceptibles (según la definición establecida en el marco de la investigación y control del brote) con el fin de determinar la necesidad de exclusión del centro. La administración de la vacuna a estos contactos dentro de las 72 horas siguientes a la exposición está indicada, ya que puede prevenir el desarrollo de la enfermedad clínica. Sin embargo, ante la posibilidad de desarrollar la enfermedad a pesar de la administración de la vacuna y de transmitirla en el centro sanitario, se recomendó la exclusión de estos trabajadores antes de la realización de la detección prevacunal, que se prolongó durante 21 días en aquéllos en los que el resultado mostró que eran susceptibles al virus.

A nivel poblacional, el 12 de mayo de 2006, la Dirección General de Salud Pública y Alimentación recomendó adelantar la edad de administración de la primera dosis de vacuna frente al sarampión (triple vírica) a los 12 meses de edad y administrar una dosis suplementaria de vacuna a los niños comprendidos entre los 6 y 11 meses de edad. Esta recomendación fue motivada por la situación de elevado riesgo de transmisión del virus del sarampión que, en el mes de abril, ocasionó un importante número de casos en niños menores de 15 meses de edad. La recomendación se estableció de manera transitoria, mientras durara la situación de riesgo de transmisión del virus. Una vez extinguida esta situación de riesgo elevado, el 1 de octubre de 2006 se recomendó restablecer la pauta vacunal habitual para esta enfermedad (primera dosis de triple vírica a los 15 meses de edad y segunda dosis a los 4 años).

7.5.2.4. Conclusiones

Se ha producido un brote de sarampión en la Comunidad de Madrid que ha originado 174 casos. El caso índice del brote procedía del municipio de Doncaster (Reino Unido), donde se han detectado varias agrupaciones de casos infectados por el virus del sarampión genotipo B3¹⁰⁻¹², el mismo que se ha identificado en el brote.

La enfermedad ha afectado principalmente a población no vacunada: población adulta joven, con baja cobertura vacunal, debido a que alcanzaron la edad de vacunación cuando ésta era baja, y niños menores de 15 meses, que aún no han recibido la primera dosis de triple vírica. Los centros sanitarios y las escuelas infantiles han jugado un papel importante en la transmisión del virus.

El virus del sarampión está circulando en otros países europeos. En los primeros meses de 2006 también han aparecido brotes de sarampión en Ucrania, Alemania, Grecia, Polonia y Bielorrusia. Aunque lo más probable es que la transmisión del virus autóctono esté interrumpida en nuestra Comunidad si atendemos a los criterios de eliminación del sarampión de la OMS, el brote actual pone de manifiesto la posibilidad de transmisión de virus importados en nuestra población y subraya la importancia de la notificación urgente de toda sospecha de sarampión a la Red de Vigilancia Epidemiológica, manteniendo un alto grado de sospecha de sarampión ante un cuadro exantemático febril, tanto en población infantil como en población adulta joven, con el fin de poder adoptar lo antes posible las medidas de control necesarias para evitar la diseminación del virus.

Mientras no se elimine la circulación del sarampión en el mundo, es necesario mantener activo el Sistema de Vigilancia de casos sospechosos, realizar periódicamente Encuestas de Serovigilancia para detectar posibles bolsas de susceptibles y mantener una alta cobertura vacunal, con especial hincapié en los profesionales sanitarios y en grupos de población no vacunada por su pertenencia a grupos con menor probabilidad de haberse beneficiado de la vacunación.

Bibliografía

- ¹ Plan de Eliminación del Sarampión en España. Instituto de Salud "Carlos III". Madrid, 2000. <http://193.146.50.130/vacunab/sara.pdf>
- ² Amela Heras C., Pachón del Amo I. La vigilancia epidemiológica del sarampión en el contexto del "Plan de acción para eliminar el sarampión en España. Bol Epidemiol Semanal 2000; 8 (16): 169-172. <http://193.146.50.130/bes/bes0037.pdf>
- ³ Peña-Rey I, Sanz Ortiz MC, Amela Heras C. Plan Nacional de Eliminación del Sarampión. Evaluación del año 2002. Bol Epidemiol Semanal 2003; 11(7): 73-76. <http://193.146.50.130/bes/bes0314.pdf>
- ⁴ Amela Heras C, Pachón del Amo I, Sanz Ortiz MC, Peña-Rey I. Plan de Eliminación del sarampión. Evaluación del año 2001 y primer semestre del año 2002. Bol Epidemiol Semanal 2002; 10(18): 185-188. <http://193.146.50.130/bes/bes0234.pdf>
- ⁵ Plan de Eliminación del Sarampión en la CM. Documento Técnico de Salud Pública nº 73. Instituto de Salud Pública de la CM, 2002. http://www.madrid.org/sanidad/salud/publicaciones/pdf_DT/DT73.pdf
- ⁶ Estrategia de vigilancia del sarampión. Bol Epidemiol CM, 2001; 7(8): 31-43
- ⁷ Casos de sarampión notificados en la Comunidad de Madrid. Año 2001, situación hasta el 31 de agosto. Bol Epidemiol CM, 2001; 7(8): 44-47
- ⁸ ORDEN 186/2001, de 9 de mayo, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la CM. http://icmweb06.icm.es/comun/0,2616,3029_14210_80749_185102_20010518_6,00.html
- ⁹ III Encuesta de Serovigilancia de la CM. Boletín Epidemiológico de la CM 2002; vol.. 8 (5).
- ¹⁰ Health Protection Agency. Laboratory confirmed cases of measles, mumps and rubella in England and Wales: weeks 47/05 to 01/06/2005. <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2006/cdr1206.pdf>
- ¹¹ Health Protection Agency. Increase in measles cases in 2006, in England and Wales. CDR Weekly 2006; 16(12) <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2006/cdr1206.pdf>
- ¹² Health Protection Agency. Outbreak of measles in Doncaster. CDR Weekly 2006; 16 (5). <http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2006/cdr1506.pdf>

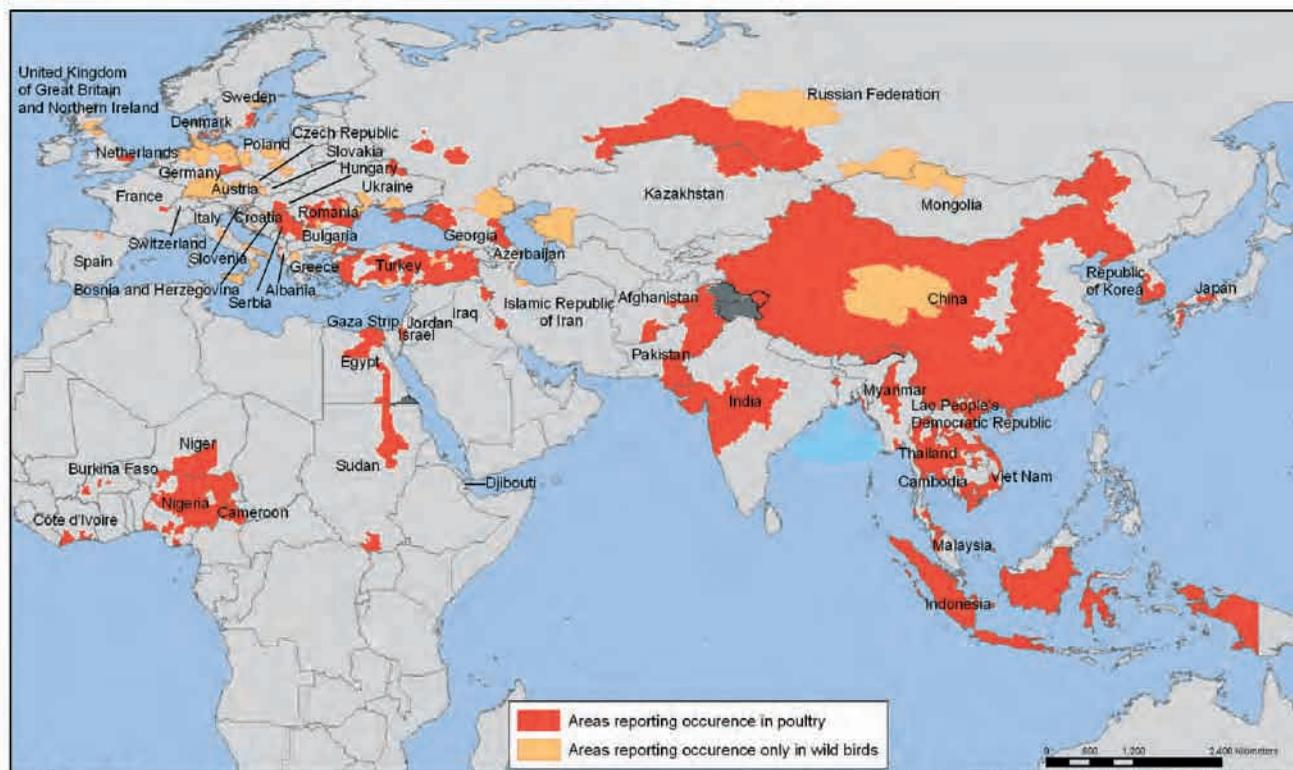
7.5.3. Plan de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe en la Comunidad de Madrid

Los virus de la gripe han amenazado durante siglos la salud de los animales y de los seres humanos. Su diversidad y su predisposición a las mutaciones han frustrado todos los esfuerzos para desarrollar tanto una vacuna universal como drogas antivirales altamente efectivas. Una pandemia se produce cuando emerge una nueva cepa de virus de la gripe que tiene la capacidad de infectar y transmitirse eficientemente entre humanos; la pandemia sobreviene debido a que las personas no han desarrollado inmunidad frente al nuevo virus. Una vez que empieza es muy difícil detenerla, si podemos retardar su aparición, consiguiendo ganar tiempo para la preparación y/o el desarrollo y la distribución de antivirales y vacunas, y mitigar sus efectos, poniendo en marcha las medidas desarrolladas en este Plan.

Actualmente, el nuevo virus gripal que amenaza a la población mundial es la cepa de influenza A (H5N1). Este virus supone un motivo de preocupación para la salud humana fundamentalmente por dos razones: la primera, porque ha sido capaz de cruzar la barrera de la especie e infectar a los seres humanos por lo menos en tres ocasiones recientemente y la segunda, porque existe el riesgo de que dicho virus adquiera la capacidad de transmitirse de persona a persona de manera eficiente y provocar una pandemia.

Los primeros casos documentados de infección humana por el virus A (H5N1) se produjeron en Hong Kong en el año 1997 con 18 casos de los cuales 6 fallecieron. Estos casos coincidieron con brotes del virus A (H5N1) altamente patogénico entre aves de corral en granjas y en mercados de aves vivas. Estudios moleculares posteriores demostraron que el virus que afectó a los humanos era idéntico al de las aves, lo que nos indica que el virus se había transmitido directamente de aves a personas. Este brote se controló con el rápido y masivo sacrificio de las aves infectadas y a riesgo. Posteriormente, en febrero del año 2003, el virus vuelve a detectarse en 2 personas, una de las cuales falleció, pertenecientes a una misma familia de residentes en Hong Kong pero que tenían como antecedentes el haber viajado recientemente a la provincia china de Fujian. A finales del 2003 el virus vuelve a reaparecer, produciéndose una gran extensión de la infección entre las aves del Sudeste Asiático. Desde esta fecha hasta la actualidad, más de 50 países de Asia, África y Europa han notificado brotes de gripe aviar A (H5N1) a la Organización Internacional de Epizootias (OIE) y el virus se ha hecho endémico en el Sudeste Asiático (figura 7.60).

En paralelo a los brotes detectados en aves comienzan a aparecer casos en humanos. Hasta finales de diciembre del 2006 se han notificado casos humanos en 10 países: Azerbaiyán, Camboya, China, Egipto, Indonesia, Irak, Tailandia, Turquía, Vietnam y Yibuti. En total, los casos confirmados desde noviembre del 2003 a diciembre de 2006 son 261, de los cuales 157 han fallecido (figura 7.61 y tabla 7.25). En este último año (2006) se notificaron un total de 114 casos de los cuales fallecieron 79, la mitad de los casos y algo más de la mitad de los fallecimientos ocurrieron en Indonesia y aparecieron casos por primera vez en: Azerbaiyán, Egipto, Irak, Turquía y Yibuti.



World Health Organization
© WHO 2007. All rights reserved

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Organisation for Animal Health (OIE) and national governments
Map Production: Public Health Mapping and GIS
Communicable Diseases (CDS) World Health Organization

Figura 7.60. Países con notificación de brotes en aves domésticas y/o salvajes desde noviembre de 2003 hasta el 27 de diciembre del 2006.

Fuente: OMS

Casos

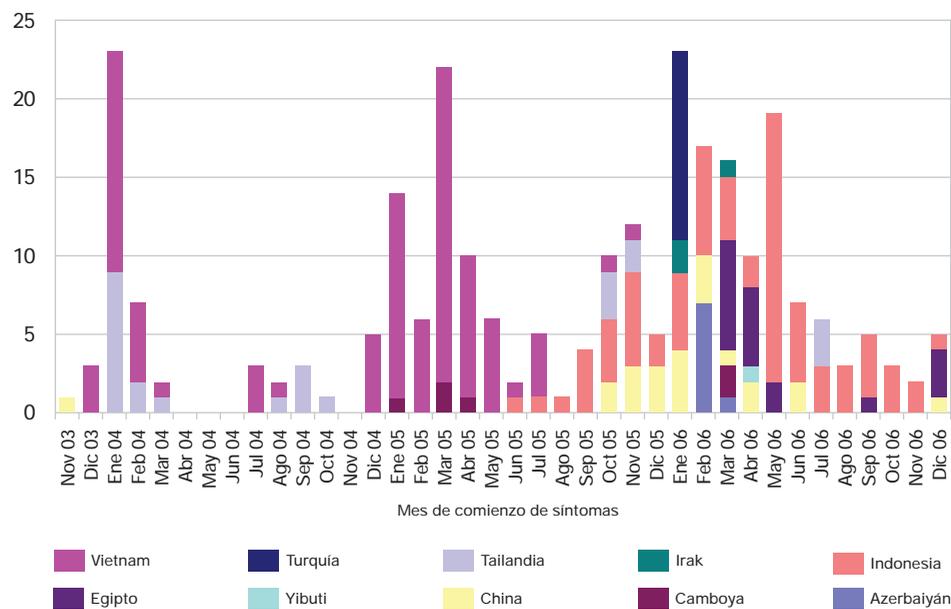


Figura 7.61. Casos humanos confirmados de gripe aviar A (H5N1) según fecha de inicio de síntomas y país desde noviembre de 2003 hasta el 27 de diciembre del 2006.

Fuente: OMS

País	2003		2004		2005		2006		Total	
	Casos	Muertes								
Azerbaiján	0	-	0	-	0	-	8	5	8	5
Camboya	0	-	0	-	4	4	2	2	6	6
China	1	1	0	-	8	5	12	8	21	14
Egipto	0	-	0	-	0	-	18	10	18	10
Indonesia	0	-	0	-	19	12	55	45	74	57
Irak	0	-	0	-	0	-	3	2	3	2
Tailandia	0	-	17	12	5	2	3	3	25	17
Turquía	0	-	0	-	0	-	12	4	12	4
Vietnam	3	3	29	20	61	19	0	-	93	42
Yibuti	0	-	0	-	0	-	1	-	1	-
Total	4	4	46	32	97	42	114	79	261	157

Tabla 7.25. Casos humanos confirmados y fallecidos de gripe aviar A (H5N1) desde noviembre de 2003 hasta el 27 de diciembre de 2006.

Fuente: OMS

La gripe aviar A (H5N1) es una enfermedad nueva entre los seres humanos, por lo que las características clínicas de la misma no se conocen en profundidad y, además, éstas pueden ir modificándose debido a la capacidad que tiene el virus para cambiar rápidamente y de forma imprevisible. Según la última revisión hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en noviembre del 2006, la mediana de edad de los casos confirmados es de 18 años con un rango de tres meses a 75 años. La mitad de los casos se han dado en personas menores de 20 años y el 89% de los mismos en menores de 40 años. No se observan diferencias significativas entre sexos. La mediana de días entre el comienzo de los síntomas y la hospitalización es de 4 días con un rango de 0 a 18 días. La tasa de letalidad de los casos confirmados es del 60%, siendo mayor en los más jóvenes, la más alta se da en el grupo de edad de 10 a 19 años (76%) y la más baja en los mayores de 50 años (40%).

El contacto directo con aves de corral enfermas o muertas es la principal fuente de infección humana por el virus A (H5N1) a través de la inhalación de gotas respiratorias infectadas o de polvo contaminado. Se han involucrado como actividades de mayor riesgo de contagio el sacrificio, el desplume y la preparación para el consumo de aves infectadas.

Hasta el momento actual, la gripe aviar A (H5N1) sigue siendo una enfermedad que afecta fundamentalmente a las aves. El virus no cruza fácilmente la barrera de especie para infectar a los seres humanos; esto se demuestra por el hecho de que, a pesar de la amplia exposición a decenas de millones de aves de corral infectadas a lo largo de grandes áreas geográficas desde mediados del 2003, tan solo se han confirmado 261 casos humanos.

La Comunidad de Madrid (CM) está trabajando en materia de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe en consonancia con las recomendaciones de la OMS, así como con las distintas directrices de la Comisión Europea (CE) y el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). A partir de 2005, se materializan legislativamente las actividades de preparación frente a una potencial pandemia de gripe con la creación del Comité para

la Prevención, el Control y Seguimiento de la Evolución Epidemiológica del Virus de la Gripe, mediante el Decreto 89/2005 de 22 de septiembre y de la Comisión Científica de Estudio y Asesoramiento en materia de Gripe Aviar de la Comunidad de Madrid.

La Dirección General de Salud Pública y Alimentación (DGSPyA), en coordinación con la Dirección General del Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS), ha liderado todas las actividades encaminadas a desarrollar y posteriormente implementar el Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe en nuestra Comunidad. Así mismo, se ha colaborado activamente con la Dirección General de Agricultura y Desarrollo Rural (DGAyDR) en lo concerniente a la estrategia para la prevención y control de la gripe aviar en las aves y el personal expuesto a las mismas.

Con el objetivo de asesorar y apoyar al Comité y a la Comisión, se crea el Grupo Técnico de Coordinación de la DGSPyA, cuyas funciones principales han sido iniciar, planificar y coordinar las actuaciones técnicas necesarias para la elaboración del Plan. Este grupo ha definido los distintos Subcomités necesarios para concretar los aspectos técnicos de cada uno de los puntos clave del Plan de Preparación y Respuesta: Subcomité de Vigilancia, Subcomité de Vacunas y Antivirales, Subcomité de Respuesta a la Emergencia de los Servicios Sanitarios y Subcomité de Comunicación.

Desde octubre de 2005 y hasta la actualidad, cada Subcomité ha elaborado sus respectivas estrategias. Se continúa trabajando cada uno de los apartados del Plan, ya que éste es un documento vivo que debe recoger cada recomendación necesaria en función de la evolución de la gripe aviar A (H5N1) y de la posible aparición de un virus pandémico.

En la actualidad, diciembre de 2006, nos encontramos en el Periodo de alerta pandémica, fase 3: "Presencia de infección humana (uno o varios casos) con un nuevo subtipo vírico, pero sin propagación de persona a persona, o como máximo, raros casos de propagación a un contacto cercano".

A continuación se presenta el Resumen Operativo del Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe de la Comunidad de Madrid. El documento original se encuentra disponible en la intranet de la Consejería de Sanidad y Consumo:

http://saluda/C1/Planes%20y%20Actuacioness/Document%20Library/2VERSIoN%20completa20.06.06_pandemia.pdf.

Se resumen las estrategias desarrolladas por los Subcomités para cada uno de los aspectos clave del Plan:

7.5.3.1. Vigilancia Epidemiológica y Viroológica

La vigilancia epidemiológica y virológica de la gripe es clave para la rápida identificación del inicio de una pandemia de gripe y para la toma de las decisiones sobre las intervenciones a desarrollar en cada momento.

El documento describe las características de la enfermedad, diferenciado la gripe inter-pandémica de los casos humanos causados por el virus de la gripe A (H5N1).

Se describen las principales técnicas de laboratorio para la identificación del virus de la gripe (reacción en cadena de la polimerasa, detección indirecta del antígeno por inmunofluorescencia, cultivo del virus y pruebas serológicas), así como el tipo de muestras biológicas que deben ser obtenidas para la confirmación del diagnóstico (para el aislamiento del virus: aspirado nasofaríngeo u otras como aspirado transtraqueal, lavado broncoalveolar, biopsia de pulmón o tejido de necropsia), y para el estudio serológico (suero de fase aguda y de fase convaleciente). También se documentan las normas que se deben seguir para el transporte de las muestras al Centro Nacional de Microbiología, laboratorio de referencia para gripe.

A continuación, se presentan los principales objetivos y actividades de vigilancia y control según el periodo y las fases de la pandemia:

Período de Alerta Pandémica (fases 3, 4 y 5)	
Objetivos	Detección y notificación de todos los casos.
	Caracterización rápida del nuevo subtipo del virus.
	Contención de la transmisión del nuevo virus.
	Vigilancia de cepas resistentes a antivirales.
Actividades	Notificación y recogida de muestras clínicas de todos los casos y adopción de las medidas de control para el caso y sus contactos.
	Notificación, investigación y control de todo brote de enfermedad respiratoria aguda grave. Esta actividad adquirirá relevancia cuando la transmisión del virus sea más eficiente (fases 4 y 5).
Período Pandémico (fase 6)	
Objetivos	Fase 6.1: Contención de la transmisión del virus.
	Fase 6.2: Seguimiento de la evolución e impacto de la pandemia.
	Fase 6.3: Detección precoz del inicio de la nueva onda.
	Fase 6.4: Evaluación de la efectividad de las intervenciones.
Actividades	Fase 6.1: Mantenimiento de las actividades del periodo de alerta pandémica.
	Fase 6.2: Vigilancia de la evolución e impacto de la pandemia.
	Fase 6.3: Actualización de los protocolos de actuación en función de los conocimientos adquiridos, que serán aplicados en la siguiente onda pandémica. Puesta en marcha de las actividades del periodo prepandémico.
	Fase 6.4: Elaboración de informe de evaluación en base a los indicadores.

El siguiente apartado describe el Protocolo de actuación por fases en el periodo de alerta pandémica. Parte fundamental de este apartado del documento son las definiciones de caso y contacto en las fases 3, 4 y 5 a efectos de la vigilancia epidemiológica, así como cuáles son los procedimientos a seguir ante la detección de un caso sospechoso de gripe aviar A (H5N1) y su notificación; la activación del traslado del caso al Hospital Carlos III (hospital de referencia en las fases 3, 4 y 5 de alerta pandémica), el manejo de los casos y el manejo de los contactos.

Continúa con el Protocolo de actuación en periodo pandémico, refiriendo cómo se van a adaptar los sistemas de vigilancia epidemiológica durante la fase pandémica para cumplir los objetivos pertinentes (EDO numérica, Red de Médicos Centinela, Sistema de registro de mortalidad reciente-Registro Civil de Madrid-TANATOS, Sistema de información específico basado en la demanda de urgencias y en el sistema de emergencias 112, Sistema de vigilancia de los casos graves de gripe y Sistema de información específico). Por último se detallan los indicadores de seguimiento y evaluación en el periodo de alerta pandémica y en el periodo pandémico.

7.5.3.2. Vacunas y antivirales

El objetivo de la intervención con antivirales y vacunas, en el contexto de una pandemia de gripe originada por un virus mutado y de alta patogenicidad, es contribuir a la contención de los efectos de la pandemia en unos límites de control social y sanitario.

Se revisan las estrategias que se persiguen con la vacunación en la prevención y control de una pandemia de gripe. Se habla de las dificultades que existirán en el suministro de la vacuna que contenga la cepa pandémica, dado que únicamente será posible su obtención una vez se conozca cuál es el virus responsable. En estos momentos, las autoridades sanitarias nacionales e internacionales están trabajando en reducir los requisitos y plazos necesarios para la autorización de comercialización.

Respecto a la utilización de fármacos antivirales, su objetivo es interrumpir la transmisión de la infección y disminuir la gravedad de la enfermedad, pudiendo ser ventajosa su utilización en las fases iniciales de la pandemia, ya que puede retrasar la difusión de la infección y ganar tiempo para el desarrollo de la vacuna.

Se dispone en el mercado de cuatro fármacos antivirales, dos del grupo de las adamantinas (Amantadina y Rimantidina) y otros dos del grupo de inhibidores de la neuroaminidasa (Zanamivir y Oseltamivir), estos dos últimos son los que han demostrado mayor eficacia frente al virus A (H5N1). En España, el Zanamivir (Relenza®) está autorizado para tratamiento y profilaxis de la gripe a partir de los cinco años de edad y se administra mediante un dispositivo inhalador específico. El Oseltamivir (Tamiflu®) está autorizado para tratamiento y profilaxis de la gripe a partir del año de edad y se administra por vía oral.

A continuación se describen las características de estos antivirales y se establecen unos grupos prioritarios a los que administrar los mismos, en función de las distintas fases pandémicas, consensuados con el Subcomité de Vacunas y Antivirales del Plan Pandémico Nacional.

Las líneas de trabajo asumidas hasta este momento, se centran en la provisión de los antivirales, la elaboración de prioridades y criterios de administración, y la logística de almacenamiento, suministro y administración de los mismos.

Se ha realizado una estimación de las necesidades de antivirales para la CM, priorizando el tratamiento del 20% de la población. La cifra estimada es de 1.170.000 tratamientos, el 10% de Zanamivir y el resto de Oseltamivir. Se ha gestionado la adquisición de los antivirales en el formato y plazos de entrega.

Por último, se presentan las dosis diarias recomendadas en el tratamiento y profilaxis de la gripe con agentes antivirales.

7.5.3.3. Respuesta a la emergencia de los servicios sanitarios

Se recogen las principales líneas estratégicas que debe contemplar la planificación y organización de la atención sanitaria en sus tres niveles de intervención (primaria, especializada y urgencias), con el fin de garantizar la atención sanitaria a todos los pacientes de gripe, y minimizar el impacto en salud de la pandemia disminuyendo al máximo la morbi-mortalidad.

Se plantean diferentes actuaciones en función de la fase pandémica en la que nos encontremos:

- 1.- Periodo de alerta pandémica: Se considera prioritario evitar o reducir la transmisión del virus a los trabajadores de salud y a otros pacientes. En las fases 3, 4 y 5 el hospital de referencia para atender a todos los pacientes de gripe en la Comunidad de Madrid es el Hospital Carlos III.
- 2.- Periodo pandémico: Será necesario activar el plan en todo el sistema sanitario. El objetivo general es conseguir que el dispositivo asistencial de la Comunidad de Madrid sea capaz de atender a todos los pacientes de gripe con la máxima calidad, disminuyendo en lo posible la transmisión del virus en los centros de salud y hospitales.
- 3.- Periodo postpandémico o de recuperación: Será necesario desmovilizar todo el dispositivo asistencial adicional que estaba presente en la pandemia, evaluar las actuaciones y revisar las necesidades que no se han cubierto para ser rediseñadas.

Para la planificación de la atención sanitaria se han calculado estimaciones del impacto en salud de la pandemia de gripe en la Comunidad de Madrid, utilizando el programa de los CDC Flu Aid 2.0 y Flu Surge. El modelo, partiendo de tres tasas de ataque diferentes (15%, 25% y 35%) estima el número de pacientes que van a requerir atención sanitaria de primer nivel, el número de pacientes que acudirán al hospital y el número de muertes debidas a la pandemia. En la definición de las líneas estratégicas, se ha partido de las siguientes asunciones:

- Para la organización de los servicios sanitarios se parte del escenario más probable, una tasa de ataque del 25% en la primera ola pandémica.
- La primera ola pandémica tendrá una duración de 8 semanas.

- Durante la pandemia, la disponibilidad de los trabajadores sanitarios se reducirá en un 25%, debido a que estarán enfermos o necesitarán atender a sus familiares enfermos.
- Se cambiará la organización habitual de los servicios sanitarios en todos los niveles de atención (Primaria, Servicios de Urgencias y Hospital), para poder afrontar el aumento de la presión asistencial por gripe.
- Se modificarán tanto los procedimientos habituales como la asignación de funciones del personal, para rentabilizar al máximo los recursos existentes y adaptarlos a una situación de emergencia.
- Se podrá reducir e incluso suspender la actividad programada que no suponga un riesgo vital.
- Se centralizará la adquisición y distribución de equipos de protección personal, anti-virales y otros suministros clínicos.

Con el fin de garantizar la organización de la atención y el flujo de pacientes, se ha creado el Centro de Coordinación de la pandemia. Desde este Centro se efectuará la recepción de las llamadas, la gestión del flujo de pacientes y la derivación a atención primaria, al SUMMA 112, al hospital o, en su caso, a otro centro sanitario.

A partir de las estimaciones de impacto en salud, el Subcomité de Respuesta a la Emergencia de los Servicios Sanitarios trabajó la metodología a aplicar en los tres niveles de atención, partiendo de un estudio en el Área 10. Desde este grupo, y consensuado entre el SERMAS y la DGSPyA, se ha propuesto la estrategia de planificación que ha de ser implementada por todos los centros sanitarios para la elaboración de los planes de respuesta a la pandemia.

Se detallan las premisas de la planificación de la atención sanitaria según el nivel de intervención: Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Con estas premisas y los datos de impacto en salud se identifican tres niveles de organización de la asistencia, a poner en marcha a medida que avanza la pandemia:

Primer nivel:

- No se precisan grandes cambios de organización
(Medidas habituales en temporada invierno)

- Recursos propios suficientes

Segundo nivel:

- Reorganización de la actividad asistencial

(Suspensión de la actividad programada)

- Necesidad de redistribución de recursos humanos y materiales

Tercer nivel:

- La capacidad del centro se ve superada
- Es necesario el apoyo de medios externos

Las premisas de planificación y los niveles de organización de la asistencia se aplicaron para la elaboración de los planes específicos de cada Área de Salud.

7.5.3.4. Comunicación

El objetivo es garantizar la información tanto a los profesionales participantes en las estrategias necesarias para hacer frente a la pandemia, como a la población y medios de comunicación. Se diferencian la Comunicación Interna y la Externa:

Comunicación interna

Se clasifica la información en científica y operativa, diferenciando el contenido, los destinatarios y el canal de comunicación más pertinente en cada una de ellas.

Se crea una red de informadores clave, con la responsabilidad de garantizar que la información llegue a los destinatarios definidos de manera oportuna. El directorio de informadores clave está formado por personal de la DGSPyA y el SERMAS, de otras Direcciones Generales y de hospitales privados de la CM.

Se refieren las actividades de comunicación interna según el periodo y la fase pandémica. Se ha trabajado en la revisión de los medios de comunicación interna existentes y su adecuación al contexto de la pandemia, y en la creación *ad hoc* de aquellos canales de información más pertinentes:

- Boletín de Comunicación Interna
- Información Telefónica Permanente las 24 h del día
- Correo Electrónico a la red de informadores clave
- Creación de una página web específica en la intranet (Portal Saluda), y habilitación de grupos internos de trabajo online para cada Subcomité.
- Envío de mensajes de alerta a través de mensajes SMS y del sistema OMI.

Se presentan los requisitos que debe cumplir la información transmitida y cómo ha de ser el circuito de difusión al sistema sanitario, de manera que todos y cada uno de los eslabones del sistema estén puntualmente informados de aquello que les compete. Por último, se presentan los indicadores de evaluación.

Comunicación externa

Esta estrategia tiene como objetivo desarrollar un protocolo de comunicación externa que dé respuestas a las necesidades de comunicación de la población y de los propios medios de comunicación, proporcione mensajes adecuados, en función de la situación de riesgo real, y favorezca la adopción de medidas preventivas.

Los mensajes deben estar adaptados a la fase pandémica en la que nos encontremos, ser uniformes, cohesionados y consensuados, y se designarán portavoces oficiales para centralizar la transmisión de la información. Se ha trabajado en adecuar los canales de información al tipo de destinatario al que va dirigido en función de su importancia y oportunidad, y en adaptar las actuaciones en función del periodo y fase pandémica.

Parte importante de esta sección del documento es la composición del Subcomité de Comunicación Externa, el desglose de sus cometidos, así como de cada uno de sus integrantes, garantizando siempre las políticas de comunicación tanto de la propia Consejería de Sanidad y Consumo, como del resto de instituciones implicadas.

Bibliografía

World Health Organization. WHO-confirmed human cases of avian influenza A (H5N1) infection, 25 November 2003-24 November 2006. Weekly epidemiological record; 2007; 6 (82): 41-48. <http://www.who.int/wer/2007/wer8206/en/index.html>

World Health Organization. Recommended laboratory tests to identify avian influenza A virus in specimens from humans. Geneva, Switzerland; June 2005 http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/lab-tests/en/

World Health Organization. Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning. WHO/CDS/CSR/EDC/99.1. Geneva, Switzerland, 1999. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_EDC_99_1/en/

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Subcomité de Vigilancia. Anexo IV. Protocolo de definición de grupos de prioritarios para el uso de antivirales. España, noviembre de 2005.

World Health Organization. WHO Guidelines on the Use of Vaccines and Antivirals during Influenza Pandemics. WHO/CDS/CSR/RMD/2004.8. Geneva, Switzerland, 2004. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/

Meltzer MI, Shoemaker HA, Kohnanski M, Crosby R, 2000. FluAid 2.0: A manual to aid state and local-level public health officials plan, prepare and practice for the next influenza pandemic (Beta test version) . Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services

Meltzer MI, Cox NJ, Fukuda K. The economic impact of pandemic influenza in the United States: Priorities for Intervention. Emerging Infectious Diseases 1999; 5(5): 659-671

Meltzer MI, Cox NJ, Fukuda K. Modeling the economic impact of pandemic influenza in the United States: Implications for setting priorities for intervention. Disponible en: http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol5no5/melt_back.htm

Zhang X, Meltzer MI, Wortley P, FluSurge 2.0.: A manual to assist state and local-level public health officials and hospital administrators in estimating the impact of an influenza pandemic on hospital surge capacity (Beta test version). Centres for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services; 2005.

7.6. Conclusiones y recomendaciones

Desde hace unos años las coberturas de vacunación infantil son altas. No obstante se han producido en estos años en la Comunidad de Madrid brotes de ámbito comunitario de enfermedades que se pueden prevenir mediante inmunización como son la rubéola, el sarampión y la parotiditis. Ello es consecuencia de diversos factores, que con frecuencia actúan de manera combinada, como son la existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas. Todo ello pone de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica que proporcione información para reforzar la vacunación de los grupos de población más susceptibles. Para llegar a esta población hay que valorar minuciosamente que estrategias pueden ser las más adecuadas en cada caso.

Las enfermedades de transmisión sexual muestran una tendencia ascendente en los últimos años por lo que es necesario revisar los programas de prevención que se están llevando a cabo.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública y es necesario seguir con el esfuerzo para prevenir y controlar esta enfermedad.

Aunque la incidencia y la mortalidad por sida muestre una tendencia descendente desde la introducción de las terapias combinadas con antirretrovirales de gran actividad, es fundamental favorecer y adaptar los programas de prevención y control de la infección por VIH/sida. Junto a la importancia del mantenimiento de los programas de reducción de daño en los usuarios de drogas hay que considerar también que es necesario conseguir un diagnóstico precoz de la infección por VIH cuando se tienen o se han tenido conductas sexuales que impliquen un riesgo de transmisión del VIH.

La Comunidad de Madrid debe seguir adaptándose a los distintos planes establecidos a nivel nacional o internacional como son el Plan de erradicación de la poliomielitis, el Plan de eliminación del sarampión y del síndrome de rubéola congénita o el Plan de preparación para una pandemia de influenza.

7.7. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar este objetivo

- ***Programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles.***
- ***Programa de vigilancia y control de los brotes epidémicos y alertas en Salud Pública.***
- ***Programa de vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).***
- ***Programa del comité de expertos de la hepatitis C de la Comunidad de Madrid.***
- ***Programa de vigilancia de la infección nosocomial.***
- ***Programa de vigilancia y control de las infecciones que causan meningitis.***
- ***Programa de vigilancia microbiológica.***
- ***Programa de la red de médicos centinela de la Comunidad de Madrid.***
- ***Programa de vigilancia seroepidemiológica.***
- ***Programa de vigilancia epidemiológica de sida/VIH.***
- ***Programa de prevención y control de la infección por VIH/sida.***
- ***Programa de prevención y control de tuberculosis.***
- ***Plan de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe en la Comunidad de Madrid.***
- ***Programa de control de actividades de adorno corporal.***