BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

10.

INFORMES:

- **Situación epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid, 2005.**
-
- **Plan de erradicación de la Poliomielitis, Comunidad de Madrid, año 2005.**

SaludMadrid
Servicio de Epidemiología
Instituto
La Suma de Todos
Comunidad de Madrid

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO
de la Comunidad de Madrid

10

Índice

INFORMES:

	- Situación epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid, 2005.	3
	- Plan de erradicación de la Poliomielitis, Comunidad de Madrid, año 2005.	25
	- EDO. Semanas 40 a 43 (del 1 al 28 de octubre de 2006)	37
	- Brotes Epidémicos. Semanas 40 a 43, 2006.	40
	- Red de Médicos Centinela, semanas 40 a 43, 2006.	42

D.L. : M-26.256-1989
ISSN: 1135-3155

INFORME:

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LA COMUNIDAD DE MADRID, 2005

Informe elaborado por:

Sergio Maeso Martínez. Médico residente de Medicina Preventiva y Salud Pública; Belén Zorrilla Torras. Iñaki Galán Labaca. Ana Mª Gandarillas Grande. José Luis Cantero Real. Servicio de Epidemiología.

ÍNDICE:

Resumen

1. Situación Internacional y Nacional

2. Comunidad de Madrid
   2.1. Enfermedades cardiovasculares

      -Mortalidad: situación actual y tendencias
      -Morbilidad:
      - Morbilidad hospitalaria: situación actual y tendencias
      - Estimaciones de incidencia de Infarto Agudo de Miocardio.
      -Carga de enfermedad

   2.2.-Cardiopatía isquémica
      -Mortalidad: situación actual y tendencias
      -Morbilidad:
      - Morbilidad hospitalaria: situación actual y tendencias
      - Estimaciones de incidencia de Infarto Agudo de Miocardio

   2.3.-Enfermedad cerebrovascular
      -Mortalidad. Situación actual y tendencias
      -Morbilidad:
      - Morbilidad hospitalaria: situación actual y tendencias
      - Estimaciones de incidencia de Accidente Cerebrovascular agudo

   2.4.-Factores de Riesgo y prácticas preventivas

Bibliografía

RESUMEN

Las enfermedades Cardiovasculares suponen en la Comunidad de Madrid la principal causa de muerte. La cardiopatía isquémica (CI) y la enfermedad Cerebrovascular (EVC) son las dos principales causas de este grupo de enfermedades. La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en los varones, mientras que en las mujeres la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica tienen un impacto similar.

La C. de Madrid ocupa un lugar intermedio respecto al resto de las CCAA en cuanto a la mortalidad por cardiopatía (10º lugar) con tasas por debajo de las españolas para ambos sexos y es la que presenta menor mortalidad por enfermedad cerebrovascular de todas las CCAA (1).

Suponen además la segunda causa de ingreso hospitalario en varones y la primera en las mujeres (excluyendo las causas obstétricas) y representan una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de Años De Vida Perdidos Ajustados Por Discapacidad.

En cuanto a las tendencias, la mortalidad por enfermedad cardiovascular ha experimentado un descenso consecuencia en mayor medida del descenso de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular. En la cardiopatía el descenso ha afectado más a los menores de 65 años y por encima de esta edad se encuentra prácticamente estable. En la enfermedad cerebrovascular el descenso afecta también algo más a los jóvenes pero con una diferencia mucho menor entre ambos grupos de edad.

Las tendencias de la Morbilidad Hospitalaria en los años 90 han sufrido un aumento que ha afectado a ambas patologías y desde el año 2000 se observa un ligero descenso de las tasas ajustadas que habrá que continuar confirmando.

En la Cardiopatía Isquémica el descenso tanto de la mortalidad como de la morbilidad hospitalaria esta probablemente relacionado con una mejora de la supervivencia de la enfermedad(2;3) .En el caso de la enfermedad cerebrovascular, teniendo en cuenta la información de los países de nuestro entorno(4;5), la parte mas importante del descenso es consecuencia del descenso en la letalidad de la enfermedad y en menor medida por un descenso de la incidencia.

Importantes factores de riesgo cardiovascular como el consumo de tabaco o el consumo de alcohol de riesgo, presentan de manera reciente una evolución positiva, con una disminución de su prevalencia de considerable magnitud. Al mismo tiempo, el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias para el control de la presión arterial y colesterol ha mejorado sustancialmente.

Por el contrario, los indicadores relacionados con el balance energético presentan una tendencia poco favorable, con un incremento del sobrepeso y obesidad, y una elevada prevalencia de sedentarismo y de dieta desequilibrada.

Hay que destacar además que lo habitual es que estos factores se agreguen en una misma persona, es decir, la población está expuesta simultáneamente a varios de ellos, lo cual incrementa el riesgo cardiovascular.

El progresivo envejecimiento de la población, unido a la mayor supervivencia de los pacientes que sufren tanto un evento coronario agudo como un accidente cerebrovascular (que se convierten en pacientes crónicos) resultara probablemente en un aumento de la prevalencia y por tanto en el número de pacientes que precisan atención médica de forma aguda o crónica, así como de personas dependientes como consecuencia de la discapacidad secundaria a los eventos cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica.

1.- SITUACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL.

Mortalidad: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en países de nuestro entorno, y una de las principales en todo el mundo. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 causaron 16,7 millones de fallecimientos en el mundo que supusieron el 29% del total de muertes (32% en mujeres y 27% en varones).

En la Unión Europea actualmente se producen alrededor de 1,9 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, el 42% de todas las muertes (46% en mujeres y 39% en varones). Aunque continúan ocupando el primer lugar entre las causas de mortalidad en Europa, han experimentado un descenso progresivo en las últimas décadas que afecta tanto a la cardiopatía isquémica como a la enfermedad cerebrovascular. En el año 2000, las tasas de mortalidad corresponden a la mitad de las observadas en los años 70 rondando tasas entre240-260 por 100.000 hab.(6) actualmente las cifras de mortalidad tienden a estabilizarse.

De la misma manera que en el resto de los países desarrollados, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de mortalidad en España en el año 2003, representando el 33,7% de las defunciones. En varones ocasionaron el 30% de la mortalidad (ocupando el segundo lugar por detrás de los tumores malignos), siendo la cardiopatía isquémica la patología predominante en este grupo. En mujeres fueron la causa del 38,4% de las muertes y las enfermedades cerebrovasculares la patología más frecuente (1) . La tendencia de la mortalidad es descendente, con un decremento del 50% desde los años 70, y esta en consonancia con la del conjunto de Europa y es similar al descrito para EE.UU(7). y en otros países europeos occidentales(6). La parte más importante de este descenso es consecuencia del descenso de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (8).El porcentaje de cambio anual que se observa en la tendencia decreciente por enfermedades cerebrovasculares de España es uno de los más acusados de Europa(9;10). En el caso de la cardiopatía isquémica el descenso es menor al que presentan otros países desarrollados (EEUU, Canadá, Reino Unido y países del norte y centroeuropeos) aunque ciertamente sus cifras de partida eran mucho mas desfavorables que en nuestro entorno mediterráneo (11).
Según los datos más recientes de la OMS/Europa, España sigue disfrutando de una de las más bajas mortalidades por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular del mundo occidental(1). Respecto a la CI Solo 4 países europeos presentan cifras de mortalidad inferiores a las españolas y la tasa ajustada es un 50% inferior a la europea Las mujeres españolas presentaron la mortalidad mas baja de Europa por ECV y los varones ocupaban el 4º lugar de menor mortalidad en Europa en el 2003 (1;1)

La mortalidad por CI y ECV en nuestro país no es homogénea. Para ambas enfermedades la mortalidad aumenta progresivamente desde Galicia la cornisa cantábrica y los pirineos hasta la meseta y finalmente Extremadura, Andalucía y el levante español. Afecta a ambos sexos y a la mayoría de los grupos de edad y esta presente desde los años 70 (12;13);(14) Esta desigualdad pone de manifiesto un gradiente norte-sur opuesto al observado en el conjunto de Europa donde las comunidades del sur salen claramente beneficiadas..

Incidencia: En base a los resultados de los registros, las estimaciones de incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) en Europa se extienden en un rango de 210 a 777 eventos por 10000 para varones, en Barcelona y Glasgow respectivamente, y de 35 a 265 para mujeres en las dos mismas poblaciones. La tasa de incidencia estimada para España para población entre 25 y 74 años es de 207 y 45 por 100000 varones y mujeres respectivamente, lo que supone alrededor de 68.500 IAM anuales(15). Esta incidencia es muy inferior a la

media en Europa en varones y mujeres, confirmando los datos ofrecidos por los análisis de la mortalidad.

La incidencia de accidente cerebrovascular agudo en población entre 35-65 años en los países europeos occidentales incluidos se sitúa en un rango, en las mujeres, entre 61 y 121 por 100.000 (Italia y norte de suecia respectivamente) y en varones entre 121 en Italia y 326 por 100.000 en Finlandia(16).La incidencia aumenta enormemente con la edad (17) con tasas de 1.731 por 100.000 en mayores de 74 años. En España la incidencia oscila entre 150 y 350 casos anuales/100.000 habitantes en población general (0 y más años), lo que supone alrededor de 100.000 casos nuevos anuales. La incidencia en los mayores de 70 años es similar a la europea.

Carga de enfermedad: Además de la mortalidad que ocasiona esta patología, también es la principal causa de carga de enfermedad, estimándose, para el año 2005 en más de 11 millones de años de vida ajustados por discapacidad (18,4% del total) para la Unión Europea. Suponiendo la cardiopatía isquémica el 7,7% (1ª causa) y la enfermedad cerebrovascular (3ª) el 5,6% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (18;19).

Para el conjunto de España la cardiopatía isquémica supone el 5,1%(2ª) y la enfermedad cerebrovascular el 4,4% (4ª) de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad(20).

El coste económico estimado para Europa de las enfermedades cardiovasculares asciende a 169 billones de euros anuales, que corresponden a 372€ per capita. El 62% del coste es debido a costes de salud directos, 21% a la perdida de productividad y el 17 % a los cuidados informales de personas con enfermedades circulatorias. Un cuarto y una quinta parte de estos costos corresponden a la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular respectivamente(19) (21).

2.-COMUNIDAD DE MADRID

Para caracterizar la situación epidemiológica de este grupo de enfermedades nos basamos, por un lado, en las estimaciones de los estudios desarrollados en otros ámbitos geográficos nacionales, dado que no disponemos de estos datos para nuestra Comunidad y por otro lado en la monitorización de la mortalidad, (a través del registro de defunciones) y de las altas hospitalarias por causas cardiovasculares, a través del CMBD. Estos sistemas, a pesar de sus limitaciones, tienen la ventaja de ser de cobertura universal en nuestra Comunidad y estar estandarizados a nivel internacional. Además monitorizamos los factores de riesgo, a través del Sistema De Vigilancia De Factores De Riesgo En Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT).

2.1.-Las enfermedades cardiovasculares,

Las enfermedades cardiovasculares, y en concreto la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, suponen la primera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid. (22)

-Mortalidad:

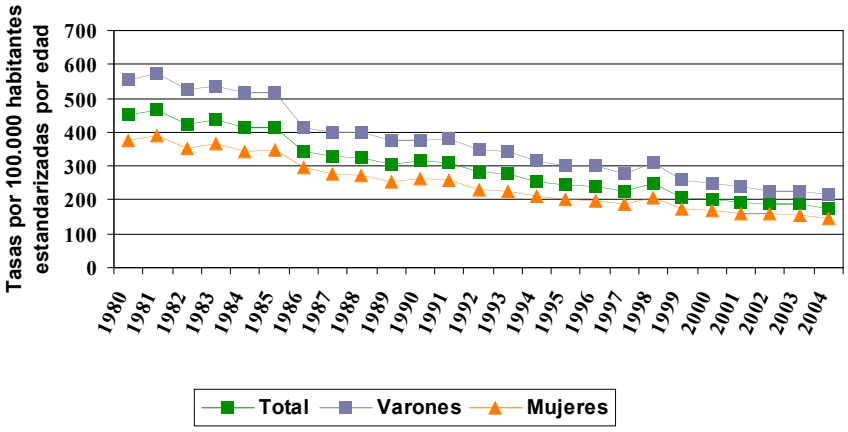
En el año 2004, fallecieron por esta causa 12131 personas, que supone el 30% de la mortalidad total. En las mujeres es la primera causa de mortalidad, mientras que en los hombres suponen la segunda causa, superada únicamente por los tumores (22). Diariamente fallecen por este grupo de causas, 33 personas, de los cuales 14 son hombres y 19 mujeres. Actualmente la Comunidad de Madrid se encuentra entre las comunidades autónomas con menor mortalidad por esta causa, solo Cantabria tiene una mortalidad inferior(1). El patrón de mortalidad de nuestra comunidad es similar al descrito para el nivel nacional aunque con tasas ajustadas por edad de mortalidad inferiores a las del conjunto nacional en ambos sexos en los últimos años. (23)

Tabla 1.- Mortalidad por enfermedades Cardiovasculares: porcentajes respecto de todas las causas, tasas brutas y ajustadas por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid, 2004.

	Total	Enfermedades cardiovasculares			
Sexo	nº	nº	% Total	Tasa Bruta	Tasa Ajustada
Hombres	20.417	5.310	26,0	204,1	215,2
Mujeres	19.871	6.821	34,3	240,4	144,4
Ambos sexos	40.288	12.131	30,1	222,9	175,3

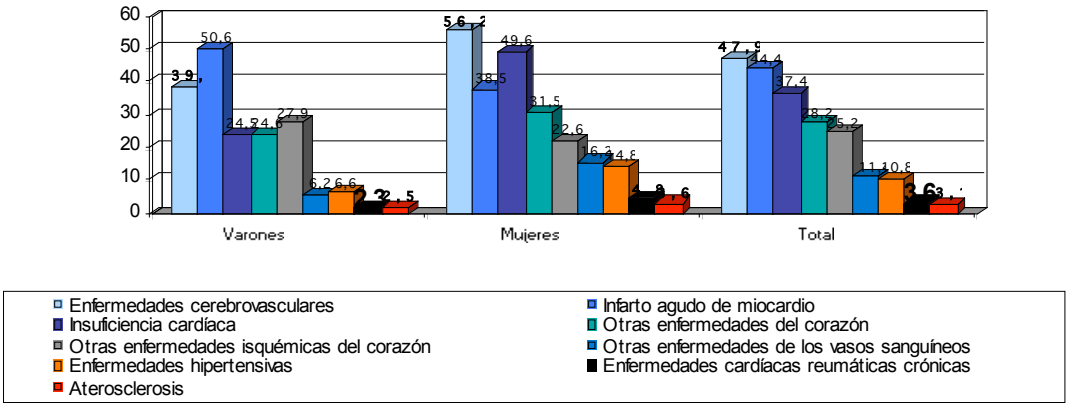
Tendencias: Se ha producido un descenso mantenido de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares desde los años 80 (gráfico 1) con un descenso de la tasa del 61%, igualmente similar al observado en España en el mismo periodo.(18)

Gráfico1. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Periodo 1980-2004. Tasas por 100.000 habitantes ajustadas por edad. Comunidad de Madrid.



Dentro de las enfermedades cardiovasculares las principales causas de muerte son la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares. En varones predomina la patología cardiaca sobre la neurológica, mientras que en las mujeres la primera causa de mortalidad por cardiovasculares son las enfermedades cerebrovasculares (grafico 2).

Gráfico 2.- Causas de Mortalidad (1) por enfermedades cardiovasculares por sexo. Tasas brutas por 100.000 habitantes. C. Madrid, 2004.



(1) lista reducida

Morbilidad:

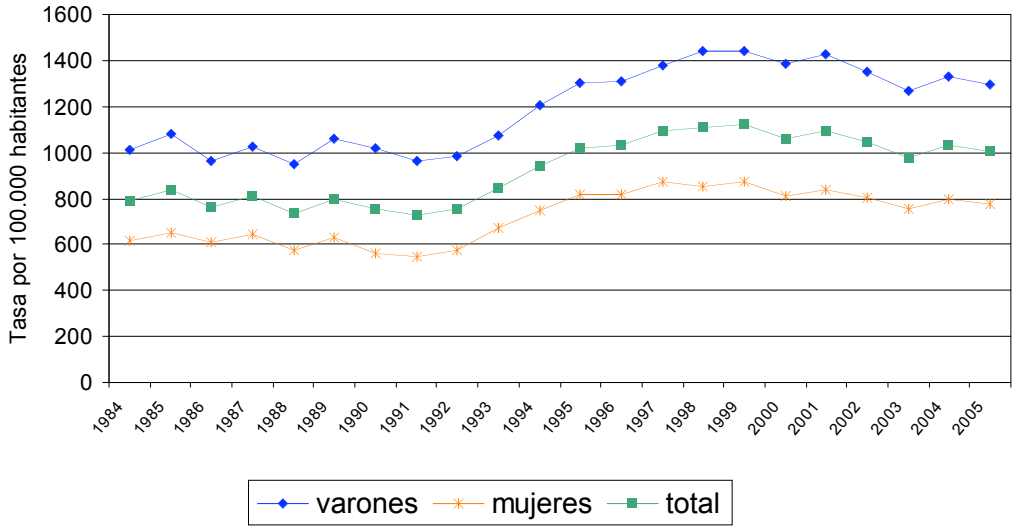
Morbilidad_Hospitalaria: Las enfermedades cardiovasculares fueron el diagnóstico principal en el 11,7% (n=67.366) de las altas hospitalarias en el año 2005. En varones representan la segunda causa de ingreso después de las enfermedades del aparato digestivo; en mujeres son solo superados por las complicaciones obstétricas y constituyen la primera causa de hospitalización en los mayores de 65 años(24).

Tabla 2.- Morbilidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares según grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid,2005,. Tasas brutas por 100.000 habitante.

Edad	Enf. cardiovasculares			Cardiopatía isquémica			Enf. cerebrovasculares		
	V	M	total	V	M	total	V	M	total
0 a 29	95,5	59,8	**78,0**	0,91	0,19	**0,6**	4,8	4,1	**4,5**
30 a 64	912,6	522,0	**713,1**	293,68	57,21	**172,9**	90,2	51,3	**70,3**
65 a 74	4420,2	2255,4	**3214,7**	1434,98	446,45	**884,5**	637,3	295,2	**446,8**
>75	8201,3	6390,2	**7030,3**	1846,26	854,46	**1205,0**	1415,2	1094,8	**1208,1**
Total	**1196,5**	**991,4**	**1090,8**	**336,32**	**135,50**	**232,7**	**159,5**	**141,5**	**150,2**

Los ingresos hospitalarios sufrieron un aumento en la década de los noventa tanto para varones como para mujeres En el último quinquenio sin embargo se observa una estabilización e incluso un ligero descenso para ambos sexos (Gráfico 5).

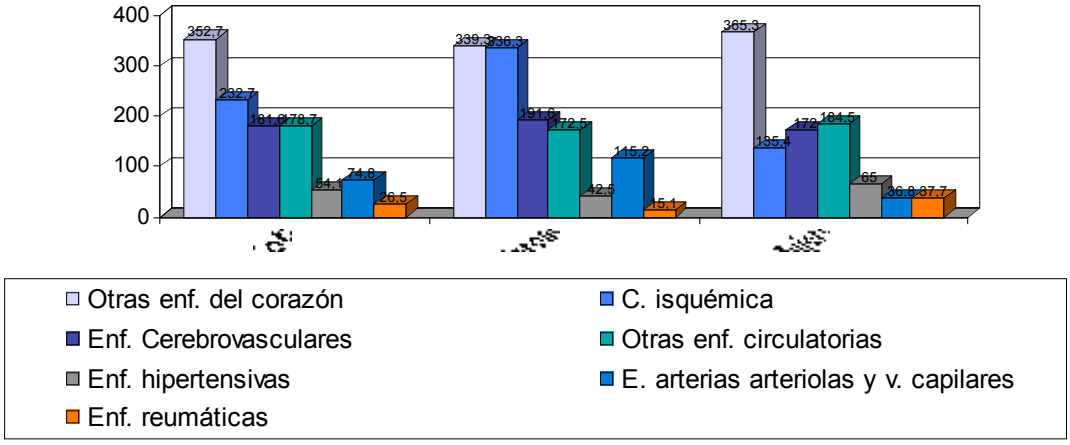
Gráfico 3.- Evolución de la morbilidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares. Tasas estandarizadas por edad. Comunidad de Madrid. Periodo 1984-2005.



Fuente: Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (1984-1999) y CMBD (2000-2005)

Las causas más frecuentes de hospitalización entre las enfermedades cardiovasculares fueron otras enfermedades del corazón, cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares (Grafico 4).

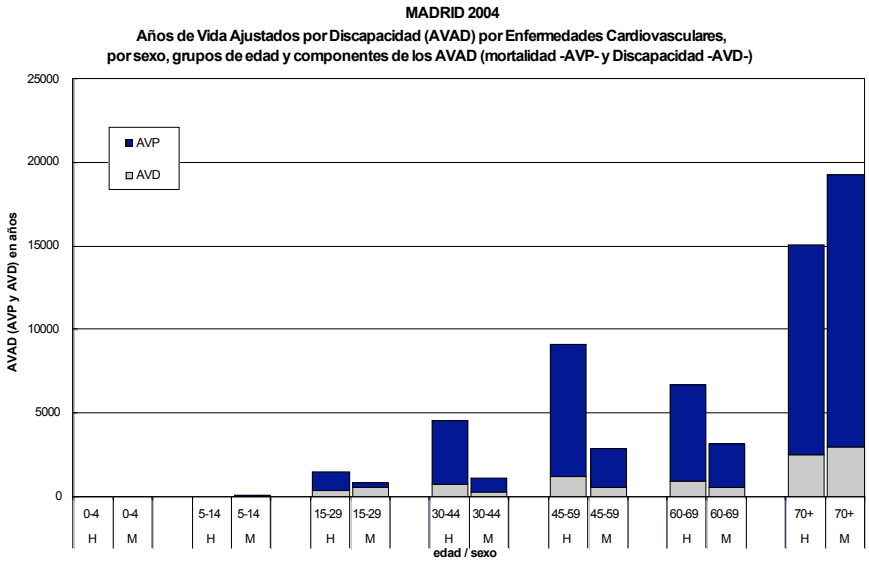
Grafico 4.- Causas de Morbilidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares por sexo. Tasas brutas por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid, CMBD, 2005.



El 6,5 % (4352) de los pacientes dados de alta por enfermedades cardiovasculares fallecieron en el hospital, el 31%, 1.362, por enfermedad cerebrovascular y el 15,1%, 661, por cardiopatía isquémica.

<u>Carga de enfermedad:</u> En el año 2004, suponen la tercera causa con mayor carga de enfermedad, tras las enfermedades neuropsiquiatricas y los tumores, con casi 65.000 años de vida perdidos ajustados por discapacidad, que suponen el 10,5% del total. El 83,3% se deben a mortalidad prematura (grafico 5).

Grafico 5.- Años de vida perdidos ajustados por discapacidad por enfermedades cardiovasculares por sexo, grupos de edad y sus componentes.



Fuente: Servicio del Informe de Salud y Estudios. Instituto de Salud Pública.

2.2.-Cardiopatía isquémica

El principal componente de la cardiopatía isquémica en nuestra Región, desde el punto de vista de la Salud Pública, es el infarto agudo de miocardio (IAM), que supone el 62,5% de la mortalidad y el 38% de los ingresos hospitalarios por cardiopatía isquémica.

Mortalidad:

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte por enfermedades cardiovasculares con el 34,0% de los fallecimientos de este grupo de enfermedades. En el año 2004 fallecieron por esta causa 4.121 personas, lo que supone una tasa bruta de 70,7 muertes por 100.000 habitantes, 82,2 para varones y 60,1 para mujeres (Tabla 3). La cardiopatía isquémica representó en 2004 por tanto un número medio de 11 fallecimientos diarios (6 hombres y 5 mujeres).

La C. de Madrid ocupa un lugar intermedio respecto al resto de las CCAA en cuanto a la mortalidad por cardiopatía (10º lugar) con tasas por debajo de las españolas para ambos sexos.

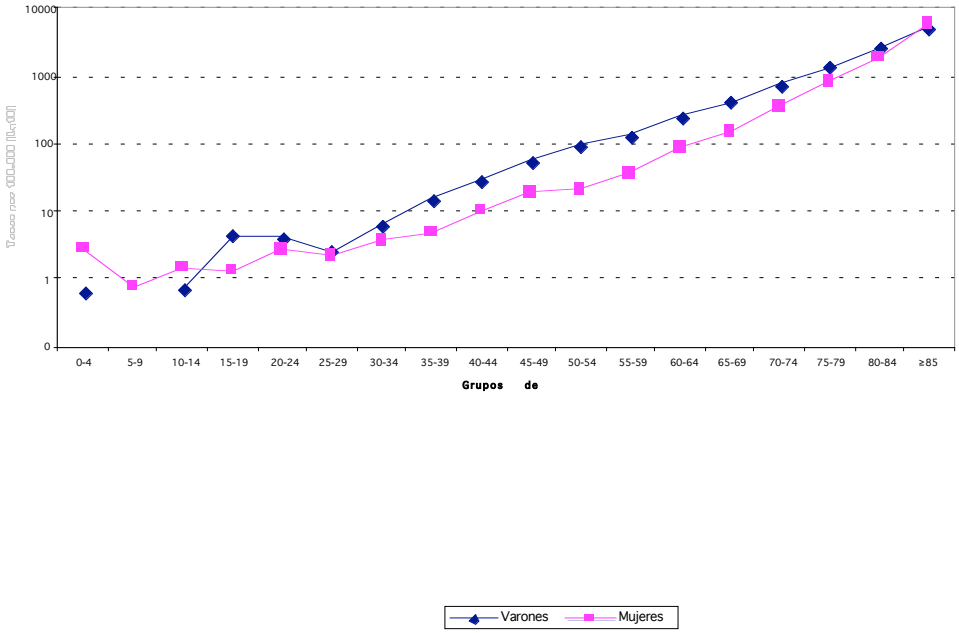
Tabla 3.- Mortalidad por cardiopatía isquémica: porcentajes respecto de todas las enfermedades cardiovasculares, tasas brutas y ajustadas por 100.000 habitantes. 2004.

	Enfermedades cardiovasculares	Cardiopatía isquémica			
Sexo	nº	nº	% ECV	Tasa Bruta	Tasa Ajustada
Hombres	5.310	2.232	42,0	82,2	89,6
Mujeres	6.821	1.889	27,7	60,1	40,5
Total	12.131	4.121	34,0	70,7	60,8

Se produce un aumento continuo de la mortalidad con la edad en ambos sexos.

La mortalidad es mayor en los varones en todos los grupos de edad a partir de los 25 años. La razón de masculinidad global es de 2,2 siendo máxima en el grupo de edad de 50 a 54 años, con una razón de 4,6. (gráfico 6).

Gráfico 6. Tasas especificas de Mortalidad edad y sexo por 100.000 habitantes. Cardiopatía isquémica. Comunidad de Madrid. Año 2004.



Tendencias de Mortalidad: En los últimos 20 años la mortalidad ha descendido un 22,4% en varones y un 16,1% en mujeres (gráfico 7). El descenso medio anual estimado es del 1,1% (grafico 8). Este decremento ha afectado en mayor medida a los varones (1,6%) y a la población joven (30 a 64 años) con un descenso medio anual del 2,7% en ambos sexos.

Grafico 7
Evolución de la Mortalidad por cardiopatía isquémica en grandes grupos de edad, 1984-2004.

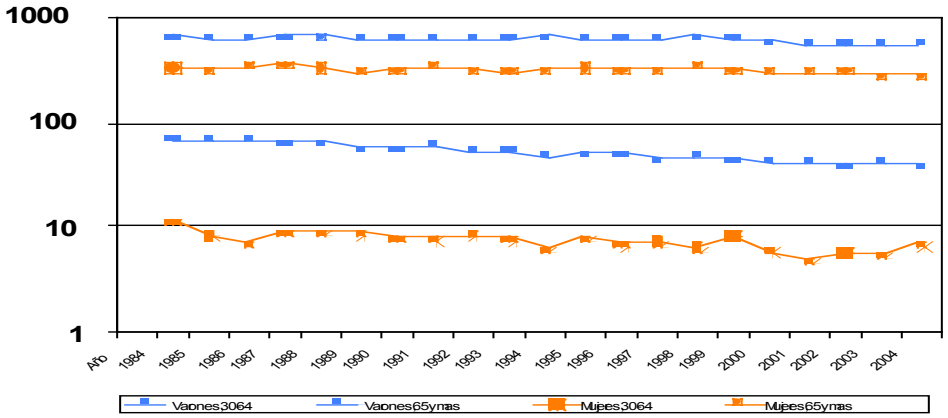
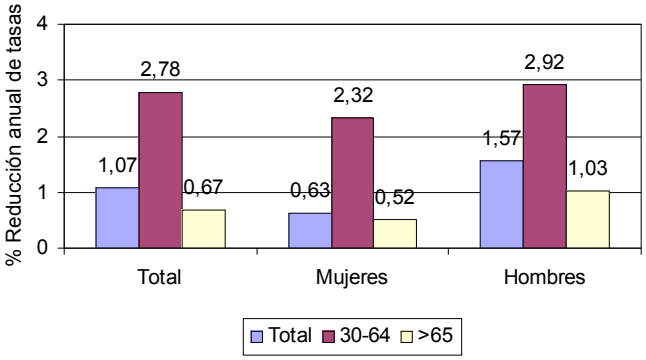


Gráfico 8. Reducción media Anual de la mortalidad por cardiopatía isquémica , por grandes grupos de edad y sexo, C. de Madrid,1984-2004

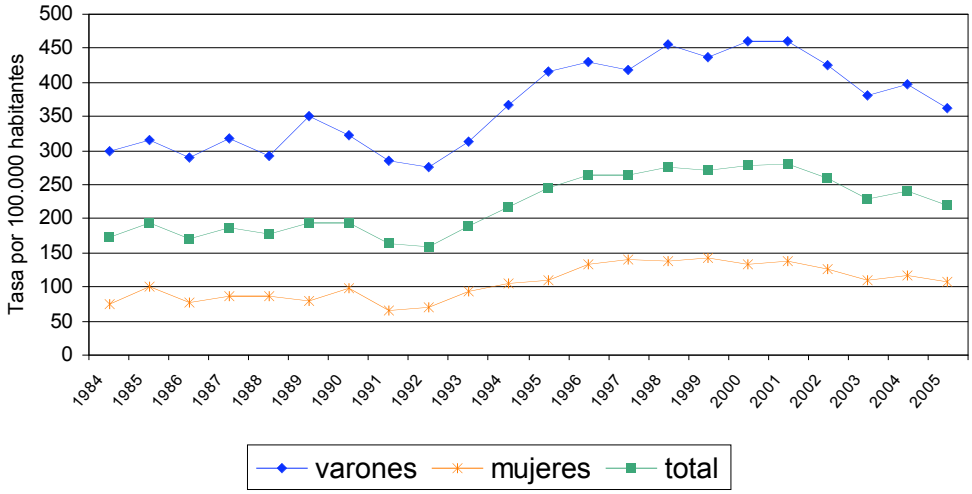


Morbilidad

Morbilidad hospitalaria**:** La cardiopatía isquémica fue la causa principal de 13.891 ingresos en el año 2005, suponiendo el 20,6% de las enfermedades cardiovasculares y el 2,4% del total de altas. El numero absoluto de ingresos esta estabilizado entre 14.000 y 15.000 desde 2.000. La tasa de ingresos por 100.000 hab. por edad y sexo se presentan en la tabla 2.

La morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica aumentó de forma importante para ambos sexos aunque más marcadamente en los varones en el primer lustro de los años 90. Entre 1.996 y 2.000 ha permanecido relativamente estable y durante el último quinquenio se ha producido un ligero descenso que afecta a ambos sexos (Gráfico 9).

Gráfico 9.- Evolución de la morbilidad hospitalaria por cardiopatía isquémica .Tasas ajustadas por edad. Comunidad de Madrid. Periodo 1984-2005.



Fuente: Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (1984-1999) y CMBD (2000-2005)

Incidencia de IAM: En la Comunidad de Madrid se estima que anualmente se producirían alrededor de 7.300 IAM(15)De acuerdo con los datos publicados sobre supervivencia, un 70-75% sobrevive el tiempo suficiente para ser atendido en una unidad coronaria(25) y de éstos el 75-80% sobrevive al año(24;26), por lo que puede estimarse que cada año se suman alrededor de 4200 nuevos casos de cardiopatía isquémica crónica.

Carga de enfermedad: En cuanto a la carga de enfermedad que gener la cardiopatía isquémica, por causas específicas, es la 6ª causa en número de años de vida perdidos ajustados por discapacidad, con un 4,0 por ciento del total. Es significativamente mayor en hombres que en mujeres, especialmente en los adultos (35-64 años)(27) .

2.3.-Enfermedad cerebrovascular

Los dos principales componentes de la enfermedad cerebrovascular son el accidente cerebrovascular agudo o Ictus y el accidente isquémico transitorio.

Mortalidad:

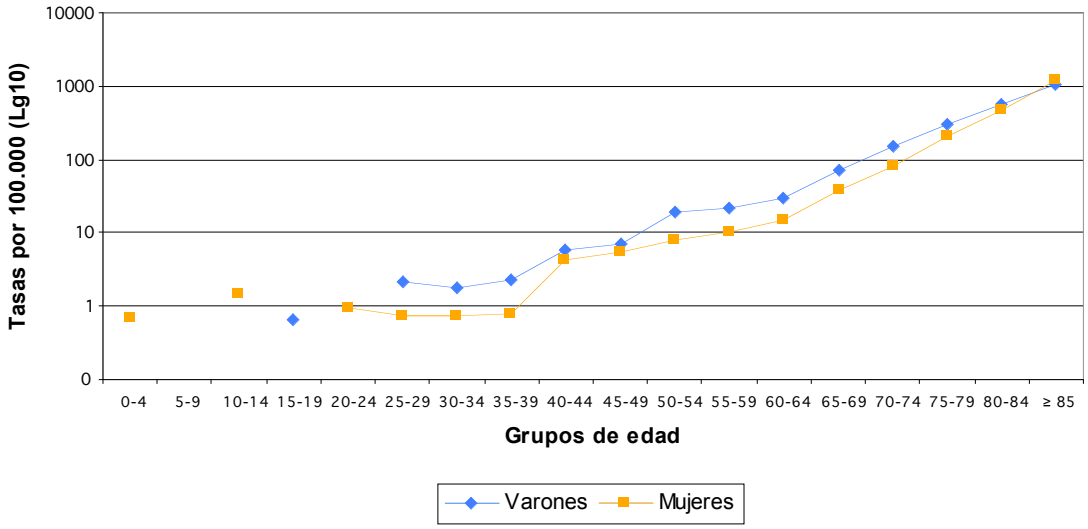
En el año 2004, se registraron 2.782 muertes por enfermedad cerebrovascular, lo que supone una tasa bruta de 55,7 fallecimientos por 100.000 habitantes 63,8 y 42,9 en mujeres y hombres respectivamente(Tabla 4),. Se producen diariamente 8 muertes (3 varones y 5 mujeres). A pesar de estas cifras nuestra Comunidad es la que presenta menor mortalidad de todas las CCAA. (1).

Tabla 4.- Mortalidad por Enfermedades cerebrovasculares: porcentajes respecto de todas las enfermedades cardiovasculares, tasas brutas y ajustadas de mortalidad por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid, 2004.

	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cerebrovasculares			
Sexo	nº	nº	% ECV	Tasa Bruta	Tasa Ajustada
Hombres	5.310	1.097	20,7	46,9	44,5
Mujeres	6.821	1.685	24,7	63,8	36,1
Total	12.131	2.782	23,0	55,7	40,0

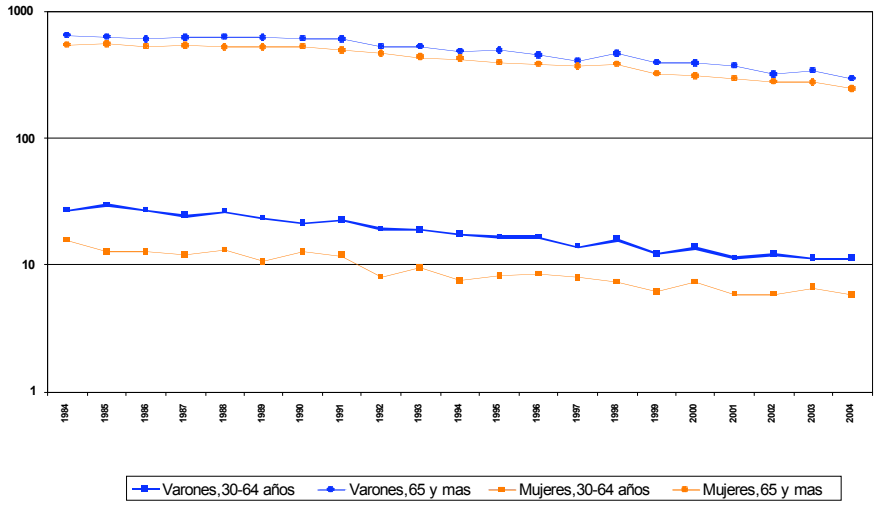
Las tasas aumentan progresivamente con la edad, y son mayores en varones en todos los grupos de edad hasta los 85 años, a partir de esta edad es mayor la tasa femenina (gráfico 10). La razón de masculinidad es mucho menos relevante que en la CI sin alcanzar nunca el valor de 3.

Gráfico 10 Tasas especificas de Mortalidad por edad y sexo por 100.000 habitantes. Enfermedad Cerebrovascular. Comunidad de Madrid. Año 2004.



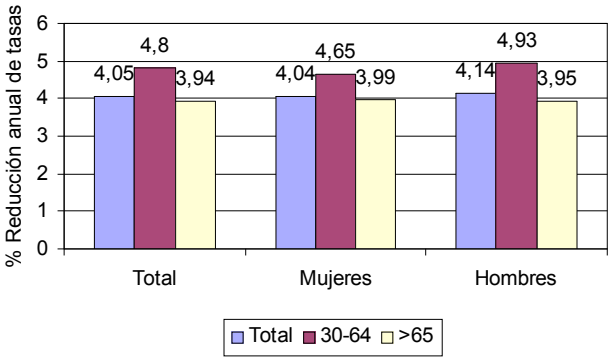
Tendencias de mortalidad La mortalidad presenta un descenso progresivo desde el año 1975(18). La reducción es del 55% en el periodo 1984-2004. (gráfico 11)

Grafico 11.- Evolución de la Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares por grandes grupos de edad y sexo, Comunidad de Madrid. 1984-2004.



En este periodo el descenso medio anual fue de 4,8% en varones y de 4,1% en mujeres. El descenso fue algo mayor en el grupo de 30 a 64 años que en los mayores de 65 años (grafico 12)

Grafico 12: Reducción media anual de la mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, por grandes grupos de edad y sexo, 1984-2004.

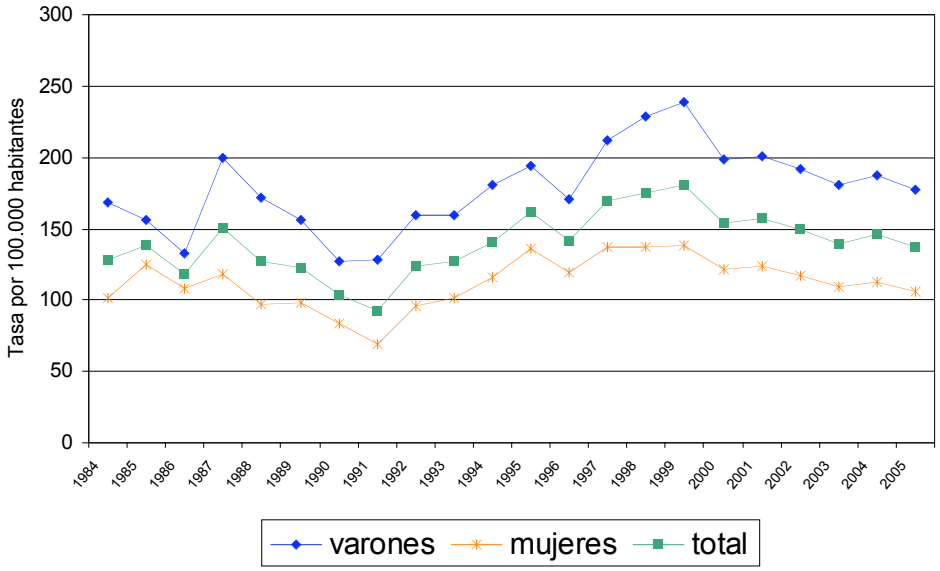


Morbilidad

Morbilidad Hospiatalaria: La enfermedad cerebrovascular origino en 2005 8.971 altas hospitalarias, que supusieron el 13,3% de las enfermedades cardiovasculares y el 1,6% del total de ingresos.El numero absoluto de ingresos por esta causa esta estabilizado desde 2000. La tasa de ingresos por 100000 hab. por edad y sexo se presentan en la tabla 2.

Desde el año 2000 se ha producido una estabilización de la morbilidad hospitalaria e incluso un ligero descenso que afecta a ambos sexos (gráfico 13).

Gráfico 13.- Evolución de la morbilidad hospitalaria por enfermedades cerebrovasculares. Tasas ajustadas por edad. Comunidad de Madrid. Periodo 1984-2005.



Fuente: Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (1984-1999) y CMBD (2000-2005)

Incidencia de Accidente cerebrovascular agudo: No contamos con estimaciones de incidencia de Ictus en la Comunidad de Madrid. La incidencia poblacional de ictus en España ha sido estudiada en tres estudios, todos de ámbito local, con resultados diversos. Como hemos comentado anteriormente, oscila entre 150 y 350 casos anuales/100.000 habitantes en población general (0 y más años). En los mayores de 70 años es de alrededor de 2300 por 100000 en varones y de 1500 en mujeres(8). Estos datos serian aplicables a nuestra Región, pero, teniendo en cuenta que soportamos una de las mortalidades por enfermedad cerebrovascular mas baja de España, probablemente nos encontramos en el rango mas bajo, lo que supondría en nuestra región alrededor de 9.000 casos nuevos anuales. La prevalencia de ictus en la población general se calcula en torno al 5% en el grupo de edad de 65 a 84 años.

Un 20% de los pacientes se mueren en el primer mes después del Ictus y el riesgo de recurrencias a los 5 años es muy elevado (del 24 al 42%). Un tercio de éstas recurrencias suceden en los primeros 30 días(28;29). Además, muchos de los pacientes que sobreviven sufren importantes secuelas de tipo neurológico que provocan diferentes grados de invalidez, de forma que un tercio de los pacientes dependen a los 6 meses de terceras personas(28) . De igual forma, el ictus supone la primera causa de discapacidad severa en el adulto así como la segunda causa de demencia después de la Enfermedad de Alzheimer.

Carga de enfermedad: En cuanto a la carga de enfermedad que generan, por causas específicas, la enfermedad cerebrovascular es la 11ª (2,3%). Es algo mayor en varones en la edad adulta (35-64) y en mujeres por encima de esa edad. En mayores de 70, la enfermedad cerebrovascular pasa a ser la causa de enfermedad cardiovascular con mayor número de años de vida perdidos ajustados por discapacidad(27) .

2.4.-Factores de riesgo cardiovascular y prácticas preventivas.

Los factores de riesgo para las enfermedades del corazón y cerebrovasculares han sido descritos hace tiempo. Además de la edad, los antecedentes familiares y posiblemente determinantes genéticos, los factores de riesgo modificables incluyen la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, el tabaco, la obesidad y la diabetes. Los comportamientos que contribuyen al desarrollo del riesgo, en parte a través del desarrollo de obesidad, incluyen patrones de alimentación no saludables y sedentarismo. Las condiciones ambientales, incluyendo las sociales como la educación, el nivel de renta, y la oportunidad para escoger hábitos saludables pueden favorecer este tipo de comportamientos (30). Estos factores pueden observarse de forma aislada o bien, de forma más frecuente, agregarse(31)

El **Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)(32)** ,mide de forma continua desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas., con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones de salud pública.

El SIVFRENT-A (33), dirigido a población adulta, se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario incluye los siguientes apartados de riesgo cardiovascular: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol de riesgo y prácticas preventivas. La metodología, la definición de los indicadores y los resultados de forma ampliada pueden consultarse en el Boletín epidemiológico de la CM (34).
Aquí presentamos en la tabla 5 la proporción de personas según edad y sexo que refieren los diferentes factores de riesgo. La evolución de dichos indicadores en los últimos 11 años se presenta en los gráficos 14 y 15.

Actividad física: Casi la mitad de la población adulta, el 45,2%, pasa sentada la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad totalmente sedentaria. Los hombres son 1,2 veces más sedentarios que las mujeres, y la inactividad física es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 56,8% es inactivo (tabla 5).

La gran mayoría de la población, el 80,2%, no cumplen las recomendaciones de realizar actividad física durante el tiempo libre. Para este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres, y la proporción de sedentarismo se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 88,3% son inactivos.

El sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa en un 10,3% en hombres y un 25,0% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene muy estable (gráficos 14 y 15).

Dieta desequilibrada: La media de consumo de fruta fresca es de 1,2 raciones/día, que se incrementa a 1,5 al incluir los zumos de fruta, y el promedio de consumo de verduras es de 1 ración/día. Por tanto, durante las últimas 24h. el consumo per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,5 raciones/día. El 6,7% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta (incluidos zumos), y el 51,6 (56,1% de hombres y el 47,2% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones/día. Además del mayor consumo en mujeres, su ingesta se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad.

La proporción de personas que no consumen al menos 3 veces al día fruta y verdura ha disminuido ligeramente en hombres y mujeres (gráficos 14 y 15).

Sobrepeso y obesidad: El 12,2% tiene sobrepeso de grado II (Indice de Masa Corporal igual o superior a 27 y menor de 30), y el 8,5% obesidad (Indice de Masa Corporal igual o superior a 30). Tanto el sobrepeso como la obesidad es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementa rápidamente a medida que aumenta la edad (tabla 5).

La tendencia describe en los hombres un consistente incremento relativo del 20,0%, comparando los promedios de 2004 y 2005 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento es del 15,0% (gráficos 14 y 15).

Consumo de tabaco: El 56,3% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, mientras que el 43,7% son no fumadores. Un 34,8% fuma actualmente (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 31,6% son fumadores diarios (tabla 5). La proporción de exfumadores es del 21,5%.La proporción de fumadores actuales es ligeramente mayor en hombres que en mujeres, principalmente por el mayor consumo en hombres de edad más avanzada.

Respecto a la evolución, en los hombres continúa el descenso experimentado en la década de los ochenta y noventa aunque más desacelerado en la actualidad: comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso es del 17,2% (gráfico 14). Esta disminución está motivada tanto por el incremento del número de exfumadores, como por la menor prevalencia de consumo de las cohortes jóvenes. En las mujeres, después de alcanzar una prevalencia máxima durante la primera parte de la década pasada y unos años posteriores de estabilización, se observa a partir del año 2000 un descenso moderado del consumo de tabaco. Al igual que en los hombres, este descenso está motivado por un incremento del número de exfumadoras (gráfico 15) y un importante descenso del consumo en la población más joven, por lo que en ambos sexos se espera que en los próximos años continúe disminuyendo la prevalencia. Comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso del tabaquismo en mujeres es del 9,2%.

Consumo de alcohol: Desde la perspectiva del consumo promedio diario, un 3,6% son clasificados como bebedores a riesgo, un 52,4% como bebedores moderados y un 44,0% como no bebedores. La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2 veces mayor que en mujeres. Por otro lado, un 9,9% realizaron al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días, siendo 1,9 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su prevalencia se eleva de forma notable en el grupo de edad más joven (23,6%) (tabla 5).

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol de riesgo describe en líneas generales una evolución favorable, especialmente en los hombres, ya que la proporción de bebedores que ingieren una elevada cantidad de alcohol promedio, disminuye en hombres y mujeres un 38,8% y 5,8% respectivamente, comparando los promedios 2004-2005 respecto a 1995-1996 (gráficos 14 y 15). El consumo excesivo en una misma ocasión sólo disminuye en hombres (un 16,1%), aumentando moderadamente en mujeres (9,0%).

TABLA 5. Proporción de personas que refieren factores de riesgo cardiovascular. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid 2005

	TOTAL	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	29-34	45-64
No activos en actividad habitual/laboral [a]	45,2 (±2,2)*	49,9 (±3,1)	40,8 (±3,0)	56,8 (±4,0)	44,3 (±3,6)	36,2 (±3,6)
No activos en tiempo libre [b]	80,2 (±1,7)	76,2 (±2,7)	84,0 (±2,2)	70,7 (±3,7)	80,2 (±2,9)	88,3 (±2,4)
Sobrepeso grado II [c]	12,2 (±1,4)*	15,9 (±2,3)	8,7 (±1,7)	4,8 (±1,7)	12,3 (±2,4)	18,5 (±2,9)
Obesidad[d]	8,5 (±1,2)	9,3 (±1,8)	7,8 (±1,6)	1,4 (±0,9)	8,6 (±2,0)	14,6 (±2,7)
Fumadores actuales[e]	34,8 (±2,1)	36,6 (±3,0)	33,2 (±2,9)	37,5 (±3,9)	35,8 (±3,6)	31,5 (±3,4)
Fumadores diarios	31,6 (±2,0)	33,3 (±3,0)	30,0 (±2,8)	32,2 (±3,8)	32,8 (±3,4)	29,8 (±3,4)
Proporción de abandono[f]	38,2 (±2,8)	39,2 (±3,9)	37,0 (±4,1)	22,9 (±4,9)	40,8 (±4,6)	46,1 (±4,9)
Bebedores de riesgo con consumos promedio diario [g]	3,6 (±0,8)*	4,9 (±1,4)	2,4 (±0,9)	4,5 (±1,7)	3,4 (±1,3)	3,2 (±1,3)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días [h]	9,9 (±1,3)	13,2 (±2,1)	6,8 (±1,5)	23,6 (±3,4)	6,9 (±1,8)	1,5 (±0,9)

* Intervalo de confianza al 95%

[a] Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

[b] No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min. cada vez

[c] Indice de Masa Corporal 27-29,9. [d] Indice de Masa Corporal >=30

[e] Fumador ocasional o diario; [f] Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

[g] Consumo de alcohol de ≥50 cc./día en hombres y ≥30 cc./día en mujeres;

[h] Consumo en un corto período de tiempo de ≥80 cc. en hombres y ≥60 cc. en mujeres

Gráfico 14. Evolución de los principales factores de riesgo. Población masculina de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

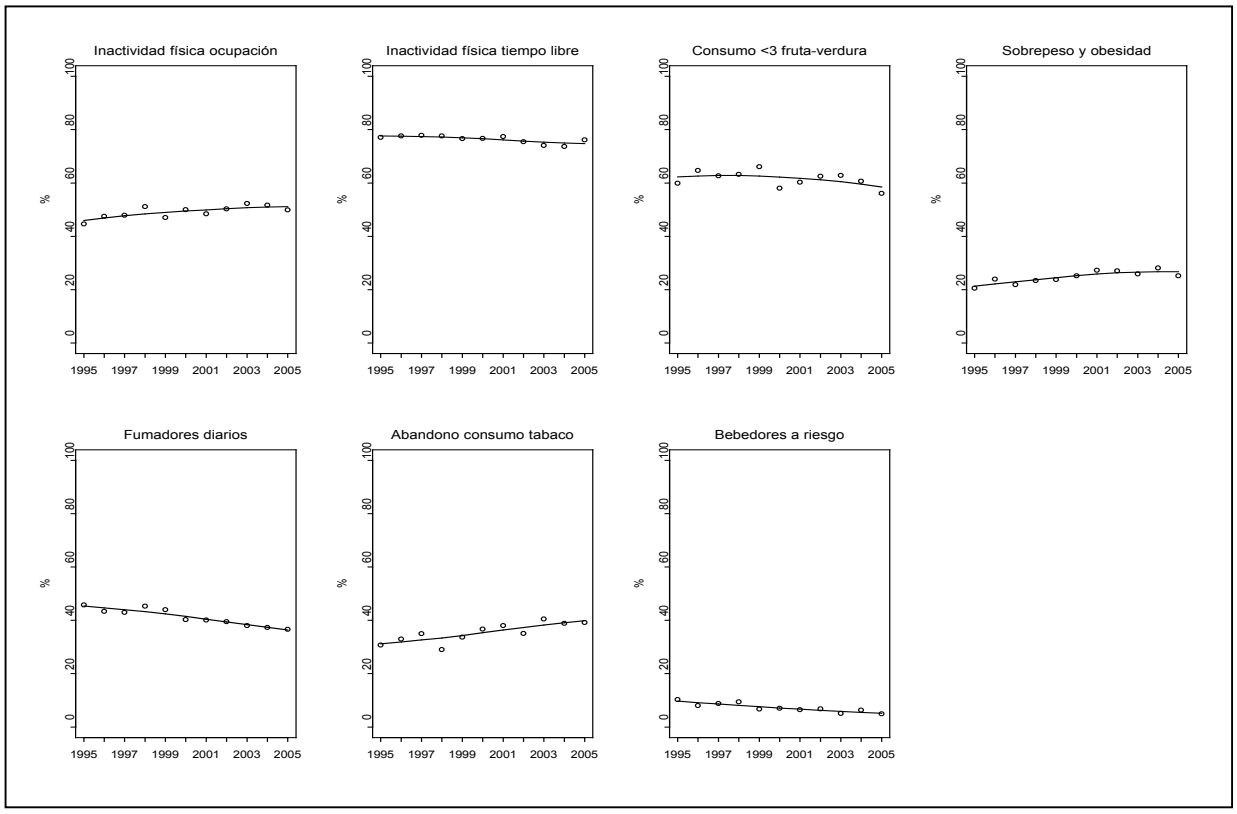
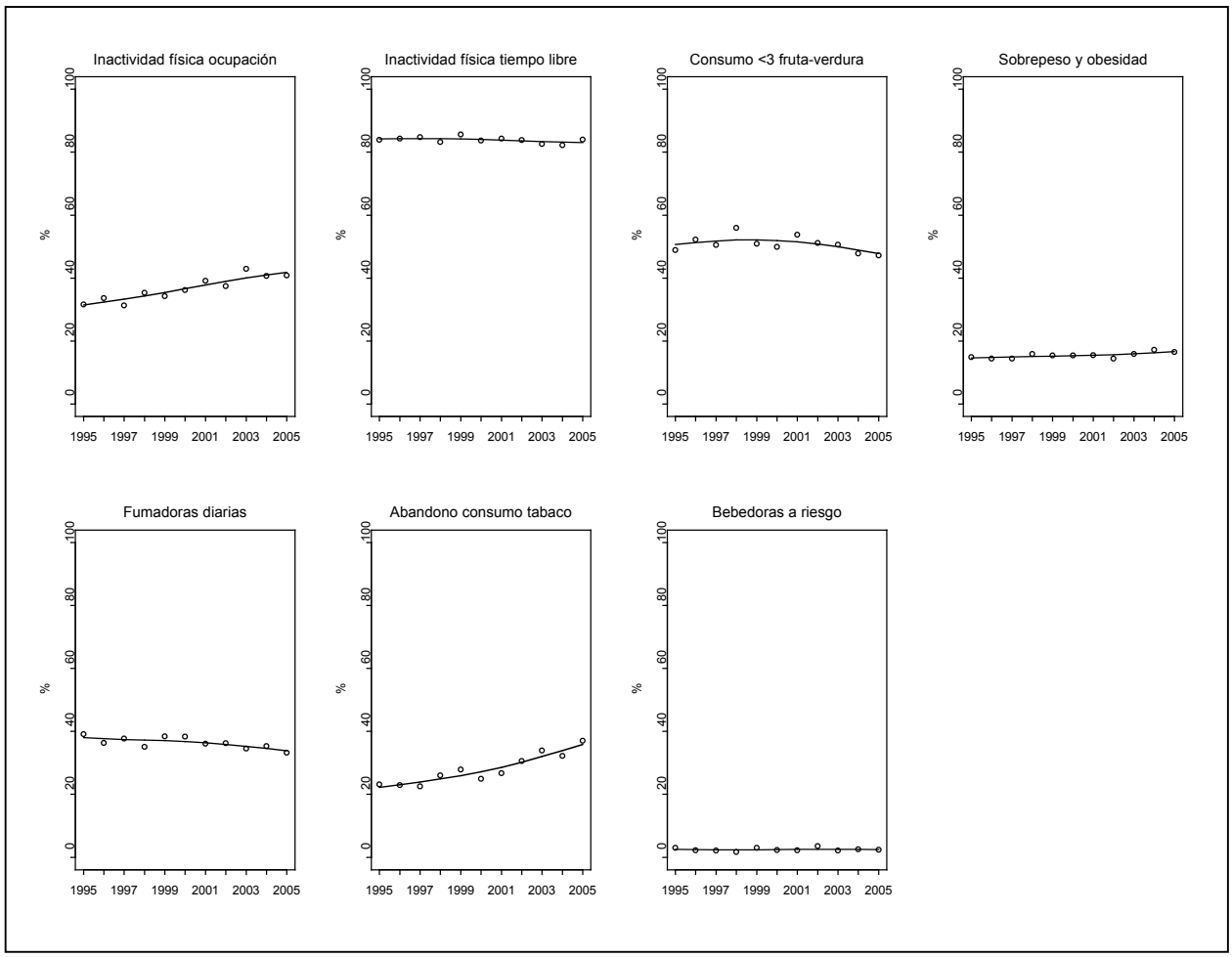


Gráfico 15. Evolución de los principales factores de riesgo. Población femenina de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

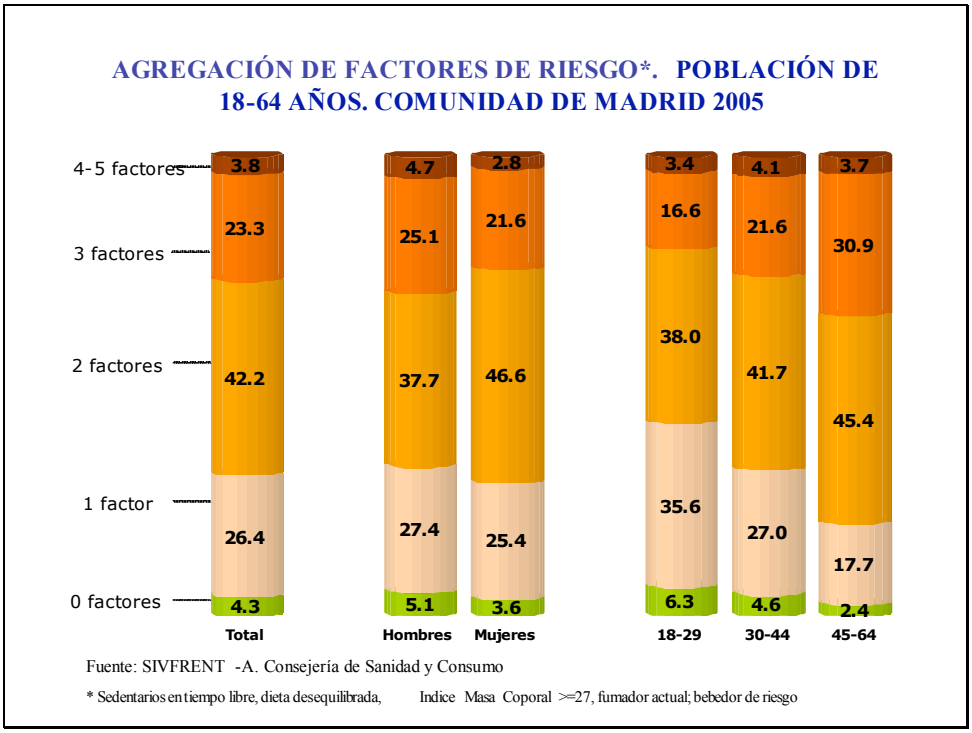


AGREGACION DE FACTORES

Sólo un 4,3% de la población adulta de la Comunidad de Madrid no tiene ningún factor de riesgo de los cinco analizados en este documento; el 26,4% tiene uno, el 42,2% dos, el 23,3% tres, y el 3,8% cuatro o cinco (gráfico 16). Por tanto, la probabilidad de agregación es elevada: 1 de cada 4, tienen presentes simultáneamente 3 o más factores.

No se observan grandes diferencias por sexo, mientras que la edad sí se relaciona con la acumulación de factores: a medida que la población es de mayor edad, la agregación es más frecuente.

Gráfico 16



Prevalencia de hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes autodeclarada y control de la enfermedad

Un 14,2% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada (tabla 6). De ellos, el 55,2% está tomando medicación, el 45,4% se controla el peso, un 60,1% ha reducido la ingesta de sal, y un 33,9% hace ejercicio físico. El 74,1% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 25,9% no realiza ninguna.

A un 17,3% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol (tabla 6). De ellos, un 30,7% toma medicamentos, el 59,6% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 35,3% practica ejercicio físico. El 69,3% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 30,7% no realiza ninguna.

TABLA 6. Proporción de personas con diagnóstico de presión arterial, colesterol elevado y diabetes. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 2005.

	TOTAL	Género		Edad		
		Hombre	Mujer	18-29	29-34	45-64
Tensión arterial elevada	14,2 (±1,5)*	15,7 (±2,3)	12,8 (±2,0)	4,8 (±1,7)	8,9 (±2,0)	28,2 (±3,4)
Colesterol elevado	17,3 (±1,7)	19,3 (±2,6)	15,5 (±2,3)	6,3 (±2,1)	14,4 (±2,6)	29,4 (±3,5)
Diabetes	3,8 (±0,3)*	3,9 (±0,5)	3,7 (±0,5)	1,0 (±0,3)	2,6 (±0,5)	7,5 (±1,0)

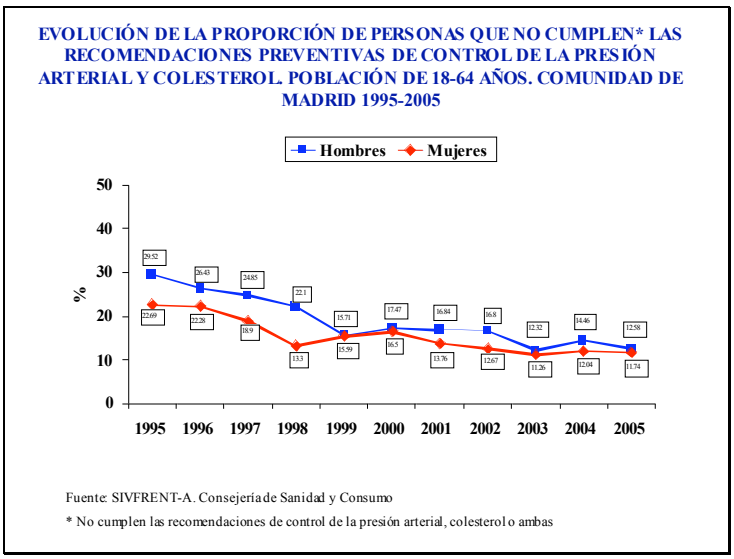
* Intervalo de confianza al 95%

Prácticas Preventivas

Una gran mayoría de entrevistados afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque el 12,1% no cumple ambas recomendaciones según los criterios de detección aconsejados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria(35).

Por otra parte, el cumplimiento de las recomendaciones ha mejorado de forma notable en ambos sexos, en especial durante la segunda parte de la década pasada (gráfico 17).

Gráfico 17



BIBLIOGRAFÍA

(1) World Health Regional office for Europe. European mortality data base. Updated: june 2006. 2006.
(2) Sans S, Puigdefabregás A, Paluzie G, Monterde DBI. Incresing trends of acute miocardial infarction in Spain:the Monica-catalonia study. Eur.Heart J. 26[5], 505-515. 2006.
(3) Gil M, Marrugat J, Sala J, Masia R, Elosua R, Rohlf I. Tendencias en la incidencia y letalidad de infarto agudo de miocardioen Gerona entre 1999 y 11997. Gaceta Sanitaria supl.1, 81. 2000.
(4) Sarti C, Cepaitis Z, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. Stroke 31[7], 1588-1601. 2000.
(5) Tolonen H l, Mahonen M, Asplund K, Rastenyte D, Kuulasmaa K, Vanuzzo D. Do Trends in Population Levels of Blood Pressure and Other Cardiovascular Risk Factors Explain Trends in Stroke Event Rates? Comparisons of 15 Population in 9 Countries Within the WHO MONICA Stroke Project. Stroke 33, 2367-2375. 2002.
(6) Who Regional Office for Europe. The health situation in the European Region,2002. 2003.
(7) Jemal A, Ward E, Hao Y, Thun M. Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. JAMA 294[10], 1255-1259. 2005.
(8) Medrano Albero MJ, Boix Martínez R, Cerrato Crespán E, Ramírez Santa-Pau M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: Revisión sistemática de la literatura. Revista Española de Salud Pública 2006; 80:5-15.

(9) Sarti C RCZTJ. Internacional Trends in Mortality from Stroke, 1968 to 1994. Stroke 2000; 31:1588-1601.

(10) Instituto de Salud Publica.Consejeria de Sanidad.Comunidad de Madrid. Informe del estado de Salud de la Poblacion de la Comunidad de Madrid. 2003.
(11) Kesteloot H, Sans S, Kromhout D. Evolution of all-causes and cardiovascular mortality in the age-group 75-84 years in Europe during the period 1970-1996; a comparison with worldwide changes. Eur Heart J 2002; 23(5):384-398.

(12) G.Lopez Abante Pollán M, Escolar AEMAV. Atlas de mortalidad por cancer y otras causas en España)1978-1992. 1996. Fundacion Cientifica de la Asociación Española contra el Cancer.
(13) Rodriguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar Castillon P, Lopez Garcia FPMMT, Del Rey Calero J. Distribucion geografica de las enfermedades Cardiovasculares en España:la mortalidad es mayor en las regiones del sur y del mediterraneo. cardiovascular risk factors 1999; 9(5):311-318.

(14) Marrugat J, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. Rev.Española de cardiopatía 55, 337-346. 2002.
(16) Tolonen H MMAKRDKKVDea. Do Trends in Population Levels of Blood Pressure and Other Cardiovascular Risk Factors Explain Trends in Stroke Event Rates? Comparisons of 15 Population in 9 Countries Within the WHO MONICA Stroke Project. Stroke 33, 2367-2375. 2002.

(17) Di Carlo A, Launer L J, Breteler M M B, Fratiglioni L, Lobo A, Martínez Lage J et al. Frequency of stroke in europe A collabortative study of population based cohorts. Neurology 2000; 54(suppl 5):s28-s33.

(18) Instituto de Salud Publica.Consejeria de Sanidad.Comunidad de Madrid. Motalidad por Enfermedades Cardiovasculares en la Comunidad de Madrid, Años 1980-2000. Boletin Epidemiologico de la Comunidad de Madrid 2006; 10(4).

(19) Instituto de Salud Pública, Direccion General de Salud Publica y Alimentación.Comunidad de Madrid. Mortalidad por enfermedades no transmisibles en la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2006.

(20) World Health Organization. The European Health Report. 2005. 2006.

(21) Petersen S, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo R, Gray A. European Cardiovascular Diseases Statistics. 2005. European Heart Network;British Heart Foundation.

(22) Alberto Martín Vega.Ana Gandarillas.I.S.P.Madrid. Mortalidad por enfermedades no transmisibles en la Comunidad de Madrid, 2003. 2006. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2006.

(23) Instituto de Salud Pública.Consejeria de Sanidad.Comunidad de Madrid. Morbilidad por enfermedades no transmisibles en la Comunidad de Madrid,2003. Boletin Epidemiologico de la Comunidad de Madrid 2006.

(24) Arós F, Cuñat J, Loma-Osorio A, Torrado E, Bosch X, Rodríguez JJ. Tratamiento del infarto agudo de miocardio en España en el año 2000. El estudio PRIAMHO II. Revista Española de Cardiología.2003; 56[(12)], 1165-1173. 2003.

(25) Garcia J, Elosua R, Tormo MJ, Á.Miguel Benito AG, Zurriaga O. Mortalidad poblacional por infarto agudo de miocardio.Estudio Iberica. Med Clin 121, 606-612. 2003.

(26) Marrugat J, Garcia M, Elosua R, Aldasoro E, Tormo MJ, Zurriaga O et al. Short-term (28 days) prognosis between genders according to the type of coronary event (Q-wave versus non-Q-wave acute myocardial infarction versus unstable angina pectoris). Am J Cardiol 2004; 94(9):1161-1165.

(27) Direccion General de Salud Publica y Alimentación.Consejeria de Sanidad.Comunidad de Madrid. Informe del Estado de Salud de la Poblacion de la Comunidad de Madrid 2004. 2005.

(28) Rodero Fernández L GRJ. Accidentes cerebrovasculares. Concepto. Clasificación. Valoración sindrómica. Epidemiología. Impacto socioeconómico. Medicine 2003; 8[(91)], 4903-4910. 2003.

(29) Mohr JP. Prevention of recurrent ischemic stroke: recent clinical trial results. Neurología 17[(7)], 378-382. 2002.

(30) Newschaffer CJ, Brownson CA, Dusenbury LJ. Cardiovacular disease.. In: Brownson RC RPDJ, American Public Health Association, editors. Chronic disease epidemiology and control. 2nd edition. Washington: 1998.

(31) Burke V, Milligan R, Beilin LJ, Dunbar D, Spencer M, Balde E et al. Clustering of health-related behaviors among 18-year-old Australians. Prev Med 1997; :. 26, 724-733. 1997.

(32) Instituto de Salud Publica.Consejeria de Sanidad.Comunidad de Madrid. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4(12):3-15.

(33) Instituto de Salud Pública., Direccion General de Salud Pública y Alimentacion, Consejeria de Sanidad Y Consumo. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005; 11:3-36.

(34) Instituto de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública y Alimentación.Comunidad de Madrid. Habitos de Salud en la poblacion adulta de la Comunidad de Madrid,2005. Boletin Epidemiologico de la Comunidad de Madrid 2006; Vol.12.

(35) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). . In: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editors. **Barcelona.**: 2003.

INFORME:

PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS, COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2005

RESUMEN

I. Introducción: Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la Poliomielitis en el año 2000, tres Regiones han sido certificadas "libres de Polio": La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. 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.

II. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2005 se han detectado en la Comunidad de Madrid 9 casos de parálisis flácida en menores de 15 años, que representan una incidencia de 1,04 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, aunque sólo 4 de ellos se detectaron mediante la notificación.

III. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda y Plan de acción frente a la polio en España: A nivel nacional se notificaron 44 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como "descartados" de polio y la mayoría han tenido un diagnóstico de "Síndrome de Guillain-Barré".

IV. Situación de la Poliomielitis en el mundo: Los países del África Subsahariana han experimentado un incremento epidémico de la poliomielitis como consecuencia de la suspensión de las campañas de inmunización en algunos estados del norte de Nigeria, donde se produjo un brote de poliomielitis que se propagó a 12 países limítrofes previamente "libres de polio", pero con bajas coberturas de vacunación rutinaria. En alguno de estos países se reestableció la transmisión endémica, aumentando los casos confirmados de poliomielitis de 784 en 2003 a 1263 en 2004 y a 1948 en 2005. En 2006 se ha confirmado que el polivirus salvaje no ha circulado en Egipto y Níger desde hace 12 meses. Es la primera vez en 3 años en que el número de países con polio endémica se ha reducido, quedando Nigeria, India, Pakistán y Afganistán como los únicos países en los que nunca ha dejado de haber transmisión endógena.

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los primeros pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos, tres Regiones de la OMS han sido certificadas "libres de Polio": La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere mantener elevadas las coberturas de vacunación, mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad, con alta sensibilidad, basado en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad adecuados, la posible existencia de casos de poliomielitis y un plan de contención de poliovirus en los laboratorios, basado en la búsqueda, localización y control de poliovirus salvajes almacenados en los laboratorios para evitar que pudieran ser reintroducidos accidental o intencionadamente en la población.

El Sistema de vigilancia de PFA en menores de 15 años, implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de PFA e inicia un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio, que permite descartar/confirmar y clasificar el caso de forma adecuada y en su caso tomar rápidamente las medidas de intervención adecuadas ante la posible existencia de casos de polio. En España se inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional. El cumplimiento de los objetivos de coberturas y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por un Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Polio y por la Organización Mundial de la Salud.

En la Comunidad de Madrid la Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM e incluye la PFA en menores de 15 años como enfermedad de notificación urgente con datos epidemiológicos básicos.

En este informe se describen las características de los casos notificados de PFA a la Red de Vigilancia en el año 2005, de la notificación y de los principales indicadores nacionales e internacionales.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2005

1.- Metodología

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO: Enfermedad que se caracteriza por inicio agudo de parálisis fláccida en uno o más miembros, con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIOS: Aislamiento e identificación de poliovirus en heces en laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

Todo niño con edad inferior a 15 años que presente un cuadro compatible con PFA, será investigado de forma inmediata, realizándose las siguientes actuaciones:

- Rellenar el Cuestionario epidemiológico de PFA, incluyendo datos demográficos y epidemiológicos.

- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología de Área o al Servicio de Epidemiología.

- Solicitar el envío de dos muestras de heces del caso, separadas entre sí entre 24-48 horas y dentro de los quince días siguientes al inicio de la parálisis, así como dos muestras de suero separadas entre 2-4 semanas y de una muestra de líquido cefalorraquídeo al laboratorio de referencia, en nuestro caso el Centro Nacional de Microbiología, para la investigación de enterovirus; adjuntando copia del cuestionario epidemiológico.

- Realizar la revisión clínica del caso a los sesenta días de iniciado el cuadro.

- Clasificación definitiva del caso: Sospechoso, compatible, confirmado o descartado.

Este Sistema de Vigilancia se complementa con la notificación de Cero Casos mensual, ésta se realiza contactando al finalizar el mes con todos los Servicios hospitalarios implicados en la Vigilancia, para comprobar que no haya habido ningún caso que por algún motivo no se hubiera notificado. Posteriormente, semestralmente se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes Hospitales.

2.- Resultados

En 2005 en la Comunidad de Madrid se han detectado 9 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 1,04 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Esta estimación se basa en los 4 casos detectados mediante la notificación y los 5 casos recuperados en la revisión del CMBD. Todos los casos se han clasificado como “descartados” de polio.

El 88,9% de los nueve casos residentes en la Comunidad de Madrid eran varones. El rango de edad de los casos oscilaba entre 0 y 14 años, con una mediana de 3 años.

Dos de los casos residían en el Área 7, otros 2 en el Área 9, y el resto se repartía entre las Áreas 1, 4, 5, 8 y 11.

En 4 casos no se conocía el estado vacunal, tres estaban correctamente vacunados con vacuna oral anti-poliomielítica (VOP) y dos estaban vacunados con la vacuna inyectable de la polio (VIP).

Casos notificados

Durante 2005 se han notificado 4 casos de PFA, lo que supone una incidencia de 0,5 por 100.000 menores de 15 años en la Comunidad de Madrid. Las notificaciones se repartieron entre el hospital de San Rafael con dos casos y el hospital del Niño Jesús y el del 12 de Octubre con un caso cada uno.

Dos de los casos residían en el municipio de Madrid (Área 7) y los otros dos en Alcorcón (Área 8) y Leganés (Área 9).

Todos los casos estaban correctamente vacunados de acuerdo con la edad: Un varón de 4 años había recibido cuatro dosis de vacuna oral antipoliomielítica (VOP). Otro varón de 2 años recibió 3 dosis de VOP y 1 de vacuna inyectable de la polio (VIP). Los otros dos casos menores de 2 años, habían recibido 3 y 4 dosis de VIP según la edad.

De cada caso se enviaron las muestras necesarias al Centro Nacional de Microbiología (dos muestras de heces, suero y líquido cefalorraquídeo) para el diagnóstico de enterovirus. En Cuanto al diagnóstico final, tres casos (75%) se diagnosticaron como Síndrome de Guillain-Barré y el otro como Mielitis transversa.

También se notificaron 2 casos, 1 el Hospital del Niño Jesús y otro el Hospital 12 de Octubre, residentes en otras Comunidades Autónomas en las provincias de Cuenca y Cáceres respectivamente, de los que se pasó información al Centro Nacional de Epidemiología y a sus respectivas Comunidades Autónomas.

Caso de polio derivado de la vacuna

En julio de 2005 se notificó desde el Centro Nacional de Microbiología el caso de un niño de origen marroquí, inmunodeprimido, que había recibido en su país de origen la vacuna de la polio oral a los 2 y 4 meses de vida y en el que se obtuvieron resultados de heces positivas para poliovirus tipo 2. El inicio de síntomas se había producido en noviembre de 2004 cuando aún vivía en Marruecos, previo a su ingreso en Melilla.

Se trata de un caso excretor de virus de larga duración ya que fue detectado tardíamente, después de haber sido ingresado en varios hospitales españoles de distintas Comunidades Autónomas (Melilla, Andalucía, Baleares y Madrid). La detección tuvo lugar en julio de 2005, en un ingreso en Madrid para realizarse un transplante de médula ósea con motivo de su inmunodeficiencia congénita. En este hospital se sospechó polio y se enviaron muestras al CNM. Se detectó un poliovirus tipo 2 derivado de vacuna y se notificó a la Red de Vigilancia.

Una vez detectado se siguieron las recomendaciones de actuación ante casos excretores de virus polio derivado de la vacuna del Centro Nacional de Epidemiología. En el estudio de contactos resultaron positivos para el mismo poliovirus, el padre, un hermano y una hermana. El padre y la hermana se negativizaron en noviembre de 2005 y el hermano en mayo de 2006.

Durante su estancia hospitalaria en la Comunidad de Madrid el paciente estuvo aislado en una habitación individual, con aislamiento de contactos y aislamiento entérico durante toda su permanencia en el Centro.

Notificación de Cero casos

En la **Tabla 1** se presenta la distribución porcentual de la cobertura y de la oportunidad de la notificación mensual de cero casos, por meses para toda la Comunidad de Madrid y en la **Tabla 2** estos mismos indicadores por Áreas Sanitarias con el número de Centros que notifican en cada una de ellas. La cobertura es la razón entre el número de centros que notifican y el número de centros notificadores posibles. Se considera que la notificación es oportuna, cuando ésta se realiza dentro de los dos primeros días laborales del siguiente mes, se presenta la proporción de centros en que se ha realizado de esta manera.

Tabla 1: Cobertura y oportunidad en la notificación mensual de CERO CASOS en la Comunidad de Madrid, año 2005

Meses	Cobertura de Notificación (%)	Notificación Oportuna (%)
Enero	88	47
Febrero	76	47
Marzo	76	29
Abril	71	29
Mayo	71	29
Junio	76	35
Julio	59	29
Agosto	65	18
Septiembre	53	24
Octubre	53	24
Noviembre	76	35
Diciembre	82	29

Tabla 2: Distribución de la cobertura y oportunidad en la notificación de CEROCASOS por Área sanitaria, Comunidad de Madrid, año 2005

Áreas	Número de Centros	Cobertura de Notificación (%)	Notificación Oportuna (%)
1	1	42	33
2	2	100	75
3	1	100	50
4	1	0	0
5	1	100	42
6	4	100	8
7	2	75	75
8	2	25	17
9	1	8	0
10	1	50	0
11	1	100	42
TOTAL	**17**	**64**	**31**

Revisión semestral del CMBD

En la revisión del CMBD de los distintos Hospitales correspondiente al año 2005, se encontraron nueve casos, cuatro notificados en su momento y cinco que no habían sido notificados: tres casos en el Hospital 12 de Octubre (residentes en las Áreas 4, 9 y 11), un caso en el Hospital Gregorio Marañón residente en el Área 1 y un caso en el Hospital La Paz, residente en el Área 5. Por lo que el total de casos de PFA detectados en la Comunidad de Madrid han sido 9. La **Tabla 3** refleja el estado de la declaración por Centros.

Tabla 3.
Revisión del C.M.B.D. Vigilancia de la PFA. Comunidad de Madrid Año 2005

		PRIMER SEMESTRE		SEGUNDO SEMESTRE	
ÁREA	HOSPITAL	CASOS CMBD	NOTIFI-CADOS	CASOS CMBD	NOTIFI-CADOS
1	Gregorio Marañón	1	0	0	0
2	Niño Jesús	0	0	1	1
2	San Rafael	0	0	2	2
3	Príncipe de Asturias	0	0	0	0
4	Ramón y Cajál	0	0	0	0
4	Ntra. Sra. De América	0	0	0	0
5	La Paz	1	0	0	0
6	El Escorial		0		0
6	Clínica Moncloa		0		0
6	Clínica Montepríncipe		0		0
6	Clínica Zarzuela		0		0
7	Clínico San Carlos	0	0	0	0
7	F. Jiménez Díaz	0	0		0
8	Móstoles		0		0
8	F.H. Alcorcón		0		0
9	Severo Ochoa	0	0	0	0
9	Fuenlabrada	0	0	0	0
10	Getafe		0		0
11	12 de Octubre	2	0	2	1
TOTAL		**4**	**0**	**5**	**4**

En la revisión del CMBD también se han recogido los casos de PFA en menores de 15 años que no siendo residentes en nuestra Comunidad han acudido a ella para su diagnóstico. Se encontraron cuatro casos, dos de ellos notificados oportunamente por los hospitales del Niño Jesús y del 12 de Octubre y residentes en Cuenca y Cáceres respectivamente y otros dos casos no notificados por el hospital 12 de Octubre que residían en Toledo y Ciudad Real. Con lo que el número total de casos de PFA menores de 15 años y residentes en otras Comunidades Autónomas ha sido de cuatro.

Indicadores de Calidad, período 2001-2005

En las **Tablas 4 y 5** se presentan los Indicadores de calidad del Sistema de Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, durante los años 2001 a 2005.

Tabla 4
Indicadores de Calidad de la Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, años 2001 - 2005

INDICADOR	OBJETIVO	2001	2002	2003	2004	2005
Incidencia de PFA Nº de casos por cada 100.000 niños menores de 15 años	>= 1	0,90	0,40	0,50	0,90	0,50
% PFA notificados <=7 días del inicio de la parálisis	>= 80 %	29 %	100 %	75 %	71 %	75 %
% PFA notificados <=7 días del ingreso hospitalario	>=80 %	71 %	100 %	75 %	100 %	75 %
% PFA investigados <= 48 horas de la notificación	>= 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces <=14 días	>= 80 %	57 %	100 %	50 %	71 %	100 %
% PFA con una muestra de heces <= 14 días		71 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces "sin tiempo"		100 %	100 %	50 %	71 %	100 %
% PFA con seguimiento clínico >= 60 días	>= 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con diagnóstico clínico	>= 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabla 5.
Indicadores de Calidad del envío y tratamiento de muestras en el Laboratorio, años 2001 - 2005

	OBJETIVO		2001	2002	2003	2004	2005
Envío de muestras al laboratorio <= 3 días	>= 80%	1ª muestra	100 %	100 %	75 %	100 %	75 %
		2ª muestra	100 %	100 %	50 %	71 %	75 %
Resultados laboratorio <= 28 días	>= 80%	1ª muestra	71 %	66 %	100 %	100 %	100 %
		2ª muestra	86 %	100 %	100 %	71 %	100 %
% Aislamientos de enterovirus no polio	>= 10%		17 %	43 %	0 %	17 %	0 %

Respecto a los indicadores relacionados con la notificación, la incidencia notificada, 0,5 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, ha disminuido con respecto al año anterior y se mantiene lejos de la esperada a nivel nacional (1/100.000), si sumamos los cinco casos recuperados en la revisión del CMBD, alcanzaríamos una tasa de 1,04.

Respecto a la recogida de muestras adecuadas, se han obtenido dos muestras de heces en un periodo menor o igual a 14 días desde el inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24-48 horas en los cuatro casos (100%). Este indicador engloba el cumplimiento de tres criterios de calidad:

1.- Que la primera muestra de heces este recogida en menos de 14 días: 4 casos (100%)
2.- Que la segunda muestra también este recogida en menos de 14 días: 4 casos (100%)
3.- Que las muestras estén separadas entre sí 24-48 horas: 4 casos (100%)

Respecto al tiempo transcurrido entre el envío de las muestras y la recepción en el laboratorio ha sido menor de 3 días en el 75% de los casos.

Los resultados de laboratorio deben estar disponibles en menos de 28 días en el 80% de los casos: Se cumplió con las dos muestras en los 4 casos (100%).

El porcentaje de muestras procesadas con resultados positivos de "enterovirus no polio" debe ser superior al 10%: Se han procesado un total de 8 muestras de heces y en las 8 se obtuvieron resultados negativos.

El seguimiento clínico del caso a los 60 días debe realizarse en al menos el 80% de los casos: El seguimiento se completó en los 4 casos notificados (100%).

Conclusiones

1.- En 2005 en la Comunidad de Madrid se han detectado 9 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 1,04 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Esta estimación se basa en los 4 casos detectados mediante la notificación y los 5 casos recuperados en la revisión del CMBD.

2.- Los indicadores de calidad del Sistema de Vigilancia referentes a la oportunidad en la notificación de los Cero casos, presentan valores muy bajos por lo que sería necesario reforzar los Sistemas de Vigilancia establecidos.

3.- Es difícil mantener la sensibilidad del sistema de vigilancia de parálisis flácida, debido a la ausencia de casos de poliomielitis desde hace muchos años en nuestro país, por lo que el personal sanitario tiene la sensación de que no estamos ante un problema importante de salud pública, sensación potenciada a partir de la certificación por la OMS de la Región Europea "libre de polio", en junio de 2002. Por ello es necesario reforzar los mecanismos de coordinación con la red asistencial para potenciar la sensibilidad de los Centros hospitalarios sobre la importancia de la Vigilancia de la PFA en la detección de posibles casos de Poliomielitis.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Vigilancia de la PFA en España

En el año 2005 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 44 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,73 por 100.000. Este número de casos es inferior a los 59 casos esperados en el conjunto del país, considerando una incidencia de PFA en menores de 15 años de al menos 1 por 100.000 habitantes. La **Tabla 6** refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

Tabla 6: Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2001 a 2005

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2001		2002		2003		2004		2005	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
Andalucía	15	1.1	6	0.5	9	0.7	8	0.6	9	0.7
Aragón	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.7
Asturias	1	0.8	1	0.8	0	0	2	1.8	3	2.7
Baleares	1	0.8	2	1.6	0	0	1	0.7	1	0.7
Canarias	5	1.8	2	0.7	4	1.4	3	1.0	7	2.3
Cantabria	0	0	1	1.4	0	0	1	1.5	2	3.0
Castilla la Mancha	3	1.0	5	1.7	3	1.0	4	1.4	3	1.0
Castilla León	1	0.3	1	0.3	0	0	1	0.4	1	0.4
Cataluña	1	0.1	5	0.5	12	1.4	6	0.7	2	0.2
Comunidad Valenciana	6	0.9	6	0.9	3	0.5	7	1.1	5	0.8
Extremadura	4	2.2	1	0.5	1	0.5	0	0	3	1.7
Galicia	0	0	2	0.6	3	0.9	1	0.3	0	0
Madrid	**7**	**0.9**	**3**	**0.4**	**4**	**0.5**	**7**	**0.9**	**4**	**0.5**
Murcia	1	0.5	0	0	2	1.0	0	0	2	0.9
Navarra	1	1.4	1	1.4	1	1.3	1	1.3	1	1.3
País Vasco	5	1.9	1	0.4	2	0.8	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	1	2.8	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**51**	**0.8**	**37**	**0.6**	**44**	**0.7**	**43**	**0.7**	**44**	**0.7**

Datos procedentes del Centro Nacional de Epidemiología

En cuanto a la distribución de casos por sexo, 26 casos (59%) son hombres y 18 casos (41%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 6,4 años (DE: 4,41) y el grupo de edad en que se dieron más casos fue el de 1 a 4 años, con un 43,2% del total.

Todos los casos de PFA notificados se han clasificado como "Descartados" de polio y en el 75% de los casos el diagnóstico final fue Síndrome de Guillain-Barré, seguido de mielitis transversa en el 11,4%.

En cuanto a los cultivos celulares de las muestras de heces de casos y contactos, se analizaron un total de 73 muestras de las que el 92% presentaron resultados negativos, en un 2,7% (2 muestras) se aisló enterovirus no polio y en otro 2,7% adenovirus.

Plan de acción para mantener un estado libre de Polio

España es un país que puede ser considerado de riesgo para la importación, dada su condición de frontera física con el Continente Africano y por ser el tercer país del mundo en número de visitantes anuales, por lo que es muy importante que el sistema de vigilancia de parálisis fláccida se mantenga activo y en alerta manteniendo el elevado nivel de calidad requerido.

La OMS ha requerido a todos los ministros nacionales de salud, la elaboración de un Plan de Acción para la era de la post-certificación, con el objetivo de mantener un estado libre de polio, tras la certificación de la interrupción de la transmisión de poliovirus. Este Plan de

Acción deberá incluir las actividades a desarrollar en el supuesto de que exista un caso importado de poliovirus salvaje.

Las principales actuaciones que deben ser implantadas o mantenidas hasta que se formulen las estrategias de la post-certificación mundial, con el objetivo de reducir el riesgo potencial de transmisión de poliovirus salvaje en caso de una importación, son las siguientes:

1.- Mantener altas coberturas en los programas de vacunación de rutina para prevenir la transmisión de poliovirus salvaje tras una importación y para prevenir la circulación de poliovirus derivados de la vacuna.

- Mantener coberturas superiores al 90% con tres dosis de vacuna de polio inactivada en menores de 1 año.
- Poner especial atención en medir la cobertura de vacunación en poblaciones de alto riesgo.
- Realizar acciones correctoras de vacunación en niños no vacunados o mal vacunados.
- Actuaciones en caso de viajeros residentes en España que se dirigen a un país endémico o recientemente endémico.

2.- Mantener un sistema de vigilancia de alta calidad que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje o la circulación de poliovirus derivados de la vacuna.

- Mantener el Sistema de Vigilancia activa de la parálisis flácida aguda.
- Mantener el Sistema de Vigilancia de enterovirus en muestras clínicas.

3.- Asegurar que existe una adecuada contención de poliovirus salvaje en los laboratorios.

IV. PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos: tres Regiones de la OMS han sido certificadas "libres de polio": La Región de las Américas en 1994, con el ultimo caso en Perú en 1991; la Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998; el número de **países endémicos** ha disminuido de 125 en 1988 a **6 países desde el año 2003** (India, Nigeria, Pakistán, Egipto, Afganistán y Níger), el más bajo número de la historia, habiéndose reducido el número de casos de poliomielitis en el mundo en un 99,8%, de 350.000 casos en 1988 a 784 casos notificados en el año 2003.

Desde Enero de 2006 la lista de países endémicos se reduce en dos, ya que Egipto y Níger han interrumpido la transmisión del polivirus salvaje al no haber detectado ningún caso autóctono de poliomielitis a lo largo del año 2005; el último poliovirus autóctono detectado en Egipto fue en una muestra de aguas residuales en enero de 2005 y los 10 casos notificados en Níger en 2005 fueron provocados por un poliovirus salvaje importado de Nigeria. Esto, se debe sobre todo a la utilización de las llamadas vacunas de nueva generación destinadas a las 2 cadenas del virus que siguen circulando.

El éxito de las campañas de Níger y Egipto resulta de los intensivos esfuerzos en 2004 y 2005 de frenar la transmisión de polio endémica ayudados de la utilización de vacunas monovalentes en áreas específicas. El número de casos de polio en la India y en Pakistán en el último cuarto de 2005 ha disminuido más de la mitad comparado con años anteriores gracias, sobre todo, a las estrategias de vacunación con vacunas monovalentes. En Afganistán, se detectaron este año casos de poliomielitis paralítica debida a poliovirus 1 y 3 en la región meridional del país.

Según las organizaciones implicadas en el plan de erradicación, en el 2006, las vacunas monovalentes, que incluyen cadenas individuales, serán la principal plataforma para la erradicación de la enfermedad en los países que continúan estando afectados.

Durante el año 2005 se ha registrado una incidencia de poliomielitis en el mundo de 1948 casos, frente a los 1255 casos declarados en 2004. En estos años Nigeria ha sido el país que más casos ha aportado: 782 casos en 2004 y 799 en 2005. Este aumento de casos en 2005, superior al 50%, respecto al año anterior, se debe a tres grandes epidemias ocurridas en tres países, anteriormente libres de poliomielitis, que importaron el virus de Nigeria: Yemen con 478 casos, Indonesia con 303 y Somalia con 184.

En 2005 ocurre por primera vez que hay más casos de poliomielitis notificados por los países reinfectados (53% del total mundial) que por los países endémicos y el 94% de todos los casos de poliomielitis declarados en todo el mundo han sido provocados por un poliovirus proveniente del norte de Nigeria.

Los dos grandes países endémicos de Asia han registrado un descenso del 50% en el número de casos de poliomielitis notificados entre 2004 y 2005. India ha notificado 66 casos en 2005 (134 en 2004) y Pakistán 28 casos (53 en 2004).

De los 22 países previamente libres de poliomielitis, que se reinfectaron en 2003, solamente 8 (Angola, Bangladesh, Chad, Etiopía, Indonesia, Nepal, Somalia y Yemen) han notificado algún caso en el segundo semestre de 2005.

RESUMEN DE LA VIGILANCIA DE LA PFA Y POLIOMIELITIS, AÑOS 2003 - 2005

	2003		2004		2005	
Regiones de la OMS	**Tasas PFA**	**Casos Polio**	**Tasas PFA**	**Casos Polio**	**Tasas PFA**	**Casos Polio**
Africana	2.6	446	3.0	941	3.3	848
Americana	1.2	0	1.3	0	1.2	0
Mediterráneo Este	2.4	113	2.7	186	3.7	727
Europea	1.2	0	1.1	0	1.1	0
Sudeste Asiático	1.9	225	2.6	136	5.1	373
Pacífico Oeste	1.3	0	1.6	0	1.5	0
Total Global	**1.9**	**784**	**2.2**	**1263**	**3.3**	**1948**

Fuente: OMS

Bibliografía

Centro Nacional de Epidemiología. Boletín Epidemiológico semanal. 2006, Vol.14 nº 5 49/60.

http://www.polioeradication.org/content/general/

OMS. Polio endemic countries hit all-time low of four.
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr05/en/index.html

CDC. Progress toward global poliomyelitis eradication---Nigeria,
January 2003--March 2004. MMWR 2004;53:343--6.

World Health Organization. Global Polio Eradication Initiative Annual Report 2005

World Health Organization. Report on polio to the 58th World Health

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Período analizado: Año 2006, semanas 40 a 43
(del 1 al 28 de octubre de 2006)

Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.

HEPATITIS B

Durante las semanas 1 a 43 de 2006 se han notificado 117 casos de hepatitis B, lo que supone una incidencia acumulada de 1,96 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, y 1 caso menos que en el año anterior durante ese mismo período.

El área sanitaria con mayor incidencia ha sido la 11, con 5,40 casos por 100.000 habitantes, seguida de la 7 con 2,71 casos por 100.000 habitantes, y la 10 con 2,25 casos por 100.000 habitantes. En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. Las mayores incidencias se han observado en los distritos de Aranjuez (área 11), Villaverde (área 11) y Carabanchel (área 11) con 7,28, 5,61 y 5,02 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

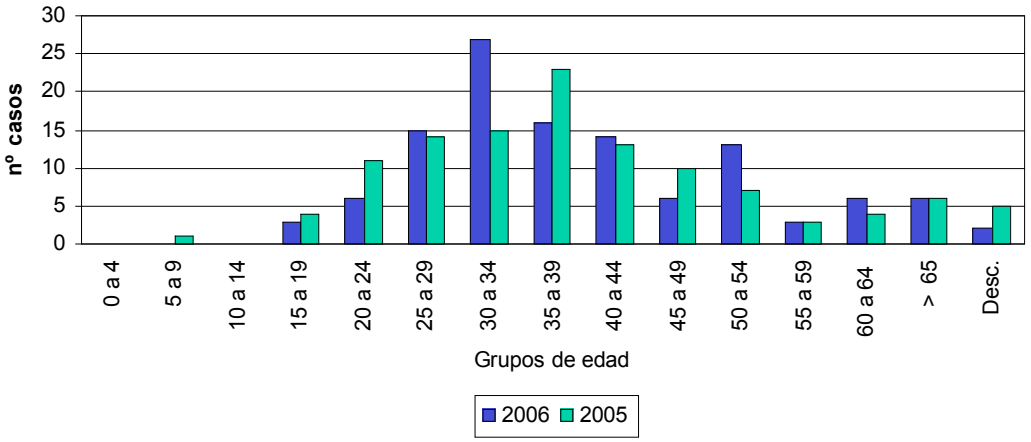
El 68,4% de los casos corresponde a hombres. La edad era desconocida en el 1,7% de casos, y el 92,2% eran mayores de 25 años. El rango de edad osciló entre 17 y 81 años. En gráfico nº 1 aparece la distribución de casos de hepatitis B por grupos quinquenales de edad, para el periodo analizado en los años 2006 y 2005.

El 79,5% de los casos se clasificó como casos confirmados. La prueba de detección de anticuerpos IgM anti-HBc fue positiva en el 37,6% de los casos, y el 65,8% tenía una prueba positiva de Ag HBs.

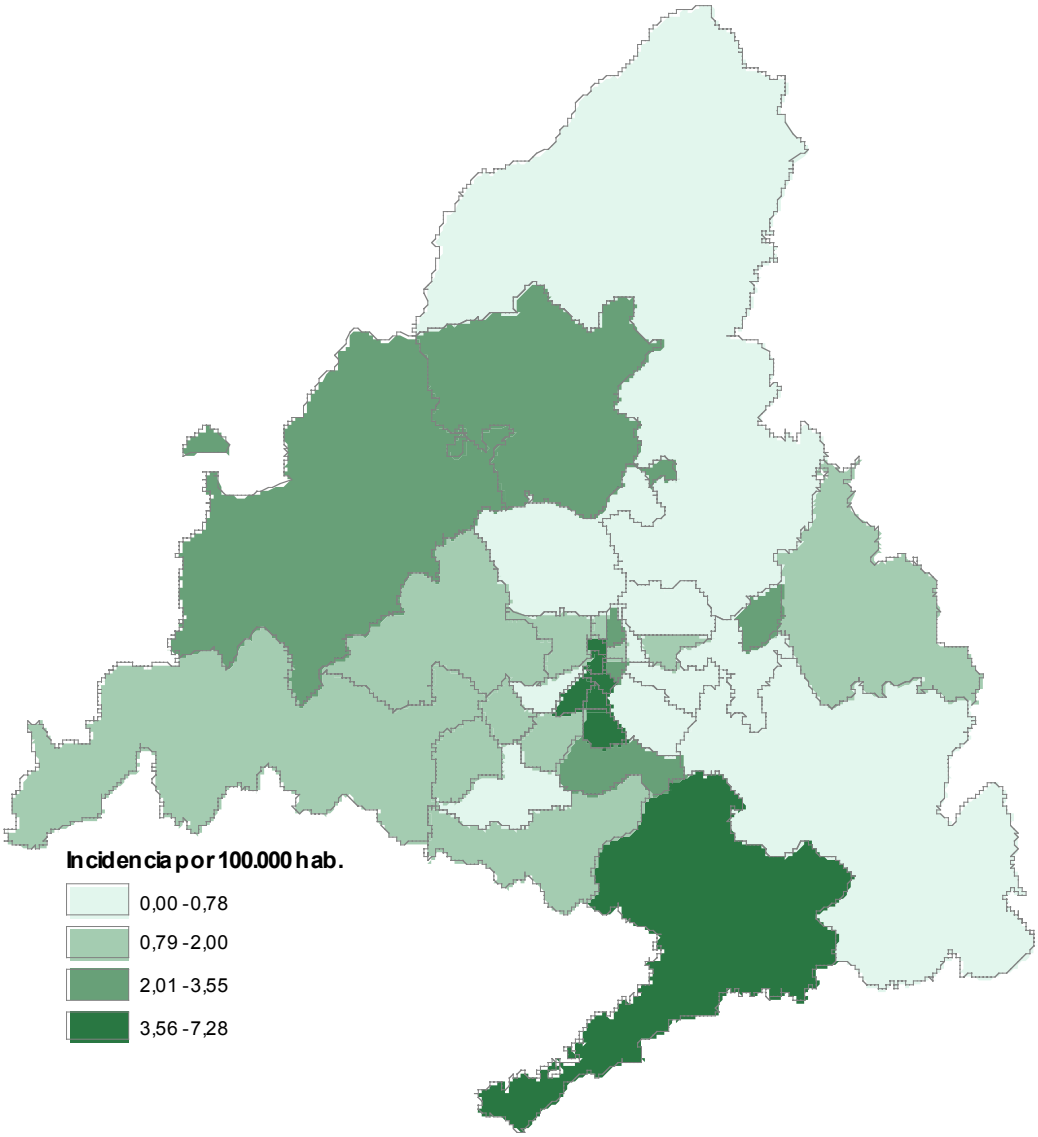
En 12 casos (10,3%) se recoge como antecedente contacto sexual de riesgo.

El 3,4% de los casos estaba vacunado, el 45,3% no lo estaba y en el 51,3% restante se desconocían los antecedentes vacunales.

Gráfico 1.- HEPATITIS B. Casos notificados en las semanas 1 a 43. Distribución por grupos de edad. Años 2006 y 2005. Comunidad de Madrid.



Mapa 1.- HEPATITIS B. Incidencia acumulada por distritos sanitarios.
Semana 1- 43. Año 2006. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2006, semanas 40 a 43 (del 1 al 28 de octubre de 2006)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	2	11	0	2	0	3	1	11	0	5	1	14	0	8	1	8	0	5	0	6	1	5	6	78
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis bacterianas, otras	0	5	0	4	3	16	2	9	1	5	1	10	2	9	0	10	0	11	0	1	4	15	13	96
Meningitis víricas	1	28	2	30	6	69	0	18	2	35	2	60	1	21	7	92	2	63	0	15	3	75	27	509
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	2	4	1	9	1	2	2	5	1	11	2	47	2	19	0	8	2	9	0	2	3	36	16	152
Hepatitis B	0	3	1	9	0	7	0	4	0	8	1	10	3	15	0	8	0	3	4	7	4	43	13	117
8Hepatitis víricas, otras	0	2	1	4	0	7	0	1	1	12	3	17	1	8	1	7	4	18	0	3	3	26	14	105
Enf transmisión alimentos																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	1	0	1	1	5	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	1	12	2	25
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	3	0	13
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Enf transmisión respiratoria																								
Gripe	103	2871	169	5314	23	2426	144	3812	167	6804	69	5442	341	7909	193	6123	35	2069	14	1118	142	5973	1400	49861
Legionelosis	0	2	1	2	0	2	0	1	0	3	0	5	2	6	0	4	0	3	1	3	0	3	4	34
Varicela	76	4142	17	2351	23	2811	76	2835	48	3853	27	4606	26	3250	57	2329	30	2488	8	1023	41	4390	429	34078
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	0	1	2	10	0	0	0	7	2	16	0	15	1	23	1	3	0	5	0	9	3	24	11	115
Sífilis	0	1	2	15	0	3	0	15	1	24	2	7	1	30	1	6	0	26	0	4	8	58	18	195
Antropozoonosis																								
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	2	1	8
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	1	3	0	3	0	4	0	0	0	1	1	18
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf prevenibles inmunización																								
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	1	22	3	103	3	54	2	52	1	148	3	95	2	34	10	164	10	65	2	19	6	53	46	814
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0	1	0	2	0	1	0	5	0	17
Sarampión	0	10	0	9	0	6	0	7	0	12	0	29	0	17	0	6	0	10	0	21	0	48	0	175
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	1	0	4	4	28	0	4	0	6	0	5	0	0	0	2	0	3	0	2	1	10	5	66
Enf importadas																								
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	1	2	0	4	2	11	0	2	0	2	0	3	1	10	1	7	2	26	0	2	1	19	8	90
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis *																								
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf notificad sist especiales																								
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	10
Lepra	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4
P.F.A. (< 15 años)	0	1	0	2	1	2	1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	11
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poblaciones **	***738.481***		***443.547***		***341.411***		***573.659***		***727.112***		***621.395***		***554.492***		***460.826***		***395.016***		***311.468***		***796.736***		***5.964.143***	
Cobertura de Médicos	**73,70 %**		**75,76%**		**60,66%**		**92,49%**		**66,02%**		**54,47%**		**54,89%**		**74,49%**		**56,00%**		**58,47%**		**70,00%**		**67,87%**	

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2004 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.

BROTES EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 40 a 43 (del 1 al 28 de octubre de 2006)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos ocurridos en el periodo correspondiente que han sido notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

Entre las semanas 40 y 43 han ocurrido **8 brotes de origen alimentario**, localizados en establecimientos de restauración (2 brotes), domicilios particulares (2 brotes), colectivos escolares (2 brotes) y 1 centro penitenciario. En un brote los afectados eran dos personas convivientes que habían realizado diversas comidas tanto en el propio domicilio particular como en distintos establecimientos, por lo que no se pudo determinar el origen del brote. Los casos asociados a brotes durante este periodo han sido 748, aunque no se produjeron ingresos hospitalarios. El elevado número de enfermos se debe, sobre todo, a los 2 brotes relacionados con actividades escolares.

Brotes de origen alimentario. Año 2006. Semanas 40-43

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
2	Mejorada del Campo	Restaurante	22	9	Desconocido	Desconocido
6	Boadilla del Monte	Colegio	988	515	Cocido completo	*C. perfringens*
6	Las Rozas de Madrid	Desconocido	2	2	Desconocido	*S. enteritidis*
6	Brunete	Granja-Escuela	294	188	Macarrones c/carne	*C. perfringens*
8	Navalcarnero	C. penitenciario	1256	24	Desconocido	Desconocido
9	Leganés	Restaurante	2	2	Tortitas con nata	*S. aureus**
9	Fuenlabrada	Familiar	4	4	Desconocido	*Salmonella sp*
11	Madrid (Arganzuela)	Familiar	4	4	Berberechos	Desconocido

*Agente causal no confirmado por laboratorio. Exp = Expuestos; Enf = Enfermos

Han ocurrido 3 **brotes de origen no alimentario** en este mismo periodo, todos ellos brotes de gastroenteritis aguda en centros geriátricos. En dos de estos brotes no se dispone aún de información suficiente para determinar si el origen ha sido algún alimento común contaminado o se ha debido a una transmisión directa persona-persona. El cuadro clínico ha sido en general leve, y sólo se han producido tres ingresos hospitalarios entre los casos.

Brotes de origen no alimentario. Año 2006. Semanas 40-43

Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	GEA	Madrid (Vallecas)	Residencia PPMM	72	27	Desconocido
6	GEA	El Escorial	Residencia PPMM	93	41	Virus*
7	GEA	Madrid (Latina)	Residencia PPMM	178	15	Virus*

*Agente causal no confirmado por laboratorio. Exp = Expuestos; Enf = Enfermos; GEA = Gastroenteritis aguda; PPMM = Personas mayores

Desde el comienzo del año hasta la semana epidemiológica 43 de 2006 se han notificado un total de 177 brotes, 4.063 casos asociados y 95 hospitalizaciones. Los *brotes de origen alimentario* suponen el 57,1% de todos los brotes y el 46% de los casos, especialmente los ocurridos en colectivos escolares (28,5% de todos los casos conocidos). Los ingresos hospitalarios notificados son sobre todo en los brotes de ámbito familiar (37 ingresos) y en los relacionados con establecimientos de restauración (22 ingresos). Hasta este momento la confirmación microbiológica del agente causal se ha obtenido en 54 brotes (53,5% de los brotes de origen alimentario), 50 de ellos por *Salmonella*. En cuanto al alimento relacionado con el brote, hay confirmación (microbiológica y/o epidemiológica) en el 16,8%; en 4 brotes se ha confirmado la implicación de alimentos elaborados con huevo (crudo o cocinado), en 3 brotes ha estado implicado algún producto del mar distinto de pescado (moluscos, crustáceos, …), y en el resto otros variados alimentos (repostería, salsas sin huevo, carnes, arroces y pastas).

Los *brotes de origen no alimentario* notificados son menores en número aunque afectan a un mayor número de personas (2.194 casos asociados; 54% de todos los casos notificados en relación a brotes). Los casos corresponden en su mayoría a los brotes de gastroenteritis aguda, aunque también hay un número destacable de brotes y casos asociados de parotiditis. Entre los ingresos hospitalarios, destacan los relacionados con gastroenteritis aguda (20 hospitalizaciones). De todos estos brotes, se dispone hasta el momento de confirmación microbiológica del agente causal en 20 brotes de gastroenteritis (17 por norovirus, 1 por rotavirus, 1 por *S. enteritidis* y 1 por *S. flexneri*), 11 brotes de parotiditis, 5 brotes de hepatitis A, 1 brote de tos ferina, 1 brote de neumonía por Micoplasma y 1 brote de conjuntivitis por adenovirus.

Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2006. Semanas 40-43 y datos acumulados hasta la semana 43

Brotes de origen alimentario	**Nº brotes**		**Nº casos**	
	Sem 40-43	**Acum.**	**Sem 40-43**	**Acum.**
Bares, restaurantes y similares	2	43	11	434
Familiar	2	37	8	157
Centros escolares y similares	2	14	703	1117
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	28
Otras Residencias	0	2	0	66
Centros penitenciarios o de internamiento	1	2	24	65
Ámbito desconocido	1	1	2	2
Total	***8***	***101***	***748***	***1869***
Brotes de origen no alimentario	**Sem 40-43**	**Acum.**	**Sem 40-43**	**Acum.**
Gastroenteritis aguda	3	46	83	1900
Hepatitis A	0	5	0	53
Parotiditis	0	20	0	209
Tos ferina	0	2	0	7
Neumonía bacteriana	0	2	0	6
Conjuntivitis	0	1	0	19
Total	***3***	***76***	***83***	***2194***
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	***11***	***177***	***831***	***4063***

RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2006, semanas 40 a 43
(Del 1 al 28 de octubre de 2006)

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 40 Médicos Generales y 33 Pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2005" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de julio 2006, Vol. 12, nº 7, disponible en http://www.madrid.org). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en la misma página de internet.

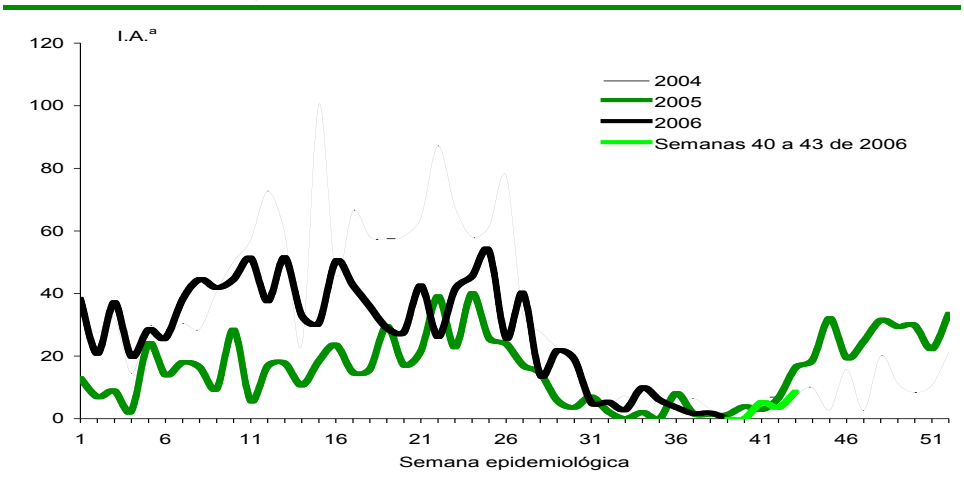
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias acumuladas.

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 58,6 %. La cobertura durante el año 2006 es del 62,7 %.

VARICELA

Durante las semanas 40 a 43 del año 2006 han sido declarados 10 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 17,3 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 6,6 – 28,0). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2004, 2005 y 2006.

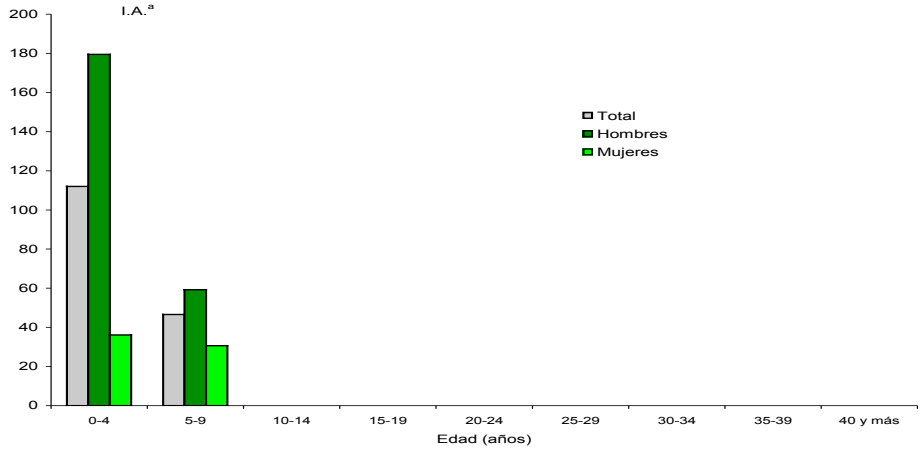
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004, 2005 y 2006.



ª Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

De los casos notificados, 2 se dieron en mujeres, y 8 en hombres. Todos los casos registrados fueron en niños menores de 10 años. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2006.



[a] Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En 7 de los casos se carecía de información sobre la exposición. En 2 de los casos se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela, y en otro la fuente notificada fue el contacto con un caso de herpes zoster; el lugar de exposición declarado fue el hogar en 1 caso, y la guardería o el colegio en los otros 2 (Tabla 1).

TABLA 1.
Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 del año 2006

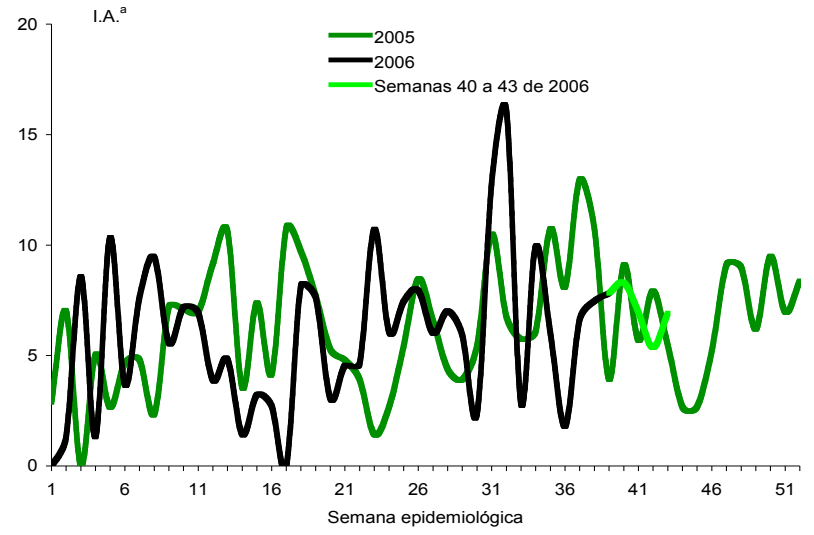
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	2	(20,0)
Caso de herpes zóster	1	(10,0)
Brote de varicela	0	(0,0)
Desconocido	7	(70,0)
Total	10	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	1	(10,0)
Colegio	1	(10,0)
Hogar	1	(10,0)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	7	(70,0)
Total	10	(100)

La única complicación registrada en este período fue una infección bacteriana en un niño de 8 años.

HERPES ZÓSTER

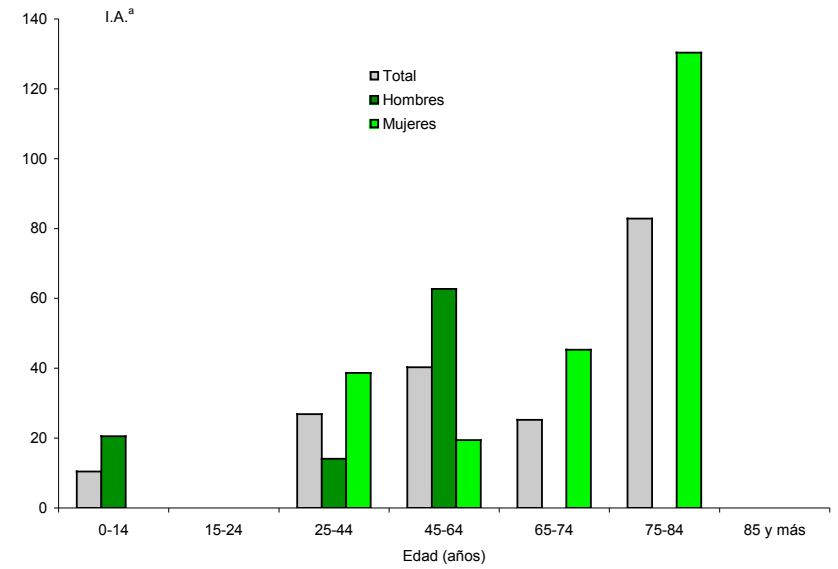
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 16 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 40 a 43, lo que representa una incidencia acumulada de 27,6 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 14,1 – 41,2). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2005 y 2006. El 56,3 % de los casos se dio en mujeres, y el 43,7 en hombres. El 76,9 % de los casos se dio en personas menores de 65 años, y hubo 2 casos en 2 niños de 8 y 9 años. La incidencia por grupos de mayor edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



[a] Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2006.



[a] Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

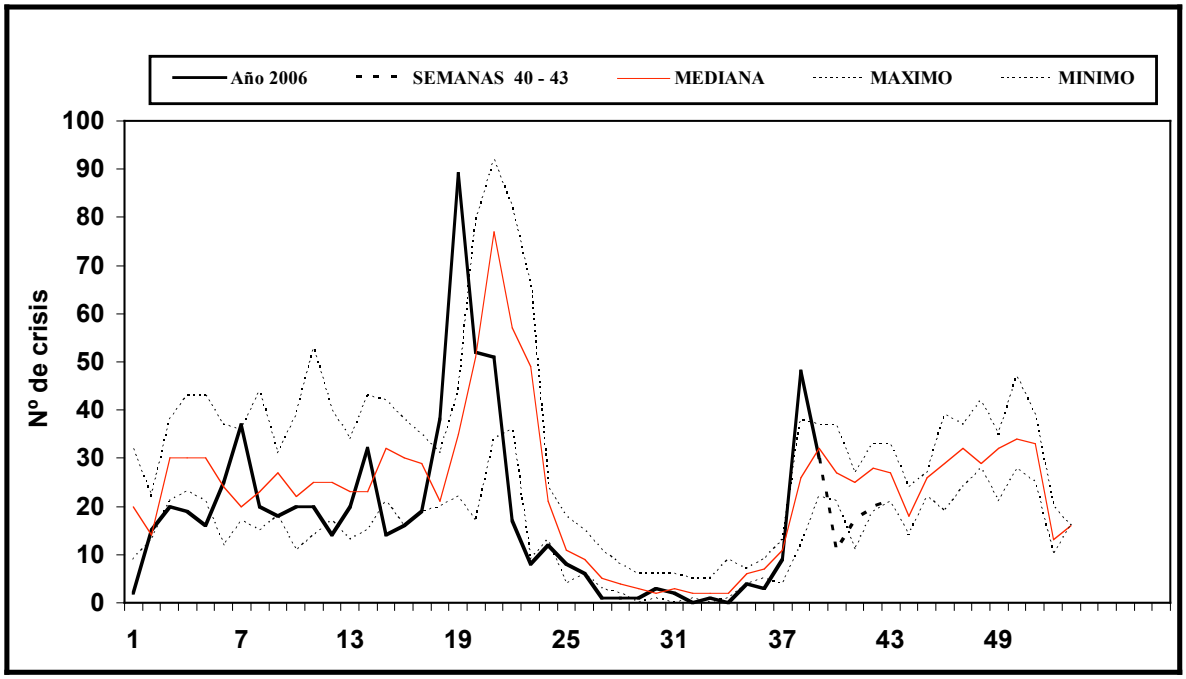


TABLA 2
Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2006.

	Semanas 40 a 43	Año 2006
Gripe[a]	1	1
Varicela	10	716
Herpes zoster	16	154
Crisis asmáticas	69	806

[a] Desde la semana 40 de 2006 hasta la 20 de 2007.

La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemio@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:
http://www.madrid.org
una vez en esta dirección ir a:
Sanidad -> Portal de Salud -> Profesional -> Información técnica
-> Salud Pública -> Boletín Epidemiológico

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."