

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8.

INFORMES:

- **Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011.**
- **Vigilancia de la parálisis flácida aguda, Comunidad de Madrid, 2011.**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8

Índice

INFORMES:

	Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas. Comunidad de Madrid, 2011.	3
	Vigilancia de la parálisis flácida aguda, Comunidad de Madrid, 2011.	24
	EDO. Semanas 31 a 34 (del 30 de julio al 26 de agosto de 2012)	38
	Brotos Epidémicos. Semanas 31 a 34, 2012.	39
	Red de Médicos Centinela, semanas 31 a 34, 2012.	40
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, agosto 2012	44



INFORME:

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y CONDUCTAS RELACIONADAS, COMUNIDAD DE MADRID, 2011.

Elaborado por: Lourdes Oliva, Ana Gandarillas, Michela Sonego, Lucía Díez-Gañan y María Ordobás. Servicio de Epidemiología.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado), constituyen un importante problema de Salud Pública en los países desarrollados por su prevalencia, necesidad de tratamiento especializado, tendencia a la cronicidad y gravedad.

Objetivo: Evaluar la carga hospitalaria que suponen los TCA en el año 2010 y describir la prevalencia poblacional de las conductas de riesgo de TCA en jóvenes según sexo para el año 2011 y su evolución desde 1999.

Fuentes de información y metodología: Los ingresos hospitalarios se estudian a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD-2010). Las conductas de riesgo de TCA se estudian a partir de la encuesta anual autoadministrada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J). Se describe la frecuencia según sexo, edad, residencia en la Comunidad de Madrid, diagnóstico principal y secundario de los episodios de ingreso hospitalario con diagnóstico de TCA. Se ha estimado la prevalencia anual 1999-2011 de las conductas de riesgo de TCA en jóvenes y su intervalo de confianza (IC) al 95%. Se compara la prevalencia por sexo y se estudia su evolución mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial.

Resultados: Durante 2010 se produjeron 367 ingresos hospitalarios por TCA, generados por 193 pacientes y el 94,7% son de personas residentes en la Comunidad de Madrid. Suponen el 12,1% de los ingresos producidos por trastornos mentales entre los 15 y 24 años, el 1,8% en hombres y el 23,1% en mujeres. El 90% de los ingresos corresponde a mujeres, siendo en ambos sexos la anorexia nerviosa el principal motivo de ingreso. La edad media de los pacientes es de 27,5 años. La estancia media hospitalaria de los ingresos es de 29,72 días (casi cuatro veces mayor que la estancia media por todos los diagnósticos). La menor estancia media se observa en pacientes con bulimia nerviosa. Los TCA presentan una alta comorbilidad con otros trastornos mentales. El 47,4% de los pacientes ha ingresado en más de una ocasión durante el año 2010.

En el 2011 un 33,7% de las chicas y un 16,6% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, y el 30,5% y el 8,9% respectivamente refieren la realización de dietas para adelgazar, siendo ésta la conducta más frecuente de las estudiadas. La menos frecuente es el uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes, con un 4,6% en chicas y un 1,1% en chicos. En todas las conductas, con la excepción del ejercicio físico excesivo, predomina el componente femenino lo que se acentúa a medida que la conducta es más patológica. Así, un 2,8% de las chicas refiere presentar simultáneamente restricción alimentaria de 24h, atracones y vómitos autoprovocados, frente a un 0,3% de los chicos.

La evolución de la prevalencia de conductas entre 1999 y 2011, muestra un descenso de la percepción de la imagen corporal con sobrepeso u obesidad en ambos sexos. Además, en las chicas se ha producido una disminución en la prevalencia de los vómitos autoprovocados y en el uso de laxantes, diuréticos y píldoras adelgazantes. En cambio en los chicos es de destacar el aumento en la realización de dietas para adelgazar y en la prevalencia de la restricción alimentaria de 24 horas.

Conclusiones: Los TCA suponen el 23,1% de los ingresos hospitalarios por trastorno mental en mujeres entre 15-24 años. Son una causa importante de ingreso no sólo por su frecuencia, sino por su elevada estancia media, la gran morbilidad asociada y la tasa de reingresos que conllevan.

Las conductas de riesgo o relacionadas con los TCA siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina. Es necesario insistir en la necesidad de seguir promocionando hábitos alimentarios saludables así como tener en cuenta estos trastornos en los programas preventivos en el medio escolar o sanitario.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psicosomáticas que en las últimas décadas se han convertido en un importante problema de Salud Pública en los países desarrollados, por su prevalencia, necesidades de tratamiento especializado, tendencia a la cronicidad y gravedad. Tienen una compleja etiopatogenia, no completamente conocida, en la que influyen muchos factores, entre los que se encuentran factores genéticos, familiares, socioculturales, psicológicos y biológicos.

Estos trastornos se clasifican en tres subtipos en el DSM-IV: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCA-NE). De forma similar vienen reflejados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10^a.

Los estudios epidemiológicos parecen indicar que la incidencia de AN ha permanecido estable durante las últimas décadas, sin embargo se ha observado un incremento en el grupo con mayor riesgo, las mujeres de 15 a 19 años. En cuanto a la BN parece que se ha producido una disminución en su incidencia desde principios de los noventa. En un meta-análisis realizado con diversos estudios del norte de Europa la prevalencia de AN se sitúa entre un 0% a un 0,9% y de BN alrededor de un 1% en mujeres jóvenes⁵.

Aunque no siempre han sido considerados enfermedades graves los diferentes estudios evidencian una alta morbilidad y letalidad. Presentan un curso crónico. Las tres cuartas partes de los pacientes con AN se recuperan por completo, con una mediana de tiempo de 80 meses y un 10% lo hacen parcialmente⁶. En el caso de la BN casi la mitad se recuperaron completamente y un 23% tuvieron un curso crónico⁷.

Los TCA presentan la tasa de letalidad más elevada de entre todas las enfermedades mentales, siendo mayor para la AN. En un meta-análisis realizado en el año 2011 la tasa de mortalidad en pacientes estandarizada por edad y año fue de 5,86 por mil para la AN, 1,93 para la BN y 1,92 en los TCANE⁹.

En España son numerosos los estudios de prevalencia llevados a cabo desde los años noventa en diferentes comunidades autónomas. En la Comunidad de Madrid se realizó durante el año 1985-86 un estudio en doble fase en escolares de 15 años. En una primera fase se identificaba la población de riesgo de TCA con la administración de un cuestionario validado y en una segunda fase se realizaba una entrevista diagnóstica de caso. Este estudio se repitió 8 años después en la misma población. Se observó un aumento tanto de la prevalencia de TCA como de la población a riesgo, pasando en el primer caso de un 0% en hombres y 1,55% en mujeres, a 0,90% y 4,69% respectivamente. En el caso de la población a riesgo se produjo un aumento en ambos sexos, aunque mayor en las mujeres pasando de un 11,6% a un 17,36%¹⁰. Durante los años noventa los estudios realizados en España coinciden en mostrar una prevalencia de casos de TCA en la población femenina adolescente de alrededor del 4,5%¹¹⁻¹². Posteriormente en el estudio de prevalencia de casos de TCA realizado en mujeres adolescentes de 15 a 18 años en la Comunidad de Madrid durante el año 2000-01, se obtuvo una prevalencia acumulada de casos de 3,7% y de población de riesgo del 7,6%¹³. En un estudio realizado en Reus en población femenina de 12 a 21 años de edad, publicado en el año 2008, se obtuvo una prevalencia de AN de 0,9%, de BN del 2,9%, y de TCA-NE del 5,3%¹⁴.

En cuanto a la incidencia, en Navarra (2005) se ha llevado a cabo un estudio en mujeres entre 13 y 22 años, y tras 18 meses de seguimiento obtuvieron 3200 casos nuevos de TCA por 100000 personas/año¹⁵. En el año actual (2012), se ha publicado un estudio de base poblacional en Galicia con una incidencia en todas las edades de 14,1 casos por 100000 personas/año para todos los TCA y de 3,1 para AN, 4,4 para BN y 6,5 para TCA-NE¹⁶.

Los TCA afectan principalmente a mujeres adolescentes o jóvenes, pero las actitudes y hábitos alimentarios no saludables asociados están más extendidos y afectan a una población mayor y más heterogénea.

Las prevalencias actuales son preocupantes e indican la conveniencia de mantener la vigilancia epidemiológica de estos trastornos y de las conductas predisponentes, con el fin de evaluar la evolución de estas enfermedades en el ámbito comunitario.

FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA

Disponemos de dos fuentes de datos que nos permiten vigilar estos trastornos: ingresos hospitalarios recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) y las conductas de riesgo en jóvenes a través del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Trasmisibles de Jóvenes (SIVFRENT-J).

1.-Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD- 2010)

Siguiendo la recomendación de la Comisión Europea, el CMBD fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el año 1987. En el año 1999, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid aprobó la norma (Decreto 89/1999) que regula el CMBD al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid tanto para hospitales públicos como privados¹⁷. Recoge datos demográficos básicos, el diagnóstico que motiva el ingreso, así como los diagnósticos secundarios y algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos relevantes. Los diagnósticos y procedimientos principales se codifican utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9ª Revisión, Modificación Clínica¹⁸.

La información que ofrece el CMBD, es útil para evaluar la carga asistencial hospitalaria de un determinado problema o enfermedad, aunque dado que los datos hospitalarios no son sólo un reflejo de la prevalencia y severidad de una enfermedad, sino de toda una serie de factores dependientes de la gestión hospitalaria, de la accesibilidad del hospital y políticas de admisión, entre otros, se requiere cierta cautela en la interpretación epidemiológica de los datos.

Criterio de selección de los ingresos:

Se estudian, a partir del CMBD del año 2010 los ingresos con diagnóstico principal o en alguno de los 12 diagnósticos secundarios de Anorexia Nerviosa (307.1 CIE-9), Bulimia Nerviosa (307.51 CIE-9) ó Trastorno de la Alimentación No Especificado (307.50 CIE-9).

El **diagnóstico principal** se define como ‘la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del servicio clínico que atendió al enfermo’.

El **diagnóstico secundario** se considera aquel que ‘coexiste con el principal en el momento del ingreso, o que se desarrolla a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influye en la duración de la misma o en el tratamiento administrado’.

Se describe la frecuencia y características de los episodios de alta hospitalaria producidos en el año 2010 en los hospitales de la CM con diagnóstico (principal o secundario) de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Se estima el número de casos a partir del número de ingresos, teniendo en cuenta para controlar duplicados el número de historia clínica, la fecha de nacimiento, hospital y diagnóstico principal, y se realiza una descripción de los mismos. Asimismo se describen los episodios generados en hospital de día con diagnóstico principal TCA y las características de los pacientes.

2.-Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles de jóvenes

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J), mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento en adolescentes escolarizados en 4º de la ESO. Se basa en la realización de encuestas seriadas autoadministradas en el aula y con periodicidad anual que permite la elaboración y publicación de informes anuales^{19,20,21}. Se realiza un muestreo polietápico estratificado con

una muestra anual aproximada de 2000 alumnos. Desde 1999 incluye variables sobre conductas relacionadas con los TCA. La pregunta sobre crisis de atracones se introdujo en el cuestionario en el año 2002. La pregunta sobre realización de ejercicio físico con el fin de controlar el peso, cambiar la figura corporal o reducir la cantidad de grasa fue introducida en el año 2005. Se define el ejercicio físico como excesivo si realizan más de una hora al día ó más de 7 horas a la semana pero no todos los días, con ese fin. Las preguntas analizadas figuran en el anexo 1.

En este boletín se describe la prevalencia de las conductas de riesgo de TCA en jóvenes según sexo para el año 2011 y su evolución desde 1999, ampliando la información de los boletines epidemiológicos anuales. La prevalencia se ha calculado teniendo en cuenta el efecto de diseño. La evolución se estudia mediante el cambio medio anual de la prevalencia, estimado mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial, ajustando por edad y tipo de centro (público-privado), y analizando el año como variable continua. El indicador de cambio en la prevalencia calculado es el incremento o decremento medio anual en %, y su intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

1-Ingresos hospitalarios recogidos en el CMBD por o con TCA

En la Comunidad de Madrid durante el año 2010 se produjeron un total de 716.748 ingresos hospitalarios en centros públicos y privados y por todas las causas (excluyendo cirugía ambulatoria y hospital de día). De ellos 367 tuvieron como diagnóstico principal Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa ó Trastorno de la Alimentación no Especificado, 35 en hombres y 332 en mujeres. Esto supone el 0,05% de los ingresos totales (el 0,01% en hombres y el 0,08% en mujeres) y el 2,3% de los ingresos producidos por trastornos mentales (el 0,4% en hombres y el 4,4% en mujeres). Si nos limitamos al grupo de edad donde estos trastornos son más frecuentes, entre los 15 y 24 años, los ingresos por TCA como diagnóstico principal fueron 182, lo que supone el 0,5% de los ingresos totales, en hombres 14 (0,1%) y en mujeres 168 (0,8%) y el 12,1% de los ingresos producidos por trastornos mentales (el 1,8% en hombres y el 23,1% en mujeres).

De todos los ingresos producidos por o con TCA, el 94,7% son ingresos de personas residentes en la Comunidad de Madrid. El número y porcentaje de pacientes según el diagnóstico, principal o secundario y lugar de residencia está descrito en la Tabla 1.

Tabla 1
Ingresos con TCA en el diagnóstico principal o secundario, según lugar de residencia, 2010.

TCA	Residencia en la comunidad de Madrid	Residencia en otras comunidades autónomas	Total (%)
En diagnóstico principal	336	31	367 (56,0)
En diagnóstico secundario	284	4	288 (44,0)
Total (%)	620 (94,7)	35 (5,3)	655 (100)

En la Tabla 2 se muestra la frecuencia de ingresos por diagnóstico de TCA en el diagnóstico principal, en todos los ingresos de cualquier procedencia y en los residentes de la Comunidad de Madrid. En ambos casos se muestra las diferencias en cuanto al sexo. Hay un predominio en mujeres, siendo el 90% de los ingresos totales tanto en residentes como en no residentes. En cuanto al tipo de diagnóstico la AN es la principal causa de ingreso de los TCA.

Tabla 2**Distribución por diagnóstico, sexo y procedencia de los ingresos por TCA.**

	Diagnóstico principal	Total		Mujeres		Hombres	
		N	%	N	%	N	%
Ingresos de cualquier procedencia	AN	266	72,5	246	74,1	20	57,2
	BN	52	14,2	48	14,5	4	11,4
	TCA-NE	49	13,3	38	11,4	11	31,4
	Total	367	100	332	100	35	100
Residentes en la Comunidad de Madrid	AN	243	72,3	226	74,1	17	54,8
	BN	50	14,9	46	15,1	4	12,9
	TCA-NE	43	12,8	33	10,8	10	32,3
	Total	336	100	305	100	31	100

AN: Anorexia Nerviosa, BN: Bulimia Nerviosa

TCA-NE: Trastornos del comportamiento alimentario no especificados

Utilizando los datos publicados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid con las cifras oficiales de población resultante de la revisión del padrón municipal del año 2010, la tasa bruta de ingresos por TCA de residentes en la Comunidad de Madrid es de 5 por 100.000 habitantes. Si nos limitamos al grupo de edad entre los 15 y 24 años, donde estos trastornos son más frecuentes, la tasa bruta de ingresos es 26 por 100.000 habitantes, con un 48/100.000 en mujeres y un 4/100.000 en hombres.

Estas cifras se refieren a episodios de ingreso durante el año 2010. Pero un mismo paciente puede ingresar en varias ocasiones durante el mismo año y por el mismo motivo. Teniendo en cuenta que no disponemos de datos de identificación personal, se han revisado episodios coincidentes por fecha de nacimiento, hospital, número de historia, y código de diagnóstico principal para obtener el número de "pacientes". Los 367 ingresos con diagnóstico principal de TCA han sido generados por 193 pacientes. El 52,6% de los pacientes sólo han ingresado en una ocasión y el resto han ingresado al menos dos veces en el año.

Los pacientes ingresados por TCA presentan una edad media de 27,5 años siendo un poco inferior en hombres con una media de 25 años. Los estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes ingresados por TCA se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3**Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes ingresados por TCA.**

Edad	Total	Mujeres	Hombres
	(N=193)	(N=173)	(N=20)
Media	27,5	27,8	25,0
Desv. Típica	10,9	10,5	14,4
Mínimo	7	7	10
Máximo	73	59	73
P25	19	20	14,5
P50	26	26	21
P75	35	35	29,8

En la tabla 4 y gráfico 1 se muestra la distribución de los pacientes ingresados por TCA por grupos de edad y sexo.

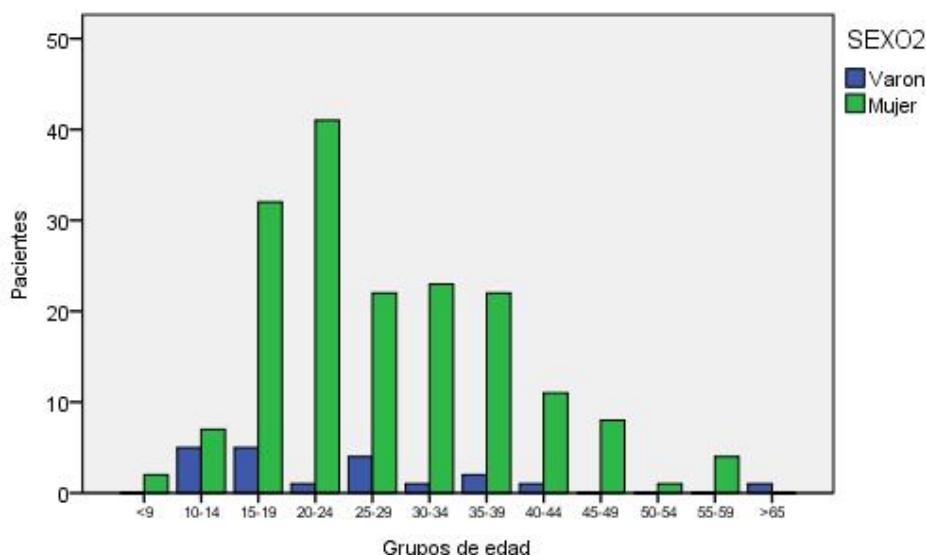
Tabla 4

Distribución por sexo y edad de los pacientes ingresados con diagnóstico de TCA, Comunidad de Madrid, 2010.

Edad (años)	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
<9	2	1,0	2	1,2		
10-14	12	6,2	7	4,0	5	25
15-19	37	19,2	32	18,5	5	25
20-24	42	21,8	41	23,7	1	5
25-29	26	13,5	22	12,7	4	20
30-34	24	12,4	23	13,3	1	5
35-39	24	12,4	22	12,7	2	10
40-44	12	6,2	11	6,4	1	5
45-49	8	4,1	8	4,6		
50-54	1	0,5	1	0,6		
55-59	4	2,1	4	2,3		
60-64						
>65	1	0,5			1	5
Total	193	100	173	100	20	100

Gráfico 1

Distribución por edad y sexo de los casos ingresados con diagnóstico de TCA en el año 2010.



La estancia media de los pacientes ingresados por TCA es de 29,72 días, con una mediana de 23 días, casi cuatro veces mayor que la estancia media hospitalaria de los pacientes ingresados por cualquier diagnóstico en la Comunidad de Madrid, que es de 7,77, con una mediana de 3 días. En el caso de los hospitales donde han ingresado estos pacientes la estancia media es de 8,27 días con una mediana de 4. La estancia mínima de los pacientes ingresados por TCA es de 0 días y la máxima ha sido de 251 días. En la Tabla 5 se muestran los estadísticos descriptivos de la estancia en pacientes ingresados por TCA. La menor estancia media

corresponde a los pacientes con diagnóstico principal de BN. La estancia media de los pacientes diagnosticados de AN y TCA-NE es muy similar, pero la mediana de la estancia de los ingresos por AN es la más elevada (27,5). En los pacientes con diagnóstico de TCA en alguno de los doce diagnósticos secundarios la estancia media es de 16,07, más de dos veces superior a la estancia media de todos los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tabla 5

Estancia media de los ingresos hospitalarios para todos los TCA y según el tipo de diagnóstico.

Estancia	Total	AN	BN	TCA-NE
	N=367	N=266	N=52	N=49
Media	29,72	31,77	16,94	32,14
Desv. Típica	30,05	30,73	15,69	34,70
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	251	251	70	126
P25	9	10	5,25	6
P50	23	27,5	13	20
P75	39	40	23	50

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa

TCA-NE: Trastornos del comportamiento alimentario no especificados

La tabla 6 recoge la relación de diagnósticos asociados en los ingresos con diagnóstico principal o secundario de TCA. Existe una alta comorbilidad, el 72,2% de los ingresos tienen asociado otro trastorno mental en el episodio y el 6,1% tiene como diagnóstico asociado lesiones o envenenamiento.

Tabla 6

Relación de diagnósticos asociados más frecuentes en los ingresos por o con TCA.

Diagnóstico asociado	N	%
Trastornos mentales	471	72,2
Lesiones y envenenamientos	40	6,1
Enfermedades del aparato digestivo	32	4,9
Enfermedades endocrinas	24	3,7
Complicaciones de la gestación parto y puerperio	22	3,4

También se recoge en el CMBD la actividad del hospital de día. De los 308.018 episodios generados por el hospital de día, 15.713 episodios tenían como diagnóstico principal alguno de los tres TCA, lo que supone un 5,1% (un 1,1% en hombres y un 8,5% en mujeres). Estos episodios corresponden a 612 pacientes de los cuales 50 eran hombres y 562 mujeres.

En la Tabla 7 se muestra la distribución de la edad de los pacientes atendidos en el hospital de día. Presentan una media de edad de 24,7 años, siendo inferior en hombres con 22,3 años que en las mujeres con 25,1.

Tabla 7**Distribución de la edad de los pacientes atendidos en hospital de día con diagnóstico de TCA.**

Edad	Total	Mujeres	Hombres
	(N=612)	(N=562)	(N=50)
Media	24,7	25,1	22,3
Desv. Típica	10,0	9,9	11,3
Mínimo	8	8	9
Máximo	62	62	55
P25	16	17	14
P50	23	23	19
P75	32	32	29

2-Conductas relacionadas con los TCA en población juvenil (SIVFRENT-J, 1999-2011)**2-1: Prevalencias en el año 2011**

Durante el año 2011 participaron 45 centros escolares. Un total de 2011 alumnos realizaron la encuesta, 1030 chicos y 981 chicas.

En la Tabla 8 se expone la prevalencia de conductas relacionadas con los TCA para el año 2011 por sexo y la razón de prevalencia mujer/hombre. Los resultados indican que un 33,7% de las chicas y un 16,6% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, y refieren realizar dieta adelgazante al 30,5% de las chicas y al 8,9% de los chicos. Esta es la conducta más frecuente entre todas las estudiadas y la menos frecuente es la utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos doce meses, con un 4,6% en chicas y un 1,1% en chicos.

La segunda conducta más frecuente son las crisis de atracones de comida con la sensación de no poder parar de comer. Es referida por el 26,2% de las chicas y el 12,6% de los chicos. Es de interés señalar que el 4,4% de las chicas y un 0,7% de los chicos presentan simultáneamente vómitos y atracones, lo cual indica que en la mayor parte de los casos se trataría de un síndrome por atracón o una sobreingesta compulsiva.

La presencia simultánea de crisis de atracones, vómito autoprovocado y restricción alimentaria de 24 horas, es referida por el 2,8% de las chicas y el 0,3% de los chicos, conjunción de conductas que presenta el mayor predominio femenino (razón de prevalencia mujer/hombre de 9,4).

En cuanto a la realización de conductas compensatorias con el fin de perder peso (restricción alimentaria de 24 horas, vómito autoprovocado, uso de fármacos) refieren una cualquiera de ellas el 11,8% (9,4-14,3) de las chicas y el 3,7% (2,6-4,8) de los chicos, dos el 4% (2,6-5,4) de las chicas y el 0,9% (0,3-1,5) de los chicos y las tres de forma simultánea el 0,9% (0,2-1,6) de las chicas y un 0,2% (-0,0-0,4) de los chicos.

En todas las conductas estudiadas es evidente el predominio femenino, con excepción de la realización de ejercicio físico excesivo como medio para controlar el peso, cambiar la figura o reducir la cantidad de grasa. El predominio es menor en la mera percepción de sobrepeso u obesidad, (razón de prevalencia mujer/hombre de 2), y cada vez mayor a medida que la conducta es más 'patológica' o 'comprometida' con la pérdida de peso: más de 6 veces mayor en mujeres el vómito autoprovocado y casi 10 veces mayor si el vómito se asocia con atracones y restricción alimentaria.

Tabla 8**Prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, según sexo, 2011.**

	Mujeres (N=1067)		Hombres (N=1030)		Razón M/H
	Prev.	IC(95%)	Prev.	IC(95%)	
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	33,7	30,5-36,9	16,6	14,2-18,9	2*
Dietas para adelgazar en los últimos doce meses	30,5	27,2-33,8	8,9	6,8-11	3,4*
Restricción alimentaria de 24 H en los últimos 12 meses para adelgazar	10,3	8-12,7	3,7	2,5-4,9	2,8*
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso	7,7	5,8-9,5	1,3	0,6-2	6,1*
Laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes en los últimos doce meses	4,6	3,3-5,9	1,1	0,5-1,6	4,3*
Crisis de atracones en los últimos 12 meses	26,2	23,1-29,2	12,6	9,8-15,3	2,1*
Realización de ejercicio físico excesivo con el fin de perder peso	13,7	11-16,3	15,5	12,9-18	0,9†
Crisis de atracones + vómito autoprovocado	4,4	2,7-6,1	0,7	0,2-1,2	6,4*
Crisis de atracones + vómito autoprovocado + restricción alimentaria de 24 horas	2,8	1,5-4,1	0,3	-0,0-0,6	9,4*

Razón M/H: Razón de Prevalencias mujer/hombre

*= $p < 0,001$ †= $p > 0,05$

De los estudiantes encuestados que respondieron a la pregunta “¿cuál es tu país de nacimiento?”, el 81,61% han nacido en España y el 18,39% en otro país. El 31,9% de las chicas nacidas en España perciben su imagen corporal como con sobrepeso u obesidad, mientras que en las mujeres nacidas en otro país esta percepción aumenta hasta el 40,4%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En cambio en los chicos la proporción es

muy similar, estando ligeramente por encima del 16% tanto en los nacidos en España como en los nacidos en otro país.

La conducta relacionada con los TCA más prevalente es la realización de dietas para adelgazar durante el último año. En el caso de las chicas nacidas en España esta conducta se produce en el 29,5%, mientras que en las nacidas en otro país en el 34%. En el caso de los chicos en un 8,7% y un 10,1% respectivamente.

La segunda conducta más frecuente son las crisis de atracones de comida. En este caso no existen diferencias según el país de nacimiento, tanto en chicas como en chicos.

En la tabla 9 se detalla la prevalencia de la presencia simultánea de conductas compensatorias diferenciándolas por sexo y país de nacimiento.

Tabla 9

Prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, según país de nacimiento, 2011.

	País de nacimiento: España (N=1638)		País de nacimiento: Otro (N=369)	
	Mujeres Prev(IC)	Hombres Prev(IC)	Mujeres Prev(IC)	Hombres Prev(IC)
Crisis de atracones + vómito autoprovocado + restricción alimentaria de 24 horas	2,5 (1,3-3,6)	0,2 (-0,1-0,6)	3,9 (0,8-7)	0,6 (-0,0-1,8)
Restricción alimentaria de 24 horas + vómito autoprovocado + laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes	0,6 (0,0-1,2)	0,1 (-0,0-0,3)	2 (0,1-3,8)	0,6 (-0,0-1,8)

2-2: Evolución de la prevalencia de conductas (1999-2011)

El número total de estudiantes que participaron en alguna de las encuestas realizadas durante los doce años fue de 26.219, de los cuales 12.814 (48,9%) eran chicos y 13.388 (51,1%) chicas, con una media anual de 2005 participantes. En cuanto a la evolución, en las tablas y gráficos siguientes figuran las prevalencias anuales (Tabla 10 y Gráficos 2 y 3) y el cambio medio anual (Tabla 10).

Tanto en chicas como en chicos se ha producido una disminución en la percepción de la imagen corporal con sobrepeso y obesidad, siendo más acusada en mujeres. Con excepción de la realización de ejercicio físico excesivo con el fin de controlar el peso, todas las conductas estudiadas se han mantenido o disminuido en las chicas y se han mantenido o incrementado

en los chicos. En el caso de la realización de ejercicio físico excesivo con el fin de controlar el peso, cambiar la figura o reducir la grasa corporal en ambos sexos ha aumentado la proporción en los últimos años, y es en la única conducta donde existe un predominio masculino.

Tabla 10

Prevalencias anuales crudas de conductas relacionadas con los TCA y razón de tasas mujer/hombre, en adolescentes.

	Año	Mujeres			Hombres			Razón M/H
		Prev.	(IC95%)		Prev.	(IC95%)		
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	1999	44,5	41,4	47,6	17,3	15,5	19,1	2,6*
	2000	39,1	35,5	42,7	20,5	18,4	22,6	1,9*
	2001	36	33	39	20,7	18,3	22,9	1,7*
	2002	36	33,2	38,8	18,3	16,1	20,5	2*
	2003	34,3	31,1	37,5	15,7	13,5	17,9	2,2*
	2004	36,9	33,9	40	16,7	14,3	19,1	2,2*
	2005	35,5	31	39	16,3	13,8	18,8	2,2*
	2006	33,3	30,3	36,3	15,9	13,6	18,2	2,1*
	2007	32,8	29	35,8	17,9	15,4	20,4	1,8*
	2008	32	28,9	35	18,5	16,4	20,7	1,7*
	2009	31,2	28,1	34,3	20,5	18,3	22,8	1,5*
2010	32,7	29,8	35,5	18,6	16,2	21,1	1,8*	
2011	33,7	30,5	36,9	16,6	14,2	18,9	2*	
Dietas para adelgazar en los últimos doce meses	1999	34,6	30,7	38,5	6,2	4,8	7,6	5,6*
	2000	32,9	28,8	37	6,4	4,6	8,2	5,1*
	2001	29,8	26,1	33,5	6,5	4,9	8,1	4,6*
	2002	30,8	28,1	33,5	7,2	5,6	8,8	4,3*
	2003	30,2	27,1	33,4	6,1	4,6	7,7	4,9*
	2004	35,4	32,3	38,6	7,3	5,4	9,2	4,8*
	2005	34,1	30,7	37,5	8,2	6,6	9,8	4,2*
	2006	34,1	31,0	37,2	7,1	5,5	8,7	4,8*
	2007	27,8	24	30,8	11,2	8,5	13,9	2,5*
	2008	27,2	24,8	29,6	7	5,5	8,5	3,9*
	2009	28,1	24,7	31,6	9,7	8	11,4	2,9*
2010	31,9	29	34,8	9,8	7,7	11,8	3,3*	
2011	30,5	27,2	33,8	8,9	6,8	11	3,4*	
Restricción alimentaria de 24 H en los últimos 12 meses para adelgazar	1999	10,3	8,6	12	2	1,3	2,7	5,2*
	2000	13,7	12	15,4	1,9	0,9	2,9	7,2*
	2001	8,9	6,9	10,9	2,2	1,4	3	4,0*
	2002	12,4	10,4	14,3	2,9	1,8	4	4,3*
	2003	12	10	14,1	3,1	2,1	4,1	3,9*
	2004	11,2	9,4	13	3,6	2,3	4,9	3*
	2005	12	10	14	2,2	1,3	3,1	5,5*
2006	12,2	9,9	14,5	3,0	2,0	4,0	4,1*	

	2007	9,9	7,9	11,9	3,4	2,3	4,5	2,9*
	2008	9,4	7,9	11	3	2	4	3,1*
	2009	10,5	8,6	12,4	3,6	2,2	5	2,9*
	2010	10	7,4	12,4	3,6	2,5	4,8	2,7*
	2011	10,3	8	12,7	3,7	2,5	4,9	2,8*
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso	1999	12	9,4	14,6	1,3	0,6	2	9,2*
	2000	10,4	8,1	12,7	1	0,4	1,6	10,4*
	2001	7,8	6	9,6	0,6	0,1	1,1	13,0*
	2002	9,8	8,1	11,5	1,6	0,8	2,4	6,1*
	2003	9,3	6,9	11,7	0,9	0,2	1,7	10,1*
	2004	11	9,4	12,6	0,7	0,1	1,3	15,3*
	2005	10,5	8,2	12,8	1,1	0,5	1,7	9,5*
	2006	9,1	6,7	11,5	1,1	0,6	1,6	8,3*
	2007	8,4	6,7	10,1	1	0,3	1,7	8,4*
	2008	7,5	5,8	9,2	1	0,4	1,6	7,2*
	2009	5,8	4,1	7,5	1,5	0,5	2,3	4*
	2010	7,1	5,2	9	1,7	0,9	2,5	4,3*
	2011	7,7	5,8	9,5	1,3	0,6	2	6,1*
Laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses	1999	6	4,4	7,6	0,8	0,2	1,4	7,5*
	2000	4,7	3,2	6,2	0,8	0,2	1,4	5,9*
	2001	5,6	4,1	7,1	0,3	0	0,6	18,7*
	2002	6,2	4,8	7,5	0,6	0,2	1	10,3*
	2003	4,05	2,7	5,4	0,8	0,3	1,4	5,1*
	2004	6,7	4,9	8,6	0,7	0,1	1,3	9,6*
	2005	6,4	4,9	7,9	0,6	1	0,2	10,7*
	2006	4,8	3,4	6,2	0,8	0,3	1,3	6,0*
	2007	4,6	3,1	6,1	0,8	0,3	1,3	5,8*
	2008	4,2	2,9	5,5	0,7	0,1	1,2	6,4*
	2009	4,7	3,5	5,9	0,9	0,3	1,6	5,1*
	2010	3,9	2,3	5,4	1	0,4	1,7	3,7*
	2011	4,6	3,3	5,9	1,1	0,5	1,6	4,3*
Crisis de atracones* en los últimos 12 meses	2002	27	24,3	29,7	9,3	7,2	11,4	2,9*
	2003	27,5	24,2	30,8	10,1	8	12,3	2,7*
	2004	31,2	28,3	34,0	12	9,4	14,5	2,6*
	2005	29,8	27,3	32,3	12,8	10,4	15,2	2,3*
	2006	26	23	29	11	8,4	13,4	2,4*
	2007	25,2	23	28,5	15,5	13	18,3	1,6*
	2008	28,1	25	31,2	13,3	10,1	15,8	2,1*
	2009	28,6	25,7	31,4	12,2	9,9	14,5	2,3*
	2010	28,7	24,6	32,7	16,8	13,9	19,7	1,7*
	2011	26,2	23,1	29,2	12,6	9,8	15,3	2,1*
Realización de ejercicio físico excesivo con el fin de controlar el peso	2005	10,7	8,8	12,7	12,4	10,2	14,7	0,9†
	2006	11,4	9,4	13,4	10,8	8,6	12,9	1,1†
	2007	11,4	9,5	13,2	15,3	12,3	18,3	0,7*
	2008	10,4	8,4	12,5	15	12,6	17,3	0,7*
	2009	12,5	10,2	14,8	13,6	11,2	16	0,9†
	2010	12,3	10,2	14,4	17,3	14,4	20,2	0,7*

	2011	13,7	11	16,3	15,5	12,9	18	0,9†
Crisis de atracones + vómito autoprovocado	2002	6,3	4,9	7,8	0,6	0,05	1,1	10,5*
	2003	5,5	3,9	7,1	0,4	0,01	0,8	13,8*
	2004	7,5	6	9,2	0,4	0,0	0,8	18,8*
	2005	6,8	4,8	8,7	0,4	-0,0	1,1	17*
	2006	5,2	3,4	7,1	0,5	0,1	1	10,4*
	2007	5,3	4	6,6	0,3	-0,0	0,7	17,7*
	2008	4,3	3,1	5,5	0,6	0,1	1	7,6*
	2009	3,2	2	4,4	0,6	0,1	1,1	5,2*
	2010	3,8	2,5	5	0,9	0,3	1,6	4*
	2011	4,4	2,7	6,1	0,7	0,2	1,2	6,4*
Crisis de atracones + vómito autoprovocado + Restricción alimentaria de 24 H	2002	3,2	2,2	4,2	0,2	-0,0	0,5	16*
	2003	3,4	2,2	4,5	0,2	-0,0	0,5	17*
	2004	3,4	2,6	4,4	0,2	-0,1	0,5	17*
	2005	2,6	1,4	3,6	0,2	-0,0	0,6	17,5*
	2006	2,9	1,7	4	0,4	0,03	0,8	7,3*
	2007	2,2	1,2	3,3	0,2	-0,0	0,5	11,0*
	2008	1,5	0,9	2	0,4	0,0	0,8	3,9*
	2009	1,8	1	2,6	0,3	-0,0	0,7	5,8*
	2010	2,2	1,3	3,1	0,6	0,2	1,1	3,5*
	2011	2,8	1,5	4,1	0,3	-0,0	0,6	9,4*

Razón M/H: Razón de Prevalencias mujer/hombre

*=p<0,05

†=p>0,05

Gráfico2a

Evolución de conductas de riesgo de TCA en mujeres

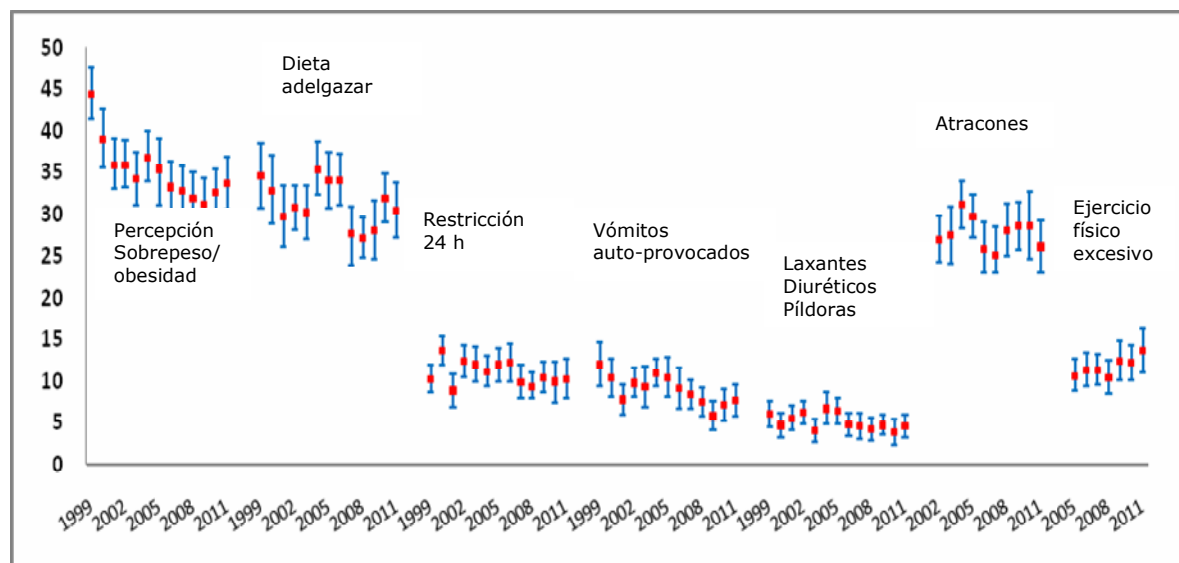
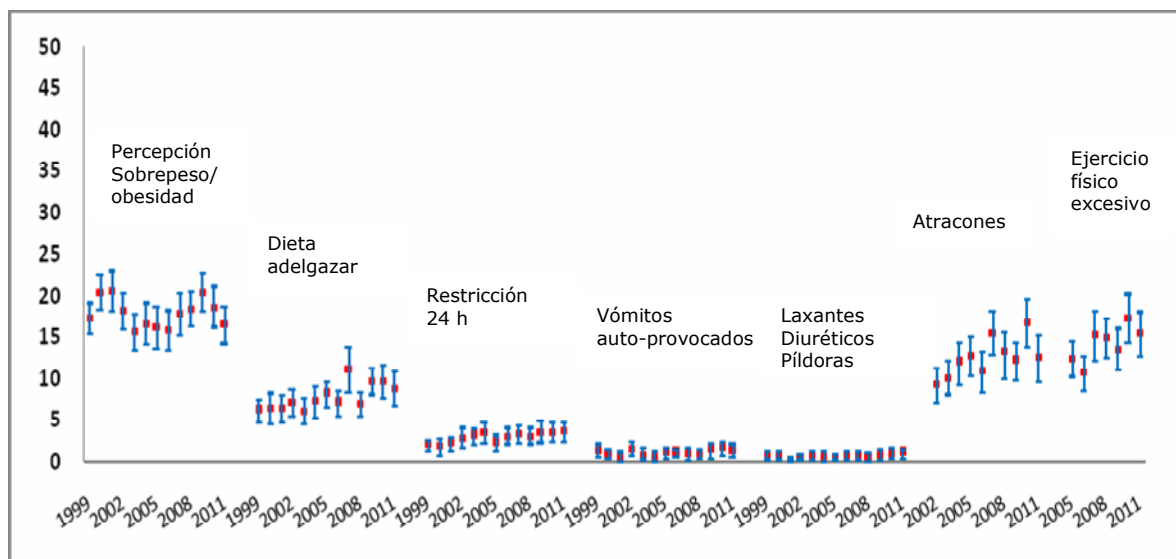


Gráfico2b**Evolución de conductas de riesgo de TCA en hombres**

Tanto en chicas como en chicos se observa descenso en la autopercepción del sobrepeso/obesidad. En las chicas se produce una disminución media anual de un 2,1% y es significativo estadísticamente. En cambio en los chicos la disminución es de un 0,3% y no es estadísticamente significativo. Desde el inicio del periodo estudiado en las chicas se ha producido un descenso anual estadísticamente significativo, en el caso de las dietas para adelgazar con un 1%, en el vómito autoprovocado con un descenso del 3,6% y en el uso de laxantes, diuréticos y píldoras adelgazantes con un 2,4%. En cambio en los chicos se ha producido un incremento en las conductas estudiadas con un aumento significativo en las dietas para adelgazar con un 3,9%, en la restricción alimentaria con un 4,6%, en las crisis de atracones con un 3,7% (solo se dispone del dato desde 2002) y en la realización de ejercicio físico con el fin de controlar el peso de un 4,6% (datos desde el 2005).

Tabla 11

Cambios medios anuales en la prevalencia de conductas relacionadas con los TCA en adolescentes, en % e IC al 95%, según sexo, 1999 a 2011.

	Mujeres			Hombres		
	%	(IC 95%)	P	%	(IC 95%)	P
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	-2,1	(-2,7 a -1,4)	<0,001	-0,3	(-1,2 a 0,6)	0,533
Dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	-1	(-1,8 a -0,2)	0,018	3,9	(2,2 a 5,6)	<0,001
Restricción alimentaria de 24 h en los últimos 12 meses para adelgazar	-1,1	(-2,4 a 0,2)	0,101	4,6	(2,1 a 7,3)	<0,001
Vómito autoprovocado en los últimos 12 meses para perder peso,	-3,6	(-5,2 a -2)	<0,001	3,3	(-1,4 a 8,2)	0,176
Laxantes, diuréticos, píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses	-2,4	(-4,4 a -0,4)	0,019	3	(-2,4 a 8,8)	0,288
Crisis de atracones ** en los últimos 12 meses	-0,4	(-1,7 a 0,8)	0,482	3,7	(1,5 a 6)	0,001
Realización de ejercicio físico excesivo con el fin de controlar el peso***	3,4	(-0,1 a 7)	0,056	4,6	(1,4 a 8)	0,005

*se ha trabajado con el año como variable continua y se ha ajustado por edad y tipo de centro

**datos desde 2002

***datos desde 2005

CONCLUSIONES

1-Alta hospitalarias

- 1.- En mujeres entre los 15-24 años los TCA suponen el 23,1% de los ingresos producidos por trastornos mentales y el 0,8% de los ingresos totales.
- 2.-Dentro de los TCA la AN es la principal causa de ingreso en ambos sexos.
- 3.-En los ingresos por TCA la proporción de mujeres es de un 90%.
- 4.-La edad media de los pacientes ingresados es de 27,47 años.
- 5.-El 41% de los pacientes ingresados tenían una edad comprendida entre los 15 y los 24 años.
- 6.-Un 47,4% de los casos ha ingresado en dos o más ocasiones por este motivo en el año 2010.
- 7.-La estancia media de los ingresos por TCA es de 29,72 días, casi cuatro veces la estancia media por todos los diagnósticos en hospitales de la CM (7,77 días).
- 8.-Existe una alta comorbilidad con otros trastornos mentales.
- 9.-Los TCA suponen el 5,1% de los episodios generados por el hospital de día.
- 10.- La media de edad de los pacientes atendidos en hospital de día por este motivo es de 24,72 años.

2-Conductas relacionadas con los TCA

- 1.-Casi un tercio de las adolescentes refieren la realización de dietas para adelgazar y un 7,7% se han provocado el vómito para perder peso, lo cual indica que la preocupación por el peso o figura corporal es muy frecuente en esta población, y que conduce a la inducción de conductas perjudiciales para su salud.
- 2.-Existe un evidente predominio femenino en las conductas estudiadas, aunque hay que destacar que en los últimos años se está produciendo una disminución debido principalmente al incremento de las conductas en población masculina.
- 3.-En el periodo de doce años estudiado se ha producido un descenso en ambos sexos de la autopercepción de la imagen corporal con sobrepeso u obesidad.
- 4.-Se observan cambios significativos en la evolución de la prevalencia media anual de las conductas relacionadas con los TCA, en las chicas principalmente en la disminución en vómitos autoprovocados y en el uso de laxantes, diuréticos y píldoras adelgazantes con un 3,6% y un 2,4% respectivamente. En cambio en los chicos es de destacar el aumento en las dietas para adelgazar y en la restricción alimentaria de 24 horas, de un 3,9% y un 4,6% respectivamente.

Todo lo expuesto nos lleva a concluir que los trastornos del comportamiento alimentario son una causa importante de ingreso hospitalario entre los trastornos mentales, particularmente en mujeres entre los 15 y 24 años, no sólo por su frecuencia, sino también por la elevada estancia media, la gran comorbilidad asociada y tasa de reingresos que conllevan.

Por otro lado las conductas de riesgo o relacionadas con los TCA siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina y cada vez más frecuentes en la masculina. Es necesario insistir en la necesidad de seguir promocionando hábitos alimentarios saludables así como de tener en cuenta estos trastornos en los programas preventivos en el medio escolar o sanitario.

ANEXO 1**P.11 ¿CÓMO TE VES A TÍ MISMO/A ...?**

- Considero que estoy gordo/a 1
- Considero que tengo exceso de peso 2
- Considero que tengo un peso adecuado 3
- Considero que estoy algo delgado/a 4
- Considero que estoy muy delgado/a 5

P.12A ¿HAS SEGUIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGUNA DIETA ESPECIAL, O HAS REALIZADO MODIFICACIONES EN TU DIETA HABITUAL?

- No 1
- Sí, por enfermedad 2
- Sí, para adelgazar 3
- Sí, para engordar 4
- Sí, por otros motivos 5

P.12B DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS ESTADO SIN COMER DURANTE 24 HORAS O MÁS, CON EL FIN DE PERDER PESO O CONTROLAR TU FIGURA?

- Sí 1
- No 2

P.12C DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿TE HAS PROVOCADO VÓMITOS CON EL FIN DE PERDER PESO O CONTROLAR TU FIGURA?

- Sí 1
- No..... 2

P.12D DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS UTILIZADO LAXANTES, DIURÉTICOS O PÍLDORAS ADELGAZANTES, CON EL FIN DE PERDER PESO O CONTROLAR TU FIGURA?

- Sí 1
- No..... 2

P.12E DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS SUFRIDO CRISIS DE ATRACONES DE COMIDA EN LAS QUE TUVISTE LA SENSACIÓN DE NO PODER PARAR DE COMER?

- Sí 1
- No..... 2

P.12F DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HAS REALIZADO EJERCICIO FÍSICO COMO MEDIO DE CONTROLAR TU PESO, CAMBIAR TU FIGURA O REDUCIR LA CANTIDAD DE GRASA?

- No he realizado ejercicio físico con esta finalidad 1
- Sí, menos de 4 horas a la semana 2
- Sí, entre 4 y 7 horas a la semana 3
- Sí, más de 1 hora al día 4
- Sí, más de 7 horas a la semana pero no todos los días 5

BIBLIOGRAFÍA

1. Vitiello B, Lederhendler I. Research on eating disorders: current status and future prospects. *Biol Psychiatry* 2000; 47:777-86.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición). Washington, D.C., 1994.
3. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud-10ª revisión. Washington, D.C., 1995.
4. Smink F, van Hoeken D, Hoek H. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012. Epub ahead of print.
5. Hoek H, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34:383-396
6. Strober M, Freeman R, Morrel W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997; 22:339-360.
7. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1284-1293.
8. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173:11-53.
9. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:724-31.
10. Morandé G, Celada J, Casas J. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health* 1999;24:212-219.
11. Ruíz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C. et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev de Psiquiatr Infanto-Juvenil* 1998;3:148-162.
12. Pérez M, Gual P, De Irala J, Martínez M, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes Navarras. *Med Clín* 2000;114:481-486.
13. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz PE. Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la CM. Documento técnico de salud pública nº 85. Instituto de Salud Pública. Madrid, 2003.

14. Olesti M., Piñol JL, Martín N, De La Fuente M, Riera A, Bofarul J M et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. An pediatr (Barc). 2008;68(1):18-23.
15. Lahortiga F, De Irala J, Cano A, Gual P, Martínez MA, Cervera S. Incidente of eating disorders in Navarra (Spain). European Psychiatry 2005; 20:179-185.
16. Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2012.
17. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 89/1999 de 10 de junio por el que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria en la Comunidad de Madrid.
18. Instituto de Información Sanitaria. Boletines de Codificación Clínica con la CIE - 9-MC. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Disponibles en Centro de Publicaciones publicaciones@msssi.es y en Internet <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/home.htm>
19. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 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.
20. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1999. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 1999; 6 (6):3-31.
21. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Boletines Epidemiológicos de la Comunidad de Madrid, 2000-2010. Disponibles en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_buscadorBoletinEpidemiologico&cid=1265797458663&language=es&titulo=habitos+de+salud+po blaci%C3%B3n+juvenil&mes=0&anyo=0&buscar=Buscar



INFORME:

PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS. VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2011.

RESUMEN

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 y mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica.

Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2011 se han detectado en la CM 21 casos de parálisis flácida en menores de 15 años, que representan una incidencia de 2,1 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo es de 12 varones y 9 mujeres, el rango de edad oscila entre 1 y 13 años, con una media de 7 años (DE 4,17).

Situación en España: A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 34 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 91%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

Situación de la Poliomielitis en el mundo: Entre 1988 y 2003, los esfuerzos realizados para la erradicación de la polio, consiguieron reducir un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. En 2011, respecto al año anterior, los casos notificados se redujeron a la mitad a expensas, sobre todo, de los casos de polio en países no endémicos. El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2011 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 706 casos en 2011, por debajo de los 1.294 registrados el año anterior.

Décimo aniversario de la Certificación de Europa como región libre de polio

El 21 de junio de 2012 la Oficina Regional Europea de la OMS ha celebrado el décimo aniversario de la Certificación de Europa como región libre de polio. Detener la transmisión del poliovirus salvaje en los 53 países europeos supuso un hito en el proceso hacia la erradicación mundial de la polio. En los diez años transcurridos tras la Certificación los países han realizado grandes esfuerzos por mantener el estatus libre de polio enfrentando el reto del declive de la vigilancia de la polio y de la evanescencia de la inmunidad en la población. La amenaza de que se dé una importación de poliovirus y de que ocurran brotes sigue siendo real, por lo que la región europea no debe ceder ni en sus actividades ni en su compromiso político hasta que se haya conseguido la erradicación mundial de la polio.

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. En 2010 se produjo la primera reintroducción del virus de la polio en la región europea, originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos. En el año 2011 en una región al oeste de China se ha notificado un brote con 21 casos de polio producido por un poliovirus importado de Pakistán.

El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 3 en 2011 (Pakistán, Afganistán y Nigeria) que mantienen algún área endémica y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a 706 casos en 2011. El poliovirus salvaje tipo 2 no se detecta desde 1999.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere:

- mantener elevadas las coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos
- 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 (sistema de vigilancia implantado en la mayoría de los países de la región europea).
- un plan de contención de poliovirus 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.

La calidad del sistema de vigilancia se evalúa sistemáticamente mediante los indicadores establecidos por la OMS referentes a la sensibilidad y cobertura del sistema, notificación

oportuna e investigación adecuada y análisis de muestras en el laboratorio. Entre estos indicadores, los dos más importantes son el indicador de sensibilidad del sistema, representado por la tasa de PFA (que ha de ser al menos de 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años) y el porcentaje de casos de PFA en los que se han tomado muestras adecuadas (dos muestras de heces recogidas en un período ≤ 14 días del inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24 horas, que ha de ser $\geq 80\%$).

El cumplimiento de los objetivos de coberturas de vacunación y de calidad del sistema de vigilancia se evalúa anualmente en cada país por el Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis y por la OMS en el Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio.

En este informe se describen las características de los casos de PFA notificados a la Red de Vigilancia en el año 2011, los indicadores de calidad del sistema de vigilancia y la situación epidemiológica de la poliomielitis en España, en Europa y en el mundo.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2011

En la Comunidad de Madrid (CM) 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.

La PFA como enfermedad de declaración obligatoria tiene la siguiente definición clínica de caso: Enfermedad que se caracteriza por el inicio agudo de parálisis flácida 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.

El criterio diagnóstico de laboratorio, establece el aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en los laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

El procedimiento establecido en vigilancia ante un cuadro compatible con PFA en un niño con edad inferior a 15 años ingresado en un hospital, incluye las siguientes actuaciones:

- Cumplimentación del cuestionario epidemiológico específico de PFA.
- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Salud Pública o al Servicio de Epidemiología.
- Solicitud del envío de muestras biológicas al laboratorio de referencia para la investigación de enterovirus (en la CM al Centro Nacional de Microbiología). Se deben remitir 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, dos muestras de suero separadas entre 2-4 semanas y una muestra de líquido cefalorraquídeo.
- Revisión clínica del caso a los 60 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, que se realiza contactando al finalizar el mes con los servicios hospitalarios implicados, lo que permite comprobar que no haya habido ningún caso que por algún motivo no se hubiera notificado. Posteriormente, se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes hospitales.

Para el mantenimiento de la situación libre de polio, es necesario alcanzar elevadas coberturas de vacunación en el calendario de vacunación infantil. En la Comunidad de Madrid, en el año 2011, la cobertura de la serie primaria de vacunación con tres dosis de vacuna de polio inactivada (VPI), a los 6 meses de edad, ha sido del 98,1%.

Estudio descriptivo de los casos

En 2011 en la CM se han detectado 21 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una tasa de 2,10 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Cinco de los casos han sido notificados al sistema de vigilancia y otros 16 casos han sido recuperados en la revisión del CMBD. Todos se han clasificado como “descartados” de polio.

La distribución de los casos por sexo es de 12 varones (57%) y 9 mujeres (43%). El rango de edad ha oscilado entre 1 y 13 años, con una media de 7 años (DE 4,17).

En cuanto al lugar de residencia 4 casos viven en el distrito de Majadahonda, 3 en cada uno de los distritos de Parla y Villaverde, 2 en cada uno de los de Alcobendas y Collado Villalba y un caso en cada uno de los siguientes distritos: Alcalá de Henares, Carabanchel, Centro, Coslada, Latina, Leganés y San Blas.

Se han notificado 5 casos de PFA a la red de vigilancia, lo que supone una incidencia de 0,50 casos por 100.000 menores de 15 años. Las notificaciones se realizaron: desde el hospital de Puerta Hierro (3), hospital Severo Ochoa (1) y hospital del Niño Jesús (1). Estos 5 casos residían en los municipios de Boadilla del Monte, Brunete, Majadahonda, Leganés y Parla. Todos estaban correctamente vacunados de acuerdo con su edad.

De los casos notificados a la Red de Vigilancia, se recogieron y enviaron muestras biológicas al Centro Nacional de Microbiología para el diagnóstico de enterovirus que resultaron negativas. En 3 de los casos se recogieron dos muestras de heces y una sola muestra en los otros 2 casos. El diagnóstico definitivo fue “Síndrome de Guillain Barrè”. Sólo en un caso se registró parálisis residual en la revisión de los 60 días posteriores al inicio de los síntomas.

En la revisión del CMBD de los distintos hospitales correspondiente al año 2011 se encontraron 16 casos que no fueron notificados en su momento: 6 en el hospital del Niño Jesús, 2 en el hospital 12 de Octubre y 1 en cada uno de los siguientes centros: Hospital La Paz, hospital del Sureste, hospital de San Rafael, hospital Puerta de Hierro, hospital Infanta Sofía, hospital del Henares, hospital Infanta Cristina y hospital de la Zarzuela.

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia, período 2007-2011

En las Tablas 1 y 2 se presentan los indicadores de calidad del sistema de Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, durante los años 2007 a 2011. Estos indicadores, con sus correspondientes estándares, son los establecidos por OMS.

Tabla 1. Indicadores de Calidad de la Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, años 2007 - 2011

INDICADOR	OBJETIVO	2007	2008	2009	2010	2011
Incidencia de PFA Nº de casos por cada 100.000 niños menores de 15 años	≥ 1	0,33	0,43	0,42	0,10	0,50
% PFA notificados ≤ 7 días del inicio de la parálisis	$\geq 80\%$	66 %	25 %	50 %	100 %	20%
% PFA notificados ≤ 7 días del ingreso hospitalario	$\geq 80\%$	66 %	50 %	75 %	100 %	40%
% PFA investigados ≤ 48 horas de la notificación	$\geq 80\%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
% PFA con dos muestras de heces ≤ 14 días	$\geq 80\%$	33 %	50 %	25 %	100 %	60%
% PFA con una muestra de heces ≤ 14 días		33 %	50 %	25 %	100 %	80%
% PFA con dos muestras de heces “sin tiempo”		33 %	75 %	25 %	100 %	60%
% PFA con seguimiento clínico ≥ 60 días	$\geq 80\%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
% PFA con diagnóstico clínico	$\geq 80\%$	100 %	100 %	100 %	100 %	100%

Tabla 2. Indicadores de Calidad del envío y tratamiento de muestras en el Laboratorio, años 2007 - 2011

	OBJETIVO		2007	2008	2009	2010	2011
Envío de muestras al laboratorio ≤ 3 días	$\geq 80\%$	1ª muestra	33 %	100 %	100 %	100 %	100%
		2ª muestra	33 %	75 %	100 %	100 %	100%
Resultados laboratorio ≤ 28 días	$\geq 80\%$	1ª muestra	100 %	50 %	100 %	100 %	100%
		2ª muestra	100 %	66 %	100 %	100 %	100%
% Aislamientos de enterovirus no polio	$\geq 10\%$		0 %	0 %	0 %	0 %	0%

En relación a los indicadores relacionados con la notificación a la red de vigilancia, la incidencia registrada en 2011 fue de 0,5 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, superior a la registrada el año anterior (0,1) pero continúa alejada de la incidencia estándar esperada (1 por 100.000). Se ha utilizado como denominador la población del padrón continuo del año 2011, publicada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Respecto a los indicadores de calidad relativos a la recogida de muestras adecuadas, se recogieron dos muestras de heces en 3 casos y solo una en dos casos. Todas las muestras se enviaron al laboratorio dentro de los plazos previstos. El porcentaje de muestras procesadas con resultados positivos de “enterovirus no polio”, cuyo estándar es que sea superior al 10%, no se ha alcanzado, ya que las 8 muestras de heces procesadas resultaron negativas.

El indicador de seguimiento clínico a los 60 días, que debe realizarse en al menos el 80% de los casos, se completó también correctamente (100%).

Conclusiones

En 2011 en la CM se han detectado 21 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 2,10 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. 5 casos se notificaron al sistema y otros 16 se recuperaron en la revisión del CMBD.

La vigilancia de esta enfermedad precisa ser revisada y mejorada. Sólo el 24% de los casos fueron notificados. Si bien, en los casos notificados se cumplen adecuadamente los indicadores de calidad.

Ya que las coberturas registradas de vacunación son elevadas, la vigilancia de la parálisis flácida, ya consolidada en nuestra Comunidad, se considera como la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier sospecha de polio.

La ausencia de casos de polio en la CM (y en España) en los últimos años, hace que la vigilancia activa de esta enfermedad esté relativamente relegada en la rutina de los notificadores, en especial cuando la mayoría de los diagnósticos definitivos son Síndrome de Guillain-Barré. Sería necesario revisar la sistemática de la vigilancia, ya que continúa siendo muy necesaria por el riesgo de importación de poliovirus.

Los brotes masivos de polio ocurridos en 2010 en Europa ponen de manifiesto que mientras que el poliovirus esté circulando en el mundo la importación de poliovirus es posible en cualquier zona declarada libre de polio.

En España el riesgo de importación de poliovirus podría derivarse del importante número de visitantes anuales, de la inmigración procedente de países con diferentes coberturas de vacunación y del aumento de situaciones clínicas que favorecen el desarrollo de la enfermedad, como son las inmunodeficiencias. Es muy importante que el sistema de vigilancia esté activo y alerta, manteniendo la sensibilidad y el elevado nivel de calidad exigido, ante la posibilidad de importación de poliovirus salvajes o derivados de la vacuna, procedentes de países endémicos o de países en los que todavía se utiliza la vacuna de polio oral.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Vigilancia de la PFA en España

En el año 2011 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 34 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,49 por 100.000. La Tabla 3 refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

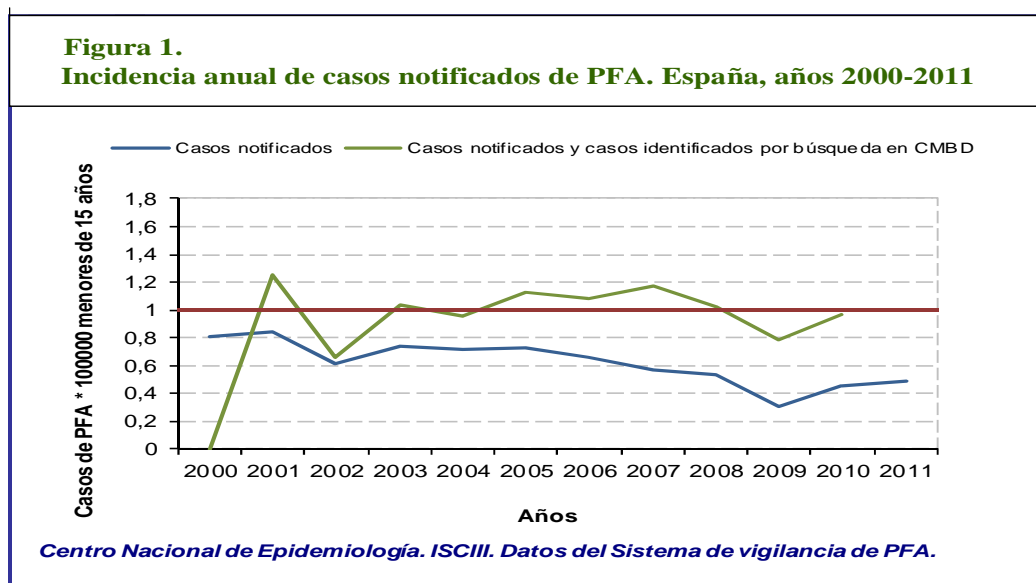
Tabla 3. Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2007 a 2011

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2007		2008		2009		2010		2011	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
Andalucía	7	0.6	8	0.6	1	0.1	7	0.5	2	0.2
Aragón	0	0	1	0.6	2	1.1	2	1.1	4	2.2
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	2	1.3	4	2.5	3	1.8	5	2.9	1	0.6
Canarias	2	0.7	1	0.3	2	0.6	0	0	2	0.6
Cantabria	2	2.8	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla la Mancha	3	1.0	0	0	0	0	2	0.6	2	0.6
Castilla León	1	0.3	0	0	1	0.3	0	0	2	0.6
Cataluña	6	0.6	4	0.4	0	0	5	0.4	3	0.3
Comunidad Valenciana	8	1.1	4	0.5	3	0.4	4	0.5	5	0.7
Extremadura	1	0.6	1	0.6	0	0	2	1.2	1	0.6
Galicia	0	0	2	0.6	0	0	0	0	0	0
Madrid	3	0.3	4	0.4	4	0.4	1	0.1	5	0.5
Murcia	0	0	5	2.0	2	0.8	3	1.1	4	1.5
Navarra	1	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	3	1.1	0	0	3	1.1
La Rioja	1	2.3	1	2.3	0	0	0	0	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	37	0.6	35	0.5	21	0.3	31	0.4	34	0.5

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

Sólo tres comunidades (Aragón, Murcia y País Vasco) alcanzaron la tasa esperada de 1 caso de PFA por 100.000 habitantes menores de 15 años, nueve comunidades notificaron menos casos de los esperados y las restantes no notificaron ningún caso.

La tasa óptima de detección de PFA propuesta por la OMS se podría haber alcanzado si el sistema de vigilancia hubiera captado oportunamente los casos que posteriormente se han detectado en la búsqueda activa retrospectiva. Se han identificado 39 casos de PFA en búsqueda activa en el CMBD 2010 con lo que la tasa de PFA en ese año pasó de 0,45 a 1,00 casos por 100.000 menores de 15 años (Figura 1).



En cuanto a la distribución de casos por sexo 21 casos (62%) son hombres y 13 casos (38%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 6,7 años (DE: 4,2). El grupo de edad en que aparecieron más casos fue el grupo de 1 a 4 años (41% del total).

Todos los casos estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inactivada, excepto dos casos que sólo tenían 2 dosis administradas. Uno de ellos, un niño de 10 años, tenía solo 2 dosis de vacuna documentada aunque la familia aseguró que estaba correctamente vacunado. Fue diagnosticado de *polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica* y el estudio de heces fue negativo para enterovirus; el otro caso es un niño de 16 meses al que se le diagnosticó Síndrome de Guillain-Barré/Siringomielia, sin estudio de heces y con parálisis residual a los 60 días del inicio de los síntomas.

El 97% de los casos presentaron parálisis espinal. En el 41% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores, en el 48% la parálisis sólo afectó a las extremidades inferiores, en otro 41% sólo se afectaron los miembros inferiores, en un 6% sólo los miembros superiores y en 4 casos (11,7%) se desconoce esta variable. La progresión rápida de la parálisis se presentó en 18 casos (53%), en 10 casos (29%) la progresión fue lenta y en 6 casos (18%) se desconoce. Se detectó asimetría en 4 casos (11,8%) todos ellos con resultado negativo a poliovirus en el estudio de heces y correctamente vacunados frente a polio. En la revisión a los 60-90 días, 10 casos (29,4%) presentaban parálisis residual, siete de ellos estaban adecuadamente vacunados de polio, con tres o más dosis. De los tres restantes, dos casos habían recibido sólo dos dosis de vacuna (uno con resultado negativo en el cultivo de heces) y en el otro caso no se dispone de esta información.

El diagnóstico definitivo fue de síndrome de Guillain-Barré / polirradiculoneuritis en el 91% de los casos.

En cuanto a los cultivos celulares de las muestras de heces de los casos, se analizaron un total de 40 muestras de las que 35 (87,5%) presentaron resultados negativos a enterovirus. En las 5 muestras restantes (12,5%) se identificaron diferentes serotipos de enterovirus no polio.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA

En general la inmunización sistemática está bien establecida en la mayoría de países de la Región Europea de la OMS, con coberturas medias nacionales para la primovacunación frente a polio superiores al 90% en 2010. Malta (76%), San Marino (78%), Bosnia Herzegovina (89%) y Moldavia (89%) han notificado coberturas medias nacionales por debajo del 90%. Destaca Ucrania con una cobertura media del 52% en 2010. Las coberturas medias, en ocasiones, enmascaran bajas coberturas de vacunación a nivel local que pueden suponer un riesgo para la transmisión del poliovirus.

Los países de Europa occidental han sustituido la vacuna atenuada de polio por la vacuna inactivada de polio. En el centro y este de Europa hay muchos países en los que todavía se administra vacuna de polio oral, bien de forma exclusiva, bien conjuntamente con la vacuna de polio inactivada. En mayo de 2012 en 20 países europeos se seguía administrando vacuna de polio oral: Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Montenegro, Moldavia, Polonia, Serbia, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Federación Rusa, Tayikistán, Turquía, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán.

En Holanda entre 1992-1993 se produjo un brote tras la importación de un poliovirus tipo 3, en una comunidad que rechazaba las vacunaciones, con 71 casos de poliomiélitis parálitica y dos muertes. El virus fue importado de India y no se extendió fuera de esta comunidad contraria a la vacunación.

En 2001 se notificaron cuatro casos de poliomiélitis salvaje importada en niños no vacunados o insuficientemente vacunados. Los casos se asociaron con un poliovirus tipo 1 procedente de India: tres casos se dieron en Bulgaria, en niños de etnia gitana y un caso de poliomiélitis no parálitica en Georgia. Estos casos importados no derivaron en transmisión indígena que la OMS define como aquella transmisión que se mantiene sin interrupción durante más de 12 meses.

En el año 2002 la Región Europea de la OMS consiguió la certificación de zona libre de polio, después de más de tres años con notificación “cero casos” de polio endémica en la región. El último caso de polio indígena en la región se notificó en noviembre de 1998 en un niño turco no vacunado.

La primera reintroducción del poliovirus en Europa después de obtener el Certificado “libre de polio” sucedió en 2010 con un brote de poliomiélitis en Tayikistán, en el extremo suroriental de Europa, con 458 casos de poliomiélitis y 29 muertes. Se identificó un poliovirus tipo 1 relacionado genéticamente con poliovirus que circulan en Uttar Pradesh, India. La mitad de los casos se dieron en niños menores de 5 años. Las bajas coberturas de vacunación, por debajo del 80% en muchas zonas, la insuficiente vigilancia de PFA junto con un importante movimiento de personas en las zonas fronterizas con Afganistán y cercanas a la India hicieron posible la aparición de este brote.

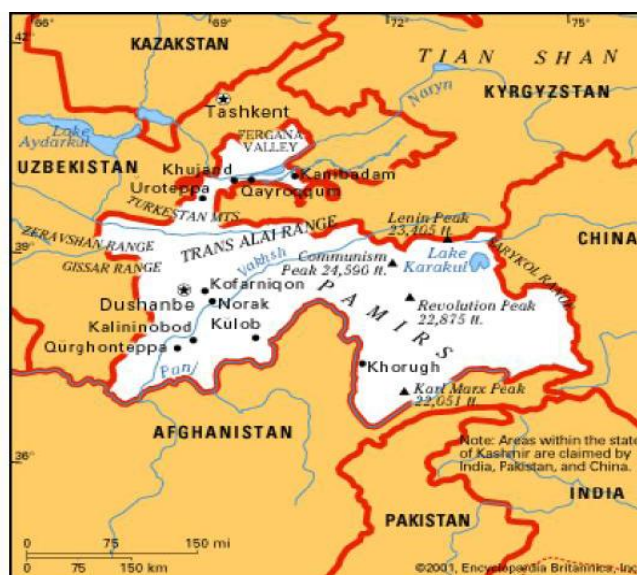
Otros tres países del entorno geográfico de Tayikistán - Kazajstán, Federación Rusa y Turkmenistán- se infectaron con polio y en otros dos más, Kirguistán y Uzbekistán se intensificó la vigilancia de PFA aunque no se confirmaron casos de polio. Se han realizado intensas campañas de vacunación con vacuna polio oral en toda la región, y se estima en 45 millones las dosis de VPO administradas.

El Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio ha considerado que las medidas adoptadas para controlar el brote de 2010 consiguieron interrumpir la circulación del poliovirus en los 6 meses posteriores a la introducción, por lo que la Región Europea no ha necesitado someterse a un proceso de *recertificación*.

Tabla 4. Brote de poliomielitis en Tayikistán y países vecinos, años 2010 y 2011

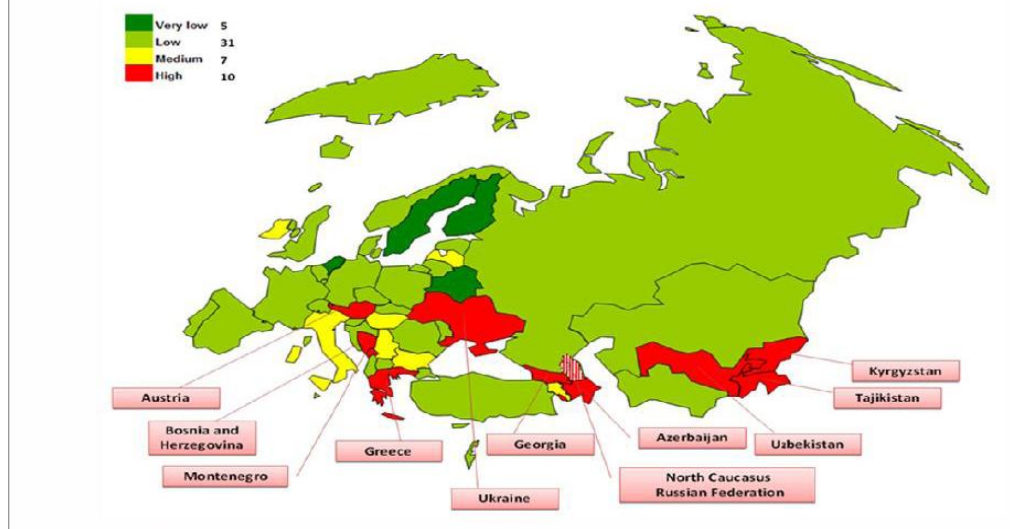
PAÍS	Casos de PFA		Casos de Polio	
	2010	2011	2010	2011
Kazajastán	113	0	1	0
Federación Rusa	409	72	14	0
Tayikistán	706	3	458	0
Turkmenistán	50	5	3	0
Kyrgistán	68	8	0	0
Uzbekistán	147	0	0	0

Figura 2. Mapa de la zona afectada por el brote de poliomielitis.



El último informe del Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la Polio de agosto del 2011, incluye la evaluación del riesgo de transmisión de poliovirus tras una importación en los países europeos. Basándose en varios criterios: coberturas de vacunación nacional y regional, calidad de la vigilancia (PFA, enterovirus y medioambiental), existencia de planes de preparación para mantener un estado libre de polio y para el control de una importación y en el funcionamiento de los Comités Nacionales para la certificación de la polio se clasifica a los países en zonas de alto, medio o bajo riesgo.

Figura 3. Riesgo de transmisión del poliovirus salvaje después de la importación. Región europea, 2011.



Fuente: Report of the 25th Meeting of the European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication Copenhagen, Denmark, 23-25 August 2011

Austria, Bosnia Herzegovina, Montenegro, Grecia, Georgia, Ucrania, zonas del norte del Cáucaso en la Federación Rusa, Azerbaiyán, Uzbekistán, Tayikistán y Kirguistán se clasifican como zonas de alto riesgo. Aunque la probabilidad de que circule el poliovirus en Europa occidental y central es muy baja, varios países de esta zona aparecen en la evaluación como de riesgo intermedio para la transmisión sostenida después de una importación. Algunos de estos países tienen distritos con coberturas de vacunación frente a polio inferiores al 90% (Austria) y en otros la vigilancia de enterovirus es de baja calidad.

Para los países de la zona sur de Europa, en la que está incluida España, con uso generalizado de la vacuna de polio inactivada y vigilancia subóptima de poliovirus, el Comité cree que el poliovirus salvaje no ha circulado en la región en 2011 y que si hubiera habido alguna importación los sistemas de vigilancia lo habrían detectado. Se considera que el riesgo de transmisión después de una importación es intermedio, pero que Portugal, Grecia, Italia y Croacia tienen mala vigilancia y grupos de población de alto riesgo. Valoran positivamente que los países, entre ellos España, hayan actualizado sus Planes Nacionales para mantener el estado libre de polio y controlar una importación de poliovirus.

Las conclusiones del Comité sobre la situación de la polio en la Región Europea son:

- El brote en Tayikistán y la posterior dispersión del poliovirus a otras repúblicas de la antigua Unión Soviética, ha puesto en evidencia la fragilidad de la situación en algunos países de la región.
- Las medidas adoptadas para controlar el brote de 2010 consiguieron interrumpir la circulación del poliovirus en los 6 meses posteriores a la introducción, por lo que la Región no necesita ser re-certificada.
- Se reconocen los avances conseguidos en la Red de Laboratorios de Polio de la Región, sobre todo en lo referente a la estandarización de las técnicas. Así mismo se valoran los avances en el control de la destrucción del material que contiene poliovirus con 31 países que no tienen laboratorios que tengan muestras infectadas con poliovirus.

No obstante el Comité recuerda a los estados miembros que persiste:

- Riesgo de una importación de poliovirus salvaje.
- Riesgo de emergencia por un poliovirus derivado de la vacuna en los países donde todavía se administra vacuna oral.

Así mismo recoge la preocupación por Ucrania donde la cobertura de vacunaciones ha caído hasta el 60% debido a la desconfianza de la población en la seguridad de las vacunas y a las reticencias del gobierno para aceptar ayuda de organismos internacionales.

En el mes de junio, la OMS-Europa ha celebrado el 10º aniversario de la Certificación de Europa como Región Libre de Polio y, aunque reconoce los logros obtenidos, alerta sobre el aumento del riesgo de posibles brotes de polio en el mundo, lo que subraya la necesidad urgente de conseguir la erradicación mundial de la polio.

V. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación de la polio redujeron en un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. Sin embargo, la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio, produciendo una dispersión internacional del poliovirus y, aunque el número total de casos de polio está estabilizado, en el año 2010 el 80% de los casos se han notificado en países no endémicos. En el año 2011 se han conseguido grandes avances en la fase final de la erradicación de la polio, los casos notificados se redujeron a la mitad a expensas, sobre todo, de los casos de polio en países no endémicos.

En **India**, gracias a la introducción de una vacuna bivalente frente a los tipos 1 y 3 con una capacidad inmunógena similar a la de las vacunas monovalentes, se ha conseguido que el último caso de polio se notificara en enero de 2011. En **Nigeria** un fuerte compromiso político para la erradicación de la polio ha conseguido reducir los casos en un 96%. **Pakistán y Afganistán** continúan notificando casos y están llevando una intensa actividad de vacunación. Los aislamientos de poliovirus 3 sólo persisten en algunas áreas confinadas de África.

En los últimos años se reconoció el restablecimiento de la transmisión del poliovirus en Angola, Chad y República Democrática del Congo, debido a que las respuestas para controlar los brotes epidémicos fueron inadecuadas. Continúa habiendo casos en Chad que suponen un riesgo de transmisión a otros países de su entorno.

De los once países que notificaron brotes tras una importación en el año 2011, todos parecen haber interrumpido la transmisión en los 6 meses tras el inicio del brote, entre ellos los países del oeste de África: Guinea, Costa de Marfil, Mali y Níger todos causados por poliovirus tipo 3. En 2012 no se han notificado casos en esta zona.

China, que tuvo su último caso de polio importado en 1999, ha sufrido en 2011 un brote de polio en el oeste, provincia de Xinjian producido por poliovirus tipo I importado de Pakistán. Se han confirmado 21 casos de polio, el último en octubre de 2011.

Tabla 5. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomieltis en las regiones de la OMS. Años 2008 – 2011

Regiones de la OMS	2008		2009		2010		2011	
	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio	Tasas PFA	Casos Polio
Africana	4.4	912	3.9	691	4.9	601	4.4	389
Americana	1.2	0	1.1	0	1.1	0	1.0	0
Mediterráneo Este	4.6	174	4.3	172	5.0	169	5.7	295
Europea	0.9	0	0.9	0	1.2	476	1.3	0
Sudeste Asiático	7.8	565	8.4	741	10.2	48	12.1	1
Pacífico Oeste	1.4	0	1.5	0	1.7	0	2.0	21
Total Global	4.6	1651	4.9	1604	5.3	1294	5.9	706

Fuente: OMS. WER (30/03/2012)

La Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio concluye que:

- La polio vuelve a estar confinada en los países endémicos.
- Las importaciones de poliovirus que se produjeron en 2009, 2010 y 2011 han sido interrumpidas y sólo queda un brote activo en Chad.

Hasta que la polio no sea completamente erradicada del mundo persiste el riesgo de importación de poliovirus, circunstancia que se ha puesto de manifiesto en los últimos brotes registrados en zonas previamente libres de polio, especialmente en el Este de Europa y en China.

El momento actual, en el que se está alcanzando la erradicación mundial de la polio, es muy delicado. Los modelos matemáticos predicen que un fallo ahora podría suponer la aparición de muchos casos de polio en los próximos años en todo el mundo. Ante la magnitud del riesgo y teniendo en cuenta la preocupación de la comunidad internacional, la 65ª Asamblea Mundial de la Salud ha reconocido en su resolución WHA65 que conseguir la erradicación mundial de la polio “*representa una emergencia de salud pública mundial*”.

El **Plan de Acción Mundial de Emergencia contra la Poliomieltis 2012-2013** contempla dos áreas de acción prioritarias:

- La erradicación de la transmisión residual del poliovirus salvaje.
- El establecimiento de la denominada “*estrategia final de poliomieltis para eliminar los poliovirus vacunales*” que incluye:
 - ° Mejorar el diagnóstico de los poliovirus vacunales.
 - ° Mejorar la disponibilidad de la vacuna oral bivalente (PV1y PV3).
 - ° Desarrollar métodos de producción a bajo costo de la Vacuna Inactivada de Polio (VPI).

Bibliografía

- Josefa Masa Calles, Javier Almazán Isla, Teresa Castellanos Ruiz y Noemí López Pérez. *Plan de Erradicación de la Poliomielitis. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2011.* Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Agosto 2012.

- World Health Organization. *Global Polio Eradication initiative.* <http://www.polioeradication.org> , <http://www.who.int/immunization/en/>

- World Health Organization. *Number of polio cases reported globally* <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>



Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud

Comunidad de Madrid Año 2011, semanas 31 a 34 (del 30 de julio al 26 de agosto de 2012)

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	6	0	3	0	2	0	2	0	1	0	3	0	4	0	2	0	2	0	2	0	8	2	35	
Enf. inv. H. influenzae	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	1	10	
Meningitis bacterianas, otras	0	10	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	2	1	6	0	4	0	9	2	36	
Meningitis víricas	1	37	0	13	0	22	0	16	1	22	1	22	1	18	0	25	1	56	3	39	2	46	10	334	
Enf. neumocócica invasora	3	32	1	17	0	6	0	7	0	16	0	19	0	24	1	21	0	13	0	12	2	38	7	207	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	1	9	1	2	0	2	1	2	0	2	0	0	2	6	0	5	0	1	0	5	1	6	6	44	
Hepatitis B	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4	0	3	0	1	0	1	2	15	
Hepatitis víricas, otras	0	0	0	14	0	0	0	2	0	6	1	14	0	8	0	3	0	2	0	12	0	9	2	76	
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	0	0	0	0	2	0	0	2	4	0	1	0	0	0	1	0	0	1	4	4	13	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	4	
Triquinosis	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 transmisión respiratoria																									
Gripe	1	3602	4	2915	0	2730	1	2723	4	4778	4	5087	1	2294	2	3011	1	2273	0	2199	1	3668	19	35280	
Legionelosis	0	2	0	2	1	6	0	1	0	5	1	6	0	2	0	50	0	5	0	3	0	3	2	85	
Varicela	40	583	19	326	13	280	17	451	42	610	26	505	16	208	18	345	9	220	13	229	39	644	252	4401	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	7	53	2	24	1	9	3	28	4	48	1	12	5	100	1	23	0	31	2	12	8	58	37	405	
Sífilis	2	46	1	28	1	17	0	22	6	44	1	20	9	113	2	18	4	45	0	24	3	75	30	467	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Leishmaniasis	0	1	0	0	0	0	0	3	1	3	0	3	0	2	0	2	3	104	1	10	3	6	8	134	
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	2	79	3	15	1	34	4	42	4	47	4	55	1	31	2	21	0	14	4	42	3	89	30	491	
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	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	8	
Sarampión	0	27	0	10	0	4	0	31	0	9	2	12	1	38	0	11	0	5	0	4	0	50	3	201	
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	4	0	9	0	6	0	2	2	13	6	18	0	1	0	6	1	6	0	9	1	7	10	85	
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	0	3	0	2	2	9	0	3	0	5	0	0	0	1	1	4	0	15	4	6	1	6	8	55	
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*	14	63	3	22	3	39	4	48	4	45	1	42	4	54	3	37	2	38	4	35	9	80	52	522	
TB, otras*																									
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T. H.	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	1	11	
Lepra	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 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	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A. (<15 años)	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**	810.445	460.842	371.449	604.017	832.870	709.505	537.813	498.241	408.771	372.190	883.537	6.489.680													

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2011 *** 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.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 31 a 34 (del 30 de julio al 26 de agosto de 2012)

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.

Brotes de origen alimentario. Año 2012. Semanas 31-34

Lugar de consumo	Año 2012						Año 2011		
	Semanas 31-34			Semanas 1-34			Semanas 1-34		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	1	3	0	11	813	20	8	1506	1
Restaurantes, bares y similares	4	20	2	20	216	5	14	210	9
Domicilios	0	0	0	25	126	40	18	151	19
Centros geriátricos	0	0	0	3	107	1	0	0	0
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	2	38	0
Otros lugares	0	0	0	0	0	0	3	28	2
Total	5	23	2	59	1262	66	45	1933	31

Brotes de origen no alimentario. Año 2012. Semanas 31-34

Tipo de brote*	Año 2012						Año 2011		
	Semanas 31-34			Semanas 1-34			Semanas 31-34		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	3	72	0	23	935	4	17	774	1
Eritema infeccioso	0	0	0	7	119	0	0	0	0
Conjuntivitis vírica	0	0	0	5	111	0	0	0	0
Legionelosis/Fiebre de Pontiac	0	0	0	1	63	50	1	11	5
Escabiosis	0	0	0	3	58	0	1	11	0
Varicela	1	30	0	4	54	0	0	0	0
Escarlatina	0	0	0	7	45	1	3	11	0
Parotiditis	0	0	0	6	22	0	3	7	0
Enf. de mano, pie y boca	0	0	0	3	19	0	3	67	0
Meningitis vírica	0	0	0	5	14	12	1	5	5
Tos ferina	0	0	0	3	9	0	10	27	2
Gripe	0	0	0	2	8	1	0	0	0
Molusco contagioso	0	0	0	1	7	0	0	0	0
Hepatitis A	0	0	0	2	6	1	5	12	3
Acrodermatitis papulosa infantil	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Enfermedad meningocócica	0	0	0	1	2	2	0	0	0
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Total	4	102	0	76	1481	71	44	925	16

*Aparecen sólo los procesos que se han presentado como brotes a lo largo del año en curso.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2012, semanas 31 a 34
(Del 30 de julio al 26 de agosto de 2012)**

Esta sección incluye información mensual 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. La actual red cuenta con 119 médicos de atención primaria que atienden a unas 170.000 personas, (aproximadamente un 3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública:

http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630

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 periodo estudiado ha sido del 41,4% (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2012.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2012.

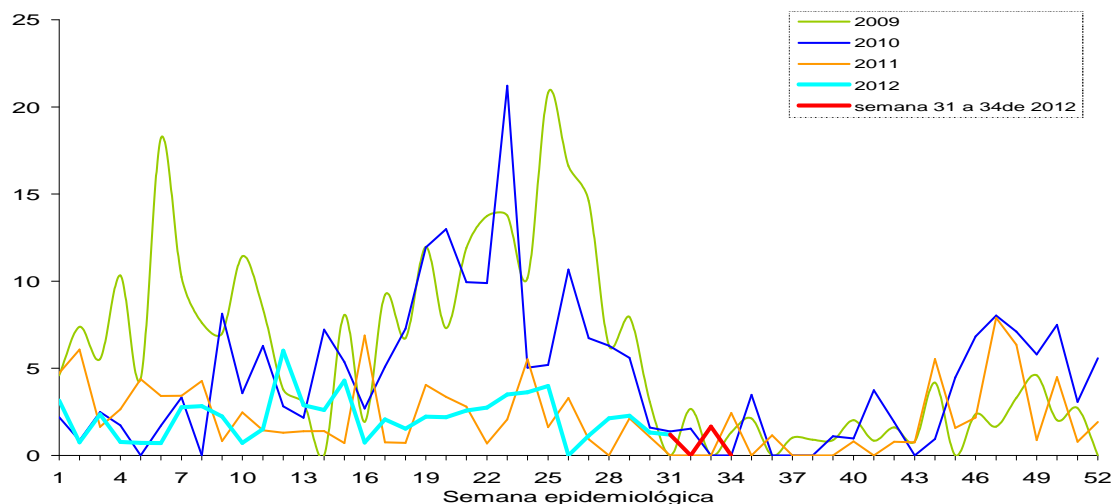
	Sem. 31 a 34 de 2012	Año 2012
Gripe*	-	1576*
Varicela	2	83
Herpes zoster	11	228
Crisis asmáticas	13	572

^a De la semana 40 de 2011 hasta la 20 de 2012

VARICELA

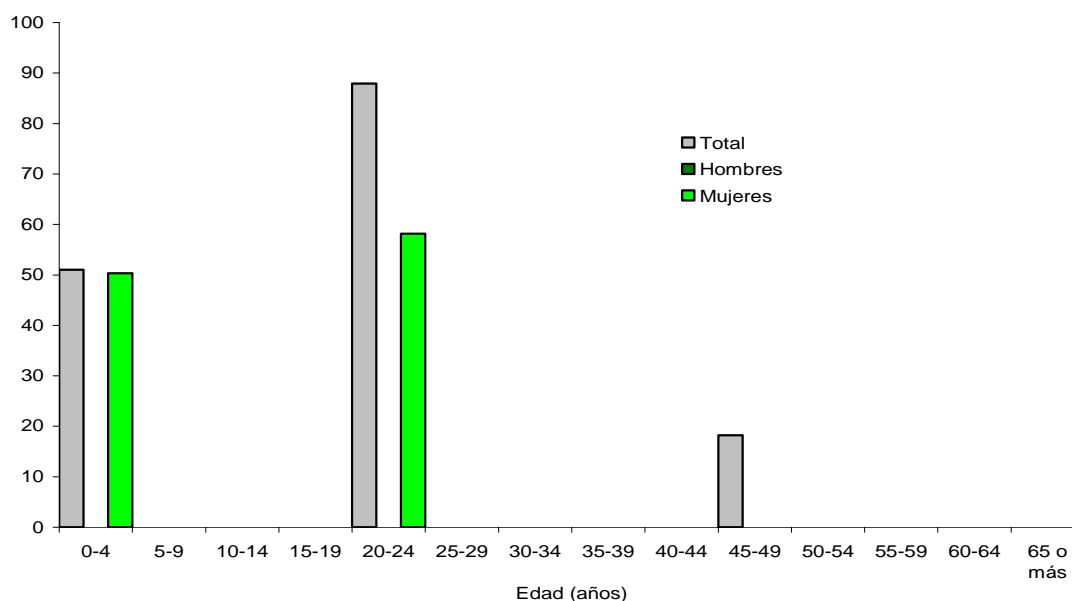
Durante las semanas 31 a 34 del año 2012 se han declarado 6 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 8,6 casos por 100.000 personas (IC 95%: 1,7 – 15,5). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante los años 2009-2012 y de la semana 31 a la 34 de 2012.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2009-2011 y semana 31 a 34 de 2012.



De los 2 casos notificados, los 2 casos se dieron en mujeres (100%). La edad se conoció en el 100% de los casos siendo ambos casos menores de 25 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad y sexo. En ningún caso se registró complicación alguna ni requirió derivación a atención especializada. En ninguno de los casos se recogió la fuente de exposición ni el lugar de exposición.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2012



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 11 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2012, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 15,8 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 6,5 – 25,1). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante 2009-2012 y las semanas 31 a 34 de 2012. El 63,6% de los casos se dio en mujeres (7 casos) y el 36,4% en hombres (4 casos). La mediana de edad fue de 73 años con un mínimo de 37 y un máximo de 84 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2009-2012 y semanas 31 a 34 de 2012.

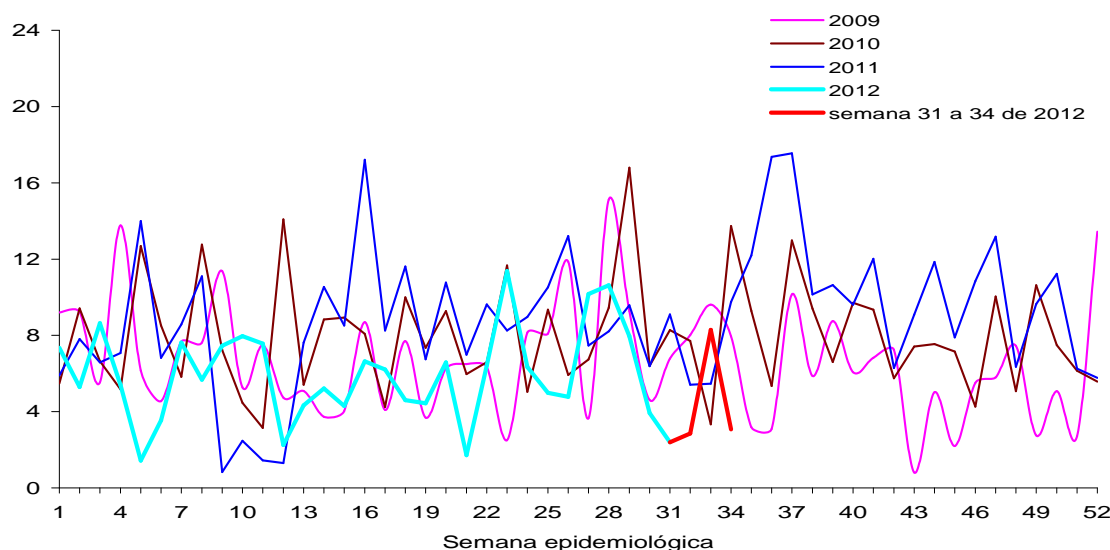
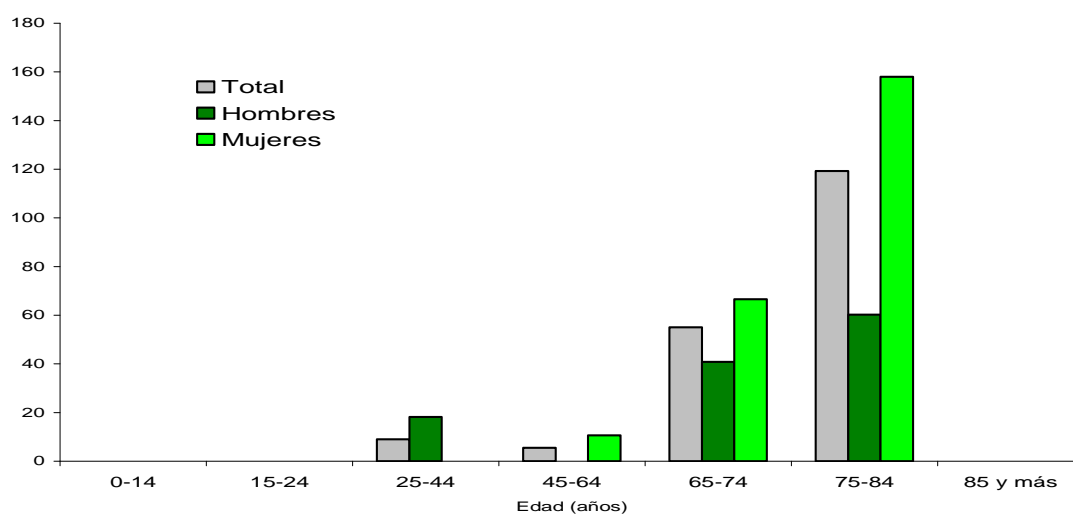


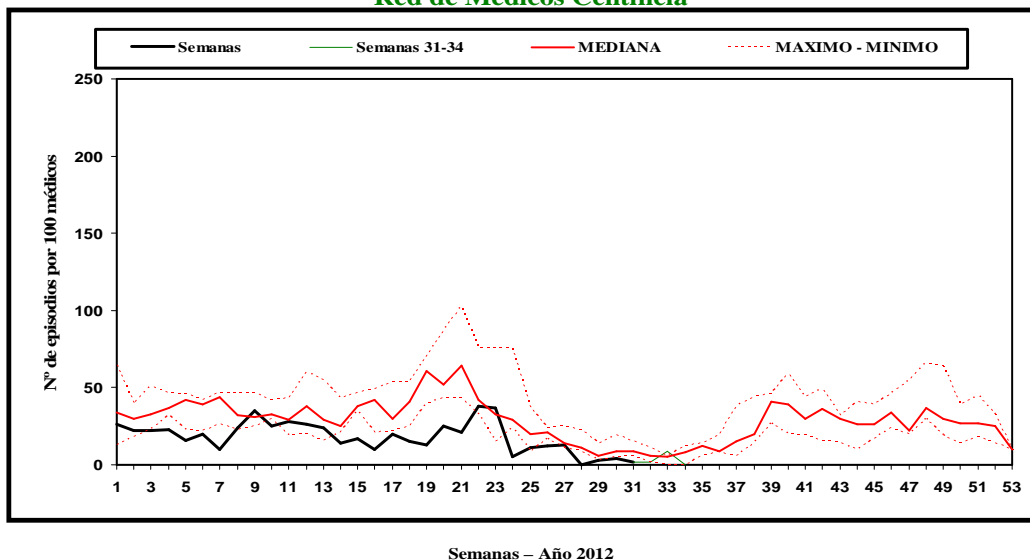
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 31 a 34 de 2012



CRISIS ASMÁTICAS

El gráfico 5 muestra el número semanal de crisis asmáticas ajustadas por médicos notificadores, junto con los valores máximo, mínimo y la mediana de los últimos 5 años. Entre las semanas 31 y 34 las cifras han oscilado entre 9 y 0 episodios, valores bajos como corresponde a estas fechas, aunque la semana 33 está ligeramente por encima del máximo.

Gráfico 5. Episodios de asma. Año 2012
Red de Médicos Centinela



Semanas – Año 2012

Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

Situación del VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Mortalidad, 2006 - agosto 2012.

Los datos presentados a continuación son los recogidos por el Servicio de Epidemiología de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid (CM) hasta el 31 de julio de 2012. Los datos correspondientes al año 2011 todavía no están consolidados.

Desde el año 2006 hasta el 31 de julio de 2012 se han notificado 1482 fallecimientos en pacientes con infección por VIH. De ellos, 1065 (71,9%) habían sido diagnosticados de sida.

Gráfico 1. Distribución según edad al fallecimiento. Comunidad de Madrid 2006-2012

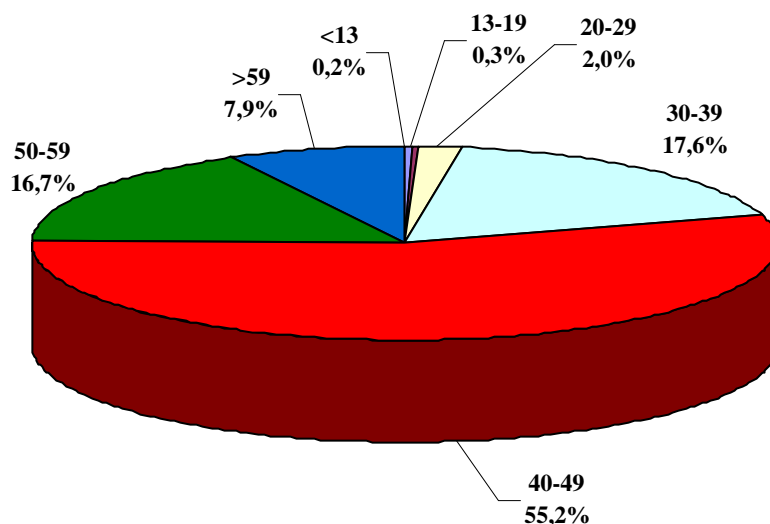


Tabla 1. Distribución según mecanismo de transmisión y sexo. Comunidad de Madrid 2006-2012

	Hombre	Mujer	Total
UDI	811 69,0%	195 63,5%	1006 67,8%
HSH	142 12,1%		142 9,6%
HTX	84 7,1%	80 26,1%	164 11,1%
Sexual (s.e.)	1 0,1%		1 0,1%
Otros	8 0,7%	9 2,9%	17 1,1%
Desc/NC	129 11,0%	23 7,5%	152 10,3%
Total	1175 100,0%	307 100,0%	1482 100,0%

* UDI: usuarios de drogas inyectadas. HSH: hombres que tienen sexo con hombres. HTX: relaciones heterosexuales. Sexual (s.e.): transmisión sexual sin especificar

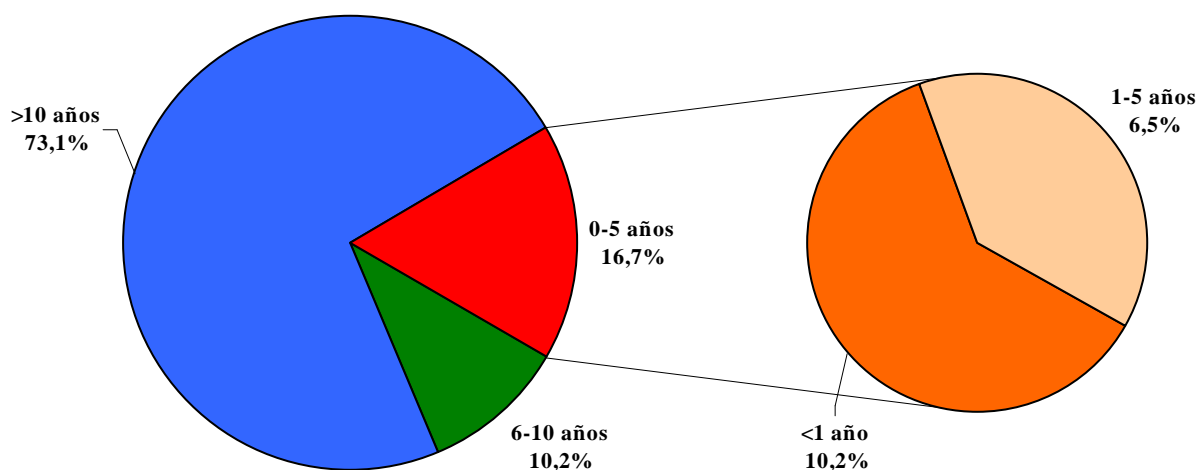
Tabla 2. Distribución según mecanismo de transmisión y país de nacimiento. Comunidad de Madrid 2006-2012

	España	Otro	Total
UDI	977 72,1%	29 22,7%	1006 67,8%
HSH	117 8,6%	25 19,5%	142 9,6%
HTX	119 8,8%	45 35,1%	164 11,1%
Sexual (s.e.)	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%
Otros	13 1,0%	4 3,1%	17 1,1%
Desc/NC	127 9,4%	25 19,6%	152 10,3%
Total	1354 100,0%	128 100,0%	1482 100,0%

* UDI: usuarios de drogas inyectadas. HSH: hombres que tienen sexo con hombres. HTX: relaciones heterosexuales. Sexual (s.e.): transmisión sexual sin especificar

Gráfico 2.

Distribución según años transcurridos entre el diagnóstico de infección VIH y éxitus. Comunidad de Madrid 2006-2012



Mediana de años entre el diagnóstico de infección VIH y éxitus: 15,6 años



La suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, se puede realizar desde la misma página web del Boletín.

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

Link directo:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1156329914017



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

