



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

2.

INFORMES:

- La violencia de pareja contra la mujer:
Magnitud del problema.**
- Plan de Erradicación de la Poliomielitis.**



Instituto de Salud Pública



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

2

Índice

INFORMES:



- La violencia de pareja contra la mujer: Magnitud del problema 3



- Plan de Erradicación de la Poliomielitis 13



- EDO. Semanas 6 a 9
(del 2 de febrero de 2002 al 1 de marzo de 2003) 25



- Brotes Epidémicos. Semanas 6 a 9, de 2003 28



- Sistema de Notificación Microbiológica, cuarto trimestre de 2002 29



Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



INFORME:

LA VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER: MAGNITUD DEL PROBLEMA

La violencia en el hogar o en la familia es la forma más común de la violencia contra la mujer. Las mujeres tienen 6 veces más probabilidades de ser agredidas por un familiar que por un desconocido (Larrión, 2000).

El concepto de violencia de pareja contra la mujer (VPM) incluye una variedad de agresiones que van desde las de carácter psicológico y sexual, más difíciles de identificar, a los casos de agresiones físicas con consecuencias fatales para la víctima. Con frecuencia son estas últimas las únicas que salen a la luz, motivo que contribuye a que la violencia de pareja contra las mujeres sea universalmente subestimada. La mayor parte de las víctimas no denuncian el maltrato ya sea por miedo al agresor, ya sea por sentimientos de culpa o vergüenza derivados de la creencia generalizada de que la mujer ha provocado la violencia por su desobediencia, su fracaso como esposa o su infidelidad (Watts&Zimmerman, 2002). Adicionalmente, la violencia de pareja contra la mujer ha sido considerada como un problema que atañe únicamente a la familia y que no debe ser desvelada sino que ha de resolverse en el seno de la misma. Todos estos obstáculos sociales han contribuido a mantener en secreto el problema de la violencia de pareja contra las mujeres dificultando todavía más el estudio de su magnitud. A pesar de ello, la información con la que se cuenta permite afirmar que la violencia de pareja contra las mujeres es un importante problema de salud pública tanto por **su frecuencia** como por sus **consecuencias para la salud de las mujeres**.

Las estadísticas disponibles obtenidas de los registros policiales, los centros de mujeres y otras instituciones a menudo subestiman los niveles de violencia y lo que es más importante, solo observan una parte del problema y ofrecen una visión parcial de la realidad. En general, se refieren a la violencia física, no estando incluidos la violencia psicológica, el abuso verbal o el abuso sexual.

Las encuestas con entrevistas personales en población general son las herramientas más apropiadas para medir la extensión de la violencia, ya que aportan los datos más exactos (Saltzman&Fingerhut, 2000; Watts&Zimmerman, 2002). Las cifras de prevalencia obtenidas en las investigaciones que utilizan estos instrumentos en población general muestran un amplio rango. Esta inconsistencia en los resultados no debe atribuirse únicamente a las diferencias de frecuencia en los distintos ámbitos de investigación, sino también a las diferencias en la metodología utilizada (definición de violencia, población diana, técnicas de muestreo, entrenamiento de los entrevistadores etc.). En relación con la definición, se han realizado esfuerzos para establecer criterios que permitan medir de forma más exacta cada uno de los

actos que conforman la violencia contra las mujeres y hacer más fiables las estimaciones obtenidas en las distintas investigaciones (Saltzman&Fingerhut, 2000). Por otra parte, como ocurre en cualquier investigación la unificación de criterios en la metodología, permite la comparación. De este modo, se observa que la utilización del mismo cuestionario para detectar la violencia incrementa la consistencia de los resultados (Hale-Carlson 1996; CDC, 1998).

En base a lo expresado sobre la dificultad para obtener información acerca del fenómeno de la violencia debido a la complejidad del mismo, para mejorar su conocimiento, es preciso analizar las distintas dimensiones del problema por lo que deben obtenerse datos de todas las fuentes disponibles (Saltzman&Fingerhut, 2000).

1. -PREVALENCIA

En los estudios poblacionales llevados a cabo en países industrializados la prevalencia acumulada, es decir, las mujeres que notifican haber sido agredidas físicamente por un compañero **a lo largo de su vida**, se estima entre el 20-29% (casadas alguna vez o en unión consensual o población general de mujeres mayores de 18 años). (OMS,1998; Bensley et al, 2000; Hathaway et al 2000; Coker et al, 2000; Plichta 2001).

Según las estimaciones de varios estudios llevados a cabo en USA con cuestionarios estandarizados, entre el 2 y el 6% de las mujeres ha sufrido algún tipo de maltrato físico de su pareja en el último año (Hale-Carlson 1996; CDC, 1998; Weinbaun et al, 2001). En otros países desarrollados las estimaciones varían entre 6-12% (OMS,1998). De las mujeres que han sufrido maltrato, entre el 50 y el 60% sufrió algún tipo de lesión y entre el 20% y el 34% de las que sufrieron alguna lesión solicitaron asistencia sanitaria.(Bensley et al, 2000;Hale-Carlson, 1996).

Entre las mujeres **que acuden a los Servicios de Atención Primaria de Salud** por cualquier motivo, el 20 % declara estar sufriendo malos tratos en la actualidad. De ellas, el 77% sufre malos tratos físicos y el 23% psicológicos (Coker et al,2000).

En España, según un estudio desarrollado en población general por el Instituto de la Mujer en el año 1999 (Instituto de la Mujer, 2000), el 10,1% de las mujeres mayores de 18 años se ha sentido maltratada por alguien de su familia alguna vez en la vida. En este mismo estudio **el 4,2% de las mujeres declara** haberse sentido maltratada **en los últimos 12 meses** por algún miembro de su familia. Más de la mitad de ellas se refieren a su pareja al señalar al maltratador (el 52%).

En esta encuesta, la estimación para la Comunidad de Madrid de mujeres que sufren malos tratos de su pareja es del 9,2% , es decir, 215.593 mujeres mayores de 18 años. El porcentaje de mujeres que *se sienten* maltratadas en el último año por su pareja sería del 2,54%, es decir, 59.522 mujeres mayores de 18 años.

Denuncias por malos tratos y fallecimientos.

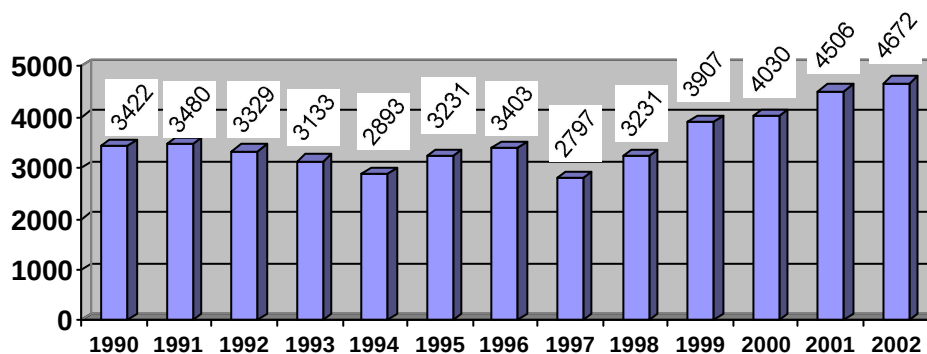
Según fuentes del Instituto de la Mujer en el año 2001 se llevaron a cabo en España 24.158 denuncias por “malos tratos contra las mujeres producidos por el cónyuge o análogo”, de

las que 5.983 se tipificaron como delito y el resto como faltas. Los datos disponibles para el año 2002, muestran que las denuncias efectuadas hasta el mes de noviembre ascendieron a 27.590 de las que se calificaron como delito 6.634. A pesar de que faltan los datos del mes de diciembre, el número de denuncias se ha incrementado en casi 3.500. Es preciso señalar que este incremento puede ser en parte explicado por el cambio en el concepto de “análogo” que a partir de enero del año 2002 incluyó no solo las parejas de hecho como en años anteriores, sino también exparejas sentimentales (excónyuge, excompañero y exnovio). Al analizar la distribución de las denuncias en función de la edad se observa que el 55% de las mujeres que denunciaron tenía entre 31 y 50 años, el 35,2 entre 18 y 30, el 8,7% eran mayores de 50 y un 1,1% menores de 18. El número de mujeres fallecidas en el año 2001 fue de 42 y se elevó a 49 en el 2002.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2001 se realizaron 4.506 denuncias y hasta el mes de noviembre de 2002 se habían registrado 4672, de las que sólo 922 fueron calificadas como delito. En términos relativos, estos datos indican que se produjeron 1,8 y 1,9 denuncias respectivamente por cada 1.000 mujeres mayores de 18 años. Al interpretar estos datos es preciso considerar que una persona puede hacer varias denuncias en un mismo año. En relación con los fallecimientos, 7 mujeres murieron en el año 2001 a manos de su pareja (Dirección General de la Mujer, 2002) y 4 hasta el mes de noviembre de 2002 (instituto de la Mujer, 2002).

Los datos procedentes de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, sobre las mujeres que solicitaron ayuda en el año 2000, indican que únicamente el 30,7% interpuso posteriormente una denuncia; la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres estimó que las denuncias se producían en el 40% de los casos; entre las mujeres atendidas en los servicios de atención a las víctimas del maltrato en el País Vasco el 35,8% ha presentado denuncia.

gráfico 1.-Denuncias de mujeres victimas de malos tratos en la C. de Madrid,1990-2000.(13)



2- Características sociodemográficas, comportamientos asociados y causas de los malos tratos

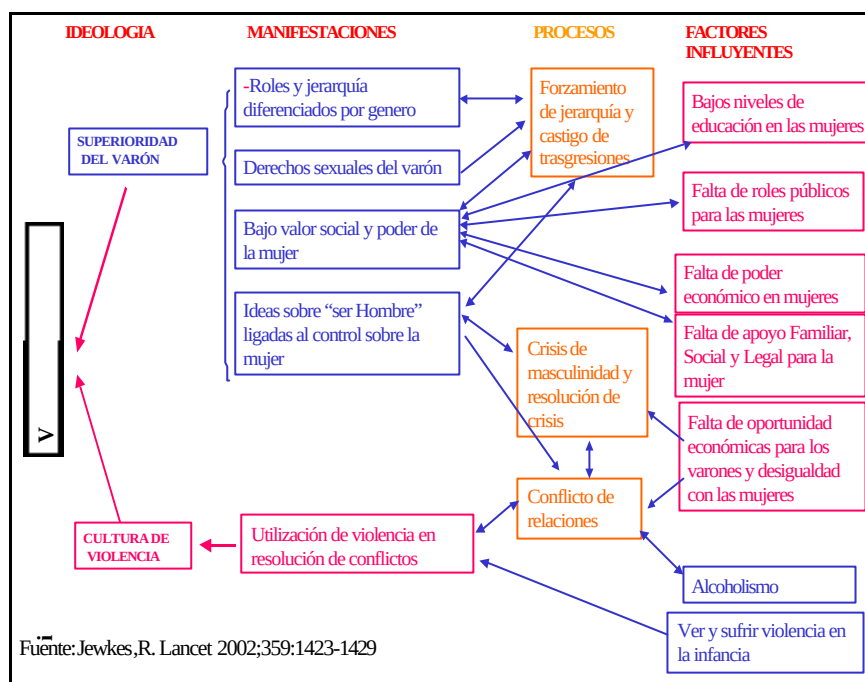
El interés por conocer las causas de la violencia ha llevado a muchos investigadores a profundizar en el estudio de las características de las personas que la sufren o la ejercen. Pero las dificultades del estudio de la causalidad son importantes dado que los factores personales son solo un eslabón de la cadena que incluye además otro tipo de factores sociales y culturales (OPS,2001).

Muchas investigaciones han sido realizadas con **poblaciones seleccionadas**, de forma que la información disponible proviene de estudios de personas que llegan a los Servicios Sociales. Muchas víctimas y perpetradores de Violencia en el hogar nunca van a acudir a un servicio de apoyo, por ello, las personas que acuden a los centros de ayuda no son representativas de las víctimas-perpetradores ni siquiera de los casos mas graves. En nuestro país, existen varios estudios que cumplen estas características (Emakunde, 2000; Sotomayor, 2000; Informe del defensor del pueblo, 1998. Presentamos aquí los datos de las características sociodemográficas correspondientes al estudio de una muestra de 667 mujeres atendidas en las casas de acogida de la Comunidad de Madrid entre los años 1985 y 1997 (Informe del Defensor del Pueblo, 1998): el 70,6% están casadas y el 28,4 en unión consensual. La edad media es de alrededor de 33 años. El 62% tiene estudios primarios o menos y sólo el 1,34 Universitarios. La media de años de convivencia es de 10 y la media de años de maltrato de 7,5. El 48% de las mujeres atribuye el maltrato al alcohol y el 23,6% al consumo de drogas y/o alcohol.

Por otro lado disponemos de los estudios llevados a cabo **en población general** en los que se observa que la violencia parece ser mas frecuente en parejas con menor nivel educativo, menor nivel de ingresos y antecedentes de maltrato en la infancia (ya sea como testigo o como víctima). También se ha observado que el autor del maltrato con más frecuencia está en paro y abusa de alcohol y drogas (McCauley et al, 1995; Hale-Carlson 1996; Hathaway et al, 2000; Coker et al, 2000). De los resultados de la encuesta realizada por el Instituto de la Mujer en España (2000) se desprende que las mujeres que declaraban maltrato tenían menores ingresos, parecido nivel educativo y estaban en paro con más frecuencia que el conjunto de mujeres encuestadas. En cuanto a sus parejas tenían menor nivel de estudios, con mayor frecuencia estaban en paro y el 44% de los casos tenían o habían tenido problemas con el consumo de alcohol u otras drogas.

Según refleja un reciente artículo de Jewkes (2002) en the Lancet, existen dos causas necesarias en el sentido epidemiológico de la palabra para que se produzca la VPM: Una posición desigual de la mujer en la sociedad y la utilización normalizada de la violencia en la resolución de conflictos. Sin cualquiera de estos dos factores la VPM no ocurriría. Estos factores interactúan con el resto de factores complementarios para producir la VPM (gráfico 2).

Gráfico2. -Causas de la violencia de pareja



Los factores complementarios y el mecanismo de actuación, según el mismo autor, serían los siguientes: =

La pobreza es la única característica sociodemográfica consistentemente asociada con el riesgo incrementado de violencia de pareja íntima. Otros factores como la edad o el estado civil de las mujeres parecen más relacionados con los marcos culturales en los que se realiza el estudio que con la propia violencia.

La asociación entre **pobreza** y violencia de pareja estaría mediada a través de la identidad masculina. Los hombres que viven en situaciones de pobreza no consiguen cumplir el rol social establecido de "hombre de éxito" y en el clima de estrés resultante desarrollan comportamientos de malos tratos contra la mujer. La violencia contra la mujer es un medio de resolver la crisis de identidad porque permite la expresión de poder que no consigue en otros ámbitos.

En relación con la asociación del **consumo de alcohol** y ejercer la violencia, explica que las investigaciones sociológicas sugieren que el alcohol, más que estar asociado biológicamente a la violencia, actuaría culturalmente como una señal de "permiso" para desarrollar comportamientos antisociales. De esta forma permitiría al maltratador realizar su acción violenta sin que se le responsabilice de la misma.

En referencia a la **experiencia de maltrato en la infancia**, discute la posibilidad de que la violencia de pareja sea un comportamiento aprendido. La experiencia de violencia en el hogar en los niños les enseña a considerar normal el uso de la violencia. Los estudios multiculturales

sugieren que es mas frecuente la VPM en sociedades en las que se utiliza “normalmente” la violencia en situaciones de conflicto.

3. - Consecuencias para la salud

La violencia contra la mujer aumenta su riesgo de mala salud. Los efectos de la violencia pueden ser físicos y/o psicológicos y a corto, medio o largo plazo. Los efectos físicos a corto plazo van desde las erosiones, contusiones o heridas superficiales en diversas localizaciones, las roturas de tímpano, fracturas, traumatismos craneales, lesiones que generan hasta discapacidad crónica o la muerte.

En EEUU hasta el 20% de las consultas a los servicios de urgencias de traumatología son consecuencia de los malos tratos (Bensley et al, 2000) y la frecuencia de hospitalización es el doble que para las mujeres que no han sufrido malos tratos (Schafer et al, 1998). La mayoría de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por su pareja actual o una pareja anterior (Kyriacou et al, 1999).

El embarazo se considera como un factor desencadenante de la violencia y un factor agravante de la violencia preexistente (Richardson et al 2002)

Los efectos sobre la salud física a medio y largo plazo están asociados a los daños psicológicos causados por la violencia doméstica de cualquier tipo (física o psíquica). En primer lugar refieren peor percepción de la salud tanto física como psíquica (Instituto de la mujer, 2000; Coker et al, 2000). Se ha descrito una mayor vulnerabilidad a las enfermedades. Se ha sugerido que esta mayor vulnerabilidad se puede deber en parte a alteraciones de la inmunidad como consecuencia del stress que provoca el maltrato (OMS,1998; Blanco, 2000). Si se comparan con las mujeres no maltratadas las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud y graves. Los cuadros de dolor crónico (cefaleas, dolor pélvico, dorso lumbalgias) se asocian a la violencia de pareja, y la probabilidad de padecer problemas menstruales, enfermedades de transmisión sexual o infección de vías urinarias se triplica (Larrión&Ochotorena, 2000; OMS, 1998; Instituto de la Mujer, 2000; Blanco, 2000) (tabla1). Es importante tenerlo en cuenta porque pueden ser los únicos indicios de malos tratos.

Las Consecuencias para la salud mental de la violencia abarcan también un rango amplio de gravedad y experimentan un enorme sufrimiento psicológico. Tienen entre 3 y 4 veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico (Schafer et al,1998). Más de las tres cuartas partes sufren al menos depresión leve o trastornos de ansiedad y hasta 1 de cada 3 están gravemente deprimidas. En alguno de estos trastornos se ha comprobado una relación dosis-respuesta: a mayor duración e intensidad de la violencia, mayor gravedad de los síntomas (Kernic et al, 2000). En la tabla 1, los datos de la macroencuesta del Instituto de la Mujer se reflejan la presencia de síntomas en las mujeres que se sienten maltratadas en España. En el caso de los síntomas asociados a la afectación psíquica llegan a ser hasta 2,5 veces mas frecuentes que en las mujeres de la población general.

Tabla 1.-Frecuencia de síntomas en mujeres que se sienten maltratadas y mujeres de población general. España, 1999.

¿Cuál de los siguientes síntomas ha tenido usted durante el último año con cierta frecuencia?

Síntomas	Mujeres que declaran maltrato* (n = 863)	Total mujeres (n = 20.552)
Dolores de cabeza	53,2%	43,3%
Gripe	27,0%	21,8%
Dolor de espalda o articulaciones	76,4%	64,2%
Ganas de llorar sin motivos	55,7%	31,7%
Cambios de animo	78,7%	53,1%
Ansiedad o angustia	63,1%	32,0%
Inapetencia sexual	45,7%	23,6%
Irritabilidad	59,0%	35,1%
Insomnio falta de sueño	55,4%	34,9%
Fatiga permanente	34,9%	16,8%
Tristeza porque pensaba que no vale nada	50,2%	21,3%

*mujeres que declaran haber sufrido alguna situación en el ultimo año en la que se han sentido maltratadas por alguno de su familia.

Fuente: La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. Instituto de la Mujer.1999.

El riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor en las mujeres maltratadas (Schafer et al, 1998; Kernic et al, 2000; Villavicencio&Sebastián, 2001), y en muchos casos puede estar condicionado por el agotamiento emocional y psíquico. El síndrome de stress postraumático lo llegan a sufrir hasta el 50% de las mujeres que han sufrido maltrato físico (Astin et al, 1995). Este trastorno engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas que se enfrentan a un acontecimiento extremadamente traumático que representa un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física (Astin et al, 1995; Villavicencio & Sebastián, 2001).

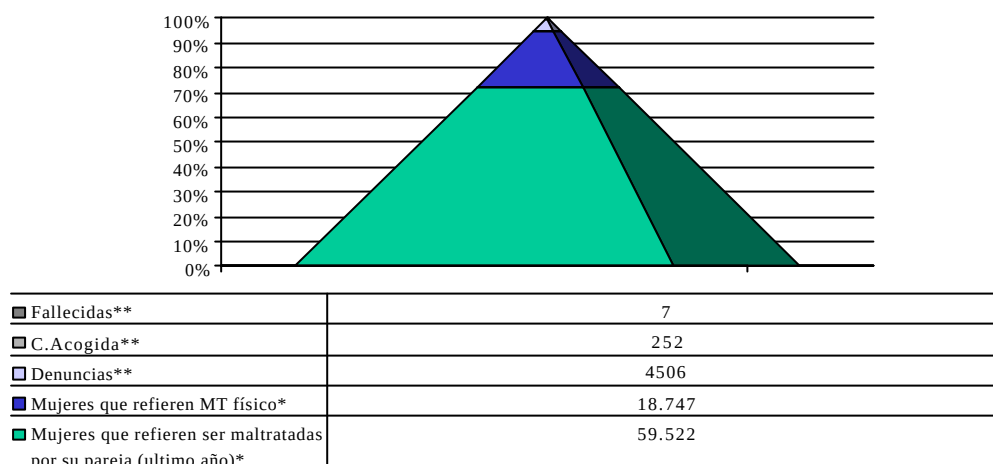
CONCLUSIONES

La definición precisa del concepto de violencia de pareja es muy compleja y tiene como consecuencia la ausencia de definiciones operativas y dificulta de manera importante el estudio de su frecuencia. El reconocimiento como problema de salud del maltrato a través de su inclusión en la ultima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con su correspondiente código T 74 y más específicamente el maltrato físico (T74.1), el abuso sexual (T74.2) y el maltrato emocional (T74.3) es un paso adelante que facilitará el estudio en el futuro. Sin embargo, es preciso concentrar los esfuerzos dirigidos a unificar criterios para obtener definiciones más concretas adoptando las normas aceptadas internacionalmente para hacer factibles las comparaciones.

A pesar de estas dificultades, y con la información disponible es evidente que el problema de la violencia es de enorme importancia para la salud pública tanto por su frecuencia

como por su repercusión en la salud de las mujeres. Para abordarlo es imprescindible una mayor sensibilización hacia el problema, en especial, desde los distintos ámbitos sanitarios, así como el desarrollo de investigaciones y de sistemas de vigilancia que permitan obtener información más exacta a nivel local tanto de su magnitud como de su impacto en salud.

Gráfico 3.-Indicadores de frecuencia de Violencia de pareja contra la mujer en la Comunidad de Madrid.



Fuente:*Instituto de la Mujer.La violencia contra las mujeres.2000

**Dirección General de la Mujer.Consejería de Trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bensley L, Macdonald, Van Eenwyk J. Prevalence Of Intimate Partner Violence And Injuries. MMWR 2000;49:589-592

Blanco Prieto, P. Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres. III Jornadas sobre la violencia contra las mujeres. Madrid, marzo 2000.

CDC. Lifetime And Annual Incidence Of Intimate Partner Violence And Resulting Injuries.Georgia,1995. MMWR 1998 47(40);849-853.

Coker AL, Oldendick R, Derrik C, Lumpkin J. Intimate Partner Violence Among Men And Women. South Carolina, 1998. MMWR, 2000;49(30);691-694

Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical Health Consequences Of Physical And Psychological Intimate Partner Violence. Arch Fam Med 2000; 9:451-457.

Dirección General dela Mujer. Memoria Sobre Las Actuaciones De Prevención Y Erradicación De La Violencia Contra Las Mujeres 1996-2000. Madrid: Dirección General de la Mujer. Consejería de Servicios Sociales 2002

Federación de Mujeres separadas y divorciadas. En: Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid. Propuestas de las Asociaciones de mujeres para un plan Integral contra la violencia hacia las mujeres.2001.

EMAKUNDE. No mas violencia contra las mujeres.

Hale-Carlson, Hutton B, Fuhrman J, Morse D, McNutt L, Clifford A. Physical Violence And Injuries In Intimate Relationships-New York, Behavioural Risk Factor Surveillance System,1994. MMWR 1996;45:765-767.

Hathaway J, Silverman J, Aynalem G. Use Of Medical Care, Police Assistance And Restraining Orders By Woman Reporting Intimate Partner Violence. Massachussets,1996-1997. MMWR 2000;49:485-488

Instituto de la Mujer. La Violencia Contra Las Mujeres. Resultados De La Macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales 2000

Jewkes, R. Intimate Partner violence: causes and prevention. Lancet, 2002; 359:1423-1429.

Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates And Relative Risk Of Hospital Admisión Among Women In Violent Intimate Partner Relationships. Am J Public Health 2000;90(9):1416-1420.

Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, Muellman R et al. Risk Factors For Injury To Women From Domestic Violence. N Eng J Med 1999;341:1892-1898.

Larrión Zugasti JL, Paúl Ochotorena de J. Mujer, Violencia y Salud. Med Clin (Barc)2000;115:620-24.

McCauley J, Kern D, Kolodner K, Dill L, Schroeder A, DeChant H, et al. The “Battering Syndrome”: Prevalence And Clinical Characteristics Of Domestic Violence In Primary Care Internal Medicine Practices. Ann Intern Med 1995;123:737-746.

Oficina del Defensor del Pueblo. Informe del Defensor del Pueblo sobre la violencia domestica contra las mujeres. Madrid 1998.

OMS. Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo. Violencia Contra La Mujer. Un Tema De Salud Prioritario. Washington. OMS/OPS 1998.

Plichta S, Falik M. Prevalence Of Violence And Its Implications For Women’s Health. Women’s Health Issues 2001;11:244-258.

Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Wai Shan Chung, Moorey S, Feder G. Identifying Domestic Violence: Cross Sectional Study In Primary Care. BMJ 2002;324:274.

Saltzman LE, Fingerhut LA. Building Data Systems For Monitoring And Responding To Violence Against Women. MMWR 2000;49(RR11):1-18.

Schafer J, Caetano R, Clark CL. Rates Of Intimate Partner Violence In The United States. Am J Public Health 1998; 88:1702-1704.

Sotomayor E. La Violencia Contra Las Mujeres. Estudio Sobre La Situación Y Características De Las Mujeres En Los Centros De Acogida. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer 2000.

Villavicencio Carrillo P, Sebastián Herranz J. Violencia Doméstica: su impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres. Ed. Instituto de la Mujer. Madrid 2001.

Watts C, Zimmerman C. Violence Against Women: Global Scope And Magnitude. The Lancet 2002; 359: 1232-37.

Weinbaum Z, Stratton TL, Chavez G, Motylewski-Link C, Barrera N, Courtney JG, et al. Female Victims Of Intimate Partner Physical Domestic Violence (IPP-DV), California 1998. Am J Prev Med 2001;21(4):313-319.

**INFORME:****PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS****RESUMEN****Antecedentes:**

En 1988 la Organización Mundial de la Salud aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la Poliomielitis en el año 2000. Al no lograrse el objetivo, la OMS propuso un plan estratégico 2001-2005 en el que se planteaba alcanzar la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo al final del año 2003 y la Certificación mundial de erradicación de la poliomielitis al final de 2005.

El 21 de Junio de 2002, la Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, otorgó el certificado a la Región Europea de la OMS de libre de Poliomielitis.

Hasta la post-certificación de la erradicación mundial del virus de la poliomielitis, es necesario mantener las siguientes acciones: Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA), mantenimiento de altas coberturas de vacunación antipoliomielítica, plan de contención de poliovirus en el laboratorio y un Plan de acción para mantener un estado libre de polio.

- **Vigilancia de la PFA.** Durante 2002 se han notificado a nivel nacional 37 casos, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”. De éstos, tres casos corresponden a la Comunidad de Madrid que registró una incidencia de 0,4 por 100.000 habitantes menores de 15 años, lejos de la tasa esperada (1/100.000). En la revisión del CMBD al alta hospitalaria, no se ha recogido ningún caso nuevo y los indicadores de calidad del Sistema han sido óptimos.

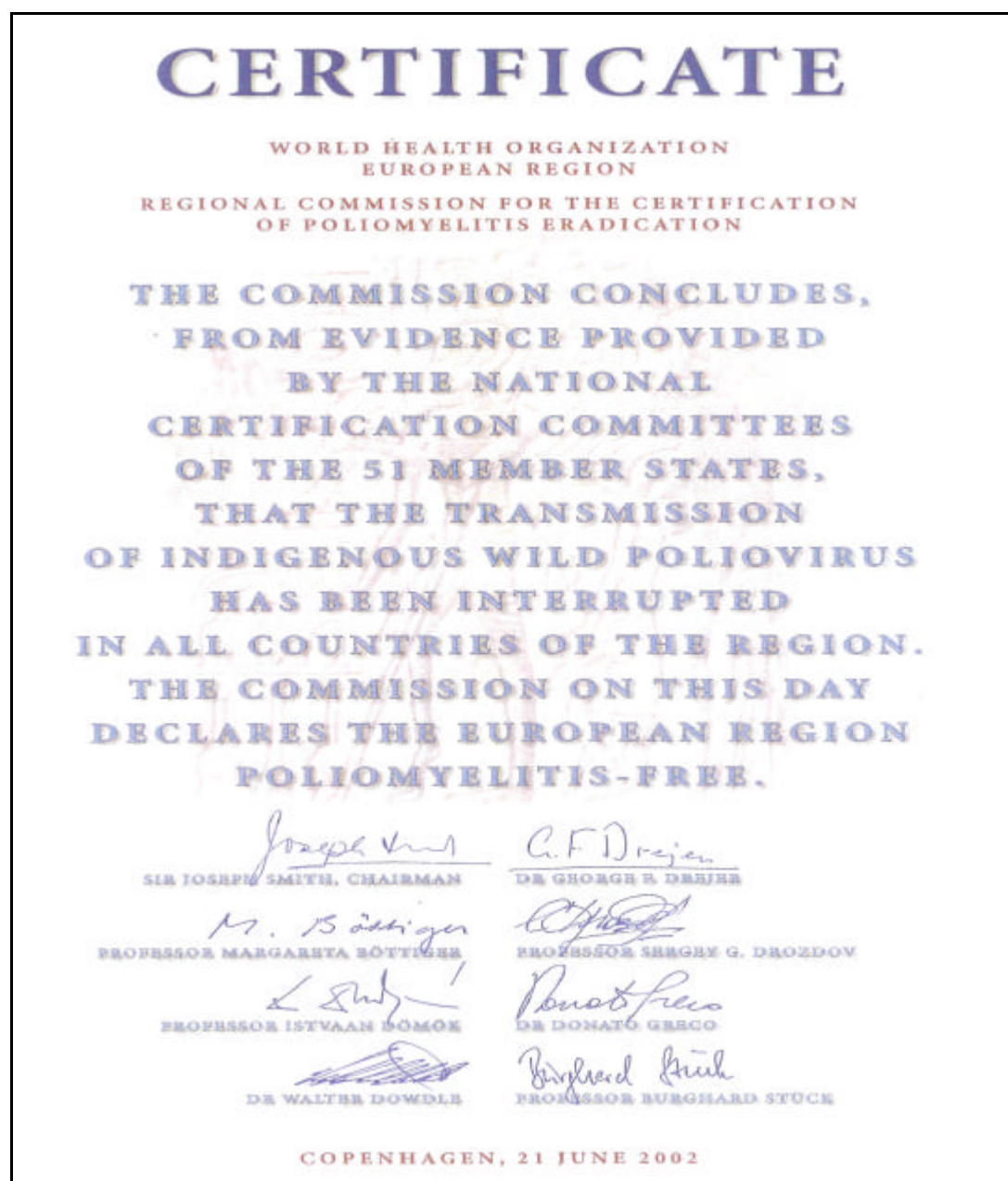
- **Plan de contención del poliovirus en los laboratorios.** Se ha realizado a nivel nacional un inventario de los laboratorios que poseen material infeccioso o potencialmente infeccioso. En la Comunidad de Madrid se encuestaron 190 laboratorios de análisis clínicos, solo 4 han declarado poseer dicho material, también se ha alertado a los laboratorios que procesan muestras clínicas de pacientes procedentes de países endémicos, para que extremen las medidas de seguridad ya establecidas.

- **Plan de acción para mantener un estado libre de polio.** Basado principalmente en mantener altas coberturas de vacunación, mantener un sistema de vigilancia de alta calidad que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje y una adecuada contención de poliovirus en los laboratorios.

- **Plan de Erradicación de la Poliomielitis en el mundo.** En 2002, se han reducido los países endémicos de 10 a 7, siendo estos: India, Nigeria, Pakistán, Afganistán, Egipto, Níger y Somalia. Aunque el 85% de los casos declarados en este periodo estaban localizados en el norte de la India.

I. CERTIFICADO DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN LA REGIÓN EUROPEA

La Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, ha certificado a la Región Europea de la OMS libre de polio, en Copenhague el 21 de junio de 2002. La Región engloba a 51 Estados Miembros en los que viven unos 870 millones de personas, por lo que esta decisión es el mayor acontecimiento de salud del nuevo milenio.



El camino para alcanzar el certificado libre de polio en la Región Europea se inició en 1988, tras el acuerdo de la Asamblea Mundial de la Salud de conseguir la erradicación mundial de la poliomielitis. Los patrocinadores iniciales fueron la OMS, los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos, el Rotary Internacional y UNICEF. El éxito en Europa se ha conseguido gracias a una serie de campañas nacionales de vacunación coordinadas y conocidas como operación MECACAR, que englobaba a 18 países endémicos de poliomielitis en las Regiones Europea y del Este Mediterráneo de la OMS. Entre 1995 y 1998, cada año, sesenta millones de niños menores de cinco años han recibido dos dosis extra de vacuna de poliomielitis. Desde 1997, la operación incluyó vacunaciones masivas puerta a puerta en áreas de alto riesgo de estos países. Estas campañas suplementarias de vacunación han continuado hasta el año 2002. La sincronización de la vacunación entre países vecinos ha sido un modelo para la erradicación mundial de la enfermedad.

En 1996 se nombró en la Región Europea el Comité Regional para la Certificación (RCC), integrado por expertos internacionales de salud pública. Antes de declarar la certificación, el RCC ha analizado toda la información sobre vigilancia y vacunación enviada por los Comités Nacionales de Certificación de cada uno de los 51 Estados Miembros. Así mismo, todos los Ministros de Salud han enviado un compromiso firmado acerca del mantenimiento de las actividades de vigilancia y vacunación en su país.

Desde que la OMS aprobó el objetivo de la erradicación mundial de la poliomielitis en 1988, se ha conseguido certificar tres Regiones libres de polio, la Región de las Américas en 1994, la Región del Pacífico Occidental en 2000 y la Región Europea en 2002. Los casos de poliomielitis han descendido desde los 350.000 casos estimados en 1988 en 125 países, hasta 1.474 casos notificados en el año 2002 en 7 países endémicos.

II. VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN ESPAÑA

En 1988 la Organización Mundial de la Salud aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2000, al no lograrse dicho objetivo, la OMS ha propuesto el Plan estratégico 2001-2005 mediante el cual se plantea alcanzar la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en todo el mundo al final del año 2003 y la certificación mundial de la erradicación de la poliomielitis al final de 2005.

Una de las estrategias propuestas para alcanzar dicho objetivo, es la implantación de un sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años; cuya finalidad es demostrar la capacidad de detectar y descartar de forma rápida, y con criterios de calidad adecuados, 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.

En el año 2002 se han notificado a nivel nacional 37 casos de PFA en menores de 15 años. La **Tabla 1** refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

Tabla 1: Sistema de Vigilancia de la PFA en España

COMUNIDAD AUTÓNOMA	1998		1999		2000		2001		2002	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
Andalucía	3	0.2	5	0.4	6	0.5	15	1.1	6	0.5
Aragón	1	0.6	1	0.6	2	1.3	0	0	0	0
Asturias	1	0.7	0	0	1	0.8	1	0.8	1	0.8
Baleares	0	0	1	0.8	4	3.1	1	0.8	2	1.6
Canarias	6	2.0	3	1.0	8	2.9	5	1.8	2	0.7
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.4
Castilla la Mancha	4	1.4	3	1.0	3	1.0	3	1.0	5	1.7
Castilla León	2	0.6	5	1.6	1	0.3	1	0.3	1	0.3
Cataluña	4	0.4	4	0.4	2	0.2	1	0.1	5	0.5
Comunidad Valenciana	9	1.4	6	0.9	9	1.4	6	0.9	6	0.9
Extremadura	0	0	2	1.0	1	0.5	4	2.2	1	0.5
Galicia	3	0.8	3	0.8	4	1.1	0	0	2	0.6
Madrid	3	0.4	4	0.5	3	0.4	7	0.9	3	0.4
Murcia	2	0.9	1	0.5	1	0.5	1	0.5	0	0
Navarra	2	2.5	0	0	2	2.8	1	1.4	1	1.4
País Vasco	6	2.2	2	0.7	1	0.4	5	1.9	1	0.4
La Rioja	0	0	1	2.7	0	0	0	0	0	0
Ceuta	1	6.4	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	47	0.7	41	0.6	48	0.8	51	0.8	37	0.6

Datos procedentes del Centro Nacional de Epidemiología

Todos los casos de PFA notificados se han clasificado como “Descartados” de polio y el diagnóstico final de la mayoría es “Síndrome de Guillain-Barre” o “Polirradiculoneuritis infecciosa”.

III. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2002

En la Comunidad de Madrid se inició este Sistema de Vigilancia en 1998 adaptando el Plan diseñado a nivel nacional a las características de nuestra Comunidad y básicamente se resume en el siguiente Plan de actuaciones:

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, Servicio de Epidemiología y Centro Nacional 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 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.
- Identificar al menos cinco contactos del caso, menores de 15 años y que no hayan recibido la vacuna oral contra la poliomielitis en los treinta días precedentes, a los que se les recogerá una muestra de heces para su envío al laboratorio.
- 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, esta 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 fallo no se hubiera notificado. Posteriormente se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes Hospitales.

Durante 2002 en la Comunidad de Madrid se han notificado 3 casos de PFA, de ellos 2 los notificó el Hospital del Niño Jesús y el otro el Hospital Ramón y Cajal. 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. De los tres casos, sólo en uno se identificó un contacto, del cual también se envió una muestra de heces al laboratorio.

Notificación de Cero casos

En las **Tablas 2 y 3** se valora la oportunidad de la notificación mensual de cero casos, por meses y por Áreas Sanitarias con el número de Centros que notifican en cada una de ellas. Se considera que la notificación es oportuna, cuando ésta se realiza dentro de los dos primeros días laborales del siguiente mes.

Tabla 2: Cobertura y oportunidad en la notificación mensual

Meses	Cobertura de Notificación (%)	Notificación Oportuna (%)
Enero	89	58
Febrero	84	58
Marzo	84	74
Abril	84	63
Mayo	84	79
Junio	84	79
Julio	79	53
Agosto	74	63
Septiembre	89	89
Octubre	89	53
Noviembre	84	68
Diciembre	84	58

Tabla 3: Distribución por Área sanitaria

Áreas	Número de Centros	Cobertura de Notificación (%)	Notificación Oportuna (%)
1	1	100	42
2	3	100	100
3	1	100	83
4	1	100	92
5	1	100	58
6	4	31	25
7	2	100	92
8	2	100	67
9	1	100	58
10	1	83	67
11	1	92	67
H.M.*	1	100	100
TOTAL	19	92	71

(*) Hospitales militares

Revisión semestral del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

En la revisión del CMBD de los distintos Hospitales de la Comunidad de Madrid correspondiente al año 2002, no ha aparecido ningún caso que no haya sido declarado anteriormente, la **Tabla 4** refleja el estado de la declaración por Centros; los huecos indican las revisiones pendientes de realizar.

Tabla 4. Revisión del C.M.B.D. Año 2002

ÁREA	HOSPITAL	PRIMER SEMESTRE		SEGUNDO SEMESTRE		OBSERVACIONES
		CASOS CMBD	NOTIFICADOS	CASOS CMBD	NOTIFICADOS	
1	Gregorio Marañón	0	0		0	
2	Niño Jesús	0	0	2	2	
2	Princesa		0		0	
2	San Rafael	0	0	0	0	
3	Príncipe de Asturias		0		0	
4	Ramón y Cajál		1		0	
5	La Paz	0	0		0	
6	El Escorial	0	0	0	0	
6	Clínica Moncloa		0		0	No dispone de CMBD
6	Clínica Montepíncipe	0	0		0	
6	Clínica Zarzuela	0	0	0	0	Hasta el tercer trimestre
7	Clínico San Carlos	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	
10	Getafe	0	0	0	0	
11	12 de Octubre	0	0	0	0	
	H. Gómez Ulla	0	0	0	0	
TOTAL		0	1	2	2	

Indicadores de Calidad

En las **Tablas 5 y 6** se ven los Indicadores de calidad del Sistema de Vigilancia, durante los años 1999-2000-2001-2002.

Tabla 5. Indicadores de Calidad de la Vigilancia

INDICADOR	OBJETIVO	1999	2000	2001	2002
Incidencia de PFA Nº de casos por cada 100.000 niños menores de 15 años	≥ 1	0,52	0,40	0,90	0,40
% PFA notificados ≤ 7 días del inicio de la parálisis	$\geq 80 \%$	50 %	33 %	29 %	100 %
% PFA notificados ≤ 7 días del ingreso hospitalario	$\geq 80 \%$	50 %	33 %	71 %	100 %
% PFA investigados ≤ 48 horas de la notificación	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces ≤ 14 días	$\geq 80 \%$	75 %	66 %	57 %	100 %
% PFA con una muestra de heces ≤ 14 días		75 %	66 %	71 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces “sin tiempo”		100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con seguimiento clínico ≥ 60 días	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con diagnóstico clínico	$\geq 80 \%$	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabla 6. Indicadores de Calidad del tratamiento de muestras en el Laboratorio

	OBJETIVO		1999	2000	2001	2002
Envío de muestras al laboratorio ≤ 3 días	$\geq 80\%$	1ª muestra	100 %	100 %	100 %	100 %
		2ª muestra	100 %	100 %	100 %	100 %
Resultados laboratorio ≤ 28 días	$\geq 80\%$	1ª muestra	100 %	100 %	71 %	66 %
		2ª muestra	100 %	100 %	86 %	100 %
% Aislamientos de enterovirus no polio	$\geq 10\%$		31 %	0 %	17 %	43 %

- La tasa alcanzada de PFA en la Comunidad de Madrid es de 0,4 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Ha descendido con respecto al año pasado y esta lejos de la esperada a nivel nacional (1/100.000).

- En cuanto al porcentaje 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 tres casos que hemos tenido (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: 3 casos (100%)
- 2.- Que la segunda muestra también este recogida en menos de 14 días: 3 casos (100%)
- 3.- Que las muestras estén separadas entre sí 24-48 horas: 3 casos (100%)

- El tiempo transcurrido entre el envío de las muestras y la recepción en el laboratorio ha sido menor de 3 días en el 100% de los casos.

- Los resultados de laboratorio deben estar disponibles en menos de 28 días en el 80% de los casos: Se cumplió con la primera muestra en 2 casos (66%) y con la segunda muestra en los 3 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 7 muestras de heces y en 3 hubo resultado positivo (43%), en los tres casos con resultado positivo se aisló enterovirus no polio.

- 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 3 casos (100%).

Conclusiones y Recomendaciones

- 1.- Potenciar la sensibilidad de los Centros hospitalarios sobre la importancia de la Vigilancia de la PFA en la detección de posibles casos de Poliomielitis.

- 2.- Mejorar en la oportunidad de la notificación de los Cero casos

- 3.- En 2002 la incidencia (0,4 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años) ha disminuido con respecto al año anterior y está lejos de la tasa de incidencia esperada (1 por 100.000), pero los indicadores de calidad del Sistema han sido óptimos.

- 4.- Este año no se ha atendido ningún caso procedente de otras Comunidades Autónomas.

- 5.- En la revisión del CMBD al alta hospitalaria no ha aparecido ningún caso que no hubiera sido declarado en su momento.

IV. Resumen de casos de PFA notificados en la Comunidad de Madrid. Años 1999 a 2002.

Nº EPID	Lugar de Residencia	Notificador	Fecha de notificación	Sexo	Edad (años)	Fecha de ingreso	Centro de Ingreso	Tipo de la parálisis	Días hasta parálisis máxima	Nº dosis VOP	Fecha última dosis	Nº contactos estudiados	Diagnóstico final
PFA2804	Madrid	H. Niño Jesús	7/1/99	V	2	5/1/99	H. Niño Jesús	Ascendente	10	4	9/12/97	6	Guillain-Barré
PFA2805	Pinto	H.U.Getafe	12/4/99	M	6	1/4/99	H.U.Getafe	Truncal-proximal	7	5	8/9/98	5	Guillain-Barré
PFA2806	Madrid	H. Niño Jesús	11/10/99	V	3	8/10/99	H. Niño Jesús	Descendente	15	4	15/8/97	5	Guillain-Barré
PFA2807	Arganda	H. Niño Jesús	17/11/99	V	10	9/11/99	H. Niño Jesús	Ascendente	5	5	24/1/95	5	Guillain-Barré
PFA2808	Madrid	H. Niño Jesús	29/5/00	V	3	29/5/00	H. Niño Jesús	Miembros inferiores	6	4	9/12/97	4	Guillain-Barré
PFA2809	Fuenlabrada	H. Severo Ochoa	19/8/00	V	3	8/8/00	H. Severo Ochoa	Ascendente	1	4	15/3/98	2	Guillain-Barré
PFA2810	Fuenlabrada	C.N. Virología	28/12/00	M	7	No ingresa	--	Ascendente	30	5	8/10/99	0	Guillain-Barré
PFA2811	Madrid	Clínica Moncloa	2/4/01	V	11	29/3/01	Clínica Moncloa	Descendente	3	5	2/1/96	7	Guillain-Barré
PFA2812	Madrid	H. San Rafael	25/4/01	M	7	23/4/01	H. San Rafael	Ascendente	13	5	20/3/01	5	Guillain-Barré
PFA2813	Meco	H. Príncipe de Asturias	23/5/01	M	9	7/5/01	H. Príncipe de Asturias	Ascendente	-	5	5/1/98	2	Guillain-Barré
PFA2814	Madrid	H. Niño Jesús	17/7/01	V	3	15/7/01	H. Niño Jesús	Ascendente	13	4	20/4/99	4	Guillain-Barré
PFA2815	Madrid	H. Niño Jesús	18/7/01	M	1	18/7/01	H. Niño Jesús	Ascendente	22	3	12/7/01	2	Guillain-Barré
PFA2816	Coslada	H. Niño Jesús	19/7/01	V	8	4/7/01	H. Niño Jesús	Ascendente	22	5	1/10/99	2	Guillain-Barré
PFA2817	Torrejón de Ardoz	H. Niño Jesús	11/1/02	M	4	5/1/02	H. Niño Jesús	-	-	4	14/7/99	1	Guillain-Barré
PFA2818	Aravaca	C. N. Virología	28/1/02	M	12	26/1/02	H. Ramón y Cajal	Descendente	3	5	1995	0	Encefalitis aguda
PFA2819	Madrid	H. Niño Jesús	15/7/02	V	6	10/7/02	H. Niño Jesús	Ascendente	-	5	20/1/00	1	Guillain-Barré
PFA2820	Fuenlabrada	H. Niño Jesús	30/9/02	M	3	27/9/02	H. Niño Jesús	Ascendente	-	4	11/1/01	0	Guillain-Barré

V. PLAN DE CONTENCIÓN DEL POLIOVIRUS SALVAJE EN LOS LABORATORIOS

La Región Europea ha estado libre de poliomiелitis autóctona más de tres años. El último caso de poliomiелitis autóctona ocurrió en el este de Turquía en 1998, en un niño de dos años no vacunado. Pero la importación de poliovirus salvaje de países endémicos continúa siendo una amenaza. En 2001 hubo tres casos de poliomiелitis entre niños de una comunidad gitana en Bulgaria y un caso no-paralítico en Georgia, todos causados por poliovirus importados de la India. Hace una década se produjeron 71 casos de parálisis y dos muertes en Holanda, por poliovirus importados, en una comunidad que rechazaba la vacunación. La rápida detección y confirmación de los casos y la instauración de intensas campañas de vacunación en su entorno, han evitado que la circulación se extendiera en la Región. Todo ello indica que el mantenimiento de la vacunación y de la vigilancia es vital, puesto que el riesgo de importación de poliovirus seguirá existiendo hasta que la poliomiелitis se erradique de todo el mundo. Además del mantenimiento de la vacunación, la vigilancia y la capacidad de respuesta ante posibles casos importados, los países de la Región están actualmente completando un catálogo de los laboratorios que contengan poliovirus, como parte de un plan mundial que asegure una efectiva contención en un mundo libre de poliomiелitis.

En 1999 se inició en España el plan para la contención del poliovirus salvaje en el laboratorio, estando completado en la actualidad el inventario de los laboratorios que poseen materiales infecciosos o potencialmente infecciosos de poliovirus salvaje.

En la Comunidad de Madrid se ha encuestado a 190 laboratorios de Análisis Clínicos y según sus respuestas sólo 4 contienen stocks de poliovirus salvaje. Además, posteriormente se enviaron 187 cartas a laboratorios que pueden procesar muestras clínicas (heces, frotis faríngeos, biopsias, etc..) de pacientes procedentes de países endémicos, alertándoles para que extremen las medidas de seguridad ya establecidas, al manejar estas muestras e indicándoles que dichas muestras no deben ser almacenadas en condiciones que permitan sobrevivir a los poliovirus.

VI. PLAN DE ACCIÓN PARA MANTENER UN ESTADO LIBRE DE POLIO

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 postcertificación 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 oral 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.

VII. PLAN DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

Durante el año 2002 se han reducido los países endémicos, que han pasado de diez a siete. A pesar de la restricción geográfica en la transmisión del virus, el número de casos ha aumentado en el último año (1474 casos confirmados de polio) con respecto a los 418 casos del año 2001 (datos hasta el tres de Diciembre de 2002 comparados con el mismo periodo del año anterior). La mayoría de los casos (85%) se han producido en el norte de India, también han aumentado en Nigeria y Pakistán. Los países que continúan siendo endémicos son: India, Nigeria, Pakistán, Afganistán, Egipto, Níger y Somalia. Durante 2002 no han notificado casos Angola, Etiopía y Sudan.

En este año se van a intensificar las campañas de vacunación suplementaria en las zonas donde es más evidente la circulación del virus de cada país, con la finalidad de interrumpir la transmisión del virus a finales de 2003.

RESUMEN DE LA VIGILANCIA DE LA PFA Y POLIOMIELITIS, AÑOS 2001 Y 2002

Regiones de la OMS	2001 (hasta 4/12/2001)			2002 (hasta 3/12/2002)		
	Tasas PFA	Casos Polio	Virus Polio aislado	Tasas PFA	Casos Polio	Virus Polio aislado
Africana	2.9	70	39	2.9	164*	151
Americana	1.2	10*	0	1.0	0	0
Mediterráneo Este	1.8	157	110	2.2	99	99
Europea	1.3	3**	2	1.1	0	0
Sudeste Asiático	1.5	178	178	1.6	1211	1211
Pacífico Oeste	1.2	0	0	1.2	0	0
Total Global	1.4	418	329	1.8	1474	1461

* Virus vacunal, en 2001 3 casos en República Dominicana y 7 en Haití. En 2002 4 casos en Madagascar.

** Casos importados
Datos de la OMS

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2003, semanas 6 a 9
(de 2 de febrero al 1 de marzo de 2003)**

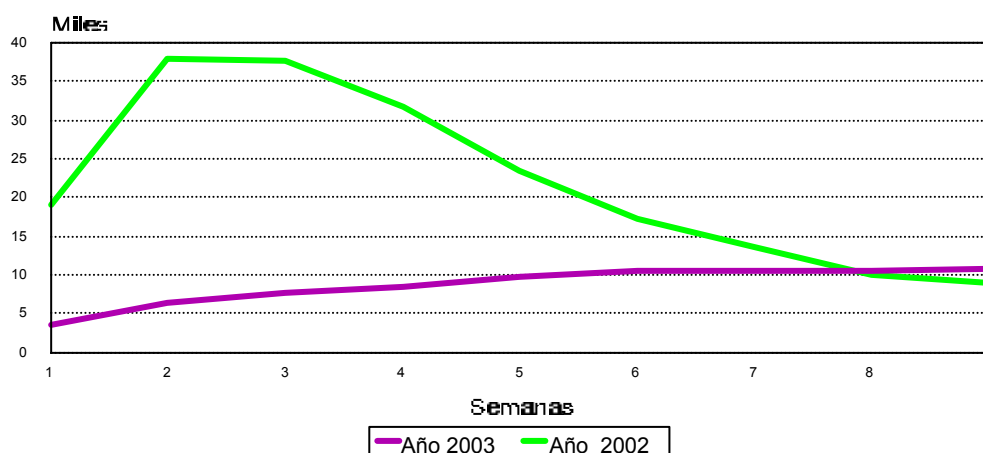
Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde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

GRIPE

En el gráfico nº 1 aparece la evolución por semanas del número de casos de gripe en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 9 de los años 2002 y 2003. En total fueron notificados 78.745 casos en el año 2003 y 199.682 casos en el 2002, lo que supone un total de 120.937 casos menos que el año anterior durante el mismo periodo. El mayor número se ha observado durante la semana 9 (10.912 casos, una tasa de 217,27 casos por 100.000 habitantes), cifra muy inferior a la obtenida durante el año 2002, donde la semana con mayor número de casos fue la 2 con un total de 37.818 casos (tasa de 753,00 casos por 100.000 habitantes).

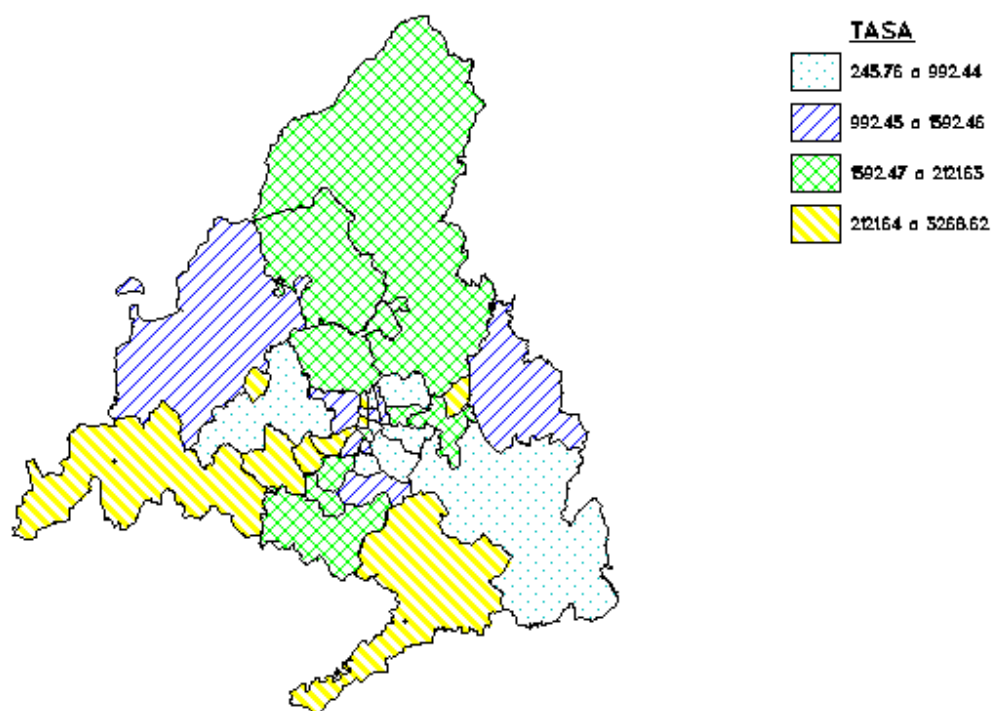
En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. El distrito se ha asignado en función de la ubicación del centro notificador de Atención Primaria, ya que la gripe es una enfermedad de declaración obligatoria numérica. Las mayores tasas de incidencia se observaron en los distritos de Aranjuez, Alcorcón, Móstoles y Centro, con cifras superiores a 2.500 casos por 100.000 habitantes.

**Gráfico 1. GRIPE. Casos notificados por semana. Semanas 1- 9.
Años 2003-2002. Comunidad de Madrid.**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid

**Mapa 1. GRIPE. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios.
Semana 1- 9 . Año 2003. Comunidad de Madrid.**



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Semanas 6 a 9 (desde el 2 de Febrero al 1 de Marzo de 2003)*

	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 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.
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
E. I. H. <i>Influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Enf. Meningocócica	1	4	2	2	1	4	0	1	0	3	0	0	1	3	0	1	0	1	0	1	3	4	8	24
Fiebre tifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Gripe	1669	4186	2749	5231	2090	4188	3134	6537	6261	11704	2172	3805	5558	10487	6572	10950	4310	6909	2052	3600	6109	11148	42676	78745
Hepatitis A	0	2	0	2	2	2	2	3	0	0	1	1	4	6	0	1	0	5	0	2	7	13	16	37
Hepatitis B	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	2	2	1	1	0	0	1	1	2	3	7	7	13	18
Hepatitis víricas (otras)	0	0	0	0	1	2	1	3	0	0	2	2	0	0	0	0	1	3	0	3	0	6	5	19
Infección Gonocócica	0	0	2	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3	3	6	10
Legionelosis	0	0	1	3	0	0	3	3	0	2	1	2	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	5	15
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Meningitis bacteriana	2	2	1	3	3	3	0	3	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	3	13	23
Meningitis vírica	0	2	0	0	0	3	1	3	1	4	1	3	0	0	3	3	3	7	0	0	1	2	10	27
Paludismo	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	3	3	0	0	0	3	4	14
Parotiditis	0	5	3	4	1	5	2	5	4	8	2	5	3	5	1	1	2	5	3	3	4	9	25	55
Rubéola	0	0	1	2	0	0	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	7
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Sífilis	0	0	2	3	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	0	0	1	1	4	13
Tos ferina	0	0	3	20	2	2	0	0	0	2	0	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	3	7	32
TBC respiratoria**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	215	558	350	613	186	342	379	656	515	932	245	420	356	679	306	703	240	408	71	251	406	832	3269	6394
Poblaciones	637.028		402.265		269.734		507.409		605.928		415.967		523.245		399.787		346.739		249.045		665.142		5.022.289	
Cobertura de Médicos	31.94%		87,98%		87.27%		85.02%		79.24%		58.56%		80.43%		85.72%		83.70%		66.15%		82.53%		73.96%	

* Aquellas enfermedades de las que no se ha declarado ningún caso no aparecen en la tabla

** Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un registro específico.



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. Semanas 6 a 9 de 2003.

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
2	Alimentario	Madrid (Chamartín)	Familiar	11	8	2	Tortilla	Salmonella sp [*]
6	Alimentario	Colmenarejo	Colegio	174	87	0	Desconocido	Salmonella sp
7	Neumonía	Madrid (Chamberí)	Colegio	4	4	3	Desconocido	<i>Desconocido</i>
7	Alimentario	Madrid (Chamberí)	Restaurante	2	2	0	Desconocido	Salmonella sp [*]
8	Gastroent. ag.	Navalcarnero	R. ancianos	110	24	0	--	<i>Calicivirus</i>
8	Alimentario	Móstoles	Familiar	4	3	0	Tortilla	<i>Desconocido</i>
11	Hepatitis A	Madrid (Villaverde)	Familiar	6	2	0	--	VHA
11	Gastroent. ag.	Madrid (Carabanchel)	R. ancianos	77	6	0	--	<i>Virus</i> [*]
11	Alimentario	Madrid (Usera)	Bar	4	4	1	Tortilla	Salmonella sp [*]
11	Alimentario	Madrid	Catering	130	14	1	Desconocido	Salmonella sp [*]
11	Alimentario	Valdemoro	Familiar	3	3	2	Arroz 3 delicias	Salmonella sp

* Agente causal no confirmado por laboratorio



SISTEMA DE NOTIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA

Datos correspondientes al cuarto trimestre de 2002, comparados con el mismo periodo del año anterior.

PATÓGENOS NOTIFICADOS SEGÚN TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y PATOLOGÍA PRODUCIDA.

TÉCNICA	INF. RESPIRATORIAS			INF. GASTROINTESTINALES			INF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL			OTRAS INFECCIONES		
	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001
CULTIVO	<i>B. catarrhalis</i>	39	36	<i>Aeromonas</i>	48	15	<i>M. hominis</i>	36	9	<i>Brucella</i>	0	0
	<i>Haemophilus</i>	171	311	<i>Campylobacter</i>	480	272	<i>N. gonorrhoeae</i>	38	11	<i>Leishmania</i>	0	0
	<i>Legionella</i>	3	0	<i>Salmonella</i>	582	471	<i>U. urealyticum</i>	73	74	<i>L. monocytogenes</i>	7	4
	<i>S. agalactiae</i>	24	29	<i>Shigella</i>	31	6				<i>N. meningitidis</i>	2	5
	<i>S. pyogenes</i>	574	735	<i>Yersinia</i>	35	31						
	<i>S. pneumoniae</i>	153	179									
SEROLOGÍA	<i>Chlamydiae</i>	33	101	<i>Adenovirus</i>	11	8	<i>C. trachomatis</i>	77	22	<i>B. burgdorferi</i>	4	2
	<i>C. burnetti</i>	12	20	<i>Rotavirus</i>	436	161	<i>T. pallidum</i>	54	65	<i>Brucella</i>	3	6
	<i>Legionella</i>	5	6							<i>E. granulosus</i>	52	24
	<i>Mycoplasma</i>	61	32							<i>Epstein-Barr</i>	41	53
	<i>Parvovirus B19</i>	1	3							<i>Leishmania</i>	10	9
	<i>V.R. Sincitial</i>	97	68							<i>R. connori</i>	1	5
VISUALIZACIÓN DIRECTA										<i>Toxoplasma</i>	14	19
	<i>B.A.A.R</i>	2	2	<i>A. lumbricoides</i>	21	6	<i>Trichomonas</i>	67	52	<i>Anisakis</i>	1	2
	<i>P. carinii</i>	2	4	<i>Cryptosporidium</i>	28	22				<i>Plasmodium</i>	22	7
				<i>Entamoeba</i>	148	88						
				<i>E. vermicularis</i>	27	24						
				<i>G. lamblia</i>	158	149						
				<i>T. saginata</i>	10	2						
				<i>T. trichiura</i>	22	4						

PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES SEGÚN CENTRO Y TIPO DE PATOLOGÍA.

CENTRO	INF. RESPIRATORIAS		INF. GASTROINTESTINALES		INF. TRANSMISIÓN SEXUAL		OTRAS INFECCIONES		NOTIFICACIÓN TOTAL	
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001
Gregorio Marañón	32.9	17.3	16.1	18.6	6.1	9.4	40.1	52.9	21.8	19.2
Ramón y Cajal	13.9	24.9	10.8	13.0	6.7	27.5	29.3	33.1	12.2	20.7
Getafe	14.2	10.4	14.0	22.5	4.9	3.9	6.4	11.8	12.7	14.5
El Escorial	6.5	2.8	3.1	5.6	4.6	0.9	1.3	0.7	5.3	4.4
Santa Cristina	0.3	0.2	0	0	7.0	31.7	0	0	0.7	2.4
La Paz	0	0	25.3	0	0	0	20.4	0	14.4	0
TOTAL HOSPITALES	67.8	55.6	69.3	59.7	29.3	73.4	97.5	98.5	67.1	61.2
Argüelles	22.9	36.4	18.8	29.0	4.6	7.3	0.6	0	17.7	29.2
Hermanos Miralles	7.6	6.6	4.7	4.8	11.6	15.4	0	0	5.9	6.1
Vicente Soldevilla	1.7	1.4	7.2	6.5	5.5	3.9	1.9	1.5	4.9	3.5
Dispensario Sandoval	0	0	0	0	49.0	0	0	0	4.4	0
TOTAL AMBULATORIOS	32.2	44.4	30.7	40.3	70.7	26.6	2.5	1.5	32.9	38.8
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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/ Aduana 29, 1ª planta. 28013 Madrid
E-mail: boletin.epidemiologico@madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>

(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín epidemiológico
->números disponibles en la red.)

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.”