

Objetivo 7

**Reducir las enfermedades
transmisibles**

7

Objetivo 7. Reducir las enfermedades transmisibles

7.1. Enfermedades transmisibles

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

7.2. Coberturas vacunales

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

7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

- 7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles
- 7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas y otras meningitis bacterianas
- 7.3.3. Enfermedades de transmisión respiratoria
- 7.3.4. Tuberculosis
- 7.3.5. Enfermedades de transmisión zoonótica
- 7.3.6. Enfermedades transmitidas por vectores
- 7.3.7. Enfermedades de transmisión alimentaria y brotes de origen alimentario
- 7.3.8. Enfermedades de transmisión sexual y parenteral
- 7.3.9. Infecciones causadas por VIH/sida
- 7.3.10. Enfermedades notificadas por sistemas especiales: Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)
- 7.3.11. Brotes de origen no alimentario
- 7.3.12. Brotes de especial interés

7.4. Conclusiones

7.1. Enfermedades transmisibles

7.1.1. Indicadores generales

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

Tabla 7.1. Enfermedades infecciosas. Indicadores generales según sexo. Mortalidad, morbilidad, contribución a la esperanza de vida y carga de enfermedad. Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Enfermedades infecciosas. Comunidad de Madrid			
	Hombres	Mujeres	Total
Nº Muertes. CM.	464	488	952
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil. CM.	15,0	14,5	14,8
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil. CM.	8,8	3,3	6,0
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil. CM.	11,1	6,3	8,5
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil. CM.	383,1	295,3	337,4
Contribución a la esperanza de vida, en años. CM.(2010 - 2015)	0,03	0,00	0,02
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). CM.	4.839	4.234	9.074
Años Vividos con Discapacidad. CM.	1.611	2.180	3.791
Años de Vida Perdidos. CM.	3.228	2.054	5.283

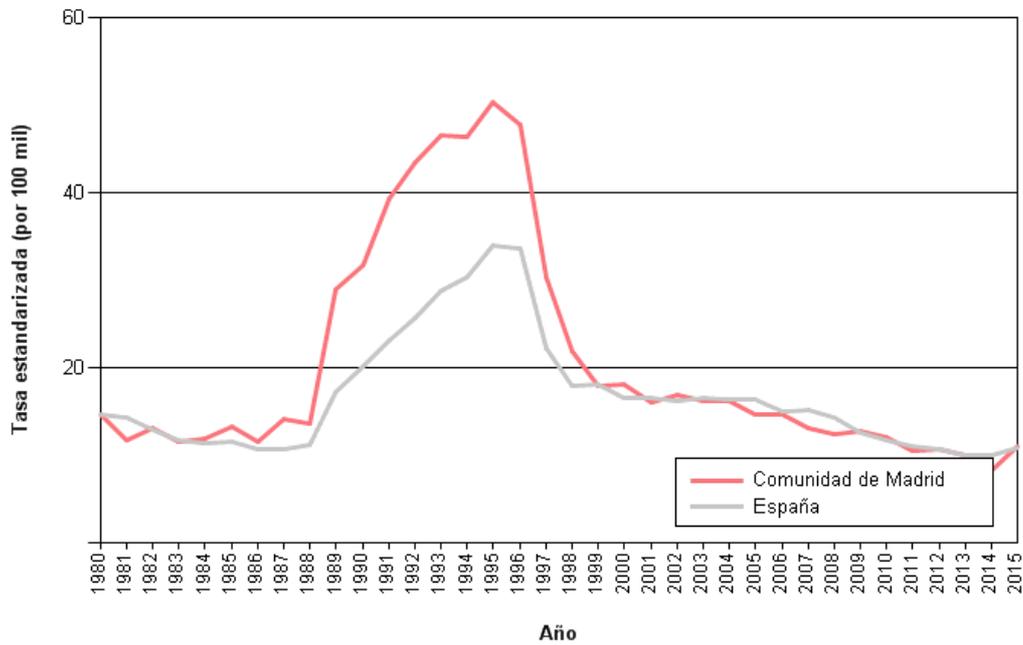
7.1.2. Mortalidad

La mortalidad por esta causa, superior en hombres que en mujeres, muestra en la Comunidad de Madrid una tendencia estable a lo largo de lo que se lleva de siglo XXI y con valores similares al conjunto de España ([Figura 7.1](#)). En los últimos años ha contribuido ligeramente al incremento de esperanza de vida ([Figura 7.2](#)).

Figura 7.1. Enfermedades infecciosas. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2015.

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

Hombres



Mujeres

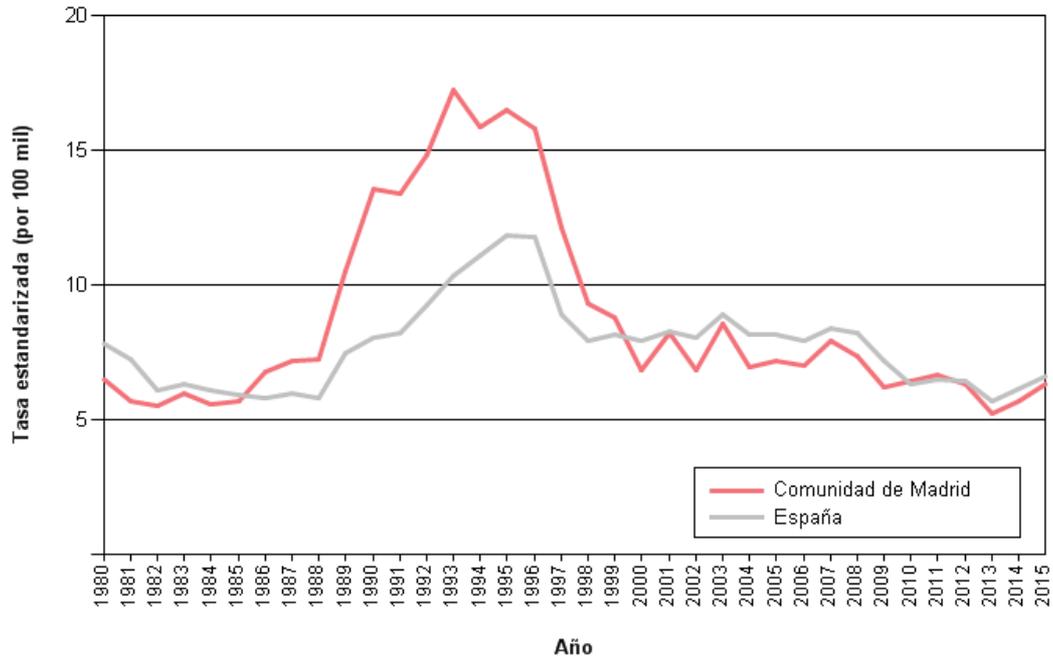
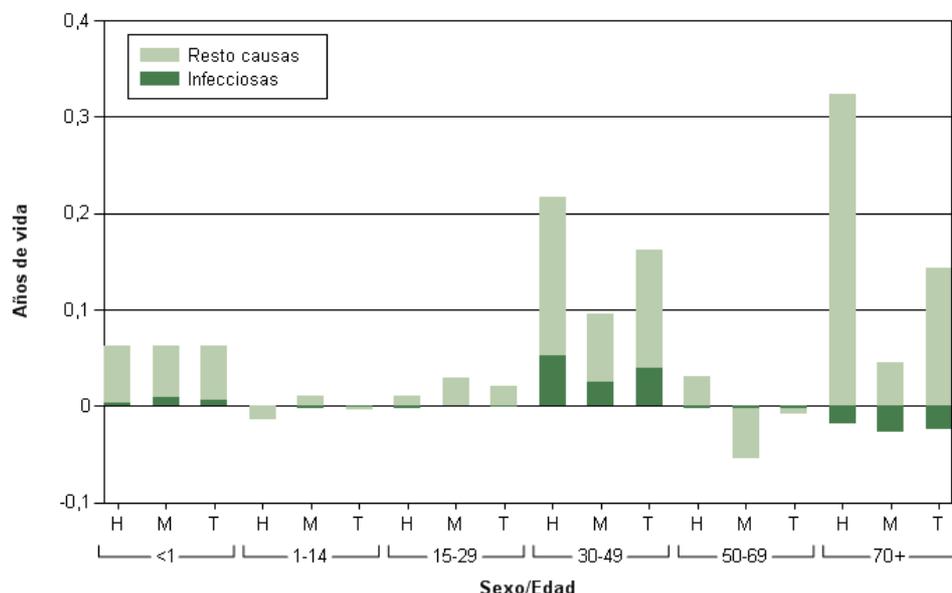


Figura 7.2. Contribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.1.3. Enfermedades infecciosas en Atención Primaria

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

Tabla 7.2. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento. Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2014-2015.

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

	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Hombres	1.675.526	21,1	542,7 (594,7)	1.923.330	24,7	618,5 (685,5)
Mujeres	2.320.394	18,9	693,0 (741,4)	2.690.346	22,5	799,0 (858,6)
Nacidos fuera de España	489.613	18,2	427,3 (510,3)	562.604	20,6	476,1 (595,4)
Nacidos en España	3.479.210	20,0	657,7 (683,0)	4.050.435	23,8	765,0 (799,6)
Total	3.995.920	19,8	620,9 (670,9)	4.613.676	23,3	712,4 (775,4)

Tabla 7.3. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según Dirección Asistencial (DA). Número, porcentaje sobre el total de episodios activos y tasa por mil. Comunidad de Madrid, 2014-2015.

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

DA	2014			2015		
	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)	Nº Episodios	% sobre el total de episodios	Tasa (ajustada por edad)
Centro	731.945	18,1	595,1 (652,2)	806.240	21,5	652,9 (722,9)
Norte	476.838	20,0	574,6 (614,2)	555.048	23,6	662,8 (713,5)
Este	604.354	20,2	646,1 (692,6)	689.769	24,0	730,4 (787,1)
Sureste	649.311	20,2	680,1 (739,6)	743.279	24,0	776,5 (851,7)
Sur	534.312	21,2	713,3 (750,5)	641.368	24,9	849,8 (898,8)
Oeste	490.791	19,6	675,1 (731,1)	569.609	23,0	781,8 (850,4)
Noroeste	508.369	20,1	503,4 (547,5)	608.363	23,1	596,7 (655,1)

Figura 7.3. Episodios de enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

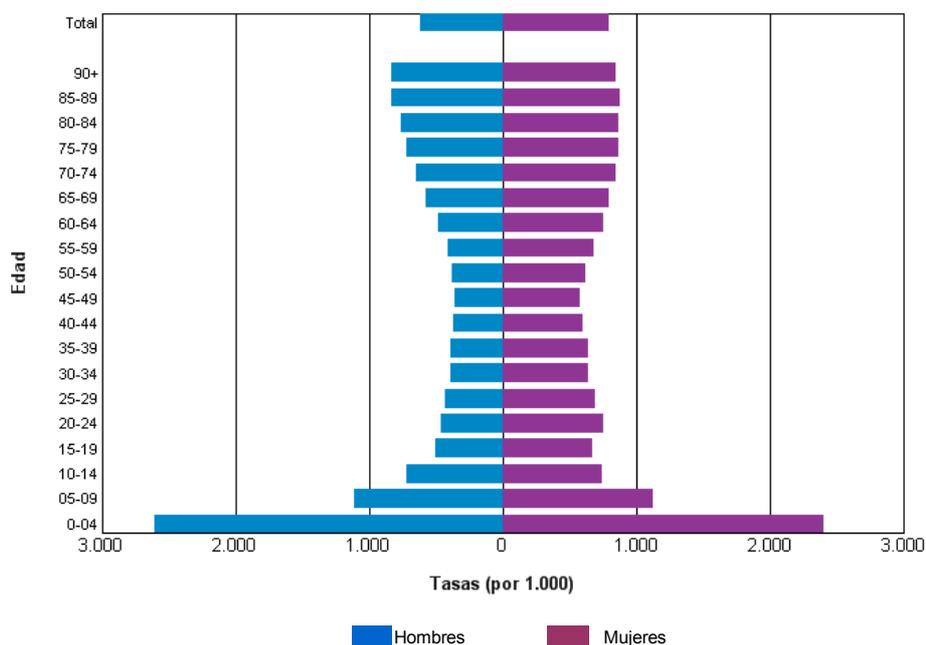


Figura 7.4. Enfermedades infecciosas atendidas en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2015.

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

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	R74-Infec respiratoria aguda superior N=44.245	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=10.987	F71-Conjuntivitis alérgica N=6.198	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=4.311	H71-Otitis media/miringitis aguda N=4.252
1-4	R74-Infec respiratoria aguda superior N=285.658	H71-Otitis media/miringitis aguda N=76.597	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=57.602	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=53.426	R77- Laringitis/traqueítis aguda N=38.589
5-14	R74-Infec respiratoria aguda superior N=246.145	R72- Faringitis/amigdalitis estreptococ N=60.691	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=44.728	H71-Otitis media/miringitis aguda N=41.925	R80-Gripe N=27.827
15-24	R74-Infec respiratoria aguda superior N=137.838	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=34.682	R72- Faringitis/amigdalitis estreptococ N=28.247	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=19.836	R76-Amigdalitis aguda N=16.463
25-34	R74-Infec respiratoria aguda superior N=165.929	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=65.529	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=31.695	R72- Faringitis/amigdalitis estreptococ N=25.865	R80-Gripe N=15.355
35-44	R74-Infec respiratoria aguda superior N=235.045	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=59.796	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=38.150	R80-Gripe N=27.321	R72- Faringitis/amigdalitis estreptococ N=23.646
45-54	R74-Infec respiratoria aguda superior N=195.721	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=35.708	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=31.048	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=26.711	R80-Gripe N=21.621
55-64	R74-Infec respiratoria aguda superior N=179.809	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=32.806	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=30.661	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=19.632	F71-Conjuntivitis alérgica N=16.625
65-74	R74-Infec respiratoria aguda superior N=177.416	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=36.842	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=33.879	F71-Conjuntivitis alérgica N=18.700	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=11.413
75-84	R74-Infec respiratoria aguda superior N=124.982	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=38.038	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=31.839	F71-Conjuntivitis alérgica N=15.651	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=9.117
85+	R74-Infec respiratoria aguda superior N=53.905	U71-Cistitis/otras infecc urinarias N=28.623	R78- Bronquitis/bronquiolitis aguda N=18.417	F71-Conjuntivitis alérgica N=8.658	D73-Infeción intestinal inesp/posible N=4.961

*Código CIAP correspondiente. N = número de episodios.

7.1.4. Morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas

Las tasas más altas de morbilidad hospitalaria por enfermedades infecciosas y parasitarias se observan en las edades extremas de la vida, con un predominio de los hombres para casi todos los grupos de edad (Figura 7.5). Si consideramos las causas específicas, (Figura 7.6) las enfermedades víricas seguidas de las septicemias son las más frecuentes. En las personas de 55 y más años las septicemias son la primera causa infecciosa de alta hospitalaria. En los menores de 5 años las infecciones intestinales son la primera causa infecciosa de hospitalización. Respecto a la morbilidad hospitalaria por rotavirus (Figura 7.7), en niños de 1 a 4 años las tasas desde 2003 son inferiores a 2 por mil, y en menores de un año de edad las tasas son superiores a 4 por mil en todos los años excepto 2014, con mayores oscilaciones temporales.

Figura 7.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

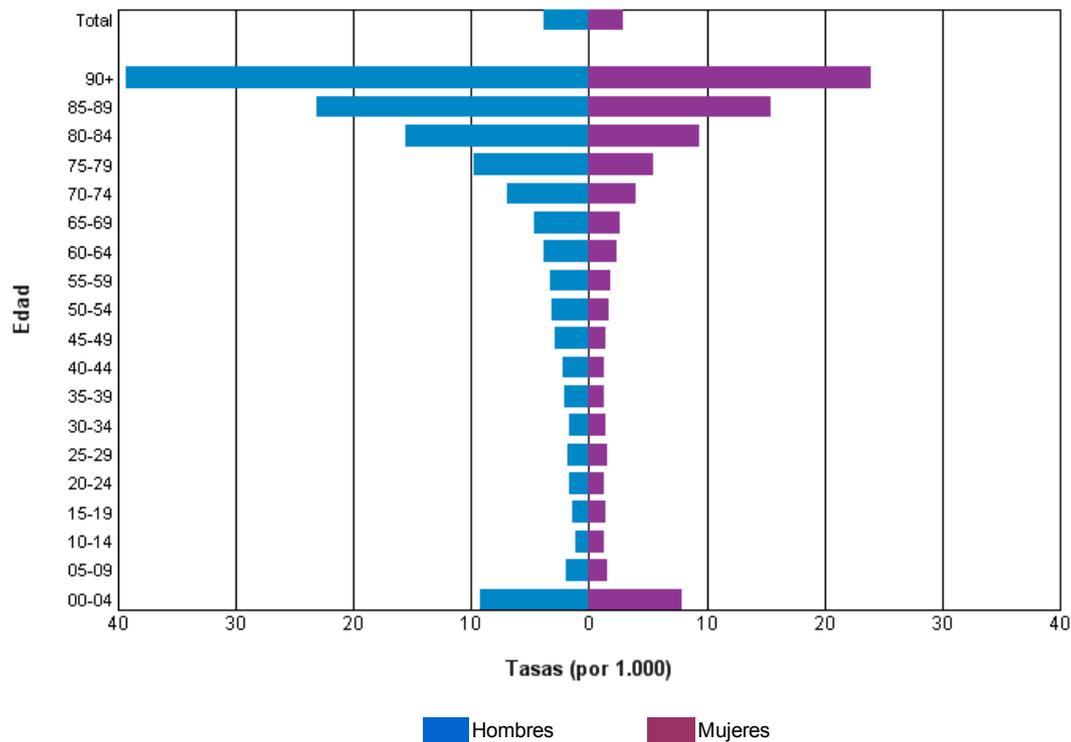


Figura 7.6. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Causas específicas* más frecuentes de morbilidad hospitalaria por grupo de edad y número de orden. Comunidad de Madrid, 2015.

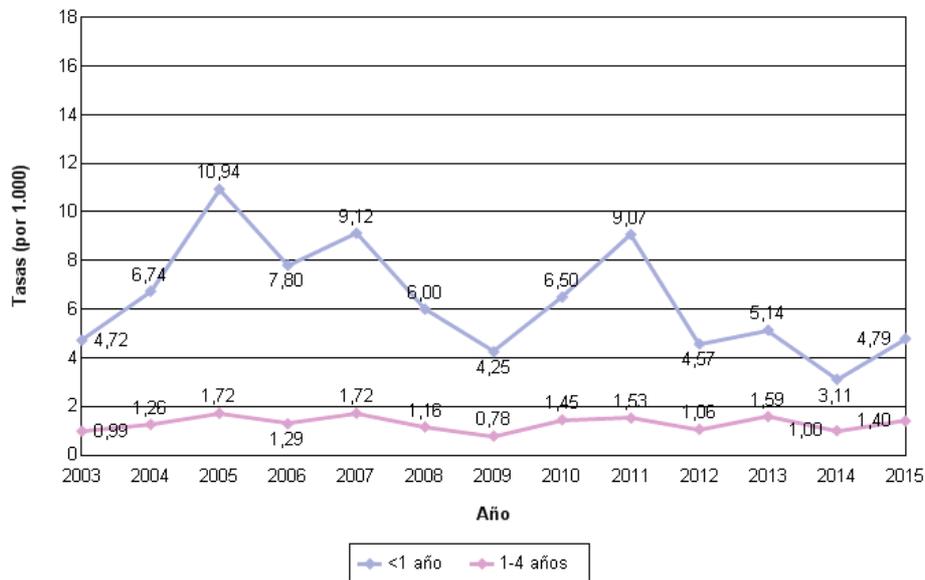
Fuente: CMBD. Elaboración: Informes de Salud y Estudios.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=381	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=315	033.-TOSFERINA N=250	038.-SEPTICEMIA N=132	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=104
1-4	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=476	079.-INFECCION VIRAL EN OTRAS ENFERMEDADES - NEOM N=213	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=163	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=102	047.-MENINGITIS ENTEROVIRICA N=99
5-14	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=252	003.-OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA N=151	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=128	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=108	047.-MENINGITIS ENTEROVIRICA N=92
15-24	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=270	075.-MONONUCLEOSIS INFECCIOSA N=107	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=100	038.-SEPTICEMIA N=98	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=64
25-34	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=536	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=225	038.-SEPTICEMIA N=140	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=131	085.-LEISHMANIASIS N=114
35-44	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=615	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=576	070.-HEPATITIS VIRICA N=298	038.-SEPTICEMIA N=296	011.-TBC PULMONAR N=171
45-54	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=1.319	070.-HEPATITIS VIRICA N=628	038.-SEPTICEMIA N=541	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=427	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=191
55-64	038.-SEPTICEMIA N=886	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=511	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=397	070.-HEPATITIS VIRICA N=249	136.- ENFERM.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS Y OTRAS SIN ESPECIFICAR N=173
65-74	038.-SEPTICEMIA N=1.341	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=290	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=242 041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=130	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=212	042.-ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] N=146
75-84	038.-SEPTICEMIA N=2.345	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=306	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=130	078.-ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y CHLAMYDIAE N=110	070.-HEPATITIS VIRICA N=106
85+	038.-SEPTICEMIA N=2.925	008.-INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS N=288	009.-INFECCIONES INTESTINALES MAL DEFINIDAS N=67	041.-INF.BACT.EN ENFER.CLAS.EN OTRO CONCEP. SITIO NO ESPECIFICADO N=51	112.-CANDIDIASIS N=51

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

Figura 7.7. Rotavirus. Evolución de la morbilidad hospitalaria (CIE-9-MC: 008.61). Tasas por mil en los grupos de edad de menos de 1 año y de 1 a 4 años. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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

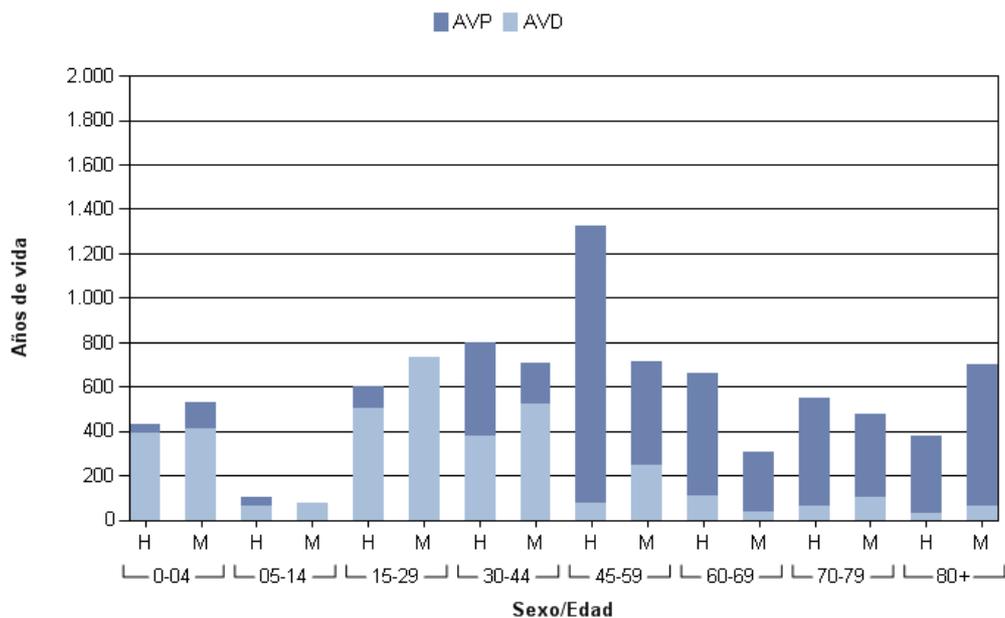


7.1.5. Carga de enfermedad por causas infecciosas

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

Figura 7.8. Enfermedades infecciosas. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



7.2. Coberturas vacunales

El programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles de la Comunidad de Madrid se desarrolla fundamentalmente mediante vacunaciones sistemáticas (calendario infantil y del adulto) y campañas especiales.

7.2.1. Coberturas de vacunación infantil de calendario

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

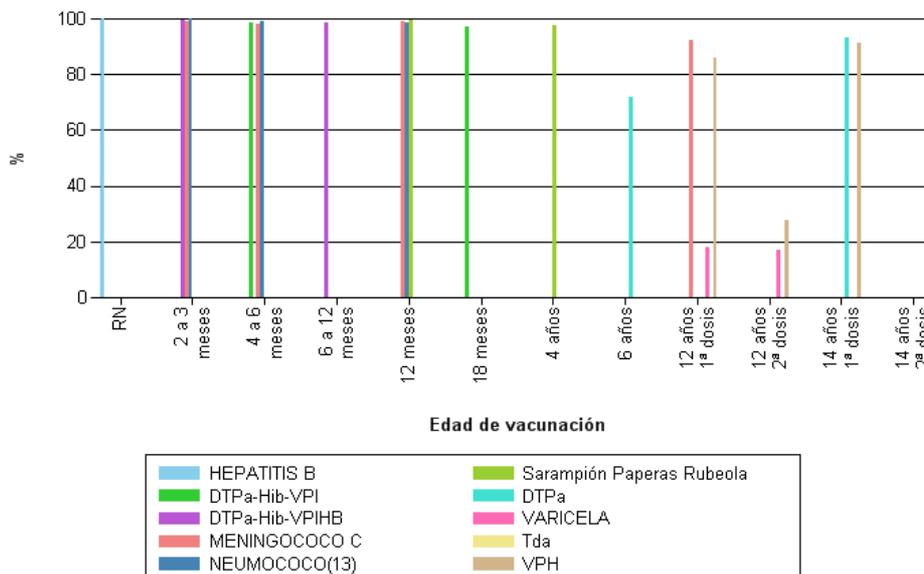
Durante el año 2013 con el objetivo de ir ajustando de forma progresiva el Calendario de Vacunación Infantil de la Comunidad de Madrid al Calendario Común de Vacunación Infantil del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobado el 21 de marzo de 2013, se introdujeron los siguientes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

A partir del 1 de enero de 2015 se introduce de nuevo la vacuna frente a la enfermedad neumocócica con vacuna conjugada 13 valente (a los 2, 4 y 12 meses de edad) y se baja la edad de administración de la vacuna frente al virus del papiloma humano para las niñas de 12 años de edad con pauta de 2 dosis. En diciembre de 2015 se retomó la vacunación frente a la varicela a los 15 meses y en 2016 se incorpora el recuerdo de los 4 años y el rescate de los no vacunados en el periodo 2013 y 2014. También durante 2015 y 2016 se han producido diversos ajustes en número de dosis y edad de vacunación con vacunas que contienen antígeno frente a tosferina debido a la limitada disponibilidad a nivel internacional.

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

Figura 7.9. Cobertura de vacunación infantil de calendario. Comunidad de Madrid, 2015.

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



7.2.2. Coberturas en campañas de vacunación

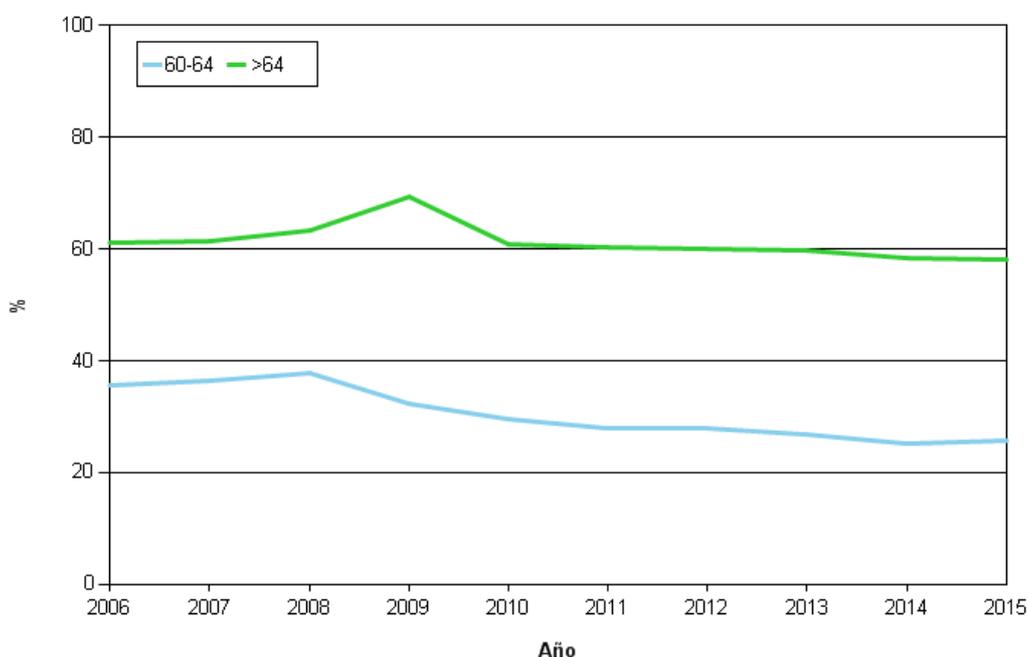
7.2.2.1. Gripe y neumococo

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid desarrolla desde el año 1990 campañas anuales de vacunación frente a la gripe dirigidas a los grupos de población que tienen un mayor riesgo de tener complicaciones asociadas. Hasta el año 2005 la edad de vacunación en mayores estaba fijada a partir de los 65 años, y a partir de este año se amplió la vacunación a las personas mayores de 59 años. Desde el año 2003 en la campaña de vacunación antigripal se ha asociado la vacuna antineumocócica. Inicialmente fue dirigida a mayores de 75 años, en 2004 a mayores de 65 años y a partir de 2005 se ha ampliado la campaña a las personas de 60 ó más años. Para ambas enfermedades, por debajo de esas edades se recomienda la vacunación de personas incluidas en grupos de riesgo.

En la [Figura 7.10](#) se presenta la evolución anual de la cobertura de vacunación antigripal en mayores.

Figura 7.10. Cobertura de vacunación antigripal en población de 60 y más años, por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2006-2015.

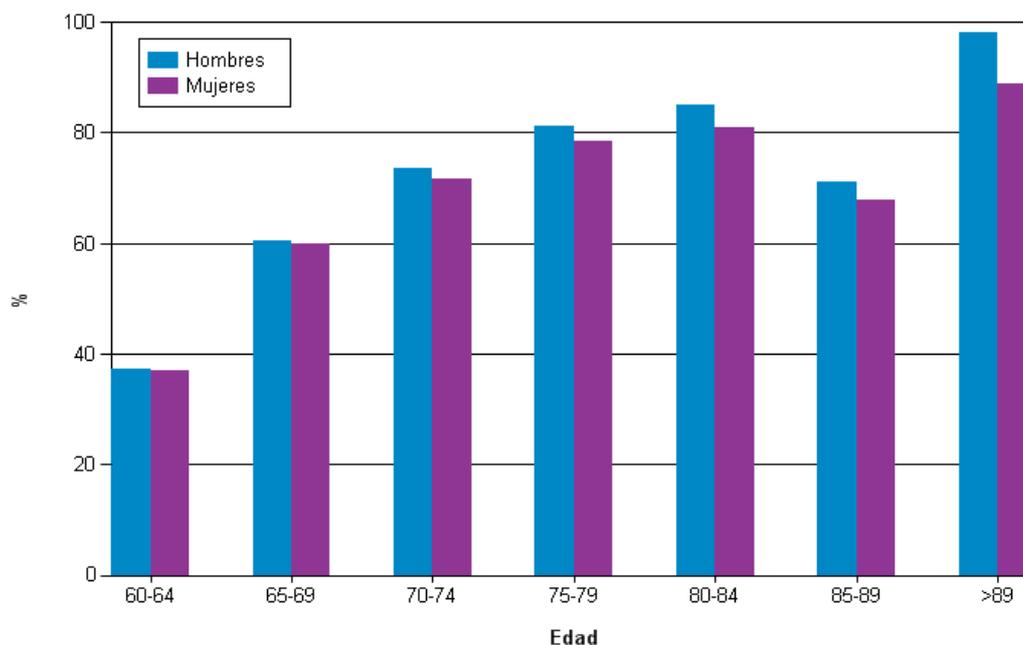
Fuente: Registro de Vacunas, SISPAL. Servicio de Prevención de la Enfermedad.



Respecto a la vacunación antineumocócica, considerando la vacunación con una sola dosis, la cobertura acumulada desde el año 2003 a 2015 se muestra en la [Figura 7.11](#). A partir de los 65 años de edad las coberturas son superiores al 60%.

Figura 7.11. Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en la población de 60 y más años según sexo. Comunidad de Madrid, 2003-2015.

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



7.3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y brotes

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. En 2015 se produce un cambio importante en la normativa reguladora de las EDO con la publicación de la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito local. La nueva normativa estatal amplía la lista de enfermedades a declarar, para incorporar enfermedades que deben de ser vigiladas en el marco de la Unión Europea.

7.3.1. Enfermedades inmunoprevenibles

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

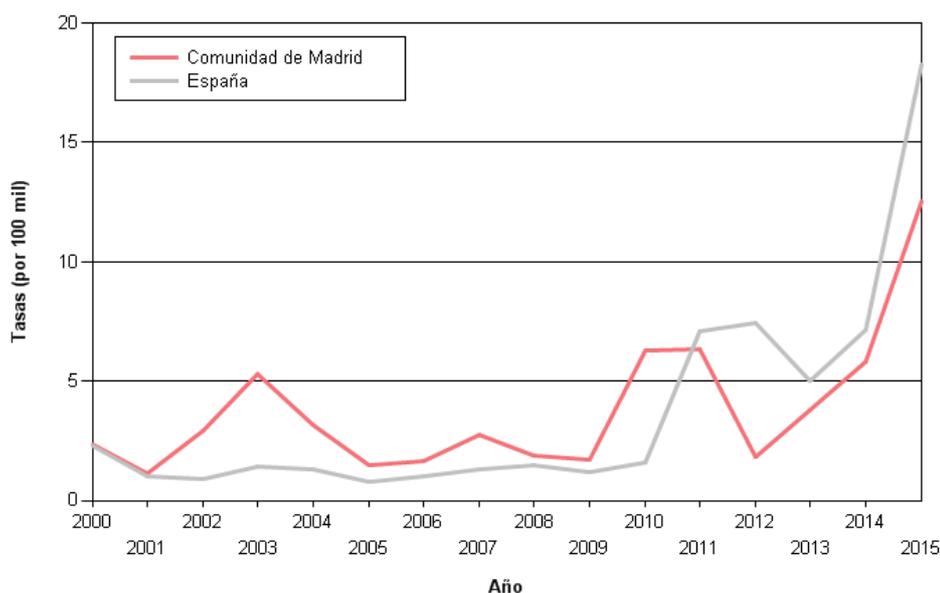
Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus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

En la Comunidad de Madrid el sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda -PFA- detectó en 2015 una incidencia por debajo del 1 por 100.000 en menores de 15 años. En 2015 en España se notificaron al sistema de vigilancia 32 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 78,1%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

En el año 2015 se notificaron 807 casos de tos ferina en la Comunidad de Madrid, 436 más que en 2014 (Figura 7.12). En 2015 el 69,1% de los casos se clasificaron como confirmados, el 7,4% como probables y el 23,5% restantes como sospechosos. El 48,3% de los casos eran hombres. La mediana de la edad fue de 3 años, con un rango de 0 meses a 76 años, siendo el 23,5% menores de 3 meses, el 10,3% entre 3 y 4 meses, el 6,4% entre 5 y 11 meses y el 59,3% población de un año en adelante. El estado vacunal era desconocido en el 16,2% de los casos, el 32,8% no estaban vacunados, el 15,4% habían recibido una dosis y el 51,7% habían recibido dos o más dosis de vacuna frente a la tos ferina. La mayoría de los casos menores de 3 años no habían recibido ninguna dosis. Durante el año 2015 se notificaron 49 brotes de tos ferina en la Comunidad de Madrid, con un total de 123 afectados, casi todos en el entorno familiar (95,1%).

Figura 7.12. Tos ferina. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

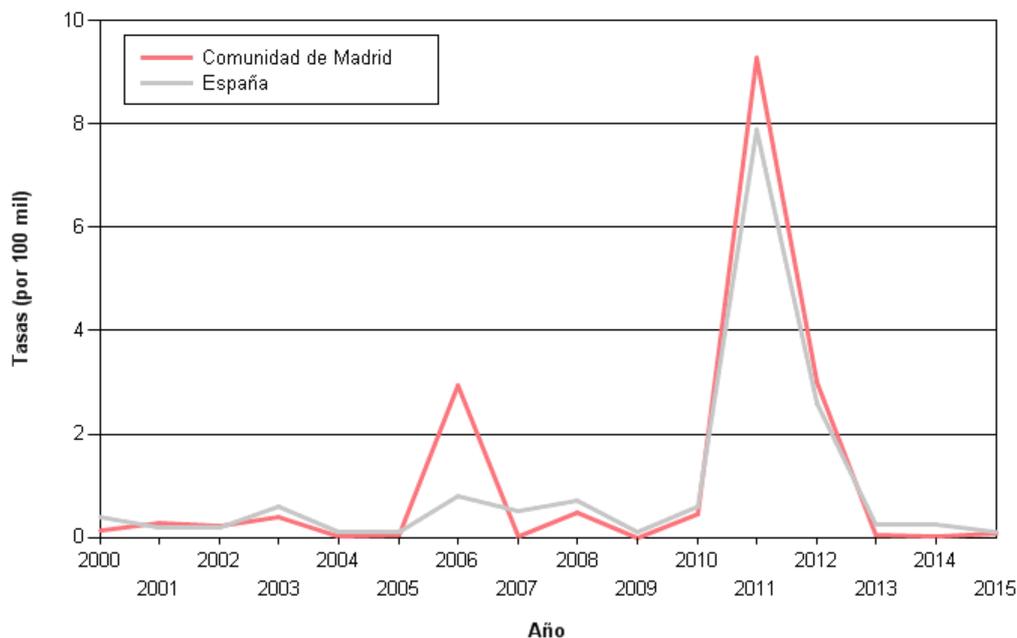
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Después del brote comunitario de sarampión que ocurrió en la región en el año 2006, y del incremento de casos (cercano a los 1.000) sucedido en los años 2011 y 2012, las tasas de incidencia desde 2013 han vuelto a situarse por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes (Figura 7.13), valor máximo que establece la OMS para el indicador de incidencia propuesto para monitorizar el progreso hacia la eliminación. En el año 2015 se notificaron 5 casos, 2 de ellos considerados importados, uno de los cuales dio lugar a dos casos familiares. Solo uno de los casos, un varón de 2 años, tenía una dosis de triple vírica, que no estaba documentada.

Figura 7.13. Sarampión. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

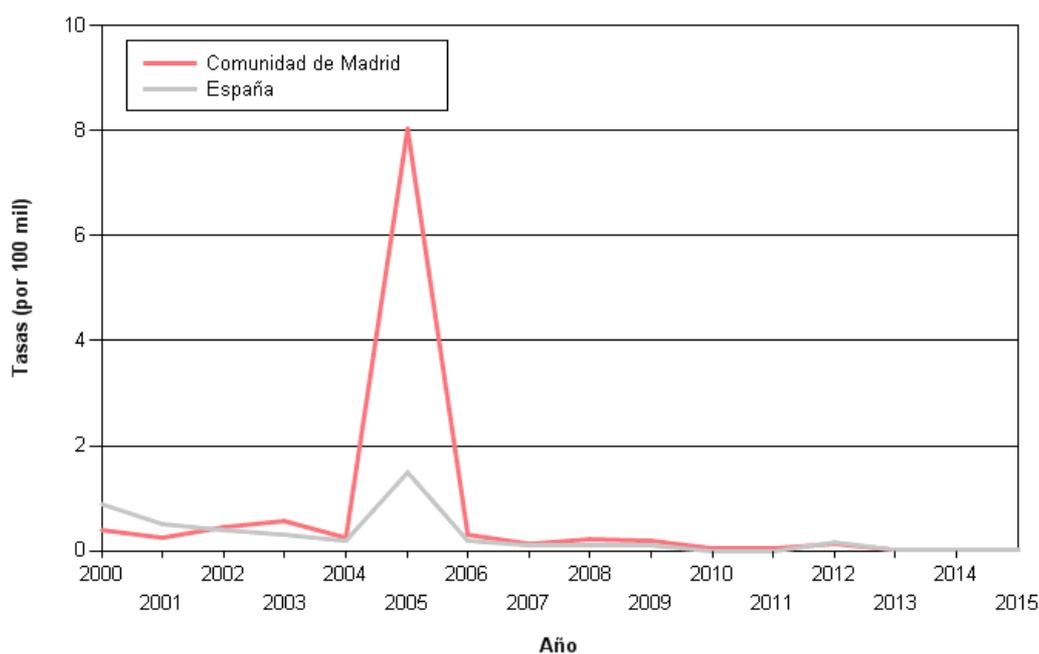
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM; España: Instituto de Salud Carlos III.
 Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el año 2015 se han notificado 2 casos de rubéola, uno importado y otro autóctono secundario a él, y ambos sin vacunar, siendo la tasa de incidencia de 0,03 casos por 100.000 habitantes (Figura 7.14).

Figura 7.14. Rubéola. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



En la Comunidad de Madrid se llevan a cabo encuestas de seroprevalencia periódicas como parte integrante de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Estas encuestas son representativas de la población de la Comunidad de Madrid y permiten conocer el grado de inmunidad de la misma. En relación con el sarampión y la rubéola, son útiles para evaluar el grado de cumplimiento establecido por la OMS para alcanzar el objetivo de eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Región Europea en el año 2015. La IV Encuesta de Serovigilancia se llevó a cabo en los años 2008-2009. La seroprevalencia de anticuerpos frente a sarampión en la población de 2 a 60 años es 97,8% (IC95%: 97,3-98,2). La estimación puntual supera el 95% en los grupos menores de 16 y mayores de 30 años. El valor más bajo se observa en adultos jóvenes, grupo más afectado cuando entra un virus importado en nuestra Comunidad (Figura 7.15). El grupo de 16 a 20 años presenta una seroprevalencia de 94,5% (IC95%: 92,3-96,0) y el de 21 a 30 de 94,3% (IC95%: 92,1-96,0). La recomendación de la OMS de llevar a cabo actividades suplementarias de inmunización debe tener en cuenta a los adultos jóvenes de 16 a 30 años como grupo diana. En relación con la seroprevalencia de anticuerpos frente a rubéola, todos los grupos de edad superan el 95% recomendado por la OMS (Figura 7.16).

Figura 7.15. Sarampión. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

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

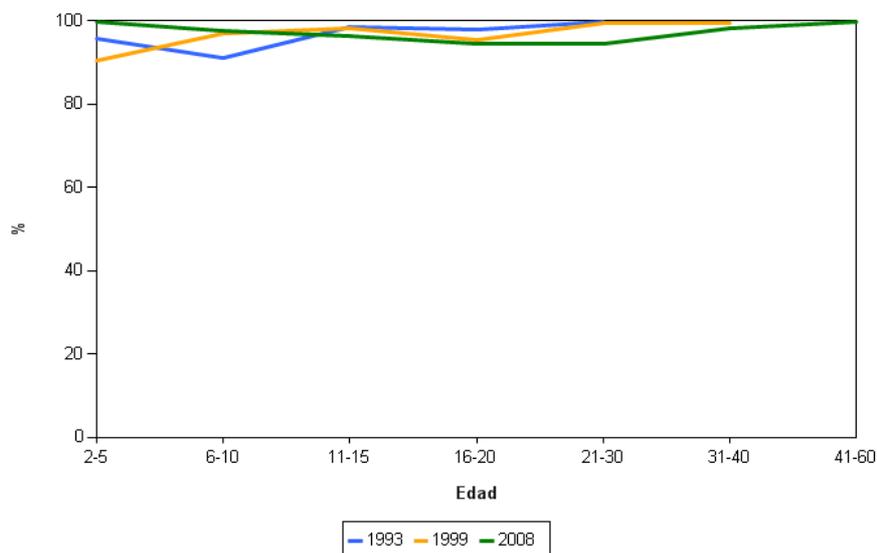
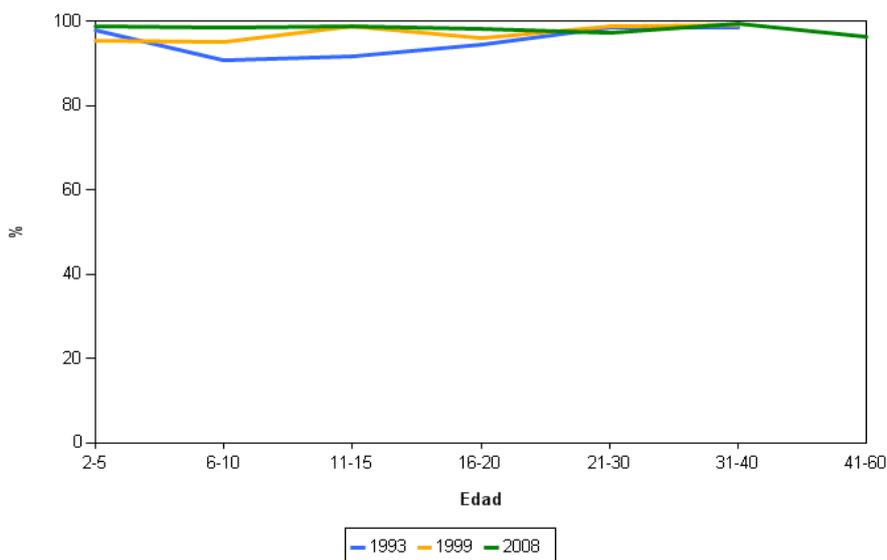


Figura 7.16. Rubéola. Seroprevalencia según edad. Comunidad de Madrid, 1993, 1999 y 2008.

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



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

En el año 2015 se notificaron 514 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid (Figura 7.17), 33 menos que en 2014 (tasa de incidencia de 7,99 casos por 100.000 habitantes). Los casos no presentan clara estacionalidad por fecha de inicio de síntomas, y muestran tres picos en los años 2006-07, 2007-08 y 2013-14. El 7% de los casos se clasificaron como confirmados, el 1% como probables y el 92% restantes como sospechosos. El 61,7% de los casos eran varones. El rango de edad fue de 0 a 95 años, con una mediana de 14 años; el 50,8 % eran menores de 15 años y el 24,5% de 24 a 44 años (Figura 7.18). En cuanto al estado vacunal, en un 6,5% se desconocía, el 4,4% no estaba vacunado y el 82,9% restante estaba vacunado (el 27,8% había recibido una dosis de vacuna, el 47,8% dos, el 3,6% tres o más y en el resto no se conocía el número de dosis recibidas). Se notificaron 4 brotes en 2015 con 9 afectados.

Figura 7.17. Parotiditis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

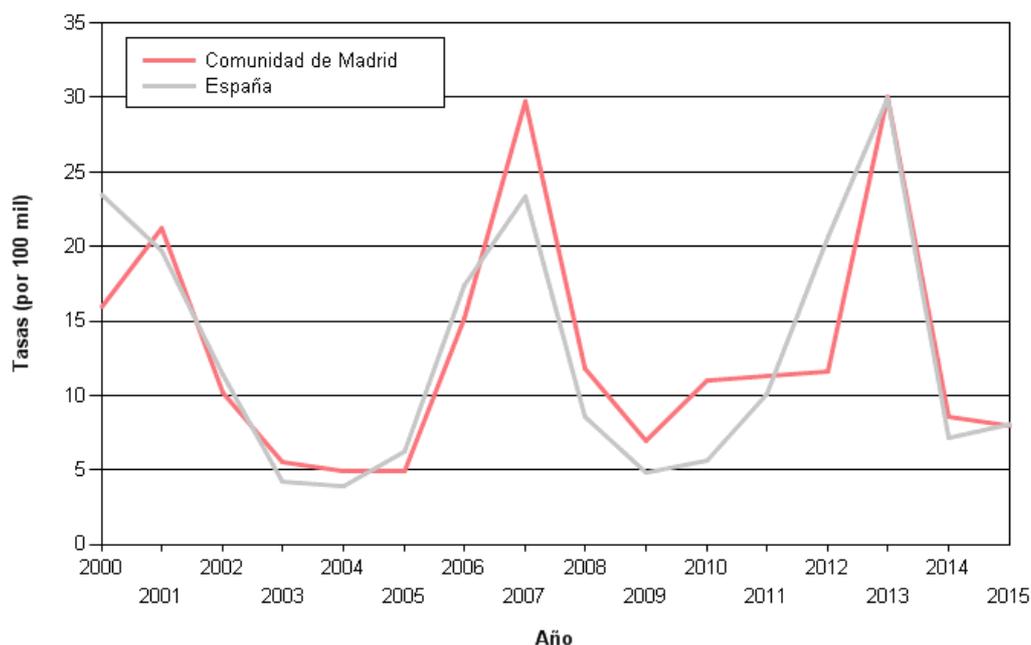
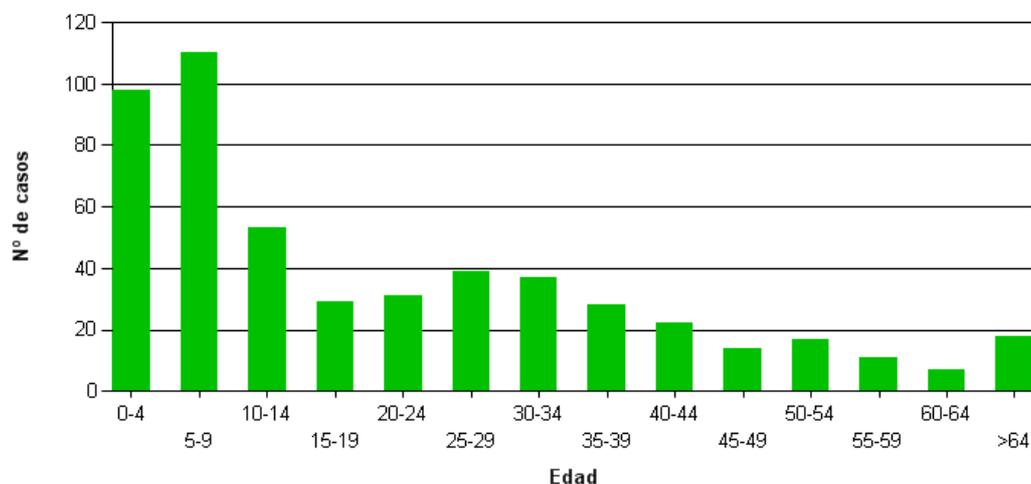


Figura 7.18. Parotiditis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2015.

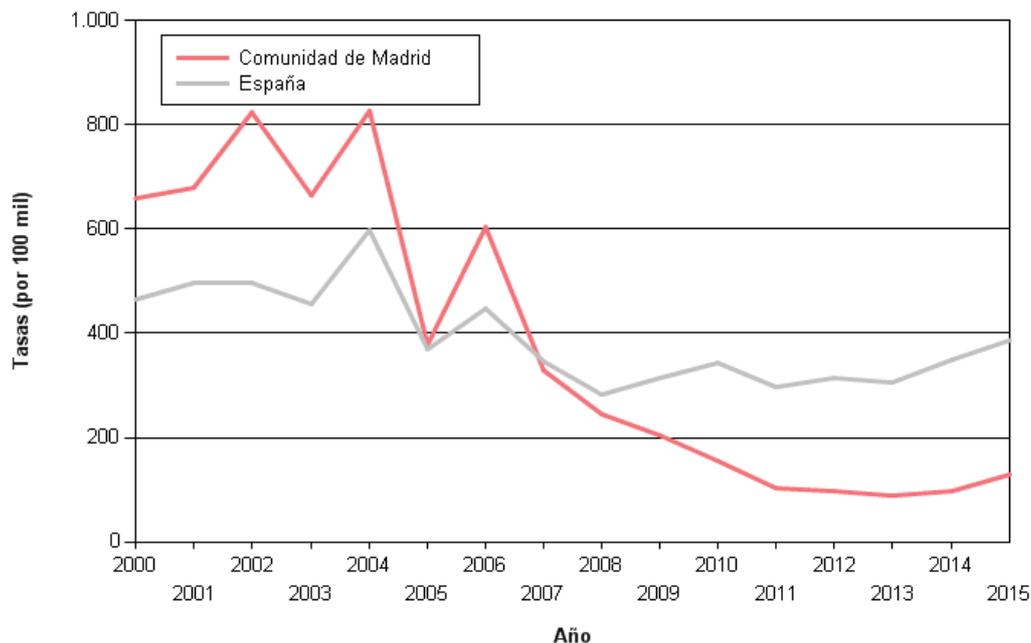
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Desde el año 2007 se observa un descenso mantenido en la incidencia de varicela en la Comunidad de Madrid (Figura 7.19), que parece haberse estabilizado desde 2011. Durante 2015 se notificaron 8.361 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 129,89 casos por 100.000 habitantes. Los brotes notificados fueron 23, con 252 afectados.

Figura 7.19. Varicela. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



En el año 2015 se han notificado en la Comunidad de Madrid 25 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. El 40,0% eran hombres, con una media de edad de 66,8 años. La presentación clínica fue sepsis en el 40,0%, neumonía en el 32,0%, meningitis en el 24,0% y hubo un caso de apendicitis. Fallecieron en 3 casos. La enfermedad invasiva por *H. influenzae* presenta desde hace años en la Comunidad de Madrid tasas en torno al 0,2 por 100.000 habitantes.

La incidencia de enfermedad meningocócica muestra una tendencia estable en los últimos años, y en 2015 la tasa fue de 0,73 por 100.000 habitantes (Figura 7.20), con 47 casos notificados. La incidencia de la enfermedad meningocócica en la temporada 2014-2015 muestra las mayores tasas en los menores de un año, como es habitual. Esto se observó tanto para el serogrupo B, como para el global de los casos confirmados (Tabla 7.4).

Figura 7.20. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

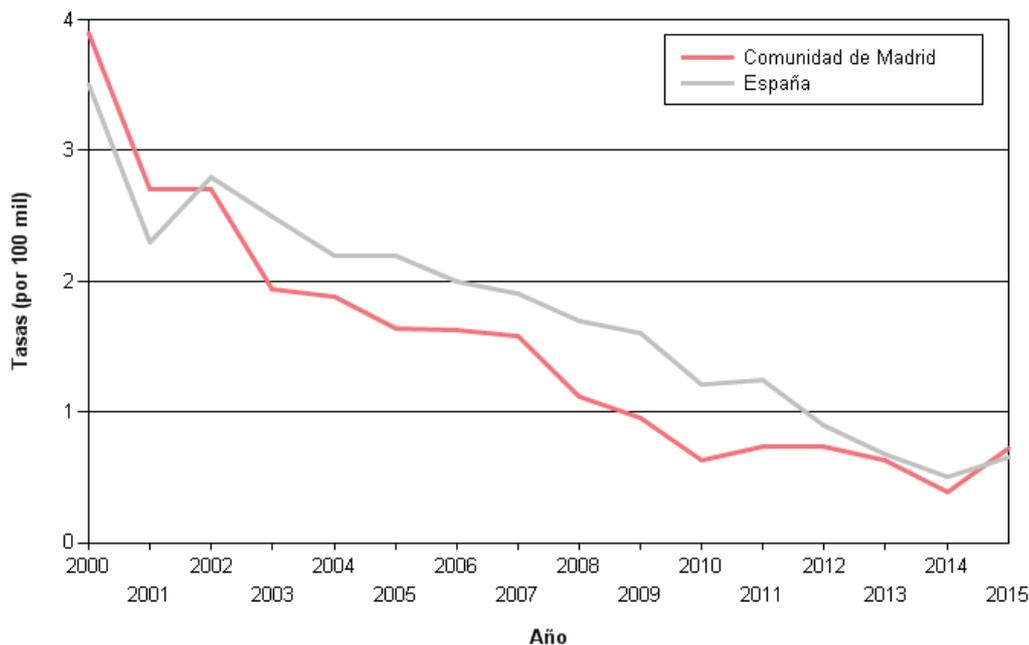


Tabla 7.4. Enfermedad meningocócica. Incidencia según edad y serogrupo y temporada. Nº de casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporada 2014-2015.

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

	Serogrupo B		Serogrupo C		Sin serogrupo		Confirmados*		Sospechas	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	4	6,28	0	0,00	0	0,00	4	6,28	0	0,00
1 a 4	5	1,76	1	0,35	1	0,35	7	2,46	1	0,35
5 a 9	1	0,28	1	0,28	1	0,28	3	0,85	2	0,57
10 a 14	1	0,32	0	0,00	0	0,00	1	0,32	0	0,00
15 a 19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,70
20 a 24	2	0,62	1	0,31	2	0,62	5	1,54	0	0,00
25 a 44	2	0,10	4	0,19	2	0,10	8	0,38	0	0,00
45 a 64	2	0,12	1	0,06	2	0,12	5	0,30	0	0,00
>64	1	0,09	1	0,09	1	0,09	3	0,28	0	0,00
Total	18	0,28	9	0,14	9	0,14	36	0,56	5	0,08

*Se incluyen también los casos por serogrupo Y

Al comparar la incidencia de la temporada 2014-2015 con las temporadas previas (desde la temporada 1996-97), observamos que ha mostrado una de las incidencias más bajas de enfermedad meningocócica registradas. La evolución muestra una reducción paulatina de la incidencia, especialmente para el serogrupo C tras las campañas de vacunación, pero también para el serogrupo B en las últimas temporadas (Tabla 7.5). La letalidad de la enfermedad meningocócica en la temporada 2014-2015 ha sido de 12,8% para el global de casos (Tabla 7.6).

Tabla 7.5. Enfermedad meningocócica. Evolución de la incidencia según temporada epidemiológica y serogrupo. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2014-2015.

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

	Serog. A	Serog. B	Serog. C	Serog. Y	Serog. W135	Serog. X	Sin grupar	Total Confirmados	Sosp. Clínicas	Total	Sosp. Clínicas,
1996- Casos	0	49	118	0	0	0	7	174	98	272	-
1997- Tasas	-	0,98	2,35	-	-	-	0,14	3,46	1,95	5,42	-
1997- Casos	0	55	21	2	0	0	6	84	38	122	-
1998- Tasas	-	1,08	0,41	0,04	-	-	0,12	1,65	0,75	2,40	-
1998- Casos	1	62	32	0	0	0	12	107	34	141	-
1999- Tasas	0,02	1,20	0,62	-	-	-	0,23	2,08	0,66	2,74	-
1999- Casos	0	68	64	2	0	0	7	141	66	207	-
2000- Tasas	-	1,31	1,23	0,04	-	-	0,13	2,71	1,27	3,98	-
2000- Casos	0	58	41	1	0	0	3	103	43	146	-
2001- Tasas	-	1,08	0,76	0,02	-	-	0,06	1,92	0,80	2,72	-
2001- Casos	1	59	53	1	1	0	11	126	33	159	-
2002- Tasas	0,02	1,07	0,96	0,02	0,02	-	0,20	2,28	0,60	2,88	-
2002- Casos	0	48	23	1	2	0	13	87	17	104	-
2003- Tasas	-	0,84	0,40	0,02	0,03	-	0,23	1,52	0,30	1,82	-
2003- Casos	1	52	32	1	4	0	8	98	20	118	-
2004- Tasas	0,02	0,90	0,55	0,02	0,07	-	0,14	1,69	0,34	2,03	-
2004- Casos	0	67	16	2	1	0	4	90	15	105	-
2005- Tasas	-	1,15	0,28	0,03	0,02	-	0,07	1,55	0,26	1,81	-
2005- Casos	0	45	12	2	0	0	8	67	24	91	-
2006- Tasas	-	0,75	0,20	0,03	-	-	0,13	1,12	0,40	1,51	-
2006- Casos	0	66	3	1	0	0	7	77	19	96	-
2007- Tasas	-	1,90	0,05	0,02	-	-	0,12	1,27	0,31	1,58	-
2007- Casos	1	42	9	1	0	0	11	64	14	78	-
2008- Tasas	0,02	0,67	0,14	0,02	-	-	0,18	1,02	0,22	1,24	-
2008- Casos	0	35	3	0	2	1	3	44	15	59	-
2009- Tasas	-	0,56	0,05	-	0,03	0,02	0,05	0,70	0,24	0,94	-
2009- Casos	2	21	8	1	3	0	9	44	10	54	-
2010- Tasas	0,03	0,33	0,13	0,02	0,05	-	0,14	0,69	0,16	0,85	-
2010- Casos	0	24	3	2	0	0	5	34	4	38	-
2011- Tasas	-	0,37	0,05	0,03	-	-	0,08	0,53	0,06	0,59	-
2011- Casos	0	29	5	0	1	0	9	44	7	51	-
2012- Tasas	-	0,45	0,08	-	0,02	-	0,14	0,68	0,11	0,79	-
2012- Casos	0	25	4	1	1	0	5	36	4	40	-
2013- Tasas	-	0,38	0,06	0,02	0,02	-	0,08	0,55	0,06	0,62	-
2013- Casos	-	17	0	2	-	-	7	26	-	33	7
2014- Tasas	-	0,26	-	0,03	-	-	0,11	0,40	-	0,51	0,11
2014- Casos	-	18	9	-	-	-	9	36	-	41	5
2015- Tasas	-	0,28	0,14	-	-	-	0,14	0,56	-	0,64	0,08

Tabla 7.6. Enfermedad meningocócica. Letalidad (%) según temporada epidemiológica y serogrupo. Comunidad de Madrid, temporadas 1996-97 a 2014-2015.

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

	Serogrupo B	Serogrupo C	Total confirmados	Sospechas clínicas	Total
1996-1997	6,1	16,9	13,2	5,1	10,3
1997-1998	7,3	9,5	7,1	5,3	6,6
1998-1999	8,2	15,6	11,2	5,9	9,9
1999-2000	8,8	9,4	8,5	6,1	7,7
2000-2001	1,7	22,0	10,7	16,3	12,3
2001-2002	6,8	24,5	14,3	12,1	13,8
2002-2003	10,4	13,0	12,6	0,0	10,6
2003-2004	3,8	25,0	13,3	0,0	11,0
2004-2005	9,0	25,0	12,2	6,7	11,4
2005-2006	13,3	25,0	14,9	0,0	11,0
2006-2007	12,1	0,0	10,4	10,5	10,4
2007-2008	7,1	11,1	6,3	14,3	7,7
2008-2009	11,4	33,3	13,6	0,0	10,2
2009-2010	0,0	25,0	6,8	0,0	5,6
2010-2011	4,2	0,0	5,9	0,0	5,3
2011-2012	3,4	0,0	4,5	0,0	3,9
2012-2013	12,0	25,0	13,8	0,0	12,5
2013-2014	11,8	0,0	15,4	14,3	15,1
2014-2015	11,1	11,1	13,9	0,0	12,8

Analizando a partir del CMBD los casos de enfermedad invasora por neumococo (ENI) que requieren ingreso hospitalario, en el año 2015 la incidencia fue 30,50 casos por 100.000 habitantes (Tabla 7.7). La mayor incidencia se observa en los mayores de 64 años, 119,45 casos por 100.000, siendo en los menores de 1 año de 13,05 casos por 100.000). La neumonía fue la forma clínica predominante, con una incidencia de 25,88. La incidencia de septicemia fue de 3,79 y la meningitis neumocócica fue de 0,78. La letalidad global ha sido de un 7,8%, siendo superior en los mayores de 64 años (9,7%) y en los casos de septicemia (12,9%). La incidencia de la enfermedad en 2015 ha sido un 14,6% mayor que en 2014.

Tabla 7.7. Enfermedad neumocócica invasora. Evolución de la incidencia anual según formas clínicas. Casos y tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1998-2015.

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

	Septicemia		Meningitis		Neumonía		Peritonitis		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1998	27	0,53	33	0,65	2.468	48,47	2	0,04	2.530	49,69
1999	19	0,37	36	0,70	2.189	42,54	4	0,08	2.248	43,69
2000	22	0,42	39	0,75	2.202	42,30	2	0,04	2.265	43,51
2001	20	0,37	37	0,69	2.136	39,76	2	0,04	2.195	40,86
2002	13	0,24	48	0,87	2.060	37,27	3	0,05	2.124	38,43
2003	22	0,38	55	0,96	2.193	38,35	3	0,05	2.273	39,75
2004	17	0,29	44	0,76	1.808	31,15	2	0,03	1.871	32,23
2005	32	0,54	52	0,87	2.463	41,30	3	0,05	2.550	42,76
2006	28	0,47	43	0,72	2.685	44,69	1	0,02	2.757	45,89
2007	53	0,87	45	0,74	3.232	53,14	4	0,07	3.334	54,82
2008	62	0,99	52	0,83	3.141	50,08	3	0,05	3.258	51,95
2009	71	1,11	52	0,81	3.573	55,94	2	0,03	3.698	57,90
2010	74	1,15	42	0,65	2.610	40,41	1	0,02	2.727	42,22
2011	73	1,12	32	0,49	1.694	26,10	2	0,03	1.801	27,75
2012	109	1,68	44	0,68	1.316	20,25	2	0,03	1.471	22,64
2013	124	1,91	31	0,48	1.193	18,37	0	0,00	1.348	20,75
2014	166	2,57	28	0,43	1.441	22,33	0	0,00	1.635	25,33
2015	244	3,79	50	0,78	1.666	25,88	3	0,05	1.963	30,50

La ENI se incluyó como EDO en la Comunidad de Madrid en febrero de 2007. En 2015 se registraron 546 casos (8,48 casos por 100.000). Al analizar la incidencia de las principales formas clínicas de presentación de la enfermedad por grupos de edad (Figura 7.21), se observa que la neumonía (con o sin sepsis) afecta fundamentalmente a los mayores de 59 años (10,36 casos por 100.000) y el grupo de menores de 1 año (6,29), la sepsis igualmente a los mayores de 59 años (5,18) y a los menores de 1 año (4,72), la bacteriemia sin foco muestra la mayor incidencia en los menores de 1 año (11,00) y en el grupo de edad de 1 a 4 años (6,21) y la meningitis (con o sin sepsis) afecta preferentemente a los menores de 1 año (6,29), a los de 1 a 4 años (3,29) y a los mayores de 59 años (2,06). El 61,5% de los casos presentaba algún antecedente patológico que podría considerarse un factor de riesgo para la enfermedad neumocócica (Tabla 7.8). La presencia de antecedentes patológicos fue similar entre hombres y mujeres (62,1% vs 60,9%) y aumentó con la edad. El 65,1% de los casos con antecedentes patológicos habían recibido vacunación antineumocócica: el 78,2% de ellos habían recibido la vacuna de polisacáridos capsulares de los 23 serotipos (VPN23), el 12,2% habían recibido vacuna conjugada y el 10,3% habían recibido ambas vacunas. La letalidad de los pacientes con antecedentes patológicos fue del 17,6%, siendo del 5,2% para los pacientes sin antecedentes patológicos.

La vacuna conjugada neumocócica 7-valente (VCN7) está disponible en España desde 2001 y en noviembre de 2006 se incluyó en el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid, recomendándose en todos los niños nacidos a partir del 1 de noviembre de 2004. En junio de 2010 esta vacuna fue sustituida por la vacuna conjugada 13-valente (VCN13) y en julio de 2012 esta vacuna dejó de incluirse en la vacunación sistemática de la infancia, reintroduciéndose en la misma en enero de 2015. La vacuna polisacárida (VPN23), indicada desde 2001 para los grupos de riesgo, desde 2005 se recomienda a los mayores de 59 años, administrándose junto a la vacuna antigripal. En el año 2015, se disponía de información sobre el serotipo de neumococo causante de la enfermedad en el 86,8% de los casos (474). Se han identificado 50 serotipos diferentes. Los cinco serotipos más frecuentes fueron el 8 (22,2%), 3 (9,7%), 22F (5,3%), 9N (4,9%) y el 23B (4,2%). La proporción de casos con serotipos incluidos en la VCN7 fue del 5,7%, en la VCN13 fue del 15,2% y en la VPN23 del 64,8%.

Figura 7.21. Enfermedad neumocócica invasora. Incidencia según edad y forma de presentación clínica. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

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

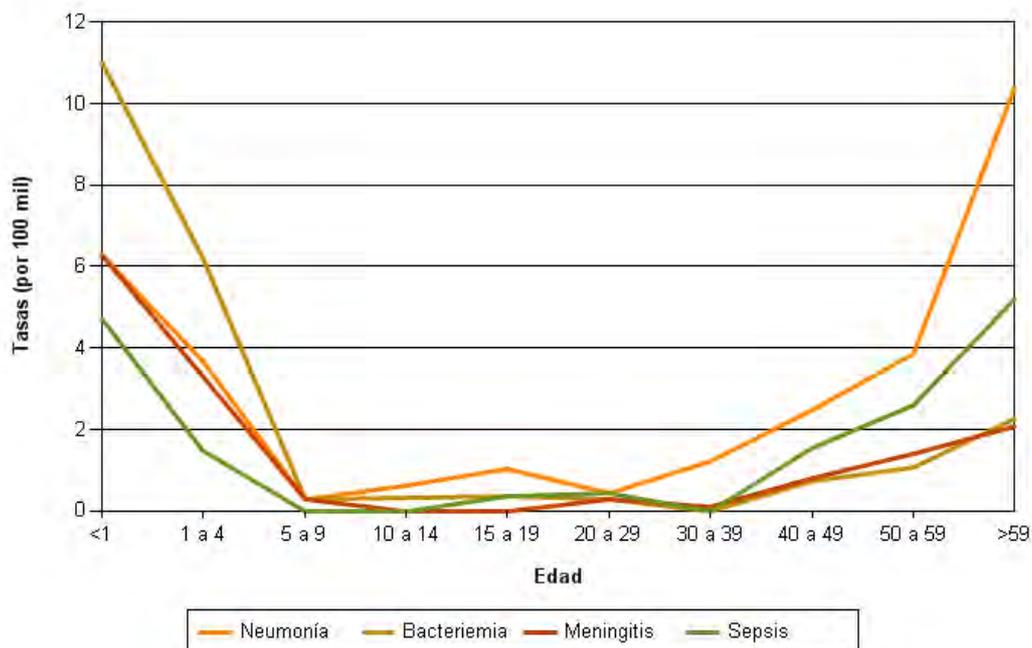


Tabla 7.8. Enfermedad neumocócica invasora. Antecedentes patológicos. Comunidad de Madrid, 2015.

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

	Casos	%
Cirugía craneal	4	1,2
DM	11	3,3
Esplenectomía	7	2,1
Fístula LCR	2	0,6
Inmunodeficiencia	71	21,1
Neoplasia	32	9,5
Patología cardíaca	58	17,3
Patología hepática	14	4,2
Patología renal	9	2,7
Patología respiratoria	71	21,1
Traumatismo craneal	3	0,9
Otros	54	16,1
Total	336	100,0

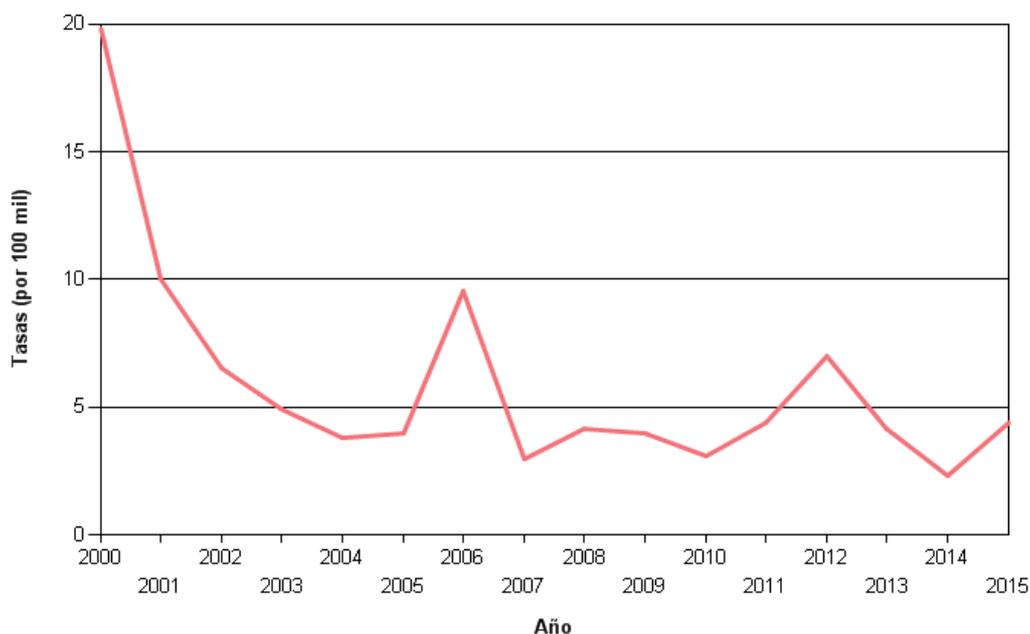
No se notificó ningún caso de difteria, poliomielitis, rubéola congénita, tétanos, ni tétanos neonatal en 2015.

7.3.2. Infecciones que causan meningitis: meningitis víricas y otras meningitis bacterianas

En el año 2015 en la Comunidad de Madrid se han registrado 267 casos de meningitis vírica, lo que supone una incidencia acumulada de 4,15 casos por 100.000 habitantes (Figura 7.22). La mayoría de los casos de meningitis vírica han sido sospechas clínicas (50,9%), confirmándose el 49,1%. Se han identificado los siguientes virus: Enterovirus no polio (36,7%), virus Varicela-zoster (5,6%), virus Herpes simple (3,4%), virus Echo (1,5%), y 0,4% de los siguientes virus: Citomegalovirus, virus JC, virus BK, VIH y virus Toscana. Esta enfermedad muestra un predominio masculino (61,8%), con una incidencia en varones de 5,34 casos por 100.000 habitantes y de 3,04 casos por 100.000 habitantes en mujeres. La edad media de presentación ha sido de 19 años, predominando la enfermedad en los menores de 10 años, con la mayor incidencia en el grupo de edad de 1 a 4 años (24,85 casos por 100.000 habitantes), seguida del grupo de 5 a 9 años (15,82 casos por 100.000 habitantes) y el de menores de 1 año (7,41 casos por 100.000 habitantes). En 2015 se han registrado tres fallecimientos por esta causa (todos inmunodeprimidos). La letalidad fue por tanto del 1,12% y la mortalidad de 0,05 por 100.000 habitantes.

Figura 7.22. Meningitis víricas. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2015.

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



En las meningitis bacterianas de otra etiología diferente de *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* en los últimos años la incidencia está en torno al 1 por 100.000. En 2015, con la modificación de la normativa nacional publicada en marzo, la listeriosis deja de pertenecer a este grupo (en el que la *Listeria monocytogenes* venía siendo el patógeno más frecuente, responsable del 33,3% de los casos en 2013). En el año 2015 se han notificado 50 casos de otras meningitis bacterianas (62,0% de ellos confirmados), lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 0,78 por 100.000 habitantes. El 60% fueron hombres, y la media de edad fue de 36 años, presentándose la mayor incidencia en los menores de un año (3,26 casos por 100.000 habitantes). Se han registrado cinco fallecimientos por esta causa (letalidad del 10%, mortalidad de 0,08 casos por 100.000 habitantes).

7.3.3. Enfermedades de transmisión respiratoria

Desde hace años en la Comunidad de Madrid la gripe se vigila a través de la Red de Médicos Centinela (Figura 7.23) y del sistema EDO (Figura 7.24). Desde la pandemia de gripe por virus AnH1N1 en 2009, se inició además la vigilancia de casos graves de gripe. Durante el año 2015 la tasa de incidencia acumulada de gripe fue de 1.769,32 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Colmenar Viejo, Coslada y Torrejón de Ardoz, siendo la más baja la de Chamberí.

Figura 7.23. Gripe. Evolución de la incidencia semanal y umbral epidémico. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, temporadas 2006-07 a 2015-16.

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

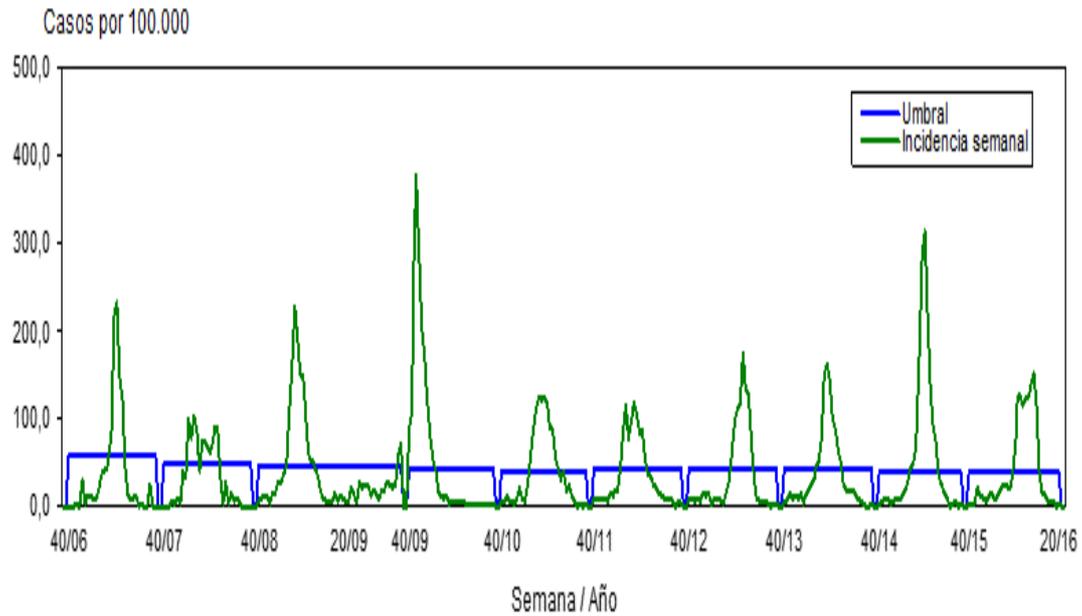
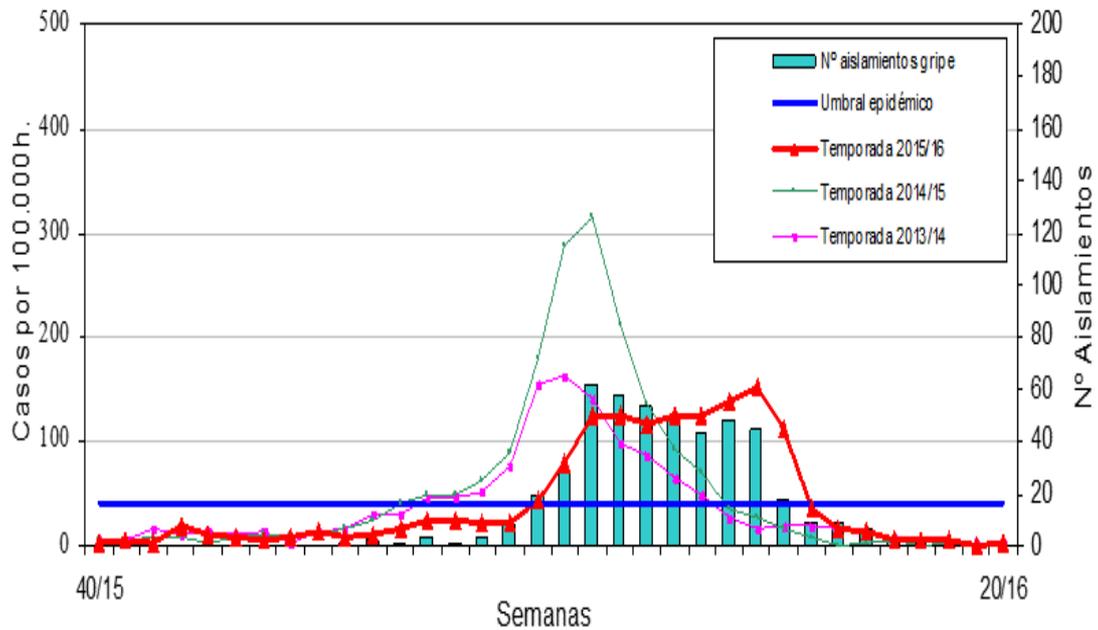


Figura 7.24. Gripe. Evolución de la incidencia semanal. Número de casos. Comunidad de Madrid, temporadas 2013-14 a 2015-16.

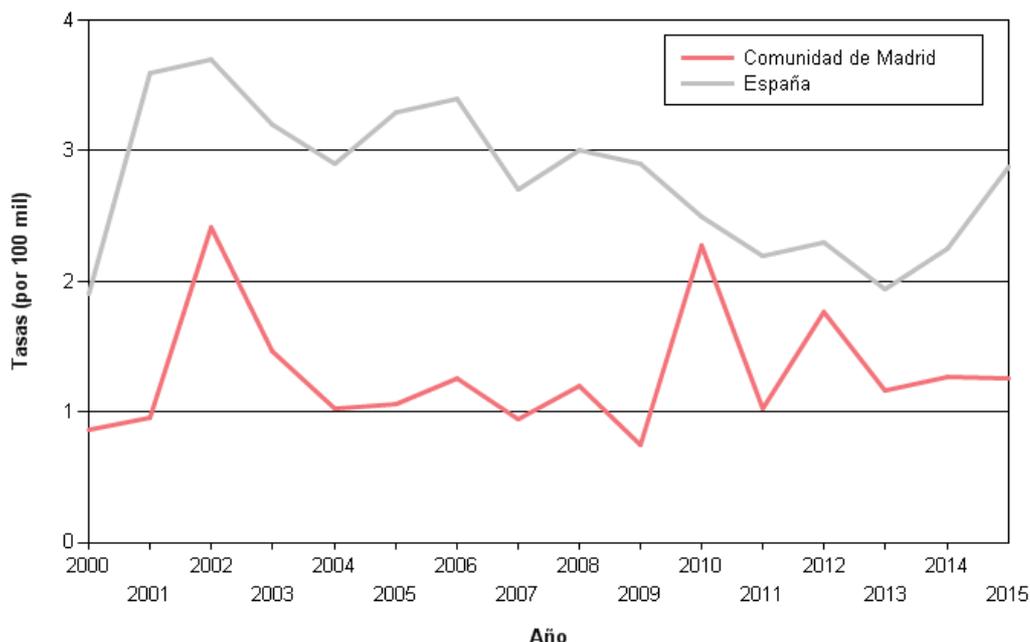
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



En el año 2015 se notificaron 81 casos de legionelosis (Figura 7.25), un caso menos que en 2014. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,26 casos por 100.000 habitantes. El 61,7% de los casos se produjo en varones, y la edad media fue de 66,7 años. Se produjo el fallecimiento de 10 casos (5,3%), la mitad de ellos eran hombres y el 70% eran mayores de 69 años. El 98,8% de los casos se consideraron de ámbito comunitario, y en cuanto al modo de presentación, el 91,4% se clasificaron como esporádicos, siendo siete los casos asociados a brotes.

Figura 7.25. Legionelosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



En 2015 se notificó un caso de lepra en una mujer de 38 años de República de Paraguay (incidencia de 0,02 casos por 100.000 habitantes).

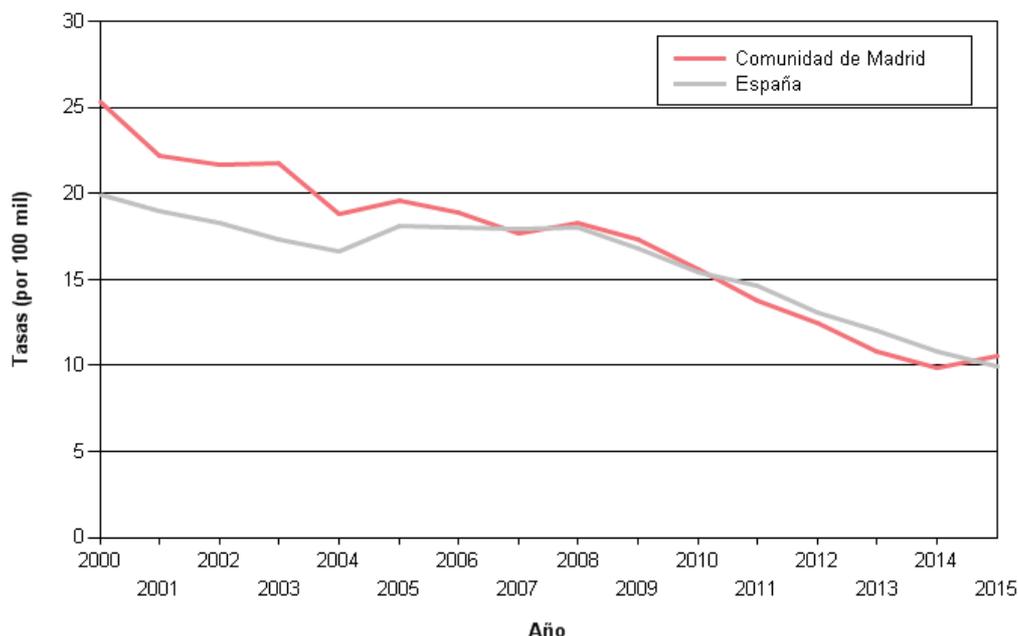
No se notificó ningún caso de síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) en 2015.

7.3.4. Tuberculosis

En la última década se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid (Figura 7.26), que parece haberse estabilizado en 2015. Esta tendencia se observa así mismo en las tuberculosis pulmonares y en las formas bacilíferas (Figura 7.27).

Figura 7.26. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

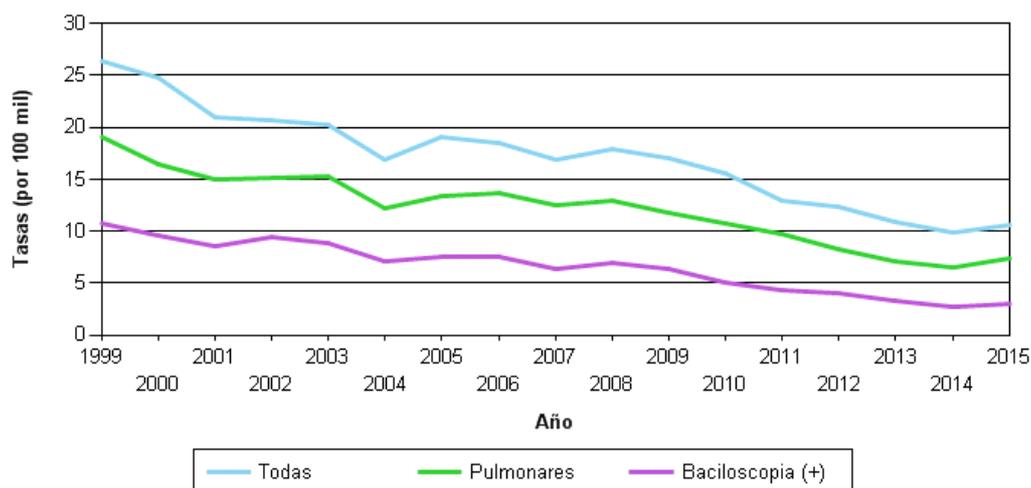


*Datos de 2015 provisionales

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

Figura 7.27. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual total, de tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

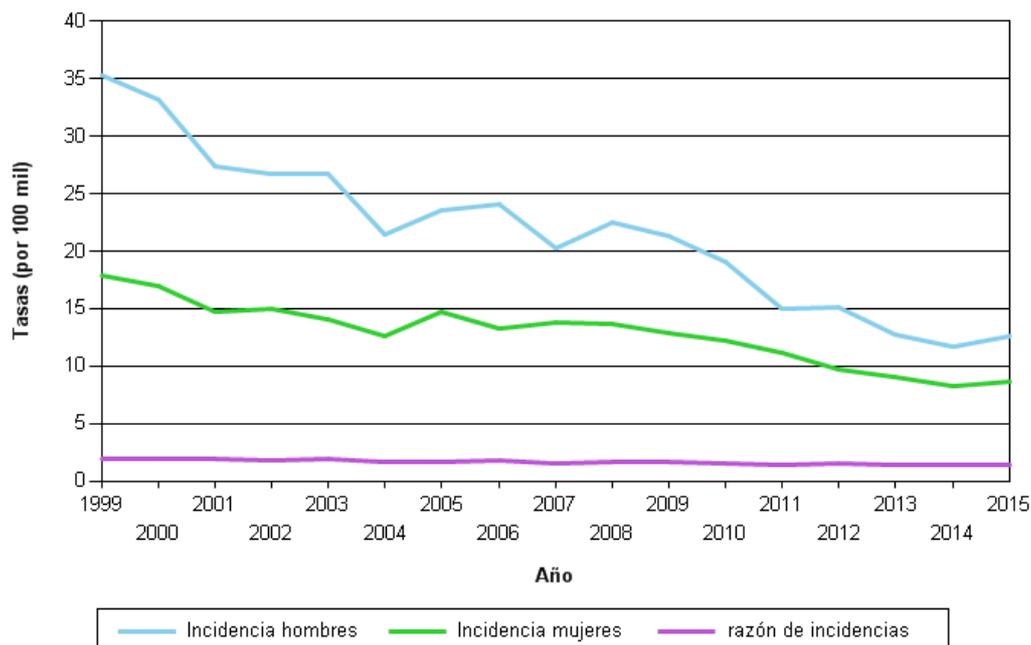


*Datos de 2015 provisionales

En todo el periodo de estudio la incidencia ha sido siempre mayor en hombres que en mujeres. Aunque la disminución de la incidencia ha sido progresiva en ambos sexos, la de los hombres presenta una pendiente más acentuada al partir de tasas más elevadas. En el año 2015 la razón de incidencias ha sido de 1,4 (Figura 7.28).

Figura 7.28. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual según sexo y de la razón de incidencias hombre/mujer. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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



*Datos de 2015 provisionales

En cuanto a la distribución por edades (Tabla 7.9), desde 2002 se ha producido una disminución global de la incidencia en todos los grupos de edad, aunque en 2015 se ha producido un ligero incremento de la incidencia en los menores de 15 años.

Tabla 7.9. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis según edad. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2001-2015.

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

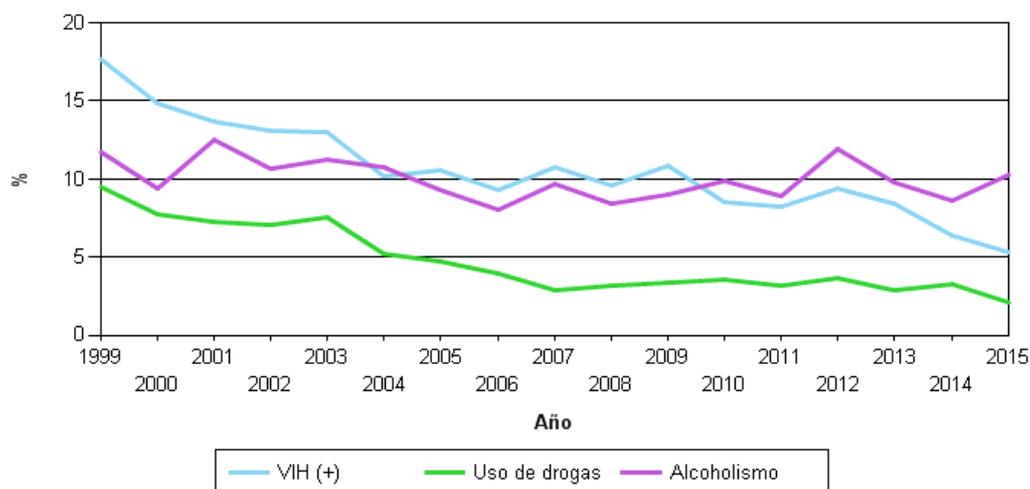
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0-4	16,2	11,2	14,0	9,2	13,7	11,1	13,8	12,4	11,3	8,8	9,8	7,9	6,9	4,0	12,2
5-14	5,9	4,8	7,1	4,5	5,9	4,9	5,7	5,9	4,8	3,6	3,3	2,8	3,1	2,7	7,5
15-24	18,8	17,7	19,0	15,5	18,8	18,5	18,0	22,2	19,2	15,1	13,9	13,1	9,5	9,2	8,6
25-34	28,5	28,8	27,5	22,8	26,7	25,9	24,3	25,4	24,1	22,4	17,6	15,3	15,0	12,3	11,7
35-44	26,1	26,1	24,6	20,3	22,1	23,3	18,3	21,6	19,9	19,1	15,6	14,4	11,6	12,4	11,8
45-54	15,5	15,6	16,0	13,1	13,2	17,7	13,0	13,9	17,4	14,6	14,2	13,1	12,5	10,6	10,7
55-64	10,4	16,9	12,6	13,5	11,7	12,4	9,7	12,0	12,1	9,2	10,0	11,1	7,9	8,6	8,0
65-74	23,2	21,0	16,6	16,8	19,3	16,8	18,0	16,5	12,3	13,7	12,3	8,9	11,6	9,2	9,8
75 y más	34,4	25,7	31,2	27,0	21,8	22,0	26,4	20,7	20,1	24,3	21,0	19,3	15,6	14,4	14,8
Total	20,9	20,7	20,2	16,9	19,1	18,5	16,9	17,9	17,0	15,5	13,6	12,3	10,8	9,9	10,5

* Datos de 2015 provisionales

Desde 1999 a 2015 la proporción de casos de tuberculosis asociados a infección por VIH/sida ha disminuido, pasando del 17,7% del total de casos al 5,3% y de forma paralela también se ha reducido el porcentaje de casos de tuberculosis en personas usuarias de drogas, pasando del 9,5% al 2,1%. La proporción de casos asociados a alcoholismo ha oscilado a lo largo del periodo entre el 8,0% y el 11,9%, situándose en el 10,3% en 2015 (Figura 7.29).

Figura 7.29. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos con VIH(+), usuarios de drogas y alcoholismo. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

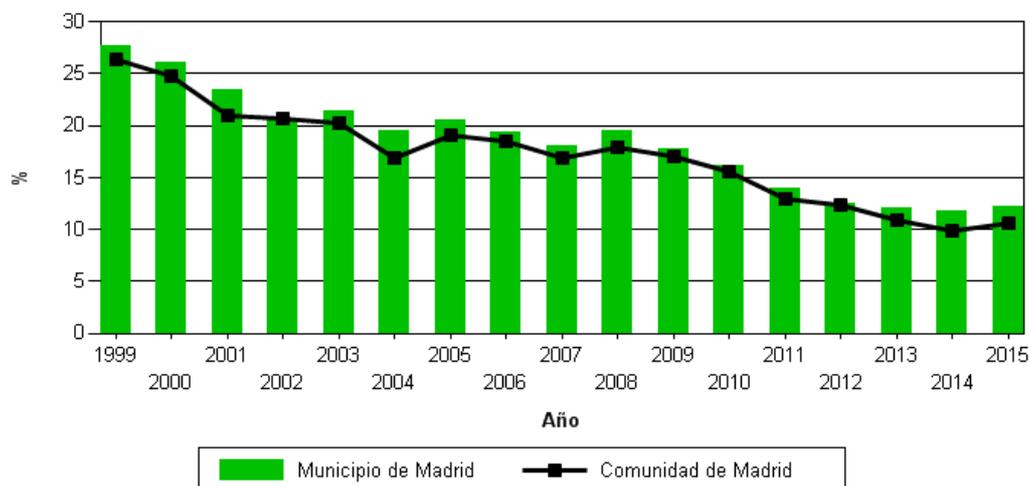


*Datos de 2015 provisionales

En el municipio de Madrid la evolución de la incidencia de tuberculosis presenta un comportamiento paralelo al de la Comunidad (Figura 7.30).

Figura 7.30. Tuberculosis. Evolución de la incidencia anual en el municipio y Comunidad de Madrid. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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

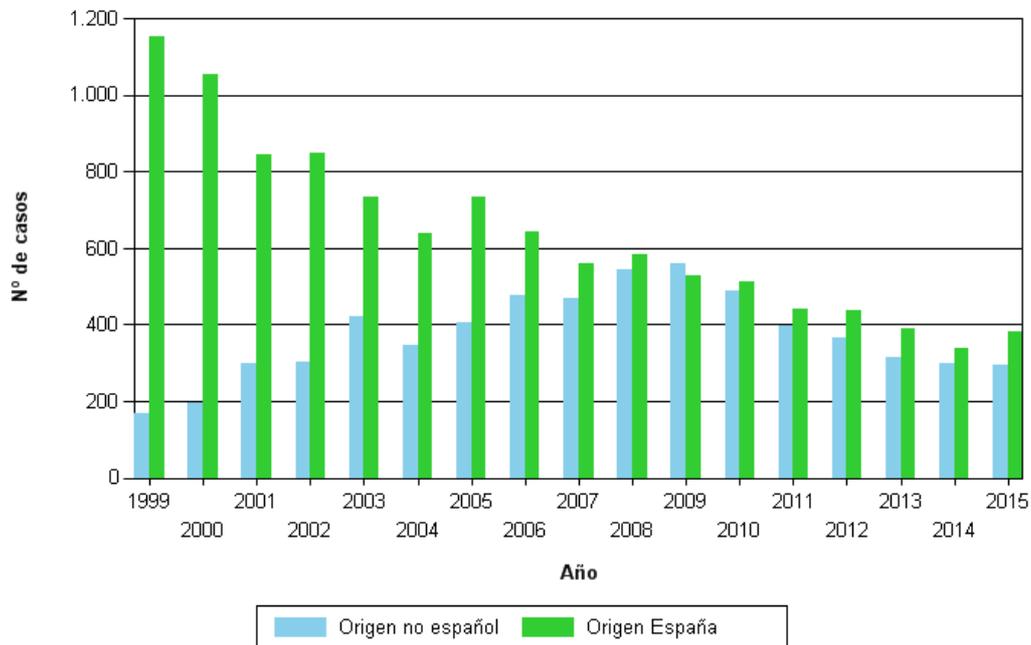


*Datos de 2015 provisionales

La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España ha experimentado un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir. En el año 2015 la proporción de extranjeros ha sido de 43,5% (Figura 7.31 y Figura 7.32).

Figura 7.31. Tuberculosis. Evolución anual del número de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

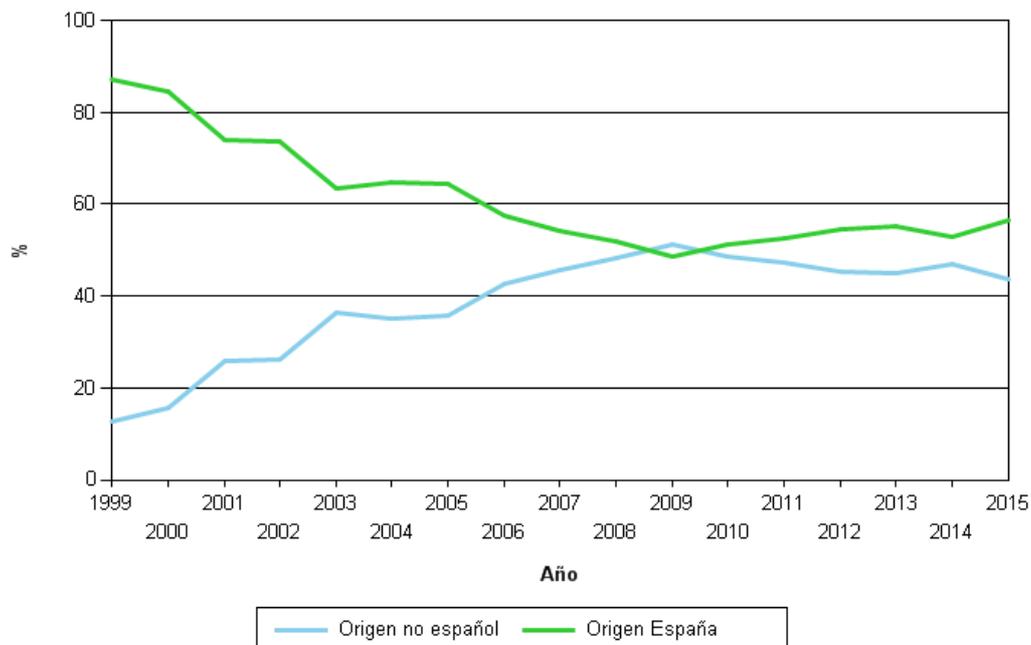
Fuente: Registro Regional de Casos de Tuberculosis y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



*Datos de 2015 provisionales

Figura 7.32. Tuberculosis. Evolución anual de la proporción de casos según el país de procedencia. Comunidad de Madrid, 1999-2015.

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



*Datos de 2015 provisionales

7.3.5. Enfermedades de transmisión zoonótica

Entre las antropozoonosis se notificaron en el año 2015 cuatro casos de brucelosis, igual que en 2014, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 0,06 casos por 100.000 habitantes. Los afectados fueron tres varones y una mujer españoles, con edades comprendidas entre los 34 y los 84 años. Todos los casos se presentaron de forma aislada y en ninguno se pudo establecer con certeza el origen del contagio.

En el año 2015 se notificaron 12 casos de fiebre Q, con una tasa de incidencia acumulada de 0,19 casos por 100.000 habitantes. El 58,3% eran hombres, con una edad media de 68,8 años, siendo el 83,3% de los casos mayores de 64 años. La mitad se clasificaron como confirmados.

Las hidatidosis notificadas en 2015 fueron 21, con una tasa de incidencia acumulada de 0,33 casos por 100.000 habitantes. El 66,7% de los casos fueron en mujeres, y la edad media era de 55,1 años. El 81,0% de los casos eran españoles.

En 2015 se notificó un caso de leptospirosis, así como un caso de toxoplasmosis congénita, siendo la incidencia acumulada de 0,02 casos por 100.000 habitantes en ambas enfermedades.

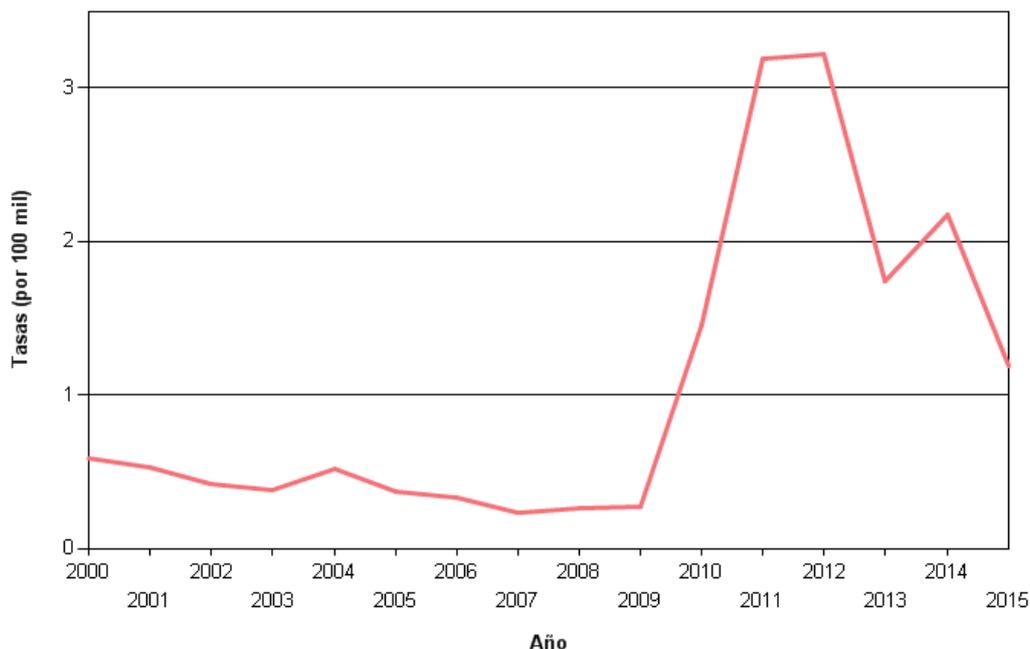
No se notificó ningún caso de carbunco, peste, rabia ni turalemia en 2015.

7.3.6. Enfermedades transmitidas por vectores

Durante el año 2015 se notificaron 79 casos de leishmaniasis (Figura 7.33), 57 menos que en 2014. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,23 casos por 100.000 habitantes. De estos, 44 (55,7%) se consideraron asociados al brote comunitario de leishmaniasis de la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. Puede encontrarse información más detallada sobre este brote en el epígrafe '7.3.12. Brotes de especial interés', de este capítulo.

Figura 7.33. Leishmaniasis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2000-2015.

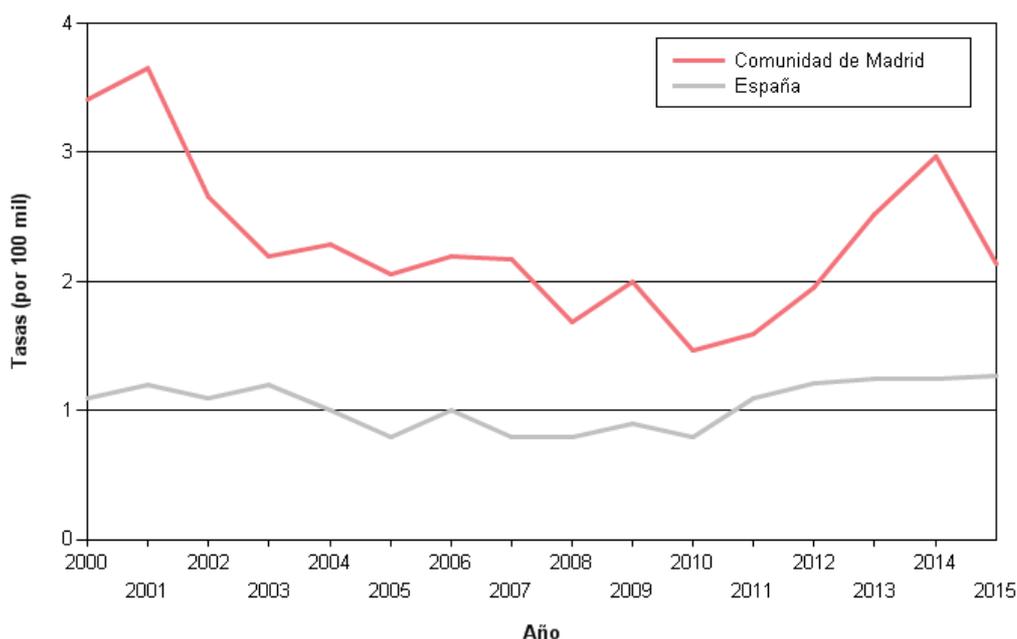
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Durante 2015 se notificaron 138 casos (tasa de 2,14 casos por 100.000 habitantes) de paludismo (Figura 7.34). El 64,5% de los casos eran hombres, y la media de edad era de 37,3 años. El 10,1% se presentó en edades pediátricas (de 0 a 14 años) y el 35,5% en el grupo de edad de 35 a 44 años. En cuanto al país de origen, se disponía de esta información en el 96,4% de los casos, de los cuales el 18,8% eran españoles, el 71,4% africanos (27,8% de casos de Guinea Ecuatorial y 15,8% de Nigeria) y el 10,0% de otros países de Europa, América y Asia. El 99,3% de los casos se clasificaron como confirmados, y la especie más frecuentemente aislada fue *Plasmodium falciparum* (87,9%). En el 87,7% de los casos (121) se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica: en el 76,0% de ellos constaba la inmigración o la visita a sus países de origen como razón del viaje, el 16,5% había viajado a esas zonas por motivos de trabajo, y el 4,1% había realizado viajes de turismo. En el 97,1% de los casos (134) constaba el lugar de contagio, siendo África (98,5%) y Guinea Ecuatorial (47,8%) el continente y país más frecuentemente registrados. En el 10,9% de los casos constaba la realización profilaxis antipalúdica.

Figura 7.34. Paludismo. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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



En el año 2015 se notificaron 58 casos de Dengue, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 0,90 casos por 100.000 habitantes. El 53,4% de los casos se produjo en mujeres, y el rango de edad osciló entre 9 y 71 años, con una media de 38 años. En todos los casos se disponía de información sobre el lugar al que habían viajado durante el periodo de incubación: el 50,0% a Latinoamérica, el 46,6% a Asia y el 3,4% a África.

Los casos de enfermedad por virus Chikungunya notificados en 2015 fueron 81, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 1,26 casos por 100.000 habitantes. El 77,8% de los casos se produjo en mujeres, y el rango de edad oscilaba entre los 2 y los 72 años, con una media de 39 años. El 17,3% de los casos eran españoles, el 34,6% de Colombia, el 18,5% de Ecuador, el 11,1% de Bolivia, el 14,8% procedía de otros países latinoamericanos, el 2,5% de otros países europeos y el 1,2% de África. Se clasificaron como confirmados el 80,2%. En todos los casos se disponía de información sobre el viaje realizado durante el periodo de incubación, 38,3% habían viajado a Colombia, 23,5% a Ecuador, 12,3% a Bolivia, 22,2% a otros países de Latinoamérica, 2,5% a Asia y 1,2% a África.

En el año 2015 se notificaron 22 casos de fiebre exantemática mediterránea, con una tasa de incidencia acumulada de 0,34 casos por 100.000 habitantes. El 59,1% de los casos se presentaron en mujeres, y la edad media fue de 49,5 años, con un rango entre los 8 y los 83 años. El 81,8% de los casos eran españoles, y el 90,9% se clasificaron como confirmados.

El hecho de que en la Comunidad de Madrid haya tres aeropuertos, con un gran tráfico internacional de pasajeros, y que nuestra región sea un centro neurálgico de la red de comunicaciones lleva aparejado un riesgo permanente de la llegada de agentes zoonóticos y patógenos desconocidos en España, muchos de los cuales son vehiculados por vectores que requieren de una estrecha vigilancia y la elaboración de planes de respuesta operativos para minimizar su impacto en la población. Esto hace necesario establecer un Sistema de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas Emergentes, de manera que se pueda detectar cualquier alerta al respecto en nuestra región, así como dar una respuesta rápida y adecuada, realizando una prescriptiva evaluación del riesgo para cada caso y enfermedad, contando para ello con el necesario apoyo científico.

En este sentido, en 2016, la Comunidad de Madrid es pionera al haber establecido el Programa de Vigilancia Entomológica y Control Sanitario-Ambiental de Vectores Transmisores de Arbovirus (Dengue, Chikungunya y Zika), como medida preventiva de cara a una posible llegada del mosquito tigre (*Aedes albopictus*) a nuestro territorio, en vehículos procedentes de la costa mediterránea, donde se ha constatado su extensión. En el marco del sistema de vigilancia de este Programa se han establecido 37 puntos de muestreo. Las trampas se han situado en los puntos neurálgicos de las comunicaciones de la Comunidad de Madrid, con especial vigilancia en las carreteras (Nacional II, III y IV) y estaciones de autobuses y trenes, que enlazan con regiones donde ya está presente el mosquito tigre (zona de Levante) y puntos clave en el transporte de mercancías (Merca-Madrid y otras plataformas logísticas). Desde junio a septiembre de 2016 se han analizado 189 trampas dando todas ellas un resultado negativo. La actuación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid viene a completar el Plan del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mediante el cual se muestrean, del mismo modo, los aeropuertos de Torrejón y Barajas-Adolfo Suárez.

Como complemento a la vigilancia entomológica el Programa incluye un sistema de alerta ciudadana para que se pueda avisar a las autoridades ante la sospecha de la presencia de mosquitos tigre. Mediante la aplicación Mosquito Alert (www.mosquitoalert.com) los usuarios envían fotografías del insecto, que se analizan por expertos entomólogos (Consejo Superior de Investigaciones Científicas). Hasta la fecha tampoco se ha encontrado presencia del mosquito tigre en nuestra región por esta vía. Este Programa establece medidas de prevención de factores de riesgo frente al mosquito, tanto individuales como colectivos, y frente a sus picaduras mediante barreras físicas y el uso responsable de repelentes. También se ha desarrollado una estrategia de información y comunicación dirigida a la población general y a profesionales.

Por otra parte se han consensuado con el Ayuntamiento de Madrid, la Federación Madrileña de Municipios y las Asociaciones de Empresas de Control Vectorial, las medidas a aplicar: preventivas, de información y de control vectorial, en el caso de implantación del mosquito tigre en la Comunidad de Madrid.

El Comité de Gestión de este Programa está formado por las instituciones y organismos con capacidad para tomar las medidas necesarias para el control del mosquito tigre en el caso de que se detecte. Está formado por: Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Consejería de Medio Ambiente, Administración Local y Ordenación del Territorio, Federación Madrileña de Municipios, Ayuntamiento de Madrid, Red Municipal de Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III, Facultad de Biología de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Veterinaria de Zaragoza, Asociaciones del Sector de Control Vectorial, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid. El Comité de Gestión está apoyado por un órgano científico de asesoramiento y apoyo en las medidas de actuación implantar, formado por entomólogos de reconocido prestigio y expertos en Sanidad Ambiental.

Ante todos estos riesgos, la salud ambiental trabaja a fin de establecer las medidas de prevención y protección más adecuadas para salvaguardar a la población frente a la potencial exposición de ésta a los agentes ambientales.

7.3.7. Enfermedades de transmisión alimentaria y brotes de origen alimentario

En general la tendencia en los últimos años de la incidencia de enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica se puede considerar estable con tasas de incidencia de disentería, fiebre tifoidea y paratifoidea y triquinosis inferiores a 0,5 por 100.000 habitantes.

En los años 2008 y 2009 se produjo un aumento en la incidencia de hepatitis A, motivado principalmente por la aparición de brotes en centros escolares, descendiendo posteriormente en los años siguientes ([Figura 7.35](#)). De los 68 casos de hepatitis A notificados en 2015 (tasa de incidencia acumulada de 1,06 casos por 100.000 habitantes), el 57,4% eran hombres, siendo la media de edad de 32 años. El 69,1% de

los casos eran españoles (Figura 7.36), el 14,7% de países de América del Sur, el 10,3% de Marruecos y el 2,9% de Rumanía. El 98,5% de los casos se clasificaron como confirmados por laboratorio. Los brotes notificados en 2015 fueron 5. A lo largo de 2016 se detectó un incremento de casos del que puede encontrarse información más detallada en el epígrafe '7.3.12. Brotes de especial interés', de este capítulo.

Figura 7.35. Hepatitis A. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

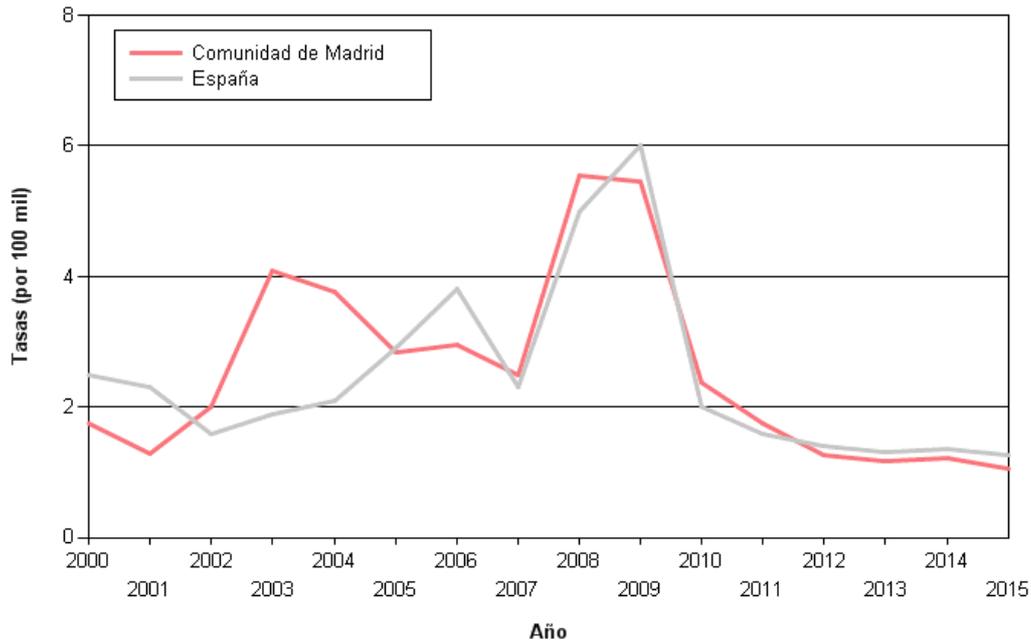
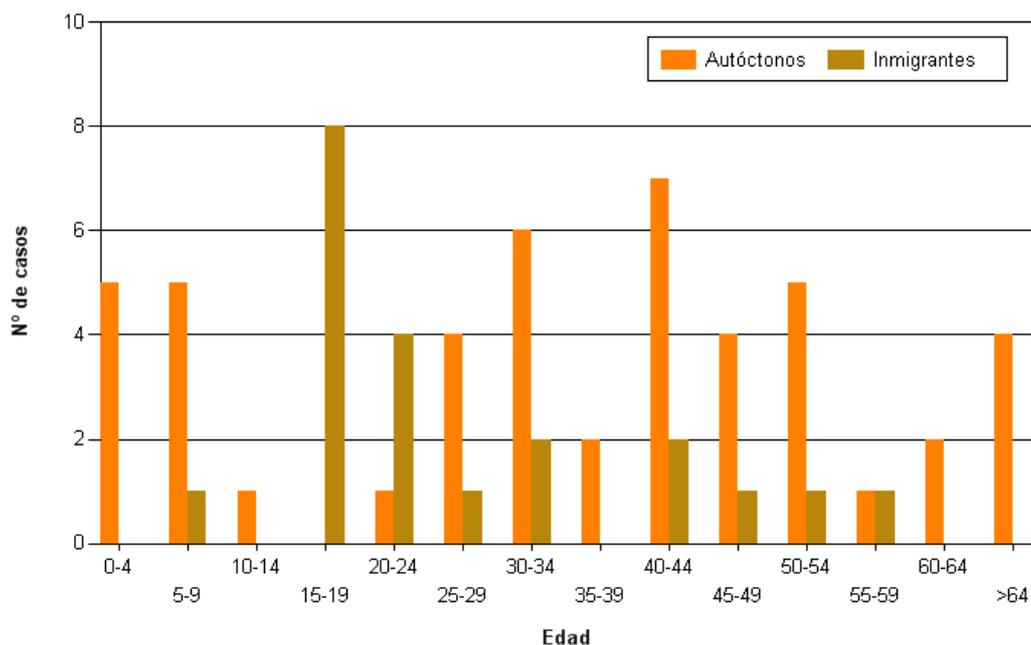


Figura 7.36. Hepatitis A. Distribución según edad y país de origen. Comunidad de Madrid, 2015.

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



Los casos de campilobacteriosis notificados en 2015 fueron 857, con una incidencia de 13,31 casos por 100.000 habitantes. El 60,3% eran varones, siendo el 54,8% de los casos menores de 10 años. El 99,1% de los casos se confirmaron por microbiología. Se presentaron 5 brotes con 23 casos.

En 2015 se notificaron 46 casos de criptosporidiosis, con una incidencia de 0,71 casos por 100.000 habitantes. El 60,9% eran varones, siendo el 76,0% menores de 10 años. Todos los casos se confirmaron por microbiología.

La listeriosis, enfermedad que con anterioridad estaba incluida en el grupo de 'otras meningitis bacterianas', se empieza a vigilar desde 2015 de forma independiente. Los casos notificados fueron 22 (incidencia de 0,34 casos por 100.000 habitantes), la mitad de ellos varones y el 95,5% mayores de 25 años. Las formas clínicas de presentación fueron: bacteriemia (40,91%), meningitis (27,27%), bacteriemia y meningitis (9,09%) y desconocida (22,73%). El 22,8% de los casos presentaban factores de riesgo para la enfermedad.

Durante 2015 se notificaron 6 casos de *E. Coli* productora de toxina (incidencia de 0,09 casos por 100.000 habitantes), todos niños españoles menores de 6 años (50% varones). Todos los casos se confirmaron por microbiología.

En cuanto a la fiebre tifoidea y paratifoidea en el año 2015 se notificaron 6 casos (incidencia de 0,09 casos por 100.000 habitantes), el 66,7% en hombres, con una media de edad de 23,83 años. Cinco de los casos se confirmaron microbiológicamente, y tenían antecedente de viaje a países endémicos.

Respecto a la salmonelosis en 2015 se notificaron 925 casos, con una tasa de incidencia de 14,37 casos por 100.000 habitantes. El 50,4% eran hombres, siendo el 44,8% menores de 14 años y el 17,2% mayores de 60 años. Los brotes de salmonelosis notificados fueron 67, con 465 enfermos y 1.045 expuestos, siendo el 71,6% de origen familiar. Los casos de shigelosis notificados fueron 48, con una tasa de incidencia de 0,75 casos por 100.000 habitantes. El 81,3% se presentaron en hombres, con una media de edad de 31,8 años. En el 20,8% constaba el antecedente de viaje fuera de España. Se notificaron también 24 casos de yersiniosis, con una tasa de incidencia de 0,37 casos por 100.000 habitantes. El 66,7% eran hombres, con una media de edad de 17,0 años.

La incidencia de giardiasis en 2015 fue de 4,46 casos por 100.000, con 287 notificaciones. El 57,1% eran varones, y el 61,3% menores de 15 años. El 99,7% de los casos se confirmaron por microbiología. Los brotes notificados fueron 11.

En 2015 se notificó un caso de botulismo y no se notificó ningún caso de cólera ni de triquinosis.

En las ([Figura 7.37](#) y [Figura 7.38](#)) se puede observar la evolución de los brotes de origen alimentario desde el año 2001.

Figura 7.37. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de brotes. Comunidad de Madrid, 2001-2015.

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

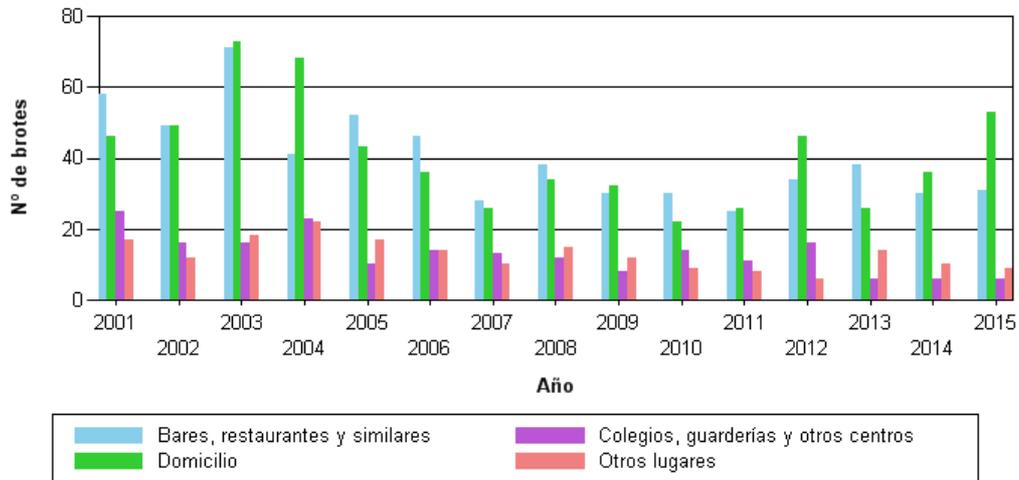
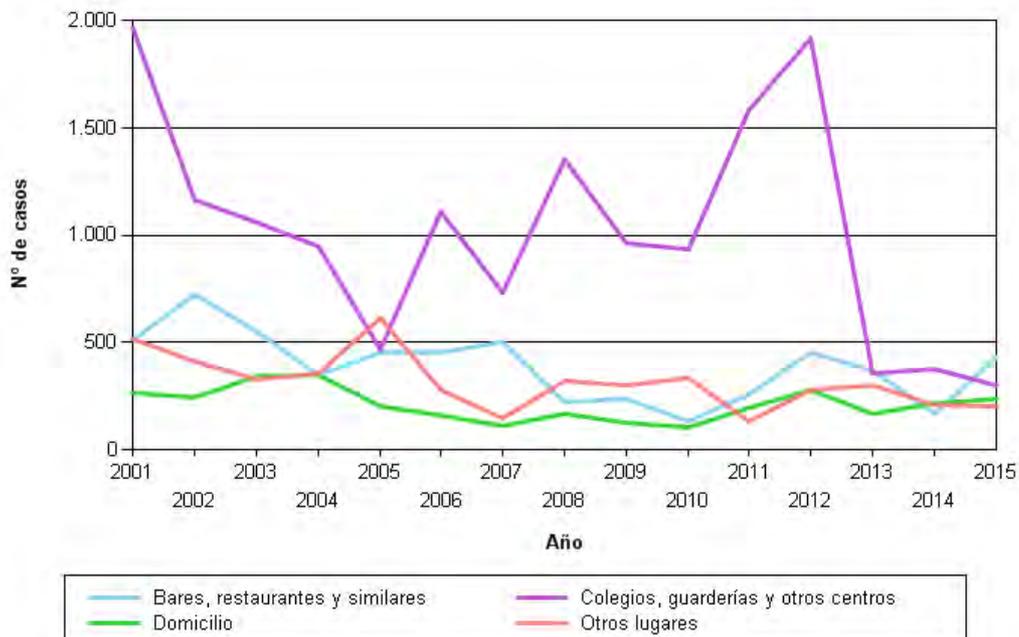


Figura 7.38. Brotes de origen alimentario. Evolución anual según lugar de consumo. Número de casos. Comunidad de Madrid, 2001-2015.

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



7.3.8. Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

La hepatitis B muestra una tendencia descendente desde 2008, con un ligero repunte entre 2013 y 2014 (Figura 7.39). En el año 2015 se notificaron 43 casos de hepatitis B en la Comunidad de Madrid (Figura 7.40). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,67 casos por 100.000 habitantes. El 67,4% de los casos eran hombres, y el rango de edad oscilaba entre los 16 y los 67 años, con una media de 46 años. El 58% de los casos eran españoles. Todos se clasificaron como confirmados.

Figura 7.39. Hepatitis B. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

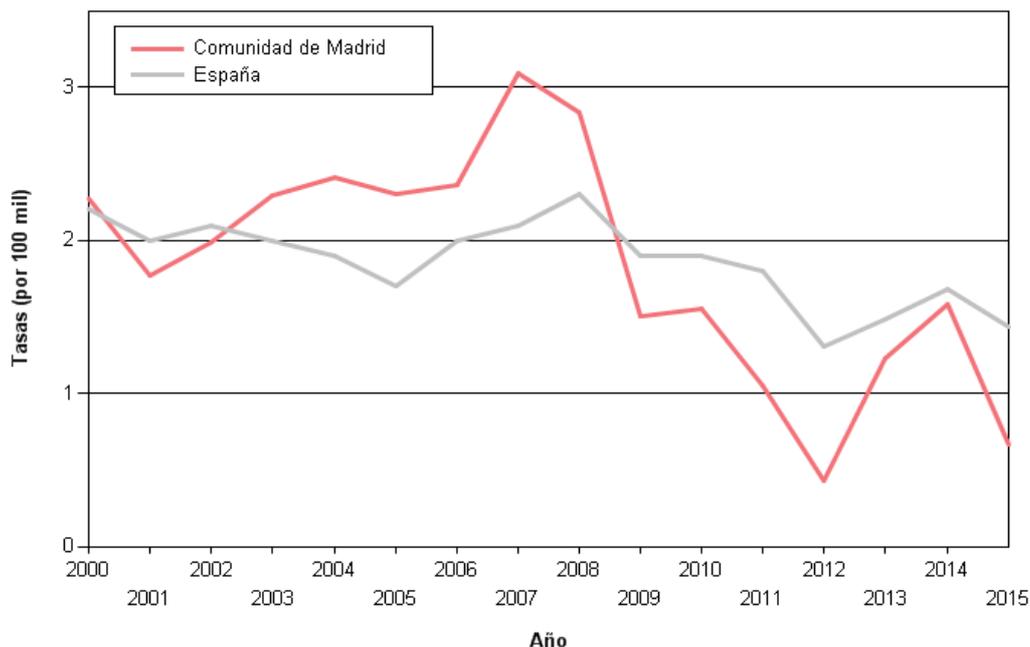
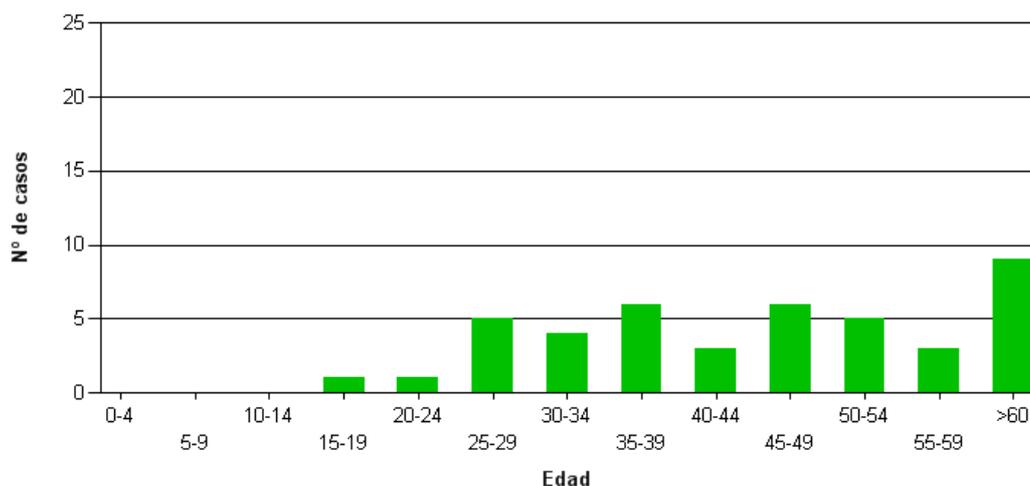


Figura 7.40. Hepatitis B. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2015.

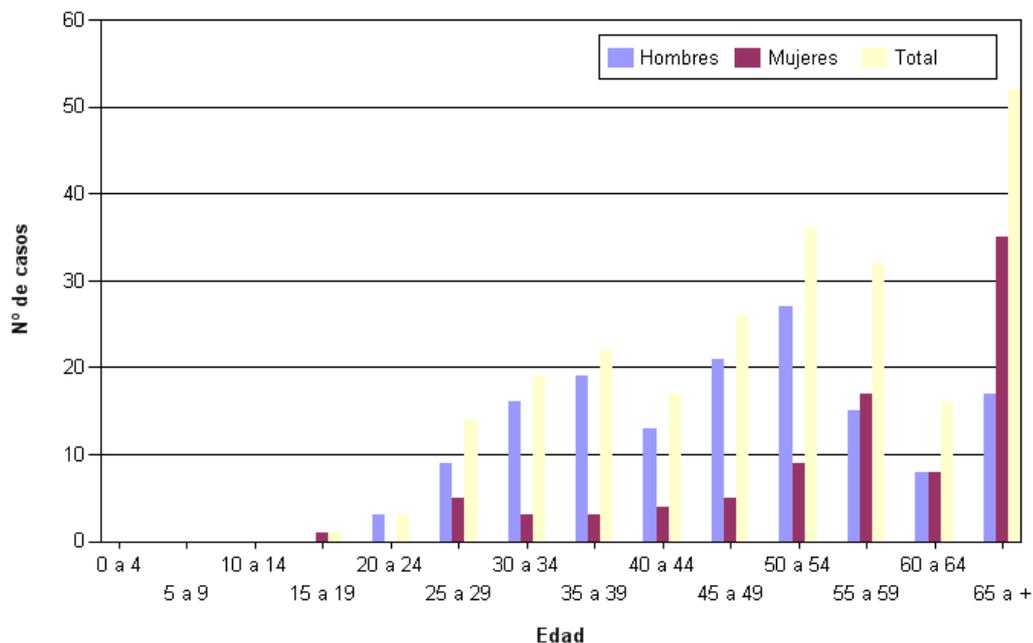
Fuente: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



Con la modificación de la normativa nacional publicada en marzo de 2015, en la que se amplía la lista de EDO, la hepatitis C deja de pertenecer al grupo de "otras hepatitis víricas" y se notifica como rúbrica específica, estableciéndose además cambios en la definición de caso con respecto a la utilizada previamente. En el año 2015 se notificaron 238 casos (Figura 7.41), con una tasa de incidencia acumulada de 3,70 casos por 100.000 habitantes. El 62,2% de los casos eran hombres, con un rango de edad entre los 17 y los 91 años (media de 52 años). El 80,7% eran españoles. El 80,3% de los casos se detectó por PCR, el 12,6% por seroconversión y el 11,3% por detección del antígeno Core.

Figura 7.41. Hepatitis C. Distribución según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

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



En el año 2015 se notificaron 1.200 casos de infección gonocócica (Figura 7.42), siendo la tasa de incidencia acumulada de 18,64 casos por 100.000 habitantes. Se observó un claro predominio en hombres (88,3%). El 82,2% de los casos eran menores de 40 años (Figura 7.43). En el 94,2% de los casos se conoce el país de origen, entre estos casos el 62,0% eran españoles, el 21,8% latinoamericanos, el 5,1% de otros países europeos, el 3,0% africanos y el 0,75% norteamericanos. El 99,7% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico.

Figura 7.42. Infección gonocócica. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

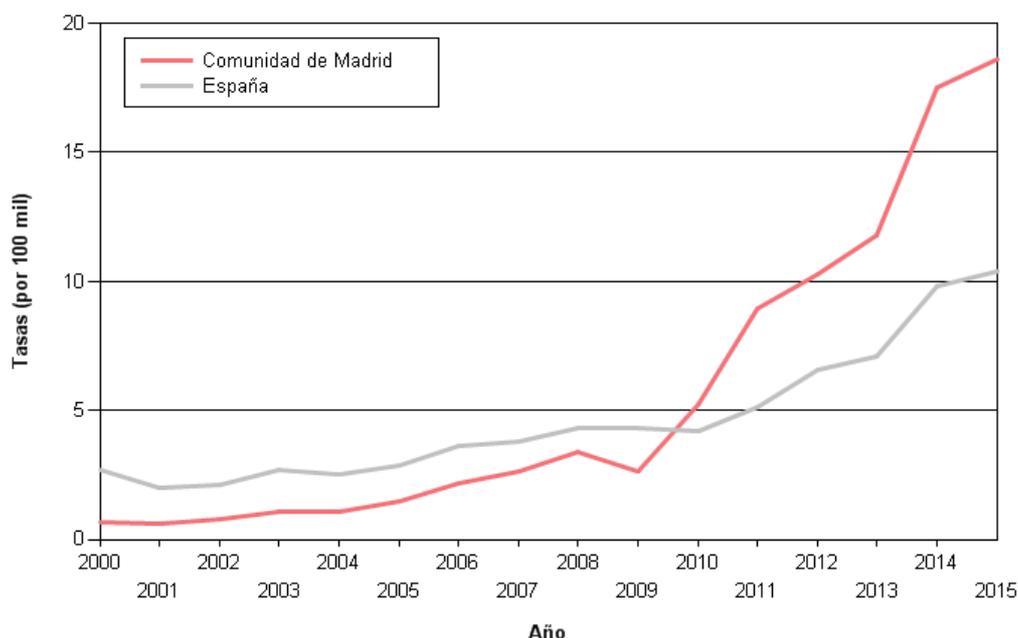
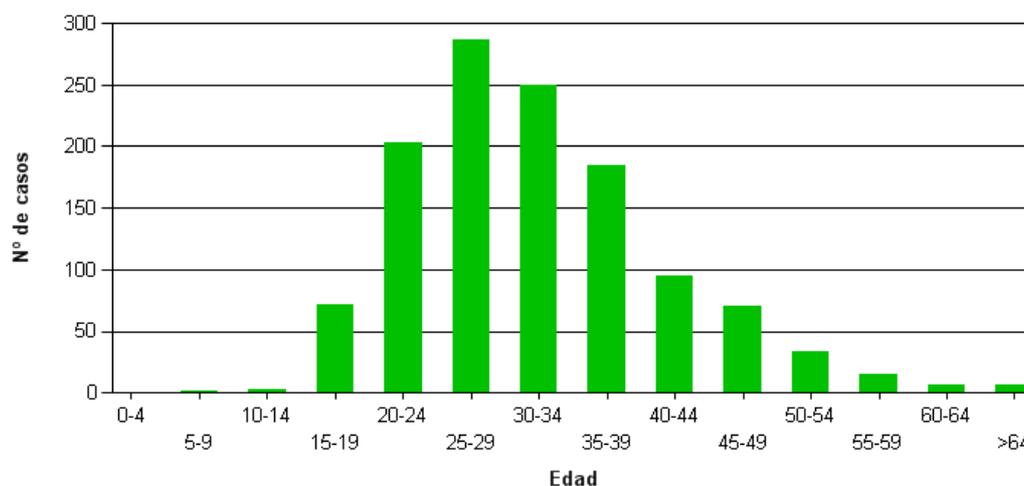


Figura 7.43. Infección gonocócica. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2015.

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



En el año 2015 se notificaron 414 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido el linfogranuloma venéreo), con una incidencia de 6,43 casos por 100.000 habitantes. El 53,1% de los casos se observó en hombres, y el rango de edad variaba entre los 14 y los 65 años. (media de 29,6 años). Se disponía de información sobre el país de origen en el 99,0% de los casos, el 62,1% eran españoles, el 26,8% latinoamericanos, el 5,1% africanos, el 4,6% de otros países europeos y el 0,4% asiáticos. Todos se clasificaron como confirmados. En cuanto al linfogranuloma venéreo, en 2015 se notificaron 5 casos, todos ellos en hombres, con un rango de edad entre 31 y 56 años, lo que supuso una tasa de incidencia de 0,09 casos por 100.000 habitantes.

En cuanto a la sífilis (Figura 7.44), en 2015 (tras un cambio en la definición de caso en el protocolo de vigilancia que limita la comparación con años previos) se notificaron 431 casos, el 90,7% de ellos hombres y el 78,9% entre los 25 y los 50 años (Figura 7.45). La tasa de incidencia acumulada fue de 6,70 casos por 100.000 habitantes. Se dispone de información sobre el país de origen en el 96,1% de los casos, de los cuales el 62,0% eran españoles, el 22,7% latinoamericanos, el 6,0% de otros países europeos, el 3,5% africanos y el 2,7% asiáticos. El 99,8% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico.

Desde 2011 no se ha notificado ningún caso de sífilis congénita.

Figura 7.44. Sífilis. Evolución de la incidencia anual. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 2000-2015.

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

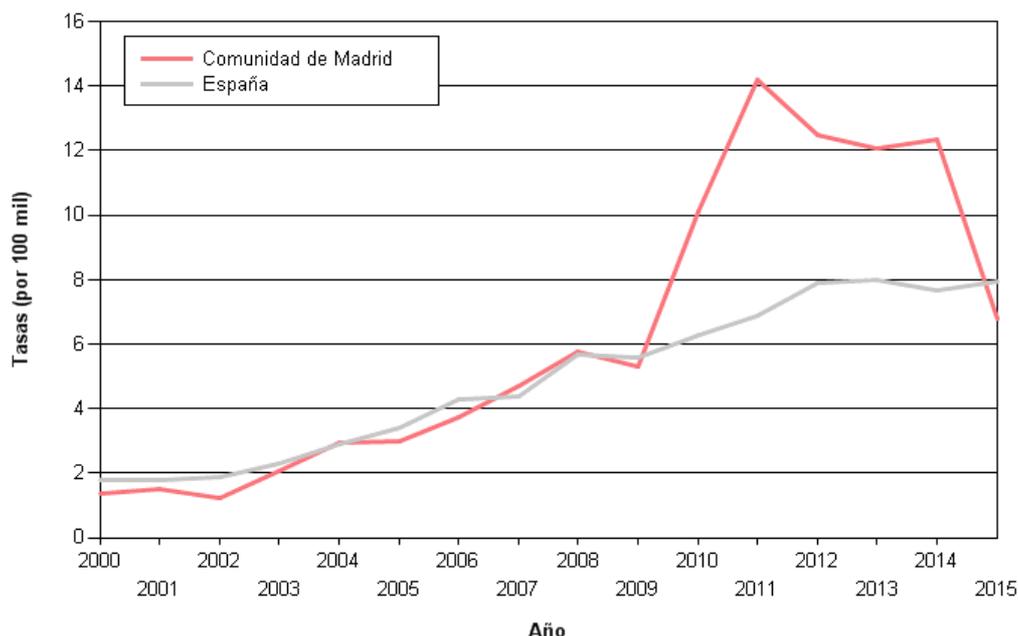
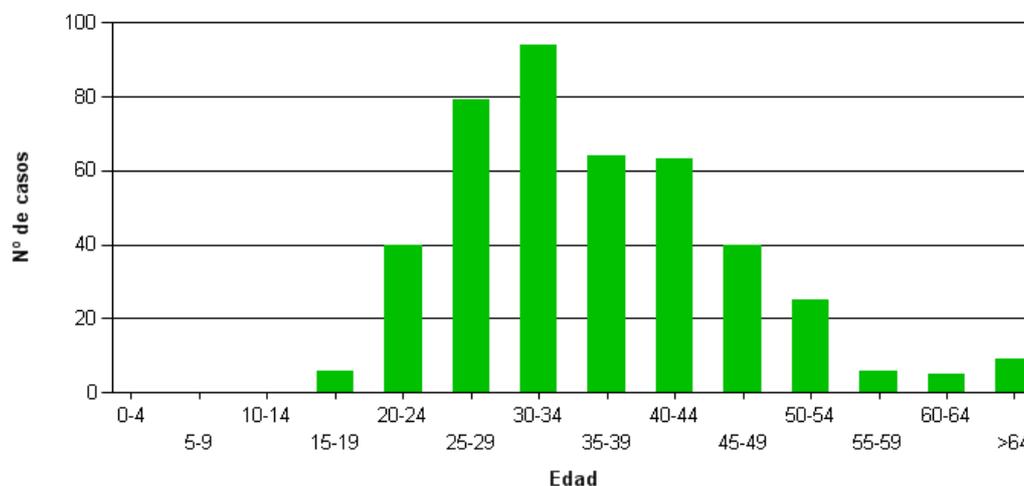


Figura 7.45. Sífilis. Distribución según edad. Comunidad de Madrid, 2015.

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

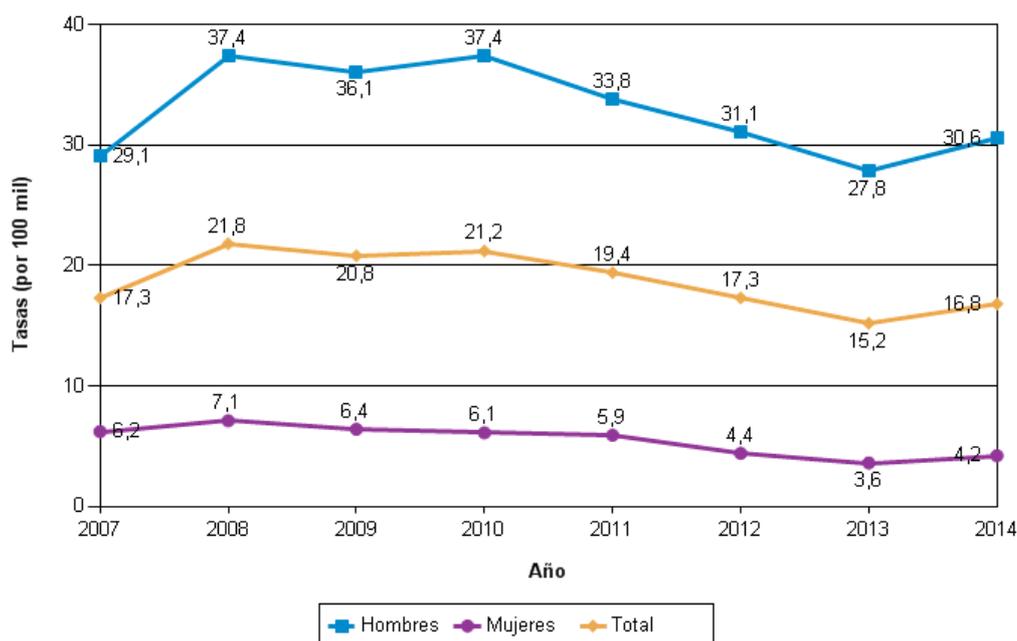


7.3.9. Infecciones causadas por VIH/sida

En el periodo 2007-2015 se han notificado 10.104 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Comunidad de Madrid, un 2,9% de ellos sabemos que han fallecido. El 85,0% de los casos diagnosticados de VIH son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,1 años (DE: 10,6). La incidencia en 2014 fue de 30,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,2 por 100.000 en mujeres (Figura 7.46). El 45,3% habían nacido fuera de España. La incidencia en el año 2014 fue de 12,4 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 36,8 por 100.000 habitantes en foráneos (Figura 7.47). La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, un 88,3% en hombres y un 96,6% en mujeres; destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (Tabla 7.10).

Figura 7.46. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

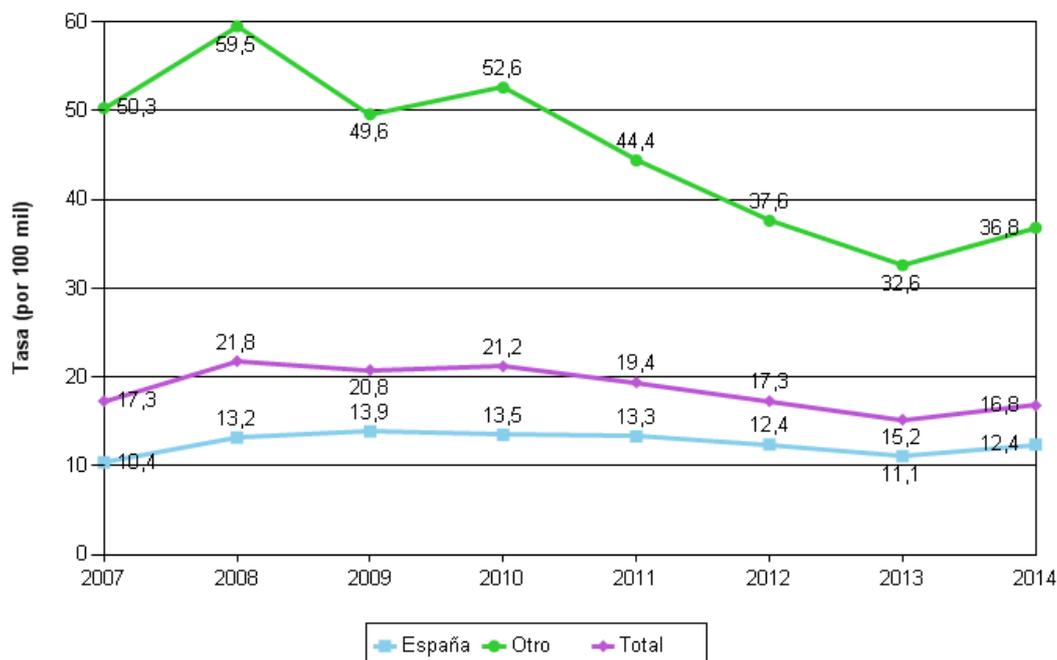
Fuente: Registro Regional de sida/VIH y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



*Año 2014 no consolidado (datos a 28/02/2017)

Figura 7.47. Infección VIH. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico de la infección VIH y país de nacimiento. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

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



*Año 2014 no consolidado (datos a 28/02/2017)

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

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

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	209	4,0	98	2,7	56	12,3	13	1,2
HSH	4.156	78,5	2.548	69,9				
HTX	453	8,6	731	20,0	350	77,1	1.083	96,6
Otros	8	0,2	20	0,5	15	3,3	12	1,1
Desconocido/N.C.	459	8,7	251	6,9	33	7,3	12	1,1
Total	5.285	100	3.648	100	454	100	1.120	100

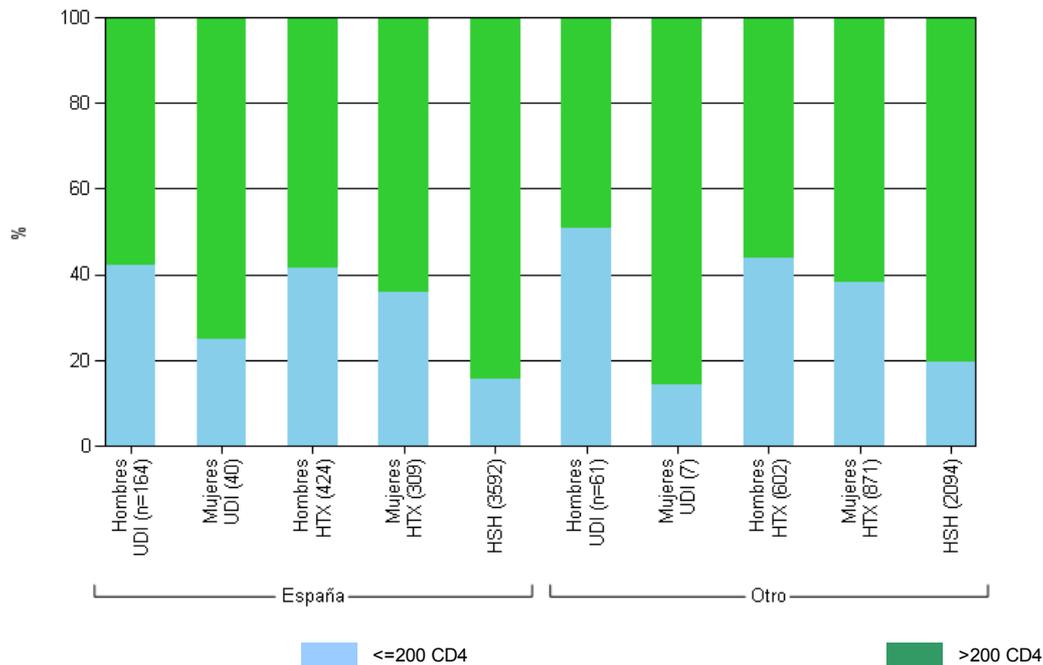
* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta
Datos provisionales a 28/02/2017

El 15,9% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo.

Se dispone de cifras de linfocitos CD4 al diagnóstico en 8.335 nuevos diagnósticos. La presentación con “enfermedad VIH avanzada” ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/μl) se observó en el 25,1% de las personas diagnosticadas. El retraso diagnóstico es del 42,7% si consideramos 350 células/μl. El 61,5% presentaban menos de 500 células/μl. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres que en hombres, en foráneos que en nacidos en España, cuanto mayor es la edad al diagnóstico y también es alto cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas, siendo menor en HSH (Figura 7.48).

Figura 7.48. Infección VIH. Porcentaje de casos con “enfermedad avanzada de VIH” (<=200 CD4) según sexo, mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid, desde 2007.

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



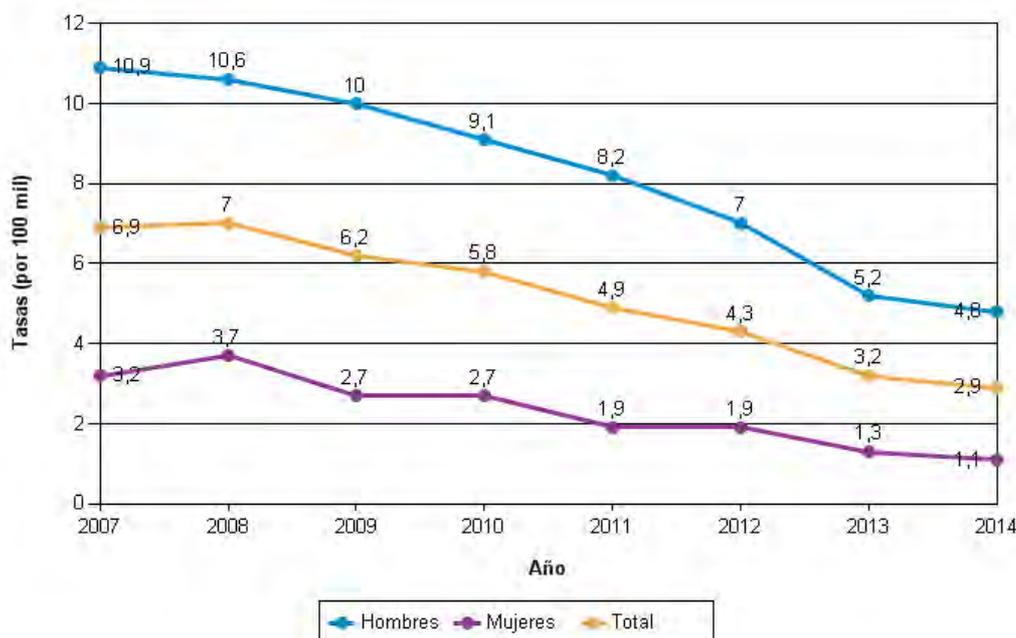
UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres
Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico.
Datos provisionales a 28/02/2017.

Casos de sida

Desde el año 1982 se han notificado 22.695 casos de sida en la Comunidad de Madrid. En el periodo 2007-2015 el número de casos de sida notificados fue de 2.855 en nuestra comunidad. El 79,6% son hombres y la media de edad al diagnóstico fue de 41,2 años (DE: 10,3). La incidencia en 2014 fue de 4,8 casos de sida por 100.000 en hombres y de 1,1 por 100.000 en mujeres (Figura 7.49). En la mayoría de los casos de sida la transmisión del VIH fue por vía sexual, si bien la transmisión en usuarios de drogas inyectadas (UDI) supone aproximadamente un 30% (Tabla 7.11).

Figura 7.49. Sida. Evolución de la incidencia según año de diagnóstico y sexo. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2007-2014.

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



* Año 2014 no consolidado (datos a 28/02/2017)

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

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

Mecanismo de transmisión	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UDI	589	41,1	53	6,9	173	50,3	10	3,2
HSH	579	40,4	400	51,9				
HTX	145	10,1	253	32,8	162	47,1	290	94,2
Otros	10	0,7	11	1,4	2	0,6	7	2,3
Desconocido/N.C.	109	7,6	54	7,0	7	2,0	1	0,3
Total	1.432	100	771	100	344	100	308	100

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta. Datos provisionales a 28/02/2017

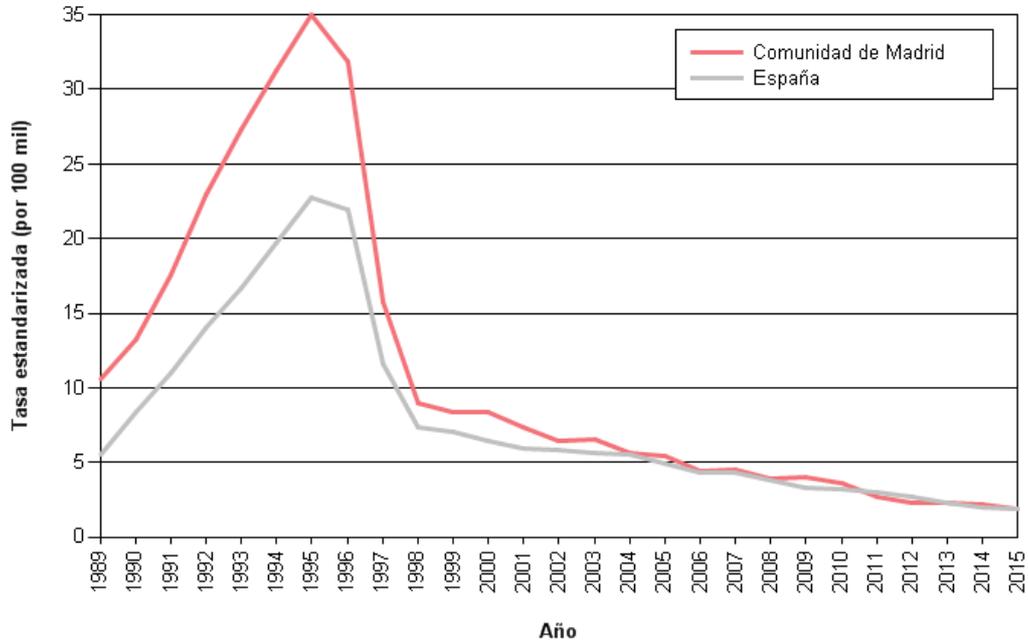
El 37,4% de los casos diagnosticados de sida en el periodo 2007-2015 habían nacido fuera de España. La incidencia (por 100.000 habitantes) ha disminuido en población foránea, de 20,7 a 8,3 en hombres y de 7,8 a 3,1 en mujeres, y en autóctonos de 8,7 a 2,6 en hombres y de 2,2 a 0,4 en mujeres.

Desde mediados de 1996, cuando se empezaron a introducir los antirretrovirales de alta eficacia en el tratamiento de los infectados por VIH, diagnosticados o no de sida, se observa una disminución continua en la mortalidad por sida (Figura 7.50). Al analizar el patrón geográfico de la mortalidad (Figura 7.51) se observa que se concentra principalmente en el municipio de Madrid y en concreto en los distritos Puente de Vallecas, San Blas, Centro, Usera, Villa de Vallecas, Villaverde, Carabanchel (tanto en hombres como en mujeres) y también en el distrito de Vicálvaro en hombres y Arganzuela en las mujeres. Fuera del municipio de Madrid destaca con mayor mortalidad en esta causa en hombres el municipio de Torrejón de Ardoz, y en mujeres, Parla y Alcalá de Henares.

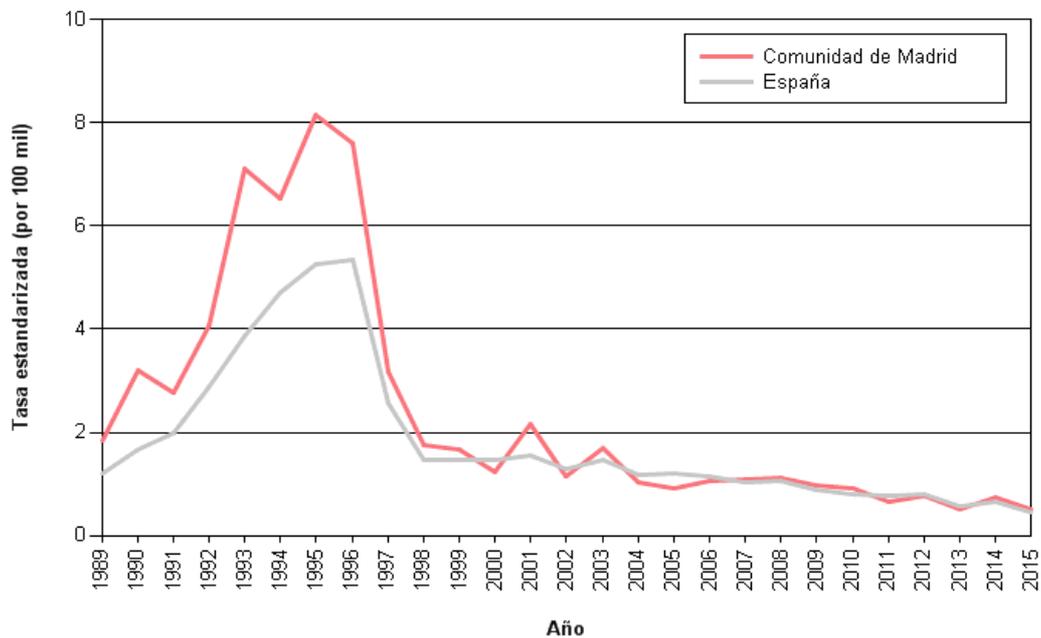
Figura 7.50. Sida. Tasas de mortalidad estandarizadas por población europea, por 100 mil. Hombres y mujeres. Comunidad de Madrid y España, 1989-2015.

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

Hombres



Mujeres

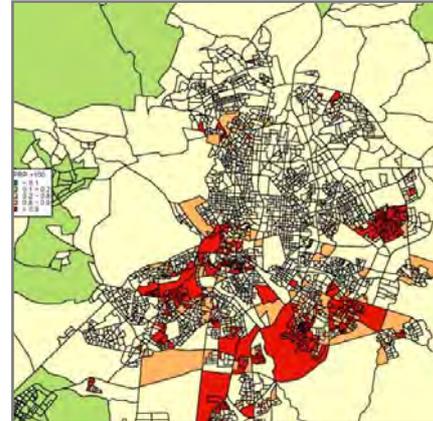
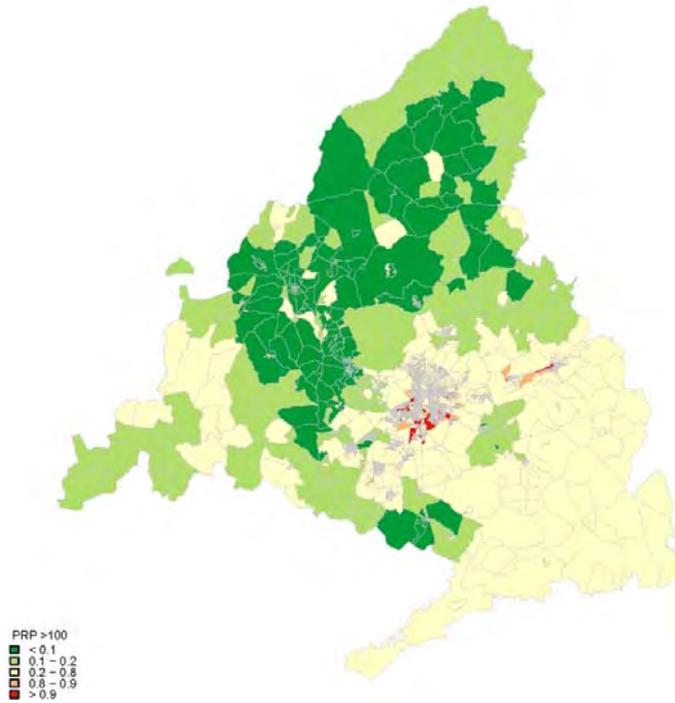


Nota: Tasas estimadas usando como denominador las "Estimaciones intercensales de población" y las "Estimaciones de Población Actual" del INE.

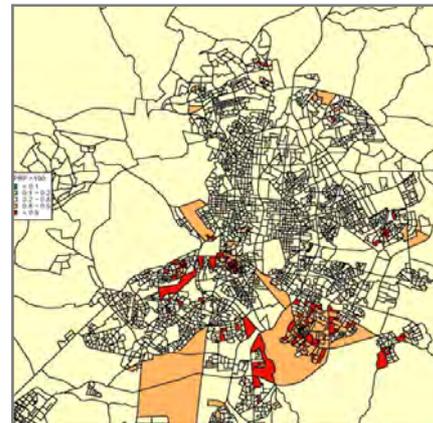
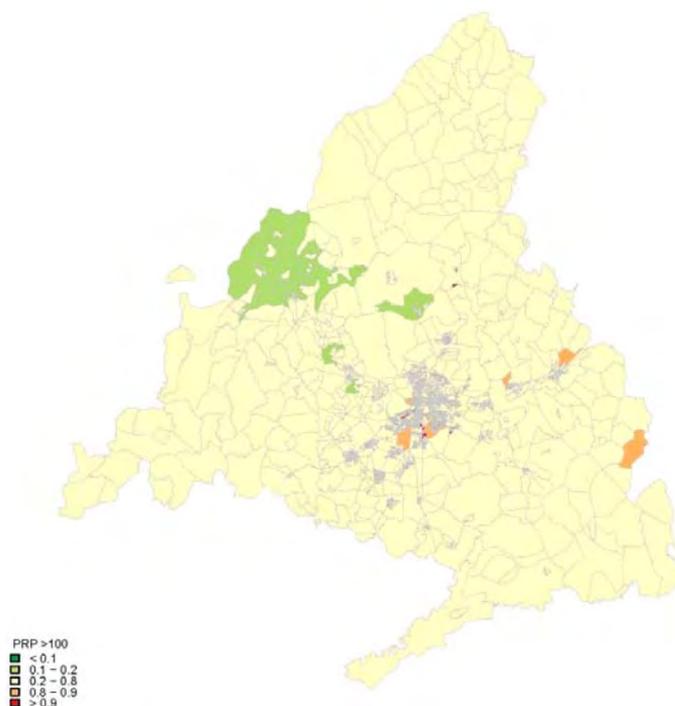
Figura 7.51. Sida. Mortalidad por secciones censales. Hombres y mujeres. Probabilidad de que la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada sea superior a 100. Comunidad de Madrid y España, 2001-2007.

Fuente: Proyecto MEDEA.

Hombres



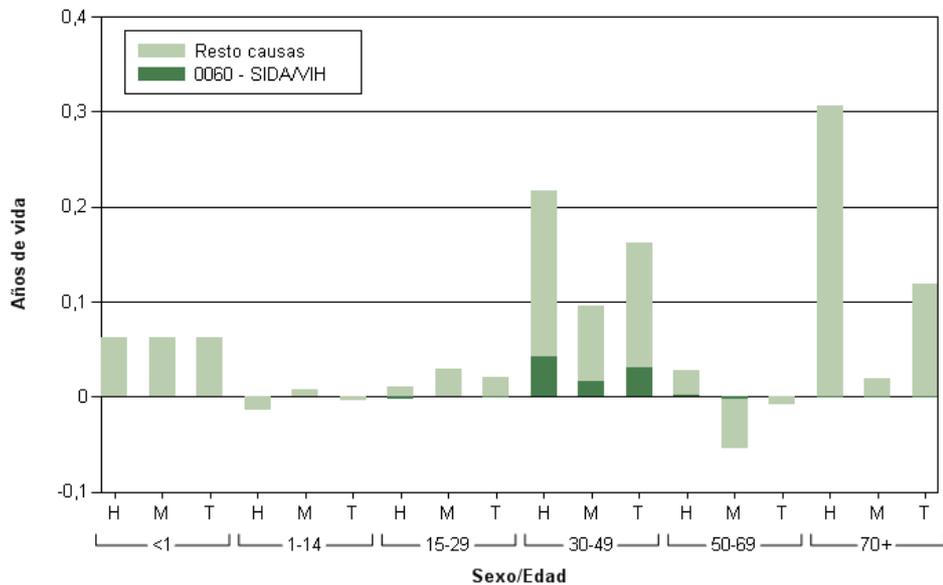
Mujeres



Después de la importante contribución al incremento de la esperanza de vida en el quinquenio 1995-2000, para el periodo 2010-2015 la contribución de esta causa al cambio de la esperanza de vida al nacer se produce principalmente por la evolución favorable de la mortalidad en los hombres de 30 a 49 años (Figura 7.52).

Figura 7.52. Contribución del sida/VIH y resto de causas al cambio de la esperanza de vida al nacer, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2010-2015.

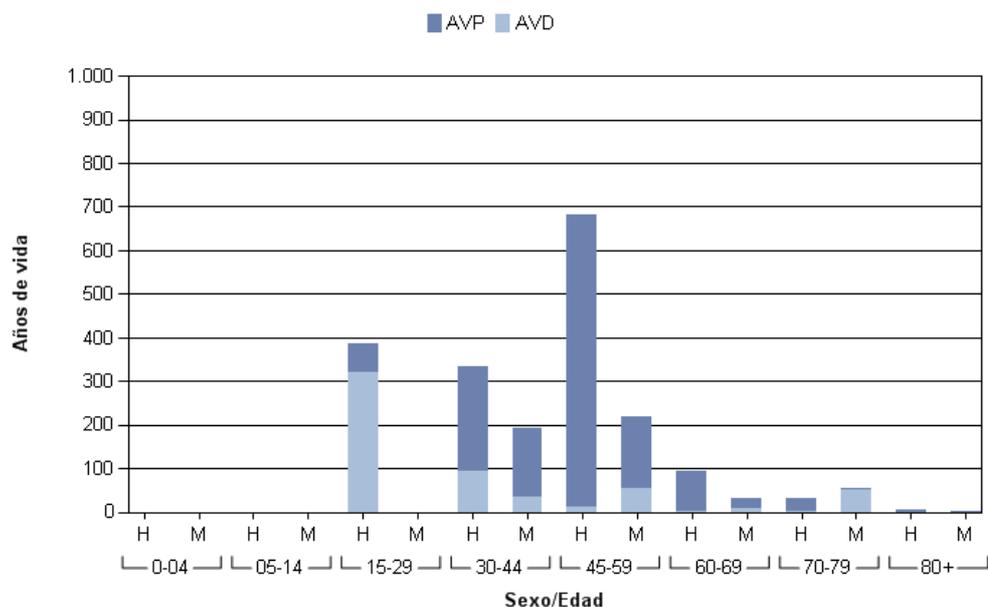
Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.



La carga de enfermedad por VIH/sida tiene un peso importante sobre el total de la carga por enfermedades infecciosas, y en concreto en la de los varones de edades adultas. Pese al proceso de cronicación de la enfermedad, el impacto de la mortalidad en el indicador sigue siendo superior al de la discapacidad y mala salud (Figura 7.53).

Figura 7.53. Infección VIH/sida. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015.

Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

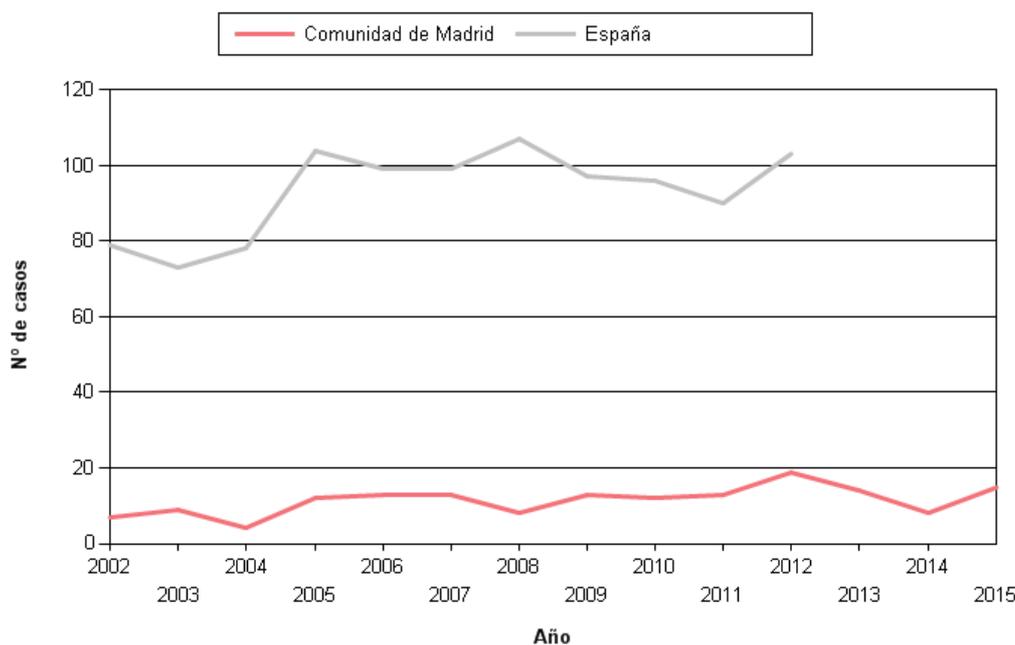


7.3.10. Enfermedades notificadas por sistemas especiales: Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

Se han notificado 15 casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) con inicio de síntomas en 2015 en residentes en la Comunidad de Madrid (Figura 7.54), lo que representa una incidencia de 0,23 casos por 100.000 habitantes. Todos los casos se clasificaron como esporádicos menos uno, considerado ECJ familiar. El 53,3% de los afectados eran hombres, con una mediana de edad de 69 años.

Figura 7.54. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Evolución de la incidencia anual. Nº de casos. Comunidad de Madrid y España, 2002-2015.

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



7.3.11. Brotes de origen no alimentario

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

Tabla 7.12. Brotes de origen no alimentario. Número anual de brotes y de casos. Comunidad de Madrid, 2011-2015.

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

	2011		2012		2013		2014		2015	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Acrodermatitis papulosa infantil			1	5						
Brucelosis	1	2								
Conjuntivitis	3	137	6	159	6	270	11	483	11	348
Dermatitis alérgica ambiental							1	22		
Dermatofitosis	2	4			1	16	1	2		
Enf. De mano, pie y boca	9	189	4	29	2	17	12	94	2	14
Enfermedad meningocócica			1	2						
Eritema infeccioso			8	179			1	24		
Escabiosis	2	32	5	78	4	45	6	71	6	35
Escarlatina	3	11	8	49	2	12	3	14	8	53
Fiebre de Pontiac	1	4								
Gastroenteritis no alimentarias	35	1.662	30	1.487	24	720	46	1.841	69	1.668
Gripe			2	8						
Hepatitis A	5	12	4	12	7	21	5	10	5	14
Hepatitis C	1	2								
Infección respiratoria aguda							1	31		
Legionelosis	1	11	2	67					2	7
Meningitis vírica	1	5	5	13	5	10			8	18
Molusco contagioso	1	5	2	9	1	3			1	3
Mononucleosis infecciosa			1	2					1	3
Neumonía							1	3		
Ornitosis	1	2								
Parotiditis	7	32	13	76	30	183	3	7	4	9
Psitacosis	2	5								
Rubéola			1	2						
Sarampión	4	796	2	4					1	3
Tos ferina	10	27	3	9	8	26	27	84	49	123
Tuberculosis							1	40	2	6
Varicela	3	52	5	84			18	158	23	252
TOTAL	90	2.999	103	2.274	90	1.323	137	2.884	192	2.556

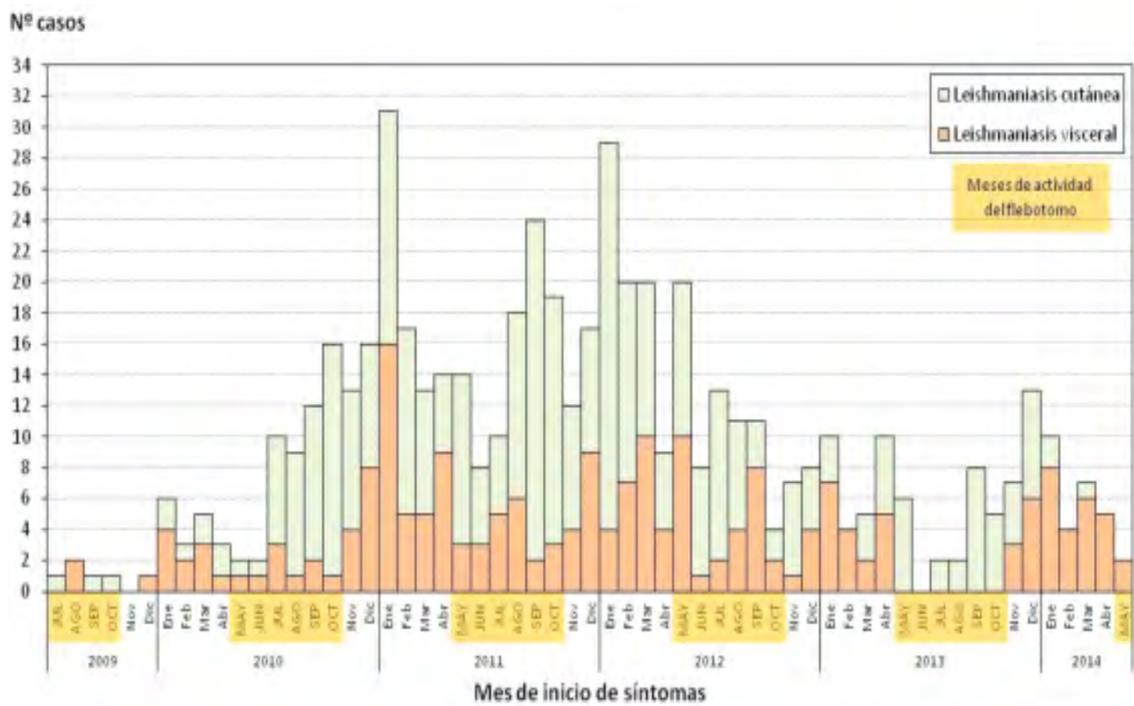
7.3.12. Brotes de especial interés

Brote de leishmaniasis

Desde el inicio del brote de leishmaniasis, en julio de 2009, hasta diciembre de 2015, se han notificado a la Red de Vigilancia Epidemiológica un total de 688 casos asociados a él: 6 casos en 2009, 97 casos en 2010, 197 casos en 2011, 160 casos en 2012, 91 casos en 2013, 94 casos en 2014 y 43 casos en 2015 (Figura 7.55). Los casos residían en cuatro municipios colindantes: Fuenlabrada (535 casos), Leganés (78 casos), Getafe (63 casos) y Humanes de Madrid (12 casos). El 59,2% eran hombres, la mediana de edad era de 48 años, con un rango que oscilaba entre 2 meses y 95 años, y el 83,1% eran españoles. El 38,1% de los casos presentaron una leishmaniasis visceral, y un 32,0% precisó ingreso hospitalario. El 93,9% de los casos se clasificaron como confirmados, el 4,9% como probables y el 1,2% como sospechosos. En el 16,9% de los casos se identificó algún factor de riesgo intrínseco.

Figura 7.55. Leishmaniasis. Brote comunitario en municipios del suroeste de la Comunidad de Madrid. Curva epidémica pormes de inicio de síntomas según forma de presentación. Julio 2009-mayo 2014.

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



Se han realizado numerosas actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector.

Vigilancia y control del reservorio

La investigación realizada ha descartado al perro como reservorio principal y ha permitido identificar a los lepóridos y, en concreto a la liebre y el conejo como nuevos reservorios silvestres responsables del brote. Esto ha sido posible gracias a los estudios de xenodiagnóstico realizados por el Instituto de Salud Carlos III. Desde 2010 hasta 2015 se ha muestreado un total de 5.186 perros en la zona del brote, siendo 158 animales positivos a Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), lo que supone una prevalencia del 3,05 % (2,6 - 3,5; IC 95%). Esta prevalencia es inferior para el mismo periodo en toda la región siendo del 6,06% (5,5 - 6,7; IC 95%), donde se han muestreado un total de 6.155 perros, de los que han resultado positivos 373.

En cuanto a la prevalencia en lepóridos realizada a través de la técnica de PCR, desde 2011 hasta 2015 se han obtenido los siguientes resultados:

- En liebres, de 455 animales muestreados, han sido 137 lo positivos, lo que supone una prevalencia del 30,1% (25,9 - 34,3; IC 95%).
- En conejos, de 910 animales muestreados, han sido positivos 161, lo que supone una prevalencia del 17,7% (15,2 - 20,2; IC 95%).

Entre las medidas de control ambiental realizadas, que son responsabilidad de la Consejería de Medio Ambiente, Administración Local y Ordenación del Territorio y los Ayuntamientos implicados, destaca la eliminación de liebres y conejos de la zona, habiéndose capturado cerca de 30.000 ejemplares solo en los dos últimos años.

Vigilancia y control del vector

En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Phlebotomus perniciosus*, y en densidad elevada en las últimas campañas. Entre 2011 y 2015 se han identificado más de 100.000 flebotomos,

siendo el porcentaje de *Phlebotomus perniciosus* detectado cercano al 60% en todos estos años. La densidad media estimada en la zona del brote entre 2012 y 2015 ha sido elevada, de 123 f/m². Hay que tener en cuenta que densidades superiores a 50 f/m² se consideran capaces de mantener el ciclo de infección. En cuanto a la tasa de infectividad entre 2012 y 2015 ha sido de un 3% (150 flebotomos infectados de 4.973 analizados). Porcentajes de infectividad superiores al 2% se consideran muy elevados (millones de flebotomos). En los análisis realizados entre 2011 y 2015 para ver de qué reservorio se alimentan los flebotomos, de un total de 271 muestras en el 92,9% (252 de 271) se ha obtenido sangre de liebre o de conejo, siendo la de éstos últimos la predominante (68,6%). Este hecho corrobora el papel determinante que están jugando estos reservorios silvestres en el brote.

Entre las medidas de control ambiental que se han revelado eficaces, además de la captura de lepidóridos destacan la eliminación de vivares, el desbroce y limpieza de la zona, además de las desinsectaciones en parques y zonas afectadas. Todas las acciones de vigilancia y control ambiental adoptadas están teniendo un reflejo en la disminución del número de casos. No obstante, el brote todavía permanece activo, por lo que no debe de disminuir la presión del conjunto de medidas adoptadas, tanto de vigilancia como de eliminación de lepidóridos y vivares, así como de destrucción del hábitat del flebotomo.

Brote de hepatitis A

A partir de la semana 30 el año 2016 se detectó un incremento de los casos de hepatitis A notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Este incremento afecta especialmente a hombres jóvenes. En menores de 15 años las diferencias por sexo son pequeñas. Entre los casos notificados hasta octubre de 2017, el 72% de los hombres mayores de 15 años afectados tienen entre 25 y 44 años. El principal antecedente de riesgo detectado en esta población es el contacto sexual (53%) entre los que la mayoría había sido con otros hombres (63%). El 43% requirió ingreso hospitalario con una mediana de estancia de 3 días.

7.4. Conclusiones

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

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

La existencia de cohortes de adultos jóvenes que no han sido vacunados, la llegada de población de otros países con diferentes coberturas vacunales, la posibilidad de importar enfermedades así como la efectividad vacunal menor de determinadas vacunas, ponen de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia epidemiológica. La información obtenida contribuye a la elaboración de nuevas estrategias de vacunación para llegar a los grupos de población más susceptibles incluyendo, en caso de que fuera necesario, la administración de dosis adicionales de recuerdo.

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

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

Desde el año 2001 se ha producido una disminución progresiva de la incidencia de tuberculosis en la Comunidad de Madrid, que parece haberse estabilizado en 2015. La proporción de casos de tuberculosis en personas nacidas fuera de España experimenta un ascenso progresivo desde el año 1999 (12,8%) hasta el año 2009 que alcanza el 51,4% de los casos. A partir de ese año la proporción de casos en extranjeros empieza a disminuir (en 2015 la proporción de extranjeros ha sido de 43,5%).

La incidencia de infecciones por VIH en 2014 fue de 30,6 diagnósticos por 100.000 en hombres y de 4,2 por 100.000 en mujeres. El 45,3% habían nacido fuera de España y la incidencia en el año 2014 fue de 12,4 diagnósticos por 100.000 en autóctonos y de 36,8 por 100.000 habitantes en foráneos. De aquellas infecciones con mecanismo de transmisión conocido, en la mayoría el VIH se adquirió mediante relaciones sexuales sin protección (95,5%), destacando el número alto de diagnósticos de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La presentación con “enfermedad VIH avanzada” ó personas con un grado importante de inmunosupresión (<200 células/ μ l) se observó en el 25,1% de las personas diagnosticadas. El diagnóstico tardío es mayor en mujeres, en extranjeros y también cuando la vía de transmisión es heterosexual o el uso de drogas inyectadas.

En 2009 se inició un brote comunitario por leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. A raíz del mismo, además de la investigación epidemiológica, se pusieron en marcha las actuaciones ambientales dirigidas a la investigación y control del reservorio y del vector. La investigación realizada ha descartado al perro como reservorio principal y ha permitido identificar a los lepóridos y, en concreto a la liebre y el conejo como nuevos reservorios silvestres responsables del brote. En la vigilancia del vector se ha identificado fundamentalmente *Phlebotomus perniciosus*, en densidad elevada en las últimas campañas. Entre las medidas de control ambiental que se han revelado eficaces, además de la captura de lepóridos destacan la eliminación de vivares, el desbroce y limpieza de la zona, además de las desinsectaciones en parques y zonas afectadas.

A partir de la semana 30 del año 2016 se detectó un incremento de los casos de hepatitis A notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Este incremento afecta especialmente a hombres jóvenes. El principal antecedente de riesgo detectado en esta población es el contacto sexual (53%), habiendo sido en la mayoría con otros hombres (63%).