



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA AÑO 2011

RESUMEN

Introducción: El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM). Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria.

Objetivos: Describir las características de presentación de las enfermedades incluidas en las EDO.

Material y métodos: Se calculan indicadores del funcionamiento del propio sistema de vigilancia y de morbilidad notificada (número de casos y tasas de incidencia acumulada en el año 2011 y comparación con 2010, en el ámbito de la CM y de España). La incidencia se presenta a nivel regional y por distritos, utilizando como denominador el padrón continuo de habitantes de la CM de los años correspondientes.

Resultados: Durante el año 2011 participaron en el sistema un total de 431 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,5%). El número total de casos notificados fue 74.739, de los cuales 92,2% corresponde a EDO numéricas (gripe y varicela) y el 7,8% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos. Hay que reseñar la elevación registrada en sarampión, leishmaniasis, infección gonocócica, tos ferina, sífilis, parálisis flácida aguda en menores de 15 años, encefalopatías espongiiformes de transmisión humana, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, meningitis víricas y triquinosis, así como el descenso en varicela, hepatitis B, rubéola, hepatitis A, enfermedad meningocócica, enfermedad neumocócica invasora, disentería, otras hepatitis víricas, tuberculosis, paludismo, gripe, legionelosis, parotiditis y sífilis congénita.

Conclusiones: La consolidación de la captación automática de datos de la historia clínica electrónica de Atención Primaria de todas las EDO con datos epidemiológicos básicos ha tenido una importante repercusión en la mejora de la calidad de los datos y es fundamental tener en cuenta este hecho al interpretar las tendencias de determinadas enfermedades en las que se ha producido un incremento importante en el número de casos notificados. En 2011 se ha producido un brote comunitario de sarampión que se ha controlado en julio de 2012. El brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la CM ha continuado a lo largo de todo 2011 y continúa abierto en la actualidad. Se mantiene la tendencia ascendente de las infecciones de transmisión sexual y la tos ferina. El sistema de vigilancia epidemiológica ha funcionado de forma adecuada.

1.- INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (CM). Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria. La declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos (en base a la definición de caso) de enfermedades detectadas durante la semana epidemiológica en curso, teniendo en cuenta que, a efectos de notificación, la semana comienza a las 0 horas del domingo y finaliza a las 24 horas del sábado. El sistema se fundamenta en el trabajo realizado por los profesionales sanitarios, acompañado de la búsqueda activa en algunas enfermedades.

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la CM. En el año 2001 se desarrolló reglamentación complementaria a ésta, que incorpora nuevas enfermedades a la lista de EDO e introduce cambios en la modalidad de declaración de otras: la Orden 150/2001, del Consejero de Sanidad de la CM, incluye a las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH) en la lista de EDO, la Orden 186/2001, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la CM estableciendo que esta enfermedad sea de declaración urgente y la Orden 130/2001, del Consejero de Sanidad, mediante la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la CM. Posteriormente, en febrero de 2007 se incluyó en la lista de EDO toda la enfermedad neumocócica invasora, mediante la Orden 74/2007, de 22 de enero, del Consejero de Sanidad y Consumo. En octubre de 2010 se produjo una modificación normativa en relación a la estructura organizativa de Atención Primaria: Decreto 52/2010, en que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la CM.

En la CM el “Manual de Notificación. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria” (documento técnico de Salud Pública nº 69) tiene como objetivo facilitar la notificación de todos los profesionales sanitarios de la región. Este documento está disponible en el Portal de Salud de la CM.

Durante 2011 se ha consolidado el proceso de captación automática de los casos EDO desde la historia clínica de Atención Primaria, que se inició en 2009 en el contexto de la pandemia de gripe. Estos casos captados automáticamente son revisados por los epidemiólogos, que validan su incorporación al sistema si cumplen los criterios de definición de caso de la Red de Vigilancia. Se mantiene la obligación para todos los médicos de notificar las EDO de declaración urgente (por teléfono o por fax), ya que una notificación oportuna en el tiempo sigue siendo fundamental para la toma adecuada de medidas de control. Asimismo, se ha reforzado la integración de las diferentes aplicaciones informáticas, lo que ha permitido conseguir una información de mayor calidad, especialmente en las variables relacionadas con los datos básicos de persona y con la vacunación.

En este informe, se describen las características del sistema de vigilancia (calidad de los datos, participantes en la notificación y tipo de notificación) y de las EDO detectadas durante el año 2011 correspondientes a pacientes con residencia en la CM. Para cada enfermedad se presenta la distribución espacial y temporal de los casos y se analizan las variables clínicas y epidemiológicas básicas y algunas variables específicas de cada protocolo. Para la descripción

espacial de los casos se ha utilizado la zonificación de la CM en distritos, basados en los antiguos distritos sanitarios. Los datos de la CM se comparan con los datos del nivel nacional de 2011 (proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III). Para describir la evolución temporal de cada enfermedad se utilizan los datos históricos del sistema de EDO tanto de la CM como del nivel nacional.

En relación a los brotes epidémicos, se han incluido los casos de enfermedad ocurridos en situaciones de brote de las enfermedades contenidas en la lista de EDO. El análisis de todos los brotes epidémicos se presentará en el informe “Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid, año 2011” que se publicará en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. (Diciembre 2012. Volumen 18. Nº 12).

2.- METODOLOGIA

2.1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

La información analizada procede de las notificaciones realizadas por los centros de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, por los centros hospitalarios (públicos y privados) y por otras instituciones (sanitarias públicas o privadas, residencias de ancianos, particulares, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, instituciones militares, etc.).

2.2.- VARIABLES

Se analizan las variables relacionadas con la notificación (centro notificador, nivel asistencial al que pertenece: atención primaria, especializada y otro) y con la enfermedad (variables epidemiológicas básicas – edad, sexo, país de origen, tipo de diagnóstico, clasificación y fecha de inicio de los síntomas – y variables específicas de cada enfermedad).

2.3.- INDICADORES

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

2.3.1.- Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

- **Número de centros notificadores.**
- **Número de notificaciones recibidas.** Es habitual que de un mismo caso se reciban varias notificaciones. Los datos que contienen todas ellas se integran para completar la información necesaria.
- **Número de casos notificados.**
- **Grado de cumplimentación de las variables** (sólo para EDO con datos básicos).

2.3.2.- Indicadores de morbilidad

- **Nº casos notificados y comparación con el año anterior.**
- **Tasas de incidencia acumulada (TI) por 100.000 habitantes:** para su cálculo se ha utilizado la población recogida en la actualización del Padrón Municipal de la CM de 2011, para el total de la CM y por distritos.

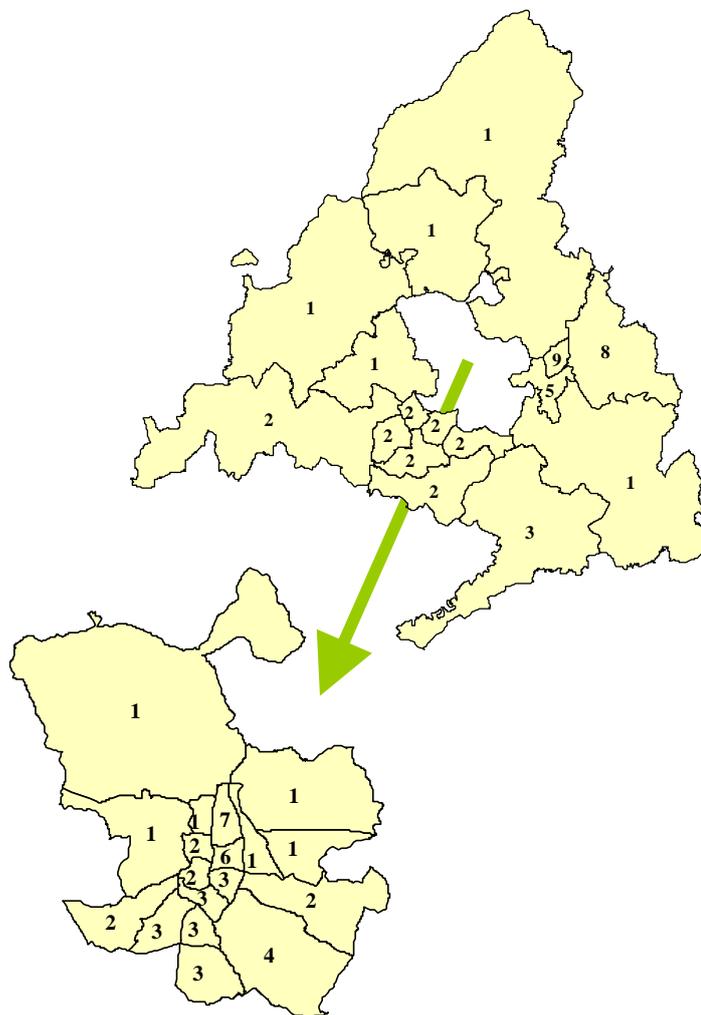
- **Comparación histórica de tasas** a través del porcentaje de variación de la TI de la CM con respecto a la mediana de la TI del quinquenio anterior (2006-2010):

$$\frac{TI (CM 2011) - TI \text{ mediana } (2006 - 2010)}{TI \text{ mediana } (2006 - 2010)} \times 100$$

- **Comparación de tasas con el nivel nacional** a través de la razón de TI, tomando como referencia la TI de España

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

| ZONIFICACION | |
|-----------------------|--|
| Distrito | |
| 1 - Arganda | |
| 2 - Moratalaz | |
| 3 - Retiro | |
| 4 - Vallecas | |
| 5 - Coslada | |
| 6 - Salamanca | |
| 7 - Chamartín | |
| 8 - Alcalá de Henares | |
| 9 - Torrejón de Ardoz | |
| 10 - Ciudad Lineal | |
| 11 - San Blas | |
| 12 - Hortaleza | |
| 13 - Alcobendas | |
| 14 - Colmenar Viejo | |
| 15 - Tetuán | |
| 16 - Fuencarral | |
| 17 - Majadahonda | |
| 18 - Collado Villalba | |
| 19 - Moncloa | |
| 20 - Centro | |
| 21 - Chamberí | |
| 22 - Latina | |
| 23 - Móstoles | |
| 24 - Alcorcón | |
| 25 - Navacarnero | |
| 26 - Leganés | |
| 27 - Fuenlabrada | |
| 28 - Parla | |
| 29 - Getafe | |
| 30 - Aranjuez | |
| 31 - Arganzuela | |
| 32 - Villaverde | |
| 33 - Carabanchel | |
| 34 - Usera | |



3.- RESULTADOS

3.1.- FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

3.1.1.- Centros notificadores

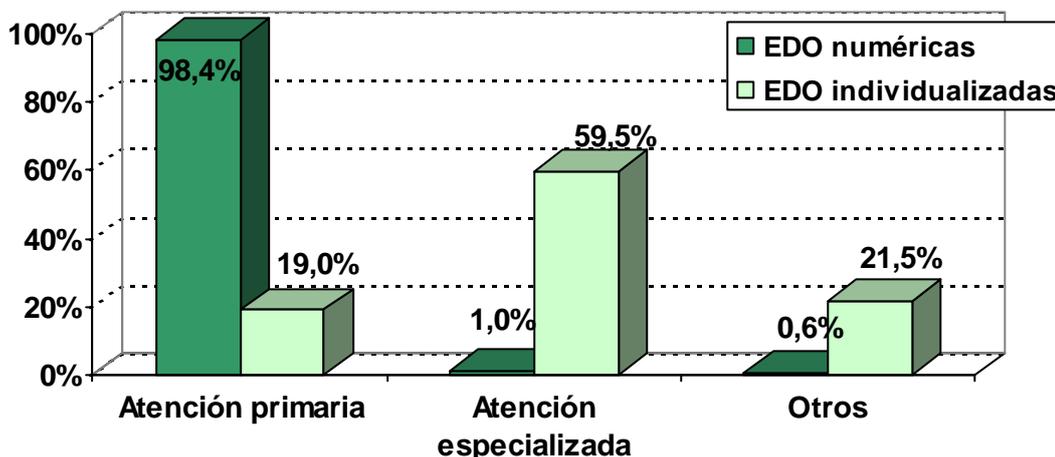
Durante el año 2011 participaron en el sistema 431 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,5%). El 12,5% eran centros de atención especializada hospitalaria y no hospitalaria, y el 7,0% restante eran centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, etc.).

3.1.2.- EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial

En 2011 se notificaron un total de 74.739 casos de EDO, de los cuales el 92,2% correspondía a EDO numéricas y el 7,8% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 98,4% de los casos de enfermedad de declaración numérica fue notificado por el nivel de atención primaria. En cuanto a las EDO con datos epidemiológicos básicos, el 59,5% fue notificado por atención especializada, el 21,5 % por otros notificadores y el 19,0% por atención primaria (gráfico 1). Hay que señalar que para este análisis sólo se considera el primer notificador de cada caso, ya que es el que alerta al sistema.

Gráfico 1. Enfermedades de Declaración Obligatoria según modalidad de notificación y nivel asistencial del primer notificador. Comunidad de Madrid. Año 2011.



3.1.3.- Grado de cumplimentación de las variables

El grado de cumplimentación de las variables recogidas en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos ha sido óptimo en las variables edad, sexo, lugar de residencia, país de origen y clasificación epidemiológica de los casos (confirmados, probables o sospechosos), con una cumplimentación superior al 98% en todas ellas.

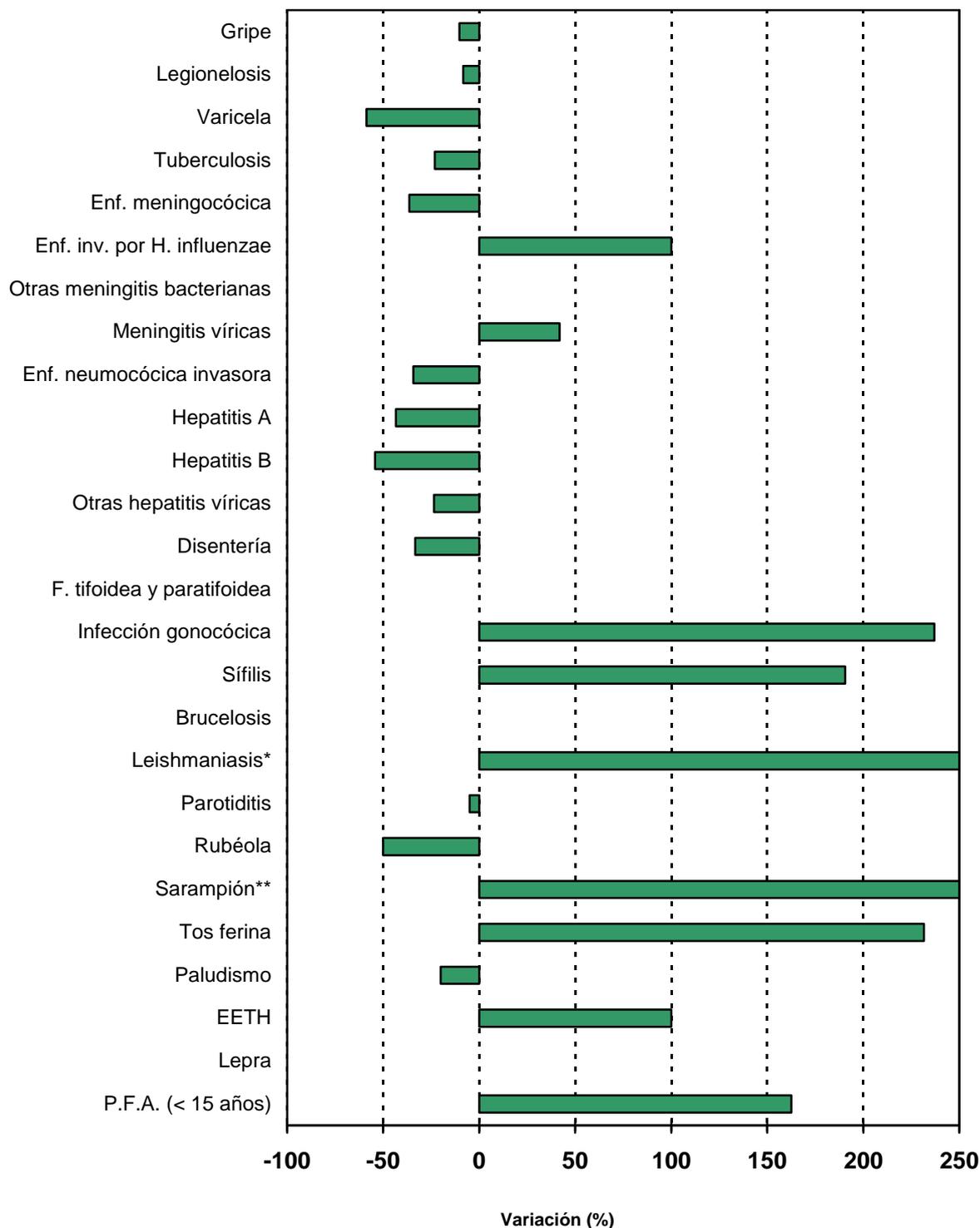
En cuanto a otras variables de gran interés epidemiológico, como la cumplimentación de la fecha de inicio de síntomas, ha sido del 93,3%. La cumplimentación de la variable “Tipo de diagnóstico” ha sido del 96,7% (este porcentaje se calcula excluyendo los casos de tuberculosis).

3.2.- DISTRIBUCIÓN ESPACIOTEMPORAL DE LOS CASOS

Se presenta el número de casos y tasas de incidencia acumulada (TI) en el periodo 2001 a 2011 en la CM (tablas 1 y 2), y en el nivel nacional (tablas 3 y 4). En la tabla 5 se presentan los indicadores de morbilidad de las enfermedades con algún caso notificado en la CM en 2011.

El gráfico 2 compara la TI de las enfermedades estudiadas en la CM en el año 2011 con la mediana de las TI de la CM en el quinquenio anterior. Se observa un **aumento** en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para: sarampión (1.760,0%), leishmaniasis (775,0%), infección gonocócica (237,0%), tos ferina (231,6%), sífilis (190,6%), parálisis flácida aguda en menores de 15 años (162,5%), encefalopatías espongiiformes de transmisión humana -EETH- (100,0%), enfermedad invasiva por *H. influenzae* (100,0%), meningitis víricas (41,9%) y triquinosis. La TI **no varía** con respecto a la mediana del quinquenio anterior para otras meningitis bacterianas, fiebre tifoidea y paratifoidea, brucelosis, lepra y botulismo. Se observa un **descenso** en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para las siguientes enfermedades: varicela (58,7%), hepatitis B (54,2%), rubéola (50,0%), hepatitis A (43,3%), enfermedad meningocócica (36,4%), enfermedad neumocócica invasora (34,3%), disentería (33,3%), otras hepatitis víricas (23,5%), tuberculosis (23,2%), paludismo (20,0%), gripe (10,3%), legionelosis (8,3%), parotiditis (5,0%) y sífilis congénita.

Gráfico 2. Comparación de la tasa de incidencia acumulada en el año 2011 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio 2006-2010. Comunidad de Madrid.



* % variación Leishmaniasis: 775,0%

** % variación Sarampión: 1.760,0%

***La mediana del quinquenio anterior es 0 para botulismo, triquinosis y sífilis congénita, por lo que no se puede calcular el porcentaje de variación.

**Tabla 1. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Número de casos.
Comunidad de Madrid. Años 2001-2011.**

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------------------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| ENF. TRANS. RESPIRATORIA | | | | | | | | | | | |
| Gripe | 169.936 | 271.079 | 242.749 | 89.517 | 150.292 | 55.199 | 73.331 | 67.146 | 192.427 | 16.605 | 62.320 |
| Legionelosis | 52 | 134 | 84 | 59 | 63 | 76 | 58 | 76 | 48 | 147 | 68 |
| Varicela | 36.878 | 45.548 | 37.986 | 47.944 | 22.479 | 36.330 | 20.003 | 15.439 | 12.986 | 9.995 | 6.598 |
| TUBERCULOSIS | | | | | | | | | | | |
| Tuberculosis | 1.206 | 1.200 | 1.247 | 1.090 | 1.167 | 1.131 | 1.074 | 1.140 | 1.101 | 1.007 | 883 |
| INF. CAUSAN MENINGITIS | | | | | | | | | | | |
| Enf. meningocócica | 136 | 150 | 111 | 109 | 98 | 98 | 97 | 70 | 61 | 41 | 48 |
| Enf. inv. por <i>H. influenzae</i> | 9 | 3 | 5 | 5 | 8 | 0 | 3 | 9 | 5 | 8 | 11 |
| Otras meningitis bacterianas | 94 | 93 | 117 | 105 | 125 | 118 | 52 | 64 | 41 | 52 | 61 |
| Meningitis víricas | 503 | 362 | 282 | 220 | 237 | 574 | 180 | 260 | 252 | 201 | 284 |
| Enf. neumocócica invasora* | | | | | | | 589 | 787 | 722 | 477 | 447 |
| HEPATITIS VÍRICAS | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis A | 70 | 111 | 234 | 219 | 169 | 177 | 151 | 348 | 349 | 153 | 113 |
| Hepatitis B | 96 | 110 | 131 | 140 | 137 | 142 | 188 | 178 | 96 | 100 | 68 |
| Otras hepatitis víricas | 97 | 84 | 102 | 170 | 125 | 128 | 143 | 108 | 48 | 72 | 85 |
| ENF. TRANS. ALIMENTARIA | | | | | | | | | | | |
| Botulismo | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| Cólera | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Disentería | 6 | 75 | 13 | 31 | 27 | 27 | 23 | 15 | 16 | 13 | 12 |
| F. tifoidea y paratifoidea | 18 | 14 | 17 | 9 | 11 | 14 | 17 | 10 | 15 | 7 | 11 |
| Triquinosis | 0 | 4 | 0 | 27 | 2 | 7 | 1 | 3 | 0 | 2 | 14 |
| ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL | | | | | | | | | | | |
| Infección gonocócica | 34 | 44 | 63 | 62 | 90 | 131 | 162 | 211 | 168 | 340 | 587 |
| Sífilis | 82 | 69 | 118 | 171 | 178 | 223 | 285 | 361 | 339 | 659 | 1002 |
| ANTROPOZOONOSIS | | | | | | | | | | | |
| Brucelosis | 21 | 17 | 29 | 34 | 10 | 7 | 10 | 9 | 3 | 12 | 6 |
| Leishmaniasis | 29 | 23 | 23 | 30 | 23 | 21 | 21 | 32 | 25 | 105 | 225 |
| Rabia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ENF. INMUNOPREVENIBLES | | | | | | | | | | | |
| Difteria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Parotiditis | 1.154 | 562 | 315 | 286 | 292 | 909 | 1.812 | 743 | 441 | 712 | 734 |
| Poliomielitis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rubéola | 14 | 25 | 32 | 14 | 479 | 18 | 8 | 14 | 12 | 3 | 4 |
| Sarampión | 15 | 12 | 22 | 2 | 3 | 176 | 1 | 31 | 0 | 29 | 601 |
| Tétanos | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Tos ferina | 61 | 163 | 304 | 182 | 89 | 98 | 169 | 118 | 110 | 405 | 410 |
| ENF. IMPORTADAS | | | | | | | | | | | |
| Fiebre amarilla | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Paludismo | 198 | 147 | 125 | 133 | 123 | 132 | 132 | 106 | 128 | 95 | 103 |
| Peste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tifus exantemático | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ENF. STMAS. ESPECIALES | | | | | | | | | | | |
| EETH** | 10 | 7 | 9 | 4 | 9 | 13 | 7 | 7 | 11 | 9 | 15 |
| Lepra | 0 | 3 | 2 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 |
| Rubéola congénita | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sífilis congénita | 1 | 0 | 2 | 5 | 0 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 2 |
| Tétanos neonatal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OTRAS | | | | | | | | | | | |
| P.F.A. (< 15 años)*** | 8 | 4 | 7 | 12 | 9 | 12 | 3 | 9 | 8 | 7 | 21 |

*Enfermedad neumocócica invasora: asignación según año de inicio de síntomas. La vigilancia de esta enfermedad se implantó a lo largo de 2007, por lo que los datos de ese año no se refieren al año completo.

**Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de inicio de síntomas.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

Tabla 2. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. Años 2001-2011.

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|---------|---------|---------|-------|-------|
| ENF. TRANS. RESPIRATORIA | | | | | | | | | | | |
| Gripe | 3.133,4 | 4.904,5 | 4.244,7 | 1.542,1 | 2.519,9 | 918,7 | 1.205,8 | 1.070,5 | 3.012,8 | 257,1 | 960,3 |
| Legionelosis | 1,0 | 2,4 | 1,5 | 1,0 | 1,1 | 1,3 | 1,0 | 1,2 | 0,8 | 2,3 | 1,1 |
| Varicela | 680,0 | 824,1 | 664,2 | 825,9 | 376,9 | 604,7 | 328,9 | 246,2 | 203,3 | 154,8 | 101,7 |
| TUBERCULOSIS | | | | | | | | | | | |
| Tuberculosis | 22,2 | 21,7 | 21,8 | 18,8 | 19,6 | 18,8 | 17,7 | 18,2 | 17,2 | 15,6 | 13,6 |
| INF. CAUSAN MENINGITIS | | | | | | | | | | | |
| Enf. meningocócica | 2,7 | 2,7 | 1,9 | 1,9 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,1 | 1,0 | 0,6 | 0,7 |
| Enf. inv. por <i>H. influenzae</i> | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 |
| Otras meningitis bacterianas | 1,9 | 1,7 | 2,1 | 1,8 | 2,1 | 2,0 | 0,9 | 1,0 | 0,6 | 0,8 | 0,9 |
| Meningitis víricas | 10,0 | 6,6 | 4,9 | 3,8 | 4,0 | 9,6 | 3,0 | 4,2 | 4,0 | 3,1 | 4,4 |
| Enf. neumocócica invasora* | | | | | | | 9,7 | 12,6 | 11,3 | 7,4 | 6,9 |
| HEPATITIS VÍRICAS | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis A | 1,3 | 2,0 | 4,1 | 3,8 | 2,8 | 3,0 | 2,5 | 5,6 | 5,5 | 2,4 | 1,7 |
| Hepatitis B | 1,8 | 2,0 | 2,3 | 2,4 | 2,3 | 2,4 | 3,1 | 2,8 | 1,5 | 1,6 | 1,1 |
| Otras hepatitis víricas | 1,8 | 1,5 | 1,8 | 2,9 | 2,1 | 2,1 | 2,4 | 1,7 | 0,8 | 1,1 | 1,3 |
| ENF. TRANS. ALIMENTARIA | | | | | | | | | | | |
| Botulismo | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Cólera | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Disentería | 0,1 | 1,4 | 0,2 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,2 |
| F. tifoidea y paratifoidea | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| Triquinosis | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL | | | | | | | | | | | |
| Infección gonocócica | 0,6 | 0,8 | 1,1 | 1,1 | 1,5 | 2,2 | 2,7 | 3,4 | 2,6 | 5,3 | 9,1 |
| Sífilis | 1,5 | 1,3 | 2,1 | 3,0 | 3,0 | 3,7 | 4,7 | 5,8 | 5,3 | 10,2 | 15,4 |
| ANTROPOZOONOSIS | | | | | | | | | | | |
| Brucelosis | 0,4 | 0,3 | 0,5 | 0,6 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| Leishmaniasis | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 1,6 | 3,5 |
| Rabia | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| ENF. INMUNOPREVENIBLES | | | | | | | | | | | |
| Difteria | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Parotiditis | 21,3 | 10,2 | 5,5 | 4,9 | 4,9 | 15,1 | 29,8 | 11,9 | 6,9 | 11,0 | 11,3 |
| Poliomielitis | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Rubéola | 0,3 | 0,5 | 0,6 | 0,2 | 8,0 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 |
| Sarampión | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 0,1 | 2,9 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,5 | 9,3 |
| Tétanos | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tos ferina | 1,1 | 3,0 | 5,3 | 3,1 | 1,5 | 1,6 | 2,8 | 1,9 | 1,7 | 6,3 | 6,3 |
| ENF. IMPORTADAS | | | | | | | | | | | |
| Fiebre amarilla | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Paludismo | 3,7 | 2,7 | 2,2 | 2,3 | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 1,7 | 2,0 | 1,5 | 1,6 |
| Peste | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tifus exantemático | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| ENF. STMAS. ESPECIALES | | | | | | | | | | | |
| EETH** | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| Lepra | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| Rubéola congénita | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Sífilis congénita | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Tétanos neonatal | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| OTRAS | | | | | | | | | | | |
| P.F.A. (< 15 años)*** | 1,0 | 0,5 | 0,9 | 1,4 | 1,0 | 1,4 | 0,3 | 1,0 | 0,8 | 0,7 | 2,1 |

*Enfermedad neumocócica invasora: asignación según año de inicio de síntomas. La vigilancia de esta enfermedad se implantó a lo largo de 2007, por lo que los datos de ese año no se refieren al año completo.

**Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (datos obtenidos del registro de EETH): asignación según año de inicio de síntomas.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

Tabla 3. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Número de casos.
España. Años 2001-2011.

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------------------|---------|---------|-----------|---------|----------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|
| ENF. TRANS. RESPIRATORIA | | | | | | | | | | | |
| Gripe | 847.975 | 1.595.7 | 1.490.098 | 615.218 | 1.349.53 | 473.990 | 681.988 | 629.504 | 1.137.61 | 224.011 | 590.957 |
| Legionelosis | 1.404 | 1.461 | 1.263 | 1.140 | 1.296 | 1.343 | 1.178 | 1.334 | 1.307 | 1.309 | 1.018 |
| Varicela | 196.631 | 196.25 | 180.783 | 237.156 | 146.113 | 177.728 | 153.099 | 125.706 | 141.399 | 157.914 | 136.823 |
| TUBERCULOSIS | | | | | | | | | | | |
| Tuberculosis* | 7.515 | 7.247 | 6.836 | 6.593 | 7.842 | 7.954 | 8.046 | 8.218 | 7.721 | 7.103 | 6.746 |
| INF. CAUSAN MENINGITIS | | | | | | | | | | | |
| Enf. meningocócica | 908 | 1.102 | 1.007 | 881 | 871 | 794 | 830 | 768 | 725 | 552 | 573 |
| HEPATITIS VÍRICAS | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis A | 899 | 620 | 760 | 845 | 1.139 | 1.494 | 1.002 | 2.250 | 2.695 | 1.023 | 713 |
| Hepatitis B | 780 | 818 | 801 | 764 | 659 | 799 | 931 | 1.011 | 871 | 865 | 805 |
| Otras hepatitis víricas | 1.231 | 1.188 | 911 | 874 | 680 | 748 | 698 | 755 | 708 | 741 | 671 |
| ENF. TRANS. ALIMENTARIA | | | | | | | | | | | |
| Botulismo | 13 | 6 | 6 | 7 | 15 | 3 | 9 | 7 | 13 | 8 | 12 |
| Cólera | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Disentería | 97 | 301 | 136 | 129 | 186 | 181 | 219 | 360 | 237 | 159 | 124 |
| F. tifoidea y paratifoidea | 174 | 181 | 148 | 102 | 75 | 84 | 75 | 79 | 70 | 70 | 82 |
| Triquinosis | 44 | 25 | 48 | 32 | 11 | 36 | 115 | 50 | 21 | 21 | 34 |
| ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL | | | | | | | | | | | |
| Infección gonocócica | 805 | 833 | 1.069 | 980 | 1.155 | 1.423 | 1.698 | 1.897 | 1.954 | 2.306 | 2.328 |
| Sífilis | 700 | 734 | 917 | 1.156 | 1.344 | 1.711 | 1.936 | 2.545 | 2.506 | 3.187 | 3.144 |
| ANTROPOZOONOSIS | | | | | | | | | | | |
| Brucelosis | 924 | 893 | 642 | 636 | 353 | 321 | 263 | 170 | 143 | 110 | 103 |
| Rabia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ENF. INMUNOPREVENIBLES | | | | | | | | | | | |
| Difteria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Parotiditis | 7.767 | 4.515 | 1.677 | 1.526 | 2.458 | 6.885 | 10.34 | 3.845 | 2.172 | 2.705 | 4.615 |
| Poliomielitis | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rubéola | 179 | 138 | 113 | 87 | 592 | 89 | 60 | 63 | 30 | 12 | 19 |
| Sarampión | 87 | 89 | 246 | 29 | 20 | 334 | 241 | 308 | 44 | 302 | 3.641 |
| Tétanos | 23 | 21 | 24 | 16 | 18 | 21 | 12 | 15 | 9 | 11 | 10 |
| Tos ferina | 379 | 347 | 551 | 532 | 304 | 383 | 554 | 663 | 538 | 884 | 3.240 |
| ENF. IMPORTADAS | | | | | | | | | | | |
| Fiebre amarilla | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Paludismo | 466 | 452 | 456 | 383 | 332 | 400 | 345 | 347 | 409 | 448 | 505 |
| Peste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tifus exantemático | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ENF. STMAS. ESPECIALES | | | | | | | | | | | |
| EETH** | 95 | 79 | 73 | 78 | 104 | 99 | 99 | 107 | 97 | 96 | 90 |
| Lepra | 12 | 18 | 6 | 18 | 10 | 15 | 19 | 18 | 34 | 12 | 16 |
| Rubéola congénita | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Sífilis congénita | 8 | 15 | 4 | 16 | 13 | 18 | 19 | 20 | 14 | 11 | 7 |
| Tétanos neonatal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OTRAS | | | | | | | | | | | |
| P.F.A. (< 15 años)*** | 51 | 37 | 44 | 43 | 44 | 42 | 37 | 35 | 21 | 31 | 34 |

*Hasta 2004 a nivel nacional sólo se vigilaban la tuberculosis respiratoria y la meningitis tuberculosa, a partir de 2005 se incluyeron en la vigilancia todas las localizaciones.

**Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

Tabla 4. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Tasas de incidencia por 100.000 habitantes. España. Años 2001-2011.

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|---------|
| ENF. TRANS. RESPIRATORIA | | | | | | | | | | | |
| Gripe | 2.146,0 | 4.033,6 | 3.762,2 | 1.551,6 | 3.400,1 | 1.194,2 | 1.541,9 | 1.408,7 | 2.521,9 | 492,3 | 1.288,3 |
| Legionelosis | 3,6 | 3,7 | 3,2 | 2,9 | 3,3 | 3,4 | 2,7 | 3,0 | 2,9 | 2,9 | 2,2 |
| Varicela | 497,6 | 496,1 | 456,4 | 598,1 | 368,1 | 447,8 | 346,1 | 281,3 | 313,5 | 347,1 | 298,3 |
| TUBERCULOSIS | | | | | | | | | | | |
| Tuberculosis* | 19,0 | 18,3 | 17,3 | 16,6 | 18,1 | 18,0 | 17,9 | 18,0 | 16,8 | 15,4 | 14,6 |
| INF. CAUSAN MENINGITIS | | | | | | | | | | | |
| Enf. meningocócica | 2,3 | 2,8 | 2,5 | 2,2 | 2,2 | 2,0 | 1,9 | 1,7 | 1,6 | 1,2 | 1,3 |
| HEPATITIS VÍRICAS | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis A | 2,3 | 1,6 | 1,9 | 2,1 | 2,9 | 3,8 | 2,3 | 5,0 | 6,0 | 2,3 | 1,6 |
| Hepatitis B | 2,0 | 2,1 | 2,0 | 1,9 | 1,7 | 2,0 | 2,1 | 2,3 | 1,9 | 1,9 | 1,8 |
| Otras hepatitis víricas | 3,1 | 3,0 | 2,3 | 2,2 | 1,7 | 1,9 | 1,6 | 1,7 | 1,6 | 1,6 | 1,5 |
| ENF. TRANS. ALIMENTARIA | | | | | | | | | | | |
| Botulismo | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Cólera | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Disentería | 0,3 | 0,8 | 0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,8 | 0,5 | 0,4 | 0,3 |
| F. tifoidea y paratifoidea | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Triquinosis | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL | | | | | | | | | | | |
| Infección gonocócica | 2,0 | 2,1 | 2,7 | 2,5 | 2,9 | 3,6 | 3,8 | 4,3 | 4,3 | 5,1 | 5,1 |
| Sífilis | 1,8 | 1,9 | 2,3 | 2,9 | 3,4 | 4,3 | 4,4 | 5,7 | 5,6 | 7,0 | 6,9 |
| ANTROPOZOONOSIS | | | | | | | | | | | |
| Brucelosis | 2,3 | 2,3 | 1,6 | 1,6 | 0,9 | 0,8 | 0,6 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,2 |
| Rabia | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| ENF. INMUNOPREVENIBLES | | | | | | | | | | | |
| Difteria | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Parotiditis | 19,7 | 11,4 | 4,2 | 3,9 | 6,2 | 17,4 | 23,4 | 8,6 | 4,8 | 6,0 | 10,1 |
| Poliomielitis | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Rubéola | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 1,5 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Sarampión | 0,2 | 0,2 | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,8 | 0,5 | 0,7 | 0,1 | 0,7 | 7,9 |
| Tétanos | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tos ferina | 1,0 | 0,9 | 1,4 | 1,3 | 0,8 | 1,0 | 1,3 | 1,5 | 1,2 | 1,9 | 7,1 |
| ENF. IMPORTADAS | | | | | | | | | | | |
| Fiebre amarilla | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Paludismo | 1,2 | 1,1 | 1,2 | 1,0 | 0,8 | 1,0 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 1,0 | 1,1 |
| Peste | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tifus exantemático | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| ENF. STMAS. ESPECIALES | | | | | | | | | | | |
| EETH** | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Lepra | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Rubéola congénita | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Sífilis congénita | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tétanos neonatal | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| OTRAS | | | | | | | | | | | |
| P.F.A. (< 15 años)*** | 0,8 | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,5 |

*Hasta 2004 a nivel nacional sólo se vigilaban la tuberculosis respiratoria y la meningitis tuberculosa, a partir de 2005 se incluyeron en la vigilancia todas las localizaciones.

**Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

**Tabla 5. Enfermedades de Declaración Obligatoria: indicadores de morbilidad.
Comunidad de Madrid. Año 2011.**

| ENFERMEDADES | Casos 2011 | Tasas 2011 | Casos CM 2011 – Casos CM 2010 | % variación TI CM respecto mediana 2006- 2010 | TI CM / TI España |
|--|------------|------------|----------------------------------|--|----------------------|
| ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA | | | | | |
| Gripe | 62.320 | 960,3 | 45.715 | -10,3 | 0,7 |
| Legionelosis | 68 | 1,1 | -79 | -8,3 | 0,5 |
| Varicela | 6.598 | 101,7 | -3.397 | -58,7 | 0,3 |
| TUBERCULOSIS | | | | | |
| Tuberculosis | 883 | 13,6 | -124 | -23,2 | 0,9 |
| INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS | | | | | |
| Enfermedad meningocócica | 48 | 0,7 | 7 | -36,4 | 0,5 |
| Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i> | 11 | 0,2 | 3 | 100,0 | -- |
| Otras meningitis bacterianas | 61 | 0,9 | 9 | 0,0 | -- |
| Meningitis víricas | 284 | 4,4 | 83 | 41,9 | -- |
| Enfermedad neumocócica invasora* | 447 | 6,9 | -29 | -33,7 | -- |
| HEPATITIS VÍRICAS | | | | | |
| Hepatitis A | 113 | 1,7 | -40 | -43,3 | 1,1 |
| Hepatitis B | 68 | 1,1 | -32 | -54,2 | 0,6 |
| Otras hepatitis víricas | 85 | 1,3 | 13 | -23,5 | 0,9 |
| ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA | | | | | |
| Botulismo | 1 | 0,0 | 1 | -- | -- |
| Disentería | 12 | 0,2 | -1 | -33,3 | 0,7 |
| Fiebre tifoidea y paratifoidea | 11 | 0,2 | 4 | 0,0 | 1,0 |
| Triquinosis | 14 | 0,2 | 12 | -- | 2,0 |
| ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL | | | | | |
| Infección gonocócica | 587 | 9,1 | 247 | 237,0 | 1,8 |
| Sífilis | 1002 | 15,4 | 343 | 190,6 | 2,2 |
| ANTROPOZOONOSIS | | | | | |
| Brucelosis | 6 | 0,1 | -6 | 0,0 | 0,5 |
| Leishmaniasis | 225 | 3,5 | 120 | 775,0 | -- |
| ENF. PREVENIBLES INMUNIZACIÓN | | | | | |
| Parotiditis | 734 | 11,3 | 22 | -5,0 | 1,1 |
| Rubéola | 4 | 0,1 | 1 | -50,0 | -- |
| Sarampión | 601 | 9,3 | 572 | 1.760,0 | 1,2 |
| Tos ferina | 410 | 6,3 | 5 | 231,6 | 0,9 |
| ENFERMEDADES IMPORTADAS | | | | | |
| Paludismo | 103 | 1,6 | 8 | -20,0 | 1,5 |
| ENF. NOTIFICADAS STMAS. ESPECIALES | | | | | |
| EETH** | 15 | 0,2 | 6 | 100,0 | 1,0 |
| Lepra | 5 | 0,1 | 3 | 0,0 | -- |
| Sífilis congénita | 2 | 0,0 | 0 | -- | -- |
| OTRAS | | | | | |
| Parálisis flácida aguda (< 15 años) | 21 | 2,1 | 14 | 162,5 | 4,2 |

No se incluyen en la tabla las enfermedades con 0 casos notificados en 2011.

*La Enfermedad neumocócica invasora se vigila en la Comunidad de Madrid desde 2007.

**Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas.

3.3.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

3.3.1.- Gripe

Durante el año 2011 se notificaron 62.320 casos de gripe, 45.715 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 960,3 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Torrejón de Ardoz (1.700,0 casos por 100.000 habitantes), Coslada (1.451,9 casos por 100.000 habitantes) y Collado Villalba (1.380,6 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 1). El 98,8% de los casos fueron notificados por profesionales de atención primaria.

En el informe “Temporada de gripe 2011-2012 en la Comunidad de Madrid” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Mayo 2012. Volumen 18. N° 5) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 3. Gripe: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

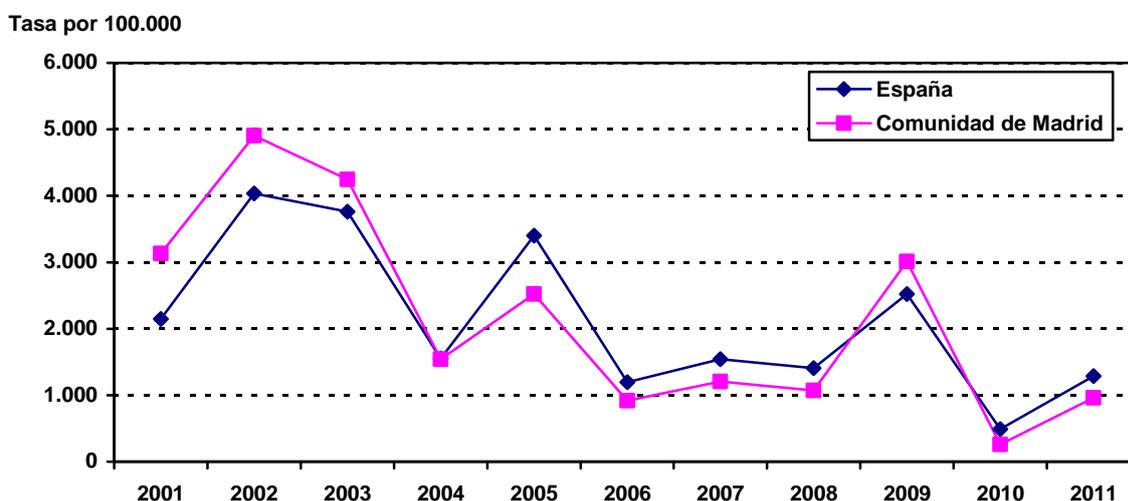
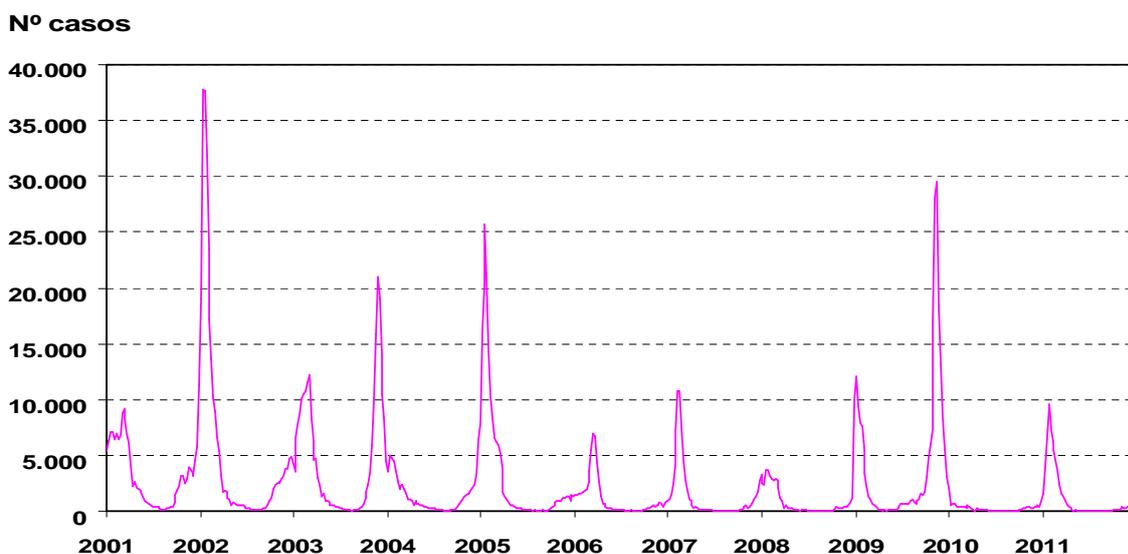
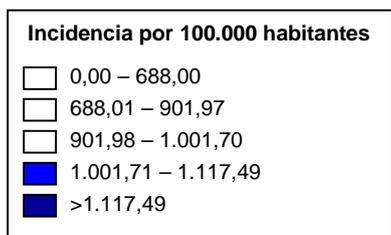
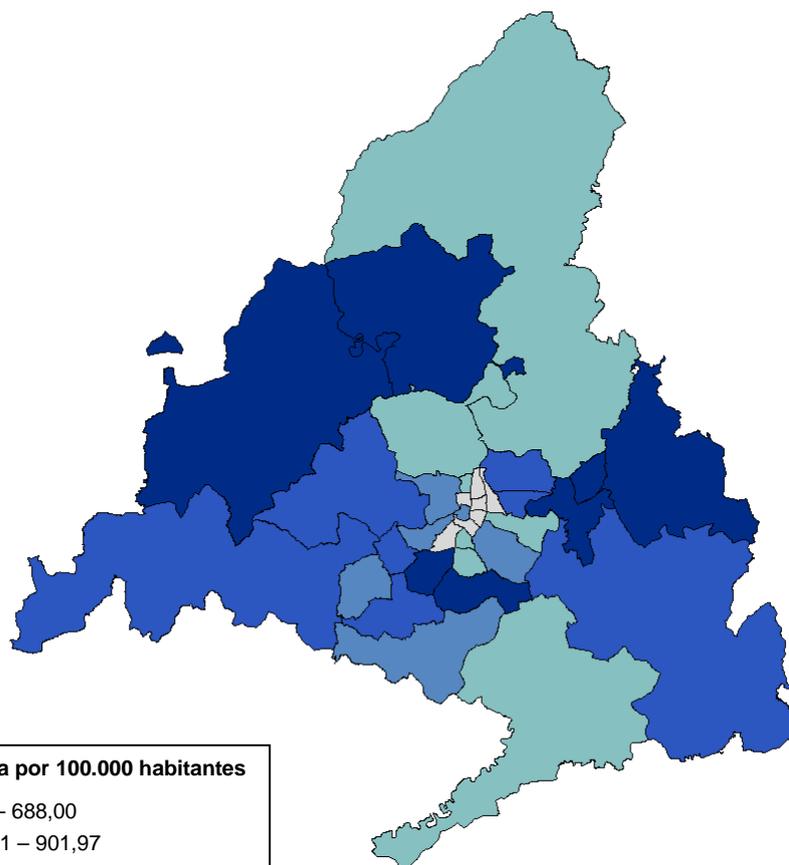
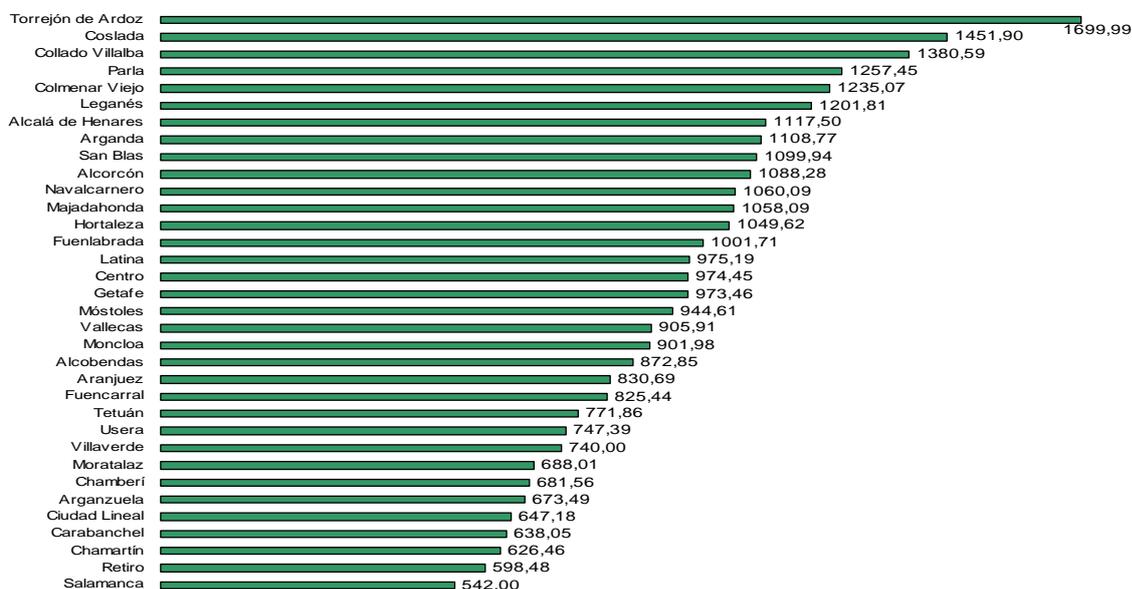


Gráfico 4. Número de casos semanales de gripe. Comunidad de Madrid. 2001-2011.



Mapa 1.- Gripe. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.



3.3.2.- Legionelosis

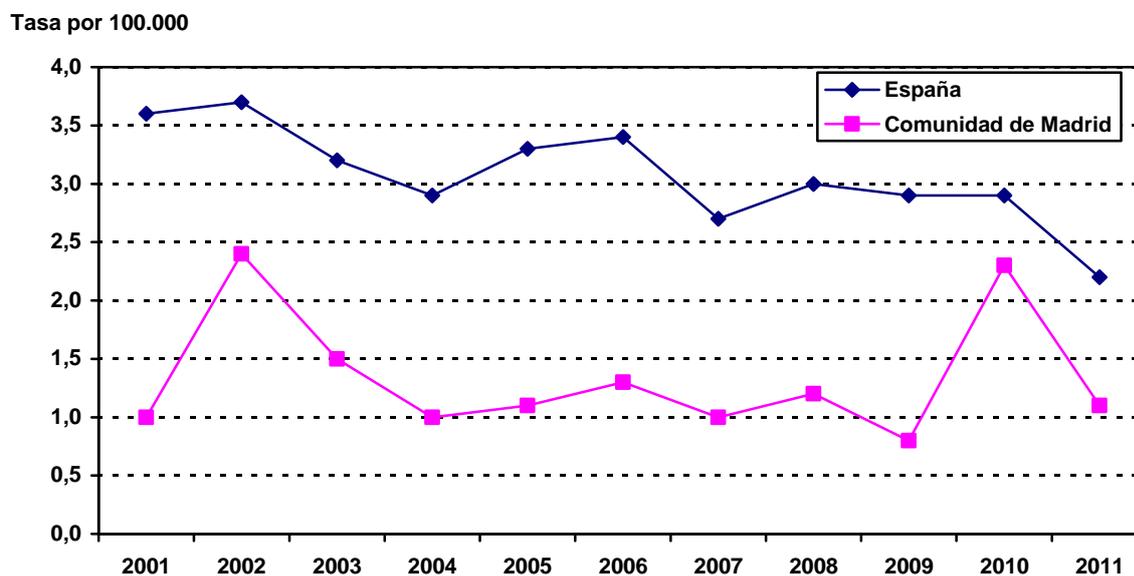
En el año 2011 se notificaron 68 casos de legionelosis, 79 casos menos que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,1 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Móstoles (3,6 casos por 100.000 habitantes), Latina (2,4 casos por 100.000 habitantes) y Chamartín (2,1 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 2).

El 67,6% de los casos se produjo en varones. La edad media fue de 58,1 años, con un rango que oscilaba entre 23 y 94 años. El 91,2% eran españoles.

Nueve casos (13,2%) se clasificaron como sospechosos/probables. Los 59 casos restantes (86,8%) se clasificaron como confirmados, uno (1,5%) se confirmó por seroconversión, 2 (2,9%) por el aislamiento de *Legionella* en secreciones y 57 (83,8%) por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (42,6%), tener diabetes mellitus (17,6%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (13,2%), padecer una inmunodepresión (10,3%), padecer un cáncer (8,8%), estar en tratamiento con corticoides (1,5%) y padecer una nefropatía (1,5%). No se registró el fallecimiento de ningún caso.

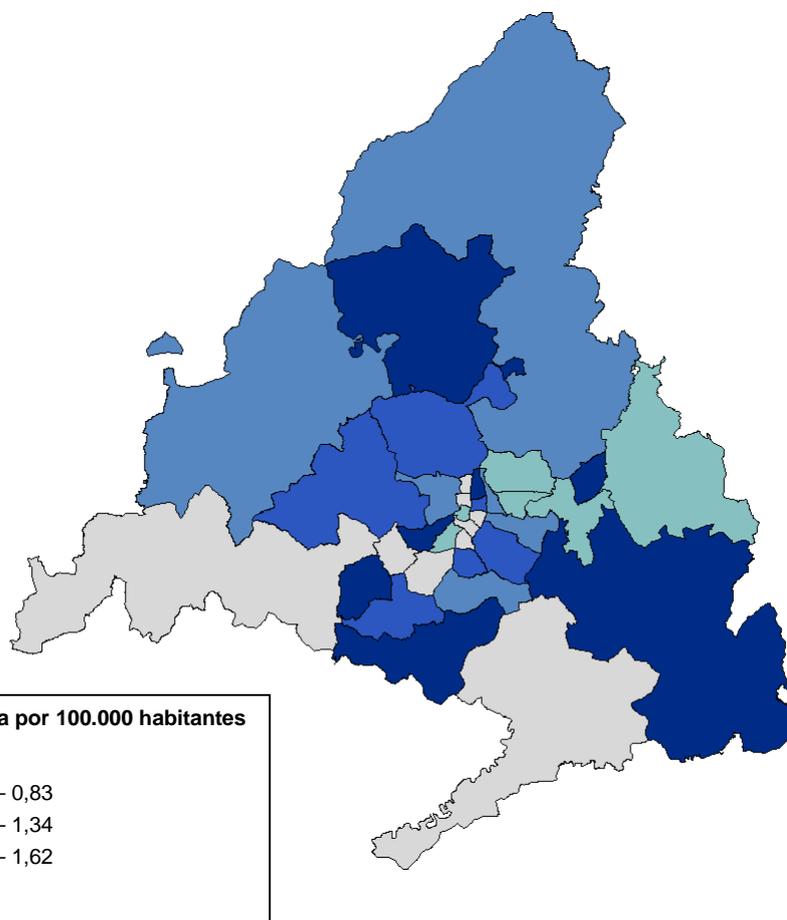
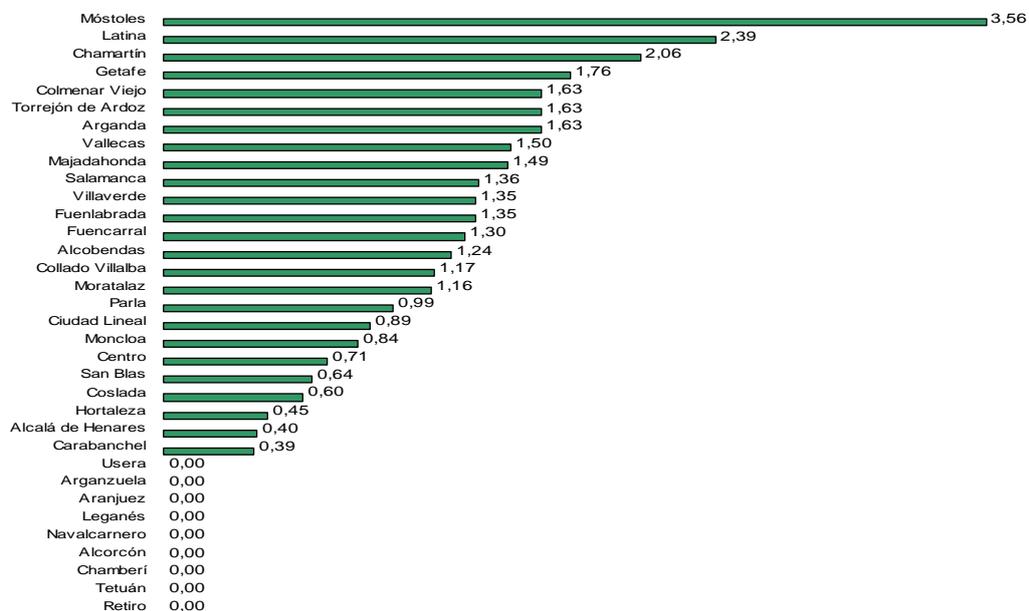
Gráfico 5. Legionelosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



En cuanto al ámbito de presentación, 57 casos (83,8%) se consideraron comunitarios y 11 casos (16,2%) se consideraron asociados a un **brote** de legionelosis/fiebre de Pontiac relacionado con un spa ubicado en el municipio de la zona suroeste de la CM. Se trataba de 3 hombres y 8 mujeres, con un rango de edad entre 23 y 54 años y una mediana de 41 años. Diez pacientes presentaron fiebre de Pontiac y uno neumonía por *Legionella*. Siete casos se clasificaron como probables y cuatro como confirmados (tres por antigenuria positiva y uno por seroconversión). En las muestras ambientales recogidas en las instalaciones del spa se aisló *Legionella*.

En el 10,3% de los casos se recogía el **antecedente de viaje en los últimos 10 días**, pero ninguno se clasificó como asociado a viaje, considerando como tales aquellos casos que han pasado más de 5 días fuera de la CM en los 10 días previos al inicio de los síntomas.

Mapa 2.- Legionela. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.



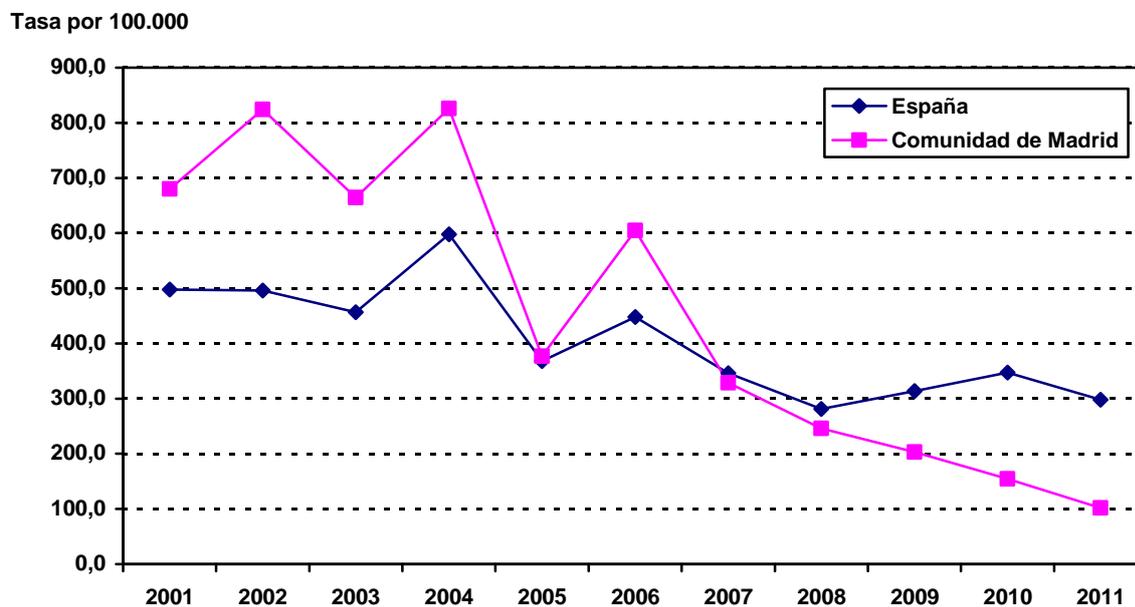
Además de estos 68 casos, en 2011 se notificaron en la CM **10 casos de legionelosis con antecedente de viaje en los que se consideró que el riesgo se había localizado fuera de la CM**. Eran 7 hombres y 3 mujeres, con edades comprendidas entre 29 y 88 años y una mediana de 64 años. Todos los casos fueron confirmados por antigenuria. En ocho casos el riesgo estuvo localizado en otras comunidades autónomas y en los otros dos casos el riesgo estuvo localizado fuera del territorio nacional. Nueve casos se consideraron esporádicos y un caso se asoció a un brote relacionado con un establecimiento hotelero.

3.3.3.- Varicela

Durante el año 2011 se notificaron 6.598 casos de varicela, 3.397 casos menos que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 101,7 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Coslada (215,9 casos por 100.000 habitantes), Arganda (207,0 casos por 100.000 habitantes) y Móstoles (155,4 casos por 100.000 habitantes), (Mapa 3).

En el año 2011 no se observó el patrón estacional característico de años anteriores con un importante aumento de casos en primavera, aunque se notificaron más casos en el primer semestre del año que en el segundo (Gráfico 7). El 97,1% de los casos fueron notificados por profesionales de atención primaria.

Gráfico 6. Varicela: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



Mapa 3.- Varicela. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.

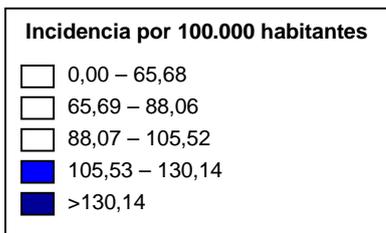
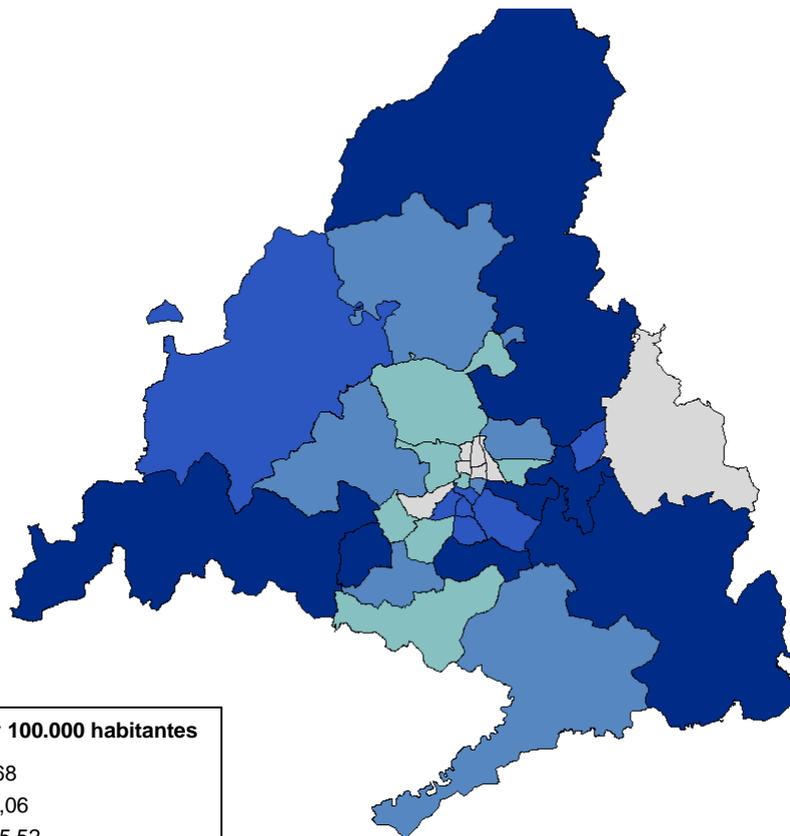
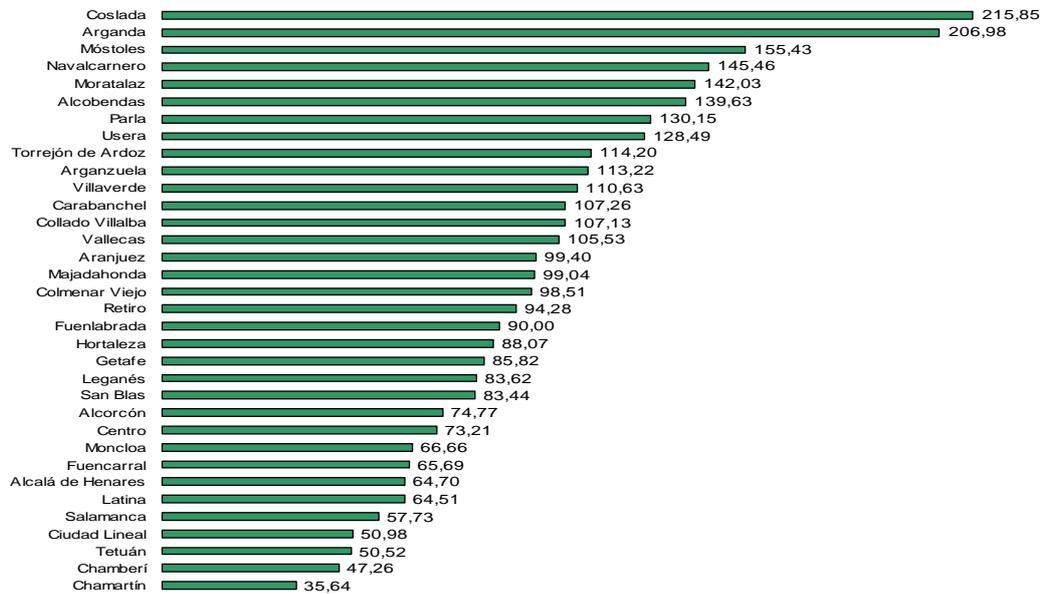
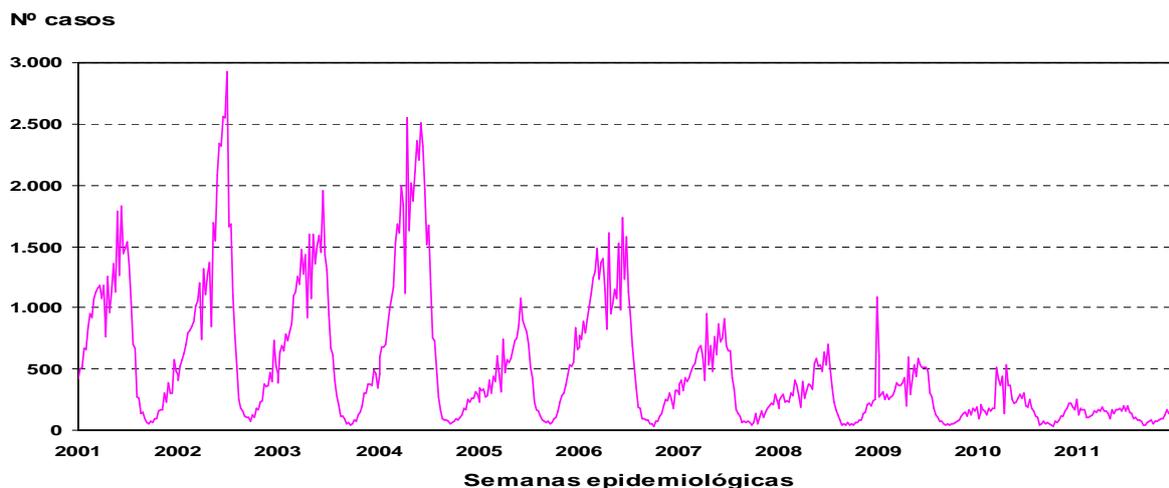


Gráfico 7. Número de casos semanales de varicela. Comunidad de Madrid. 2001-2011.



3.4.- TUBERCULOSIS

Durante el año 2011 se notificaron 883 casos de tuberculosis, 124 casos menos que en 2010, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 13,6 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Torrejón de Ardoz (27,7 casos por 100.000 habitantes), Latina (25,1 casos por 100.000 habitantes) y Centro (24,9 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 4).

La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (72,0%), siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 9,8 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera de 4,3 casos por 100.000 habitantes.

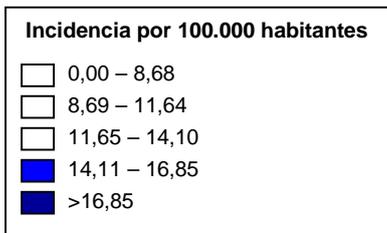
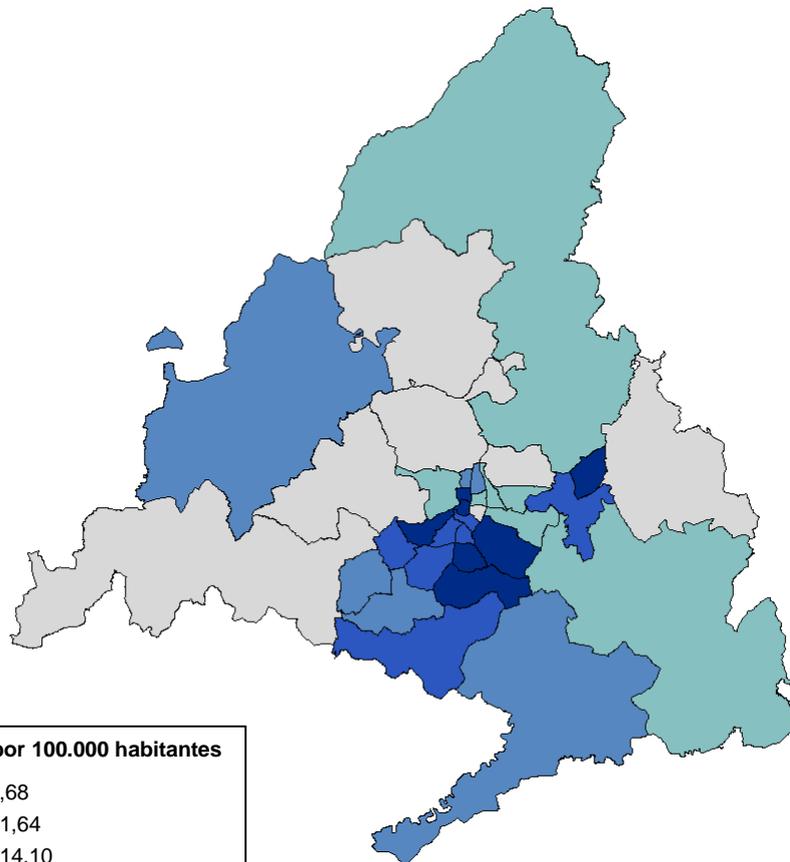
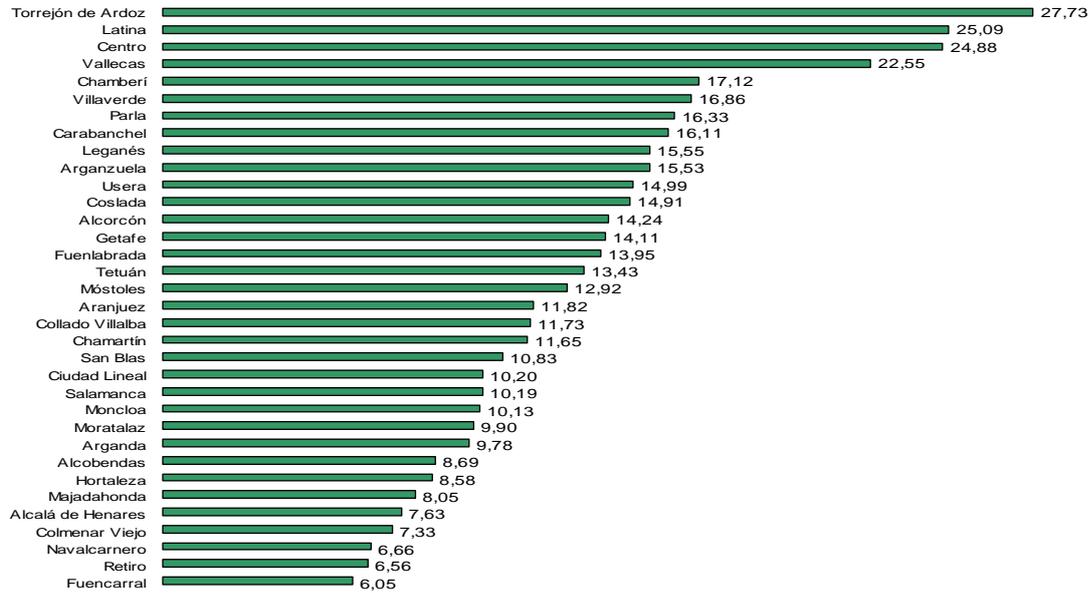
En el informe “Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, año 2011” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Septiembre 2012. Volumen 18. N° 9) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 8. Tuberculosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



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

Mapa 4.- Tuberculosis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.



3.5.- INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS

A nivel estatal sólo se vigila la enfermedad meningocócica, y no se vigilan la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, las otras meningitis bacterianas, las meningitis víricas y la enfermedad neumocócica invasora; esta última enfermedad se vigila en la CM desde 2007. En los gráficos de la evolución temporal de estas enfermedades sólo se recogen los datos de la Comunidad de Madrid, ya que no existen datos para el total de España, y en el caso de la enfermedad neumocócica invasora se presenta la evolución temporal desde 2007.

3.5.1.- Enfermedad meningocócica

Durante el año 2011 se notificaron 48 casos de enfermedad meningocócica, 7 más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,7 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Chamartín (2,1 casos por 100.000 habitantes), Navacarnero (1,9 casos por 100.000 habitantes) y Coslada (1,8 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 5).

De los 48 casos de enfermedad meningocócica registrados, 41 (85,4%) se han confirmado (0,6 por 100.000) y el resto han sido sospechas clínicas (0,1 por 100.000). El serogrupo B ha producido el 73,2% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 0,5 y el serogrupo C el 9,6%, con una incidencia de 0,1. También se han notificado dos casos por serogrupo Y, y en otros 5 casos no se ha determinado el serogrupo.

En la distribución por sexo se observa un ligero predominio de los varones (64,6%), a expensas fundamentalmente de las sospechas clínicas.

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 41,7% de los casos. La mayor incidencia se observa en los menores de un año (10,9 por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de edad de 1 a 4 años (4,1 por 100.000).

La forma clínica de presentación ha sido meningitis en el 33,3% de los casos, sepsis en el 29,2%, ambas en el 25,0%, meningococemia en el 6,3%, y en el resto artritis y neumonía.

La evolución de la enfermedad meningocócica se conoce en el 97,9% de los casos, siendo favorable en el 93,6% de los mismos. Se ha notificado el fallecimiento de 2 pacientes, por lo que la letalidad ha sido del 4,2% y la mortalidad de un 0,03 por 100.000 habitantes. Se ha informado del desarrollo de secuelas en un caso.

En el año 2011 todos los casos notificados han sido esporádicos, no habiéndose registrado casos asociados.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2011” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Febrero 2012. Volumen 18. N° 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 5.- Enfermedad meningocócica. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.

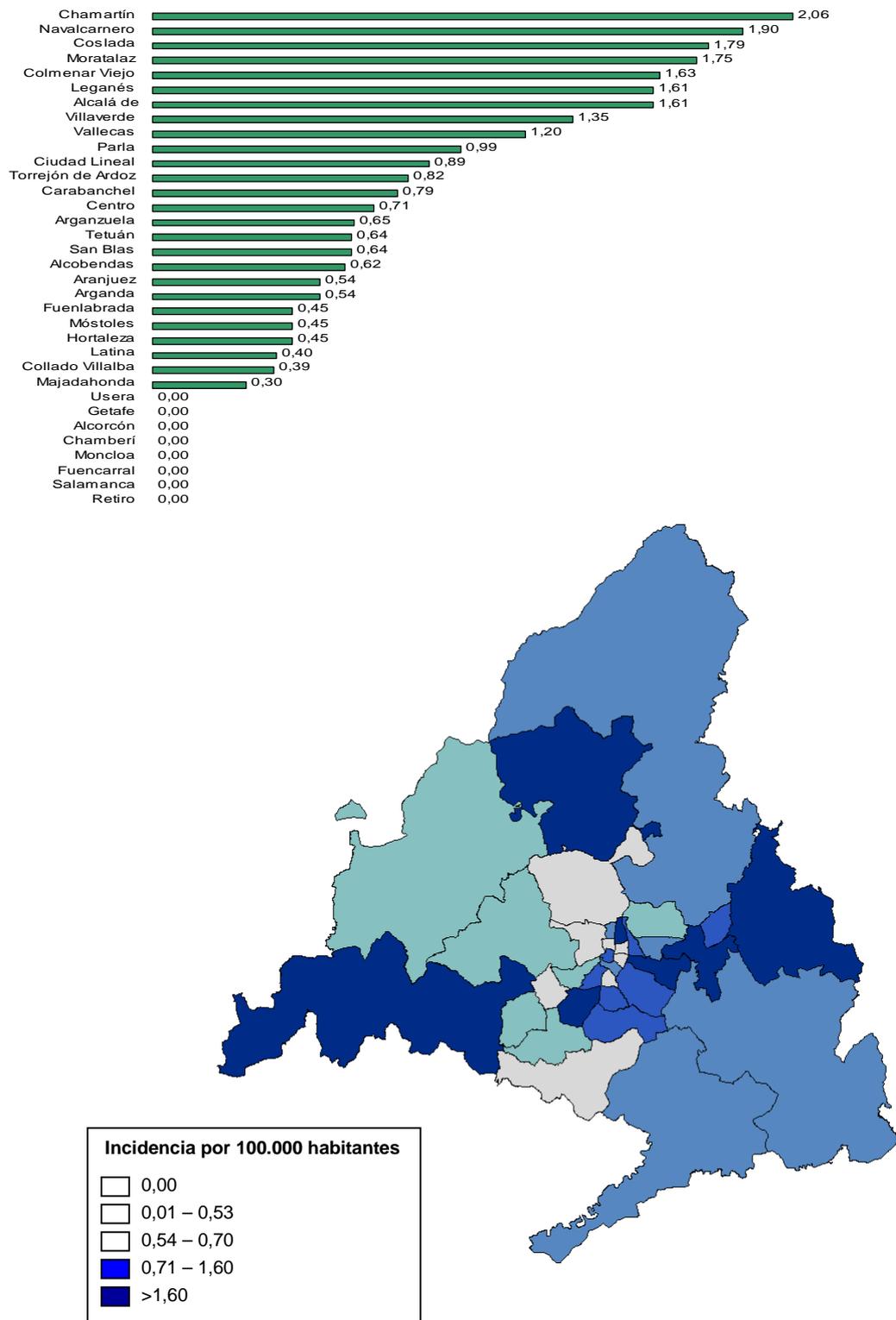
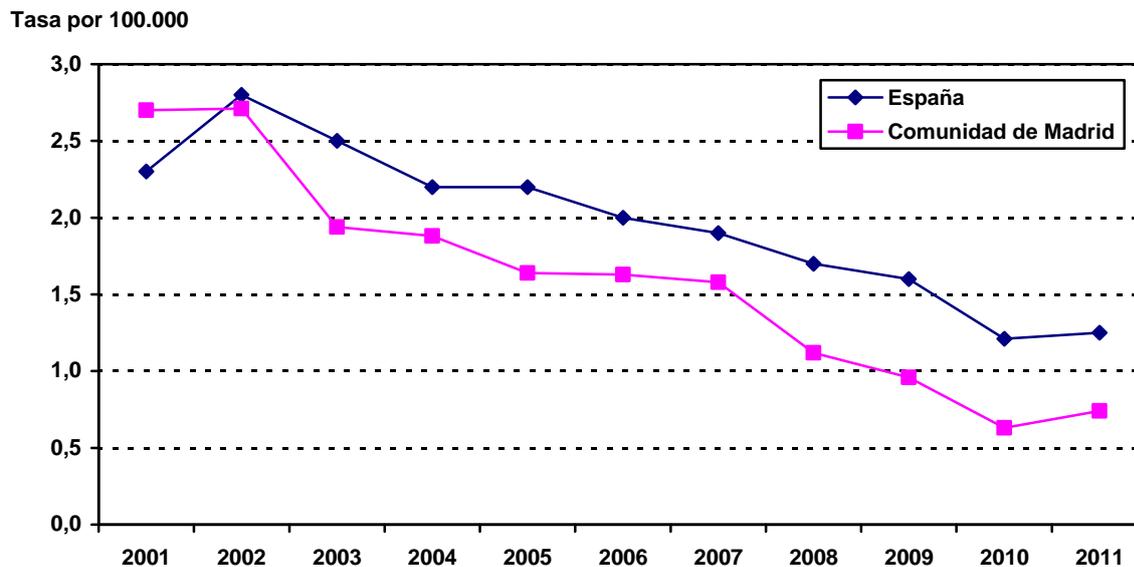


Gráfico 9. Enfermedad meningocócica: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



3.5.2.- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2011 se han notificado en la Comunidad de Madrid 11 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, 3 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,2 casos por 100.000 habitantes.

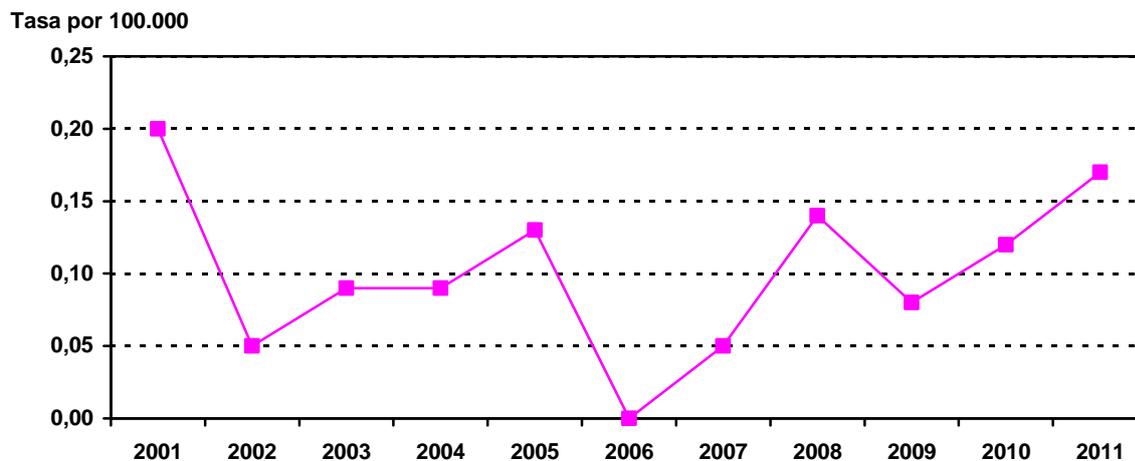
Se han presentado 6 casos en varones (54,5%) y 5 en mujeres (45,5%). La media de edad de los casos ha sido de 50 años. El 36,4% de los casos eran menores de 10 años, siendo el resto de los casos de 59 o más años.

Todos los casos han sido confirmados mediante aislamiento microbiológico. En uno se ha identificado *Haemophilus influenzae* tipo b (incidencia 0,02), en otro *Haemophilus influenzae* tipo f (incidencia 0,02), en cuatro *Haemophilus influenzae* no capsulados o no tipificables (0,06) y en los cinco restantes no se ha determinado el serotipo.

La forma clínica de presentación ha sido meningitis en cinco casos (45,5%), sepsis en tres casos (27,3%), meningitis y sepsis en dos casos (18,2%) y artritis en el caso restante (9,1%). Se conoce la evolución en todos los casos, presentando uno de ellos secuelas (deterioro de la función renal que requirió diálisis). Este año no se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa. Todos los casos notificados han sido esporádicos, sin agregaciones.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2011” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Febrero 2012. Volumen 18. N° 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 10. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2001-2011.



La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* no se vigila a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la CM.

3.5.3.- Otras meningitis bacterianas

Durante el año 2011 se notificaron 61 casos de otras meningitis bacterianas (excluyendo las debidas a *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *M. tuberculosis*), 9 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,9 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Leganés (5,4 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (4,5 casos por 100.000 habitantes) y Vallecas (3,3 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6).

El 50,1% de los casos eran hombres. La edad media de los casos notificados fue de 39 años. La mayor incidencia se presentó en los menores de 1 año, seguida por los mayores de 64 años.

De los 51 casos notificados se han confirmado un 50,8%, siendo el resto sospechas clínicas. El patógeno causante del mayor número de estas meningitis es *Listeria monocytogenes*, que ha producido el 13,1% de los casos (incidencia 0,1).

Se conocía la evolución en el 96,7% de los casos. Cuatro enfermos presentaron secuelas (6,6%): hemiparesia, hipoacusia y epilepsia. Se registraron 6 fallecimientos por esta causa, con una letalidad de un 9,8% y una mortalidad de un 0,02 por 100.000 habitantes para este grupo de enfermedades (en tres se confirmó *Listeria monocytogenes*, en otro *Staphylococcus epidermidis* y los dos restantes fueron sospechas clínicas en las que no se identificó el agente causal).

Todos los casos notificados han sido esporádicos, presentándose de forma aislada.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2011” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Febrero 2012. Volumen 18. N° 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 6.- Otras meningitis bacterianas. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.

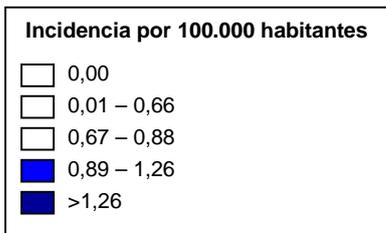
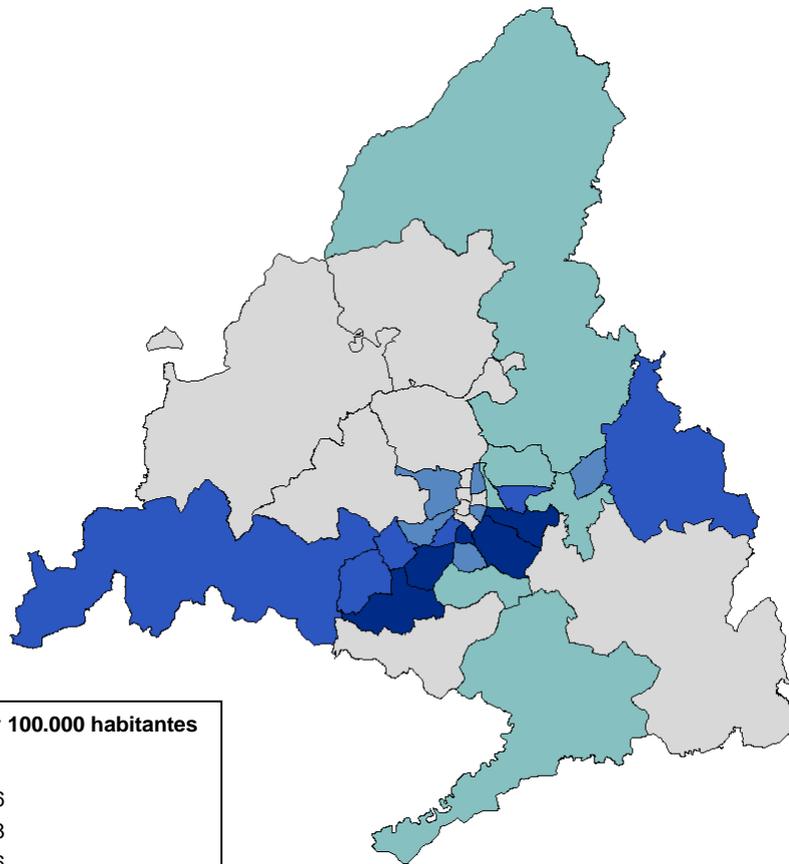
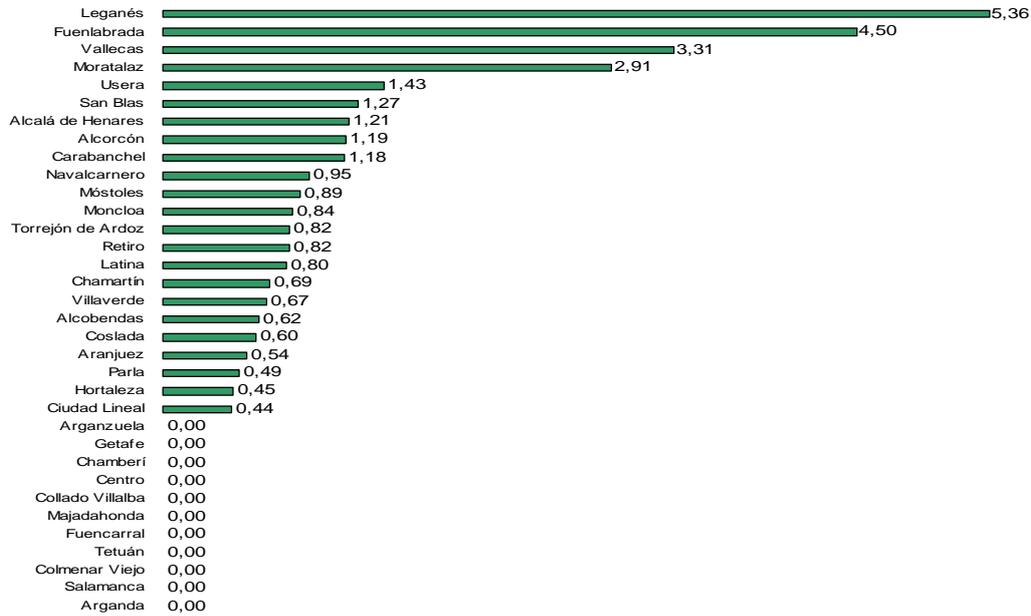


Gráfico 11. Otras meningitis bacterianas: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2001-2011.

Las otras meningitis bacterianas no se vigilan a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la CM.

3.5.4.- Meningitis víricas

En el año 2011 en la CM se han registrado 284 casos de meningitis vírica, 83 casos más que en 2010. La tasa de incidencia fue 4,4 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Alcorcón (24,3 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (15,2 casos por 100.000 habitantes) y Leganés (14,5 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 7).

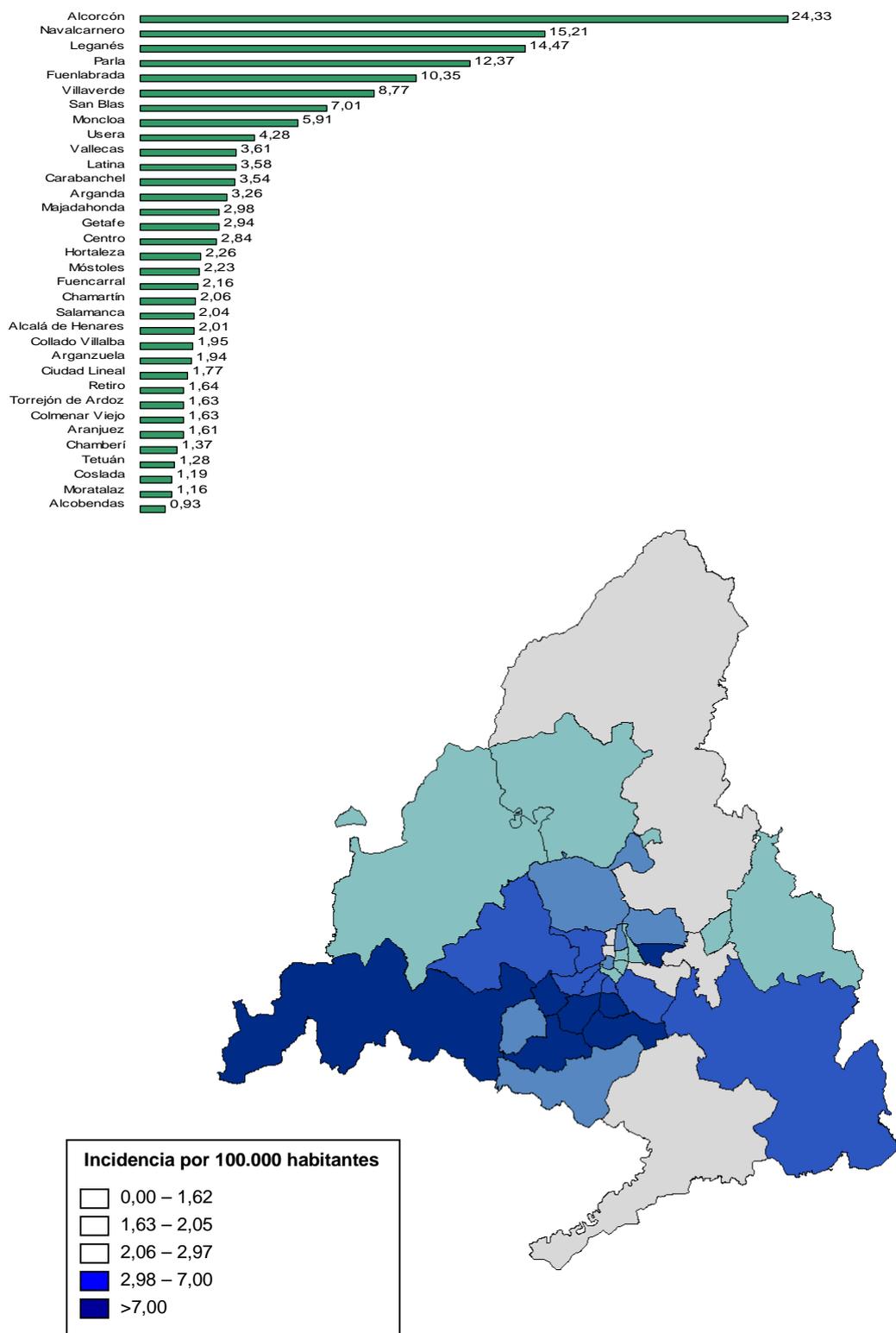
La mayoría de las meningitis víricas han sido sospechas clínicas (73,6%). Se han confirmado 75 casos (26,4%): Enterovirus no polio (65 casos), virus Herpes simple (5 casos), virus Varicela-zoster (3 casos), virus de Epstein-Barr (1 caso) y virus Echo (1 caso).

La distribución por sexo muestra un predominio masculino, ya que el 56,3% de los enfermos fueron varones. La mayor frecuencia se observó en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en los menores de 1 año (44,8 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (18,5 casos por 100.000).

Se conoce la evolución en el 97,8% de los pacientes. No se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa. Se han registrado secuelas en cuatro casos, uno de ellos debido a Herpes simple, otro a virus Epstein-Barr y los otros dos eran sospechas clínicas; las secuelas descritas han sido alteraciones neurológicas, deterioro cognitivo, crisis comiciales e inestabilidad de la marcha.

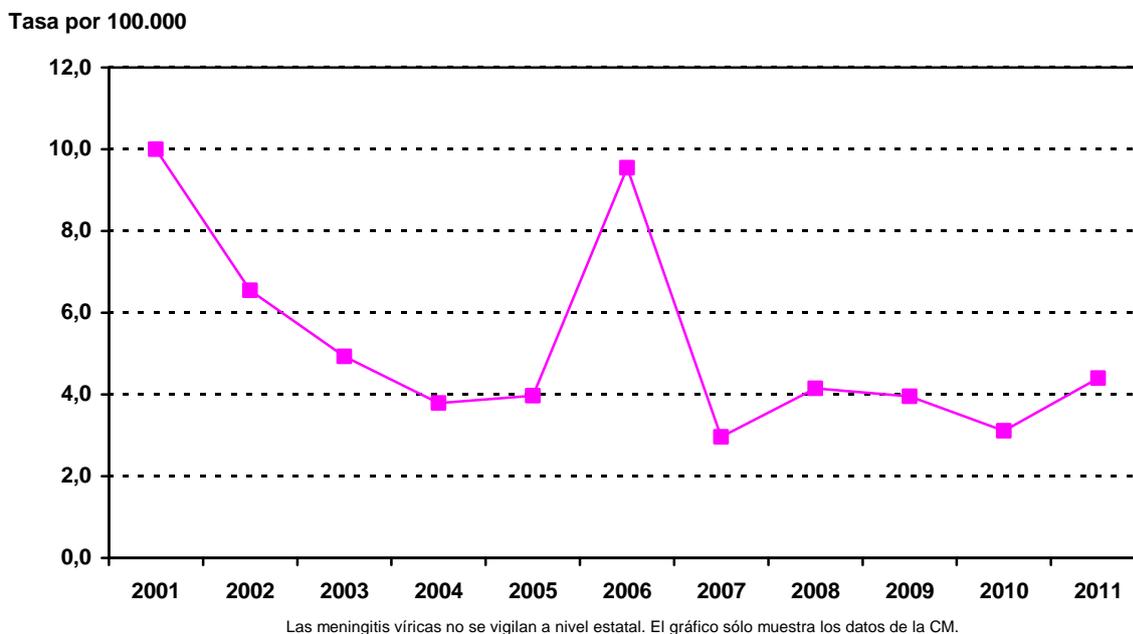
Se han registrado 12 casos relacionados de meningitis vírica (4,2%), la mayoría asociados dos a dos. Todos los casos eran sospechas clínicas y se han presentado como una agrupación de casos en un colectivo escolar y el resto como asociaciones de dos casos en el entorno familiar o de amigos.

Mapa 7.- Meningitis víricas. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.



En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2011” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Febrero 2012. Volumen 18. N° 2) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 12. Meningitis víricas: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2001-2011.



3.5.5.- Enfermedad neumocócica invasora

En el año 2011 se notificaron en la CM 447 casos de enfermedad neumocócica invasora con inicio de síntomas en 2011, 29 casos menos que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 6,9 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Usera (12,9 casos por 100.000 habitantes), Alcorcón (11,9 casos por 100.000 habitantes) y Navalcarnero (11,4 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 8).

El 56,6% de los casos eran hombres, y los grupos de edad más afectados fueron los menores de 5 años (16,6%) y los mayores de 59 (44,7%). La forma de presentación más frecuente fue la neumonía (55,1%), seguida de la bacteriemia sin foco (15,2%). La letalidad global fue del 12,1%.

Los serotipos más frecuentes fueron 1, 3, 19A, 7F, 8 y 6C.

En el informe de “Enfermedad neumocócica invasora (ENI) en la Comunidad de Madrid, 2011” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Abril 2012. Volumen 18. N° 4) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 8.- Enfermedad neumocócica invasora. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.

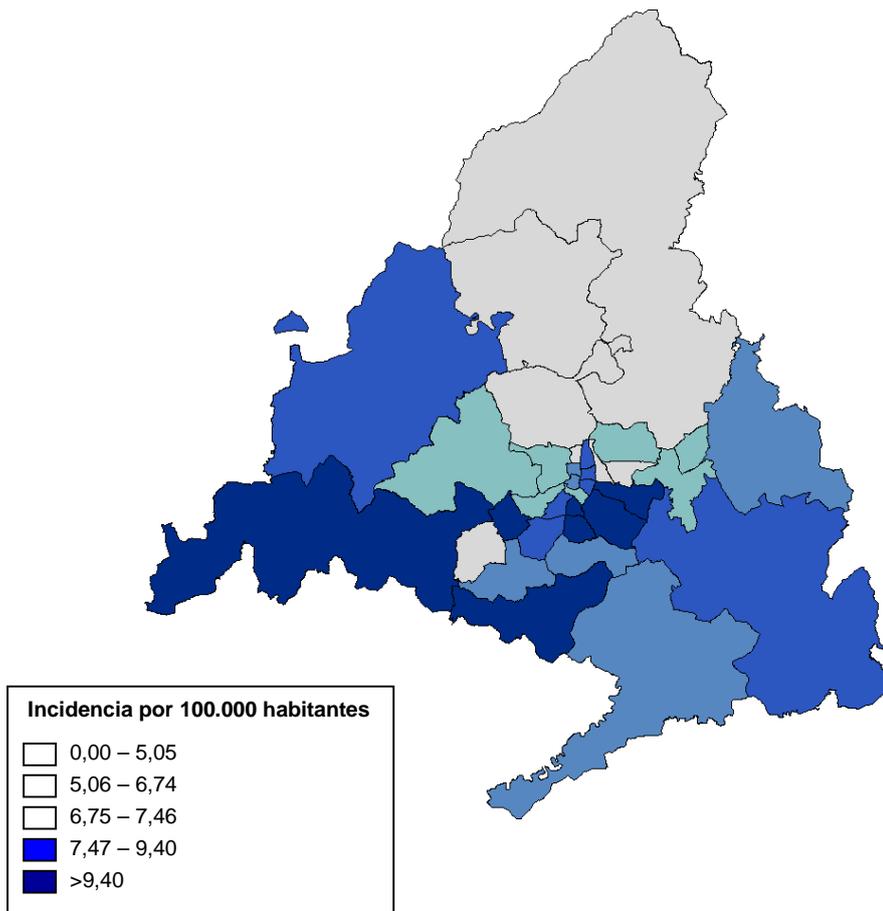
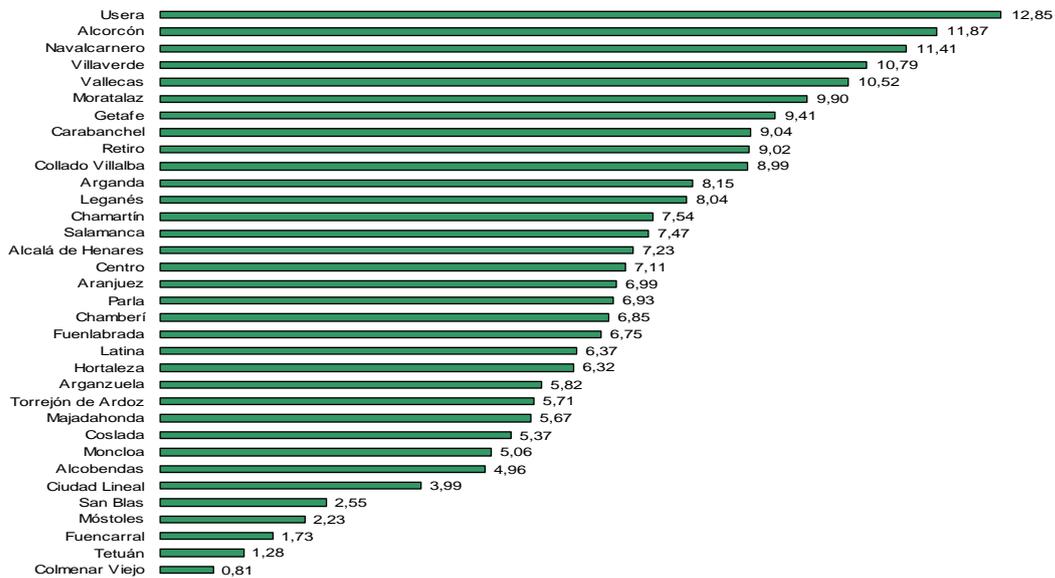
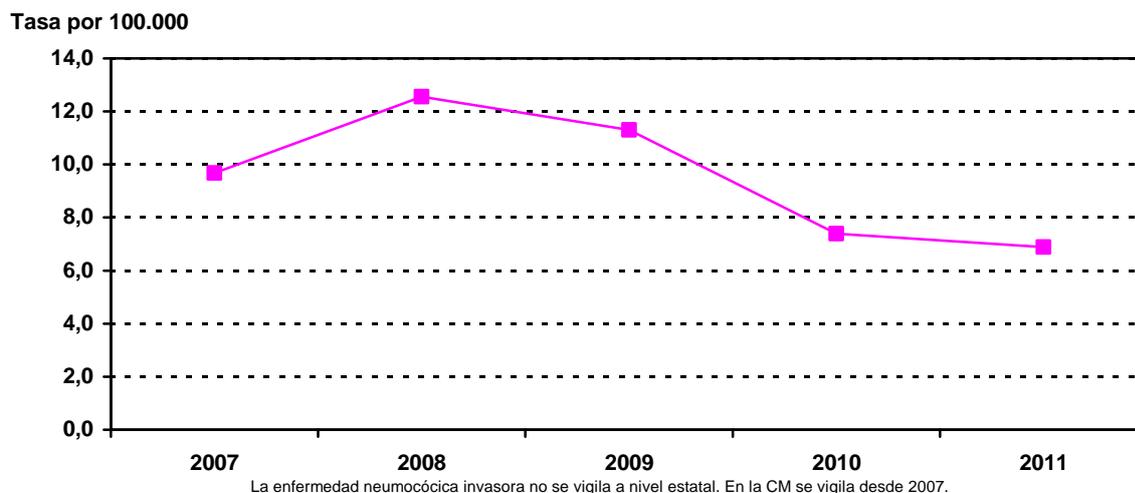


Gráfico 13. Enfermedad neumocócica invasora: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2007-2011.

3.6.- HEPATITIS VÍRICAS

En el año 2011 se notificaron 266 casos de hepatitis víricas, 57 casos menos que en el año 2010. El 42,5% fueron hepatitis A, el 25,6% hepatitis B y el 31,9% otras hepatitis víricas.

3.6.1.- Hepatitis A

Durante el año 2011 se notificaron 113 casos de hepatitis A, 40 casos menos que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,7 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (8,5 casos por 100.000 habitantes), Salamanca (4,8 casos por 100.000 habitantes) y Alcorcón (3,6 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 9).

El 65,5% de los casos se produjeron en varones. La mediana de la edad fue de 34 años, con un rango que oscilaba entre 4 y 76 años, siendo el 51,3% menores de 35 años. La información sobre el país de origen constaba en el 99,1% de los casos, de los cuales el 79,5% eran españoles, el 11,6% latinoamericanos, el 4,4% africanos, el 3,6% europeos y el 0,9% asiáticos. En el gráfico 15 se presenta la distribución de los casos por grupos de edad según el país de origen.

El 80,5% de los casos se clasificaron como confirmados. En el 76,1% se detectó Ig M anti VHA y en el 11,5% se realizó diagnóstico microbiológico.

Se disponía información sobre la vacunación en 56 casos (49,6%), de los que sólo 3 estaban vacunados.

En un caso (0,9%) existía antecedente de contacto sexual de riesgo y en 9 casos (8,0%) no existía ningún factor de riesgo conocido. En 6 casos (5,3%) constaba el antecedente de viaje o estancia reciente a zonas endémicas de hepatitis A y en ninguno de ellos constaba la vacunación.

En cuanto al modo de presentación, 12 casos (10,6%) se presentaron asociados a brotes producidos en el entorno familiar.

Mapa 9.- Hepatitis A. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.

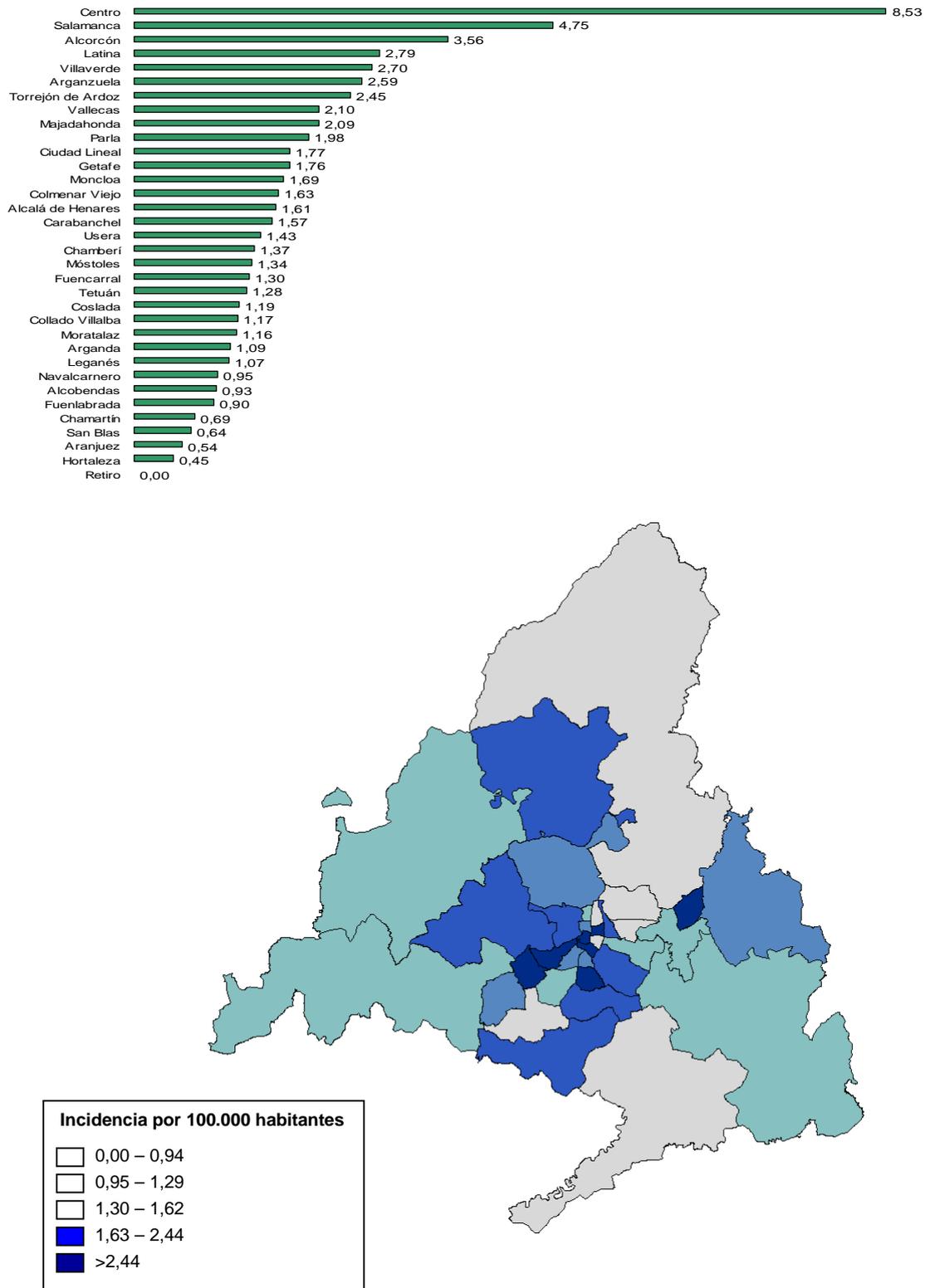


Gráfico 14. Hepatitis A: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

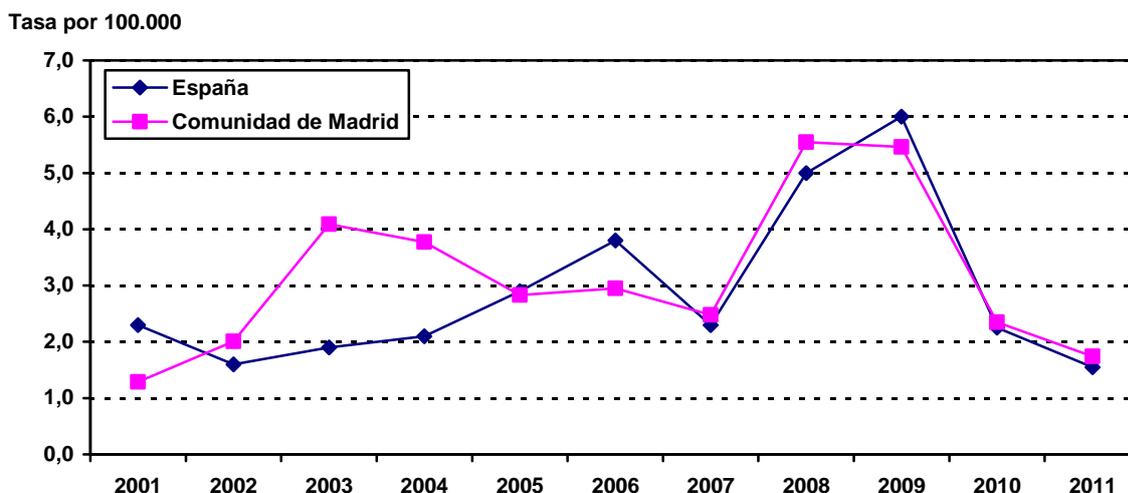
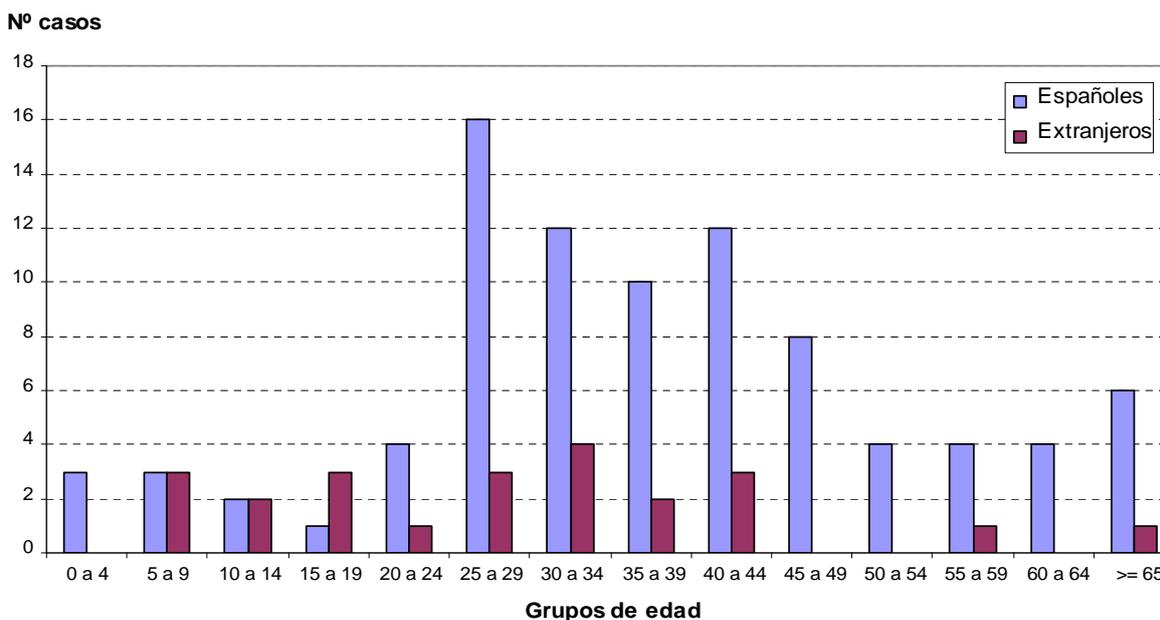


Gráfico 15. Hepatitis A: distribución por grupos de edad según país de origen. Comunidad de Madrid. Año 2011.



3.6.2.- Hepatitis B

En el año 2011 se notificaron 68 casos de hepatitis B en la CM, 32 casos menos que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,1 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Parla (4,5 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (3,4 casos por 100.000 habitantes) y Vallecas (2,4 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 10).

El 66,2% de los casos notificados son hombres. El rango de edad osciló entre 1 mes y 88 años, con una mediana de 35 años, siendo el 54,4% mayores de 30 años (gráfico 17). El 51,5% de los casos son españoles.

El 69,1% de los casos fueron clasificados como confirmados y el 30,9% como sospechosos/probables. En el 54,4% de los casos se detectó Ig M antiHbC positiva y en el 64,7% HbSAg.

En 3 casos (4,4%) existían antecedentes de contacto sexual de riesgo. En relación al estado vacunal, sólo consta la vacunación en dos casos, ambos clasificados como confirmados; se trataba de un varón español de 29 años y de una mujer filipina de 39 años. La vacuna frente a hepatitis B se introdujo en nuestra Comunidad Autónoma en 1985, y en 2011 se notificaron 11 casos nacidos después de 1984, dos de ellos eran españoles y teóricamente deberían estar vacunados, en uno de ellos se desconocía el estado vacunal y en el otro constaba que no estaba vacunado.

Gráfico 16. Hepatitis B: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

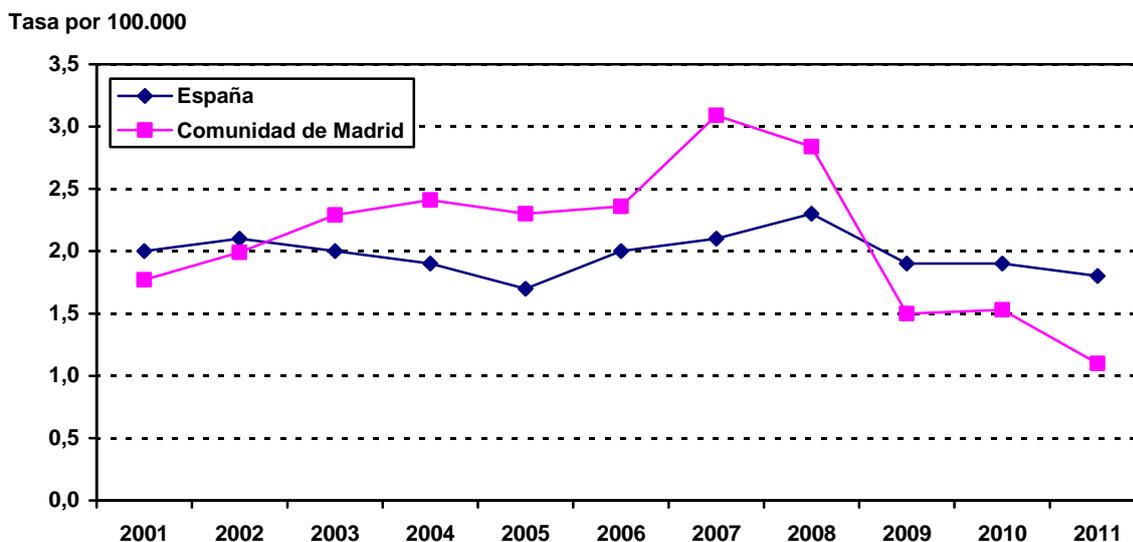
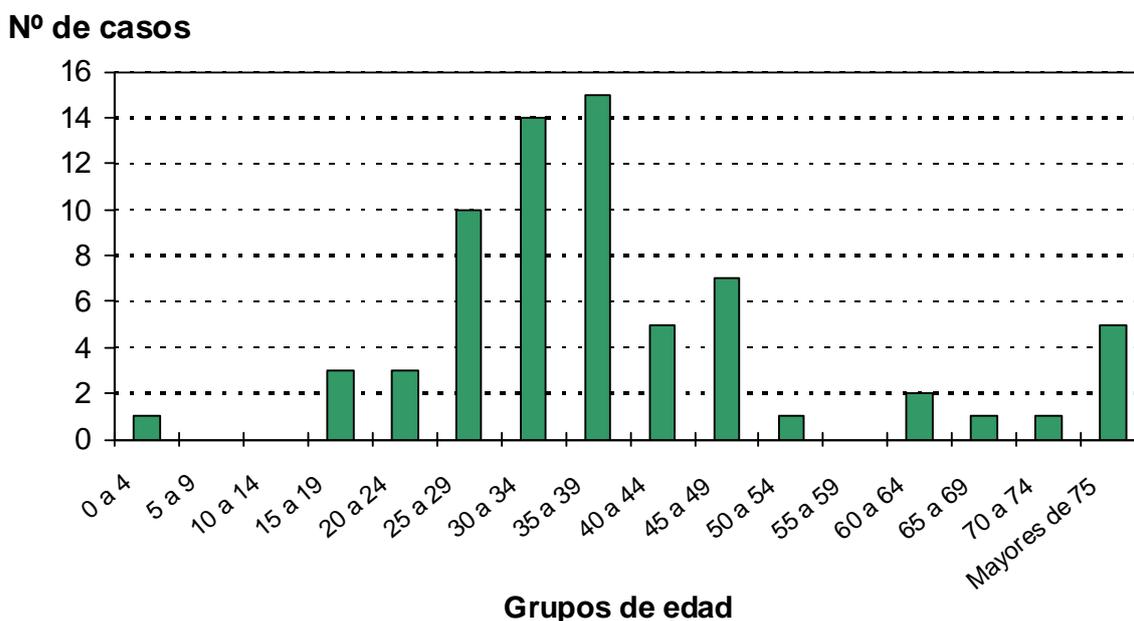
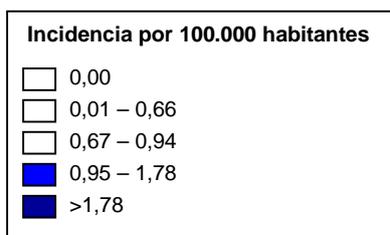
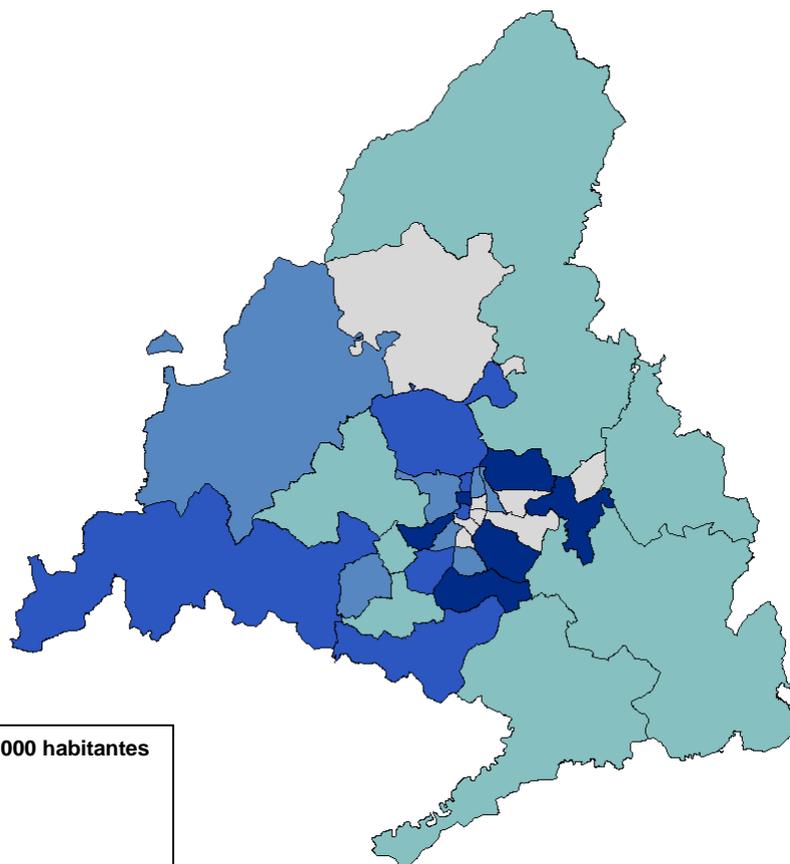
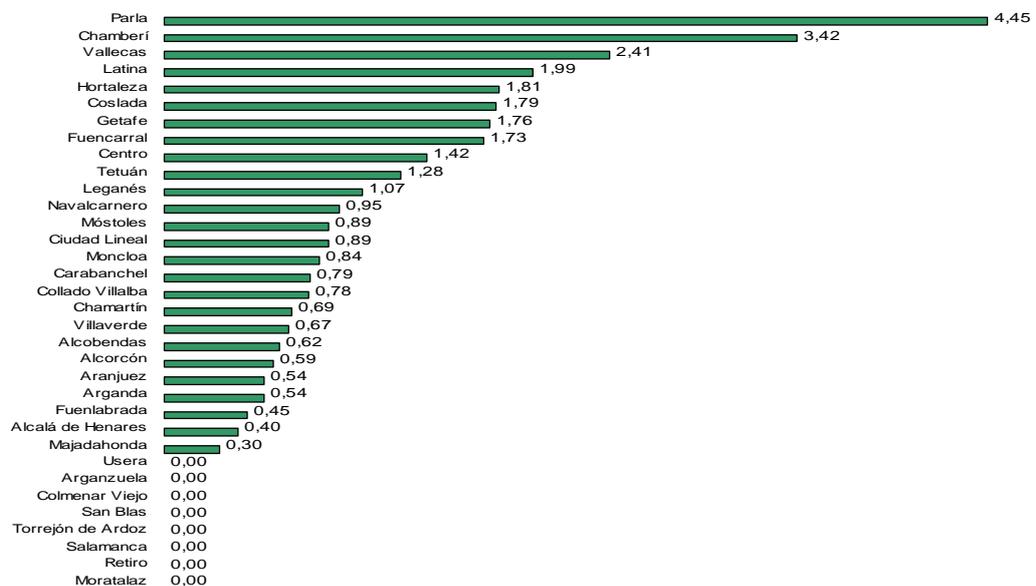


Gráfico 17. Hepatitis B: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2011.



Mapa 10.- Hepatitis B. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.



3.6.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2011 se notificaron 85 casos de otras hepatitis víricas, 13 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,3 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Coslada (7,2 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (3,6 casos por 100.000 habitantes) y Parla (3,5 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 11).

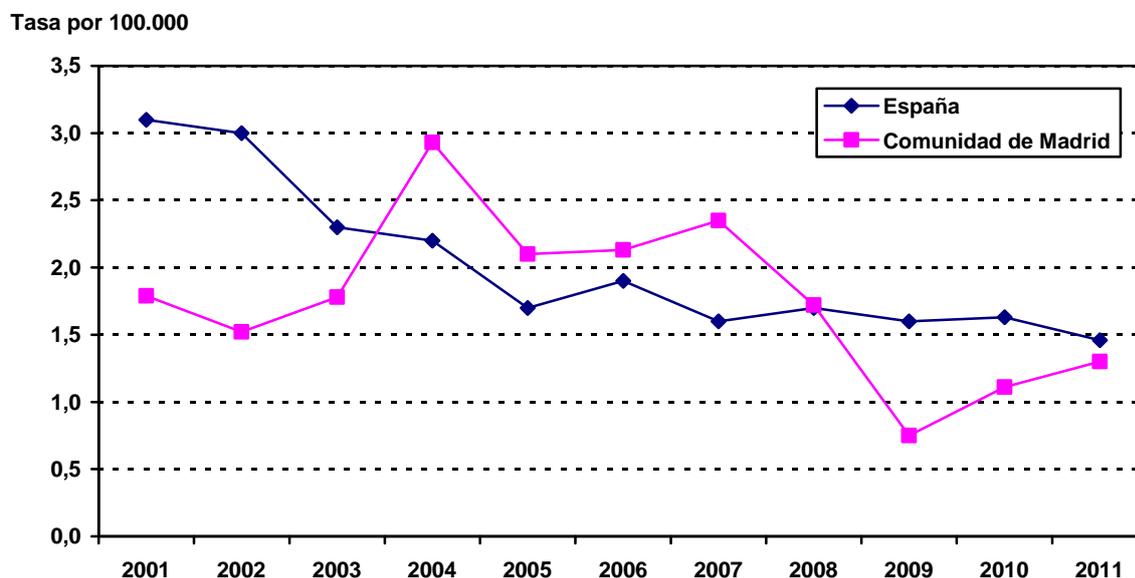
El 54,1% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 15 y 84 años, con una mediana de 49 años (Gráfico 19). El 70,6% eran españoles.

El 37,6% de los casos se clasificaron como sospechosos/probables y el 62,4% como confirmados. En cuanto al tipo de hepatitis, el 74,1 %de los casos se clasificaron como hepatitis C (63 casos, 13 de ellos sospechosos y 50 confirmados) y en el 25,9% restante no se disponía de información sobre el tipo de hepatitis.

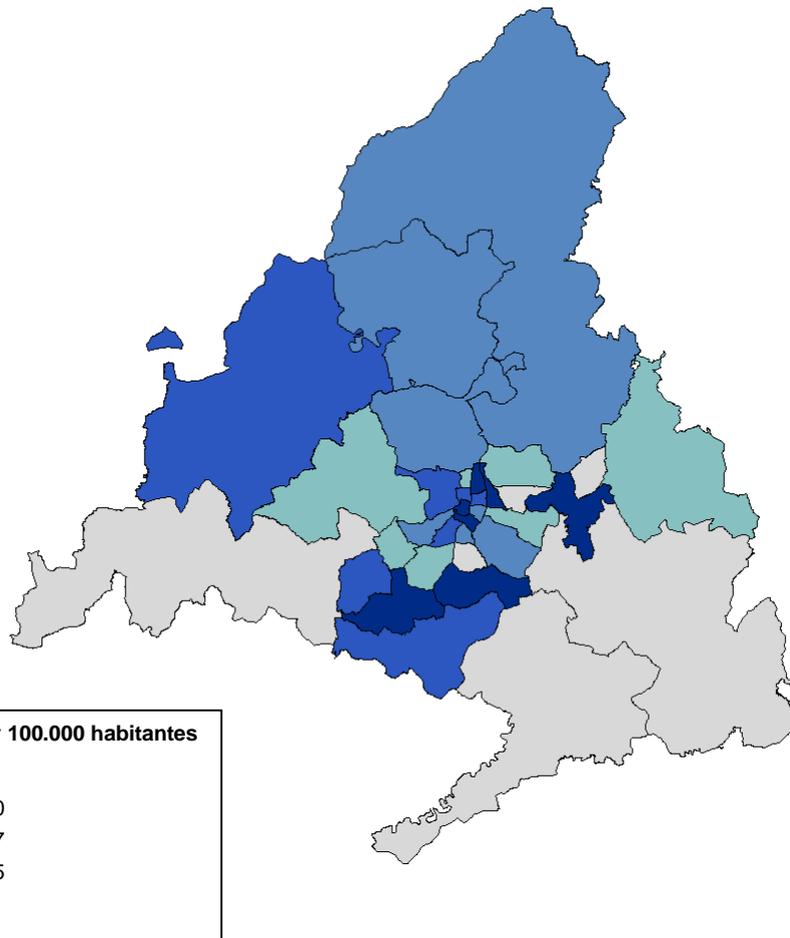
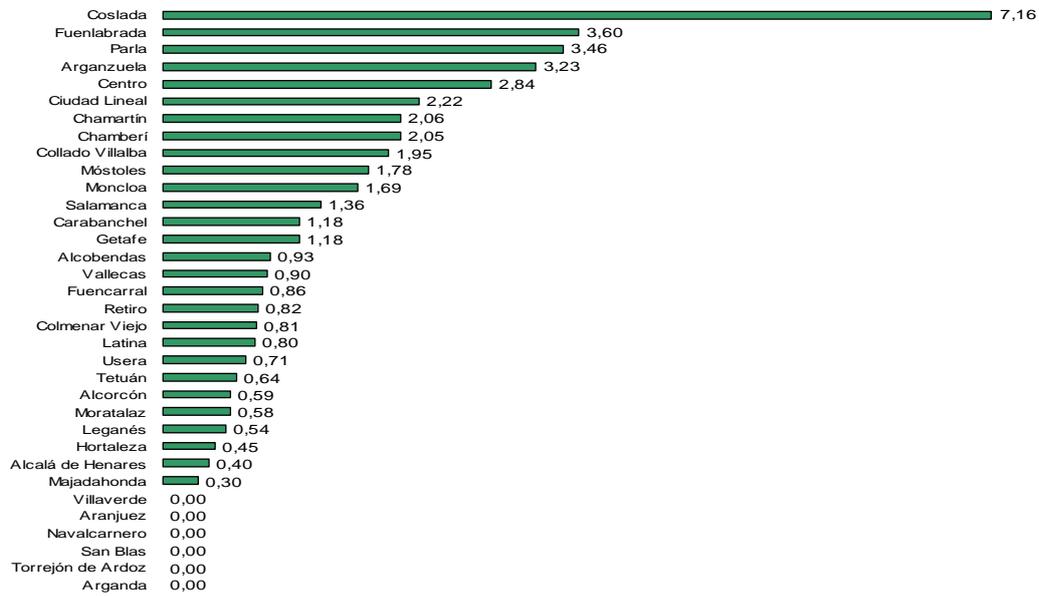
En cuanto a los factores de riesgo asociados a los casos de hepatitis C, dos casos presentaban antecedente de contacto sexual de riesgo y un caso era o había sido consumidor de drogas por vía parenteral.

Se notificó un brote de hepatitis C con dos casos asociados, vinculados a una unidad de hemodiálisis de un centro hospitalario.

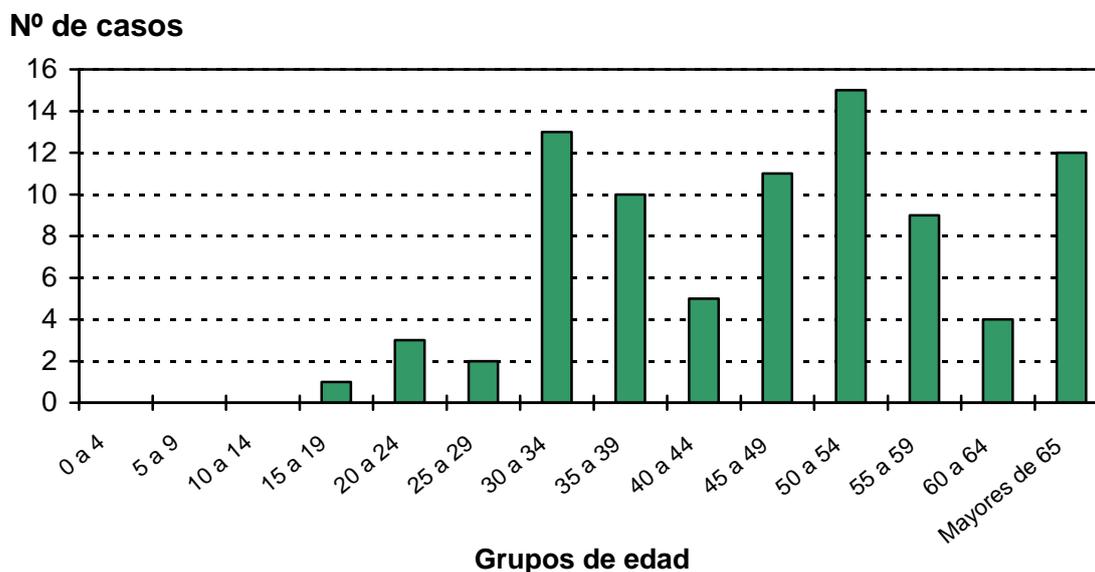
Gráfico 18. Otras hepatitis víricas: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



Mapa 11.- Otras hepatitis víricas. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.



**Gráfico 19. Otras hepatitis víricas: distribución por grupos de edad.
Comunidad de Madrid. Año 2011.**



3.7.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

3.7.1.- Botulismo

Durante el año 2011 se notificó un caso de botulismo alimentario. Se trataba de un hombre de 55 años que presentaba el antecedente de consumo de conserva de cardo de elaboración casera. Se consideró caso confirmado por determinación de toxina botulínica y aislamiento de *C. botulinum* en heces. No se pudo estudiar el alimento sospechoso por no quedar restos del mismo.

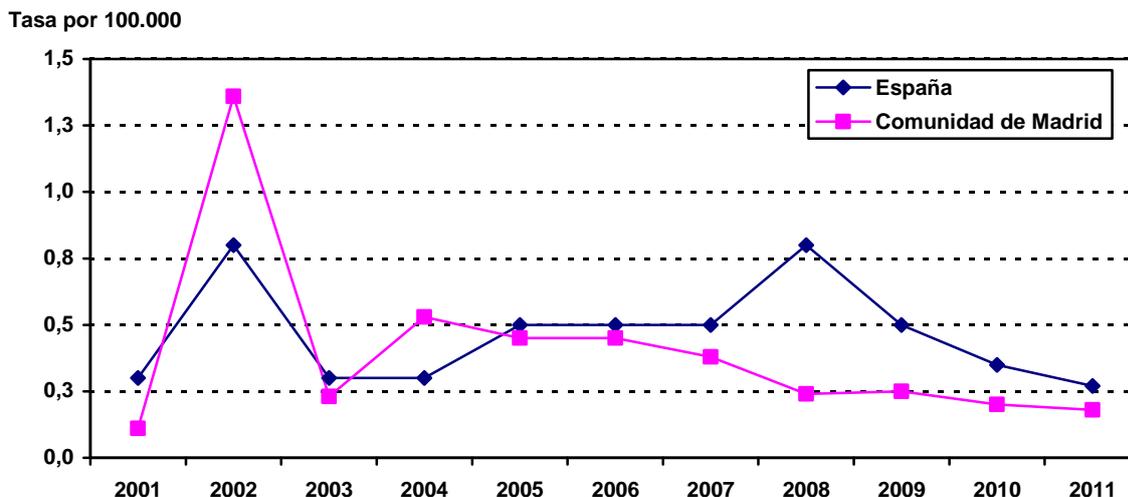
3.7.2.- Disentería

Durante el año 2011 se notificaron 12 casos de disentería, un caso menos que el año anterior, con una tasa de incidencia acumulada de 0,2 casos por 100.000 habitantes.

El 58,3% de los casos se presentaron en hombres. La mediana de la edad fue de 29 años, con un rango que oscilaba entre 1 y 46 años. El 83,3% de los casos eran españoles. Todos los casos se clasificaron como confirmados por aislamiento de *Shigella*. En el 16,7% de los casos constaba el antecedente de viaje fuera de España.

No se notificó ningún brote de disentería en 2011.

Gráfico 20. Disentería: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



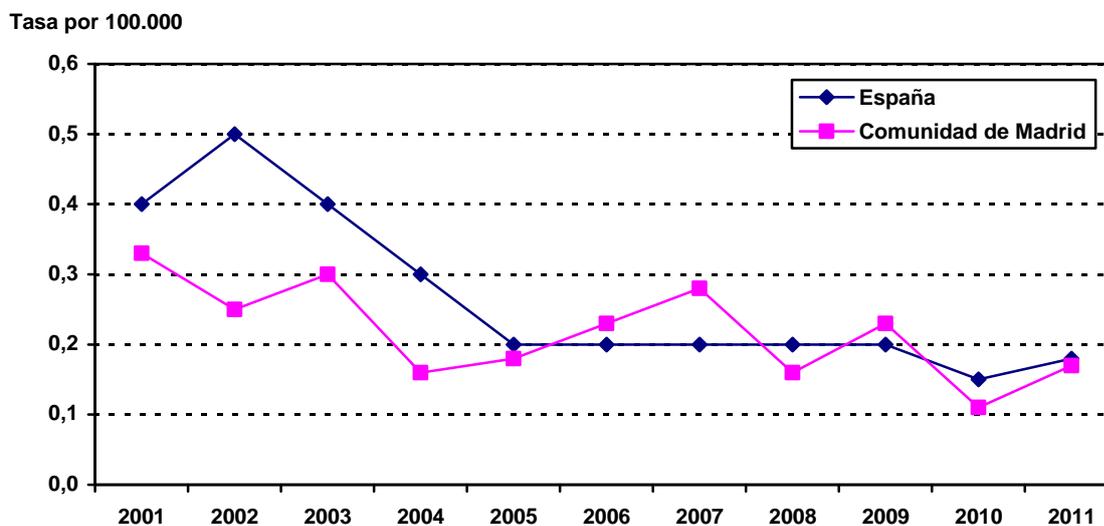
3.7.3.- Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el año 2011 se notificaron 11 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, 4 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,2 casos por 100.000 habitantes.

En cuanto a la distribución por género, se observó un predominio en mujeres (63,6%). La mediana de edad fue de 26 años, con un rango que oscilaba entre 1 y 77 años. Se disponía de información sobre el país de origen en el 90,9% de los casos, de los cuales el 80,0% eran españoles.

El 90,97% de los casos se clasificaron como confirmados, con confirmación microbiológica. En el 36,4% de casos constaba el antecedente de viaje fuera de España. No se notificó ningún brote durante el año 2011.

Gráfico 21. Fiebre tifoidea: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



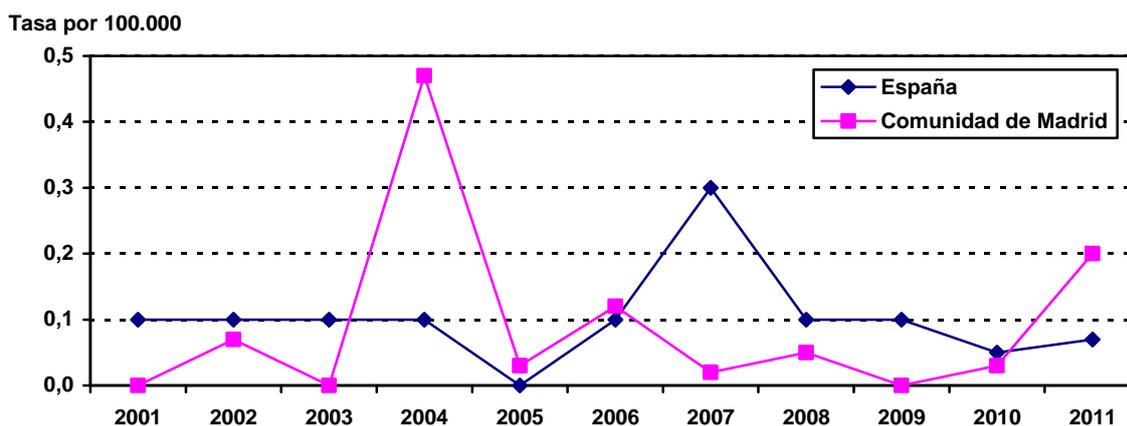
3.7.4.- Triquinosis

En el año 2011 se notificaron 14 casos de triquinosis en la CM, 12 casos más que en 2010, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 0,2 casos por 100.000 habitantes.

Los 14 casos notificados en 2011 se asociaron a un brote por consumo de productos de cerdo procedentes de una matanza doméstica realizada en un municipio de la zona noroeste de la Comunidad. El 64,3% de estos casos eran hombres, la edad mediana fue de 34 años, con un rango que oscilaba entre 16 y 71 años y el 92,9% eran españoles. El 71,4% de los casos se clasificaron como confirmados por serología. El examen del alimento sospechoso resultó positivo.

En 2011 se notificaron otros dos casos de triquinosis en personas residentes en la Comunidad de Madrid asociados a un brote de Castilla-La Mancha. El brote se produjo por consumo de productos de jabalí procedente de una cacería realizada en esa comunidad. Se trataba de una mujer de 51 años y su hijo de 23 años. Ambos se consideraron casos confirmados por serología. El examen del alimento sospechoso resultó positivo.

Gráfico 22. Triquinosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



3.8.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

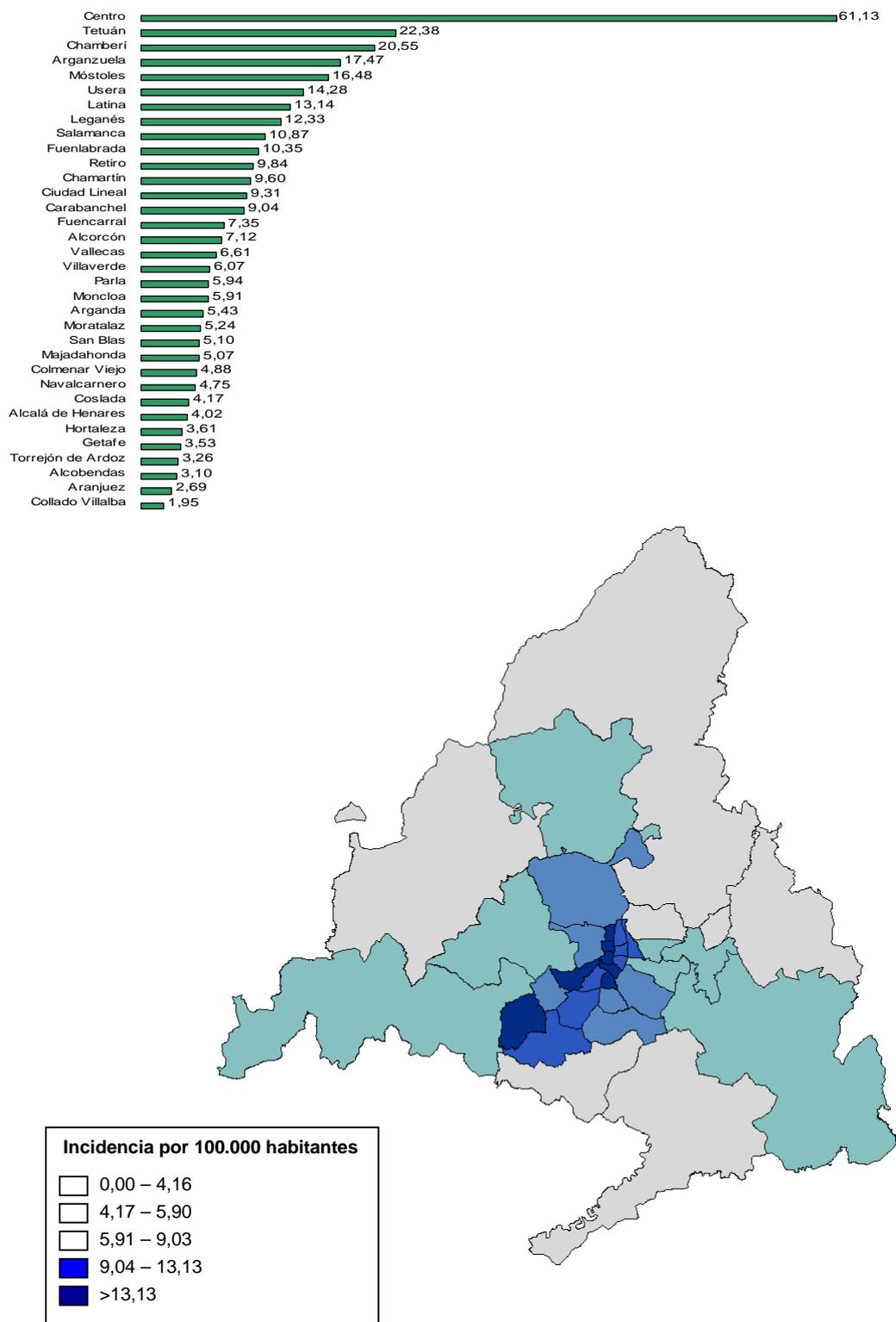
3.8.1.- Infección gonocócica

Durante el año 2011 se notificaron 587 casos de infección gonocócica, 247 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 9,1 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (61,1 casos por 100.000 habitantes), Tetuán (22,4 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (20,6 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 12).

En la distribución por género se observó un claro predominio en varones (88,1%). El 83,0% de los casos eran menores de 40 años, y el rango de edad osciló entre 4 y 66 años (gráfico 24).

En el 99,1% de los casos se conoce el país de origen, entre estos casos el 64,8% son españoles, el 22,0% latinoamericanos, el 6,2% africanos, el 6,2% de otros países europeos y el 0,9% asiáticos.

Mapa 12.- Infección gonocócica. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.



El 73,4% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y el 26,6% como sospechosos/probables.

El 41,6% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 35,6% por otros notificadores y el 22,8% por atención especializada. Hay que destacar la incorporación en 2011 de un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual como notificador a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM: el 34,8% de los casos de infección gonocócica de 2011 fueron notificados por este centro.

Gráfico 23. Infección gonocócica: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

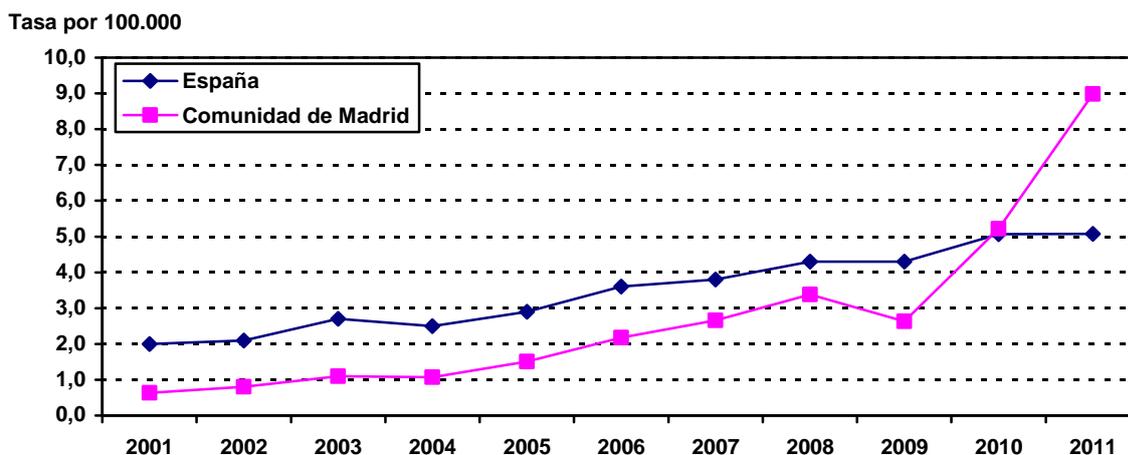
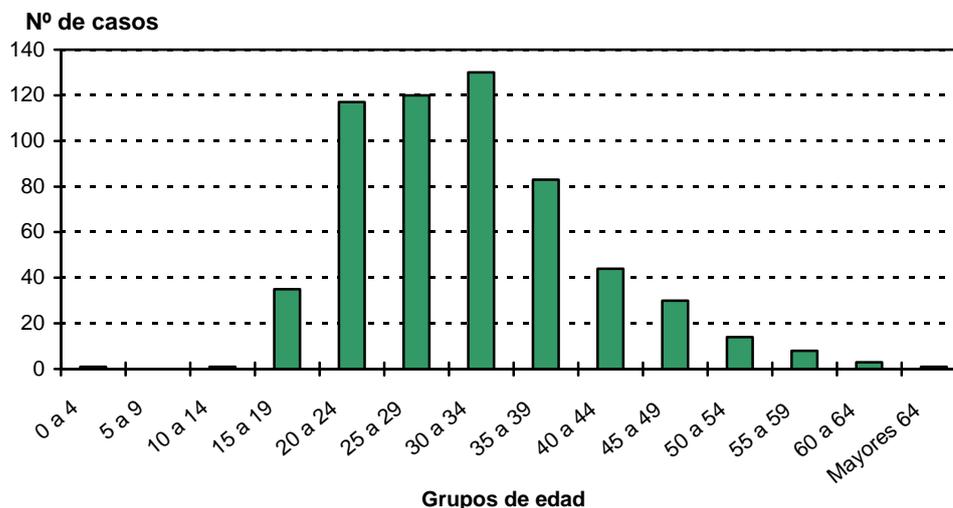


Gráfico 24. Infección gonocócica: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2011.



3.8.2.- Sífilis

En el año 2011 se notificaron 1.002 casos de sífilis, 343 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 15,4. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Centro (119,4 casos por 100.000 habitantes), Leganés (31,1 casos por 100.000 habitantes) y Tetuán (26,9 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 13).

El 82,5% de los casos se observó en varones. El rango de edad varió entre 9 y 91 años, con una edad mediana de 37 años y el 59,2% de los casos se presentó en personas de menos de 40 años (gráfico 26).

Se dispone de información sobre el país de origen en el 99,8% de los casos, de los cuales el 51,5% eran españoles, el 32,8% latinoamericanos, el 9,0% de otros países europeos, el 5,2% africanos, el 1,3% asiáticos y el 0,2% norteamericanos.

El 12,9% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico, y el 87,1% se clasificaron como sospechosos/probables.

El 51,7% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 31,3% por otros notificadores y el 17,0% por atención especializada. El 30,1% de los casos de sífilis de 2011 fueron notificados por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual.

Gráfico 25. Sífilis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

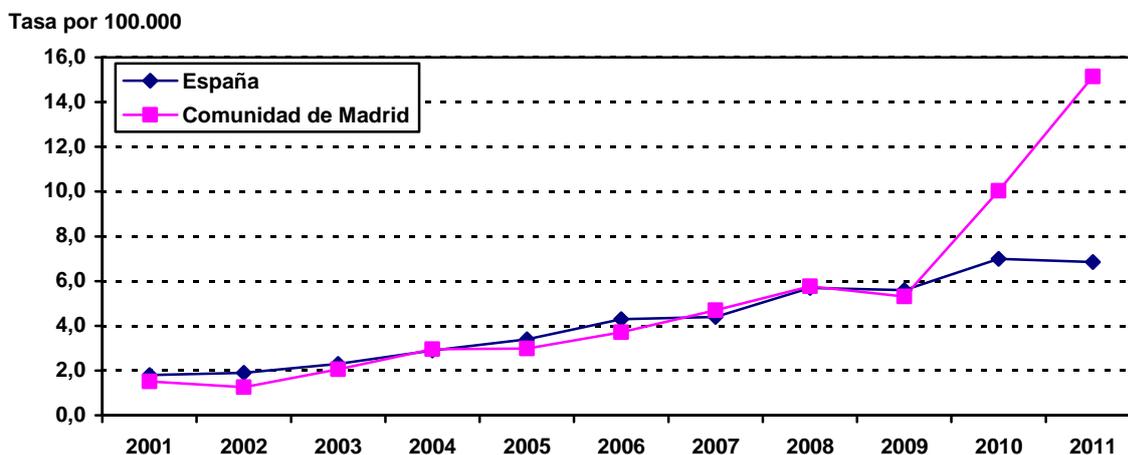
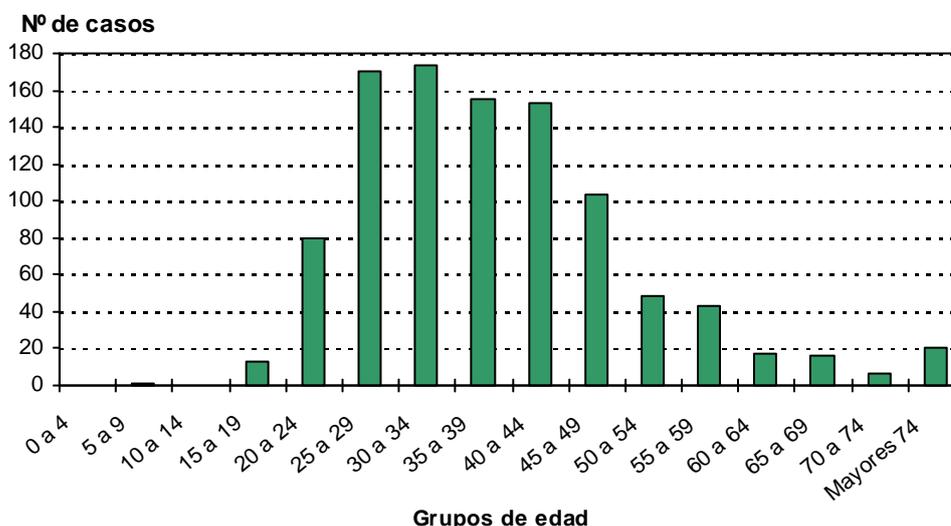
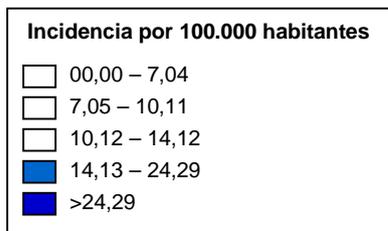
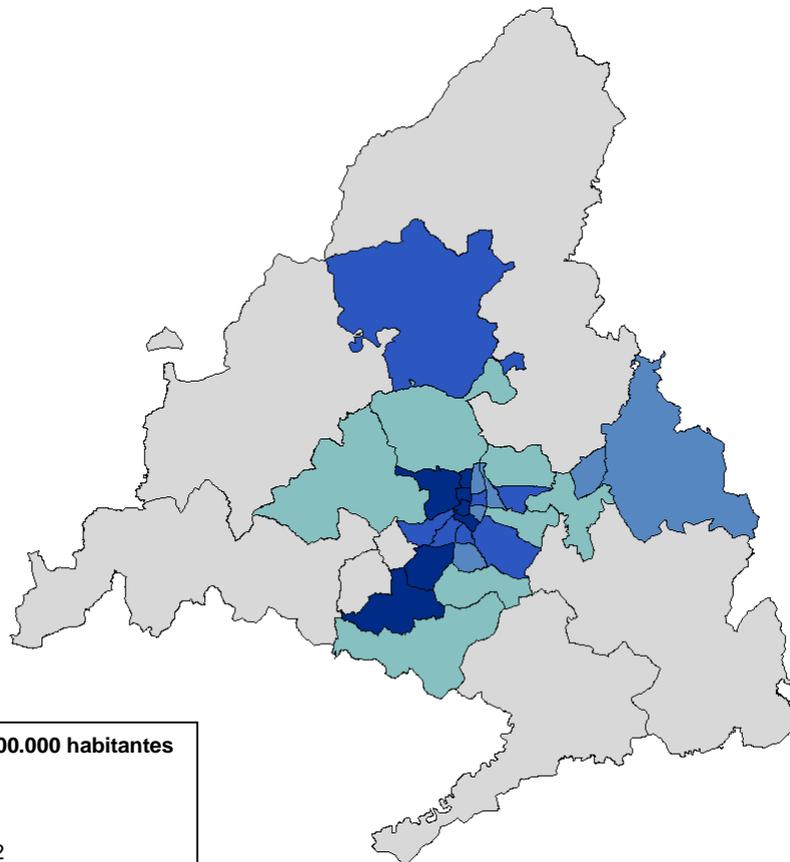
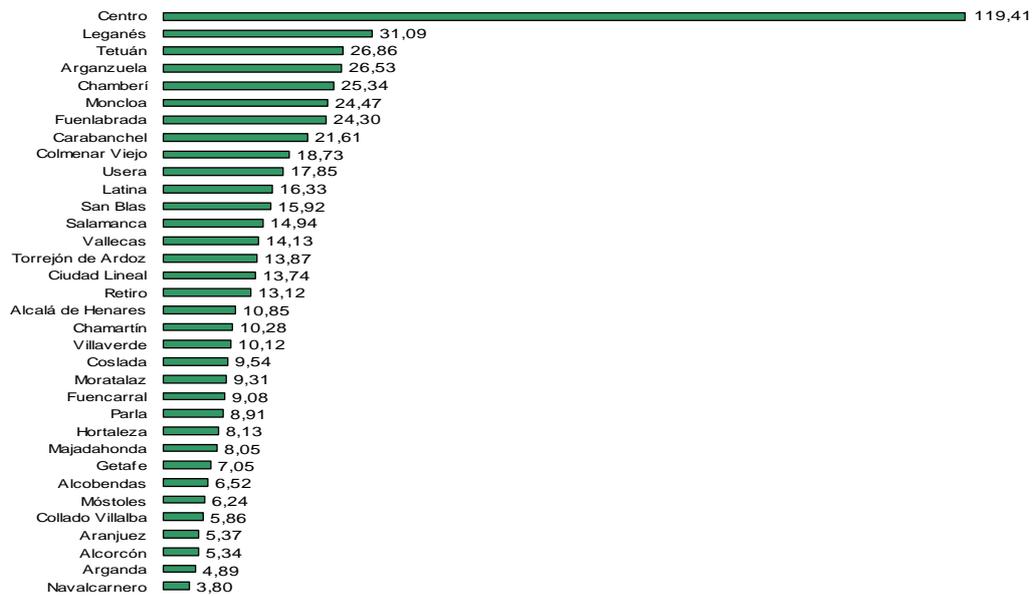


Gráfico 26. Sífilis: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2011.



**Mapa 13.- Sífilis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.**



3.9.- ANTROPOZOONOSIS

3.9.1.- Brucelosis

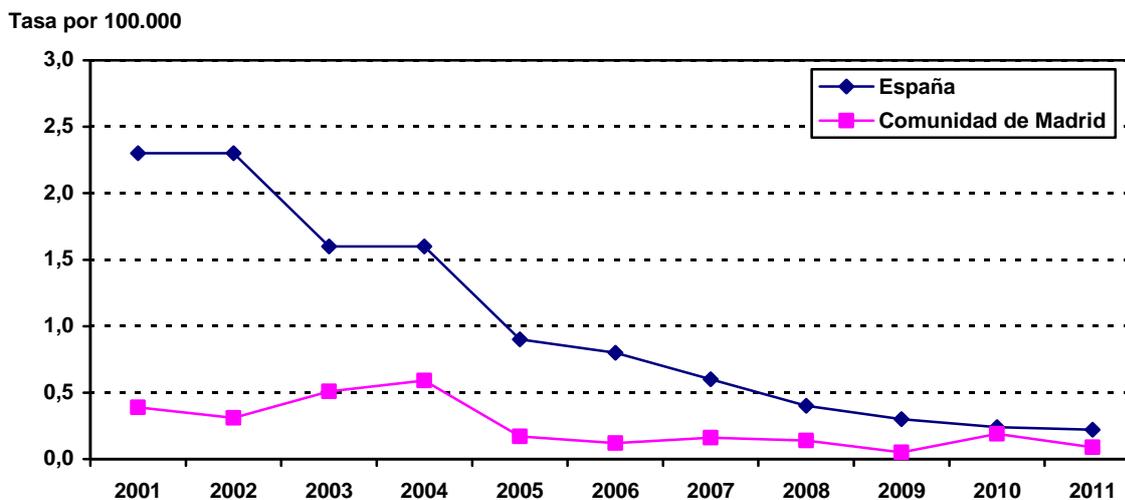
En el año 2011 se notificaron 6 casos de brucelosis, 6 casos menos que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,1 casos por 100.000 habitantes.

El 50,0% de los casos se produjo en varones, y el rango de edad osciló entre 32 y 59 años, con una mediana de 40 años. El 66,7 % de los casos eran españoles y el 33,3% latinoamericanos.

El 50,0% de los casos se clasificaron como confirmados y el 50,0% restante como sospechosos/probables. En el 83,3% de casos se realizó diagnóstico serológico, y en el 50,0% se hizo diagnóstico microbiológico mediante aislamiento de *Brucella*.

Dos casos (33,3%) presentaban el antecedente de contacto habitual con ganado, estaban asociados a un brote de origen profesional relacionado con una industria cárnica y ambos casos se consideraron casos sospechosos/probables. En 3 casos constaba el antecedente de consumo de queso fresco y en un caso no se pudo establecer el posible origen del contagio.

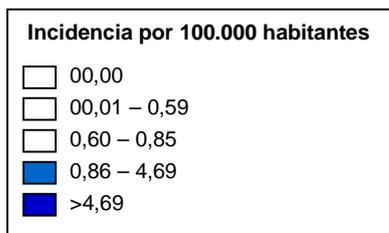
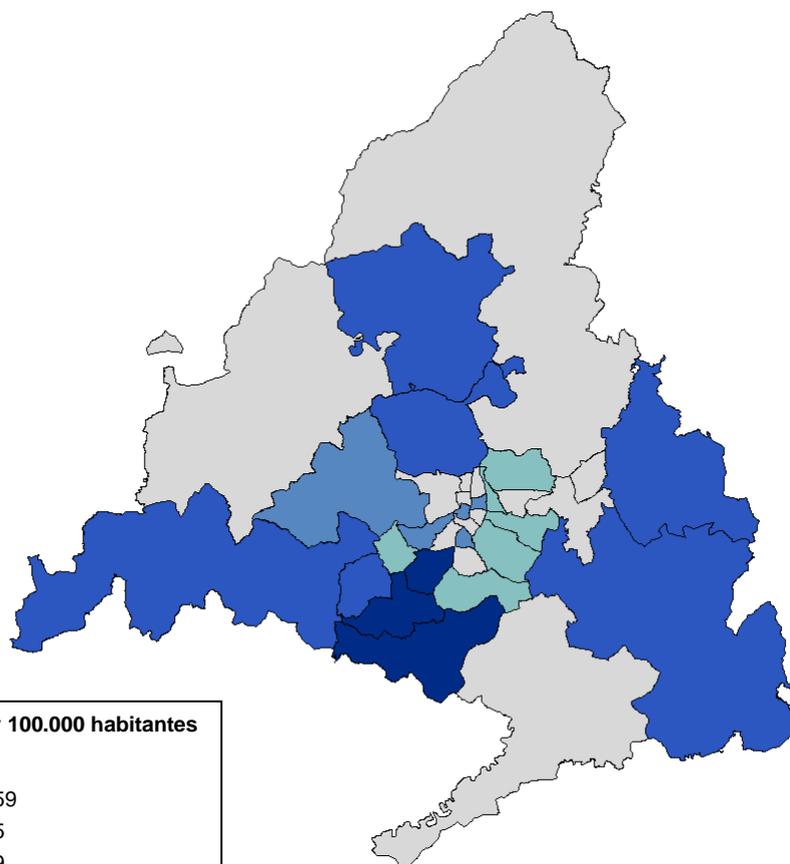
Gráfico 27. Brucelosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



3.9.2.- Leishmaniasis

Durante el año 2011 se notificaron 225 casos de leishmaniasis, 120 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 3,5 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Fuenlabrada (76,1 casos por 100.000 habitantes), Leganés (11,8 casos por 100.000 habitantes) y Getafe (4,7 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 14). En el gráfico 28 se muestra la evolución de la leishmaniasis en la CM en el periodo 2001-2011 (no se incluyen datos del total de España ya que esta enfermedad no se vigila a nivel nacional).

Mapa 14.- Leishmaniasis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.



El 60,4% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 2 meses y 95 años, con una mediana de 47 años. El 17,8% estaban en edad pediátrica, siendo el 7,6% menores de 2 años. El 87,6% de los casos eran españoles, el 6,2% eran originarios de África Subsahariana y el 5,3% de otras procedencias.

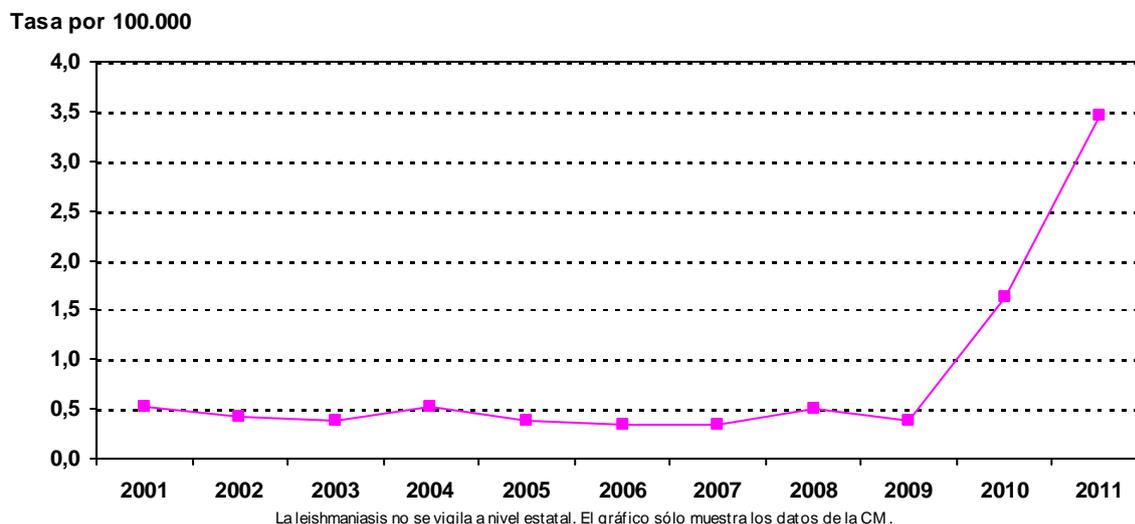
El 59,1% de los casos tuvieron leishmaniasis cutánea y el 40,9% leishmaniasis visceral. En el 34,2% fue preciso el ingreso hospitalario.

Se clasificaron como confirmados el 94,7%, 4,9% como probables y 0,4% como sospechosos. En el 90,2% de los casos el diagnóstico se realizó gracias a la demostración de la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, en el 13,8% mediante cultivo y en el 22,7% mediante serología.

El 16,9% de los casos presentaron algún factor de riesgo intrínseco. Los principales factores de riesgo encontrados fueron estar en tratamiento inmunosupresor (10,2%), la presencia de enfermedad inmunosupresora (7,6%), alcoholismo (2,2%), haber sido consumidor de drogas por vía parenteral (2,2%), haber recibido una transfusión (1,8%) y haber sufrido un trasplante (1,3%).

En la investigación del entorno de los casos se encontraron los siguientes factores de riesgo: presencia de perros en 59 casos (26,2%), perros enfermos en 10 casos (4,4%), hábitats de mosquitos en 45 casos (20,0%), explotaciones ganaderas en 7 casos (3,1%) y escombreras en 7 casos (3,1%).

Gráfico 28. Leishmaniasis: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2001-2011.



En 2011 continuó abierto el brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la CM. De los 225 casos notificados en 2011, 199 (88,4%) se consideraron asociados a este brote. Desde el inicio del brote comunitario, en julio de 2009, hasta diciembre de 2011, se han notificado un total de 274 casos asociados al brote: 6 casos (2,2%) con inicio de síntomas en 2009, 97 casos (35,4%) en 2010 y 171 casos (62,4%) en 2011. Los casos residían en cuatro municipios colindantes de la zona suroeste de la CM: 232 casos en Fuenlabrada (84,7%), 28 casos en Leganés (10,2%), 10 casos en Getafe (3,6%) y 4 casos en Humanes de Madrid (1,5%).

El 58,0% eran hombres, la mediana de la edad era de 47 años, con un rango que oscilaba entre 2 meses y 95 años, y el 85,8% de los casos eran españoles.

El 35,0% de los casos presentaron una leishmaniasis visceral y el 65,0% una leishmaniasis cutánea. El 29,9% precisaron ingreso hospitalario.

El 94,5% de los casos se clasificaron confirmados, el 4,7% probables y el 0,7% sospechosos. En el 91,6% el diagnóstico se realizó mediante biopsia/aspirado, en el 10,2% mediante cultivo y en el 18,6% por serología.

En el 14,6% de los casos existía algún factor de riesgo intrínseco: 7,7% seguían un tratamiento inmunosupresor, 6,9% padecían enfermedad inmunosupresora, 3,6% padecían alcoholismo, 2,2% habían recibido transfusión, 2,2% eran exusuarios de drogas por vía parenteral y 1,1% habían sido transplantados.

En la investigación del entorno de los casos se encontró la presencia de perros en el 31,4% de casos, de perros enfermos en el 5,5% (que posteriormente se comprobó que no padecían leishmaniasis), hábitats de mosquitos en el 21,5%, de explotaciones ganaderas en el 4,0% y de escombreras en el 4,0%.

La investigación epidemiológica y ambiental del brote comunitario en la zona suroeste continúa abierta tras finalizar el año 2011.

En el informe de “Brote comunitario de leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid, 2009-2012” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Diciembre 2011. Volumen 17. N° 12) se presentó un análisis más detallado de esta enfermedad y están previstas nuevas actualizaciones en dicho Boletín.

3.10.- ENFERMEDADES PREVENIBLES MEDIANTE INMUNIZACIÓN

3.10.1.-Parotiditis

En el año 2011 se notificaron 734 casos de parotiditis, 22 casos más que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 11,3 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Arganda (34,2 casos por 100.000 habitantes), Majadahonda (21,5 casos por 100.000 habitantes) y Moncloa (16,9 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 15).

El 55,7% de los casos se produjeron en varones. El rango de edad osciló entre 7 meses y 88 años, con una mediana de 20 años; el 41,3 % se registró en menores de 15 años, el 33,1% en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, y el 25,6% en mayores de 29 años (gráfico 31). Se dispone de información sobre el país de origen en el 99,5% de los casos, de los cuales el 87,4% eran españoles, el 6,5% latinoamericanos, el 6,1% de otros países.

En cuanto al tipo de diagnóstico en el 3,3% se realizó con pruebas microbiológicas, en el 13,1 % con pruebas serológicas, en el 3,1% constaba la existencia de un vínculo epidemiológico y en el resto de los casos sólo existía sospecha clínica. El 9,5% de los casos se clasificaron como confirmados, el 7,6 % como probables y el 82,9% restantes como sospechosos.

La vacunación con triple vírica se introdujo en el calendario vacunal español en 1981, aunque no se alcanzaron altas coberturas vacunales hasta 1984-85, por lo que se puede considerar que los menores de 28 años en 2011 deberían estar vacunados. En el gráfico 32 se muestra el estado vacunal de los 502 casos menores de 28 años: en el 35,1% se desconocía el estado vacunal, el 2,8% no estaba vacunado y el 62,1% restante estaba vacunado (el 88,1% de ellos había recibido al menos una dosis de vacuna y en los demás se desconocía el número de dosis recibidas).

Se notificaron 5 brotes de parotiditis en 2011: un brote de ámbito comunitario con un total de 32 casos, 2 brotes en el entorno familiar con 4 casos, un brote en el ámbito laboral con 3 casos y un brote en el ámbito escolar con 2 casos.

Gráfico 29. Parotiditis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

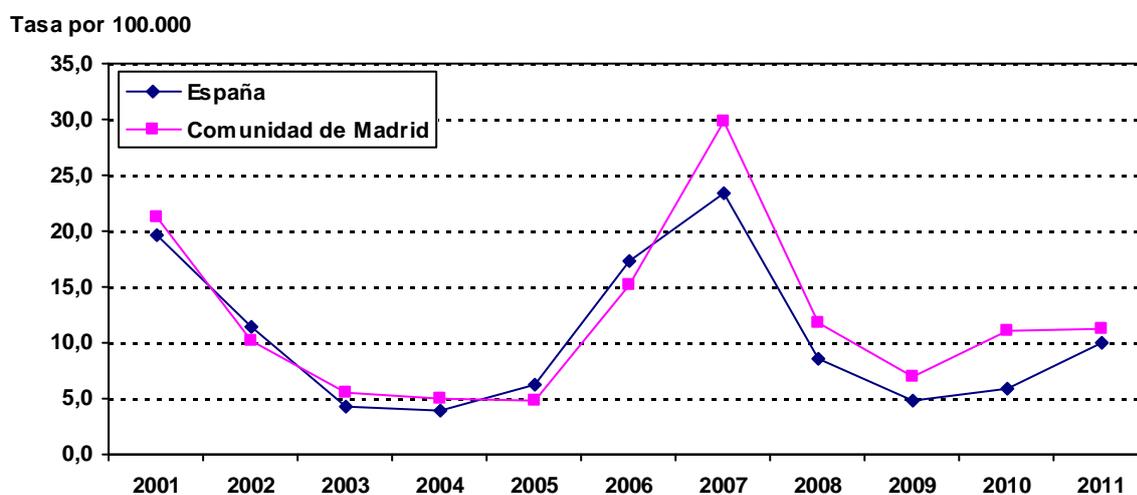
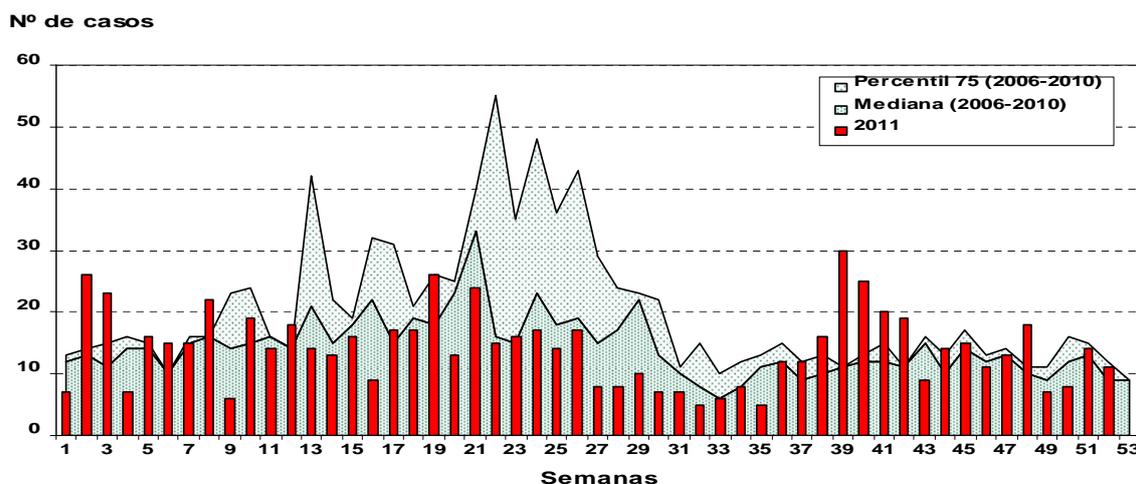


Gráfico 30. Parotiditis: canal epidémico. Comunidad de Madrid. 2006-2011.



Mapa 15.- Parotiditis. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.

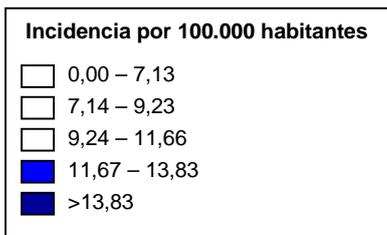
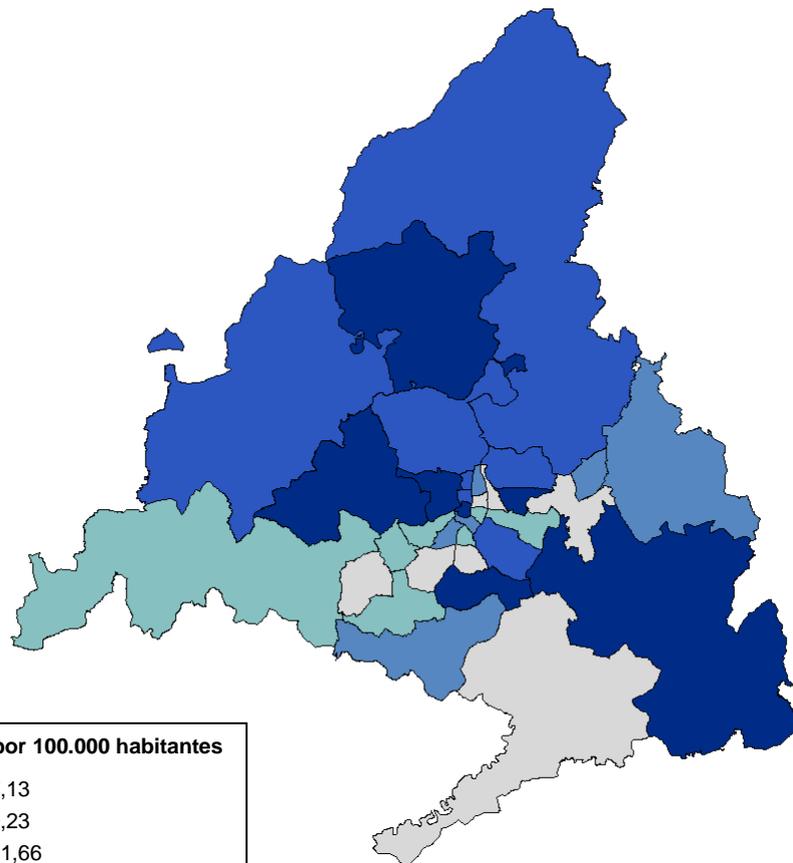
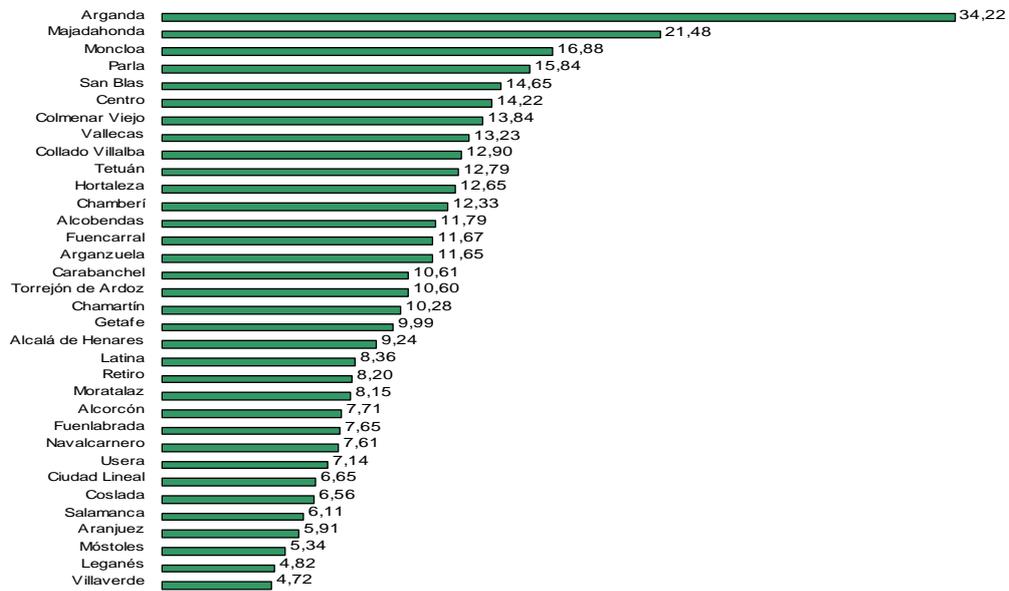


Gráfico 31. Parotiditis: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2011.

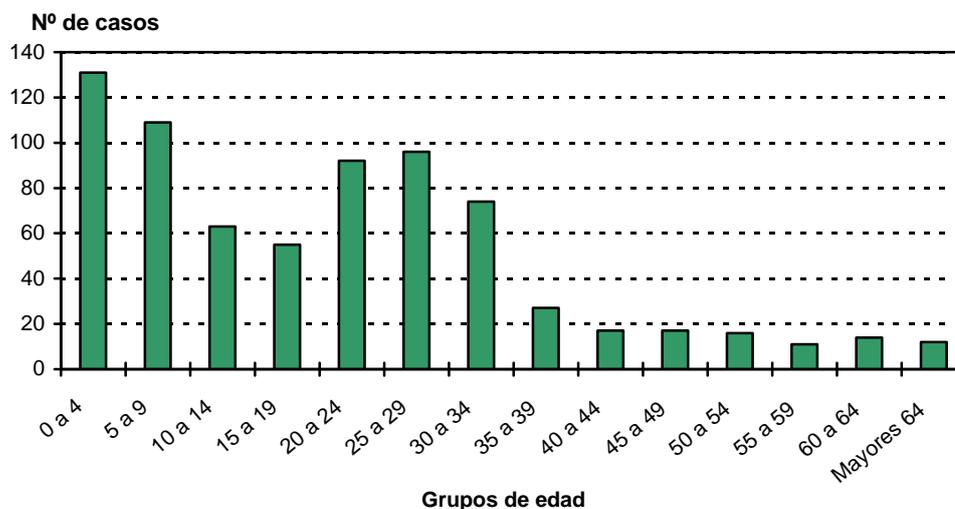
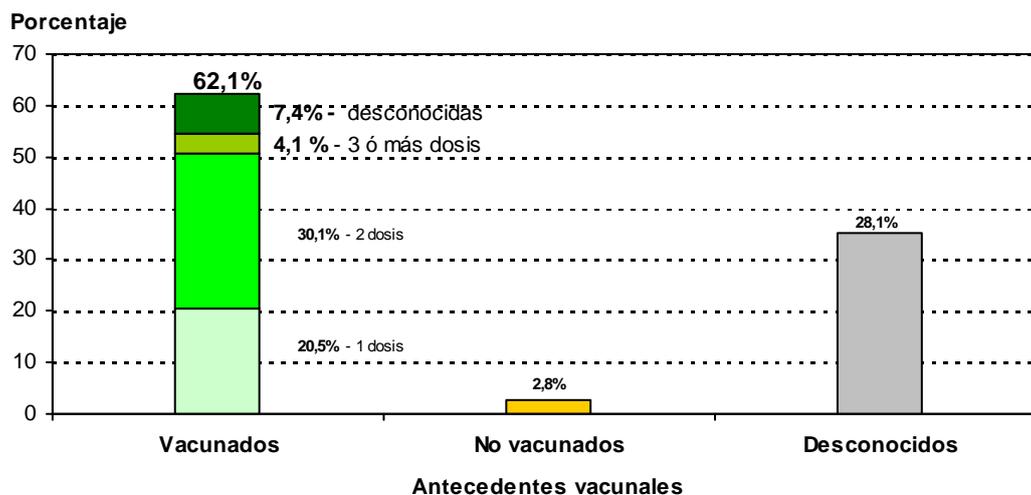


Gráfico 32. Parotiditis: distribución de los antecedentes vacunales en menores de 28 años. Comunidad de Madrid. Año 2011.



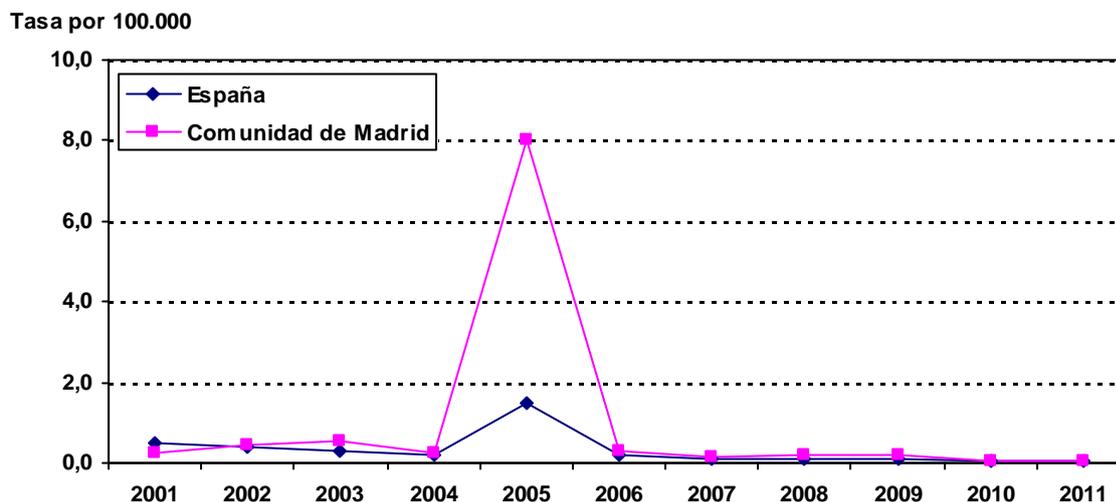
3.10.2.- Rubéola

En el año 2011 se notificaron 4 casos de rubéola en la CM, 1 caso más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,1 casos por 100.000 habitantes.

Todos los casos notificados se clasificaron como casos confirmados autóctonos. Dos de ellos eran nacidos en España, se trataba de dos varones de 20 y 21 años en los que no se pudo constatar la vacunación. Los otros dos casos eran una mujer china de 26 años y un hombre rumano de 21 años, ambos sin vacunar.

En el informe “Sarampión, rubéola y síndrome de la rubéola congénita. Informe de vigilancia epidemiológica. Comunidad de Madrid. Años 2011-2012” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, pendiente de publicar, se expone una información más amplia sobre esta enfermedad.

Gráfico 33. Rubéola: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



3.10.3.- Sarampión

En el año 2011 se notificaron 601 casos de sarampión considerados autóctonos de la CM (9,3 casos por 100.000 habitantes), frente a los 29 casos notificados en 2010. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Vallecas (52,3 casos por 100.000 habitantes), Carabanchel (29,5 casos por 100.000 habitantes) y Usera (25,0 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 16).

El 51,7% de los casos eran hombres. El 23,6% eran menores de 15 meses. El 20,8% precisaron ingreso hospitalario.

En cuanto a la clasificación, el 87,9% se consideraron confirmados (81,4% confirmados por laboratorio y 6,5% confirmados por vínculo epidemiológico) y el 12,1% quedaron como compatibles.

Se notificaron dos brotes de ámbito familiar con 4 casos asociados y un brote con 3 casos en centro sanitario. El resto de los casos se consideraron asociados a un brote de ámbito comunitario debido a la circulación de un virus del genotipo D4 que comenzó en 2011 y continuó abierto hasta julio de 2012.

En el informe “Sarampión, rubéola y síndrome de la rubéola congénita. Informe de vigilancia epidemiológica. Comunidad de Madrid. Años 2011-2012” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, pendiente de publicar, se expone una información más amplia sobre esta enfermedad.

Mapa 16.- Sarampión. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.

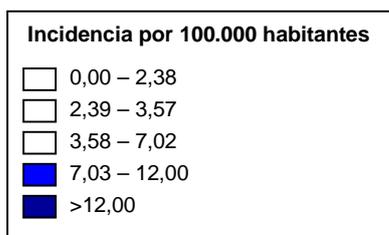
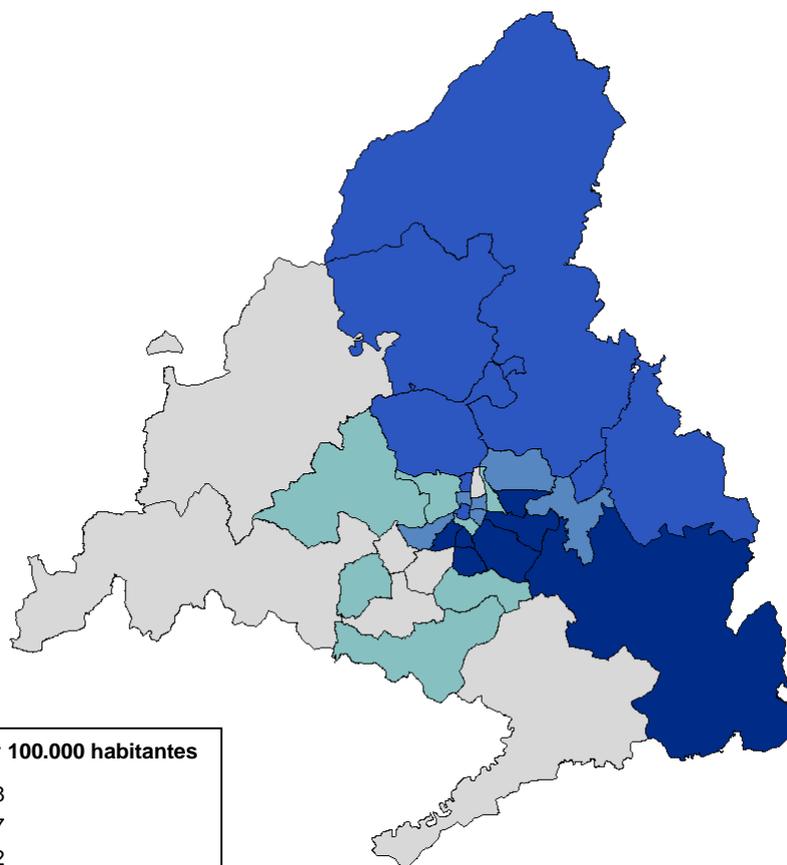
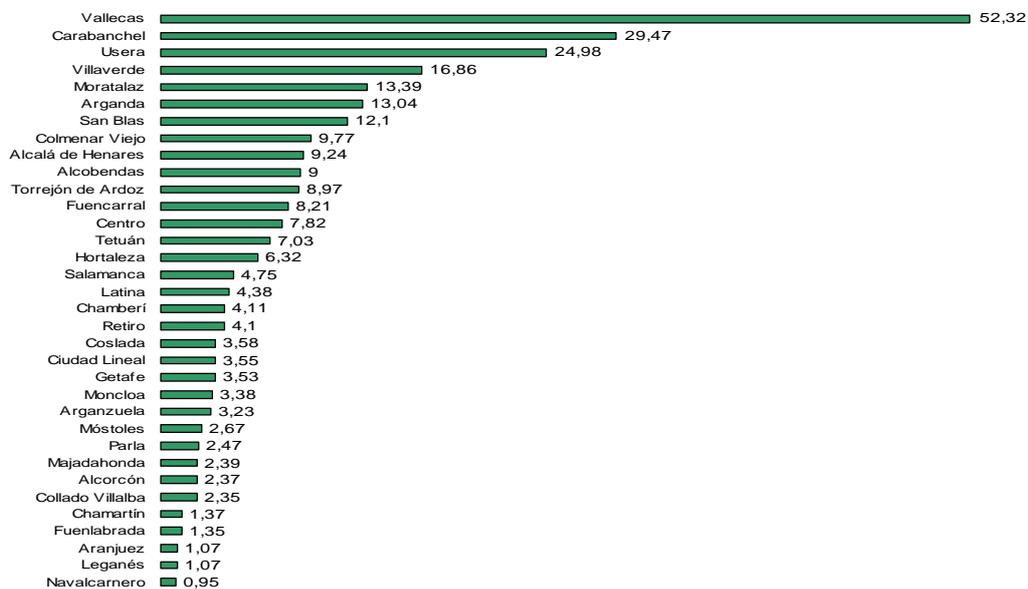
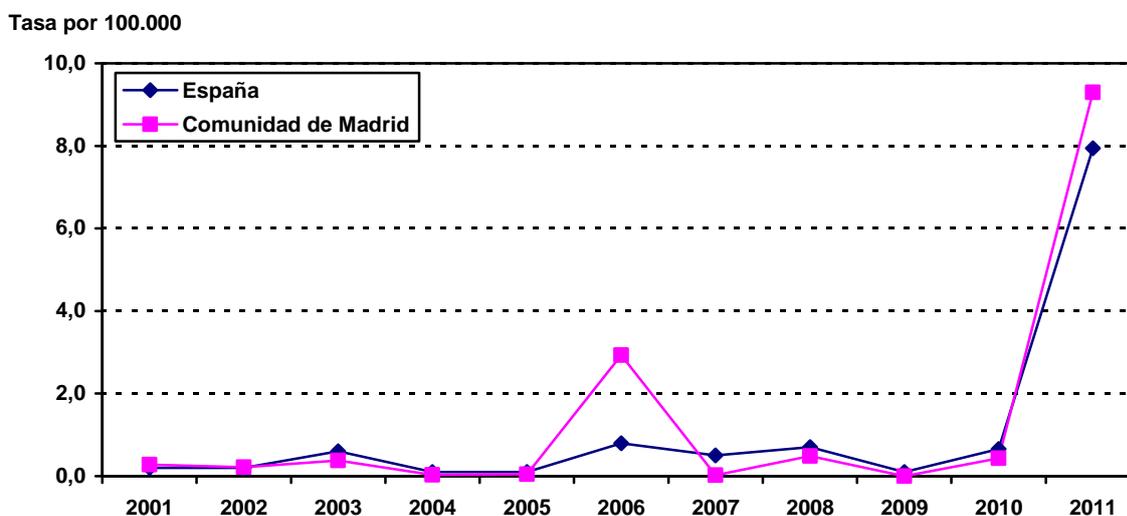


Gráfico 34. Sarampión: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



3.10.4.- Tos ferina

En el año 2011 se notificaron 410 casos de tos ferina en la CM, 5 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 6,3 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Getafe (22,9 casos por 100.000 habitantes), Usera (11,4 casos por 100.000 habitantes) y Torrejón de Ardoz (11,4 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 17).

El 56,1% de los casos se presentaron en mujeres. La mediana de la edad fue de 3 años, con un rango que osciló entre 0 meses y 73 años, observándose el 39,0% en menores de 6 meses, el 15,1% entre 6 meses y 4 años, el 18,8% entre 5 y 9 años, el 13,4% entre 10 y 14 años y el 13,7% en mayores de 15 años (gráfico 37). Se dispone de información sobre el país de origen en el 99,8% de los casos, de los cuales el 95,6% eran españoles, el 3,2% latinoamericanos y el 1,1 % de otros países de Europa y África.

El 56,6% de los casos se clasificaron como confirmados, el 4,1% como probables y el 39,3% restantes como sospechosos. Se realizó diagnóstico serológico en el 11,2% y diagnóstico microbiológico en el 44,9%.

El estado vacunal era desconocido en el 23,7% de los casos, el 26,3% no estaban vacunados y el 50,0% sí lo estaban (entre los ya vacunados, el 82,9% de los casos vacunados había recibido al menos una dosis de vacuna y en el resto de ellos se desconocía el número de dosis recibidas) (gráfico 38).

Durante el año 2011 se notificaron 10 brotes de tos ferina en la CM, con un total de 27 afectados, dos de los cuales precisaron ingreso hospitalario. Se produjeron ocho brotes en el entorno familiar con un total de 20 casos asociados, un brote en un centro escolar con 5 casos asociados y un brote en el ámbito laboral con dos casos asociados.

Mapa 17.- Tos ferina. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2011.

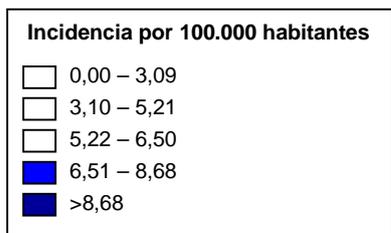
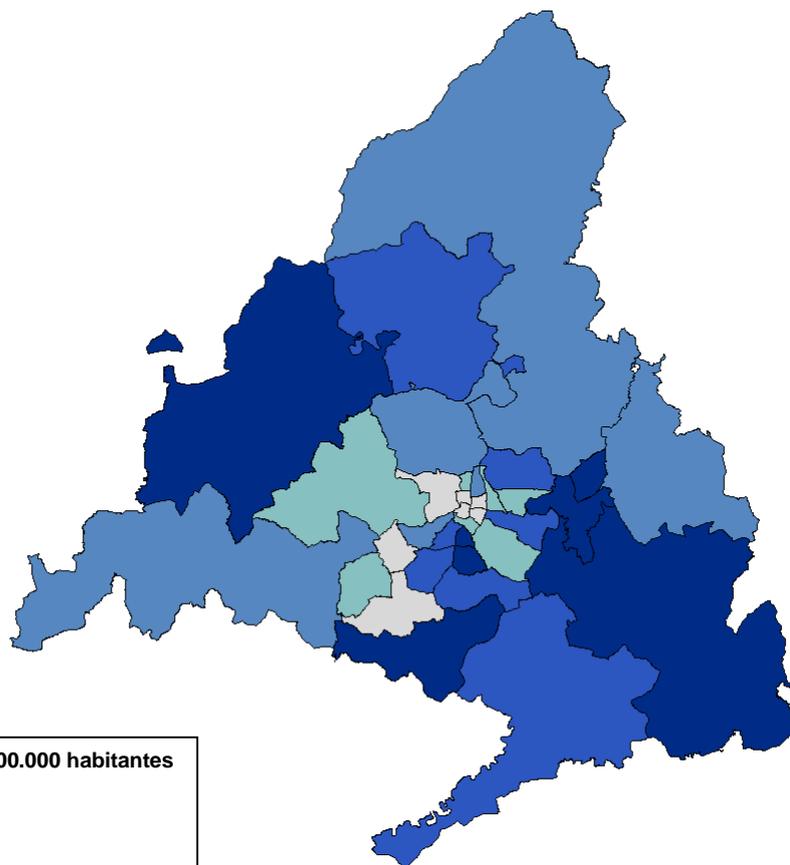
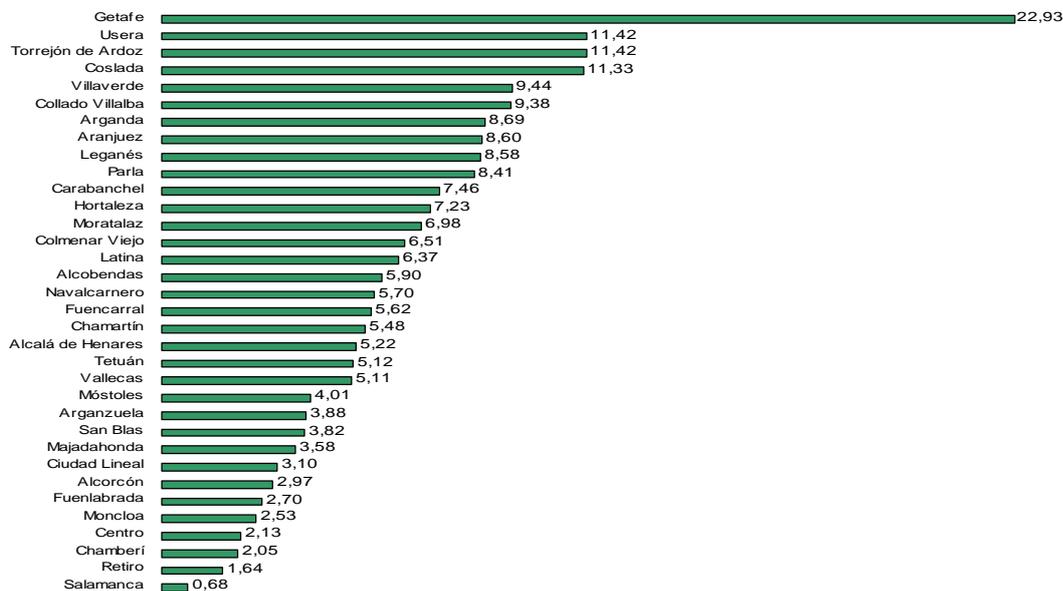


Gráfico 35. Tos ferina: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

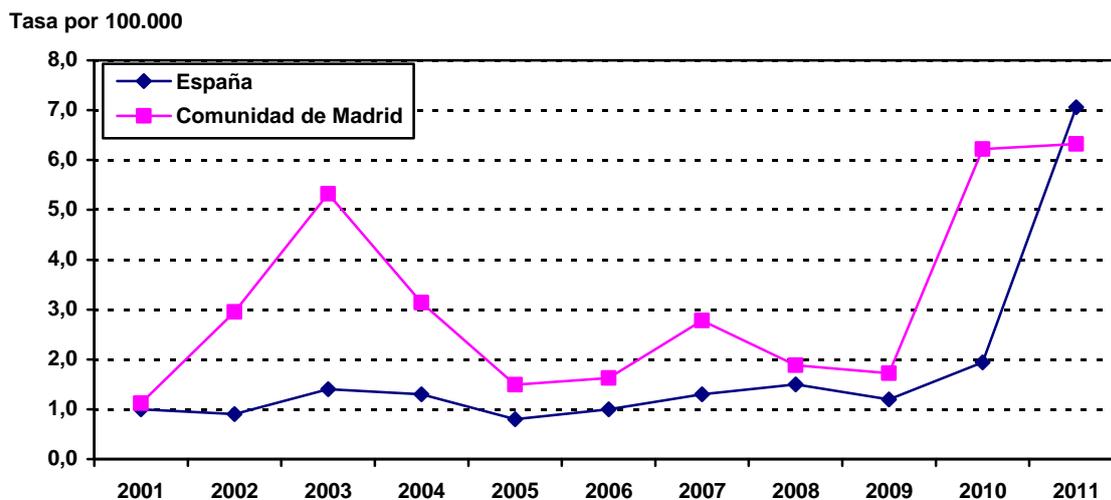


Gráfico 36. Tos ferina: canal epidémico. Comunidad de Madrid. 2006-2011.

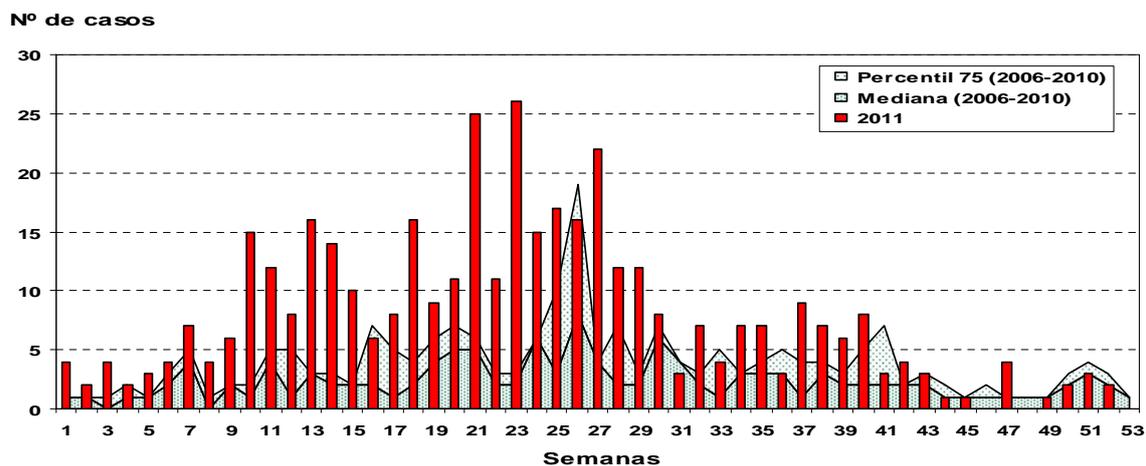


Gráfico 37. Tos ferina: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2011.

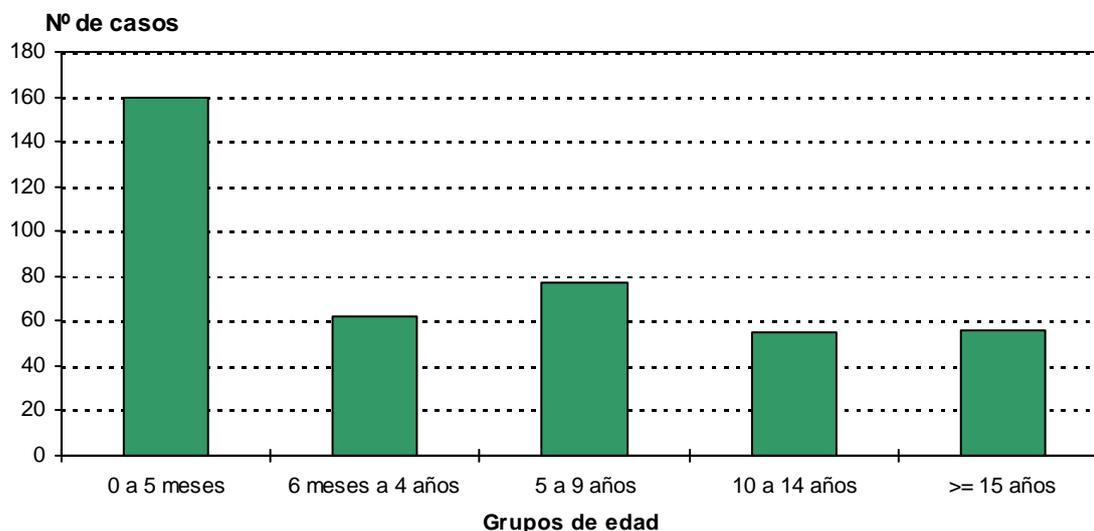
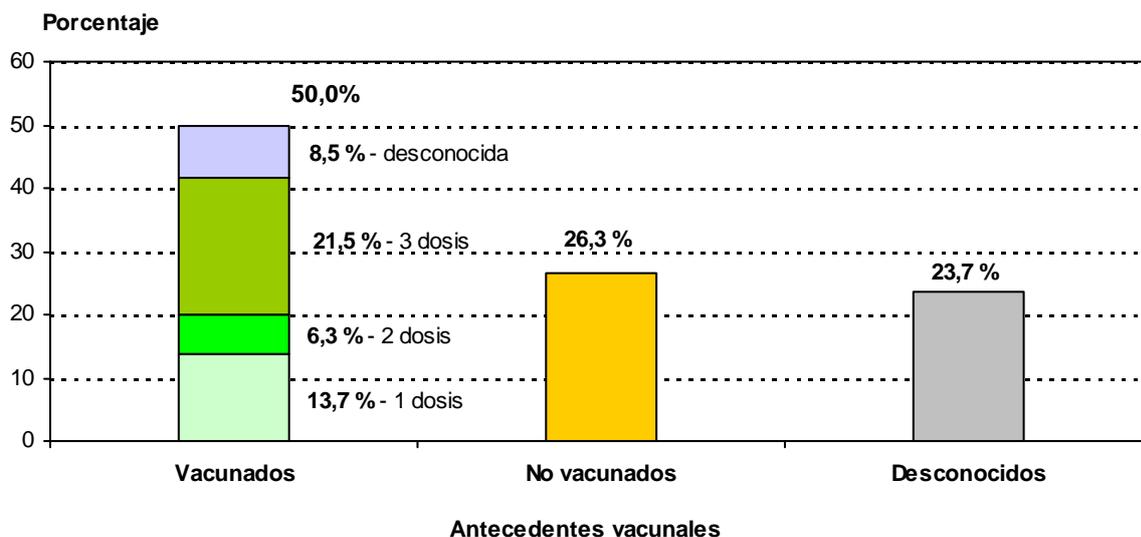


Gráfico 38. Tos ferina: distribución de los antecedentes vacunales. Comunidad de Madrid. Año 2011.



3.11.- ENFERMEDADES IMPORTADAS

3.11.1.- Paludismo

En el año 2011 se notificaron 103 casos de paludismo, 8 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,6 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Torrejón de Ardoz (8,2 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (8,1 casos por 100.000 habitantes) y Carabanchel (3,5 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 18).

Aproximadamente el 50% de las notificaciones provenían de sólo tres centros: el 19,4% de los casos fue notificado por el Hospital Carlos III, el 15,5% por el Hospital de Fuenlabrada y el 13,6% por el Hospital 12 de Octubre.

El 64,1% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 0 meses y 77 años, con una mediana de 34 años. El 4,9% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 66,1% en el grupo de edad de 25 a 44 años. En cuanto al país de origen, se disponía de esta información en el 99,0% de los casos, de los cuales el 27,5% eran españoles, el 64,7% africanos (destacar el 27,2% de casos de Guinea y el 14,6% de Nigeria), el 3,0% latinoamericanos y el 5,0% de otros países de Europa, Norteamérica y Asia.

El 97,1% de los casos se clasificaron como confirmados. En el 94,2% de los casos se aisló *Plasmodium* y las especies aisladas fueron: *P. falciparum* en el 90,7%, *P. ovale* en el 2,1%, *P. vivax* en el 1,0%, *P. malariae* en el 1,0%, *P. spp* en el 2,1% y en el 3,1% se identificaron infecciones mixtas (tabla 6).

En el 83,5% de los casos se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica: en el 64,0% de ellos constaba la inmigración o la visita a sus países de origen como razón del viaje, el 22,1% había viajado a esas zonas por motivos de trabajo y el 13,9% había realizado viajes de turismo. Entre los 17 casos en los que no constaba el motivo del viaje, 10

eran originarios de zonas endémicas, por lo que el motivo podía estar también relacionado con la inmigración. En 100 casos (97,1%) constaba el lugar de contagio, siendo África (99,0%) y Guinea (48,0%) el continente y país más frecuentemente registrados. En el 11,7% de los casos constaba la realización profilaxis antipalúdica.

Mapa 18.- Paludismo. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2011.

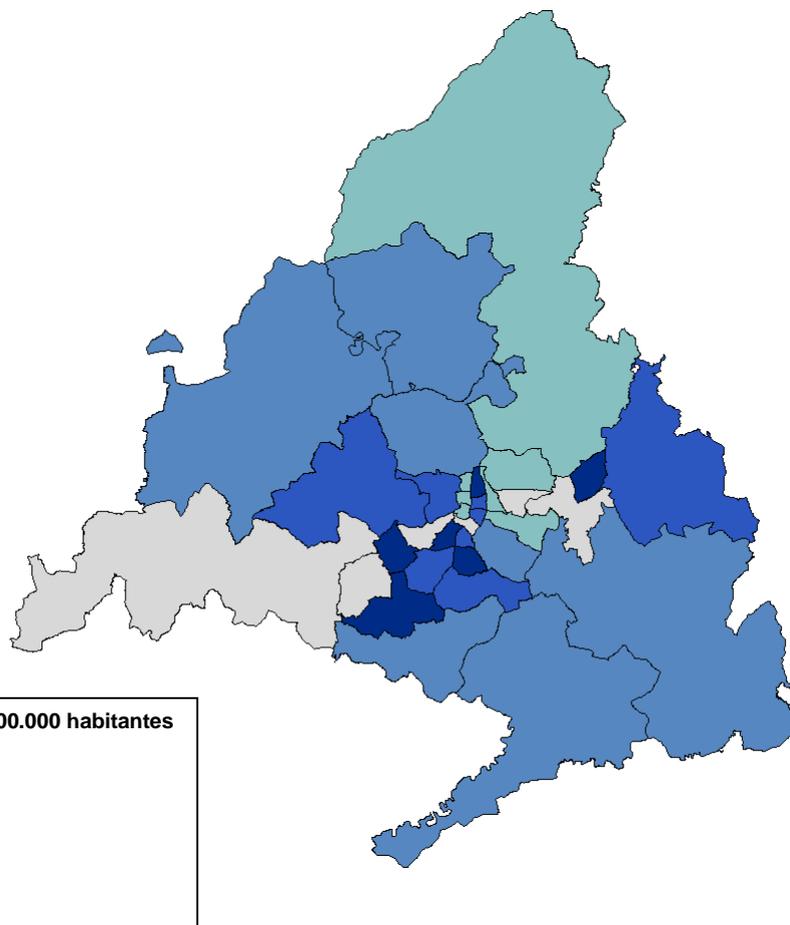
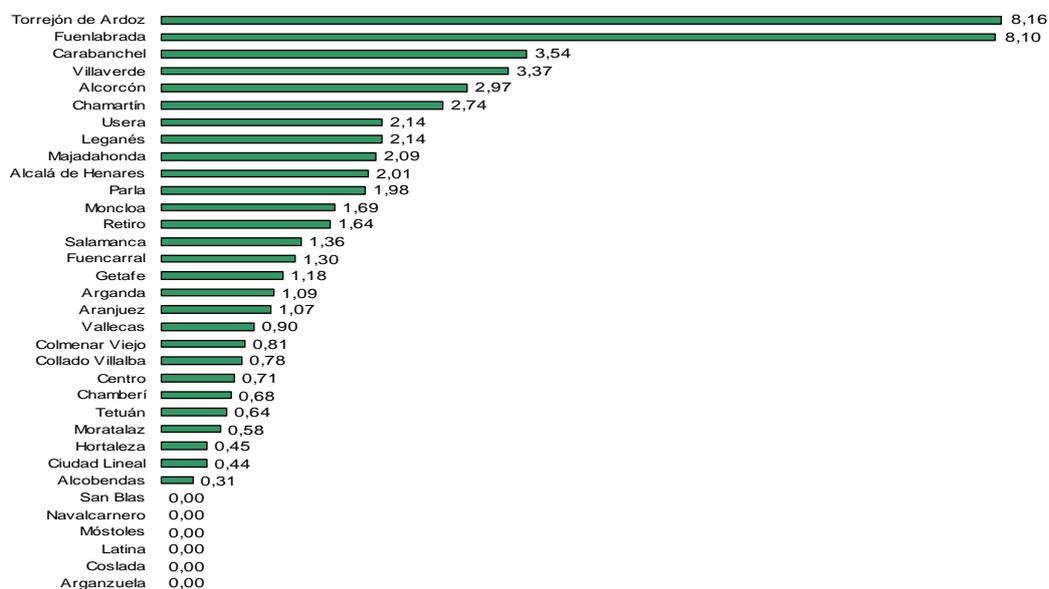


Gráfico 39. Paludismo: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

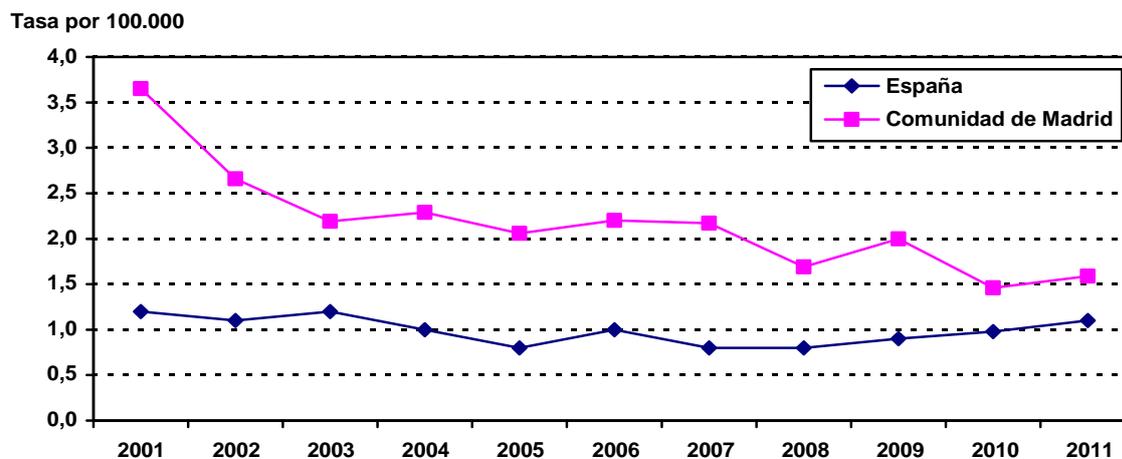


Tabla 6. Paludismo: distribución según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid. Año 2011.

| PLASMODIUM AISLADO | PAÍS / CONTINENTE DE CONTAGIO | | | | Total |
|----------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| | Guinea | Resto de África | Asia | No figura | |
| <i>P. falciparum</i> | 41 | 45 | 0 | 2 | 88 (85,4%) |
| <i>P. vivax</i> | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 (1,0%) |
| <i>P. ovale</i> | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 (1,9%) |
| <i>P. malariae</i> | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 (1,0%) |
| <i>P. spp</i> | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 (1,9%) |
| <i>P. mixtas</i> | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 (2,9%) |
| No figura especie | 2 | 3 | 0 | 1 | 6 (5,9%) |
| TOTAL | 48 (46,6%) | 51 (49,5%) | 1 (1,0%) | 3 (2,9%) | 103 (100%) |

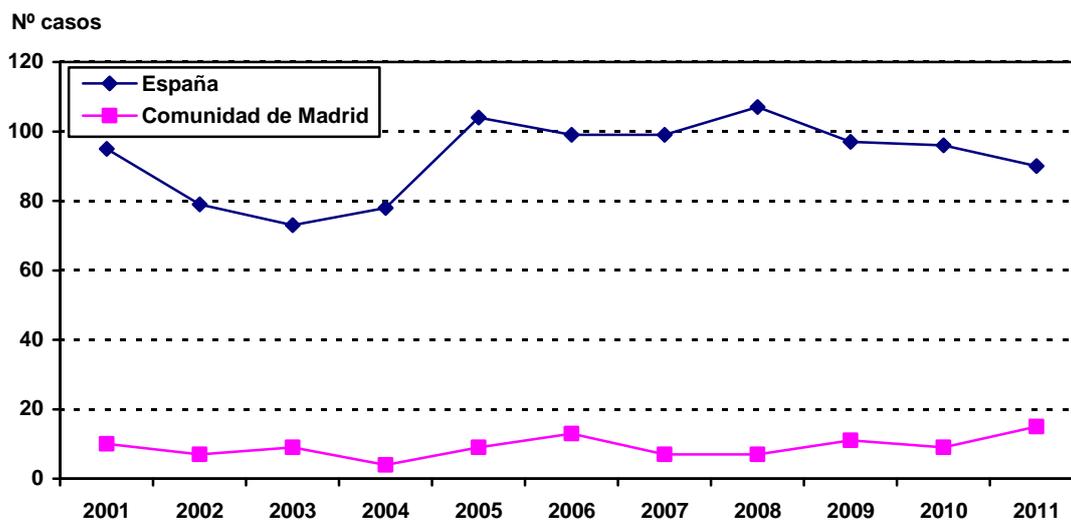
3.12.- ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES

3.12.1.- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

Se han notificado 15 casos de ECJ con inicio de síntomas en 2011 en residentes en la CM, 6 más que en 2010, lo que representa una incidencia de 0,2 por 100.000 habitantes.

Trece de los casos (86,6%) se clasificaron como ECJ esporádico y, según los criterios diagnósticos, 7 de ellos se consideraron confirmados y 6 probables. Uno de los casos restantes (6,7%) se clasificó como caso probable de ECJ familiar y el otro caso (6,7%) se clasificó como caso probable de insomnio familiar. El 86,7% de los afectados eran hombres, la mediana de la edad de los casos fue de 75 años, con un rango que variaba entre 25 y 82 años.

Gráfico 40. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



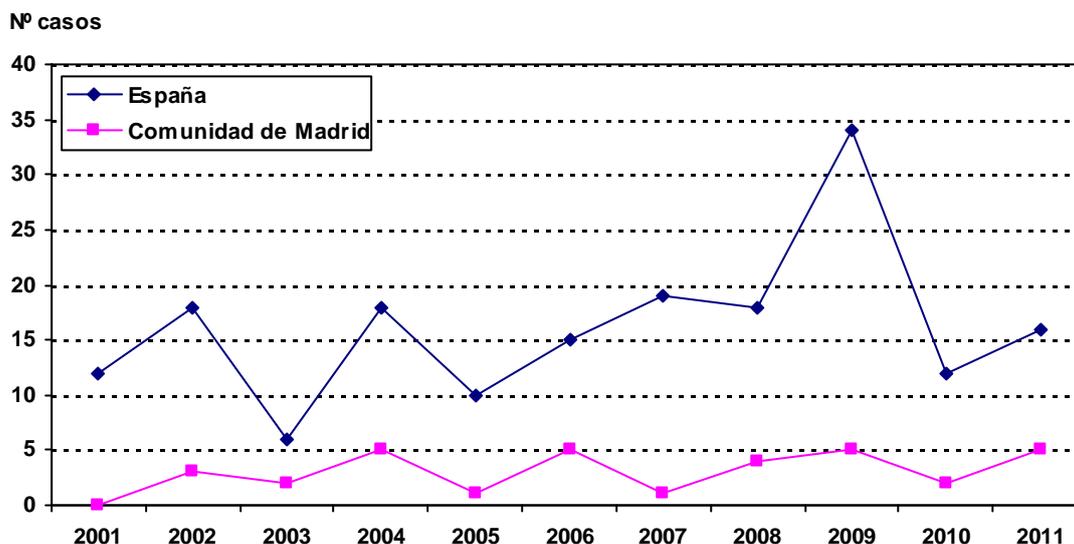
3.12.2.- Lepra

Durante el año 2011 se notificaron 5 casos de lepra en la CM, 3 casos más que en 2010. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,08 casos por 100.000 habitantes.

El rango de edad de los casos osciló entre 25 y 65 años y el 60% de los casos eran mujeres. En cuanto a la distribución por país de origen, el 20% eran españoles y el 80% latinoamericanos.

Todos los casos se clasificaron como confirmados. El 60% presentaron una forma paucibacilar y el 40% una forma multibacilar. El 40% de los casos causaron baja en el registro en 2011 por curación.

Gráfico 41. Lepra: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.

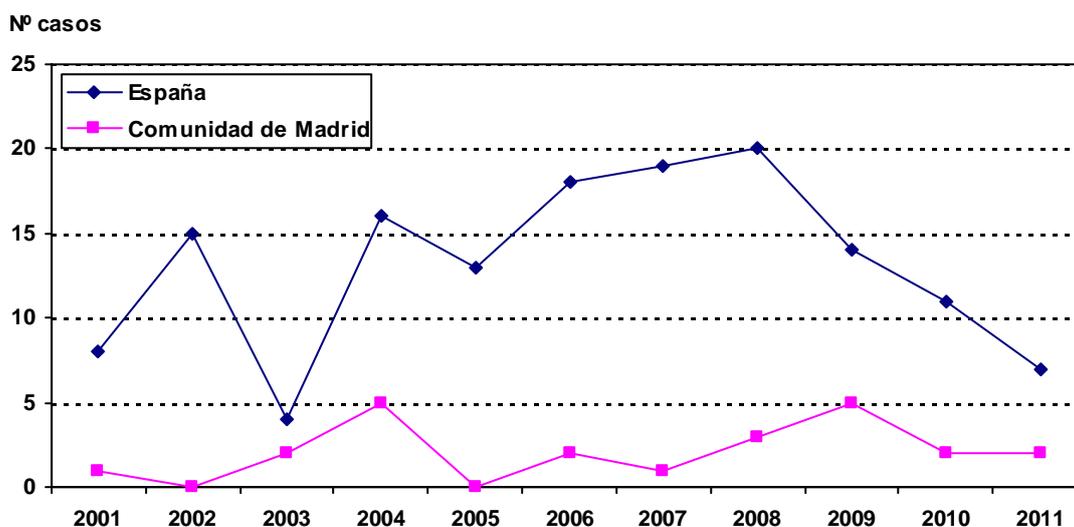


3.12.3.- Sífilis congénita

En la CM se notificaron dos casos de sífilis congénita durante el año 2011 (0,03 casos por 100.000 habitantes), el mismo número de casos que en 2010.

Uno de los casos era un varón recién nacido diagnosticado en el primer día de vida, hijo de una mujer de origen rumano y se clasificó como caso sospechoso/probable por presentar serología no treponémica positiva. El otro caso era un niño de 9 años nacido en Paraguay, clasificado como caso sospechoso/probable por serología.

Gráfico 42. Sífilis congénita: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.



3.13.- OTRAS ENFERMEDADES

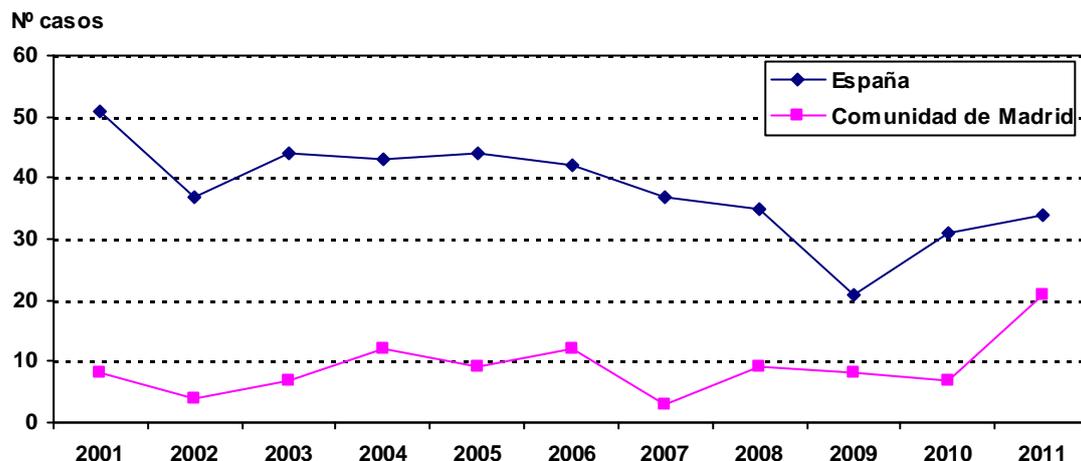
3.13.1.- Parálisis fláccida aguda (PFA)

Durante 2011 en la CM se han declarado 21 casos de PFA, 14 casos más que en 2010, lo que supone una tasa de 2,1 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años.

Doce casos (57,1%) eran hombres y 9 mujeres (42,9%). El rango de edad osciló entre 1 y 13 años, con una media de 7 años. En 2011 se notificaron 5 casos de PFA a la red de vigilancia y en la revisión del CMBD de los distintos hospitales se encontraron 16 casos adicionales que no fueron notificados en su momento.

En el informe “Plan Nacional de Erradicación de la Poliomielitis. Vigilancia de la Parálisis Fláccida Aguda. Comunidad de Madrid. Año 2011” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Agosto 2012. Volumen 18. N° 8) se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA.

**Gráfico 43. Parálisis flácida aguda: número de casos.
Comunidad de Madrid y España. 2001-2011.**



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

Durante el año 2011 no se declaró ningún caso de las siguientes enfermedades: cólera, rabia, difteria, poliomielitis, tétanos, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, rubéola congénita y tétanos neonatal.

4.- DISCUSIÓN

La discusión y conclusiones del presente informe se plantean en dos apartados en relación a la calidad del funcionamiento del sistema y a los resultados obtenidos de la vigilancia de las enfermedades notificadas en 2011.

4.1.- CALIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

A lo largo de 2011 se ha consolidado el procedimiento de captación automática de datos EDO a partir de la historia clínica electrónica de Atención Primaria, puesto en marcha en 2009 con motivo de la pandemia de la gripe. La información de las EDO con datos epidemiológicos básicos aportada por este sistema, una vez validada por los epidemiólogos, se incorpora al sistema de vigilancia, sirviendo de complemento y refuerzo a las notificaciones realizadas por los médicos.

En 2011 participaron en el sistema 431 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (80,5%). Se notificaron un total de 74.739 casos de EDO, de los cuales el 92,2% correspondía a EDO numéricas (98,4% notificadas por atención primaria) y el 7,8% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos (59,5% notificadas por atención especializada, 21,5% por otros notificadores y 19,0 % por atención primaria).

Las variables epidemiológicas básicas relacionadas con los datos de persona (edad, sexo, lugar de residencia y país de origen edad) han tenido una cumplimentación óptima, superior al 98% gracias, en gran parte, a las mejoras introducidas en las aplicaciones informáticas.

Las variables relacionadas con el tipo de diagnóstico presentan una cumplimentación muy elevada (96,7%, porcentaje que se calcula excluyendo los casos de tuberculosis).

La variable que recoge la fecha de inicio de síntomas presenta una buena cumplimentación (93,3%), lo que supone una mejora con respecto a años anteriores (en 2010 la cumplimentación fue del 90,0%).

4.2.- ENFERMEDADES NOTIFICADAS

Entre las **enfermedades de transmisión respiratoria** destaca un ligero aumento en la incidencia de **gripe** registrada en 2011 con respecto a 2010, aunque sigue manteniéndose en los niveles más bajos de la última década, un 10,3% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la observada a nivel nacional (razón de TI: 0,7).

En 2011 disminuyó la incidencia de **legionelosis**, con una TI un 8,3% menor que la del quinquenio anterior y menor que la tasa nacional (razón de TI: 0,5). Se produjo un **brote comunitario** con once casos de legionelosis/fiebre de Pontiac relacionado con un spa.

En 2011 la incidencia de **varicela** disminuyó con respecto a 2010, siendo un 58,7% menor que la del quinquenio anterior y continuando con la tendencia descendente iniciada en 2007. También fue menor que la TI del nivel nacional (razón de TI: 0,3). 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 de la CM. Esta vacunación poblacional contribuye de una manera importante a explicar la tendencia descendente observada en esta enfermedad.

La TI de **tuberculosis** en 2011 es menor que en 2010, un 23,2% menor que la mediana del quinquenio anterior y levemente menor que la TI nacional (razón TI: 0,9), si bien se puede considerar elevada en relación a la registrada en otras regiones de Europa Occidental.

En cuanto a las **infecciones que causan meningitis**, en el año 2011 la incidencia de **enfermedad meningocócica** ha sido de 0,7 casos por 100.000, la de **enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*** de 0,2, la del grupo de **otras meningitis bacterianas** de 0,9 y la de la **meningitis vírica** de 4,4. El grupo de edad más afectado por estos procesos es el de los menores de 5 años y sobre todo los menores de un año. La letalidad ha sido de 4,2% para la enfermedad meningocócica y de 9,8% para el grupo de otras meningitis bacterianas, no habiéndose registrado este año ningún fallecimiento por meningitis víricas ni por enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. Se ha observado un ligero incremento de la incidencia de todas las patologías con respecto al año anterior, especialmente de la meningitis vírica. En cambio, se ha observado una reducción en la incidencia de **enfermedad neumocócica invasora**, un 34,3% de disminución desde el inicio de la vigilancia.

Respecto a las **hepatitis**, la incidencia de **hepatitis A** ha disminuido con respecto a los años anteriores, y se ha situado en los niveles más bajos de la última década, siendo un 43,3% menor que la mediana del quinquenio anterior y ligeramente mayor que la TI nacional (razón de TI: 1,1); Los brotes detectados (un 10,6% de los casos) se presentaron en el entorno familiar. La incidencia de **hepatitis B** ha sido menor que la de 2010, un 54,2% menor que la

mediana de la TI del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón de TI: 0,6). La incidencia de **otras hepatitis víricas** ha sido ligeramente mayor que la de 2010, un 23,5% menor que la mediana de la TI del quinquenio anterior y algo menor que la TI nacional (razón de TI: 0,9). Se notificó un brote de hepatitis C con dos casos asociados, vinculados a una unidad de hemodiálisis de un centro hospitalario.

Entre las **enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica**, la tendencia ha sido descendente o estable, excepto en el caso de la triquinosis. Se notificó un caso de botulismo alimentario con antecedente de consumo de conserva de elaboración casera. La incidencia de **disentería** ha sido similar a la de 2010, un 33,3% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón TI: 0,7). La incidencia de **fiebre tifoidea y paratifoidea** ha sido mayor que la de 2010, similar a la mediana del quinquenio anterior y a la del nivel nacional (razón TI: 1,0). En 2011 no se notificó ningún brote de disentería ni de fiebre tifoidea y paratifoidea. La TI de **triquinosis** ha sido mayor que en 2010, algo mayor que la mediana del quinquenio anterior y el doble que la TI del nivel nacional (razón TI: 2,0); los 14 casos notificados en 2011 se asociaron a un brote por consumo de productos de cerdo procedentes de una matanza doméstica realizada en un municipio de la zona noroeste de la Comunidad.

Entre las **enfermedades de transmisión sexual**, continúa la tendencia creciente detectada en años anteriores. La TI de **infección gonocócica** ha sido un 70% mayor que en 2010, un 237,0% mayor que la mediana de las TI del quinquenio anterior y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,8). La TI de **sífilis** ha sido un 50% mayor que en 2010, un 190,6% mayor que la TI del quinquenio anterior y mayor que la TI nacional (razón TI: 2,2). La TI de estas dos enfermedades se duplicó en 2010 con respecto a 2009, y en 2011 también aumentó con respecto a 2010, aunque sin llegar a duplicarse. Esta tendencia creciente se observa también a nivel nacional, pero la magnitud del aumento en los últimos dos años es mucho mayor en la CM. Estos datos deben interpretarse con cautela, ya que aspectos relacionados con la notificación, como la consolidación de la captación automática de datos de atención primaria y la incorporación reciente de la notificación de un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual (que notifica un tercio del total de casos) influyen de manera importante en el aumento de casos en la CM. Además de los hechos que afectan a la notificación, se observa una tendencia creciente en ambas enfermedades, que también se refleja en los datos del nivel nacional. En 2011 se notificaron dos casos de **sífilis congénita**, lo que supone una TI igual que la de 2010, similar a la mediana del quinquenio anterior y a la del nivel nacional.

Entre las **antropozoonosis** destacan la brucelosis y la leishmaniasis. En la **brucelosis** se observó una disminución con respecto a 2010, siendo la TI similar a la mediana del quinquenio anterior y menor que la del nivel nacional (razón TI: 0,5) y se notificó un brote con dos casos relacionado con una industria cárnica. El 88,4% de los casos notificados de leishmaniasis se asociaron a un brote comunitario en la zona suroeste de la CM, de los que el 35,0% de estos presentaban una leishmaniasis visceral y el 14,6% de los pacientes tenían algún factor de riesgo intrínseco que disminuía su inmunidad.

La **parotiditis** ha presentado una incidencia ligeramente mayor que en 2010, similar a la TI nacional (razón TI: 1,1) y un 5,0% menor que la mediana del quinquenio anterior. Se notificaron 5 brotes de parotiditis en 2011: dos en el entorno familiar, uno de ámbito comunitario, uno en el ámbito laboral y otro en el ámbito escolar.

La TI de la **rubéola** ha sido igual que en 2010, un 50,0% menor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la del nivel nacional. Los cuatro casos notificados se

consideraron como casos confirmados autóctonos. En 2011 no se notificó ningún caso de **rubéola congénita**, el último caso notificado en la CM se registró en 2005.

Se ha pasado de 0 casos de **sarampión** en 2009, a 29 casos en 2010 y 601 casos en 2011, lo que supone que la TI de 2011 es un 1.760,0% mayor que la mediana del quinquenio anterior, y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,2). Se notificaron dos brotes de ámbito familiar con cuatro casos asociados y un brote con tres casos en un centro sanitario. El resto de los casos se consideraron asociados a un brote de ámbito comunitario debido a la circulación de un virus del genotipo D4 que comenzó en 2011 y se controló en julio de 2012.

Hay que destacar que no ha habido ningún caso de **tétanos** en los últimos tres años, ni de **tétanos neonatal** en los últimos doce años.

La incidencia de **tos ferina** se ha mantenido igual que en 2010, siendo las más altas de los últimos doce años, un 231,6% mayor que la mediana del quinquenio anterior y similar a la TI nacional (razón TI: 0,9). Se notificaron diez brotes de tos ferina en la CM, con un total de 27 afectados: ocho brotes en el entorno familiar, un brote en un centro escolar y un brote en el ámbito laboral.

La incidencia de **paludismo** en 2011 ha sido ligeramente mayor que en 2010, un 20,0% menor que la mediana del quinquenio, y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,5). Todos los casos son importados y aproximadamente el 68% son originarios de zonas endémicas. La mayoría se infectaron en el continente africano (sobre todo de Guinea Ecuatorial) y fueron causados por *P. falciparum*. Es fundamental concienciar de la importancia de la realización de quimiopprofilaxis en las visitas al país de origen para conseguir disminuir el riesgo.

Las **encefalopatías espongiformes transmisibles humanas** presentan una TI mayor que la de 2010, un 100% mayor que la del quinquenio anterior e igual que la del nivel nacional (razón TI: 1,1).

Con respecto a la **lepra** la TI ha sido mayor que la de 2010, igual que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la del nivel nacional.

La **parálisis fláccida aguda** presenta una TI mayor que la de 2010, un 162,5% mayor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la nacional (razón TI: 4,2).

Para finalizar este informe, queremos agradecer la colaboración de todos los médicos, enfermeros y resto de profesionales sanitarios de la CM, sin cuya participación sería imposible realizar cualquier actividad de vigilancia y control de estas enfermedades.