



INFORME:

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA, AÑO 2013

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 2013 y se compara con 2012, 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 2013 participaron en el sistema un total de 473 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (86,8%). El número total de casos notificados fue 70.391, de los cuales 91,4% corresponde a EDO numéricas (gripe y varicela) y el 8,6% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos. Hay que reseñar la elevación registrada en triquinosis, parotiditis, infección gonocócica, tos ferina, enfermedad invasiva por *H. influenzae*, paludismo, otras hepatitis víricas, disentería, sífilis, leishmaniasis, parálisis flácida aguda en menores de 15 años y legionelosis, así como el descenso en sarampión, brucelosis, lepra, fiebre tifoidea y paratifoidea, hepatitis A, varicela, tuberculosis, enfermedad neumocócica invasora, hepatitis B, encefalopatías espongiiformes de transmisión humana, enfermedad meningocócica, otras meningitis bacterianas, meningitis víricas y gripe.

Conclusiones: En 2013 el sistema de vigilancia epidemiológica ha funcionado de forma adecuada. Se ha producido un brote de triquinosis con 28 afectados, relacionado con el consumo de productos de cerdo procedentes de una matanza casera. Las infecciones de transmisión sexual se mantienen con elevadas tasas de incidencia. El brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la CM ha continuado a lo largo de todo 2013 y continúa abierto. La tos ferina y la parotiditis han duplicado su TI con respecto al año anterior.

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. El sistema de vigilancia se fundamenta en el trabajo realizado por los profesionales sanitarios, acompañado de la búsqueda activa en algunas enfermedades. 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. A efectos de notificación, la semana epidemiológica desde 2013 comienza a las 0 horas del lunes y finaliza a las 24 horas del domingo.

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 2011 se produjo una modificación normativa en relación a la estructura organizativa de Atención Primaria: Decreto 52/2011, 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 2013 está 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 2013 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 2013 (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 2013” que se publicará en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. (Diciembre 2014. Volumen 20. 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 2013, para el total de la CM y por distritos.

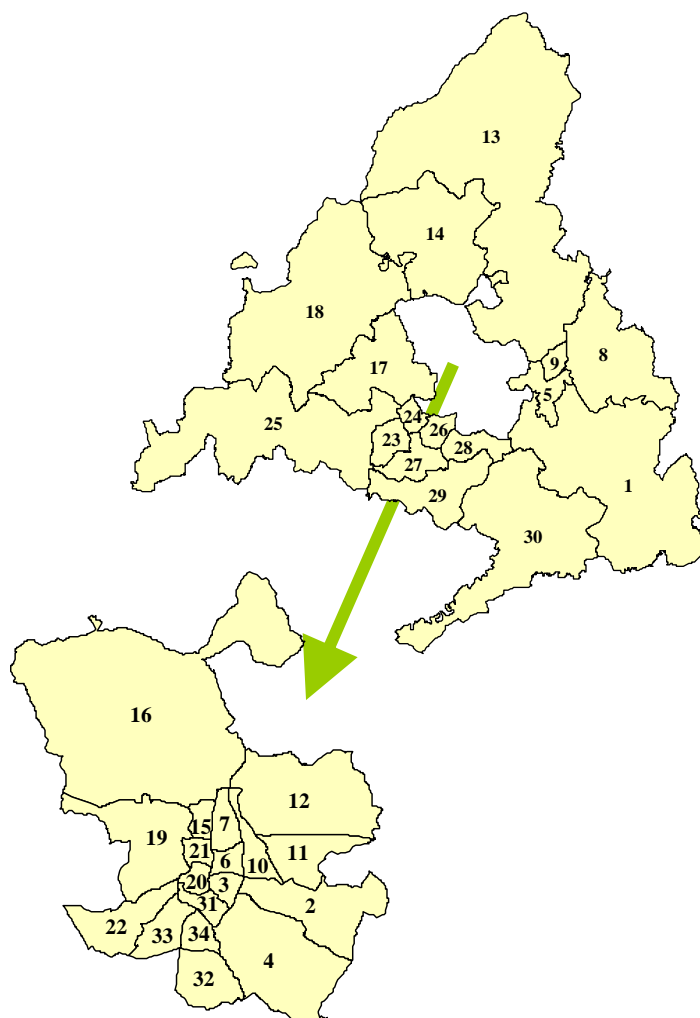
- **Comparación histórica de tasas** a través del porcentaje de variación de la TI de la CM con respecto a la mediana de la TI del quinquenio anterior (2008-2012):

$$\frac{\text{TI (CM 2013)} - \text{TI mediana (2008-2012)}}{\text{TI mediana (2008-2012)}} \times 100$$

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

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

ZONIFICACIÓN	
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 - Navalcarnero	
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

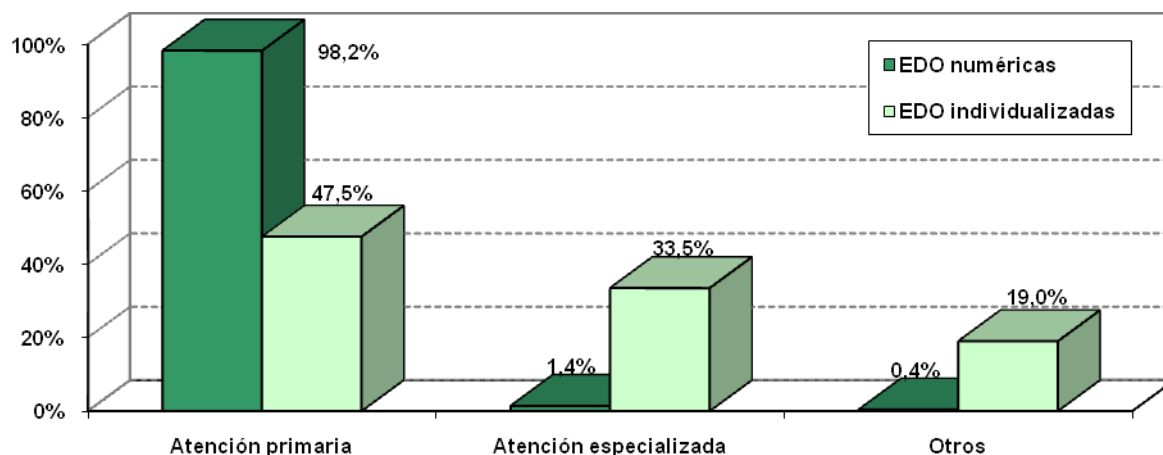
Durante el año 2013 participaron en el sistema 473 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (86,8%). El 10,3% eran centros de atención especializada hospitalaria y no hospitalaria, y el 2,9% restante eran centros diversos (instituciones y médicos privados, residencias de ancianos, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, colegios, etc.).

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

En 2013 se notificaron un total de 70.391 casos de EDO, de los cuales el 91,4% correspondía a EDO numéricas y el 8,6% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 98,2% 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 47,5% fue notificado por atención primaria, el 33,5% por atención especializada y el 19,0% por otros notificadores (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 2013.



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.

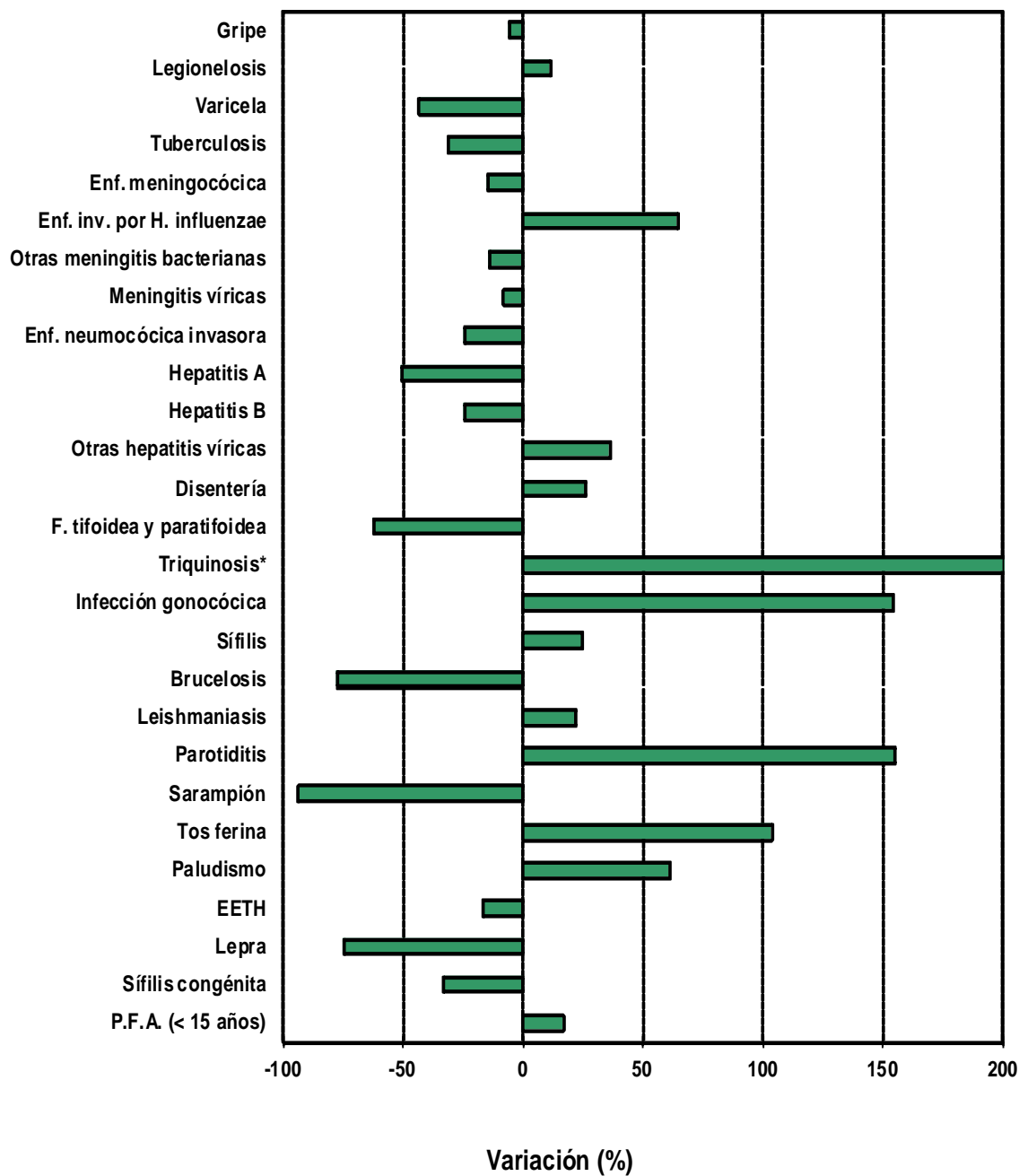
En cuanto a otras variables de gran interés epidemiológico, como la cumplimentación de la fecha de inicio de síntomas, ha sido del 96,1%. La cumplimentación de la variable “Tipo de diagnóstico” ha sido del 94,3% (este porcentaje se calcula excluyendo los casos de tuberculosis).

3.2.- DISTRIBUCIÓN ESPACIOTEMPORAL DE LOS CASOS

Se presenta el número de casos y tasas de incidencia acumulada (TI) en el periodo 2003 a 2013 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 2013.

El gráfico 2 compara la TI de las enfermedades estudiadas en la CM en el año 2013 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: triquinosis (1.333,3%), parotiditis (155,0%), infección gonocócica (154,0%), tos ferina (103,7%), enfermedad invasiva por *H. influenzae* (64,3%), paludismo (60,9%), otras hepatitis víricas (36,1%), disentería (26,1%), sífilis (24,7%), leishmaniasis (22,0%), parálisis flácida aguda en menores de 15 años (16,7%) y legionelosis (11,4%). Se observa un **descenso** en la TI en relación con la mediana de la TI del quinquenio anterior para las siguientes enfermedades: sarampión (93,9%), brucelosis (77,8%), lepra (75,0%), fiebre tifoidea y paratifoidea (62,5%), hepatitis A (50,6%), varicela (43,6%), tuberculosis (31,2%), enfermedad neumocócica invasora (24,6%), hepatitis B (24,5%), encefalopatías espongiiformes de transmisión humana -EETH- (16,7%), enfermedad meningocócica (14,9%), otras meningitis bacterianas (14,3%), meningitis víricas (8,2%) y gripe (6,0%).

Gráfico 2. Comparación de la tasa de incidencia acumulada en el año 2013 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio 2008-2012. Comunidad de Madrid.



* % variación Triquinosis: 1.333,3%

**Tabla 1. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Número de casos.
Comunidad de Madrid. Años 2003-2013.**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ENF. TRANS. RESPIRATORIA											
Gripe	242.749	89.517	150.292	55.199	73.331	67.140	192.427	16.605	62.320	38.595	58.640
Legionelosis	74	50	43	64	46	64	37	132	68	115	76
Varicela	37.986	47.944	22.479	36.330	20.003	15.439	12.986	9.995	6.598	6.281	5.673
TUBERCULOSIS											
Tuberculosis	1.247	1.090	1.167	1.131	1.073	1.140	1.103	1.006	891	801	698
INF. CAUSAN MENINGITIS											
Enf. meningocócica	111	109	98	98	97	70	61	41	47	48	41
Enf. inv. por <i>H. influenzae</i>	5	5	8	0	3	9	5	8	11	14	15
Otras meningitis bacterianas	117	105	125	118	52	64	41	52	65	59	51
Meningitis víricas	282	220	237	574	180	260	252	201	294	453	248
Enf. neumocócica invasora*					589	787	722	477	447	429	399
HEPATITIS VÍRICAS											
Hepatitis A	234	219	169	177	151	348	349	153	113	82	76
Hepatitis B	131	140	137	142	188	178	96	101	98	64	74
Otras hepatitis víricas	102	170	125	128	143	108	48	72	86	112	118
ENF. TRANS. ALIMENTARIA											
Botulismo	1	1	1	0	2	1	2	0	1	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	13	31	27	27	22	15	15	13	12	21	19
F. tifoidea y paratifoidea	17	9	11	14	17	10	15	7	11	8	4
Triquinosis	0	27	2	6	1	3	0	2	14	0	28
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL											
Infección gonocócica	62	62	90	131	162	211	168	343	590	668	876
Sífilis	118	175	178	223	290	362	345	663	1.004	813	832
ANTROPOZOONOSIS											
Brucelosis	29	34	10	7	10	9	3	12	6	3	1
Leishmaniasis	24	32	25	24	21	42	29	106	228	216	130
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	315	286	292	909	1.812	743	441	715	735	754	1.942
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	32	14	479	18	8	14	12	3	4	9	0
Sarampión	22	2	3	176	1	31	0	29	620	195	2
Tétanos	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0
Tos ferina	304	182	89	98	169	118	110	405	410	120	249
ENF. IMPORTADAS											
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	125	133	123	132	132	106	128	95	103	127	177
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**	9	8	12	14	7	8	15	8	12	17	10
Lepra	2	5	1	5	1	5	5	2	6	2	1
Rubéola congénita	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	2	5	0	2	1	3	5	2	2	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS											
P.F.A. (< 15 años)***	7	12	9	12	3	9	8	7	21	6	10

*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 diagnóstico.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas.

Tabla 2. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. Años 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ENF. TRANS. RESPIRATORIA											
Gripe	4.244,65	1.542,11	2.519,93	918,73	1.205,77	1.070,53	3.012,82	257,10	960,29	593,19	902,77
Legionelosis	1,29	0,86	0,72	1,07	0,76	1,02	0,58	2,04	1,05	1,77	1,17
Varicela	664,21	825,93	376,90	604,68	328,91	246,17	203,32	154,75	101,67	96,65	87,34
TUBERCULOSIS											
Tuberculosis	21,80	18,78	19,57	18,82	17,64	18,18	17,27	15,58	13,73	12,33	10,75
INF. CAUSAN MENINGITIS											
Enf. meningocócica	1,94	1,88	1,64	1,63	1,59	1,12	0,96	0,63	0,72	0,74	0,63
Enf. inv. por <i>H. influenzae</i>	0,09	0,09	0,13	0,00	0,05	0,14	0,08	0,12	0,17	0,22	0,23
Otras meningitis bacterianas	2,05	1,81	2,10	1,96	0,86	1,02	0,64	0,81	1,00	0,91	0,78
Meningitis víricas	4,93	3,79	3,97	9,55	2,96	4,15	3,95	3,11	4,53	6,97	3,81
Enf. neumocócica invasora*					9,7	12,6	11,3	7,4	6,9	6,60	6,14
HEPATITIS VÍRICAS											
Hepatitis A	4,09	3,77	2,83	2,95	2,48	5,55	5,46	2,37	1,74	1,26	1,17
Hepatitis B	2,29	2,41	2,30	2,36	3,09	2,84	1,50	1,56	1,51	0,98	1,14
Otras hepatitis víricas	1,78	2,93	2,10	2,13	2,35	1,72	0,75	1,11	1,33	1,72	1,81
ENF. TRANS. ALIMENTARIA											
Botulismo	0,02	0,02	0,02	0,00	0,03	0,02	0,03	0,00	0,02	0,00	0,00
Cólera	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Disentería	0,23	0,53	0,45	0,45	0,36	0,24	0,23	0,20	0,18	0,32	0,29
F. tifoidea y paratifoidea	0,30	0,16	0,18	0,23	0,28	0,16	0,23	0,11	0,17	0,12	0,06
Triquinosis	0,00	0,47	0,03	0,10	0,02	0,05	0,00	0,03	0,22	0,00	0,43
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL											
Infección gonocócica	1,08	1,07	1,51	2,18	2,66	3,36	2,63	5,31	9,09	10,28	13,49
Sífilis	2,06	3,01	2,98	3,71	4,77	5,77	5,40	10,27	15,47	12,51	12,81
ANTROPOZOONOSIS											
Brucelosis	0,51	0,59	0,17	0,12	0,16	0,14	0,05	0,19	0,09	0,05	0,02
Leishmaniasis	0,42	0,55	0,42	0,40	0,35	0,67	0,45	1,64	3,51	3,32	2,00
Rabia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ENF. INMUNOPREVENIBLES											
Difteria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Parotiditis	5,51	4,93	4,90	15,13	29,79	11,85	6,90	11,07	11,33	11,60	28,89
Poliomielitis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rubéola	0,56	0,24	8,03	0,30	0,13	0,22	0,19	0,05	0,06	0,14	0,00
Sarampión	0,38	0,03	0,05	2,93	0,02	0,49	0,00	0,45	9,55	3,00	0,03
Tétanos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
Tos ferina	5,32	3,14	1,49	1,63	2,78	1,88	1,72	6,27	6,32	1,85	3,83
ENF. IMPORTADAS											
Fiebre amarilla	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Paludismo	2,19	2,29	2,06	2,20	2,17	1,69	2,00	1,47	1,59	1,95	2,72
Peste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tifus exantemático	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ENF. STMAS. ESPECIALES											
EETH**	0,16	0,14	0,18	0,23	0,12	0,13	0,23	0,13	0,18	0,26	0,15
Lepra	0,03	0,09	0,02	0,08	0,02	0,08	0,08	0,03	0,09	0,03	0,02
Rubéola congénita	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sífilis congénita	0,03	0,09	0,00	0,03	0,02	0,05	0,08	0,03	0,03	0,00	0,00
Tétanos neonatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OTRAS											
P.F.A. (< 15 años)***	0,85	1,43	1,04	1,35	0,33	0,98	0,84	0,81	1,70	0,59	0,98

*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 diagnóstico.

***Parálisis flácida aguda (menores de 15 años): asignación según año de inicio de síntomas.

**Tabla 3. Enfermedades de Declaración Obligatoria: Número de casos.
España. Años 2003-2013.**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ENF. TRANS. RESPIRATORIA											
Gripe	1.490.098	615.21	1.349.5	473.990	681.988	629.504	1.137.6	224.011	590.957	533.675	584.791
Legionelosis	1.263	1.140	1.296	1.343	1.178	1.334	1.307	1.309	1.019	1.077	904
Varicela	180.783	237.15	146.113	177.728	153.099	125.706	141.399	157.914	136.823	145.642	142.180
TUBERCULOSIS											
Tuberculosis*	6.836	6.593	7.842	7.954	8.046	8.218	7.721	7.103	6.858	6.046	5.535
INF. CAUSAN MENINGITIS											
Enf. meningocócica	1.007	881	871	794	830	768	725	552	572	427	318
HEPATITIS VÍRICAS											
Hepatitis A	760	845	1.139	1.494	1.002	2.250	2.695	1.023	713	646	614
Hepatitis B	801	764	659	799	931	1.011	871	865	804	605	691
Otras hepatitis víricas	911	874	680	748	698	755	708	741	670	635	719
ENF. TRANS. ALIMENTARIA											
Botulismo	6	7	15	3	9	7	13	8	12	9	7
Cólera	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	1
Disentería	136	129	186	181	219	360	237	159	124	323	167
F. tifoidea y paratifoidea	148	102	75	84	75	79	70	70	82	68	64
Triquinosis	48	32	11	36	115	50	21	21	34	24	29
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL											
Infección gonocócica	1.069	980	1.155	1.423	1.698	1.897	1.954	2.306	2.640	3.042	3.314
Sífilis	917	1.156	1.344	1.711	1.936	2.545	2.506	3.187	3.522	3.638	3.720
ANTROPOZOONOSIS											
Brucelosis	642	636	353	321	263	170	143	110	103	85	107
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	1.677	1.526	2.458	6.885	10.343	3.845	2.172	2.705	4.615	9.538	13.960
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	113	87	592	89	60	63	30	12	19	67	4
Sarampión	246	29	20	334	241	308	44	302	3.641	1.219	114
Tétanos	24	16	18	21	12	15	9	11	10	12	12
Tos ferina	551	532	304	383	554	663	538	884	3.239	3.430	2.342
ENF. IMPORTADAS											
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	456	383	332	400	345	347	409	448	505	557	582
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**	73	78	104	99	99	107	97	96	90	103	65
Lepra	6	18	10	15	19	18	34	12	16	12	4
Rubéola congénita	0	1	4	0	0	1	2	0	0	1	1
Sífilis congénita	4	16	13	18	19	20	14	11	7	6	7
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS											
P.F.A. (< 15 años)***	44	43	44	42	37	35	21	31	34	23	26

*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 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ENF. TRANS. RESPIRATORIA											
Gripe	3.762,2	1.551,6	3.400,1	1.194,2	1.541,9	1.408,7	2.521,9	492,3	1.281,2	1.156,1	1.245,66
Legionelosis	3,2	2,9	3,3	3,4	2,7	3,0	2,9	2,9	2,2	2,3	1,95
Varicela	456,4	598,1	368,1	447,8	346,1	281,3	313,5	347,1	298,6	315,5	305,04
TUBERCULOSIS											
Tuberculosis*	17,3	16,6	18,1	18,0	17,9	18,0	16,8	15,4	14,6	13,1	11,9
INF. CAUSAN MENINGITIS											
Enf. meningocócica	2,5	2,2	2,2	2,0	1,9	1,7	1,6	1,2	1,2	0,9	0,68
HEPATITIS VÍRICAS											
Hepatitis A	1,9	2,1	2,9	3,8	2,3	5,0	6,0	2,3	1,6	1,4	1,32
Hepatitis B	2,0	1,9	1,7	2,0	2,1	2,3	1,9	1,9	1,7	1,3	1,49
Otras hepatitis víricas	2,3	2,2	1,7	1,9	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,55
ENF. TRANS. ALIMENTARIA											
Botulismo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,02
Cólera	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Disentería	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,8	0,5	0,4	0,3	0,7	0,36
F. tifoidea y paratifoidea	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,15
Triquinosis	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,07
ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL											
Infección gonocócica	2,7	2,5	2,9	3,6	3,8	4,3	4,3	5,1	5,7	6,6	7,12
Sífilis	2,3	2,9	3,4	4,3	4,4	5,7	5,6	7,0	7,6	7,9	8,00
ANTROPOZOONOSIS											
Brucelosis	1,6	1,6	0,9	0,8	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,23
Rabia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
ENF. INMUNOPREVENIBLES											
Difteria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Parotiditis	4,2	3,9	6,2	17,4	23,4	8,6	4,8	6,0	10,0	20,7	30,0
Poliomielitis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Rubéola	0,3	0,2	1,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,01
Sarampión	0,6	0,1	0,1	0,8	0,5	0,7	0,1	0,7	7,9	2,6	0,25
Tétanos	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,03
Tos ferina	1,4	1,3	0,8	1,0	1,3	1,5	1,2	1,9	7,0	7,4	5,03
ENF. IMPORTADAS											
Fiebre amarilla	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Paludismo	1,2	1,0	0,8	1,0	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,25
Peste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Tifus exantemático	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
ENF. STMAS. ESPECIALES											
EETH**	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,15
Lepra	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,01
Rubéola congénita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Sífilis congénita	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,02
Tétanos neonatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
OTRAS											
P.F.A. (< 15 años)***	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,3	0,4	0,5	0,3	0,37

*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 2013.

ENFERMEDADES	Casos 2013	Tasas 2013	Casos CM 2013 – Casos CM 2012	% variación TI CM respecto mediana 2008-2012	TI CM / TI España
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA					
Gripe	58.640	902,77	20.045	-5,99	0,72
Legionelosis	76	1,17	-39	11,43	0,60
Varicela	5.673	87,34	-608	-43,56	0,29
TUBERCULOSIS					
Tuberculosis	698	10,75	-103	-31,18	0,90
INFECCIONES QUE CAUSAN MENINGITIS					
Enfermedad meningocócica	41	0,63	-7	-14,86	0,91
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	15	0,23	1	64,29	--
Otras meningitis bacterianas	51	0,78	-8	-14,29	--
Meningitis víricas	248	3,81	-205	-8,19	--
Enfermedad neumocócica invasora*	399	6,14	-30	-24,57	--
HEPATITIS VÍRICAS					
Hepatitis A	76	1,17	-6	-50,63	0,89
Hepatitis B	74	1,14	10	-24,50	0,77
Otras hepatitis víricas	118	1,81	6	36,09	1,17
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA					
Disentería	19	0,29	-2	26,09	0,81
Fiebre tifoidea y paratifoidea	4	0,06	-4	-62,50	0,40
Triquinosis	28	0,43	28	1.333,33	6,14
ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL					
Infección gonocócica	876	13,49	208	154,05	1,89
Sífilis	832	12,81	19	24,73	1,60
ANTROPOZOONOSIS					
Brucelosis	1	0,02	-2	-77,78	0,09
Leishmaniasis	130	2,00	-86	21,95	--
ENF. PREVENIBLES INMUNIZACIÓN					
Parotiditis	1.942	28,89	1.188	154,99	0,96
Sarampión	2	0,03	-193	-93,88	0,12
Tos ferina	249	3,83	129	103,72	0,72
ENFERMEDADES IMPORTADAS					
Paludismo	177	2,72	50	60,95	2,18
ENF. NOTIFICADAS STMAS. ESPECIALES					
EETH**	10	0,15	-7	-16,67	1,00
Lepra	1	0,02	-1	-75,00	2,00
OTRAS					
Parálisis flácida aguda (< 15 años)	10	0,98	4	16,67	2,65

No se incluyen en la tabla las enfermedad con 0 casos notificados en 2013.

*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 2013 se notificaron 58.640 casos de gripe, 20.045 casos más que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 902,77 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Torrejón de Ardoz, Coslada y Colmenar Viejo (1.425,33, 1.351,04 y 1.347,93 casos por 100.000 habitantes respectivamente), el distrito de menor incidencia fue Salamanca con una incidencia de 538,57 casos por 100.000 habitantes (Mapa 1). El 98,3% de los casos fueron notificados por profesionales de atención primaria.

En el informe “Vigilancia de gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2013-2014” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Junio 2014. Volumen 20. Nº 6) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad por temporada (Ver gráfico 4).

Gráfico 3. Gripe: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.

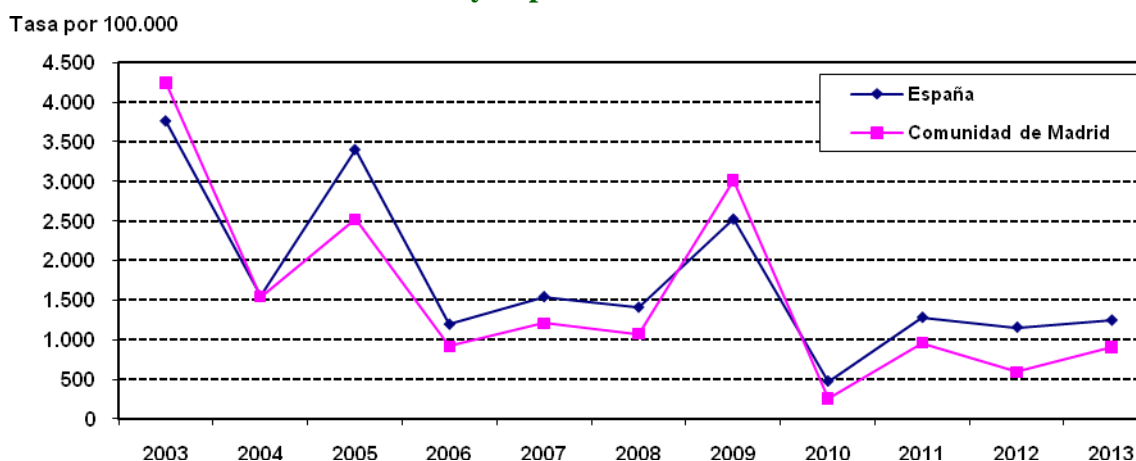
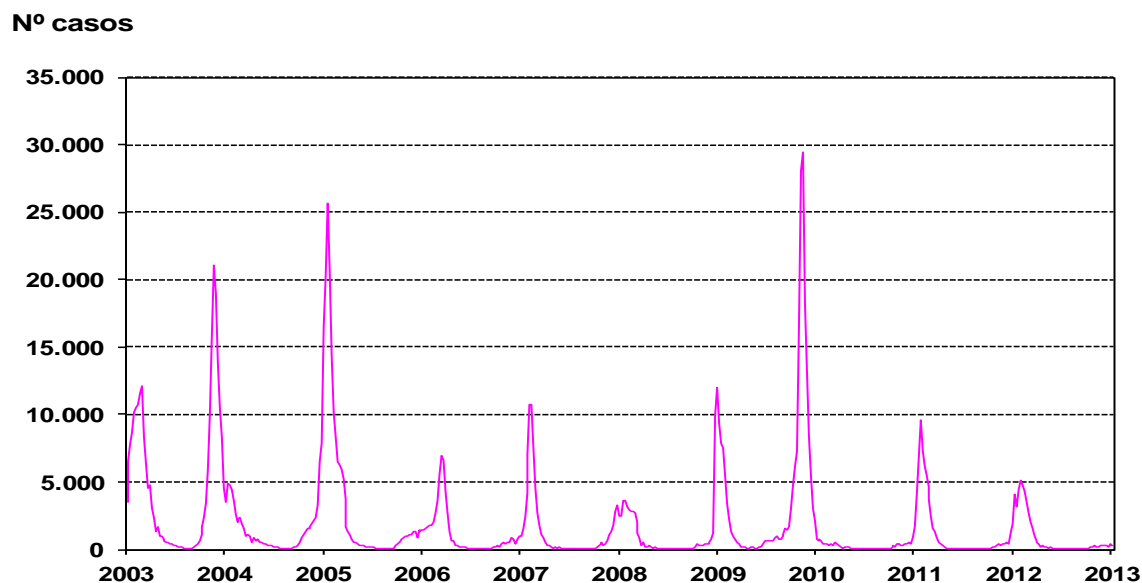
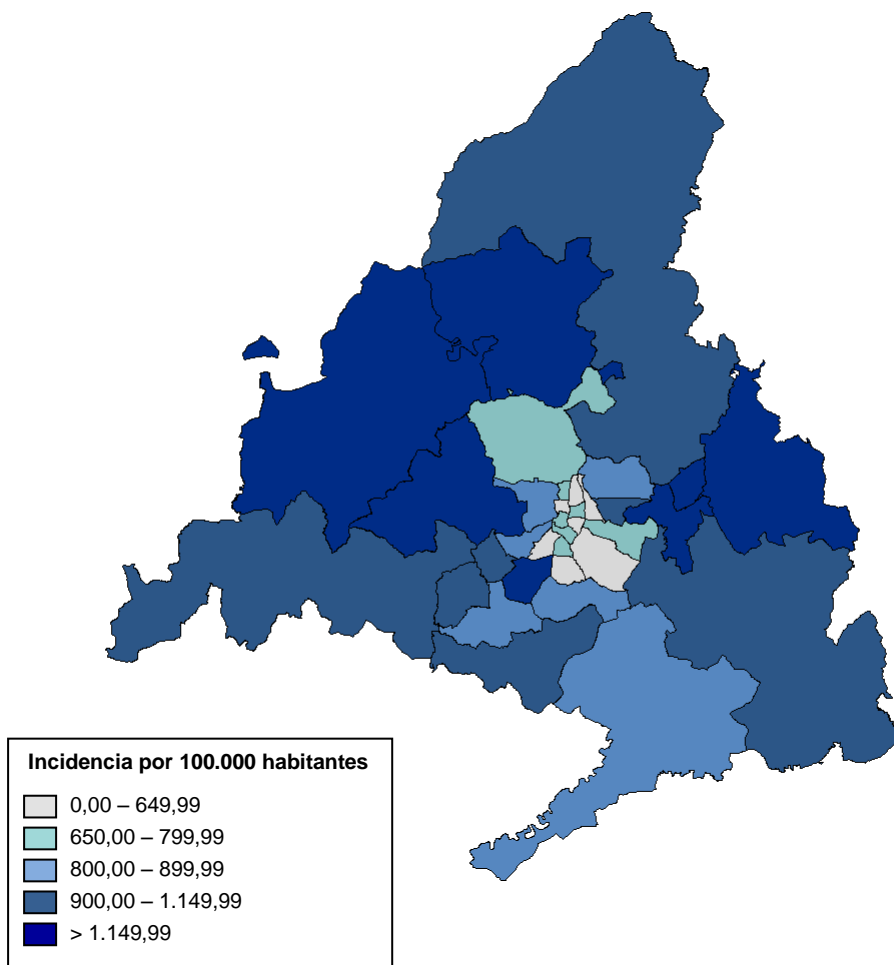
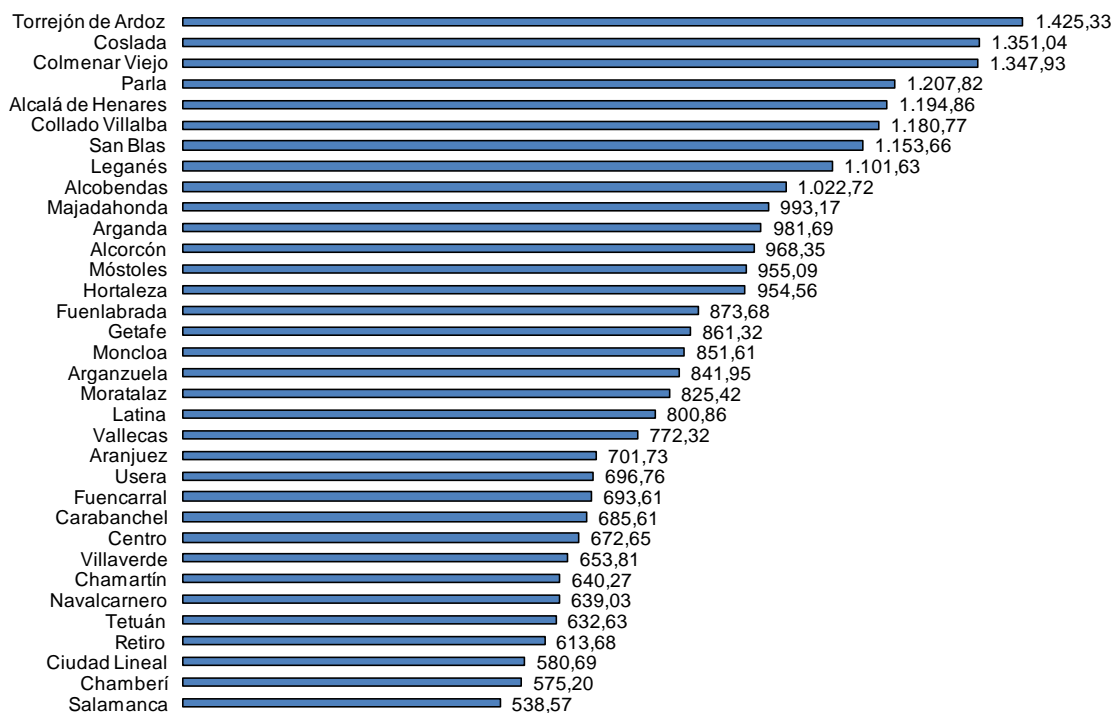


Gráfico 4. Gripe: número de casos semanales. Comunidad de Madrid. 2003-2013.



**Mapa 1.- Gripe. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**



3.3.2.- Legionelosis

En el año 2013 se notificaron 76 casos de legionelosis, 39 casos menos que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,17 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Fuenlabrada (4,96 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (4,62 casos por 100.000 habitantes) y Centro (3,69 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 2).

El 73,7% de los casos se produjo en varones. La edad media fue de 63,9 años. Se disponía de información sobre el país de origen en el 98,6% de los casos, de los cuales el 90,8% eran españoles.

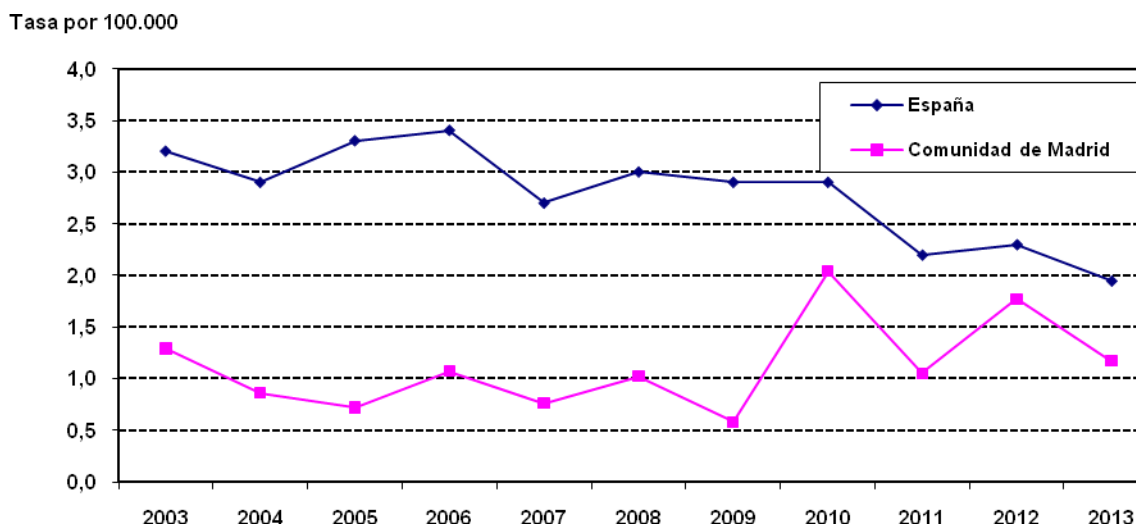
Todos los casos se clasificaron como confirmados, de los cuales 3 (3,9%) se confirmaron por seroconversión, 1 (1,3%) por el aislamiento de *Legionella* en secreciones y 75 (98,6%) por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina. Un caso se confirmó por seroconversión y antigenuria y un caso se confirmó por las tres técnicas.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (44,7%), tener diabetes mellitus (26,3%), padecer una enfermedad pulmonar crónica (25,0%), padecer una nefropatía (15,8%), estar en tratamiento con corticoides (14,5%), padecer una inmunodepresión (11,8%) y padecer un cáncer (9,6%).

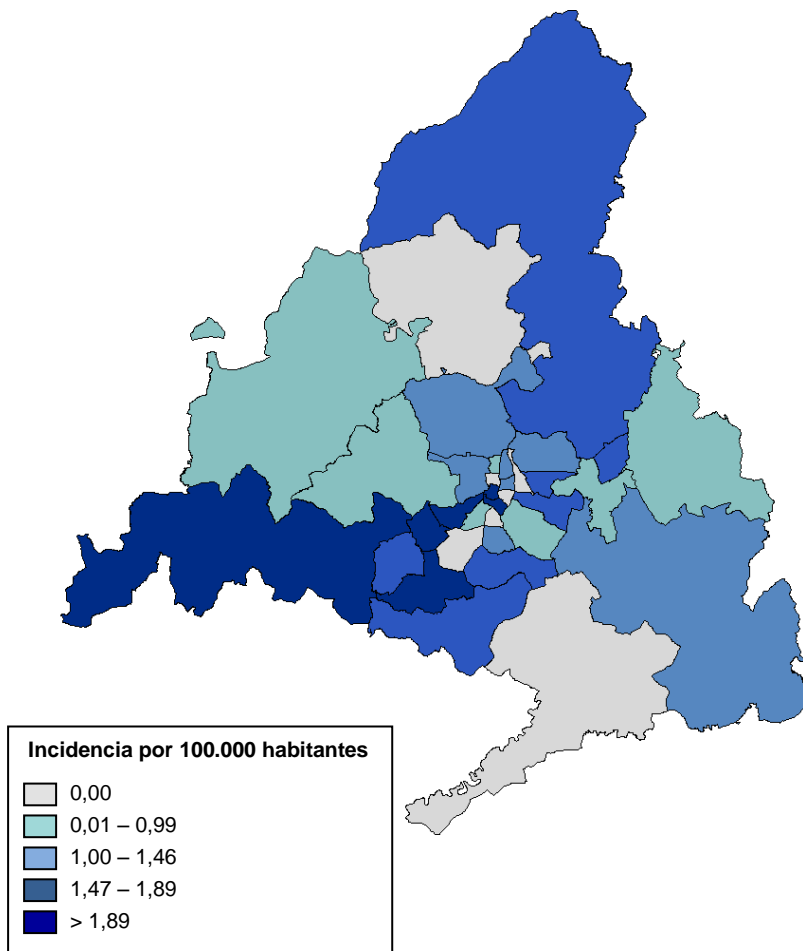
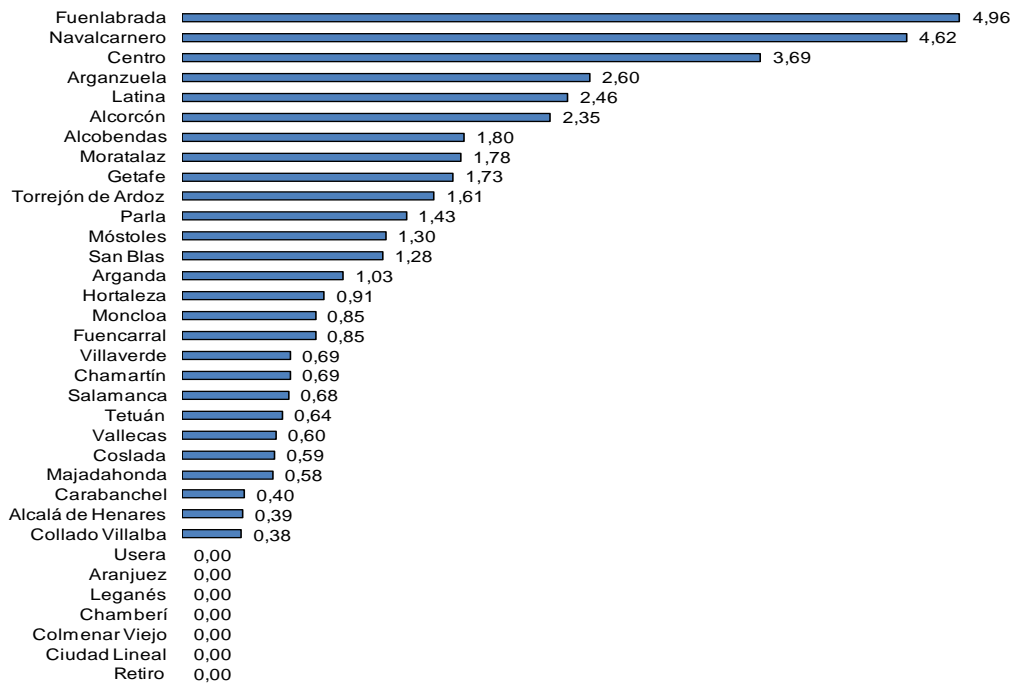
Se produjo el fallecimiento de 4 casos (5,3%). Se trataba de 3 hombres y 1 mujer, de edades comprendidas entre los 68 y 88 años, todos ellos con al menos un factor predisponente.

74 casos (97,3%) fueron esporádicos y dos casos (2,7%) tuvieron una proximidad en sus domicilios, pero no se consideraron como asociados a un brote. En 14 casos (18,4%) había antecedente de viajes en los últimos 10 días, pero ninguno de ellos 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.

Gráfico 5. Legionelosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



Mapa 2.- Legionela. Tasas de incidencia por distrito. Comunidad de Madrid. Año 2013.



Además de estos 76 casos notificados en la CM, en 2013 se notificaron **20 casos de legionelosis con antecedente de viaje en los que se consideró que el riesgo se había localizado fuera de la CM**, por lo que no se consideran al contabilizar la incidencia de la CM. Eran 12 hombres (60,0%) y 8 mujeres (40,0%), con edades comprendidas entre 39 y 86 años y una media de 64,65 años (desviación típica: 6,5). Se clasificaron 2 casos (20,0%) como sospechosos y 18 casos (90,0%) como confirmados, de los que ninguno se confirmó por seroconversión, dos (10,0%) se confirmaron por el aislamiento de *Legionella* en secreciones y 18 (90,0%) por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina. En 19 casos (95,0%) el riesgo estuvo localizado en otras comunidades autónomas y en un caso (5,0%) el riesgo estuvo localizado fuera del territorio nacional. Dieciséis casos (80,0%) se consideraron esporádicos, de ellos tres casos (15,0%) relacionados con balnearios, y cuatro casos (20,0%) se consideraron asociados a un brote relacionado con un centro de ocio en Cantabria.

3.3.3.- Varicela

Durante el año 2013 se notificaron 5.673 casos de varicela, 608 casos menos que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 87,34 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Moratalaz (189,12 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (127,62 casos por 100.000 habitantes) y Arganda (123,23 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 3).

La TI en la CM ha ido disminuyendo desde 2007, mientras que en España se mantiene relativamente estable, siendo en el año 2013 de 305,04 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6). Desde el año 2010 ya no se observa el patrón estacional característico de años anteriores (Gráfico 7).

El 97,0% de los casos fueron notificados desde atención primaria.

Gráfico 6. Varicela: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.

Tasa por 100.000



**Mapa 3.- Varicela. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**

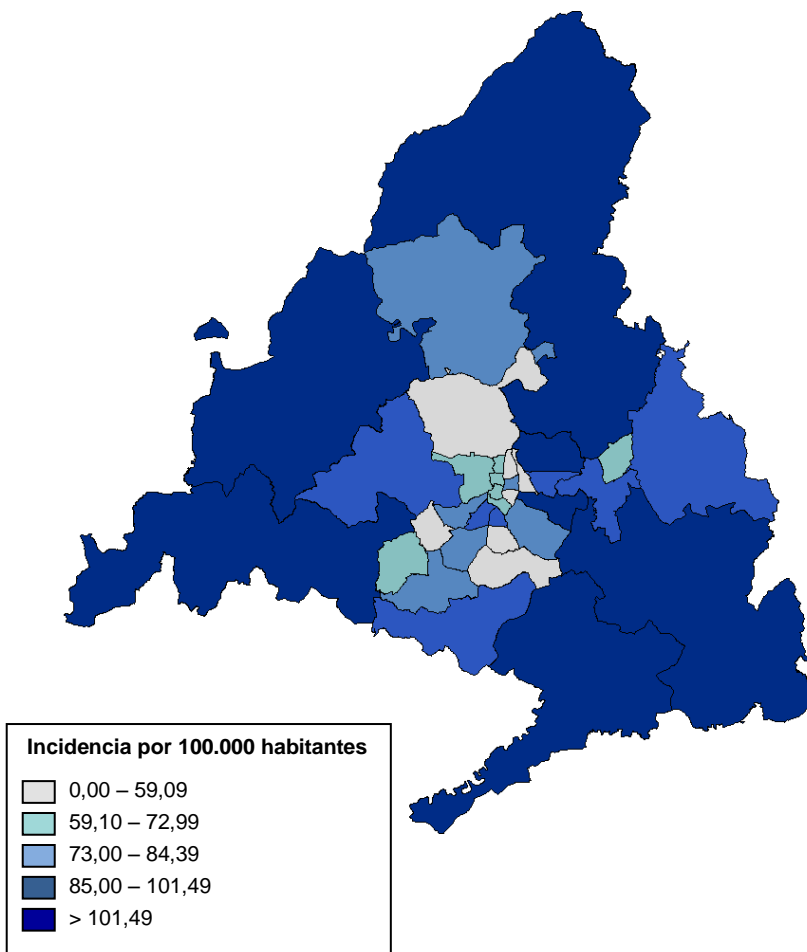
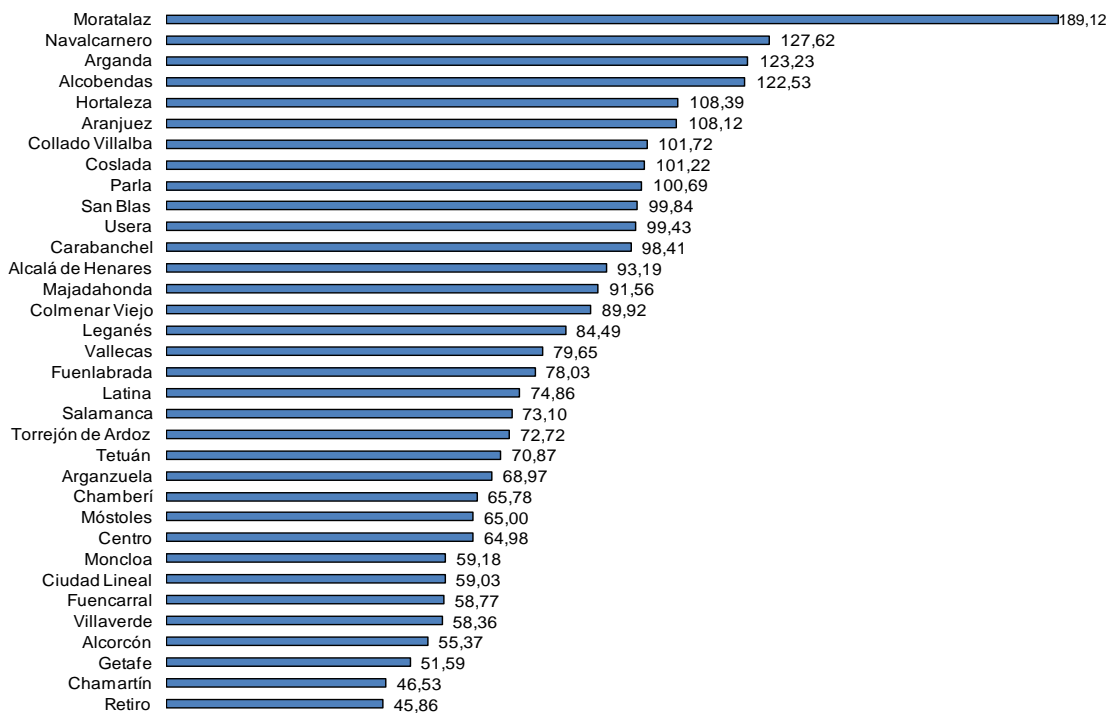
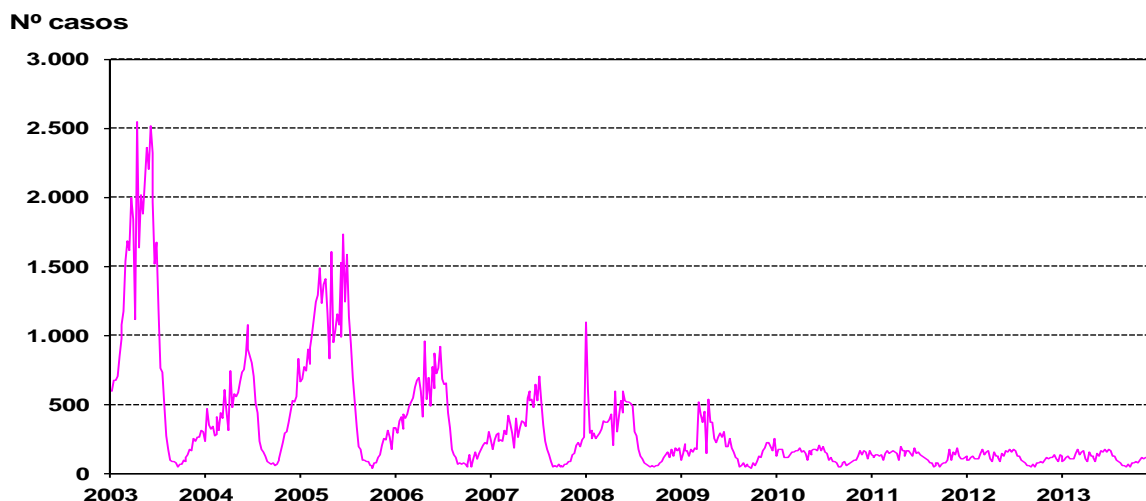


Gráfico 7. Varicela: número de casos semanales. Comunidad de Madrid. 2003-2013.



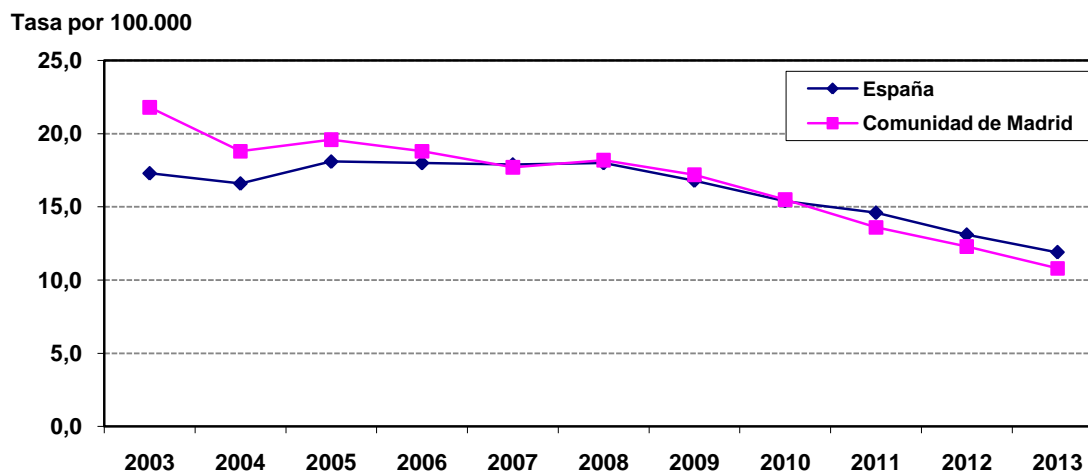
3.4.- TUBERCULOSIS

Durante el año 2013 se notificaron 698 casos de tuberculosis, 103 casos menos que en 2012, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 10,75 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Usera (21,36 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (19,45 casos por 100.000 habitantes) y Móstoles (16,47 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 4).

La localización anatómica más frecuente ha sido la pulmonar (66,0%), siendo la TI de tuberculosis pulmonar de 7,1 casos por 100.000 habitantes y la TI de tuberculosis bacilífera de 3,2 casos por 100.000 habitantes.

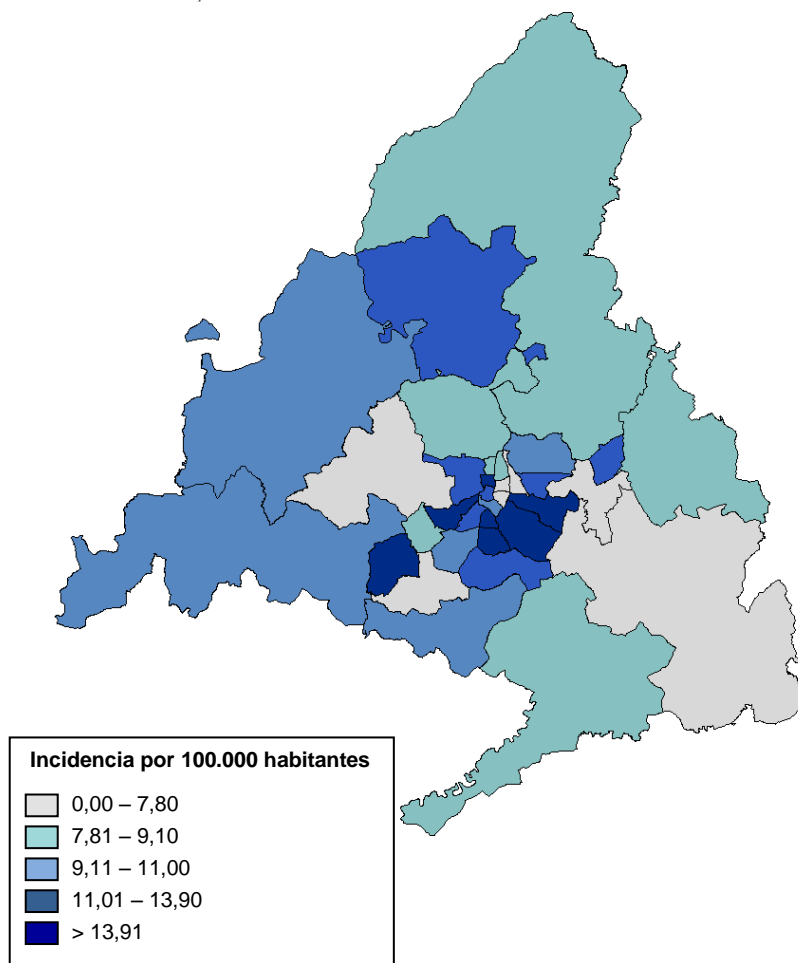
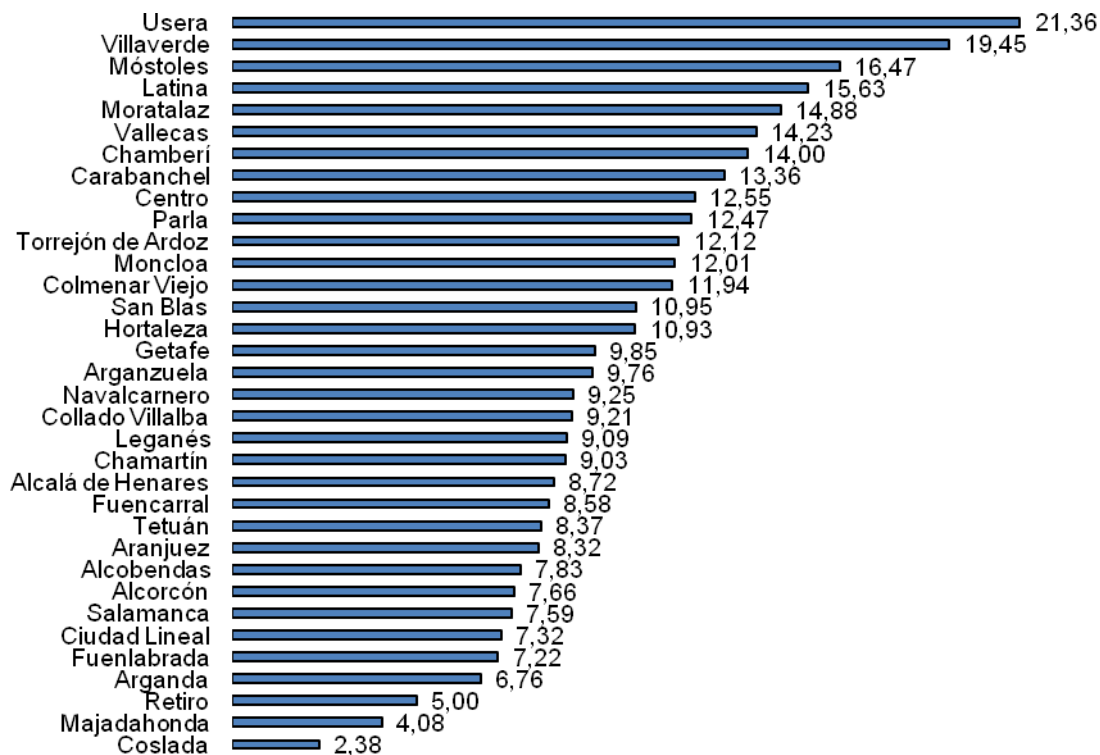
En el informe “Registro Regional de casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, año 2013” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Septiembre 2014. Volumen 20. Nº 9) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Gráfico 8. Tuberculosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



A nivel estatal 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 2013.**



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 CM, 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

En el año 2013 se han registrado en la CM 41 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una incidencia de 0,63 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Usera (2,20 casos por 100.000 habitantes), Móstoles (2,16 casos por 100.000 habitantes) y Parla (1,91 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 5).

Se ha notificado el fallecimiento de 5 pacientes, por lo que la letalidad ha sido del 12,2% y la mortalidad de un 0,08 por 100.000 habitantes.

De los 41 casos de enfermedad meningocócica registrados, 37 (90,2%) se han confirmado (0,57 por 100.000) y el resto han sido sospechas clínicas (0,06 por 100.000). El serogrupo B ha producido el 73,0% de los casos confirmados, suponiendo una incidencia de 0,42 y el serogrupo C el 5,4%, con una incidencia de 0,03. También se ha notificado un caso por serogrupo W135 y otro por serogrupo Y. Este año en el 13,5% de los casos confirmados no se ha determinado el serogrupo.

En la distribución por sexo la enfermedad ha sido más frecuente en mujeres tanto a nivel global (53,7%), como en los casos confirmados (54,1%) y en igual proporción en las sospechas clínicas (50,0%). Sin embargo en la enfermedad por serogrupo B la incidencia ha sido ligeramente superior en varones (razón de tasas 1,33).

La enfermedad meningocócica afecta sobre todo a los menores de 5 años, que representan el 41,4% de los casos. La mayor incidencia se observa en los menores de un año (TI: 10,37 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (TI: 3,40 casos por 100.000 habitantes).

Las formas clínicas de presentación han sido: sepsis en el 41,5%, meningitis en el 29,3%, meningitis más sepsis en el 22,0% y meningococemia en el 7,3%. Esta distribución difiere ligeramente para los principales serogrupos, así en los casos debidos al serogrupo B se observó un predominio de sepsis (40,7%) y en los casos debidos a serogrupo C hubo un caso de sepsis y un caso de meningitis. Sin embargo en los casos sin agrupar y en los de sospecha clínica hubo un predominio de meningitis.

La evolución de la enfermedad meningocócica ha sido favorable en el 82,9% de los casos. Cinco pacientes han fallecido (letalidad del 12,2%) y dos han presentado secuelas (4,9%). Las secuelas registradas han sido amputación de miembro superior izquierdo e hipoacusia.

En el año 2013 no se ha registrado ningún caso asociado de enfermedad meningocócica, ni casos coprimarios ni secundarios.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2013” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Enero 2014. Volumen 20. Nº 1) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 5.- Enfermedad meningocócica. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2013.

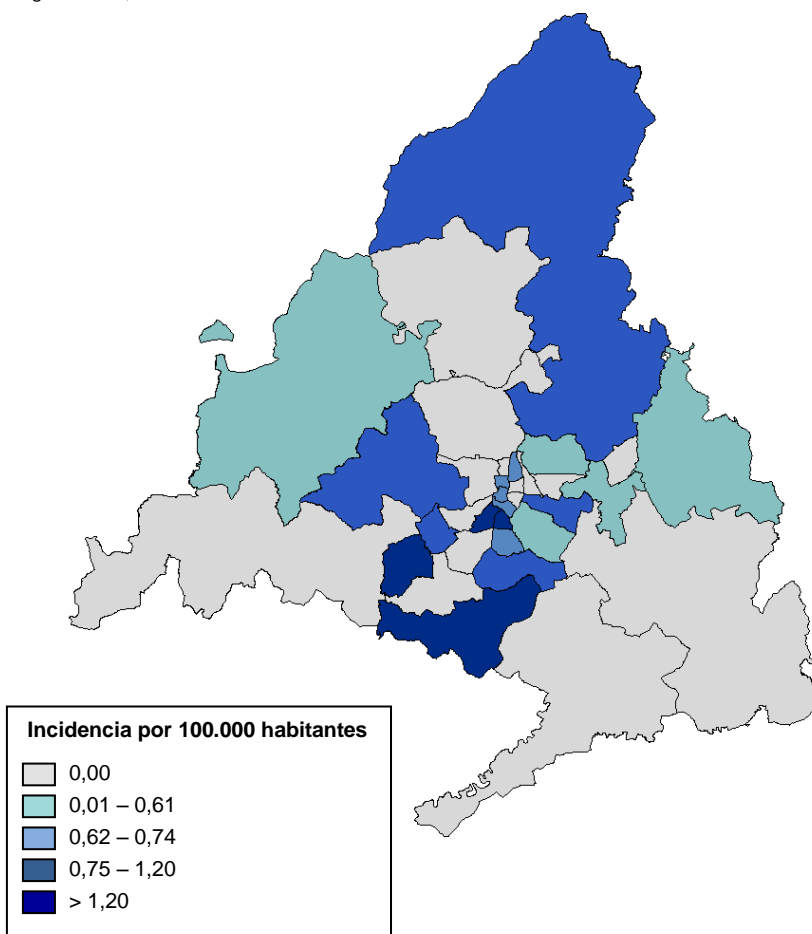
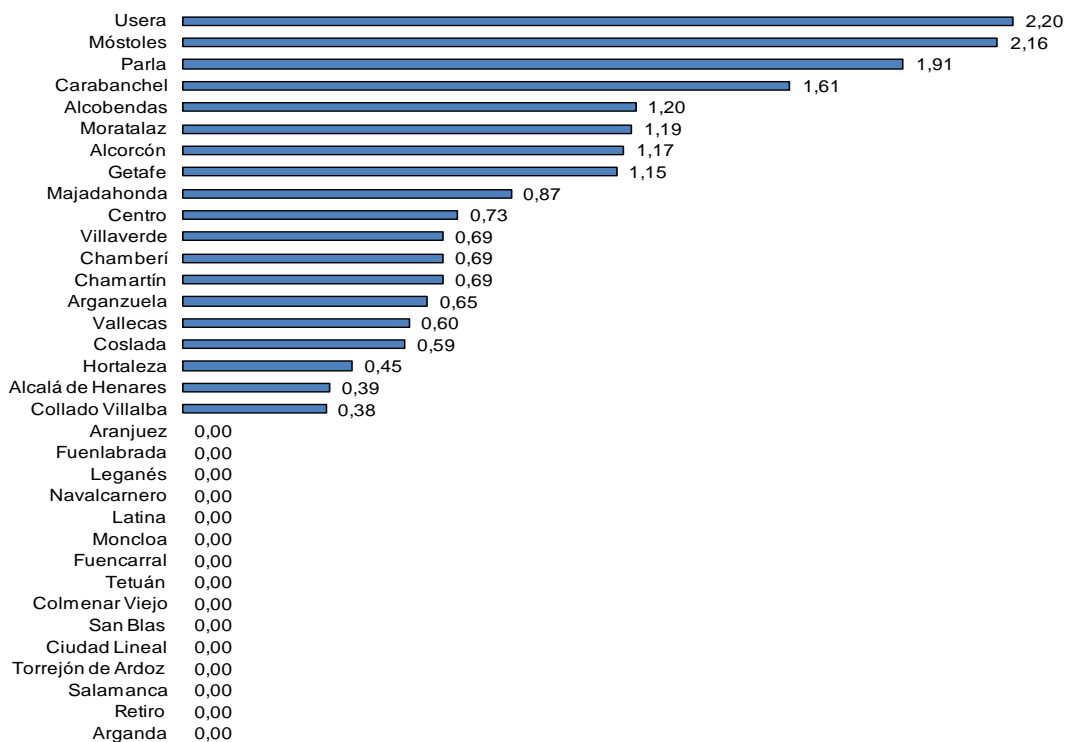
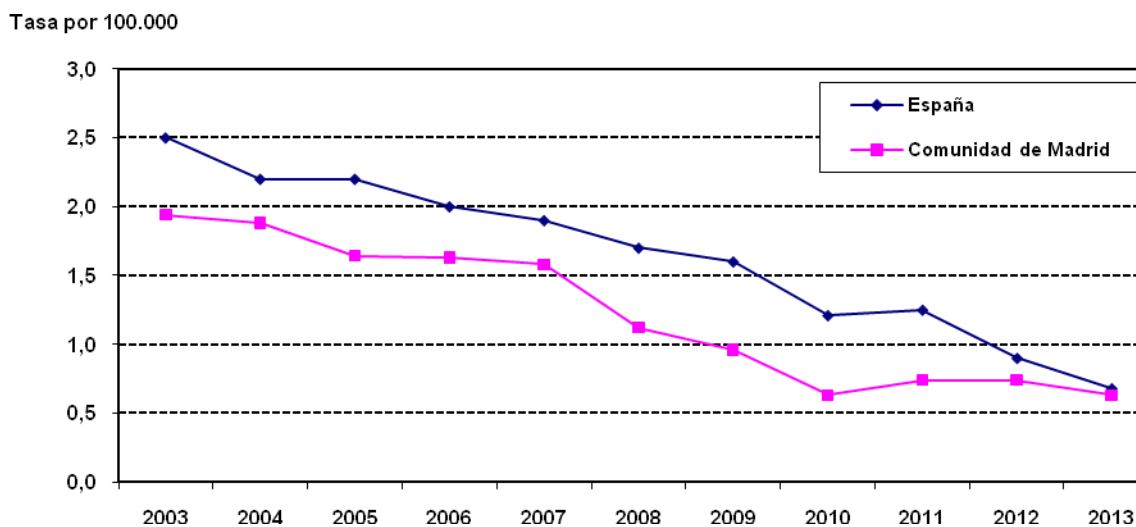


Gráfico 9. Enfermedad meningocócica: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



3.5.2.- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

En el año 2013 se han registrado en la CM 15 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, con inicio de síntomas en el 2013, lo que supone una incidencia de 0,23 casos por 100.000 habitantes.

Se han presentado 8 casos en mujeres (53,3%) con una incidencia de 0,23 y 7 casos en varones (46,7%) con una incidencia de 0,22 (tabla 2).

La media de edad de los casos ha sido de 48,6 años. El 13,3% de los casos eran menores de 5 años, siendo el 80,0% mayores de 45 años. La mayor incidencia se presenta en el grupo de menores de 5 años (TI: 0,68 casos por 100.000 habitantes), seguido por los mayores de 64 años (TI: 0,49 casos por 100.000 habitantes).

Todos los casos han sido confirmados mediante aislamiento microbiológico. En cuatro se ha identificado *Haemophilus influenzae* tipo b (TI: 0,06 casos por 100.000 habitantes), en once *Haemophilus influenzae* no capsulados (no tipables)

La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* se ha presentado en forma clínica de neumonía bacteriémica en siete casos (46,7%), meningitis en tres casos (20,0%), sepsis en cuatro casos (26,7%), y el restante en la forma de meningitis más sepsis (6,7%).

Se conoce la evolución en todos los casos, habiendo fallecido uno de ellos (letalidad 6,7%). El fallecido por *Haemophilus influenzae* tipo b era un paciente de 74 años con antecedente de patología cardiovascular, el resto de los casos evolucionó a la curación sin secuelas.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2013” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Enero 2014. Volumen 20. Nº 1) 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. 2003-2013.



3.5.3.- Otras meningitis bacterianas

En el año 2013 se han notificado 51 casos de otras meningitis bacterianas, con inicio de síntomas en el mismo año, lo que supone una incidencia de 0,78 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Leganés (4,27 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (3,15 casos por 100.000 habitantes) y Alcorcón (2,35 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6).

En este grupo de meningitis se observa una incidencia superior en varones tanto a nivel global (0,83 vs 0,74), como para las meningitis por *Listeria monocytogenes* (0,15 vs 0,10).

Se han presentado 14 casos en menores de 5 años (27,4%), siendo el 57,1% de ellos confirmados. Los patógenos identificados han sido: *Streptococcus agalactiae* (3 casos) y un caso en: *E. coli*, *Streptococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus gallolyticus* y *Pasteurella M*. La media de edad para los casos debidos a *Listeria monocytogenes* ha sido de 64,4 años, con la mayor incidencia en los mayores de 64 años (0,98).

Se conoce la evolución en el 98,1% de los casos. Se ha notificado el fallecimiento de seis pacientes, lo que supone una letalidad del 11,8% y una mortalidad de un 0,09 por 100.000 habitantes para este grupo de enfermedades. Los pacientes fallecidos presentaban meningitis por *Listeria monocytogenes* en cuatro casos (letalidad del 23,5%), Bacilos Gram (-) en un caso, y otro es sospechoso/probable sin confirmación de agente causal.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2013” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Enero 2014. Volumen 20. Nº 1) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 6.- Otras meningitis bacterianas. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2013.

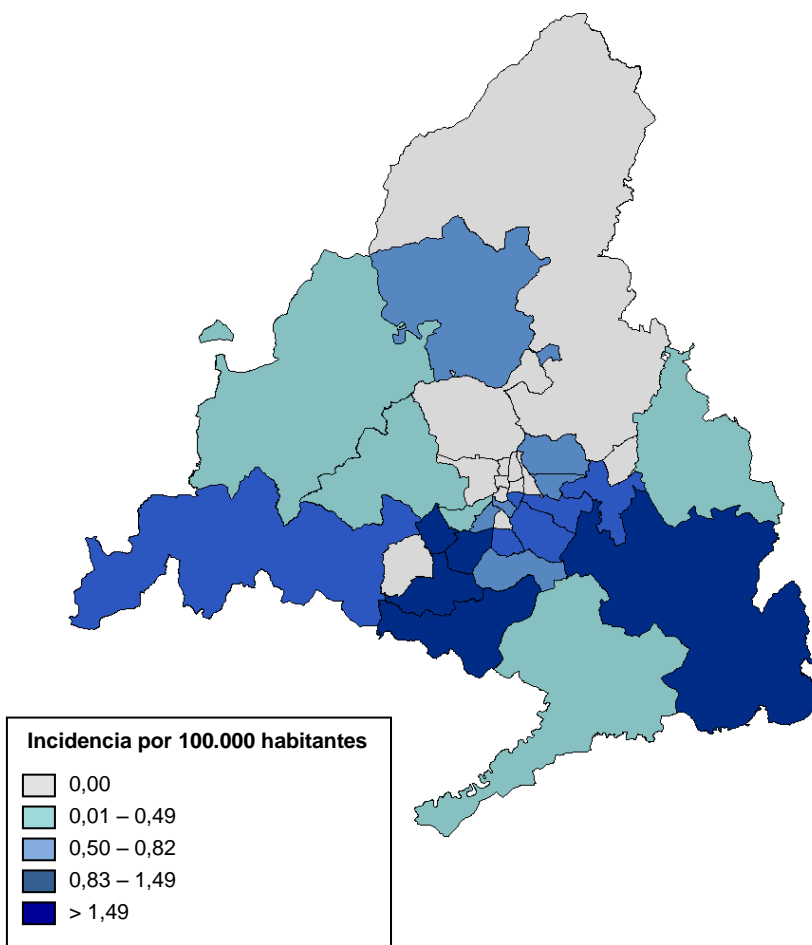
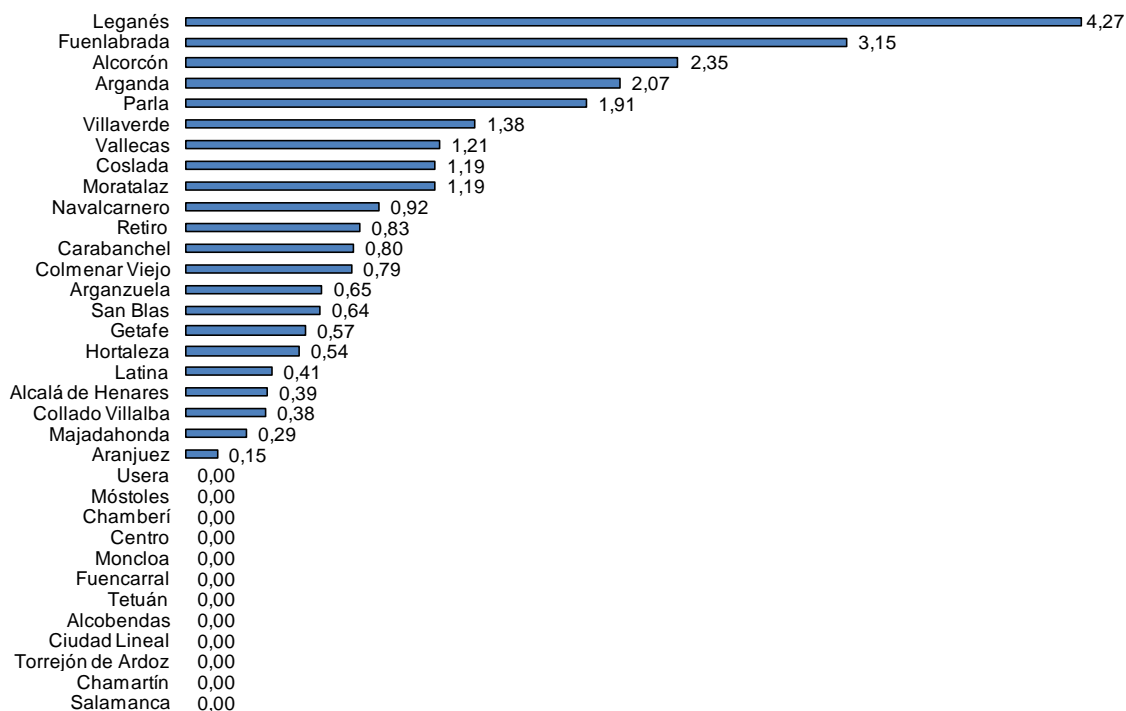


Gráfico 11. Otras meningitis bacterianas: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2003-2013.

Tasa por 100.000



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 2013 en la CM se han registrado 248 casos de meningitis vírica, con inicio de síntomas en el 2013, lo que supone una incidencia de 3,81 casos por 100.000 habitantes. Este año no se ha registrado ningún fallecimiento por esta causa.

Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Alcorcón (17,08 casos por 100.000 habitantes), Leganés (13,36 casos por 100.000 habitantes) y Fuenlabrada (12,17 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 7).

La mayoría de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas (73,0%), confirmándose 67 casos (27,0%). Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (53 casos), virus Herpes simple (7 casos), virus Varicela-zoster (4 casos), virus Echo (2 caso), virus de la Parotiditis epidémica (2 casos), virus Epstein Barr (1 caso) y Citomegalovirus (1 caso).

La meningitis vírica muestra un predominio masculino (56,9%), con una incidencia en varones de 4,51 casos por 100.000 y de 3,17 casos por 100.000 en mujeres.

Se conoce la evolución en el 98,0% de los pacientes. No se ha registrado el fallecimiento de ningún paciente (letalidad 0,0%). Siete pacientes han presentado secuelas, uno de ellos debido a virus Herpes Simple, otro por Enterovirus no polio y los 5 restantes eran sospechas clínicas. Las secuelas registradas han sido: epilepsia, isquemia cerebral y bradipsiquia.

En el año 2013 se han notificado 10 casos asociados pertenecientes a 5 agrupaciones de casos, todas ellas en el ámbito familiar. En todas estas agrupaciones se ha confirmado el agente causal, que ha sido virus Echo en una de ellas y Enterovirus no polio en el resto.

En el informe de “Infecciones que causan meningitis. Comunidad de Madrid, año 2013” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Enero 2014. Volumen 20. Nº 1) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

**Mapa 7.- Meningitis víricas. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**

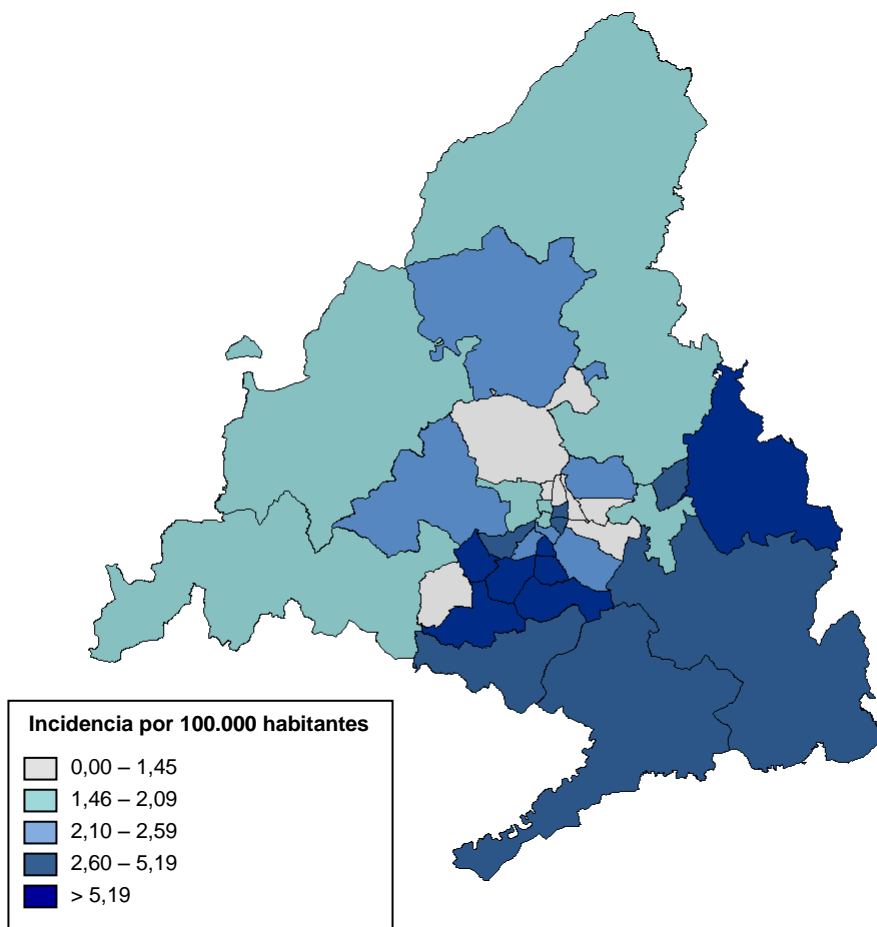
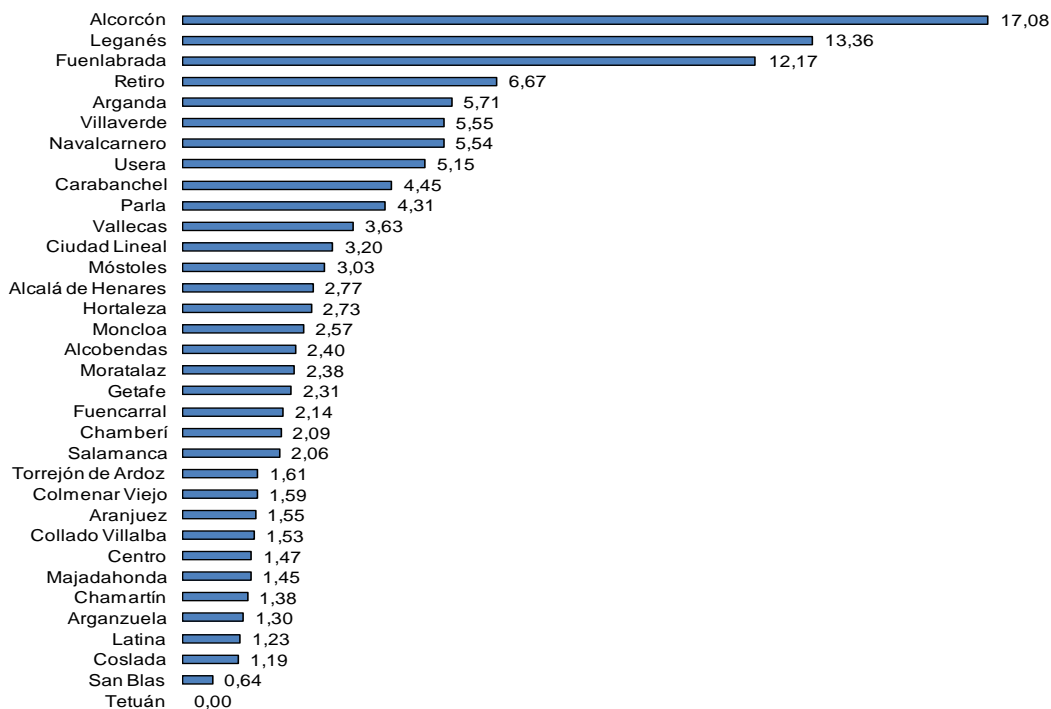


Gráfico 12. Meningitis víricas: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2003-2013.



3.5.5.- Enfermedad neumocócica invasora

En el año 2013 se notificaron en la CM 399 casos de enfermedad neumocócica invasora con inicio de síntomas en 2013, 30 casos menos que en 2012. La TI fue de 6,14 casos por 100.000 habitantes.

Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Villaverde (14,59 casos por 100.000 habitantes), Aranjuez (10,91 casos por 100.000 habitantes) y San Blas (10,30 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 8).

El 58,4% de los casos eran hombres, y los grupos de edad más afectados fueron los menores de 5 años (15,8%) y los mayores de 59 (14,7%). La forma de presentación más frecuente fue la neumonía (50,6%), seguida de la sepsis (17,5%) La letalidad global fue del 14,0%.

Los serotipos más frecuentes fueron 8, 19A, 1 y 22F.

En el informe de “Enfermedad neumocócica invasora. Comunidad de Madrid, 2013” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Marzo 2014. Volumen 20. Nº 3) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad.

Mapa 8.- Enfermedad neumocócica invasora. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2013.

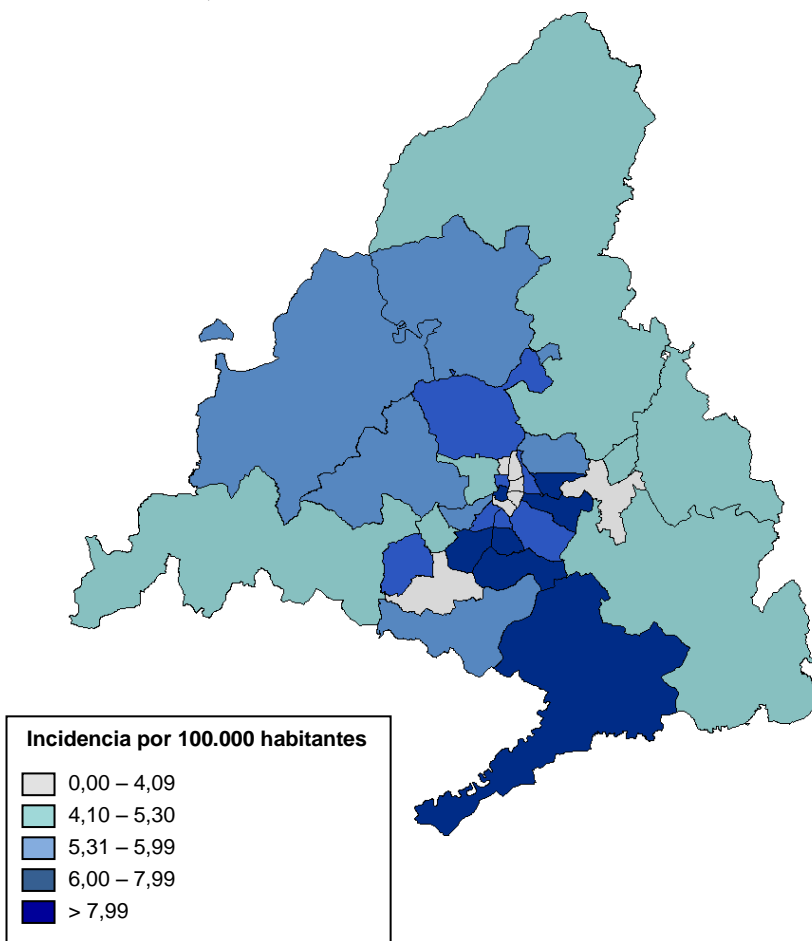
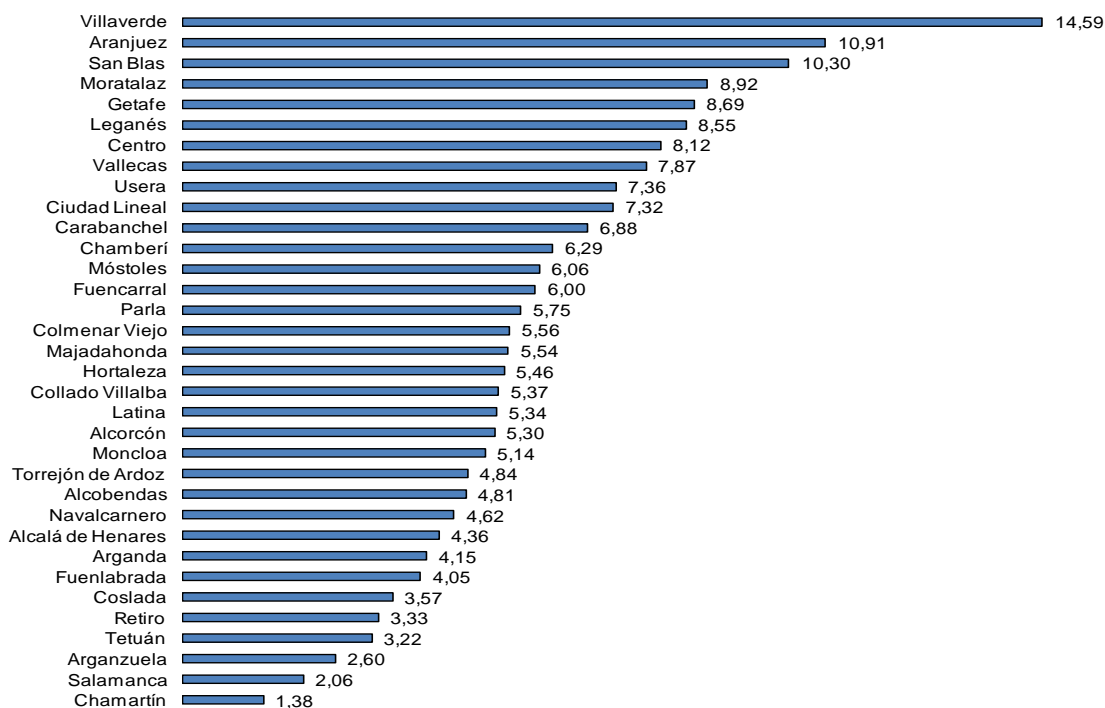
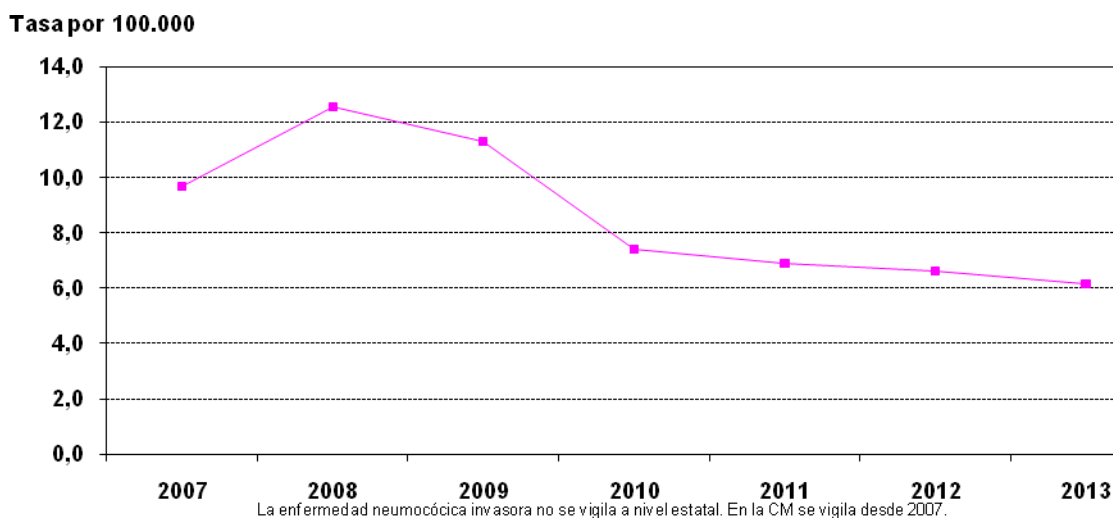


Gráfico 13. Enfermedad neumocócica invasora: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2007-2013.



3.6.- HEPATITIS VÍRICAS

En el año 2013 se notificaron 268 casos de hepatitis víricas, 47 casos más que en el año 2012. El 28,4% fueron hepatitis A, el 27,6% hepatitis B y el 44,0% otras hepatitis víricas.

3.6.1.- Hepatitis A

Durante el año 2013 se notificaron 76 casos de hepatitis A, 6 casos menos que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,17 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Moratalaz (3,57 casos por 100.000 habitantes), Alcorcón y Centro (2,95 casos por 100.000 habitantes) y Parla (2,88 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 9).

El 51,3% de los casos se produjeron en mujeres. La mediana de la edad fue de 26 años, con un rango que oscilaba entre 2 y 67 años, siendo el 73,6% menores de 35 años. La información sobre el país de origen constaba todos los casos, siendo el 67,1% españoles, el 14,5% de Ecuador, el 5,3% de Colombia, el 7,8% de distintos países de sur y Centroamérica y el 1,3% de Marruecos y el 1,3% de Rumanía. En el gráfico 15 se presenta la distribución de los casos por grupos de edad según el país de origen.

El 90,8% de los casos se clasificaron como confirmados. En el 85,5% se detectó Ig M anti VHA y en el 7,9% se realizó diagnóstico microbiológico.

Se disponía información sobre la vacunación en 52 casos (68,4%), de los que sólo 2 estaban vacunados.

En 13 casos (17,1%) constaba el antecedente de viaje o estancia reciente a zonas endémicas de hepatitis A y sólo en uno de ellos constaba la vacunación.

En cuanto al modo de presentación, 26 casos (34,2%) se presentaron asociados a 7 brotes, 5 agrupaciones en el entorno familiar, con 16 afectados, y 2 agrupaciones en el entorno educativo, con 5 afectados.

Gráfico 14. Hepatitis A: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.

Tasa por 100.000

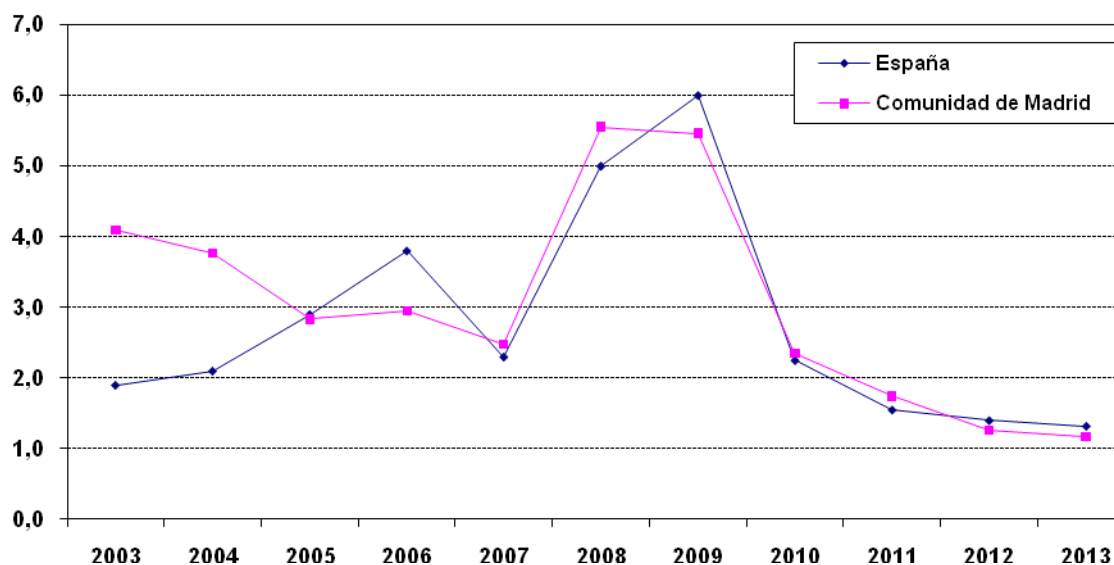
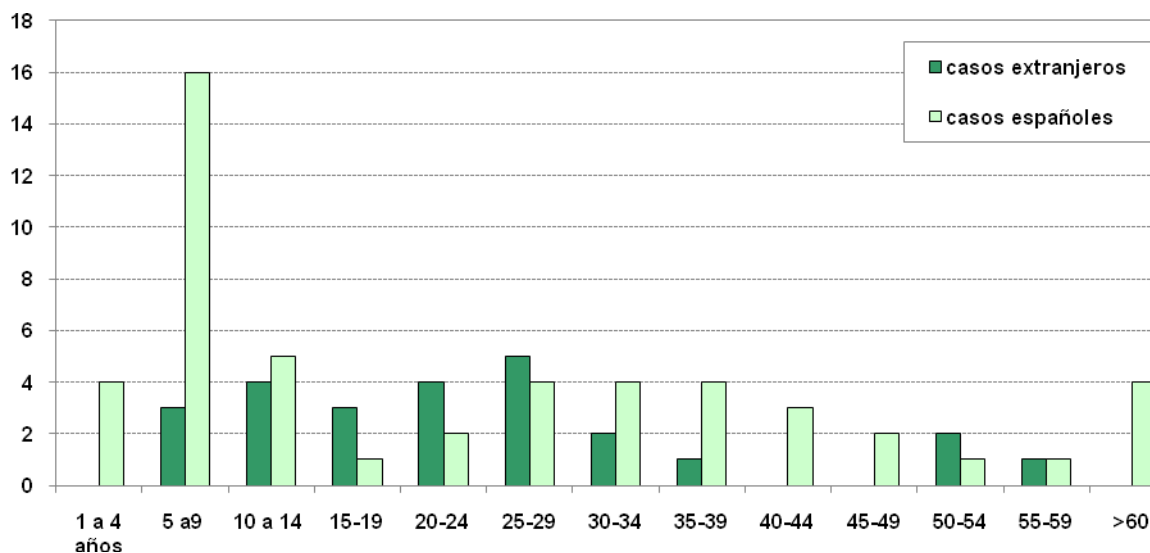
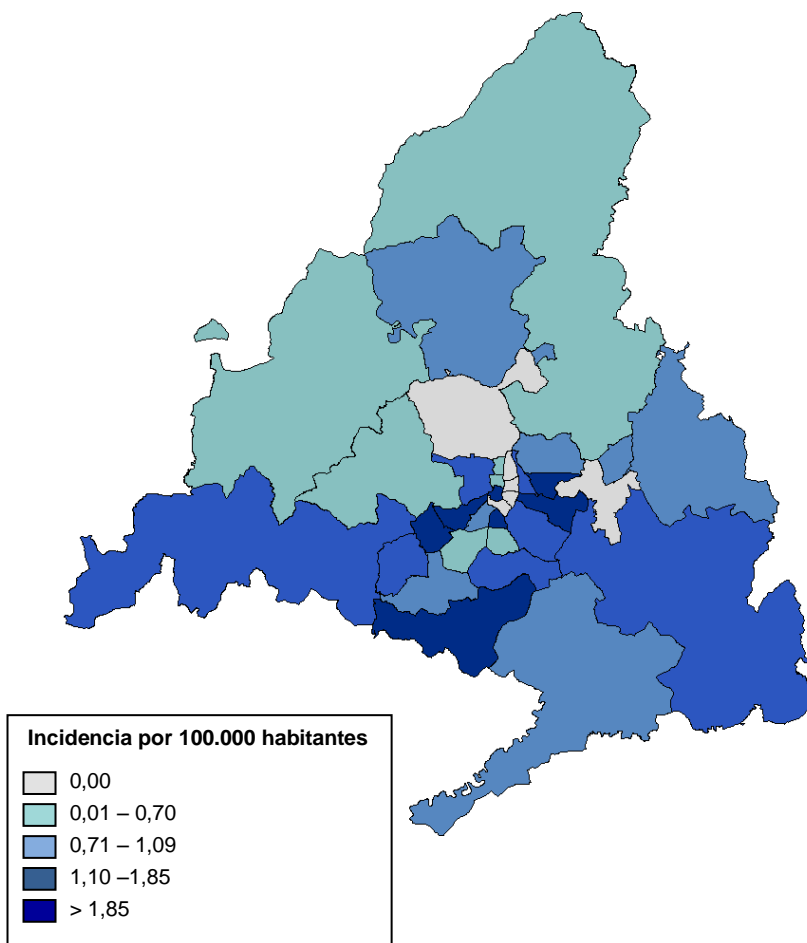
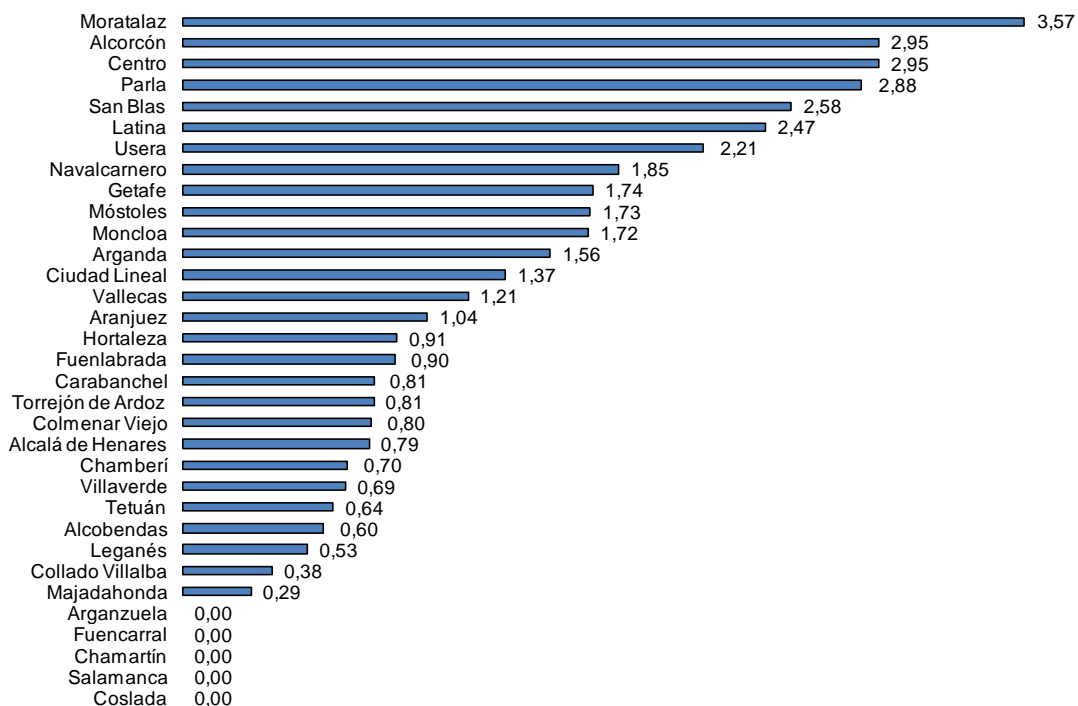


Gráfico 15. Hepatitis A: distribución por grupos de edad según país de origen. Comunidad de Madrid. Año 2013.



**Mapa 9.- Hepatitis A. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**



3.6.2.- Hepatitis B

En 2012 hubo un importante descenso en el número de casos de hepatitis B registrados en las EDO. Tras detectar esa situación en 2013, se investigaron las posibles causas y se comprobó que se trataba de un problema informático asociado a un cambio en los descriptores utilizados en la carga automática de casos de Atención Primaria. A mediados de 2013 se solucionó el problema y, desde entonces, volvió a aumentar el número de casos de hepatitis B registrados.

Para solventar la situación, se han revisado los casos de hepatitis B que quedaron sin aparecer en la descarga automática de hepatitis B de Atención Primaria en el periodo 2010-2013 y se han validado los casos que correspondían al 2013.

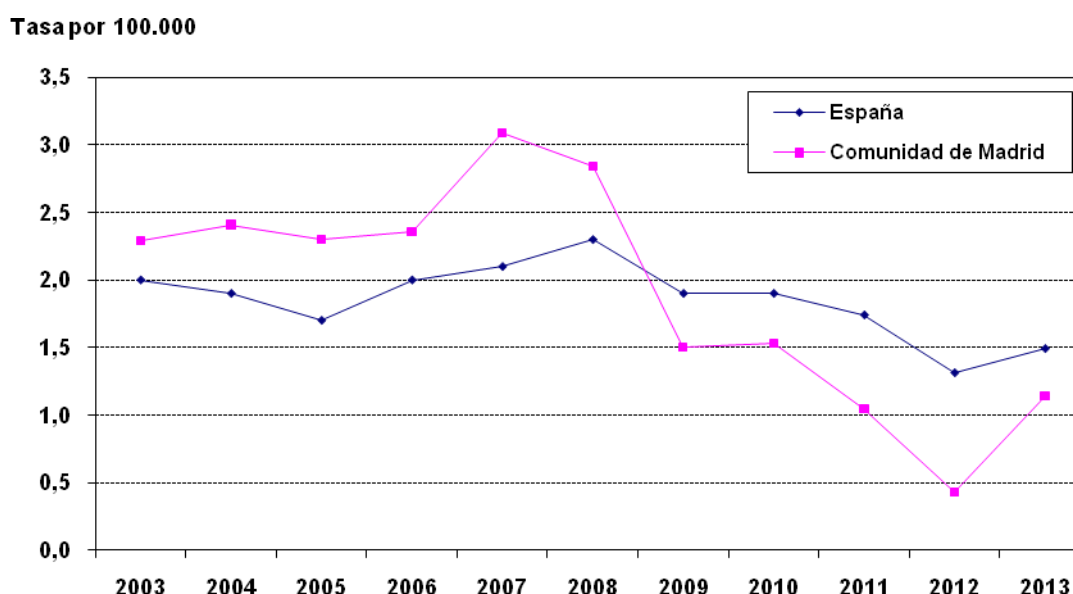
En el año 2013 se notificaron 74 casos de hepatitis B en la CM, 10 casos más que en 2012. La TI fue de 1,14 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Parla (5,27 casos por 100.000 habitantes), Getafe (5,22 casos por 100.000 habitantes) y Coslada (2,98 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 10).

El 71,6% de los casos notificados son hombres. El rango de edad osciló entre 24 y 93 años, con una mediana de 43 años, siendo el 92,9% mayores de 30 años (gráfico 17). El 36,5% de los casos son españoles.

El 75,7% de los casos fueron clasificados como confirmados, el 5,4% como probables y 18,9% como sospechosos. En el 48,6% de los casos se detectó Ig M antiHBc positiva y en el 73,0% HbSAg.

En 6 casos (8,1%) existían antecedentes de contacto sexual de riesgo y en un caso (1,4%) constaba el antecedente de consumo de drogas por vía parenteral. En relación al estado vacunal, dos casos constaban como vacunados, veinticuatro casos como no vacunados y veinticuatro casos como desconocido.

Gráfico 16. Hepatitis B: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



**Mapa 10.- Hepatitis B. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**

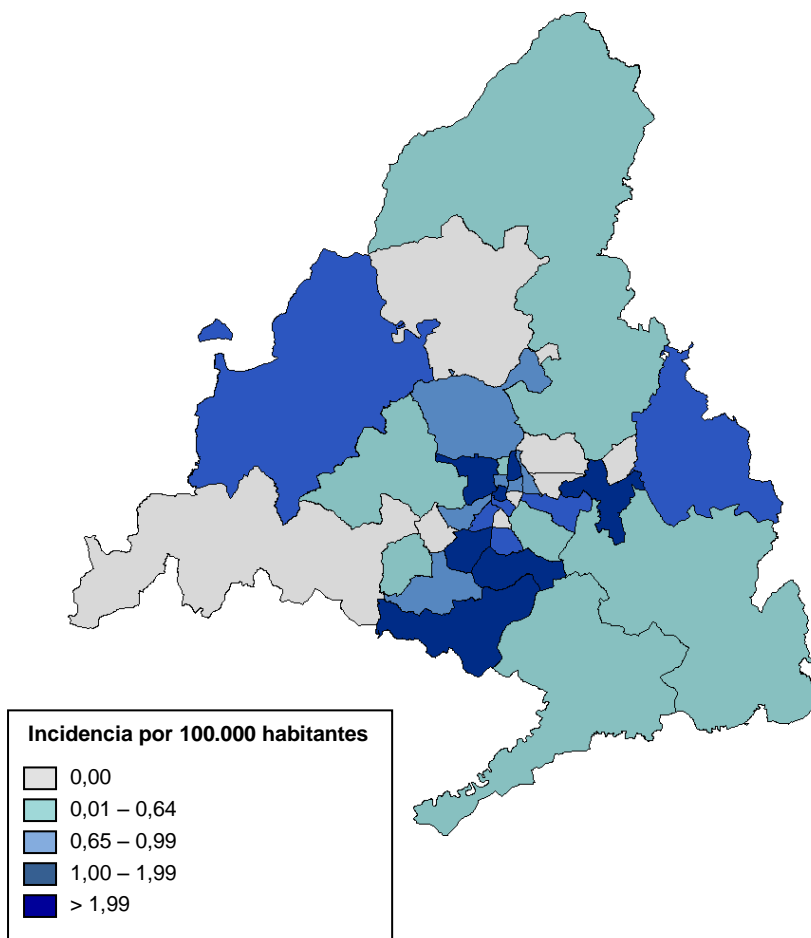
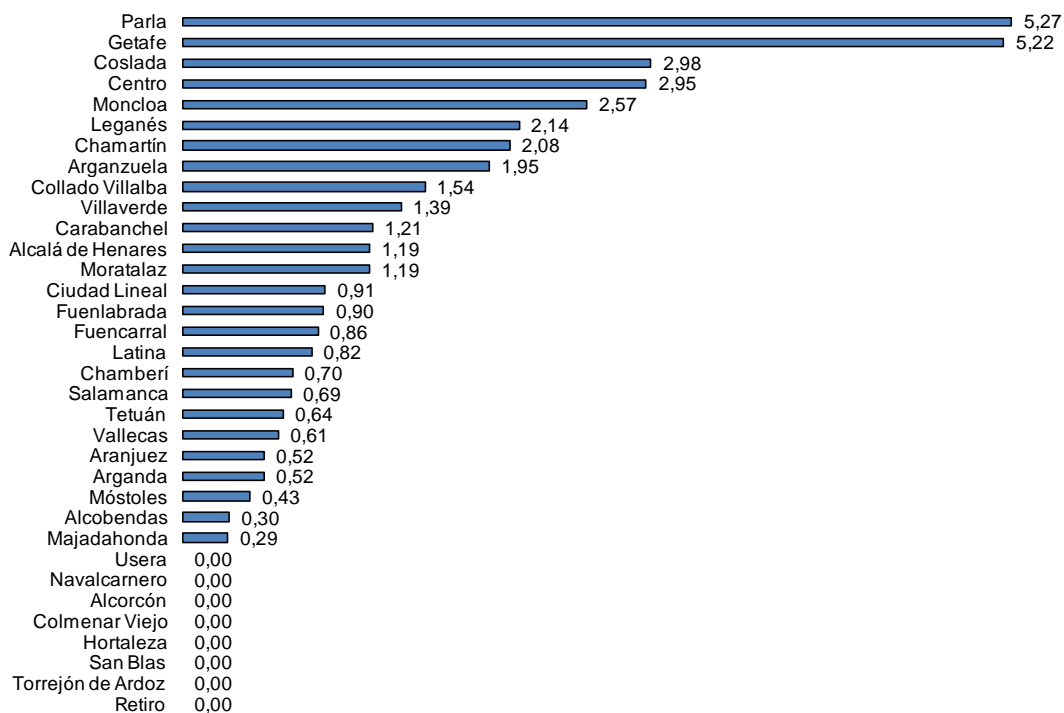
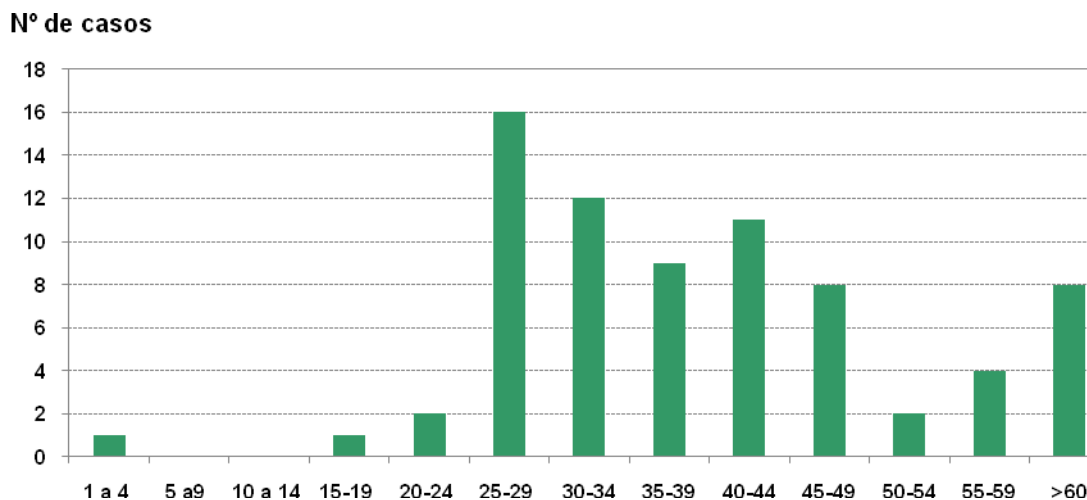


Gráfico 17. Hepatitis B: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2013.



3.6.3.- Otras hepatitis víricas

Durante el año 2013 se notificaron 118 casos de otras hepatitis víricas, 6 casos más que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,81 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Getafe (6,37 casos por 100.000 habitantes), Chamartín (5,55 casos por 100.000 habitantes) y Parla (4,31 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 11).

El 58,0% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 19 y 97 años, con una mediana de 40 años (Gráfico 19). El 77,0% eran españoles.

El 11,0% de los casos se clasificaron como sospechosos, el 3,4% como probables y el 85,6% como confirmados. En cuanto al tipo de hepatitis, el 83,0% de los casos se clasificaron como hepatitis C (98 casos, de los cuales 91,8% son confirmados), el 0,8% como hepatitis delta y el 1,7% como hepatitis E. En el 14,5% 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, 9 casos (9,2%) eran o habían sido consumidores de drogas por vía parenteral y 5 casos (5,2%) presentaban el antecedente de contacto sexual de riesgo.

Mapa 11.- Otras hepatitis víricas. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2013.

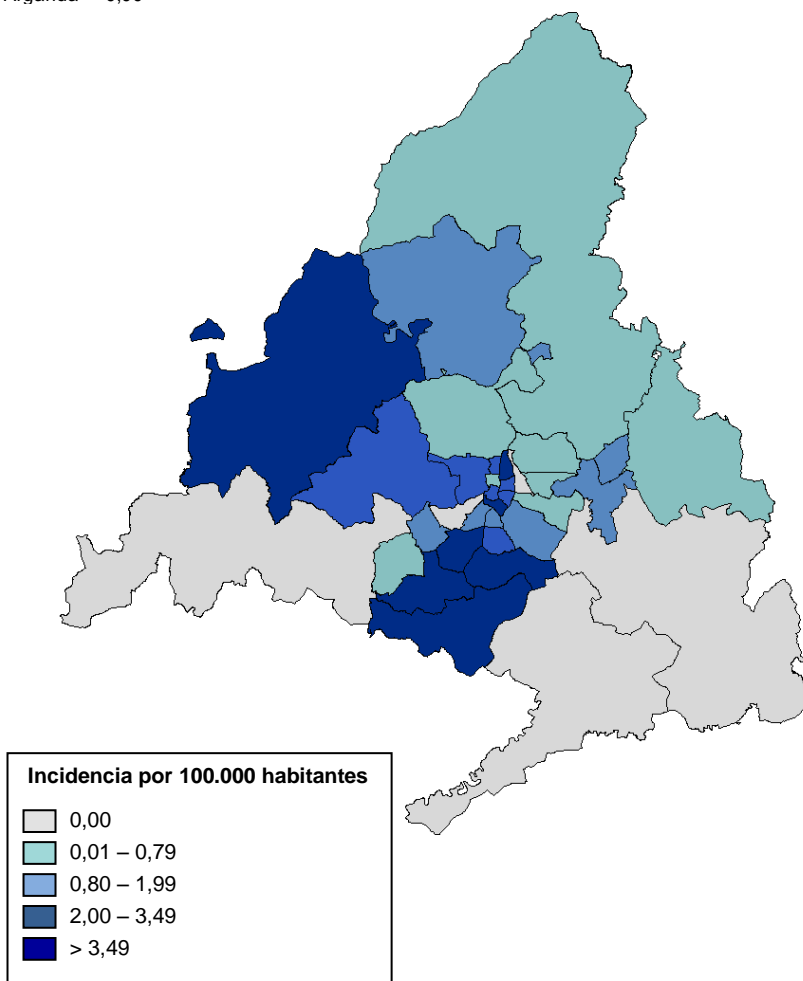
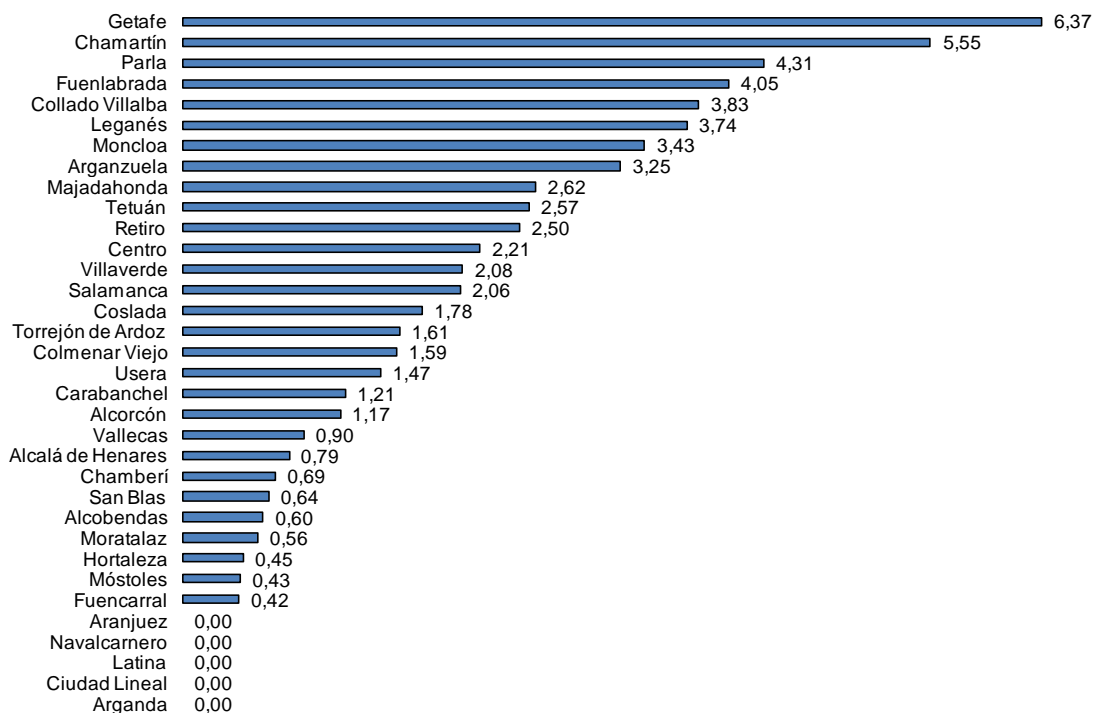
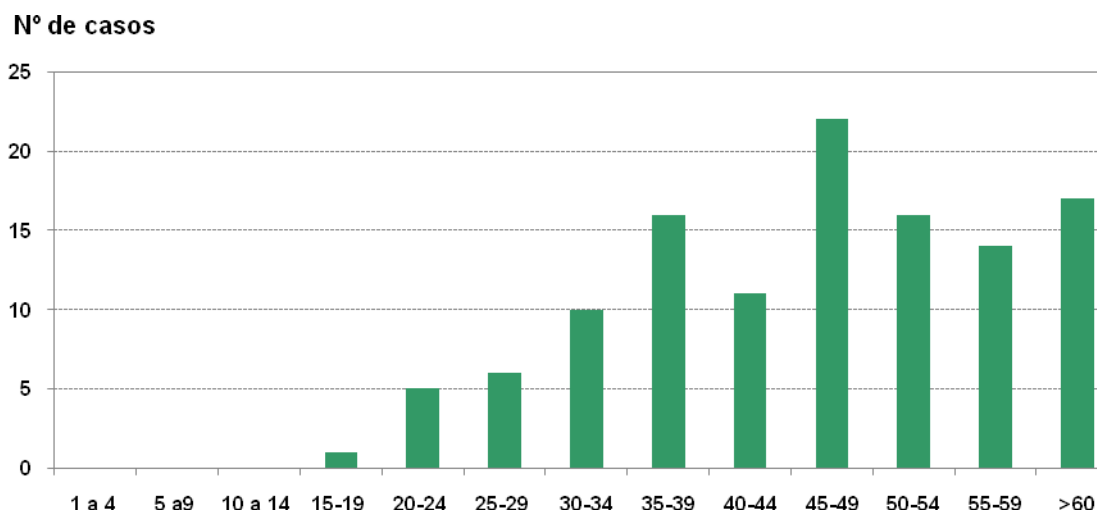


Gráfico 18. Otras hepatitis víricas: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



Gráfico 19. Otras hepatitis víricas: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2013.



3.7.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

3.7.1.- Disentería

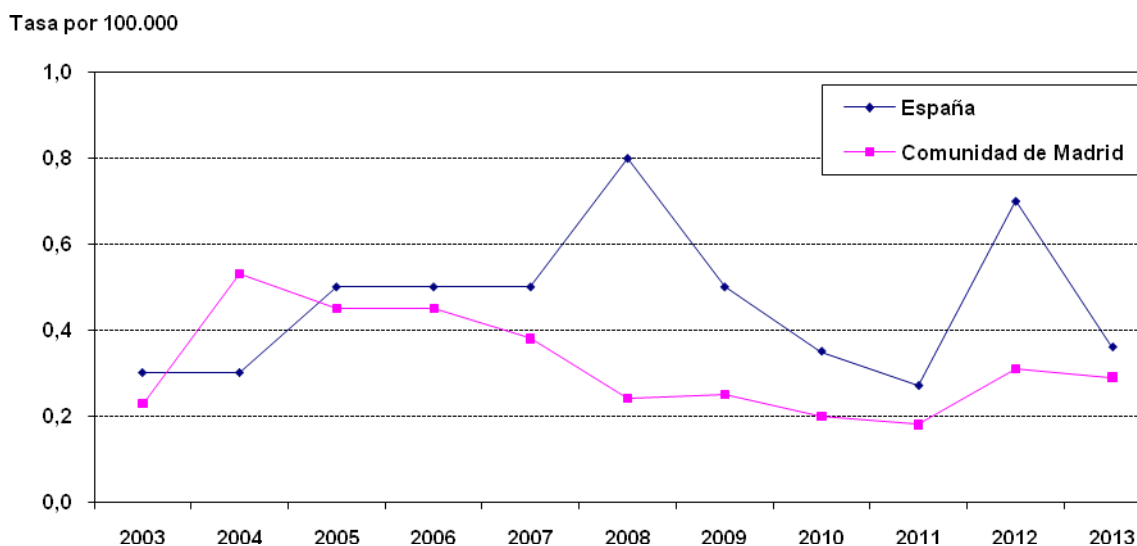
Durante el año 2013 se notificaron 19 casos de disentería, dos casos menos que el año anterior, con una tasa de incidencia acumulada de 0,29 casos por 100.000 habitantes.

El 78,9% de los casos se presentaron en hombres. La mediana de la edad fue de 27 años, con un rango que oscilaba entre 1 y 60 años. El 84,2% de los casos eran españoles. El 84,2% de los casos se clasificaron como confirmados por aislamiento de *Shigella*.

En el 10,5% de los casos constaba el antecedente de viaje fuera de España.

Se notificaron dos brotes de ámbito familiar, uno de ellos con 7 casos asociados y el otro con 2 casos.

Gráfico 20. Disentería: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



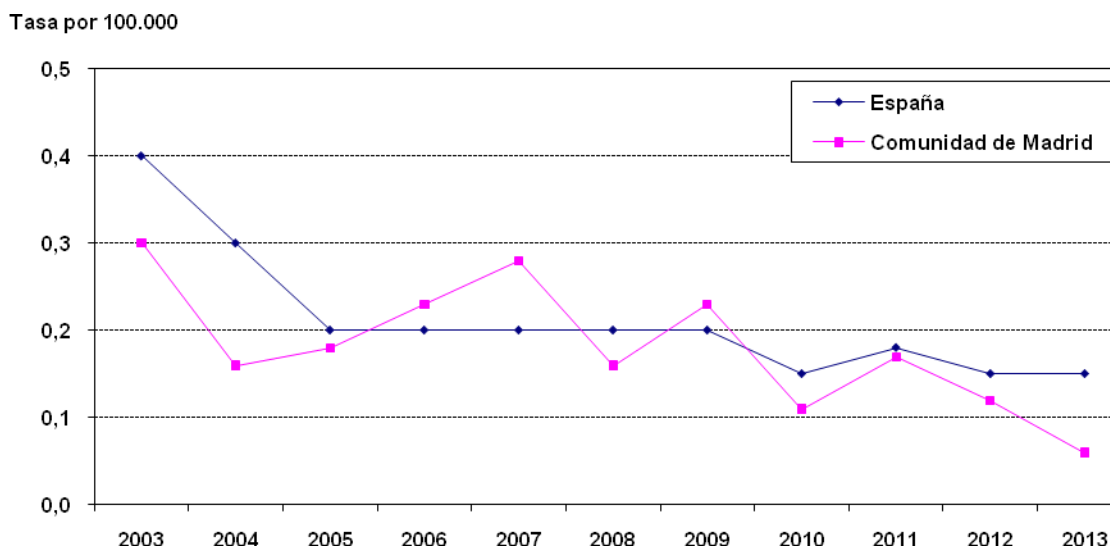
3.7.2.- Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el año 2013 se notificaron sólo 4 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, 4 casos menos que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,06 casos por 100.000 habitantes.

El 50,0% de los casos se produjeron en hombres. La mediana de edad fue de 31 años, con un rango que oscilaba entre 20 y 73 años. El 75,0% eran españoles.

El 75,0% de los casos se clasificaron como confirmados, con confirmación microbiológica. En el 50,0% de casos constaba el antecedente de viaje fuera de España. No se notificó ningún brote durante el año 2013.

Gráfico 21. Fiebre tifoidea: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



3.7.3- Triquinosis

En el año 2013 se notificaron 28 casos de triquinosis, en 2012 no se había notificado ningún caso. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,43 casos por 100.000 habitantes. Todos los casos notificados están relacionados con un brote, la mayoría son vecinos de Robledo de Chavela o los pueblos de alrededor, y dos distritos de Madrid (distrito Collado Villalba 89,3%, dos casos en Parla 7,1% y un caso en Majadahonda 3,6%), todos ellos amigos y familiares.

El 53,6% de los casos se produjeron en hombres. La mediana de edad fue de 47 años, con un rango que oscilaba entre 20 y 80 años. El 96,4% eran españoles.

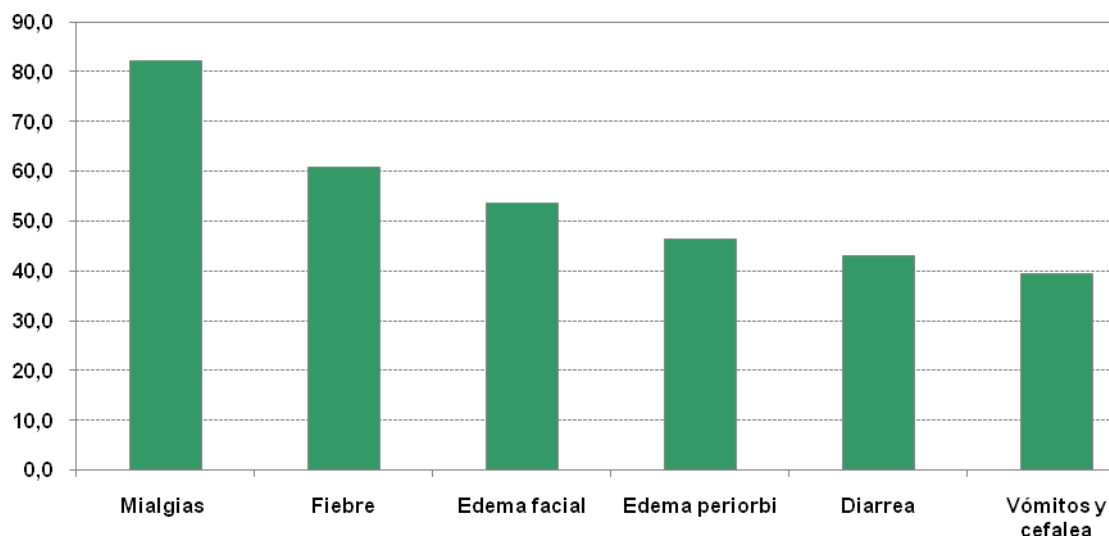
El 82,1% de los casos se clasificaron como confirmados, con confirmación serológica. Todos los afectados habían consumido embutidos (chorizo y morcilla) y otros productos cárnicos elaborados con carne de dos cerdos criados y en una matanza casera autorizada por el ayuntamiento.

La sintomatología presentada por los afectados fue: mialgias 82,1%; fiebre 60,7%; edema facial 53,6%; edema periorbital 46,4%; diarrea 42,9%; vómitos y cefalea 39,3%.

Se aislaron larvas de *Trichinella* (por digestión clorhidropéptica) en muestras de embutidos de la matanza recogidos en los domicilios particulares. La carga parasitaria fue de 0,8 larvas/gramo de carne magra.

Se realizó estudio serológico a todos los susceptibles. Se analizaron un total de 263 muestras y se estudiaron posibles seroconversiones. Todos los expuestos recibieron tratamiento farmacológico de manera preventiva.

Gráfico 22. Triquinosis: Sintomatología de los afectados, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Año 2013.



3.8.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

3.8.1.- Infección gonocócica

Durante el año 2013 se notificaron 876 casos de infección gonocócica, 208 casos más que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 13,49 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Centro (98,20 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (33,58 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (25,37 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 12).

En la distribución por género se observó un claro predominio en varones (88,1%). El 85,1% de los casos eran menores de 40 años, y el rango de edad osciló entre 3 y 72 años (gráfico 24).

En el 94,9% de los casos se conoce el país de origen, entre estos casos el 61,5% son españoles, el 14,5% sudamericanos, 6,16 centroamericanos, 5,5% de otros países europeos, el 0,8% africanos, el 0,3% asiáticos y el 0,7% norteamericanos.

El 86,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico.

El 22,8% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 72,8% por atención especializada y el 4,3% por otros notificadores. El 48,0% de los casos fueron notificados por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual (que comenzó a notificar en 2010).

Gráfico 23. Infección gonocócica: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.

Tasa por 100.000

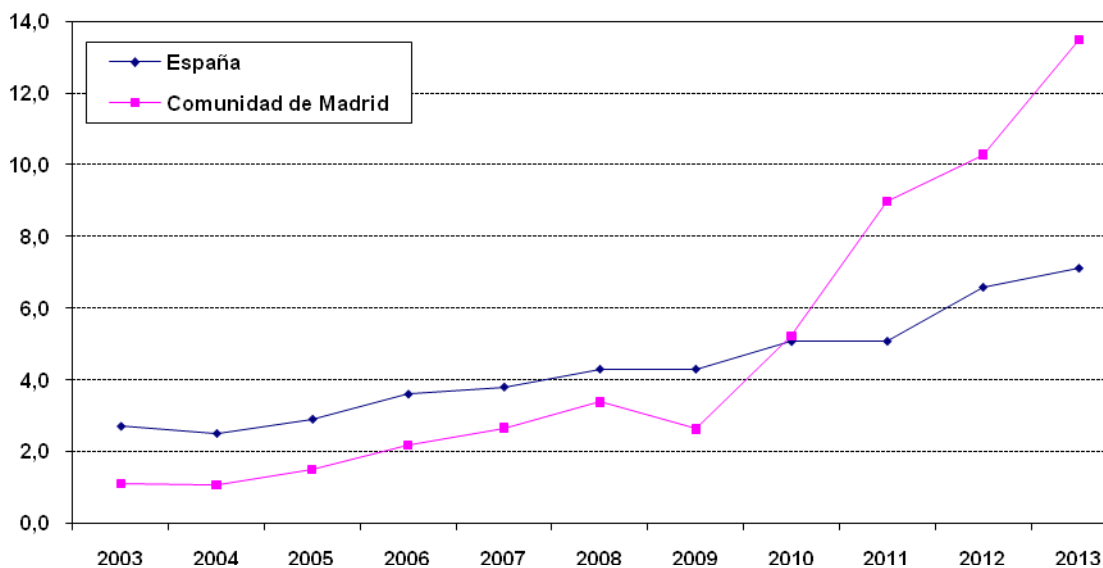
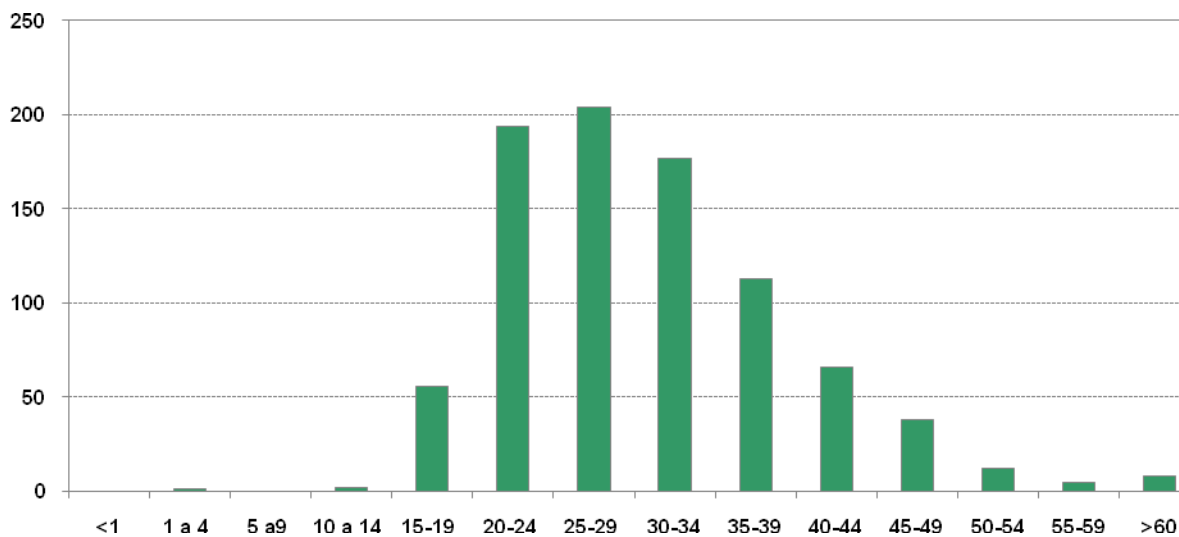
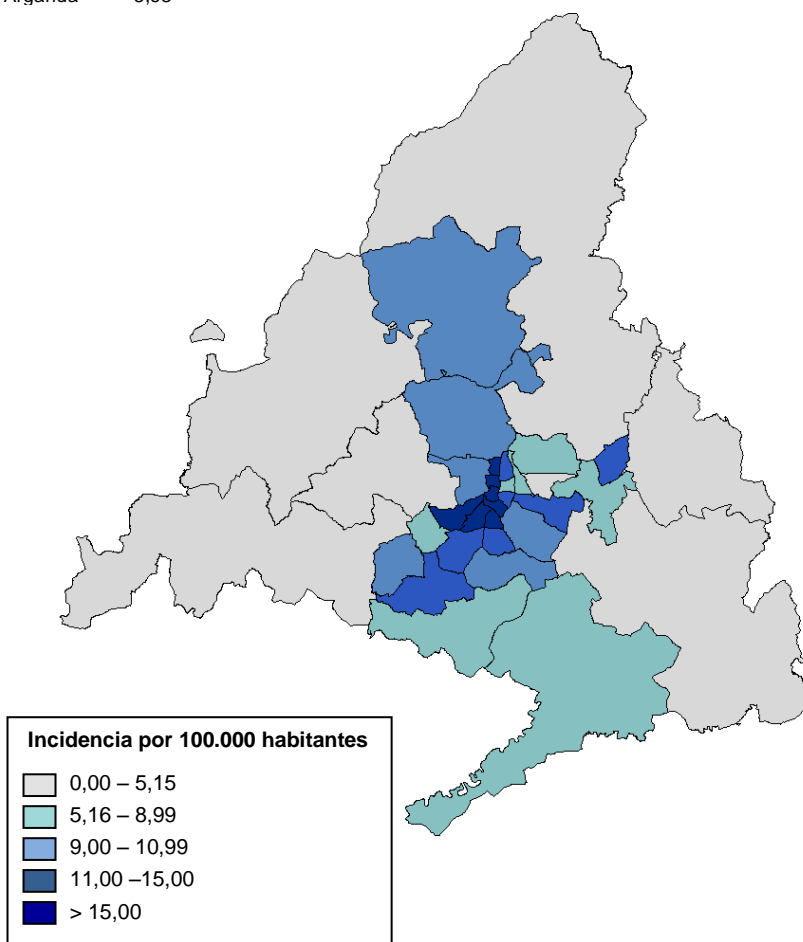
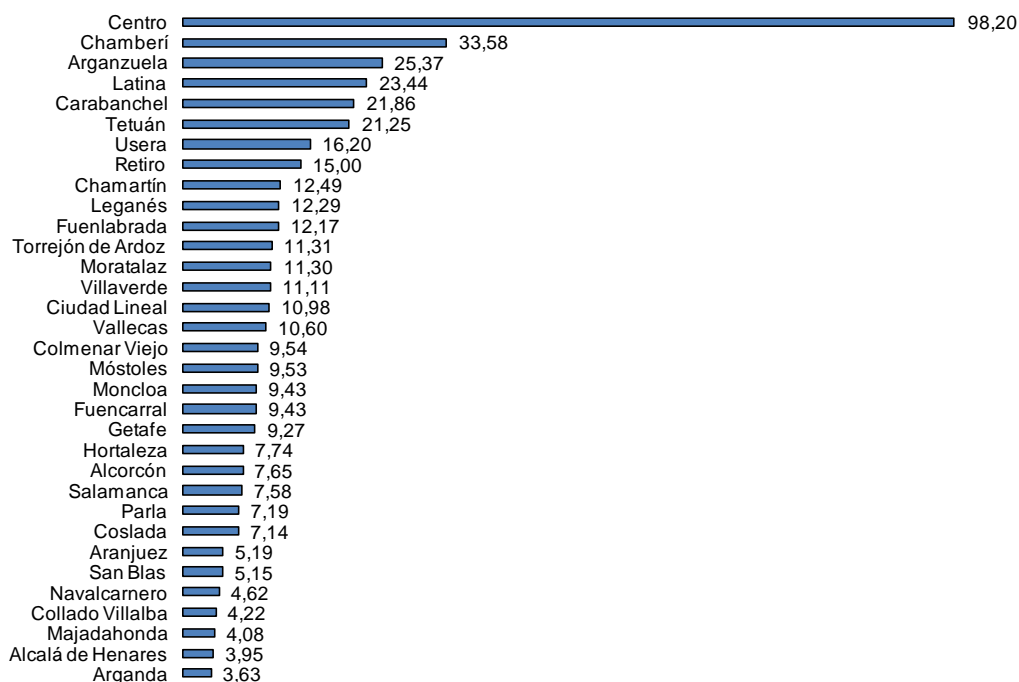


Gráfico 24. Infección gonocócica: distribución de casos por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2013.



Mapa 12.- Infección gonocócica. Tasas de incidencia por distritos. Comunidad de Madrid. Año 2013.



3.8.2.- Sífilis

En el año 2013 se notificaron 832 casos de sífilis, 19 casos más que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 12,81. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Centro (95,98 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (27,99 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (24,07 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 13).

El 84,3% de los casos se observó en varones. El rango de edad varió entre 16 y 87 años, con una edad mediana de 50 años y el 58,7% de los casos se presentó en personas de menos de 40 años (gráfico 26).

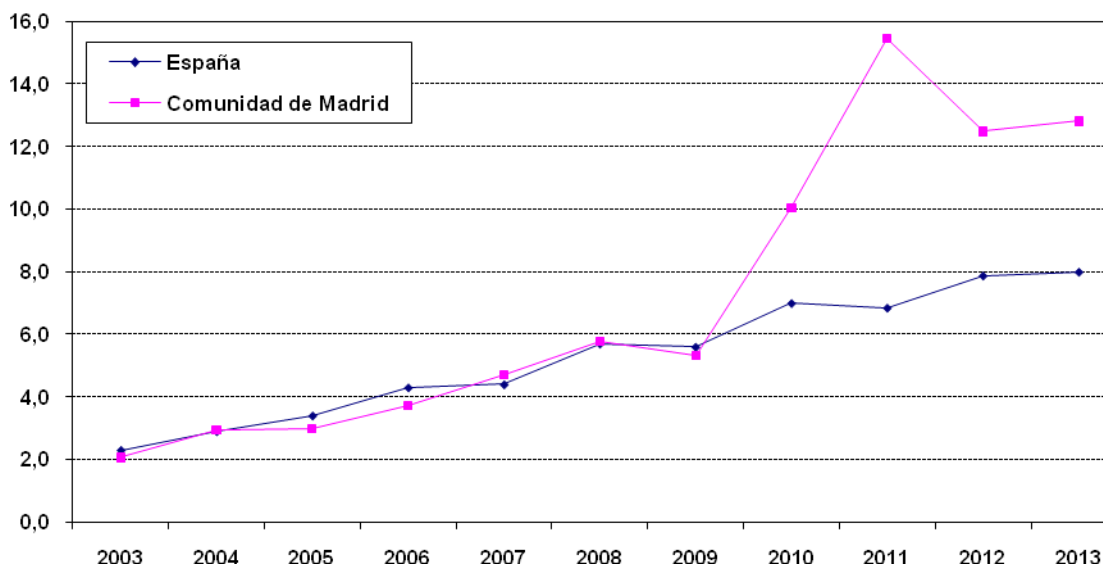
Se dispone de información sobre el país de origen en el 97,1% de los casos, de los cuales el 56,9% eran españoles, 28,6% latinoamericanos, el 6,8% de otros países europeos, el 2,0% africanos, el 0,7% asiáticos y el 0,1% de Australia.

El 10,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico, y el 32,6% se clasificaron como probables y el 56,6% como sospechosos.

El 45,9% de los casos fueron notificados por atención primaria, el 1,2% por otros notificadores y el 45,9% por atención especializada. El 34,9% de los casos de sífilis de 2013 fueron notificados por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual (que comenzó a notificar en 2010).

Gráfico 25. Sífilis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.

Tasa por 100.000



**Mapa 13.- Sífilis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**

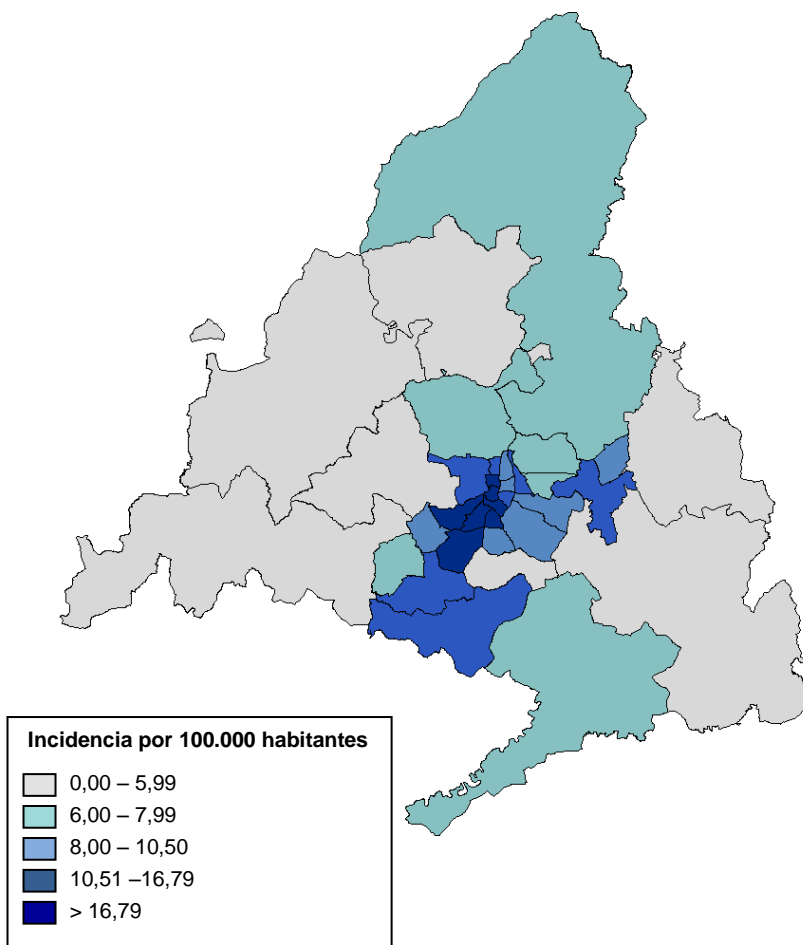
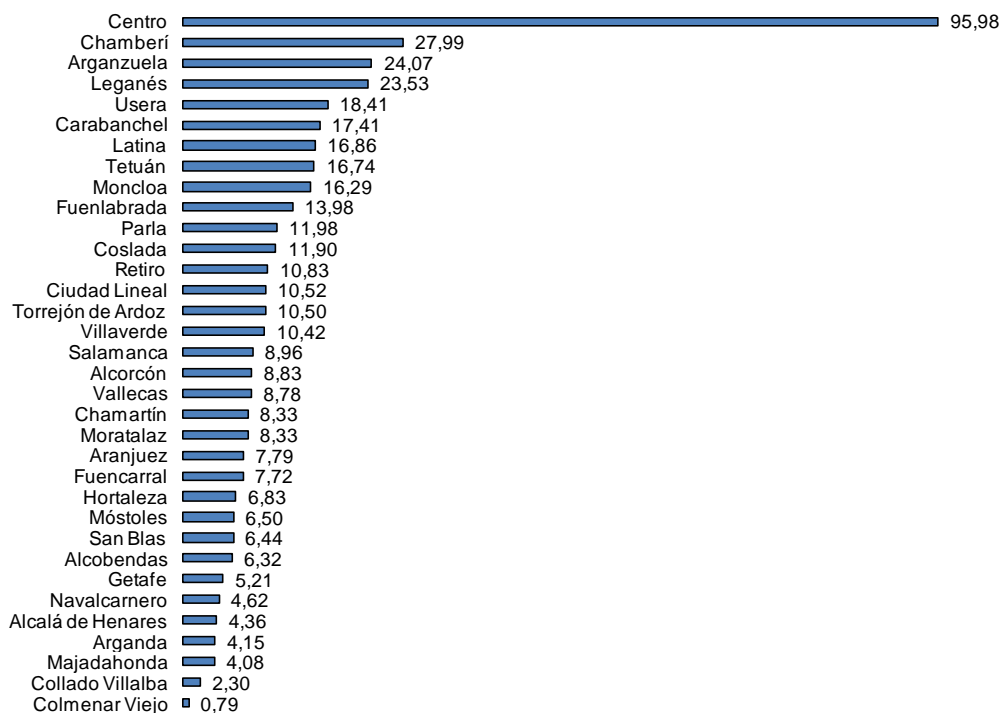
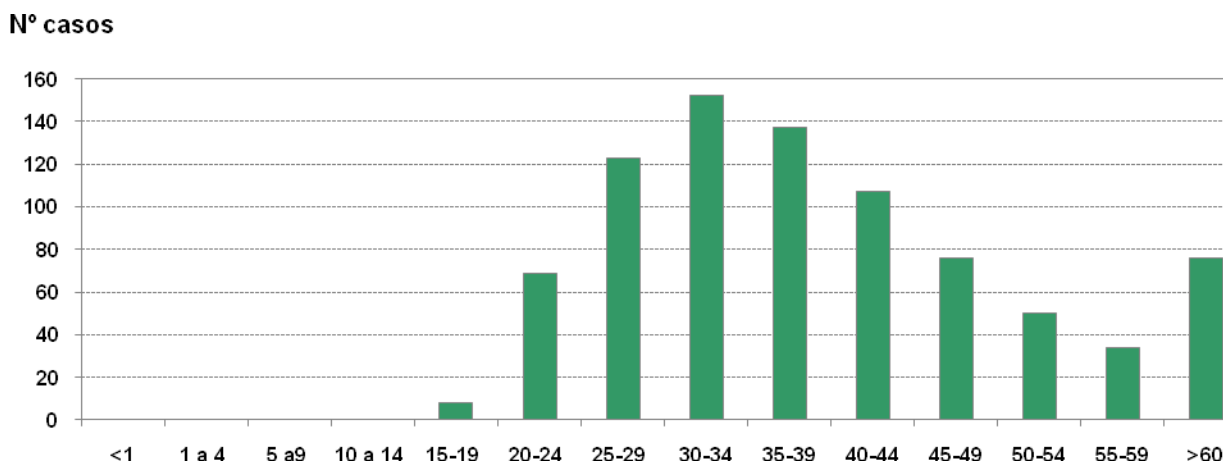


Gráfico 26. Sífilis: distribución de casos por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2013.



3.9.- ANTROPOZOONOSIS

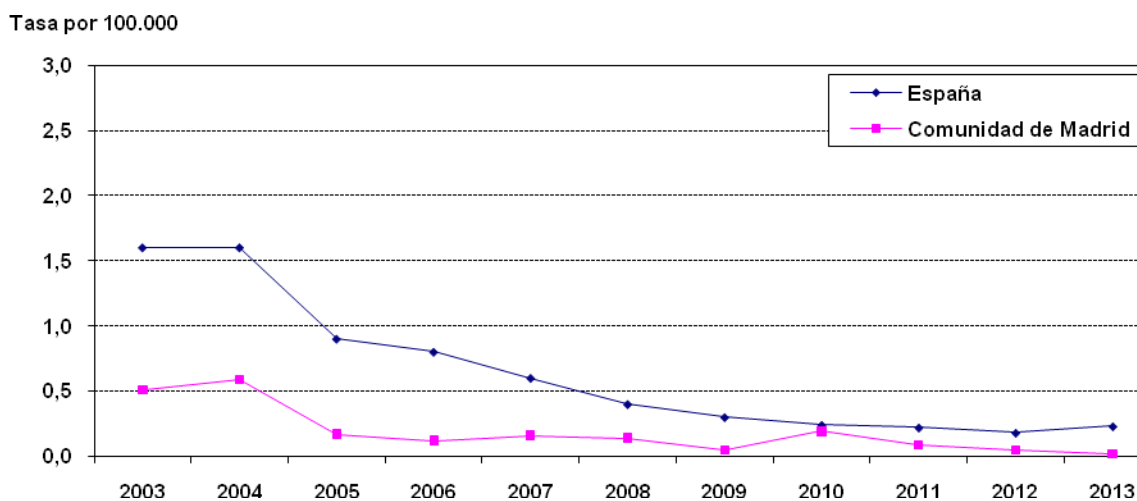
3.9.1.- Brucelosis

En el año 2013 se notificó solamente un caso de brucelosis, dos casos menos que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,02 casos por 100.000 habitantes.

Se trataba de una mujer de 35 años natural de la República Federal de Brasil. El marido era ganadero y ella consumía leche cruda procedente de la ganadería para la que trabajaba, ubicada en un pueblo del distrito de Alcobendas.

Presentó como sintomatología fiebre e impotencia funcional en miembro inferior derecho. Fue hospitalizada y se confirmó el diagnóstico mediante la técnica Rosa de Bengala. Se identificó como agente causal *Brucella melitensis*.

Gráfico 27. Brucelosis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



3.9.2.- Leishmaniasis

Durante el año 2013 se notificaron 130 casos de leishmaniasis, 86 casos menos que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,0 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Fuenlabrada (31,12 casos por 100.000 habitantes), Getafe (6,38 casos por 100.000 habitantes) y Leganés (4,28 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 14). En el gráfico 28 se muestra la evolución de la leishmaniasis en la CM en el periodo 2003-2013 (no se incluyen datos del total de España ya que esta enfermedad no se vigila a nivel nacional).

El 61,5% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 6 meses y 88 años, con una mediana de 46 años. El 14,6% estaban en edad pediátrica, siendo el 4,6% menores de 2 años. El 86,9% de los casos eran españoles, el 3,1% eran originarios de África Subsahariana y el 10,0% de otras procedencias.

El 53,8% de los casos tuvieron leishmaniasis cutánea y el 46,2% leishmaniasis visceral. En el 36,9% fue preciso el ingreso hospitalario.

Se clasificaron como confirmados el 91,5%, 6,4% como probables y 1,5% como sospechosos. En el 87,7% de los casos el diagnóstico se realizó por demostración de la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, en el 8,5% mediante cultivo y en el 24,6% mediante serología.

El 24,6% de los casos presentaron algún factor de riesgo intrínseco. Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de enfermedad inmunosupresora (16,9%), estar en tratamiento inmunosupresor (13,8%), alcoholismo (5,4%), ser o haber sido consumidor de drogas por vía parenteral (5,3%) y haber recibido una transfusión (1,5%) o un trasplante (1,5%).

En la investigación del entorno de los casos se encontraron los siguientes factores de riesgo: presencia de perros en 33 casos (25,4%), perros enfermos en 1 caso (0,8%), hábitats de mosquitos en 23 casos (17,7%), explotaciones ganaderas en 5 casos (3,8%) y escombreras en 12 casos (9,2%).

En 2013 continuó abierto el brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la CM. De los 130 casos notificados en 2013, 87 (66,9%) se consideraron asociados a este brote. Desde el inicio del brote comunitario, en julio de 2009, hasta diciembre de 2013, se han notificado un total de 542 casos asociados al brote: 6 casos (1,1%) con inicio de síntomas en 2009, 97 casos (17,9%) en 2011, 197 casos (36,3%) en 2011, 160 casos (29,5%) en 2012 y 82 casos (15,1%) en 2013. Los casos residían en cuatro municipios colindantes de la zona suroeste de la CM: 440 casos en Fuenlabrada (81,2%), 59 casos en Leganés (10,9%), 36 casos en Getafe (6,6%) y 7 casos en Humanes de Madrid (1,3%).

El 60,9% eran hombres, la mediana de la edad era de 47,5 años, con un rango que oscilaba entre 2 meses y 95 años, y el 85,6% de los casos eran españoles.

El 34,5% de los casos presentaron una leishmaniasis visceral y el 65,5% una leishmaniasis cutánea. El 29,7% precisaron ingreso hospitalario.

El 94,6% de los casos se clasificaron confirmados, el 4,4% probables y el 0,9% sospechosos. En el 92,8% el diagnóstico se realizó mediante biopsia/aspirado, en el 7,2% mediante cultivo y en el 22,0% por serología.

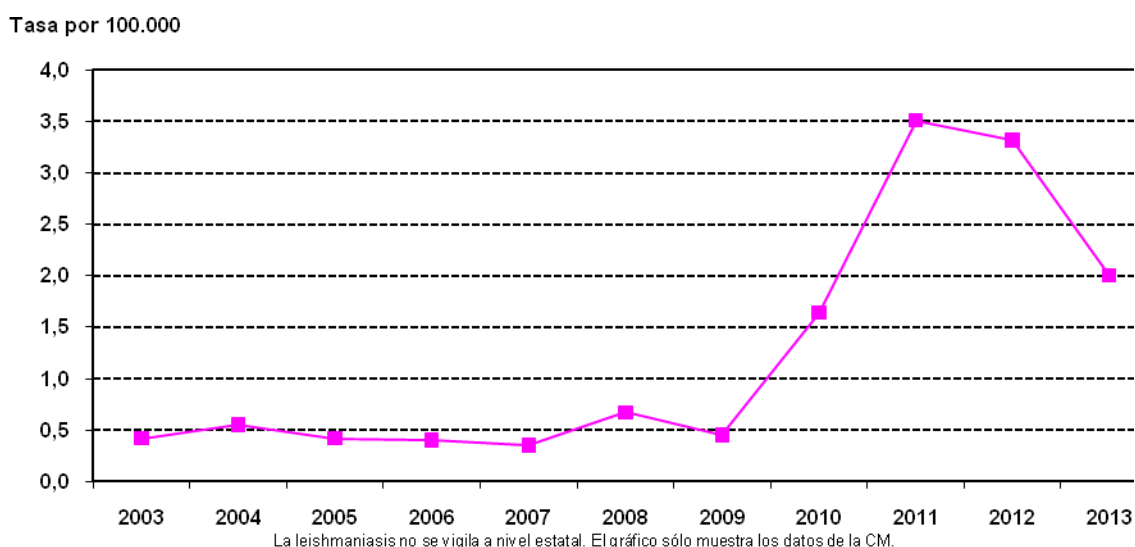
En el 16,2% de los casos existía algún factor de riesgo intrínseco: el 9,8% seguían un tratamiento inmunosupresor, el 9,2% padecían enfermedad inmunosupresora, el 3,5% padecían alcoholismo, el 2,4% eran o habían sido usuarios de drogas por vía parenteral, el 1,8% habían recibido transfusión y el 1,5% habían sido trasplantados.

En la investigación del entorno de los casos se encontró la presencia de perros en el 26,2% de casos, de perros enfermos en el 3,3% (que posteriormente se comprobó que no padecían leishmaniasis), hábitats de mosquitos en el 22,9%, de explotaciones ganaderas en el 3,0% y de escombreras en el 5,9%.

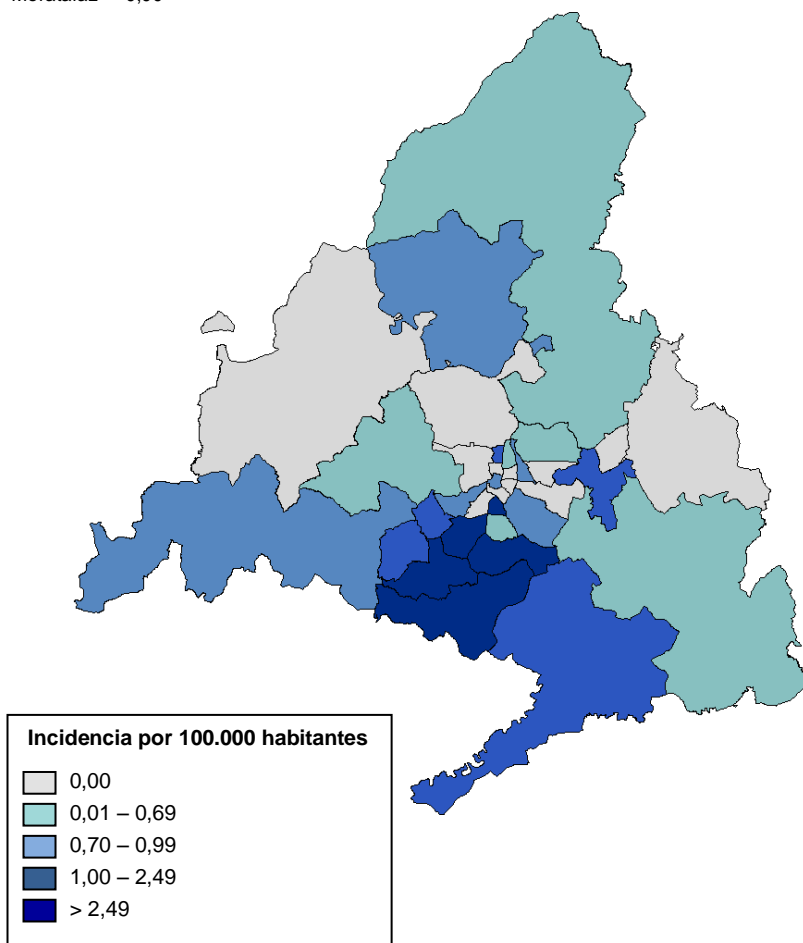
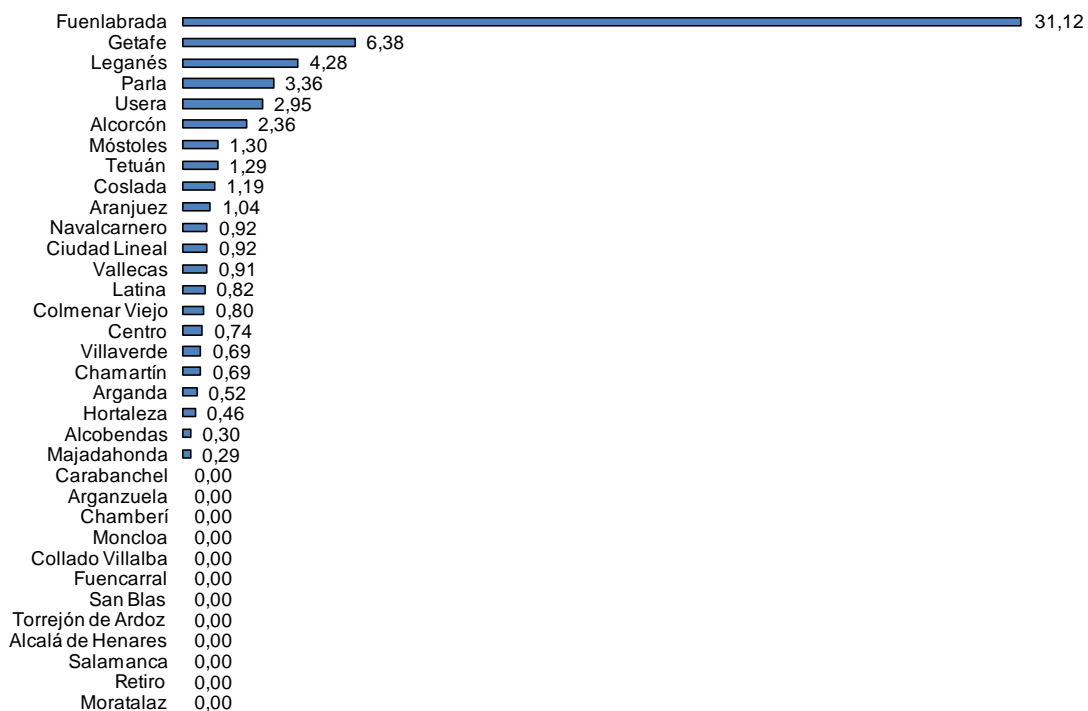
La investigación epidemiológica y ambiental del brote comunitario en la zona suroeste continúa abierta tras finalizar el año 2013.

Próximamente se publicará un informe técnico sobre este brote, en cuya elaboración han participado, de forma coordinada, profesionales de los distintos organismos e instituciones implicados en su investigación y control.

Gráfico 28. Leishmaniasis: tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. 2003-2013.



**Mapa 14.- Leishmaniasis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**



3.10.- ENFERMEDADES PREVENIBLES MEDIANTE INMUNIZACIÓN

3.10.1.- Parotiditis

En el año 2013 se notificaron 1.942 casos de parotiditis, 1.188 casos más que el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 28,89 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Alcorcón (51,24 casos por 100.000 habitantes), Chamartín (48,61 casos por 100.000 habitantes) y Majadahonda (45,48 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 15).

El 55,9% de los casos se produjeron en varones. El rango de edad osciló entre menor de un año y 97 años, con una mediana de 42,5 años; el 31,1% se registró en menores de 15 años, el 42,9% en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años y el 28,4% en mayores de 29 años (gráfico 31). Se dispone de información sobre el país de origen en el 98,6% de los casos, de los cuales el 88,2% eran españoles, el 4,3% sudamericanos, el 3,4% de otros países de Europa y 1,8% de norte y centro América.

En cuanto al tipo de diagnóstico en el 7,1% se realizó con pruebas microbiológicas y en el 8,5% con pruebas serológicas. En el 9,5% constaba la existencia de un vínculo epidemiológico y en el resto de los casos sólo existía sospecha clínica. El 15,3% de los casos se clasificaron como confirmados, el 11,4% como probables y el 73,8% restantes como sospechosos.

Con respecto a la inmunidad vacunal, de las tres componentes de la vacuna triple vírica de la parotiditis es la que presenta menor efectividad. Todas las cepas vacunales frente a parotiditis excepto la cepa Rubini, alcanzan tasas de seroconversión cercanas o superiores a 90%. La cepa Jeryl Lynn, presenta una efectividad de 88% (IC95%:75-95). Las cifras de efectividad vacunal, sumadas a la poca memoria inmunogénica que tiene a lo largo del tiempo justifica el comportamiento epidemiológico de la enfermedad que presenta ondas epidémicas que aparecen cuando se produce acumulación de personas susceptibles, que hace posible que el virus circule y produzca numerosos brotes.

En el gráfico 32 se muestra el estado vacunal de los 1.389 casos menores de 29 años: en el 28,4% se desconocía el estado vacunal, el 4,3% no estaba vacunado y el 67,2% restante estaba vacunado (el 62,8% de ellos había recibido al menos una dosis de vacuna y en los demás se desconocía el número de dosis recibidas).

En 2013 se han producido 30 brotes con 183 afectados: 21 brotes en centros educativos (152 casos), 4 en el ámbito laboral (9 casos), 2 en centros deportivos (9 casos), 2 en residencias universitarias (9 casos) y un brote en un centro ocupacional (4 casos).

Gráfico 29. Parotiditis: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.

Tasa por 100.000

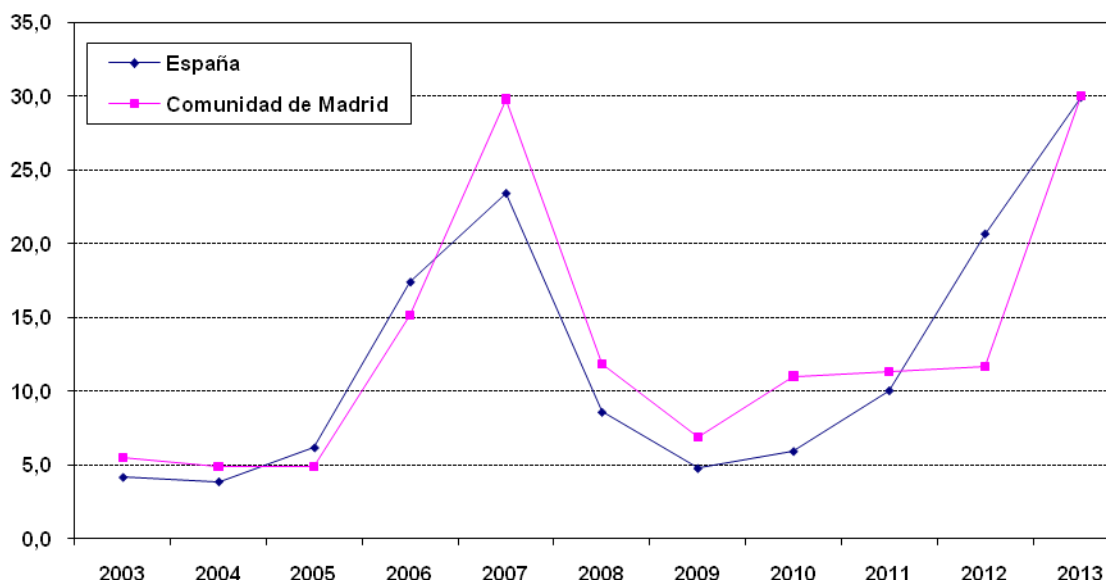
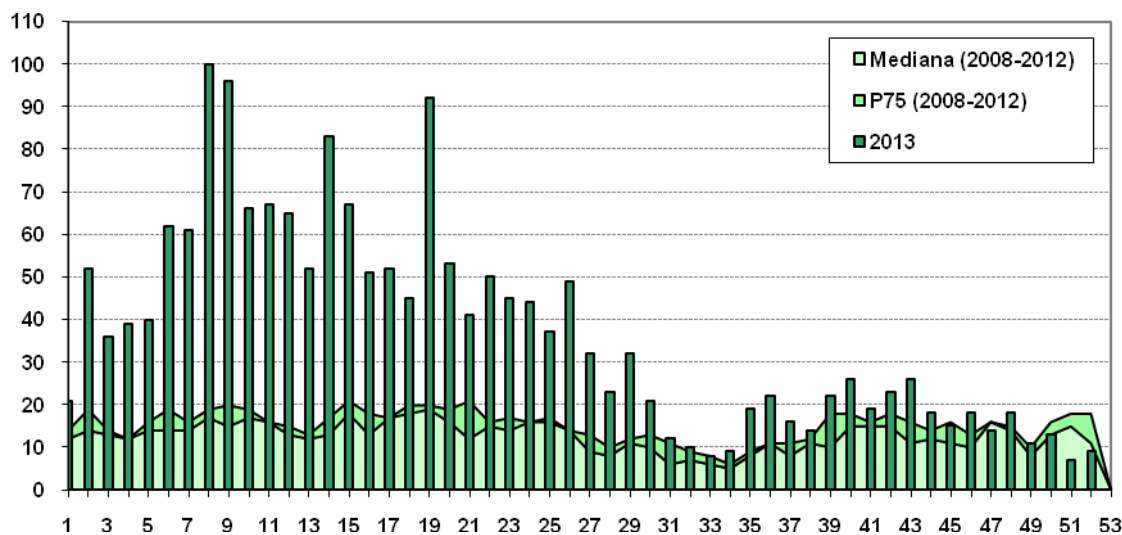


Gráfico 30. Parotiditis: canal epidémico. Comunidad de Madrid. 2008-2013.



**Mapa 15.- Parotiditis. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**

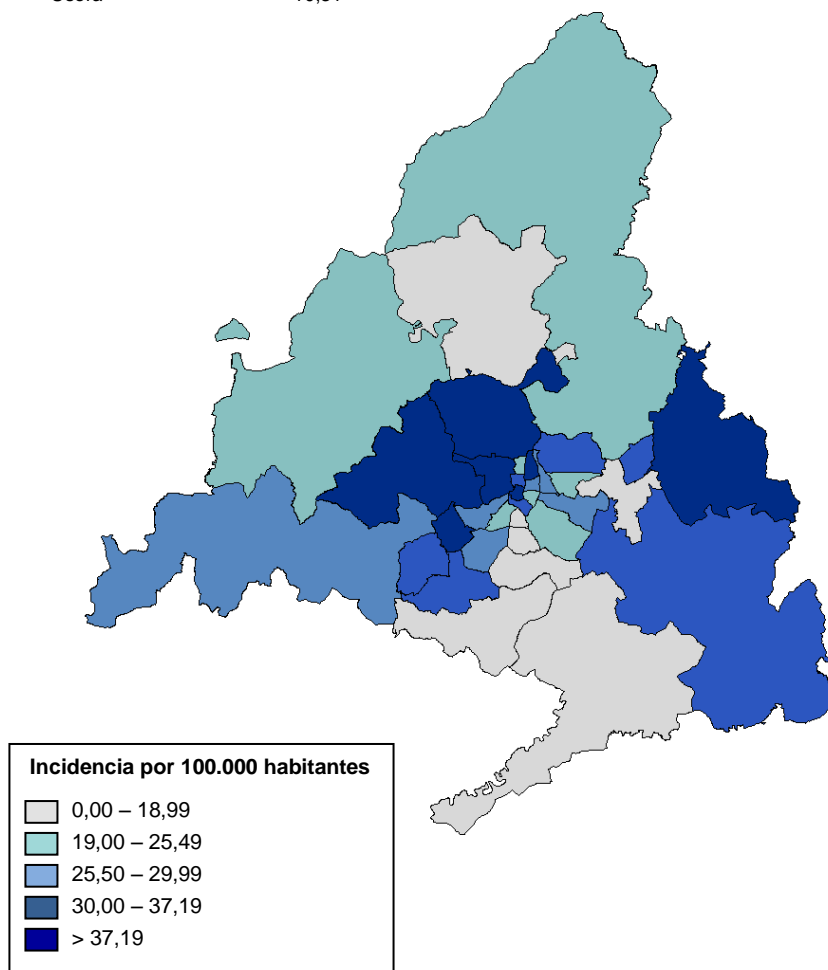
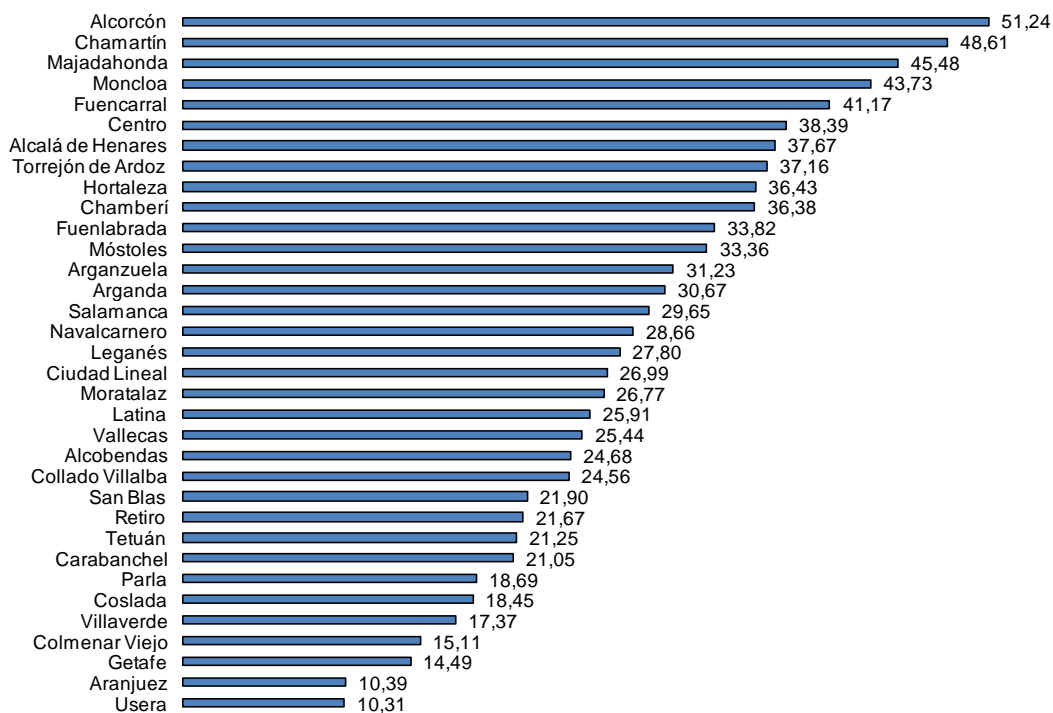


Gráfico 31. Parotiditis: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2013.

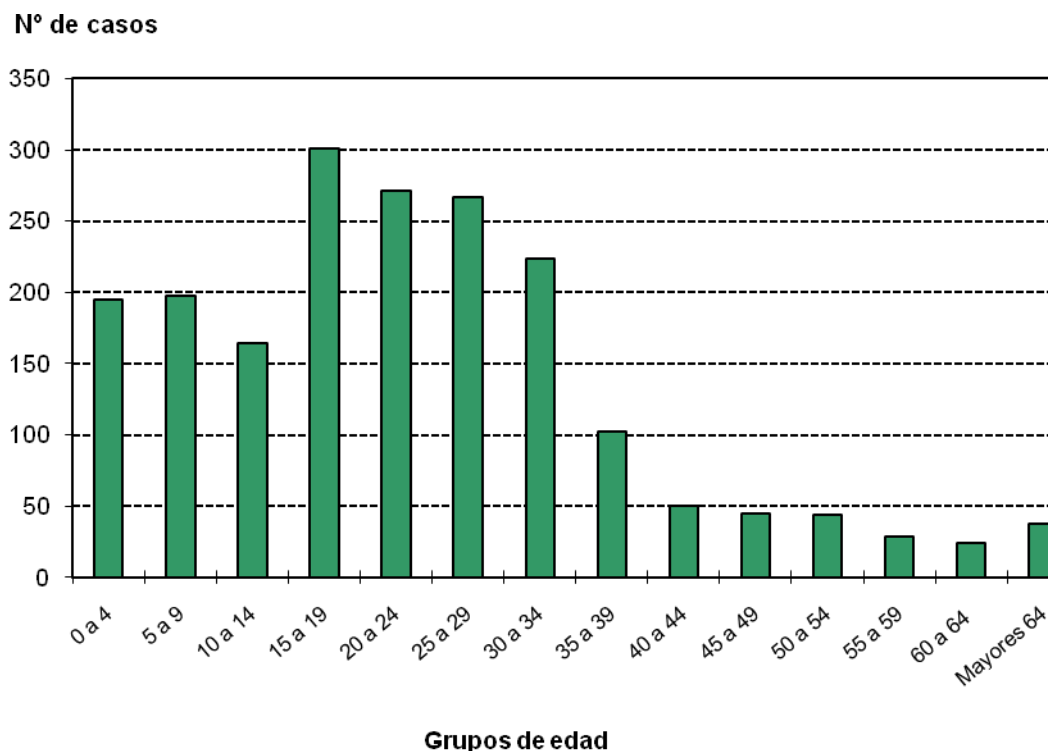
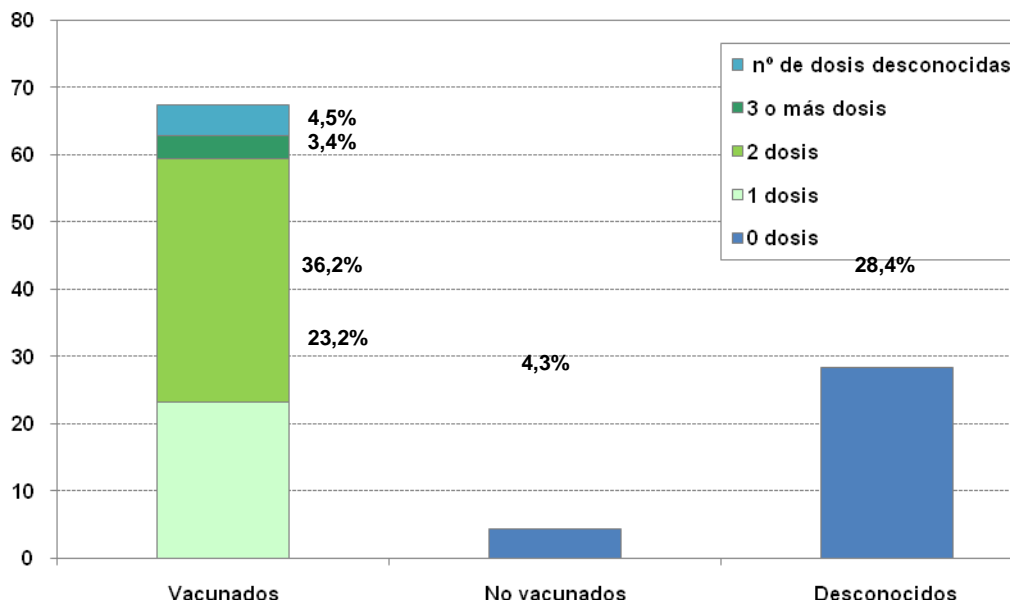


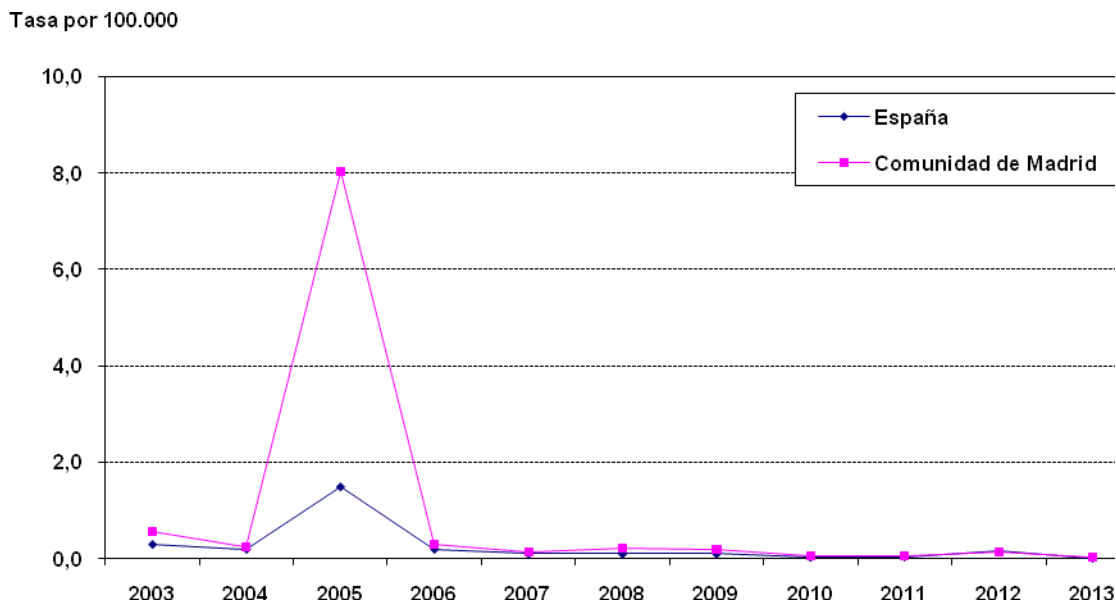
Gráfico 32. Parotiditis: distribución de antecedentes vacunales en menores de 29 años. Comunidad de Madrid. Año 2013.



3.10.2.- Rubéola

En el año 2013 no se ha identificado ningún caso autóctono de rubéola. Sólo se identificaron 3 casos sospechosos que fueron descartados.

Gráfico 33. Rubéola: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.

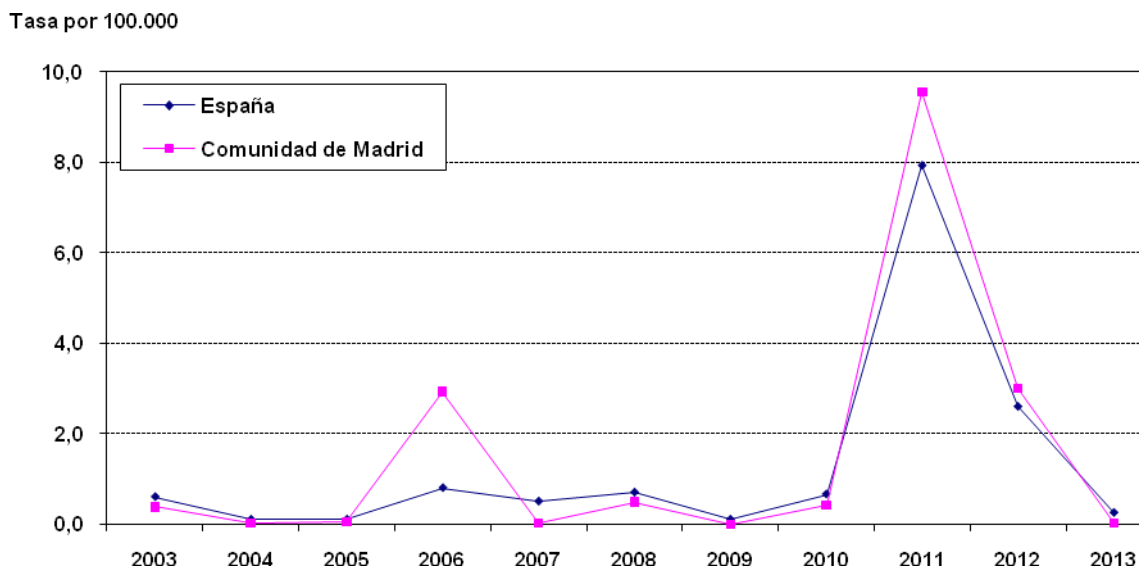


3.10.3.- Sarampión

En el año 2013 se notificaron 2 casos de sarampión considerados autóctonos de la CM (0,03 casos por 100.000 habitantes), si se tiene en cuenta la fecha de inicio del exantema para la asignación temporal de los casos. El número de notificaciones de casos ha descendido desde 2011, el número de casos en 2012 fue de 195. En cuanto a la comparación con los datos nacionales, desde 2007 presentan una tendencia similar, si bien en 2013 la TI de la CM es mucho menor que la del nivel nacional (0,25 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 34).

En 2013 se han notificado 22 casos sospechosos de sarampión, de los que se han confirmado 6: 2 autóctonos, 2 importados (de Kazajistán y de Alemania) y 2 pertenecientes a otra Comunidad Autónoma (de Andalucía y de Cataluña). Se identificó el genotipo D8 en 4 casos: los 2 importados y los 2 autóctonos. Los casos autóctonos son 2 niñas de 12 meses y 7 años, esta última de etnia gitana. Los casos importados son 2 hombres de 29 y 32 años y los procedentes de otra Comunidad Autónoma una mujer de 29 años y un hombre de 23 años. Requirieron ingreso hospitalario 5 casos. Ningún caso estaba vacunado. El resto de los casos notificados son descartados, en tres de ellos se identificó el parvovirus B19 y en uno el genotipo vacunal del virus del sarampión.

Gráfico 34. Sarampión: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



3.10.4.- Tos ferina

En el año 2013 se notificaron 249 casos de tos ferina en la CM, 129 casos más que en 2012. La tasa de incidencia acumulada fue de 3,83 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Torrejón de Ardoz (14,54 casos por 100.000 habitantes), Collado Villalba (9,21 casos por 100.000 habitantes) y Coslada (8,93 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 16).

El 56,2% de los casos se presentaron en mujeres (al contrario que en el año anterior con un 51,7% de hombres). La mediana de la edad fue de 1 año, con un rango que osciló entre 0 meses y 58 años, observándose el 42,1% en menores de 6 meses (porcentaje ligeramente inferior al del año 2012), el 12,1% entre 6 meses y 4 años, el 11,2% entre 5 y 9 años, el 19,2% entre 10 y 14 años, con un aumento significativo en esta franja de edad y el 8,8% en mayores de 14 años (gráfico 37). Se dispone de información sobre el país de origen en el 97,9% de los casos, de los cuales el 95,6% eran españoles, el 1,2% americanos y el 1,2% de otros países de Europa, África y Asia.

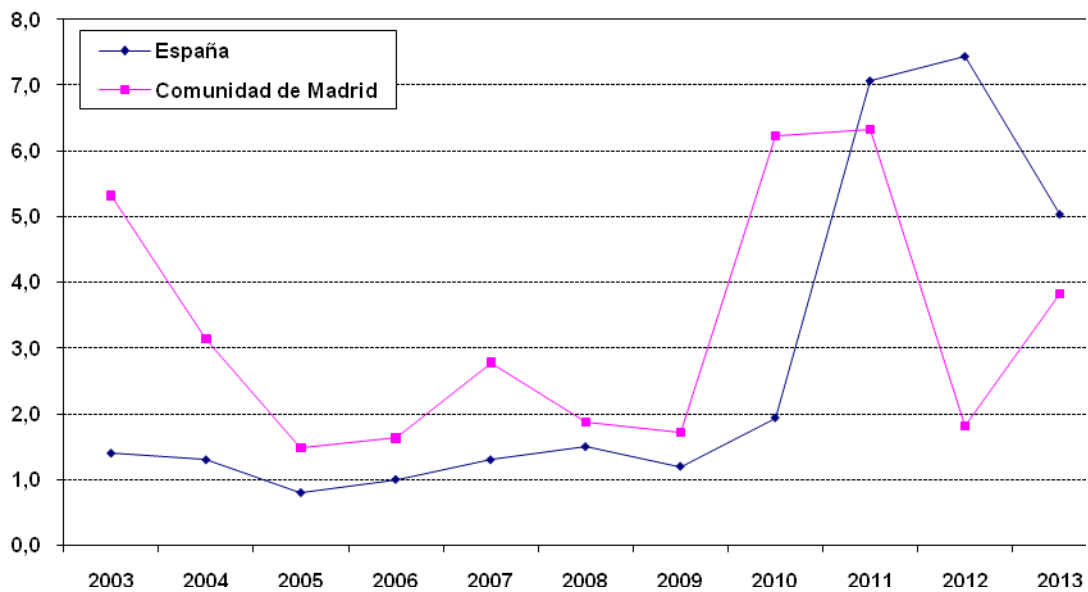
El 47,0% de los casos se clasificaron como confirmados, el 14,1% como probables y el 39,0% restantes como sospechosos. Se realizó diagnóstico serológico en el 16,5% y diagnóstico microbiológico en el 37,8%.

El estado vacunal era desconocido en el 8,4% de los casos, el 26,1% no estaban vacunados y el 61,8% sí lo estaban (entre los vacunados, el 18,9% de los casos había recibido al menos una dosis de vacuna, el 7,2% había recibido 2 dosis, el 31,7% había recibido 3 dosis o más y en el resto de ellos se desconocía el número de dosis recibidas, por tanto al menos el 96% de los vacunados había recibido una dosis) (gráfico 38).

Durante el año 2013 se notificaron 8 brotes de tos ferina en la CM, con un total de 26 casos: 7 brotes en el entorno familiar con 21 afectados y un brote en un centro educativo con 5 afectados.

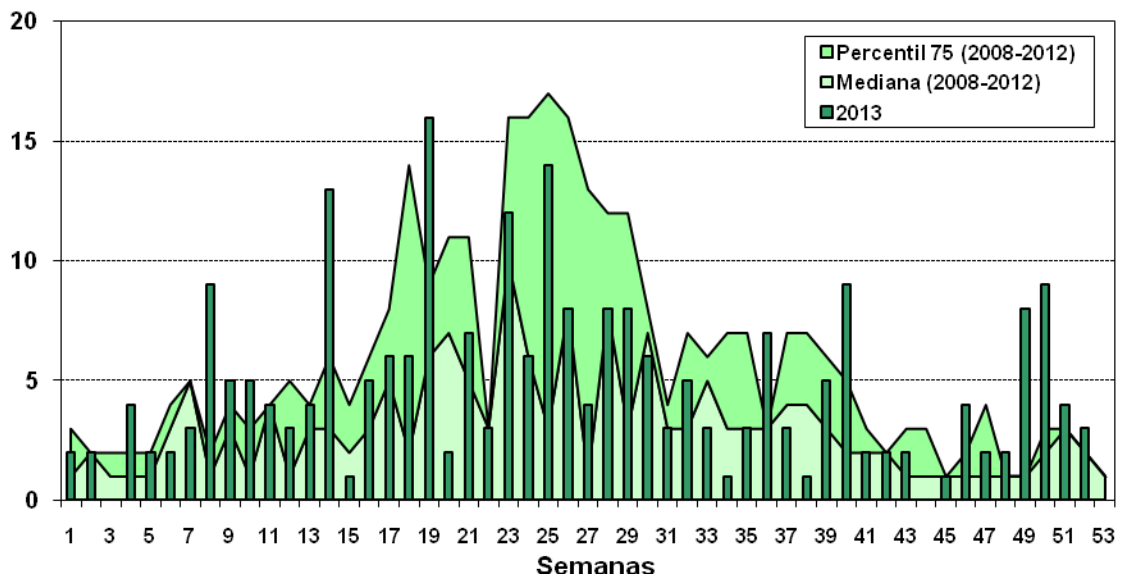
**Gráfico 35. Tos ferina: tasas de incidencia por 100.000 habitantes.
Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.**

Tasa por 100.000



**Gráfico 36. Tos ferina: canal epidémico.
Comunidad de Madrid. 2008-2013.**

Nº de casos



**Mapa 16.- Tos ferina. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**

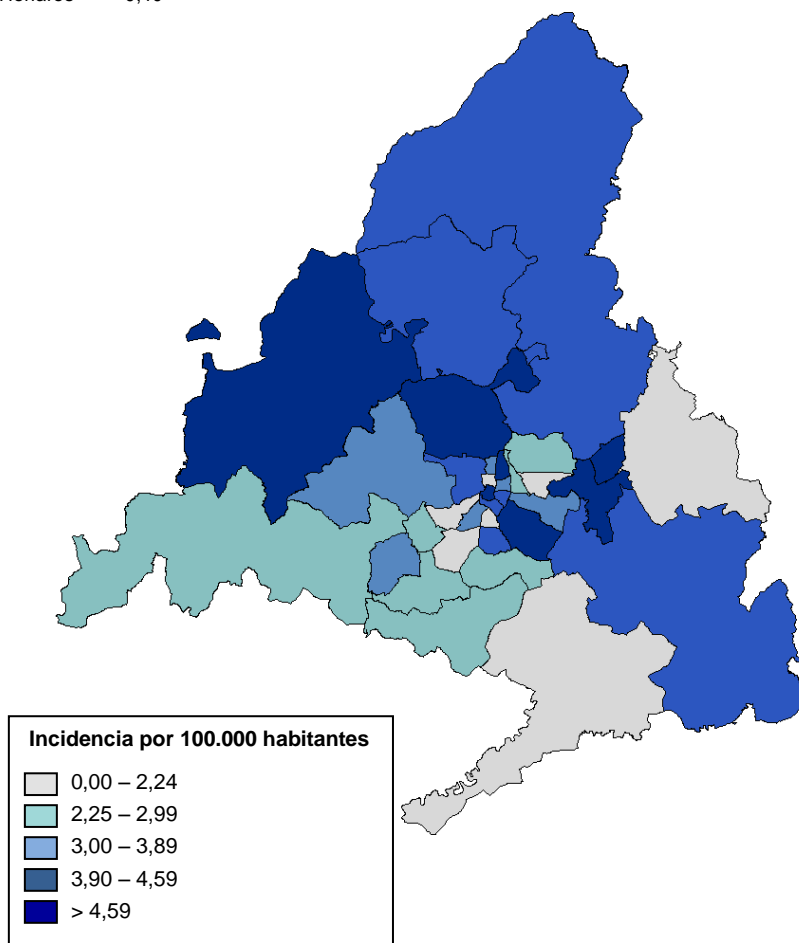
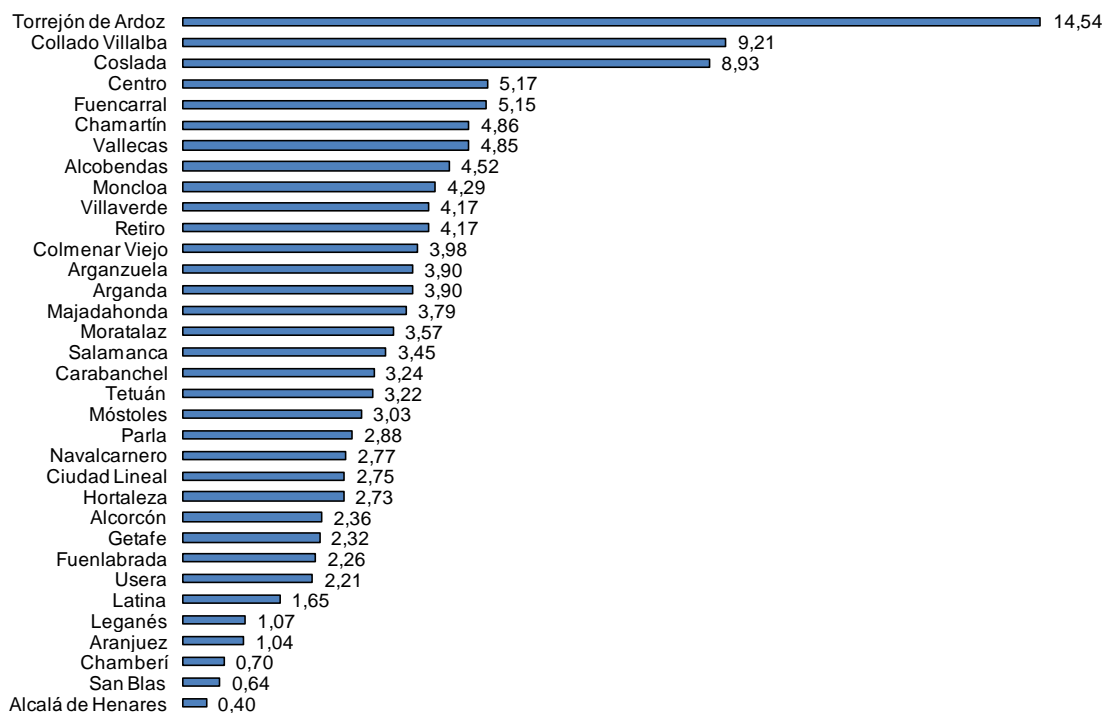


Gráfico 37. Tos ferina: distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2013.

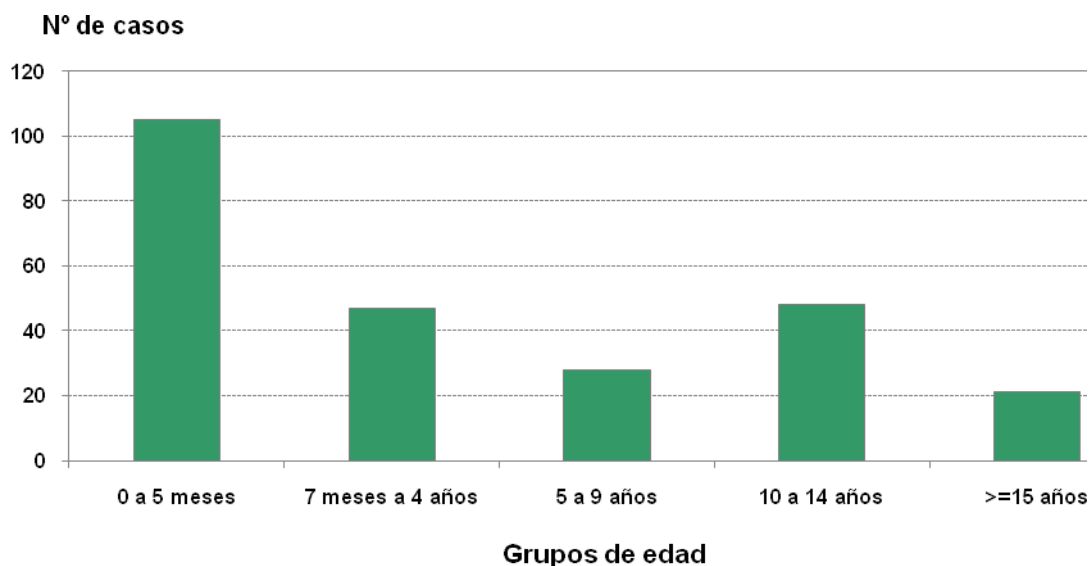
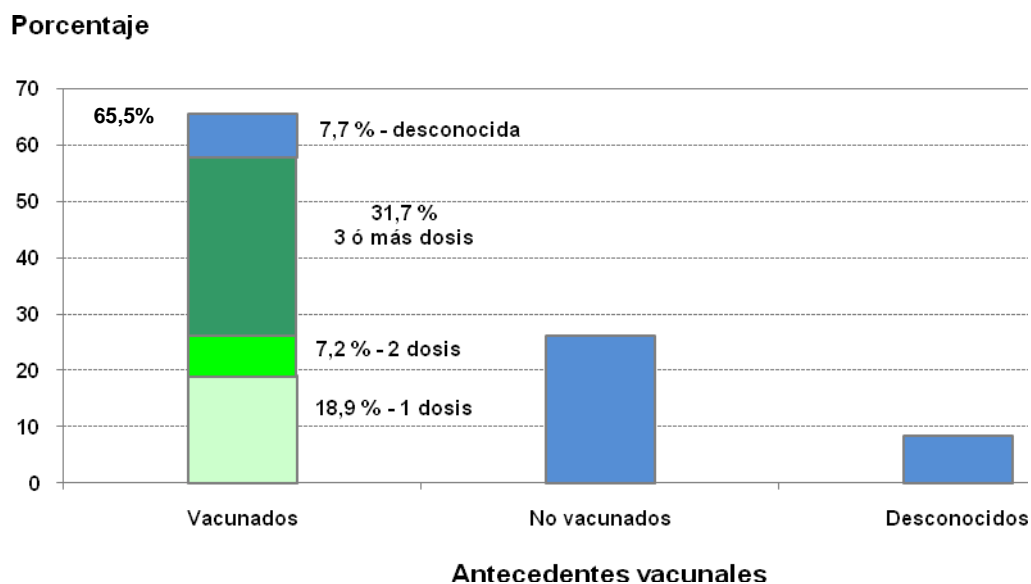


Gráfico 38. Tos ferina: distribución de los antecedentes vacunales. Comunidad de Madrid. Año 2013.



3.11.- ENFERMEDADES IMPORTADAS

3.11.1.- Paludismo

En el año 2013 se notificaron 177 casos de paludismo, 50 casos más que en 2012. La TI fue de 2,72 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor TI fueron Fuenlabrada (13,98 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (13,74 casos por 100.000 habitantes) y Alcalá de Henares (9,91 casos por 100.000 habitantes). Cuatro de los distritos no presentaron casos, San Blas, Navalcarnero, Centro y Arganda (Mapa 17).

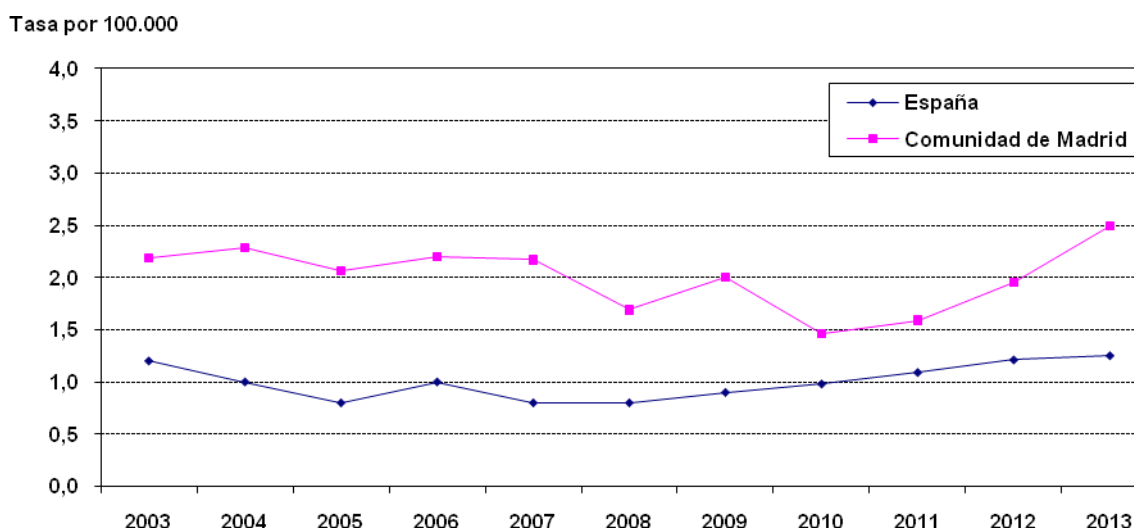
Aproximadamente la mitad de las notificaciones provenían de cinco centros: el 14,6% de los casos fue notificado por el Hospital de Fuenlabrada, el 11,8% por el Hospital Carlos III, el 8,4% por el Hospital Príncipe de Asturias, el 6,2% por el Hospital Ramón y Cajal y el 5,6% por el Hospital de Torrejón de Ardoz.

El 54,8% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló desde 1 mes a 71 años, con una mediana de 35 años. El 11,2% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 64,9% en el grupo de edad de 20 a 44 años. En cuanto al país de origen, se disponía de esta información en el 97,7% de los casos, de los cuales el 20,9% eran españoles, con un pequeño descenso con respecto al año anterior (24,8%), el 69,7% africanos (a destacar el 35,6% de casos de Guinea Ecuatorial y el 14,7% de Nigeria, y con un porcentaje similar al año anterior) y el 7,6% de otros países de Europa, América y Asia (mostrando un ligero aumento respecto al año 2012).

El 95,5% de los casos (169) se clasificaron como confirmados. En el 90,4% de los casos (160) se aisló *Plasmodium* y las especies aisladas fueron: *P. falciparum* en el 80,2% (142), *P. vivax* en el 1,7% (3), *P. ovale* en el 1,1% (2), *P. malariae* en el 0,6% (1), *P. spp.* en el 2,8% (5) y en el 4,0% (7) se identificaron infecciones mixtas (tabla 6).

Todos los casos pueden considerarse como importados. En el 84,7% de los casos (150) se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica: en el 68,0% de ellos constaba la inmigración o la visita a sus países de origen como razón del viaje, el 18,0% había viajado a esas zonas por motivos de trabajo, el 5,3% había realizado viajes de turismo y el 5,3% residían en las zonas endémicas y habían venido a nuestro país de viaje. Entre los 27 casos en los que no constaba el motivo del viaje, 21 eran originarios de zonas endémicas, por lo que el motivo podía estar también relacionado con la inmigración. En el 97,2% de los casos (172) constaba el lugar de contagio, siendo África (98,2%) y Guinea (51,1%) el continente y país más frecuentemente registrados. Sólo en el 15,8% de los casos constaba la realización de profilaxis antipalúdica, siendo esta cifra ligeramente inferior que la registrada en el año 2012.

Gráfico 39. Paludismo: tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



**Mapa 17.- Paludismo. Tasas de incidencia por distritos.
Comunidad de Madrid. Año 2013.**

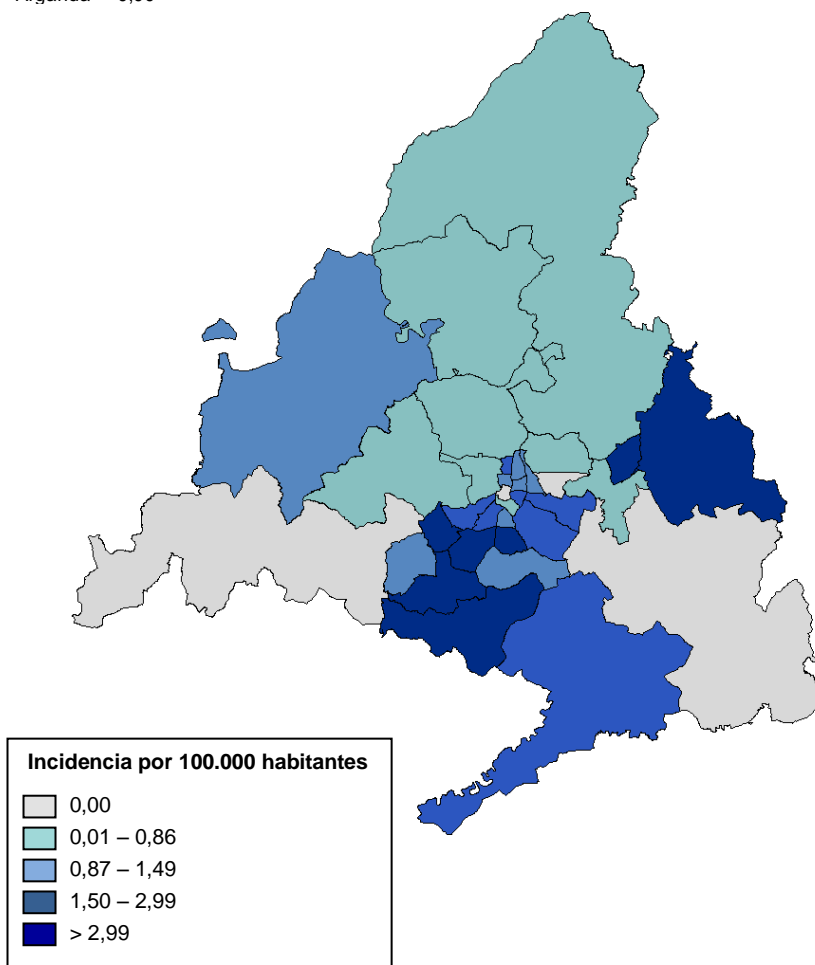
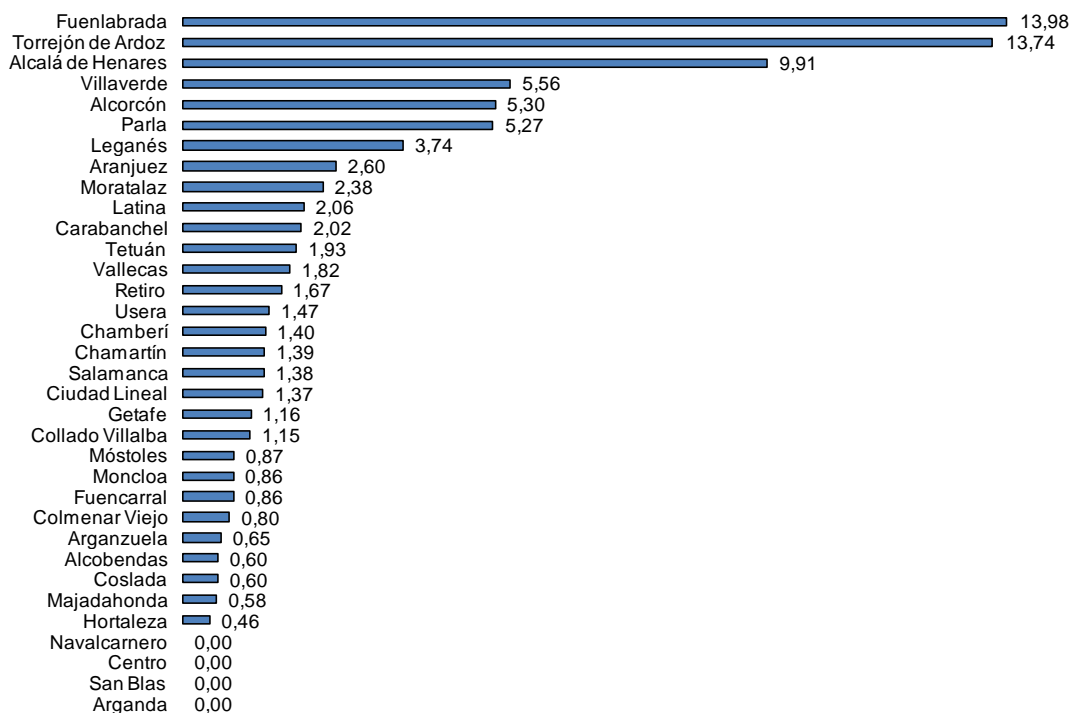


Tabla 6. Paludismo: distribución según parásito aislado y país de contagio. Comunidad de Madrid. Año 2013.

PLASMODIUM AISLADO	PAIS/CONTINENTE DE CONTAGIO				
	GUINEA ECUATORIAL	RESTO ÁFRICA	ASIA/SUDAMÉRICA	NO FIGURA	TOTAL
<i>P. falciparum</i>	77	63	1	1	142 (80,2%)
<i>P. vivax</i>	0	0	2	1	3 (1,7%)
<i>P. ovale</i>	1	1	0	0	2 (1,1%)
<i>P. malariae</i>	0	1	0	0	1 (0,6%)
<i>P. spp.</i>	2	3	0	0	5 (2,8%)
<i>P. mixtas</i>	2	5	0	0	7 (4,0%)
No figura ninguna especie	2	5	0	10	17(9,6%)
TOTAL	84 (47,4%)	78 (44,0%)	3 (1,6%)	12 (6,7%)	177 (100%)

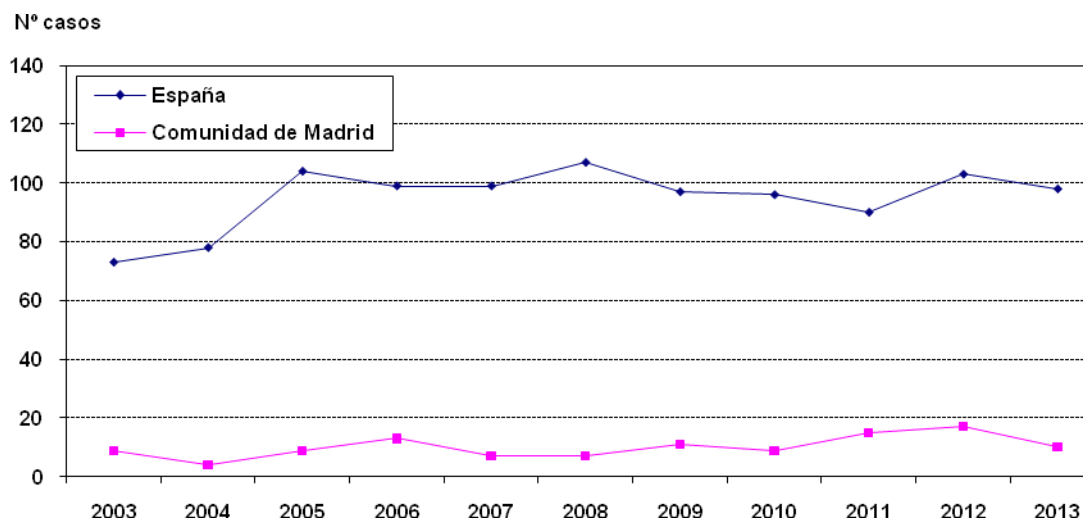
3.12.- ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES

3.12.1.- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

Se han notificado 10 casos de ECJ con inicio de síntomas en 2013 en residentes en la CM, 7 menos que en 2012, lo que representa una incidencia de 0,15 por 100.000 habitantes.

Ocho de los casos (80,0%) se clasificaron como ECJ esporádico y, según los criterios diagnósticos, 4 de ellos se consideraron confirmados y 4 probables. Un caso (10,0%) fue ECJ familiar probable y el otro caso fue un Insomnio Familiar Letal probable. El 50,0% de los afectados eran hombres, la mediana de la edad de los casos fue de 61 años, con un rango que variaba entre 37 y 82 años.

Gráfico 40. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.

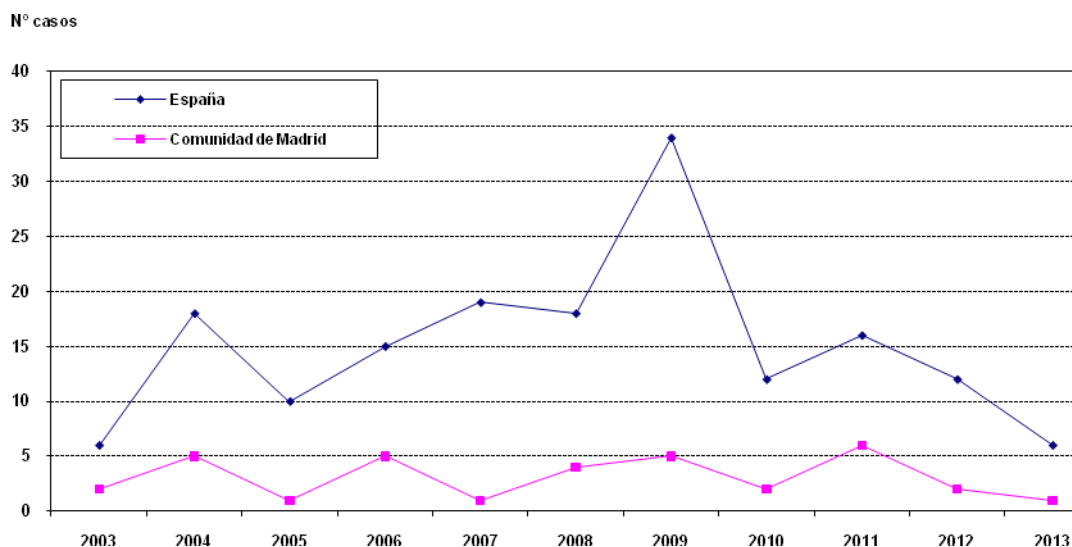


3.12.2.- Lepra

Durante el año 2013 se ha notificado un caso de lepra en la CM, lo que representa una incidencia de 0,02 casos por 100.000 habitantes, mientras que en 2012 se notificaron 2 casos.

El caso notificado en 2013 era un varón originario de Brasil que presentaba una lepra multibacilar confirmada. De los casos incidentes desde el 2011, 5 casos están actualmente en la fase de vigilancia y 4 casos en la fase de tratamiento, de los que han presentado recidivas durante el año 2013 dos casos.

Gráfico 41. Lepra: número de casos. Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.



3.13.- OTRAS ENFERMEDADES

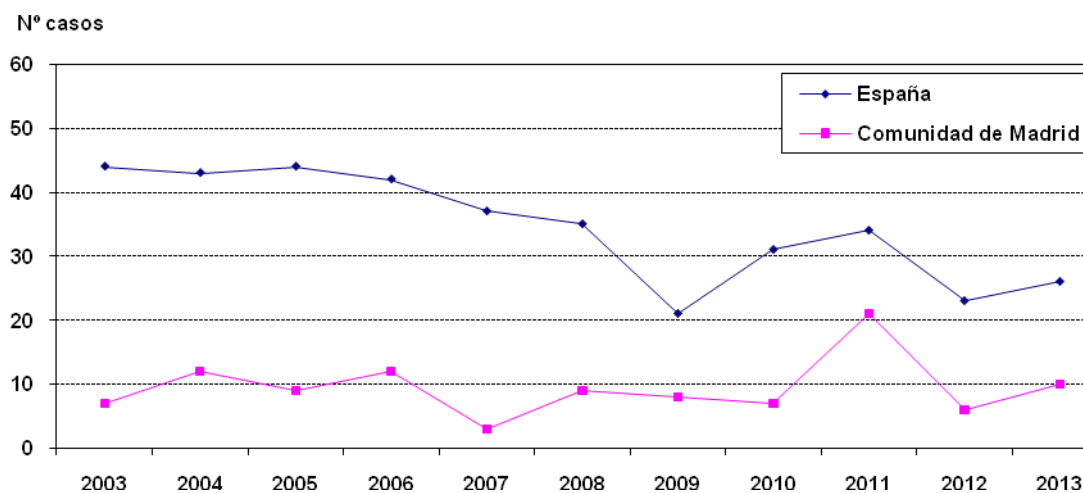
3.13.1.- Parálisis flácida aguda (PFA)

Durante 2013 en la CM se han declarado 10 casos de PFA, 4 casos más que en 2012, lo que supone una tasa de 0,98 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años.

Cinco casos (50,0%) eran hombres y 5 mujeres (50,0%). El rango de edad osciló entre 2 y 14 años, con una media de 8,6 años (D.E. 4,52). En 2013 sólo se notificó un caso de PFA a la red de vigilancia y nueve se recuperaron en la revisión del CMBD de los distintos hospitales ya que no fueron notificados en su momento.

En el informe “Plan Nacional de Erradicación de la Poliomiélitis. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Comunidad de Madrid. Año 2013” del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Agosto 2014. Volumen 20. Nº 8) se presenta un análisis más detallado de la vigilancia de la PFA.

**Gráfico 42. Parálisis flácida aguda: número de casos.
Comunidad de Madrid y España. 2003-2013.**



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

Durante el año 2013 no se declaró ningún caso de las siguientes enfermedades: botulismo, cólera, rabia, difteria, poliomielitis, tétanos, fiebre amarilla, peste, tífus exantemático, rubéola congénita, sífilis 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 2013.

4.1.- CALIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

A lo largo de 2013 está 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 2013 participaron en el sistema 473 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (86,8%). Se notificaron un total de 70.391 casos de EDO, de los cuales el 91,4% correspondía a EDO numéricas (98,2% notificadas por atención primaria) y el 8,6% restante a EDO con datos epidemiológicos básicos (33,5% notificadas por atención especializada, 47,5% por atención primaria y 19,0% por otros notificadores).

Las variables epidemiológicas básicas relacionadas con los datos de persona (edad, sexo, lugar de residencia y país de origen) 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 también una cumplimentación muy elevada (94,3%). La variable que recoge la fecha de inicio de síntomas presenta una buena cumplimentación (96,1%), lo que supone una mejora con respecto a años anteriores (en 2012 la cumplimentación fue del 94,2%).

4.2.- ENFERMEDADES NOTIFICADAS

Entre las **enfermedades de transmisión respiratoria** destaca un importante ascenso en la incidencia de **gripe** registrada en 2013 con respecto a 2012.

En 2013 desciende la incidencia de **legionelosis**, aunque la TI es un 11,4% mayor que la del quinquenio anterior y menor que la tasa nacional (razón de TI: 0,6).

En 2013 la incidencia de **varicela** disminuyó con respecto a 2012, siendo un 43,6% 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 ha contribuido de una manera importante a explicar la tendencia descendente observada en esta enfermedad.

La TI de **tuberculosis** en 2013 es menor que en 2012, un 31,2% 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 2013 la incidencia de **enfermedad meningocócica** ha sido de 0,6 casos por 100.000, la de **enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*** de 0,2, la del grupo de **otras meningitis bacterianas** de 0,8 y la de la **meningitis vírica** de 3,8. 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 12,2% para la enfermedad meningocócica, del 6,7% para la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, de 11,8% para el grupo de otras meningitis bacterianas y de 0,0% para las meningitis víricas. Se ha observado un notable descenso de la incidencia de la meningitis vírica. Se han notificado 5 brotes de meningitis vírica en el entorno familiar con un total de 10 afectados. Continúa la tendencia descendente en la incidencia de **enfermedad neumocócica invasora**, con una TI de 6,1, frente a un 12,6 al inicio de la vigilancia; la letalidad global para esta enfermedad ha sido del 14,0%.

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 50,6% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón de TI: 0,9); se han notificado 21 casos asociados a 7 brotes producidos en el entorno familiar y escolar. La incidencia de **hepatitis B** ha sido algo mayor que la de 2012, un 24,5% menor que la mediana de la TI del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón de TI: 0,8). La incidencia de **otras hepatitis víricas** ha sido algo más alta que la de 2012, un 36,1% mayor que la mediana de la TI del quinquenio anterior y algo mayor que la TI nacional (razón de TI: 1,2).

Entre las **enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica**, no se notificó ningún caso de **botulismo**. La incidencia de **disentería** ha sido menor que la de 2012, un 26,9% mayor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón TI: 0,8). Se han notificado dos brotes de ámbito familiar con un total de 9 afectados. La incidencia de **fiebre tifoidea y paratifoidea** ha sido menor que la de 2012, un 62,5% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la del nivel nacional (razón TI: 0,4). En 2013 no se notificó ningún brote de disentería ni de fiebre tifoidea y paratifoidea. La incidencia de

triquinosis en 2013 fue elevada, en comparación con el año anterior (en el que no se notificó ningún caso), un 1.333,3% mayor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la del nivel nacional (razón TI: 6,1). Todos los casos notificados en 2013 (28) estaban asociados a un brote relacionado con el consumo de cerdo procedente de una matanza casera realizada en un municipio de la CM.

Entre las **enfermedades de transmisión sexual**, la TI se mantiene a niveles elevados. La TI de **infección gonocócica** ha sido mayor que en 2012, un 154,1% mayor que la mediana de las TI del quinquenio anterior y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,9). La TI de **sífilis** ha sido ligeramente mayor que la de 2012, un 24,7% mayor que la TI del quinquenio anterior y mayor que la TI nacional (razón TI: 1,6). Se observa una tendencia creciente en ambas enfermedades, que también se refleja en los datos del nivel nacional, si bien en los datos de la CM hay aspectos de la notificación que han influido en esta tendencia, como la consolidación de la captación automática de datos de atención primaria y la incorporación de la notificación de un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual (que notifica un tercio del total de casos). En 2013 no se notificó ningún caso de **sífilis congénita**.

Entre las **antropozoonosis** se han notificado casos de brucelosis y leishmaniasis. En la **brucelosis** se observó una disminución con respecto a 2012, siendo la TI un 77,8% menor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la del nivel nacional (razón TI: 0,1). La incidencia de **leishmaniasis** ha sido menor que en 2012, pero se mantiene en niveles elevados, siendo un 22,0% mayor que la mediana de las TI del quinquenio anterior. El 66,9% de los casos notificados se asociaron al brote comunitario de leishmaniasis en la zona suroeste de la CM. Desde el inicio del brote comunitario, en julio de 2009, hasta diciembre de 2013, se han notificado un total de 542 casos asociados al brote: de los que el 34,5% presentaban una leishmaniasis visceral y el 16,2% de los pacientes tenía algún factor de riesgo intrínseco que disminuía su inmunidad.

La **parotiditis** ha presentado una incidencia 2,5 veces mayor que la de 2012, un 155,0% mayor que la mediana del quinquenio anterior y similar a la TI nacional (razón TI: 1,0). Se notificaron 30 brotes de parotiditis en 2013 con un total de 183 afectados casos: 22 brotes en el ámbito educativo, 4 en el ámbito laboral, 2 en centros deportivos, 2 en residencia universitarias y uno en un centro ocupacional.

En 2012 entró en vigor el **Plan de Eliminación de Rubéola** en la CM, en 2013 no se ha identificado ningún caso autóctono de rubéola en la CM, se identificaron 3 casos sospechosos que fueron descartados. En 2013 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, 620 en 2011, 195 en 2013 y 2 casos en 2014. La TI en 2014 ha sido de 0,03 casos por 100.000 habitantes, un 93,9% menor que la mediana de las TI del quinquenio anterior, y menor que la TI nacional (razón TI: 0,1). En 2013 se han notificado 22 casos sospechosos de sarampión, de los que se han confirmado 6: 2 autóctonos, 2 importados y 2 pertenecientes a otra Comunidad Autónoma. Se identificó el genotipo D8 en 4 casos: los 2 importados y los 2 autóctonos. Ninguno de los casos estaba vacunado.

No se ha notificado ningún caso de **tétanos** en 2013. Hay que destacar que no ha habido ningún caso de **tétanos neonatal** en los últimos 14 años.

La incidencia de **tos ferina** ha sido el doble que en 2012, aunque no se han alcanzado cifras tan elevadas como las de 2010 y 2011. La TI ha sido un 103,7% mayor que la mediana del quinquenio anterior y menor que la TI nacional (razón TI: 0,7). Se notificaron siete brotes de tos ferina en la CM, 5 en el ámbito familiar y 2 en centros educativos, con un total de 21 afectados.

La incidencia de **paludismo** en 2013 ha sido mayor que en 2012, un 61,1% mayor que la mediana del quinquenio, y mayor que la TI nacional (razón TI: 2,2). Todos los casos son importados y aproximadamente el 70,0% 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 quimioprofilaxis en las visitas al país de origen para conseguir disminuir el riesgo.

Las **encefalopatías espongiformes transmisibles humanas** presentan una TI menor que la de 2012, un 16,7% menor que la del quinquenio anterior e igual que la del nivel nacional (razón TI: 1,0).

Con respecto a la **lepra**, en 2013 se notificó un caso de lepra multibacilar confirmada, con una TI algo menor que en 2012, un 75,0% menor que la mediana del quinquenio anterior y el doble que la del nivel nacional (razón TI: 2,0).

La **parálisis flácida aguda** presenta una TI mayor que la de 2012, un 16,7% mayor que la mediana del quinquenio anterior y mayor que la nacional (razón TI: 2,7).

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.