

Objetivo 7

**Reducir las enfermedades
transmisibles**

7

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.

2. Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y **mejorar la salud sexual**, reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.

5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.

Los factores socioeconómicos, ambientales y conductuales, así como los viajes internacionales y la migración, facilitan y aumentan la propagación de enfermedades transmisibles. Las enfermedades prevenibles por inmunización, de origen alimentario, zoonosis, relacionadas con la asistencia sanitaria y transmisibles representan una amenaza importante para la salud humana y en ocasiones pueden poner en peligro la seguridad sanitaria internacional.

Con el apoyo de la OMS, los 194 Estados Miembros del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) han implementado estas normas globales para mejorar la seguridad de la salud pública nacional, regional y mundial desde la entrada en vigor en junio de 2007.

Los sistemas de vacunación

El objetivo de la OMS/Europa es alcanzar y mantener altos niveles de inmunización en la infancia, particularmente en los grupos vulnerables, a las edades apropiadas y con las dosis recomendadas.

Hepatitis

En mayo de 2010, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución que reconoce la hepatitis como un problema de salud pública global.

Tuberculosis

El centro de la política de la OMS/Europa sobre tuberculosis es la estrategia 'Stop Tuberculosis'.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

La OMS/Europa está desarrollando un marco regional para la aplicación de la estrategia mundial de prevención y control de las ITS en la Región Europea de la OMS, 2006-2015.

VIH/SIDA

Los documentos de orientación estratégica del trabajo de la OMS/Europa sobre el VIH incluyen el Plan de Acción Europeo para el VIH/SIDA 2012-2015.

[Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa](#)

7.1. Enfermedades transmisibles

- 7.1.1. Indicadores generales
- 7.1.2. Mortalidad
- 7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria
- 7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas
- 7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

7.2. Coberturas vacunales

- 7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario
- 7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

- 7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, parotiditis y varicela
- 7.3.2. Infecciones que causan meningitis: *meningitis víricas*, *enfermedad invasiva por H. influenzae*, *enfermedad meningocócica*, *enfermedad neumocócica invasora* y otras meningitis bacterianas
- 7.3.3. Hepatitis víricas A, B y otras
- 7.3.4. Enfermedades de transmisión respiratoria: gripe y legionelosis
- 7.3.5. Tuberculosis
- 7.3.6. Brucelosis
- 7.3.7. Enfermedades transmitidas por vectores: leishmaniasis y paludismo
- 7.3.8. Enfermedades de transmisión alimentaria: cólera, botulismo, triquinosis, disentería, fiebre tifoidea y brotes de origen alimentario
- 7.3.9. Infecciones de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis
- 7.3.10. Infecciones causadas por VIH/sida
- 7.3.11. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas, lepra y otras enfermedades de declaración obligatoria
- 7.3.12. Brotes de origen no alimentario

7.4. Conclusiones

7.1. Enfermedades transmisibles

7.1.1. Indicadores generales

Las enfermedades transmisibles no son una importante causa de muerte ([Tabla 7.1](#)) en los países industrializados. Su importancia radica más que en su impacto en términos de morbilidad en el hecho de su posible prevención y control. En su mayoría son enfermedades que pueden controlarse y, en muchos casos, evitarse.

Tabla 7.1. Enfermedades infecciosas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades infecciosas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	405	404	809
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	13,0	12,1	12,5
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,3	4,1	7,6
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	10,7	6,3	8,3
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	332,4	245,0	287,3
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2007 - 2012)	0,07	0,06	0,06
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	5.437	4.824	10.261
Años de Vida Perdidos. CM.	3.507	2.176	5.683
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.930	2.648	4.578

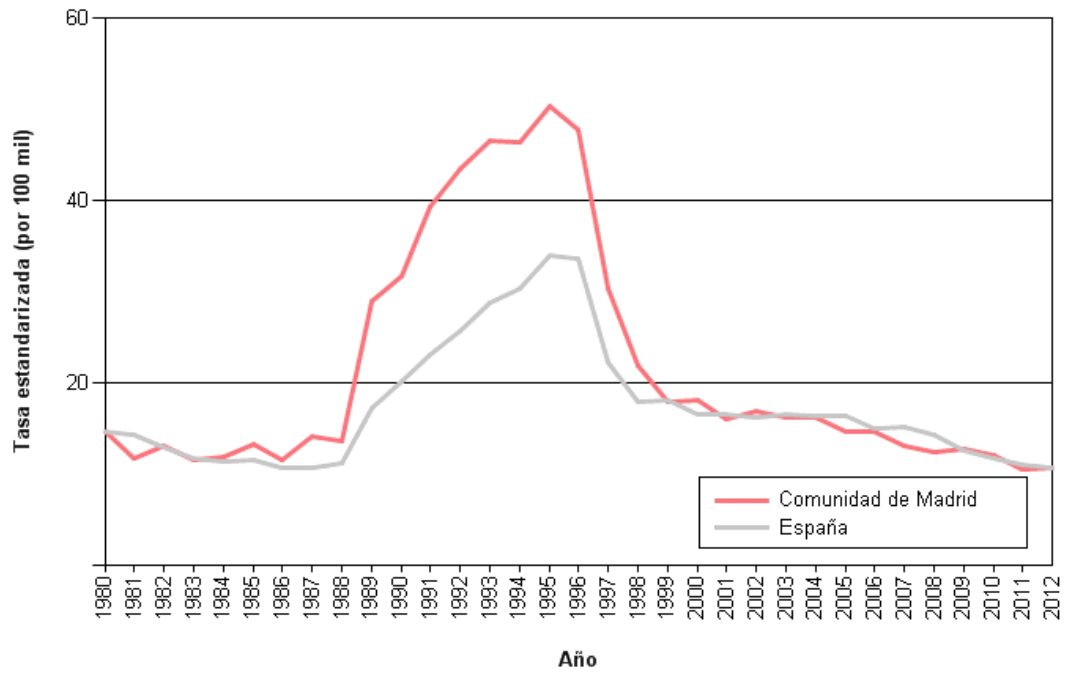
7.1.2. Mortalidad

La mortalidad por esta causa, superior en hombres que en mujeres, muestra una tendencia estable a lo largo del siglo XXI y con valores similares al conjunto de España ([Figura 7.1](#)). Se observa que incluso estas causas han contribuido ligeramente al incremento de esperanza de vida en los últimos años ([Figura 7.2](#)).

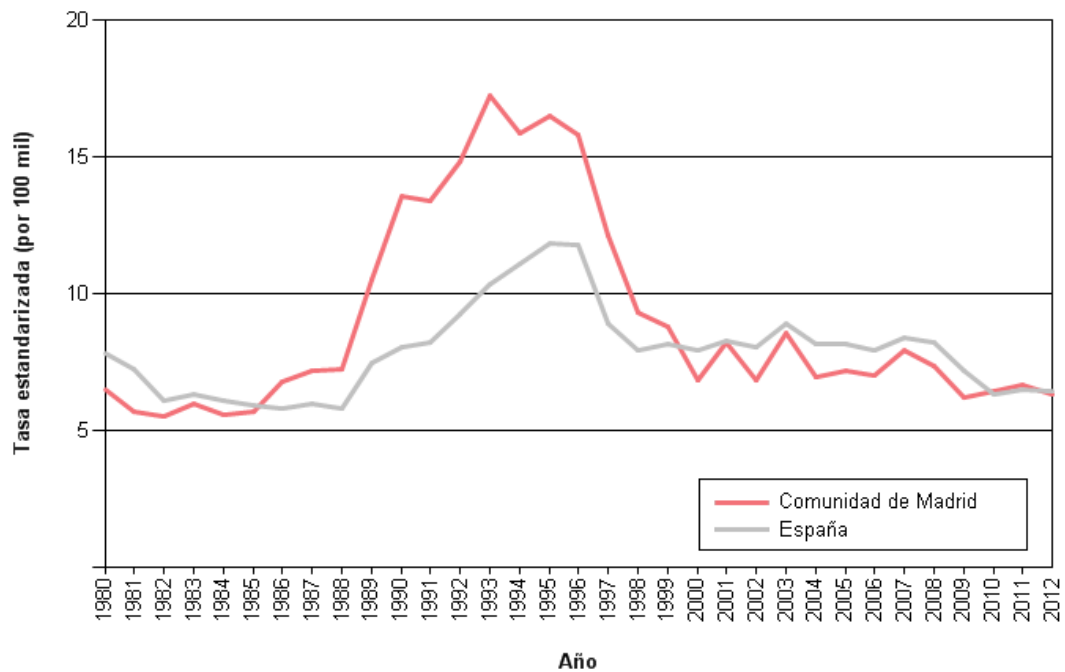
Figura 7.1. Enfermedades infecciosas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2012.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



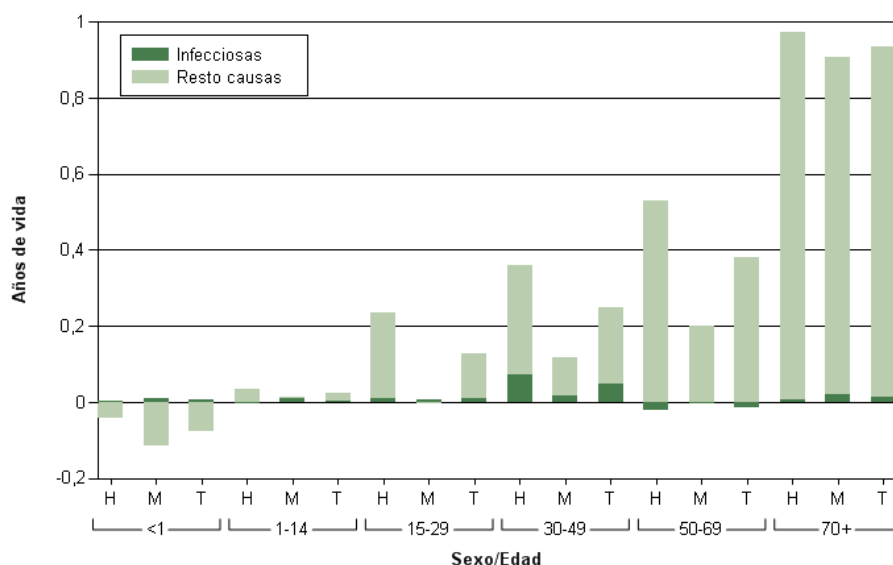
Mujeres



Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

Figura 7.2. Contribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria

Las enfermedades infecciosas representan aproximadamente un cuarto de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (Tabla 7.2 y Tabla 7.3). Las tasas más elevadas se observan en mujeres, en población española y especialmente en los menores de 5 años (Figura 7.3). Las infecciones más frecuentes se localizan en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda es la primera causa de motivo de consulta por infección en todos los grupos de edad (Figura 7.4).

Tabla 7.2. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2012 y 2013.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	2.030.644	24,3	666,4 (721,8)	1.958.984	24,1	642,2 (699,3)
Mujeres	2.861.657	21,7	863,4 (915,8)	2.723.410	21,8	824,1 (881,3)
Nacidos fuera de España	636.955	20,6	550,9 (635,7)	577.060	20,2	522,0 (602,7)
Nacidos en España	4.213.863	23,0	809,6 (837,7)	4.063.136	23,1	774,1 (805,4)
Total	4.892.301	22,7	769,1 (822,7)	4.682.394	22,7	736,8 (793,7)

Tabla 7.3. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2012 y 2013.

Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

DA	2012			2013		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	829.503	20,5	674,5 (732,1)	836.789	21,1	686,9 (757,3)
Norte	580.612	22,6	714,6 (759,7)	548.953	22,7	673,7 (720,0)
Este	771.534	23,3	835,6 (890,0)	703.303	23,3	760,6 (811,0)
Sureste	771.480	23,3	815,9 (876,0)	735.928	23,1	778,8 (843,6)
Sur	673.915	23,9	915,3 (956,3)	660.612	24,1	895,5 (937,0)
Oeste	609.024	22,9	847,4 (905,7)	581.071	22,4	808,3 (869,0)
Noroeste	656.233	23,1	659,6 (703,3)	615.738	22,8	618,5 (667,9)

Figura 7.3. Episodios de enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

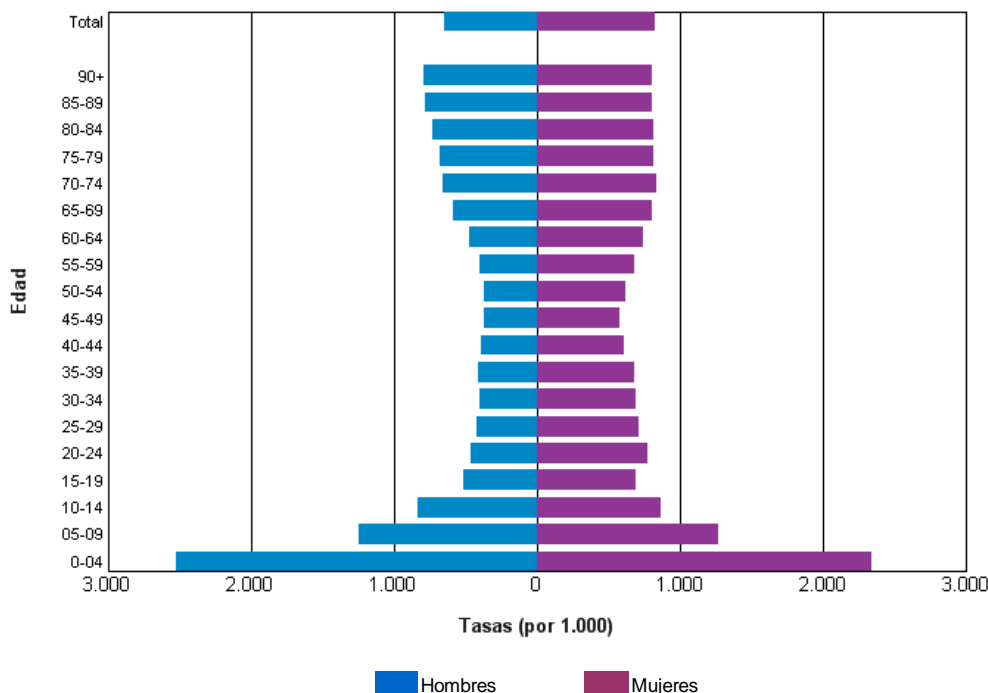


Figura 7.4. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	R74-Infec respiratoria aguda superior N=44.139	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=11.214	F71-Conjuntivitis alérgica N=5.298	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=4.947	H71-Otitis media/miringitis aguda N=4.185
1-4	R74-Infec respiratoria aguda superior N=318.173	H71-Otitis media/miringitis aguda N=77.431	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=60.223	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=54.532	R77-Laringitis/traqueítis aguda N=43.627
5-14	R74-Infec respiratoria aguda superior N=286.887	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=58.486	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=48.634	H71-Otitis media/miringitis aguda N=48.528	R76-Amigdalitis aguda N=34.003
15-24	R74-Infec respiratoria aguda superior N=135.253	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=33.172	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=28.886	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=20.863	R76-Amigdalitis aguda N=18.827
25-34	R74-Infec respiratoria aguda superior N=183.787	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=68.599	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=36.571	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=27.602	R76-Amigdalitis aguda N=17.428
35-44	R74-Infec respiratoria aguda superior N=243.741	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=61.069	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=40.790	R72-Faringitis/amigdalitis estreptococ N=22.143	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=22.093
45-54	R74-Infec respiratoria aguda superior N=180.680	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=35.753	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=30.673	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=24.320	F71-Conjuntivitis alérgica N=15.942
55-64	R74-Infec respiratoria aguda superior N=167.216	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=32.633	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=27.574	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=19.315	F71-Conjuntivitis alérgica N=16.151
65-74	R74-Infec respiratoria aguda superior N=164.026	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=35.722	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=30.386	F71-Conjuntivitis alérgica N=17.563	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=11.931
75-84	R74-Infec respiratoria aguda superior N=113.932	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=37.826	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=28.586	F71-Conjuntivitis alérgica N=15.115	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=9.857
85+	R74-Infec respiratoria aguda superior N=44.158	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=25.181	R78-Bronquitis/bronquiolitis aguda N=14.467	F71-Conjuntivitis alérgica N=7.258	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=5.079

*Código CIAP-2 correspondiente. N = número de episodios.

7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas

Las tasas más altas de morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias se observan en las edades extremas de la vida, con un predominio de los hombres para todos los grupos de edad (Figura 7.5). Si consideramos las causas específicas, (Figura 7.6) las enfermedades víricas seguidas de las septicemias son las más frecuentes. En las personas de 55 y más años las septicemias son la primera causa infecciosa de alta hospitalaria. En los menores de 5 años las infecciones intestinales son la primera causa infecciosa de hospitalización. Respecto a la morbilidad hospitalaria por rotavirus (Figura 7.7), en niños de 1 a 4 años las tasas de los últimos años son inferiores a 2 por mil, y en menores de un año de edad las tasas son superiores a 4 por mil con mayores oscilaciones temporales.

Figura 7.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

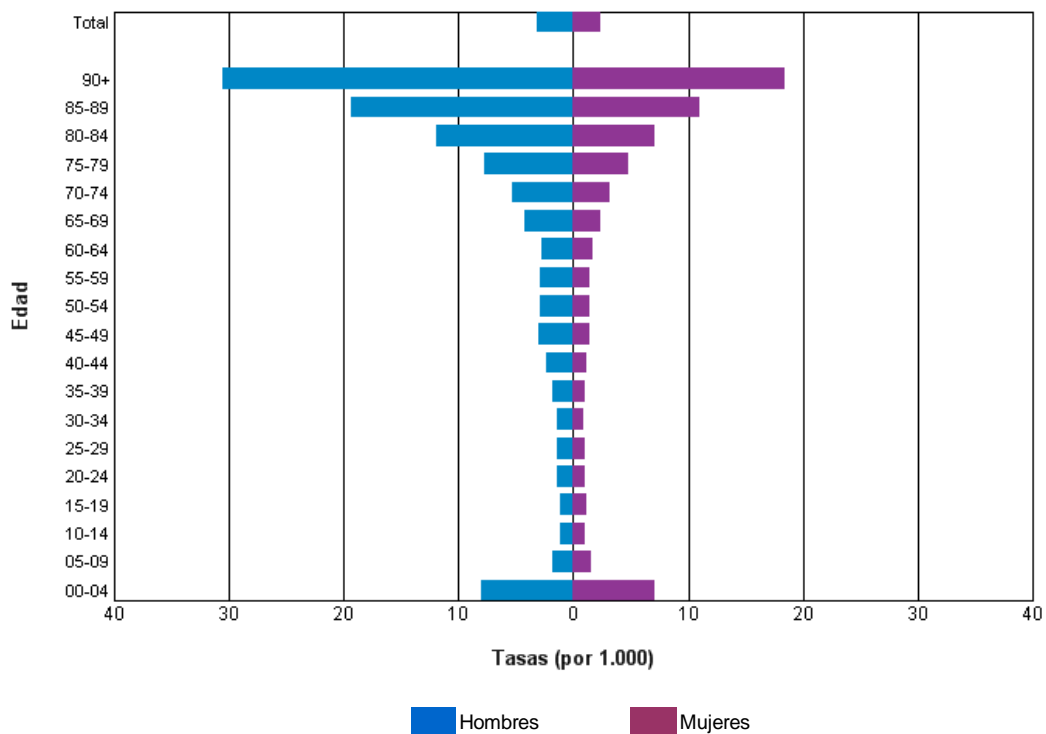


Figura 7.6. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas* más frecuentes de morbilidad hospitalaria por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2013.

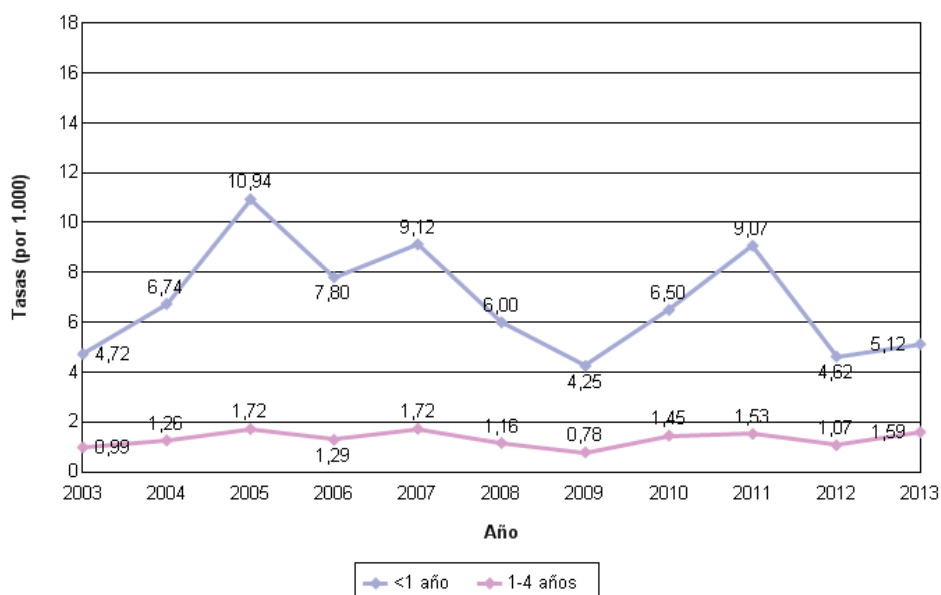
Fuente: CMBD. Elaboración: Informes de Salud y Estudios.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=403	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=280	033.-TOSFERINA N=138	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=92	038.-SEPTICEMIA N=85
01-04	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=579	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=189	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=179	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=124	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=97
05-14	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=295	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=137	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=120	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=109	047.-MENINGITIS ENTEROVIRICA N=76
15-24	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=235	075.-MONONUCLEOSIS INFECCIOSA N=110	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=97	038.-SEPTICEMIA N=83	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=44
25-34	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=478	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=227	011.-TBC PULMONAR N=181	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=162	038.-SEPTICEMIA N=124
35-44	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=820	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=578	070.-HEPATITIS VIRICA N=367	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=263	038.-SEPTICEMIA N=230
45-54	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=1.474	070.-HEPATITIS VIRICA N=600	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=488	038.-SEPTICEMIA N=412	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=229
55-64	038.-SEPTICEMIA N=574	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=383	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=336	070.-HEPATITIS VIRICA N=246	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=243
65-74	038.-SEPTICEMIA N=963	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=245	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=242	070.-HEPATITIS VIRICA N=156	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=129
75-84	038.-SEPTICEMIA N=1.751	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=196	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=181	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=154	070.-HEPATITIS VIRICA N=139
85+	038.-SEPTICEMIA N=1.876	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=154	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=118	112.-CANDIDIASIS N=71	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=71

* Código CIE-9-MC correspondiente. N=número de altas.

Figura 7.7. Rotavirus. Evolución de la morbilidad hospitalaria (CIE-9-MC: 008.61). Tasas por mil en los grupos de edad de menos de 1 año y de 1 a 4 años. Comunidad de Madrid, 2003-2013.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

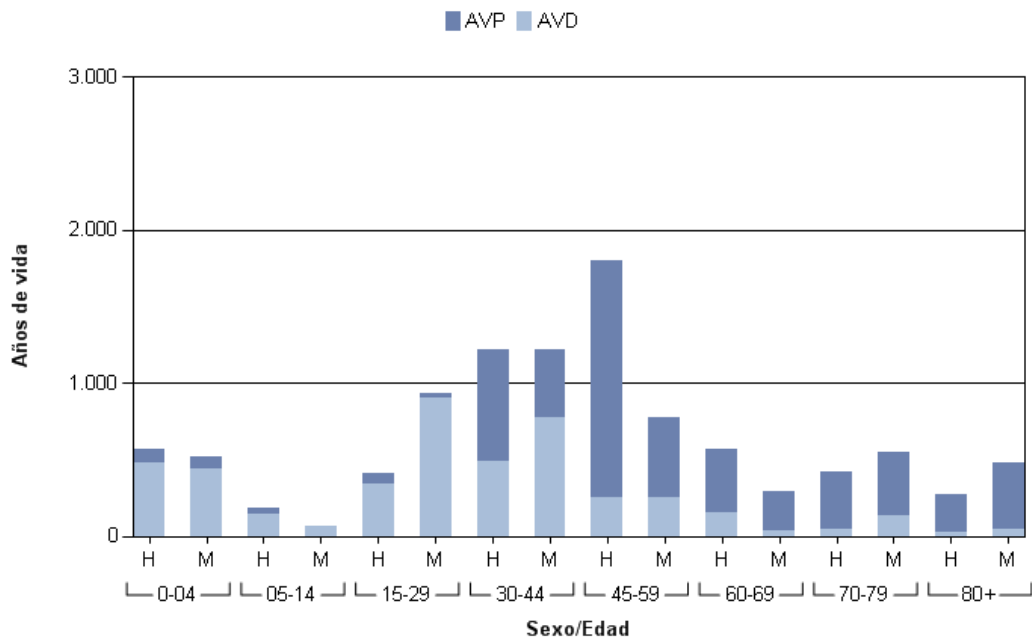


7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

La carga de enfermedad por causas infecciosas tiene especial relevancia en los hombres de 45 a 59 años (Figura 7.8). A partir de los 45 años el componente principal de carga de enfermedad por estas causas es la mortalidad.

Figura 7.8. Enfermedades infecciosas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.2. Coberturas vacunales

El programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles de la Comunidad de Madrid se desarrolla mediante vacunación sistemática infantil (calendario), campañas especiales y recientemente se ha sistematizado la vacunación del adulto (edición del primer calendario del adulto en 2007).

7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario

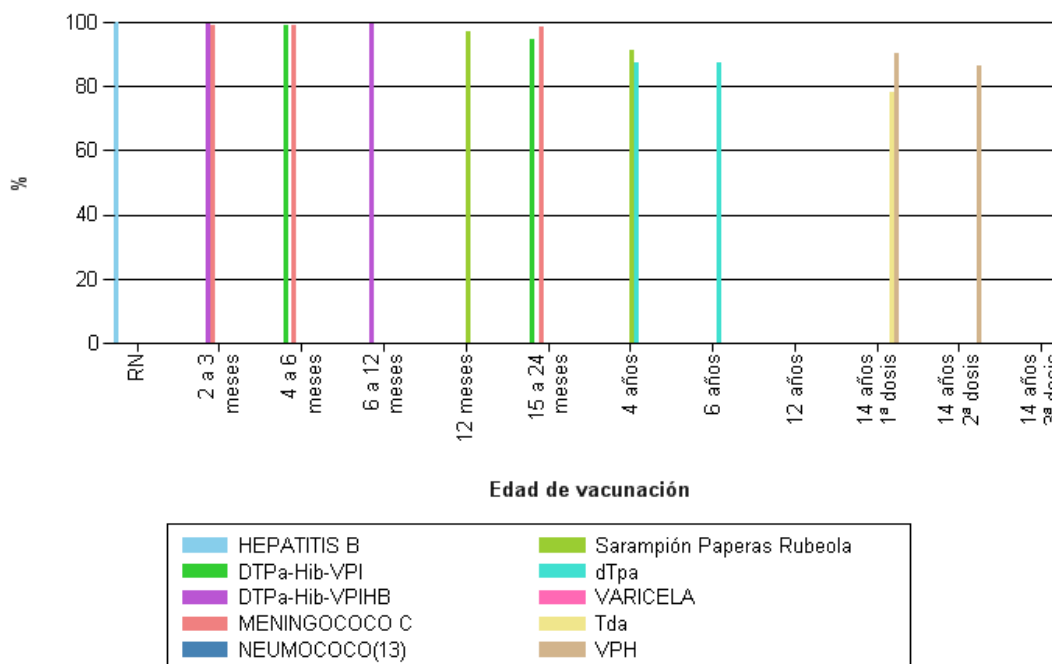
En la [Figura 7.9](#) se presentan los datos de vacunación infantil de calendario. En años recientes se han incluido vacunas para nuevas enfermedades en el calendario de vacunación infantil, como la de la varicela en 2005 y frente al virus del papiloma humano en 2008. También se introdujo en 2006 la vacuna conjugada frente a neumococo (inicialmente la 7-valente y en 2010 la 13-valente), si bien a partir de julio de 2012 ha sido excluida del calendario de vacunación infantil. Asimismo se han ido introduciendo ajustes en el número de dosis y edad de vacunación, como por ejemplo la primera dosis de vacuna triple vírica a los 12 meses desde 2011.

Durante el año 2013 con el objetivo de ir ajustando de forma progresiva el Calendario de Vacunación Infantil de la Comunidad de Madrid al Calendario Común de Vacunación Infantil del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobado el 21 de marzo de 2013, se introdujeron los siguientes cambios con efecto del 1 de junio de 2013: la pauta de vacunación frente a la hepatitis B es de tres dosis, a los 0 (recién nacidos), 2 y 6 meses; la administración de la vacuna combinada frente a la Difteria, Tétanos y Tosferina de baja carga antigénica se administra a los 6 años en lugar de a los 4 años, y la vacuna frente a la Varicela se administra a los 12 años en lugar de a los 11 años (pauta de dos dosis con un mes de intervalo). A finales de 2013, con efecto a partir del 1 de enero de 2014, se eliminó la vacuna frente a la Varicela a los 15 meses y se cambió la pauta de la vacunación frente a la Enfermedad Meningocócica por serogrupo C pasando a ser a los 2, 4, 12 meses y 12 años (con anterioridad la tercera dosis a los 15 meses).

En general casi un 80% de la cobertura de vacunación infantil de calendario se alcanza en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y un 10% en otros centros.

Figura 7.9. Cobertura de vacunación infantil de calendario. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.



7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

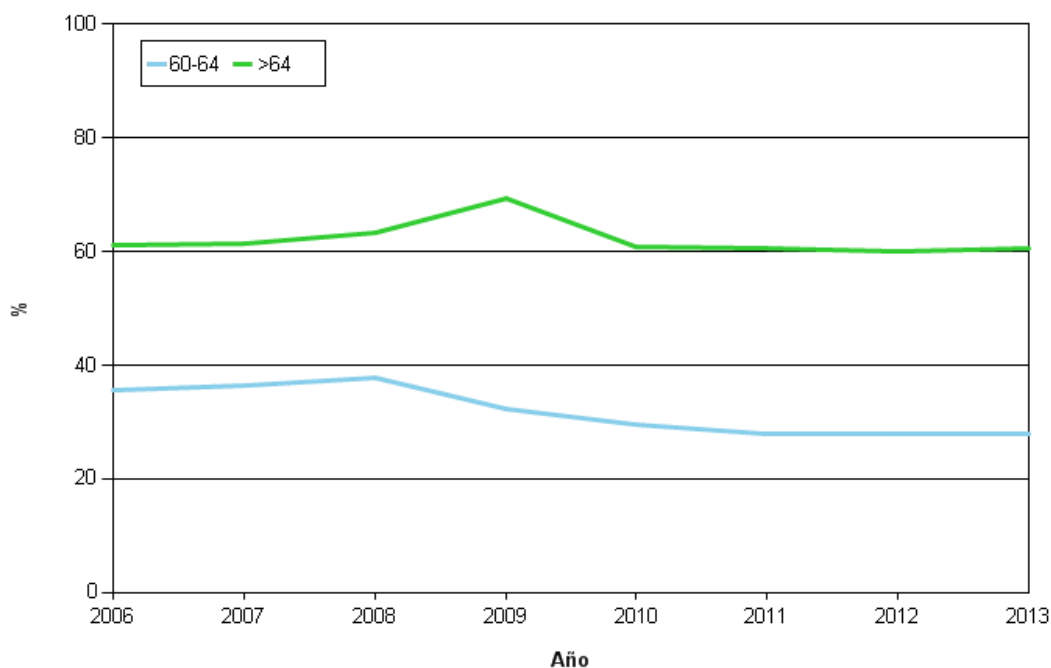
7.2.2.1. Gripe y neumococo

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid desarrolla desde el año 1990 campañas anuales de vacunación frente a la gripe dirigidas a los grupos de población que tienen un mayor riesgo de tener complicaciones asociadas. Hasta el año 2005 la edad de vacunación en mayores estaba fijada a partir de los 65 años, y a partir de este año se amplió la vacunación a las personas mayores de 59 años. 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. Para ambas enfermedades, por debajo de esas edades se recomienda la vacunación de personas incluidas en grupos de riesgo.

En la [Figura 7.10](#) se presenta, para los últimos años, la cobertura de vacunación antigripal en mayores. En 2013 en el grupo de mayores de 64 años se alcanzó una cobertura de 60,50% y en el grupo de 60 a 64 fue de 27,76%.

Figura 7.10. Cobertura de vacunación antigripal en población de 60 y más años, por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2013.

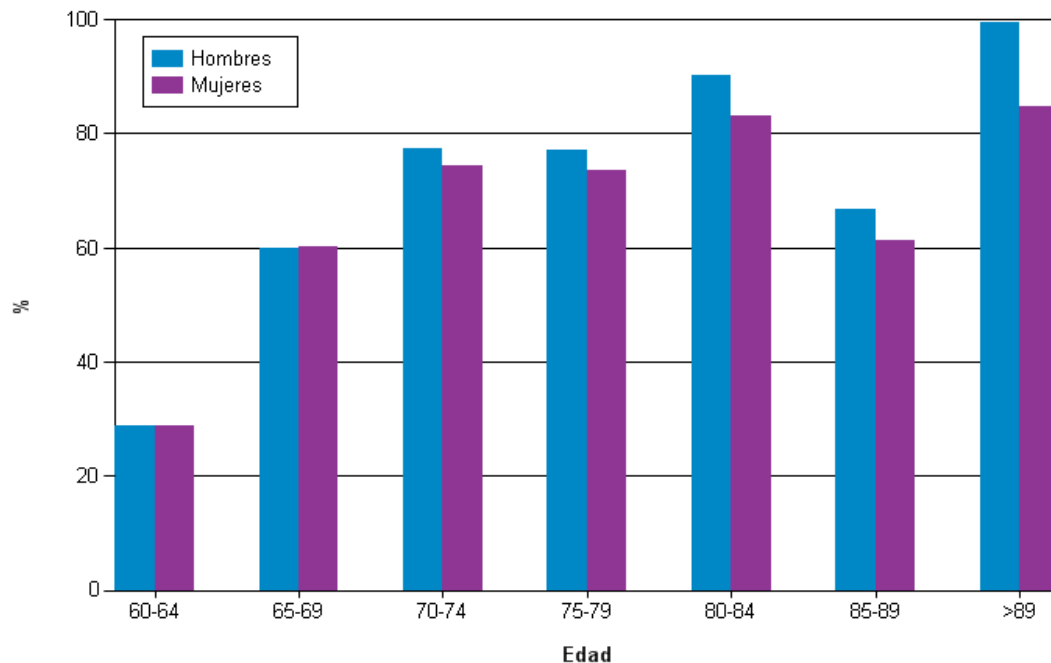
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.



Respecto a la vacunación antineumocócica, considerando la vacunación con una sola dosis, la cobertura acumulada desde el año 2003 a 2013 se muestra en la [Figura 7.11](#). A partir de los 65 años de edad las coberturas son superiores al 60%.

Figura 7.11. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años según sexo. Comunidad de Madrid, 2003-2013.

Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.



7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

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

Durante los años 2012 y 2013 no se han notificado casos de poliomielitis, difteria ni rubéola congénita. En 2012 se registró un caso de tétanos, no habiéndose notificado ninguno desde 2008; se trataba de una mujer de 54 años, con antecedente de caída con traumatismo facial y que desarrolló el cuadro clínico característico de tétanos.

Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis, tres Regiones han sido certificadas "libres de Polio": La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea en el año 2002. En 2010 se produjo la primera reintroducción del virus de la polio en la Región Europea, originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos. En octubre de 2013 se produjo en Siria un brote con 10 casos de polio por PSV1. Este hallazgo supone la primera detección del PSV1 en el país desde que se aisló por última vez en 1999. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2012 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) que mantienen algún área endémica, y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 223 casos en 2012. El poliovirus salvaje tipo 2 no se detecta desde 1999.

Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus en los laboratorios.

En la Comunidad de Madrid el sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) detectó en 2012 una incidencia por debajo del 1 por 100.000 en menores de 15 años. En 2012 en España se notificaron al sistema de vigilancia 23 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 87%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

En el año 2013 se notificaron 247 casos de tos ferina en la Comunidad de Madrid y 118 en el año 2012 (Figura 7.12). En 2012 el 51,7% de los casos se clasificaron como confirmados, el 8,5% como probables y el 39,8% restantes como sospechosos. El 51,7% de los casos eran hombres. La mediana de la edad fue de 1 año, con un rango de 1 mes a 86 años, siendo el 43,2% menores de 6 meses, el 23,7% de 6 meses a 4 años, el 16,1% entre 5 y 9 años, el 5,1% de 10 a 14 años y el 11,9% mayores de 14 años (Figura 7.13). El estado vacunal era desconocido en el 12,7% de los casos, el 27,1% no estaban vacunados y el 60,2% sí lo estaban (entre los vacunados, el 93,0% de los casos había recibido al menos una dosis de vacuna y en el resto de ellos se desconocía el número de dosis recibidas). Durante el año 2012 se notificaron 3 brotes de tos ferina en la Comunidad de Madrid, con un total de 9 afectados, todos ellos en el entorno familiar.

Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

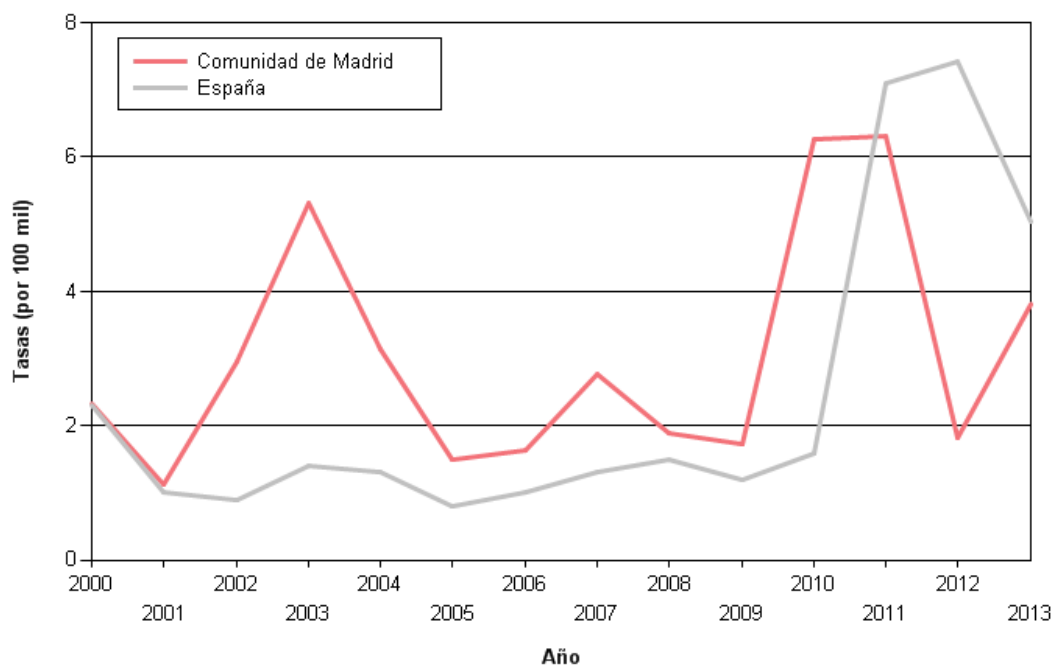
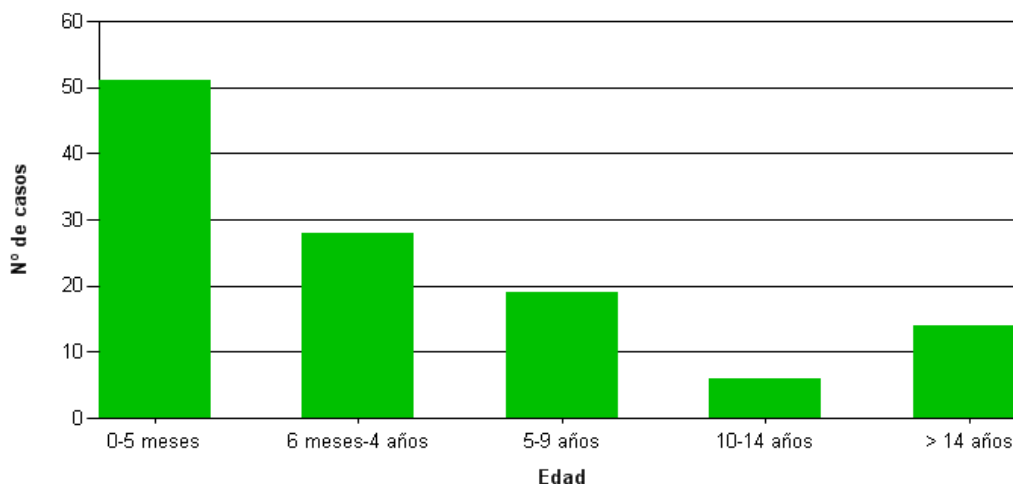


Figura 7.13. Tos ferina. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Después del brote comunitario de sarampión que ocurrió en la región en el año 2006 (Figura 7.14), en los años 2011 y 2012 se han notificado 955 casos sospechosos de sarampión, de los que se han confirmado el 90,6% en 2011 (634 casos) y el 79,2% en 2012 (202 casos). El 85,3% de los casos notificados han sido clasificados como autóctonos (815 casos) y el 2,1% como extracomunitarios (21 casos). El 52,1% de los casos confirmados autóctonos identificados en los años 2011 y 2012 eran hombres (425 de 815). El rango de edad fue de menos de 1 mes a 55 años. El 24,8% de los casos tenían entre 0 y 15 meses de edad y el 26,1% entre 25 y 34 años. La incidencia más elevada se observa en los menores de 1 año (148,69 casos por 100.000 habitantes en 2011 y 41,70 en 2012), seguida del grupo de 1 a 4 años (39,04 en 2011 y 10,61 en 2012) (Figura 7.15). El 35,1% de los casos son de etnia gitana (286 casos). La distribución etaria es muy diferente según la etnia de los casos. Entre los casos de etnia gitana, predominan los casos de 16 meses a 19 años de edad (68,9%), mientras que en los que no son de etnia gitana predominan los de 6 a 15 meses (28,2%) y los de 20 a 39 años (52,3%) (Figura 7.16). El 49,8% de los casos pertenecen a las cohortes de niños incluidos en el calendario de vacunación infantil y, por tanto, son casos evitables. El 97,5% de los casos de etnia gitana y el 74,4% de los que no eran de etnia gitana no estaban vacunados. El 99,3% (807) de los casos autóctonos se han producido en un intervalo de tiempo sin períodos libres de casos que abarca desde el 7 de febrero de 2011 hasta el 31 de julio de 2012. Se ha definido un brote comunitario formado por todos los casos ocurridos en dicho período con virus de genotipo D4 o con genotipo desconocido, independientemente de si estaban asociados a otro caso o eran esporádicos. Por tanto, los casos con un genotipo distinto de D4 o vinculados a algún caso con genotipo distinto de D4 se han excluido del brote. En total, el número de casos pertenecientes al brote comunitario asciende a 789 y del resto, 11 se agrupan en 5 brotes y 15 son esporádicos. El 58,1% (459) de los casos del brote comunitario están vinculados a 86 cadenas de transmisión. La cadena de mayor magnitud ha acumulado un total de 134 casos, seguida de una cadena de 31 casos, otra de 25 y otra de 16. Las tres primeras cadenas están formadas por casos originados en un ámbito geográfico específico (distrito de Vallecas y barrios de Pan Bendito y San Isidro respectivamente) y la última por casos vinculados a una escuela infantil.

Figura 7.14. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

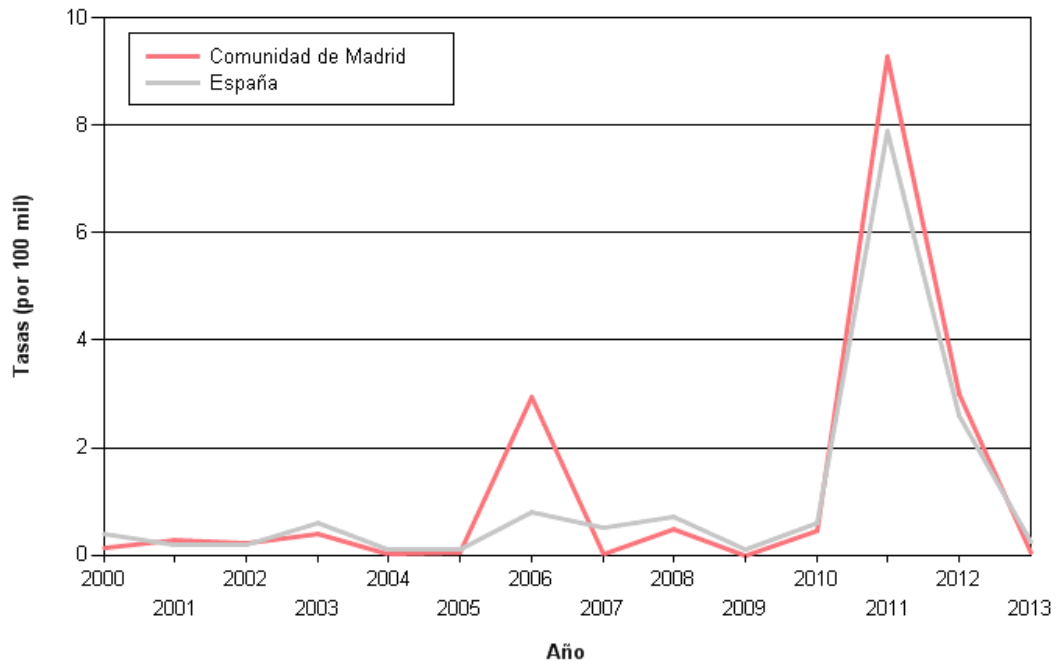


Figura 7.15. Sarampión. Incidencia de casos autóctonos por edad y año de inicio del exantema. Comunidad de Madrid, 2011-2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

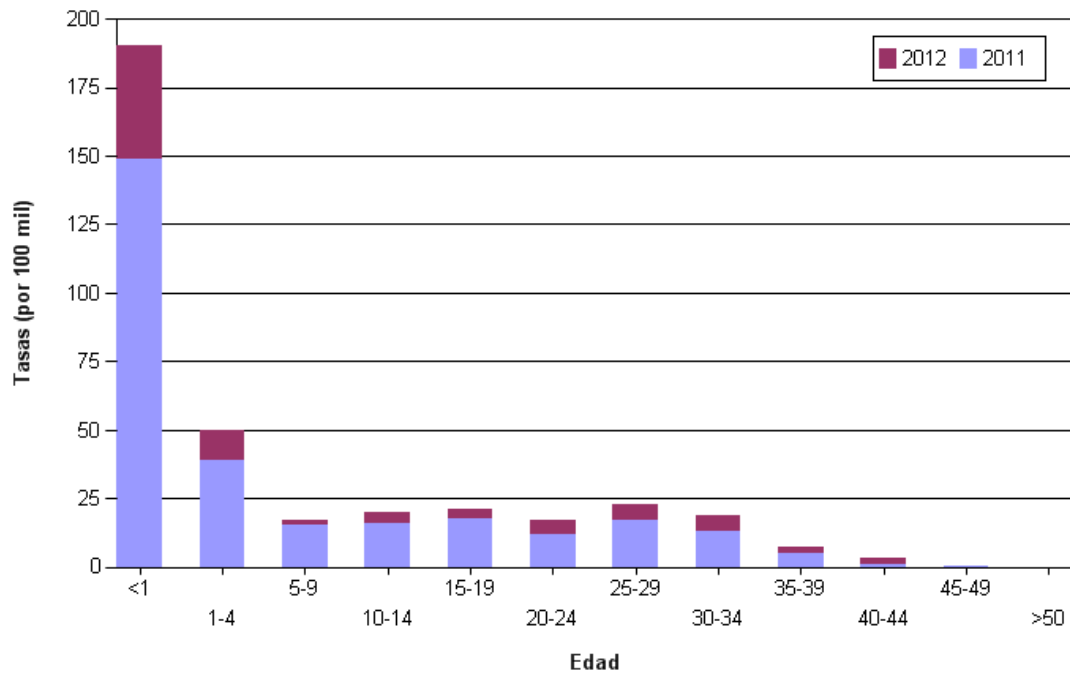
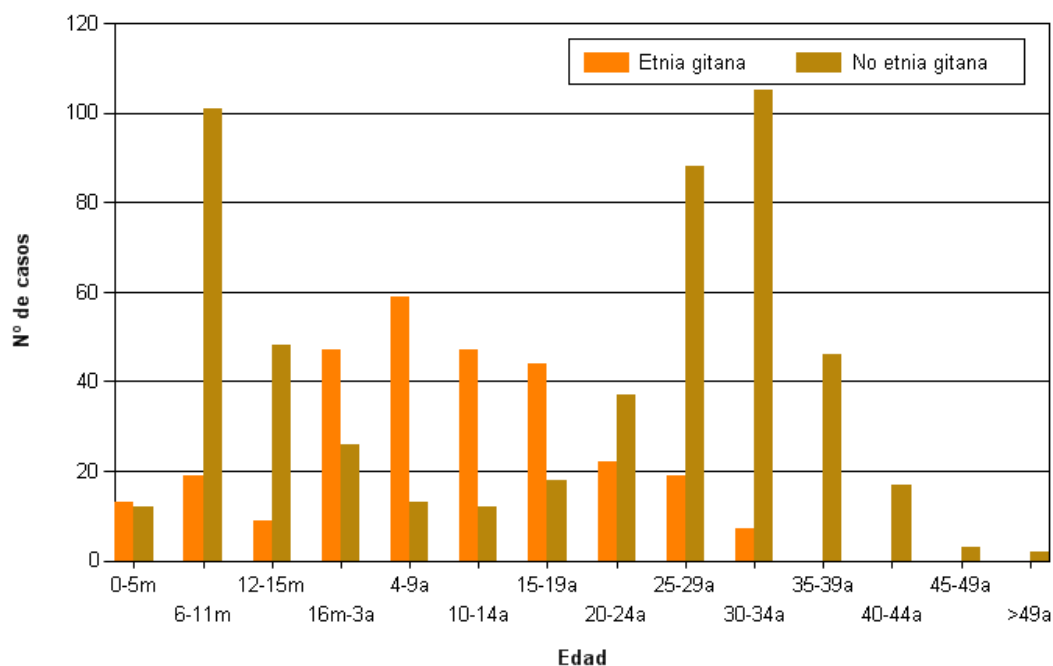


Figura 7.16. Sarampión. Distribución de los casos confirmados autóctonos según edad y etnia. Comunidad de Madrid, 2011-2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el período 2011-2012 se han notificado 4 y 22 casos sospechosos de rubéola respectivamente, de los que se han confirmado el 75,0% en 2011 y el 59,1% en 2012. La incidencia de casos autóctonos ha sido de 0,03 casos por 100.000 habitantes en 2013, 0,14 en 2012 y 0,06 en 2011 (Figura 7.17). El rango de edad fue de 9 meses a 60 años. El 66,6% tenían entre 20 y 34 años de edad. El 33,3% eran mujeres en edad fértil (4 casos) (Figura 7.18), de ellas, 3 estaban sin vacunar y una presentaba una dosis de vacuna no documentada. No se ha notificado ningún caso de síndrome de rubéola congénita en estos 2 años.

Figura 7.17. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

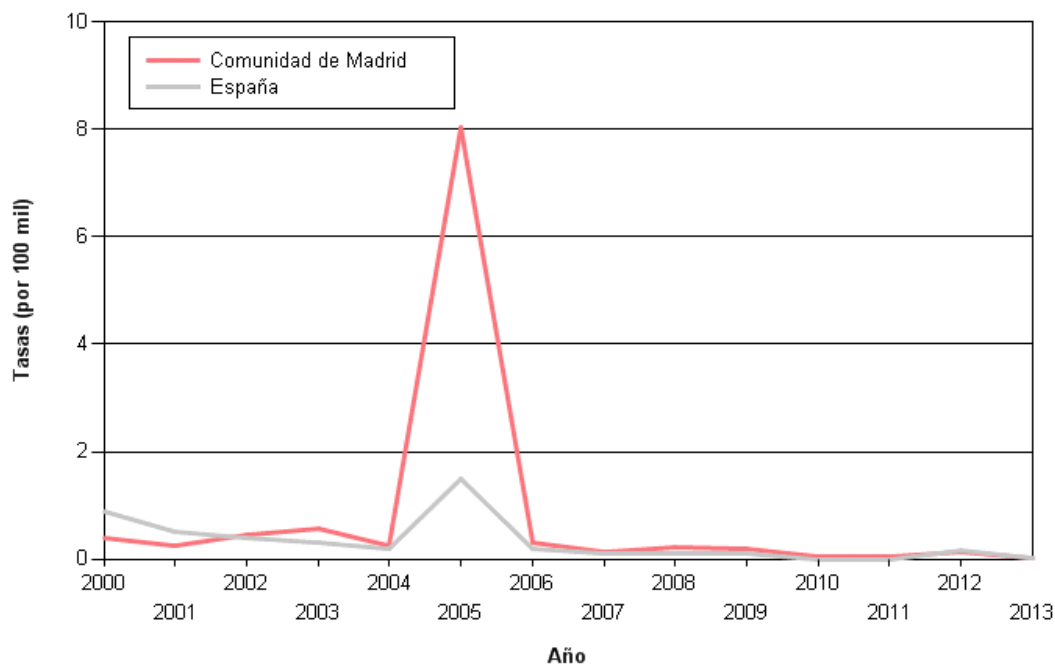
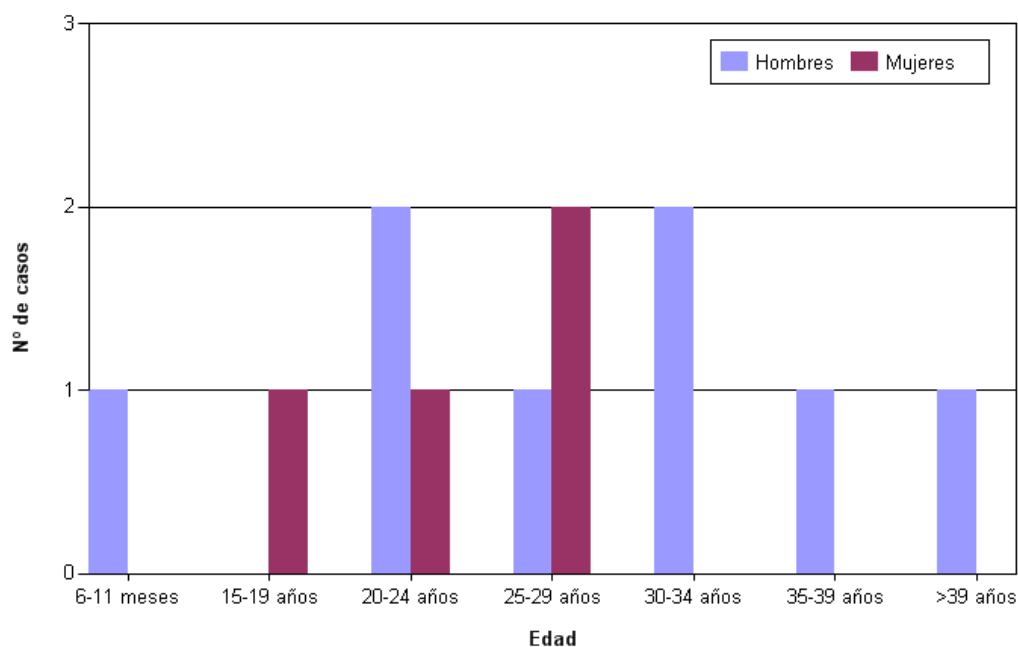


Figura 7.18. Rubéola. Distribución según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2011-2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En la Comunidad de Madrid se llevan a cabo encuestas de seroprevalencia periódicas como parte integrante de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Estas encuestas son representativas de la población de la Comunidad de Madrid y permiten conocer el grado de inmunidad de la misma. En relación con el sarampión y la rubéola, son útiles para evaluar el grado de cumplimiento establecido por la OMS para alcanzar el objetivo de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Región Europea en el año 2015. La IV Encuesta de Serovigilancia se llevó a cabo en los años 2008-2009. La

seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión en la población de 2 a 60 años es 97,8% (IC95%: 97,3-98,2). La estimación puntual supera el 95% en los grupos menores de 16 y mayores de 30 años. El valor más bajo se observa en adultos jóvenes, grupo más afectado cuando entra un virus importado en nuestra Comunidad (Figura 7.19). El grupo de 16 a 20 años presenta una seroprevalencia de 94,5% (IC95%: 92,3-96,0) y el de 21 a 30 de 94,3% (IC95%: 92,1-96,0). La recomendación de la OMS de llevar a cabo actividades suplementarias de inmunización debe tener en cuenta a los adultos jóvenes de 16 a 30 años como grupo diana. En relación con la seroprevalencia de anticuerpos frente a rubéola, todos los grupos de edad superan el 95% recomendado por la OMS (Figura 7.20).

Figura 7.19. Sarampión. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

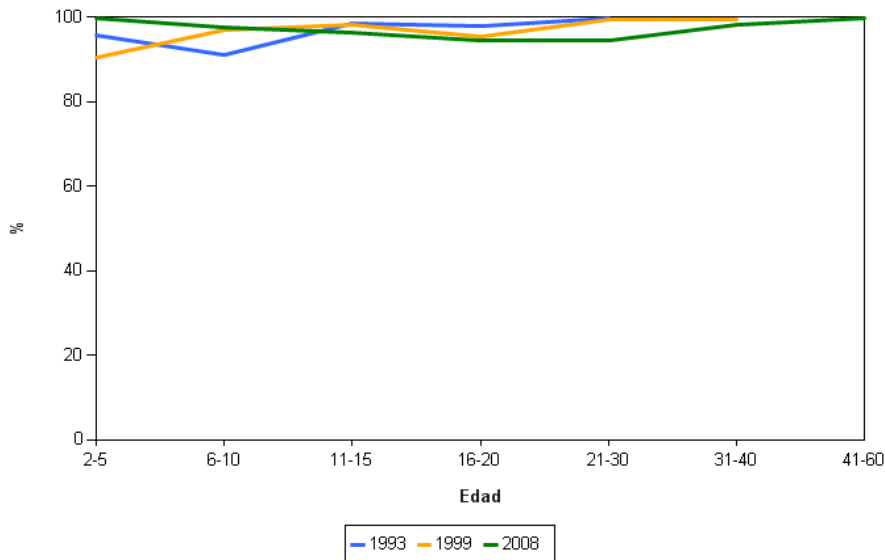
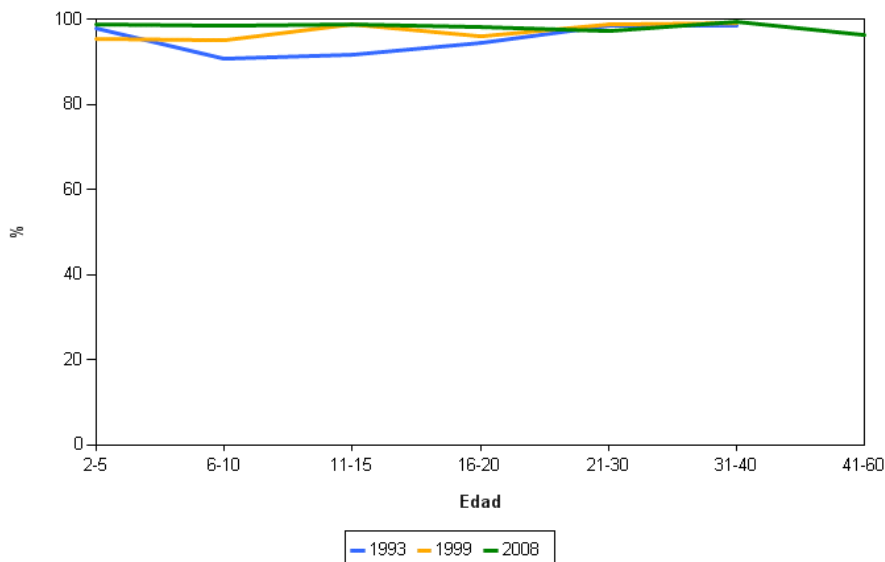


Figura 7.20. Rubéola. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

Fuente: Encuestas de Serovigilancia. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



A partir de los 21 años: sólo mujeres y hasta 45 años

En el año 2013 se notificaron 1952 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid (Figura 7.21) y 754 en el año 2012. De los casos de 2012, el 9,9% de los casos se clasificaron como confirmados, el 8,2% como probables y el 81,8% restantes como sospechosos. El 52,8% de los casos eran varones. El rango de edad fue de 1 a 83 años, con una mediana de 20,5 años; el 43,6 % eran menores de 15 años, 31,2% de

15 a 29 años, y el 25,2% mayores de 29 años (Figura 7.22). En cuanto al estado vacunal de los 544 casos menores de 29 años (deberían estar vacunados según calendario vacunal) en un 30,1% se desconocía el estado vacunal, el 2,4% no estaba vacunado y el 67,5% restante sí estaba vacunado. Se notificaron 13 brotes de parotiditis en 2012 con un total de 76 casos: 4 brotes en el ámbito escolar con 47 casos y 5 brotes de ámbito familiar con 14 casos.

Figura 7.21. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

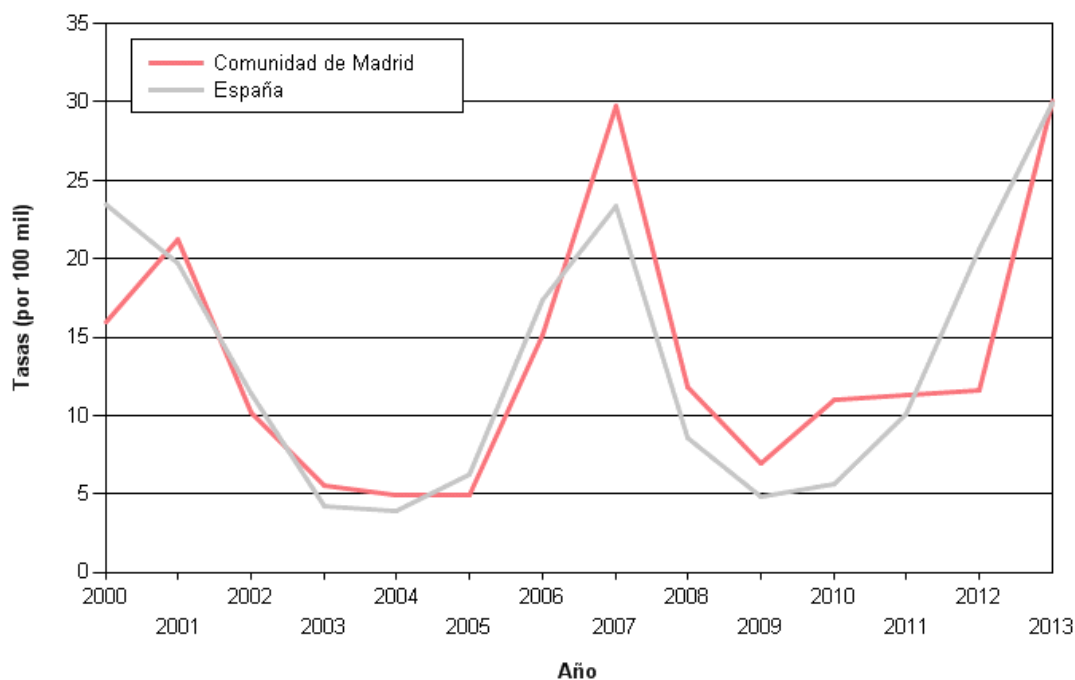
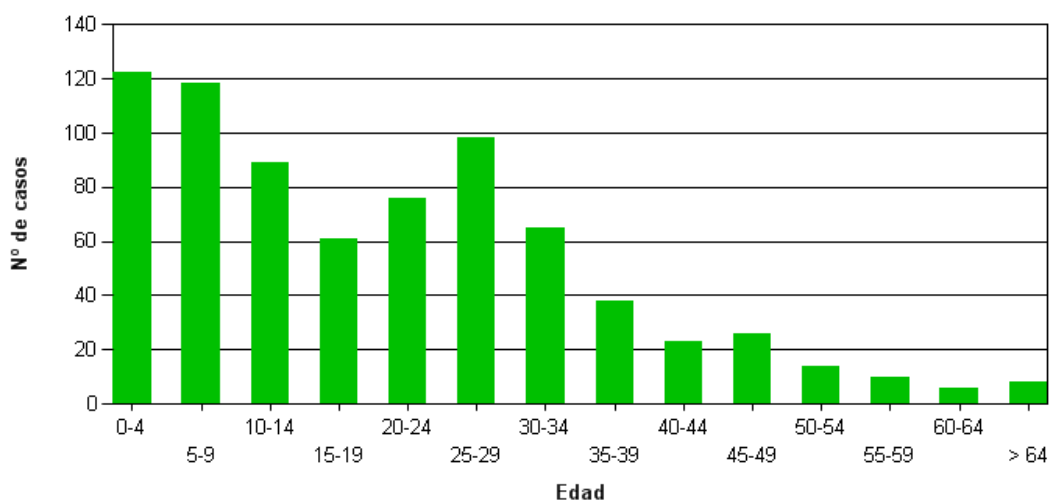


Figura 7.22. Parotiditis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Desde el año 2007 se observa un descenso mantenido en la incidencia de varicela en la Comunidad de Madrid (Figura 7.23), observándose en 2013 la tasa más baja desde el comienzo del nuevo siglo. En el periodo 2007-2011 la incidencia más elevada se observa en los menores de 10 años si bien hay una clara

tendencia descendente en el grupo de 0 a 4 años (Figura 7.24). En 2005 se introdujo en el calendario sistemático de vacunaciones infantiles la vacuna de la varicela en niños de 11 años sin antecedentes de vacunación o enfermedad previa, y en noviembre de 2006 se aprobó una nueva modificación del calendario vacunal para vacunar a los niños de 15 meses, lo que explica, al menos en parte, la tendencia descendente observada en esta enfermedad.

Figura 7.23. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

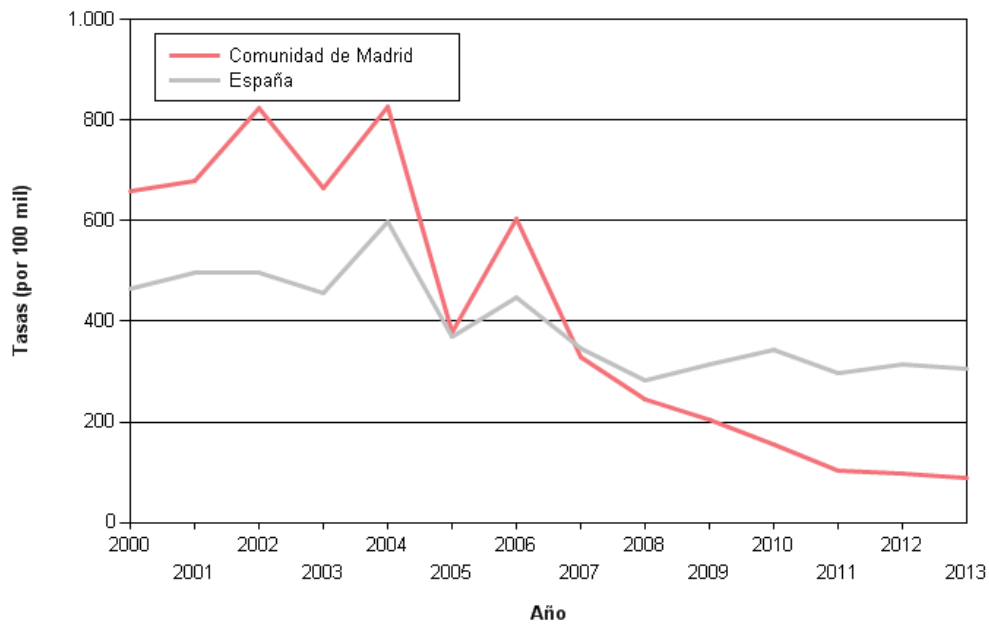
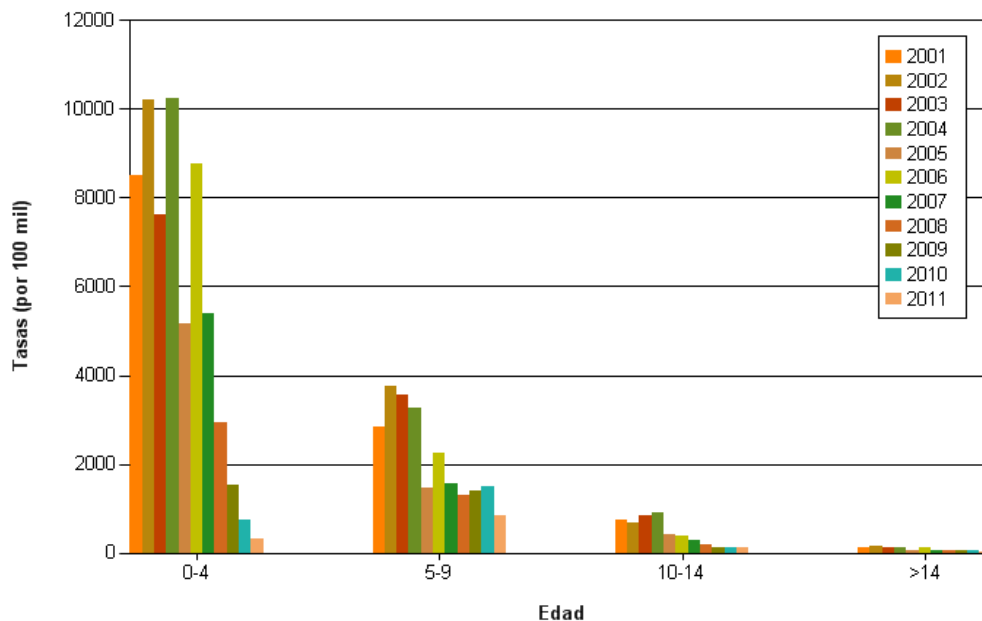


Figura 7.24. Varicela. Incidencia anual según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2011.

Fuente: Red de Médicos Centinela. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



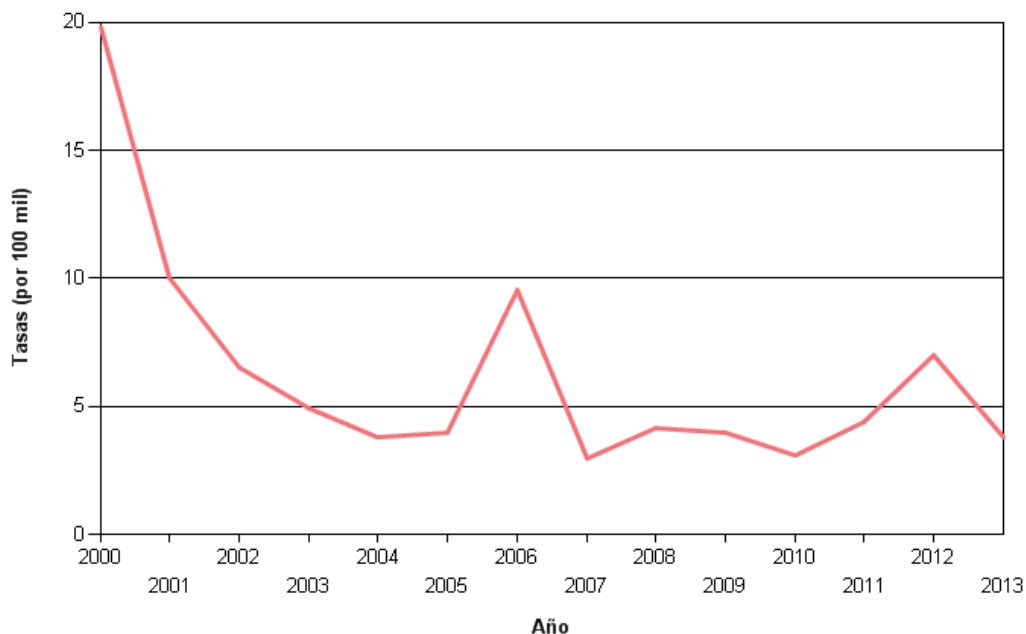
7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, enfermedad meningocócica, enfermedad neumocócica invasora y otras meningitis bacterianas

En el año 2013 en la Comunidad de Madrid se han registrado 248 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia de 3,81 casos por 100.000 habitantes (Figura 7.25). La mayoría de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas (73,0%), confirmándose 67 casos (27,0%). Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (53 casos), virus Varicela-zoster (4 casos), virus Herpes simple (7 casos), virus Echo (2 casos), virus de la Parotiditis epidémica (2 casos), virus de Epstein-Barr (1 caso) y Citomegalovirus (1 caso). Esta enfermedad muestra un predominio en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de edad de los menores de 1 año (37,03 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de 1 a 4 años (13,61) y el de 5 a 9 años (9,49). En 2013 no se han registrado fallecimientos por esta causa. En 2012 se registró el fallecimiento de un paciente con meningoencefalitis por Herpes simple.

En el año 2013 se han notificado en la Comunidad de Madrid 15 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. La enfermedad invasiva por *H. influenzae* presenta desde hace años en la Comunidad de Madrid tasas en torno al 0,2 por 100.000 habitantes.

Figura 7.25. Meningitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La incidencia de enfermedad meningocócica muestra una tendencia estable en los últimos años, y en 2013 la tasa fue de 0,63 por 100.000 habitantes (Figura 7.26). La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2012-2013 muestra las mayores tasas en los menores de un año, como es habitual. Esto se observó tanto para el serogrupo B, como para el serogrupo C y el global de los casos confirmados (Tabla 7.4).

Figura 7.26. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

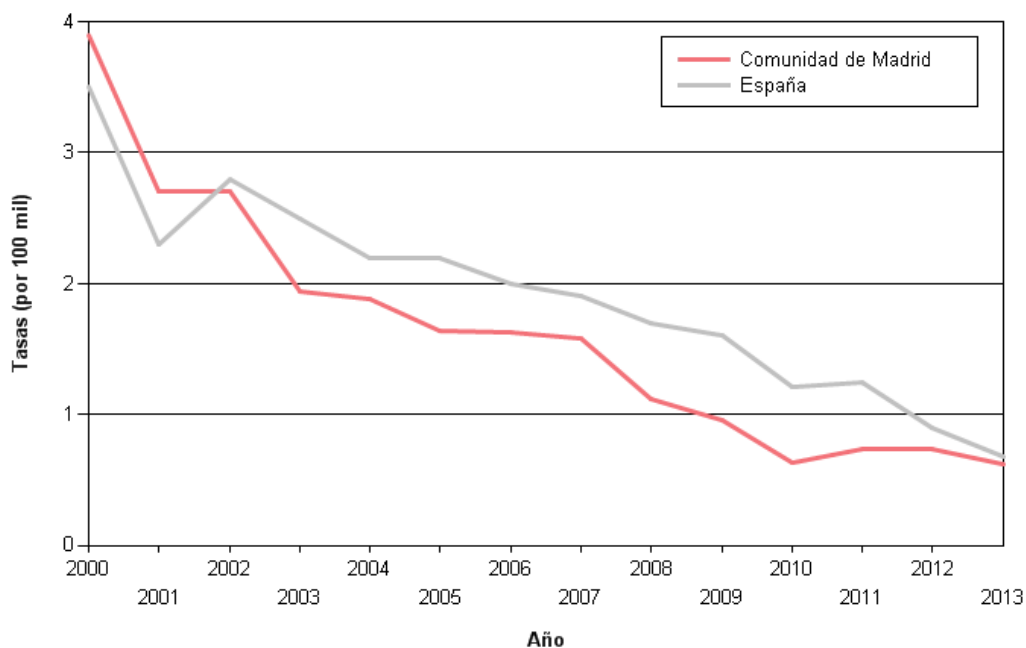


Tabla 7.4. Enfermedad meningocócica. Incidencia según edad y serogrupo. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporada 2012-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Serogrupo B		Serogrupo C		Confirmados*		Sospechas	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	6	8,89	1	1,48	8	11,85	0	0,00
1 a 4	7	2,38	0	0,00	9	3,06	1	0,34
5 a 9	2	0,58	1	0,29	3	0,86	2	0,58
10 a 14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 19	1	0,35	0	0,00	1	0,35	0	0,00
20 a 24	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25 a 44	4	0,14	0	0,00	4	0,18	0	0,00
45 a 64	4	0,24	2	0,12	7	0,42	1	0,06
>64	2	0,20	0	0,00	4	0,39	0	0,00
Total	25	0,38	4	0,06	36	0,55	4	0,06

*Se incluyen también los casos debidos a serogrupo Y, W135 y sin grupar

Al comparar la incidencia de la temporada 2012-2013 con las temporadas previas (desde la temporada 1996-97), observamos que ha mostrado una de las incidencias más bajas de enfermedad meningocócica registradas. La evolución muestra una reducción paulatina de la incidencia, especialmente para el serogrupo C tras las campañas de vacunación, pero también para el serogrupo B en las últimas temporadas (Tabla 7.5). La letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2012-2013 ha sido de 12,5% para el global de casos (Tabla 7.6).

Tabla 7.5. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia según temporada epidemiológica y serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2012-13.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Serog. A	Serog. B	Serog. C	Serog. Y	Serog. W135	Serog. X	Sin grupar	Total Confirmados	Sosp. Clínicas	Total
1996- Casos	0	49	118	0	0	0	7	174	98	272
1997 Tasas	-	0,98	2,35	-	-	-	0,14	3,46	1,95	5,42
1997- Casos	0	55	21	2	0	0	6	84	38	122
1998 Tasas	-	1,08	0,41	0,04	-	-	0,12	1,65	0,75	2,40
1998- Casos	1	62	32	0	0	0	12	107	34	141
1999 Tasas	0,02	1,20	0,62	-	-	-	0,23	2,08	0,66	2,74
1999- Casos	0	68	64	2	0	0	7	141	66	207
2000 Tasas	-	1,31	1,23	0,04	-	-	0,13	2,71	1,27	3,98
2000- Casos	0	58	41	1	0	0	3	103	43	146
2001 Tasas	-	1,08	0,76	0,02	-	-	0,06	1,92	0,80	2,72
2001- Casos	1	59	53	1	1	0	11	126	33	159
2002 Tasas	0,02	1,07	0,96	0,02	0,02	-	0,20	2,28	0,60	2,88
2002- Casos	0	48	23	1	2	0	13	87	17	104
2003 Tasas	-	0,84	0,40	0,02	0,03	-	0,23	1,52	0,30	1,82
2003- Casos	1	52	32	1	4	0	8	98	20	118
2004 Tasas	0,02	0,90	0,55	0,02	0,07	-	0,14	1,69	0,34	2,03
2004- Casos	0	67	16	2	1	0	4	90	15	105
2005 Tasas	-	1,15	0,28	0,03	0,02	-	0,07	1,55	0,26	1,81
2005- Casos	0	45	12	2	0	0	8	67	24	91
2006 Tasas	-	0,75	0,20	0,03	-	-	0,13	1,12	0,40	1,51
2006- Casos	0	66	3	1	0	0	7	77	19	96
2007 Tasas	-	1,90	0,05	0,02	-	-	0,12	1,27	0,31	1,58
2007- Casos	1	42	9	1	0	0	11	64	14	78
2008 Tasas	0,02	0,67	0,14	0,02	-	-	0,18	1,02	0,22	1,24
2008- Casos	0	35	3	0	2	1	3	44	15	59
2009 Tasas	-	0,56	0,05	-	0,03	0,02	0,05	0,70	0,24	0,94
2009- Casos	2	21	8	1	3	0	9	44	10	54
2010 Tasas	0,03	0,33	0,13	0,02	0,05	-	0,14	0,69	0,16	0,85
2010- Casos	0	24	3	2	0	0	5	34	4	38
2011 Tasas	-	0,37	0,05	0,03	-	-	0,08	0,53	0,06	0,59
2011- Casos	0	29	5	0	1	0	9	44	7	51
2012 Tasas	-	0,45	0,08	-	0,02	-	0,14	0,68	0,11	0,79
2012- Casos	0	25	4	1	1	0	5	36	4	40
2013 Tasas	-	0,38	0,06	0,02	0,02	-	0,08	0,55	0,06	0,62

Tabla 7.6. Enfermedad meningocócica. Letalidad (%) según temporada epidemiológica y serogrupo. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2012-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Serogrupo B	Serogrupo C	Total confirmados	Sospechas clínicas	Total
1996-1997	6,1	16,9	13,2	5,1	10,3
1997-1998	7,3	9,5	7,1	5,3	6,6
1998-1999	8,2	15,6	11,2	5,9	9,9
1999-2000	8,8	9,4	8,5	6,1	7,7
2000-2001	1,7	22,0	10,7	16,3	12,3
2001-2002	6,8	24,5	14,3	12,1	13,8
2002-2003	10,4	13,0	12,6	0,0	10,6
2003-2004	3,8	25,0	13,3	0,0	11,0
2004-2005	9,0	25,0	12,2	6,7	11,4
2005-2006	13,3	25,0	14,9	0,0	11,0
2006-2007	12,1	0,0	10,4	10,5	10,4
2007-2008	7,1	11,1	6,3	14,3	7,7
2008-2009	11,4	33,3	13,6	0,0	10,2
2009-2010	0,0	25,0	6,8	0,0	5,6
2010-2011	4,2	0,0	5,9	0,0	5,3
2011-2012	3,4	0,0	4,5	0,0	3,9
2012-2013	12,0	25,0	13,8	0,0	12,5

Analizando a partir del CMBD los casos de enfermedad invasora por neumococo (ENI) que requieren ingreso hospitalario, en el año 2013 la incidencia fue 20,75 casos por 100.000 habitantes (Tabla 7.7). La mayor incidencia se observa en los mayores de 64 años (86,22 casos por 100.000), seguida por el grupo de edad de 45-64 años (15,44 casos por 100.000) y por los menores de 1 año (14,81 casos por 100.000). La neumonía fue la forma clínica predominante, con una incidencia de 18,37. La incidencia de septicemia fue de 1,91 y la meningitis neumocócica fue de 0,48. La letalidad global ha sido de un 8,2%, siendo superior en los mayores de 64 años (10,5%) y en los casos de septicemia (14,5%). La incidencia de la enfermedad en 2013 ha sido un 8,0% menor que en 2012 (RR=0,92 IC95% 0,85-0,99). La evolución de la enfermedad muestra una tendencia decreciente desde 2009.

Tabla 7.7. Enfermedad neumocócica invasora. Evolución de la incidencia anual según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2013.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Septicemia		Meningitis		Neumonía		Peritonitis		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1998	27	0,53	33	0,65	2.468	48,47	2	0,04	2.530	49,69
1999	19	0,37	36	0,70	2.189	42,54	4	0,08	2.248	43,69
2000	22	0,42	39	0,75	2.202	42,30	2	0,04	2.265	43,51
2001	20	0,37	37	0,69	2.136	39,76	2	0,04	2.195	40,86
2002	13	0,24	48	0,87	2.060	37,27	3	0,05	2.124	38,43
2003	22	0,38	55	0,96	2.193	38,35	3	0,05	2.273	39,75
2004	17	0,29	44	0,76	1.808	31,15	2	0,03	1.871	32,23
2005	32	0,54	52	0,87	2.463	41,30	3	0,05	2.550	42,76
2006	28	0,47	43	0,72	2.685	44,69	1	0,02	2.757	45,89
2007	53	0,87	45	0,74	3.232	53,14	4	0,07	3.334	54,82
2008	62	0,99	52	0,83	3.141	50,08	3	0,05	3.258	51,95
2009	71	1,11	52	0,81	3.573	55,94	2	0,03	3.698	57,90
2010	74	1,15	42	0,65	2.610	40,41	1	0,02	2.727	42,22
2011	73	1,12	32	0,49	1.694	26,10	2	0,03	1.801	27,75
2012	109	1,68	44	0,68	1.316	20,25	2	0,03	1.471	22,64
2013	124	1,91	31	0,48	1.193	18,37	0	0,00	1.348	20,75

La ENI se incluyó como EDO en la Comunidad de Madrid en febrero de 2007. En 2013 se registraron 399 casos (6,14 casos por 100.000). Al analizar la incidencia de las principales formas clínicas de presentación de la enfermedad por grupos de edad (Figura 7.27), se observa que la neumonía (con o sin sepsis) afecta fundamentalmente a los mayores de 59 años (8,03 casos por 100.000) y el grupo de 1 a 4 años (5,78), la sepsis a los mayores de 59 años (4,05), a los menores de 1 año (2,96) y a los de 1 a 4 años (2,72), la bacteriemia sin foco muestra la mayor incidencia en los menores de 1 año (11,85) y en el grupo de edad de 1 a 4 años (3,06), la meningitis (con o sin sepsis) afecta preferentemente a los menores de 1 año (2,96), a los de 1 a 4 años (2,04) y a los mayores de 59 años (1,33), la mayor incidencia de empiema se presenta en el grupo de edad de 5 a 9 años (1,15). En 262 casos (65,6%) se registró algún antecedente patológico que podría considerarse un factor de riesgo para la enfermedad neumocócica (Tabla 7.8). La presencia de antecedentes patológicos fue mayor en hombres que en mujeres (71,2% vs 57,8%) y aumentó con la edad. El 60,3% de los casos con antecedentes patológicos habían recibido vacunación antineumocócica: el 87,5% de ellos habían recibido la vacuna de polisacáridos capsulares de los 23 serotipos (VPN23), el 10,9% habían recibido vacuna conjugada y en 2 casos se desconoce el tipo de vacuna. La letalidad de los pacientes con antecedentes patológicos fue del 17,5%, siendo del 7,2% para los pacientes sin antecedentes patológicos.

Figura 7.27. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según edad y forma de presentación clínica. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

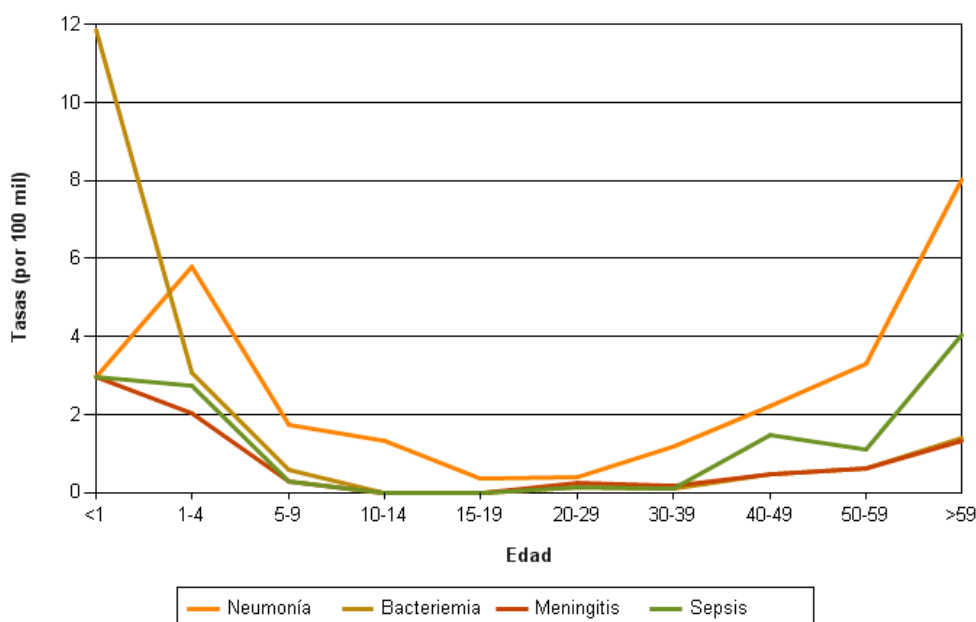


Tabla 7.8. Enfermedad neumocócica invasora. Antecedentes patológicos. Comunidad de Madrid, 2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Casos	%
Cirugía craneal	1	0,4
Esplenectomía	5	1,9
Fístula de LCR	1	0,4
Inmunodeficiencia	53	20,2
Patología cardíaca	49	18,7
Patología hepática	15	5,7
Patología renal	7	2,7
Patología respiratoria	42	16,0
Traumatismo o cirugía craneal	2	0,8
Otros	87	33,2
Total	262	100,0

La vacuna conjugada neumocócica 7-valente (VCN7) está disponible en España desde 2001 y en noviembre de 2006 se incluyó en el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid, recomendándose en todos los niños nacidos a partir del 1 de noviembre de 2004. En junio de 2010 esta vacuna fue sustituida por la vacuna conjugada 13-valente (VCN13) y en julio de 2012 esta vacuna dejó de incluirse en la vacunación sistemática de la infancia. La vacuna polisacárida (VPN23), indicada desde 2001 para los grupos de riesgo, desde 2005 se recomienda a los mayores de 59 años, administrándose junto a la vacuna antigripal. En el año 2013, se dispone de información sobre el serotipo de neumococo causante de la enfermedad en el 79,1% de los casos (316). Se han identificado más de 40 serotipos diferentes. Los cinco serotipos más frecuentes fueron el 8 (14,9%), 3 (8,5%), 19A (6,6%), 1 (5,4%) y 22F (5,1%). La proporción de casos con serotipos incluidos en la VCN7 fue del 9,1%, en la VCN13 fue del 32,2% y en la VPN23 del 67,4%.

En las meningitis bacterianas de otra etiología diferente de *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* en los últimos años la incidencia está en torno al 1 por 100.000. El patógeno detectado con mayor frecuencia en estas meningitis es *Listeria monocytogenes*, que ha producido en 2013 el 33,3% de los casos (incidencia 0,26).

7.3.3. Hepatitis víricas A, B y otras

En los años 2008 y 2009 se produjo un aumento en la incidencia de hepatitis A, motivado principalmente por la aparición de brotes en centros escolares, descendiendo posteriormente en los años siguientes (Figura 7.28). De los 82 casos de hepatitis A notificados en 2012 el 67,1% eran menores de 35 años. La información sobre el país de origen constaba en el 98,8% de los casos, de los cuales el 71,6% eran españoles (Figura 7.29), el 13,6% latinoamericanos, el 8,6% africanos, el 4,9% europeos y el 1,2% asiáticos. En 22 casos (26,8%) constaba el antecedente de viaje o estancia reciente a zonas endémicas de hepatitis A y sólo en uno de ellos constaba la vacunación.

Figura 7.28. Hepatitis A. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

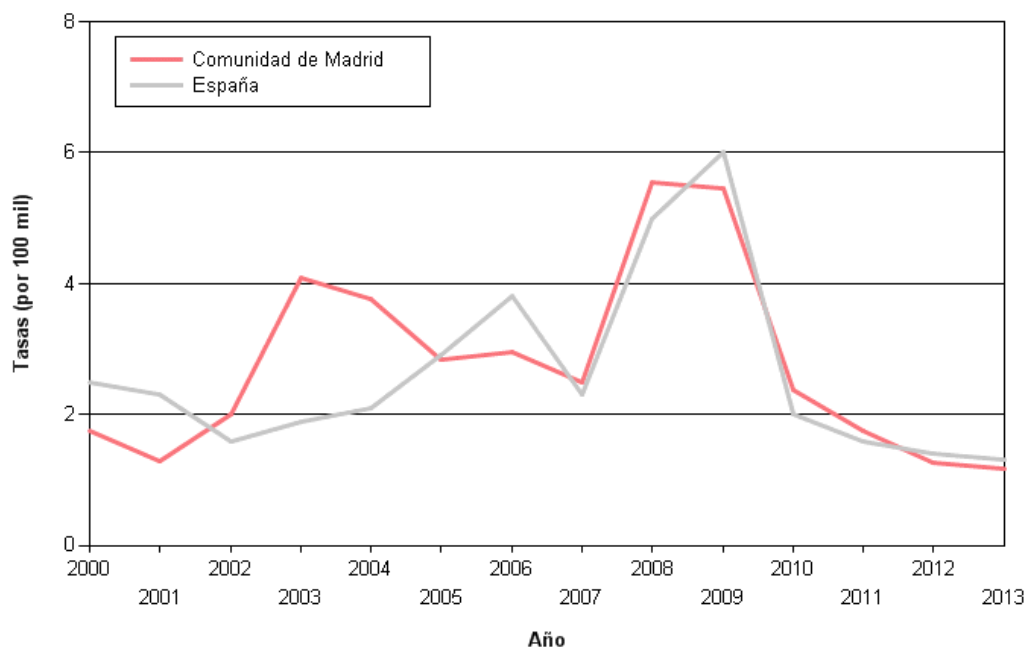
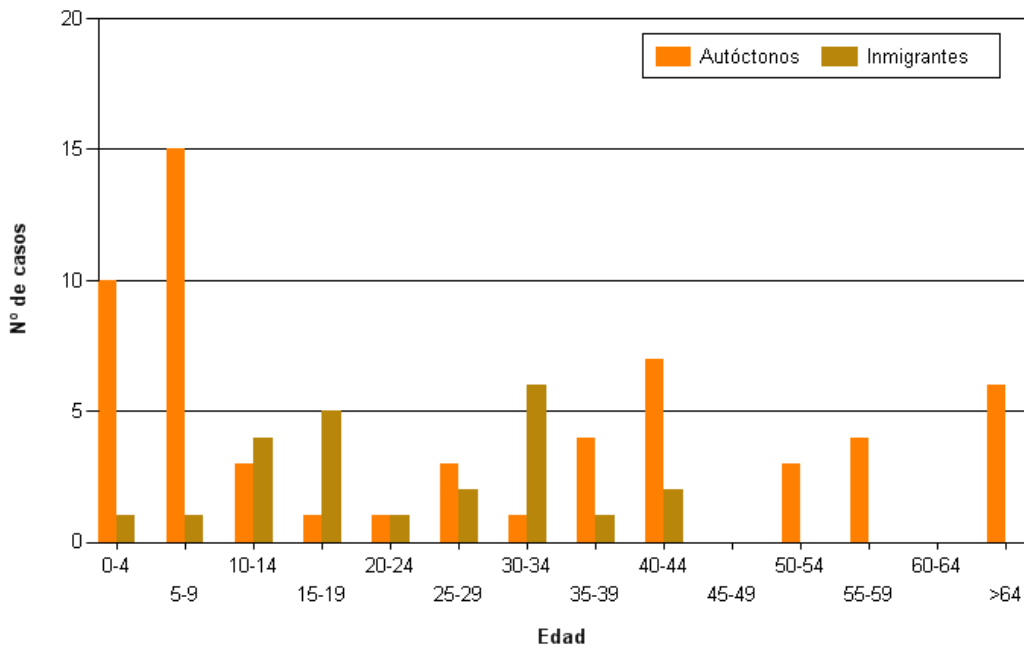


Figura 7.29. Hepatitis A. Distribución según edad y país de origen. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La hepatitis B muestra una tendencia descendente desde 2008 (Figura 7.30). De los 28 casos notificados en el 2012 el 64,3% eran hombres y el 92,9% mayores de 30 años (Figura 7.31). La vacuna frente a hepatitis B se introdujo en nuestra Comunidad Autónoma en 1985, y en 2012 se notificaron 2 casos nacidos después de 1984 aunque ninguno de ellos era español.

Figura 7.30. Hepatitis B. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

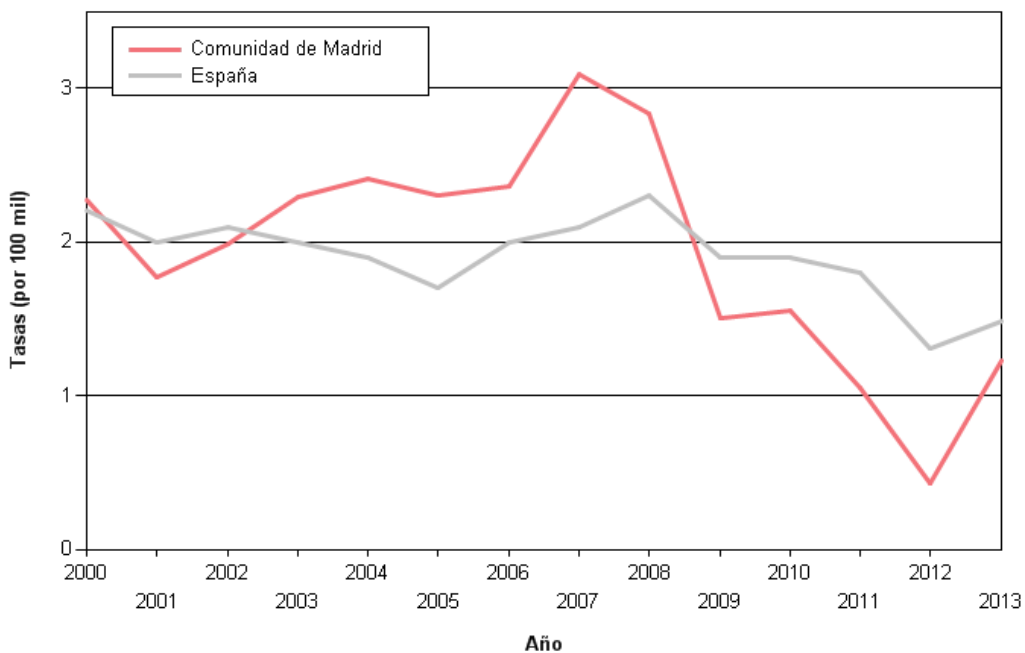
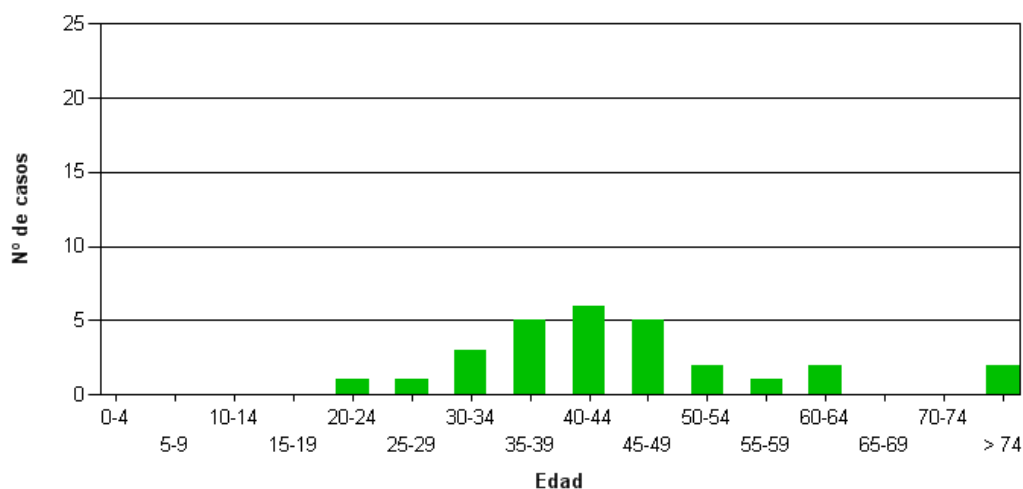


Figura 7.31. Hepatitis B. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La incidencia de otras hepatitis víricas en 2012 fue de 1,7 casos por 100.000 (Figura 7.32). De los 111 casos notificados en 2012 el 50,5% eran hombres, y la mediana de edad fue de 45 años (Figura 7.33). El 72,1% eran españoles. En cuanto al tipo de hepatitis, el 64,9% de los casos se clasificaron como hepatitis C, el 0,9% como hepatitis delta y el 0,9% como hepatitis E y en el 33,3% restante no se disponía de información sobre el tipo de hepatitis.

Figura 7.32. Otras hepatitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

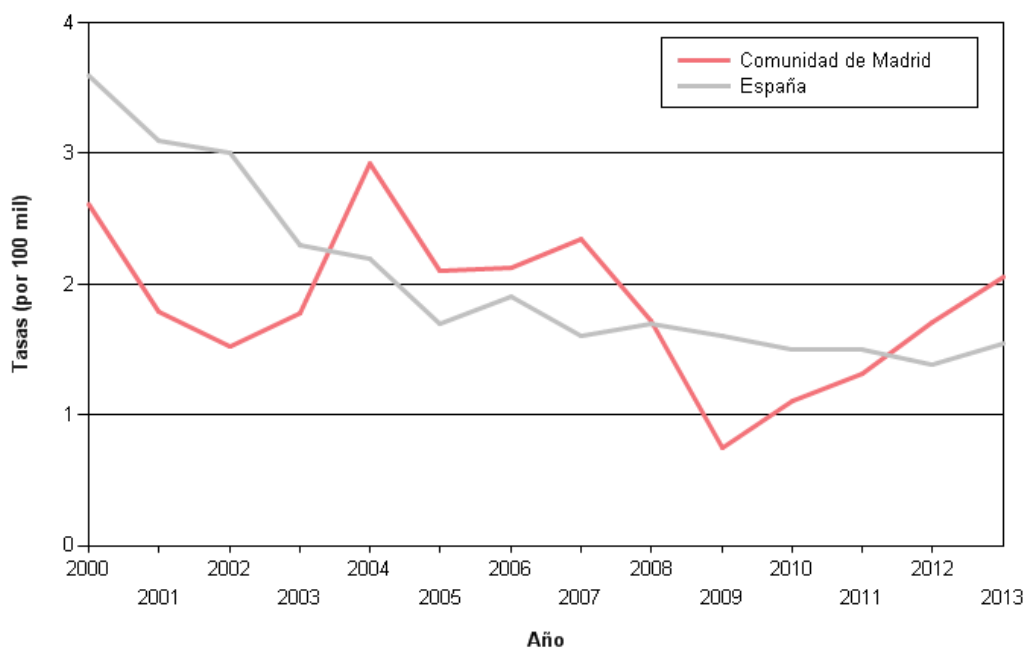
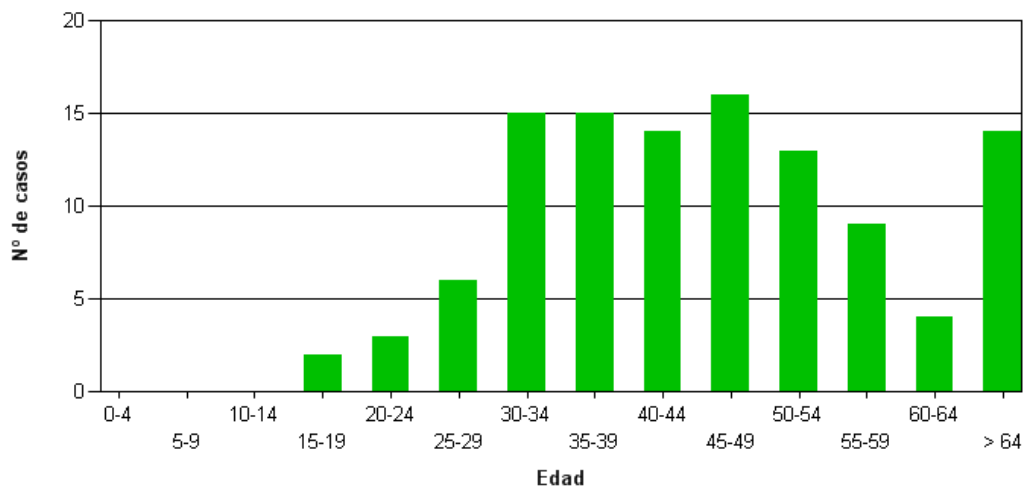


Figura 7.33. Otras hepatitis víricas. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



7.3.4. Enfermedades de transmisión respiratoria: gripe y legionelosis

Desde hace años en la Comunidad de Madrid la gripe se vigila a través de la Red de Médicos Centinela (Figura 7.34) y del sistema EDO (Figura 7.35). Desde la pandemia de gripe por virus AnH1N1 en 2009, se inició la vigilancia de casos graves y en las 2 temporadas siguientes se ha mantenido la vigilancia de casos graves de gripe.

Figura 7.34. Gripe. Evolución de la incidencia semanal y umbral epidémico. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 2000-01 a 2012-13.

Fuente: Red de Médicos Centinela. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

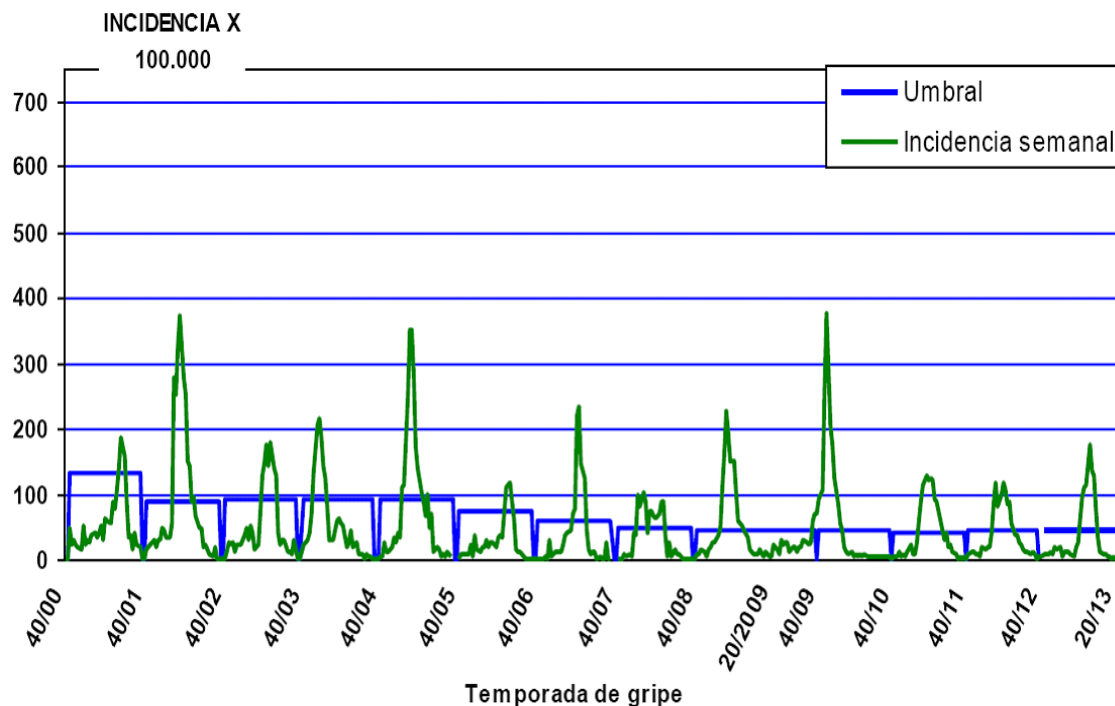
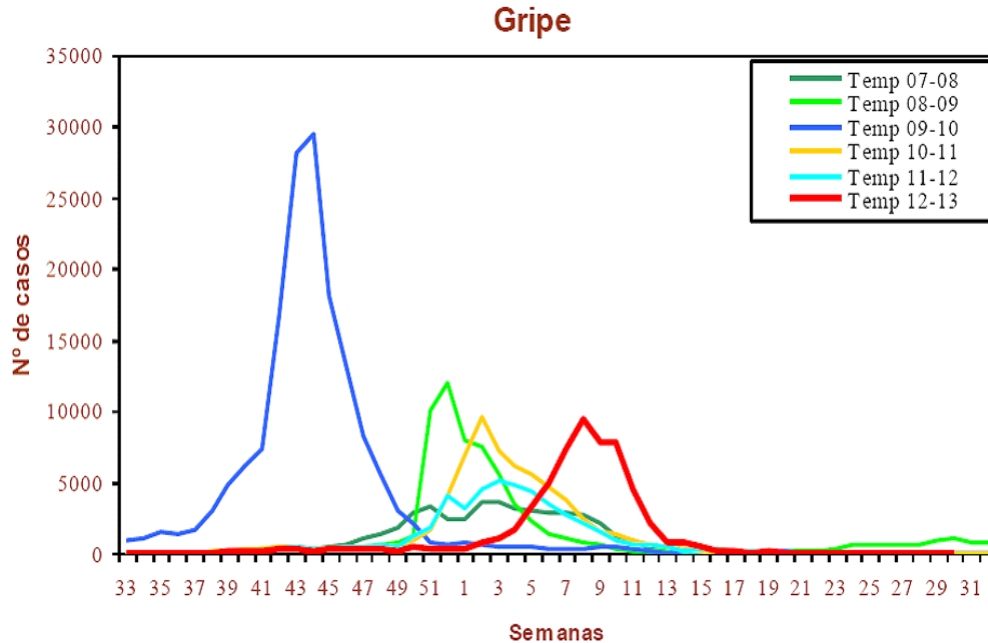


Figura 7.35. Gripe. Evolución de la incidencia semanal. Número de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 2007-08 a 2012-13.

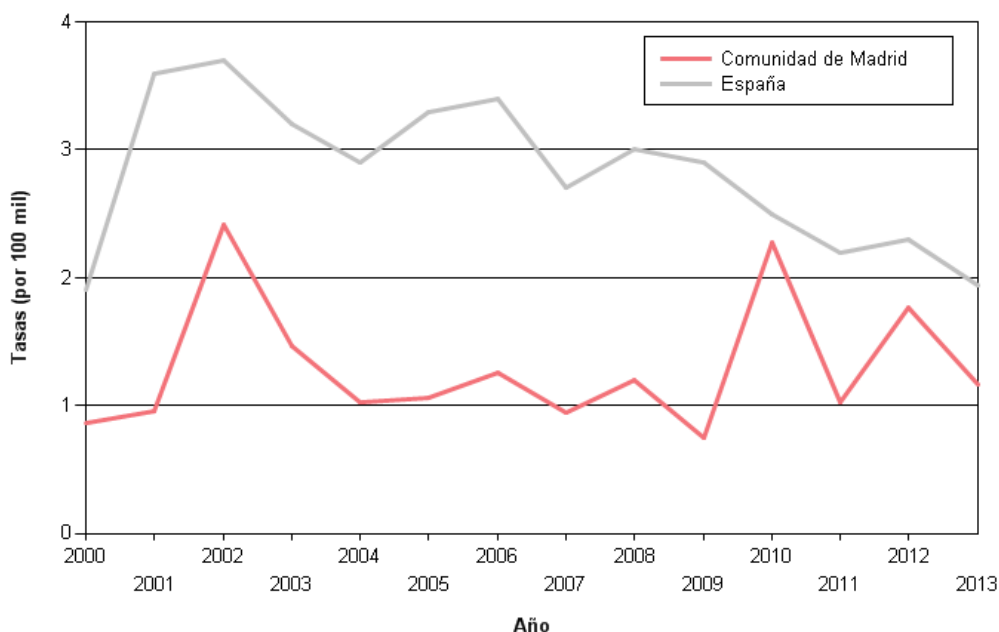
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En 2012 se produjo un aumento en la incidencia de legionelosis (Figura 7.36) con respecto a 2011 en parte como consecuencia de un brote relacionado con un restaurante, ubicado en el municipio de Móstoles. Afectó a 65 personas, 40 hombres (61,5%) y 25 mujeres (38,5%), con edades comprendidas entre los 35 y los 87 años, con una media de 59,2 años. Los resultados microbiológicos y de secuenciación genética de las muestras respiratorias de pacientes y de las muestras ambientales demostraron que el brote había sido ocasionado por *L. pneumophila* SG 1, subgrupo Pontiac Allentown/France, con el mismo patrón, ST 448 (2,3,18,10,2,1,6). La investigación epidemiológica y las medidas de investigación y control ambiental adoptadas fueron determinantes para el control rápido y eficaz del brote.

Figura 7.36. Legionelosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

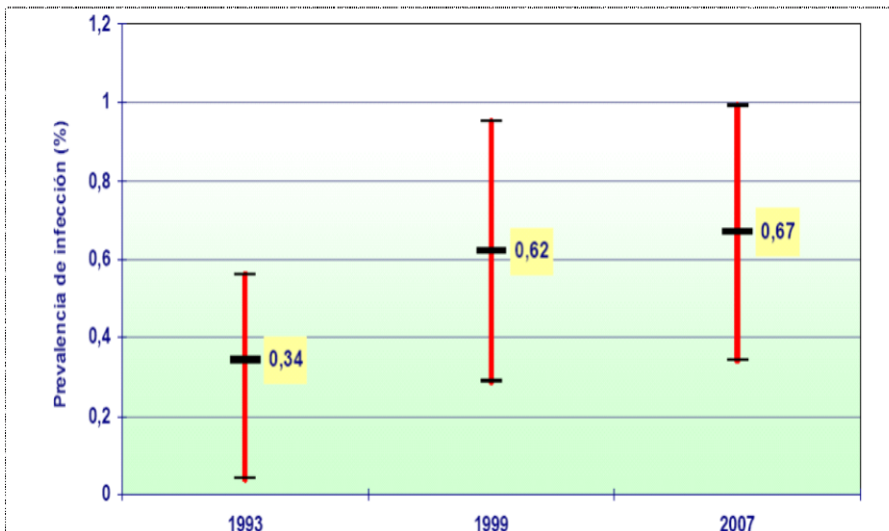


7.3.5. Tuberculosis

En 2007 se ha realizado la III Encuesta de tuberculina de la Comunidad de Madrid con los objetivos de conocer la prevalencia de infección tuberculosa entre los niños de 6 años de la región y su distribución según las principales variables asociadas a la infección y comparar los resultados con los obtenidos en encuestas anteriores (1999 y 1993). La prevalencia de infección tuberculosa ha sido de 0,67% (IC 95%: 0,34 -0,99) (Figura 7.37). Esta prevalencia puede considerarse baja, similar a la obtenida en 1999 y superior a la de 1993, y entre las más bajas de España.

Figura 7.37. Tuberculosis. Prevalencia de infección tuberculosa. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2007.

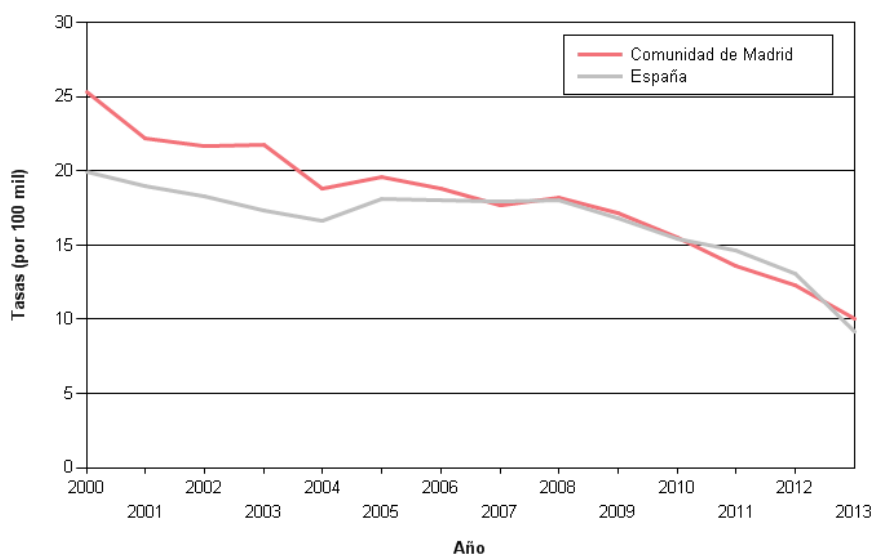
Fuente: Encuestas de tuberculina. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En la última década se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid (Figura 7.38). La reducción media anual entre 2002 y 2012 ha sido del 4,4%. Las incidencias tanto de tuberculosis pulmonar como de formas bacilíferas también han descendido desde 2002, un 44,8% y 58,0%, respectivamente (Figura 7.39).

Figura 7.38. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

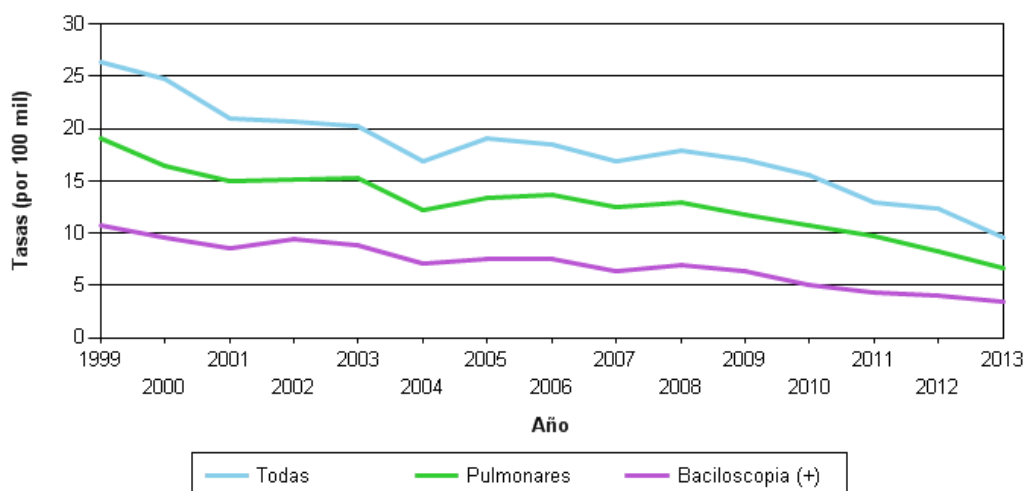


*Datos de 2013 provisionales

** A nivel estatal se vigila la tuberculosis de todas las localizaciones a partir de 2005, previamente sólo se vigilaban las tuberculosis respiratoria y meningea

Figura 7.39. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual total, de tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2013.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

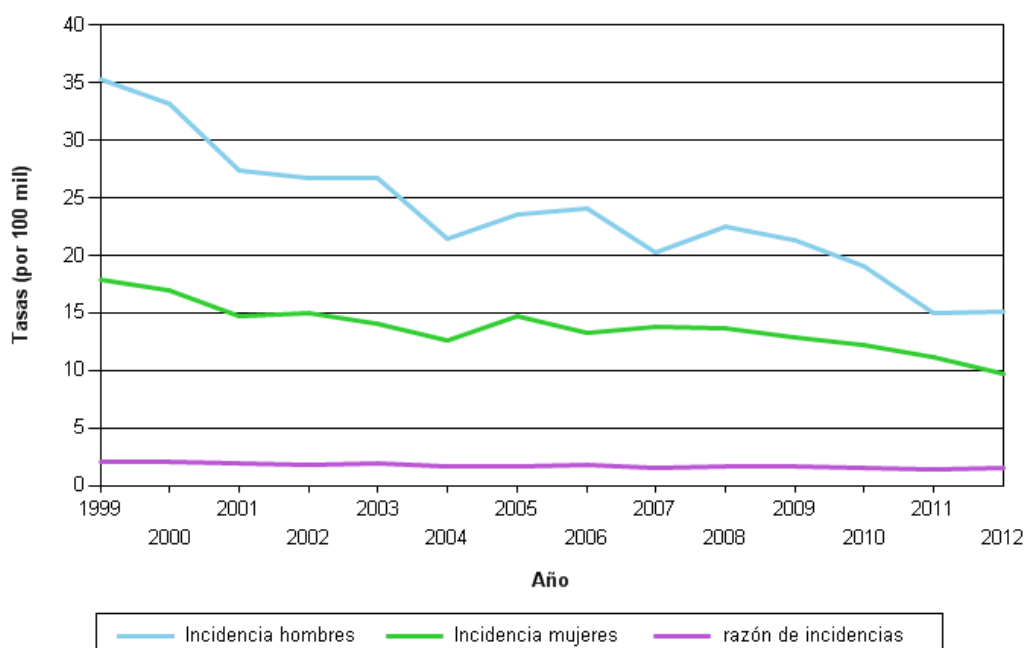


*Datos de 2013 provisionales

En los hombres la disminución de la incidencia ha sido progresiva en los últimos años reduciéndose un 43,4% desde 2002. En mujeres esta disminución ha sido de un 35,1%. En todo el periodo de estudio, la incidencia ha sido siempre mayor en hombres que en mujeres. En el año 2012 la razón de incidencias ha sido de 1,6 (Figura 7.40).

Figura 7.40. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual según sexo y de la razón de incidencias hombre/mujer. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En cuanto a la distribución por edades (Tabla 7.9), desde 2002 se ha producido una disminución global de la incidencia en todos los grupos de edad. Los mayores descensos globales se han producido en el grupo de 65 a 74 años en el que la incidencia ha disminuido un 57,6% y en el grupo de 25 a 34 años y 35 a 44 años con un descenso del 46,9% y 44,8% respectivamente.

Tabla 7.9. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2012.

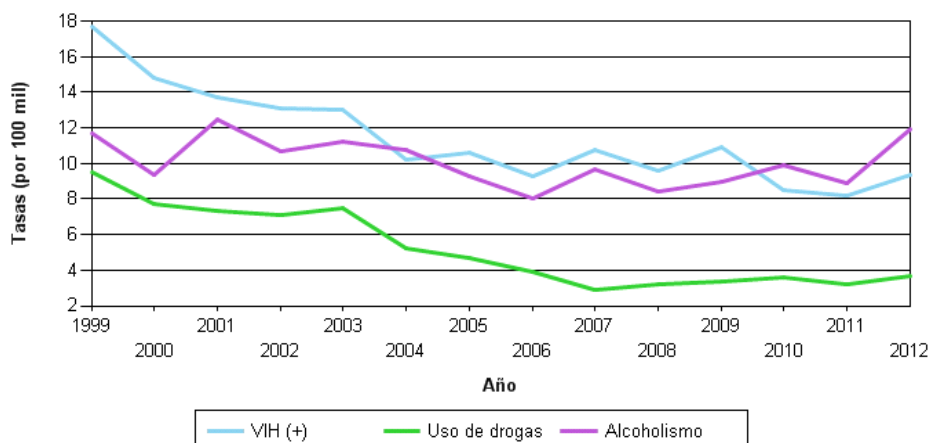
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0-4	16,2	11,2	14,0	9,2	13,7	11,1	13,8	12,4	11,3	8,8	9,8	7,9
5-14	5,9	4,8	7,1	4,5	5,9	4,9	5,7	5,9	4,8	3,6	3,3	2,8
15-24	18,8	17,7	19,0	15,5	18,8	18,5	18,0	22,2	19,2	15,1	13,9	13,1
25-34	28,5	28,8	27,5	22,8	26,7	25,9	24,3	25,4	24,1	22,4	17,6	15,3
35-44	26,1	26,1	24,6	20,3	22,1	23,3	18,3	21,6	19,9	19,1	15,6	14,4
45-54	15,5	15,6	16,0	13,1	13,2	17,7	13,0	13,9	17,4	14,6	14,2	13,1
55-64	10,4	16,9	12,6	13,5	11,7	12,4	9,7	12,0	12,1	9,2	10,0	11,1
65-74	23,2	21,0	16,6	16,8	19,3	16,8	18,0	16,5	12,3	13,7	12,3	8,9
75 y más	34,4	25,7	31,2	27,0	21,8	22,0	26,4	20,7	20,1	24,3	21,0	19,3
Total	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9	17,9	17,0	15,5	13,6	12,3

Desde 1999 a 2012 la proporción de casos de tuberculosis asociada a infección por VIH/sida ha disminuido, pasando del 17,7% del total de casos al 9,4% y de forma paralela también se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas, pasando del 9,5% al 3,7%. El alcoholismo ha experimentado una discreta subida en 2012 (11,9%) respecto a años previos (valores comprendidos entre 8% y 10% de 2005 a 2011) (Figura 7.41).

Figura 7.41. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

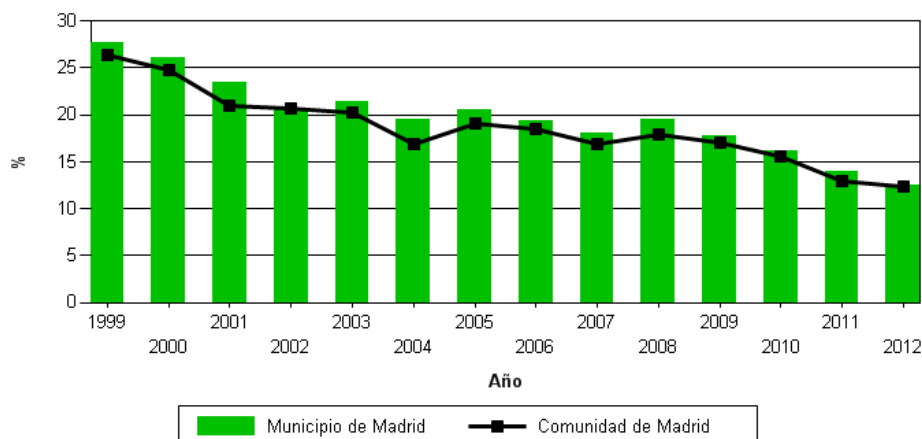
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo al de la Comunidad (Figura 7.42).

Figura 7.42. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual en el municipio y Comunidad de Madrid. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España ha experimentado un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir. En el año 2012 la proporción de extranjeros ha sido de 45,4% (Figura 7.43a y Figura 7.43b).

Figura 7.43a. Tuberculosis. Evolución anual del número de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

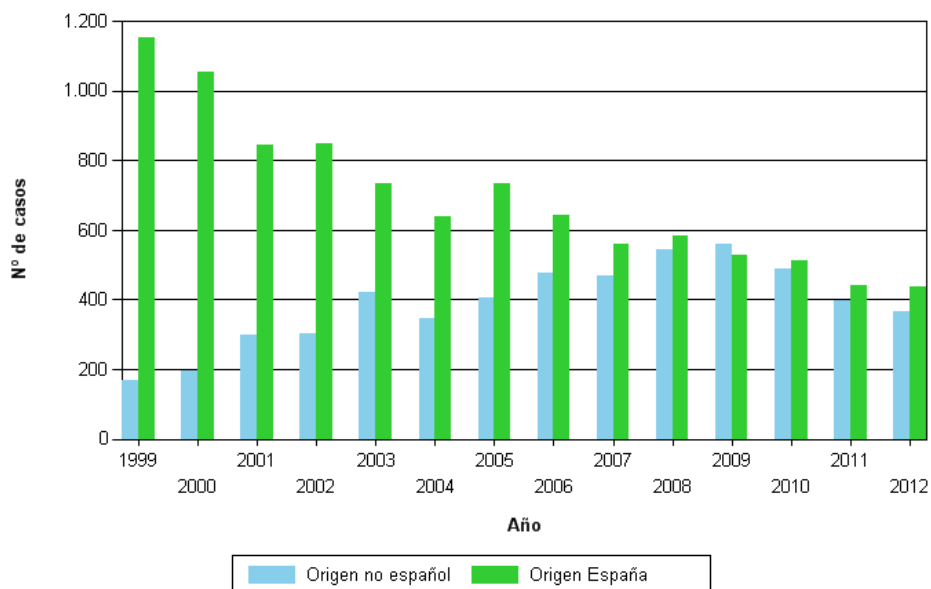
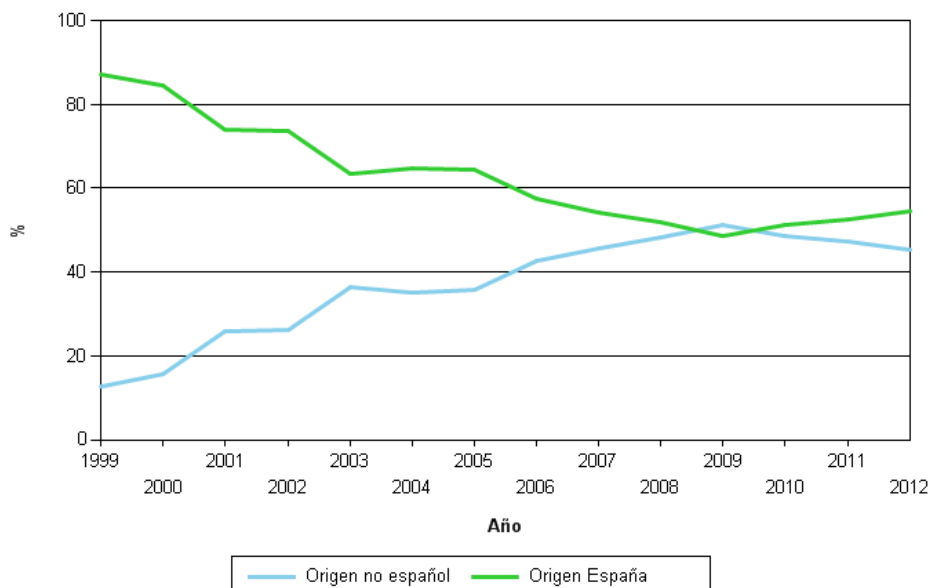


Figura 7.43b. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2012.

Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



7.3.6. Brucelosis

En el año 2013 se notificó un caso de brucelosis. En 2012 se habían notificado 3 casos: todos eran latinoamericanos y en dos de ellos constaba el antecedente de consumo de productos lácteos pasteurizados en sus países de origen y en el tercer caso no se pudo establecer el posible origen del contagio.

7.3.7. Enfermedades transmitidas por vectores: leishmaniasis y paludismo

En el último trimestre de 2010 comenzó a detectarse un aumento en el número de casos de leishmaniasis notificados con respecto a años anteriores (Figura 7.44), debido fundamentalmente, a una agregación de casos detectada en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. La fecha de comienzo del brote se ha establecido en el 1 de julio de 2009 porque a partir de esa fecha se inició una acumulación de casos en el territorio epidémico (Figura 7.45); en los primeros seis meses de 2009 no se notificó ningún caso en este territorio.

Figura 7.44. Leishmaniasis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

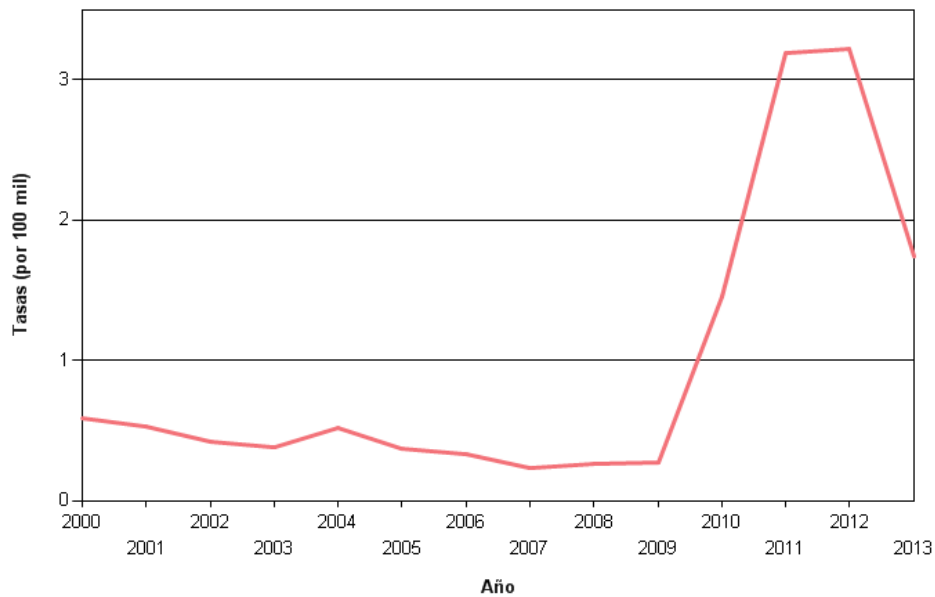
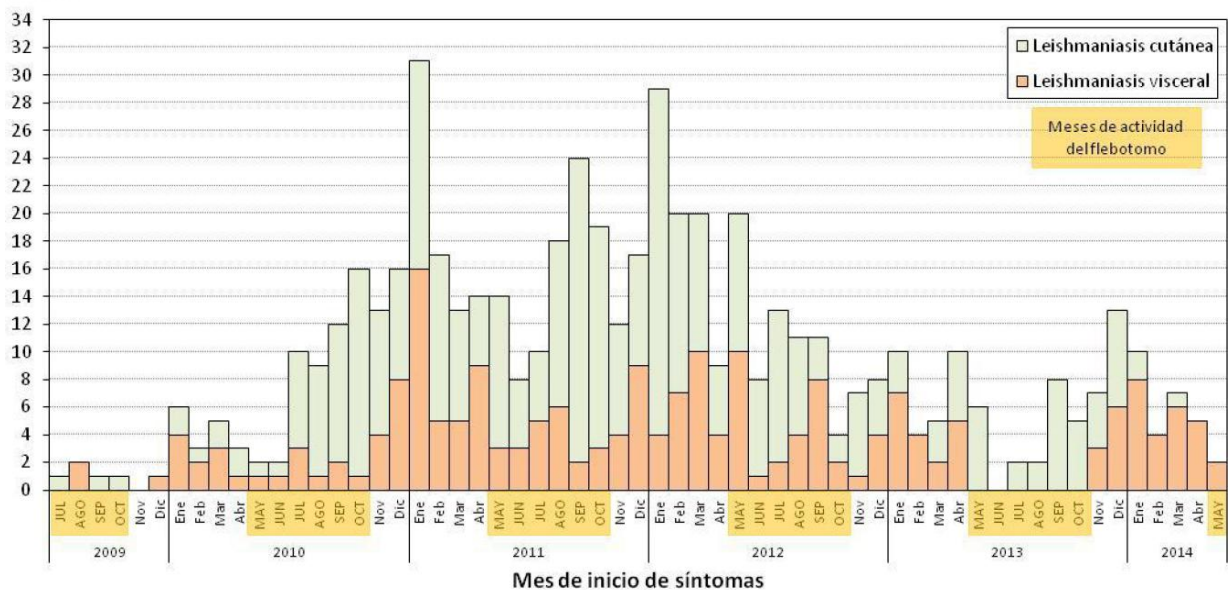


Figura 7.45. Leishmaniasis. Brote comunitario en municipios del suroeste de la Comunidad de Madrid. Curva epidémica por mes de inicio de síntomas según forma de presentación. Julio 2009-mayo 2014.

Fuente: Red de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Nº casos



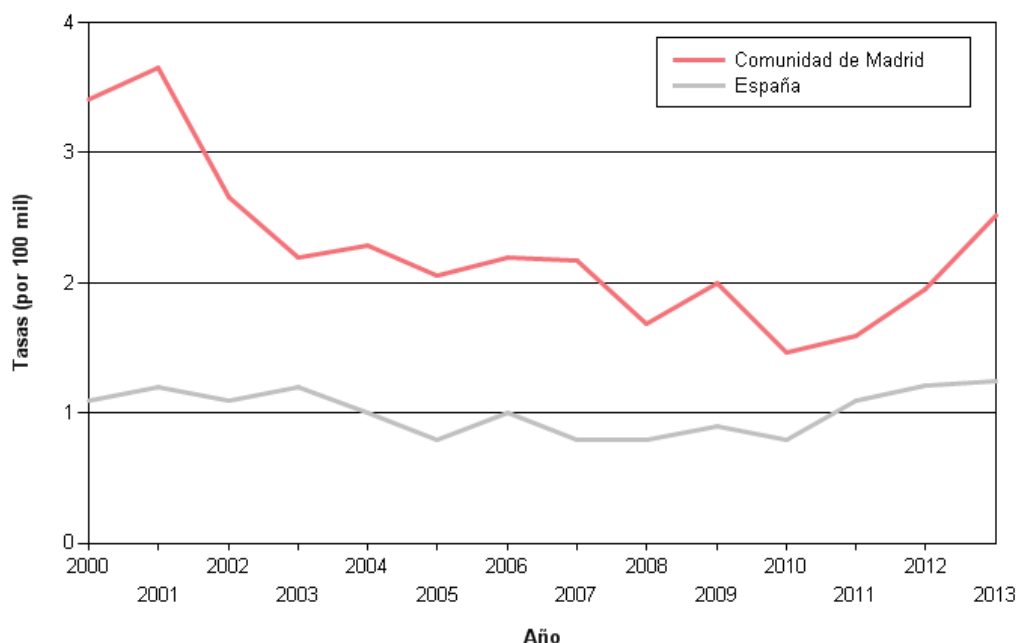
Desde el 1 de julio de 2009 hasta el 4 de junio de 2014 se han notificado 560 casos de leishmaniasis a la Red de Vigilancia Epidemiológica que cumplen los criterios de definición de caso para este brote (tasa de incidencia (TI): 19,64 casos por 100.000 habitantes). Se han identificado 6 casos en 2009, 97 casos en 2010, 197 casos en 2011, 160 casos en 2012, 72 casos en 2013 y 28 casos en 2014. Los casos residen en Fuenlabrada (449 casos; TI: 45,98), Leganés (60 casos; TI: 6,52), Getafe (44 casos; TI: 5,25) y Humanes de Madrid (7 casos; TI: 6,01), municipios geográficamente cercanos. El 38,0% de los casos asociados al brote han presentado una leishmaniasis visceral y el 62,0% restante cutánea. El 60,9% de los casos son hombres, el rango de edad oscila entre 2 meses y 95 años, con una mediana de 47 años y el 84,6% son nacidos en España. El 94,1% son casos confirmados y el 5,9% restante probables. Entre los casos en los que se ha realizado aislamiento del parásito se ha identificado *L. infantum*. A través de la encuesta epidemiológica se ha recogido la existencia de factores de riesgo intrínsecos que disminuían la inmunidad en el 16,3% de los pacientes.

Se han realizado numerosas actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector. En nuestro entorno, el perro ha sido considerado el principal reservorio de leishmaniasis, pero el sistema de vigilancia no ha detectado un incremento de la presencia de leishmaniasis en ellos. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Ph. Perniciosus* y en densidad elevada en las últimas campañas. También se está investigando la presencia de otra fauna y se ha encontrado que las liebres juegan un papel como reservorios secundarios activos. Entre las medidas de control realizadas destaca la identificación de zonas de riesgo y la aplicación de medidas de saneamiento ambiental: limpieza y desinsectaciones en parques y en zonas con residuos. También se ha intensificado la recogida de animales abandonados y se está realizando un control de superpoblaciones de lepóridos.

En el año 2012 se notificaron 127 casos (tasa de 2,0 casos por 100.000 habitantes) de paludismo (Figura 7.46). El 13,4% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 63,0% en el grupo de edad de 20 a 44 años. En cuanto al país de origen, se disponía de esta información en el 98,4% de los casos, de los cuales el 24,8% eran españoles, el 69,4% africanos (41,3% de casos de Guinea Ecuatorial y 15,9% de Nigeria) y el 5,6% de otros países de Europa, América y Asia. Todos los casos pueden considerarse como importados. En el 78,7% de los casos (100) se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica: en el 94,0% de ellos constaba la inmigración o la visita a sus países de origen como razón del viaje, el 19,0% había viajado a esas zonas por motivos de trabajo, el 5,0% había realizado viajes de turismo y el 4,0% residían en las zonas endémicas y habían venido a nuestro país de viaje. Entre los 27 casos en los que no constaba el motivo del viaje, 19 eran originarios de zonas endémicas, por lo que el motivo podía estar también relacionado con la inmigración. En el 90,6% de los casos (115) constaba el lugar de contagio, siendo África (97,6%) y Guinea (56,7%) el continente y país más frecuentemente registrados. En el 17,3% de los casos constaba la realización profilaxis antipalúdica.

Figura 7.46. Paludismo. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



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

En general la tendencia en los últimos años de la incidencia de enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica se puede considerar estable con tasas de incidencia de disentería, fiebre tifoidea y paratifoidea y triquinosis inferiores a 0,5 por 100.000 habitantes. No hay notificaciones de casos de cólera y ocasionalmente hay alguna notificación de botulismo.

En las (Figura 7.47 y Figura 7.48) se puede observar la evolución de los brotes de origen alimentario desde el año 2001.

Figura 7.47. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de brotes. Comunidad de Madrid, 2001-2013.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.

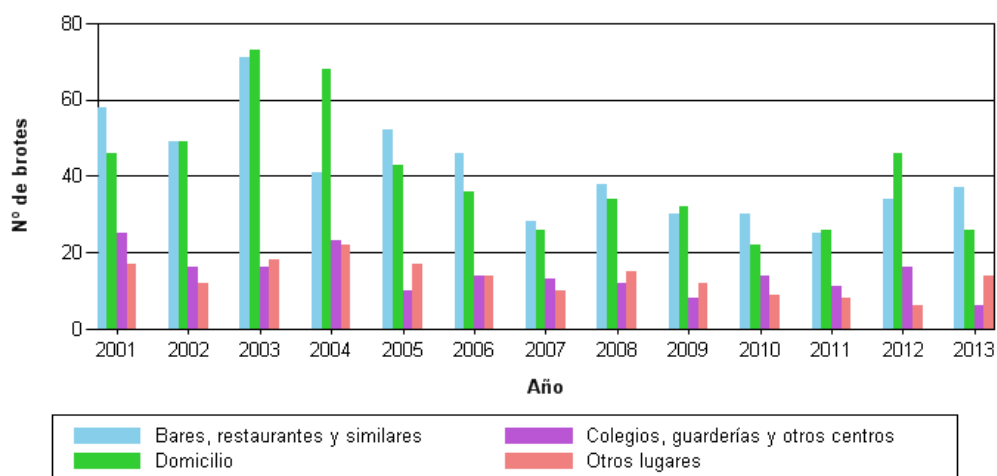
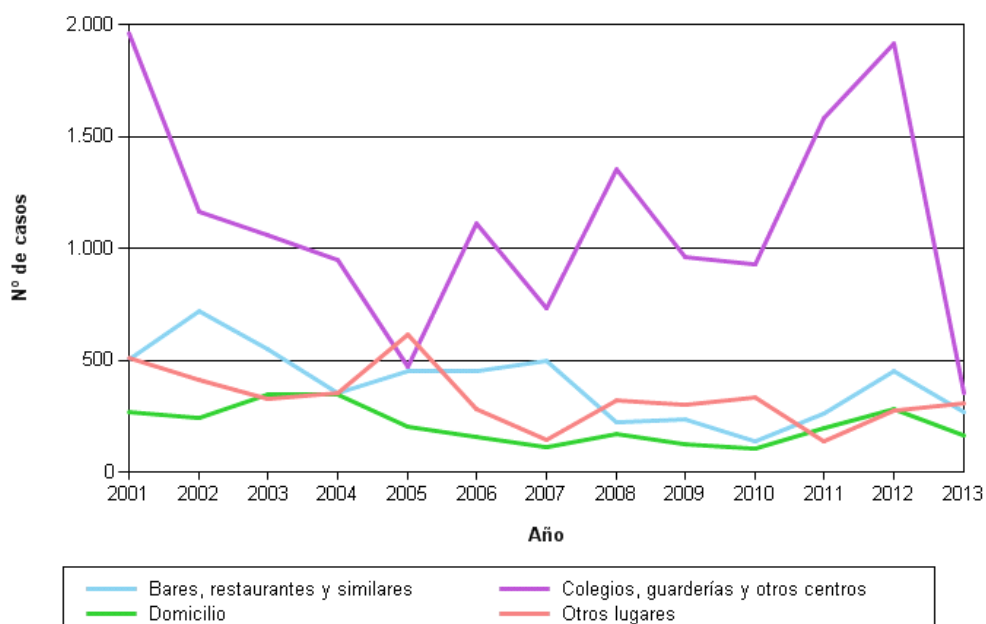


Figura 7.48. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2013.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.3.9. Infecciones de transmisión sexual: infección gonocócica y sífilis

Entre las enfermedades de transmisión sexual, en los últimos años se ha intensificado la tendencia creciente detectada en años anteriores. Parte del incremento observado a partir de 2010 puede deberse al inicio en ese año de la captación automática de datos de atención primaria.

En el año 2012 se notificaron 668 casos de infección gonocócica (Figura 7.49), con un claro predominio en hombres (89,8%). El 83,8% de los casos eran menores de 40 años (Figura 7.50). En el 98,2% de los casos se conoce el país de origen, entre estos casos el 61,0% eran españoles, el 26,9% latinoamericanos, el 7,2% de otros países europeos, el 3,3% africanos, el 1,1% asiáticos y el 0,5% norteamericanos. El 76,8% de los casos se clasificaron como confirmados.

Figura 7.49. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

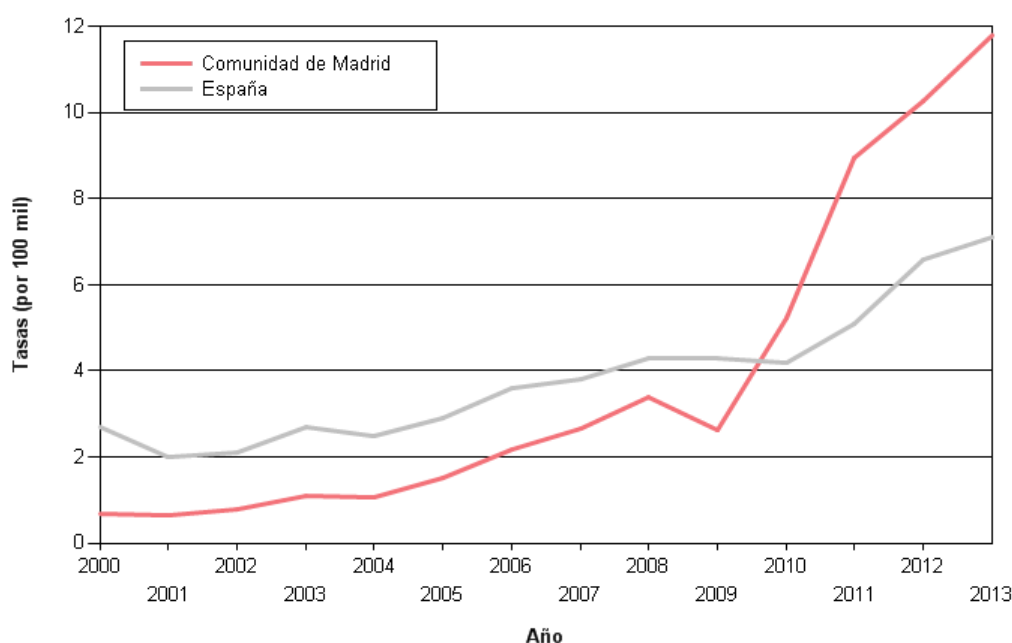
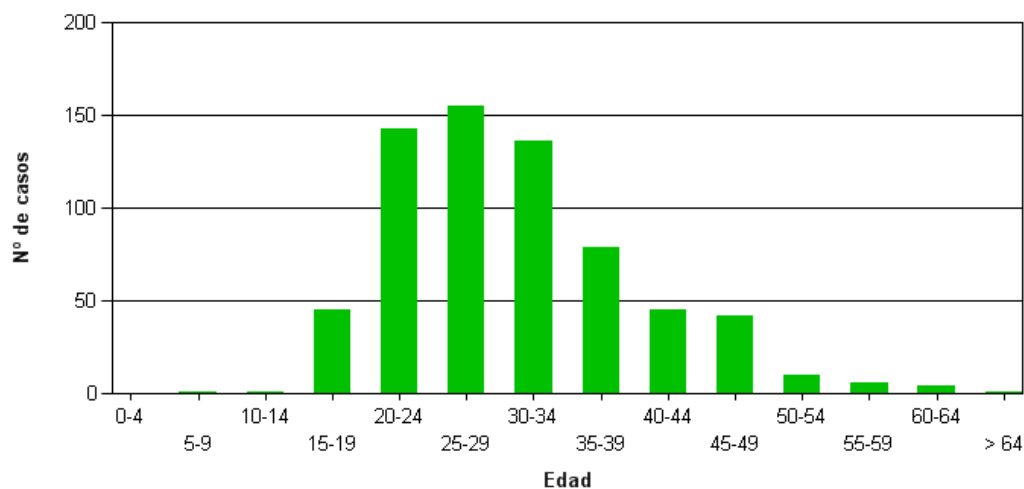


Figura 7.50. Infección gonocócica. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el año 2012 se notificaron 811 casos de sífilis (Figura 7.51), 79,9% varones. La mediana de edad fue de 35 años, siendo el 63,4% menores de 40 años (Figura 7.52). Se dispone de información sobre el país de origen en el 98,8% de los casos, de los cuales el 53,2% eran españoles, el 31,2% latinoamericanos, el 9,9% de otros países europeos, el 4,6% africanos, el 0,9% asiáticos y el 0,2% norteamericanos. El 16,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico.

En el año 2013 se ha notificado un caso de sífilis congénita y en 2012 no se había notificado ningún caso.

Figura 7.51. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

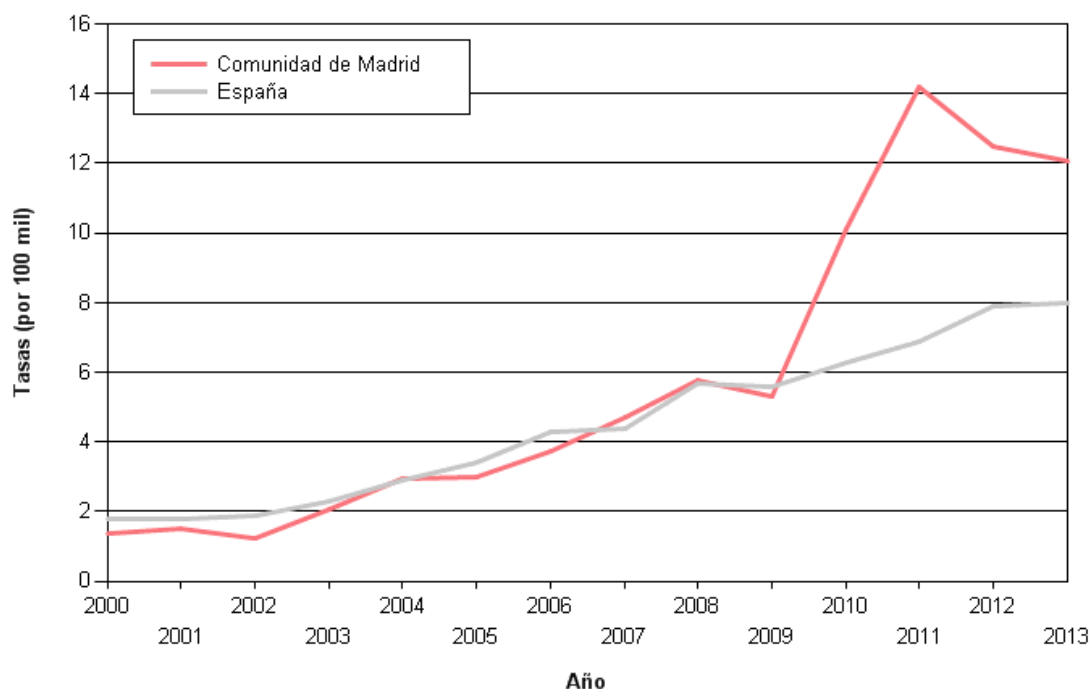
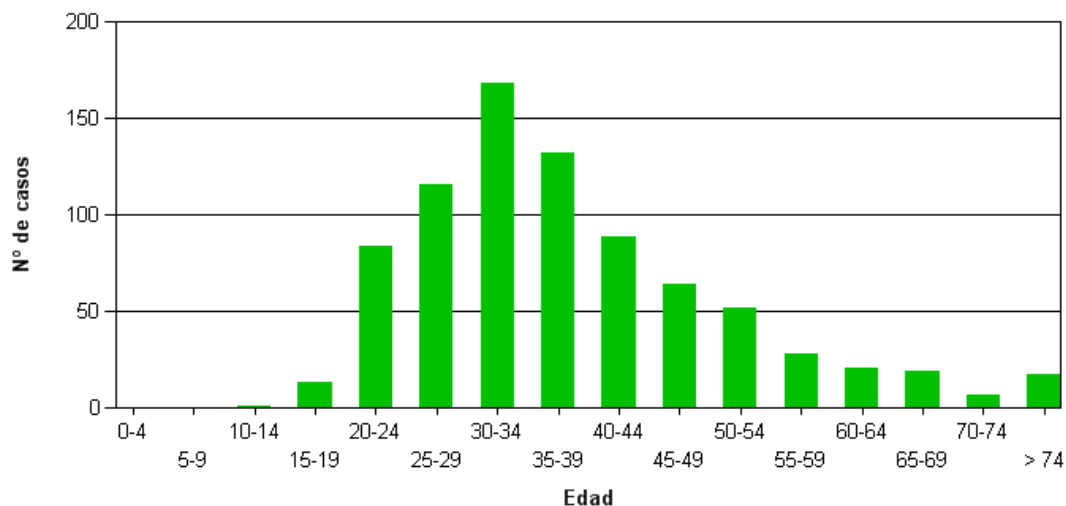


Figura 7.52. Sífilis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2012.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



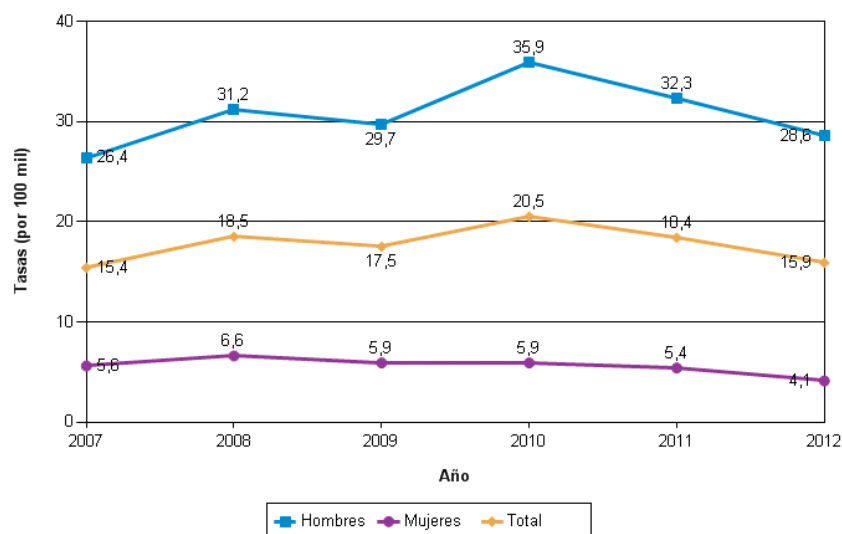
7.3.10. Infecciones causadas por VIH/sida

Infecciones por VIH

En el periodo 2007-2013 se han notificado 7.452 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid, un 3,2% (239) de ellos sabemos que han fallecido. El 84% de los casos diagnosticados de VIH son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,6). La incidencia en 2012 fue de 28,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,1 por 100.000 en mujeres (Figura 7.53). El 45,8% habían nacido fuera de España, la incidencia en el año 2012 fue de 11,6 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,8 por 100.000 habitantes en foráneos (Figura 7.54). La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 88,3% en hombres y un 91,1% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (Tabla 7.10).

Figura 7.53. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



* Año 2013 no consolidado. Tasas: Total: 10,4; Hombres: 18,7; Mujeres: 2,7

Figura 7.54. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico de la infección VIH y país de nacimiento. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Fuente: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.



* Año 2013 no consolidado. Tasas: Total: 10,4; España: 7,9; Otro: 20,8

Tabla 7.10. Distribución de nuevos diagnóstico de infección VIH según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	174	4,7	71	2,7	46	12,8	8	1,0
HSH	2.832	77,1	1.776	68,8				
HTX	354	9,6	567	22,0	278	77,4	807	97,0
Otros	8	0,2	12	0,5	15	4,2	8	1,0
Desconocido/N.C.	311	8,4	156	6,0	20	5,6	9	1,0
Total	3.679	100,0	2.582	100,0	359	100,0	832	100,0

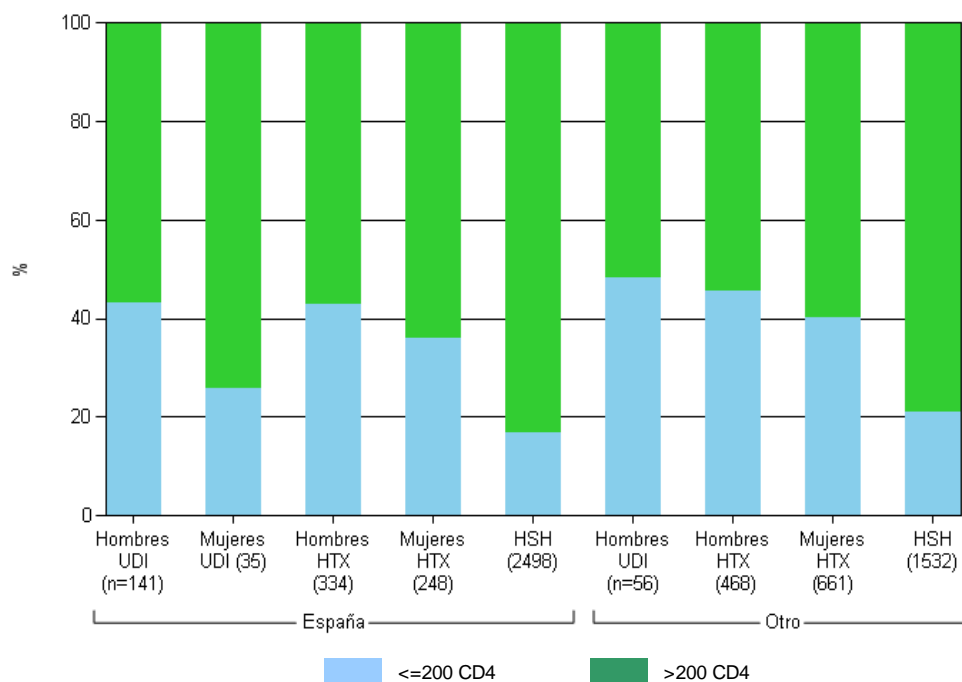
* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

El 17,2% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 15,1% en autóctonos y del 19,7% en foráneos.

Se dispone de cifras de linfocitos CD4 al diagnóstico en 6.321 nuevos diagnósticos (84,8%). La presentación con “enfermedad VIH avanzada” ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 26,6% de las personas diagnosticadas. El retraso diagnóstico es del 45% si consideramos 350 células/ μ l, siendo estos pacientes susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral. El 64,1% presentaban menos de 500 células/ μ l. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres que en hombres, en foráneos que en nacidos en España y también es alto cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas, siendo menor en HSH (Figura 7.55).

Figura 7.55. Infección VIH. Porcentaje de casos con “enfermedad avanzada de VIH” (<=200 CD4) según sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, 2007-2013.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres
Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico. Hay 5 mujeres foráneas UDI, 4 de ellas con más de 200 CD4 al diagnóstico (80,0%).

Casos de sida

Desde el año 1982 se han notificado 22.194 casos de sida en la Comunidad de Madrid. En el periodo 2007-2013 el número de casos de sida notificados fue de 2.301 en nuestra comunidad. El 76,2% son hombres y la media de edad al diagnóstico fue de 41,1 años (DE: 10,3). La incidencia en 2012 fue de 6,1 casos de sida por 100.000 en hombres y de 1,9 por 100.000 en mujeres (Figura 7.56). En la mayoría de los casos de sida la transmisión del VIH fue por vía sexual, si bien la transmisión en usuarios de drogas inyectadas (UDI) supone aproximadamente más de un 30% (Tabla 7.11).

Figura 7.56. Sida. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

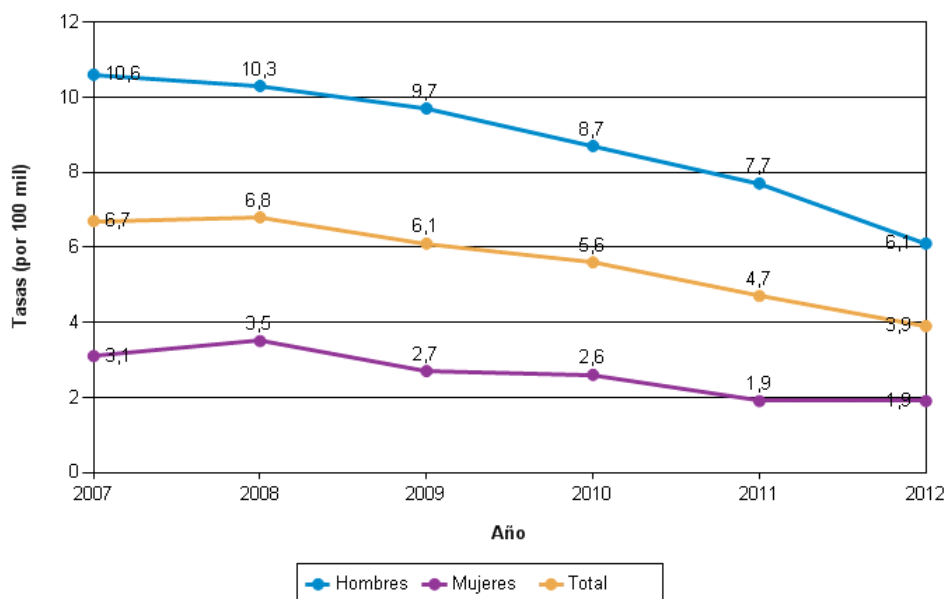


Tabla 7.11. Distribución de casos de sida según mecanismo de transmisión, país de nacimiento y sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2013.

Fuente: Registro Regional de sida/VIH. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	503	43,9	42	6,9	154	52,2	9	3,6
HSH	442	38,6	305	50,1				
HTX	121	10,6	210	34,5	134	45,4	236	93,6
Otros	8	0,7	9	1,5	2	0,7	6	2,4
Desconocido/N.C.	71	6,2	43	7,0	5	1,7	1	0,4
Total	1.145	100,0	609	100,0	295	100,0	252	100,0

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

El 37,4% de los casos de sida habían nacido fuera de España. La incidencia (por 100.000 habitantes) ha disminuido en población foránea, de 13,9 en 2007 a 7,8 en 2012; y en autóctonos de 5,2 en 2007 a 3,0 en 2012.

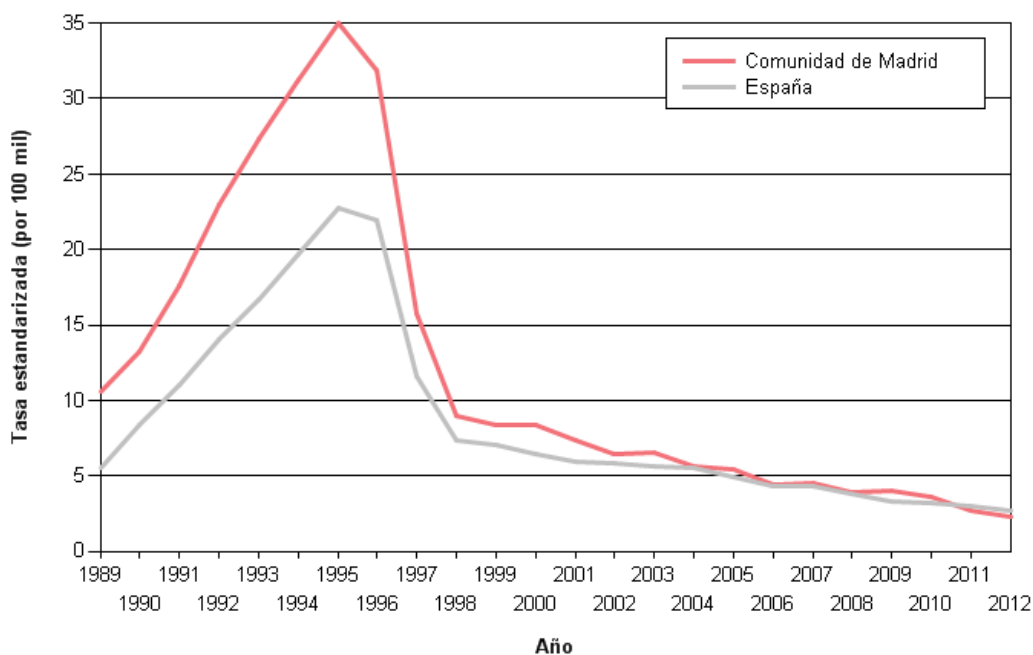
El 49,2% de los casos de sida habían sido diagnosticados de infección por VIH en los doce meses previos al diagnóstico de sida.

Desde mediados de 1996, cuando se empezaron a introducir los antirretrovirales de alta eficacia en el tratamiento de los infectados por VIH, diagnosticados o no de sida, se observa una disminución continua en la mortalidad por sida (Figura 7.57). Al analizar el patrón geográfico de la mortalidad (Figura 7.58) se observa que se concentra principalmente en el municipio de Madrid y en concreto en los distritos Puente de Vallecas, San Blas, Centro, Usera, Villa de Vallecas, Villaverde, Carabanchel (tanto en hombres como en mujeres) y también en el distrito de Vicálvaro en hombres y Arganzuela en las mujeres. Fuera del municipio de Madrid destaca con mayor mortalidad en esta causa en hombres el municipio de Torrejón de Ardoz, y en mujeres, Parla y Alcalá de Henares.

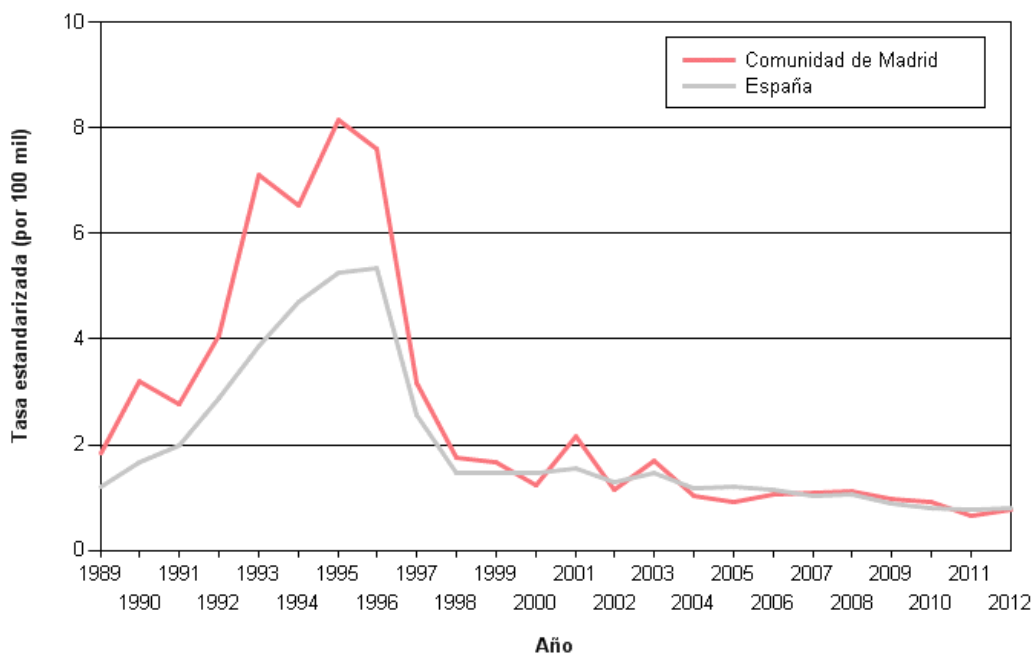
Figura 7.57. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2012.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Hombres



Mujeres

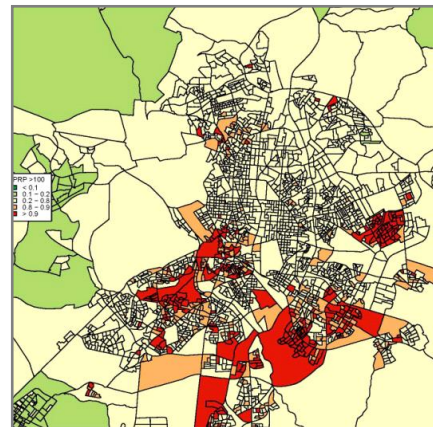
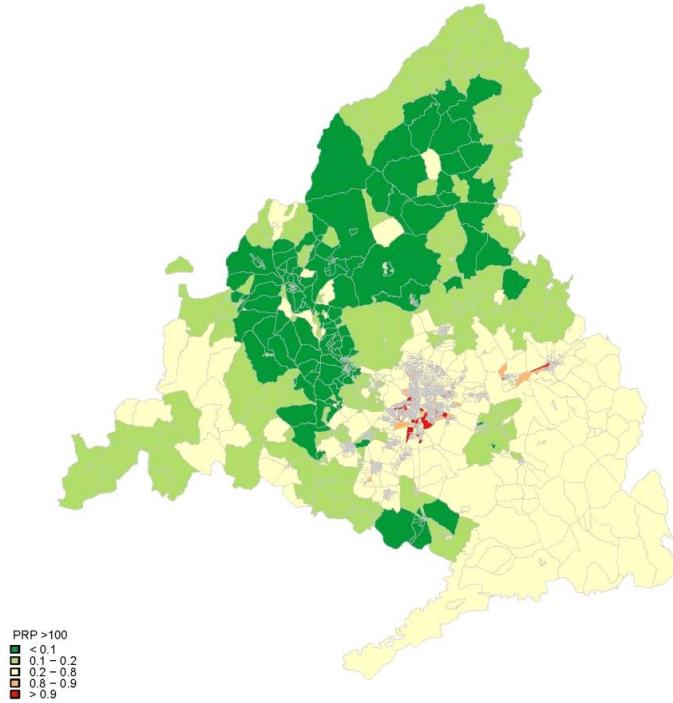


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

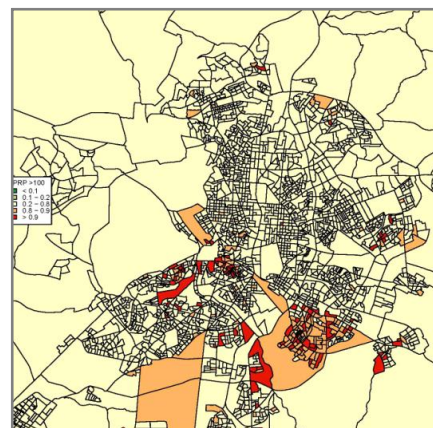
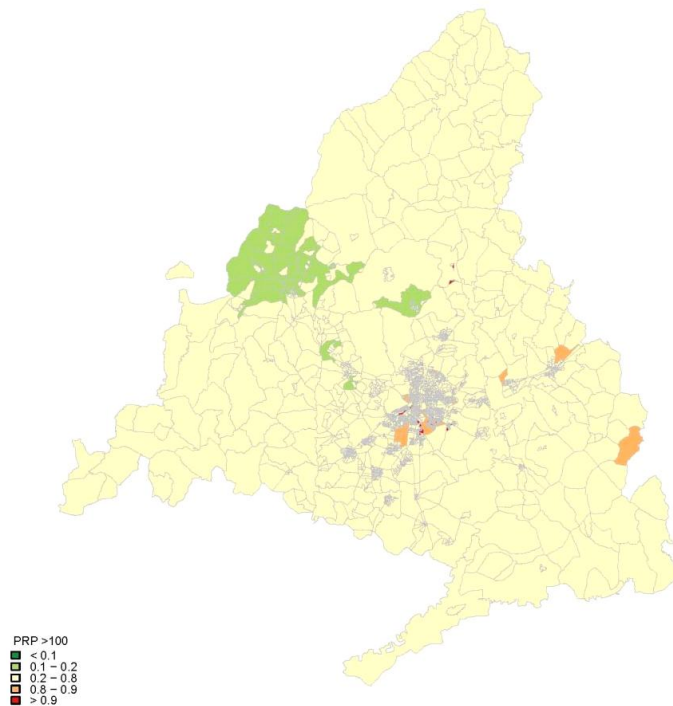
Figura 7.58. Sida. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



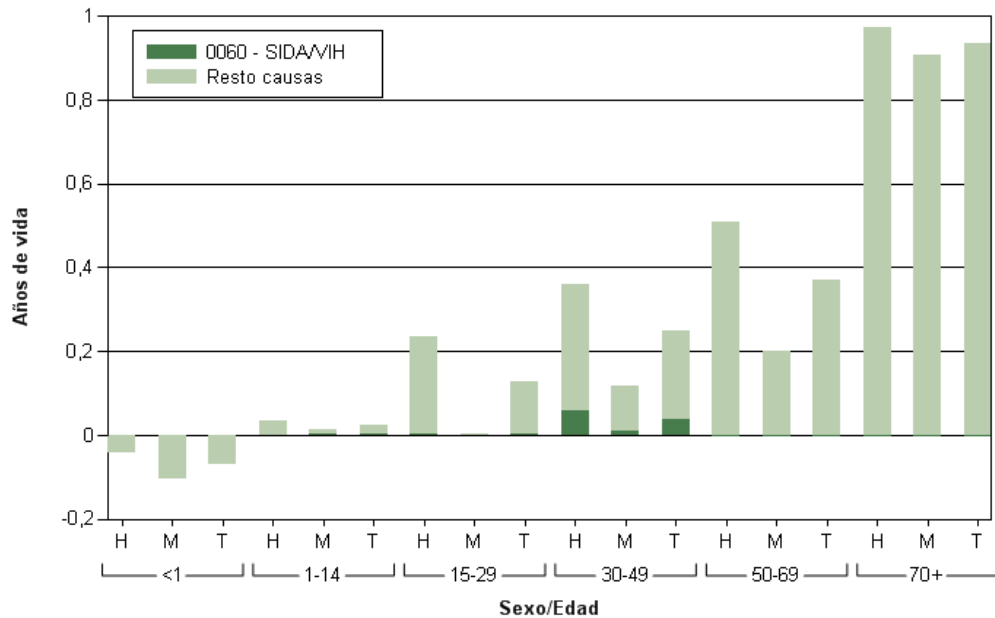
Mujeres



Después de la importante contribución al incremento de la esperanza de vida en el quinquenio 1995-2000, para el periodo 2006-2011 la contribución de esta causa al cambio de la esperanza de vida al nacer se produce casi de manera exclusiva por la evolución favorable de la mortalidad en los hombres de 30 a 49 años (Figura 7.59).

Figura 7.59. Contribución del sida/VIH y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007-2012.

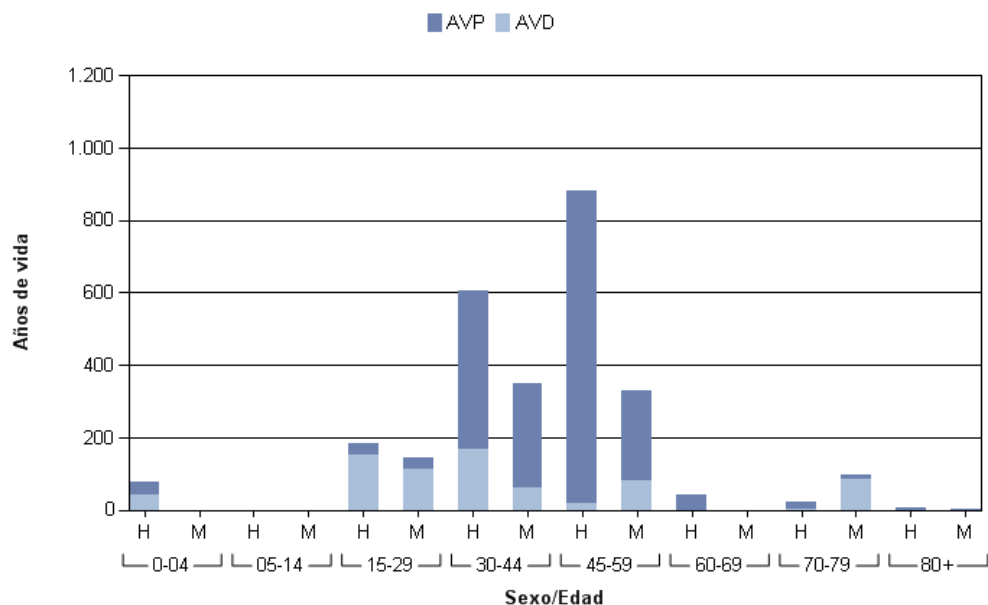
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La carga de enfermedad por VIH/sida tiene un peso importante sobre el total de la carga por enfermedades infecciosas, y en concreto en la de los varones de edades adultas. Pese al proceso de cronicación de la enfermedad, el impacto de la mortalidad en el indicador sigue siendo superior al de la discapacidad y mala salud (Figura 7.60).

Figura 7.60. Infección VIH/sida. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



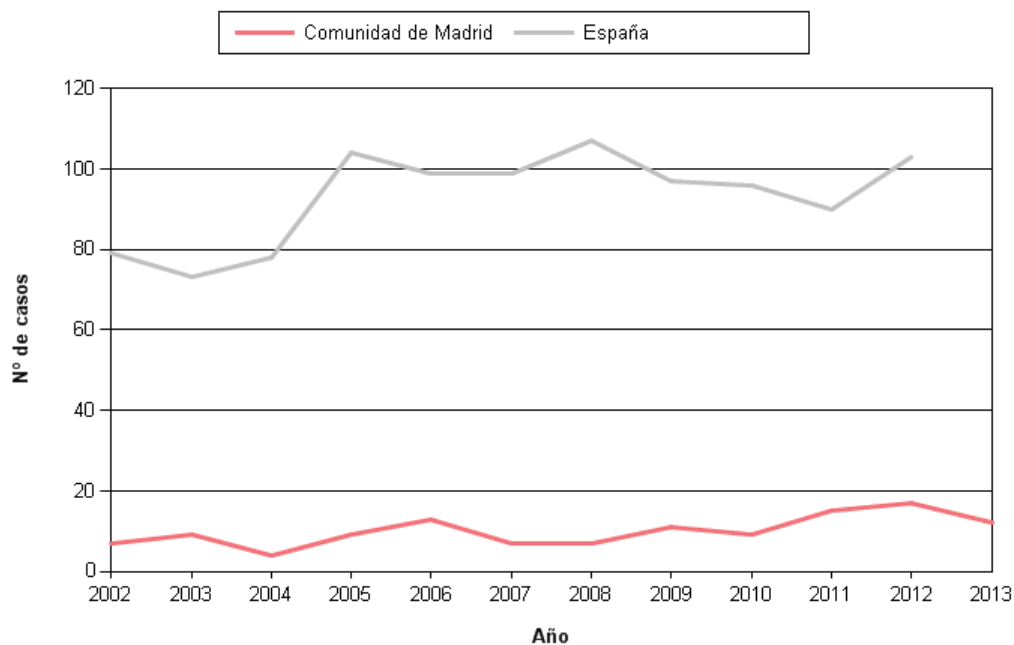
7.3.11. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas, lepra y otras enfermedades de declaración obligatoria

En el periodo de 2008 a 2012 la incidencia anual media de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) ha sido de 0,19 casos por 100.000 habitantes ([Figura 7.61](#)). El 83,3% son casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádico, el 13,3% son ECJ familiar, el 3,3% son casos de Insomnio Familiar Letal. En este periodo no se ha registrado ningún caso de transmisión accidental o iatrogénico ni de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ) .

Durante el año 2012 se notificaron 2 casos de lepra en la Comunidad de Madrid. Uno de los casos era una mujer colombiana de 49 años y el otro un hombre brasileño de 33 años. Ambos presentaban lepra paucibacilar confirmada.

Figura 7.61. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Evolución de la incidencia anual. Nº de casos. Comunidad de Madrid y España, 2002-2013.

Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III.
Elaboración: Servicio de Epidemiología.



7.3.12. Brotes de origen no alimentario

Dentro de los brotes de origen no alimentario notificados los que ocasionan mayor número de casos son los de gastroenteritis aguda (Tabla 7.12). La etiología más frecuente es norovirus y la mayor parte de los brotes ocurren en residencias de ancianos seguido de centros escolares.

Tabla 7.12. Brotes de origen no alimentario. Número anual de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2009-2013.

Fuente: Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos. Elaboración: Servicio de Epidemiología y Servicio de Informes de Salud y Estudios.

	2009		2010		2011		2012		2013	
	Brotos	Casos	Brotos	Casos	Brotos	Casos	Brotos	Casos	Brotos	Casos
Acrodermatitis papulosa infantil							1	5		
Brucelosis					1	2				
Conjuntivitis	4	216	6	136	2	70	6	159	6	270
Dermatofitosis			3	16	2	4			1	16
Enf. De mano, pie y boca			1	6	8	125	4	29	2	17
Enfermedad meningocócica							1	2		
Eritema infeccioso	1	5	2	25	1	40	8	179		
Escabiosis	3	9	3	57	2	32	5	78	4	45
Escarlatina	2	5	2	8	3	9	8	49	2	12
Exantema vírico inespecífico										
Fiebre de Pontiac					1	4				
Gastroenteritis no alimentarias	29	926	36	1.261	36	1.321	30	1.487	24	720
Gripe							2	8		
Hepatitis A	9	36	4	20	6	14	4	12	7	21
Hepatitis C					1	2				
Herpangina			1	13						
Infección respiratoria aguda	1	21								
Legionelosis							2	67		
Meningitis vírica	4	11			1	3	5	13	5	10
Molusco contagioso			2	22	1	5	2	9	1	3
Mononucleosis infecciosa							1	2		
Neumonía	1	4								
Onicomadesis	3	22								
Ornitosis					1	2				
Papiloma			1	13						
Parotiditis	5	12	6	20	7	32	13	76	30	183
Psitacosis			1	3						
Rubéola							1	2		
Sarampión			5	16			2	4		
Tos ferina	2	7	5	16	10	24	3	9	8	26
Tuberculosis	3	13								
Varicela			2	12	3	52	5	84		
Viriasis inespecífica										
TOTAL	67	1.287	80	145	87	1.739	103	2.274	90	1.323

7.4. Conclusiones

La mortalidad por enfermedades transmisibles, superior en hombres que en mujeres, muestra una tendencia estable a lo largo del siglo XXI y con valores similares al conjunto de España. En términos de morbilidad hospitalaria las tasas más altas se observan en las edades extremas de la vida; y las causas específicas de hospitalización más frecuentes son las enfermedades víricas seguidas de las septicemias. Las enfermedades infecciosas representan aproximadamente un cuarto de los episodios atendidos en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; las tasas más altas se observan en mujeres, en población española y especialmente en los menores de 5 años; y las infecciones más frecuentes se localizan en el aparato respiratorio, y dentro de éstas la infección respiratoria aguda es la primera causa, en todos los grupos de edad, de motivo de consulta por infección.

No obstante la importancia de estas enfermedades radica, más que en su impacto en términos de morbimortalidad, en el hecho de su posible prevención y control. En este sentido es importante la evaluación de las coberturas vacunales. En general casi un 80% de la cobertura de vacunación infantil de calendario se alcanza en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y un 10% en otros centros. El registro nominal de vacunaciones (en marcha desde 2006) es una oportunidad para mejorar no sólo la evaluación de las coberturas sino también para servir como instrumento para su mantenimiento y mejora constante.

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, ponen de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica. La información obtenida contribuye a la elaboración de nuevas estrategias de vacunación para llegar a los grupos de población más susceptibles incluyendo, en caso de que fuera necesario, la administración de dosis adicionales de recuerdo.

Desde hace años en la Comunidad de Madrid la gripe se vigila a través de la Red de Médicos Centinela y del sistema EDO. Desde la pandemia de gripe por virus AnH1N1 en 2009, se inició la vigilancia de casos graves y en las temporadas siguientes se ha mantenido la vigilancia de casos graves de gripe.

En 2012 se produjo un brote de legionelosis relacionado con un restaurante ubicado en el municipio de Móstoles y en 2009 se inició un brote comunitario por leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. En ambos brotes, además de la investigación epidemiológica, se han puesto en marcha las actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control de los mismos. En relación con el brote de leishmaniasis se han realizado numerosas actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector. En nuestro entorno, el perro ha sido considerado el principal reservorio de leishmaniasis, pero el sistema de vigilancia no ha detectado un incremento de la presencia de leishmaniasis en ellos. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Ph. Perniciosus* y en densidad elevada en las últimas campañas. También se está investigando la presencia de otra fauna y se ha encontrado que las liebres juegan un papel como reservorios secundarios activos. Entre las medidas de control realizadas destaca la identificación de zonas de riesgo y la aplicación de medidas de saneamiento ambiental: limpieza y desinsectaciones en parques y en zonas con residuos. También se ha intensificado la recogida de animales abandonados y se está realizando un control de superpoblaciones de lepóridos.

Las infecciones de transmisión sexual se mantienen en los últimos años con elevadas tasas de incidencia.

Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir (en 2012 la proporción de extranjeros ha sido de 45,4%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2012 fue de 28,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,1 por 100.000 en mujeres. El 45,8% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2012 fue de 11,6 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 33,8 por 100.000 habitantes en foráneos. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 88,3% en hombres y un 91,1% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La presentación con "enfermedad VIH avanzada" ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 26,6% de las personas diagnosticadas. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres, en extranjeros y también cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas.